

Psicología y salud

Psicología y Salud

Instituto de Investigaciones Psicológicas

Universidad Veracruzana

rbulle@uv.mx

ISSN: 1405-1109

MÉXICO

2004

Sergio Tobón / Stefano Vinaccia / José Cadena / Juan Manuel Anaya

CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ARTRITIS REUMATOIDE

A PARTIR DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN LA ARTRITIS (QOL-RA)

Psicología y Salud, enero-junio, año/vol. 14, número 001

Universidad Veracruzana

Xalapa, México

pp. 25-30

Calidad de vida en personas con artritis reumatoide a partir del Cuestionario de Calidad de Vida en la Artritis (QoL-RA)

Life quality in people suffering rheumatoid arthritis, detected by the Quality of Life Questionnaire (QoL-RA)

Sergio Tobón¹, Stefano Vinaccia², José Cadena³ y Juan Manuel Anaya³

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue determinar la calidad de vida en personas con diagnóstico de artritis reumatoide en una muestra de pacientes colombianos. Se evaluó a 124 participantes con diagnóstico de artritis reumatoide, según los criterios del Colegio Americano de Reumatología. Los resultados obtenidos se compararon con la información aportada por un estudio similar realizado en Estados Unidos. La medición de la calidad de vida se hizo mediante la versión española del cuestionario de Calidad de Vida en la Artritis (QoL-RA). De acuerdo a los resultados, los pacientes colombianos con artritis tuvieron una mejor calidad de vida en todas las dimensiones del QoL-RA, en comparación con los pacientes de Estados Unidos que participaron en la validación original de la prueba, tanto de origen anglosajón como latinos.

Palabras clave: Artritis reumatoide; Calidad de vida; QoL-RA; Psicología de la salud.

ABSTRACT

The aim of this work was to determine the quality of life in people with rheumatoid arthritis diagnosis in a Colombian sample. 124 patients were evaluated with rheumatoid arthritis diagnosis, according the American Rheumatism Association. The obtained results were compared with the information from a similar research carried out in the United States. The life quality was measured through Spanish version of the Quality of Life Questionnaire (QoL-RA). Results show that Colombian patients with rheumatoid arthritis had a better life quality in all QoL-RA dimensions compared with the United States patients who participated in the original test application, American as well Latin-American.

Key words: Rheumatoid arthritis ; Quality of life; QoL-RA; Health Psychology.

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad de etiología desconocida y de naturaleza autoinmunitaria que se caracteriza patológicamente por un proceso autoinflamatorio que afecta sobre todo el tejido sinovial de las articulaciones (Anaya, 1999). La AR aqueja aproximadamente al 1% de la población

¹ Departamento de Psicología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, correo electrónico: stobon1@netcard.net.co. Artículo recibido el 15 de noviembre de 2003 y aceptado el 10 de febrero de 2004.

² Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia, Apartado Aéreo 81240, tel. y fax: 511-36-00, Envigado, Antioquia, Colombia, correo electrónico: vinalpi47@hotmail.com.

³ Corporación para Investigaciones Biológicas, Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín, Colombia.

humana, con una incidencia mujer-varón de 3:1, y produce síntomas diversos, como rigidez matinal, fatiga, dolor, incapacidad funcional y depresión (Ballina y Rodríguez, 2000).

La progresión de la enfermedad lleva a la destrucción articular, con consecuencias incapacitantes, lo que produce una reducción progresiva de la movilidad, además de manifestaciones extraarticulares con afección de los órganos internos (Anaya, 1999). Esta incapacidad creada por la artritis se incrementa por lo general en los primeros años del diagnóstico, para posteriormente volverse más lenta al final de la vida del paciente; es posible que después de treinta años de persistencia se acelere otra vez con todos sus síntomas (Leight, Frics y Parkh, 1992).

Al no conocerse la causa de la enfermedad, el tratamiento médico de la AR sigue siendo el de paliar o minimizar el deterioro por medio de diferentes fármacos que el paciente toma (sales de oro, antipalúdicos, aines, etc.), los cuales, a dosis altas y durante tiempo prolongado, pueden provocar diversos efectos secundarios (Ballina y Rodríguez, 2000).

