

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA DE
PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN EL HOSPITAL
REGIONAL DEL CUSCO, 2025**

PRESENTADO POR:

Br. NELSON DEYVIS CRUZ NINA

**PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO**

ASESOR:

**Dr. CESAR ANTONIO ZAMBRANO
ENRÍQUEZ**

CUSCO - PERÚ

2025



Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

INFORME DE SIMILITUD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-321-2025-UNSAAC)

El que suscribe, el **Asesor** Cesar Antonio Zambrano Enriquez.....
..... quien aplica el software de detección de similitud al
trabajo de investigación/tesis titulada: Factores que influyen en la
calidad de vida de pacientes con artritis reumatoide
en el Hospital Regional del Cusco, 2025.....

Presentado por: Nelson Deyvis Cruz Nina DNI N° 73513040 ;
presentado por: DNI N°:
Para optar el título Profesional/Grado Académico de "Medico Cirujano".....

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 02 veces, mediante el
Software de Similitud, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso del Sistema Detección de**
Similitud en la UNSAAC y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 4 %.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.	☒
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las subsanaciones.	☐
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el informe al Vicerrectorado de Investigación para que tome las acciones correspondientes; Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	☐

Por tanto, en mi condición de Asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto**
las primeras páginas del reporte del Sistema de Detección de Similitud.

Cusco, 7 de Octubre de 2025

Cesar A. Zambrano Enriquez
Dr. César A. Zambrano Enriquez
SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
CMP. 46354 - RNE. 33551

EsSalud
HOSPITAL NACIONAL ADO: F. GUEVARA VELASCO CUSCO.

Firma

Post firma Cesar Antonio Zambrano Enriquez

Nro. de DNI 23990849

ORCID del Asesor 0009-0005-0206-2365

Se adjunta:

- Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
- Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: **oid:** 27259:508960103

NELSON DEYVIS CRUZ NINA

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN EL HOSPITAL R...

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::27259:508960103

69 páginas

Fecha de entrega

6 oct 2025, 10:50 p.m. GMT-5

18.855 palabras

Fecha de descarga

6 oct 2025, 11:00 p.m. GMT-5

106.947 caracteres

Nombre del archivo

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE E....pdf

Tamaño del archivo

1.7 MB

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL ANTONIO LOYOLA

Med. César A. Zarco Brando Enriquez
Medicina Física y Rehabilitación
C.M.P. 46354 R.N.E. 33551

4% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 20 palabras)

Fuentes principales

- 3%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 3%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL ANTONIO LOPEZ

Med. César A. Zambrano Enriquez
Medicina Física y Rehabilitación
CMP. 46354 RNE. 33551

CONTENIDO

INTRODUCCION	I.
RESUMEN/ABSTRACT	II.
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACION	9
1.1 Fundamentación del problema	9
1.2 Antecedentes teóricos	10
1.3 Formulación del problema y objetivos	15
1.3.1 Problema General:	15
1.3.2 Problemas específicos:	15
1.3.3 Objetivo general:	16
1.3.4 Objetivos específicos	16
1.4 Justificación de la investigación	16
1.5 Limitaciones de la investigación	17
1.6 Aspectos éticos	17
CAPITULO II: MARCO TEORICO CONCEPTUAL	18
2.1 Marco teórico	18
2.1.1 Definición	18
2.1.2 Epidemiología	18
2.1.3 Fisiopatología	19
2.1.4 Características clínicas	20
2.1.5 Diagnostico	22
2.1.6. Tratamiento	23
2.1.7 Estado del Arte	25
2.1.8. Instrumentos	26
2.2 Definición de términos	28
2.3 Hipótesis	28
2.3.1 Hipótesis general	28
2.3.2 Hipótesis específicas	28
2.4 Variables implicadas	29
CAPITULO III: METODOS DE INVESTIGACION	35
3.1 Tipo de investigación	35
3.2 Diseño de investigación	35
3.3 Población y muestra	35
3.3.1 Descripción de la población	35
3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión	36
3.3.3 Tamaño de muestra y métodos de muestreo	36

3.4 Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos	38
3.5 Plan de análisis de datos	38
CAPITULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	40
4.1. Análisis Univariado - Características de la población.....	40
4.2 Análisis Bivariado – correlaciones	45
4.3 Análisis Multivariado – Regresión Lineal Múltiple.....	48
4.4 Discusión	51
4.5 Conclusiones	53
4.6 Sugerencias	54
4 Presupuesto	55
5 Cronograma	56
6 Bibliografía	56
ANEXOS	61

INDICE DE ILUSTRACIONES

Gráfico 1. Características sociodemográficas: Distribución por sexo	40
Gráfico 2. Características sociodemográficas: Distribución por edad	40
Figura 1. Características sociodemográficas: Distribución por lugar de residencia	41
Gráfico 3. Características sociodemográficas: Distribución por estado civil	41
Gráfico 4. Características sociodemográficas: Distribución por ocupación	42
Gráfico 5. Características sociodemográficas: Distribución por nivel de instrucción.....	42
Gráfico 6. Características sociodemográficas: Distribución por ingreso económico.....	43
Gráfico 7. Características sociodemográficas: Antecedentes medico	43
Tabla 1. Descripción de los Instrumentos de Evaluación y sus Resultados en Pacientes con Artritis Reumatoide	44
Gráfico 8. Distribución de los Puntajes de Calidad de Vida en Pacientes con Artritis Reumatoide	44
Tabla 2. Prueba de normalidad de Shapiro Wilk	45
Tabla 3. Análisis de las Características Demográficas, Clínicas y Psicoafectivas en Pacientes con AR y su Relación con la Calidad de Vida	46
Tabla 4. Regresión Lineal Múltiple: Factores Asociados a la Calidad de Vida en Pacientes con Artritis Reumatoide	48
Gráfico 9. Análisis de dispersión.....	50
CUESTIONARIO QOL-RA II.....	65
INSTRUMENTO DE EVALUACION DE FUNCIONALIDAD HAQ-DI	66
CUESTIONARIO DUKE UNC	67

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia, especialmente a mis padres, Benita e Ismael, quienes me han dado el ejemplo de lo que significa el sacrificio, la dedicación y el amor incondicional. A mis hermanas Mónica, Lucero y mi hermanito Harold, quienes han sido mi mayor fuente de motivación para poder llegar a esta etapa del camino.

A mi enamorada, Omega Lisset, por su amor permanente, su apoyo y por ser mi cómplice. Este logro lleva tu huella porque sin ti no hubiera sido lo mismo. Gracias por brindarme la fortaleza necesaria en los momentos que más los necesitaba, por ser el pilar que me impulsa a seguir mejorando y confiar en que juntos podemos lograr grandes cosas.

A mis amigos, que son parte importante de mi vida. Pasamos momentos tensos y sobre todo de alegría. Gracias por su compañía y sus palabras de aliento.

Les dedico este trabajo porque sin su amor, confianza y apoyo, este logro no habría sido posible. Cada uno ha sido una parte esencial en el logro de este trabajo y en mi crecimiento personal.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a Dios, por ser mi guía y fortaleza en todo momento. Gracias a Él por darme la sabiduría y la fuerza para enfrentar los desafíos que se presentaron en este camino. Mi fe y esperanza en Él siempre han sido mi mayor sostén, permitiéndome avanzar con confianza, incluso cuando todo parecía difícil.

A mi familia, especialmente a mis padres, Benita e Ismael, por su amor incondicional, por su apoyo constante y por enseñarme el verdadero valor del esfuerzo y la perseverancia. A mis hermanas Mónica, Lucero y a mi hermanito Harold, quienes siempre han sido mi mayor fuente de motivación y han estado a mi lado en cada paso de este proceso.

A mi enamorada, Omega Lisset, por su amor, comprensión y por ser mi compañera incansable en este viaje. Tu apoyo emocional y tu presencia constante han sido una gran fuerza para seguir adelante y alcanzar este objetivo. Gracias por estar siempre a mi lado, por tu confianza y por creer en mí.

A mis amigos, por su apoyo incondicional, por estar a mi lado en los momentos de alegría y también en los más inciertos. Gracias por sus palabras de aliento, por hacerme sentir que no estoy solo y por ser una fuente de energía positiva en mi vida.

Al Hospital Regional del Cusco, especialmente a la Dra. Wanda, Dra. Canaza y el personal que integra el servicio de Reumatología, por su generosidad al compartir su conocimiento y su tiempo en la colaboración de este trabajo. Su apoyo ha sido fundamental para el desarrollo de esta investigación, y les agradezco sinceramente por su dedicación y profesionalismo.

A todas las demás personas que, de alguna manera, han aportado a este proceso, ya sea con su conocimiento, su ayuda o su presencia. Cada gesto, cada palabra de ánimo ha sido importante para que este proyecto llegara a su fin.

INTRODUCCION

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica, inflamatoria y autoinmune que afecta principalmente a las articulaciones, causando dolor, rigidez y pérdida de movilidad con el tiempo. Esta enfermedad tiene un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes con AR. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre el 0.5% y el 1% de la población mundial sufre de esta enfermedad, con una mayor prevalencia en mujeres y un inicio entre los 40 y 60 años.

El objetivo de este estudio es evaluar la calidad de vida y los factores asociados en pacientes con artritis reumatoide. Se resalta la necesidad de un enfoque integral para tratar la AR, contemple el apoyo emocional y la educación en salud. Esta investigación está organizada en cuatro capítulos principales:

Capítulo I: Se presenta el planteamiento del problema, analizando cómo la artritis reumatoide afecta la calidad de vida de los pacientes. Se brinda información estadística sobre la prevalencia de la enfermedad y su impacto. Además, se revisaron antecedentes teóricos de investigaciones internacionales, nacionales y locales. Se detallan las justificaciones y limitaciones del estudio.

Capítulo II: En este capítulo se aborda el marco teórico, con una revisión sobre la artritis reumatoide. Se presentarán tanto la hipótesis general como las específicas, así como la manera en que se expresan las variables.

Capítulo III: Se explica el diseño de la investigación, cómo se calculó el tamaño de la muestra, los criterios de selección y las herramientas utilizadas para la recolección de datos. También se detalla el proceso de análisis estadístico para interpretar los resultados.

Capítulo IV: Finalmente, se mostrarán los resultados obtenidos, comparándolos con estudios previos. Se discutirá su relación con los antecedentes y se ofrecerán conclusiones y recomendaciones para mejorar la atención a los pacientes con artritis reumatoide.

RESUMEN/ABSTRACT

RESUMEN

Antecedentes: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune crónica que causa dolor, rigidez e incapacidad progresiva. Se identificaron diversos factores que afectan la calidad de vida, sin embargo, el impacto de estas variables sigue siendo un área que requiere mayor investigación.

Métodos: Se trató de un estudio cuantitativo, correlacional y transversal. Se analizó la calidad de vida de 174 pacientes con AR que acudieron al consultorio externo del servicio de reumatología del hospital regional del Cusco. Se utilizaron instrumentos como el QoL-RA II, HAQ-DI y la Escala Duke-UNC.

Resultados: La relación mujer:hombre fue de 7.7:1, con una edad media de 56 años. Los pacientes urbanos reportaron mejor calidad de vida ($\beta = 0.508$; $p < 0.05$), mientras que menor educación se asoció con peor calidad de vida ($\beta = -0.893$; $p < 0.05$). La actividad de la enfermedad ($\beta = -0.027$; $p < 0.05$), la capacidad funcional ($\beta = -0.090$; $p < 0.05$) y el apoyo social ($\beta = 0.085$; $p < 0.05$) también fueron factores relevantes.

Conclusión: La calidad de vida de los pacientes con AR está influenciada por factores como la actividad de la enfermedad, la capacidad funcional y el apoyo social. Es necesario un enfoque multidisciplinario para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: Artritis reumatoide, Calidad de vida, Actividad de la enfermedad, Capacidad funcional.

ABSTRACT

Background: Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic autoimmune disease that causes pain, stiffness, and progressive disability. Various factors affecting quality of life have been identified; however, the impact of these variables remains an area requiring further research.

Methods: A quantitative, correlational, and cross-sectional study was conducted. The quality of life of 174 RA patients attending the outpatient rheumatology clinic at the Regional Hospital of Cusco was analyzed. Instruments used included the QoL-RA II, HAQ-DI, and the Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire.

Results: The female-to-male ratio was 7.7:1, with a mean age of 56 years. Urban patients reported a better quality of life ($\beta = 0.508$; $p < 0.05$), while lower education was associated with poorer quality of life ($\beta = -0.893$; $p < 0.05$). Disease activity ($\beta = -0.027$; $p < 0.05$), functional capacity ($\beta = -0.090$; $p < 0.05$), and social support ($\beta = 0.085$; $p < 0.05$) were also significant factors.

Conclusion: Quality of life in RA patients is influenced by disease activity, functional capacity, and social support. A multidisciplinary approach is necessary to improve patients' quality of life.

Key words: Rheumatoid arthritis, Quality of life, Disease activity, Functional capacity.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACION

1.1 Fundamentación del problema

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad poliarticular crónica de evolución simétrica con posibles manifestaciones extraarticulares. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2019 se estimó que aproximadamente 18 millones de personas en el mundo padecían AR, lo que representa alrededor del 0,3% de la población mundial. La enfermedad presenta una clara predominancia en mujeres, afectándolas entre dos a tres veces más que a los hombres, con un pico de incidencia que suele situarse entre los 50 y 75 años de edad (1).

Esta enfermedad es más común entre los 60 y 64 años. En 2019, la región de América Latina central tuvo una de las tasas de nuevos casos más altas, con 21,12 por cada 100,000 personas (intervalo de confianza del 95%: 19,29 a 23,07). En América Latina, la frecuencia de esta enfermedad también aumentó notablemente entre 1990 y 2019, con un cambio estandarizado por edad de 1,39 (IC 95%: 1,32 a 1,45). Estos datos evidencian una creciente carga de la enfermedad en la región, lo que resalta la necesidad de fortalecer estrategias de prevención, diagnóstico temprano y acceso a tratamientos efectivos para reducir su impacto en la salud pública (2).

La prevalencia varía según la región geográfica. En Europa y Norteamérica, las cifras oscilan entre el 0,5% y el 1% de la población adulta, mientras que en países asiáticos y africanos la prevalencia suele ser menor, alcanzando cifras inferiores al 0,2%. Sin embargo, en poblaciones específicas como los nativos norteamericanos, se han reportado prevalencias superiores al 5%, lo que demuestra la influencia de factores genéticos y ambientales en el desarrollo de la enfermedad. Por otro lado, la incidencia anual global de AR se encuentra entre 0,2 y 0,4 casos nuevos por cada 1.000 habitantes, lo que refleja su impacto significativo en los sistemas de salud, dada la progresión incapacitante que puede generar si no se diagnostica y trata oportunamente (3).

En un estudio en Perú durante el 2006, se estimó que la prevalencia de AR era del 0.31% en una población de 860,243 personas. En un estudio realizado en la red asistencial Almenara en Essalud entre enero y diciembre de 2004, se diagnosticó artritis reumatoide en 2,740 pacientes. La edad promedio al momento del diagnóstico fue de 54.9 años (± 13.6 años). La prevalencia de la enfermedad en la población analizada fue de 0.32%, y se observó que afectaba con mayor frecuencia a las mujeres, con una proporción de 5.8 mujeres por cada hombre. Además, la prevalencia de la AR mostró variaciones según los diferentes grupos etarios (4). A pesar que la AR es una enfermedad de gran impacto en la salud pública, la información epidemiológica en el

Perú es limitada y, en muchas regiones, prácticamente inexistente. Si bien existen estudios nacionales que reportan la prevalencia y características de la AR en el país, en la región del Cusco no se cuenta con registros estadísticos actualizados que permitan conocer la magnitud del problema.

1.2 Antecedentes teóricos

Song Y. y colaboradores (Sichuan- China, 2024) En su estudio “Perfiles de calidad de vida relacionados con la salud en pacientes con artritis reumatoide: un análisis de perfil latente”, Se incluyó a 151 pacientes diagnosticados con artritis reumatoide, atendidos en tres hospitales de nivel terciario en China. Para la recolección de datos, se emplearon cuestionarios estandarizados que permitieron evaluar tanto las características demográficas como la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL), función física, actividad de la enfermedad y autoeficacia.

Los pacientes con mayor HAQ tuvieron más probabilidad de estar en el perfil 1 (OR: 61.16; IC95%: 4.07-919.92) y perfil 2 (OR: 16.57; IC 95%: 1.10-249.73) en comparación con el perfil 3. Además, aquellos con educación secundaria (OR: 0.08; IC95%: 0.009-0.76) o primaria/inferior (OR: 0.12; IC95%: 0.014-0.97) tuvieron menos probabilidad de estar en el perfil 2. Se identificaron factores asociados como la función física y el nivel educativo, donde una peor funcionalidad se relacionó con una mayor probabilidad de estar en perfiles de HRQoL más pobres. Se concluyó que es necesario desarrollar intervenciones personalizadas para abordar las necesidades específicas de cada subgrupo, especialmente para aquellos con pobre HRQoL. Las limitaciones del estudio incluyen su diseño transversal y el tamaño de muestra pequeño, sugiriendo la necesidad de estudios más grandes y longitudinales para explorar estos perfiles y su evolución a lo largo del tiempo (5).

Jarab A. y colaboradores (Jordania, 2024) en su estudio “Determinantes de la mala calidad de vida relacionada con la salud entre pacientes ambulatorios con artritis reumatoide en Jordania” cuyo objetivo fue evaluar el nivel de Calidad de vida (CVRS) e identificar los factores que se asocian con la disminución de la CVRS entre los pacientes con AR en Jordania. Un estudio transversal se incluyeron 261 participantes. Se utilizó el instrumento EuroQoL-5 para evaluar la calidad de vida y otros instrumentos para el estudio de posibles factores. La baja adherencia a la medicación ($\beta = -0.348$, $p < 0.01$), la falta de actividad física ($\beta = -0.209$, $p < 0.01$) y mayor CDAI ($\beta = -0.015$, $p < 0.01$) predijeron menor EQ-5D. También, la baja adherencia ($\beta = -0.199$, $p < 0.01$), falta de ejercicio ($\beta = -0.117$, $p < 0.01$), mayor IMC ($\beta = -0.009$, $p < 0.01$) y CDAI alto ($\beta = -0.009$, $p < 0.01$) Se predijo una menor calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide, quienes experimentaron un deterioro significativo en este aspecto. Se concluye que factores como la falta de adherencia al tratamiento, la ausencia de ejercicio físico regular, el aumento de peso corporal y un mayor nivel de actividad de la enfermedad fueron identificados como determinantes clave de una CVRS baja (6).

