



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y EDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDE DE 20-60 AÑOS EN LA CLÍNICA DE REUMATISMO DE
NOVIEMBRE, 2024 A ENERO, 2025

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autora:

Santana Romero, Adriany Enma

Asesora:

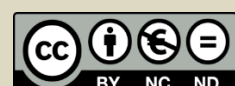
Noriega Zapata, Erika Janeth
ORCID: 0000-0002-7769-1386

Jurado:

Gallardo Vallejo, Duber Odilon
Medina Soriano, Carlos Germán
Barreto Stein, Juan Francisco

Lima - Perú

2025



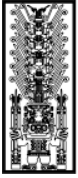
RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y EDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE 20-60 AÑOS EN LA CLÍNICA DE REUMATISMO DE NOVIEMBRE, 2024 A ENERO, 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%	15%	7%	5%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.uandina.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	www.umax.edu.py Fuente de Internet	1%
4	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
5	www.rheumatology.org Fuente de Internet	1%
6	"XVI Pan American Congress of Rheumatology April 25–28, 2010, Santiago, Chile", JCR: Journal of Clinical Rheumatology, 2010 Publicación	1%
7	www.asesoriasparaeldesarrollo.cl Fuente de Internet	<1%
8	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1%
9	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1%
10	www.tdx.cat Fuente de Internet	<1%



FACULTAD MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y EDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS

REUMATOIDE DE 20-60 AÑOS EN LA CLÍNICA DE REUMATISMO DE

NOVIEMBRE, 2024 A ENERO, 2025

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar por el título profesional de Médico Cirujano

Autora:

Santana Romero, Adriany Enma

Asesora:

Noriega Zapata, Erika Janeth

ORCID: 0000-0002-7769-1386

Jurado

Gallardo Vallejo, Duber Odilon

Medina Soriano, Carlos Germán

Barreto Stein, Juan Francisco

Lima – Perú

2025

Dedicatoria

Este trabajo va dedicado a todas aquellas personas que padecen de esta enfermedad crónica, pero sobre todo a aquellos quienes padecieron a tempranas edades de su juventud, quienes sienten que esta enfermedad puede afectar su vida futura drásticamente

Agradecimientos

A mi madre, porque me ha dado todo su apoyo incondicional, y en este último año, hemos trabajado en equipo para lograr mis metas.

A mi hermana Karla, que me da aliento día a día, y que cada vez que recurro a ella, me brinda su apoyo sin pensar.

A mi abuela Adriana Terry, que ahora está en el cielo y no supo que logré estudiar la carrera de medicina, pero que sabía que en el fondo de mi corazón yo quería ser médico.

ÍNDICE

RESUMEN	ix
ABSTRACT.....	10
I INTRODUCCIÓN.....	11
1.1 Descripción y formulación del problema.....	12
1.1.1 Problema general.....	14
1.1.2 Problemas Específicos	14
1.2 Antecedentes	15
1.2.1 Antecedentes nacionales	15
1.2.2 Antecedentes internacionales.....	17
1.3 Objetivos	20
1.3.1 Objetivo general.....	20
1.3.2 Objetivos específicos.....	20
1.4 Justificación	21
1.4.1 Justificación teórica.....	21
1.4.2 Justificación práctica.....	21
1.4.3 Justificación metodológica	21
1.5 Limitaciones.....	22
1.6 Hipótesis	22
1.6.1 Hipótesis General	22
II MARCO TEÓRICO	23
2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación	23
III MÉTODO	29
3.1 Tipo de investigación	29
3.1.1 Según la intervención.....	29
3.1.2 Según la temporalidad	29
3.1.3 Según el paradigma aplicado	29

3.2	Ámbito temporal y espacial	29
3.3	Variables.....	29
3.3.1	<i>Variable dependiente</i>	29
3.3.2	<i>Variable independiente</i>	30
3.4	Población y muestra.....	30
3.4.1	<i>Población</i>	30
3.4.2	<i>Muestra</i>	30
3.5	Instrumentos.....	31
3.6	Procedimientos.....	32
3.6.1	<i>Criterios de inclusión</i>	33
3.6.2	<i>Criterios de exclusión</i>	33
3.7	Análisis de datos	33
3.8	Consideraciones éticas	34
IV	RESULTADOS.....	35
4.1	Resultado del objetivo general.....	35
4.2	Resultados objetivos específicos.....	36
4.3	Otras variables	45
4.4	Resultados sociodemográficos.....	50
4.5	Resultados inferenciales.....	52
V	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	63
VI	CONCLUSIONES.....	70
VII	RECOMENDACIONES.....	73
VIII	REFERENCIAS.....	75
IX	ANEXOS.....	84

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Rangos para calificar Calidad de Vida	32
Tabla 2 Datos sociodemográficos	50
Tabla 3 Matriz de consistencia.....	84
Tabla 4 Presupuesto	98
Tabla 5 Cronograma.....	99

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Calidad de vida según la edad	35
Figura 2	Función física según la edad.....	36
Figura 3	Rol físico según la edad.....	37
Figura 4	Salud general según la edad	38
Figura 5	Vitalidad según la edad.....	39
Figura 6	Función social según la edad.....	40
Figura 7	Rol emocional según la edad.....	41
Figura 8	Salud mental según la edad	42
Figura 9	Dolor corporal según la edad.....	43
Figura 10	Evolución declarada de la salud según la edad	44
Figura 11	Calidad de vida según el empleo	45
Figura 12	Calidad de vida según el sexo	46
Figura 13	Calidad de vida y tiempo de enfermedad	47
Figura 14	Calidad de vida según adicciones.....	48
Figura 15	Calidad de vida según comorbilidades	49
Figura 16	Examen auxiliar.....	50
Figura 17	Prueba de normalidad.....	52
Figura 18	Correlación de Spearman	53
Figura 19	Correlación de Spearman entre función física y calidad de vida	54
Figura 20	Relación entre rol físico y edad.....	55
Figura 21	Correlación entre la salud general con la edad.....	56
Figura 22	Interrelación con el grado de vitalidad y la edad.....	57
Figura 23	Vínculo entre función social y edad	58
Figura 24	Correlación de Spearman entre edad y rol emocional.....	59

Figura 25	Correlación de Spearman entre edad y salud mental.....	60
Figura 26	Correlación de Spearman entre edad y dolor corporal	61
Figura 27	Correlación de Spearman entre edad y la evolución declarada de la salud.....	62

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre calidad de vida y edad en pacientes con artritis reumatoide de 20-60 años en la Clínica de Reumatismo de noviembre del 2024 a enero del 2025. **Método:** Estudio observacional correlacional, cualitativo, transversal, prospectivo. Población conformada por 59 pacientes. Con el instrumento Short From 36V2 para calcular la calidad de vida. **Resultados:** Del total, 83% fueron mujeres, con una mediana de edad de 42 años, 75% eran empleados. El 50% de los más jóvenes (20 a 34 años) obtuvieron una calidad de vida de 62 a 84 puntos, el 50% de los que tienen 35 a 44 años, presentaron entre 26 a 61 puntos y los mayores a 45 años, presentaron de 26 a 61 puntos, pues existió una correlación negativa moderada entre las variables (coeficiente de Spearman de -0,418). El 50% de los que no trabajan puntúan de 47 a 67,7; mientras que el 50% de los pacientes trabajadores puntuó de 45,7 a 79,8. El 50% de las mujeres tuvieron una calidad de vida de 43,9 a 74,7 puntos; mientras que el 50% de los varones puntuaron de 48,4 a 83,5. **Conclusiones:** La calidad de vida se relaciona significativamente con la edad en pacientes con artritis reumatoide de modo que en los pacientes más jóvenes se observan mejores niveles de calidad de vida, mientras la edad avanza, este valor disminuye. Los varones y aquellos pacientes que trabajan presentaron mayores puntajes de calidad de vida que su contraparte.

Palabras clave: calidad de vida, edad, artritis reumatoide.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between quality of life and age in patients with rheumatoid arthritis aged 20-60 years at the Rheumatism Clinic from November 2024 to January 2025. **Method:** Correlational, qualitative, cross-sectional, prospective observational study. The population consisting of 59 patients. Using the Short From 36V2 instrument to calculate quality of life. **Results:** Of the total, 83% were women, with a median age of 42 years, 75% were employed. 50% of the youngest (20 to 34 years old) obtained a quality of life of 62 to 84 points, 50% of those aged to 35 to 44 years, presented between 26 to 61 points and those over 45 years, presented from 26 to 61 points, since there was a moderate negative correlation between the variables (Spearman coefficient of -0.418). The 50% of non-working patients scored between 47 and 67.7; while 50% of working patients scored between 45.7 and 79.8. The 50% of women had a quality of life of 43.9 to 74.7 points; while the 50% of men scored from 48.4 to 83.5. **Conclusions:** Quality of life is significantly related to age in patients with rheumatoid arthritis, so that in younger patients better quality of life levels are observed, as age advances, this value decreases. Men and those patients who work presented higher quality of life scores than their counterparts.

Keywords: quality of life, age, rheumatoid arthritis.

I INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR), es una enfermedad inflamatoria crónica autoinmune sistémica degenerativa, que genera inflamación, destrucción, dolor y deformación articular constante a nivel de cartílagos, de la membrana sinovial y huesos, con progresivo deterioro funcional, razón por la cual tiene alta morbilidad (Raheel et al., 2017; Matos, 2022; Lavariega et al., 2023). Aparte de ello, causa una clínica extraarticular como astenia (9%), anemia normocítica normocrómica (5,9%), quistes sinoviales (3,8%) (Lavariega et al., 2023), genera también un compromiso pulmonar, cardíaco y no olvidemos que se pueden complicar con otras enfermedades consecuentes a esta como el síndrome de Sjögren que dificulta la visión por el ojo seco ocular (Vargas, 2022). De toda la población mundial el 1 al 1,5% padece de esta enfermedad, generando que 13 millones de personas experimenten síntomas moderados a graves (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). La prevalencia en Latinoamérica es de 0,2% a 2,4% en la población general y de 0,2 a 0,5% en población mayor de 16 años; en nuestro país, el 0,5% de la población peruana padece este diagnóstico. (Gobierno de México, 2016; Vargas, 2022; Lavariega et al., 2023). Respecto al grupo etario mundial el 70% de la población con AR es del género femenino, donde el 55% son mayores de 55 años (OMS, 2023). En Perú la prevalencia de AR es de los 20-40 años (Ministerio de Salud [Minsa], 2023) y en Huancayo se tiene un estudio donde la mayor población es de 41 a 50 años con un 22,7 %, seguido de un 20,8 % en la población de 31-40 años (Cantorin, 2018).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta enfermedad genera que haya mucho abandono y cese de trabajo prematuro en el mundo (Ayala et al., 2021); afectando varios aspectos de la vida del que la padece.

En esta investigación el objetivo es encontrar si existe asociación con la calidad de vida (CV) y la edad en pacientes con artritis reumatoide de 20-60 años en la Clínica de Reumatismo de noviembre del 2024 a enero del 2025, a través de una encuesta SF-36 versión 2.

1.1 Descripción y formulación del problema

En las diversas investigaciones sobre calidad de vida en la artritis reumatoidea se haya una asociación entre el bajo nivel de actividad de la AR con una mejor calidad de vida (ERosa-Goncalves et al., 2017), y se ha asociado a pacientes con AR con mayores niveles de depresión, esto quiere decir que esta enfermedad genera consecuencias que afectan a la calidad de vida, también se ha relacionado que a mayor edad mayor reducción de la función física y por ende menos puntos en componentes físicos para la encuesta SF-36; por otro lado se halló que la AR afecta mayormente en la calidad de vida física que en el bienestar mental, (Matcham et al., 2014).

No existen muchos estudios que exploren los factores que estén estrechamente vinculados con la CV, por otro lado, el estudio clínico exclusivo respecto a la actividad limitada de la enfermedad no caracteriza los resultados de salud que preocupan principalmente a los pacientes, (Matcham et al., 2014). Las nuevas directrices del Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE), determinó que la calidad de vida relacionada con la salud y el estado de ánimo debe ser evaluado periódicamente para determinar el efecto de su afección en sus vidas (Matcham et al., 2014). Es por ello por lo que este estudio es de interés para un mayor análisis de los pacientes artríticos.

¿Cuántas personas padecen de este malestar en el mundo?, pues solo hace unos pocos años, en el 2019, eran 18 millones de sujetos (OMS, 2023). Las personas que padecen de AR en el mundo son del 1 al 1,5% y en Latinoamérica existen 34 000 000 de habitantes que padecen una discapacidad permanente además 140 000 000 individuos presentan discapacidad temporal

debido a enfermedades reumáticas, estos datos son recogidos de las 2 organizaciones internacionales que trabajan en la salud pública. (Gobierno de México, 2016). La prevalencia en Latinoamérica es de 0,2% a 2,4% en la población general (Gobierno de México, 2016), y de 0,2 a 0,5% en población mayor de 16 años (Lavariega et al., 2023); en nuestro país, el 0,5% de todos los habitantes padecen de artritis reumatoide (Vargas, 2022) y año tras año se hayan alrededor de 100 nuevos pacientes con AR, y respecto al sexo, la relación entre mujeres y varones es de 6 a 1 (MINSa, 2019)

Respecto al grupo etario mundial el 70% de la población con AR es del género femenino, donde el 55% son mayores de 55 años (OMS, 2023). En Perú la mayor prevalencia de AR es de los 20-40 años (MINSa,2023) y en Huancayo se tiene un estudio donde la mayor población es de 41 a 50 años con un 22, 7 %, seguido de un 20.8 % en la población de 31-40 años (Cantorín, 2018).

Un organismo mundial como la OMS nos informa que esta enfermedad genera que haya mucho abandono y cese de trabajo prematuro en el mundo (Ayala et al., 2021).

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica que causa muchos síntomas que afectan la vida cotidiana del que la sufre, por ejemplo, causa dolor en las articulaciones, rigidez, hinchazón y reducción en la movilidad articular e incluso puede tener un impacto en los órganos como los pulmones, o el cutis o como el síndrome de Sjögren que provoca sensación de sequedad en los ojos (Shah, 2023). Es por ello por lo que el desempeño de estos pacientes en los diferentes ámbitos de la vida es deficiente, o en el mejor de los casos no son los óptimos comparado con sus compañeros afines en el trabajo, en los estudios.

Un síntoma importante para evidenciar ello es la rigidez matutina que dura de una a dos horas (o incluso todo el día), con un pésimo despertar pues amanece con dolor y no puede

mover los dedos de las manos, dificultando vestirse, peinarse, o peor aún quizás caminar, si es que están afectos las articulaciones de los pies.

Para ello vamos a recolectar los datos para obtener puntajes que evalúen la CV en aquellos que padezcan de esta enfermedad en un hospital con modelo de atención privado de Lima, Perú, ya que esta información es necesaria de conocer en esta población.

1.1.1 *Problema general*

- ¿Cuál es la relación entre calidad de vida y edad en pacientes con artritis reumatoide de 20-60 años en la Clínica de Reumatismo de noviembre del 2024 a enero del 2025?

1.1.2 *Problemas Específicos*

- A. ¿Cuál es la conexión entre la función física y la edad en pacientes con artritis reumatoide que tienen entre 20 y 60 años?
- B. ¿Cómo se relacionan el rol físico y la edad en pacientes con artritis reumatoide de entre 20 y 60 años?
- C. ¿Cuál es la relación entre la salud general y la edad en pacientes con artritis reumatoide de 20 a 60 años?
- D. ¿Cuál es la interrelación que existe con la vitalidad y la edad en pacientes diagnosticados con artritis reumatoide que se encuentran en el rango de 20 a 60 años?
- E. ¿Cómo se vinculan función social con edad en pacientes con artritis reumatoide de 20 a 60 años?

- F. ¿Cómo se interrelacionan el rol emocional con la edad en personas con artritis reumatoide que tienen entre 20 y 60 años?
- G. ¿Cómo se correlacionan la salud mental y la edad en personas de 20 a 60 años diagnosticadas con artritis reumatoide?
- H. ¿Qué asociación existe entre el dolor corporal y la edad en sujetos de 20 a 60 años que padecen artritis reumatoide?
- I. ¿De qué manera se corresponden la evolución declarada de la salud con la edad en individuos de 20 a 60 años con artritis reumatoide?

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes nacionales

- Vargas (2022), quien realiza un proyecto titulado: “Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en un centro médico privado en Lima, Perú” cuyo objetivo era determinar la CV en pacientes bajo el diagnóstico de AR en la Clínica Angloamericana, mediante el cuestionario de calidad de vida en artritis reumatoide (QoL-RA). Los objetivos particulares consistieron en detallar las características sociodemográficas y económicas, así como proporcionar información adicional sobre la calidad de vida y determinar el puntaje total de QoL-RA.
- Sánchez (2020), quien en su estudio “Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del Hospital de Apoyo II – 2 Santa Rosa, Piura 2019” se propuso evaluar la calidad de vida de sujetos con esta enfermedad utilizando una versión modificada del cuestionario WHOQOL-BREF en el contexto de dicho establecimiento. En su estudio observacional con 63 pacientes obtuvo los siguientes datos: edad promedio 46+-12,3 años, más mujeres con 80,9%, el grado de instrucción para educación

secundaria era el 39.6%, educación superior era el 33.4% y el 23.8% contaba con primaria. Además, el 57.2% de los participantes eran matrimoniales, el 73.1% provenía de áreas urbanas, el 31,7% tenía un empleo estable, y el 26,9% era ama de casa.

- Quispe (2017), investigó la CV en personas con artritis reumatoide del Hospital Nacional Policía Nacional del Perú (PNP) Luis N. Sáenz en enero del 2017. Mediante el cuestionario Quality of Life in Rheumatoid Arthritis (QoL-RA) a 55 pacientes donde el 94,5% eran mujeres, el promedio de edad para los 55 participantes fue 53.76 años, el tiempo medio de enfermedad fue 12.3 años y reciben fármacos modificadores de la enfermedad (FARMEs) el 96.4%. Para la calidad de vida: según habilidades físicas es de 7.69 donde en una escala del 0 al 10 los más altos puntajes nos indican mayor QoL, la calidad de vida según la ayuda brindada por su familia y amistades es 8.82, la calidad de vida según el dolor artrítico es 6.35, la calidad de vida según la tensión nerviosa es 7.25, la calidad de vida según consideren su salud es 7.13, la calidad de vida según consideren su artritis es 6.69, la calidad de vida según su interacción con familiares y amigos es 8.49, la calidad de vida según el estado de ánimo es 7.56, obteniéndose una media global de 7.4975. Por lo tanto, se concluye en este estudio que la calidad de vida de los pacientes con AR atendidos en consultorios externos del Servicio de Reumatología del Hospital en mención en enero del 2017 es buena.
- Callpa (2016), quiso analizar la CV en pacientes con artritis reumatoide mediante el cuestionario QOL-RA en su estudio “La artritis reumatoidea y su influencia en la calidad de vida del adulto de 40 a 50 años, atendidos en el consultorio de reumatología en el Hospital José Agurto Tello de Chosica en el año 2015, Lima –

Perú”, donde de los 82 pacientes seleccionados, el 64,63% tuvo entre 47 a 50 años, el 77% eran mujeres, culminaron la secundaria el 46,5%), mientras que el 22% fue analfabeto. El 85,4% estaba casado. El tiempo de diagnóstico de AR, < 5 años en 77.5%, y (57,5,0%) comparando la Calidad de Vida por medio del Coeficiente de correlación, el 46 (57,5%) presentan una calidad de vida es buena (mayoría).

1.2.2 Antecedentes internacionales

- Al-Jabi et al. (2021). Llevaron a cabo un estudio sobre cómo las características sociodemográficas y clínicas, así como la calidad de vida, afectan a los pacientes con artritis reumatoide en el Hospital Thabet Thabet situado en el norte de Palestina. Para ello, utilizaron el cuestionario Euro Quality of Life 5 Dimensions, y el índice de discapacidad Health Assessment Questionnaire (HAQ) Disability Index. Donde halló que hubo una la edad, la rigidez matutina, se asociaron significativamente con mayores puntuaciones en (HAQ), que significó más discapacidad.
- Ruibo et al. (2024). En su estudio, “Carga mundial de artritis reumatoide entre adolescentes y adultos jóvenes de 10 a 24 años: un estudio de análisis de tendencias de 1990 a 2019”, obtuvo que la edad, la incidencia, la prevalencia y la tasa de años de vida ajustados por discapacidad aumentaron con la edad.
- Tanski et al. (2022). Quienes en su revisión sistemática “El impacto de los trastornos del sueño en la actividad diaria y la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide: revisión sistemática y metaanálisis” mediante el método PRISMA, determinaron la relación entre los trastornos del sueño y la actividad diaria y la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. Donde en el grupo se halló un índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI) de 6,93, y la puntuación media de calidad de vida para el dominio físico y dominio mental según SF-36 fue de 38,15

y 41,83, respectivamente. Y en el grupo 2, la puntuación media del PSQI fue 7,21 y respecto a la actividad diaria según el *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) fue de 0,80. Además hubo una correlación negativa entre los puntos del PSQI y SF36, donde cada una unidad más en SF36 se asociaba con una disminución media de 0,35 puntos del PSQI. Y una unidad más del PSQI se asoció con una disminución media de 2,4 puntos en SF36.

