

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS**

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS  
EN EL HOSPITAL II -E SIMÓN BOLIVAR DURANTE ENERO – DICIEMBRE DEL  
AÑO 2024”**

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

**AUTOR:**

ERIKA KATHERINE ZAMORA BENAVIDES

**ASESOR:**

MC. JUAN CARLOS VÁSQUEZ HUACCHA

ORCID: 0009-0003-1704-574X

Cajamarca, Perú

2025

## CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: Zamora Benavides, Erika Katherine  
DNI: 74059446  
Escuela Profesional: Medicina Humana
2. Asesor: MC. Juan Carlos Vásquez Huaccha  
Facultad/ Unidad UNC: Facultad de Medicina
3. Grado Académico o título Profesional: Título de Médico Cirujano
4. Tipo de Investigación: Tesis
5. Título de Trabajo de Investigación: **"CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL HOSPITAL II- E SIMÓN BOLIVAR DE ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2024"**
6. Fecha de Evaluación: 04/06/2025
7. Software Antiplagio: TURNITIN
8. Porcentaje de Informe de Similitud: 21%
9. Código Documento: oid: 3117: 464575292
10. Resultado de la Evaluación de Similitud: **APROBADO**

Cajamarca, 04 de junio del 2025



## **DEDICATORIA**

A mi padre por su infinito amor y paciencia, por enseñarme a  
ser fuerte y a tomar buenas decisiones.

A mi tía, por su alegría y por brindarme  
todo su amor.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mi madre por siempre estar presente y por motivarme a siempre ser mejor. Agradezco sus abrazos, sus consejos y su ejemplo de vida.

Agradezco a mi hermana por ser mi compañera de vida. Agradezco sus risas, su tiempo y su especial ayuda en este trabajo.

Finalmente, agradezco a todos quienes contribuyeron a que la vocación de servicio se forjase en mí.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	2
1.1. Planteamiento del problema.....	2
1.2. Formulación del problema .....	2
1.3. Justificación .....	2
1.4. Objetivos.....	3
1.4.1. Objetivo General.....	3
1.4.2. Objetivos específicos .....	3
1.5. Limitaciones.....	4
1.6. Consideraciones éticas .....	4
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO .....	5
2.1. Antecedentes .....	5
2.1.1. Antecedentes internacionales .....	5
2.1.2. Antecedentes nacionales .....	7
2.2. Bases teóricas.....	8
2.2.1. Artritis reumatoide .....	8
2.2.2. Calidad de vida.....	21
2.3. Términos básicos .....	23
2.3.1. Artritis reumatoide .....	23
2.3.2. Calidad de vida.....	23
2.3.3. Cuestionario SF-36.....	23
CAPÍTULO 3: HIPÓTESIS Y OPERALIZACIÓN DE VARIABLES.....	24

3.1. Hipótesis .....	24
3.2. Operalización de variables.....	25
CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....	29
4.1. Materiales y métodos .....	29
4.1.1. Diseño de investigación .....	29
4.1.2. Población.....	29
4.1.3. Muestra.....	29
4.1.4. Muestreo.....	29
4.1.5. Criterios de inclusión y exclusión .....	29
4.1.6. Métodos y técnicas de recolección.....	30
4.1.7. Instrumento: .....	30
4.1.8. Técnicas de procesamiento de la información y análisis de datos .....	31
4.2. Consideraciones éticas .....	31
CAPÍTULO 5: RESULTADOS .....	32
CAPÍTULO 6: DISCUSIÓN .....	41
CAPÍTULO 7: CONCLUSIONES .....	44
CAPÍTULO 8: RECOMENDACIONES .....	45
CAPÍTULO 9: REFERENCIAS BIBLOGRÁFICAS.....	46
CAPÍTULO 10: ANEXOS .....	52
10.1 ANEXO 1: Criterios Diagnósticos de Artritis Reumatoide.....	52
10.2. ANEXO 2: Matriz de Consistencia.....	53
10.2. ANEXO 3: Instrumento de recolección de datos.....	55
10.4. ANEXO 4: Consentimiento Informado .....	58

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: PROMEDIO DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA EDAD .....	35
TABLA 2: PROMEDIO DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL SEXO .....	36
TABLA 3: PROMEDIO DE CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN AL INGRESO ECONÓMICO .....	37
TABLA 4: CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA CONVIVENCIA .....	38
TABLA 5: PROMEDIO DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL TIEMPO DE ENFERMEDAD .....	39

## ÍNDICE DE GRÁFICOS DE BARRAS

GRÁFICO DE BARRAS N° 1: DISTRIBUCIÓN POR SEXO .....	32
GRÁFICO DE BARRAS N° 2: DISTRIBUCIÓN POR EDAD .....	32
GRÁFICO DE BARRAS 3: DISTRIBUCIÓN POR CONVIVENCIA .....	33
GRÁFICO DE BARRAS 4: DISTRIBUCIÓN POR INGRESOS ECONÓMICOS .....	33
GRÁFICO DE BARRAS 5: DISTRIBUCIÓN POR NIVEL DE INSTRUCCIÓN .....	34
GRÁFICO DE BARRAS 6: DISTRIBUCIÓN POR CALIDAD DE VIDA .....	34
GRÁFICO DE BARRAS 7: CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA EDAD .....	35
GRÁFICO DE BARRAS 8: CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL SEXO .....	36
GRÁFICO DE BARRAS 9: CALIDAD DE VIDA SEGÚN SUS INGRESOS ECONÓMICOS .....	37
GRÁFICO DE BARRAS 10: CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA CONVIVENCIA .....	38

## ÍNDICE DE GRÁFICOS DE LÍNEAS

GRÁFICO DE LÍNEAS 1: DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO SF -36 .....	40
--	----

## **RESUMEN**

**Antecedentes** Debido a sus manifestaciones clínicas, como dolor, fatiga, y discapacidad física, la artritis tiene un efecto perjudicial en la calidad de vida de los pacientes a nivel físico, emocional y social.

**Objetivo:** Describir el nivel de calidad de vida en pacientes diagnosticados con artritis reumatoide que fueron atendidos en el servicio de Reumatología del Hospital II-E Simón Bolívar durante el año 2024.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional, y retrospectivo en 60 pacientes diagnosticados con AR. Para evaluar la calidad de vida se aplicó el test SF-36 y se recopilaron datos sobre variables sociodemográficas, como edad, sexo, ingresos económicos, etc. Para el análisis estadístico se utilizó medidas de tendencia central, frecuencias absolutas, tablas y gráficos por medio del programa Excel 2019.

**Resultados:** El grupo de edad más prevalente fue el de 51 a 60 años con el 21,7% y la media de la edad fue de 52,75 años. El género femenino predominó, representando el 90% de los pacientes. La convivencia familiar fue el tipo de relación más común, con el 83,3%. La escolaridad más frecuente fue primaria incompleta, con el 23,3%. El 55% de los pacientes no reportó ningún ingreso económico. El tiempo de enfermedad más común fue de 1 a 5 años. En términos generales, la calidad de vida se calificó como “Regular”, con una media de 47,98. La dimensión menos afectada fue “Rol Social” con 58,75; mientras que, la dimensión más afectada fue “Rol Emocional” con un puntaje de 33,33%

**Conclusión:** La calidad de vida de los pacientes diagnosticados con artritis reumatoide que fueron atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el año 2024 es “Regular”.

**PALABRAS CLAVE:** *Artritis reumatoide, calidad de vida.*

## **SUMMARY**

**Background:** Due to its clinical manifestations, such as pain, fatigue, and physical disability, arthritis has a detrimental effect on patients' quality of life at the physical, emotional, and social levels.

**Objective:** To describe the quality of life in patients diagnosed with rheumatoid arthritis who were treated at the Rheumatology service of Hospital II-E Simón Bolívar during the year 2024.

**Materials and Methods:** A descriptive, observational, and retrospective study was conducted on 60 patients diagnosed with RA. The SF-36 test was used to assess quality of life, and data on sociodemographic variables such as age, sex, and economic income were collected. For statistical analysis, measures of central tendency, absolute frequencies, tables, and graphs were used through the Excel 2019 program.

**Results:** The most prevalent age group was 51 to 60 years, accounting for 21.7%, with a mean age of 52.75 years. The female gender predominated, representing 90% of the patients. Family cohabitation was the most common type of relationship, at 83.3%. The most frequent level of education was incomplete primary school, at 23.3%. A total of 55% of patients reported no economic income. The most common disease duration was between 1 and 5 years. In general terms, quality of life was rated as "Fair," with a mean score of 47.98. The least affected dimension was "Social Role," with 58.75, while the most affected dimension was "Emotional Role," with a score of 33.33%.

**Conclusion:** The quality of life of patients diagnosed with rheumatoid arthritis who were treated at Hospital II-E Simón Bolívar during 2024 is considered "Fair."

**KEYWORDS:** *Rheumatoid arthritis, quality of life.*

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades reumáticas se caracterizan por ser procesos inflamatorios crónicos que afectan las articulaciones y otros tejidos, causando dolor y discapacidad funcional. (1)

Dentro de este grupo de enfermedades se encuentra la Artritis Reumatoide (AR) que se manifiesta, también, con rigidez matutina, tumefacción y deformación articular irreversible. Así mismo, puede presentar manifestaciones sistémicas en piel, en ojos, etc. (2)

Se estima que la AR afecta al 0.5% de la población mundial y es más frecuente en mujeres que en varones en una relación de 7 a 1. Aunque puede aparecer a cualquier edad, es más común en personas entre 30 y 55 años (3,4)

El diagnóstico de la AR utiliza los Criterios de EULAR/ACR 2010, donde se considera el número de articulaciones afectadas, exámenes de serología, reactantes de fase aguda y duración de los síntomas. Se recomienda iniciar el tratamiento temprano tras el diagnóstico de AR. Existen medidas no farmacológicas como el ejercicio, la terapia física; no obstante, el tratamiento farmacológico es fundamental. Este último incluye el uso de AINEs, corticoides y fármacos antireumáticos modificadores de la enfermedad (FARMEs), ya sea en monoterapia o en combinación. (5)

Debido a su naturaleza crónica y al daño estructural irreversible que provoca, impacta en la Calidad de Vida (CV) de los pacientes, limitando su capacidad para realizar actividades cotidianas como caminar, vestirse, o salir con amigos.

La Calidad de vida no tiene una única definición establecida; pero, diversos autores coinciden en que es la percepción de bienestar físico, emocional y social de cada individuo. Es un concepto multidimensional, cuya evaluación se realiza mediante distintos instrumentos estandarizados como el SF -36, Escala FUMAT, EuroQol-5D, entre otros. (6,7)

Esta investigación fue realizada con la finalidad de determinar la calidad de vida de un grupo de pacientes con AR mediante la aplicación del cuestionario SF 36.

## **CAPÍTULO 1: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1.Planteamiento del problema**

La artritis reumatoide (AR) es una de las afecciones crónicas y autoinmunes más habituales en los adultos. A pesar de que no hay un concepto universalmente aceptado para describir la Calidad de vida, esta se interpreta como la percepción personal del bienestar físico y emocional, la autonomía y la participación social.

Debido a las manifestaciones clínicas de la AR, como el dolor y la rigidez articular, los pacientes experimentan un deterioro significativo en la calidad de vida de los pacientes. (5,6)

El diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado para la AR pueden limitar el daño tisular, permitiendo mejorar la funcionalidad y la calidad de vida del paciente. Sin embargo, en nuestro sistema de salud, estos objetivos aún no se han logrado, lo que conlleva a la persistencia de casos avanzados de la enfermedad con un impacto negativo en la calidad de vida de los afectados. (1,4)

Identificar las dimensiones más afectadas es fundamental para tomar nuevas medidas que permitan educar al paciente y crear nuevas políticas de salud en beneficio de esta población.

### **1.2.Formulación del problema**

¿Cuál es el nivel de calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de Reumatología del Hospital II-E Simón Bolívar durante el periodo enero – diciembre del año 2024?

### **1.3.Justificación**

Esta investigación se origina por la necesidad de valorar el efecto de la artritis reumatoide en la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con dicha

enfermedad. Aunque existen investigaciones previas en otras partes del mundo, este estudio buscó analizar esta relación en la población local.

Los resultados de esta investigación serán de gran utilidad para la actualización de los conocimientos de los profesionales de la salud en el cuidado, abordaje, seguimiento y tratamiento de esta población.

Además, los resultados que brinda este estudio podrán tomarse en cuenta a la hora de elaborar políticas clínicas donde no se enfoquen exclusivamente en el tratamiento farmacológico, sino que incluyan estrategias de educación al paciente. Esto facilitará que los individuos afectados implementen estrategias que optimicen su calidad de vida, previniendo la dependencia y proporcionándole un desarrollo óptimo acorde a su edad, evitando el aislamiento social y asegurándole un abordaje íntegro de su salud.

Por todo lo expuesto anteriormente, considero pertinente realizar este estudio.

#### 1.4. Objetivos

##### 1.4.1. Objetivo General

Describir el nivel de calidad de vida en pacientes diagnosticados con artritis reumatoide que fueron atendidos en el servicio de Reumatología del Hospital II-E Simón Bolívar durante el periodo de enero a diciembre del año 2024.

