

**IMPACTO DE LA RESILIENCIA EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDE**

AUTOR PRINCIPAL

Jonathan Camilo Beltrán García MD

CO-AUTOR

Elizabeth Zapata Gómez

DIRECTOR:

Juan Manuel Anaya Cabrera MD, PhD

TRABAJO DE GRADO

**Presentado como requisito para optar al título de
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA**

Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - Universidad

CES

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Especialización en Epidemiología

Bogotá D.C.

2015

**IMPACTO DE LA RESILIENCIA EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDE**

AUTOR PRINCIPAL

Jonathan Camilo Beltrán García MD¹

CO-AUTOR

Elizabeth Zapata Gómez²

DIRECTOR:

Juan Manuel Anaya Cabrera MD, PhD³

TRABAJO DE GRADO

**Presentado como requisito para optar al título de
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA**

Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - Universidad

CES

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Especialización en Epidemiología

Bogotá D.C.

2015

¹ Médico y Cirujano, asistente de investigación del Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (CREA), Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, E-mail: beltran.jonathan@urosario.edu.co

² Auxiliar de enfermería, Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (CREA), Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Candidata a título de Psicología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), E-mail: isagomez16@gmail.com

³ Médico y Cirujano, especialista en Medicina Interna/Reumatología, Doctor en Biología, Director del Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (CREA), Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, E-mail: juan.anaya@urosario.edu.co

“Las Universidades del Rosario y CES no se hacen responsables de los conceptos emitidos por los investigadores en el trabajo, solo velarán por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la Justicia”

AGRADECIMIENTOS

Centro de Estudios de Enfermedades Autoinmunes (CREA)

Dr. Juan Manuel Anaya Cabrera, Dra. Adriana Rojas Villarraga, Dr. Benjamín Reyes Beltrán, Dr. Rubén Darío Mantilla Hernández, Dra. Mónica Rodríguez Jiménez, Dra. Carolina Ramírez Santana, Dra. Yeny Acosta Ampudia, Dra. Diana Monsalve Carmona, Dra. Julieth Milena Rodríguez, Dr. Santiago Bernal Macías, Dr. Leonardo Torres Castiblanco, Dra. Jenny Amaya Amaya, Dr. Juan Camilo Sarmiento, Dr. Francisco López Carvajal, Dra. Martha Juliana Mantilla, Nicolás Molano Gonzales y Janneth Perez Cristiano.

Y en especial a los pacientes participantes en este estudio.

A mi madre, quien fue la luz en mi vida, mi guía en este mundo, mi ángel guardián, quien me enseñó que el mayor regalo en la vida es el conocimiento y con ello la búsqueda de la verdad. Siempre te llevaré en mi corazón. Gracias mamá.

A mi padre, quien ha sido mi mayor maestro, la fuente de sabiduría con la cual he crecido como un hombre íntegro y responsable, quien me ha enseñado que la perseverancia y la inteligencia, son las herramientas que, junto al conocimiento, crea a los grandes hombres. Siempre te llevaré en mi corazón. Gracias papá.

TABLA DE CONTENIDO

1.	Resumen	13
2.	Abstract	14
3.	Problema de Investigación	15
4.	Pregunta de Investigación	16
5.	Justificación	17
6.	Marco Teórico.....	18
6.1.	Definición y consideraciones sociodemográficas de la AR.....	18
6.2.	Impacto socioeconómico de la AR.....	18
6.3.	Diferencias de género.....	19
6.4.	Factores asociados a la AR	19
6.5.	Anticuerpos en AR	20
6.6.	Criterios clasificatorios de AR	21
6.7.	Esfera mental en la AR	21
6.8.	Resiliencia en la AR.....	22
6.9.	Instrumentos de estudio.....	24
7.	Hipótesis.....	27
7.1.	Hipótesis conceptual.....	27
7.2.	Hipótesis nula	27
7.3.	Hipótesis alterna	27
8.	Objetivos.....	28
8.1.	Objetivo general.....	28
8.2.	Objetivos específicos	28

9.	Metodología.....	29
9.1.	Definición del método	29
9.2.	Población	29
9.3.	Diseño muestral.....	30
9.4.	Criterios de inclusión y exclusión	32
9.4.1.	Criterios de inclusión para pacientes con AR.....	32
9.4.2.	Criterios de inclusión para individuos sanos	32
9.5.	Variables.....	33
9.5.1.	Sociodemográficas.....	33
9.5.2.	Clínicas	34
9.5.3.	Paraclínicos.....	35
9.5.4.	Esfera mental del individuo	35
9.6.	Diagrama de variables	36
9.7.	Codificación de variables	36
9.8.	Técnicas de recolección de información	38
9.8.1.	Fuentes de información.....	38
9.8.2.	Instrumentos (Ver anexos)	38
9.8.3.	Proceso de obtención de la información	39
9.9.	Prueba piloto.....	41
9.9.1.	Variabilidad inter-observador (Índice de Correlación intra-clase)	42
9.9.2.	Análisis de Confiabilidad (Alfa de Cronbach)	44
9.10.	Control de sesgos y errores.....	45
9.11.	Plan de análisis.....	47
10.	Aspectos éticos	50
11.	Resultados.....	51
11.1.	Análisis de confiabilidad de las escalas no validadas en Colombia.....	51
11.2.	Descripción demográfica, características clínicas, cognitivas y emocionales de los grupos de pacientes con AR y grupo de individuos sanos.....	52

11.3.	Descripción de las puntuaciones de resiliencia en los grupos de pacientes con AR e individuos sanos.....	56
11.4.	Relación entre las variables demográficas y la resiliencia en los pacientes con AR	58
11.5.	Relación entre las variables clínicas de la AR y la resiliencia en los pacientes con AR	63
11.6.	Asociación entre las estrategias de afrontamiento y el nivel de resiliencia de los pacientes con AR	65
11.7.	Asociación entre las variables afectivas y la calidad de vida con la resiliencia de los pacientes con AR	66
11.8.	Relación entre la resiliencia y la presencia de la AR (Comparación de grupos)	70
12.	Discusión	71
13.	Conclusiones y recomendaciones	75
14.	Bibliografía.....	77
15.	Anexos.....	82
15.1.	Escala PANAS.....	82
15.2.	Escala de Resiliencia RS-25 de Wagnild & Young	83
15.3.	Escala de Estrategias de Afrontamiento Espirituales.....	84
15.4.	Escala abreviada de depresión de Zung.....	85
15.5.	Escala de resiliencia CD-RISC 25 y Cuestionario de salud SF-36v2.	86
15.6.	Cuestionario de antecedentes y variables sociodemográficas CREA	87
15.7.	Cuestionario de antecedentes farmacológicos CREA	88
15.8.	Cuestionario de criterios diagnósticos de la enfermedad CREA.....	90

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Cálculo de tamaño muestral a partir de diferencia de medias en poblaciones con varianzas diferentes	30
Tabla 2. Tamaño de la muestra.....	30
Tabla 3. Características demográficas de las muestras	31
Tabla 4. Codificación de variables.....	36
Tabla 5. Prueba piloto para la escala PANAS	42
Tabla 6. Resultados de la prueba piloto para las escalas de Resiliencia RS-25 de Wagnild & Young, CD-RISC de Connor & Davidson y Escala abreviada de depresión de Zung.	42
Tabla 7. Resultados de la prueba piloto para las subescalas de la escala de estrategias de afrontamiento espiritual de Baldacchino	42
Tabla 8. Resultados de la prueba piloto para el cuestionario de Calidad de Vida Short Form 36 (SF-36)	43
Tabla 9. Coeficiente Alfa de Cronbach	44
Tabla 10. Control de sesgos.....	45
Tabla 11. Plan de análisis	47
Tabla 12. Análisis de confiabilidad mediante Alfa de Cronbach de las escalas.	51
Tabla 13. Variables discretas en el grupo de pacientes con AR	52
Tabla 14. Variables categóricas en el grupo de pacientes con AR	54
Tabla 15. Puntuaciones de resiliencia en el grupo de individuos con AR	56
Tabla 16. Puntuaciones de resiliencia en el grupo de individuos sanos.....	56
Tabla 17. Determinación de normalidad entre calidad de vida física, mental y afectos positivos por categorías de resiliencia en el grupo de pacientes con AR.	57
Tabla 18. Relación entre variables demográficas y categorías de resiliencia por escala RS-25 mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis.....	58
Tabla 19. Relación entre Categorías de Estrato Socio-económico y puntuaciones de resiliencia por CD-RISC 25 y RS-25 en el grupo de pacientes con AR.	58

Tabla 20. Determinación de normalidad en puntuación de resiliencia CD-RISC 25 y RS-25 por categorías de nivel educativo en el grupo de pacientes con AR.	59
Tabla 21. Determinación de normalidad en puntuación de resiliencia CD-RISC 25 y RS-25 por categorías de sexo en el grupo de pacientes con AR.	59
Tabla 22. Determinación de normalidad en puntuación de resiliencia CD-RISC 25 y RS-25 por categorías de estado civil en el grupo de pacientes con AR. ...	59
Tabla 23. Relación entre variables demográficas de la AR y puntuación de resiliencia mediante escala RS-25	60
Tabla 24. Relación entre variables demográficas de la AR y puntuación de resiliencia mediante CD-RISC25.....	60
Tabla 25. Relación entre variable categórica pareja y el nivel de resiliencia mediante escala CD-RISC 25	62
Tabla 26. Relación entre la variable categórica pareja y el nivel de resiliencia mediante escala RS de Wagnild & Young.....	62
Tabla 27. Relación entre variables clínicas de mal pronóstico de la AR y nivel de resiliencia por escala RS-25.....	63
Tabla 28. Relación entre variables clínicas de mal pronóstico de la AR y nivel de resiliencia por escala CD-RISC25	63
Tabla 29. Asociación entre la duración de la enfermedad y variables de clinimetría con las categorías de resiliencia mediante escala RS-25 mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis.....	64
Tabla 30. Relación entre las estrategias de afrontamiento religioso y no religioso y las categorías de resiliencia mediante escala RS-25, mediante el test no paramétrico de Kruskal-Wallis.....	65
Tabla 31. Comparación de medias mediante ANOVA entre Calidad de vida (mental y física) y afectos positivos por categorías de resiliencia por escala RS.	66
Tabla 32. Asociación entre afectos negativos y depresión con la resiliencia por RS-25 de los pacientes con AR, mediante test no paramétrico de Kruskal-Wallis	67
Tabla 33. Asociación entre categorías de depresión y resiliencia por escala RS-25 en pacientes con AR, mediante U Mann Whitney	67

Tabla 34. Asociación entre categorías de depresión y resiliencia por escala CD-RISC 25 en pacientes con AR, mediante U Mann Whitney.....	67
Tabla 35. Coeficiente de correlación mediante Rho de Spearman entre las variables demográficas y escalas con la resiliencia mediante RS y CD-RISC 25.	69
Tabla 36. Coeficiente de correlación mediante Rho de Spearman entre las variables clínicas y la resiliencia mediante RS y CD-RISC 25.	69
Tabla 37. Diferencias de medianas en puntuaciones de resiliencia por escala CD-RISC 25 mediante U Mann Whitney	70
Tabla 38. Diferencias de medias en puntuaciones de resiliencia por escala RS-25 mediante T Student.....	70

LISTADO DE GRÁFICOS

Grafica 1. Diagrama de variables	36
Gráfica 2. Resiliencia mediante escala CD-RISC 25 y estado civil.	61
Gráfico 3. Estrategias de afrontamiento no espirituales y categorías de resiliencia mediante escala RS de Wagnild & Young.....	66
Gráfico 4. Resiliencia por escala CD-RISC 25 y tamizaje para depresión mediante EADZ.....	68

1. Resumen

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune-inflamatoria, que compromete las articulaciones diartrodiales. Tiene una importante repercusión sistémica que incluye la depresión; por lo tanto, tiene un severo impacto sobre la calidad de vida. Es posible que mecanismos de defensa, tales como la resiliencia, puedan amortiguar dicho impacto.

Metodología: estudio de corte transversal, multicéntrico (análisis inicial dentro del grupo AR, con muestra no probabilística de 66 pacientes, posterior selección aleatoria simple de 16 pacientes de la muestra inicial y selección de 16 individuos sanos pareados). Posteriormente, se comparó la resiliencia entre sujetos con AR y sujetos sanos, mediante las escalas RS y CD-RISC25. Adicionalmente, se aplicaron las escalas EEAE, EADZ, SF-36 y PANAS. Los datos fueron evaluados mediante el coeficiente de correlación de Spearman, las pruebas U Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, T de Student y análisis de varianza.

Resultados: se encontraron diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento no espirituales en grupos de resiliencia baja, media y alta; diferencias en las medianas de resiliencia en los grupos de depresión por EAZD en los pacientes. No se encontraron resultados significativos en las variables clínicas de la AR ni en la comparación con sujetos sanos.

Conclusiones: el uso de estrategias de afrontamiento no espirituales y la ausencia de depresión, se asoció a mayores niveles de resiliencia en los pacientes con AR, por lo cual, los componentes emocionales y cognitivos se asocian a la resiliencia.

Palabras clave: resiliencia, estrategias de afrontamiento espiritual, estrategias de afrontamiento no espiritual, artritis reumatoide, calidad de vida, depresión.

2. Abstract

Introduction: Rheumatoid arthritis (RA) is an autoimmune-inflammatory disease, which affects diarthrodial joints. It has a significant systemic impact including depression; therefore, it has a severe impact on quality of life. It is possible that defense mechanisms, such as resilience to cushion the impact.

Methodology: cross-sectional study, multicenter (Initial analysis within the AR group, with non-probabilistic sample of 66 patients, subsequent simple random selection of 16 patients of the initial sample and selection of 16 matched healthy individuals). Subsequently, resilience among subjects with RA and healthy subjects were compared, using the RS and CD-RISC25 scales. Additionally, EEA, EADZ, SF-36 and PANAS scales were applied. Data were evaluated using the Spearman correlation coefficient, the Mann-Whitney U Test, Kruskal-Wallis, T Student, and ANOVA.

Results: Significant differences were found in the non-spiritual coping strategies in groups of low, medium and high resilience; differences in the medians of resilience groups EAZD depression in patients. No significant results were found in clinical variables or the RA compared to healthy subjects.

Conclusions: The use of non-spiritual coping strategies and the absence of depression, was associated with higher levels of resilience in RA patients, therefore, the emotional and cognitive components associated with resilience.

Keywords: resilience, spiritual coping strategies, non-spiritual coping strategies, rheumatoid arthritis, quality of life, depression.

3. Problema de Investigación

La resiliencia es un concepto que nace de la psicología en la segunda mitad del siglo XX, convirtiéndose posteriormente en los años 90 en una de las principales ramas de investigación de la psicología positiva(1). Dicho concepto, plantea la capacidad del individuo de poder recuperar la homeostasis y con ello evitar el desarrollo de un desenlace psicopatológico posterior a un estrés agudo o crónico(1–3). Dado lo anterior, se convierte en una de las herramientas más importantes de supervivencia. En los paciente que padecen enfermedades crónicas, como es el caso de la artritis reumatoide, la actividad de la enfermedad, el compromiso de la salud y el deterioro en la calidad de vida y la capacidad funcional, inducen estrés agregado al individuo además del estrés producido por la propia enfermedad(4,5), por lo cual, la resiliencia en estos grupos de pacientes, juega un rol determinante en el desenlace de la enfermedad, pues a mayor resiliencia, la vulnerabilidad se disminuye y con ello, los efectos deletéreos de la enfermedad(3,6). Sin embargo, actualmente hay un vacío de conocimiento sobre la existencia de diferencias en el grado de resiliencia entre el individuo enfermo y el individuo sano, además, no se conoce actualmente, ¿cómo la resiliencia se manifiesta según el perfil o tipo de Artritis Reumatoide del paciente?

4. Pregunta de Investigación

¿La presencia de la Artritis Reumatoide, las características clínicas, emocionales y cognitivas de los pacientes con AR, se relacionan con la resiliencia del individuo?

5. Justificación

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica, inflamatoria, autoinmune que causa un importante deterioro en la calidad de vida del individuo, dado las características de la enfermedad(24). En este sentido, la pérdida funcional secundaria a las características de la enfermedad, llevan a que el individuo sea cada vez más dependiente de los demás, con ello, pierde parte de su independencia, disminuye su actividad laboral y entra a desarrollar respuestas emocionales de carácter negativo tales como síntomas depresivos. Por lo tanto, los factores de respuesta resiliente, permiten que el individuo, afronte de mejor manera, el evento estresante crónico que es la enfermedad.

Dado lo anterior, el individuo resiliente, es capaz de sobreponerse a la adversidad sin desarrollar un desenlace psicopatológico, con ello mejorando su calidad de vida y su funcionalidad. Por lo cual, es importante estudiar cómo se relaciona la resiliencia en los pacientes con artritis reumatoide, si bien se sugiere una relación entre los factores emocionales y cognitivos, dados por las herramientas de afrontamiento, no se conoce como se relacionan las variables de la enfermedad (clínicas, emocionales y cognitivas), con la respuesta resiliente.

Los hallazgos de este estudio, permiten identificar las relaciones existentes entre la AR, las características emocionales, clínicas y cognitivas de los pacientes, con los niveles de resiliencia, dilucidando un área del conocimiento que hasta el momento no ha tenido mayores hallazgos en nuestra población. Es por ello que el presente estudio beneficia a los pacientes con AR que son tratados en las instituciones en donde se realizó la investigación, pues produce el conocimiento necesario para mejorar los programas de atención a dichos pacientes.

La presente investigación fue viable, contó con fondos que permitieron su realización, así como el aval de aquellos autores que desarrollaron las escalas que fueron aplicadas en la presente investigación, además, se contó con los pacientes y el personal adecuado que permitió llevar a cabo el proyecto.

6. Marco Teórico

6.1. Definición y consideraciones sociodemográficas de la AR

La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune sistémica, reconocida como una afección que produce inflamación e hiperplasia de la membrana sinovial de las articulaciones diartrodiales, principalmente en manos y pies, además, con manifestaciones extra-articulares, convirtiéndola en una patología con diversos espectros clínicos(4). Es de origen multifactorial, teniendo componentes genéticos, ambientales y fenómenos desencadenantes(4). Sus síntomas, en etapas iniciales, varían de un individuo a otro y por ello, su diagnóstico es difícil(24). Los datos sociodemográficos de la enfermedad, indican en términos generales, que es más prevalente en la población de sexo femenino(9,10), la relación mujer:hombre, en la mayoría de los estudios, se encuentra entre 3:1 y 4:1(3) y en América Latina, alrededor de 5.2:1(10). La prevalencia a nivel mundial es de 0.5-1%(12) siendo más prevalente en nativos de Alaska y en poblaciones Asiáticas(3). La edad de inicio, es alrededor de los 38.7 años para las mujeres y los 42.9 años para los hombres(10).

6.2. Impacto socioeconómico de la AR

Al ser una enfermedad crónica, los pacientes de estatus socioeconómico bajo, tienden a tener un peor desenlace de la enfermedad, mayor actividad de la enfermedad, peor calidad de vida mental y física, que los individuos de un estatus socioeconómico mayor(13,14). En cuanto a la duración de la enfermedad y el estatus socioeconómico, se ha encontrado, que los pacientes, cuya enfermedad es menor a 5 años de duración, cuando pertenecen a estatus socioeconómicos bajos, han presentado en más ocasiones, síntomas depresivos, alta actividad de la enfermedad, peor calidad de vida y discapacidad, en comparación con su contraparte, que viven en un estatus socioeconómico alto(15). En contraposición, el tiempo de enfermedad mayor a 5 años, bien sea de estatus socioeconómico alto o bajo, no demostró diferencias, lo cual sugiere, que el inicio de la enfermedad, está enmarcado en una condicionante socioeconómica diferencial, bien sea por la asistencia a servicios de salud o por otras causas, que conlleva a tener un peor desenlace de la enfermedad(15). Así mismo, el nivel

educativo de los pacientes, cuando es menor de 11 años de tiempo de estudio, ha sido correlacionado con un incremento dos veces de peor pronóstico de la enfermedad(16). Lo anterior, sugiere que la enfermedad presenta asociación clínica con el estatus socioeconómico del paciente.