Kim B. y Sung M. (Corea, 2023) en su estudio “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes femeninas con artritis reumatoide: un modelo de ecuaciones estructurales” El objetivo del estudio fue predecir los factores que influyen en la calidad de vida relacionada con la salud (CdV) en mujeres con artritis reumatoide. Se seleccionaron 243 pacientes. Se empleó la versión en coreano del WHOQOL-BREF, Un cuestionario corto diseñado por la Organización Mundial de la Salud para medir la calidad de vida, se evaluaron otras variables como autoeficacia, fatiga, melancolía, resiliencia, estado de salud percibido. Los datos recopilados se obtuvieron utilizando IBM SPSS. En los resultados describen que La autoeficacia ($\beta = -0.43$, $p = .008$) y el apoyo social ($\beta = -0.20$, $p = .009$) reducen los síntomas. La resiliencia aumenta con la autoeficacia ($\beta = 0.51$, $p = .012$) y el apoyo social ($\beta = 0.30$, $p = .004$), pero disminuye con los síntomas ($\beta = -0.18$, $p = .008$). La calidad de vida mejora con la resiliencia ($\beta = .47$, $p = .009$), el estado de salud percibido ($\beta = 0.24$, $p = .006$) y el apoyo social ($\beta = 0.23$, $p = .025$), pero se afecta negativamente por los síntomas ($\beta = -0.23$, $p = .009$). Concluyeron que los factores que afectan directamente la calidad de vida relacionada con la salud de las pacientes con AR son el apoyo social, los síntomas (fatiga y depresión), la resiliencia y la percepción del estado de salud (7).

Chang S. y colaboradores (Corea del Sur, 2022) En su estudio “Factores que afectan la calidad de vida de pacientes con artritis reumatoide en Corea del Sur: un estudio transversal” cuyo objetivo fue analizar la calidad de vida e identificar los factores que la influyen en pacientes coreanos diagnosticados con artritis reumatoide. Los participantes del estudio fueron 166. Para evaluar la calidad de vida se utilizó la Escala de Calidad de Vida para la Artritis Reumatoide (QV) de 8 ítems. Las puntuaciones más altas indicaban una mejor CV específica para la AR. Se realizaron análisis bivariados para examinar las relaciones entre la calidad de vida y sus predictores potenciales. En los resultados describen que ser hombre, estar casado o vivir con una pareja ($\beta = 0.150$; $p < 0.05$), estar empleado ($\beta = 0.146$; $p < 0.05$), tener mayores ingresos ($\beta = 0.150$; $p=0.06$), una buena salud percibida ($\beta = 0.187$; $p=0.016$) y mayores niveles de actividad física ($\beta = 0.17$; $p=0.01$) se asociaron con una mejor calidad de vida. Se concluyó que, a pesar de presentar una mejor función física, los pacientes coreanos con artritis reumatoide reportan una calidad de vida inferior en comparación con pacientes occidentales (8).

Al-Jabi Samah y colaboradores (Cisjordania-Palestina, 2021) en su investigación titulada “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” El objetivo del estudio fue evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y el perfil de discapacidad funcional de pacientes con artritis reumatoide (AR) en Palestina, con el fin de determinar las características sociodemográficas y clínicas asociadas. Un estudio observacional transversal que incluyó 300 participantes y se realizó en clínicas de reumatología del norte de Cisjordania, Palestina. Se evaluó la CVRS mediante la escala EuroQoL de 5 dimensiones (EQ-5D-5L), la discapacidad funcional con el Cuestionario de Evaluación de la Salud y el Índice de Discapacidad (HAQ-DI), y el dolor con la escala visual analógica del dolor del HAQ (HAQ-VAS). En los resultados se describe que la ausencia de comorbilidades ($\beta = 0.211$; $p = <0.001$), tener mayores ingresos económicos ($\beta = 0.148$; $p = 0.004$), la ausencia de dolor nocturno ($\beta = 0.276$; $p = <0.001$) y estar desempleado ($\beta = -0.135$; $p = 0.036$) tuvieron correlaciones significativas con la calidad de vida. Concluyeron que los hallazgos identificaron varios factores clave a tener en cuenta en el cuidado de pacientes con AR (9).

Mandal y colaboradores (Calcuta-India, 2020) en su estudio “Cuantificación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide: Un estudio institucional en Calcuta, Bengala Occidental” El propósito del estudio fue evaluar la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide (AR) y determinar los factores que influyen en una calidad de vida insatisfactoria. Se seleccionaron un total de 252 pacientes con AR mediante un muestreo aleatorio sistemático. El estudio reveló que la edad promedio de los pacientes fue de $43,05 \pm 10,63$ años, con una predominancia femenina del 84,5%. El 59,9% de los participantes presentó una calidad de vida insatisfactoria, la cual se asoció significativamente con varios factores: discapacidad funcional moderada a alta (AOR: 6,04; IC: 2,86-12,78), actividad de la enfermedad moderada a alta (AOR: 5,41; IC: 1,87-15,69), presencia de comorbilidades (AOR: 2,90; IC: 1,39-6,04), manifestaciones extraarticulares (AOR: 3,14; IC: 1,41-6,96) y retraso en el inicio de tratamiento con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) (AOR: 1,24; IC: 1,08-1,42). Los autores concluyeron que una alta proporción de los pacientes con AR experimentan una calidad de vida insatisfactoria (10).

Cruz Y, y colaboradores (Quito-Ecuador, 2019) En su estudio “Calidad de vida en pacientes ecuatorianos con artritis reumatoide: un estudio transversal” se analizaron 163 pacientes con artritis reumatoide. Para llevar a cabo el estudio, se emplearon instrumentos como la escala QoL-RA y el Cuestionario Modificado de Evaluación de la Salud (MHAQ) con el fin de medir la calidad de vida y la funcionalidad de los participantes. Los hallazgos revelaron que la puntuación promedio en la escala QoL-RA fue de 6.84 con una desviación estándar de 1.5. Los dominios mejor valorados correspondieron a la interacción social (8.04 ± 1.9) y al apoyo familiar (8.01 ± 2). En contraste, los puntajes más bajos se observaron en los aspectos relacionados con la tensión nerviosa y el dolor articular. Asimismo, se identificaron variables asociadas con la calidad de vida, como la funcionalidad medida por MHAQ ($\beta = -0.62$; $p < 0.001$), el tiempo de enfermedad ($\beta = -0.154$; $p < 0.05$) y actividad de la enfermedad ($\beta = -0.2$; $p < 0.05$), que presentó una diferencia de medias de 1.5 (IC 95%: 1.09–1.91). Se concluyó que la funcionalidad física, la duración y la actividad de la enfermedad están asociadas a la calidad de vida en estos pacientes, quienes presentaron una calidad de vida de buena a moderada. ($p < 0.05$) (11).

Awada S., y colaboradores (Líbano, 2019) realizaron el estudio titulado "Artritis reumatoide en adultos libaneses: impacto en la calidad de vida relacionada con la salud", El objetivo del estudio fue evaluar la calidad de vida (CVRS) en pacientes libaneses con artritis reumatoide. Se realizó un estudio observacional de casos y controles con una muestra de 90 pacientes diagnosticados con AR y 180 individuos sin la enfermedad. Para medir la CVRS, se utilizó el cuestionario SF-36, administrado a través de entrevistas personales. Los resultados mostraron que una mayor duración de la rigidez matutina se asocia con una peor calidad de vida ($B = -9,190$, $p = 0,009$) y peor salud mental ($B = -9,211$, $p = 0,013$). La frecuencia con la que se practica deporte por semana mejora la salud física ($B = 6,692$, $p = 0,002$) y la calidad de vida ($B = 6,148$, $p = 0,003$). Además, una mayor capacidad de trabajo está relacionada con una mejor salud física ($B = 5,546$, $p = 0,022$). Este estudio concluye que las campañas educativas desempeñan un papel clave en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide. Fomentar hábitos saludables, como la realización regular de actividad física y el fortalecimiento de la capacidad laboral, puede contribuir de manera significativa al bienestar de estos pacientes (12).

Katchamart Wanruchada. y colaboradores (Bangkok-Tailandia, 2019) En su estudio "Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide" cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y los factores relacionados en pacientes con AR. Se realizó un estudio en 464 pacientes. La CVRS se evaluó con el EQ-5D y el EQ VAS en su versión tailandesa. Se realizaron análisis univariados y multivariados con el objetivo de identificar los factores relacionados. Los resultados indicaron que la media de calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL) fue de 0.87 ± 0.13 según el instrumento EQ-5D, y de 7.94 ± 1.7 en la escala EQ VAS, lo que sugiere que los pacientes percibían su estado de salud como equivalente al 87% de un estado de salud óptimo. Se encontró que la actividad de la enfermedad ($\beta = -0.014$; $p < 0.05$), la discapacidad funcional (HAQ) ($\beta = -0.09$; $p < 0.05$), la depresión $\beta = -0.07$; $p < 0.001$ y la ansiedad $\beta = -0.08$; $p < 0.05$) estaban negativamente asociadas con la HRQoL ($p < 0.05$). Además, los pacientes con enfermedad activa ($DAS28 > 2.6$) y discapacidad funcional ($HAQ > 0.5$) reportaron mayores problemas en movilidad, cuidado personal, actividades habituales y dolor ($p < 0.01$). Concluyen que el control de la actividad de la enfermedad, la mejora de la funcionalidad y el manejo de los trastornos psicológicos son clave para mejorar la calidad de vida en pacientes con AR (13).

Franco J, Cardona A. y Cardona J. (Medellín-Colombia, 2014) en su estudio titulado "Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide de Medellín-Colombia, 2014", El objetivo del estudio fue evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con artritis reumatoide (AR). Se trató de un estudio observacional transversal que incluyó a 112 pacientes diagnosticados con AR. Para la medición de la CVRS, se emplearon instrumentos estandarizados. Se aplicaron modelos de regresión lineal múltiple para identificar los factores asociados con la CVRS, encontrando que la calidad de vida de los pacientes se ve influenciada por varios factores. Una menor actividad física ($\beta = -6,9$; $p < 0,01$), un mayor índice de masa corporal ($\beta = -5,8$; $p < 0,01$), un mayor tiempo desde el diagnóstico ($\beta = 0,8$; $p < 0,05$), ser mujer ($\beta = 9,9$; $p < 0,05$) y un bajo nivel socioeconómico ($\beta = -0,3$; $p < 0,01$) se asociaron con una peor calidad de vida. Concluyeron que la artritis reumatoide afecta negativamente la CVRS, y que la identificación de los factores asociados permite implementar intervenciones intersectoriales e interdisciplinarias para mejorar la calidad de vida de estos pacientes, enfocando la atención y el seguimiento en los grupos de mayor riesgo (14).

1.3 Formulación del problema y objetivos

1.3.1 Problema General:

¿Cuáles son los factores clínicos, sociodemográficos y psicoafectivos asociados con la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide?

1.3.2 Problemas específicos:

1. ¿Las características sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo, estado civil, empleo e ingresos) están asociadas con la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide?
2. ¿Las características clínicas (duración de la enfermedad, actividad de la enfermedad, dolor, discapacidad funcional y comorbilidades) afectan la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide?
3. ¿Qué indicadores psicoafectivos tienen un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide?

1.3.3 Objetivo general:

Evaluar la calidad de vida y los factores asociados en pacientes con artritis reumatoide.

1.3.4 Objetivos específicos

1. Determinar si las características sociodemográficas (sexo, edad, grado de instrucción, lugar de residencia, estado civil) están asociadas con la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide.
2. Evaluar el impacto de las características clínicas (duración de la enfermedad, actividad de la enfermedad, presencia de comorbilidades, tratamiento recibido) en la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide.
3. Determinar si los indicadores psicoafectivos, como el apoyo social, tienen un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide.

1.4 Justificación de la investigación

La artritis reumatoide afecta de manera considerable la calidad de vida de los pacientes, ya que causa una limitación progresiva en la movilidad y funcionalidad de las articulaciones. Esta enfermedad no solo provoca discapacidad, dificultando la realización de actividades cotidianas como caminar, vestirse o trabajar, sino que también aumenta el riesgo de desarrollar otras afecciones. Entre ellas se incluyen problemas cardiovasculares, osteoporosis e infecciones, derivados de la inflamación crónica y, en algunos casos, del uso prolongado de medicamentos inmunosupresores. Como resultado, los pacientes con AR pueden sufrir un deterioro tanto físico como emocional, lo que afecta su autonomía y su calidad de vida en general (15,16).

Al inicio de la enfermedad, es poco común que se presenten síntomas extra articulares. No obstante, con la progresión de la enfermedad, pueden surgir manifestaciones extraarticulares, lo que puede tener un impacto considerable en la salud general del paciente e incluso comprometer su pronóstico vital. Además, a medida que la artritis reumatoide progresa, aproximadamente la mitad de los pacientes desarrollan una discapacidad funcional significativa después de diez años de evolución, lo que repercute de manera considerable en su calidad de vida y autonomía. Esta limitación en la movilidad y la capacidad para realizar tareas cotidianas puede ser tan severa que les impida continuar con su vida laboral, afectando su independencia y calidad de vida (17). En aproximadamente el 10% de los casos, la artritis reumatoide evoluciona de manera acelerada, generando una discapacidad significativa en menos de dos años. Diversos estudios han evidenciado que, después de cinco años de enfermedad, los pacientes pierden más del 10% de su capacidad para realizar actividades previas al diagnóstico. Dada la progresión incapacitante de la enfermedad y sus repercusiones en la

funcionalidad del paciente, resulta fundamental profundizar en su estudio para desarrollar estrategias de intervención temprana y mejorar el pronóstico a largo plazo (18,19).

En la actualidad, aún existe una cantidad limitada de información sobre el impacto que tiene en las personas con esta enfermedad. Además, factores como la capacidad de asumir responsabilidades en el autocuidado, el manejo del estrés, las interacciones sociales y el nivel de autoconocimiento respecto a la actividad clínica de la enfermedad son áreas clave que requieren mayor atención para poder ofrecer un manejo integral de esta enfermedad (20).

1.5 Limitaciones de la investigación

Este estudio tiene algunas limitaciones ya que, al ser un diseño transversal, no permite establecer relaciones causales entre las variables. Además, la recolección de datos se llevará a cabo solo en el Hospital Regional del Cusco, lo que dificulta la generalización de los resultados a nivel regional

1.6 Aspectos éticos

Se tendrán en cuenta los siguientes principios:

Principio de Privacidad: El investigador se compromete a respetar la privacidad de los participantes, asegurándose de no recopilar ni divulgar información más allá de lo estrictamente necesario para el desarrollo del estudio

Principio de Confidencialidad: La información recopilada será manejada de manera confidencial y únicamente estará accesible para los responsables del estudio, asegurando que solamente será con fines de investigación.

Para llevar a cabo esta investigación, se solicitará el permiso de las autoridades del Hospital Regional del Cusco.

La participación en este estudio será completamente voluntaria, y se solicitará el consentimiento informado de cada participante antes de iniciar. Este consentimiento se obtendrá luego de proporcionar información clara y detallada sobre los objetivos, beneficios y posibles riesgos del estudio. En todo momento se respetará la decisión del paciente en caso no desee continuar con el estudio.

CAPITULO II: MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1 Marco teórico

2.1.1 Definición

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica progresiva, inflamatoria y sistémica que inicia con afectación articulares y que puede llegar a generar manifestaciones extraarticulares. Una característica importante es la destrucción progresiva de la membrana sinovial en las articulaciones, lo que inicia una serie de procesos degenerativos que afectan tanto al cartílago como al tejido óseo circundante. Este deterioro articular conduce a una disminución en la funcionalidad y movilidad, lo que tiene un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes. La AR puede considerarse un ejemplo prototípico de enfermedad autoinmune, en la cual una fase preclínica, asintomática y sin detección clínica, es seguida por años de evolución hasta la manifestación clínica de la enfermedad (21).

La artritis reumatoide se presenta como la forma más común y severa de enfermedad inflamatoria articular crónica. Su origen sigue siendo incierto, aunque se reconoce un componente inmunológico en su patogenia, lo que le confiere un carácter sistémico. Se caracteriza por la presencia de una sinovitis prolongada que afecta de manera simétrica las articulaciones, siendo especialmente notoria en las manos; no obstante, también puede comprometer grandes articulaciones de forma asimétrica y producir manifestaciones extraarticulares en diversos órganos y sistemas (22).

2.1.2 Epidemiología

La artritis reumatoide tiene una incidencia global del 0,5% al 1%, con una distribución geográfica que muestra una reducción de la prevalencia de norte a sur en el hemisferio norte y una menor frecuencia en áreas rurales en comparación con las urbanas. Se ha identificado una prevalencia especialmente alta de artritis reumatoide en ciertas poblaciones nativas americanas, lo que sugiere la existencia de un componente genético y ambiental importante en su desarrollo. Un antecedente familiar positivo incrementa el riesgo entre tres y cinco veces, y los estudios realizados en gemelos muestran una mayor concordancia en gemelos monocigóticos, lo que refuerza la influencia genética en la enfermedad. La heredabilidad de la artritis reumatoide se estima en un 40-65% en la forma seropositiva y alrededor del 20% en la seronegativa. Además, se han identificado varios factores ambientales relacionados con el desarrollo de la enfermedad, siendo el tabaquismo uno de los más significativos, seguido de un bajo nivel socioeconómico o educativo. También se ha documentado una asociación entre la artritis reumatoide y la periodontitis, particularmente con la bacteria

Porphyromonas gingivalis, la cual podría inducir respuestas inmunitarias anómalas a través de la citrulinación de proteínas. Otros agentes infecciosos, como *Proteus mirabilis*, *Escherichia coli* y el virus de Epstein-Barr, han sido postulados como posibles desencadenantes mediante mecanismos de mimetismo molecular, aunque su rol en la patogénesis de la enfermedad aún no ha sido completamente esclarecido (21).