##### 1.4.2. Objetivos específicos

- a) Estudiar las características sociodemográficas como edad, sexo, nivel educativo e ingreso económico y su relación con el nivel de Calidad de Vida en pacientes diagnosticados con artritis reumatoide que

fueron atendidos en el servicio de Reumatología del Hospital II-E Simón Bolívar durante el periodo enero – diciembre del año 2024

- b) Evaluar la influencia del tiempo de enfermedad en el nivel de Calidad de Vida de los pacientes diagnosticados con artritis reumatoide atendidos en el servicio de Reumatología del Hospital II-E Simón Bolívar durante el periodo enero – diciembre del año 2024.
- c) Describir el impacto de la artritis reumatoide en las diferentes dimensiones de calidad de vida (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental) en pacientes diagnosticados con artritis reumatoide y que fueron atendidos en el servicio de Reumatología del Hospital II-E Simón Bolívar durante el periodo enero – diciembre del año 2024.

#### 1.5.Limitaciones

- Falta de estudios locales.
- Tiempo limitado para realizar las entrevistas.
- Subjetividad de los pacientes al momento de responder la entrevista.

#### 1.6.Consideraciones éticas

- La primera parte de este trabajo se realizó mediante la revisión de historias clínicas y registros, respetando la confidencialidad de los datos de cada paciente.
- Para aplicar el instrumento SF-36 se solicitó el consentimiento informado de cada paciente, después de explicarles la finalidad del estudio.
- Se siguieron las pautas indicadas en el Anexo N°3.

## CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

#### 2.1.1. Antecedentes internacionales

- Moyolema (8) realizó un trabajo revisión bibliográfica no sistemática, con diseño descriptivo, retrospectivo, documental y transversal. Utilizó distintos criterios de inclusión para definir la muestra de investigación en 25 documentos encontrados en Latindex, Scielo, Lilacs, Redalyc, PubMed, Medline, Scopus e Ice Web of Science. Concluyó que la artritis reumatoide es una enfermedad que condiciona distintos grados de discapacidad, Principalmente en pacientes que no alcanzan el control de la enfermedad, ya sea debido a diagnósticos tardíos o tratamiento inadecuado, ya que estos dos componentes son esenciales para mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados por esta patología.

- Sarobe et. al (9) realizaron un estudio con un diseño transversal donde se recogieron variables sociodemográficas y clínicas, adherencia al tratamiento y calidad de vida mediante el cuestionario Euroqol-5d-5L (EQ-5D). La muestra incluyó 59 pacientes. La vida media fue de 0,78 y el dolor resultó la dimensión más afectada. La disminución de utilidad (índice EQ-5D) de los pacientes con enfermedades articulares inflamatorias respecto a la población general fue de 0,127. Concluyó que los pacientes mostraron una calidad de vida significativamente menor que la población general a pesar del buen control de la enfermedad.

- Sosa Aquino et. al (10) realizaron un estudio de tipo observacional analítico de corte transversal, con una población de 400 personas

diagnosticadas con Artritis Reumatoide. El objetivo fue de determinar la calidad de vida y la calidad funcional en una muestra seleccionada por conveniencia de 200 pacientes. El instrumento utilizado para medir la calidad de vida fue el QOL-RA (*Quality of Life in Rheumatoid Arthritis Scale*) y para medir discapacidad utilizaron el HAQ (*Health Assessment Questionnaire*). En sus resultados describieron que el sexo femenino predominó (89,5%), que la edad media fue de 47,5 años y que el promedio de tiempo de la enfermedad era de 14,07 años. Concluyeron que los pacientes presentaron una calidad de vida buena, y discapacidad ligera.

- Ordoñez Aguirre (11) realizó un estudio de tipo descriptivo observacional, de corte transversal. Su muestra estuvo conformada por 81 pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide en los que aplicó el instrumento de medida Calidad de Vida en la Artritis (QoL-RA). Concluyó que, de manera general, la calidad de los pacientes era buena; sin embargo, los parámetros más afectados fueron los de dolor y tensión nerviosa.

- Guifarro (12) realizó un estudio descriptivo y transversal en 40 pacientes con diagnóstico de AR para conocer su calidad de vida mediante el cuestionario HAQ. Encontró que la mayoría de pacientes eran el sexo femenino entre los 51-60 años de edad, presentándose la mayor proporción de pacientes con una evolución de la enfermedad menor a los 10 años. Concluyó que, de los 40 pacientes estudiados, el 77.5% de los pacientes con artritis reumatoidea tiene grado 2 de discapacidad en las actividades de la vida de la escala HAQ.

- Hernández (13) realizó una investigación de tipo descriptivo, transversal y analítico, donde participaron 130 pacientes con AR y utilizó el instrumento EQ-5D para medir la calidad de vida y el conocer el nivel de capacidad funcional. Encontró que la edad promedio era de 52.1 años, además de que el 84% de la población en estudio era del sexo femenino. Concluyó que el 10.8% de pacientes refiere no tener ningún problema de salud que se encuentre relacionado a la artritis reumatoide, mientras que el 89.2% presenta disminución en su calidad de vida.

- Chávez (14) realizó un estudio de tipo transversal, prospectivo y descriptivo, para conocer la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide donde aplicó el test SF-36. Encontró que el grupo de edad más prevalente fue el de 46 a 55 años con el 35.3% y que el género femenino predominó con el 69% Concluyó que la calidad de vida es buena en la mayoría de los sujetos de investigación que padecen artritis reumatoide y que usan esteroides.

#### 2.1.2. Antecedentes nacionales

- Valeriano (15) realizó una investigación descriptiva, observacional, prospectiva y transversal en una muestra de 58 pacientes que tenían el diagnóstico de Artritis reumatoidea y que fueron atendidos en Juliaca durante el año 2020. El instrumento que utilizó fue el cuestionario de calidad de vida, WHOQOL-BREF y fue aplicado mediante entrevistas personales y por llamadas. Concluyó que la calidad de vida era alta y muy alta entre los pacientes atendidos.

## 2.2. Bases teóricas

### 2.2.1. Artritis reumatoide

La artritis reumatoide (AR) es la enfermedad autoinmune, inflamatoria y crónica más común en adultos. Sus manifestaciones clínicas más frecuentes son el dolor crónico, rigidez, sensibilidad, calor e hinchazón articular que dificulta el movimiento y las actividades cotidianas; lo que puede llevar a discapacidad, más frecuentemente, cuando el tratamiento se inicia en fases tardías por lo que un adecuado diagnóstico temprano y tratamiento son fundamentales. (3,16,17)

#### 2.2.1.1. Epidemiología

- En el Mundo:

La AR afecta a aproximadamente al 0.5% de la población mundial, siendo más frecuente en mujeres que en varones en razón de 7:1. En el 2019 se encontraron más de 18 millones de personas con diagnóstico de AR, lo que representaba el 0.3% de la población. (3,4)

En la población europea y norteamericana representa del 0.5% al 1% de la población. Se ha encontrado mayor número de casos en poblaciones nativas de Norteamérica como los indios Pima o Chippewa con valores que oscilan entre 5% y 7%. Por el contrario, en poblaciones de Asia y África se observa una prevalencia menor. (18,19)

Aunque puede aparecer a cualquier edad, es más común en personas entre 30 y 55 años. La OMS informa que el 55% de la población diagnosticada son mayores de 55 años. (3,4)

Es más prevalente en los países industrializados; sin embargo, podría deberse a que en los países de ingresos medianos y bajos hay un subdiagnóstico. (19)

- En Latinoamérica:

Para estudiar la AR en Latinoamérica se funda el Grupo Latinoamericano de Estudio de la Artritis Reumatoide (GLADAR) en el año 2003, durante el Congreso Europeo de Reumatología (EULAR). Realizaron un estudio de investigación observacional con la participación de Centros de Salud de 14 países latinoamericanos durante el año 2006. Concluyeron que la relación de AR entre mujeres y varones es de 6 a 1. También concluyeron que la AR tiene un inicio temprano en grupos de amerindios, mestizos y afro-latinoamericanos con un promedio de inicio a los 45 años de edad; mientras que, en la raza caucásica, se ve un inicio a los 49 años. (20)

- En el Perú:

No contamos con data actual acerca de la prevalencia e incidencia de esta enfermedad. Sin embargo, se estima que en el Perú cada año se diagnostican más de 100 casos nuevos con AR, con una relación de 6 a 1 entre mujeres y varones. (21)

En 2006, en un estudio realizado en el Hospital Almenara, se estudió a una muestra de 740 pacientes diagnosticados con AR, de una población total de pacientes de 860 243 personas. Se concluyó que la prevalencia de AR era de 0,31% y que era más predominante en raza mestiza. (22)

### 2.2.1.2. Factores de riesgo

En años recientes, se han investigado e identificado diversos factores de riesgo asociados al desarrollo de la AR. Es una patología en la que los factores genéticos y ambientales ejercen una influencia determinante, y que la interacción entre ambos es crucial.(5,23)

#### a. Factores Genéticos

Desde hace más de 30 años que se ha documentado la existencia de un factor de susceptibilidad genética en la artritis reumatoide que contribuye en un 50-60% al desarrollo de la patología. (23)

Investigaciones han evidenciado que individuos con un familiar de primer grado con AR pueden presentar un riesgo de desarrollar la enfermedad de 2 a 10 veces superior en comparación con la población general.(24)

Se sabe que existe una asociación directa entre la AR y el gen HLADRB1\*04 y algunos de sus alelos (\*0401, \*0404, \*0405 o \*0408) que codifican secuencias para la molécula HLA (Antígenos Leucocitarios Humanos), específicamente para la región conocida como epítipo reumatoide o compartido (ER) que es la encargada de ayudar al sistema inmunitario a diferenciar entre sus propias células y las sustancias extrañas y dañinas. (23)

A pesar de que el gen HLADRB1 es el más investigado, se han identificado otros genes que predisponen a la artritis reumatoide. El gen PTPN22 duplica la probabilidad de desarrollar artritis seropositiva. (25)

#### b. Factores Ambientales

Los factores ambientales fundamentan el otro 50% del desarrollo de la enfermedad, aunque la evidencia científica aún no logre explicar de manera

concluyente todos los casos; siendo el tabaquismo el factor más estudiado.  
(5,23)

- Tabaco: Se trata del factor ambiental y evitable primordial que está asociado tanto con el desarrollo como con la exacerbación y la respuesta al tratamiento de la artritis recurrente, predominantemente en individuos genéticamente predispuestos. No obstante, esta mejora se limitaría a los fumadores activos. (5,26,27)

El tabaco modifica la producción de citoquinas y la función efectora de las células inmunes innatas, las células dendríticas, los macrófagos y las células NK. Esto origina una respuesta inflamatoria sistémica que se evidencia en mayor cantidad de citoquinas como la IL-6 y TNF- $\alpha$  que están directamente relacionadas con el desarrollo de AR y la mala respuesta al tratamiento. (27,28)

- Sílice: La exposición ocupacional al polvo de este compuesto influye en el curso natural de la AR. La exposición crónica a la sílice puede provocar Síndrome de Caplan, que corresponde a la presencia de nódulos reumatoides que miden entre 0,5 y 5 cm de diámetro, de rápida aparición, localizados hacia la periferia de ambos ápices con opacidades intersticiales de extensión variable, no compatibles con fibrosis pulmonar masiva. (23,29)

#### c. Factores Dietéticos

Estudios demuestran que la dieta rica en pescado, aceite de oliva, verduras cocidas y frutas son factores protectores.(30)

El consumo de carnes rojas es controversial. Algunos estudios niegan todo efecto negativo sobre el curso de la AR, mientras otros estudios refieren que es un factor de riesgo. (5,31)

El consumo de café constituye un factor de riesgo debido a su contribución a la formación del Factor Reumatoideo; no obstante, este riesgo se manifestaría exclusivamente en situaciones de consumo superior a 10 tazas de café diarias.(32)

El consumo de alcohol se ha informado como un factor protector de AR; sin embargo, esto también dependería de la dosis. (5,32)

#### d. Infecciones

Las infecciones constituyen factores de riesgo biológico capaces de precipitar el desarrollo de la artritis reumatoide. La bacteria *Porphyromonas gingivalis*, responsable de la enfermedad periodontal, ha sido objeto de extenso estudio, dado que se ha documentado una correlación entre dicha enfermedad y la artritis reumatoide. La frecuencia de enfermedad periodontal en sujetos con AR es el doble que en la población sana.(5,23,33)

### 2.2.1.3. *Manifestaciones clínicas*

#### - Manifestaciones articulares

Las manifestaciones clínicas dependerán de la forma de inicio de la enfermedad y de la fase en la que se diagnostique; sin embargo, el patrón más común se manifiesta con la inflamación precoz y simétrica de articulaciones pequeñas de manos y pies, como las interfalángicas proximales, metacarpofalángicas y las metatarsofalángicas. En etapas más avanzadas, se

ven comprometidas las articulaciones mayores como tobillos, rodillas, codos y hombros. (34)

Las manifestaciones clínicas son distintas de acuerdo al tiempo en el que se instalan los síntomas. En la mayoría de pacientes (hasta un 70%) tiene un inicio insidioso, donde se empiezan afectando las articulaciones pequeñas y luego las articulaciones grandes; las manifestaciones clínicas incluyen dolor a la movilización, eritema, tumefacción y la rigidez matutina, que, además, es un signo que se presenta de manera precoz. Cuando la AR inicia de manera aguda, es decir, solo en días; la clínica está asociada a dolor muscular, cansancio, fiebre y pérdida de peso, además de las manifestaciones de dolor, eritema y tumefacción en articulaciones. Esta forma de inicio es la más rara. (2)