La AR induce en los pacientes varios procesos que interactúan entre sí. Por un lado, la inflamación, el dolor, la pérdida del movimiento articular y la deformidad producen discapacidad. Por el otro, la enfermedad lleva a la pérdida de un gran número de funciones de la vida diaria, lo cual afecta en mayor o menor grado el desplazamiento, el cuidado personal, el trabajo y otras actividades básicas. Todo ello altera la independencia económica y los roles sociales de la persona (González, Moncada, Badiel, Badilla y Rincón, 1995; López, Rincón, Castellanos y González, 1993).

La AR implica, por consiguiente, un cambio importante en la calidad de vida de las personas. Diversos estudios han demostrado que los pacientes que la sufren tienen peor calidad de vida en todas las dimensiones que la población general, y que pueden padecer enfermedades consideradas de mayor gravedad, tales como el infarto de miocardio, la colitis ulcerativa y el lupus eritomatoso sistémico (Ballina, 2002).

La medida de la calidad de vida en reumatología ha utilizado, por un lado, medidas globales de salud, como los cuestionarios SF-36, el Sickness Impact Profile (SIP) y el Nottingham Health Profile (NHP) (FitzPatrick, 1993; Houssien, Mc-

Kennes y Scott, 1997; Ruta, Hurst y Kind, 1998); por otro lado, se han empleado cuestionarios específicos, tales como el Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS), el Rheumatoid Arthritis of Quality of Life (RA-QoL), el Rapid Assessment of Disease Activity in Rheumatology (RADAR) (Abello, Banfi, Cardiel, Ruiz-Mercado y Alarcón, 1994; De Jong, Van der Heijole, McKeinnes y Wolley, 1991; Mason, Anderson y Meean, 1992).

En consecuencia, el objetivo de la presente investigación fue determinar la calidad de vida de pacientes con artritis reumatoide empleando un cuestionario específico para ésta, como es el QoL-RA (Quality of Life in Rheumatoid Arthritis), el cual fue específicamente diseñado para esta población y que ha mostrado ser relevante tanto en la de habla inglesa como española (Danao, Padilla y Johnson, 2001).

MÉTODO

Sujetos

Participaron en el estudio 124 personas con diagnóstico de artritis reumatoide (110 mujeres y 14 hombres), con edades comprendidas entre 27 y 65 años, en tratamiento en la Unidad de Reumatología de la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín, Colombia. Los pacientes fueron diagnosticados con base en los criterios de la Asociación Americana de Reumatología (Arnett, 1987).

Instrumentos

Se empleó el Cuestionario de Calidad de Vida en la Artritis Reumatoide (QoL-RA), en la versión original en inglés y español de Danao y cols. (2001). Este instrumento se compone de ocho ítems dentro de una escala tipo Likert con diez posibilidades de respuesta, que van de 1 ("muy mala calidad de vida") a 10 ("excelente calidad de vida"). Los coeficientes alfa de Cronbach de la escala para la versión inglesa y española fueron de 0.90 y 0.87, respectivamente.

Procedimiento

Los cuestionarios fueron aplicados a las personas de dos maneras: haciendo que quienes sabían leer y tenían un adecuado grado de instrucción los

respondieran por sí mismos, o mediante entrevista por parte de un entrevistador previamente entrenado para el caso. Las condiciones de aplicación fueron similares y el tiempo promedio utilizado fue de cinco minutos.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se describen las características socioeconómicas de los 124 participantes. En las variables de categorías se ofrece la frecuencia y el porcentaje sobre el total de la muestra (Frec. y %), y en las variables continuas la media y la desviación típica (Med. y DT). Como se puede apreciar, la gran mayoría de participantes fueron mujeres (88.7 %), con una media de edad de 53 años

(DT = 12); el nivel de estudios fue en general de primaria y secundaria. La mayoría de personas estaban casadas (50.8%) y prácticamente todas vivían acompañadas de otras personas (98.4%). Se observa que el estrato de la vivienda fue relativamente bajo (2 y 3, que totalizó 80.7 %) y un porcentaje elevado eran amas de casa (48.4%), donde el 25.8% tenía trabajo de tiempo completo y el 13.7 % estaba jubilado.