- Turesson et al. (2021). Investigaron si la dieta antiinflamatoria mejora la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, mediante la encuesta SF-36, en pacientes con AR en su estudio “Efectos sobre la calidad de vida relacionada con la salud en el ensayo aleatorizado y controlado cruzado ADIRA (Dieta antiinflamatoria en la artritis reumatoide)”, con un ensayo cruzado donde se aleatorizó una dieta de intervención (antiinflamatoria) y una dieta de control (ingesta sueca habitual) en 50 pacientes durante 10 semanas, luego se hizo un periodo de lavado antes de cambiar a la otra dieta. En sus resultados 47 pacientes completaron las dietas y no se observó diferencias significativas entre la intervención y el control. Sí se obtuvo mejoras en el funcionamiento físico de SF-36 (media: 5,79, EE: 2,12, IC del 95 %: 1,58, 10,01).
- Escobar et al. (2021). Publicaron su estudio “Calidad de vida de pacientes con artritis reumatoide, Hospital Central del Instituto de Previsión Social”. De Paraguay. Usaron como instrumento el Cuestionario de Salud SF36V2. Donde la puntuación final fue 48 para el nivel de calidad de vida que corresponde a un nivel regular.
- Katchamart et al. (2019). En su estudio “*Health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis*” buscó determinar la Calidad de vida relacionada con la salud y los factores relacionados en pacientes con AR, con el cuestionario versión tailandés EuroQol (EQ-5D) y la escala visual análoga de salud global EQ (EQ VAS)

y los factores relacionados del 2016 al 2018 en los hospitales de Siriraj y Phramongkutklao, a través de este estudio se recolectó datos sociodemográficos, clínicos, y de laboratorio, donde se halló que de un total de 464 pacientes con AR el 85 % eran mujeres con una edad media de 59,15 años promedio, con una duración de la enfermedad de 11,53 años. El 47% estaba desempleado o jubilado. La actividad moderada de la enfermedad (por DAS28 medio acumulado) fue de 3,5 puntos y con un deterioro funcional leve (HAQ media de 0,7 puntos). El 75% tenía factor reumatoide positivo, el 72% anticuerpo antiproteína citrulinada, el 84%, erosión radiográfica en manos y pies. En las comorbilidades padecían de hipertensión el 41%, de dislipidemia el 39%, de diabetes mellitus 10%, de enfermedad arterial coronaria 2,6%, de enfermedad cerebrovascular 1,7%, de depresión 8,4% y ansiedad el 9,3%.

- Liu, Xu et al. (2017). En su estudio “Disease activity, resilience and health-related quality of life in Chinese patients with rheumatoid arthritis: a multi-center, cross-sectional study” su objetivo fue evaluar las asociaciones de la actividad de la enfermedad, la resiliencia con la calidad de vida relacionada con la salud y los roles moderadores y mediadores de la resiliencia entre los pacientes chinos con AR, en 298 personas mediante la encuesta SF-36, y la Escala de Resiliencia del Ego (ERS), y la actividad de la enfermedad a través de la proteína reactiva de la puntuación de actividad de la enfermedad 28-C (DAS28-CRP). Obtuvo como resultado para el componente físico (PCS) del SF-36 40,67 puntos y para el componente mental (MCS) 59,14, la actividad de la enfermedad se asoció negativamente con ambos componentes, y la resiliencia tuvo una relación positiva para el componente mental. Hubo una significativa para la interacción de la actividad de la enfermedad y

resiliencia al asociarse con el componente mental ($\beta=0,144$, $p=0,003$). Además, la resiliencia fue mediadora parcial al asociar actividad de la enfermedad con el componente mental (tamaño del efecto fue $-0,085$, BCa IC 95%: $-0,159$, $-0,028$).

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

- Establecer la correlación entre calidad de vida y edad en pacientes con artritis reumatoide de 20-60 años en la Clínica de Reumatismo de noviembre del 2024 a enero del 2025.

1.3.2 Objetivos específicos

- A. Verificar la conexión entre la función física y la edad en pacientes con artritis reumatoide de 20 a 60 años
- B. Determinar la relación entre el rol físico y la edad en pacientes con artritis reumatoide de 20 a 60 años
- C. Averiguar cómo se relacionan la salud general y la edad en individuos con artritis reumatoide de 20 a 60 años
- D. Analizar la interrelación que existe con la vitalidad y la edad en personas diagnosticadas con artritis reumatoide de 20 a 60 años
- E. Identificar como se vinculan la función social con la edad en enfermos con artritis reumatoide de 20 a 60 años
- F. Valorar la relación del rol emocional y la edad en pacientes con artritis reumatoide de 20 a 60 años

- G. Evaluar cómo se correlacionan la salud mental con la edad en los que padecen artritis reumatoide de 20 a 60 años
- H. Descubrir la asociación entre el dolor corporal con la edad en aquellos con artritis reumatoide de 20 a 60 años
- I. Investigar cómo se corresponden la evolución declarada de la salud y la edad en pacientes con artritis reumatoide de 20 a 60 años.

1.4 Justificación

1.4.1 Justificación teórica

Con este estudio se va a aportar un mayor conocimiento sobre la relación entre calidad de vida y edad de estos pacientes, y desglosando este aspecto conoceremos la función física, el rol físico, los niveles de salud general, de vitalidad, de la función social, del rol emocional, de salud mental, el dolor corporal y la evolución del paciente y como cada uno de ellos se relacionan con la edad.

1.4.2 Justificación práctica

El desarrollo de este trabajo nos va a permitir dar un diagnóstico situacional de las personas diagnosticadas con AR y a partir de ello tomar medidas correctivas necesarias para mediante un tratamiento oportuno e integral mejorar su CV.

1.4.3 Justificación metodológica

Este trabajo es conveniente para los profesionales sanitarios y hacia los pacientes debido a que permitirá tener una visión de los problemas que padecen estos pacientes; por ejemplo, se podrá evaluar los aspectos psicológicos, como cuántos pacientes padecen de depresión, estos se hallarán en aquellos pacientes que obtengan los puntajes más bajos en los

puntos de salud mental, rol emocional, función social, y otros estudios futuros pueden hacer investigaciones sobre depresión y ansiedad en personas que padecen artritis reumatoide.

1.5 Limitaciones

Un obstáculo para poder realizar una mejor investigación fue disponer de un periodo corto para hacer un estudio de investigación, y la disponibilidad que es limitada por las actividades del internado en un hospital del Ministerio de Salud.

1.6 Hipótesis

1.6.1 Hipótesis General

- **HIPÓTESIS VERDADERA (H1).** La calidad de vida se relaciona significativamente con la edad en pacientes con artritis reumatoide de 20-60 años en la Clínica de Reumatismo de noviembre del 2024 a enero del 2025.
- **HIPÓTESIS NULA (H0).** La calidad de vida no se relaciona significativamente con la edad en pacientes con artritis reumatoide de 20-60 años en la Clínica de Reumatismo de noviembre del 2024 a enero del 2025.

II MARCO TEÓRICO

2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación

Definición de calidad de vida: hay diversos autores que han abordado este concepto, Por ejemplo, Hass en 1999 la describe como una “Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece”. Por su parte, Hornquist en 1982 establece que la calidad de vida se mide en función de la satisfacción de necesidades en distintas esferas: física, psicológica, social, de actividades, material y estructural. Shaw en 1977, presenta una definición objetiva y cuantitativa, planteando una ecuación que establece la calidad de vida individual; esta ecuación considera una multiplicación de $NE \times (H+S)$, en la cual NE se refiere a la dotación natural del sujeto, H representa la aportación de su hogar y familia, y S la aportación de la sociedad. (Urzúa et al., 2012).

A lo largo del tiempo, se ha buscado definir la Calidad de Vida para abarcar todas las áreas que incluye este concepto, el cual hace referencia a múltiples niveles de generalidad, desde el bienestar social hasta el individual. La CV consiste en cinco dominios: bienestar físico, bienestar material, bienestar social, desarrollo y actividad, así como bienestar emocional. La percepción que cada persona tiene hacia estos dominios es subjetiva y puede verse influenciada por factores sociales, la edad, el empleo y las políticas de salud; además, se observa que la enfermedad y sus tratamientos impactan en estos cinco dominios (INCMNSZ, 2017). Existe controversia en torno a su definición, por lo que se concluye que la CV es un concepto subjetivo, con puntuaciones que varían de una persona a otra, y cuyo valor asignado puede cambiar a lo largo de la vida (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012).

Definición de artritis reumatoide: se define como el tipo más habitual de enfermedad articular autoinmune. Esta es una enfermedad crónica y sistémica de carácter inflamatorio y

degenerativo, provocando inflamación, destrucción, dolor y deformidades constantes en las articulaciones, afectando especialmente los cartílagos, la membrana sinovial y los huesos. A medida que avanza, conduce a un deterioro funcional progresivo lo que resulta en una alta tasa de morbilidad y mortalidad (Raheel et al., 2017; Matos, 2022; Lavariega et al., 2023). Esta afección impacta múltiples sistemas del cuerpo, aunque las articulaciones más comúnmente afectadas son las de las manos, pies, tobillos, rodillas, hombros y codos (OMS, 2023)

La rigidez que experimentan los pacientes con artritis reumatoide activa suele ser más intensa por la mañana. Esta rigidez puede persistir entre una y dos horas, e incluso durante todo el día. Generalmente, se alivia con el movimiento de las articulaciones. Una rigidez matutina prolongada es un indicativo de la posibilidad de tener artritis reumatoide, ya que este síntoma no es habitual en otras condiciones (Lorenzo, 2019). Entre los síntomas más comunes se encuentran el dolor crónico, la sensibilidad, el calor y la hinchazón en las articulaciones (OMS, 2023).

La demás clínica que se asocia a la artritis reumatoide incluye: fatiga, fiebre leve, pérdida de apetito, sequedad en la boca debido a un problema de salud relacionado, el síndrome de Sjögren, bultos duros, llamados nódulos reumatoides, que crecen debajo de la piel en lugares como el codo y las manos (Lorenzo, 2019).

En cuanto a las causas de la AR, se trata de una enfermedad autoinmune. Eso quiere decir que es el propio sistema inmunológico del cuerpo quién combate a los elementos extraños en su cuerpo, como bacterias y virus, generando inflamación que afecta de modo erróneo a sus propios tejidos sanos, lo que genera una intensa respuesta inflamatoria que se envía a sus articulaciones y causa dolor e hinchazón en ellas (Shah, 2023). Si la inflamación sigue presente durante un largo período, siempre causa daño articular. Este daño, generalmente, no se puede revertir una vez que ha ocurrido. La causa de la artritis reumatoide sigue siendo un misterio.

Hay pruebas que sugieren que las enfermedades autoinmunes pueden presentarse en familias. Por ejemplo, ciertos genes hereditarios pueden aumentar la predisposición a desarrollar esta enfermedad (Shah, 2023). Además, se han identificado factores de riesgo asociados como la contaminación atmosférica, tener entre 49 años a más, ser obeso, el fumar (OMS, 2023).

Diagnóstico:

Hay criterios establecidos para diagnosticar AR, tenemos 4 parámetros que incluyen la afectación articular, los análisis serológicos, los reactantes de fase aguda, y la duración de los síntomas, (Anexo D). Donde tener una sumatoria mayor o igual a 6 puntos sugeriría que padece de AR. (Gómez, 2011).

Aparte de la inflamación poliarticular simétrica que presentan los pacientes, existen manifestaciones extraarticulares que acompañan a la artritis reumatoide, tales como astenia (9%), anemia normocítica normocrómica (5,9%), quistes sinoviales (3,8%). (Lavariega et al., 2023), genera también compromiso pulmonar, cardíaco y no olvidemos que se pueden complicar con otras enfermedades consecuentes a esta como el síndrome de Sjögren que dificulta la visión por el ojo seco ocular (Vargas, 2022), efusión pleural, vasculitis reumatoide, síndrome de Felty, escleritis y epiescleritis, etc. (Anexo E). (Díaz, et al., 2021).

Una vez diagnosticado al paciente con artritis reumatoide, es necesario evaluar el nivel de actividad de la enfermedad. Para esto hay índices compuestos de actividad de enfermedad:

Das28. (Disease Activity Score in 28 joints) (Van, 1995).

CDAI (Clinical Disease Activity Index). Una escala compuesta por solo variables clínicas que son el recuento de articulaciones inflamadas, recuento de articulaciones dolorosas, evaluación integral de la actividad de la enfermedad tanto por parte del evaluador como del paciente. (Aletaha, et al., 2005)

RAPID 3 (Routine Assessment Patient Index Data), que compara 4 categorías que son gravedad alta, moderada, y baja, y casi remisión. (Pincus et al., 2008)

SDAI (Simplified Disease Activity Index): que se define como la combinación de 5 elementos incluyendo: el conteo de articulaciones que presentan dolor e inflamación, la valoración general del paciente y del médico sobre la actividad de la enfermedad y el nivel de proteína C reactiva (Smolen et al., 2003).

SDAI es más preciso que el DAS 28 y es capaz de reflejar el compromiso de tobillos y pies mejor que el DAS28. (Balsa, 2010).

Donde cada instrumento tiene puntajes para determinar en qué nivel de actividad se encuentra la artritis reumatoide, así para la DAS28 el paciente está en remisión si es $\leq 2,6$. Baja actividad si es $\leq 3,2$. Moderada si es $>3,2$ y $\leq 5,1$. Alta si es $>5,1$.

Para el SDAI su puntuación es de 0,1 a 86. El paciente presenta remisión si tiene un puntaje $\leq 3,3$. Baja actividad de enfermedad si es ≤ 11 . Moderada >11 y ≤ 26 . Alta si es >26 . Y así cada instrumento tiene sus puntajes correspondientes. (Anexo F) (Ferreira, Landewe, Silva, 2021)

Tratamiento médico de AR: respecto al tratamiento farmacológico tenemos los Antiinflamatorios no esteroideos, corticosteroides y drogas antirreumáticas modificadoras de enfermedad (DMARDs), no biológicas (antipalúdicas, sales de oro, metotrexato, citotóxicos/inmunodepresores) y biológicos (terapias con anti-citoquinas, como los anti-TNF alfa) (Suárez y Llorente, 2012).

Antiinflamatorios no esteroideos (AINE), para manejo de síntomas de la AR, por ejemplo, el celecoxib, que es un supresor selectivo de la COX-2 y el etoricoxib el cual presenta

un perfil de seguridad gastrointestinal más favorable que otros AINE no selectivos. (Mendoza et al., 2024)

Por otro lado, los glucocorticoides (GC), se asocia a menores índices de actividad que se evalúan mediante el DAS-28, así como un riesgo más bajo de reactivación, sin embargo, presenta más frecuencia de efectos adversos. (Mendoza et al., 2024)

Drogas antirreumáticas modificadoras de enfermedad sintético (DMARDs)

Metotrexato (MTX): recomendado como tratamiento inicial, ya que se asocia a menores eventos cardiovasculares, para disminuir los efectos adversos de este se recomienda el uso de ácido fólico. (Mendoza et al., 2024)

Hidroxicloroquina (HCQ): tuvo efectos en la disminución de la velocidad de sedimentación de los glóbulos y en la rigidez matutina, dolor articular, y el efecto adverso fue la hiperpigmentación cutánea. (Mendoza et al., 2024)

Drogas antirreumáticas modificadoras de enfermedad biológicos:

Inhibidores del factor de necrosis tumoral (i-TNF): medicamentos que permiten bloquear los efectos del factor de necrosis tumoral alfa, reduciendo así la inflamación y el daño tisular en la artritis reumatoide. (Mendoza et al., 2024)

Fármacos anti-interleucina 6: logra mejor remisión para DAS28-VSG, que el MTX. (Mendoza et al., 2024)

Para ello la ACR nos deja un algoritmo de tratamiento que explica con qué fármacos iniciar, continuar, cambiar. (Anexo G)

Tratamiento quirúrgico de AR: sustitución articular para restablecer el movimiento, aliviar el dolor y mantener la funcionalidad (OMS, 2024).

Tratamiento no farmacológico de AR:

Actividad física regular, que mejora la flexibilidad y función de las articulaciones. El descanso, sobre todo en momentos de brote, se recomienda en uso de muñequeras y rodilleras. Fisioterapia, que puede ayudar a disminuir la rigidez y promover una mayor flexibilidad en las articulaciones (Universidad de Barcelona, 2021).

III MÉTODO

3.1 Tipo de investigación

3.1.1 *Según la intervención*

Observacional correlacional

3.1.2 *Según la temporalidad*

Transversal y prospectivo.

3.1.3 *Según el paradigma aplicado*

Cualitativa

3.2 **Ámbito temporal y espacial**

Clínica de Reumatismo de noviembre del 2024 a enero del 2025.

3.3 **Variables**

3.3.1 *Variable dependiente*

Calidad de vida

A. Dimensiones

- Función física
- Rol físico
- Salud general
- Grado de vitalidad
- Función social
- Rol emocional
- Salud mental
- Dolor corporal

- Evolución declarada de la salud

B. Rangos

- 85-100 Excelente Calidad de Vida
- 62-84 Buena Calidad de Vida
- 26-61 Regular Calidad de Vida
- 0-25 Mala Calidad de vida

3.3.2 Variable independiente

Edad

A. Rangos

- De 20 a 34 años
- De 35 a 44 años
- De 45 a 60 años

3.4 Población y muestra

3.4.1 Población

Todas las personas atendidas en los consultorios de reumatología en la Clínica del Reumatismo de noviembre del 2024 a enero del 2025, que tengan el diagnóstico de artritis reumatoide. Este es un centro de salud privado.

3.4.2 Muestra

Personas diagnosticadas con artritis reumatoide en la Clínica de Reumatismo de noviembre del 2024 a enero del 2025, que otorguen su consentimiento para ser partes de este trabajo.

Para este trabajo se obtuvieron 59 pacientes diagnosticados con artritis reumatoidea que estaban entre 20 a 60 años, por lo tanto, esta será nuestra población y la muestra.

3.5 Instrumentos

Para este proyecto usaré el cuestionario de salud SF -36 versión 2 (v2), es decir; la versión española de SF -36v Health Survey, este es un instrumento validado internacionalmente.

En este cuestionario se responde a estas preguntas: ¿Cuál es el nivel de la función física?, Este aspecto abarca hasta qué punto la salud limita las actividades cotidianas como caminar, subir escaleras, levantar o cargar objetos, así como realizar esfuerzos moderados e intensos. ¿Cuál es la situación de rol físico? Se refiere al impacto que tiene la salud física en el desempeño laboral y en otras tareas del día a día. ¿Cuál es el nivel de salud general? Esto implica la percepción propia sobre la salud, que abarca el estado actual, las expectativas de salud a futuro y la capacidad de aguantar enfermedades. ¿Qué nivel de la vitalidad se experimenta? Esto se refiere a la sensación de energía y vitalidad en contraste con la sensación de cansancio y fatiga. ¿Cuál es el estado sobre la función social?, que incluye la magnitud en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual. ¿Cuál es el nivel de rol emocional?, que incluye el grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias. ¿Cuál es el nivel de la salud mental? Que abarca aspectos como la depresión, la ansiedad, el manejo del comportamiento y el manejo de las emociones. ¿Cuál es el nivel de dolor corporal?, que indaga sobre la magnitud del dolor y su repercusión en las actividades diarias. ¿Cuál es la evolución declarada de la salud?, significa la una comparación de la salud actual versus hace 1 año (Alonso y cols., 2003). Con estos ítems vamos a valorar si que tan mal vive, si cuánto dolor siente, qué tan cansado se siente en el día por no dormir bien por el dolor articular, si tiene un bajo rendimiento en el trabajo, en los estudios en comparación con las personas que no padecen alguna enfermedad, estos y más aspectos se pueden valorar por medio de cuantificar la calidad de vida.

Dentro de los resultados que hallaremos para cada ítem se transformará en puntuaciones con un rango del 0 al 100 donde las que puntúen del 0 al 25, del 26 al 61, del 62 al 84, del 85 al 100 indicarán mala, regular, buena, y excelente calidad de vida respectivamente. (Escobar y Chamorro, 2021).

Tabla 1

Rangos para calificar Calidad de Vida

Rango	Calidad de Vida
85-100	Excelente Calidad de Vida
62-84	Buena Calidad de Vida
26-61	Regular Calidad de Vida
0-25	Mala Calidad de vida

3.6 Procedimientos

Para la obtención de la población de todos los pacientes con el diagnóstico de AR en Clínica de Reumatismo de noviembre del 2024 a enero del 2025, se solicitará la autorización del gerente general de la Clínica de Reumatismo. Se hará una selección de los pacientes por medio de un diagnóstico previo de AR, se pedirá su participación en el momento antes o después de la consulta médica, entregando la encuesta en físico o en virtual o se hará las preguntas directamente y se registrará virtualmente cada respuesta. Primero se les pedirá llenar un consentimiento informado (CI) (Anexo C), donde se especifica que sus respuestas serán recolectadas de forma anónima, se les mencionará a los pacientes que pueden intervenir en cualquier momento por si tuvieran dudas, o por si no entendiesen bien alguna palabra o concepto, así mismo, se le dará un tiempo para preguntas al finalizar la explicación, una vez aceptado el CI, deben llenar algunos datos personales epidemiológicos como edad, sexo,

posteriormente responderán las preguntas propias de la encuesta que van a consistir en 11, éstas, evalúan tanto los aspectos favorables como desfavorables de la salud al término de la explicación se les agradecerá mucho a los participantes que decidieran apoyar.

A continuación, se muestran los criterios de inclusión y exclusión de la muestra.

3.6.1 Criterios de inclusión

- a) Pacientes que han recibido el diagnóstico de AR, según los nuevos criterios de clasificación de artritis reumatoide que realizan en conjunto el Colegio Americano de Reumatología y la Liga Europea contra el Reumatismo en el año 2010 (Gómez, 2011).
- b) Pacientes con edad mayor o igual a 20 años y con edad menor o igual a 60 años

3.6.2 Criterios de exclusión

- a) Pacientes diagnosticados con otra enfermedad que no incluya AR, como lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, enfermedad difusa del tejido conectivo, artrosis, espondilitis anquilosante, osteoporosis, artritis psoriásica, tendinitis, etc.
- b) Cuestionarios incompletos
- c) Pacientes menores de 20 años y mayores de 60 años.