Las manifestaciones clínicas también cambian según el número de articulaciones que afectan en su inicio. Si es poliarticular, o sea, más de 4 articulaciones comprometidas, se suele dar de manera bilateral y simétrica, aunque no necesariamente la articulación derecha y la articulación izquierda se afecten al mismo tiempo. Si el inicio es monoarticular, se ve afectada principalmente la cadera, hombro o rodilla; representa menor cantidad de casos que la poliarticular y representa un gran desafío diagnóstico. Es menos frecuente; pero, también puede tener un inicio extraarticular, con manifestaciones clínicas de síndrome de túnel carpiano y presencia de nódulos reumatoides, sumado a signos y síntomas inespecíficos como fiebre, astenia y pérdida de peso; las manifestaciones articulares aparecen después de un lapso variable de tiempo. (2)

- Manifestaciones extraarticulares

Si es diagnóstico no es oportuno o el tratamiento no es el adecuado, la AR podría llegar a afectar más que solo a las articulaciones, causando daño sistémico en órganos como piel, ojos, pulmones, corazón y vasos sanguíneos; cada uno con su respectiva sintomatología. (35)

Las manifestaciones cardiacas pueden incluir: pericarditis con o sin derrame, cardiopatía isquémica, valvulopatías y arritmia cardiaca. Las manifestaciones cutáneas pueden incluir nódulos subcutáneos, eritema palmar, fragilidad de la piel, vasculitis. Las manifestaciones pulmonares pueden ser pleuritis con o sin derrame, fibrosis pulmonar intersticial difusa, nódulos reumatoideos intrapulmonares no neumoconióticos y bronquiectasias. Hay manifestaciones oftalmológicas como iritis, iridociclitis, queratoconjuntivitis, episcleritis, cataratas subcapsulares, escleromalacia perforante. Podemos, incluso, tener manifestaciones neurológicas como neuropatía periférica y mielopatía cervical. Las manifestaciones hemolinfopoyéticas son anemia, adenomegalias, esplenomegalia y púrpura. (36)

#### *2.2.1.4. Diagnóstico*

No existe una prueba patognomónica para el diagnóstico de la AR, por lo que su orientación diagnóstica se realiza mediante criterios de clasificación que combinan hallazgos clínicos con resultados de laboratorio. (37)

En septiembre de 2010 se publican los nuevos criterios de diagnóstico: EULAR/ACR 2010, con el fin de mejorar los criterios de ACR de 1987 que eran utilizados hasta ese entonces. (5)

Surge con la finalidad de poder diagnosticar AR desde sus primeros estadios y para poder iniciar tratamiento con FARMES (Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad) lo antes posible.

Los nuevos criterios de AR sólo se aplicarán a la población que cumpla con los siguientes criterios: (2)

- Presentar al menos 1 articulación con sinovitis clínica.
- Que esta sinovitis no pueda ser atribuida a otra patología.

Esta clasificación diagnóstica tiene una sensibilidad que varía entre el 75%-95% y una especificidad del 73%-95%. (38)

Los criterios ACR 2010 miden el número de articulaciones afectadas, los exámenes de serología, reactantes de fase aguda y la duración de los síntomas. Cada ítem tiene valores asignados. El diagnóstico será dado por la suma de estos 4 valores, siendo 0 el menor valor y 10 el mayor valor.

Los criterios son los siguientes

A. Afectación articular:

Si hay 1 articulación grande afectada no recibe puntaje; si hay entre 2 a 10 articulaciones grandes afectadas, recibe un punto; si hay de 1 a 3 articulaciones pequeñas afectadas recibe 2 puntos; si hay entre 4 a 10 articulaciones pequeñas afectadas recibe 3 puntos y si hay más de 10 articulaciones pequeñas afectadas recibe 5 puntos.

B. Serología

Si el Factor Reumatoideo (FR) y los Anticuerpos antipéptidos citrulinados (ACPA) son negativos no recibe puntaje; si FR y/o ACPA son positivos, pero 3 veces menor al Valor Normal recibe 2

puntos; y si FR y ACPA son positivos con un valor superior a 3 veces el normal, recibe 3 puntos.

#### C. Reactantes de fase aguda

Si la Velocidad de Sedimentación Globular (VSG) y la Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) son normales no se asigna ningún valor; si el VSG y/o PCR tiene valores elevados, se asigna 1 punto.

#### D. Duración

Si la duración de signos y síntomas es menor de 6 semanas no se asigna valor; si es mayor o igual a 6 semanas se da 1 punto.

Para considerar que una persona tiene AR debe obtener un puntaje mayor o igual a 6 de 10 puntos. Estos criterios se consolidan en el Anexo 1.

#### *2.2.1.5 Tratamiento*

El tratamiento de la AR se fundamenta tanto en la terapia no farmacológica como en la terapia farmacológica y busca lograr los siguientes objetivos: (17,39)

- Inicio de un tratamiento modificador de la enfermedad temprano, ante la simple sospecha razonable de AR. Se sabe que, a mayor tiempo de inflamación no controlada, también es mayor el daño irreversible tisular; por lo que un tratamiento temprano permite menor daño.

- Alcanzar la remisión completa de la enfermedad o, por lo menos, conseguir la mínima actividad inflamatoria posible. Con este objetivo garantizamos mejorar la calidad de vida mediante la disminución de síntomas.

- MANEJO NO FARMACOLÓGICO: (40)

1. Educación acerca de su condición médica

Cuando el paciente comprende las características de su enfermedad, desde los síntomas hasta las formas de progresión, se convierte en un agente activo del cuidado de su salud; de esta manera, adoptará estilos de vida más saludables y dejará algunos hábitos que exacerben su cuadro clínico.

## 2. Ejercicio físico

Se recomienda actividad física personalizada según las molestias físicas de cada persona, y se recomienda solo en casos de que la enfermedad esté controlada. Actividades de alto impacto como correr o saltar no son recomendables.

## 3. Dieta

Se recomienda una dieta rica en pescado y aceite de oliva; disminuyendo el consumo de café y carnes rojas. (5,31)

## 4. Evitar sobrepeso u obesidad

Ambos factores están relacionados con una mayor actividad inflamatoria. A mayor IMC (Índice de Masa Corporal), mayor número de articulaciones afectadas (41).

## 5. Cuidar estado de ánimo

El dolor crónico incrementa la percepción de la gravedad de la enfermedad, así como los síntomas de ansiedad y depresión. Por lo que, mantener un buen estado de ánimo puede ayudar a afrontar con mayor estabilidad la AR. (42)

## - MANEJO FARMACOLÓGICO

Dentro de los fármacos que se usan para el tratamiento de la AR, encontramos 3 grandes grupos: antiinflamatorios no esteroideos (AINE), glucocorticoides y los FAME, dentro de los cuales encontramos los Fármacos

Antirreumáticos Modificadores de Enfermedad Sintéticos, que se dividen en Convencionales (FAMEsc) y Dirigidos (FAMEsd) y los Fármacos Antirreumáticos Modificadores de Enfermedad Biológicos (FAMEb).

## 1. Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)

Estos medicamentos presentan una alta eficacia en el manejo del dolor agudo y continúan siendo ampliamente empleados en el tratamiento del dolor artrítico. Los siguientes esquemas pueden ser empleados: (17,43)

- Paracetamol 500mg A 1000mg c/6 a 12h
- Ibuprofeno 400 - 800 mg c/8-12h
- Naproxeno 275 - 550 mg c/12h

Se recomienda seguir estas indicaciones: (43)

- El uso de AINEs se debe individualizar según cada paciente.
- Se desaconseja el uso simultáneo dos o más AINES.
- En procesos agudos, se deben utilizar los AINE durante el menor tiempo posible a la dosis máxima tolerada suficiente para garantizar su eficacia.
- En procesos crónicos, los AINES deben administrarse a la dosis mínima requerida para obtener una respuesta clínica favorable, teniendo en cuenta los efectos adversos.
- En artritis reumatoide, se usarán AINES de forma conjunta con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME). Una vez que los FARMES hagan efecto, se deben reducir los AINES hasta suspenderlos.

## 2. Glucocorticoides

Son eficaces inhibidores de la respuesta inflamatoria; no obstante, sus efectos adversos, que están condicionados por la dosis y el tiempo de exposición, requieren un control riguroso por parte de un experto para prevenir efectos adversos. Esto se requiere especialmente cuando se administran durante un período prolongado o a dosis elevadas, evitando así los efectos perjudiciales. (44)

Se ha establecido los siguientes esquemas y parámetros de uso: (17,43)

- Prednisona 2.5-10 mg/24h. Llegando hasta una dosis máxima de 7,5 mg/día durante el menor tiempo posible.
- Metilprednisolona 125 mg EV/24h x 3 días o 125mg IM por una sola vez.

Su uso es hospitalario y en caso de afectaciones visceral o vasculitis.

- Triamcinolona o betametasonaintrasticular pueden ser útiles para suprimir la inflamación en articulaciones aisladas.

Las recomendaciones a seguir son: (45)

- No deben ser usados como monoterapia.
- Su aplicación exige una corroboración previa del diagnóstico.
- Todo individuo sometido a tratamiento con corticoides debe tener profilaxis de osteoporosis provocada por esteroides con calcio y vitamina D.

## 2. Fármacos Antirreumáticos Modificadores de Enfermedad: FARMES o FAMES

Son medicamentos inmunosupresores e inmunomoduladores. A diferencia de los glucocorticoides y los AINEs, estos fármacos tienen la capacidad de detener el avance de la enfermedad y no solo el control sintomático. (46,47)

Inicialmente se utilizaban los FAME sintéticos convencionales (FAMEsc) como el metotrexato y la sulfasalazina. A inicios del año 2000 se incorporaron los FAME biológicos (FAMEsb), siendo los inhibidores del factor de necrosis tumoral (anti-TNF) los primeros en desarrollarse. En el 2015, se incorporaron los FAME sintéticos dirigidos (FAMEsd), entre los que destacan los inhibidores de las Janus quinasas o JAK (48)

Indicaciones generales de uso: (46,47)

- Tras el diagnóstico de la enfermedad se recomienda empezar inmediatamente con un FAMEs-s convencional. Habitualmente se usa metotrexato.

- En pacientes con enfermedad activa se recomienda evaluar la respuesta al tratamiento cada 1-3 meses.

- En caso de que a los 3 meses la mejoría sea inferior al 50 %, se debe ajustar la dosis.

- Se recomienda ajustarla también a los 6 meses si no existe remisión sostenida en el tiempo o la enfermedad sigue muy activa.

El manejo puede ser con un solo medicamento cuando la AR está controlada o con terapia combinada cuando los pacientes tienen criterios de mal pronóstico, manifestaciones. Los esquemas recomendados son: (17)

- Metotrexato +Sulfasalazina+ Prednisolona 1mg/Kg (COBRA)
- Metotrexato +Sulfasalazina + Hidroxicloroquina
- Metotrexato + Ciclosporina A

El aumento o disminución de dosis dependerá del médico tratante.

### 2.2.2. Calidad de vida

La calidad de vida (CV) es un concepto muy utilizado para tratar de medir el nivel de salud; pero que, debido al carácter subjetivo de su medida, no tiene una única definición. Sin embargo, todas las definiciones coinciden en que la CV corresponde a un conjunto de parámetros o dimensiones que confluyen para que un individuo tenga una percepción de bienestar y satisfacción general respecto a su vida. (6,7)

Estas dimensiones o parámetros pueden dividirse en: Bienestar, Independencia y Participación Social. (6)

- Bienestar: Incluye el bienestar físico, material y emocional. El bienestar físico corresponde a la salud física y a la capacidad para realizar actividades, el bienestar material está relacionado al ingreso económico que posee y si le es suficiente para cubrir sus necesidades básicas, y el bienestar emocional sería la percepción de seguridad y tranquilidad del individuo.(6,49)

- Independencia: Incluye el desarrollo personal, la capacidad de ser autónomo y la capacidad de libre albedrío.

- Participación Social: incluye las relaciones interpersonales, la inclusión social o la manera en la que se vincula con su comunidad y los derechos que incluyen la igualdad, el respeto y la dignidad.(6,49)

Debido a que no existe un consenso universal, se han creado diversos cuestionarios que sirven como instrumentos para medir la calidad de vida investigando cada uno de sus parámetros.

### 2.2.2. Escalas de medición

#### a. ESCALA SF-36

Es una escala genérica que proporciona un perfil de la CV del paciente y que es aplicable tanto a pacientes como a la población general. (50)

Está compuesto por 36 ítems que brindan información acerca de 8 aspectos de la Calidad de Vida: función física, rol físico, dolor corporal, salud general; vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. A cada ítem se le brinda un puntaje, siendo 100 la mejor puntuación que significa la mejor calidad de vida, y 0 la peor puntuación que implica la peor calidad de vida.