2.1.3 Fisiopatología

En la artritis reumatoide, el tejido sinovial experimenta un crecimiento anormal, formando un pannus reumatoideo que destruye progresivamente el cartílago y el hueso subyacente. Esta inflamación articular, que generalmente es palpable, especialmente en las articulaciones periféricas, está mediada por factores tanto genéticos como ambientales. Debido a su mecanismo patogénico complejo, la enfermedad puede presentarse de diversas formas y su curso clínico varía considerablemente entre los pacientes (24).

En la sinovitis reumatoide, inicialmente ocurre un crecimiento anómalo de los sinoviocitos tipo A, que son células derivadas de macrófagos. Posteriormente, se genera una neovascularización extensa, que activa las células endoteliales y facilita la infiltración de células inflamatorias hacia la membrana sinovial. El tejido inflamado se llena predominantemente de linfocitos T, especialmente linfocitos T CD4+, que se agrupan alrededor de los nuevos vasos sanguíneos. Estos linfocitos T forman estructuras organizadas en conjunto con los macrófagos, los cuales actúan como células presentadoras de antígenos y expresan de manera significativa moléculas HLA de clase II en su membrana. Alrededor de estas estructuras, se encuentran linfocitos B y células plasmáticas, encargadas de la producción local de anticuerpos (24).

Aún no se ha determinado de manera definitiva el papel exacto de los linfocitos T, los macrófagos y los linfocitos B en la patogénesis de la artritis reumatoide, y sigue siendo un tema de debate en la investigación. Además, no se tiene claridad sobre el péptido específico que las moléculas HLA de clase II de los macrófagos presentan al receptor de los linfocitos T. Este péptido podría tener un origen exógeno, como en el caso de infecciones bacterianas o virales, o bien ser de naturaleza endógena, como el colágeno tipo II, que es el principal componente del cartílago articular (24).

En la artritis reumatoide, la inflamación y el daño en el cartílago y el hueso están estrechamente regulados por las citocinas. Estas proteínas son liberadas por células activadas cuando interactúan con su objetivo de paracrina o endocrina. El tejido sinovial afectada por la enfermedad, hay un desequilibrio en el que predominan las citocinas proinflamatorias sobre las antiinflamatorias y sus reguladores naturales. En la artritis

reumatoide, las citocinas TNF- α e IL-1 son responsables de la inflamación y destrucción del cartílago y hueso, además de provocar fiebre, fatiga y pérdida de peso (20).

La artritis reumatoide está fuertemente influenciada por factores genéticos, destacando el complejo mayor de histocompatibilidad (MHC) de clase II como un determinante clave. El alelo HLA-DR4 se encuentra en aproximadamente el 70% de los pacientes con AR, mientras que solo está presente en el 30% de la población general. Además, el epítipo de susceptibilidad compartida (SE), localizado en los aminoácidos 70-74 de la cadena DR β , ha sido identificado como un factor de riesgo importante. Estos factores genéticos favorecen la activación del sistema inmunológico contra las articulaciones, iniciando el proceso inflamatorio característico de la enfermedad (23). La citrulinación, en la que la arginina se convierte en citrulina por las enzimas PAD, ocurre de forma natural, pero puede ser inducida por factores como el tabaquismo, principal factor de riesgo para la AR. Fumar afecta la epigenética y la microbiota mucosa, y su efecto es más fuerte en personas con ciertos alelos HLA-SE. Mientras que el tabaquismo promueve la producción de autoanticuerpos contra proteínas citrulinadas, el HLA-SE no se asocia directamente con estos anticuerpos en la población general, aunque aumenta la probabilidad de desarrollar artritis inflamatoria en quienes lo poseen (24).

2.1.4 Características clínicas

2.1.4.1 AR “Clásica” típica

La artritis reumatoide generalmente comienza de manera gradual, manifestándose con dolor, inflamación y sensación de rigidez en múltiples articulaciones, especialmente por las mañanas(25). En las fases iniciales de la artritis reumatoide, las articulaciones más comúnmente afectadas son las interfalángicas proximales y metacarpofalángicas de los dedos de las manos, los pulgares, las muñecas y las metatarsfalángicas de los dedos de los pies. A medida que la enfermedad progresa, la inflamación puede involucrar otras articulaciones, tales como los codos, hombros, tobillos y rodillas (26).

La rigidez matutina es un síntoma común en la artritis reumatoide activa, caracterizándose por la dificultad para mover las articulaciones al despertar o tras mantener una posición durante un tiempo prolongado. Tiene afección simétrica con el movimiento. Una rigidez superior a una hora, sugiere una inflamación articular considerable, propia de la artritis inflamatoria activa. Esta rigidez prolongada, también conocida como «fenómeno de gelificación», es frecuente en diversas artropatías inflamatorias. En algunos casos, los pacientes con artritis reumatoide pueden presentar síntomas semejantes a los de la polimialgia reumática, y en aquellos que aún no han

desarrollado signos clínicos evidentes, los síntomas pueden tardar meses o incluso años en aparecer (27).

2.1.4.2 Reumatismo palíndromo

En algunos pacientes, la artritis reumatoide se presenta de forma episódica, afectando una o varias articulaciones de manera secuencial en un periodo de horas o días, con intervalos libres de síntomas que pueden durar desde días hasta meses. Las personas que presentan esta forma de inicio comparten factores genéticos de riesgo con aquellos que desarrollan artritis reumatoide persistente, incluyendo una relación dosis-dependiente con ciertos alelos del antígeno leucocitario humano (HLA) (28).

2.1.4.3 Distribución de articulaciones afectadas

La artritis reumatoide afecta principalmente las articulaciones periféricas, como las de las manos, pies, muñecas, codos, hombros, rodillas y tobillos, mostrando un patrón generalmente simétrico. En las etapas iniciales, se observa inflamación en las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales, así como en las metatarsofalángicas. A medida que avanza la enfermedad, pueden desarrollarse deformidades articulares típicas, como la desviación cubital, las deformidades en cuello de cisne y en ojal, y la ruptura de tendones. La sinovitis también puede ocasionar compresión nerviosa, como en el síndrome del túnel carpiano o la neuropatía del nervio cubital en el codo. La afectación de la cadera suele manifestarse en estadios avanzados, causando dolor en la ingle o en la parte baja de la espalda, mientras que en las rodillas puede generar quistes poplíteos (quistes de Baker) y deformidades progresivas (29).

La afectación de la columna cervical es la más frecuente dentro del esqueleto axial y, en casos avanzados, puede causar subluxación e inestabilidad, con riesgo de compresión medular. Otras articulaciones centrales menos afectadas incluyen la atlantoaxial, la acromioclavicular, la esternoclavicular, la temporomandibular y la cricoaritenoidea, cuya inflamación puede generar síntomas como dolor, rigidez, ronquera o estridor. La afectación de la articulación cricoaritenoidea, presente en hasta un 30 % de los pacientes, puede detectarse mediante laringoscopia o tomografía computarizada. En la columna lumbar, aunque es poco frecuente, la AR puede provocar sinovitis facetaria o discitis, por lo que es fundamental descartar otras causas más comunes de dolor lumbar, como fracturas por compresión vertebral (30).

2.1.4.4. Manifestaciones extraarticulares

Los pacientes con artritis reumatoide mal controlada pueden desarrollar diversas manifestaciones extraarticulares, como vasculitis o enfermedad pulmonar intersticial. Además, la inflamación crónica asociada a la enfermedad se ha vinculado con un mayor riesgo de amiloidosis secundaria, linfoma, enfermedades cardiovasculares y un aumento en la mortalidad. No obstante, estos riesgos han disminuido considerablemente con los tratamientos actuales. Es relevante señalar que el metotrexato puede inducir nodulosis similar a los nódulos reumatoides, y los inhibidores del TNF pueden ocasionar lesiones cutáneas semejantes a la psoriasis, las cuales solo desaparecen al suspender el medicamento (31).

2.1.5 Diagnóstico

No existen criterios diagnósticos específicos para la artritis reumatoide. Usualmente, los pacientes presentan inflamación y sensibilidad en las articulaciones de inicio reciente, rigidez matutina y alteraciones en pruebas de laboratorio, como niveles elevados de proteína C reactiva o velocidad de sedimentación globular. Sin embargo, estos síntomas no son exclusivos de esta enfermedad, por lo que se deben considerar otras causas de artritis, como la reactiva, psoriásica, infecciosa o trastornos autoinmunes. En muchos casos, el diagnóstico específico no se puede realizar en la primera consulta, por lo que se clasifica como artritis indiferenciada, lo que permite iniciar un tratamiento modificador de la enfermedad para cualquier tipo de artritis inflamatoria crónica (32).

En 2010, se introdujeron nuevos criterios de clasificación para la artritis reumatoide con el fin de mejorar los anteriores del American College of Rheumatology (ACR), eliminando limitaciones vinculadas con la cronicidad y el pronóstico desfavorable. Estos nuevos criterios requieren al menos una articulación clínicamente inflamada sin otra causa identificable. Además, permiten evaluar con mayor precisión la extensión del compromiso articular mediante la sensibilidad a la palpación o la detección por ecografía o resonancia magnética. También incluyen marcadores serológicos (FR y ACPA), duración prolongada de los síntomas y signos de inflamación sistémica. Aunque han demostrado ser más sensibles que los criterios previos, su especificidad es menor. Mientras que el diagnóstico busca ser preciso para cada paciente individual, la clasificación se utiliza principalmente para estudios e investigaciones, aunque puede ayudar en la evaluación clínica (31,33).

Los nuevos criterios para la artritis reumatoide se aplican a pacientes con al menos una articulación inflamada por sinovitis clínica, sin que se pueda atribuir a otra enfermedad. El diagnóstico se confirma con una puntuación mínima de 6 en un sistema de evaluación

que considera la distribución de las articulaciones afectadas, la presencia de factor reumatoide (FR) y/o ACPA, niveles elevados de reactantes de fase aguda y una duración de los síntomas de al menos seis semanas (34).

2.1.6. Tratamiento

El tratamiento de la artritis reumatoide (AR) tiene como objetivo reducir la inflamación y el dolor, preservar la función articular y prevenir deformidades. Este enfoque se adapta a cada paciente según su estado de salud, la progresión de la enfermedad y factores individuales. Los tratamientos incluyen medicamentos, ejercicio físico, educación del paciente y reposo adecuado (34).

El tratamiento de la artritis reumatoide se basa en las directrices más recientes del Colegio Americano de Reumatología (2021) y la Liga Europea contra el Reumatismo (2022), que adoptan un enfoque de tratamiento dirigido al objetivo. Este enfoque ajusta la terapia según la respuesta del paciente y los factores pronósticos. En la fase inicial, para pacientes sin exposición previa a fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), se recomienda el uso de metotrexato en casos de actividad moderada a alta, priorizándolo sobre otros FAME sintéticos convencionales, biológicos o dirigidos. En pacientes con baja actividad de la enfermedad, se recomienda hidroxicloroquina sobre los FAME sintéticos convencionales, y sulfasalazina es preferida sobre metotrexato, mientras que este último se prefiere sobre la leflunomida (35,36).

El uso de glucocorticoides es común en el tratamiento de la artritis reumatoide para aliviar los síntomas mientras los FAME hacen efecto. Sin embargo, deben administrarse en la dosis más baja posible y durante el menor tiempo necesario para evitar efectos secundarios a largo plazo. En pacientes con una respuesta inadecuada al metotrexato, se recomienda añadir un FAME biológico en lugar de optar por una terapia triple que combine metotrexato, sulfasalazina e hidroxicloroquina. Si la respuesta a un FAME biológico inicial es insuficiente, se sugiere cambiar a un fármaco de otra clase en lugar de otro de la misma categoría. Además, las directrices europeas recomiendan restringir los inhibidores de JAK a aquellos pacientes que no han respondido a un FAME biológico debido a preocupaciones de seguridad según el estudio ORAL. El Colegio Americano de Reumatología recomienda mantener la dosis actual de FAME en lugar de reducirla debido a las altas tasas de recaída tras la suspensión del tratamiento. Si se considera reducir la dosis, se prefiere una disminución progresiva en lugar de una interrupción abrupta. En pacientes que reciben terapia triple y desean suspender un medicamento, se recomienda retirar primero la sulfasalazina en lugar de la hidroxicloroquina. En

aquellos con terapia combinada, se sugiere suspender el metotrexato antes que los FAME biológicos o sintéticos dirigidos (35).

Antes de iniciar el tratamiento con FAME, es esencial realizar pruebas para detectar infecciones por hepatitis B y C, dado el riesgo asociado con los medicamentos inmunosupresores. Además, los pacientes que recibirán agentes biológicos o sintéticos dirigidos deben someterse a pruebas para la detección de tuberculosis. Se recomienda la vacunación contra el herpes zóster recombinante para todos los pacientes en tratamiento inmunosupresor. Las inmunizaciones rutinarias, como las vacunas inactivadas contra neumococo, influenza, hepatitis B y COVID-19, también deben administrarse preferentemente antes de iniciar el tratamiento. El Colegio Americano de Reumatología respalda la administración de vacunas no vivas independientemente de la actividad de la enfermedad y recomienda la vacuna contra la gripe estacional en pacientes en terapia inmunosupresora, incluyendo aquellos que reciben rituximab o glucocorticoides en dosis altas (37).

El tratamiento farmacológico de la artritis reumatoide incluye FAME sintéticos, biológicos e inhibidores de JAK. El metotrexato es el fármaco de primera línea, administrado con ácido fólico o leucovorina para mitigar efectos adversos. Se administra semanalmente por vía oral o subcutánea, con ajuste gradual según la respuesta. Otros FAME sintéticos incluyen hidroxicloroquina, leflunomida y sulfasalazina, que se pueden usar en monoterapia o combinados. Entre los FAME biológicos, los inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF) como adalimumab, etanercept e infliximab son opciones frecuentes. Otros biológicos incluyen abatacept, rituximab y tocilizumab. Los inhibidores de JAK, como tofacitinib, baricitinib y upadacitinib, se utilizan en pacientes con respuesta insuficiente a otros tratamientos. Además de la terapia farmacológica, se recomienda un enfoque integral con actividad física, fisioterapia, terapia ocupacional e intervenciones psicosociales. El ejercicio regular mejora la función articular, la estabilidad y la fatiga. La fisioterapia ayuda a mantener el rango de movimiento y puede incluir calor húmedo superficial para reducir la rigidez y el dolor. La terapia ocupacional proporciona herramientas para proteger las articulaciones y mejorar la funcionalidad, como férulas, ortesis y dispositivos de asistencia. También se recomienda la terapia cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida (35,36).

En algunos casos de artritis reumatoide, la cirugía puede ser necesaria para mejorar la función y aliviar el dolor en articulaciones severamente afectadas. Las opciones quirúrgicas incluyen el reemplazo articular, la artrodesis y la sinovectomía. En cuanto a

la dieta, aunque la evidencia es limitada, se recomienda seguir una dieta mediterránea, que ha mostrado beneficios en la reducción de la actividad de la enfermedad (38,39).

2.1.7 Estado del Arte

Calidad de vida e ingresos económicos

La AR Es una enfermedad crónica que conlleva limitaciones físicas y diversas comorbilidades, lo que implica una carga económica considerable, menor productividad, inestabilidad laboral y un deterioro en la calidad de vida (40). La participación laboral reducida genera implicaciones sociales, como la ausencia prolongada por motivos de salud y el impacto económico general. Además, conlleva consecuencias directas para el paciente, como el empobrecimiento, el desarrollo de cuadros depresivos y una menor interacción social. Las personas que padecen artritis reumatoide tienen una mayor probabilidad de perder su empleo o disminuir su productividad en el trabajo, así como un riesgo elevado de ausentarse con frecuencia por enfermedad, lo que puede derivar en una pérdida definitiva de su capacidad laboral (41). los pacientes con AR pierden aproximadamente cuatro horas de trabajo productivo cada dos semanas, asumiendo una semana laboral promedio de 28.7 h y además en otro estudio se demostró una reducción del 29% de productividad en los pacientes con AR que todavía estaban empleados (42,43).

Calidad de vida y actividad de la enfermedad

La AR afecta significativamente la calidad de vida relacionada con la salud especialmente en pacientes con alta actividad de la enfermedad. Se detectó una relación de moderada a alta intensidad entre la actividad clínica. Los pacientes con AR experimentan limitaciones en movilidad, autocuidado y actividades diarias debido a síntomas como dolor, rigidez y fatiga, lo que afecta su funcionalidad y bienestar. Este deterioro es más evidente en pacientes con mayor actividad de la enfermedad. Se resalta la importancia de un manejo integral, que incluya tanto el control de los síntomas físicos como el apoyo psicológico. También se destaca que la actividad de la AR está negativamente relacionada con la calidad de vida, se concluye que, a mayor actividad de la enfermedad, peor es la calidad de vida, tanto física como mental (44).

Calidad de vida y capacidad funcional

Un estudio realizado en Portugal mostró que los pacientes con artritis reumatoide obtienen puntuaciones significativamente más bajas en las mediciones físicas de calidad de vida, como el SF36 y el EQ-5D, en comparación con la población general. Se observó que aquellos con menor actividad de la enfermedad reportaron una mejor calidad de vida, y los pacientes en remisión obtuvieron mejores resultados que aquellos con actividad baja de la enfermedad. Además, se encontró que el HAQ, VAS-P y VAS-DA, instrumentos utilizados para medir la calidad de vida, estaban fuertemente correlacionados con las mediciones obtenidas mediante el SF-36 (45).

Calidad de vida y comorbilidad

Se observó una correlación significativa entre el incremento de comorbilidades y puntuaciones más bajas en salud física. La presencia de enfermedades adicionales empeora la calidad de vida, lo que resalta la necesidad de un manejo integral donde se pueda controlar las comorbilidades y generar mejores condiciones para afrontar su enfermedad. El impacto de las comorbilidades podría ser aún más relevante debido al envejecimiento de la población y la creciente prevalencia de la artritis, lo que implica un mayor riesgo de desarrollar condiciones comórbidas (46).