6.3. Diferencias de género

Por otra parte, se destaca, la asociación que tiene la enfermedad con el sexo del individuo, pues como se mencionó previamente, la prevalencia es mayor en las mujeres(9,10). En una población de pacientes colombianos, se identificó que las mujeres presentan más riesgo para aparición más temprana de la enfermedad, poli autoinmunidad y obesidad abdominal, mientras que los hombres presentan asociación con enfermedad extra-articular y enfermedad cardiovascular(10). Además, el género también se ha asociado con la aparición de otras enfermedades autoinmunes, lo cual se sustenta a partir del hallazgo de poli autoinmunidad en los pacientes con AR asociada al género siendo más frecuente, el hipotiroidismo autoinmune, con un OR significativo de 3.22 con IC 1.37-7.55(10) y en la población general, sin diferenciación por sexo, la segunda poli autoinmunidad más prevalente después del Hipotiroidismo autoinmune, es el Síndrome de Sjögren con un 4.3%(10).

Los estudios previamente mencionados indican que existen diferencias en la enfermedad asociadas al género.

6.4. Factores asociados a la AR

En relación a los factores de riesgo, la mayor consistencia estudiada es el tabaquismo, el cual, se ha asociado al riesgo para desarrollar AR en ambos sexos, siendo tres veces en los Hombres para AR seropositiva para FR (17), además, un riesgo de 21.0 (11.0-40.2) para anti CCP al tener dos copias de epítotope compartido, comparado con no fumadores(18).

Existe soporte que sugiere que los antioxidantes, el aceite de pescado, alcohol (vino tinto), y el consumo de estatinas, presentan un rol protector, mientras que el consumo de café, el estrés laboral y la obesidad, se convierte en factor de

riesgo. Por otro lado, los resultados observados para deficiencia de Vitamina D y consumo de carnes rojas, no han sido conclusivos(18).

En relación a las terapias hormonales, en aquellos individuos que han usado siempre anticonceptivos orales, se ha encontrado un efecto como factor protector con OR 0.22(0.06-0.85), así como factor de riesgo para AR seropositiva para anti CCP con OR 1.65 (1.06-2.57), con riesgo aditivo en portadores de alelos para epítipo compartido (OR 2.27 [0.85-6.04] ACO y sin EC, OR 32.3 [9.93-105]no ACO y EC homocigotos y OR 44.6 [15.2-131] ACO y EC homocigoto). Mientras que la terapia de reemplazo hormonal no ha demostrado riesgo para AR(18).

Por otra parte, es llamativo que el embarazo disminuye la sintomatología del paciente con AR, además, se ha demostrado que es un factor protector durante los siguientes años al parto, el cual se reduce a medida del tiempo, presentado entre 1 a 5 años de post parto un RR 0.29, 5-15 años RR 0.51, y posterior a ello, sin resultados significativos(18).

6.5. Anticuerpos en AR

Se destacan actualmente dos anticuerpos útiles en diagnóstico y pronóstico de los pacientes con artritis reumatoide, los cuales además, presentan una correlación positiva entre los dos(19), siendo los siguientes: factor reumatoide y anticuerpos anti péptido citrulinado (anti CCP). El primero, utilizado dentro de los criterios diagnósticos establecidos por la American College of Rheumatology en 1987(20), el cual presenta una sensibilidad del 80% y una especificidad del 87%(19,20).

El segundo, resultado de una “respuesta autoinmune frente a las proteínas citrulinadas en la membrana sinovial de los pacientes con artritis reumatoide”(19), los estudios sobre su utilidad diagnóstica, han evidenciado una sensibilidad entre 80% y una especificidad del 95% utilizando un punto de corte de laboratorio alto de 60UI(19), lo cual, los hace útiles en el diagnóstico dado por su alta especificidad(21). Además, presenta relación con variables clínicas y pronósticas, pues la positividad para anticuerpos anti péptido citrulinado (anti

CCP), se asocian de forma significativa con un inicio temprano de la artritis reumatoide, presentando un HR (hazard ratio) de 1.60(22) y con la presencia de enfermedad erosiva, con un HR de 1.99(21).

6.6. Criterios clasificatorios de AR

A partir de 1987, se cuenta con unos criterios clasificatorios desarrollados por Arnett et al, los cuales incluyen presencia de artritis simétrica en manos, conteo articular de más de 3 áreas comprometidas, presencia de artritis simétrica, rigidez matinal mayor de 1 hora, factor reumatoide positivo, evidencia imagenológica de erosiones y/o osteopenia peri articular en manos y/o muñecas, y presencia de nódulos reumatoides, estos últimos dos, considerados como variables clínicas que se han asociado a peor pronóstico de la enfermedad(23,24). Se destaca que los primeros 4 criterios, deben estar presentes por más de 6 semanas(20). Dichos criterios, han sido utilizados en múltiples investigaciones, pues permitieron la unificación de los conceptos a nivel académico, presentan una sensibilidad del 91-94% y una especificidad de 89%(20).

6.7. Esfera mental en la AR

Al ser una enfermedad crónica, el impacto de la enfermedad a nivel emocional, tiene relevancia en la cotidianidad del individuo, ya sea por su enfermedad, como por los factores asociados a la misma, por lo cual, la calidad de vida mental, presenta una correlación negativa con la depresión, el dolor, la fatiga y los síntomas ocurrentes(10). En un estudio realizado en Medellín, el 20.6% de los pacientes de dicha población, refirió estabilidad emocional, mientras que la población restante, manifestó diversos grados de inconformidad afectiva, los cuales oscilaban entre la depresión e irritabilidad(9), dentro de dicha población, el 58% de los individuos tuvo alguna tasa de depresión, variando entre depresión leve a severa, identificado mediante la escala auto aplicada de Zung(9).

Además, la rigidez articular, ocasionada por el compromiso inflamatorio en las áreas comprometidas, presenta una correlación positiva con el grado de incapacidad del paciente(35), así mismo, la actividad de la enfermedad, se

asocia con el grado de rigidez matinal, el nivel del dolor, la discapacidad, la desesperanza, la ansiedad y la depresión(11), por lo cual el espectro clínico de la enfermedad, impacta en la esfera mental del individuo.

Los componentes psicológicos de los individuos con enfermedades crónicas, juegan un papel importante en la percepción de la enfermedad, es por ello que la autoeficacia, definida como el juicio que realiza cada individuo sobre sus capacidades y que le permite alcanzar el rendimiento deseado, en los pacientes con artritis reumatoide, tiene una correlación negativa con la desesperanza aprendida, la percepción del dolor, y la incapacidad(35), lo cual se soporta, con el hecho de que las manifestaciones emocionales, que tienen una polaridad emocional similar, tienden a incrementarse entre sí, en el caso de la alexitimia y la depresión, las cuales tienen una correlación positiva en los pacientes con artritis reumatoide(12). Así mismo dichos pacientes, en caso de tener comorbilidad con trastornos psiquiátricos tales como depresión o trastornos de ansiedad, tienen una percepción y una referencia significativa mayor del dolor que los pacientes que no tienen dicha comorbilidad(36). Por lo cual los desórdenes depresivos y de ansiedad en los pacientes, se asocian con una peor calidad de vida(36).

6.8. Resiliencia en la AR

Dada la importancia de la esfera mental, como se expuso previamente, la respuesta de los individuos ante el estrés, es el factor determinante de la estabilidad mental, es por ello que el concepto “Resiliencia” se impone como un objetivo de investigación. La resiliencia, en términos psicológicos, en la definición de Wagnild & Young en 1993, es la habilidad para realizar un afrontamiento exitoso, frente al cambio o la mala fortuna(16), o también, es definida como las cualidades personales que permiten al individuo prosperar en cara a la adversidad, es una medida de afrontamiento exitoso frente al estrés(37), de forma similar, la definición biológica de la resiliencia, consiste en la habilidad para mantener la salud y niveles estables de funcionamiento psicológico, cuando el individuo se expone a eventos estresantes o traumáticos(38).

Este concepto, halla sus orígenes en bases primitivas del funcionamiento de los organismos, la afrenta contra la homeostasis, real o percibida, es tomado como una afrenta contra la supervivencia, y por lo tanto, la fisiología animal, tiende a desencadenar un grupo de respuestas, cuyo objetivo, es defender la homeostasis, usualmente intentando remover la amenaza(15). Es por ello, que la supervivencia está dada por la respuesta frente al estrés, en ese sentido el cerebro es el órgano clave que moviliza las defensas corporales para bien o para mal, con el fin de mitigar la amenaza y retornar a un estado de balance homeostático(15). Dicho de otra manera, la resiliencia, es la capacidad para enfrentar la adversidad cuando la habilidad del individuo para funcionar, ha sido en algún grado comprometida(15).

En las enfermedades crónicas, la resiliencia, como se ha explicado previamente, es una herramienta que permite un desenlace psicológico benéfico para el individuo. En consecuencia, la competencia personal y la aceptación de sí mismo y de la vida, tienen una correlación positiva con el nivel de resiliencia de los pacientes medido con la escala CD-RISC-2(27), por otra parte, el tiempo de diagnóstico de la enfermedad, tiene una correlación negativa con la resiliencia de los pacientes(27).

En el caso de la artritis reumatoide, al ser una enfermedad crónica, la resiliencia impacta en el desarrollo de la enfermedad, presentando una correlación positiva con la calidad de vida mental de los pacientes(17), al analizar la calidad de vida, la respuesta emocional tiene una relación negativa con la función física, el dolor corporal y la salud en general(17), lo cual, indica que el curso de la enfermedad tiende a producir un impacto psicológico en los pacientes con artritis reumatoide, pues, al ser una enfermedad crónica, cuya progresión lleva al deterioro de la capacidad funcional del individuo, la pérdida de las habilidades para poder desarrollar sus actividades cotidianas, induce respuestas emocionales negativas, lo cual se traduce en una peor calidad de vida, es por ello, que la duración de la enfermedad, se asocia con una peor percepción de salud mental y la salud general, medida por el cuestionario MOS-SF36(17).

Por otra parte, la religión y la espiritualidad mediante sus prácticas, así como los soportes sociales que las acompañan, posibilitan estados de tranquilidad que favorecen procesos cognitivos y la salud mental y física en las personas, lo que implica que pueda ser usada como medio terapéutico(18), a partir del postulado anterior, en la población de pacientes con Artritis Reumatoide se muestran una asociación significativa con una correlación positiva entre la resiliencia y las estrategias de afrontamiento no religioso(17).

Es por ello que estudiar la resiliencia y sus factores asociados, trae consigo beneficios para los pacientes con artritis reumatoide, principalmente a nivel terapéutico.

6.9. Instrumentos de estudio

Para el presente estudio, se utilizaron 6 escalas o cuestionarios, con los cuales se podrán identificar características tanto cognitivas como emocionales en la población a estudio:

- Escala de afrontamiento espiritual
Es una escala con orientación judeo-cristiana, creada por Baldacchino et al. en 2003, realizado mediante un panel multidisciplinario de 10 expertos. Validada al español por Baldacchino y Buhagiar en 2003. Es una escala con sistema de respuesta tipo Likert de 20 ítems, con una puntuación de 0 a 3 en cada ítem. A mayor puntaje, mayor la efectividad de las estrategias de afrontamiento espiritual(36–38). Cuenta con adaptación en Colombia por Quiceno et al (2008)(38,39).
- Escala de Resiliencia de Wagnild & Young
Es una escala desarrollada inicialmente por Wagnild & Young en 1993. Su versión en español fue desarrollada por Heilemann, Lee & Kury en 2003. Utiliza un sistema de 25 ítems con respuesta tipo Likert de 1 a 7. Comprende dos dimensiones: competencia personal y aceptación de sí mismo y de la vida. Entre más alta sea la puntuación, mayor es el grado de resiliencia del individuo a quien se aplica(30,40). En Colombia no se cuenta con validación cultural, sin embargo, ha sido utilizada en otros estudios sin encontrar alteraciones en la aplicabilidad de la escala (4,34).

- **Escala de resiliencia CD-RISC 25**
Es una escala, desarrollada por Connor & Davidson en 2003, con una adaptación al español realizada por Menezes de Lucena, Fernández, Hernández, Ramos & Contador en 2006. Consta de 25 ítems, con un sistema de respuestas tipo Likert de 5 puntos que van de 0 a 4. Presenta una validez interna adecuada medida por un alfa de Cronbach de 0.93. A mayor puntuación, mayor la resiliencia(31,41,42). En Colombia no se cuenta con validación cultural, sin embargo ha sido utilizada en otros estudios sin encontrar alteraciones en la aplicabilidad de la escala(34).
- **Escala Positive affects and Negative affects Schedule**
Es una escala desarrollada en Estados Unidos por Watson et al. en 1988, es una de las medidas de afectividad más utilizadas en investigación. Incluye dos escalas de 10 ítems, la una para afectos positivos y otra para afectos negativos. Se da una puntuación de 1 a 5 para cada uno de los ítems(46). Se cuenta con una adaptación al español realizada por Joiner et al. en 1997(44). Así como una versión aplicada a población chilena por Dufey & Fernández(47) y aplicaciones en población Colombiana(46).
- **Cuestionario de salud SF-36v2**
Es un cuestionario genérico de salud que consta de 36 preguntas, contiene 8 dimensiones: función social, salud mental, dolor corporal, vitalidad, rol emocional, rol físico, función física, salud general, además, comprende dos subíndices de salud mental y salud física(4,47). El cuestionario, fue desarrollado inicialmente por Ware & Sherbourne en 1992(48), las validación al español la realizo Alonso et al en 1995(49) y la adaptación cultural a Colombia por Lugo et al. en el año 2006(50).
- **Escala abreviada auto-aplicada de depresión de Zung**
Es una escala abreviada auto aplicada de depresión, que tiene validez en el tamizaje de la sintomatología depresiva, fue creada por William Zung en 1965. Consiste en 10 preguntas, evalúa múltiples aspectos del individuo, describiendo la frecuencia de los síntomas en las últimas dos semanas a la aplicación. Tiene un sistema de 4 posibilidades según la frecuencia de la presentación de los síntomas mencionados en las preguntas. El rango de puntuación se encuentra entre 10 y 40, su adaptación al castellano fue realizada por Conde et al. en 1970(51,52). En

Colombia, se cuenta con la validación cultural realizada por Campo-Arias et al. en 2005(53) y la versión abreviada, realizada por Diaz et al(54,55).

7. Hipótesis

7.1. Hipótesis conceptual

- La enfermedad y/o sus variables asociadas (emocionales, cognitivas y/o clínicas) se relacionan con la resiliencia

7.2. Hipótesis nula

- Las características clínicas, cognitivas y/o emocionales de los pacientes no se asocian con la resiliencia de los pacientes
 - $H_0: \{r[e_1(a_1 \cup c_1 \cup m_1)]\} = \{r[e_1(a_0 \cup c_0 \cup m_0)]\}$
- La puntuación de resiliencia entre individuos enfermos y sanos es igual
 - $H_0: a = b$

7.3. Hipótesis alterna

- Las características clínicas, cognitivas y/o emocionales de los pacientes se asocian con la resiliencia de los pacientes
 - $H_i: \{r[e_1(a_1 \cup c_1 \cup m_1)]\} \neq \{r[e_1(a_0 \cup c_0 \cup m_0)]\}$
- La puntuación de resiliencia entre individuos enfermos y sanos es diferente
 - $H_i: a \neq b$

8. Objetivos

8.1. Objetivo general

- Identificar si la presencia de la artritis reumatoide, sus variables clínicas de mal pronóstico, variables cognitivas y emocionales impactan en el grado de resiliencia del individuo

8.2. Objetivos específicos

- Identificar si existe relación entre las manifestaciones de mal pronóstico de la AR y el nivel de resiliencia
- Identificar si existen diferencias en el nivel de resiliencia según las variables sociodemográficas tales como estado civil, estrato socioeconómico, edad y sexo de los pacientes.
- Identificar si existe relación entre las estrategias de afrontamiento religioso y no religioso y el nivel de resiliencia de los pacientes.
- Identificar si existe relación entre las variables emocionales y el nivel de resiliencia de los pacientes
- Identificar si hay diferencias en el nivel de resiliencia de los pacientes y el grupo de comparación.
- Identificar si existe relación entre la calidad de vida y el nivel de resiliencia de los pacientes.

9. Metodología

9.1. Definición del método

El tipo de estudio que se realizó en la presente investigación, es un estudio observacional analítico de corte transversal, utilizando la metodología cuantitativa pues la investigación se basó en el método deductivo, recopilando y clasificando información delimitada de interés según categorías predeterminadas mediante la aplicación de escalas individuales previamente establecidas por otros autores, con el fin de utilizar métodos estadísticos paramétricos y no paramétricos para detectar asociaciones entre la presencia de AR, variables clínicas de mal pronóstico de la AR, variables cognitivas y variables emocionales asociadas a la AR con la resiliencia de los sujetos.

Se compuso en dos partes: la primera, comparó los niveles de resiliencia de los pacientes con diagnóstico de AR según las variables clínicas, cognitivas y emocionales; la segunda parte comparó los niveles de resiliencia de 2 grupos (pacientes con AR e individuos sanos).

El proyecto buscó determinar la existencia de una asociación entre la presencia de la enfermedad, el grado de resiliencia del individuo y las variables clínicas de mal pronóstico, variables emocionales y cognitivas del paciente. Para ello, se aplicaron 6 escalas a los individuos que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, las cuales son: 2 escalas de resiliencia y 4 escalas que evaluaron aspectos cognitivos y emocionales del individuo; además se obtuvieron datos de las historias clínicas.

9.2. Población

La población de la cual se tomó la muestra, consistió en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide y sujetos sanos, provenientes del área urbana y rural, de los departamentos de Cundinamarca, Bogotá D.C., Boyacá, Guaviare y Meta. Quienes se encuentran en los estratos socioeconómicos 1 a 6, definidos legalmente bajo la normativa de regulación de los servicios públicos de nuestro

país, los cuales, asisten o han asistido a consulta en los centros ARTMEDICA, FUNINDERMA y CREA.

9.3. Diseño muestral

Se realizó una muestra probabilística por selección sistemática de los pacientes, que se encuentran en las bases de datos de los centros de atención en reumatología ARTMEDICA, FUNINDERMA y CREA, previa autorización por parte de dichas instituciones. El cálculo de tamaño de muestral se realizó, utilizando el programa estadístico EPIDAT(56) mediante la diferencia de medias para grupos independientes con varianzas diferentes, a partir de los resultados obtenidos en estudios anteriores, los cuales utilizaron la escala de Resiliencia de Wagnild & Young, en población sana Mexicana y en población con diagnóstico de Artritis Reumatoide Colombiana, de donde se obtuvo la diferencia de medias a detectar y las desviaciones estándar de las poblaciones 1 (AR colombiana) y población 2 (Población sana mexicana). Dado la baja prevalencia de la enfermedad y la dificultad para conseguir principalmente controles, se decidió utilizar una relación de AR:sanos de 1:1, seleccionando los controles mediante pareamiento.