3.7 Análisis de datos

Primero se recogerán los datos por medio de la aplicación Forms Microsoft, estos se quedan registrados y se descargan *por* medio de Excel de Microsoft 365 versión 2411, y luego se trabajará en el software estadístico Minitab, para ordenar los datos de los pacientes, y poder generar los gráficos, tablas que manifiesten los ponderados para cada ítem, según la relación de las variables usadas.

3.8 Consideraciones éticas

Este estudio contará con la autorización del gerente general de la Clínica de Reumatismo para su desarrollo y ejecución.

Los pacientes de la muestra manifestarán su intención de ser partícipes de este estudio una vez que hayan asimilado la información proporcionada sobre este proyecto y en qué consiste el cuestionario de la calidad de vida, y todo lo referente del trabajo de investigación firmando su consentimiento informado. Se les permitirá hacer preguntas en cualquier momento de su participación, así mismo, son libres de retirarse sin culminar la encuesta si es su voluntad hacerlo, y no se le perjudicará por ello.

Además, la información obtenida solo servirá para fines de estudio e investigación, por ello se protegerá la identidad de los participantes mediante la asignación de un código o un número, que quedará registrado en la base de datos del Forms Microsoft mediante Excel.

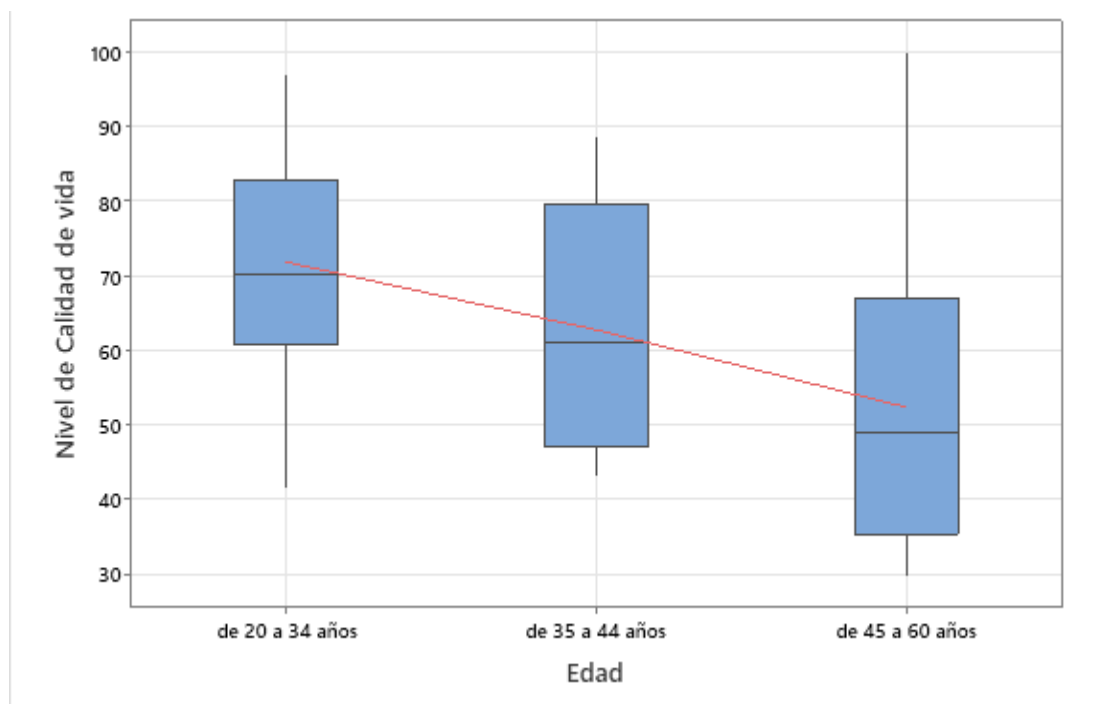
IV RESULTADOS

Para evaluar los resultados se usa los gráficos de cajas y bigotes para obtener una visión global de la mayoría de los objetivos, donde la caja representa el 50% de la población, y se obtiene un rango intercuartílico, donde en el externo inferior de ésta está el 1er cuartil, en el extremo superior el 3er cuartil, el 25% de los datos ésta por debajo del 1er cuartil, y el 25% restante está por encima del 3er cuartil, y la línea transversa dentro de la caja es la mediana, mientras que se puede agregar la media como valor y se ubica dentro y en la mitad de la caja.

4.1 Resultado del objetivo general

Figura 1

Calidad de vida según la edad



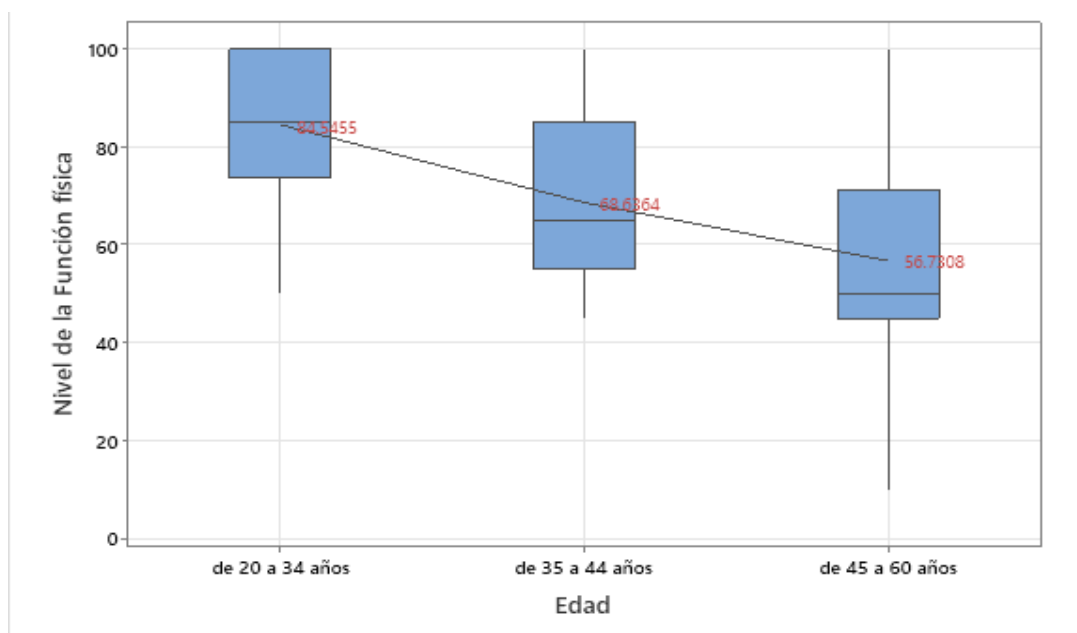
Nota. Se observa que hay, a mayor edad, un patrón a presentar una menor calidad de vida. El 50 % de las personas de 20 a 34 años tiende a disfrutar de una buena calidad de vida, con puntuaciones que oscilan entre **62 y 84** puntos. En el grupo de edad de 35 a 44 años, el 50 % muestra una tendencia hacia una calidad de vida que varía entre regular y buena con **47 a 79**

puntos. Por otro lado, aquellos que tienen entre 45 y 60 años tienden a tener una calidad de vida regular, con puntuaciones que van de **35 a 67** puntos.

4.2 Resultados objetivos específicos

Figura 2

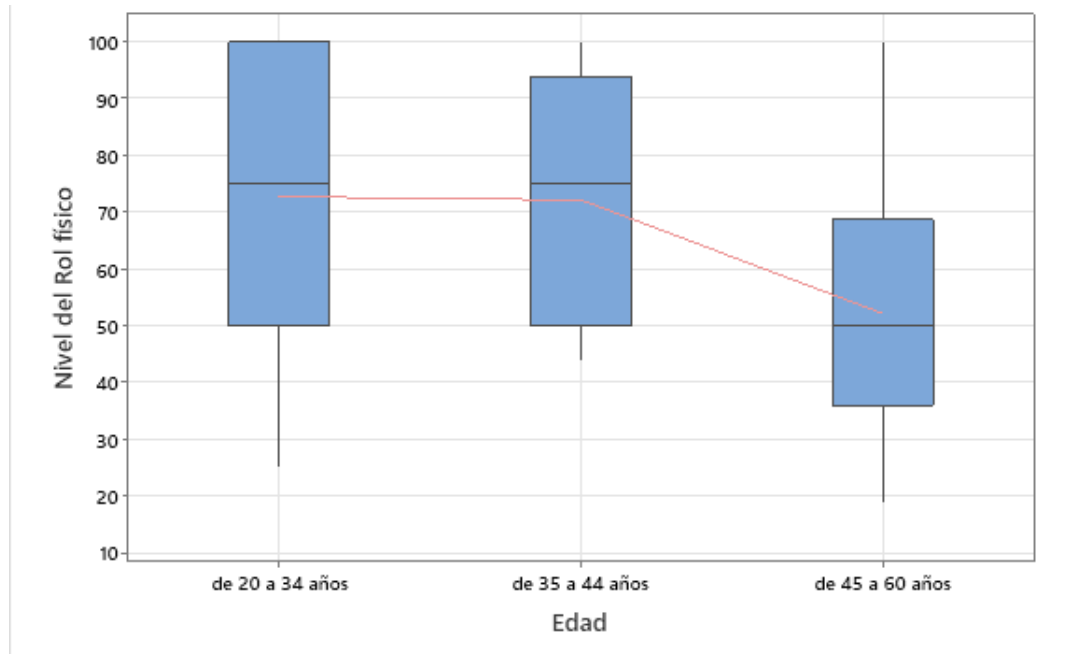
Función física según la edad



Nota. Con el aumento de la edad, existe una inclinación hacia una disminución en la función física. Los pacientes de menor edad tienden a exhibir un nivel de función física un excelente (entre **85 y 100** puntos), mientras que aquellos de mayor edad tienden a mostrar un nivel de función física regular (de **26 a 61** puntos).

Figura 3

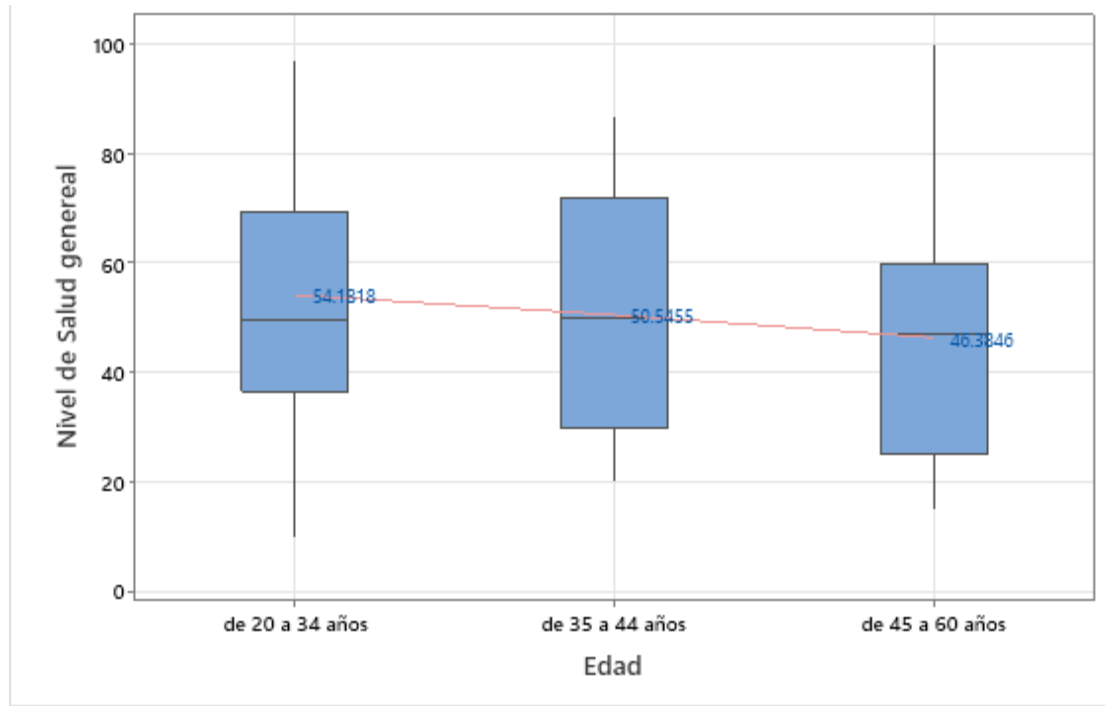
Rol físico según la edad



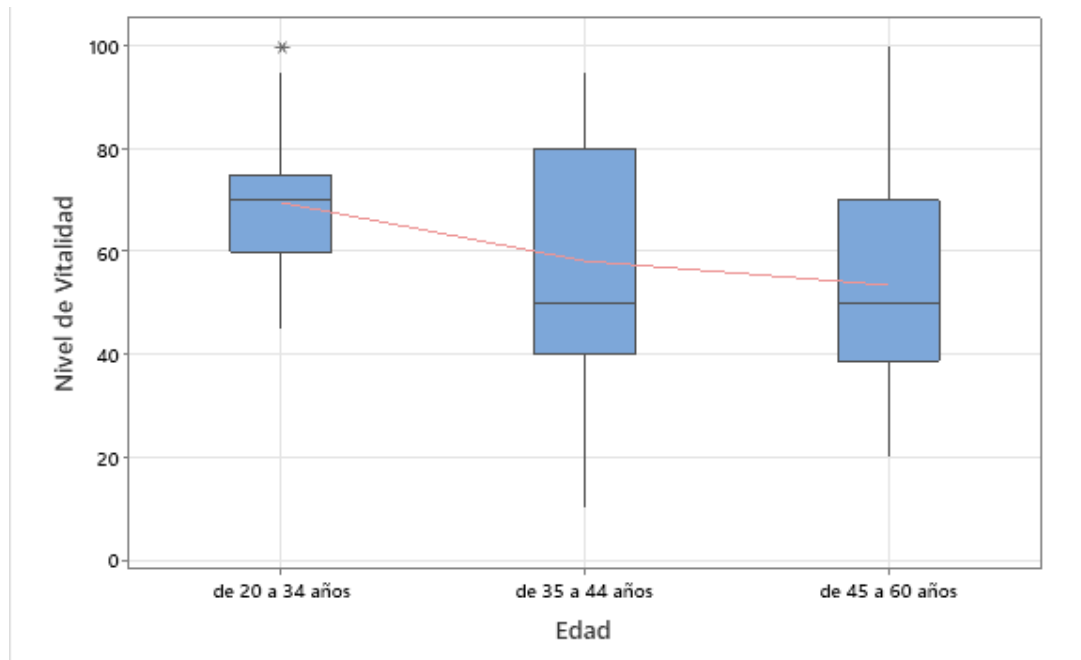
Nota. Ampliando la categoría de edad, se observa que, a partir de los 45 años, existe una disminución en el rol físico ya que la mayoría de las personas en este grupo alcanzó puntajes entre **36 y 69** puntos. En contraste, los individuos menores de 45 años lograron puntajes que oscilan entre **50 a 100** puntos.

Figura 4

Salud general según la edad



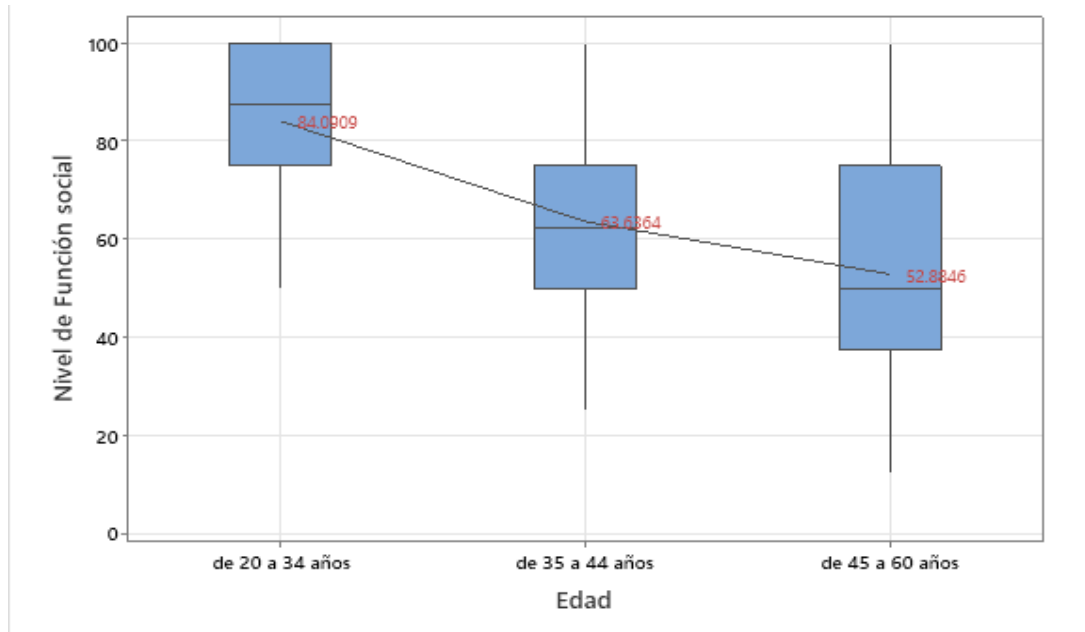
Nota. Se contempla una ligera correlación inversa entre la edad y el estado de salud general al comparar las medias de cada grupo etario, que son **54,1**; de **50,5** y de **46,3**, desde el grupo más joven al más anciano. Observamos que todos los grupos tienden a un nivel de salud general considerado como regular.

Figura 5*Vitalidad según la edad*

Nota. Se comprueba que a medida que aumenta la edad, el nivel de vitalidad tiende a disminuir. La mayoría de las personas menores de 35 años tienen una tendencia a un buen nivel de vitalidad con puntajes que oscilan entre **60** y **76** puntos. El asterisco en el nivel 100 de calidad indica un valor atípico, lo que sugiere que se requieren más estudios para evaluar adecuadamente a este grupo de edad que abarca de 20 a 34 años.

Figura 6

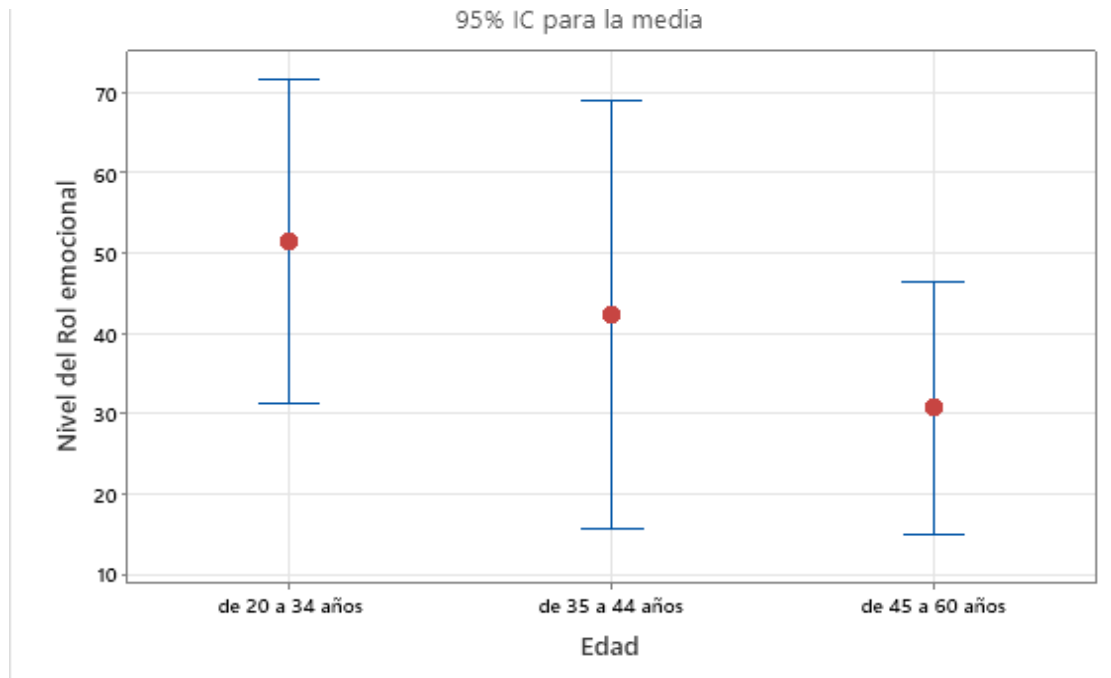
Función social según la edad



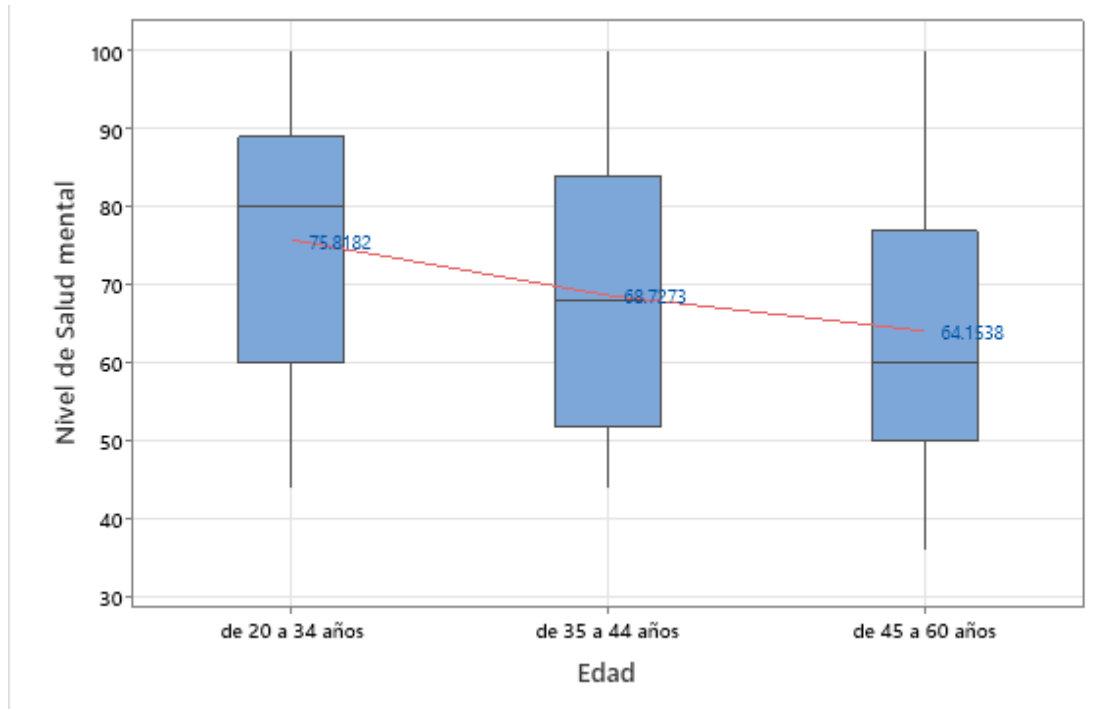
Nota. Vemos que, a medida que aumenta la edad, se establece un patrón que indica un descenso en el nivel de la función física. Los individuos más jóvenes de este estudio tienden a presentar un excelente nivel de función social, mientras que la mayoría de aquellos entre 35 a 44 años alcanzan puntajes entre **50 y 75**. Por otro lado, la franja de 45 a 60 años muestra un rango **37,5 a 75**, siendo este último grupo el que exhibe los puntajes más bajos, llegando hasta 12,5.