La Tabla 2 muestra las puntuaciones obtenidas por la muestra en el valor total del QoL-RA y en sus ocho subescalas. Se describen las medias y desviaciones típicas, las cuales se comparan con los valores de la muestra de norteamericanos que participaron en la validación inicial del QoL-RA.

Tabla 1. Datos socioeconómicos de los participantes.

Datos socioeconómicos	Frec.	%
Género:		
Mujer	110	88.7
Hombre	14	11.3
Estrato:		
Estrato 1	4	3.2
Estrato 2	39	31.5
Estrato 3	61	49.2
Estrato 4	10	8.1
Estudios:		
Ninguno	5	4
Primaria	54	43.5
Secundaria	45	36.3
Universidad	20	16.1
Estado civil:		
Soltero	28	22.6
Casado	63	50.8
Unión libre	8	6.5
Separado	6	4.8
Viudo	19	15.3
Trabajo:		
Tiempo completo	32	25.8
Medio tiempo	2	1.6
Ocasional	7	5.6
Buscando trabajo	2	1.6
Ama de casa	60	48.4
Jubilado	17	13.7
Discapacitado	4	3.2
Vive solo:		
Sí	2	1.6%
No	122	98.4%
Edad	Media: 53 años DT = 12 años	
Años de diagnóstico	Media = 11 años DT = 9 años	

Tabla 2. Puntuaciones en las subescalas del QoL-RA en participantes colombianos comparados con los valores obtenidos en participantes de Estados Unidos.

Ítems de la escala	Participantes de Colombia Media (dt)	Participantes de Estados Unidos	
		Anglosajones Media (dt)	Latinos Media (dt)
Habilidad física	7.74 (1.92)	5.76 (1.98)	5.29 (1.89)
Dolor	6.72 (2.35)	5.46 (2.31)	4.76 (2.39)
Interacción	8.16 (1.89)	7.21 (2.32)	6.49 (2.21)
Apoyo	8.00 (2.21)	6.95 (2.19)	6.49 (2.21)
Estado de ánimo	7.41 (2.19)	6.22 (2.19)	6.08 (2.14)
Tensión nerviosa	6.82 (2.63)	5.74 (2.22)	5.65 (2.03)
Artritis	6.83 (2.42)	5.28 (2.28)	4.99 (2.04)
Salud	7.06 (2.22)	5.60 (2.17)	5.84 (2.26)
Escala total	7.35	5.54	5.28

El grupo de pacientes colombianos con artritis reumatoide mostró un buen nivel de calidad de vida, con una media total de la escala de 7.35, siendo el rango de la escala de 1 a 10. Este puntaje es muy superior a las medias totales de la escala de las muestras norteamericanas, tanto de origen anglosajón como latinoamericano (5.54 y 5.28). Por otro lado, analizando los resultados al nivel de las ocho

subescalas, se halla que todos los pacientes colombianos tuvieron una mayor puntuación que los pacientes norteamericanos, fueran anglosajones o latinos.

La Tabla 3 muestra los coeficientes de correlación de Spearman para las ocho subescalas del QoL-RA. Se puede observar que la mayoría de dimensiones correlacionan entre sí.

Tabla 3. Valores del coeficiente de correlación de Spearman entre las subescalas del QoL-RA en los participantes colombianos.

Ítems de la escala	Estado de ánimo	Artritis	Apoyo	Dolor	Habilidad física	Interacción	Salud	Tensión nerviosa
Estado de ánimo	1.0000	0.6230	0.3729	0.5545	0.4752	0.5179	0.6278	0.5829
Artritis	0.6230	1.0000	0.2770	0.7364	0.4751	0.4266	0.7054	0.5589
Apoyo	0.3729	0.2770	1.0000	0.4153	0.4688	0.5652	0.3873	0.2610
Dolor	0.5545	0.7364	0.4153	1.0000	0.5318	0.4685	0.7242	0.5879
Habilidad física	0.4752	0.4751	0.4688	0.5318	1.0000	0.3953	0.4729	0.3089
Interacción	0.5179	0.4266	0.5652	0.4685	0.3953	1.0000	0.4956	0.3149
Salud	0.6278	0.7054	0.3873	0.7242	0.4729	0.4956	1.0000	0.5330
Tensión nerviosa	0.5829	0.5589	0.2610	0.5879	0.3089	0.3189	0.5350	1.0000