Los resultados se dividen en “Excelente” si los valores están entre 76 a 100; si está entre 51 y 75 es “Buena”; si está entre 26 y 50 es “Regular” y si es menor de 25 es una calidad de vida “Mala”.

b. World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL\_100)

Esta escala también se puede utilizar para personas que padecen una enfermedad o en población sana. Contiene 100 preguntas y refleja 6 dimensiones: Salud física, salud psicológica, niveles de independencia, relaciones sociales, ambiente, y espiritualidad/religión/creencias personales. Cada pregunta se puede responder de 1 a 5; siendo así, 500 el máximo puntaje que responde al mayor nivel de Calidad de Vida percibido. (6)

Tiene una variante que es el WHOQOL-BREF que solo consta de 26 preguntas y no abarca espiritualidad ni niveles de independencia. (51)

c. EuroQol-5D; European Quality of Life-5 Dimensions

Cuestionario sencillo y genérico. Consta de cinco dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión. (52)

#### d. Escala de FUMAT

Instrumento válido y fiable que se aplica de manera específica a personas mayores con discapacidad y personas con discapacidad física grave. Está conformada por 48 ítems donde se estudian 8 dimensiones: Bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

### 2.3. Términos básicos

#### 2.3.1. Artritis reumatoide

Enfermedad autoinmune, inflamatoria y crónica. Presenta manifestaciones clínicas frecuentes como el dolor crónico, rigidez e hinchazón articular que dificulta el movimiento y las actividades cotidianas (3,16)

#### 2.3.2. Calidad de vida

Conjunto de dimensiones que confluyen para que un individuo tenga una percepción de bienestar físico, emocional y social, además de una satisfacción general respecto a su vida. (6,7)

#### 2.3.3. Cuestionario SF-36

Instrumento que consta de 36 preguntas que permite analizar la Calidad de Vida en diversas enfermedades. Brinda información acerca de la función física, rol físico, dolor corporal, salud general; vitalidad, función social, rol emocional y salud mental de cada paciente. (50)

## **CAPÍTULO 3: HIPÓTESIS Y OPERALIZACIÓN DE VARIABLES**

### 3.1. Hipótesis

Hipótesis de investigación (Hi):

- a. La calidad de vida es regular o mala en pacientes diagnosticados con AR y que fueron atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el periodo Enero – Diciembre del 2024.

Hipótesis nula (H0):

- a. La calidad de vida es buena o excelente en pacientes diagnosticados con AR y que fueron atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el periodo Enero – Diciembre del 2024.

### 3.2. Operalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>VARIABLES EXPLICATIVAS</b>				
SEXO Cualitativa dicotómica	Características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de los seres humanos que los definen como hombres o mujeres.(53)	Se obtuvo por revisión Historia Clínica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Femenino</li> <li>• Masculino</li> </ul>	Nominal
EDAD Cualitativa discreta	Tiempo en años que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.(54)	Se obtuvo por revisión Historia Clínica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 18 – 30</li> <li>• 31 -40</li> <li>• 41-50</li> <li>• 51-60</li> <li>• 61-70</li> <li>• 71 a más</li> </ul>	Ordinal
NIVEL DE INSTRUCCIÓN Cualitativa policotómica	Se refiere al más alto nivel de estudios ya llevados a cabo o en curso.(55)	Se obtuvo por entrevista.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No recibió educación</li> <li>• Primaria incompleta</li> <li>• Primaria completa</li> <li>• Secundaria incompleta</li> <li>• Secundaria completa</li> <li>• Superior incompleta</li> <li>• Superior completa</li> </ul>	Nominal
CONVIVENCIA Cualitativa policotómica	La capacidad de coexistir de manera pacífica en un	Se obtuvo por entrevista anotándose en la hoja de recolección de datos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cónyuge</li> <li>• Familiar</li> <li>• Conviviente no familiar</li> </ul>	Nominal

	mismo espacio físico con otros individuos. (56)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solo</li> <li>• Hogar de ancianos.</li> </ul>	
INGRESOS ECONÓMICOS Cualitativa continua	La cantidad de recursos monetarios, dinero, que recibe cada persona de manera mensual. (57)	Se obtendrá por entrevista anotándose en la hoja de recolección de datos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> <li>• Menor a S/.1025</li> <li>• Entre S/. 1025 y S/ 2000</li> <li>• Entre S/. 2000 y S/ 3000</li> <li>• Mayor de S/. 3000</li> </ul>	Ordinal
TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA PATOLOGÍA		Se obtuvo mediante investigación en la Historia Clínica y por entrevista al paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de 1 año</li> <li>• Entre 1 a 5 años</li> <li>• Entre 6 a 10 años</li> <li>• Más de 10 años</li> </ul>	Nominal
<b>VARIABLE DE RESULTADO</b>				
<b>Puntuaciones Obtenidas: cuestionario de Calidad de Vida SF-36 (Puntuación de 0 a 100)</b>				
FUNCIÓN FÍSICA (FF) Cualitativa policotómica	Evalúa si la deficiencia de salud restringe las actividades físicas habituales, tales como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, sujetar o transportar carga, y realizar esfuerzos de intensidad moderada e intensa. (58)	Se obtuvo tras procesar los datos de la entrevista aplicada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excelente</li> <li>• Buena</li> <li>• Regular</li> <li>• Mala</li> </ul>	Nominal
ROL FÍSICO (RF) Cualitativa policotómica	Evalúa si la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades de vida diaria. Es decir, si hay un	Se obtuvo tras procesar los datos de la entrevista aplicada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excelente</li> <li>• Bueno</li> <li>• Regular</li> </ul>	Nominal

	rendimiento menor o limitado al óptimo .(58)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malo</li> </ul>	
DOLOR CORPORAL (DC) Cualitativa policotómica	Se refiere al dolor percibido y su manifestación en el trabajo cotidiano y en otras actividades cotidianas.(58)	Se obtuvo tras procesar los datos de la entrevista aplicada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excelente</li> <li>• Bueno</li> <li>• Regular</li> <li>• Malo</li> </ul>	Nominal
SALUD GENERAL (SG) Cualitativa policotómica	Se refiere a la evaluación individual del estado de salud, contemplando la situación presente, las proyecciones futuras. (58)	Se obtuvo tras procesar los datos de la entrevista aplicada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excelente</li> <li>• Bueno</li> <li>• Regular</li> <li>• Malo</li> </ul>	Nominal
VITALIDAD (VT) Cualitativa policotómica	Evaluación del sentimiento de energía y la calidad de tener vida frente al cansancio y desanimo. (58)	Se obtuvo tras procesar los datos de la entrevista aplicada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excelente</li> <li>• Bueno</li> <li>• Regular</li> <li>• Malo</li> </ul>	Nominal
FUNCIÓN SOCIAL (FS) Cualitativa policotómica	Análisis del nivel en el que su estado de salud interfiere en la vida social convencional. (58)	Se obtuvo tras procesar los datos de la entrevista aplicada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excelente</li> <li>• Bueno</li> <li>• Regular</li> <li>• Malo</li> </ul>	Nominal
ROL EMOCIONAL	Se refiere al grado en que las dificultades emocionales impactan el	Se obtuvo tras procesar los datos de la entrevista aplicada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excelente</li> <li>• Bueno</li> </ul>	Nominal

Cualitativa policotómica	desempeño laboral y en las actividades cotidianas, considerando la disminución del tiempo dedicado, la reducción del rendimiento y la falta de esmero en el trabajo.(58)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regular</li> <li>• Malo</li> </ul>	
SALUD MENTAL Cualitativa policotómica	Valora la salud mental en general, considerando aspectos como la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general. (58)	Se obtuvo tras procesar los datos de la entrevista aplicada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excelente</li> <li>• Bueno</li> <li>• Regular</li> <li>• Malo</li> </ul>	Nominal

## CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### 4.1. Materiales y métodos

#### 4.1.1. Diseño de investigación

Estudio observacional, descriptivo, y retrospectivo.

#### 4.1.2. Población

Los pacientes con AR que fueron atendidos en el servicio de Reumatología en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el periodo Enero – Diciembre del 2024. Son 312 pacientes.

#### 4.1.3. Muestra

Se estableció en base a todos los elementos de la población que respondieron la encuesta y que cumplen los criterios de inclusión. Son 60 pacientes.

#### 4.1.4. Muestreo

Por conveniencia.

#### 4.1.5. Criterios de inclusión y exclusión

##### - Criterios de inclusión

- Pacientes con AR que tuvieron 18 años de edad o más.
- Pacientes con AR que dieron su consentimiento ya sea verbal o escrito para participar del estudio.

##### - Criterios de exclusión

- Población que, cumpliendo los criterios de inclusión, no dieron su consentimiento para participar en el estudio.

- Pacientes con una comorbilidad subyacente grave que influyó en su Calidad de Vida.

- Pacientes con alguna discapacidad mental diagnosticada que no le permitió brindar información certera.

#### 4.1.6. Métodos y técnicas de recolección

##### 4.1.6.1. Fuentes de recolección de datos

Para la recolección de datos se acudió a la Oficina de Estadística del Hospital II-E Simón Bolívar, en donde se encontró el número de pacientes con Artritis Reumatoide atendidos durante el 2024. Luego se solicitó acceso a las Historias Clínicas de estos pacientes.

##### 4.1.6.2. Técnica de recolección de datos

Inicialmente el método de recolección de datos se hizo por revisión de Historias clínicas. Después, se empleó la entrevista como método principal para implementar el cuestionario SF-36 con el objetivo de cuantificar la calidad de vida.

##### 4.1.7. Instrumento:

Para la recolección de datos de este estudio se utilizó el Cuestionario SF -36. Esta escala incluye 36 ítems que valoran los aspectos positivos y negativos de la salud.

Es uno de los instrumentos genéricos más utilizados, tanto en estudios descriptivos que miden el impacto sobre la Calidad de Vida en distintas poblaciones, como para la evaluación de intervenciones terapéuticas. Es un instrumento válido y confiable. Su uso es recomendado tanto en investigación como en la práctica clínica.(59)

#### 4.1.8. Técnicas de procesamiento de la información y análisis de datos

Se sistematizaron los datos recolectados mediante las entrevistas y se digitalizaron en una tabla de Microsoft Excel 2019.

Se codificaron los nombres de los pacientes, y se asignaron los valores numéricos que correspondían a las respuestas de la entrevista. Para determinar la calidad de vida, se promediaron los valores de las 36 preguntas.

Luego, en Microsoft Excel 2019 se realizó un análisis estadístico descriptivo de cada variable de estudio, y se representó mediante tablas de distribución de frecuencias, gráficos de barras y gráficos de líneas, cada uno de ellos con su respectivo análisis e interpretación, que permitirán generar enunciados teóricos en respuesta a los objetivos planteados en la presente investigación

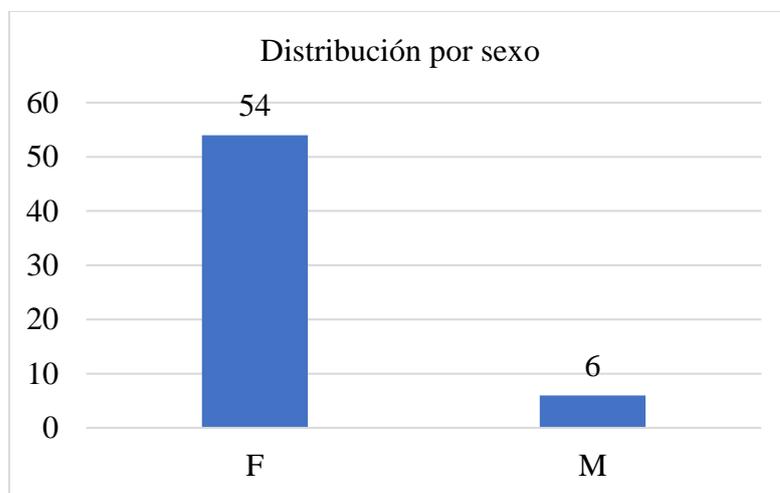
#### 4.2. Consideraciones éticas

- La primera parte de este trabajo se realizó mediante la revisión de historias clínicas y registros, por lo que se respetó la confidencialidad de los datos y el manejo de la información de cada paciente.

- Para aplicar el instrumento SF-36 se solicitó el consentimiento informado de cada paciente.