Figura 7

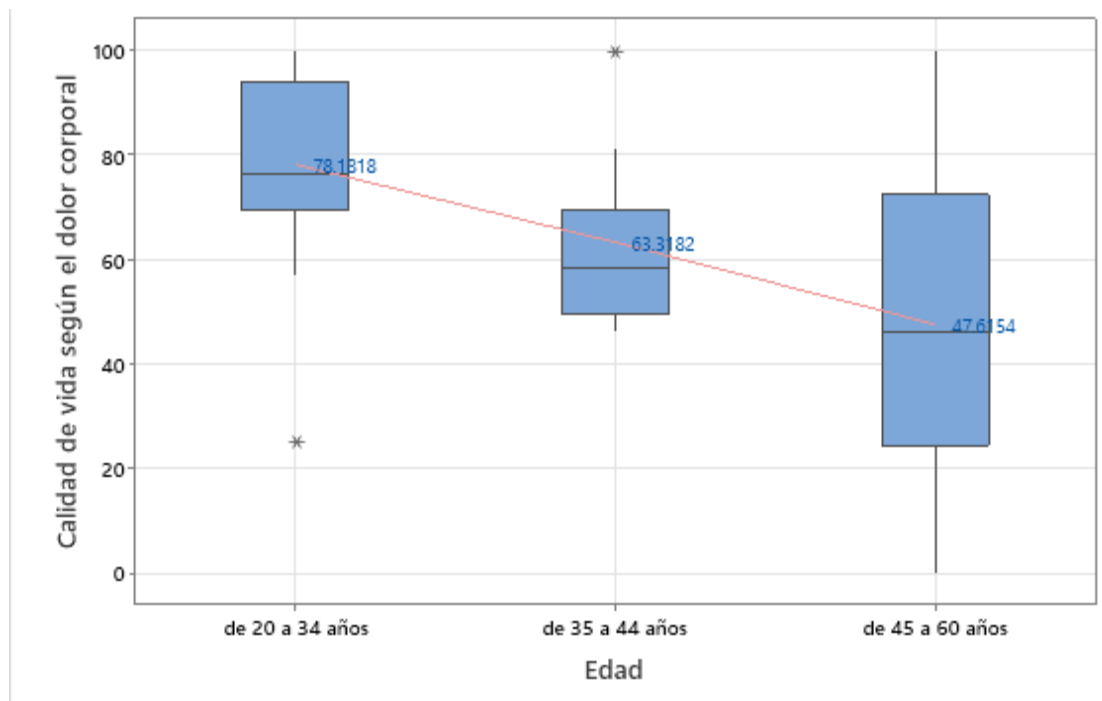
Rol emocional según la edad



Nota. Sí, se observa un patrón negativo entre la edad y el nivel de rol emocional, evidenciado por medias descendentes: de 20 a 34 años con **51,5 puntos**, de 35 a 44 años con **42,4 puntos** y los de 45 a 60 años con **30,7 puntos**.

Figura 8*Salud mental según la edad*

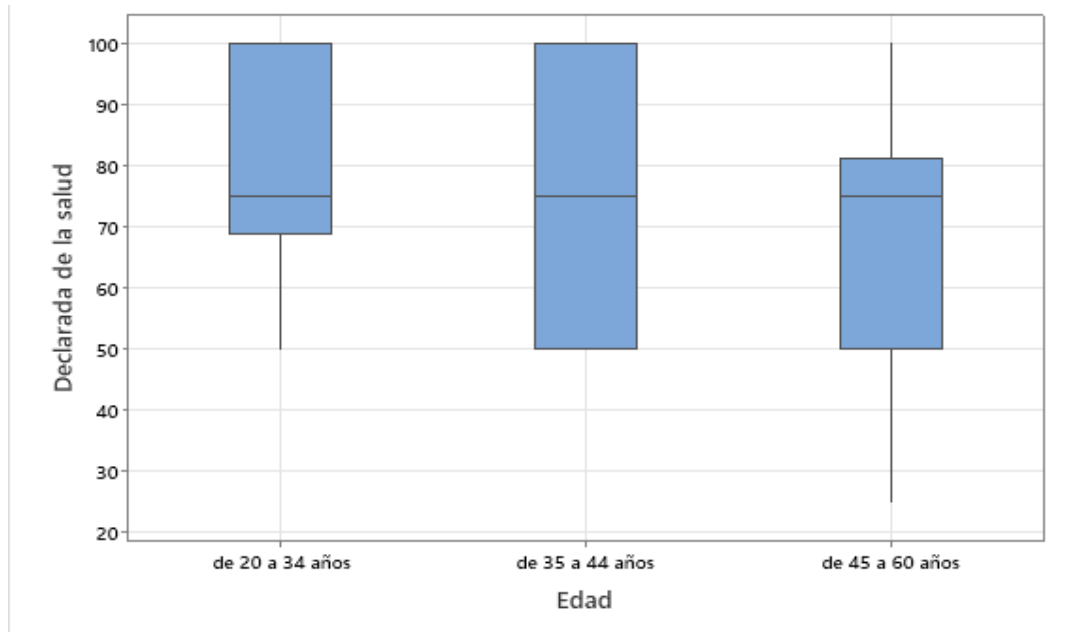
Nota. Se comprueba que a medida que la edad disminuye, se presenta un patrón de mayor nivel de salud mental. Las medias descienden a **75,8** para quienes son menores de 34 años, **68,7** para los de 35 a 44 años, y **64,1** para los mayores de 45 años. Entre las personas de 20 a 34 años, el 50% alcanza un nivel de salud mental que varía entre **60 y 89 puntos**, lo que indica una buena salud mental. En cambio, quienes tienen entre 35 y 44 años obtienen puntuaciones de **52 a 84** puntos, mientras que el grupo de adultos más mayores se sitúa entre **50 y 77 puntos**.

Figura 9*Dolor corporal según la edad*

Nota. Se puede observar que, a medida que aumenta la edad, se manifiesta un patrón claro: los niveles de dolor corporal tienden a ser más elevados. Esto sugiere que los pacientes de mayor edad experimentan un dolor más intenso en comparación con aquellos que son más jóvenes. En concreto, el 50% de los pacientes con artritis reumatoide (AR) de 20 a 34 años reportan una calidad de vida relacionada con el dolor corporal que varía entre **69,5 y 90 puntos**. Por otro lado, el 50% de los pacientes de 35 a 45 años puntúan una calidad de vida afectada por el dolor entre **49,5 y 69,5 puntos**, mientras que, en el grupo de 45 a 60 años, el 50% muestra una calidad de vida asociada por el dolor corporal que oscila entre **24,5 y 72,5 puntos**.

Figura 10

Evolución declarada de la salud según la edad

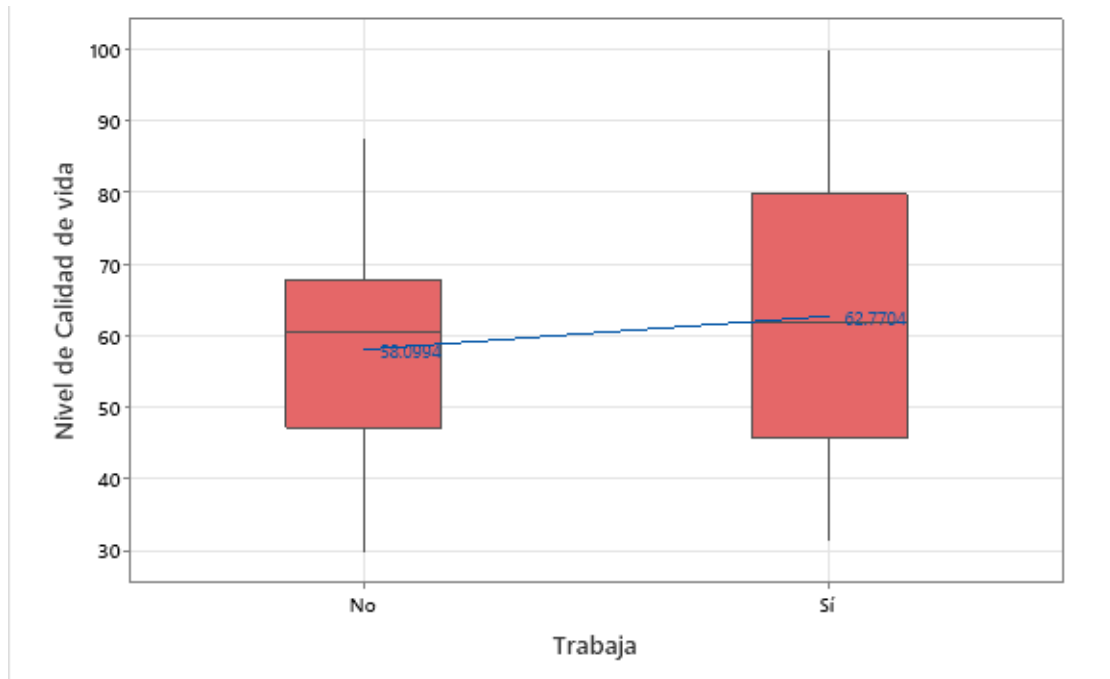


Nota. Observamos que los jóvenes menores de 34 años reportan un mayor nivel de declaración de la salud comparada con el año anterior, ya que el 50% de ellos puntúa entre **69 y 100 puntos**. En cambio, los grupos de edad mayores a 35 años tienden a obtener puntajes que varían entre **100 y 50**.

4.3 Otras variables

Figura 11

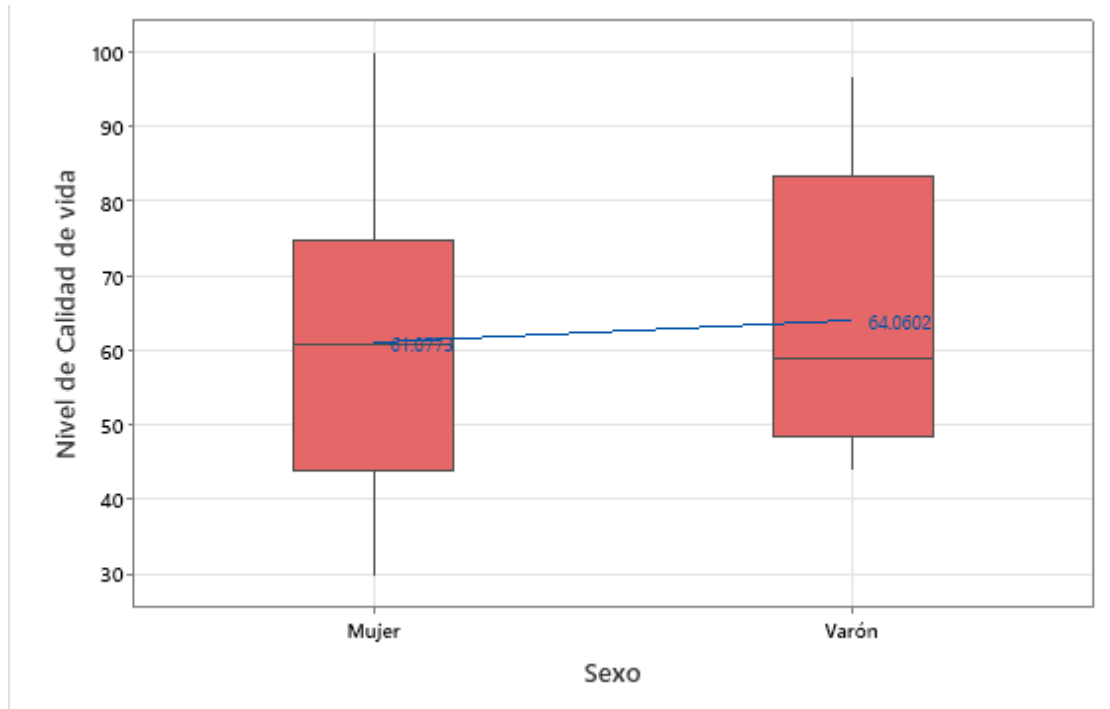
Calidad de vida según el empleo



Nota. Vemos que, las personas que están empleadas muestran un patrón de calidad de vida superior en comparación con quienes no trabajan. ya que la mediana va de **58 a 62 puntos** en esa relación. Por otro lado, el 50% de aquellos que no laboran obtienen una calidad de vida que varía de **47 a 67,7 puntos**, mientras que el 50% de los que están activos en el mercado laboral puntúan entre **45,7 y 79,8**.

Figura 12

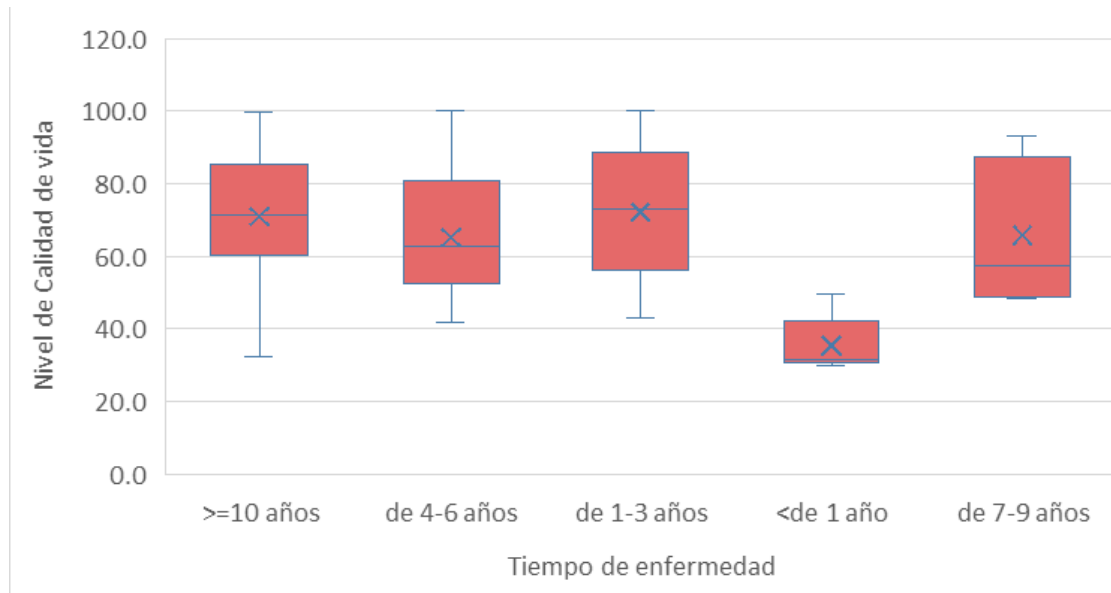
Calidad de vida según el sexo



Nota. Se observa una tendencia en la que las mujeres presentan una calidad de vida inferior en comparación con los hombres, ya que la mediana va de **61 a 64 puntos** en esa relación. En este contexto, el 50% de las mujeres tiene una calidad de vida que varía de **43, 9 a 74, 7 puntos**, mientras que el 50% de los hombres alcanza puntuaciones de entre **48, 4 y 83, 5**.

Figura 13

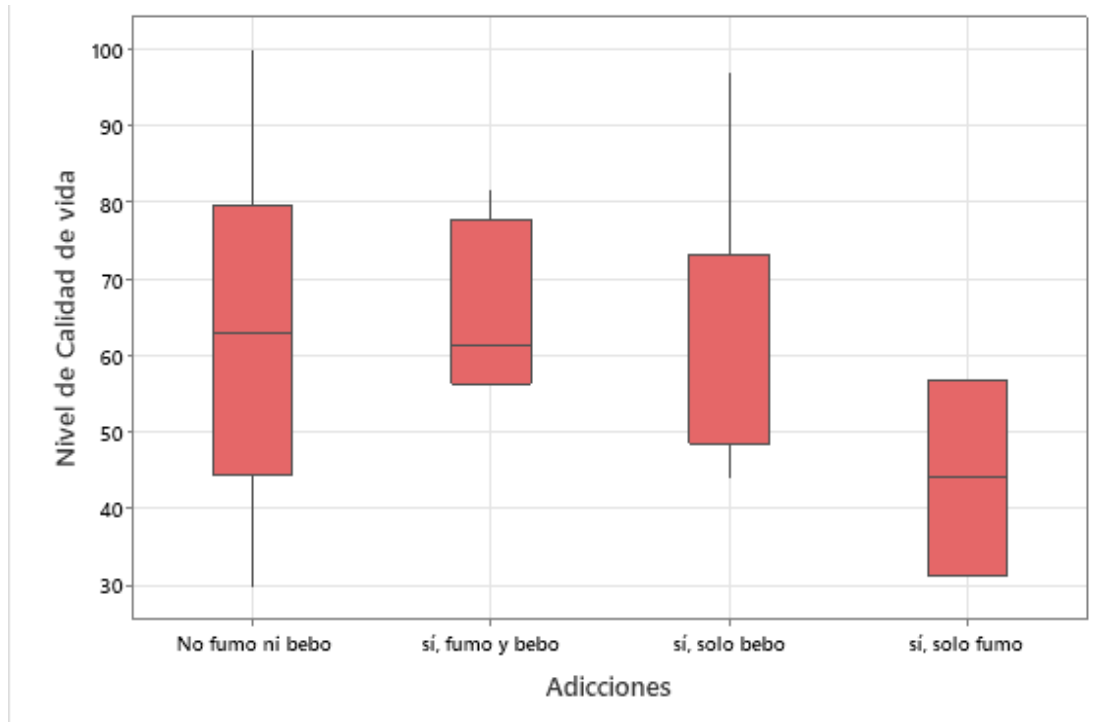
Calidad de vida y tiempo de enfermedad



Nota. Vemos que aquellos pacientes que tienen AR menos de 1 año presentan menor calidad de vida que los que ya tienen más de 1 año.

Figura 14

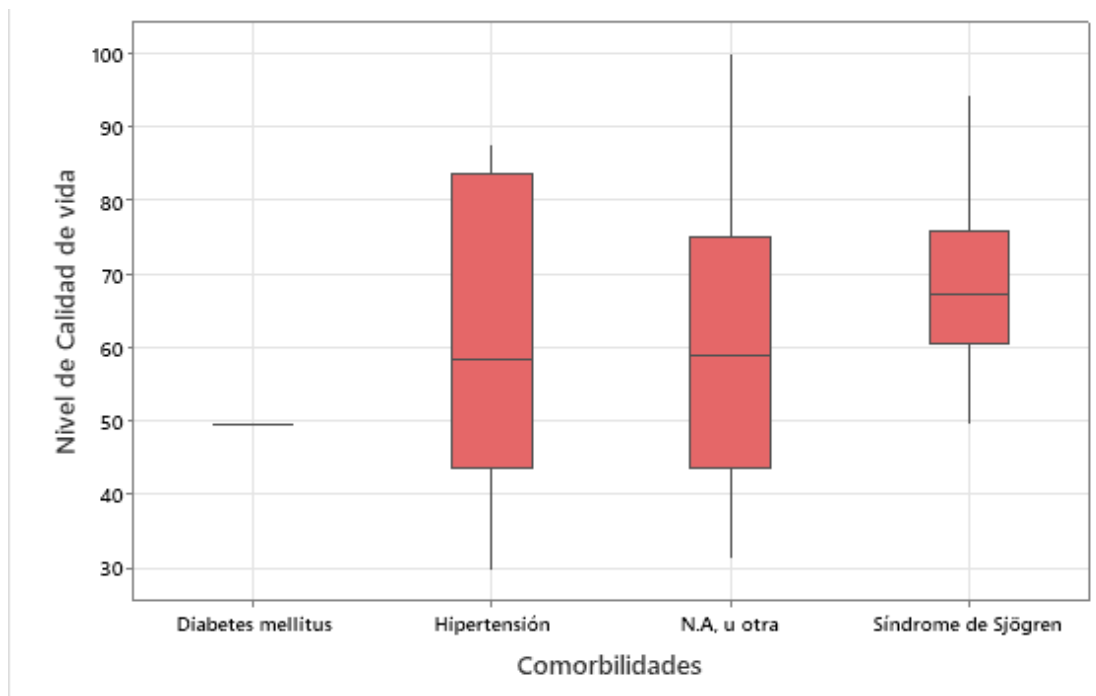
Calidad de vida según adicciones



Nota. Vemos que las personas que fuman tienen una calidad de vida regular, ya que el 50% de ellas obtuvo puntajes que oscilan entre **32 y 58**. Por otro lado, aquellos que fuman y beben tienden a experimentar una buena calidad de vida, con un 50% de ellos logrando puntajes entre **57 y 77**.