Tabla 1. Cálculo de tamaño muestral a partir de diferencia de medias en poblaciones con varianzas diferentes

Media de la población 1	124
Media de la población 2	149.4
Diferencia de medias a detectar	25.4
Desviación estándar de la población 1	18.3
Desviación estándar de la población 2	27.07
Razón entre tamaños muestrales	1
Nivel de confianza	95%
Error alfa	0.05
Poder	80%

Tabla 2. Tamaño de la muestra

Poder (%)	Población 1	Población 2	Total
80	15	15	30

Con el fin de disminuir el error de muestreo y poder realizar comparaciones dentro del grupo de pacientes, buscando determinar la asociación entre la

resiliencia y las variables clínicas, cognitivas y emocionales de los pacientes con AR, se decidió incrementar el tamaño de muestra del grupo de pacientes 4 veces, para un total de 63 pacientes. No se realizó incremento en el grupo de individuos sanos pues no se iba a hacer comparación dentro del grupo, por lo cual, se consideró suficiente dado el cálculo inicial de la muestra.

Posteriormente, se realizó una jornada de investigación para la cual se convocaron los pacientes seleccionados, dado la baja asistencia (30 casos), se procedió a completar la muestra mediante muestreo no probabilístico por selección de sujetos disponibles en las consultas de reumatología de los centros previamente mencionados. Una vez completados los 66 casos, se procedió a realizar una selección aleatoria de dicha población, para de esta forma, obtener una muestra de 16 casos con los cuales, se obtuvieron controles mediante pareamiento, sin presentar diferencias significativas en los estadísticos descriptivos según la variable utilizada para el proceso de pareamiento.

Tabla 3. Características demográficas de las muestras

		AR (n=16)	Sanos (n=16)	Valor p
Edad		56,25(media)	48,4(media)	0.076
Sexo	Femenino	87,5(%)	81,3(%)	0.626
	Masculino	12,5(%)	18,8(%)	
Tiempo de educación		16(media)	13(media)	0.352
Nivel educativo	Menor de 9 años	18,8(%)	6,3(%)	0,280
	9 años o mas	68,8(%)	81,3(%)	
Pareja	Sin pareja	37,5(%)	31,3(%)	0.919
	Con pareja	62,5(%)	56,3(%)	

9.4. Criterios de inclusión y exclusión

9.4.1. Criterios de inclusión para pacientes con AR

- **Criterios de inclusión**
 - Paciente con diagnóstico de Artritis Reumatoide que cumplen con 4 de los criterios clasificatorios de la ACR 1987
- **Criterios de exclusión**
 - Pacientes quienes previo consentimiento informado, no accedan a participar en el estudio
 - Pacientes quienes presenten poli autoinmunidad con Lupus Eritematoso Sistémico, Esclerosis múltiple, Síndrome de Sjögren, Hepatitis Autoinmune, Enfermedad Celiaca o Vitíligo.
 - Pacientes quienes tengan antecedente de enfermedad psiquiátrica
 - Pacientes quienes, en el momento del estudio, estén en tratamiento con psicofármacos
 - Pacientes quienes presenten antecedente de enfermedad neurológica
 - Pacientes con antecedente de alguna patología que conlleve discapacidad física o mental
 - Enfermedad pulmonar crónica
 - Falla cardíaca
 - Espondilo artropatía
 - Amputación de miembros
 - Demencia de cualquier tipo
 - Déficit global del desarrollo
 - Post-operatorio reciente
 - Incapacidad física o mental para llenar los cuestionarios

9.4.2. Criterios de inclusión para individuos sanos

- **Criterios de Inclusión**
 - No presentar enfermedad autoinmune.
- **Criterios de exclusión**

- Pacientes quienes previo consentimiento informado, no accedan a participar en el estudio
- Antecedente de enfermedad psiquiátrica
- Tratamiento con psicofármacos
- Antecedente de enfermedad neurológica
- Incapacidad para llenar los cuestionarios
- Antecedente de patología que conlleve discapacidad física o mental
 - Enfermedad pulmonar crónica
 - Falla cardiaca
 - Espondilo artropatía
 - Amputación de miembros
 - Demencia de cualquier tipo
 - Déficit global del desarrollo
 - Post-operatorio reciente

9.5. Variables

9.5.1. Sociodemográficas

- Género: hombre o mujer según corresponda
- Edad actual: según corresponda
- Nivel educativo: según el número de años de educación que ha cursado el sujeto. Además, se realiza una categorización acorde a las disposiciones legales, establecidas en las leyes 115 de 1994 “Ley general de educación” y ley 30 de 1992, en las cuales, se establece los niveles de educación básica y superior. En la cual, se establecen las siguientes categorías: educación básica (9 años de educación), educación media (11 años de educación), “Titulo en educación superior” si ha obtenido titulación como Técnico profesional, profesional, tecnólogo, licenciado o maestro y finalmente “título de postgrado” el cual comprende los programas de especialización, maestría, doctorado y post-doctorado. Dado lo anterior, se describen dos categorías: educación menos de 9 años y educación más de 9 años.
- Estrato socioeconómico: según disposición establecidas en el artículo 102 de la Ley 142 de 1994 y su modificación por el artículo 16 de la Ley 689 de 2001,

en el cual, se establecen la clasificación de los inmuebles residenciales máximo en 6 estratos socioeconómicos (1, bajo-bajo; 2, bajo; 3, medio-bajo; 4, medio; 5, medio-alto; 6, alto), dependiendo de las características particulares de los municipios y distritos.

- Estado civil: según lo establecido en la ley colombiana, se dividen en 4: soltero, casado, viudo, divorciado.

9.5.2. Clínicas

- Género: hombre o mujer según corresponda
- Clinimetría: son las mediciones realizadas durante la anamnesis y el examen físico, las cuales buscan medir la actividad de la enfermedad mediante 4 variables: VASG (valoración global de la enfermedad por el paciente), VASD (valoración análoga del dolor), CAD (conteo de articulaciones dolorosas realizado por medico reumatólogo) y CAI (conteo de articulaciones inflamadas realizado por medico reumatólogo).
- Duración de la enfermedad: Es el tiempo transcurrido entre la edad de inicio, la cual corresponde a la edad, en la cual, iniciaron los síntomas de la artritis reumatoide, tales como dolor articular, rigidez matinal mayor de 1 hora, compromiso simétrico en las articulaciones de las manos o en los pies y la toma de los datos del individuo para el presente estudio
- Manifestaciones extra-articulares: presencia de al menos una de las siguientes manifestaciones clínicas: vasculitis digital, úlceras en piel, nódulos pulmonares, neuropatía, epiescleritis, síndrome felty, derrame pleural, hipertensión pulmonar, embolia pulmonar, hemorragia pulmonar, pericarditis o miocarditis, se va a realizar una codificación de acuerdo a la presencia o la ausencia.
- Antecedente de tabaquismo: consumo de tabaco actual o previo
- Nodulosis cutánea: presencia de nódulos reumatoides, identificados clínicamente.
- Erosiones: presencia de una ruptura en la cortical de los huesos afectados por la artritis reumatoide, identificada y descrita por medico reumatólogo mediante exámenes radiológicos. Se codificará de acuerdo a la presencia o ausencia de la variable.

9.5.3. Paraclínicos

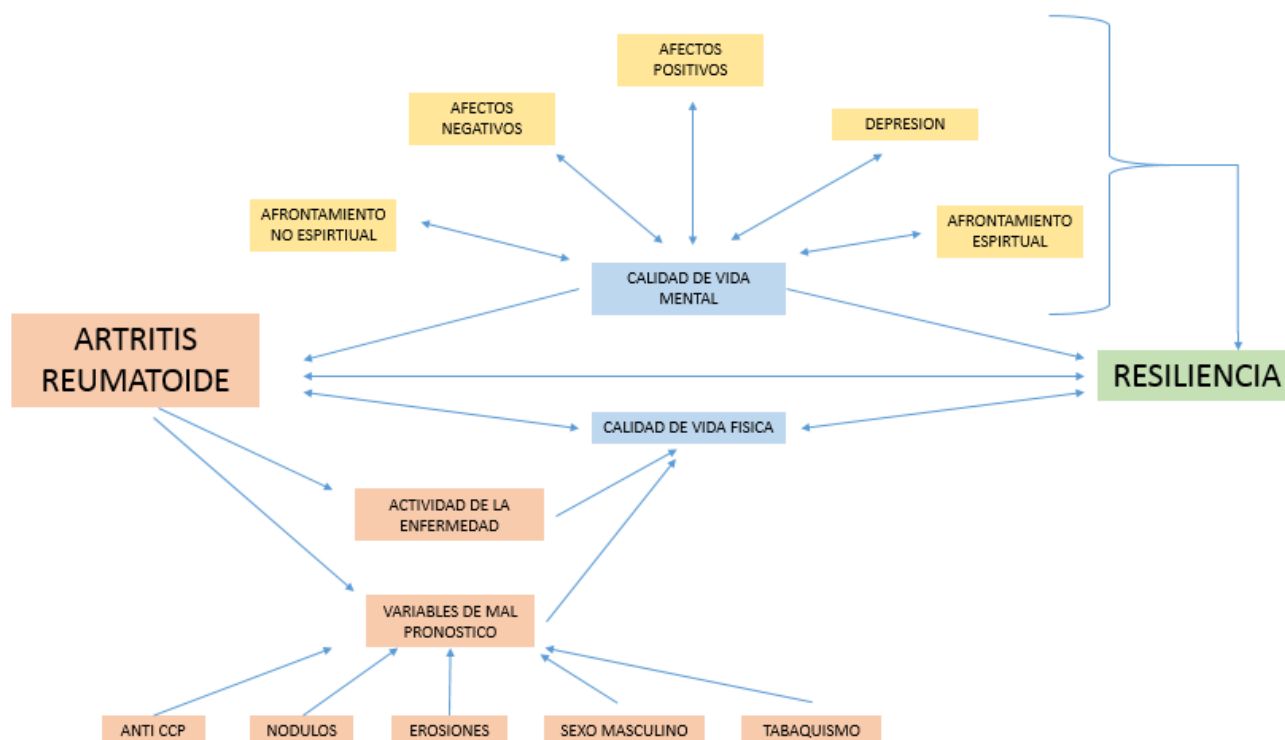
- Anticuerpos: se consideran para el presente estudio, la presencia de anticuerpos positivos según valores estandarizados a nivel internacional para artritis reumatoide, tales como factor reumatoide y anti-CCP

9.5.4. Esfera mental del individuo

- Calidad de vida: se realizará utilizando la escala SF-36, la cual contiene dos subíndices (salud mental y salud física) y 8 esferas de evaluación.
- Resiliencia (variable dependiente): se realizará la valoración, utilizando dos escalas (CD-RISC y RS), las cuales indican un nivel de resiliencia sin determinar grupos de categorización
- Estrategias de afrontamiento espiritual y no espiritual: se realizará la evaluación, utilizando la escala de estrategias de afrontamiento espiritual, la cual consta de 20 preguntas.
- Afectos positivos y negativos: se evaluará utilizando la escala PANAS, la cual evalúa los afectos positivos y los afectos negativos con 20 preguntas con una puntuación entre 10 y 50 para cada polaridad emocional.
- Depresión: se realizará la valoración utilizando la escala abreviada auto-aplicada de Zung para depresión, la cual, reporta los resultados en un valor numérico, el cual se obtiene partir de la sumatoria de las respuestas para cada pregunta. Evalúa el grado de depresión de los pacientes durante las últimas dos semanas y los resultados se codifican en una variable cuantitativa discreta.

9.6. Diagrama de variables

Grafica 1. Diagrama de variables



9.7. Codificación de variables

Tabla 4. Codificación de variables

VARIABLE	NOMBRE	TIPO DE VARIABLE	CODIFICACION
Genero	sex	nominal	0=mujer; 1=hombre
Edad	edad	discreta	# en años
Nivel educativo	nedu	nominal	0=menor de 9 años; 1=mas de 9 años
Estrato socioeconómico	ese	Ordinal	1 a 6 según clasificación de servicios públicos
Estrato socioeconómico categórico	esecat	nominal	0=1 y 2; 1=3; 2=4, 5, 6.
Estado civil	ecivil	nominal	0=soltero; 1=casado; 2=viudo; 3=divorciado; 4=pareja estable

Pareja	paj	nominal	0=soltero, viudo y divorciado; 1=casado y pareja estable
Duración de la enfermedad	duraenfm	continua	#meses
Conteo de articulaciones dolorosas	cad	discreta	# de articulaciones dolorosas
Conteo de articulaciones inflamadas	cai	discreta	# de articulaciones inflamadas
Valoración global de la enfermedad	vasg	continua	#
Valoración análoga visual del dolor	vasd	continua	#
Manifestaciones extra articulares	mea	nominal	0=no; 1=si
Erosiones	ero	nominal	0=no; 1=si
Nodulosis	nod	nominal	0=no; 1=si
Factor reumatoide	fr	nominal	0=no; 1=si
Anti CCP	ccp	nominal	0=no; 1=si
Tabaquismo	tab	nominal	0=no; 1=si
Calidad de vida mental	Mcs	continua	#
Calidad de vida física	pcs	continua	#
Resiliencia RS	rs	discreta	#
Resiliencia RS categórica	recat	nominal	0=<120; 1=120-160; 2=>160
CD-RISC	cdrisc	discreta	#
Estrategias de afrontamiento espiritual	eareal	discreta	#
Estrategias de afrontamiento no espiritual	eanorel	discreta	#
Afectos positivos	apos	discreta	#
Afectos negativos	aneg	discreta	#
Escala de Zung para depresión	puntzung	discreta	#
Depresión categórica	depre	nominal	0=<20; 1=>= 20

9.8. Técnicas de recolección de información

9.8.1. Fuentes de información

Para el presente proyecto, se tomó la información de los participantes en el estudio de las siguientes fuentes:

- Historias Clínicas de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide: se obtuvo información relacionada a la historia de su enfermedad, tiempo de diagnóstico, edad de diagnóstico, presencia o ausencia de anticuerpos, género, presencia o ausencia de características clínicas de mal pronóstico y antecedentes médicos.
- Cuestionario de antecedentes y variables sociodemográficas CREA y cuestionario de antecedentes farmacológicos CREA: mediante los cuales se obtuvo información relacionada con variables que no estuvieran presentes en la historia clínica del paciente y se obtuvo información relacionada con antecedentes y variables demográficas de los individuos sanos que conformaron el grupo control, quienes no tuvieron historia clínica dentro de las instituciones en donde se realizó la investigación.
- Cuestionario de criterios diagnósticos de enfermedades autoinmunes CREA: mediante el cual, se confirmó que los pacientes que tuvieron diagnóstico de AR, cumplieran a cabalidad con los criterios diagnósticos de la ACR 1987.
- Escalas y cuestionarios: se aplicó una batería de escalas y cuestionarios que buscan determinar características emocionales y cognitivas de los pacientes, así como niveles de resiliencia y calidad de vida.

9.8.2. Instrumentos (Ver anexos)

- PANAS
- SF-36
- Escala de estrategias de afrontamiento religioso y no religioso
- Escala de resiliencia de Wagnild & Young
- Escala de resiliencia CD-RISC
- Escala de abreviada de depresión de Zung

- Cuestionario de antecedentes y variables sociodemográficas CREA
- Cuestionario de antecedentes farmacológicos CREA
- Cuestionario de criterios diagnósticos de la enfermedad CREA

9.8.3. Proceso de obtención de la información

Se obtuvo información de los pacientes de las IPS ARTMEDICA sede Bogotá D.C., FUNINDERMA y CREA, 2 semanas previo a la aplicación de las escalas, se procedió a estudiar las bases de datos de las dos IPS y del Centro de Investigación, identificando aquellos pacientes que cumplieran los criterios de selección para el presente estudio, con lo cual, se conformó una base de datos unificada que correspondía a la población objetivo.

Posteriormente, se determinó el tamaño de la muestra y se realizó una selección aleatoria sistemática de los pacientes, aumentando el tamaño de la muestra del grupo de casos de AR, con el fin de disminuir el error de muestreo y poder realizar comparaciones entre el mismo grupo de pacientes. Una vez seleccionados los posibles participantes, se procedió a llamar y convocarlos a una jornada de investigación que se llevó a cabo en la sede Quinta de Mutis de la Universidad del Rosario el día 20 de Junio de 2015.

En dicha jornada de investigación se procedió a realizar nuevamente la explicación del proyecto, los actores implicados, los objetivos a lograr y la finalidad del estudio, además, se realizaron las siguientes ponencias educativas, enfocadas en los pacientes, a cargo del personal del Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes CREA y de los autores del estudio:

1. Artritis Reumatoide y porque es importante.
Juan Manuel Anaya MD. PhD.
2. Resiliencia en Artritis Reumatoide.
Jonathan Beltrán García MD.
3. Nutrición en Artritis Reumatoide
Vivian Castro Herrera. Nutricionista, Mg.

Posteriormente, previo consentimiento informado, se realizó la aplicación de las encuestas y las escalas (Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, Escala de resiliencia CD-RISC de Connor y Davidson, Escala de Estrategias de Afrontamiento Espiritual de Baldacchino, Escala abreviada de Depresión de Zung, Escala de Afectos Positivos y Negativos y el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36) las cuales fueron entregadas a cada paciente, al inicio del evento. Se dirigió el procedimiento mediante una presentación en diapositivas de Power Point, en las cuales se trataba cada pregunta de la batería de escalas y cuestionarios. Adicionalmente, se contó con la colaboración de los integrantes del Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes, quienes se encargaron de resolver dudas acerca de los cuestionarios.

En dicha jornada, se obtuvo información de 27 pacientes y 3 individuos sanos (familiares de los pacientes).

Durante el transcurso de la jornada, se hizo énfasis en la necesidad de que los cuestionarios estuvieran completos una vez fueran entregadas, por lo cual el personal del CREA realizó inspección de los cuestionarios con los pacientes una vez completados, para determinar si había cuestionarios incompletos y proceder según pertinencia a sugerir al participante, que, de forma personal, completara los cuestionarios.

Al finalizar la jornada de investigación se procedió durante los 2 meses siguientes a realizar la ubicación de los participantes que no pudieron asistir a la jornada, quienes accedieron a participar en el estudio, posterior a las citas médicas de reumatología que se llevarían a cabo en las IPS Artmedica Bogotá y Funinderma.

Para dicho procedimiento, se realizó de forma personal la explicación del proyecto, los actores implicados, los objetivos a lograr y la finalidad del estudio, y se procedió a llenar la batería de escalas y cuestionarios previo consentimiento informado, en un espacio privado, dentro de ambas instituciones. Dicho proceso fue llevado a cabo, por los investigadores principales:

- Jonathan Camilo Beltrán García. MD.
- Elizabeth Zapata Gómez

En caso de que algún paciente, tuviera alguna discapacidad física, visual o intelectual (analfabetismo), el investigador a cargo, realizaba el procedimiento de llenar el cuestionario a partir de la modalidad de entrevista, siguiendo en todo momento, los estándares impuestos por cada escala, sin hacer inducción de respuesta.

9.9. Prueba piloto

Se desarrolló una prueba piloto en Mayo de 2015, con la finalidad de determinar la aplicabilidad de la batería de escalas y encuestas, el tiempo de llenado, la variabilidad inter-observador, la confiabilidad de las escalas que no se encuentran validadas en Colombia y los defectos de la batería.

Se precedió a aplicar las encuestas, de forma privada, en modalidad de entrevista, mediante dos entrevistadores, quienes aplicaron la misma batería en dos ocasiones diferentes en el mismo día, con un lapso de tiempo de 30 minutos entre cada entrevista, al mismo participante.

Se realizó dicho procedimiento, aplicando las escalas (Resiliencia de Wagnild & Young, Resiliencia CD-RISC Connor & Davidson, PANAS, Escala abreviada de Zung, Escala de estrategias de afrontamiento espiritual y SF-36), a 7 pacientes con diagnóstico confirmado de Artritis Reumatoide, por criterios ACR 1987, en la consulta externa de reumatología en la I.P.S. ARTMEDICA sede Bogotá D.C.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

9.9.1. Variabilidad inter-observador (Índice de Correlación intra-clase)

Tabla 5. Prueba piloto para la escala PANAS

PANAS (Positive and Negative Affects Scale)				
Subescala	Índice de correlación intra-clase	Intervalo de confianza del 95%		Valor de p
		Límite inferior	Límite superior	
Afectos positivos	0.918	0.577	0.989	0.03
Afectos negativos	0.953	0.746	0.992	0.01

Tabla 6. Resultados de la prueba piloto para las escalas de Resiliencia RS-25 de Wagnild & Young, CD-RISC de Connor & Davidson y Escala abreviada de depresión de Zung.