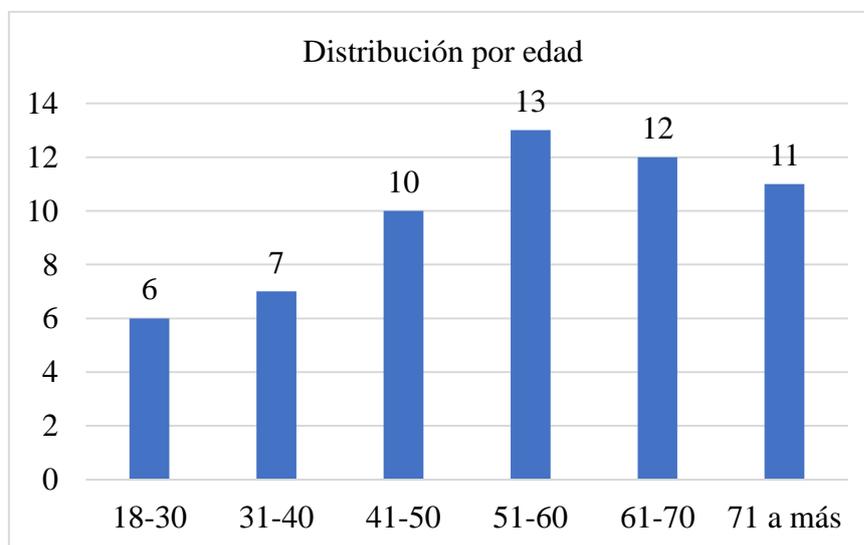
## CAPÍTULO 5: RESULTADOS

GRÁFICO DE BARRAS N° 1: DISTRIBUCIÓN POR SEXO



*Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con Artritis Reumatoide atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el 2024.*

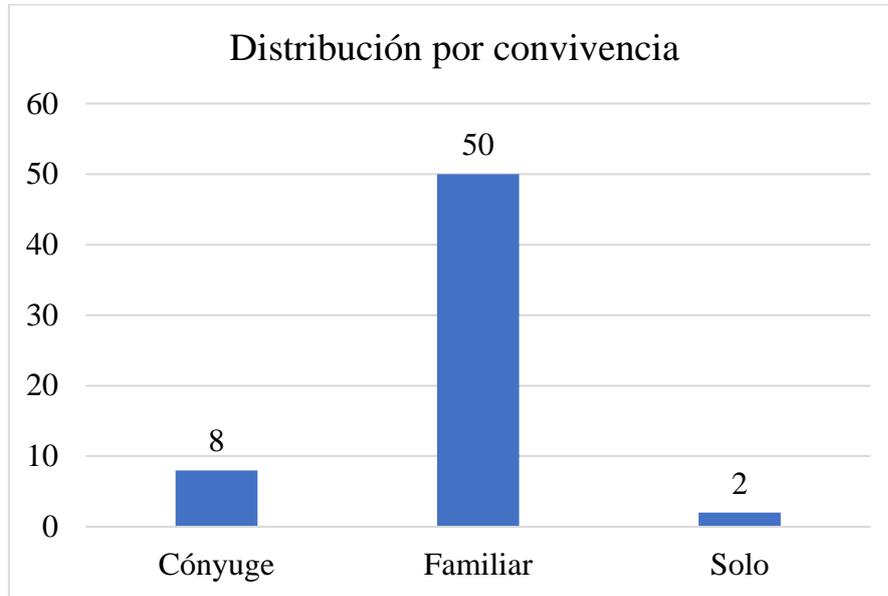
GRÁFICO DE BARRAS N° 2: DISTRIBUCIÓN POR EDAD



*Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con Artritis Reumatoide atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el 2024.*

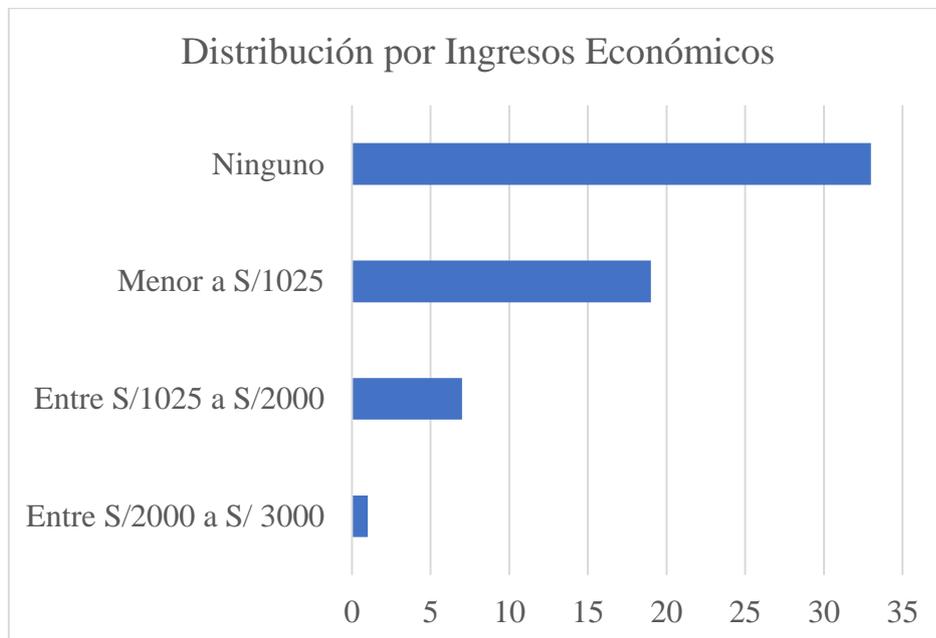
El promedio de edad de los pacientes que participaron del estudio fue de 52.75 años; siendo 18 años el límite inferior del rango y 75 el límite superior.

### GRÁFICO DE BARRAS 3: DISTRIBUCIÓN POR CONVIVENCIA



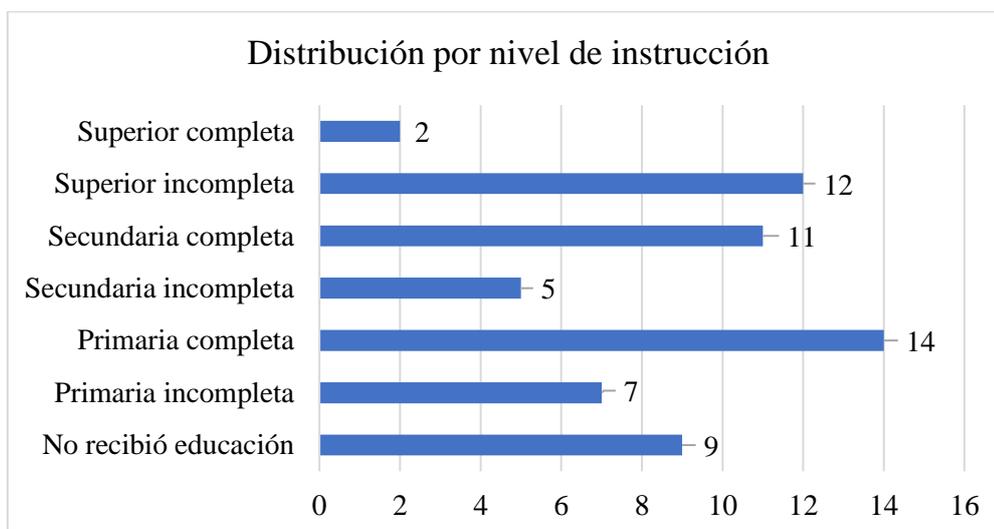
*Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con Artritis Reumatoide atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el 2024.*

### GRÁFICO DE BARRAS 4: DISTRIBUCIÓN POR INGRESOS ECONÓMICOS



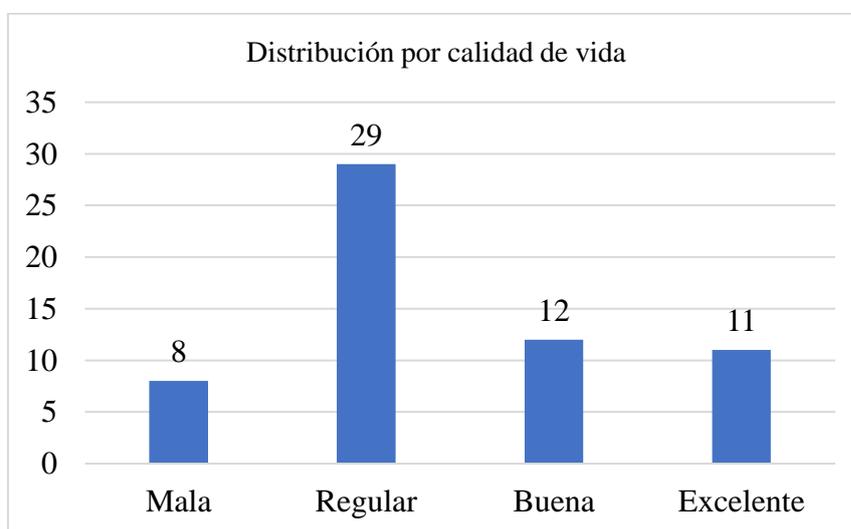
*Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con Artritis Reumatoide atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el 2024.*

## GRÁFICO DE BARRAS 5: DISTRIBUCIÓN POR NIVEL DE INSTRUCCIÓN



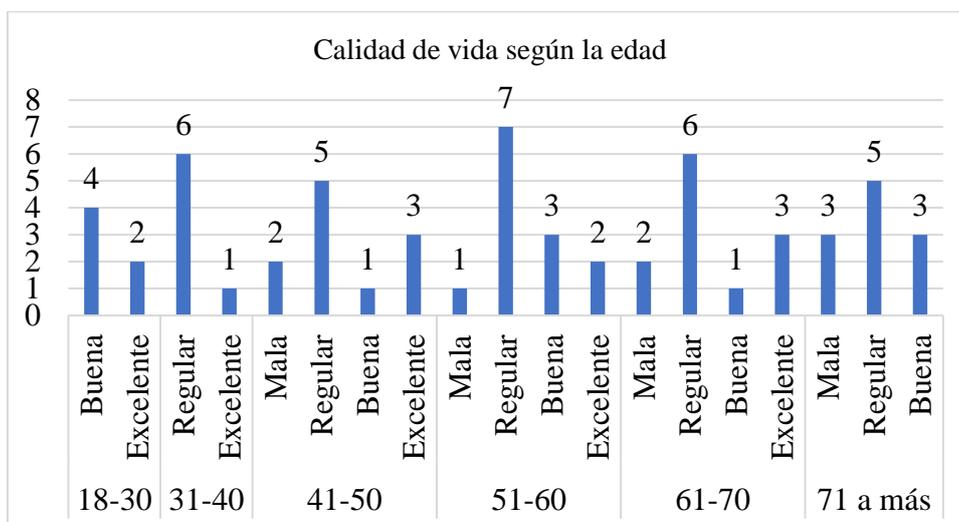
*Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con Artritis Reumatoide atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el 2024.*

## GRÁFICO DE BARRAS 6: DISTRIBUCIÓN POR CALIDAD DE VIDA



*Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con Artritis Reumatoide atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el 2024.*

## GRÁFICO DE BARRAS 7: CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA EDAD



*Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con Artritis Reumatoide atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el 2024.*

TABLA 1: PROMEDIO DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA EDAD

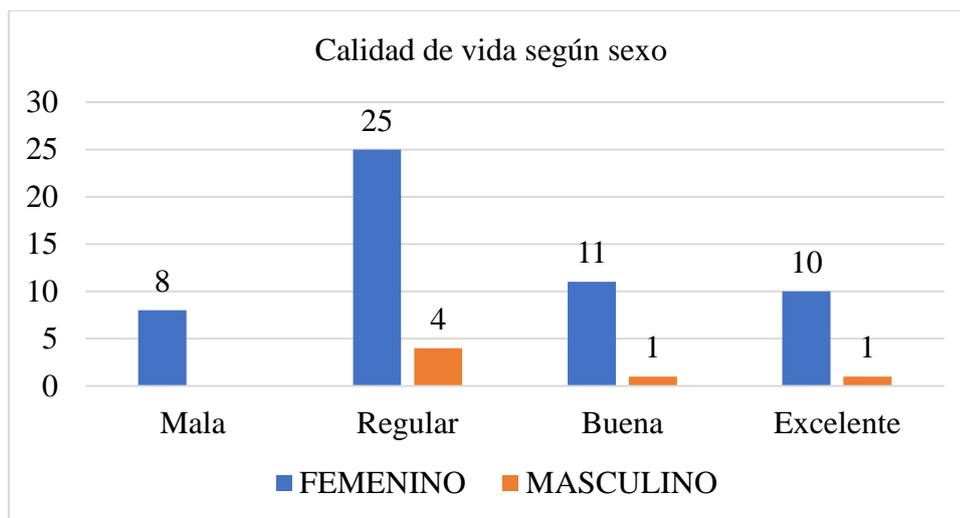
RANGO DE EDAD	PROMEDIO DE CALIDAD DE VIDA	INTERPRETACIÓN CALIDAD DE VIDA
18 - 30	67,85	Buena
31- 40	41,81	Regular
41 - 50	51,69	Buena
51 - 60	48,32	Regular
61 - 70	47,05	Regular
71 a más	37,96	Regular

Calidad de vida: “Mala”: de 0 a 25, “Regular”: de 26 a 50, “Buena”: de 51 a 75, “Excelente”: de 76 a 100

*Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con Artritis Reumatoide atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el 2024.*

De acuerdo al Gráfico de Barras N°7 y a la Tabla N° 2, encontramos que la Calidad de Vida más alta se encuentra en el rango de edad de “18 a 30 años” que corresponde a un nivel “Bueno”; mientras que la más baja se encuentra en el rango de “71 años a más” que corresponde a un nivel “Regular”.