Figura 15

Calidad de vida según comorbilidades

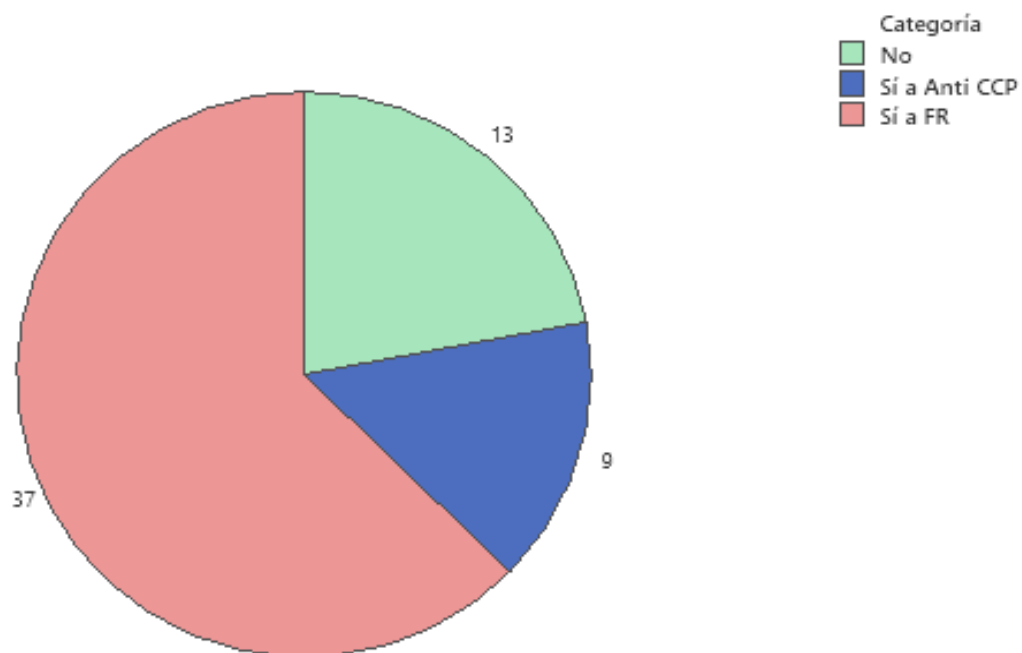


Nota. Se ha observado que las personas que sufren de artritis reumatoide y, además, del síndrome de Sjögren disfrutan de una buena calidad de vida, ya que el 50% de ellos alcanzó entre **60 y 77 puntos**. En contraste, aquellos que padecen de diabetes mellitus presentan una calidad de vida regular, con un promedio de **50 puntos**. Por otro lado, las personas que también tienen hipertensión presentan, presentan regular y buena calidad de vida, ya que el 50% obtuvo entre **44 y 83 puntos**.

4.4 Resultados sociodemográficos

Figura 16

Examen auxiliar



Nota. En relación con el examen confirmatorio de artritis reumatoide, la mayoría de los pacientes (37) presentó un resultado positivo en el factor reumatoideo, en comparación con solo 9 pacientes que arrojaron positivo al anti CCP o anticuerpo antipéptido cíclico citrulinado. Por otro lado, hay 13 pacientes que no tienen claridad sobre cuál examen se realizaron.

Tabla 2

Datos sociodemográficos

Variable		N	%
Edad	de 20 a 34 años	22	37%
	de 35 a 44 años	7	12%
	de 35 a 60 años	30	51%
	Total	59	100%

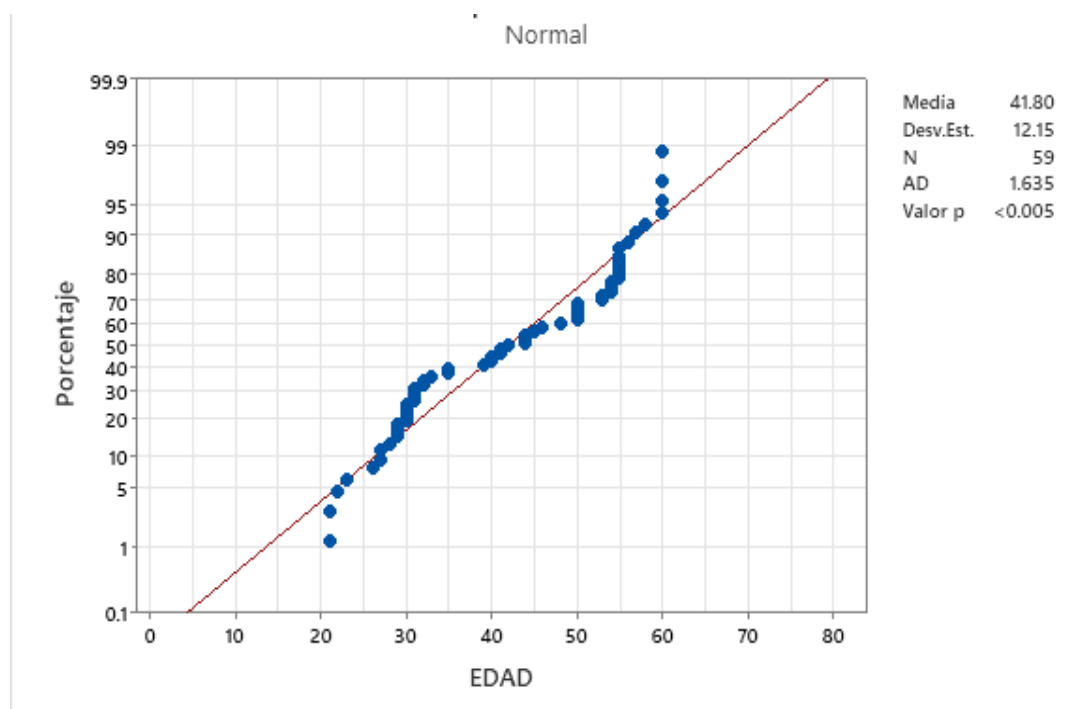
Sexo		N	%
	Mujer	49	83%
	Varón	10	17%
	Total	59	100%
Trabaja		N	
	Sí	44	75%
	No	15	25%
	Total	59	100%
Comorbilidades		N	%
	Diabetes mellitus	1	2%
	Hipertensión	5	8%
	Síndrome de Sjögren	7	12%
	Ninguna u otra no mencionada	46	78%
	Total	59	100%
Examen confirmatorio		N	%
	Sí a FR	37	63%
	Sí a Anti CCP	9	15%
	No	13	22%
	Total	59	100%
Adicciones		N	%
	Solo fuman	2	3%
	Solo beben	7	12%
	Fuman y beben	4	7%
	No fumo ni bebo	46	78%
	Total	59	100%
Tiempo de enfermedad		N	%
	<de 1 año	6	10%
	de 1-4 años	11	19%
	de 5-9 años	34	58%

	>de 10 años	8	14%
	Total	59	100%

4.5 Resultados inferenciales

Figura 17

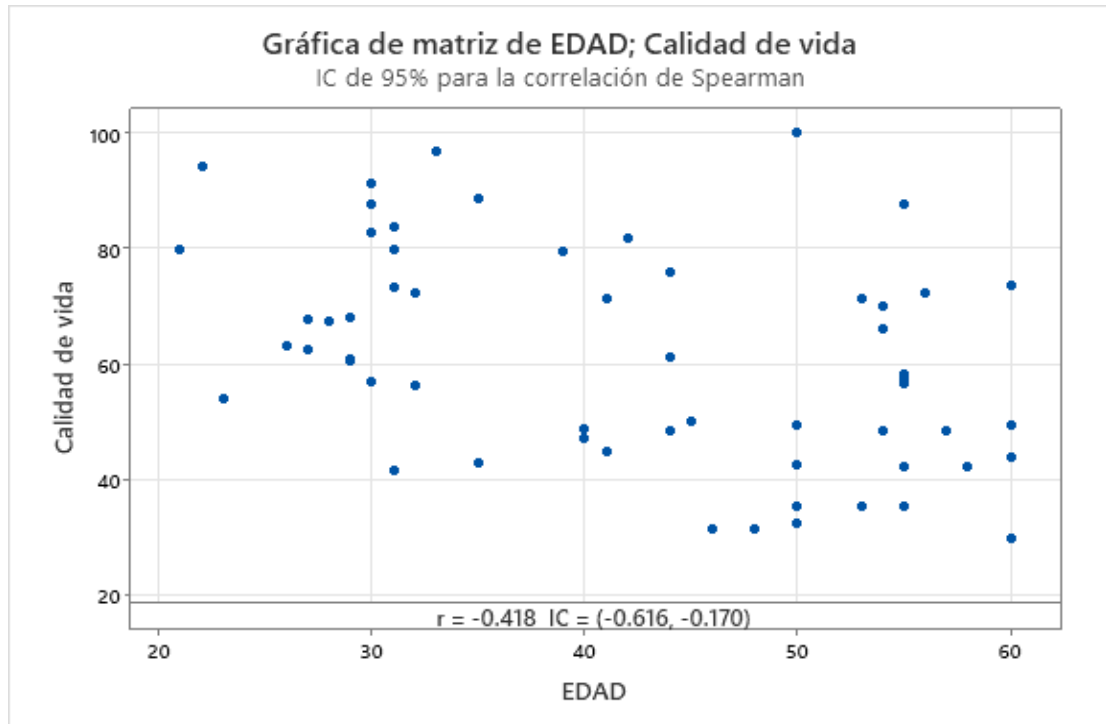
Prueba de normalidad



Nota. La prueba de normalidad utilizado fue la de Kolmogórov-Smirnov ya que la muestra fue de 59 pacientes, por lo que para la relación entre las hipótesis se realiza la siguiente regla:

- Si p valor es mayor a 0.05, corresponde a una distribución normal
- Si p valor es menor a 0.05, corresponde a una distribución no normal

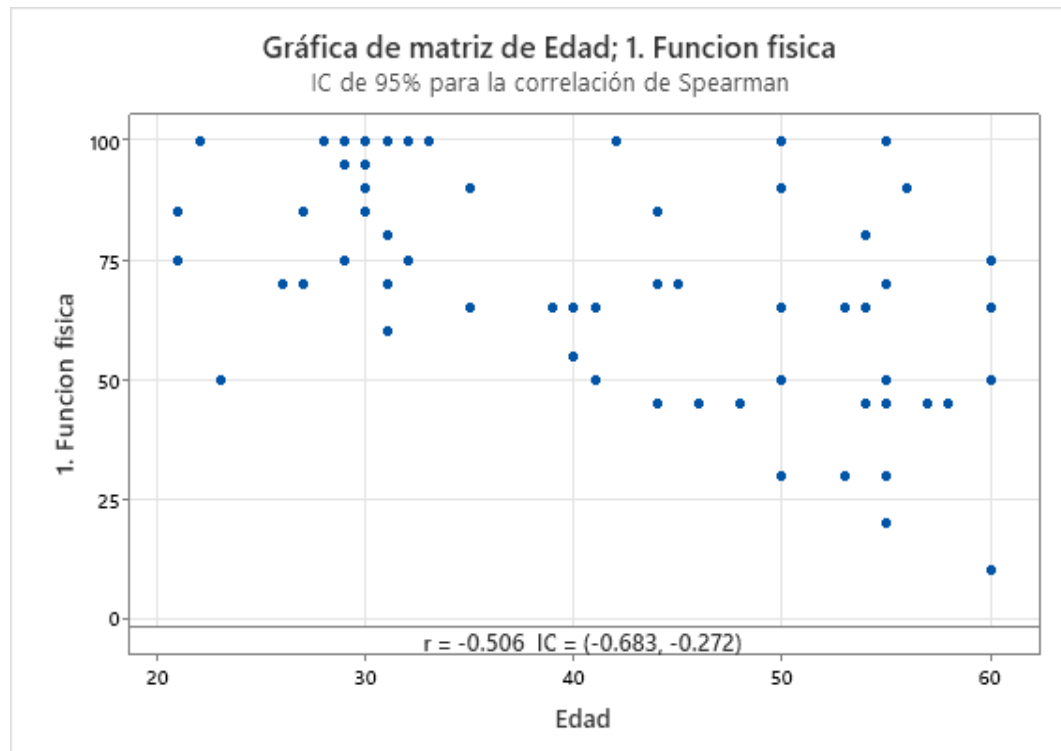
Conforme a la **figura 17**, el p valor fue < de 0.05, ya que fue **0.005**. Este resultado indica que la distribución no es normal, por lo que se ha optado por utilizar la correlación de Rho de Spearman para evaluar la asociación entre las hipótesis planteadas.

Figura 18*Correlación de Spearman*

Decisión estadística: el coeficiente de correlación de Spearman entre la calidad de vida y la edad es de -0.418, lo que sugiere una correlación negativa moderada respecto a ambas variables. Además, se halló que el t (estadístico de prueba) para el rho de Spearman fue de 3.47, valor mayor que el valor crítico que fue 2.0. Esto nos lleva a rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna, lo que indica que a medida que la edad avanza, la calidad de vida tiende a disminuir significativamente.

Figura 19

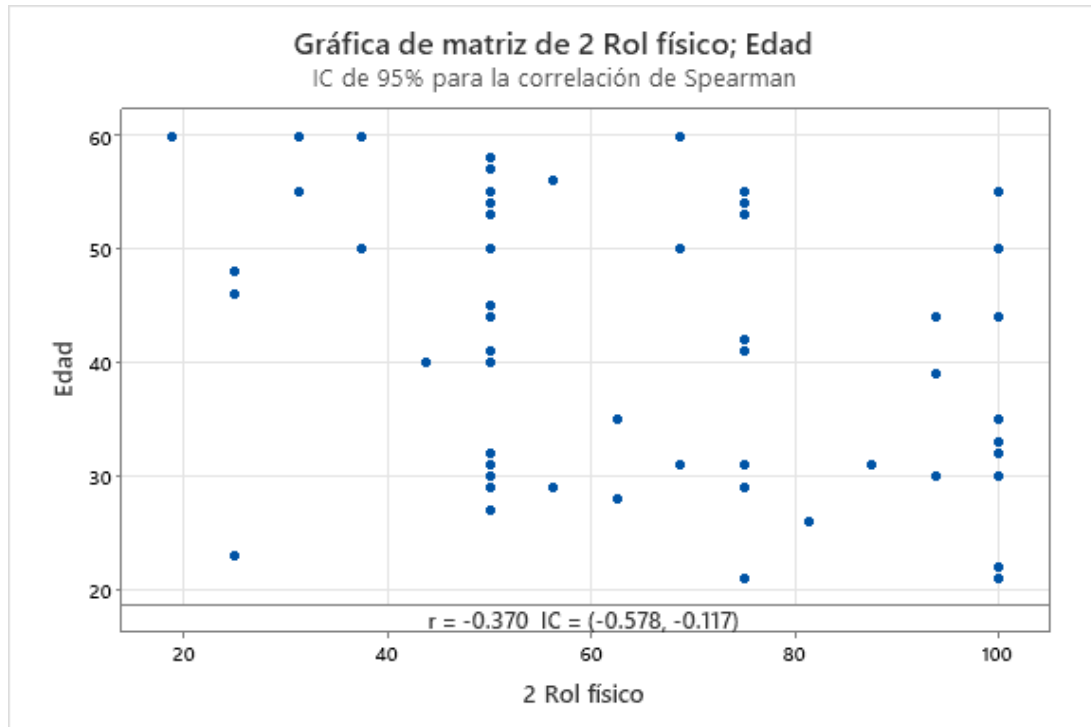
Correlación de Spearman entre función física y calidad de vida



Decisión estadística: la r de Spearman entre la función física con la edad es $-0,506$, lo que indica una conexión negativa moderada entre estas dos variables. Esto implica que, a medida que la edad avanza, el nivel de función física tiende a disminuir de manera significativa.

Figura 20

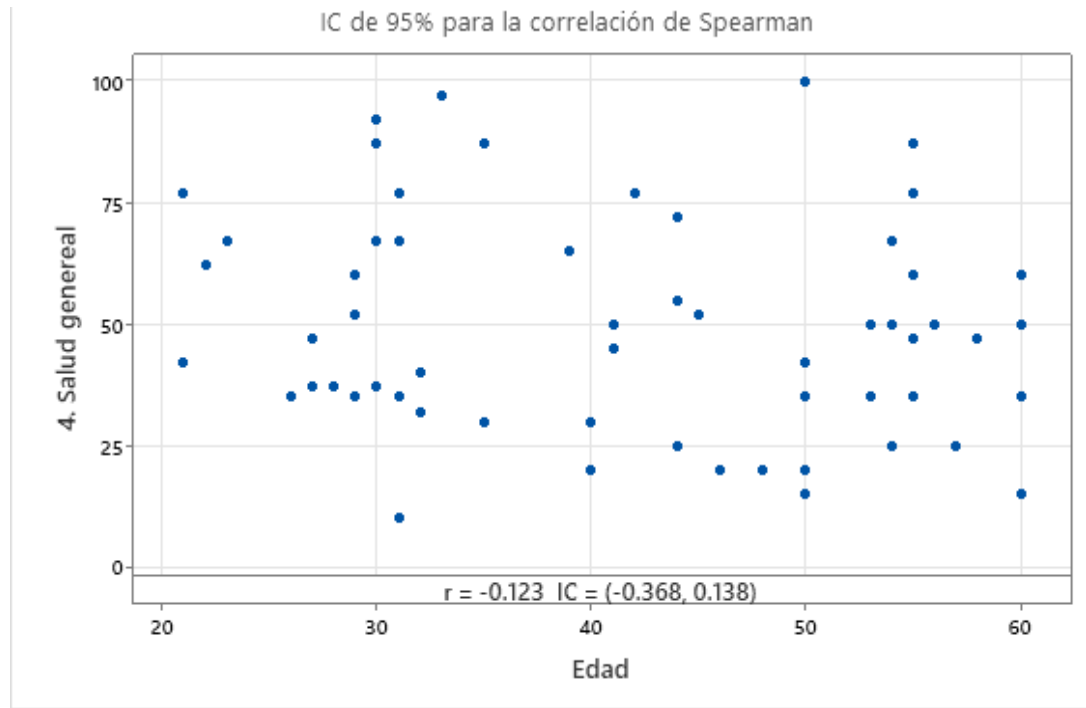
Relación entre rol físico y edad



Decisión estadística: La r de Spearman entre el rol físico y la edad es $-0,370$, lo que sugiere una baja correlación negativa entre estas dos variables. Esto implica que, a medida que la edad avanza, el nivel de función social tiende a disminuir en cierta medida.

Figura 21

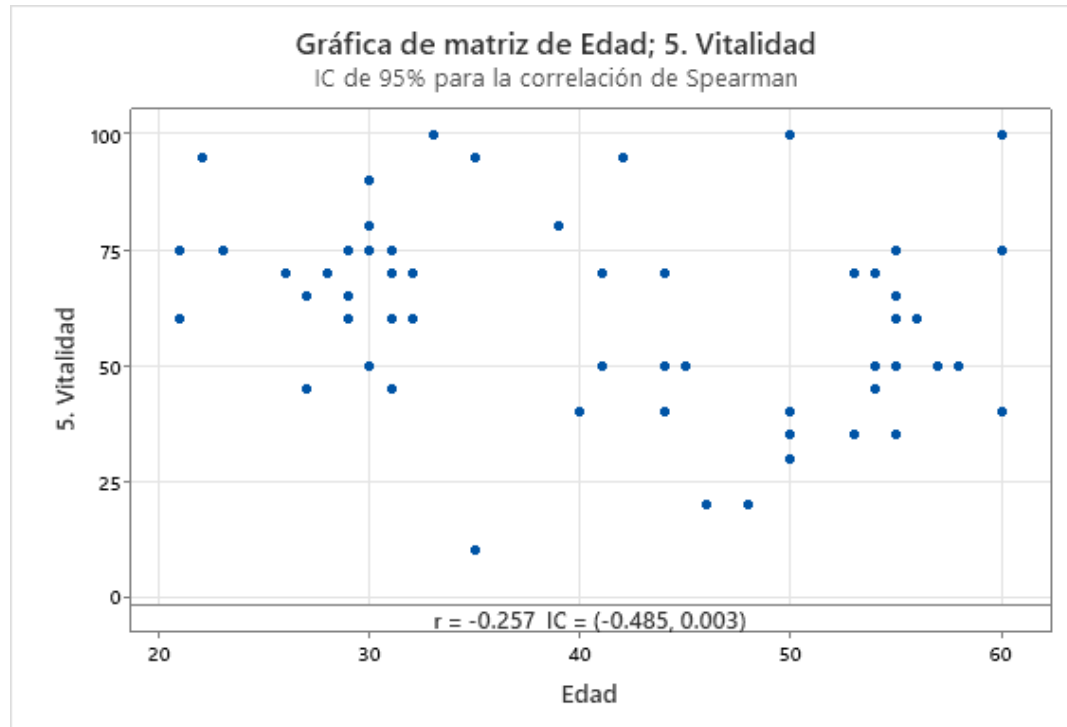
Correlación entre la salud general con la edad



Decisión estadística: La r obtenida aquí fue $-0,123$, lo que sugiere una correlación negativa muy baja entre estas dos variables. Esto implica que, a medida que la edad aumenta, el nivel de salud general tiende a disminuir.