Escalas de Resiliencia y Depresión				
Escala	Índice de correlación intra-clase	Intervalo de confianza del 95%		Valor de p
		Límite inferior	Límite superior	
CD-RISC	0.779	-0.023	0.960	0.028
RS Wagnild & Young	0.950	0.705	0.991	0.001
Zung abreviada para depresión	0.874	0.705	0.991	0.014

Tabla 7. Resultados de la prueba piloto para las subescalas de la escala de estrategias de afrontamiento espiritual de Baldacchino

Escala de Estrategias de Afrontamiento Espiritual y no Espiritual				
Subescala	Índice de correlación intra-clase	Intervalo de confianza del 95%		Valor de p
		Límite inferior	Límite superior	
Afrontamiento espiritual	0.951	0.742	0.992	0.001
Afrontamiento no espiritual	0.897	0.457	0.982	0.004

Tabla 8. Resultados de la prueba piloto para el cuestionario de Calidad de Vida Short Form 36 (SF-36)

Cuestionario de Calidad de Vida SF-36				
Subescala	Índice de correlación intra-clase	Intervalo de confianza del 95%		Valor de p
		Límite inferior	Límite superior	
Función física	0.951	0.742	0.992	<0.000
Rol físico	0.992	0.958	0.999	<0.000
Dolor corporal	0.958	0.925	0.997	<0.000
Rol emocional	0.909	0.533	0.984	0.005
Vitalidad	0.972	0.858	0.995	<0.000
Salud mental	0.944	0.657	0.990	0.002
Función social	0.663	-0.995	0.942	0.114
Salud general	0.966	0.813	0.994	<0.000
Índice sumario físico	0.977	0.636	0.997	<0.000
Índice sumario mental	0.973	0.860	0.995	<0.000

A partir del análisis previo, se encontró durante la prueba piloto, una alta concordancia para la mayoría de las escalas entre los dos observadores.

La escala CD-RISC, si bien la concordancia es alta y la p es menor de 0.05, el intervalo de confianza cruza el 0, por lo tanto, los resultados no son significativos. Lo anterior, puede estar asociado con un valor discordante en la aplicación de la escala, a una de las pacientes del estudio piloto.

En el cuestionario de Calidad de Vida, SF-36, 7 sub-escalas, así como los dos subíndices generales de salud mental y física tuvieron una concordancia significativa alta, sin embargo, la concordancia de la sub-escala “Función social” no fue significativa.

9.9.2. Análisis de Confiabilidad (Alfa de Cronbach)

Tabla 9. Coeficiente Alfa de Cronbach

Escala	Alfa de Cronbach
CD-RISC 25	0,9696
RS	
Competencia personal	0,9502
Aceptación de sí mismo y de la vida	0,9366
RS total	0,9685
Escala de estrategias de afrontamiento espiritual (EEAE)	
Sub-escala de estrategias de afrontamiento religioso	0,4683
Sub-escala de estrategias de afrontamiento no religioso	0,6554
PANAS	
Sub-escala de afectos positivos	0,8382
Sub-escala de afectos negativos	0,9406

Se realizó análisis de confiabilidad mediante el estadístico Alfa de Cronbach a las escalas que no presentan validación cultural en Colombia (RS-25, CD-RISC-25, PANAS, EEAE). Las escalas CD-RISC-25, RS-25 y PANAS tanto en los análisis globales como en las subescalas presentaron coeficientes elevados, ubicándose dentro de rangos aceptables, lo cual sugiere que las escalas presentan una adecuada confiabilidad.

La escala de estrategias de afrontamiento espiritual, presentó coeficientes por debajo de lo esperado (0.7), sin embargo, dado el tamaño de la muestra en la prueba piloto y dada la importancia de la escala para la presente investigación, y los valores encontrados por Quiceno et al., (Alfa de Cronbach para la Subescala de estrategias de afrontamiento religioso 0.759 y Alfa de Cronbach para la subescalas de estrategias de afrontamiento no religioso 0.610)(4), se decidió continuar con el uso de la escala, y analizar nuevamente la confiabilidad con la muestra principal del estudio.

Durante la aplicación de la prueba piloto, se preguntó a los pacientes si habían tenido dificultades respondiendo la batería de escalas, siendo negativa la respuesta, pues el entendimiento conceptual y gramatical no presentó inconveniente a la hora de aplicar las escalas.

Dado la alta concordancia en los resultados de la prueba piloto, la confiabilidad de las escalas y la aplicabilidad de la escala a nivel conceptual y gramatical, se decidió continuar con el proyecto, con el aval del tutor de la tesis.

9.10. Control de sesgos y errores

Tabla 10. Control de sesgos

CONTROL DE ERRORES Y SESGOS	
SELECCIÓN	Criterios de inclusión y exclusión estrictos para sujetos con AR y sujetos sanos, previamente revisados con base en la literatura médica; revisión de las bases de datos y delimitación de los sujetos previa aplicación de los cuestionarios. En el caso de los sujetos sanos, se utilizó un método de pareamiento para seleccionar junto a los criterios de inclusión y exclusión, aquellos sujetos viables para el estudio
INFORMACIÓN	Se utilizaron criterios clasificatorios estandarizados por la American College of Rheumatology de 1987, los cuales son ampliamente conocidos y utilizados por los investigadores del Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (CREA) y por los trabajadores de la IPS ARTMEDICA e IPS FUNINDERMA, por lo cual se realiza una homogeneización de los conceptos; De las 6 escalas aplicadas, se utilizaron 3 instrumentos que ha sido traducido al español en población latina (RS-25, CD-RISC 25 y PANAS) que no tienen validación cultural en Colombia, pero sí en otros países latinos. Dichas escalas han sido

	<p>utilizadas en Colombia sin presentar inconvenientes en la aplicación, presentando una adecuada validez externa e interna; Se obtuvieron datos de historias clínica de los pacientes y de los cuestionarios aplicados para tal fin.</p>
CONFUSIÓN	<p>Se realizó control mediante una extensa revisión de la literatura, adecuada planificación del estudio, de los criterios de inclusión y exclusión con el fin de determinar posibles variables independientes que interfirieran con las relaciones investigadas. Selección de pacientes con AR para la fase dos mediante muestreo aleatorio simple y pareamiento individual de los sujetos sanos siendo ambos similares en los criterios escogidos (edad, sexo, presencia o ausencia de pareja, tiempo de educación y nivel educativo) y obtenidos en las mismas instituciones en donde se realizó la recolección de información de sujetos con AR</p>
ERROR DE MUESTREO	<p>Dado que el cálculo del tamaño de la muestra es de 15 sujetos en el caso de pacientes e individuos sanos, se incrementó la muestra de pacientes 4 veces para reducir el error de muestreo y poder realizar análisis dentro del mismo grupo de pacientes. En la fase dos, se realizó un muestreo aleatorio simple de 15 casos y se utilizó un método de pareamiento individual para obtener sujetos sanos</p>
ERROR DE MEDICIÓN	<p>Se utilizaron criterios clasificatorios estandarizados por la American College of Rheumatology de 1987, los cuales son ampliamente conocidos y utilizados por los investigadores del Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (CREA) y por los trabajadores de la IPS ARTMEDICA, por lo cual se realiza una homogeneización de los conceptos;</p>

	Además, se utilizaron instrumentos previamente analizados en una prueba piloto en la cual presentaron una alta correlación intraclase, obteniendo una medición uniforme a través del tiempo y a través de múltiples aplicaciones; Se obtuvieron datos de historias
--	--

9.11. Plan de análisis

Tabla 11. Plan de análisis

OBJETIVOS	ANÁLISIS
GENERAL	
Identificar si la presencia de la artritis reumatoide, sus variables clínicas de mal pronóstico, variables cognitivas y emocionales impactan en el grado de resiliencia del individuo	Se realizó un análisis univariado, bivariado. Según las características de los datos, se utilizó estadística paramétrica o no paramétrica
ESPECÍFICOS	
Identificar si existe relación entre las manifestaciones de mal pronóstico de la AR y el nivel de resiliencia	Según la distribución de los datos, cuando la variable tuvo tendencia normal, se utilizó la T de student para hacer comparación de medias, en los casos que no tuvieron una distribución normal, se utilizó según el caso el test no paramétrico de Kruskal-Wallis, U de Mann Whitney para comparación de medianas y varianza, y test de correlación de Spearman como test no paramétrico en los casos de comparación de dos variables continuas.

<p>Identificar si existen diferencias en el nivel de resiliencia según las variables sociodemográficas tales como estado civil, estrato socioeconómico, edad y sexo de los pacientes.</p>	<p>Según la distribución de los datos, cuando la variable tuvo tendencia normal, se utilizó la T de student para hacer comparación de medias, en los casos que no tuvieron una distribución normal, se utilizó según el caso el test no paramétrico de Kruskal-Wallis, U de Mann Whitney para comparación de medianas y varianza, y test de correlación de Spearman como test no paramétrico en los casos de comparación de dos variables continuas.</p>
<p>Identificar si existe relación entre las estrategias de afrontamiento religioso y no religioso y el nivel de resiliencia de los pacientes.</p>	<p>Según la distribución de los datos, cuando la variable tuvo tendencia normal, se utilizó la T de student para hacer comparación de medias, en los casos que no tuvieron una distribución normal, se utilizó según el caso el test no paramétrico de Kruskal-Wallis, U de Mann Whitney para comparación de medianas y varianza, y test de correlación de Spearman como test no paramétrico en los casos de comparación de dos variables continuas.</p>
<p>Identificar si existe relación entre las variables emocionales y el nivel de resiliencia de los pacientes</p>	<p>Según la distribución de los datos, cuando la variable tuvo tendencia normal, para hacer comparación de medias se utilizó ANOVA de 1 vía según correspondiera. En los casos que no tuvieron una distribución normal, se utilizó según el caso el test</p>

	no paramétrico de Kruskal-Wallis, U de Mann Whitney para comparación de medianas y varianza, y test de correlación de Spearman como test no paramétrico en los casos de comparación de dos variables continuas.
Identificar si hay diferencias en el nivel de resiliencia de los pacientes y el grupo de comparación.	Según la distribución de los datos, cuando la variable tuvo tendencia normal, se utilizó la T de student para hacer comparación de medias, en los casos que no tuvieron una distribución normal, se utilizó según el caso el test no paramétrico de Kruskal-Wallis, U de Mann Whitney para comparación de medianas y varianza, y test de correlación de Spearman como test no paramétrico en los casos de comparación de dos variables continuas.
Identificar si existe relación entre la calidad de vida y el nivel de resiliencia de los pacientes.	Según la distribución de los datos, cuando la variable tuvo tendencia normal, se utilizó ANOVA de 1 via para hacer comparación de medias, en los casos que no tuvieron una distribución normal, se utilizó según el caso el test no paramétrico de Kruskal-Wallis, U de Mann Whitney para comparación de medianas y varianza, y test de correlación de Spearman como test no paramétrico en los casos de comparación de dos variables continuas.

Para el presente proyecto, se utilizó el programa Excel para la conformación de la base de datos y posteriormente se utilizaron los programas estadísticos SPSS versión 22 y EPIDAT versión 4.1 para realizar el análisis de las variables.

10. Aspectos éticos

El presente estudio se encuentra enmarcado dentro del macro proyecto “Mecanismos comunes de las enfermedades autoinmunes” del Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes CREA de la Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, el cual está previamente avalado por comité de ética de la Universidad del Rosario y actualmente se encuentra en vigencia.

El estudio presenta riesgos mínimos, no se trabajó con grupos especiales. Se mantuvo y mantendrá la confidencialidad de la información obtenida de los pacientes. Para la obtención de la información y muestra, se procedió a otorgar a cada uno de los participantes el consentimiento informado del Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes dentro del marco del macro proyecto “Mecanismos comunes de las enfermedades autoinmunes” previa explicación del estudio, los riesgos y los beneficios, se le dio al paciente la oportunidad de dar su asentimiento frente a la participación.

Se declara en el presente trabajo que los autores no presentan ningún conflicto de interés.

Se cuenta con el aval por parte de las IPS ARTMEDICA Bogotá, FUINDERMA y CREA/Universidad del Rosario, para poder llevar a cabo la investigación.

11. Resultados

11.1. Análisis de confiabilidad de las escalas no validadas en Colombia

Tabla 12. Análisis de confiabilidad mediante Alfa de Cronbach de las escalas.

Escala (n=79)	Alfa de Cronbach
CD-RISC 25	0,9193
RS	
Competencia personal	0,9442
Aceptación de sí mismo y de la vida	0,8525
RS total	0,9538
Escala de estrategias de afrontamiento espiritual (EEAE)	
Sub-escala de estrategias de afrontamiento religioso	0,8779
Sub-escala de estrategias de afrontamiento no religioso	0,7002
PANAS	
Sub-escala de afectos positivos	0,8504
Sub-escala de afectos negativos	0,9148

Se realizó un análisis de confiabilidad en segunda instancia de las escalas aplicadas en el presente estudio que no cuentan con validación cultural en Colombia, posterior al realizado en la prueba piloto, utilizando la prueba estadística Alfa de Cronbach, reportando un alfa para CD-RISC 25 de 0.9193, sub-escala “Competencia personal” de la RS-25 de 0.9442, sub-escala “Aceptación de sí mismo y de la vida” de la RS-25 de 0.8525, RS total de 0.9538, Sub-escala “Estrategias de afrontamiento religioso” de la EEAE de 0.8779, Sub-escala “Estrategias de afrontamiento no religioso” de la EEAE de 0.7002, Sub-escala “Afectos positivos” de la PANAS de 0.8504 y Sub-escala “Afectos negativos” de la PANAS de 0.9148. Los resultados mencionados se encuentran dentro de los parámetros establecidos para el estadístico Alfa de Cronbach, lo

cual, indica que las escalas presentan una adecuada validez interna y por lo tanto son aplicable en el estudio. (Tabla 12).

Si bien en la prueba piloto, los resultados de las sub-escalas de EEAE, fueron inferiores a los parámetros, se confirma que el tamaño de la muestra utilizada en la prueba piloto tuvo influencia en los resultados de los estadísticos, por lo cual, al realizar un análisis en segunda instancia con la muestra total se evidencian diferencias suficientes en dicha escala para validar su utilización en nuestra población.

11.2. Descripción demográfica, características clínicas, cognitivas y emocionales de los grupos de pacientes con AR y grupo de individuos sanos

Tabla 13. Variables discretas en el grupo de pacientes con AR

Variable	Mínima	p25	Mediana	Media	p75	Máxima	NA	sd	n	Valor p Shapiro
Edad	26	48	54	53	60	76	0	11,349	63	0,069
Tiempo de educación	2	9	13	12,65	16	23	3	4,950	60	0,054
Duración de la enfermedad (meses)	3,960	48	108	125,14	192	372	1	92,302	62	0,001
CAD	0	0	2	4,52	7	26	1	6,225	62	0,000
CAI	0	0	2	3,63	5	22	1	4,293	62	0,000
VASG	0	1,5	4	4,364	7	10	4	3,236	59	0,001
VASD	0	2	5	4,631	7,5	10	2	3,003	61	0,004
PCS	20,44	34,22	40,47	40,182	46,78	60,45	1	8,778	62	0,780
MCS	26,24	41,27	47,330	47,318	53,66	65,40	1	8,784	62	0,929
EAR	0	14	19	18	22,5	27	0	6,799	63	0,002
EANR	13	24,5	28	26,93	30	33	0	4,032	63	0,006
Afectos positivos	18	29,5	36	34,9	39	50	0	7,222	63	0,499
Afectos negativos	10	10	12	14,98	16	43	0	7,068	63	<0.000
Puntuación escala de depresión de Zung	10	17	21	20,41	24	28	0	4,482	63	0,033

CAD: conteo de articulaciones dolorosas; CAI: conteo de articulaciones inflamadas; VASG: valoración global de la enfermedad por el paciente; VASD: valoración visual análoga del dolor; PCS: subíndice calidad de vida física del Short-Form 36; MCS: subíndice calidad de vida mental del Short-Form 36; EAR: subescala de estrategias de afrontamiento religioso de la escala de estrategias de afrontamiento religioso de Baldacchino; EANR: subescala de estrategias de afrontamiento no religioso de la escala de estrategias de afrontamiento religioso de Baldacchino; sd: desviación estándar; NA: datos perdidos.

Los resultados del análisis univariado de las variables cuantitativas discretas y continuas que se utilizaron en el presente estudio (edad, tiempo de educación, estrato socioeconómico, duración de la enfermedad en meses desde el tiempo del diagnóstico, puntuación de resiliencia por escala CD-RISC, puntuación de resiliencia por escala RS, subíndice calidad de vida física por SF-36v2, subíndice calidad de vida mental por SF-36v2, puntuación de la subescala de estrategias de afrontamiento religioso y puntuación por subescala de estrategias de afrontamiento no religioso, afectos positivos, afectos negativos y puntuación de la escala abreviada de depresión de Zung), indican que la media de la edad del grupo de pacientes fue de 53, superior a las reportadas en otros estudios, el tiempo de duración medio de la enfermedad en los pacientes desde el diagnóstico fue de 125.14 meses, equivalente a 10.43 años; el conteo de articulaciones dolorosas tuvo una media de 4.52 con una mediana de 2; el conteo de articulaciones inflamadas tuvo una media de 3.63 con una mediana de 2; la valoración global de la enfermedad por el paciente presentó una media de 4.364 con una mediana de 4; la valoración visual análoga del dolor presentó una media de 4,631 y una mediana de 5. Hay tendencia en el grupo de pacientes a usar principalmente las estrategias de afrontamiento no religioso, siendo el porcentaje de uso de las estrategias de afrontamiento religiosas de 67.7% y las estrategias de afrontamiento no religiosas en un 81.6%.

Las variables que determinan componentes emocionales, como son los afectos negativos y los afectos positivos de la escala PANAS y la puntuación en la escala abreviada de depresión de Zung, demuestran que en el momento de aplicación de las escalas los pacientes presentaban una mayor presencia de afectos positivos frente a los negativos, con una media de 34.9 para afectos positivos y 14.98 para afectos negativos. Sin embargo, es llamativo en el caso de la escala abreviada de depresión de Zung la tendencia a presentar síntomas depresivos que puntúan en la escala dentro del corte para determinar un tamizaje positivo para depresión, siendo la media de la muestra de pacientes en 20.41 y la mediana en 21.

Mediante el estadístico Shapiro-Wilks, se identifica que las variables edad, tiempo de educación, calidad de vida mental, calidad de vida física y afectos

positivos, tienen una tendencia normal, mientras que las demás variables no presentan una tendencia normal. (Tabla 13).