GRÁFICO DE BARRAS 8: CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL SEXO



*Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con Artritis Reumatoide atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el 2024.*

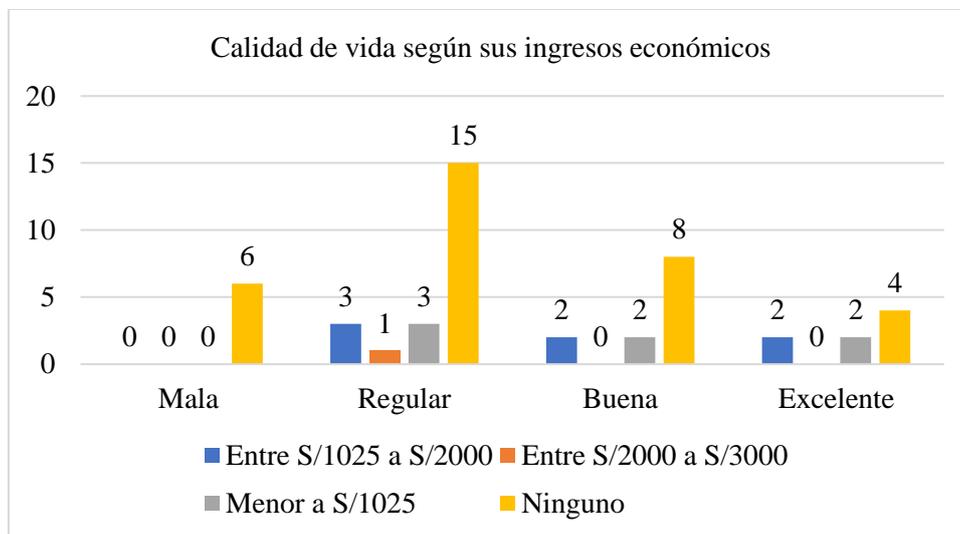
TABLA 2: PROMEDIO DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL SEXO

SEXO	PROMEDIO DE CALIDAD DE VIDA	INTERPRETACIÓN
Femenino	48,41	Regular
Masculino	44,09	Regular

Calidad de vida: “Mala”: de 0 a 25, “Regular”: de 26 a 50, “Buena”: de 51 a 75, “Excelente”: de 76 a 100

*Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con Artritis Reumatoide atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el 2024.*

GRÁFICO DE BARRAS 9: CALIDAD DE VIDA SEGÚN SUS INGRESOS  
ECONÓMICOS



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con Artritis Reumatoide atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el 2024.

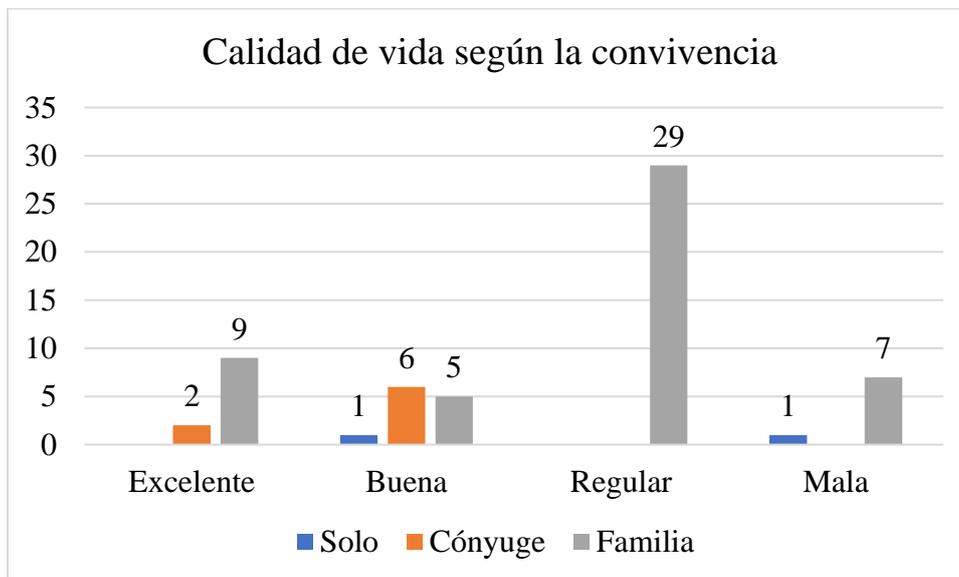
TABLA 3: PROMEDIO DE CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN AL INGRESO  
ECONÓMICO

INGRESOS ECONÓMICOS	PROMEDIO DE CALIDAD DE VIDA	INTERPRETACIÓN
Ninguno	43,27	Regular
Menor a S/ 1025	51,98	Regular
Entre S/1025 a S/2000	60,82	Regular
Entre S/2000 a S/ 3000	37,39	Regular

Calidad de vida: “Mala”: de 0 a 25, “Regular”: de 26 a 50, “Buena”: de 51 a 75, “Excelente”: de 76 a 100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con Artritis Reumatoide atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el 2024.

GRÁFICO DE BARRAS 10: CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA CONVIVENCIA



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con Artritis Reumatoide atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el 2024.

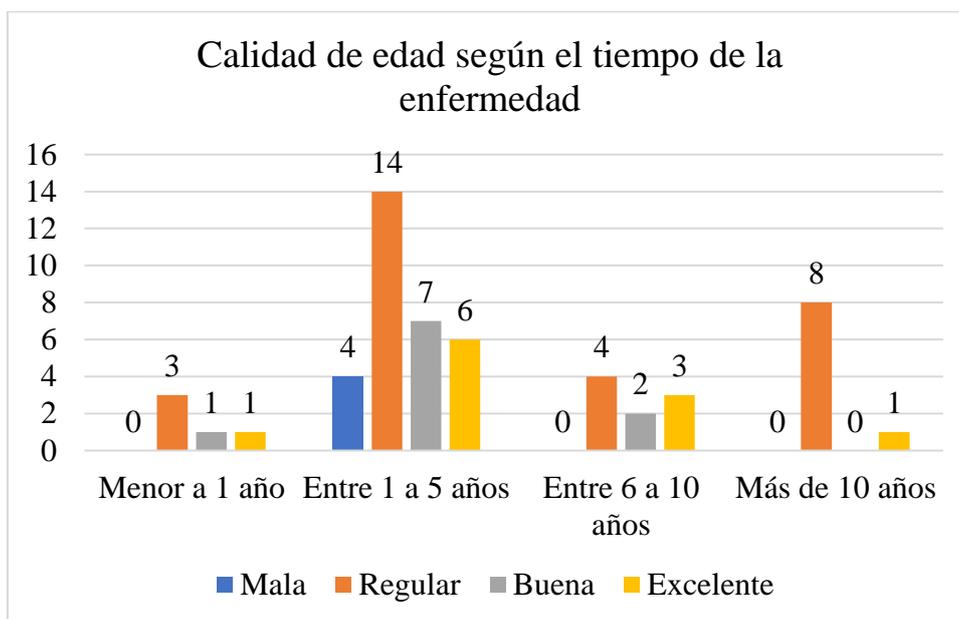
TABLA 4: CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA CONVIVENCIA

SEXO	PROMEDIO DE CALIDAD DE VIDA	INTERPRETACIÓN
Solo	40,83	Regular
Cónyuge	66,22	Bueno
Familiar	45,53	Regular

Calidad de vida: “Mala”: de 0 a 25, “Regular”: de 26 a 50, “Buena”: de 51 a 75, “Excelente”: de 76 a 100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con Artritis Reumatoide atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el 2024.

GRÁFICO DE BARRAS 11: CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL TIEMPO DE ENFERMEDAD



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con Artritis Reumatoide atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el 2024.

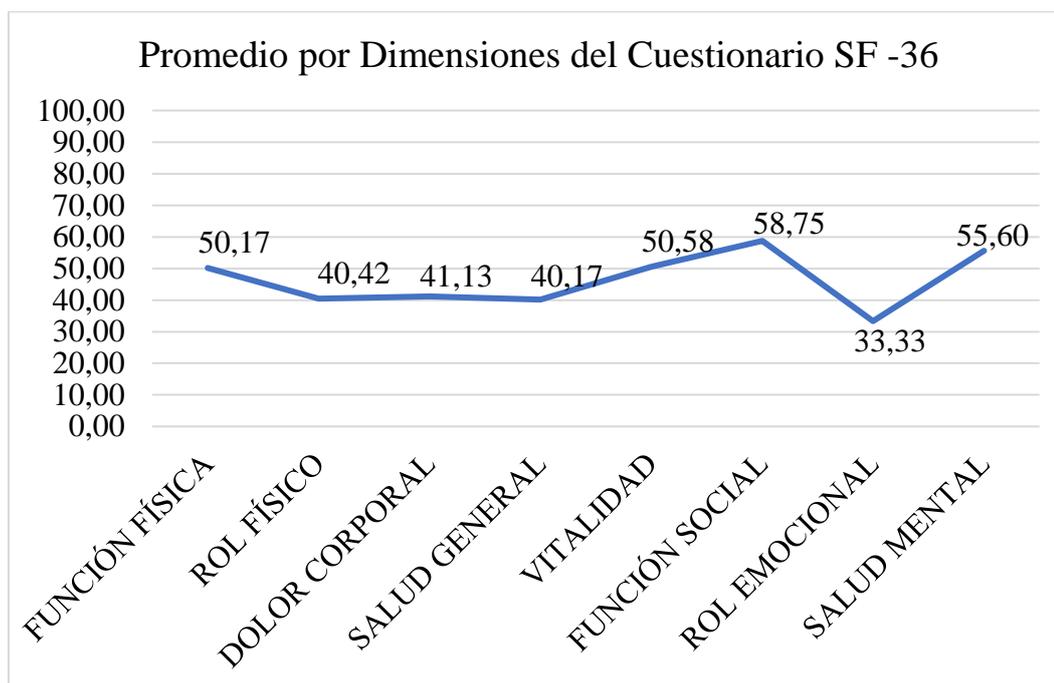
TABLA 5: PROMEDIO DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL TIEMPO DE ENFERMEDAD

TIEMPO DE ENFERMEDAD	PROMEDIO DE CALIDAD DE VIDA	INTERPRETACIÓN
Menor a 1 año	47,57	Regular
Entre 1 a 5 años	50,22	Buena
Entre 5 a 10 años	56,94	Buena
Más de 10 años	38,11	Regular

Calidad de vida: “Mala”: de 0 a 25, “Regular”: de 26 a 50, “Buena”: de 51 a 75, “Excelente”: de 76 a 100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con Artritis Reumatoide atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el 2024.

## GRÁFICO DE LÍNEAS 1: DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO SF -36



Calidad de vida: “Mala”: de 0 a 25, “Regular”: de 26 a 50, “Buena”: de 51 a 75,

“Excelente”: de 76 a 100

*Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con Artritis Reumatoide atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el 2024.*

## CAPÍTULO 6: DISCUSIÓN

En este estudio se observa un predominio del sexo femenino en pacientes con AR, representando un 90%. Estos hallazgos se corresponden con los reportados por diversos autores, como Sosa Aquino et al. quien reporta un 89,5% de pacientes femeninos (10), o como Hernández quien reporta un 83,3% de pacientes femeninos (13). Otros autores reportan un porcentaje menor de pacientes mujeres, como Chávez quien reporta un 69% (14) o como Bellorín et al. quien reporta un 61,3% (1). Aun así, en todos los estudios se reporta un mayor porcentaje de pacientes mujeres que de pacientes varones. Esto coincide con las cifras de epidemiología que reportan que la proporción entre mujeres y varones de AR es de al menos 7:1. (3)

Así mismo, la media de edad de 51,75 años es similar a la reportada por Sosa Aquino et al. donde se encuentra un promedio de 47.53 (10). El rango de edad más frecuente de nuestro estudio fue de “51 a 60” años, lo que coincide con el estudio de Guifarro (12). Esto coincide con lo reportado en la bibliografía donde se indica que su debut es más frecuente entre los 30 a los 60 años vida y que los pacientes diagnósticos con más frecuencia son mayores de 50 años. (3,4)

Los pacientes estudiados tenían una convivencia familiar en un 83,3% lo que es similar a lo encontrado por Chávez que tiene un 70% de pacientes con la misma condición. (14)

En cuanto a los ingresos económicos, el 55% de los participantes del estudio no reciben ninguno, a pesar de estar dentro de lo que el Estado peruano reconoce como población en edad de trabajar (PET) (60). El avance de la patología representa un riesgo potencial para generar discapacidad disminuyendo la calidad de vida y representando un

gasto significativo de recursos humanos y económicos tanto para la familia como para el estado.

En relación al grado de instrucción, encontramos que el 23,3% de pacientes han terminado primaria, seguido por el 15% de los pacientes que no ha recibido educación. Este último valor es mucho mayor al estudio de Sarobe et al. donde solo el 2% no tiene escolaridad (9), al estudio de Sosa Aquino et al. donde también se reporta 2% (10) o al estudio de Hernández donde reporta un 3% (13). Sin embargo, este dato sí guarda relación con la información brindada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) donde se encuentra un 14,8% de alfabetismo en la población de Cajamarca (61).

En este estudio se encuentra que el 48,3 % de los pacientes tienen una calidad de vida “Regular”. Esto se muestra en contraposición de los resultados de Valeriano donde encontró que la calidad de los pacientes de su estudio era “Alta” (15), al estudio de Chávez donde el 69% de pacientes tienen una calidad de vida “Buena”(14), al estudio de Sosa Aquino et al. donde el 85.50% presenta buena calidad de vida (10)

La calidad de vida en relación a la edad, muestra que los pacientes entre “18 a 30” años tienen una CV “Buena”, mientras que los pacientes de “71 años a más” presentan una CV “Regular”, con 33,79, que es el menor promedio de todos los grupos etarios. De este planteamiento podrían desprenderse nuevas hipótesis para investigaciones futuras donde se correlacione CV y edad del paciente, en un estudio longitudinal.