Figura 22

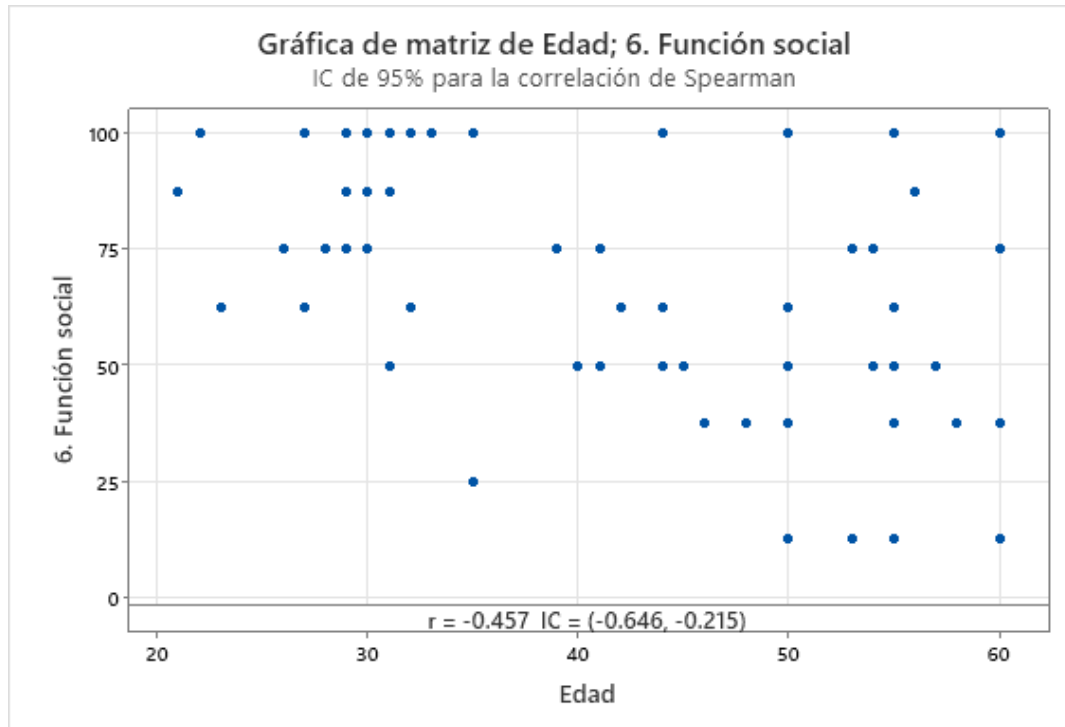
Interrelación con el grado de vitalidad y la edad



Decisión estadística: La r de Spearman entre el grado de vitalidad y la edad es $-0,257$, lo que sugiere una baja correlación negativa entre estas dos variables. Esto significa que, a medida que la edad avanza, el grado de vitalidad tiende a disminuir.

Figura 23

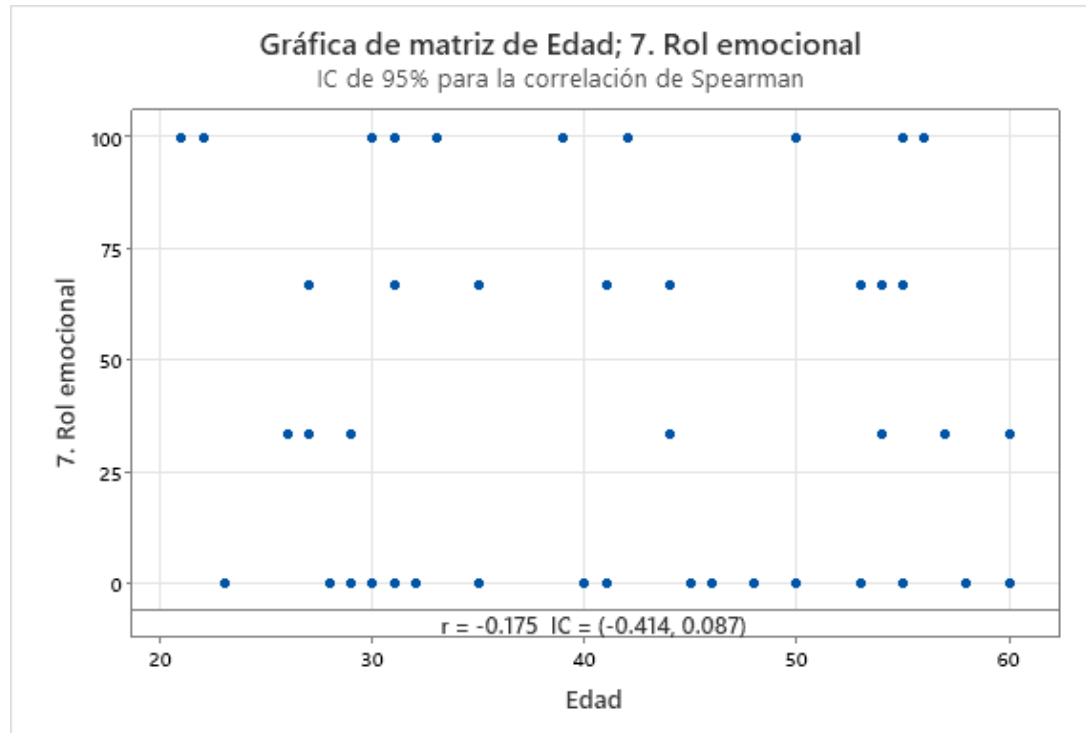
Vínculo entre función social y edad



Decisión estadística: La r de Spearman entre la función social y la edad es $-0,457$, lo que sugiere una correlación negativa moderada entre las dos variables. Esto implica que, a medida que la edad avanza, el nivel de función social tiende a disminuir de manera significativa.

Figura 24

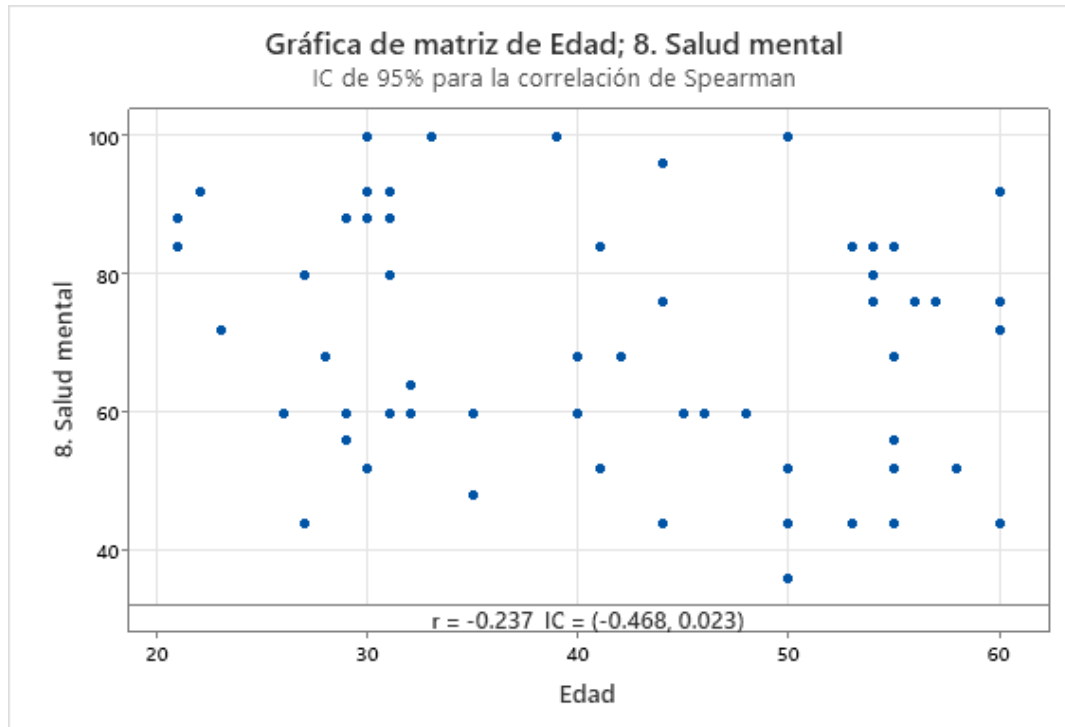
Correlación de Spearman entre edad y rol emocional



Decisión estadística: La r de Spearman entre el rol emocional y la edad es de $-0,175$. Esto sugiere una correlación negativa muy baja entre ambas variables, lo que implica que, a medida que la edad aumenta, el nivel del rol emocional tiende a disminuir en cierta medida.

Figura 25

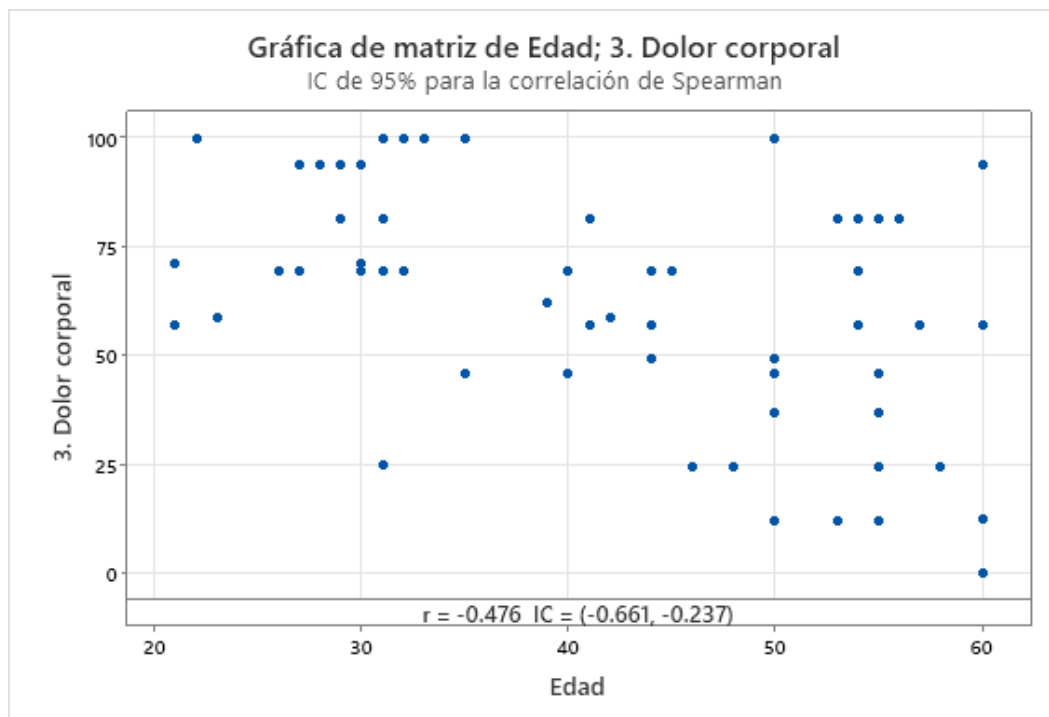
Correlación de Spearman entre edad y salud mental



Decisión estadística: la r de Spearman entre la salud mental y la edad es de $-0,237$, lo que sugiere una correlación negativa baja entre estas dos variables. Esto implica que, a medida que la edad avanza, se observa una disminución en el nivel de salud mental, pero esta relación no es muy notoria, por lo que se sugeriría ampliar la población.

Figura 26

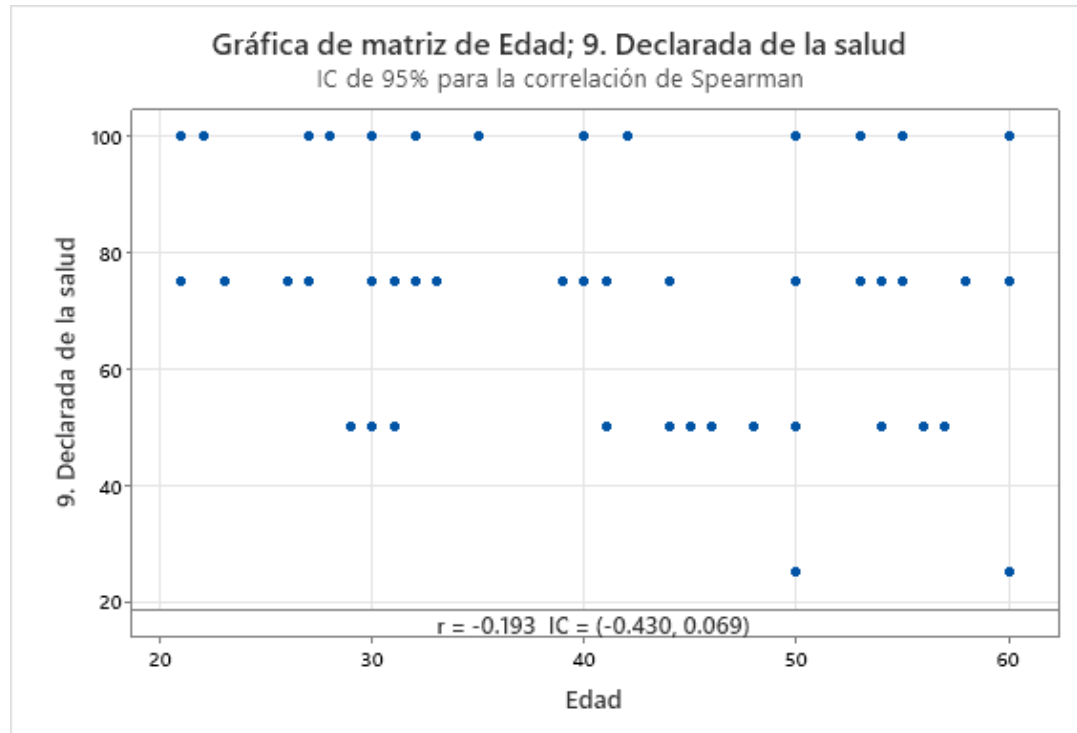
Correlación de Spearman entre edad y dolor corporal



Decisión estadística: La Rho de Spearman entre el dolor corporal y la edad es $-0,476$, lo que sugiere una correlación negativa moderada entre estas dos variables. Esto implica que, a medida que la edad avanza, la calidad de vida relacionada con el dolor corporal tiende a disminuir de manera significativa. El salir una asociación moderada, significa que hay una relación bastante significativa para esta afirmación, por lo que podemos decir que, según este estudio, la calidad de vida respecto al dolor corporal disminuye a medida que aumenta la edad en pacientes con AR.

Figura 27

Correlación de Spearman entre edad y la evolución declarada de la salud



Decisión estadística: La r de Spearman entre la evolución declarada de la salud y la edad es -0,193. Esto sugiere una correlación negativa muy baja entre ambas variables, lo que implica que, a medida que la edad avanza, el nivel de salud mental tiende a disminuir en cierta medida.

V DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Este estudio evaluó la calidad de vida en sus nueve escalas a través del cuestionario internacional SF36-V2, y la edad. Se encontró una correlación inversa significativa; a medida que avanza la edad, la calidad de vida tiende a disminuir. **En la figura 1**, se puede observar que los individuos más jóvenes alcanzan puntuaciones más altas en calidad de vida, mientras que los pacientes de mayor edad obtienen puntuaciones más bajas. Para realizar este análisis, se utilizó la prueba de Rho de Spearman para establecer la relación entre la calidad de vida y la edad, dado que esta última se consideró una variable no paramétrica según la prueba de normalidad presentada en la **figura 17**. Obteniéndose una correlación r de - 0.418 que significa una correlación negativa moderada.

Estos resultados se pueden comparar con los de Al-Jabi (2021) que halló que la mayor edad y presencia de rigidez matutina se asocia significativamente con mayores puntuaciones el índice de discapacidad (HAQ-DI). Mientras que, Ruibo (2024), quien evaluó la carga mundial de artritis reumatoide en población de adolescentes y jóvenes que cursan entre los 10 a 24 años, encontró que a medida que aumenta la edad, también aumentan los años de vida ajustados por discapacidad. Por otro lado, según Wanruchada (2019), a mayor edad se observa un deterioro funcional junto con niveles más altos de depresión y ansiedad, lo que resulta en una tasa de salud general más baja en comparación con otros grupos. Asimismo, Fukuda y colaboradores (2022) señalaron que la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide se deteriora significativamente con el paso del tiempo, como se evidenció a través del cuestionario de calidad de vida EQ5D. Estos resultados respaldan nuestra hipótesis alterna que relaciona la mayor edad con una menor calidad de vida.

Respecto a las demás dimensiones, específicamente la función y al rol físico, hemos notado que la función física presenta una relación negativa con la edad y la calidad de vida (**ver**

figura 20). En cambio, en el caso del rol físico, esta relación se hace evidente a partir de los grupos de mayores de 45 años, sin que se aprecie un patrón claro que abarque todos los rangos de edad (**figura 3**). A pesar de ello se observa que otros autores encuentran la misma relación entre la edad y la dimensión física, así tenemos que Irfán (2021), halla que la edad, la comorbilidad, la ansiedad afectan al componente físico de la CV de forma negativa. De igual manera, Matcham et al., (2014) en su revisión sistemática sobre AR y CV, se ha observado que a medida que aumenta la edad, también se reduce la función física, lo que conlleva una menor puntuación en el componente físico de la encuesta Short From 36. Sin embargo, este mismo incremento en la edad se asocia con mejoras en las puntuaciones relacionadas con la salud y el componente mentales. Por otro lado, en el estudio transversal de Goncalves (2017), sobre la capacidad funcional en pacientes con AR, se identificaron la edad, el sexo femenino y el empleo como factores determinantes en la función física.

En este estudio la correlación entre el grado de vitalidad con la edad fue baja, **figura 5**, pero sí se halló una asociación, **figura 22**, sin embargo, Canning (2022) en su revisión sistemática sobre la relación entre AR con las multimorbilidades, los siguientes dominios: vitalidad, función social, salud mental, no se observaron efectos significativos en el indicador de comorbilidad de Charlson, ajustados por la edad. Este marcador predice la probabilidad de muerte de un paciente en el transcurso de un año. Sin embargo, sí se encontró una asociación entre dicho índice ajustado por la edad y los siguientes dominios: función física, rol físico, dolor corporal y percepción general de la salud. Esto sugiere una relación entre la multimorbilidad y una calidad de vida inferior en estos aspectos. No obstante, se presentó un hallazgo adicional en **figura 21**, que la salud general y la edad poseen una correlación negativa muy baja. Lo cual se respalda esta asociación negativa entre edad y salud general con el estudio de Canning.

Continuando ahora con los propósitos secundarios respecto a la vinculación entre el la función social y la edad, en la **figura 6**, donde se haya que los más jóvenes presentan mayor función social que los más adultos. Aunque Tanski (2022) no establece una conexión directa entre la edad y la función social, sí identifica que el dolor puede limitar la vida social, y señala que los pacientes que experimentan estas limitaciones tienen un mayor riesgo de disfunción sexual en comparación con otros grupos. Por su parte, Cano (2021) encontró que los individuos con artritis reumatoide, espondilitis anquilosante y lupus eritematoso sistémico (LES) tienen puntuaciones inferiores a la población de referencia en su capacidad para participar en actividades sociales, un hallazgo influido por factores psicosociales y clínicos como la edad.

En el marco de nuestro propósito de investigar la relación entre el dolor corporal y la edad en pacientes con AR de 20 a 60 años, se observó que aquellos con menor edad reportan niveles de dolor corporal más bajos que los pacientes de mayor edad. Alcaire (2022), aunque no relacionó directamente las variables de edad y dolor, identificó en su estudio que, de los 882 pacientes con AR analizados, se pueden extraer conclusiones relevantes sobre esta dinámica, es así como el dolor y la valoración global de la enfermedad actual obtuvieron puntajes de 5,1 y 4,9, donde los valores se hallaron con un cuestionario estructurado, que puntúa de 0 a 10, por lo que obtener estos puntajes indican un dolor y una valoración de enfermedad moderados.

Siguiendo con el rol emocional y salud mental, este estudio halló que respecto a la salud mental sí hay un patrón negativo entre la edad y esta última, **figura 8**, donde el 50% de los que tienen 20 a 34 años tienen un nivel de salud mental de 60 a 89 puntos, que se asocia con buena salud mental, los que tienen de 35 a 44 años por otro lado tienen de 52 a 84 puntos, y el tercer grupo más adulto puntúa de 50 a 77. Sin embargo, para el rol emocional solo se observa este patrón si unimos las medias de menor a mayor edad en la gráfica de intervalos, así, para los que tienen de 20 a 34 años tienen una media de 51,5; para los de 35 a 44 años su media es de

42 puntos y para los de 45 a 60 años es de 30,7 puntos, **figura 7**. De igual manera Torlinska et al. (2024), encuentran esta misma asociación, ya que refieren que una edad avanzada predice una peor depresión y fatiga en la AR. Chorus et al. (2003), refieren que los puntajes del componente físico fueron más favorables para predecir una mejor calidad de vida en espondilitis anquilosante que en artritis reumatoide, lo que nos indica que la AR obtuvo puntajes más bajos en el cuestionario SF-36. Alcaide et al. (2022), en su investigación se señala que el 31,5% de los pacientes con artritis reumatoide experimentan un impacto emocional significativo, mientras que el 29,2% se ve afectado en el ámbito laboral o académico. Esta última afirmación contrasta con los resultados presentados en la **figura 11**, donde observa que los que trabajan presentan un patrón a una mejor calidad de vida que los que no, ya que la mediana va de 58 a 62 puntos en esa relación, donde el 50% de los que no trabajan tienen una calidad de vida de 47 a 67,7 puntos; mientras que el 50% de los que trabajan puntúan de 45,7 a 79,8.