Tabla 14. Variables categóricas en el grupo de pacientes con AR

Variable	Categorías	Frecuencias
Nivel educativo	9 años o más de estudio	47 (74,6%)
	Menos de 9 años de estudio	13 (20,6%)
	Perdidos	3 (4,8%)
Estrato socioeconómico	1	2 (3,2%)
	2	13 (20,6%)
	3	27 (42,9%)
	4	5 (7,9%)
	5	6 (9,5%)
	6	2 (3,2%)
	Perdidos	8 (12,7%)
Estrato socioeconómico categórico	Bajo	15 (23,8%)
	Medio	27 (42,9%)
	Alto	13 (20,6%)
	Perdidos	8 (12,7%)
Estado civil	Soltero/a	19 (30,2%)
	Casado/a	29 (46%)
	Viudo/a	3 (4,8%)
	Divorciado/a	3 (4,8%)
	Pareja estable	9 (14,3%)
Sexo	Femenino	50 (79,4%)
	Masculino	13 (20,6%)
Manifestaciones extra-articulares	No	61 (98,8%)
	Si	2 (3,2%)
Enfermedad erosiva	No	23 (36,5%)
	Si	28 (44,4%)
	Perdidos	12 (19%)
Nodulosis cutánea	No	55 (87,3%)
	Si	8 (12,7%)
Antecedente de tabaquismo	No	37 (58,7%)
	Si	23 (36,5%)
	Perdidos	3 (4,8%)
Factor Reumatoide	No	17 (27%)
	Si	41 (65,1%)
	Perdidos	5 (7,9%)
Anticuerpos contra péptido cíclico citrulinado (Anti CCP)	No	6 (9,5%)
	Si	39 (61,9%)
	Perdidos	18 (28,6%)
Categorías de resiliencia por escala RS	Resiliencia baja	6 (9,68%)
	Resiliencia media	37 (58,7%)
	Resiliencia alta	20 (31,7%)
Depresión	Tamizaje negativo para depresión	26 (41,3%)
	Tamizaje positivo para depresión	37 (58,7%)
RS: escala de resiliencia de 25 ítems de Wagnild & Young		

En el análisis univariado a las variables cualitativas nominales en el grupo de pacientes con diagnóstico de AR, se evidencia que el 74.6% de los pacientes tuvo más de 9 años de estudio, equivalente a un nivel educativo igual o superior al bachillerato básico Colombiano; el 23.8% de los pacientes pertenece a estratos bajos, equivalente a estratos 1 y 2, el 42.9% a estrato medio equivalente a estrato 3 y el 20.6% a estratos altos, equivalente a estratos 4, 5 y 6; el 30.2% de los pacientes manifestó ser soltero, el 46% estar casado, el 4.8% ser viudo, el 4.8% divorciado y el 14.3% tener una pareja estable; al igual que en otros estudios y confirmando la mayor prevalencia de la AR en el género femenino, en el presente estudio, el 79.4% de los participantes con diagnóstico de AR pertenecen al sexo femenino, mientras que el 20.6% al masculino. El 98.8% no presentó manifestaciones extra-articulares durante el curso de su enfermedad; el 44.4% presenta enfermedad erosiva; el 87.3% no ha presentado aparición de lesiones nodulares cutáneas o nódulos reumatoides; el 58.7% no ha presentado antecedente de tabaquismo y el 36.5% si lo ha presentado; el 65.1% de los pacientes presenta seropositividad para factor reumatoide; el 61.9% de los pacientes presenta seropositividad para péptido cíclico citrulinado; el 9.68% de los pacientes puntuó en la escala de resiliencia RS de Wagnild & Young para resiliencia baja, el 58.7% para resiliencia media y el 31.7% para resiliencia alta; el 59.7% de los pacientes presentó tamizaje positivo para depresión mediante la escala abreviada de depresión de Zung. (Tabla 14).

Las variables Estrato socioeconómico, enfermedad erosiva y anticuerpos contra el péptido cíclico citrulinado (Anti CCP), presentan más de 10% de datos perdidos, por lo cual se eliminan dichas variables para los análisis posteriores.

11.3. Descripción de las puntuaciones de resiliencia en los grupos de pacientes con AR e individuos sanos

Tabla 15. Puntuaciones de resiliencia en el grupo de individuos con AR

Variables	n	Min	p25.	Mediana	p75.	Max	Valor p Shapiro
CD-RISC 25	60	20	63	79	86	100	0,003
RS-25	63	25	136,5	153	162	175	0.000

CD-RISC25: escala de resiliencia de Connor & Davidson de 25 ítems; RS: escala de resiliencia de 25 ítems de Wagnild & Young

Tabla 16. Puntuaciones de resiliencia en el grupo de individuos sanos.

Variables	n	Media	sd	Valor p Shapiro
CD-RISC 25	16	75,19	12,787	0,685
RS-25	16	145,44	17,01	0,116

CD-RISC25: escala de resiliencia de Connor & Davidson de 25 ítems; RS: escala de resiliencia de 25 ítems de Wagnild & Young

Las variables Resiliencia (CD-RISC 25 y RS-25) en el grupo de pacientes con diagnóstico de AR no siguen una tendencia normal (Valor p de Shapiro-Wilks para CD-RISC 25 y RS-25, $p=0.00$. y $p=0.000$ respectivamente); la mediana de la puntuación de resiliencia por CD-RISC-25 fue de 79 y la de resiliencia por escala RS-25 fue de 153, por lo cual teniendo en cuenta los puntos de corte establecidos por Wagnild & Young en la elaboración de la escala, ubicarían a los pacientes en un nivel de resiliencia medio. (Tabla 15).

El grupo de individuos sanos presenta en las escalas de resiliencia por CD-RISC 25 una media de 75.19 y una distribución de normal de los datos (Valor p Shapiro= 0.684); en el caso de la puntuación de resiliencia mediante escala RS-25 presenta una media de 145.44 con una distribución normal (Valor p Shapiro=0.116), al igual que el grupo de pacientes, situándolos en una categoría de Resiliencia media (Tabla 16).

Tabla 17. Determinación de normalidad entre calidad de vida física, mental y afectos positivos por categorías de resiliencia en el grupo de pacientes con AR.

Variable	Resiliencia baja		Resiliencia media		Resiliencia alta	
	Media (ds)	Valor p Shapiro	Media (ds)	Valor p Shapiro	Media (ds)	Valor p Shapiro
Edad	54,50 (18,56)	0,472	54,54 (10,87)	0,209	50,65 (9,75)	0,030
Tiempo de educación	9,67 (5,57)	0,959	13,09 (4,60)	0,041	12,80 (5,29)	0,261
PCS	38,19 (11,37)	0,071	40,33 (8,09)	0,459	40,52 (9,56)	1,000
MCS	49,58 (6,16)	0,342	45,85 (9,79)	0,887	48,28 (7,16)	0,812
A.P.	31,83 (6,40)	0,061	33,73 (7,21)	0,549	37,80 (6,86)	0,981

PCS: calidad de vida física por SF-36v2; MCS: calidad de vida mental por SF-36V2; A.P.: afectos positivos por escala PANAS; ds: desviación estándar.

Las variables edad, tiempo de educación, calidad de vida física, calidad de vida mental y afectos positivos, en el análisis univariado presentaron una tendencia normal, por lo cual, se clasificaron en los grupos de categorías de resiliencia según escala RS de Wagnild & Young, ante lo cual, las variables edad y tiempo de educación no presentaron una tendencia normal en las categorías de resiliencia alta y resiliencia media respectivamente por lo cual en los posteriores análisis para dichas variables se realizará diferencia de medianas mediante estadística no paramétrica. Las variables calidad de vida física, calidad de vida mental y afectos positivos presentaron una tendencia normal en cada una de las categorías de resiliencia por RS-25 (Tabla 17), lo cual, permitiría realizar una comparación de medias por estadística paramétrica mediante el test de ANOVA de 1 factor (Tabla 31).

11.4. Relación entre las variables demográficas y la resiliencia en los pacientes con AR

Tabla 18. Relación entre variables demográficas y categorías de resiliencia por escala RS-25 mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis

Variables	Resiliencia baja	Resiliencia media	Resiliencia alta	Valor p
	Mediana	Mediana	Mediana	
Edad	60,5	55	53,5	0,487
Tiempo de educación	10	14	13	0,370

RS-25: escala de resiliencia de Wagnild & Young de 25 ítems.

Las variables edad y tiempo de educación, como se mencionó previamente, no presentaron una tendencia normal, por lo cual se decidió realizar análisis de diferencia de medianas mediante el test no paramétrico de Kruskal-Wallis, sin identificar diferencias significativas entre estas variables y las categorías de resiliencia mediante escala RS-25 ($p=0.487$ y $p=0.370$, respectivamente). Lo cual sugiere que la edad y el tiempo de educación no se encuentran relacionados con las puntuaciones categorizadas de resiliencia de los pacientes con AR, al evaluar dicha característica con la escala RS-25. (Tabla 18).

Tabla 19. Relación entre Categorías de Estrato Socio-económico y puntuaciones de resiliencia por CD-RISC 25 y RS-25 en el grupo de pacientes con AR.

Variable	ESE Bajo		ESE Media		ESE Alta		Valor p
	Mediana	Valor p Shapiro	Mediana	Valor p Shapiro	Mediana	Valor p Shapiro	
CD-RISC 25	84	0,113	77	0,121	80,5	0,003	0,578
RS -25	142	0,219	156	0,108	157	0,000	0,717

Al analizar la resiliencia según categorización por el estrato socio-económico en los pacientes con AR, se evidenció una tendencia a presentar mayores puntuaciones de resiliencia por RS-25 entre mejor fuera la categoría de ESE, sin embargo, dicha tendencia no se evidenció al evaluar la resiliencia con la escala CD-RISC 25.

El análisis de diferencia de medianas de resiliencia por RS-25 y CD-RISC 25 entre las categorías de ESE mediante el test no paramétrico de Kruskal-Wallis, no demostró diferencias significativas ($p=0.717$ y $p=0.578$, respectivamente), lo cual indica que el estrato socio-económico no influye en la resiliencia del individuo con AR. (Tabla 19).

Tabla 20. Determinación de normalidad en puntuación de resiliencia CD-RISC 25 y RS-25 por categorías de nivel educativo en el grupo de pacientes con AR.

Variable	Menos de 9 años		9 años o mas	
	Mediana	Valor p Shapiro	Mediana	Valor p Shapiro
CD-RISC 25	75	0,316	79	0,002
RS-25	156	0,108	153	0,000

Tabla 21. Determinación de normalidad en puntuación de resiliencia CD-RISC 25 y RS-25 por categorías de sexo en el grupo de pacientes con AR.

Variable	Femenino		Masculino	
	Mediana	Valor p Shapiro	Mediana	Valor p Shapiro
CD-RISC 25	80	0,003	78	0,979
RS-25	156	0,000	145	0,757

Tabla 22. Determinación de normalidad en puntuación de resiliencia CD-RISC 25 y RS-25 por categorías de estado civil en el grupo de pacientes con AR.

Variable	Soltero		Casado		Viudo		Divorciado		Pareja estable	
	Mediana	Valor p Shapiro	Mediana	Valor p Shapiro	Mediana	Valor p Shapiro	Mediana	Valor p Shapiro	Mediana	Valor p Shapiro
CD-RISC 25	82	0,175	78	0,006	51	0,363	91	0,463	61	0,086
RS-25	157	0,008	156	0,000	139	0,07	156	0,518	136	0,151

La resiliencia mediante CD-RISC 25 y RS-25 en las variables demográficas Sexo, Estado civil y Nivel educativo, no presentaron una tendencia normal en cada categoría de cada variable, por lo cual se decide realizar comparación de medianas mediante pruebas no paramétricas, con el fin de identificar diferencias significativas en la resiliencia según categorías para cada variable demográfica previamente mencionada. (Tablas 20, 21 y 22).

Tabla 23. Relación entre variables demográficas de la AR y puntuación de resiliencia mediante escala RS-25

Variable	n	Min	p25.	Mediana	p75.	Max.	Valor p
Nivel educativo	Menos de 9 años	13	113	125	156	167	0,753
	9 años o más	47	25	140	153	161	
Estado civil	Soltero	19	70	132,5	157	161,5	0,406
	Casado	29	25	145	156	162	
	Viudo	3	138	138,5	139	150,5	
	Divorciado	3	122	122	156	162,5	
	Pareja estable	9	113	116	136	158	
Sexo	Femenino	50	25	134	156	162	0,966
	Masculino	13	129	143	145	161	

La resiliencia medida mediante RS-25 en el grupo AR presento una puntuación levemente superior en la categoría “menos de 9 años” (156) frente a “9 años o más” (153) de la variable nivel educativo, así mismo, se evidencia una mayor puntuación de resiliencia en la categoría Sexo “femenino” (156) frente al “masculino” (145), sin embargo, el análisis de la resiliencia según las variables Nivel educativo, estado civil y sexo, no evidenció diferencias significativas en las medianas al utilizar como método de análisis los test U-Mann Whitney (Nivel educativo y Sexo) y Kruskal-Wallis (estado civil). (Tabla 23).

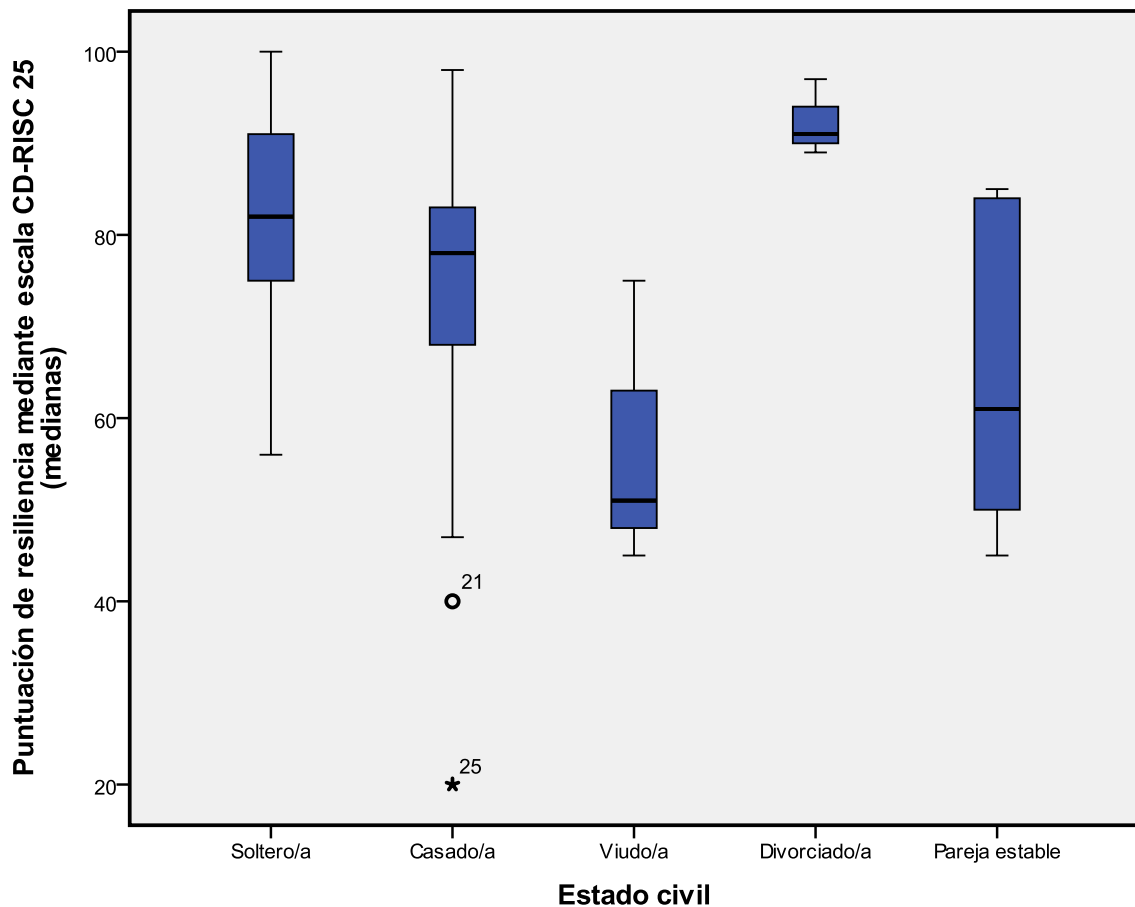
Tabla 24. Relación entre variables demográficas de la AR y puntuación de resiliencia mediante CD-RISC25

Variable	n	Min	p25.	Mediana	p75.	Max.	Valor p
Nivel educativo	Menos de 9 años	13	40	60	75	91	0,903
	9 años o más	45	20	64	79	84	
Estado civil	Soltero	18	56	75	82	91	0,011
	Casado	27	20	68	78	83	
	Viudo	3	45	48	51	63	
	Divorciado	3	89	90	91	94	
	Pareja estable	9	45	50	61	84	
Sexo	Femenino	49	20	61	80	86	0,833
	Masculino	11	59	73	78	84	

Al utilizar la escala CD-RISC 25 para valorar el nivel de resiliencia de los pacientes en relación a las variables categóricas, se identificó al análisis bivariado mediante el test no paramétrico de Kruskal-Wallis, la presencia de

diferencias significativas en medianas y varianza en la categoría estado civil, siendo la categoría divorciado/a el cual obtiene mayor puntuación en la escala de resiliencia y la categoría viudo/a, la que presenta menores niveles de resiliencia (Grafica 3), sin embargo, en las categorías viudo/a y divorciado, hay pocos pacientes, por lo cual no se considera significativa dicha diferencia estadística. (Tabla 24).

Gráfica 2. Resiliencia mediante escala CD-RISC 25 y estado civil.



Dado lo anterior, se decidió realizar re categorización de la variable estado civil, para determinar si la presencia o ausencia de pareja se relaciona con el nivel de resiliencia de los pacientes mediante escala CD-RISC y escala RS.

Tabla 25. Relación entre variable categórica pareja y el nivel de resiliencia mediante escala CD-RISC 25

Variable		n	Min	p25.	Mediana	p75.	Max	Valor p Shapiro	Valor p
Pareja	No	24	45	69,5	82	91	100	0,57	0,113
	Si	36	20	61,5	77	83,5	98	0,24	

Tabla 26. Relación entre la variable categórica pareja y el nivel de resiliencia mediante escala RS de Wagnild & Young.

Variable		n	Min	p25.	Mediana	p75.	Max	Valor p Shapiro	Valor p
Pareja	No	25	70	134	156	162	175	0,004	0,822
	Si	38	25	142	152,5	162	175	<0,000	

Posterior a la re-categorización de la variable “estado civil” en la variable “pareja”, se realizó un análisis de comparación de medianas y varianzas en la puntuación de resiliencia de las escalas CD-RISC 25 (Tabla 25) y la escala RS-25 de Wagnild & Young (Tabla 26) mediante el estadístico U de Mann Whitney, en el cual no se encontró diferencias estadísticamente significativas ($p=0.113$ y $p=0.822$ respectivamente).

11.5. Relación entre las variables clínicas de la AR y la resiliencia en los pacientes con AR

Tabla 27. Relación entre variables clínicas de mal pronóstico de la AR y nivel de resiliencia por escala RS-25

Variable		n	Min	p25.	Mediana.	p75	Max	Valor p-Shapiro	Valor p
Sexo	Femenino	50	25	134	156	162	175	0,000	0,966
	Masculino	13	129	143	145	161	175	0,734	
Manifestaciones extra-articulares	No	61	25	137	156	162	175	<0,000	0,279
	Si	2	115	115	133,5	152	152		
Erosiones	No	23	113	133,5	152	161	175	0,158	0,798
	Si	28	25	140,5	156,5	162	171	<0,000	
Nodulosis	No	55	70	137,5	152	162	175	0,000	0,650
	Si	8	25	118	158,5	160,5	169	0,005	
Tabaquismo	No	37	113	142	156	161	175	0,016	0,939
	Si	23	25	133,5	152	162,5	175	0,000	
Factor Reumatoide	No	17	130	156	160	163	174	0,070	0,065
	Si	41	70	137	150	162	175	0,002	
Anti CCP	No	6	145	145	152	161	175	0,206	0,732
	Si	39	70	137,5	157	162	174	0,000	

Tabla 28. Relación entre variables clínicas de mal pronóstico de la AR y nivel de resiliencia por escala CD-RISC25

Variable		n	Min	p25.	Mediana.	p75	Max	Valor p-Shapiro	Valor p
Sexo	Femenino	49	20	61	80	86	98	0,003	0,833
	Masculino	11	59	73	78	84	100	0,979	
Manifestaciones extra-articulares	No	58	20	64	79	86	100	0,004	0,386
	Si	2	45	45	63	81	81		
Erosiones	No	22	40	59	75	85	98	0,628	0,844
	Si	26	20	60	78,5	83	91	0,003	
Nodulosis	No	53	20	64	78	85	100	0,014	0,685
	Si	7	45	65,5	83	87,5	91	0,021	
Tabaquismo	No	37	40	66	80	88	98	0,025	0,277
	Si	20	20	55,5	75	85,5	100	0,429	
Factor Reumatoide	No	17	20	64	81	85	97	0,023	0,630
	Si	39	40	62,5	78	84,5	100	0,054	
Anti CCP	No	6	45	62	83	88	98	0,517	0,559
	Si	38	20	64	78,5	84	97	0,007	

Tabla 29. Asociación entre la duración de la enfermedad y variables de clinimetría con las categorías de resiliencia mediante escala RS-25 mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis

Variables	Resiliencia baja		Resiliencia media		Resiliencia alta		Valor p
	Mediana	Valor p-Shapiro	Mediana	Valor p-Shapiro	Mediana	Valor p-Shapiro	
Duración de la enfermedad (meses)	108	0,644	108	0,014	96	0,024	0,571
CAD	1,5	0,005	2	0,000	2	0,000	0,981
CAI	6	0,344	2	0,000	2	0,000	0,247
VASG	5,250	0,248	4	0,019	3,750	0,070	0,964
VASD	5	0,960	4,5	0,078	5	0,024	0,941

CAD: conteo de articulaciones dolorosas; CAI: conteo de articulaciones inflamadas; VASG: valoración global de la enfermedad por el paciente; VASD: valoración visual análoga del dolor.