2.1.8. Instrumentos

Calidad de vida Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale II (QOL-RA II)

Es una herramienta creada y adaptada al español para evaluar la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. Consta de 8 ítems que cubren diversas dimensiones del bienestar, como dolor, movilidad, capacidad física, interacciones sociales, apoyo emocional, estado de ánimo, nivel de estrés y percepción general de la salud. Cada ítem se califica en una escala del 1 al 10, donde una puntuación más alta indica una mejor calidad de vida en esa área. Gracias a su formato breve y práctico, el cuestionario puede completarse en 2 a 3 minutos, siendo útil tanto para la evaluación clínica como para la investigación. Su uso permite obtener una visión rápida y objetiva del impacto de la enfermedad en la vida diaria del paciente (47).

Capacidad funcional (Health Assessment Questionnaire-II)

El HAQ-DI es un cuestionario para evaluar la capacidad funcional de individuos con enfermedades que afectan su movilidad y autonomía. Está compuesto por 20 ítems que miden el desempeño en ocho áreas de la vida diaria durante la última semana: que incluyen vestirse y asearse, levantarse, comer, caminar, higiene, alcance, agarre y actividades. Cada ítem se puntúa en una escala de Likert de 0 a 3, donde 0 indica que la actividad se realiza sin dificultad y 3 significa que la persona no puede realizarla. Además, se incluyen 14 enunciados que consideran el uso de dispositivos de asistencia o la ayuda de otra persona para completar las tareas. Para calcular la puntuación final, se toma el puntaje más alto dentro de cada categoría y, si este es menor a 2 pero la persona usa un dispositivo o necesita asistencia, se ajusta a 2 para reflejar mejor la discapacidad subyacente. El índice de incapacidad se obtiene sumando los puntajes de todas las categorías y dividiendo el total por el número de áreas evaluadas (48,49).

CDAI (Índice de Actividad de la Enfermedad Clínica)

El CDAI es una herramienta de evaluación clínica sin pruebas de laboratorio, utilizada para medir el nivel de actividad de la artritis reumatoide. Su cálculo se basa en la suma directa de las articulaciones inflamadas y doloridas (de un total de 28), junto con la evaluación subjetiva tanto del paciente como del médico, usando una escala visual análoga de 0 a 10 puntos. El resultado puede oscilar entre 0 y 76 puntos. El resultado se divide en diferentes categorías que reflejan el nivel de actividad de la enfermedad. Un puntaje de 0 a 2.8 indica remisión clínica. Un rango de 2.9 a 10.0 sugiere una actividad baja, mientras que de 10.1 a 22.0 se considera una actividad moderada. Finalmente, un puntaje superior a 22.0 representa una actividad alta de la enfermedad (50).

Cuestionario Duke-UNC-11

Es una versión abreviada del Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire (FSSQ), diseñada para evaluar el apoyo social funcional percibido por los individuos. Este instrumento consta de 11 ítems que se agrupan en dos dimensiones principales que son apoyo social y afectivo. La versión de 11 ítems ha sido validada en diversas poblaciones, incluyendo cuidadores y pacientes con enfermedades crónicas, mostrando una alta consistencia interna (α de Cronbach = 0.89) y validez constructiva. Se ha utilizado ampliamente en países de habla hispana, lo que facilita su aplicación en contextos como el del Hospital Regional del Cusco (51).

2.2 Definición de términos

Artritis reumatoide: La artritis reumatoide es una enfermedad crónica poliarticular que genera afección sistémica y comúnmente molestias en las articulaciones (1)

Calidad de vida: Se refiere al bienestar general de una persona, considerando tanto los aspectos físicos como psicológicos y sociales, en el contexto de una enfermedad o condición médica. Este concepto se evalúa desde la perspectiva del paciente no solo en términos de la ausencia de enfermedad, también considera la capacidad de actividad de vida diaria, su percepción de bienestar y su satisfacción con la vida en general (52).

Actividad de la enfermedad en AR: La actividad de la enfermedad en artritis reumatoide se refiere al grado de inflamación y daño articular en un momento dado. Se mide con escalas como CDAI (Índice de Actividad de la Enfermedad Clínica), que evalúa el número de articulaciones inflamadas y dolorosas (de un total de 28) y las evaluaciones globales del paciente y el médico sobre la actividad de la enfermedad, utilizando escalas visuales analógicas (53).

Capacidad funcional: La capacidad funcional es la aptitud de una persona para llevar a cabo sus actividades diarias de manera autónoma, sin requerir ayuda o supervisión (54).

Comorbilidad: Presencia de dos o más enfermedades al mismo tiempo en una persona. También se llama morbilidad asociada (55).

2.3 Hipótesis

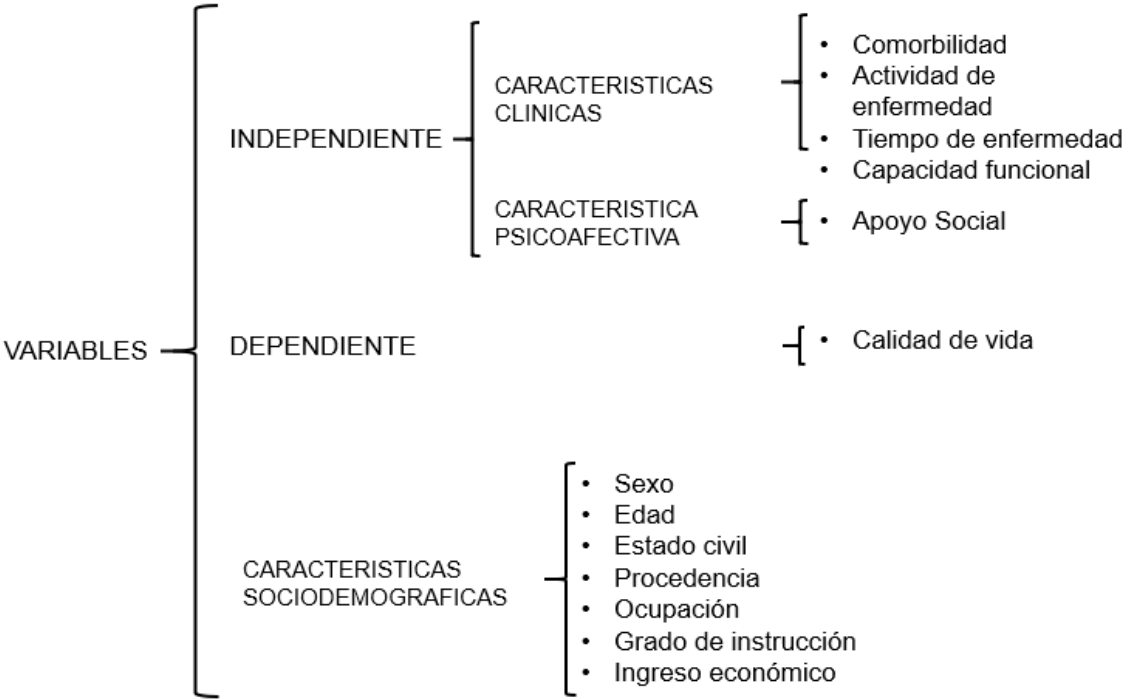
2.3.1 Hipótesis general

La calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide está influenciada por diversos factores clínicos, sociodemográficos y psicoafectivos.

2.3.2 Hipótesis específicas

1. Las características sociodemográficas (sexo, edad, grado de instrucción, lugar de residencia, estado civil) están asociadas con la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide.
2. Las características clínicas (duración de la enfermedad, actividad de la enfermedad, presencia de comorbilidades, tratamiento recibido) influyen en la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide.
3. Los indicadores afectivos como el apoyo social tienen un impacto significativo en la calidad de vida de pacientes con artritis reumatoide.

2.4 Variables implicadas



2.5 Definiciones operacionales

VARIABLE DEPENDIENTE									
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	DIMENSION O DOMINIO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO O PROCEDIMIENTO DE MEDICION	EXPRESION FINAL DE LA VARIABLE	ITEM	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Calidad de vida	Se refiere al bienestar general de una persona, considerando tanto los aspectos físicos como psicológicos y sociales, en el contexto de una enfermedad o condición médica	Cualitativa Cuantitativa	Factor clínico	• Habilidad física • Apoyo familiar • Dolo articular • Tensión nerviosa • Salud percibida • Cansancio o agotamiento • Interacción con la familia • Estado de animo	Intervalo	ÍNDICE QUALITY OF LIFE- RHEUMATOID ARTHRITIS SCALE-II (QOL AR – II)	Promedio: valor entre 1 y 10	13	La puntuación total de la variable varía entre 8 y 80, obtenida al sumar los puntajes individuales de los 8 ítems del cuestionario adaptado y posteriormente se dividirá entre el total de preguntas Un puntaje más alto indica una mejor calidad de vida relacionada con la salud.

VARIABLES INDEPENDIENTES									
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	DIMENSION O DOMINIO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO O PROCEDIMIENTO DE MEDICION	EXPRESION FINAL DE LA VARIABLE	ITEM	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Comorbilidad	Presencia de otras condiciones de salud en una persona, además de la enfermedad principal que fue diagnosticada inicialmente	Cualitativa Politémica	Factor clínico	Comorbilidad Si () No ()	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿ Tiene Ud. alguna enfermedad diagnóstica anteriormente? Si () Especifique: _ No ()	8	La variable comorbilidad se expresará como la presencia de enfermedades coexistentes, el cual se obtendrá de la ficha de recolección de datos.
Actividad de la enfermedad	Se refiere al grado de inflamación y síntomas clínicos en pacientes con artritis reumatoide, medido mediante un índice validado	Cuantitativa Continua	Factor clínico	Puntuación total	Intervalo	Ficha de recolección de datos	¿Cuál es la puntuación CDAI del paciente: _____	10	La variable actividad de la enfermedad se expresará como la puntuación obtenida en la escala CDAI.
Tiempo de enfermedad	Se refiere al período transcurrido desde inicio de diagnóstico de artritis reumatoide hasta la fecha de evaluación	Cuantitativa Continua	Factor clínico	En años	Intervalo	Ficha de recolección de datos/ revisión de historia clínica	¿Cuántos años/meses hace que fue diagnosticado con artritis reumatoide? _____	9	La variable se obtendrá de la historia clínica del paciente.

Capacidad funcional	Se refiere al grado de independencia del paciente para realizar actividades de la vida diaria, afectado por la artritis reumatoide	Cuantitativa continua	Factor clínico	Puntaje	Intervalo	HAQ-DI (Health Assessment Questionnaire-Disability Index)	¿Cuál es el puntaje HAQ-DI del paciente? _____	11	Se expresará como el grado de independencia del paciente para realizar actividades de la vida diaria, incluyendo movilidad, autocuidado, alimentación, higiene personal, agarre y uso de herramientas, mediante la escala HAQ-DI.
Apoyo social	Percepción y disponibilidad de ayuda emocional, instrumental y social que el paciente recibe de su entorno.	Cuantitativa Continua	Factor clínico	Puntaje	Nominal	Escala Duke-UNC	Cuál es el puntaje total de apoyo social: _____	12	La variable apoyo social se expresará como la percepción de apoyo emocional y confidencial, evaluado mediante la escala Duke-UNC (puntuación de 11 a 55).
Procedencia	Es el origen, principio de donde nace una persona	Cualitativa dicotómica	Factor sociodemográfico	Urbano Rural	Nominal	Ficha de recolección de datos./ revisión de historia clínica	¿Cuál es su área de residencia? Urbano () Rural ():	3	Se definirá la variable Lugar de residencia como urbano o rural, según figure en la Historia Clínica

VARIABLES INTERVINIENTES									
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	DIMENSION O DOMINIO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO O PROCEDIMIENTO DE MEDICION	EXPRESION FINAL DE LA VARIABLE	ITEM	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Sexo	Término que indica la condición orgánica, masculina o femenina del encuestado.	Cualitativa Dicotómica	Factor sociodemográfico	Femenino Masculino	Nominal	Ficha de recolección de datos.	Sexo • Masculino () • Femenino ()	1	La variable sexo se expresará como la identificación al nacer, pudiendo ser esta como femenino o masculino, la cual se obtendrá de la ficha de recolección de datos.
Edad	Término que indica el tiempo que ha vivido o vive la persona	Cuantitativa De razón	Factor sociodemográfico	Años cumplidos	Razón	Ficha de recolección de datos	¿Qué edad tiene Usted? en años cumplidos.	2	La variable edad se expresará como número de años cumplidos, la cual se obtendrá de la ficha de recolección de datos.
Estado civil	Conjunto de condiciones personales registradas en el civil que definen los derechos y responsabilidades de una persona.	Cualitativa Politómica	Factor sociodemográfico	Soltero Casado Conviviente Divorciado Viudo	Nominal	Ficha de recolección de datos/ revisión de historias clínicas	¿Cuál es su estado civil? • Soltero () • Conviviente () • Casado () • Divorciado () • Viudo ()	4	Se definirá el estado civil en base a la entrevista del paciente.

Ocupación	Es el estado de estar empleado en una actividad o servicio	Cualitativa Politómica	Factor sociodemográfico	Estudiante Ama de casa Trabajador del estado Trabajador independiente Otro:	Nominal	Ficha de recolección de datos	Ocupación: Ocupación con esfuerzo físico () Ocupación sin esfuerzo físico () Retirado () Desempleado ()	5	Se definirá como la ocupación el cual realiza su ocupacion
Nivel de instrucción	medida de la cantidad de educación o formación que una persona ha recibido, generalmente en términos de grados académicos	Cualitativa politómica	Factor sociodemográfico	•Educación primaria completa •Educación secundaria completa •Educación superior completa	Nominal	Ficha de recolección de datos/ revisión de historia clínica	Nivel de instrucción: Analfabeta () Primaria () Secundaria () Superior incompleta () Superior incompleta ()	6	Se definirá como el nivel de educación, se obtendrá de la ficha de recolección de datos de la entrevista
Ingreso económico	Se refiere a la cantidad de dinero que percibe el paciente o su familia en un periodo determinado, utilizado para cubrir sus necesidades básicas	Cualitativa Politómica	Factor sociodemográfico	>1526 1130-1526 850-1129 616-849 <616	Ordinal	Ficha de recolección de datos	¿En qué categoría se encuentra su ingreso mensual? Alto () Medio alto() Medio () Medio bajo () Bajo ()	7	La variable ingreso económico se expresará como el monto en soles peruanos reportado por el paciente o su familia en la ficha de recolección se clasifica según la ultimo censo realizado el 2017.

CAPITULO III: METODOS DE INVESTIGACION

3.1 Tipo de investigación

Este estudio tiene un enfoque cuantitativo, ya que se recolectaron datos con el propósito de poner a prueba hipótesis a través de mediciones numéricas y análisis estadísticos. El objetivo es establecer modelos de comportamiento y verificar teorías, basándose en la recolección de datos de manera estadística.

El estudio es de tipo correlacional. En este caso, el estudio será correlacional porque pretende investigar la relación entre la calidad de vida y los factores que influyen en la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide que acuden al consultorio de reumatología del Hospital Regional del Cusco.

3.2 Diseño de investigación

Este estudio es de tipo observacional transversal analítico sin grupo control, ya que se realizaron entrevistas y se recopilaban datos en único momento. El objetivo de este enfoque es describir las variables y analizar su interrelación en un instante específico.

Los estudios observacionales tienen como propósito observar y registrar eventos sin intervenir en su desarrollo natural. Las mediciones pueden llevarse a cabo a lo largo del tiempo (en un estudio longitudinal), ya sea de manera prospectiva o retrospectiva, o de forma única en un solo momento (en un estudio transversal).

El estudio es de tipo transversal, ya que la recolección de datos se llevó a cabo en un solo punto en el tiempo, sin realizar un seguimiento a los participantes. Esto proporcionará una visión del estado actual de la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide y su relación con los factores asociados en el momento de la evaluación, utilizando el instrumento Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale-II (QoL-RA II). Dado que se trata de un estudio transversal, se buscarán asociaciones entre las variables analizadas, pero no se podrán establecer relaciones de causalidad.

3.3 Población y muestra

3.3.1 Descripción de la población

La población de estudio está compuesta por pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de artritis reumatoide según los criterios del American College of Rheumatology (ACR) y la European League Against Rheumatism (EULAR), con al menos 12 meses de evolución de la enfermedad, que reciban atención por reumatología en el Hospital Regional del Cusco.

3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión

INCLUSION

- Autorización del paciente para participar en el estudio.
- Tener un tiempo de enfermedad superior a los 12 meses.
- Ser mayor de edad (18 años o más).
- Ausencia de trastornos neurocognitivos mayores o trastornos psiquiátricos severos que comprometan la capacidad de comprensión y respuesta al cuestionario.

EXCLUSION

- Presencia de otras enfermedades reumatológicas autoinmunes (como lupus eritematoso sistémico, esclerosis sistémica o espondiloartritis).
- Pacientes que no otorguen su consentimiento para participar en el estudio.
- Pacientes sometidos recientemente a cirugías mayores (<3 meses).
- Pacientes Oncológicos.

3.3.3 Tamaño de muestra y métodos de muestreo

Para el cálculo del tamaño muestral se tomó en cuenta los datos brindados por el estudio de Suh CH (8), para esto se utilizó el software libre Epidat 4.2, en el cual se estimó la diferencia de medias entre varones y mujeres. En los varones, la media es 6.6 con una desviación estándar de 2.1, mientras que en las mujeres la media es 5.7 y la desviación estándar es de 1.9. Se estableció un nivel de confianza del 95% y una potencia del 80%. Además, se definió una diferencia mínima clínicamente relevante de 0.9 entre las medias de los dos grupos. El software calculó que el tamaño muestral necesario para detectar una diferencia significativa entre las medias de varones y mujeres es de 158 participantes en total. Este tamaño de muestra es suficiente para asegurar que el estudio tenga el poder estadístico adecuado para detectar la diferencia planteada, considerando el nivel de confianza y la potencia establecidos.