En relación con la conexión entre la calidad de vida y el sexo, la **figura 12** revela que las mujeres tienden a presentar una calidad de vida inferior en comparación con los hombres. Esta observación es respaldada por Chorus y colaboradores (2003), quienes indicaron que las mujeres reportan puntuaciones más bajas que sus contrapartes masculinas. Además, el estudio de Goncalves y colaboradores (2017) corrobora esta relación, ya que, a través de la encuesta SF-36, se encontraron diferencias significativas basadas en el sexo, concluyendo que las mujeres tienen una calidad de vida peor. Por otro lado, Torlinska y sus colegas (2024) señalaron que la fatiga se asocia con el sexo femenino y la polifarmacia. En el estudio de Matcham et al., (2014), se observó que una mayor proporción de participantes femeninas se correlaciona con un mejor rol físico; sin embargo, también hallaron que esto se vincula a una salud mental y un bienestar psicológico más deteriorados.

A partir de los datos sociodemográficos, se analizó la relación entre la CV y la duración de la enfermedad, encontrando una rho de Spearman de 0,178, lo que indica una correlación positiva muy baja. En la **figura 13** se revela que los pacientes que padecen artritis reumatoide durante menos de un año presentan una calidad de vida inferior a la de aquellos que llevan más de un año con la enfermedad. Este hallazgo coincide con lo afirmado por Matcham et al., (2014), quienes, en su estudio, evidencian que a mayor estancia de la AR se asocian puntuaciones significativamente mejores en el componente mental de la calidad de vida. Por otro lado, Wanruchada et al., (2019) no encontraron una asociación directa entre la CV y el tiempo de enfermedad; sin embargo, en su investigación sobre la calidad de vida relacionada con la salud en sujetos con artritis reumatoide, reportaron que la duración promedio de la enfermedad es de $11,53 \pm 8,3$ años, mientras que Alcaire et al., (2020), halla que el 31,9% de 882 pacientes con AR tienen una duración de enfermedad <5 años.

Respecto a vínculo entre calidad de vida con las adicciones según la **figura 14**, vemos que los que fuman presentan regular calidad de vida, los que solo fuman y beben presentan una tendencia a una calidad de vida favorable. En particular, aquellos que se dedican únicamente al consumo de alcohol muestran una calidad de vida que oscila entre 48,4 y 73,1, mayores puntajes de los que solo fuman que son de 31,3 a 53,7 puntos. Alfredsson et al., (2023) sí hayan una asociación directa entre estas variables por lo que concluye que los pacientes con AR que consumen alcohol se asocian a una mayor calidad de vida. Relacionó el incumplimiento de las recomendaciones sobre una actividad física a un nivel moderado de ≥ 150 min/semana o ≥ 75 min/semana a un nivel intenso con los fumadores, y el cumplimiento de estas recomendaciones se relacionó con una mejor calidad de vida en AR.

En cuanto a la **figura 15**, que relaciona la CV con las comorbilidades, se puede observar que aquellos pacientes que además de padecer el síndrome de Sjögren gozan de una buena CV,

a diferencia de los que sufren de diabetes mellitus, que tienen regular calidad de vida, por otro lado, los que además tienen hipertensión presentan regular y buena calidad de vida. Respecto a la hipertensión, Kitaoka et al. (2016), asocia a las mujeres hipertensas con una percepción de salud general más baja que las normotensas, por otro lado, los varones hipertensos tuvieron una función social más alta que los normotensos. Strombeck et al., (2000), no encontraron pacientes que, además de artritis reumatoide, presentaran síndrome de Sjögren. Sin embargo, al estudiar grupos independientes con estas patologías, observaron una disminución en la CV en todas las escalas del cuestionario usado en este estudio. Al comparar los resultados, encontraron que los pacientes con síndrome de Sjögren disfrutaban de una calidad de vida superior en lo que respecta a la función física en comparación con las mujeres que padecían artritis reumatoide.

En relación con el examen confirmatorio que en alguna ocasión resultó positivo, ya sea para diagnóstico o control de la Artritis Reumatoide, la **figura 16** muestra que la mayor parte de los pacientes (37 en total) dio positivo al factor reumatoideo, en comparación con solo 9 pacientes que dieron positivo al anti CCP. Además, hay 13 pacientes que no tienen claridad sobre qué examen realizaron o si efectivamente se lo hicieron. El 49,7% de 530 pacientes dio positivo al FR, mientras que un 19,2% dio negativo y el 31,1% no lo menciona. Por el contrario, Gok et al., (2018), encuentra que el 52,9% de 50 pacientes con AR fue positivo al anti CCP, y el 6% a esclerosis sistémica.

De los datos sociodemográficos tenemos que esta investigación incluyó a un total de 59 pacientes diagnosticados con artritis reumatoide de la Clínica del Reumatismo. De ellos, el 83% eran mujeres, y la edad promedio se situó en 41,7 años, ubicando el mayor rango de edad de 35 a 60 años con el 51%, y con una mediana de 42 años; el 75% se encuentra en la población económicamente activa, que corresponde a una mayoría. Respecto a si tenían otra enfermedad

agregada además de la AR, se halló que el 2% tenía diabetes mellitus, 8% padecía de hipertensión, el 12% padecía de síndrome de Sjögren, mientras que el 78% no presentaba ninguna de esas enfermedades o tenían otra aparte de las mencionada. Respecto al tiempo de enfermedad el 10% padecía AR menos de 1 año, siendo esto 2 meses, o 1 semana, el 19% lo tenía de 1-4 años, el 58%, de 5 a 9 años, siendo este rango la mayoría de la población, y un 14% presentaba AR por 10 o más años. El sexo mayormente femenino se comprueba el en estudio de Wanruchada (2019) de 464 pacientes con un 85% para las mujeres, pero presenta una duración de enfermedad mayor de 11,53 años; los desempleados o jubilados alcanzan casi la mitad con un 47%, otro autor que recoge similares datos es Alcaire (2020), el 89% de los 882 individuos con artritis reumatoide son del género femenino, con una edad media de 52 años. Sin embargo, este dato contrasta con la duración de la enfermedad, ya que el 31,9% tiene <5años.

VI CONCLUSIONES

- La CV en individuos con AR de entre 20 y 60 años, atendidos en la Clínica de Reumatismo entre noviembre de 2024 y enero de 2025, muestra una relación significativa con la edad. Los pacientes más jóvenes presentan niveles superiores de calidad de vida, mientras que se observa una disminución en este indicador a medida que aumenta la edad, como se ilustra en la **figura 1**, esto se demuestra con coeficiente r de Spearman de -0,418, lo cual significa que existe una correlación negativa moderada entre las variables (**figura 18**).
- Esta relación se ve más claro en la función física, donde los pacientes más jóvenes presentan niveles de calidad de vida muy altos, **figura 19** ($r=-0,506$).
- Respecto a la correlación entre la edad con el rol físico, con la salud general, con el grado de vitalidad, no se obtuvo una buena asociación, **figuras 20, 21 y 22**, aunque sí nos permite hacer una comparación negativa entre la edad con cada una de estas 3 variables, pues se obtuvieron los siguientes r: -0,370; -0,123; -0,257 respectivamente que indican que hay una correlación negativa baja o muy baja. Estas asociaciones significan, aunque con puntos bajos, que a mayor edad los pacientes desarrollan problemas con el rol físico, presentan una mala salud general, y bajos grados de vitalidad, **figuras 3, 4 y 5**.
- Se puede concluir que existe una correlación negativa moderada entre la función social y la edad, como se muestra en la **figura 23** ($r=-0,457$). Esto indica que, a medida que la edad avanza, los niveles de función social tienden a disminuir, tal y como se ilustra en la **figura 6**.
- En cuanto a la correlación entre la edad y el rol emocional, así como con la salud mental, se observan correlaciones negativas bajas, con valores de r de -0,175 y -

0,237, respectivamente (**figuras 24 y 25**). Esto sugiere que, aunque existe una relación negativa entre el incremento de la edad y la disminución del rol emocional y la salud mental (**figura 7**), esta asociación es leve. Por lo tanto, sería necesario realizar más estudios que respalden esta afirmación.

- Se ha llegado a la conclusión de que existe una correlación negativa moderada entre la edad y el nivel de calidad de vida en función del dolor corporal, con un valor de $r=-0,476$, como se muestra en la **figura 26**. Esto implica que, a medida que la edad avanza, la calidad de vida vinculada al dolor corporal tiende a disminuir. Esta tendencia es evidente en la **figura 9**, donde se observa que los pacientes mayores experimentan un mayor grado de dolor y, como resultado, un impacto más significativo en su capacidad laboral en comparación con los pacientes más jóvenes.
- En relación con el último objetivo específico, que era examinar la relación entre la evolución declarada de la salud con la edad en pacientes con AR de entre 20 y 60 años, se encontró una correlación de $r=-0,193$, según se ilustra en la **figura 27**. Esta cifra señala una correspondencia negativa muy baja entre ambas variables. Aunque sugiere que, efectivamente, a medida que aumenta la edad, se observa una menor evolución declarada de la salud, esta relación es muy sutil, tal como se puede observar en la **figura 10**.
- Al realizar una evaluación de la CV en relación con otras variables, se observó que los que padecen artritis reumatoide que se encuentran en el ámbito laboral experimentan niveles de calidad de vida significativamente más altos, como se muestra en la **figura 11**. Relación opuesta con un autor.
- Descubrimos que los varones presentan los niveles calidad de vida más altos que las mujeres, **figura 12**. Relación apoyada con otros autores con estudios similares.

- La mayoría de los pacientes salió positivo alguna vez al factor reumatoideo, a diferencia del anti CCP, **figura 16**, esto puede ser debido al precio elevado de este último.

VII RECOMENDACIONES

- Se recomienda explicar al paciente que va a responder a las preguntas que responda con sinceridad, ya que es una encuesta subjetiva. Asimismo, se podría incorporar otra encuesta que recoja datos físicos relevantes para la artritis reumatoide (AR), como el DAS 28. Este índice evalúa la cantidad de articulaciones con dolor e hinchazón, la velocidad de sedimentación de glóbulos, los niveles de proteína C-reactiva, así como la valoración global del estado de salud y la actividad de la enfermedad según el criterio del paciente.
- Se recomienda ampliar la población ya sea en una institución pública, que cuente con un mayor número de pacientes que acudan al consultorio de reumatología, pues en una institución privada, asisten pocos pacientes en el día a día y es más difícil y trabajosa la búsqueda de pacientes con esta patología.
- Se recomienda que los médicos que vayan a replicar este estudio amplíen el tipo de población, para enriquecer los datos, ya que se observó que, en los consultorios de reumatología, hay pocos pacientes con AR, no obstante, se presentan otros pacientes con espondilitis anquilosante, gonartrosis, artrosis de manos, LES, artritis psoriásica, entre otros.
- Es fundamental concienciar a la población sobre la artritis reumatoide (AR) para evitar que la calidad de vida se vea afectada a lo largo de los años. Para ello, es esencial que los médicos prescriban un régimen estricto de tratamiento que incluya medicamentos vitales para el control y la remisión de la enfermedad.
- Además, es necesario realizar investigaciones que ofrezcan alternativas para optimizar la calidad de vida de estos pacientes.

- Se sugiere ampliar los estudios en personas con AR, explorando la relación entre la edad y diversos aspectos como el desempeño físico, la salud general, la vitalidad, el bienestar emocional, la salud mental y la evolución percibida de su estado de salud. En las investigaciones previas, estas relaciones han mostrado correlaciones negativas bajas o muy bajas, como se observa en las **figuras 20, 21, 22, 24, 25 y 27.**

VIII REFERENCIAS

- Alcaide, L., Torralba, A., Eusamio, J., García, C., Loza, E. y Sivera, F. (2020). Current State, Control, Impact and Management of Rheumatoid Arthritis According to Patient: AR 2020 National Survey. *Reumatología Clínica*. 18(S3). 177-183. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33250361/>
- Alfredsson, L., Klareskog, L. y Karin, A. (2023). Disease Activity and Health-Related Quality of Life Among Patients With Rheumatoid Arthritis With Different Alcohol Consumption Habits. *Arthritis y Rheumatology*. 75(S6). 872-878. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36629408/>
- Aletaha, D., Nell, V., Stamm, T., Uffmann, M., Pflugbeil, S., Machold, K. y Smolen, J. (2005). Acute phase reactants add little to composite disease activity indices for rheumatoid arthritis: validation of a clinical activity score. *Arthritis Research y Therapy*. 7(S4). R796-R806. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1175030/#T1>
- Al-Jabi, S., Seleit, D., Badran, A., Koni, A. y Zyoud, S. (2021). Impacto de las características sociodemográficas y clínicas en la discapacidad funcional y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide: un estudio transversal de Palestina. *Health and Quality of Life Outcomes*. 19. 241. <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-021-01874-x>
- Alonso y cols. 2003. *Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2)*. Instituto Municipal de Investigación Médica. <https://ginvestigaciontmo.com/wp-content/uploads/2018/07/sf-36-cuestionario.pdf>
- Balsa, A. (2010). Definiendo la remisión en la artritis reumatoide: nuevos criterios de la ACR/EULAR. *Reumatología clínica*. 6(S3). 12-15. <https://www.reumatologiaclinica.org/es-definiendo-remision-artritis-reumatoide->

nuevos-articulo-

S1699258X11000209#:~:text=El%20SDAI%20es%20un%20%C3%ADndice,PCR%20en%20mg/dl).

Callpa, K. (2016). *La artritis reumatoidea y su influencia en la calidad de vida del adulto de 40 a 50 años, atendidos en el consultorio de reumatología en el Hospital José Agurto Tello de Chosica en el año 2015, Lima – Perú*. [Tesis de grado, Universidad privada San Juan Bautista]. Alicia Concytec. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPSJ_7562a44413faad04e48d81ce4064592e

Canning, J., Siebert, S., Jani, B., Harding-Edgar, L., Kempe, I., Mair, F. y Nicholl, B. (2022). Examining the Relationship Between Rheumatoid Arthritis, Multimorbidity, and Adverse Health-Related Outcomes: A Systematic Review. *Arthritis Care y Research*. 74(S9). 1500-1512. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11475560/>

Cano, L., Mena, N., Manrique, S., Redondo, R. y Romero, C. (2021). Ability to Participate in Social Activities of Rheumatoid Arthritis Patients Compared with Other Rheumatic Diseases: A Cross-Sectional Observational Study. *Diagnostics*. 11(S12). 2258. <https://www.mdpi.com/2075-4418/11/12/2258>

Cantorin, L (2018). *Artritis Reumatoide en el Hospital Nacional "Ramiro Priale Priale" de Huancayo en el año 2015- 2017*. [Tesis de grado, Universidad Nacional del Centro del Perú]. Repositorio UNCP. <https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/4341/Cantorin%20A.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Chorus, A., Miedema, H., Van der Linder y Sj. (2003). Quality of life and work in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis of working age. *Annals of the*

Rheumatic Diseases. 6(12). 1178-1184. [https://ard.eular.org/article/S0003-4967\(24\)08701-6/abstract](https://ard.eular.org/article/S0003-4967(24)08701-6/abstract)

Consortium RA-MAP. (2021). Characterization of disease course and remission in early seropositive rheumatoid arthritis: results from the TACERA longitudinal cohort study.

Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease. 13.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34707695/>

Consortium RA-MAP. (2018). Novel methodology to discern predictors of remission and patterns of disease activity over time using rheumatic arthritis clinical trials data.

Rheumatic y Musculoskeletal Diseases. 4(S2).

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30487994/>

Díaz, C., Consani, S., Rostan, S., Fernández, L., Moreira, E. y Sanmartí, R. (2021). Rheumatoid arthritis: extra articular manifestations and comorbidities. *Revista Colombiana de Reumatología (English Edition)*. 29(S3). 196-204. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-reumatologia-english-edition--474-articulo-rheumatoid-arthritis-extra-articular-manifestations-S2444440522000310>

Escobar, J. y Frutos-Chamorro, T. (2021). Calidad de vida de pacientes con artritis reumatoide, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. *Revista del Instituto de Medicina Tropical*. 16(S1). 11-20. <http://scielo.iics.una.py/pdf/imt/v16n1/1996-3696-imt-16-01-11.pdf>

Fakuda, W., Kadoya, M. Omoto, A., Yanagida, T., Isdoda, Y., Sunaga, A., Kusuoka H., Morita, S., Masataka, K. y Kawakito, Y. (2022). Treatment of rheumatoid arthritis and its outcomes in an aging society: a single-center cohort study in Japan from 2011 to 2020.

Arthritis Research y Therapy. 24. 190. [https://arthritis-](https://arthritis-research.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13075-022-02883-x)

[research.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13075-022-02883-x](https://arthritis-research.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13075-022-02883-x)

- Ferreira, R., Lnadewé, R. y Silva, J. (2021). Definition of treatment targets in rheumatoid arthritis: is it time for reappraisal?. *The Journal of Rheumatology*. 48(S12). 1763-1766.
https://www.researchgate.net/publication/352051623_Definition_of_Treatment_Targets_in_Rheumatoid_Arthritis_Is_It_Time_for_Reappraisal
- Gobierno de México. ¿Qué es la calidad de vida?. INCMNSZ
<https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/calidadVida.html>
- Gobierno de México (11 de octubre del 2016). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la artritis reumatoide es una de las mayores causas de ausentismo y retiro laboral prematuro en el mundo. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. <https://www.gob.mx/issste/articulos/dia-mundial-de-la-artritis-72879?idiom=es>
- Gok, K., Erol, K., Cengiz, G. y Ozgocmen, S. (2018). Comparison of Level of Fatigue and Disease Correlates in Patients with Rheumatoid Arthritis and Systemic Sclerosis. *Archives of Rheumatology*. 33(S3). 316-321.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6328209/>
- Gómez, A. (2011). Nuevos criterios de clasificación de artritis reumatoide. *Reumatología clínica*. 6 (S3). 33-37. <https://www.reumatologiaclinica.org/es-nuevos-criterios-clasificacion-artritis-reumatoide-articulo-S1699258X1100026X>
- Goncalvez, D., Bernardes, M. y Costa, I. (2017). Quality of life and functional capacity in patients with rheumatoid arthritis. Cross-sectional study. *Reumatología Clínica*. 14(S6), 360-366.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1699258X17300566?via%3Dihub>

- Instituto Municipal de Investigación Médica. (2003). *Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2)*.
<https://ginvestigaciontmo.com/wp-content/uploads/2018/07/sf-36-cuestionario.pdf>
- Irfan, R., Tousif, S., Khan, R., Bham, A., Shamin, K. y Barkat, R. (2021). Predictors of Quality of Life in Patients With Rheumatoid Arthritis in Pakistan: A Cross-Sectional Study. *Cureus*. 14(S3). 42. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34584791/>
- Katchamat, W., Narongroeknawin, P., Chanapai, W. y Thaweeratthakul, P. (2019). Health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *BMC Rheumatology* 3(S34).
<https://bmcrrheumatol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41927-019-0080-9>
- Kitaoka, M., Mitoma, J., Asakura, H., Enoch, O., Thi, T., Hamagishi, T., Hori, D., Susuki, F., Shibata, A., Horii, M., Tsujiguchi, H., Hibino, Y., Kambayashi, Y., Hitomi, Y., Shikura, N. y Hiroyuki, N. (2016). The relationship between hypertension and health-related quality of life: adjusted by chronic pain, chronic diseases, and life habits in the general middle-aged population in Japan. *Environ Health Prev Med*. 21(S4). 193-214.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26893020/>
- Lavariega, D., Rivas, J., Ríos, E., Hoyos, R., Tobón, U., Daza, E. y Rodríguez, L. (2023). Perfil epidemiológico de la artritis reumatoide. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 61(S5). 574-582. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10599789/>
- Liu, L., Xu, X. y Wang, M. (2017). Disease activity, resilience and health-related quality of life in Chinese patients with rheumatoid arthritis: a multi-center, cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 15(S1). 149.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28738816/>
- Lorenzo, C. (21 de marzo del 2019). Enfermedades autoinmunes. Patología.
<https://citlalipatologia.blogspot.com/search?q=artritis>
- Matcham, F., Scott I., Rayner, L., Hotopf, M., Kingsley G., Norton S., Scott D. y Steer S. (2014). The impact of rheumatoid arthritis on quality-of-life assessed using the SF-36:

A systematic review and meta-analysis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 44(S2). 123-130.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0049017214000717?via%3Dihub>

Miwa, Y., Saito M., Furuya H., Yanai, R., Ikari Y., Hayashi, T., Kasama T., Toyoshima Y. y Inagaki, K. (2017). Clinical Characteristics of Rheumatoid Arthritis Patients Achieving Functional Remission after Six Months of Non-tumor Necrosis Factor Biological Disease-Modifying Antirheumatic Drugs (DMARDs) Treatment. *Internal Medicine*. 56(S17):2271-2275. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28794381/>

Minsa (26 de abril del 2019). Se estima que en el Perú cada año se diagnostican más de 100 casos nuevos de artritis reumatoidea. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/27840-se-estima-que-en-el-peru-cada-ano-se-diagnostican-mas-de-100-casos-nuevos-de-artritis-reumatoidea>

Mendoza, C., Aceves, F., Arce, C., Nmegyei, J., Barile-Fabris, L., Durán-Barragán, S., Flores-Alvarado, D., Hernández-Núñez, E., Irazoque-Palazuelos, F., Moctezuma, J., Pascual, V., Portela, M., Humberto, L., Andrade- Ortega, I., Barrera, A., Carrillo-Vázquez, S., Castro-Colin, Z., Cuevas-Orta., Flores-Suárez, L., Guaracha-Basáñez, G...Pacheco-Tena, C. (2024). Actualización de las Guías para el Tratamiento Farmacológico de la Artritis Reumatoide del Colegio Mexicano de Reumatología 2023. *Reumatología clínica*. 20(S5). 263-280. <https://www.reumatologiaclinica.org/es-actualizacion-guias-el-tratamiento-farmacologico-articulo-S1699258X24000159>