El análisis de las variables clínicas de la AR, tales como sexo, tabaquismo, manifestaciones extra-articulares, nodulosis, títulos positivos de factor reumatoide y títulos positivos de Anti CCP en relación al nivel de resiliencia de los pacientes mediante escala RS-25 y CD-RISC 25, no demuestra diferencias significativas en las medianas o varianzas mediante el test no paramétrico de U de Mann Whitney (Tablas 27 y 28). En las variables “Duración de la enfermedad”, “Conteo de articulaciones dolorosas (CAD)”, “Conteo de articulaciones inflamadas (CAI)”, “Valoración global de la enfermedad por el paciente (VASG)” y “Valoración visual análoga del dolor (VASD)” entre categorías de Resiliencia mediante escala RS-25, utilizando la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, no se encontraron diferencias significativas en las medianas o varianzas. (Tabla 29).

11.6. Asociación entre las estrategias de afrontamiento y el nivel de resiliencia de los pacientes con AR

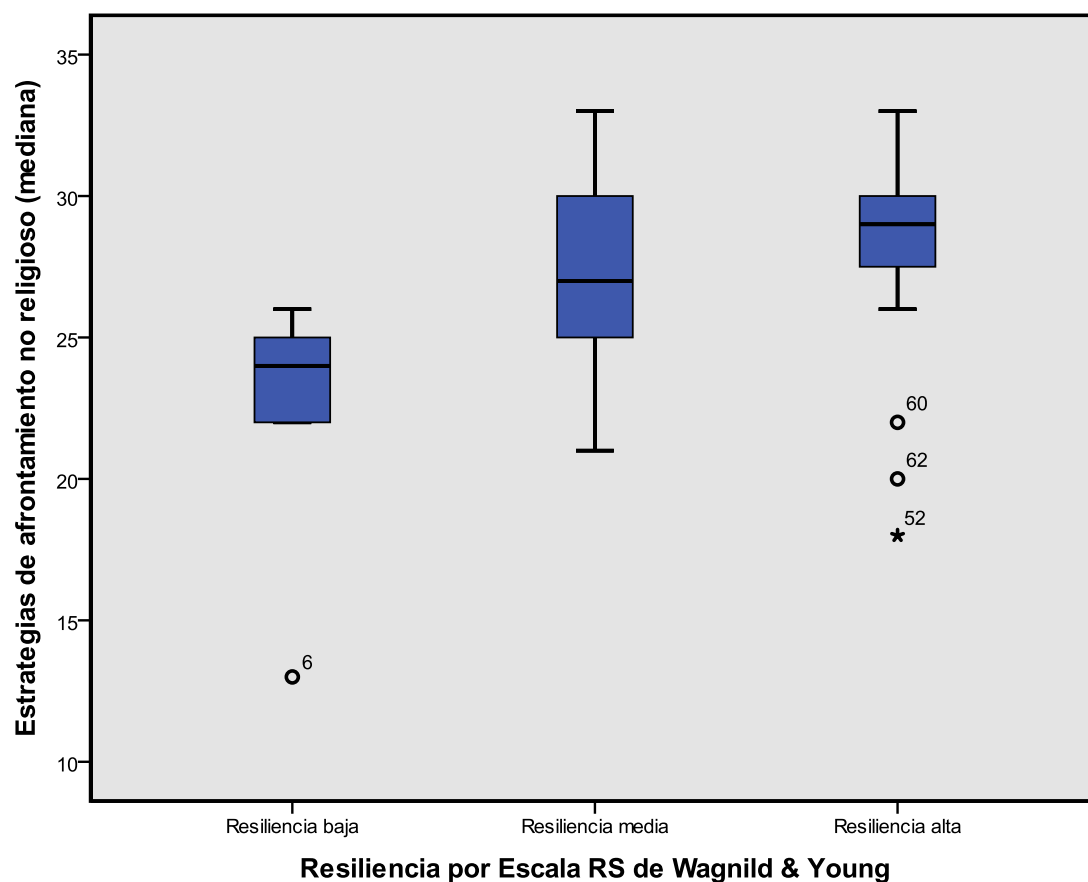
Tabla 30. Relación entre las estrategias de afrontamiento religioso y no religioso y las categorías de resiliencia mediante escala RS-25, mediante el test no paramétrico de Kruskal-Wallis

Variables	Resiliencia baja		Resiliencia media		Resiliencia alta		Valor p
	Mediana	Valor p-Shapiro	Mediana	Valor p-Shapiro	Mediana	Valor p-Shapiro	
EAR	12,5	0,619	19	0,014	19,5	0,094	0,069
EANR	24	0,019	27	0,059	29	0,002	0,025

EAR: subescala de estrategias de afrontamiento religioso de la escala de estrategias de afrontamiento religioso de Baldacchino; EANR: subescala de estrategias de afrontamiento no religioso de la escala de estrategias de afrontamiento religioso de Baldacchino; ds: desviación estándar.

En el análisis bivariado entre las categorías de resiliencia mediante escala RS-25, al realizar comparación de medianas y varianzas mediante el test no paramétrico de Kruskal-Wallis, se logró identificar una diferencia significativa ($p=0.025$) en las puntuaciones obtenidas para las estrategias de afrontamiento no religioso entre las diferentes categorías de resiliencia (Tabla 30). Por lo cual, se identifica mediante el gráfico de cajas y bigotes, que hay una tendencia al mayor uso de estrategias de afrontamiento no religioso entre mayor sea el nivel de resiliencia de los pacientes con diagnóstico de AR, siendo mayor la diferencia entre los grupos de resiliencia bajo comparado contra medio y alto (Gráfico 3).

Gráfico 3. Estrategias de afrontamiento no espirituales y categorías de resiliencia mediante escala RS de Wagnild & Young



11.7. Asociación entre las variables afectivas y la calidad de vida con la resiliencia de los pacientes con AR

Tabla 31. Comparación de medias mediante ANOVA entre Calidad de vida (mental y física) y afectos positivos por categorías de resiliencia por escala RS.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Valor p
PCS	Entre grupos	26,939	2	13,469	0,170	0,844
MCS	Entre grupos	184,923	2	92,462	1,207	0,307
A.P.	Entre grupos	266,368	2	133,184	2,693	0,076

Las variables calidad de vida física, calidad de vida mental y afectos positivos, no presentaron diferencias significativas en las medias de los grupos de resiliencia baja, media y alta por escala RS-25 ($p=0.844$, $p=0.307$ y $p=0.076$

respectivamente) al realizar análisis mediante el test de ANOVA de 1 factor (Tabla 31).

Tabla 32. Asociación entre afectos negativos y depresión con la resiliencia por RS-25 de los pacientes con AR, mediante test no paramétrico de Kruskal-Wallis

Variables	Resiliencia baja	Resiliencia media	Resiliencia alta	Valor p
	Mediana	Mediana	Mediana	
Puntuación de afectos negativos	13	11	14,5	0,111
Puntuación en escala abreviada de depresión de Zung	23	20	19,5	0,180

Los afectos negativos y la puntuación de depresión por escala abreviada de Zung no presentaron diferencias significativas entre las categorías de resiliencia por RS-25 ($p=0.111$ y $p=0.180$ respectivamente) al realizar el análisis de los datos mediante el test no paramétrico de Kruskal-Wallis. (Tabla 32).

Tabla 33. Asociación entre categorías de depresión y resiliencia por escala RS-25 en pacientes con AR, mediante U Mann Whitney

Variable	n	Min	p25.	Mediana	p75	Max	Valor p-Shapiro	Valor p	
Depresión	No	36	121	147	158	163	175	0,059	0,052
	Si	37	25	130	144	162	171	0,000	

Tabla 34. Asociación entre categorías de depresión y resiliencia por escala CD-RISC 25 en pacientes con AR, mediante U Mann Whitney

Variable	n	Min	p25.	Mediana	p75	Max	Valor p-Shapiro	Valor p	
Depresión	No	25	20	77	83	91	100	0,001	0,026
	Si	35	40	59,5	75	84	97	0,209	

El análisis de la puntuación de resiliencia mediante escala RS-25 según la categorización de depresión tamizada mediante la EAZD, no demuestra diferencias significativas entre los resultados en ambas categorías ($p=0.052$). (Tabla 33). Por otra parte, al realizar un análisis no paramétrico de la puntuación de resiliencia mediante CD-RISC 25 en las categorías de depresión mediante

EAZD, se evidencian diferencias significativas ($p=0.026$) entre las medianas en dichas categorías (Tabla 34). Siendo mayor el nivel de resiliencia en el grupo que tuvo un tamizaje para depresión negativo mediante la EAZD. (Grafico 4).

Gráfico 4. Resiliencia por escala CD-RISC 25 y tamizaje para depresión mediante EADZ

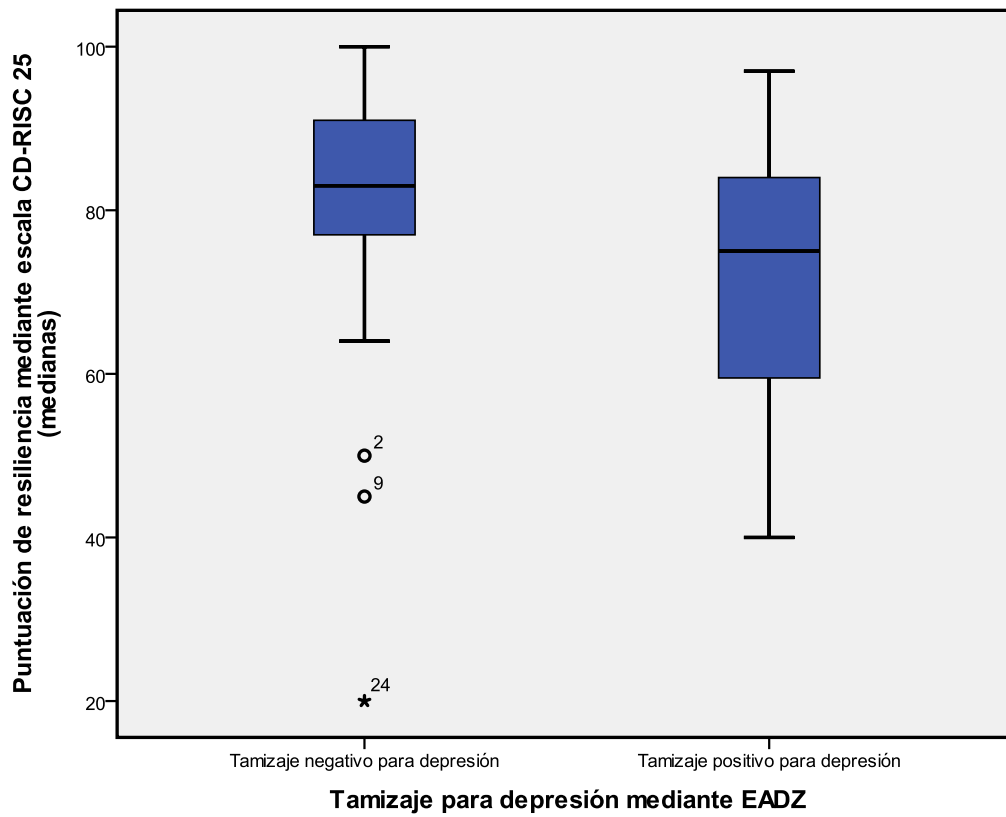


Tabla 35. Coeficiente de correlación mediante Rho de Spearman entre las variables demográficas y escalas con la resiliencia mediante RS y CD-RISC 25.

		Edad	T.E.	CD-RISC 25	RS	PCS	MCS	EAR	EANR	A.P.	A.N.	EAZD
CD-RISC 25	Corr	-0,024	0,164	1	0,427	-0,012	0,225	0,239	0,446	0,411	-0,048	-0,279
	Sig.	0,856	0,220		0,001	0,925	0,050	0,066	0,000	0,001	0,717	0,031
RS	Corr	-0,102	0,208	0,427	1	0,126	0,061	0,243	0,373	0,312	0,210	-0,219
	Sig.	0,427	0,110	0,001		0,329	0,640	0,055	0,003	0,013	0,098	0,085

T.E.: tiempo de educación (años); CD-RISC 25: escala de resiliencia de 25 ítems de Connor & Davidson; RS: escala de resiliencia de 25 ítems de Wagnild & Young; PCS: subíndice calidad de vida físico del Short Form 36 (SF-36v2); MCS: subíndice calidad de vida mental del Short Form 36 (SF-36v2); EAR: subescala de estrategias de afrontamiento religioso de la escala de estrategias de afrontamiento religioso de Baldacchino; A.P.: afectos positivos de la escala PANAS; A.N.: afectos negativos de la escala PANAS; EAZD: escala abreviada de depresión de Zung; EANR: EAR: subescala de estrategias de afrontamiento no religioso de la escala de estrategias de afrontamiento religioso de Baldacchino; Corr.: índice de correlación; Sig.: significancia estadística

Tabla 36. Coeficiente de correlación mediante Rho de Spearman entre las variables clínicas y la resiliencia mediante RS y CD-RISC 25.

		D.E. (meses)	CAD	CAI	VASG	VASD
CD-RISC 25	Corr		-0,004	-0,076	-0,166	-0,209
	Sig.		,979	0,568	0,210	0,122
RS	Corr		-,171	-0,043	-0,086	-0,054
	Sig.		,183	0,742	0,505	0,682

D.E.: duración de la enfermedad; CD-RISC 25: escala de resiliencia de 25 ítems de Connor & Davidson; RS: escala de resiliencia de 25 ítems de Wagnild & Young; CAD: conteo de articulaciones dolorosas; CAI: conteo de articulaciones inflamadas; VASG: valoración global de la enfermedad por el paciente; VASD: valoración visual análoga del dolor; Corr.: índice de correlación; Sig.: significancia estadística

En las variables cuantitativas, al analizar con el coeficiente de correlación Rho de Spearman, se evidencian correlaciones positivas media-baja significativas entre CD-RISC 25 con RS, AP y EANR; correlación negativa media-baja entre CD-RISC 25 y EAZD; correlación positiva media-baja entre RS y EANR, CD-RISC 25, AP, EANR; no se evidencia correlación entre la escala RS-25 y EAZD (Tabla 35). No se evidencian resultados significativos entre la resiliencia mediante RS-25 y CD-RISC 25 con las variables edad, tiempo de educación, PCS, MCS, EAR, AN, duración de la enfermedad, CAD, CAI, VASG y VASD (Tablas 35 y 36).

11.8. Relación entre la resiliencia y la presencia de la AR (Comparación de grupos)

Tabla 37. Diferencias de medianas en puntuaciones de resiliencia por escala CD-RISC 25 mediante U Mann Whitney

Variables	n	CD-RISC 25					Max	Valor p Shapiro	Valor p
		Min	p25.	Mediana	p75.				
Sanos	16	47	64,5	76,5	83,5	97	0,685	0,210	
AR	16	45	69,5	84	93,5	98	0,022		

CD-RISC25: escala de resiliencia de Connor & Davidson de 25 ítems; RS: escala de resiliencia de 25 ítems de Wagnild & Young

Tabla 38. Diferencias de medias en puntuaciones de resiliencia por escala RS-25 mediante T Student

	n	Media	ds	RS-25		
				Valor p Shapiro	Prueba de Levene	Valor p
Sanos	16	145,44	17,01	0,116	0,369	0,822
AR	16	144	18,84	0,121		

RS-25: escala de resiliencia de Wagnild & Young de 25 ítems; AR: artritis reumatoide; ds: desviación estándar

Por último, se procedió a realizar una selección aleatoria de 16 sujetos del grupo AR para posteriormente realizar el análisis de las puntuaciones de resiliencia entre el grupo de pacientes y el grupo de individuos sanos pareado al grupo AR (Tabla 3). La distribución de los datos en las puntuaciones de resiliencia mediante CD-RISC 25 en los dos grupos no presentó una tendencia normal (Shapiro Wilks en grupo sanos $p=0.685$ y en grupo AR $p=0.022$), por lo tanto, se procedió a realizar un análisis de diferencia de medianas mediante el test no paramétrico de U Mann Whitney, sin encontrar diferencias significativas en las medianas de resiliencia ($p=0.210$). (Tabla 37).

Mediante escala RS-25, ambos grupos presentaron una distribución normal de los datos (Shapiro-Wilks grupo AR $p=0.121$ y grupo sanos $p=0.116$), por lo cual, se realizó análisis paramétrico de diferencia de medias con el estadístico T student, en el cual, el estadístico de Levene no rechaza la hipótesis nula de varianzas iguales entre ambos grupos (Estadístico de Levene $p=0.369$) además, sin encontrar diferencias significativas en las medias de resiliencia entre los grupos AR y Sanos ($p=0.822$). (Tablas 38).

12. Discusión

La artritis reumatoide ha demostrado ser una enfermedad que produce gran discapacidad física, asociada a una serie de manifestaciones extra-articulares tales como manifestaciones mentales que se desarrollan en el transcurso de los años de enfermedad, como la depresión, presentándose en el 58% de los pacientes (26) como lo expone Cadena et al. En la presente investigación, la cual se realizó con una muestra de 63 pacientes con diagnóstico de AR mediante criterios ACR 1987 en tres instituciones, se encontraron datos similares al estudio realizado por Cadena et al, siendo 58.7% los pacientes que tuvieron un tamizaje positivo para depresión mediante escala abreviada de depresión de Zung (EADZ), lo cual, indica que el compromiso en la esfera mental, considerándose una manifestación extra-articular, es alto, además, teniendo en cuenta el tiempo medio de la enfermedad de los pacientes (125.14 meses o 10.4 años), el cual fue alto, nos sugiere que las manifestaciones depresivas pueden tener relación con el tiempo que el paciente ha llevado la enfermedad.