Table 3 Associations between quality of life and characteristics of subjects ($N=166$)

Characteristics	$M \pm SD$	$t/F/r$	p
Gender			
Male	6.6 ± 2.1	1.98	0.049
Female	5.7 ± 1.9		
Age (years)		-0.035	0.660
Marital status			
Married and live together	6.0 ± 1.9	-2.74	0.007
Else	5.0 ± 2.0		
Education			
College or above	5.8 ± 2.0		
High school or less	5.8 ± 1.9	-0.123	0.902
Employment			
Yes	6.2 ± 2.1	-2.544	0.012
No	5.5 ± 1.7		

[1] Tamaños de muestra. Comparación de medias independientes:**Datos:**

Varianzas:	Distintas
Diferencia de medias a detectar:	0,900
Desviación estándar esperada:	
Población 1:	2,100
Población 2:	1,900
Razón entre tamaños muestrales:	1,00
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra		
	Población 1	Población 2	Total
80,0	79	79	158

La muestra estimada por el programa Epidat, versión 7.2, para este estudio con diferencia de medias es de 158 personas. Dado que es probable que se presenten algunas pérdidas o no respuestas durante el proceso de recolección de datos, se añadirá un factor de pérdida del 10%, equivalente a 16 personas. Por lo tanto, la muestra final para este estudio estará constituida por 174 personas.

3.4 Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

La entrevista se llevó a cabo de manera presencial entre mayo y julio del presente año, cuya entrevista tuvo un tiempo aproximado de 15 minutos por persona. Además, se utilizó una ficha de recolección de datos diseñada específicamente para la recolección de datos. Donde se incluyen los instrumentos validados, tales como el QOL AR-II, el HAQ-DI (Health Assessment Questionnaire-Disability Index) y la Escala Duke-UNC, (49,56,57).

3.5 Plan de análisis de datos

La recolección de datos se aplicó en el Hospital Regional del Cusco e incluyó información general de los pacientes, así como el cuestionario de calidad de vida (QOL AR-II), el HAQ-DI (Health Assessment Questionnaire-Disability Index) y la Escala Duke-UNC.

Para la codificación de datos, se asignó un número a cada ítem de las preguntas. Posteriormente, la información se ingresó en una hoja de cálculo en Excel 2017 para la construcción de la base de datos. Se realizó un control de calidad de datos para identificar valores perdidos (missing data), e inconsistencias garantizando la confiabilidad de la información.

El análisis estadístico incluye:

Análisis univariado: Se emplearán medidas de tendencia central, tales como moda, mediana y media, y medidas de dispersión como la desviación estándar. Se evaluó la normalidad de las variables numéricas para determinar si deben presentarse con mediana y rango intercuartílico o con media y desviación estándar. Para las variables categóricas, se informarán las frecuencias y los porcentajes correspondientes.

Análisis bivariado: Se examinó las asociaciones entre variables utilizando la prueba de t student anova regresión lineal, con un nivel de significancia de $p < 0.05$ y un intervalo

de confianza del 95%. En el caso de las variables numéricas, se aplicarán pruebas paramétricas o no paramétricas, dependiendo de la distribución de los datos.

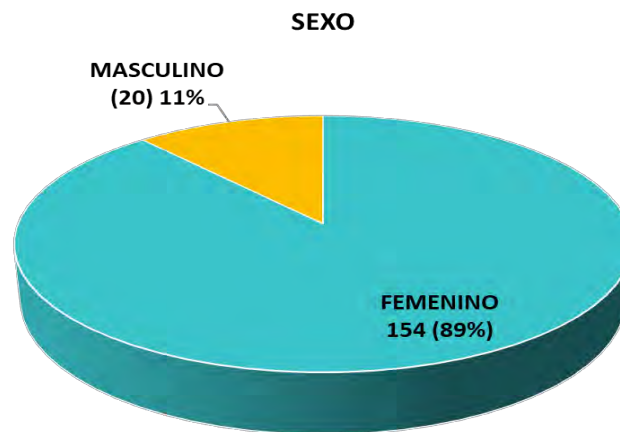
Análisis multivariado: Se realizó una regresión lineal múltiple para evaluar cómo distintos factores influyen en la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide. En el caso de variables categóricas, se utilizaron regresión logística, mientras que para variables continuas se aplicará regresión beta, garantizando una adecuada modelización de los datos.

Los resultados del análisis mediante regresión beta serán expresados en términos de coeficientes estimados (β), acompañados de sus respectivos intervalos de confianza al 95% y valores de significancia estadística. La presentación seguirá el formato: $\beta = x.xx$ (IC 95%: $x.xx - x.xx$), $p < 0.05$, donde el coeficiente representa la magnitud y dirección del efecto de cada variable independiente sobre la variable dependiente, el intervalo de confianza indica el rango dentro del cual se espera que se encuentre el coeficiente real en la población, y el valor de p determinará la significancia estadística de la asociación encontrada.

CAPITULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

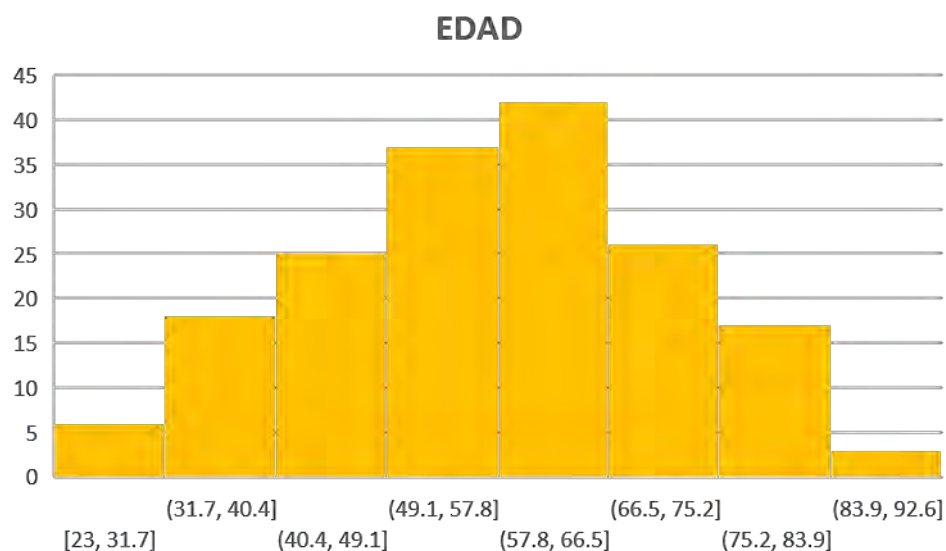
4.1. Análisis Univariado - Características de la población

Gráfico 1. Características sociodemográficas: Distribución por sexo



En el estudio participaron 20 hombres (11.49%) y 154 mujeres (88.51%), con una relación de 7.7/1 respectivamente.

Gráfico 2. Características sociodemográficas: Distribución por edad



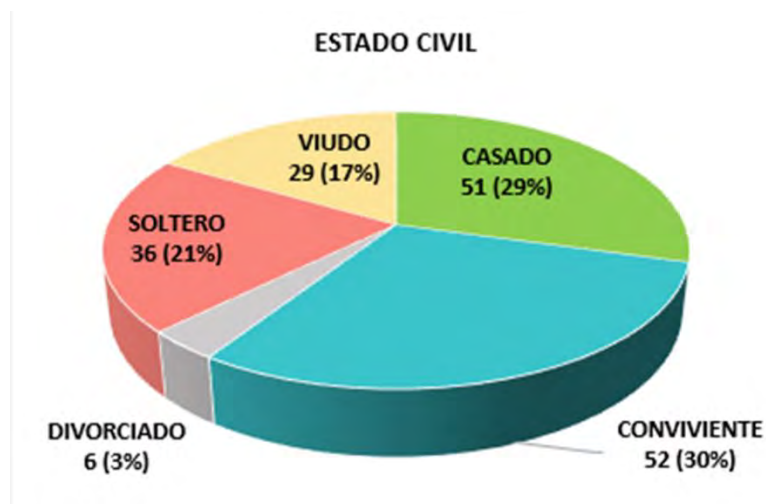
La edad promedio de los participantes fue de 56.94 ± 13.8 años, con una mediana de 58 años y un rango intercuartílico de 47.0 a 67.0 años.

Figura 1. Características sociodemográficas: Distribución por lugar de residencia



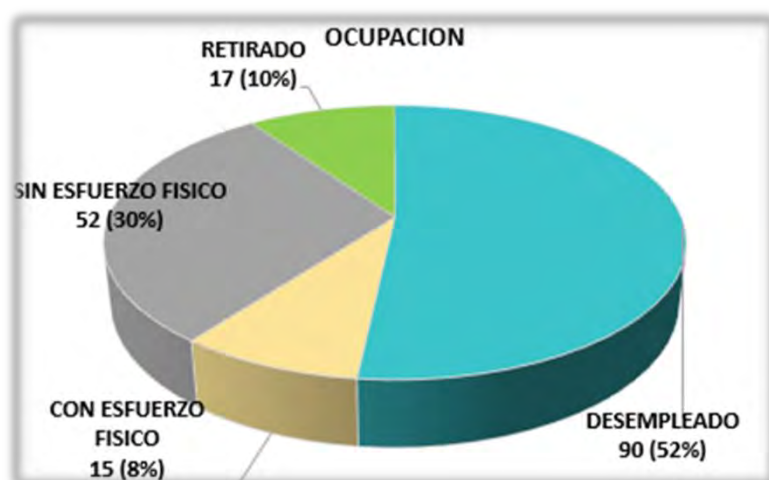
En cuanto al lugar de procedencia, 70 participantes (40.23%) provenían de áreas urbanas, mientras que 104 (59.77%) residían en zonas rurales.

Gráfico 3. Características sociodemográficas: Distribución por estado civil



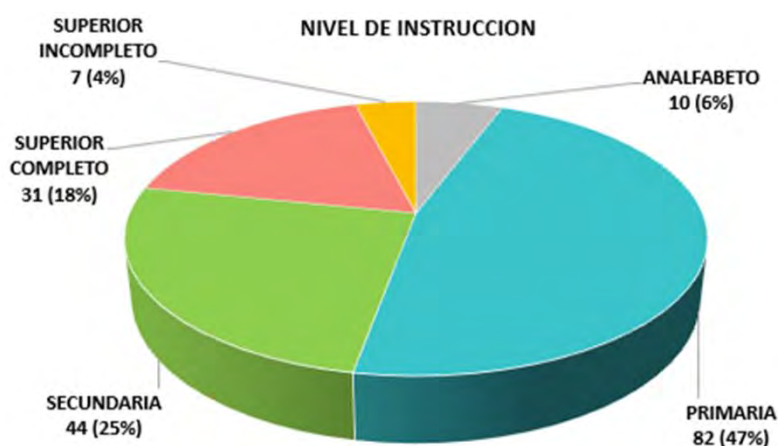
Respecto al estado civil, 36 individuos (20.69%) eran solteros, 52 (29.89%) convivientes, 51 (29.31%) casados, 6 (3.45%) divorciados, y 29 (16.67%) viudos.

Gráfico 4. Características sociodemográficas: Distribución por ocupación



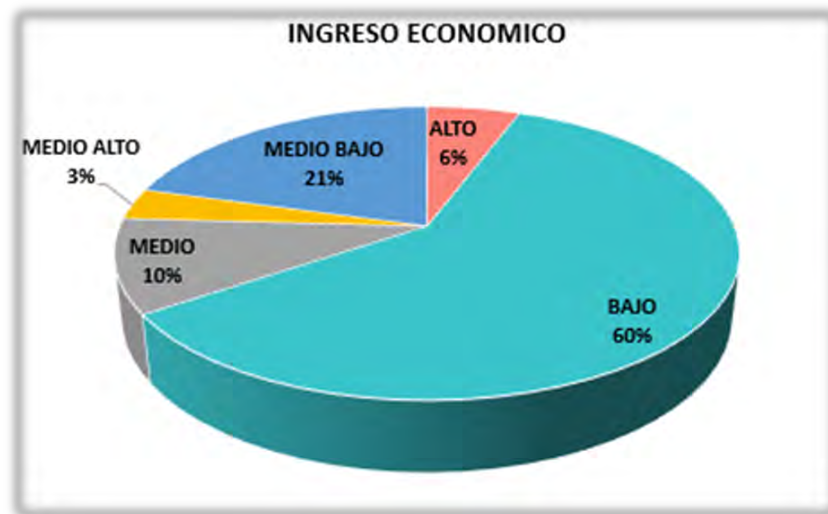
Con respecto a la ocupación, 15 participantes (8.62%) desempeñaban trabajos que requerían esfuerzo físico, mientras que 52 (29.89%) tenían trabajos sin esfuerzo físico, 17 (9.77%) se encontraban retirados, y 90 (51.72%) estaban desempleados.

Gráfico 5. Características sociodemográficas: Distribución por nivel de instrucción



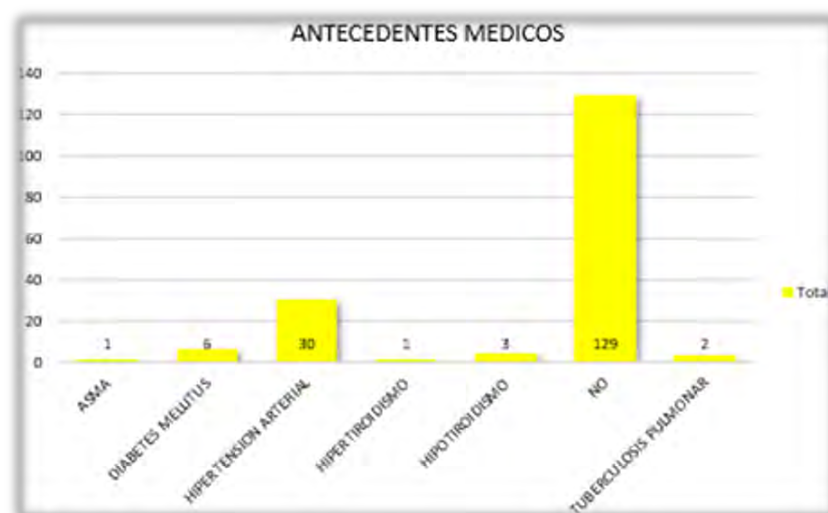
En términos de nivel educativo, 10 (5.75%) eran analfabetos, 82 (47.13%) habían completado la primaria, 44 (25.29%) tenían estudios de secundaria, 31 (17.82%) de superior completo, y 7 (4.02%) superior incompleto.

Gráfico 6. Características sociodemográficas: Distribución por ingreso económico



En cuanto al ingreso económico, 104 (59.77%) tenían ingresos bajos, 36 (20.69%) estaban en el rango medio bajo, 18 (10.34%) en medio, 6 (3.45%) en medio alto, y 10 (5.75%) en alto.

Gráfico 7. Características sociodemográficas: Antecedentes medico



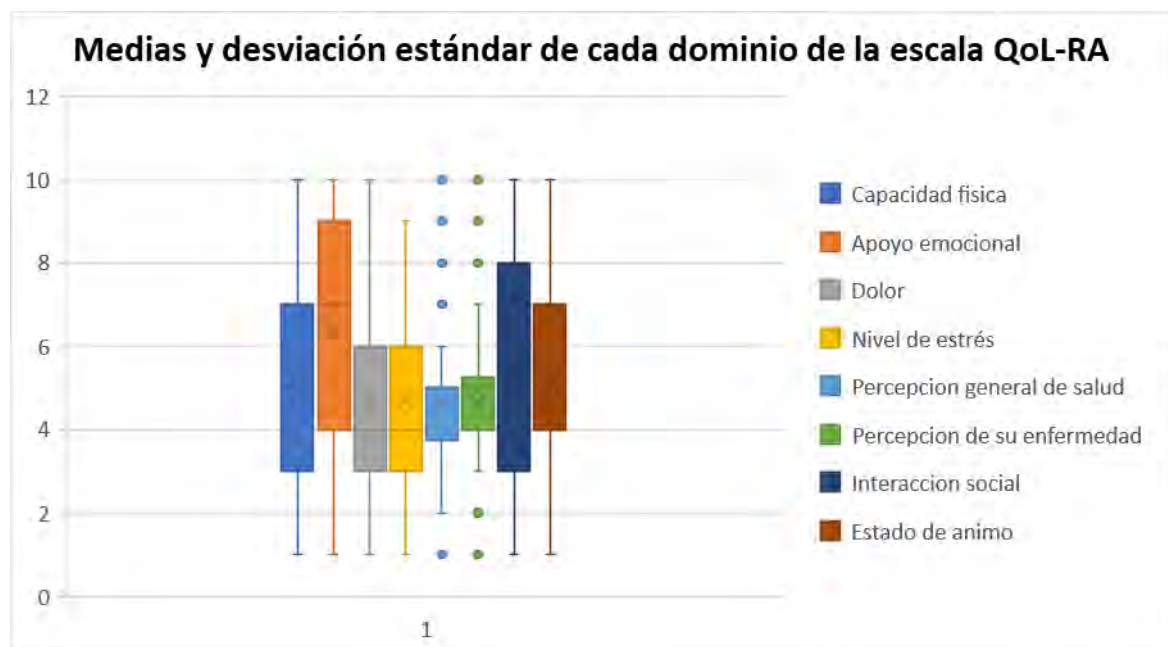
Respecto a los antecedentes médicos, 32 (17.74%) de los participantes presentaron hipertensión arterial, 8 (3.95%) tenían diabetes mellitus, 1 (0.57%) padecía hipertiroidismo, 3 (1.72%) tenían hipotiroidismo, 2 (1.15%) fueron diagnosticados con tuberculosis, 1 (0.57%) sufría de asma, y 129 (74.14%) no reportaron ningún antecedente médico y el tiempo promedio de enfermedad de AR fue de 9.85 ± 9.18 años, con una mediana de 6 años y un rango intercuartílico de 3 a 15 años.