La calidad de vida en relación al tiempo de enfermedad, muestra que tanto los pacientes con menos de 1 año de enfermedad, así como los que tienen más de 10 años de enfermedad presentan una CV “Regular” con 47,57 y 38,11 de promedio respectivamente. En el primer grupo se ve más afectado el Rol Físico, mientras que en el segundo grupo se obtiene el menor valor en Dolor Físico. De esta observación podrían

plantearse hipótesis de investigación que evalúe qué componente de la Calidad de Vida se ve más afectado de acuerdo a la edad de los pacientes.

Respecto a las 8 dimensiones que evaluamos en este estudio, el Rol Emocional que mide el grado en el que los problemas emocionales afectan las actividades cotidianas, es la que tiene el menor promedio con 33,33. Esto difiere del estudio de Hernández donde señala que la dimensión más afectada fue la de “Dolor Físico”.

La dimensión con mejor promedio es “Función social” que mide el grado en el que la Artritis Reumatoide afecta la interacción social de las personas, con 58,75. Esto también fue reportado por Ordóñez donde encontró que la dimensión más conservada fue la de “Interacción Social”, aunque hay un cambio de nombre ya que utilizó otro instrumento. (11)

## **CAPÍTULO 7: CONCLUSIONES**

1. La calidad de vida de los pacientes diagnosticados con artritis reumatoide que fueron atendidos en el servicio de Reumatología del Hospital II-E Simón Bolívar durante el periodo enero – diciembre del año 2024 se clasifica como “Regular”.
2. En los pacientes diagnosticados con AR en el hospital II -E Simón Bolívar durante el 2024 predomina el sexo femenino, el grupo etario más frecuente es de 51 a 60 años, la mayoría han terminado educación primaria y un alto porcentaje no recibe ingresos económicos.
3. La calidad de vida de los pacientes diagnosticados con artritis reumatoide que fueron atendidos en el servicio de Reumatología del Hospital II-E Simón Bolívar se ve más afectada en aquellos con un tiempo de enfermedad mayor a 10 años.
4. La calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide que fueron atendidos en el servicio de Reumatología del Hospital II-E Simón Bolívar durante el periodo enero – diciembre del año 2024 se ve más afectada en su dimensión “Rol Emocional” y la dimensión más conservada es “Función Social”.

## **CAPÍTULO 8: RECOMENDACIONES**

- Capacitar a los pacientes y familiares sobre la artritis reumatoide para que conozcan su enfermedad y puedan tomar medidas que les permitan alcanzar o mantener una calidad de vida buena.
- Generar una red de apoyo psicológico para los pacientes que tienen Artritis Reumatoide.

## CAPÍTULO 9: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bellorin AV, Ramírez PZ, Niño IJB. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. 2018;7.
2. svr-libros-enfermedades-reumaticas-actualizacion-svr-2013.pdf [Internet]. [citado 18 de enero de 2025]. Disponible en: <https://svreumatologia.es/wp-content/uploads/2023/02/svr-libros-enfermedades-reumaticas-actualizacion-svr-2013.pdf>
3. Organización Mundial de Salud. Artritis reumatoide [Internet]. [citado 16 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rheumatoid-arthritis>
4. Gamero García D. Artritis reumatoide, epidemiología, fisiopatología, criterios diagnósticos y tratamiento. Medicina e Investigación Universidad Autónoma del Estado de México. 8 de julio de 2022;6(2):47-55.
5. David Domínguez, Elizabeth Alban, Estefania Carvajal. Scielo. [citado 18 de enero de 2025]. Artritis reumatoide: una visión general. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-59962022000200008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962022000200008)
6. Nicolás SCM, Alejandro AHS, Gabriel RCE, Katherine RAC. CALIDAD DE VIDA: EL CAMINO DE LA OBJETIVIDAD A LA SUBJETIVIDAD EN POBLACIÓN GENERAL Y GRUPOS COMO: NIÑOS Y JÓVENES, PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y ADULTOS MAYORES. 2022;
7. Urzúa M A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Ter Psicol. abril de 2012;30(1):61-71.
8. Moyolema L. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide. [Internet]. [Ecuador]: Universidad Nacional d Chimborazo; 2024. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/12888/1/Moyolema%20Yaguarshungo%2c%20L.%20%282024%29%20Calidad%20de%20vida%20relacionada%20con%20la%20salud%20en%20pacientes%20con%20artritis%20reumatoide..pdf>
9. Sarobe M, Arrondo A, Ibarrodo O, Mar J. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide, artritis psoriásica y espondilitis anquilosante tratados con certolizumab pegol. Farmacia Hospitalaria. febrero de 2022;46(1):27-30.
10. Sosa Aquino O, Cáceres Bordón VI, López De Torrez MR, Rodríguez Riveros MI. Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide de una asociación de Paraguay 2022. Rev cient cienc salud. 28 de octubre de 2022;4(2):09-18.
11. Ordoñez Aguirre D. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en el centro de salud Hugo Guillermo González de Loja [Internet]. [Ecuador]: Universidad Nacional de Loja; 2021. Disponible en: [https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/24186/1/DarwinLeonardo\\_OrdonezAguirre.pdf](https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/24186/1/DarwinLeonardo_OrdonezAguirre.pdf)

12. Guifarro E. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y TRATAMIENTO REHABILITATIVO [Internet]. [Guatemala]: Universidad San Carlos de Guatemala; 2021. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_11984.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_11984.pdf)
13. Hernández J. “ARTRITIS REUMATOIDE Y SU CORRELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA N. 50 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE SAN LUIS POTOSÍ” [Internet] [Libre]. [México]: Universidad Autónoma de San Luis Potosí.; 2020. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/7283/TesisE.FM.2020.Artritis.Hern%C3%A1ndez.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
14. Chávez J. “Calidad de Vida en Pacientes con AR en tratamiento con Esteroides de la Unidad de Medicina Familiar N° 93 del DIMSS [Internet]. [México]: Universidad Autónoma de México; 2020. Disponible en: [http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/111252/JUAN%20MANUEL%20HAVEZ%20FLORES\\_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/111252/JUAN%20MANUEL%20HAVEZ%20FLORES_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
15. Valeriano R. Artritis reumatoide y calidad de vida en consulta externa del hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2020 [Internet]. [Juliaca]: Universidad César Vallejo; 2020. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/57837/Valeriano\\_HRE-SD.pdf?sequence=1](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/57837/Valeriano_HRE-SD.pdf?sequence=1)
16. Armas Rodríguez WE, Alarcón Medina GA, Ocampo Dávila FD, Arteaga CM, Arteaga Paredes PA, Armas Rodríguez WE, et al. Artritis reumatoide, diagnóstico, evolución y tratamiento. Revista Cubana de Reumatología [Internet]. diciembre de 2019 [citado 16 de enero de 2025];21(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1817-59962019000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1817-59962019000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
17. Santillana JR. Guía de Práctica Clínica de Artritis Reumatoide. 2011;44.
18. Silman AJ, Pearson JE. Epidemiology and genetics of rheumatoid arthritis. Arthritis Res. 2002;4 Suppl 3(Suppl 3):S265-272.
19. Institute for Health Metrics and Evaluation. Institute for Health Metrics and Evaluation. [citado 17 de enero de 2025]. GBD Results. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results>
20. da Mota LMH, Laurindo IMM, dos Santos Neto LL. Demographic and clinical characteristics of a cohort of patients with early rheumatoid arthritis. Rev Bras Reumatol. 2010;50(3):235-48.
21. MINSA. Se estima que en el Perú cada año se diagnostican más de 100 casos nuevos de artritis reumatoidea. 26 de abril de 2019 [citado 21 de enero de 2025]; Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/27840-se-estima-que-en-el-peru-cada-ano-se-diagnostican-mas-de-100-casos-nuevos-de-artritis-reumatoidea>

22. Angulo Solimano M. Artritis Reumatoide: Del siglo XX al año 2019. Anales 2019 [Internet]. 2019 [citado 21 de enero de 2024]; Disponible en: <https://anmperu.org.pe/sites/default/files/64.pdf>
23. Ruiz-Esquide V, Sanmartí R. Tabaco y otros factores ambientales en la artritis reumatoide. *Reumatol Clin*. 1 de noviembre de 2012;8(6):342-50.
24. John S, Myerscough A, Marlow A, Hajeer A, Silman A, Ollier W, et al. Linkage of cytokine genes to rheumatoid arthritis. Evidence of genetic heterogeneity. *Ann Rheum Dis*. junio de 1998;57(6):361-5.
25. Begovich AB, Carlton VEH, Honigberg LA, Schrodi SJ, Chokkalingam AP, Alexander HC, et al. A missense single-nucleotide polymorphism in a gene encoding a protein tyrosine phosphatase (PTPN22) is associated with rheumatoid arthritis. *Am J Hum Genet*. agosto de 2004;75(2):330-7.
26. Hedström AK, Klareskog L, Alfredsson L. Exposure to passive smoking and rheumatoid arthritis risk: results from the Swedish EIRA study. *Ann Rheum Dis*. julio de 2018;77(7):970-2.
27. Rodríguez Portal JA, López Ramírez C, Aguilera Cros C. Artritis reumatoide y tabaco. *Arch Bronconeumol*. 1 de mayo de 2021;57(5):315-6.
28. Conigliaro P, Triggianese P, De Martino E, Fonti GL, Chimenti MS, Sunzini F, et al. Challenges in the treatment of Rheumatoid Arthritis. *Autoimmunity Reviews*. 1 de julio de 2019;18(7):706-13.
29. Rondón-Carvajal J, Galindo P. JL. Síndrome de Caplan: la paradoja del pulmón como origen de la artritis reumatoide. *Rev chil enferm respir*. diciembre de 2020;36(4):341-9.
30. Rosell M, Wesley AM, Rydin K, Klareskog L, Alfredsson L, EIRA study group. Dietary fish and fish oil and the risk of rheumatoid arthritis. *Epidemiology*. noviembre de 2009;20(6):896-901.
31. Benito-Garcia E, Feskanich D, Hu FB, Mandl LA, Karlson EW. Protein, iron, and meat consumption and risk for rheumatoid arthritis: a prospective cohort study. *Arthritis Res Ther*. 2007;9(1):R16.
32. Pedersen M, Jacobsen S, Klarlund M, Pedersen BV, Wiik A, Wohlfahrt J, et al. Environmental risk factors differ between rheumatoid arthritis with and without auto-antibodies against cyclic citrullinated peptides. *Arthritis Res Ther*. 2006;8(4):R133.
33. de Pablo P, Dietrich T, McAlindon TE. Association of periodontal disease and tooth loss with rheumatoid arthritis in the US population. *J Rheumatol*. enero de 2008;35(1):70-6.
34. Miguel Belmonte, Juan Castellano, José Román, José Rosas. Enfermedades Reumáticas [Internet]. Valencia: Narcea S.A.; 2013. 1073 p. Disponible en: <https://svreumatologia.es/wp-content/uploads/2023/02/svr-libros-enfermedades-reumaticas-actualizacion-svr-2013.pdf>

35. Mayo Clinic [Internet]. [citado 20 de enero de 2025]. Artritis reumatoide - Síntomas y causas - Mayo Clinic. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/rheumatoid-arthritis/symptoms-causes/syc-20353648>
36. Quintero Rodríguez HJ, Pila Pérez R, Pila Peláez R, Hernández Benedicto R. Manifestaciones extraarticulares de la artritis reumatoide. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. febrero de 2008;12(1):0-0.
37. Díaz-González F, Hernández-Hernández MV. Artritis reumatoide. *Medicina Clínica*. diciembre de 2023;161(12):533-42.
38. Levin RW, Park J, Ostrov B, Reginato A, Baker DG, Bomalaski JS, et al. Clinical assessment of the 1987 American College of Rheumatology criteria for rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol*. 1996;25(5):277-81.
39. Role of physical activity in the management and assessment of rheumatoid arthritis patients. *Reumatología Clínica (English Edition)*. 1 de julio de 2017;13(4):214-20.
40. GENCAT. GENCAT. 2022 [citado 5 de febrero de 2025]. Tratamiento no farmacológico. Disponible en: [http://decisionscompartides.gencat.cat/es/decidir-sobre/artritis\\_reumatoide/opcions\\_tractament/tractament\\_no\\_farmacologic/index.html](http://decisionscompartides.gencat.cat/es/decidir-sobre/artritis_reumatoide/opcions_tractament/tractament_no_farmacologic/index.html)
41. Alvarez-Nemegyei J, Pacheco-Pantoja E, González-Salazar M, López-Villanueva RF, May-Kim S, Martínez-Vargas L, et al. Asociación entre sobrepeso/obesidad y estado clínico en artritis reumatoide. *Reumatol Clin*. 1 de noviembre de 2020;16(6):462-7.
42. Lemos M, Torres S, Jaramillo I, Gómez PE, Barbosa A. Percepciones de la enfermedad y hábitos de vida saludable en personas con enfermedades crónicas: Illness perceptions and healthy life habits in people with chronic disease. *Psicogente*. 9 de julio de 2019;22(42):1-20.
43. Guzmán López KN, Camas Acero LG, Espinel Núñez NN, Ojeda Carpio AA. Panorámica sobre la indicación de los antiinflamatorios no esteroideos de uso regular en la práctica clínica reumatológica. *Revista Cubana de Reumatología*. abril de 2017;19(1):0-0.
44. Blanco-Morales EA, Bravo-Ferrer Acosta JM, Rubio Romero E, Gil González E, Gantes Pedraza MÁ. Glucocorticoides en artritis reumatoide: ¿casi siempre o casi nunca? *Reumatol Clin*. 1 de noviembre de 2011;7(6):407-11.
45. Buckley LM, Leib ES, Cartularo KS, Vacek PM, Cooper SM. Calcium and vitamin D3 supplementation prevents bone loss in the spine secondary to low-dose corticosteroids in patients with rheumatoid arthritis. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med*. 15 de diciembre de 1996;125(12):961-8.
46. Benjamin O, Goyal A, Lappin SL. Disease-Modifying Antirheumatic Drugs (DMARD). En: *StatPearls [Internet]* [Internet]. StatPearls Publishing; 2023 [citado 21 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507863/>