Teniendo en cuenta que la resiliencia es la capacidad para afrontar la adversidad sin presentar desenlaces adversos tales como deterioro clínico o aparición de enfermedades(36,37), en el caso de la AR, las evaluaciones realizadas en el presente estudio mediante escalas RS-25 y CD-RISC 25, demostraron medias que clasificaban en un nivel de resiliencia medio (149,46), sin embargo, al encontrar diferencias significativas en las medianas de resiliencia mediante CD-RISC 25 en los grupos que tamizaron positivo para depresión mediante EAZD, se sugiere que la resiliencia de los pacientes, difiere en relación a componentes mentales. Si bien no se puede saber con la presente investigación la relación causal de dicha asociación, dado que la enfermedad no se asoció directamente con los niveles de resiliencia, como se demuestra al no encontrar diferencias en medias y medianas de las puntuaciones de resiliencia mediante las escalas CD-RISC 25 y RS-25 entre sujetos con AR y sujetos sanos, se plantea la posibilidad de que la resiliencia del individuo tenga un origen determinístico y por lo tanto la resiliencia previa del sujeto sea la que determina el curso de las manifestaciones clínicas de la AR, bajo este supuesto, entre menor sea la resiliencia del individuo que desarrolla la AR, tendería a presentar una mayor asociación con depresión

a lo largo de la enfermedad, que un individuo con mayores niveles de resiliencia, por lo cual, un estudio longitudinal permitiría responder a dicha interrogante.

Los afectos positivos y afectos negativos los cuales son componentes emocionales de alta fluctuación en el tiempo, no presentaron asociación con los niveles de resiliencia mediante la categorización entre resiliencia alta, media y baja, pero sí mediante correlaciones media-baja en el caso de los afectos positivos con ambas escalas de resiliencia, por otra parte, las variables cognitivas referentes a estrategias de afrontamiento, presentaron diferencias en el caso de las estrategias de afrontamiento no religioso, las cuales tendieron a incrementarse en los grupos de resiliencia medio y alto frente al grupo de resiliencia baja.

Lo anterior sugiere que dichas estrategias son más importantes a la hora de enfrentar la adversidad, pues al no colocar los esfuerzos en creencias místicas, el esfuerzo de afrontamiento se enfoca en elementos prácticos que permiten al sujeto obtener beneficios rápidos y en ciertos casos tangibles, tal como se evidencia en las preguntas de la escala propuesta por Baldacchino et. al.(36).

Posterior al análisis de las variables de clinimétricas para la AR tales como: CAD, CAI, VASG, VASD; y las variables de mal pronóstico como: sexo masculino, anti-CCP, Factor Reumatoide, enfermedad nodular, manifestaciones extra-articulares y antecedente de tabaquismo; teniendo en cuenta que la enfermedad con dichas características tiende a comportarse de una forma más severa, y con ello llevando a una discapacidad mayor al paciente(17,19,21,22,57,58); se sugirió que dichas variables pudieran estar relacionadas con un nivel de resiliencia diferente frente aquellos sujetos que no presentaran dichas características clínicas, pues en este sentido, la calidad de vida física, tendería a ser menor y el impacto emocional podría llevar a un deterioro en calidad de vida mental, sin embargo, en la presente investigación no se encontraron diferencias significativas en las medianas de las puntuaciones de resiliencia según categorías de presencia o ausencia de variables clínicas de mal pronóstico y así como tampoco se encontraron hallazgos significativos en la diferencia de medianas y en las correlaciones de las variables clinimétricas en

relación a la resiliencia. Lo anterior indica que las características de la enfermedad no influyen en la resiliencia del individuo y que las asociaciones que se han observado en relación a componentes cognitivos de afrontamiento y emocionales, pueden tener asociación a una relación temporal diferente con la resiliencia y la enfermedad, siendo componentes del desarrollo del individuo que juegan como parte del crecimiento personal a partir de experiencias que pudieron darse previo a la aparición de la AR y condicionan un nivel de resiliencia basal con el cual la enfermedad interactúa, sugiriendo una relación determinística de la resiliencia con el curso de la AR, apoyando la teoría previamente mencionada.

El análisis de correlación, permite detectar que si bien la correlación entre las dos escalas no fue perfecta, sino que presento correlación media, las preguntas de ambas y los enfoques de las escalas, puede dirigirse a evaluar diferentes componentes de la resiliencia, sin embargo, las dos escalas tienden a presentar en mayor o menor medida correlación con los afectos positivos, la depresión y las estrategias de afrontamiento no religioso, confirmando los planteamientos de Quiceno et al.(4), sugiriendo que ambas escalas son complementarias en la evaluación de resiliencia de los pacientes con AR.

En el presente estudio, no se encontró diferencias en las medias y medianas de las puntuaciones de resiliencia entre el grupo de pacientes con AR y el grupo sano, lo cual, junto al hallazgo negativo de la asociación entre variables clínicas y la resiliencia, sugiere que la enfermedad, no se asocia con el nivel de resiliencia, modificándola o volviéndola consecuencia de la enfermedad, sino que se relaciona mediante características mentales que se identifican en la enfermedad, en otro sentido, al no haber modificación de la resiliencia por la clínica de la enfermedad y sí por la esfera cognitiva y emocional del paciente, los hallazgos de la presente investigación sugieren que la resiliencia es una herramienta previa a la aparición de la enfermedad y por lo tanto al desarrollar la enfermedad crónica, en este caso AR, la resiliencia del sujeto lo hace propenso a presentar manifestaciones extra-articulares de carácter mental propias de la enfermedad como es la depresión. Por lo tanto, un estudio longitudinal permitiría comprobar la hipótesis previamente mencionada.

Por ello, las estrategias de afrontamiento no religioso permiten una conformación mayor de la resiliencia, siendo una herramienta cognitiva que el individuo utiliza para mejorar su capacidad de adaptación a la adversidad; la parte afectiva se presentaría como la manifestación del fenómeno de afrontamiento una vez se ha desarrollado la situación adversa, como se observa en la asociación con resiliencia-depresión y las correlaciones resiliencia-afectos positivos.

13. Conclusiones y recomendaciones

En la presente investigación se concluye que los pacientes con AR presentan un nivel de resiliencia medio clasificado mediante escala RS-25, sin presentar diferencias entre lo sujetos sanos y los sujetos con AR, lo cual es soportado mediante el análisis de la asociación entre la resiliencia y las características clínicas de mal pronóstico y la asociación entre la resiliencia y las variables clinimétricas, en los cuales, no se evidencio asociación; si bien las variables clínicas y clinimétricas son determinantes de pronóstico e impactan en la calidad de vida del paciente, sugiriendo teóricamente, una relación con la resiliencia, el presente estudio evidencia que dicha relación no está presente, y por lo tanto, la enfermedad no modifica el nivel de resiliencia, por lo cual, las puntuaciones entre sujetos sanos y enfermos no presentaron diferencias significativas.

Por otro lado, la presencia de depresión, de afectos positivos y de estrategias de afrontamiento no espiritual, se relacionó con la resiliencia, lo cual sugiere que hay otros factores del individuo cuya presencia, impacta en las capacidades de afrontamiento del paciente ante la adversidad.

Dado lo anterior, la depresión en los pacientes con AR, la cual, fue positiva en un 58.7% de los pacientes (EADZ) y que se ha asociado como manifestación extra-articular en la AR; en el presente estudio, se concluye que su asociación con la resiliencia, se debe a partir de un factor determinístico. Dado que la enfermedad no impacta en la resiliencia, pero la depresión es una manifestación asociada a la enfermedad, y a la resiliencia, se propone que la resiliencia previa a la aparición de la enfermedad, es el determinante de la aparición de la sintomatología depresiva en el paciente con AR. En este sentido, los pacientes con menor resiliencia previa a la enfermedad, van a presentar una mayor asociación con depresión durante la AR como manifestación extra-articular. Es por ello, que se sugiere en próximas investigaciones, el estudio de la resiliencia y su relación con la enfermedad y sus características clínicas en metodologías de tipo longitudinal, para comprobar esta hipótesis.

Finalmente, la asociación entre las estrategias de afrontamiento no religioso y la resiliencia, sugiere que son herramientas cuya practicidad permiten que sean usadas en mayor medida, por lo cual, son objetivos a trabajar en los procesos psicoterapéuticos de los pacientes con AR, como base de un tratamiento integral.

14. Bibliografía

1. Quiceno JM, Vinaccia S. Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensam Psicol*. 2011;9(17):69–82.
2. Stewart DE, Yuen T. A Systematic Review of Resilience in the Physically Ill. *Psychosomatics* [Internet]. Elsevier Inc.; 2011;52(3):199–209. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psych.2011.01.036>
3. Tosevski DL, Milovancevic MP. Stressful life events and physical health. *Curr Opin Psychiatry*. 2006;19:184–9.
4. Quiceno JM, Ph D, Vinaccia S, Ph D. Resiliencia, percepción de la enfermedad, creencia y afrontamiento espiritual religioso y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Psicol desde el caribe*. 2013;30(3):591–614.
5. Palta P, Samuel LJ, Miller ER, Szanton SL. Depression and Oxidative Stress. *Psychosom Med* [Internet]. 2014;76:12–9. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006842-201401000-00003>
6. Smith BW, Zautra AJ. Vulnerability and resilience in women with arthritis: test of a two-factor model. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(5):799–810.
7. Shoenfeld Y, Cervera R, Gershwin ME. Diagnostic Criteria in Autoimmune Diseases [Internet]. Shoenfeld Y, Cervera R, Gershwin ME, editors. *Diagnostic Criteria in Autoimmune Diseases*. Totowa, NJ: Humana Press; 2008 [cited 2015 Feb 10]. 15-20 p. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-1-60327-285-8>
8. Rojas WM, Anaya J-M, Cano R LE, Aristizábal B BeH, Gómez O LM, Lopera H D. Artritis Reumatoide. *Inmunología de Rojas* [Internet]. 17th ed. Medellín: CIB corporacion para Investigaciones Biológicas; 2015 [cited 2015 Mar 24]. p. 475–82. Available from: <http://www.fondoeditorialcib.com/producto/inmunologia-de-rojas-17a-ed-2015/>
9. Anaya J-M, Pineda-Tamayo R, Gomez LM, Galarza C, Martin J, Rojas-Villarraga A. *Epidemiología Genética. Artritis Reumatoide Bases Moleculares, Clínicas Y Terapéuticas*. Primera ed. Medellín: Fundacion para investigaciones biologicas; 2006. p. 147–60.
10. Barragán-Martínez C, Amaya-Amaya J, Pineda-Tamayo R, Mantilla RD, Castellanos-de la Hoz J, Bernal-Macías S, et al. Gender differences in Latin-American patients with rheumatoid arthritis. *Gend Med* [Internet]. Excerpta Medica, Inc.; 2012 Dec [cited 2015 Mar 7];9(6):490–510.e5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23217568>
11. Anaya J-M, Pineda-Tamayo R, Gomez LM, Galarza C, Martin J, Rojas-Villarraga A. *Epidemiología. Artritis Reumatoide Bases Moleculares, Clínicas Y Terapéuticas*. Primera ed. Medellín: Fundacion para investigaciones biologicas; 2006. p. 199–208.
12. Scott DL, Wolfe F, Huizinga TWJ. Rheumatoid arthritis. *The Lancet*. Elsevier Ltd; 2010. p. 1094–108.

13. Cadena J, Vinaccia S, Pérez A, Rico MI, Hinojosa R, Anaya J-M. The impact of disease activity on the quality of life, mental health status, and family dysfunction in colombian patients with rheumatoid arthritis. *J Clin Rheumatol*. 2003;9(3):142–50.
14. Calixto O-J, Anaya J-M. Socioeconomic status. The relationship with health and autoimmune diseases. *Autoimmun Rev* [Internet]. Elsevier B.V.; 2014 Jun [cited 2015 Jan 30];13(6):641–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24418307>
15. Jacobi CE, Mol GD, Boshuizen HC, Rupp I, Dinant HJ, Van Den Bos G a M. Impact of socioeconomic status on the course of rheumatoid arthritis and on related use of health care services. *Arthritis Rheum* [Internet]. 2003 Aug 15 [cited 2015 Mar 4];49(4):567–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12910565>
16. Callahan LF, Pincus T. Formal education level as a significant marker of clinical status in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* [Internet]. 1988 Nov [cited 2015 Mar 5];31(11):1346–57. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3190781>
17. Sugiyama D, Nishimura K, Tamaki K, Tsuji G, Nakazawa T, Morinobu A, et al. Impact of smoking as a risk factor for developing rheumatoid arthritis: a meta-analysis of observational studies. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 2010 Jan [cited 2015 Apr 7];69(1):70–81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19174392>
18. Lahiri M, Morgan C, Symmons DPM, Bruce IN. Modifiable risk factors for RA: prevention, better than cure? *Rheumatology (Oxford)* [Internet]. 2012 Mar [cited 2015 Apr 7];51(3):499–512. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3281496&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
19. Correa P, Tobón G, Citera G, Cadena J, Schneeberger E, Jf C, et al. Anticuerpos anti-CCP en artritis reumatoidea : relación con características clínicas, citocinas Th1 / Th2 y HLA-DRB1. *Biomédica*. 2004;24:140–52.
20. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* [Internet]. 1988 Mar [cited 2015 Jan 16];31(3):315–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3358796>
21. Rojas-Villarraga A, Diaz FJ, Calvo-Páramo E, Salazar JC, Iglesias-Gamarra A, Mantilla RD, et al. Familial disease, the HLA-DRB1 shared epitope and anti-CCP antibodies influence time at appearance of substantial joint damage in rheumatoid arthritis. *J Autoimmun*. 2009;32:64–9.
22. Diaz FJ, Rojas-Villarraga A, Salazar JC, Iglesias-Gamarra A, Mantilla RD, Anaya J-M. Anti-CCP antibodies are associated with early age at onset in patients with rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine* [Internet]. Elsevier Masson SAS; 2011 Mar [cited 2015 Apr 6];78(2):175–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20888281>
23. Ergun T, Inanc N, Tuney D, Kotiloglu EK, Seckin D, Tetik C, et al. Skin manifestations of rheumatoid arthritis: A study of 215 Turkish patients. *Int*

- J Dermatol. 2008;47:894–902.
24. Nyhäll-Wåhlin B-M, Turesson C, Jacobsson LTH, Nilsson J-Å, Forslind K, Albertsson K, et al. The presence of rheumatoid nodules at early rheumatoid arthritis diagnosis is a sign of extra-articular disease and predicts radiographic progression of joint destruction over 5 years. *Scand J Rheumatol*. 2011;40:81–7.
 25. Kojima M, Kojima T, Ishiguro N, Oguchi T, Oba M, Tsuchiya H, et al. Psychosocial factors, disease status, and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res [Internet]*. 2009 Nov [cited 2015 Mar 10];67(5):425–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19837205>
 26. Cadena J, Cadavid ME, Ocampo MV, Clara M, Angel V, Anaya J. Depresión y familia en pacientes con artritis reumatoidea. *Rev Colomb Reumatol*. 2002;9(3):184–91.
 27. Vinaccia S, Contreras F, Restrepo Londoño LM, Cadena J, Anaya JM. Autoeficacia , desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Int J Clin Heath Psychol*. 2005;5(1):129–42.
 28. Kojima M, Kojima T, Suzuki S, Takahashi N, Funahashi K, Kato D, et al. Alexithymia, depression, inflammation, and pain in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken) [Internet]*. 2014 May [cited 2015 Mar 10];66(5):679–86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24127403>
 29. Mok CC, Lok EYC, Cheung EFC. Concurrent psychiatric disorders are associated with significantly poorer quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol [Internet]*. 2012 Aug [cited 2015 Mar 10];41(4):253–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22657161>
 30. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas [Internet]*. 1993 Jan [cited 2015 Mar 10];1(2):165–78. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7850498>
 31. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new Resilience scale: The Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(April):76–82.
 32. O’Hara R, Marcus P, Thompson WK, Flournoy J, Vahia I, Lin X, et al. 5-HTTLPR Short Allele, Resilience, and Successful Aging in Older Adults. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012;20(May):452–6.
 33. Karatoreos IN, McEwen BS. Annual research review: The neurobiology and physiology of resilience and adaptation across the life course. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2013;54:337–47.
 34. Quiceno JM, Vinaccia S. Resiliencia y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psicol desde el caribe*. 2012;29:87–104.
 35. Quiceno JM, Vinaccia S. La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Divers Perspect en Psicol*. 2009;5:321–36.
 36. Baldacchino DR, Buhagiar A. Psychometric evaluation of the Spiritual

- Coping Strategies scale in English, Maltese, back-translation and bilingual versions. *J Adv Nurs*. 2003;42:558–70.
37. Hawthorne D, Youngblut JM, Brooten D. Psychometric evaluation of the Spanish and English versions of the spiritual coping strategies scale. *J Nurs Meas [Internet]*. 2011 Jan [cited 2015 Mar 13];19(1):46–54. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3124707&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 38. Quiceno JM, Vinaccia S. Creencias - prácticas y afrontamiento espiritual - religioso y características socioedemográficasl en enfermos crónicos. *Psychol Av la Discip*. 2011;5(1):25–36.
 39. Quiceno JM. Creencias y afrontamiento espiritualreligioso, percepción de enfermedad y calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. Universidad Autonoma de Madrid, España; 2008.
 40. Heilemann M V, Lee K, Kury FS. Psychometric properties of the Spanish version of the Resilience Scale. *J Nurs Meas [Internet]*. Jan [cited 2015 Feb 26];11(1):61–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15132012>
 41. Vaishnavi S, Connor K, Davidson JRT. An abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Res*. 2007;152:293–7.
 42. Menezes De Lucena Carvalho V a., Calvo BF, Martín LH, Campos FR, Castillo IC. Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*. 2006;18:791–6.
 43. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Pers Soc Psychol [Internet]*. 1988 Jun [cited 2015 Feb 24];54(6):1063–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3397865>
 44. Joiner TE, Sandín B, Chorot P, Lostao L, Marquina G. Development and factor analytic validation of the SPANAS among women in Spain: (more) cross-cultural convergence in the structure of mood. *J Pers Assess [Internet]*. 1997 Jun [cited 2015 Feb 26];68(3):600–15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9170299>
 45. Dufey M, Fernandez AM. Validez y confiabilidad del Positive Affect and Negative Affect Schedule (PANAS) en estudiantes universitarios chilenos. *RIDEP*. 2012;1(34):157–73.
 46. Gomez Y, Ferrer A. Propiedades psicométricas del cuestionario PANAS en población adolescente. *Evaluación e intervención cognitiva conductual en niños y adolescentes : conceptualización e investigaciones*. 1a ed. Medellín/Colombia: Carreta editores; 2007. p. 51–70.
 47. Hincapié-Zapata ME, Suárez-Escudero JC, Pineda-Tamayo R, Anaya JM. Calidad de vida en esclerosis múltiple y otras enfermedades crónicas autoinmunes y no autoinmunes. *Rev Neurol*. 2009;48(5):225–30.
 48. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care [Internet]*.

- 1992 Jun [cited 2014 Jul 17];30(6):473–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1593914>
49. Alonso J, Prieto L, Antó JM. [The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results]. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 1995 May 27 [cited 2015 Mar 20];104(20):771–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7783470>
 50. Lugo LH, García HI, Gómez GC. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2006;24:37–50.
 51. Conde V, Escribá JA, Izquierdo JA. [Statistic evaluation and Spanish adaptation of Zung's self-applied scale for depression. II]. *Arch Neurobiol (Madr)* [Internet]. 1970 [cited 2015 Mar 11];33(3):281–302. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5496216>
 52. Conde V, Escribá JA, Izquierdo JA. [Statistical evaluation and Castilian adaptation of the self applied scale for Zung depression]. *Arch Neurobiol (Madr)* [Internet]. 1970 [cited 2015 Mar 11];33(2):185–206. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5449628>
 53. Campo-arias A, Díaz-martínez LA, Rueda-jaimés GE, Barros-bermúdez JA. Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2005;XXXIV(1):54–62.
 54. Díaz LA, Sc M, Campo A, Rueda GE, Barros JA. Propuesta de una versión abreviada de la escala de Zung para depresión. 2005;36:168–72.
 55. Bucaramanga D. Validez de la escala breve de Zung para tamizaje del episodio depresivo mayor en la población general. 2006;415–23.
 56. Epidat: programa para análisis epidemiológico de datos. Consellería de Sanidad, Xunta de Galicia, España; Organización Panamericana de la Salud, OMS; Universidad CES, Colombia; 2014.
 57. Amaya-Amaya J, Sarmiento-Monroy JC, Mantilla R-D, Pineda-Tamayo R, Rojas-Villarraga A, Anaya J-M. Novel risk factors for cardiovascular disease in rheumatoid arthritis. *Immunol Res* [Internet]. 2013 Jul [cited 2015 Apr 6];56(2-3):267–86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23584985>
 58. de Rooy DPC, van Nies J a B, Kapetanovic MC, Kristjansdottir H, Andersson MLE, Forslind K, et al. Smoking as a risk factor for the radiological severity of rheumatoid arthritis: a study on six cohorts. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 2014 Jul [cited 2015 Apr 7];73(7):1384–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24389296>

15. Anexos

15.1. Escala PANAS

Esta escala consiste en un número de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada ítem y luego marque la respuesta adecuada en el espacio próximo a cada palabra, en base a lo que usted siente en estos momentos (es decir, en el momento presente)*. Utilice la siguiente escala para registrar sus respuestas.