Tabla 1. Descripción de los Instrumentos de Evaluación y sus Resultados en Pacientes con Artritis Reumatoide

INSTRUMENTOS	M ± SD	Mediana (RIQ)
QOL-RA II	5.05 ± 1.60	4.8 (4.1-6.1)
· Capacidad fisica	4.95 ± 2.48	5 (3-7)
· Apoyo emocional	6.36 ± 2.78	7 (4-9)
· Dolor	4.65 ± 2.25	4 (3-6)
· Nivel de estrés	4.68 ± 1.98	4 (3-6)
· Percepcion general de salud	4.59 ± 1.95	5 (4-5)
· Percepcion de su enfermedad	4.64 ± 1.87	5 (4-5)
· Interacciones sociales	5.47 ± 2.54	5 (3-8)
· Estado de animo	5.06 ± 2.15	5 (4-7)
CDAI	25.79 ± 12.26	25 (15-35)
HAQ P	8.87 ± 5.95	8 (4-13)
Duke-UNC	34.83 ± 9.53	34 (29-42)

M: Media, SD: Desviación estándar, RIQ: Rango intercuartílico

Gráfico 8. Distribución de los Puntajes de Calidad de Vida en Pacientes con Artritis Reumatoide



En cuanto a los instrumentos de medición, los resultados de la Puntuación QOL-RA II mostraron una media de 5.05 ± 1.60 , con una mediana de 4.8 y un rango intercuartílico de 4.1 a 6.1. En relación a las dimensiones de QOL-RA II, la Capacidad física presentó una media de 4.95 ± 2.48 , con una mediana de 5 y un rango intercuartílico de 3 a 7, mientras que la dimensión de Apoyo social tuvo una media de 6.36 ± 2.78 , con una mediana de 7 y un rango intercuartílico de 4 a 9. La Puntuación de dolor mostró una media de 4.65 ± 2.25 , con una mediana de 4 y un rango intercuartílico de 3 a 6, y el Nivel de estrés presentó una media de 4.68 ± 1.98 , con una mediana de 4 y un rango intercuartílico de 3 a 6. En cuanto a la Percepción general de salud, la media fue de 4.59 ± 1.95 , con una mediana de 5 y un rango intercuartílico de 4 a 5, mientras que la Percepción de su enfermedad mostró una media de 4.64 ± 1.87 , con una mediana de 5 y un rango intercuartílico de 4 a 5. La dimensión de interacciones sociales obtuvo una media de 5.47 ± 2.54 , con una mediana de 5 y un rango intercuartílico de 3 a 8, y el Estado de ánimo presentó una media de 5.06 ± 2.15 , con una mediana de 5 y un rango intercuartílico de 4 a 7.

Respecto a las otras puntuaciones, la Puntuación CDAI presentó una media de 25.79 ± 12.26 , con una mediana de 25 y un rango intercuartílico de 15 a 35. La Puntuación HAQ-P mostró una media de 8.87 ± 5.95 , con una mediana de 8 y un rango intercuartílico de 4 a 13, y finalmente, la Puntuación Duke-UNC tuvo una media de 34.83 ± 9.53 , con una mediana de 34 y un rango intercuartílico de 29 a 42.

4.2 Análisis Bivariado – correlaciones

Tabla 2. Prueba de normalidad de Shapiro Wilk

PRUEBA DE SHAPIRO WILK					
Variable	Obs	W	V	Z	P
Calidad de vida	174	0.98992	1.332	0.656	0.25603

Fuente: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos

Para verificar la normalidad de los datos, se realizó la prueba de Shapiro-Wilk en la variable calidad de vida y en los residuos del modelo de regresión. Los resultados mostraron que los datos de calidad de vida no presentan desviaciones significativas de normalidad ($W = 0.98992$, $p = 0.25603$). Como el valor p fue mayor que 0.05, no se rechazó la hipótesis nula, lo que indica que los datos siguen una distribución normal.

Tabla 3. Análisis de las Características Demográficas, Clínicas y Psicoafectivas en Pacientes con AR y su Relación con la Calidad de Vida

CARACTERISTICAS		M ± SD	t/F/r	p	R cuadrado
SEXO	Femenino	5.06 ± 1.65	0.25	0.797	
	Masculino	4.98 ± 1.17			
EDAD			0.0052	0.945	
LUGAR DE RESIDENCIA	Urbana	4.64 ± 1.80	2.66	0.008	
	Rural	5.32 ± 1.40			
ESTADO CIVIL		4.34 ± 1.49	1.71	0.15	0.038
OCUPACION		2.48 ± 1.10	3.25	0.023	0.054
NIVEL DE INSTRUCCIÓN		8.63 ±	3.54	0.008	0.077
INGRESO ECONOMICO		4.52	1.78	0.134	0.04
ANTECEDENTES MEDICOS		2.44	0.94	0.475	0.038
TIEMPO DE ENFERMEDAD			-0.152	0.044	
CDAI			-0.373	0	
PUNTUACION HAQ P			-0.531	0	
PUNTUACION DUKE UNC			0.648	0	

M: Media, SD: Desviación estándar, t: t student, F: Anova, r: correlación

El análisis de las características de los participantes y su relación con la calidad de vida mostró los siguientes hallazgos: Respecto al sexo, no se encontraron diferencias significativas en la calidad de vida entre mujeres y hombres. Las mujeres presentaron una media de 5.06 ± 1.65 , mientras que los hombres tuvieron una media de 4.98 ± 1.17 . El valor $t = 0.25$ y el $p = 0.797$ indican que el sexo no tiene un impacto significativo en la calidad de vida en esta muestra.

En cuanto a la edad, los resultados mostraron que no existe una relación significativa entre la edad y la calidad de vida. El valor $r = 0.0052$ y el $p = 0.945$ sugieren que la edad no influye de manera significativa en la calidad de vida.

Respecto al lugar de procedencia, se encontró una diferencia significativa en la calidad de vida entre los participantes urbanos y rurales. Los participantes de áreas urbanas reportaron una media de 4.64 ± 1.80 , mientras que los de áreas rurales presentaron una media de 5.32 ± 1.40 . Este resultado fue estadísticamente significativo con un $F = -2.66$

($p = 0.008$), esto indica que los participantes de zonas urbanas tienen una mejor calidad de vida en comparación con los de áreas rurales.

Tras realizar las comparaciones post hoc utilizando el método de Tukey, se evidenció que los pacientes con empleo sin esfuerzo físico tienen una mejor calidad de vida en comparación con el grupo de desempleados. Esta diferencia fue significativa, con un valor p menor que 0.05, y la diferencia de medias fue 0.7660, indicando que el tipo de ocupación influye en la calidad de vida.

En cuanto al estado civil, los resultados mostraron que no hay un impacto significativo en la calidad de vida, ya que el valor $t = 1.71$ y el $p = 0.15$ sugieren que el estado civil no tiene un efecto relevante sobre la calidad de vida en esta muestra. El R cuadrado fue 0.038, lo que implica que el estado civil explica solo una pequeña parte de la variabilidad de la calidad de vida. El análisis del nivel de instrucción reveló una relación no significativa con la calidad de vida, especialmente cuando se compararon los niveles educativos más bajos (primaria) con los niveles más altos (secundaria y superior). El valor F fue 0.008 ($p = 0.077$).

En relación con el ingreso económico, no se encontraron diferencias significativas en la calidad de vida entre los distintos grupos de ingreso, el valor $p = 0.134$. Respecto a los antecedentes médicos, los resultados indicaron que no tienen una relación significativa con la calidad de vida, con un valor $p = 0.475$, lo que sugiere que los antecedentes médicos no afectan de manera importante la calidad de vida en esta muestra. En cuanto al tiempo de enfermedad, el análisis mostró una relación significativa ($t = -0.152$, $p = 0.044$), lo que sugiere que el tiempo transcurrido desde el diagnóstico tiene un impacto relevante sobre la calidad de vida.

El análisis de las puntuaciones de CDAI, HAQ P y Duke-UNC mostró correlaciones significativas con la calidad de vida. La Puntuación CDAI presentó una correlación negativa moderada de -0.3732, con un $p = 0$, lo que sugiere que, a medida que aumenta la Puntuación CDAI (mayor actividad de la enfermedad), la calidad de vida tiende a disminuir. De igual manera la Puntuación HAQ P mostró una correlación negativa moderada de -0.5312, con un $p = 0$, indicando que a medida que aumenta la Puntuación HAQ P, la calidad de vida disminuye.

Por otro lado, la Puntuación Duke-UNC presentó una correlación positiva moderada de 0.6482, con un $p = 0$, lo que sugiere que a medida que aumenta la Puntuación Duke-UNC, la calidad de vida tiende a mejorar.

4.3 Análisis Multivariado – Regresión Lineal Múltiple

Tabla 4. Regresión Lineal Múltiple: Factores Asociados a la Calidad de Vida en Pacientes con Artritis Reumatoide

REGRESION LINEAL MULTIPLE					
CALIDAD DE VIDA	Coef. B	Std. Err.	t	p	IC 95%
<u>Sexo</u>					
Masculino	0.213	0.275	0.78	0.439	[-0.33, 0.75]
<u>Edad</u>	0.016	0.008	2.08	0.039	[0.00, 0.03]
<u>Lugar de residencia</u>					
Urbana	0.508	0.189	2.70	0.008	[0.13, 0.88]
<u>Estado civil</u>					
Soltero	-0.348	0.245	-1.42	0.157	[-0.83, 0.13]
Conviviente	0.022	0.215	0.10	0.919	[-0.40, 0.44]
Divorciado	0.156	0.444	0.35	0.726	[-0.72, 1.03]
Viudo	-0.357	0.271	-1.32	0.190	[-0.89, 0.19]
<u>Ocupación</u>					
Ocupación con esfuerzo físico	-0.061	0.293	-0.21	0.834	[-0.64, 0.52]
Ocupación sin esfuerzo físico	0.061	0.204	0.30	0.767	[-0.34, 0.46]
Retirado	-0.181	0.320	-0.56	0.574	[-0.81, 0.45]
<u>Nivel de instrucción</u>					
Primaria	-0.893	0.379	-2.36	0.020	[-1.64, -0.14]
Secundaria	-0.451	0.413	-1.09	0.277	[-1.27, 0.37]
Superior completo	0.938	0.472	1.99	0.049	[-1.87, -0.01]
Superior incompleto	0.249	0.594	0.42	0.676	[-0.92, 1.42]
<u>Ingreso económico</u>					
Bajo	0.348	0.400	0.87	0.386	[-0.44, 1.13]
Medio	0.498	0.445	1.12	0.265	[-0.38, 1.38]
Medio alto	-0.023	0.737	-0.03	0.975	[-1.48, 1.43]
Medio bajo	0.076	0.445	0.17	0.864	[-0.80, 0.96]
<u>Antecedentes medicos</u>					
Diabetes mellitus	0.380	1.289	0.29	0.769	[-2.17, 2.93]
Hipertensión arterial	-1.082	1.168	-0.93	0.356	[-3.39, 1.23]
Hipertiroidismo	-1.434	1.588	-0.90	0.368	[-4.57, 1.71]
Hipotiroidismo	0.552	1.344	0.41	0.682	[-2.10, 3.21]
Tuberculosis pulmonar	-0.347	1.242	-0.28	0.781	[-2.80, 2.11]
No	-0.582	1.176	-0.50	0.621	[-2.91, 1.74]
Tiempo de enfermedad	0.071	0.010	0.72	0.047	[-0.01, 0.03]
CDAI	-0.027	0.008	-3.53	0.001	[-0.04, -0.01]
HAQ P	-0.090	0.018	-5.16	0.000	[-0.15, -0.06]
DUKE UNC	0.085	0.009	9.46	0.000	[0.07, 0.10]
_cons	3.451	1.388	2.49	0.014	[0.71, 6.20]

(p < 0.0001), R² = 0.6961

Fuente: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos

En el análisis de regresión lineal múltiple los resultados obtenidos muestran que el lugar de residencia tiene un efecto significativo, observándose que las personas que residen en áreas urbanas presentan una mejora en la calidad de vida en comparación con quienes viven en áreas rurales. Con un coeficiente de 0.508 ($p=0.008$). En cuanto al nivel de instrucción, las personas con menor nivel educativo (primaria o analfabeto) reportaron una calidad de vida más baja, con coeficientes de -0.893 ($p=0.02$).

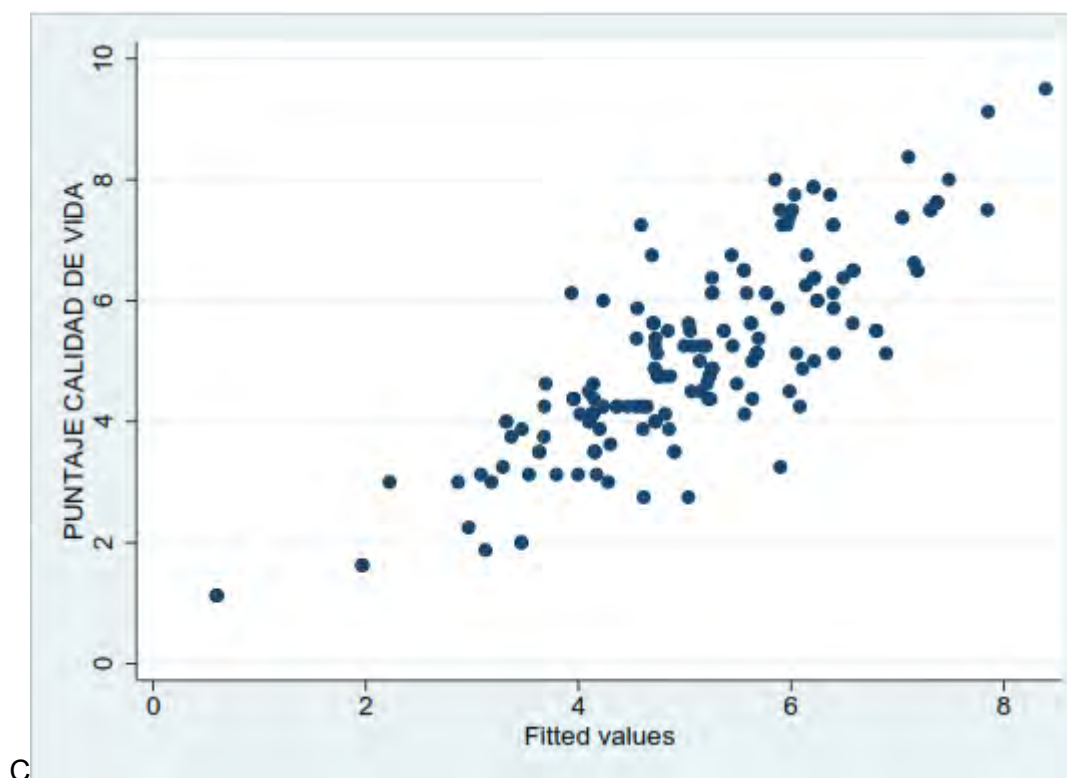
Estos resultados reflejan que el nivel educativo es un determinante importante, ya que las personas con mayor educación podrían tener un mayor acceso a recursos y oportunidades que impactan positivamente su calidad de vida.

En el análisis de las variables clínicas, como el CDAI y el HAQ P, las cuales tuvieron una relación negativa y estadísticamente significativa con la calidad de vida. En particular, el CDAI presentó un coeficiente de -0.027 ($p=0.001$), lo que indica que un aumento en la actividad de la enfermedad está relacionado con una disminución en la calidad de vida. De manera similar, el HAQ P presentó un coeficiente de -0.090 ($p<0.0001$), lo que sugiere que las personas con menor capacidad física experimentan una menor calidad de vida. Sin embargo, otras variables como el sexo, ocupación, ingresos económicos y antecedentes no mostraron una relación significativa con la calidad de vida.

En el análisis de la variable apoyo social tiene un coeficiente de 0.085, con un ($p<0.0001$), lo que indica que esta variable tiene una relación estadísticamente significativa con la calidad de vida de los pacientes. El p-valor es menor que 0.05, lo que sugiere que el Duke-UNC es un factor importante para predecir la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide (AR).

El modelo de regresión presentó un R cuadrado de 0.6961, lo que significa que aproximadamente el 69.61% de la variabilidad en la calidad de vida se explica por las variables incluidas en este estudio, lo que sugiere un buen ajuste del modelo a los datos observados. Además, el valor de Prob > F = 0.0000 indica que el modelo es estadísticamente significativo en su totalidad, lo que refuerza la validez de los resultados obtenidos. Estos resultados sugieren que factores como la edad, el lugar de residencia, el apoyo social, el grado de discapacidad y la severidad de la enfermedad son determinantes importantes en la calidad de vida. Las personas que viven en áreas urbanas presentan una mejor calidad de vida, mientras que aquellos con una educación más baja o con enfermedades más graves tienen una calidad de vida más baja.

Gráfico 9. Análisis de dispersión



Fuente: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos

Para analizar la calidad del ajuste del modelo, se utilizó un gráfico de dispersión que compara los valores observados de la calidad de vida con las predicciones generadas por el modelo de regresión. Al observar el gráfico, se puede evidenciar que los puntos se alinean de manera cercana a la línea diagonal, lo cual sugiere que las predicciones realizadas por el modelo se aproximan bastante a los valores reales. Este comportamiento indica que el modelo tiene un ajuste adecuado. Además, el patrón observado indica que los errores de predicción son pequeños y aleatorios, lo que señala que no hay sesgos significativos en las estimaciones del modelo. Este análisis gráfico refuerza la robustez y precisión de los resultados obtenidos en el análisis de regresión.

4.4 Discusión

En este estudio se evaluaron los factores que influyen en la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide en el Hospital Regional del Cusco, considerando los aspectos sociodemográficos, clínicos y psicoafectivos.

1. Relación entre características sociodemográficas y la calidad de vida

En el estudio realizado por Cruz et al. (2019) en Ecuador, se observó que los pacientes con menor nivel educativo reportaron una calidad de vida más baja. Este hallazgo se confirma en este estudio, donde se encontró que aquellos pacientes con menor nivel educativo reportaron puntuaciones más bajas en las escalas de calidad de vida, un hallazgo que también es consistente con los resultados de Jarab et al. (2024) en Jordania, donde la falta de educación estuvo asociada con una peor calidad de vida. Esta relación podría deberse a la falta de conocimiento sobre el manejo adecuado de la enfermedad y el autocuidado, lo que hace que los pacientes no sigan correctamente las indicaciones médicas, afectando su calidad de vida (6,11).