Organización Mundial de la Salud (28 de junio del 2023). Artritis reumatoide. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rheumatoid-arthritis>

Pincus, T., Swearingen, C., Bergman, M. y Yazici, Y. (2008). RAPID3 (Routine Assessment of Patient Index Data 3), a rheumatoid arthritis index without formal joint counts for routine care: proposed severity categories compared to disease activity score and

- clinical disease activity index categories. *The Journal of Rheumatology*. 35(S11). 2136-2147. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18793006/>
- Quispe, A. y Anel, M. (2017). *Calidad de vida de pacientes con artritis reumatoide que son atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz en enero – 2017*. [Tesis de grado, Universidad Privada San Juan Bautista] Alicia Concytec. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPSJ_f391bd464723c0fd26c80398e2559446
- Rahell, S. Matteson, E. Crowson y C. Myasedova, E. (2017). Improved flare and remission pattern in rheumatoid arthritis over recent decades: a population-based study. *Rheumatology (Oxford)* 56(S12). 2154-2161. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28968703/>
- Ruibo, L., Xingyue, Y., O, Y. (2024). Global burden of rheumatoid arthritis among adolescents and young adults aged 10–24 years: A trend analysis study from 1990 to 2019. *Plos One*. 19(S4). <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0302140>
- Sánchez, L. (2020). *Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del Hospital de Apoyo II – 2 Santa Rosa, Piura 2019*. [Tesis de grado, Universidad César Vallejo]. Repositorio digital institucional UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/52700>
- Shah, B. (2023). Artritis Reumatoide. American College of Rheumatology. <https://rheumatology.org/patients/arthritis-reumatoide>
- Smolen, J., Breedveld, F., Schiff, M., Kalden, J., Emery, P., Eberl, G., Riel, PL., Tugwell, P. (2003). A simplified disease activity index for rheumatoid arthritis for use in clinical practice. *Rheumatology (Oxford)*. 42(S2). 244-57. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12595618/>

- Strombeck, B., Ekdahl, C., Manthope, R., Wikstrom, I. y Jacobsson, L. (2000). Health-related quality of life in primary Sjögren's syndrome, rheumatoid arthritis and fibromyalgia compared to normal population data using SF-36. *Scandinavian Journal of Rheumatology*. 29(S1). 20-28. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10722254/>
- Suárez, A. y Llorente, M. (2012). Diagnóstico y seguimiento de la artritis reumatoide. *Educación Continuada en el Laboratorio Clínico*. 16. 70-81. <https://www.seqc.es/download/tema/7/3320/1573491735/591166/cms/tema-6-diagnostico-y-seguimiento-de-la-artritis-reumatoide.pdf/>
- Tanski, W., Świątoniowska-Lonc, N., Tomaszewicz, A., Dudek, K., y Jankowska-Polańska, B. (2022). The impact of sleep disorders on the daily activity and quality of life in rheumatoid arthritis patients - a systematic review and meta-analysis. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. 26(S9). 3212-3229. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35587073/>
- Tanski, W., Dudek, K., Tomaszewicz, A. y Świątoniowska-Lonc, N. (2022). Sexual Dysfunction and Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 19(S5). 3088. <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/5/3088>
- Torlinska, B., Raza, K., Filer, A., Jutley, G., Sahbudin, I., Singh, R., De Pablo, P., Rankin, E., Rhodes, B., Amft, N., Justice, E., McGrath, C., Baskar, S., Trickey J., Calvert, M. y Falahee, M. Predictors of quality of life, functional status, depression and fatigue in early arthritis: comparison between clinically suspect arthralgia, unclassified arthritis and rheumatoid arthritis. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 25. 307. <https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-024-07446-6#Tab1>

- Universidad de Barcelona. (2021). Tratamiento de la Artritis Reumatoide. Portal Clínic. <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/artritis-reumatoide/tratamiento>
- Urzúa, A. y Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*. 30(S1). 61-71. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006
- Van, Piet. (1995). BASIC DESCRIPTION - DAS-28 ESR. eProvide. <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/disease-activity-score-erythrocyte-sedimentation-rate>
- Vargas, I. (2022). *Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en un centro médico privado en Lima, Perú*. [Tesis de grado, Universidad Científica del Sur]. Repositorio Institucional UcSur. [TE-Vargas I-Ext.pdf](#)

IX ANEXOS

Anexo A.

Tabla 3

Matriz de consistencia

Relación entre calidad de vida y edad en pacientes con artritis reumatoide de 20-60 años en la Clínica de Reumatismo de noviembre, 2024 a enero, 2025.

Problema	Objetivo	Hipótesis	Justificación	Variab les	Metod ología
<p><u>Problema principal</u></p> <p>¿Cuál es la relación entre calidad de vida y edad en pacientes con artritis reumatoide de 20-60 años en la Clínica de Reumatismo de noviembre del 2024 a enero del 2025?</p>	<p><u>Objetivo principal</u></p> <p>Determinar la relación entre calidad de vida y edad en pacientes con artritis reumatoide de 20-60 años en la Clínica de Reumatismo de noviembre del 2024 a enero del 2025</p>	<p><u>Hipótesis alterna</u></p> <p>La calidad de se relaciona a significativamente con la edad en pacientes con artritis reumatoide de 20-60 años en la Clínica de Reumatismo de noviembre del 2024 a enero del 2025.</p>	<p><u>Justificación teórica:</u></p> <p>Con este estudio se va a aportar un mayor conocimiento sobre la relación entre calidad de vida y edad de estos pacientes, y desglosando este aspecto conoceremos la función física, el rol físico, los niveles de salud general, de vitalidad, de la función social, del rol emocional, de salud mental, el dolor corporal y la evolución del paciente y como cada uno de ellos se relacionan con la edad.</p> <p><u>Justificación práctica:</u></p> <p>El desarrollo de este trabajo nos va a permitir dar un diagnóstico situacional de las personas diagnosticadas con AR y a partir de ello tomar medidas correctivas necesarias para</p>	<p><u>VD</u> Calidad de vida</p> <p><u>VI</u> Edad</p>	<p><u>Tipo de estudio</u></p> <p>según la intervención: observacional, correlacional</p> <p>según la temporalidad: transversal y prospectivo</p> <p>según el paradigma aplicado: cualitativa</p> <p><u>Diseño de investigación:</u></p> <p>Estudio descriptivo</p> <p><u>Población</u></p>

			mediante un tratamiento oportuno e integral mejorar su CV.		59 pacientes <u>Muestra</u> 59 pacientes <u>Técnicas e instrumentos de recolección de información</u> Cuestionario Short from 36 (SF-36)
<p><u>Problemas específicos</u> ¿Cuál es la conexión entre la función física y la edad en pacientes con artritis reumatoide que tienen entre 20 y 60 años?</p> <p>¿Cómo se relacionan el rol físico y la edad en pacientes con artritis reumatoide de entre 20 y 60 años?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la salud general y la edad en pacientes con artritis reumatoide de 20 a 60 años?</p> <p>¿Cuál es la interrelación que existe con la vitalidad y la edad en pacientes diagnosticados con artritis reumatoide que se encuentran en el rango de 20 a 60 años?</p> <p>¿Cómo se vinculan función social con edad en pacientes con artritis reumatoide de 20 a 60 años?</p>	<p><u>Objetivos específicos</u> Verificar la conexión entre la función física y la edad en pacientes con artritis reumatoide de 20 a 60 años.</p> <p>Determinar la relación entre el rol físico y la edad en pacientes con artritis reumatoide de 20 a 60 años.</p> <p>Averiguar cómo se relacionan la salud general y la edad en individuos con artritis reumatoide de 20 a 60 años.</p> <p>Analizar la interrelación que existe con la vitalidad y la edad en personas diagnosticadas con artritis reumatoide de 20 a 60 años.</p> <p>Identificar como se vinculan la función social con la edad en enfermos con artritis reumatoide de 20 a 60 años.</p> <p>Valorar la relación del rol emocional y la edad</p>	<p><u>Hipótesis nula:</u> La calidad de vida no se relaciona significativamente con la edad en pacientes con artritis reumatoide de 20-60 años en la Clínica de Reumatismo de noviembre del 2024 a enero del 2025</p>	<p><u>Justificación metodológica:</u> Este trabajo es conveniente para los profesionales sanitarios y hacia los pacientes debido a que permitirá tener una visión de los problemas que padecen estos pacientes; por ejemplo, se podrá evaluar los aspectos psicológicos, como cuántos pacientes padecen de depresión, estos se hallarán en aquellos pacientes que obtengan los puntajes más bajos en los puntos de salud mental, rol emocional, función social, y otros estudios futuros pueden hacer investigaciones sobre depresión y ansiedad en personas que padecen artritis reumatoide.</p>		

<p>¿Cómo se interrelacionan el rol emocional con la edad en personas con artritis reumatoide que tienen entre 20 y 60 años?</p> <p>¿Cómo se correlacionan la salud mental y la edad en personas de 20 a 60 años diagnosticadas con artritis reumatoide?</p> <p>¿Qué asociación existe entre el dolor corporal y la edad en sujetos de 20 a 60 años que padecen artritis reumatoide?</p> <p>¿De qué manera se corresponden la evolución declarada de la salud con la edad en individuos de 20 a 60 años con artritis reumatoide?</p>	<p>en pacientes con artritis reumatoide de 20 a 60 años.</p> <p>Evaluar cómo se correlacionan la salud mental con la edad en los que padecen artritis reumatoide de 20 a 60 años.</p> <p>Descubrir la asociación entre el dolor corporal con la edad en aquellos con artritis reumatoide de 20 a 60 años.</p> <p>Investigar cómo se corresponden la evolución declarada de la salud y la edad en pacientes con artritis reumatoide de 20 a 60 años.</p>				
---	---	--	--	--	--

Anexo B.*Instrumentos de investigación**Herramienta de calidad de vida SF36*

1. En general, usted diría que su salud es:

<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
b <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
c Coger o llevar la bolsa de la compra.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
d Subir <u>varios</u> pisos por la escalera.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
e Subir <u>un sólo</u> piso por la escalera.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
f Agacharse o arrodillarse.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
g Caminar <u>un kilómetro o más</u>	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
h Caminar varios centenares de metros.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
i Caminar unos 100 metros.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
j Bañarse o vestirse por sí mismo.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
d ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b) ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c) ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
d se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
e tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
f se sintió desanimado y deprimido?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
g se sintió agotado?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
h se sintió feliz?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
i se sintió cansado?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
d Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

Gracias por contestar a estas preguntas

Anexo C.*Consentimiento informado***CONSENTIMIENTO INFORMADO**

“Relación entre calidad de vida y edad en pacientes con artritis reumatoide de 20-60 años en la Clínica de Reumatismo de noviembre, 2024 a enero, 2025”

Estimado paciente, yo Santana Romero Adriany Enma, identificada con DNI: 70564909, con número de celular: 963580215, estudiante de la Universidad Nacional Federico Villarreal que cursa el 7mo año de la carrera de Medicina Humana, me dirijo a usted con un cordial saludo para invitarle a participar en este estudio sobre calidad de vida en artritis reumatoide, pues en el Perú cada año se diagnostican más de 100 nuevos casos de artritis reumatoide, además por cada 6 mujeres hay 1 varón afectado y con este estudio busco:

- Determinar la relación entre calidad de vida y edad en los pacientes con artritis reumatoide de 20 a 60 años.
- Establecer el nivel de rol físico, el nivel de salud general, de vitalidad, de la función social, del rol emocional, de salud mental en los pacientes con artritis reumatoide de 20 a 60 años.

Usted está invitado porque es paciente con artritis reumatoide diagnosticado o con un tratamiento de la Clínica de Reumatismo, y cumple con los requisitos para este trabajo. Se le retirará del estudio si no completa el cuestionario de investigación, o si cumple alguno de los criterios de exclusión:

- Pacientes diagnosticados con otra enfermedad que no incluya AR, como lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, enfermedad difusa del tejido conectivo, artrosis, espondilitis anquilosante, osteoporosis, artritis psoriásica, tendinitis, etc.
- Cuestionarios incompletos.
- Pacientes con edad menor a 20 años y mayor a 60 años.

El procedimiento para realizar este trabajo es el siguiente: se solicitará la autorización del gerente general de la Clínica del Reumatismo, posteriormente se irá a estadística de la institución para averiguar el total de pacientes diagnosticados con AR, se pedirá su participación en el momento antes o después de la consulta médica, entregando la encuesta en físico o en virtual o se hará las preguntas directamente y se registrará virtualmente cada respuesta. En la encuesta SF-36v2 primero aparecerá el consentimiento informado (CI), donde se especifica que sus respuestas serán recolectadas de forma anónima, se les mencionará a los pacientes que pueden intervenir en cualquier momento por si tengan dudas, o por si no entiendan bien alguna palabra o concepto, así mismo se le dará un tiempo para preguntas al finalizar la explicación, una vez aceptado el CI, deben llenar algunos datos personales epidemiológicos como edad, sexo, posteriormente responderán las preguntas propias de la encuesta que van a consistir en 11, éstas, valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud; al término de la explicación se les agradecerá mucho a los participantes que decidieran apoyar.

Con relación a sus datos: serán tratados con total confidencialidad, siendo revisados únicamente por el comité de ética. A usted se le asignará un código en el proceso de investigación.

Yo _____

identificado con DNI _____.

He recibido la información necesaria de este proyecto de investigación. He leído la información anteriormente provista. Se me ha permitido la opción de interrumpir si no escuché o entendí algo, y de hacer preguntas a todas mis inquietudes sobre esta investigación. Con esta marca he decidido participar voluntariamente habiendo entendido toda la información relacionada con el estudio. Y me puedo retirar del mismo en cualquier momento si deseo.

Anexo D.*Criterios diagnósticos 2010 para AR.*

Conjunto de variables y puntuación de cada una de las variables para el cómputo global. Un paciente será clasificado de AR si la suma total es igual o superior a 6

<i>Afectación articular</i>	
1 articulación grande afectada	0
2-10 articulaciones grandes afectadas	1
1-3 articulaciones pequeñas afectadas	2
4-10 articulaciones pequeñas afectadas	3
> 10 articulaciones pequeñas afectadas	5
<i>Serología</i>	
FR y ACPA negativos	0
FR y/o ACPA positivos bajos (< 3 VN)	2
FR y/o ACPA positivos alto (> 3 VN)	3
Reactantes de fase aguda	
VSG y PCR normales	0
VSG y/o PCR elevadas	1
<i>Duración</i>	
<6 semanas	0
≥6 semanas	1

ACPA: anticuerpos contra péptidos citrulinados; FR: factor reumatoide; PCR: proteína C reactiva; VN: valor normal; VSG: velocidad de sedimentación globular.

Anexo E*Manifestaciones extraarticulares de AR.*

Frequency and type of ExM in rheumatoid arthritis.

Extra-articular manifestation	Absolute frequency
ILD	11
Polyneuropathy	6
Inflammatory anemia	5
Serositis or pericardial/pleural effusion	4
Rheumatoid nodules	4
Episcleritis or scleritis	3
Neutropenia/Felty's syndrome	3
Bronchiectasis	2
Rheumatoid vasculitis	2
Thrombocytopenia	1
Pneumothorax	1
Fever of unknown origin	1

ILD, interstitial lung disease.

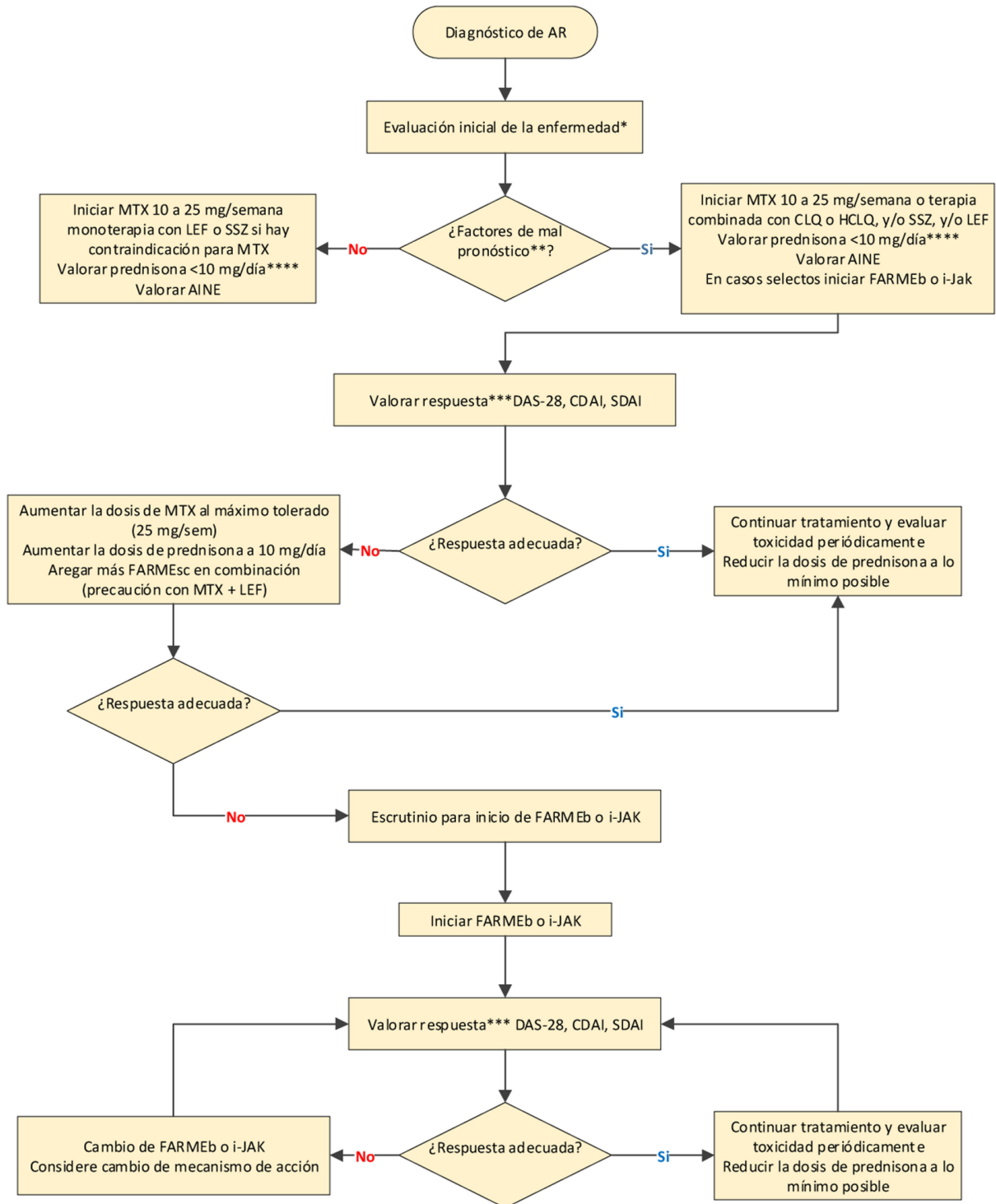
Anexo F

Puntuaciones de los instrumentos de actividad de la enfermedad.

1995*	DAS28-CRP4v	$=0.56 \times \sqrt{\text{TJC28}} + 0.28 \times \sqrt{\text{SJC28}} + 0.014 \times \text{PtGA (0-100mm)} + 0.36 \times \ln(\text{CRP mg/l}+1) + 0.96$	Remission <2.6	Low ≤3.2	Moderate ≤5.1	High >5.1
2003	RAPID3	$=\text{PtGA (0-10)} + \text{Pain (0-10)} + \text{MDHAQ (0-10)}$	Near Remission ≤3	Low ≤6	Moderate ≤12	High ≥13
2005	SDAI	$=\text{SJC28} + \text{TJC28} + \text{PGA (0-10)} + \text{PtGA (0-10cm)} + \text{CRP mg/dl}$	Remission ≤3.3	Low ≤11	Moderate ≤26	High >26
2005	CDAI	$=\text{SJC28} + \text{TJC28} + \text{PGA (0-10)} + \text{PtGA (0-10cm)}$	Remission ≤2.8	Low ≤10	Moderate ≤22	High >22
2011	ACR/EULAR Boolean-based definition	SJC28 ≤1	} at least one >1			
		TJC28 ≤1				
		CRP mg/dl ≤1				
		PtGA (0-10cm) ≤1				
		Remission	Non-remission			

Anexo G

Algoritmo de tratamiento de AR. *Clinical reumatologic, 2021.*



Anexo H

Tabla 4

Presupuesto

Producto	Precio soles /unidad	Cantidad /muestra	Precio total soles	Institución
Pasajes	60	1	60	
Línea telefónica	100		100	Claro
Copias e impresiones proyecto	105		105	Copias e impresiones "File"
Precio total (soles)			265 soles	

Anexo I

Tabla 5

Cronograma

	Mar zo- junio 2024	A gost o 2024	Sep tiembre e 2024	Oct ubre 2024	No viembre e 2024	Dic iembre 2024	Ene ro 2025
Búsqueda del tema y título de investigación							
Búsqueda y avance de la bibliografía y los antecedentes							
Avance y 1ra presentación del trabajo de investigación							
Entrega de 2do avance del informe							
Búsqueda de población y muestra							
Visitar el centro de salud y pedir los registros telefónicos de los pacientes seleccionados							
Explicar el desarrollo de la encuesta, responder preguntas a los participantes							
Análisis y redacción de resultados							
Entrega del informe final							