p < 0.05

Al revisar las correlaciones encontradas, parecen muy interesantes las relaciones entre la subescala Ánimo con las variables Artritis (0.62), Dolor (0.55), Salud (0.62), Interacción (0.51) y Tensión (0.62); la subescala Tensión con las variables Ánimo (0.58), Artritis (0.55), Dolor (0.55) y Salud (0.53); la subescala Interacción con las variables Ánimo (0.51), Ayuda (0.56) y Salud (0.49), y la subescala Apoyo con las variables Interacción (0.56), Dolor (0.41) y Habilidades (0.46).

DISCUSIÓN

Los resultados encontrados en el presente estudio indican que las personas participantes tuvieron un buen nivel de calidad de vida. En las ocho dimensiones del QoL-RA, los participantes colombianos alcanzaron mayores puntuaciones que los participantes norteamericanos, tanto anglosajones como latinos, con quienes se llevó a cabo la validación de la prueba.

Tales resultados confirman la importancia de las variables psicosociales en la manera como las personas asumen su enfermedad y en cómo éstas afectan su calidad de vida. En el presente estudio se encontró que los pacientes colombianos con AR perciben tener una buena calidad de vida. Al respecto, se ha encontrado que los pacientes con AR que tienen un alto nivel de satisfacción en cuanto al apoyo social, manifiestan un mejor grado de adaptación a la enfermedad (Affleck, Tennen, Pfeiffer, Fifiocol y Rowc, 1988). En este sentido, Pastor, López, Rodríguez y cols. (1994) evaluaron el papel del apoyo social en la experiencia de dolor crónico y obtuvieron que la variable de apoyo social de la red familiar se constituía como predictiva de la ansiedad y depresión, así como del dolor en las enfermedades crónicas estudiadas. Asimismo, encontraron que, en cuanto a la capacidad predictiva de dicha variable, era el factor de satisfacción con el apoyo recibido el único que ofrecía un valor adecuadamente alto, concluyendo que la satisfacción con el apoyo percibido procedente de la red familiar es el único predictor de ansiedad y depresión en los enfermos crónicos. Ello parece confirmar que los factores de interacción social pueden ser factores determinantes del bienestar psicológico futuro de los pacientes con AR puesto que se relacionan con la depresión y el progreso de la incapacidad.

Además, el estado de ánimo se ha encontrado relacionado positivamente con las principales características clínicas del AR (articulaciones dolorosas, severidad del dolor y estado de salud) (Smetstad, Vaglum, Moun y Kvien, 1995; Pincus, Callahan, Brooks y cols., 1989).

La importancia de la función social en la calidad de vida de las personas con AR podría ser un reflejo de la satisfacción con su vida familiar y la amistad (Ballina, 2002). Por eso es importante recordar que la muestra de personas con AR de la

presente investigación pertenecían sobre todo a estratos bajos de la subcultura andina de la montaña de la ciudad de Medellín (Colombia), donde la mayoría de ellos son mujeres de edad madura a quienes culturalmente se les otorga un alto estatus matriarcal dentro de redes familiares compuestas por grupos humanos numerosos, en los cuales dan y reciben un amplio apoyo social en el transcurso de sus vidas (Gutiérrez de Pineda, 1999).

El análisis de algunas variables sociodemográficas de la muestra indica asimismo la importancia de dos factores que podrían haber favorecido la percepción positiva de la calidad de vida en estas personas. El primero sería que casi la mitad de los pacientes con AR estaba conformada por mujeres que laboraban en tareas domésticas, hecho que posiblemente evitó que se presentara el factor más importante de incapacidad laboral, como es la falta de autonomía en el trabajo, ya que un horario rígido es en muchos casos incompatible con la sintomatología causada por la AR. El segundo factor es que más de la mitad de la muestra se integró con personas casadas o en unión libre, a diferencia del estudio de Danao y cols. (2001), donde el 45.2% de la muestra de origen latinoamericano estaba formado por personas solteras o separadas.