En cuanto al lugar de residencia, Song et al. (2024) en su estudio en China encontraron que los pacientes que vivían en áreas urbanas reportaron una mejor calidad de vida. Este resultado se refleja en nuestro estudio, donde los pacientes que residían en zonas urbanas mostraron puntuaciones más altas en calidad de vida, lo que podría estar relacionado con un mejor acceso a servicios de salud especializados y mayores recursos para el manejo de la enfermedad. Este hallazgo refuerza la idea de que los pacientes que residen en zonas rurales podrían estar en desventaja debido a la falta de infraestructura y acceso a atención médica oportuna (5).

Aunque el estudio encontró una relación positiva significativa entre la edad y la calidad de vida, investigaciones previas han señalado que las mujeres y los adultos mayores suelen experimentar mayor discapacidad funcional. Sin embargo, en condiciones de enfermedades crónicas, como la enfermedad renal o pulmonar crónica, los pacientes más jóvenes podrían enfrentar una peor calidad de vida debido a su menor capacidad de adaptación a los impactos de estas enfermedades (58,59).

2. Impacto de las características clínicas en la calidad de vida

Se encontró que la actividad de la enfermedad, medida por el índice CDAI, y la capacidad funcional, evaluada mediante el cuestionario HAQ-DI, fueron factores determinantes en la calidad de vida de los pacientes. Estos resultados son consistentes con los estudios de Katchamart et al. (2019) en Tailandia y Mandal et al. (2020) en India,

quienes reportaron que los pacientes con mayor actividad de la enfermedad y mayor discapacidad funcional mostraron una calidad de vida significativamente más baja (10,13).

La discapacidad funcional es un indicador clave de la calidad de vida en pacientes con AR, ya que la limitación en la movilidad y la capacidad para realizar las actividades diarias afecta directamente el bienestar físico y psicológico del paciente. Jarab et al. (2024) también encontraron que los pacientes con mayor discapacidad funcional reportaron una menor calidad de vida, lo que se alinea con los resultados de este estudio. La incapacidad para realizar actividades cotidianas debido a la rigidez y el dolor articular genera frustración y estrés en los pacientes, lo que puede afectar aún más su calidad de vida, como se ha evidenciado en otros estudios (Cruz et al., 2019; Franco et al., 2014) (6,11).

La duración de la enfermedad también fue identificada como un factor significativo en el deterioro de la calidad de vida. Chang et al. (2022) en Corea del Sur, han encontrado que a medida que la enfermedad progresa, los pacientes experimentan un mayor deterioro en su calidad de vida debido al daño acumulado en las articulaciones y las complicaciones relacionadas(8,12).

3. Efecto del apoyo social en la calidad de vida

Uno de los hallazgos más relevantes en este estudio fue la influencia positiva del apoyo social en la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide. Los pacientes que reportaron una mayor disponibilidad de apoyo emocional, familiar y social obtuvieron mejores puntuaciones en la escala de calidad de vida. Este resultado refuerza lo señalado por Chang et al. (2022) y Kim et al. (2023), quienes afirmaron que el apoyo social puede ser un factor protector en la mejora de la calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas, como la artritis reumatoide. El apoyo social no solo ayuda a manejar los aspectos emocionales de la enfermedad, sino que también facilita el acceso a cuidados y recursos que contribuyen a un mejor manejo de la enfermedad (8,36).

4. Implicaciones de los resultados

El estudio proporciona evidencia importante para comprender cómo factores sociodemográficos, clínicos y psicoafectivos influyen en la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide.

4.5 Conclusiones

Impacto de las características sociodemográficas:

Se encontró que las características sociodemográficas como un mejor nivel educativo residir en zona urbana y mayor tienen relación positiva con la calidad de vida de los pacientes. Estos resultados sugieren que factores sociodemográficos juegan un papel crucial en la percepción general del bienestar de los pacientes con artritis reumatoide.

Efecto de las características clínicas:

Las características clínicas, como mayor duración de la enfermedad , mayor tiempo de actividad de la enfermedad (evaluado mediante el índice DAS28) y mayor grado de discapacidad demostraron tener una influencia directa negativa sobre la calidad de vida. Esto resalta la necesidad de un manejo multidisciplinario para el tratamiento optimo del paciente

Influencia del apoyo social:

El análisis también reveló que los pacientes con mayor apoyo social experimentaron una mejor calidad de vida en comparación con aquellos con bajo apoyo. Este hallazgo refuerza la importancia de los factores psicoafectivos en el bienestar de los pacientes con artritis reumatoide.

4.6 Sugerencias

Para la GERESA

Se sugiere promover campañas informativas y de sensibilización mediante una variedad de materiales comunicacionales. Estos programas deberían considerar diversos formatos, como folletos, videos, publicaciones en redes sociales y otros). Se recomienda fortalecer el manejo clínico y el apoyo psicoemocional del personal de salud en centros de atención primaria.

Para el Hospital Regional del Cusco

Para una atención más integral, buscar un trabajo articulado entre diferentes especialidades (reumatología, medicina física y rehabilitación, psicología y geriatría). Gestionar la cobertura adecuada de medicamentos en relación a esta enfermedad. Crear círculos o grupos de apoyo para los pacientes con artritis reumatoide.

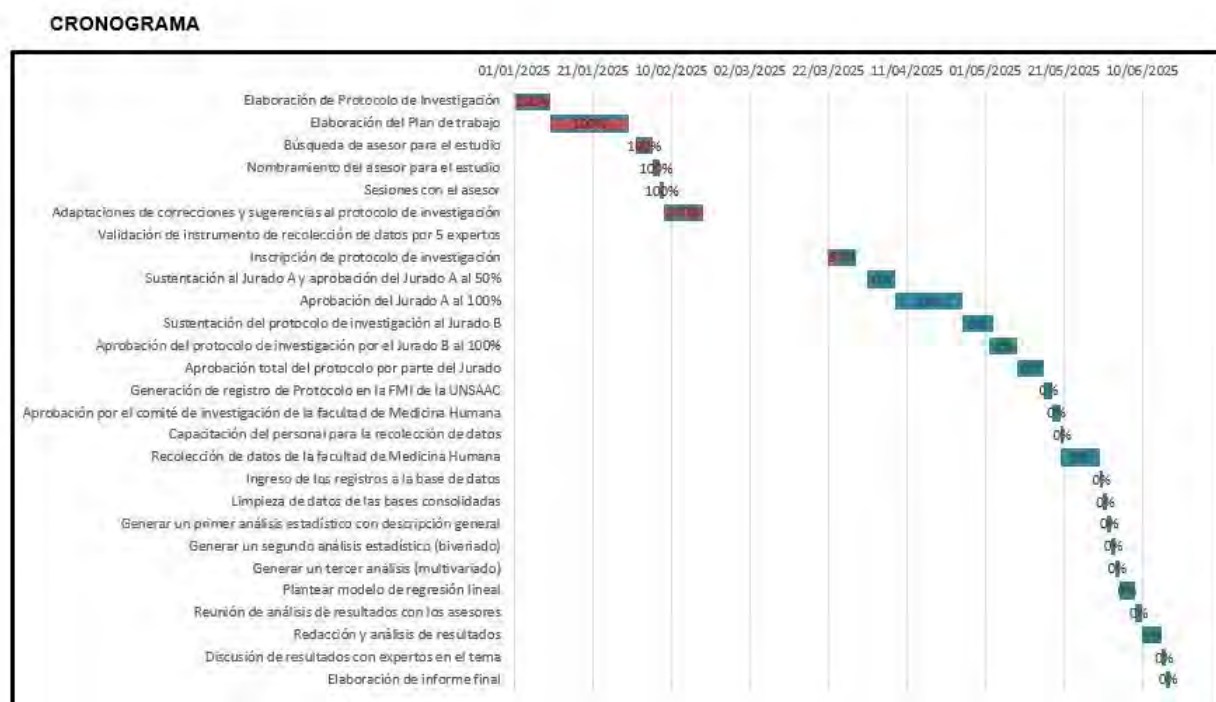
Para la comunidad científica

Finalmente, se sugiere realizar investigaciones longitudinales que permitan observar cómo evoluciona la calidad de vida e incluir otras variables que podrían ser potenciales predictores. Se sugiere también realizar muchas más investigaciones en nuestro país para tener datos actualizados sobre las demás enfermedades reumatológicas.

4 Presupuesto

Categoría		Descripción del servicio	Unidad de medida	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Material de escritorio		Papel bond A4 de 80g	unidad	1 millares	S/. 19.00	S/. 40.00
Lapiceros Faber Castell azul		unidad		8	S/. 2	S/. 16.00
Archivador tamaño oficio		unidad		2	S/. 14.00	S/. 12.00
Perforador		unidad		1	S/. 7.00	S/. 7.00
Engrapador		unidad		1	S/. 5.00	S/. 5.00
Tablero de escritorio A4		unidad		2	S/. 4.00	S/. 8
Corrector liquido		unidad		2	S/. 3.50	S/. 5.00
	Servicios de impresión y Cuestionarios del proyecto	unidad		400	S/. 0.50	S/. 80.00
Impresión del proyecto		unidad		8	S/. 40.00	S/. 200.00
Servicios anillados		Anillado del proyecto	unidad	5	S/. 6.00	S/. 14.00
Servicios básicos		Servicio de telefonía móvil con plan de datos	servicio	14	S/. 60	S/. 600
Materiales médicos		Mascarillas N95	unidad	90	S/. 2.00	S/. 200.00
Alcohol en gel		unidad		1	S/. 19.00	S/. 18.00
Transporte		Movilidad Local	servicio	34	S/. 9.00	S/. 220.00
TOTAL				S/. 1400		

5 Cronograma



6 Bibliografía

1. OMS. Artritis reumatoide [Internet]. [citado 10 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rheumatoid-arthritis>
2. Zou W, Fang Y, Xu D, Zhu Y. Increasing global burden of rheumatoid arthritis: an epidemiological analysis from 1990 to 2019. Arch Med Sci AMS. 2023;19(4):1037-48.
3. Carmona L. Epidemiología de la artritis reumatoide. Rev Esp Reumatol. 1 de marzo de 2002;29(3):86-90.
4. Eduardo M. Acevedo-Vásquez. Algunos aspectos de la artritis reumatoide en Perú. Rev Soc Peru Med Interna. 2012;25(1):7.
5. Song Y, Chen Y, Wen L, He B, Ding Y, Liu M, et al. Health-related quality of life profiles in patients with rheumatoid arthritis: a latent profile analysis. Front Public Health. 2024;12:1478376.
6. Jarab AS, Al-Qerem W, Abu Heshmeh SR, Alzoubi KH, Al Hamarneh YN, Akour A. Determinants of poor health-related quality of life among outpatients with rheumatoid arthritis in Jordan. PLOS ONE. 23 de octubre de 2024;19(10):e0312557.
7. 여성 류마티스 관절염 환자의 건강관련 삶의 질 구조모형. Korean J Women Health Nurs. 30 de junio de 2023;29(2):91-103.

8. Suh CH, Lee K, Kim JW, Boo S. Factors affecting quality of life in patients with rheumatoid arthritis in South Korea: a cross-sectional study. *Clin Rheumatol*. 1 de febrero de 2022;41(2):367-75.
9. Al-Jabi SW, Seleit DI, Badran A, Koni A, Zyoud SH. Impact of socio-demographic and clinical characteristics on functional disability and health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis: a cross-sectional study from Palestine. *Health Qual Life Outcomes*. 13 de octubre de 2021;19(1):241.
10. Mandal M, Dasgupta A, Dutt D, Taraphdar P, Ghosh P, Paul B. Quantification of health-related quality of life among patients with rheumatoid arthritis: An institution-based study in Kolkata, West Bengal. *J Fam Med Prim Care*. 25 de agosto de 2020;9(8):3970-6.
11. Cruz-Castillo Y, Montero N, Salazar-Ponce R, Villacís-Tamayo R. Calidad de vida en pacientes ecuatorianos con artritis reumatoide: un estudio transversal. *Reumatol Clínica*. 1 de septiembre de 2019;15(5):296-300.
12. Awada S, Ajrouche R, Shoker M, Al-Hajje A, Rachidi S, Zein S, et al. Rheumatoid Arthritis in the Lebanese Adults: Impact on Health-Related Quality of Life. *J Epidemiol Glob Health*. diciembre de 2019;9(4):281-7.
13. Katchamart W, Narongroeknawin P, Chanapai W, Thaweeratthakul P. Health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *BMC Rheumatol*. 14 de agosto de 2019;3:34.
14. Franco-Aguirre JQ, Cardona-Tapias AA, Cardona-Arias JA. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide de Medellín-Colombia, 2014. *Rev Colomb Reumatol*. 1 de septiembre de 2015;22(3):153-61.
15. Morgan C, McBeth J, Cordingley L, Watson K, Hyrich KL, Symmons DPM, et al. The influence of behavioural and psychological factors on medication adherence over time in rheumatoid arthritis patients: a study in the biologics era. *Rheumatology*. 1 de octubre de 2015;54(10):1780-91.
16. García de Yébenes MJ, Loza E. Artritis reumatoide: epidemiología e impacto sociosanitario. *Reumatol Clínica*. 1 de junio de 2018;14:3-6.
17. Jäntti J, Aho K, Kaarela K, Kautiainen H. Work disability in an inception cohort of patients with seropositive rheumatoid arthritis: a 20 year study. *Rheumatology*. 1 de noviembre de 1999;38(11):1138-41.
18. Combe B, Cantagrel A, Goupille P, Bozonnet MC, Sibilia J, Eliaou JF, et al. Predictive factors of 5-year health assessment questionnaire disability in early rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 1 de noviembre de 2003;30(11):2344-9.
19. Retardation of joint damage in patients with early rheumatoid arthritis by initial aggressive treatment with disease-modifying antirheumatic drugs: Five-year experience from the FIN-RACo study. [citado 22 de marzo de 2025]; Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.20351>
20. Bernal-González A, Gallegos-Torres RM, Peza-Cruz G, Bernal-González A, Gallegos-Torres RM, Peza-Cruz G. Perfil del estilo de vida y actividad inflamatoria en personas con artritis reumatoide. *Enferm Univ*. junio de 2020;17(2):121-35.

21. Firestein GS. Evolving concepts of rheumatoid arthritis. *Nature*. mayo de 2003;423(6937):356-61.
22. Martínez MR, Morán-Álvarez P, Arroyo-Palomo J, Expósito MV, Díaz MV. Artritis reumatoide. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado*. abril de 2021;13(30):1669-80.
23. Weyand CM, Hicok KC, Conn DL, Goronzy JJ. The influence of HLA-DRB1 genes on disease severity in rheumatoid arthritis. *Ann Intern Med*. 15 de noviembre de 1992;117(10):801-6.
24. Wouters F, Maurits MP, van Boheemen L, Verstappen M, Mankia K, Matthijssen XME, et al. Determining in which pre-arthritis stage HLA-shared epitope alleles and smoking exert their effect on the development of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 1 de enero de 2022;81(1):48-55.
25. Lee DM, Weinblatt ME. Rheumatoid arthritis. *Lancet Lond Engl*. 15 de septiembre de 2001;358(9285):903-11.
26. Fleming A, Crown JM, Corbett M. Early rheumatoid disease. I. Onset. *Ann Rheum Dis*. agosto de 1976;35(4):357-60.
27. Lineker S, Badley E, Charles C, Hart L, Streiner D. Defining morning stiffness in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. mayo de 1999;26(5):1052-7.
28. Maksymowych WP, Suarez-Almazor ME, Buenviaje H, Cooper BL, Degeus C, Thompson M, et al. HLA and cytokine gene polymorphisms in relation to occurrence of palindromic rheumatism and its progression to rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. noviembre de 2002;29(11):2319-26.
29. Erickson AR, Cannella AC, Mikuls TR. Chapter 70 - Clinical Features of Rheumatoid Arthritis. En: Firestein GS, Budd RC, Gabriel SE, McInnes IB, O'Dell JR, editores. *Kelley and Firestein's Textbook of Rheumatology (Tenth Edition)* [Internet]. Elsevier; 2017 [citado 24 de marzo de 2025]. p. 1167-86. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978032331696500070X>
30. Rehart S, Pfister A, Kerschbaumer F. [Alterations to the lumbar spine in rheumatoid arthritis]. *Orthopade*. agosto de 2007;36(8):735-8.
31. Cojocaru M, Cojocaru IM, Silosi I, Vrabie CD, Tanasescu R. Extra-articular Manifestations in Rheumatoid Arthritis. *Mædica*. diciembre de 2010;5(4):286-91.
32. Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. Rheumatoid arthritis. *The Lancet*. 22 de octubre de 2016;388(10055):2023-38.
33. Radner H, Neogi T, Smolen JS, Aletaha D. Performance of the 2010 ACR/EULAR classification criteria for rheumatoid arthritis: a systematic literature review. *Ann Rheum Dis*. enero de 2014;73(1):114-23.
34. Arthrogryposis: A Text Atlas - Google Libros [Internet]. [citado 24 de marzo de 2025]. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=l3KPVwhDgDgC&oi=fnd&pg=PR7&ots=YHv_WXcxPM&sig=LLIQnKb_Fq27iS25pYOTs7GsoLc&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

35. Fraenkel L, Bathon JM, England BR, St.Clair EW, Arayssi T, Carandang K, et al. 2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res.* julio de 2021;73(7):924-39.
36. Smolen JS, Landewé RBM, Bergstra SA, Kerschbaumer A, Sepriano A, Aletaha D, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update. *Ann Rheum Dis.* enero de 2023;82(1):3-18.
37. Singh JA, Saag KG, Bridges SL, Akl EA, Bannuru RR, Sullivan MC, et al. 2015 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheumatol* Hoboken NJ. enero de 2016;68(1):1-26.
38. Goodman SM, Figgie MA. Arthroplasty in patients with established rheumatoid arthritis (RA): Mitigating risks and optimizing outcomes. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2015;29(4-5):628-42.
39. Chim HW, Reese SK, Toomey SN, Moran SL. Update on the surgical treatment for rheumatoid arthritis of the wrist and hand. *J Hand Ther Off J Am Soc Hand Ther.* 2014;27(2):134-41; quiz 142.
40. Lee TJ, Park BH, Son HK, Song R, Shin KC, Lee EB, et al. Cost of Illness and Quality of Life of Patients with Rheumatoid Arthritis in South Korea. *Value Health.* 1 de enero de 2012;15(1):S43-9.
41. Tański W, Dudek K, Adamowski T. Work Ability and Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Int J Environ Res Public Health.* 14 de octubre de 2022;19(20):13260.
42. van Vilsteren M, Boot ,Cécile R. L., Twisk ,Jos W. R., van Schaardenburg ,Dirkjan, Steenbeek ,Romy, Voskuyl ,Alexandre E., et al. Effectiveness of an integrated care intervention on supervisor support and work functioning of workers with rheumatoid arthritis. *Disabil Rehabil.* 13 de febrero de 2017;39(4):354-62.
43. Galloway J, Capron JP, De Leonardis F, Fakhouri W, Rose A, Kouris I, et al. The impact of disease severity and duration on cost, early retirement and ability to work in rheumatoid arthritis in Europe: an economic modelling study. *Rheumatol Adv Pract.* 1 de julio de 2020;4(2):rkaa041.
44. Feng J, Yu L, Fang Y, Zhang X, Li S, Dou L. Correlation between disease activity and patient-reported health-related quality of life in rheumatoid arthritis: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2 de mayo de 2024;14(5):e082020.
45. Rosa-Gonçalves D, Bernardes M, Costa L. Quality of life and functional capacity in patients with rheumatoid arthritis - Cross-sectional study. *Reumatol Clin.* 2018;14(6):360-6.
46. Geryk LL, Carpenter DM, Blalock SJ, DeVellis RF, Jordan JM. The impact of co-morbidity on health-related quality of life in rheumatoid arthritis and osteoarthritis patients. *Clin Exp Rheumatol.* 2015;33(3):366-74.
47. Isnardi CA, Capelusnik D, Schneeberger EE, Correa M de los Á, Lim R, Hu M, et al. Una nueva herramienta para valorar la calidad de vida de pacientes con artritis reumatoidea que no requiere licencia: el cuestionario QOL-RA II (Quality Of Life-Rheumatoid Arthritis Scale-II). *Rev Argent Reumatol.* 1 de marzo de 2019;30(1):16-21.