* En la versión general se debe sustituir "en estos momentos" y "en el momento presente" por "generalmente" y "en promedio"

1 - muy levemente o nada

2 - un poco

3 - moderadamente

4 - Bastante

5 - extremadamente

interesado

molesto

entusiasmado

enojado

fuerte

culpable

asustado

hostil

optimista

orgulloso

irritable

alerta

avergonzado

inspirado

nervioso

decidido

atento

intranquilo

activo

temeroso

15.2. Escala de Resiliencia RS-25 de Wagnild & Young

APPENDIX 1. Spanish Translation of the 25-Item Resilience Scale

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con estas frases?		Estoy en Desacuerdo				Estoy en Acuerdo		
1.	Cuando hago planes los llevo acabo.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Usualmente me las arreglo de un modo o de otro.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Puedo depender de mí misma más que de otros.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Mantenerme interesada en las cosas es importante para mí.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Puedo valerme por mí misma si tengo que hacerlo.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Me siento orgullosa que he logrado cosas en mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Usualmente tomo las cosas como vienen.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Soy amiga de mí misma.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Siento que puedo manejar muchas cosas al mismo tiempo.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Soy determinada.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Raramente me pregunto cuál es el propósito de todo.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Tomo las cosas un día a la vez.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Puedo salir de tiempos difíciles porque he pasado por tiempos difíciles.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Soy disciplinada.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Mantengo interés en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Usualmente puedo encontrar algo de que reirme.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Mi confianza en mí misma me hace salir de tiempos difíciles.	1	2	3	4	5	6	7
18.	En una emergencia, soy alguien en quien la gente puede contar.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Usualmente puedo ver una situación de muchas maneras.	1	2	3	4	5	6	7
20.	A veces me esfuerzo en hacer cosas quiera o no.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Mi vida tiene sentido.	1	2	3	4	5	6	7
22.	No sigo pensando en cosas en que no puedo hacer nada.	1	2	3	4	5	6	7
23.	Cuando estoy en una situación difícil, usualmente encuentro una salida.	1	2	3	4	5	6	7
24.	Tengo suficiente energía para hacer lo que tengo que hacer.	1	2	3	4	5	6	7
25.	Está bien si hay personas que no me quieren.	1	2	3	4	5	6	7

Note. The original English version of the RS can be found in Wagnild and Young, 1993.

15.3. Escala de Estrategias de Afrontamiento Espirituales

Escala de Estrategias de Afrontamiento Espirituales (SCS)

(Versión en Español para pacientes)

(Quiceno, 2008)

A continuación se presentan una lista de varias estrategias de afrontamiento espirituales con su respectivas respuestas que van de 0 a 3 puntos. Coloque un círculo al número que mejor describa su respuesta de acuerdo a cada pregunta:

Respuesta (frecuencia)	
0	Nunca
1	Algunas veces (<i>Por lo menos una vez en seis meses</i>)
2	A veces (<i>Por lo menos una vez al mes</i>)
3	Bastante (<i>Por lo menos una vez un día a la semana</i>)

(*Por lo tanto, cuanto más usted usa la estrategia de afrontamiento espiritual, mayor es el número*)

Por favor NO escriba su nombre en esta hoja por razones de anonimato.

Preguntas	Respuestas			
	0	1	2	3
1 Usa usted la oración de forma personal o privada	0	1	2	3
2 Mantiene usted la relación con Dios y/o un poder supremo como recurso de fuerza y esperanza	0	1	2	3
3 Usted cuida o mantiene la relación con sus amigos y/o parientes	0	1	2	3
4 Reza (ora) usted con otra persona o con un grupo de personas	0	1	2	3
5 Usted habla o conversa de sus dificultades o problemas con personas que han experimentado su misma enfermedad	0	1	2	3
6 Utiliza usted objetos espirituales o religiosos (por ejemplo, prende velas, lleva cadenas o estampitas...)	0	1	2	3
7 Ha visto el lado positivo de su situación	0	1	2	3
8 Escucha música religiosa en la radio o ve programas de televisión religiosos	0	1	2	3
9 Cada día usted tiene la esperanza que su futuro sea mejor	0	1	2	3
10 Lee libros o folletos de inspiración espiritual y religiosa	0	1	2	3
11 Acepta usted la situación por la que está pasando en su vida	0	1	2	3
12 Ha encontrado usted un significado o un propósito para su vida a través del autocuidado de su enfermedad	0	1	2	3
13 Aprecia usted la belleza de las artes, por ejemplo de la música, la pintura, las artesanías manuales...	0	1	2	3
14 Confía usted en sus parientes y amigos	0	1	2	3
15 Asiste usted a las celebraciones o actos religiosas de su Iglesia	0	1	2	3
16 Utiliza usted la reflexión como medio para identificar sus potencialidades y fortalezas personales	0	1	2	3
17 Ayuda a otras personas como un medio de dar amor y paz a los demás	0	1	2	3
18 Confía en Dios, con la esperanza que las cosas se pongan mejores	0	1	2	3
19 Recibe usted la Comunión	0	1	2	3
20 Aprecia usted la naturaleza, por ejemplo el mar, el sol, las plantas, las flores...	0	1	2	3

Gracias por su participación.

15.4. Escala abreviada de depresión de Zung

NOMBRE _____ FECHA (día-mes-año) _____
 FECHA DE NACIMIENTO (día-mes-año) _____ SEXO (femenino-masculino) _____
 ESTADO CIVIL (casado-soltero-unión libre) _____ SEMESTRE _____
 RESIDENCIA ACTUAL (ciudad) _____

POR FAVOR COMPLETE EL CUESTIONARIO CONSIDERANDO SÓLO CÓMO SE HA SENTIDO DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS.

		Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
1	Se ha sentido triste y decaído	1	2	3	4
2	Ha tenido ganas de llorar o ha llorado	1	2	3	4
3	Ha tenido palpitaciones	1	2	3	4
4	Se ha sentido cansado sin razón aparente	1	2	3	4
5	Ha tenido la mente tan despejada como siempre	4	3	2	1
6	Le ha sido fácil hacer las cosas como antes	4	3	2	1
7	Se ha sentido inquieto, intranquilo	1	2	3	4
8	Se ha sentido más irritable que de costumbre	1	2	3	4
9	Ha disfrutado las actividades cotidianas	4	3	2	1
10	Ha encontrado agradable vivir	4	3	2	1

Punto de corte en estudios de tamizaje en población general: 20/40

Referencia

Campo A, Díaz LA, Rueda GE. Validez de la escala breve de Zung para tamizaje de episodio depresivo mayor en la población general de Bucaramanga, Colombia. *Biomédica* 2006; 26: 415-423.

Campo-Arias A, Díaz-Martínez LA, Rueda-Jaimes GE, Cadena LP, Hernández NL. Validation of Zung's self-rating depression scale among the Colombian general population. *Social Behav Person* 2006; 34: 87-94.

15.5. Escala de resiliencia CD-RISC 25 y Cuestionario de salud SF-36v2.

La escala de resiliencia CD-RISC 25 y el Cuestionario de salud SF-36 v2 no se incluyen dentro de los anexos de la presente investigación, dado los requerimientos de los autores de dichas escalas.

15.6. Cuestionario de antecedentes y variables sociodemográficas CREA

REGISTRO DE ANTECEDENTES Y LABORATORIOS Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (CREA)				Código:
EA1:	EA2:	EA3:	EA4:	
Apellidos y nombres:			Fecha de registro:	
Documento de Identidad:		Documento del Probando:		Tipo de Sujeto (relación con probando)*:
Sexo: F:___ M:___		Vivo: Si:___ No:___		Procedencia:
Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:		Edad Actual:
Escolaridad en años:		Teléfonos:		
Email:			Dirección:	
Estrato:	Grupo Tratante:		Aseguradora:	
Tipo de Vinculación: Contributivo: ___ Subsidiado: ___ Vinculado: ___ Otro: ___			Medicina Prepagada: Si: ___ No: ___	

<p>1. Estado Civil</p> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Pareja Estable <input type="checkbox"/> Niño, no aplica	<p>2. Ocupación</p> <input type="checkbox"/> Manual Exclusivo <input type="checkbox"/> Intelectual Exclusivo <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Estudiante	<p>7. Antecedentes Comorbilidad Niega ___</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Año de inicio</td> </tr> <tr><td>Diabetes</td><td></td></tr> <tr><td>Dislipidemia</td><td></td></tr> <tr><td>Enfermedad Renal</td><td></td></tr> <tr><td>Ulceras Cutáneas</td><td></td></tr> <tr><td>Anemia</td><td></td></tr> <tr><td>Osteoporosis</td><td></td></tr> <tr><td>Fibromialgia</td><td></td></tr> <tr><td>Depresión</td><td></td></tr> <tr><td>Epilepsia</td><td></td></tr> <tr><td>Enf. Periodontal</td><td></td></tr> <tr><td>Enf. Acido Péptica</td><td></td></tr> <tr><td>Neoplasia</td><td></td></tr> <tr><td>EPOC</td><td></td></tr> </table>		Año de inicio	Diabetes		Dislipidemia		Enfermedad Renal		Ulceras Cutáneas		Anemia		Osteoporosis		Fibromialgia		Depresión		Epilepsia		Enf. Periodontal		Enf. Acido Péptica		Neoplasia		EPOC															
	Año de inicio																																											
Diabetes																																												
Dislipidemia																																												
Enfermedad Renal																																												
Ulceras Cutáneas																																												
Anemia																																												
Osteoporosis																																												
Fibromialgia																																												
Depresión																																												
Epilepsia																																												
Enf. Periodontal																																												
Enf. Acido Péptica																																												
Neoplasia																																												
EPOC																																												
<p>3. Tabaco</p> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Exfumador <input type="checkbox"/> 1-5 paq/año <input type="checkbox"/> 6-15 paq/año <input type="checkbox"/> +de 15 paq/año <input type="checkbox"/> Año comienzo <input type="checkbox"/> Año finalización Fuma actual: Si ___ No ___	<p>5. Agentes Tóxicos y Drogas</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Año</td> </tr> <tr><td>Cocaína</td><td></td></tr> <tr><td>Marihuana</td><td></td></tr> <tr><td>Implantes de silicona</td><td></td></tr> <tr><td>Disolventes orgánicos</td><td></td></tr> <tr><td>Tintes de cabello</td><td></td></tr> <tr><td>Pesticidas</td><td></td></tr> <tr><td>Tóxicos: Si ___ No ___</td><td></td></tr> </table>		Año	Cocaína		Marihuana		Implantes de silicona		Disolventes orgánicos		Tintes de cabello		Pesticidas		Tóxicos: Si ___ No ___		<p>8. Enfermedad Cardiovascular Año de inicio</p> <table style="width: 100%;"> <tr><td>Hipertensión</td><td></td></tr> <tr><td>Enf. Arterial Oclusiva</td><td></td></tr> <tr><td>Accidente Cerebrovasc</td><td></td></tr> <tr><td>Tromboembolismo Venos</td><td></td></tr> <tr><td>Enf. Carotídea</td><td></td></tr> <tr><td>Enf. Coronaria</td><td></td></tr> <tr><td>Enf. Cardiovascular: Si: ___ No: ___</td><td></td></tr> </table>	Hipertensión		Enf. Arterial Oclusiva		Accidente Cerebrovasc		Tromboembolismo Venos		Enf. Carotídea		Enf. Coronaria		Enf. Cardiovascular: Si: ___ No: ___													
	Año																																											
Cocaína																																												
Marihuana																																												
Implantes de silicona																																												
Disolventes orgánicos																																												
Tintes de cabello																																												
Pesticidas																																												
Tóxicos: Si ___ No ___																																												
Hipertensión																																												
Enf. Arterial Oclusiva																																												
Accidente Cerebrovasc																																												
Tromboembolismo Venos																																												
Enf. Carotídea																																												
Enf. Coronaria																																												
Enf. Cardiovascular: Si: ___ No: ___																																												
<p>4. Café</p> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Exbebedor <input type="checkbox"/> < 1 taza/día <input type="checkbox"/> 1 taza/día <input type="checkbox"/> 2-4 tazas/día <input type="checkbox"/> + de 4 tazas/día <input type="checkbox"/> Año comienzo Descafeinado Si ___ No ___ Bebe actual: Si ___ No ___	<p>6. Agentes Infecciosos Año de Inicio</p> <table style="width: 100%;"> <tr><td>Malaria</td><td></td></tr> <tr><td>Tuberculosis</td><td></td></tr> <tr><td>Hepatitis A</td><td></td></tr> <tr><td>Hepatitis B</td><td></td></tr> <tr><td>Hepatitis C</td><td></td></tr> <tr><td>VIH</td><td></td></tr> <tr><td>Otras: _____</td><td></td></tr> <tr><td>Infecciones: Si: ___ No: ___</td><td></td></tr> </table>	Malaria		Tuberculosis		Hepatitis A		Hepatitis B		Hepatitis C		VIH		Otras: _____		Infecciones: Si: ___ No: ___		<p>9. Obstétricos</p> Fórmula: G ___ P ___ C ___ A ___ O ___ M ___ E ___ V ___ # Abortos espontáneos: _____ Preeclampsia: Si: ___ No: ___ Partos Prematuros: Si: ___ No: ___																										
Malaria																																												
Tuberculosis																																												
Hepatitis A																																												
Hepatitis B																																												
Hepatitis C																																												
VIH																																												
Otras: _____																																												
Infecciones: Si: ___ No: ___																																												
<p>10. Factores de Riesgo CV</p> <table style="width: 100%;"> <tr><td>TAS</td><td></td></tr> <tr><td>TAD</td><td></td></tr> <tr><td>Peso</td><td></td></tr> <tr><td>Talla</td><td></td></tr> <tr><td>IMC</td><td></td></tr> <tr><td>Cintura</td><td></td></tr> <tr><td>Cadera</td><td></td></tr> <tr><td>Índice CC</td><td></td></tr> <tr><td>Obesidad Abd.</td><td></td></tr> <tr><td>Actividad física</td><td></td></tr> <tr><td>ECV familia</td><td></td></tr> </table>	TAS		TAD		Peso		Talla		IMC		Cintura		Cadera		Índice CC		Obesidad Abd.		Actividad física		ECV familia		<p>11. Otros Antecedentes:</p> Patológicos: _____ Quirúrgicos: _____ Transfusionales: _____ Alergicos: _____ Hospitalarios: _____	<p>12. Auditoria</p> <table style="width: 100%;"> <tr><td>Incluido</td><td></td></tr> <tr><td>Muestra</td><td></td></tr> <tr><td>Consentimiento</td><td></td></tr> <tr><td>Institución inclusión</td><td></td></tr> <tr><td>Poliautoinmunidad (PAI)</td><td></td></tr> <tr><td>MAS</td><td></td></tr> <tr><td>Autoinmunidad Familiar</td><td></td></tr> <tr><td>Familia Extrema</td><td></td></tr> <tr><td>Enf. Autoinmune Familiar</td><td></td></tr> <tr><td>Firma Responsable</td><td></td></tr> </table>	Incluido		Muestra		Consentimiento		Institución inclusión		Poliautoinmunidad (PAI)		MAS		Autoinmunidad Familiar		Familia Extrema		Enf. Autoinmune Familiar		Firma Responsable	
TAS																																												
TAD																																												
Peso																																												
Talla																																												
IMC																																												
Cintura																																												
Cadera																																												
Índice CC																																												
Obesidad Abd.																																												
Actividad física																																												
ECV familia																																												
Incluido																																												
Muestra																																												
Consentimiento																																												
Institución inclusión																																												
Poliautoinmunidad (PAI)																																												
MAS																																												
Autoinmunidad Familiar																																												
Familia Extrema																																												
Enf. Autoinmune Familiar																																												
Firma Responsable																																												

15.7. Cuestionario de antecedentes farmacológicos CREA

Formulario para Registro de Medicamentos Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (CREA)					
Grupo Farmacológico	Medicamento	Tto Actual	Tto Previo	Dosis Media	Comentarios
Inmunoglobulinas					
Corticoides	Hidrocortisona				
	Prednisolona				
	Metilprednisolona				
	Deflazacort				
	Dexametasona				
	Betametasona				
Antimaláricos	Cloroquina				
	Hidroxicloroquina				
DMARDs	Metrotexate				
	Sulfasalazina				
	Ciclosporina				
	Leflunomida				
	Sales de Oro				
	Dpenicilamina				
Inmunosupresores	Ciclofosfamida				
	Micofenolato Mofetil				
	Azatioprina				
	Fingolimod				
	Tacrolimus				
	Copaxone				
Anti-CD20	Interferon				
Anti-TNF	Rituximab				
	Infliximab				
	Etanercept				
	Adalimumab				
	Certolizumab				
Biológicos	Golimumab				
	Tocilizumab				
	Anakinra				
	Abatacept				
	Belimumab				
	Eculizumab				
	Natalizumab				
	Denomumab				
Otros	Ustekinumab				
	Mitoxantrone				
	Isoptocarpina				
	Pilocarpina				
	Piridostigmina				
Observaciones Medicamentos					

REGISTRO DE ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS
Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (CREA)

Grupo Farmacológico	Medicamento	Tto Actual	Tto Previo	Comentarios
Osteoporosis	Alendronato			
	Zolendronato			
	Ibandronato			
	Risendronato			
	Etidronato			
	Otro:			
Otros	Acetaminofén			
	AINES Cox1-Cox2			
	AINES-Cox2			
	AINES+Opioides			
	Ácido fólico			
	Alopurinol			
	Antihistamínicos			
	Anticonvulsivantes			
	Antidepresivos/Ansiolíticos			
	Calcio + Vitamina D			
	Calcitriol			
	Colchicina			
	Colirios			
Anticoagulantes/Antiagregantes	Inhibidores Bomba protones			
	Opioides			
	Heparina Bajo Peso Molecular			
	Fondaparinux			
	Warfarina			
	Rivaroxaban			
	Dabigatran			
	Apixaban			
	Epixaban			
ASA				
Clopidogrel				
Otro				
Hipertensión Pulmonar	Análogos de Prostaglandinas			
	Inhibidores de la 5 PPD			
	Antagonistas Endotelina1			
	ACC			
Otro				
Antihipertensivos	IECA/ARA-II			
	Diuréticos			
	ACC			
	Beta-bloqueador			
	Antagonista Alfa-1			
	Agonista Alfa-2			
	Minoxidil			
Otro				
Hipolipemiantes	Estatinas			
	Fibratos			
	Otro			
Hipoglicemiantes	Combinaciones			
	Insulina			
	Biguanida (Metformina)			
	Sulfonilureas			
Suplencia tiroidea	Levotiroxina, Eutirox, Synthoid, Otro			
Suplencia Hormonal	Cuál?			
Medicina Alternativa	Cuál?			