Con respecto al matrimonio, existe un amplio número de estudios que muestran que el estar casado es un predictor subjetivo de salud mayor que cualquiera otra categoría de personas no casadas (Zung, Broodheal y Roth, 1993). Hay una tendencia al incremento del número de casos de AR en hombres de mediana edad solteros y en mujeres separadas (Rodríguez-Marín, 1995). Es así como el impacto de enfermedades crónicas como la AR parece estar estrechamente vinculado a la situación social, cultural y económica de estos pacientes e incide de forma diferencial en su calidad de vida.

REFERENCIAS

- Abello-Banfi, M., Cardiel, M.H., Ruiz-Mercado, R. y Alarcón, D. (1994). Quality of life in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 21: 1250-1255.
- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., Fifiocol, J. y Rowc, J. (1988). Social support and psychosocial adjustment to rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Research*, 1: 71-77.
- Anaya, J.M. (1999). Genes y artritis reumatoide. *Revista Colombiana de Reumatología*, 6: 240-250.

- Arnett, F.C. (1987). Revised criteria for the classification of the rheumatoid arthritis. *The American Rheumatism Association*, 31: 315-324.
- Ballina, F. (2002). Medición de la calidad de vida en la artritis reumatoide. *Revista Española de Reumatología*, 29: 56-64.
- Ballina, F. y Rodríguez, A. (2000). Artritis reumatoide. *Revista Española de Reumatología*, 27: 56-64.
- Danao, Ll., Padilla, G. y Jonhson, D.A. (2001). An English and Spanish quality of life measure for arthritis. *Arthritis Care Research*, 45: 167-173.
- De Jong, Z., Vander Heijole, D., McKeinna, S.P. y Wolley, D. (1991). Reability and construct validity of the RAQoL. *British Journal of Rheumatology*, 36: 878-883.
- Fitzpatrick, R. (1993). The measurement of health status and quality of life in rheumatological disorders. *Balliere Clinical Rheumatology*, 7: 297-317.
- González, H., Moncada, J., Badiel, M., Badilla, Y. y Rincón, H. (1995). Evaluación del programa psicoeducativo para pacientes con artritis reumatoide. *Revista Colombiana de Reumatología*, 2: 85-86.
- Gutiérrez de Pineda, V. (1999). *Estructura, función y cambio de la familia colombiana*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Houssien, D., McKenna, S. y Scott, D. (1997). The Nottingham Heath Profile: a measure of disease activity and outcome in rheumatoid arthritis. *British Journal of Rheumatology*, 31: 87-90.
- Leight, J., Frics, J. y Parkh, N. (1992). Severity of disability in the rheumatology arthritis. *Journal of Rheumatology*, 19: 1906-1911.
- López, B., Rincón, H., Castellanos, J. y González, H. (1993). El perfil de minusvalía como la medida de calidad de vida en pacientes reumáticos. *Revista Colombiana de Reumatología*, 1: 91.
- Mason, J., Anderson, J. y Mccan, R. (1992). The rapid assessment of disease activity in rheumatology (RADAR). *Questionnaires of Arthritis Rheumatism*, 35: 156-162.
- Pastor, M., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Salas, E., Sánchez, S. y Tenol, M. (1994). El papel del apoyo social en la experiencia de dolor crónico. *Revista de Psicología Social*, 9: 179-191.
- Pincus, T., Callahan, L., Brooks, R., Fuchs, H., Olsen, N. y Kaine, J. (1989). Self-Report Questionnaire Scores in Rheumatoid Arthritis. *Annals of Internal Medicine*, 110: 259-266.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Ruta, D., Hurst, N. y Kind, P. (1998). Measuring health status British patients with rheumatoid arthritis. *British Journal of Rheumatology*, 37: 425-436.
- Smetstad, L., Vaglum, P., Moun, T. y Kvien, T. (1995). The relationship between pain and sociodemographic variables, anxiety and depressive symptoms in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 22: 514-520.
- Zung, W., Broodheal, E. y Roth, M. (1993). Prevalence of depressive symptoms in primary care. *Family Practice*, 37: 337-338.