48. Horta-Baas G. Validación de una versión en español del Health Assessment Questionnaire-II para la evaluación de la capacidad funcional en pacientes mexicanos con artritis reumatoide. *Reumatol Clínica*. 1 de abril de 2022;18(4):236-45.
49. Calvo F, Vega E, Cusi R. *Revista Peruana de Reumatología*. 1996 [citado 31 de julio de 2025]. Validación de una versión. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/reuma/v02_n3/articulos_originales.htm
50. Singh H, Kumar H, Handa R, Talapatra P, Ray S, Gupta V. Use of Clinical Disease Activity Index Score for Assessment of Disease Activity in Rheumatoid Arthritis Patients: An Indian Experience. *Arthritis*. 2011;2011:146398.
51. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. [Validity and reliability of the Duke-UNC-11 questionnaire of functional social support]. *Aten Primaria*. 15 de septiembre de 1996;18(4):153-6, 158-63.
52. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1 de noviembre de 1995;41(10):1403-9.
53. Aucancela CYU, Montero GYC, Domínguez OSQ, Bonilla LNG. Actividad y tratamiento de la artritis reumatoide. *Rev Cuba Reumatol*. 25 de septiembre de 2020;22(3):e166-e166.
54. Espinosa-Balderas D, del Carmen Hernández-Sosa M, Cerdán-Galán M. Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide. *Aten Fam*. 1 de abril de 2017;24(2):67-71.
55. Definición de comorbilidad - Diccionario de cáncer del NCI - NCI [Internet]. 2011 [citado 27 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/comorbilidad>
56. Caycho Rodríguez T, Domínguez Lara S, Villegas G, Sotelo N, Carbajal León C. Análisis psicométrico del Cuestionario de Apoyo Social Funcional DUKE-UNC-11 en inmigrantes peruanos en Italia. *Pensam Psicológico*. 21 de diciembre de 2014;12(2):25-35.
57. Isnardi CA, Capelusnik D, Schneeberger EE, Correa M de los Á, Lim R, Hu M, et al. Una nueva herramienta para valorar la calidad de vida de pacientes con artritis reumatoidea que no requiere licencia: el cuestionario QOL-RA II (Quality Of Life-Rheumatoid Arthritis Scale-II). *Rev Argent Reumatol*. 1 de marzo de 2019;30(1):16-21.
58. Schane RE, Walter LC, Dinno A, Covinsky KE, Woodruff PG. Prevalence and risk factors for depressive symptoms in persons with chronic obstructive pulmonary disease. *J Gen Intern Med*. noviembre de 2008;23(11):1757-62.
59. Gentile S, Beauger D, Speyer E, Jouve E, Dussol B, Jacquelinet C, et al. Factors associated with health-related quality of life in renal transplant recipients: results of a national survey in France. *Health Qual Life Outcomes*. 30 de mayo de 2013;11:88.

ANEXOS

ANEXO N° 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA DE INVESTIGACION

TITULO DE LA INVESTIGACION: “Factores que influyen en la calidad de vida de pacientes con artritis reumatoide en el Hospital Regional del Cusco, 2025”

PRESENTADO POR: Nelson Deyvis Cruz Nina

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGIA	RECOLECCION DE DATOS Y PLAN DE ANALISIS
PG: ¿Cuáles son las características clínicas, sociodemográficas y psicoafectivas que influyen en la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide en un hospital del Cusco? PE1: ¿Las características sociodemográficas (sexo, edad, grado de instrucción, lugar de residencia, estado civil) están asociadas con la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide? PE2: ¿Las características clínicas (duración de la enfermedad, actividad de la enfermedad, presencia de comorbilidades, tratamiento recibido) influyen en la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide? PE3: ¿Los indicadores psicoafectivos, como el apoyo social, tienen un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide?	OG: Evaluar la calidad de vida y los factores asociados en pacientes con artritis reumatoide. OE1: Determinar si las características sociodemográficas (sexo, edad, grado de instrucción, lugar de residencia, estado civil) están asociadas con la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide OE2: Evaluar el impacto de las características clínicas (duración de la enfermedad, actividad de la enfermedad, presencia de comorbilidades, tratamiento recibido) en la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide OE3: Determinar si los indicadores psicoafectivos, como el apoyo social, tienen un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide	HG: Las características clínicas, sociodemográficas y psicoafectivas influyen en la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide en un hospital del Cusco. HE1: Las características sociodemográficas (sexo, edad, grado de instrucción, lugar de residencia, estado civil) están asociadas con la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. HE2: Las características clínicas (duración de la enfermedad, actividad de la enfermedad, presencia de comorbilidades, tratamiento recibido) influyen en la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide.	VARIABLES IMPLICADAS: Variables independientes • Comorbilidad • Actividad de enfermedad • Tiempo de enfermedad • Capacidad funcional • Apoyo familiar Variable dependiente • Calidad de vida VARIABLES NO IMPLICADAS • Sexo • Edad • Estado civil • Procedencia • Ocupación • Grado de instrucción • Ingreso económico	Calidad de vida • Habilidad física • Apoyo familiar • Dolor articular • Tensión nerviosa • Salud percibida • Artritis • Interacción con la familia • Estado de animo Comorbilidad • presencia de enfermedades coexistentes Actividad de la enfermedad • Se refiere al grado de inflamación y síntomas clínicos en pacientes con artritis reumatoide Tiempo de enfermedad • Se refiere al período transcurrido desde el diagnóstico inicial de artritis reumatoide hasta la fecha de evaluación Capacidad funcional • Se refiere al grado de independencia del paciente para	DISEÑO METODOLOGICO: Tipo de investigación: Se realizará un estudio observacional, analítico y transversal. Diseño de investigación: El estudio es epidemiológico de tipo transversal. Ubicación del estudio: Enero- abril 2025 Periodo de estudio: febrero -abril 2023 POBLACION Y MUESTRA: Población de estudio Pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide que acuden al Hospital Regional del Cusco Unidad de análisis Pacientes con artritis reumatoide atendidos en el Hospital Regional del Cusco Unidad de información Ficha de recolección de datos, mediante encuesta personal.	TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS se usará una ficha de recolección de datos elaborada para el presente trabajo validado por 5 expertos en el tema y también la entrevista se desarrollará de manera presencial la encuesta tiene una duración aproximada de 15 minutos PLAN DE ANALISIS DE DATOS Los datos se recogerán mediante una ficha aplicada a

		HE3: Los indicadores psicoafectivos, como el apoyo social, tienen un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide.		realizar actividades de la vida diaria, Apoyo social • Percepción y disponibilidad de ayuda emocional, instrumental y social que el paciente recibe de su entorno • Procedencia • Lugar de residencia como urbano o rural Sexo • identificación al nacer, pudiendo ser esta como femenino o masculino Edad • expresado como número de años cumplidos Estado civil • Estado civil actual que indica la paciente Ocupación • Actividad a la que el sujeto de investigación se dedica actualmente Nivel de instrucción • Nivel de instrucción alcanzado Ingreso económico • Se refiere a la cantidad de dinero que percibe el paciente o su familia en un periodo determinado	Criterio de inclusión y exclusión: Inclusión • Aceptación y autorización para participar en el estudio • Tener más de 12 meses con el diagnóstico de AR. • Ser mayor de edad (18 años o más). • Ser alfabetizado • Ausencia de trastornos neurocognitivos mayores o trastornos psiquiátricos severos que comprometan la capacidad de comprensión y respuesta al cuestionario Exclusión • Presencia de otras enfermedades reumatológicas autoinmunes (como lupus eritematoso sistémico o esclerosis sistémica) • Pacientes que no otorguen su consentimiento para participar en el estudio. • Pacientes sometidos recientemente (<3 meses) a cirugías mayores • Pacientes oncológicos	pacientes con artritis reumatoide en el Hospital Regional del Cusco . Incluirá datos generales, información clínica, calidad de vida y apoyo social como (QOL AR – II), HAQ-DI (Health Assessment Questionnaire-Disability Index), Escala Duke-UNC. Se codificarán los datos asignando números a cada ítem y se ingresarán en Excel 2017. Se verificará la calidad de los datos, identificando valores perdidos, inconsistencias y duplicados
--	--	--	--	---	---	--



ANEXO N° 2. FICHA DE RECOLECCION DE DATOS E INSTRUMENTOS

Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

Facultad de Medicina Humana



FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2025

Se encuentra invitado a participar en una encuesta que forma parte de una investigación académica que me encuentro realizando. El objetivo es conocer cómo ciertos factores afectan la calidad de vida en personas con artritis reumatoide. La participación es voluntaria y anónima. Puedes dejar de responder en cualquier momento. Toda la información que brindes será confidencial y usada solo con fines académicos. Al continuar con la encuesta, confirmas que aceptas participar de manera libre y voluntaria.

DNI:		Fecha:
DATOS SOCIODEMOGRAFICOS		
1	Sexo	Masculino () Femenino ()
2	Edad	_____ años
3	Lugar de procedencia	Urbano () Rural ()
4	Estado civil	Soltero () Casado () Viudo () Divorciado ()
5	Ocupación	Ocupación con esfuerzo físico () Ocupación sin esfuerzo físico () Retirado () Desempleado ()
6	Nivel de instrucción	Analfabeta () Primaria () Secundaria () Superior incompleta () Superior incompleta ()
7	Ingreso económico	Alto () Medio alto () Medio () Medio bajo () Bajo ()

DATOS CLINICOS		
8	¿Tiene Ud. alguna enfermedad diagnostica anteriormente?	Si () Especifique: _____ No ()
9	¿Cuántos años/meses hace que fue diagnosticado con artritis reumatoide?	----- Años
10	¿Cuál es la puntuación CDAI del paciente?	_____ Puntos
11	¿Cuál es el puntaje HAQ-DI del paciente?	_____ Puntos
12	Cuál es el puntaje total de apoyo social:	Puntos:
13	ÍNDICE QUALITY OF LIFE-RHEUMATOID ARTHRITIS SCALE-II (QOLAR – II)	_____ Puntos

CUESTIONARIO QOL-RA II

Cuestionario de calidad de vida QOL-RA											
1. Si Ud. considera solo sus habilidades físicas, ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?:											
Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
2. Si Ud. solo considera la ayuda que le han dado su familia y sus amistades, ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?:											
Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
3. Si Ud. solo considera su dolor artrítico, ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?:											
Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
4. Si Ud. solo considera su nivel de tensión nerviosa, ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?:											
Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
5. Si Ud. solo considera su salud, ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?:											
Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
6. Si Ud. solo considera su artritis, ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?:											
Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
7. Si Ud. solo considera su nivel de interacción entre Ud. y su familia y amigo(a)s, ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?:											
Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
8. Si Ud. solo considera lo que Ud. dijo acerca de su estado de ánimo, ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?:											
Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente

INSTRUMENTO DE EVALUACION DE FUNCIONALIDAD HAQ-DI

Versión Española del Health Assessment Questionnaire (HAQ)

Traducida y adaptada por J. Esteve-Vives, E. Batlle-Gualda, A. Reig y Grupo para la Adaptación del HAQ a la Población Española

Durante la <u>última semana</u> , ¿ha sido usted capaz de...		Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de hacerlo
Vestirse y calzarse	1) Vestirse solo, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos?	☐	☐	☐	☐
	2) Enjabonarse la cabeza?	☐	☐	☐	☐
Levantarse	3) Levantarse de una silla sin brazos?	☐	☐	☐	☐
	4) Acostarse y levantarse de la cama?	☐	☐	☐	☐
Comer	5) Cortar un filete de carne?	☐	☐	☐	☐
	6) Abrir un cartón de leche nuevo?	☐	☐	☐	☐
	7) Servirse la bebida?	☐	☐	☐	☐
Caminar	8) Caminar fuera de casa por un terreno llano?	☐	☐	☐	☐
	9) Subir cinco escalones?	☐	☐	☐	☐
Higiene	10) Lavarse y secarse todo el cuerpo?	☐	☐	☐	☐
	11) Sentarse y levantarse del retrete?	☐	☐	☐	☐
	12) Ducharse?	☐	☐	☐	☐
Alcanzar	13) Coger un paquete de azúcar de 1 Kg de una estantería colocada por encima de su cabeza?	☐	☐	☐	☐
	14) Agacharse y recoger ropa del suelo?	☐	☐	☐	☐
Previsión	15) Abrir la puerta de un coche?	☐	☐	☐	☐
	16) Abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos?	☐	☐	☐	☐
	17) Abrir y cerrar los grifos?	☐	☐	☐	☐
Otras	18) Hacer los recados y las compras?	☐	☐	☐	☐
	19) Entrar y salir de un coche?	☐	☐	☐	☐
	20) Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos?	☐	☐	☐	☐

0 0.000

1 0.125

2 0.250

3 0.375

4 0.500

5 0.625

6 0.750

7 0.875

8 1.000

9 1.125

10 1.250

11 1.375

12 1.500

13 1.625

14 1.750

15 1.875

16 2.000

17 2.125

18 2.250

19 2.375

20 2.500

Señale para qué actividades **necesita la ayuda de otra persona**:

- ☐.. Vestirse, asearse

☐.. Caminar, pasear

☐..Abrir y cerrar cosas (presión)

☐.. Levantarse

☐.. Higiene personal

☐..Recados y tareas de casa

☐.. Comer

☐.. Alcanzar

Señale si utiliza alguno de estos **utensilios** habitualmente:

- ☐.. Cubiertos de mango ancho

☐.. Abridor para tarros previamente abiertos

☐.. Bastón, muletas, andador o silla de ruedas

☐.. Asiento o barra especial para el baño

☐.. Asiento alto para el retrete

CUESTIONARIO DUKE UNC



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

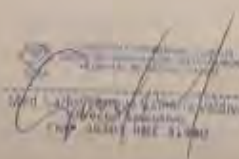
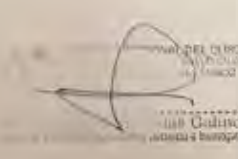
Nº Historia

CUESTIONARIO DUKE-UNC -

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario autoadministrado

Instrucciones para el paciente: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
PUNTUACIÓN TOTAL					

AUTORIZACION DEL COMITÉ DE ETICA DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO

 GOBIERNO DEL PERÚ	 GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO	 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD	 HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO	 OFICINA DE CAPACITACIÓN DOCENTE E INVESTIGACIÓN	
"Año de la Investigación y Consolidación de la Economía Privada" Desarrollo de la Sociedad de Conocimiento para Mujeres y Niños."					
Cusco, 02 de Junio del 2025					
<u>PROVEIDO N°205 - 2025-GR CUSCO/GERESA-HRC-DE-OCDI</u>					
Visto, el Expediente N°8658 seguido por el Br.: CRUZ NINA NELSON, estudiante de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Antonio Abad del Cusco, solicita: Autorización para aplicación de instrumento de Investigación, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. El presente Proyecto de Investigación: "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UN HOSPITAL DEL CUSCO, 2025" conforme al informe emitido por el Jefe del Área de Investigación de la Oficina de Capacitación Docente e Investigación, la petición formulada por el citado tesista se encuentran apto para realizar lo solicitado ya que las características de investigación es de estudio tipo observacional, analítico y transversal, diseño es de estudio epidemiología de tipo transversal; se aplicara encuestas a los pacientes en consultorio externo de reumatología del Hospital Regional Cusco. En tal sentido, esta dirección AUTORIZA la Aplicación de Instrumento de Investigación para lo cual se le brinde las facilidades correspondientes, exhortando a los investigadores que todo material de la aplicación del instrumento es a cuenta de las interesadas y no genere gastos al Hospital. RECOMENDACIÓN: Presentación de la presente autorización, debidamente identificado con su DNI correspondiente. Se adjunta Recibo N°89674. Al finalizar la aplicación del Instrumento, la investigadora deberá entregar una copia original del Proyecto Final de Investigación, a la Oficina de Capacitación del Hospital Regional Cusco. Atentamente,					
 Dr. [Nombre] Director Regional de Salud  Dr. [Nombre] Jefe de Oficina					
La Autorizó: MESC/1634 02/06/2025					
Av. La Cultura S/N Cusco - Perú Teléfono: (084) 2278512 / Emergencia (084) 223451 www.hospitalregionalcusco.gob.pe					