47. Valverde M. FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ARTRITIS. ACTUALIDAD EN FARMACOLOGÍA Y TERAPÉUTICA [Internet]. 10 de julio de 2024 [citado 21 de febrero de 2024];22(2). Disponible en: <https://www.socesfar.es/wp-content/uploads/2024/07/10-FRONTIERAS-EN-FARMACOTERAPIA-FARMACOS-MODIFICADORES-DE-LA-ENFERMEDAD-PARA-EL-TRATAMIENTO-DE-LA-ARTRITIS-REUMATOIDE.pdf>
48. Victoria Jimenez, María del Mar, Estrella Martinez. Antirreumáticos con DIANA. 2019;31(2):1-36.
49. Fajardo Ramos E, Córdoba Andrade L, Enciso Luna JE. Calidad de vida en adultos mayores: reflexiones sobre el contexto colombiano desde el modelo de Schalock y Verdugo. Comunidad y Salud. diciembre de 2016;14(2):33-41.
50. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gaceta Sanitaria. abril de 2005;19(2):135-50.
51. InfoLep. WHOQOL-BREF | InfoNTD [Internet]. [citado 25 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.infontd.org/toolkits/nmd-toolkit/whoqol-bref>
52. Fundación de Investigación EuroQol. EQ-5D-5L [Internet]. EuroQol. [citado 25 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://euroqol.org/information-and-support/euroqol-instruments/eq-5d-5l/>
53. INE [Internet]. [citado 26 de febrero de 2025]. Glosario de Conceptos. Disponible en: <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4484>
54. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 26 de febrero de 2025]. edad | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>
55. Definición Nivel de instrucción (7 grupos) (Censos del 2021 y anteriores) [Internet]. [citado 26 de febrero de 2025]. Disponible en: [https://www.eustat.eus/documentos/elem\\_11188/definicion.html](https://www.eustat.eus/documentos/elem_11188/definicion.html)
56. Convivencia - Concepto, pautas y cómo es el ser humano [Internet]. <https://concepto.de/>. [citado 26 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://concepto.de/convivencia/>
57. ¿Qué son los egresos e ingresos y qué tipos existen? [Internet]. [citado 26 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.bbva.com/es/salud-financiera/que-son-los-egresos-e-ingresos-y-que-tipos-existen/>
58. Victoria García-Viniegras CR, Rodríguez López G. CALIDAD DE VIDA EN ENFERMOS CRÓNICOS. Revista Habanera de Ciencias Médicas. noviembre de 2007;6(4):0-0.
59. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gaceta Sanitaria. abril de 2005;19(2):135-50.

60. Gobierno del Perú. Informe Técnico N° 01 Empleo Nacional. Trimestre: Oct - Nov - Dic 2018 [Internet]. [citado 12 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/2994649-informe-tecnico-n-01-empleo-nacional-trimestre-oct-nov-dic-2018>

61. INEI. CENSO 2017: Cajamarca [Internet]. 2021 [citado 12 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/pcm/campa%C3%B1as/4310-cajamarca-informacion-territorial>

## CAPÍTULO 10: ANEXOS

### 10.1 ANEXO 1: Criterios Diagnósticos de Artritis Reumatoide

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

*Fuente: Anales de Reumatología*

10.2. ANEXO 2: Matriz de Consistencia

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>METODOLOGÍA</b>
<i>GENERAL</i>	<i>GENERAL</i>	<i>HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN</i>	<i>Variable 1</i>		
¿Cuál es el nivel de calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de Reumatología del Hospital II-E Simón Bolívar durante el periodo enero – diciembre del año 2024?	Describir el nivel de calidad de vida en pacientes diagnosticados con artritis reumatoide que fueron atendidos en el servicio de Reumatología del Hospital II-E Simón Bolívar durante el periodo enero – diciembre del año 2024.	La calidad de vida es regular o mala en pacientes diagnosticados con AR y que fueron atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el periodo Enero – Diciembre del 2025.	Calidad de Vida	Función física Rol físico Dolor corporal Salud general Vitalidad Función social Rol emocional Salud mental	TIPO Y NIVEL DE ESTUDIO: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo  POBLACIÓN: Todos los pacientes con AR atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el periodo Enero – diciembre 2024.  MUESTRA: Todos los pacientes que cumplan los criterios de inclusión y que den consentimiento informado.
	<i>ESPECÍFICO</i>				
	a. Estudiar las características sociodemográficas como edad, sexo, nivel educativo e ingreso económico y su relación con el nivel de Calidad de Vida en pacientes diagnosticados con artritis reumatoide que fueron atendidos en el servicio de Reumatología del Hospital II-E Simón Bolívar durante el año 2024.				
	b. Evaluar si el tiempo de enfermedad influye en el nivel de Calidad de Vida de pacientes diagnosticados con artritis reumatoide que fueron atendidos en el	HIÓTESIS NULA	VARIABLE 2	Edad Sexo Estado Civil Nivel de Estudios Convivencia Ingresos Económicos	

	servicio de Reumatología del Hospital II-E Simón Bolívar durante el año 2024.	La calidad de vida es buena o excelente en pacientes diagnosticados con AR y que fueron atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el periodo Enero – Diciembre del 2025.	Pacientes con Artritis Reumatoide	Tiempo de Terapia Tiempo de evolución de la enfermedad.	<b>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</b> Variable 1: Entrevista para aplicar el instrumento SF-36  Variable 2 Revisión de Historias Clínicas y entrevista
	c. Describir la influencia de la artritis reumatoide en las dimensiones de calidad de vida (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental) en pacientes diagnosticados con artritis reumatoide y que fueron atendidos en el servicio de Reumatología del Hospital II-E Simón Bolívar durante el año 2024.				

### 10.3. ANEXO 3: Instrumento de recolección de datos

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>		
1.1 EDAD: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 18 – 30 años</li> <li>• 31 - 40 años</li> <li>• 41- 50 años</li> <li>• 51- 60 años</li> <li>• 61 - 70 años</li> <li>• 71 a más años</li> </ul>	1.2. SEXO: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Femenino</li> <li>b. Masculino</li> </ul>	1.3. ESTADO CIVIL: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Soltero/a</li> <li>b. Casado/a</li> <li>c. Divorciado/a</li> <li>d. Viudo/a</li> <li>e. Otros</li> </ul>
1.4. NIVEL DE EDUCACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> <li>• No recibió educación</li> <li>• Primaria incompleta</li> <li>• Primaria completa</li> <li>• Secundaria incompleta</li> <li>• Secundaria completa</li> <li>• Superior incompleto</li> <li>• Superior completa</li> </ul>	1.5. CONVIVENCIA: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cónyuge</li> <li>• Familiar</li> <li>• Conviviente no familiar</li> <li>• Solo</li> <li>• Hogar de ancianos.</li> </ul>	1.6. INGRESOS ECONÓMICOS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> <li>• Menor a S/.1025</li> <li>• Entre S/. 1025 y S/ 2000</li> <li>• Entre S/. 2000 y S/ 3000</li> <li>• Mayor de S/. 3000</li> </ul>
2.1. TIEMPO DE ENFERMEDAD: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menos de 1 año</li> <li>b. Entre 1 a 5 años</li> <li>c. Entre 6 a 10 años</li> <li>d. Más de 10 años</li> </ul>		
<b>CUESTIONARIO SF -36</b>		
Por favor, marque una sola opción		
3.1. En general, usted diría que su salud es: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Excelente</li> <li>b. Muy buena</li> <li>c. Buena</li> <li>d. Regular</li> <li>e. Mala</li> </ul>	3.2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año? <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mucho mejor ahora que hace un año</li> <li>b. Algo mejor ahora que hace un año</li> <li>c. Más o menos igual que hace un año</li> <li>d. Algo peor ahora que hace un año</li> <li>e. Mucho peor ahora que hace un año</li> </ul>	
Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal		
3.3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores? <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sí, me limita mucho</li> <li>b. Sí, me limita un poco</li> <li>c. No, no me limita nada</li> </ul>	3.4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora? a. Sí, me limita mucho <ul style="list-style-type: none"> <li>b. Sí, me limita un poco</li> <li>c. No, no me limita nada</li> </ul>	
3.5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra? <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sí, me limita mucho</li> <li>b. Sí, me limita un poco</li> <li>c. No, no me limita nada</li> </ul>	3.6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera? <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sí, me limita mucho</li> <li>b. Sí, me limita un poco</li> <li>c. No, no me limita nada</li> </ul>	
3.7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera? <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sí, me limita mucho</li> <li>b. Sí, me limita un poco</li> <li>c. No, no me limita nada</li> </ul>	3.8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse? <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sí, me limita mucho</li> <li>b. Sí, me limita un poco</li> <li>c. No, no me limita nada</li> </ul>	
3.9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más? <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sí, me limita mucho</li> <li>b. Sí, me limita un poco</li> <li>c. No, no me limita nada</li> </ul>	3.10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)? <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sí, me limita mucho</li> <li>b. Sí, me limita un poco</li> <li>c. No, no me limita nada</li> </ul>	
3.11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)? <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sí, me limita mucho</li> <li>b. Sí, me limita un poco</li> <li>c. No, no me limita nada</li> </ul>	3.12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo? <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sí, me limita mucho</li> <li>b. Sí, me limita un poco</li> <li>c. No, no me limita nada</li> </ul>	
Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias		
3.13. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?	3.14. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física? <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sí</li> </ul>	

a. Sí b. No	b. No
3.15. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? a. Sí b. No	3.16. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física? a. Sí b. No
3.17. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? a. Sí b. No	3.18. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? a. Sí b. No
3.19. Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? a. Sí b. No	3.20. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? a. Nada b. Un poco c. Regular d. Bastante e. Mucho
3.21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas? a. No, ninguno b. Sí, muy poco c. Sí, un poco d. Sí, moderado e. Sí, mucho f. Sí, muchísimo	3.22. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (¿incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? a. Nada b. Un poco c. Regular d. Bastante e. Mucho
Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.	
3.23. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad? a. Siempre b. Casi siempre c. Muchas veces d. Algunas veces e. Sólo alguna vez f. Nunca	3.24. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso? a. Siempre b. Casi siempre c. Muchas veces d. Algunas veces e. Sólo alguna vez f. Nunca
3.25. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? a. Siempre b. Casi siempre c. Muchas veces d. Algunas veces e. Sólo alguna vez f. Nunca	3.26. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo? a. Siempre b. Casi siempre c. Muchas veces d. Algunas veces e. Sólo alguna vez f. Nunca
3.27. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía? a. Siempre b. Casi siempre c. Muchas veces d. Algunas veces e. Sólo alguna vez f. Nunca	3.28. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste? a. Siempre b. Casi siempre c. Muchas veces d. Algunas veces e. Sólo alguna vez f. Nunca
3.29. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado? a. Siempre b. Casi siempre c. Muchas veces d. Algunas veces e. Sólo alguna vez f. Nunca	3.30. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz? a. Siempre b. Casi siempre c. Muchas veces d. Algunas veces e. Sólo alguna vez f. Nunca

<p>3.31. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Siempre</li> <li>b. Casi siempre</li> <li>c. Muchas veces</li> <li>d. Algunas veces</li> <li>e. Sólo alguna vez</li> <li>f. Nunca</li> </ul>	<p>3.32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Siempre</li> <li>b. Muchas veces</li> <li>c. Algunas veces</li> <li>d. Sólo alguna vez</li> <li>e. Nunca</li> </ul>
<p>Por favor, responda si considera verdadero o falso las siguientes preguntas</p>	
<p>3.33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Totalmente cierta</li> <li>b. Bastante cierta</li> <li>c. No lo sé</li> <li>d. Bastante falsa</li> <li>e. Totalmente falsa</li> </ul>	<p>3.34. Estoy tan sano como cualquiera</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Totalmente cierta</li> <li>b. Bastante cierta</li> <li>c. No lo sé</li> <li>d. Bastante falsa</li> <li>e. Totalmente falsa</li> </ul>
<p>3.35. Creo que mi salud va a empeorar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Totalmente cierta</li> <li>b. Bastante cierta</li> <li>c. No lo sé</li> <li>d. Bastante falsa</li> <li>e. Totalmente falsa</li> </ul>	<p>3.36. Mi salud es excelente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Totalmente cierta</li> <li>b. Bastante cierta</li> <li>c. No lo sé</li> <li>d. Bastante falsa</li> <li>e. Totalmente falsa</li> </ul>

#### 10.4. ANEXO 4: Consentimiento Informado

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación es conducida por Erika Katherine Zamora Benavides, estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca.

La meta de este estudio es determinar la calidad de vida en pacientes que han sido diagnosticados con AR y que han sido tratados en el Servicio de Reumatología del Hospital II-E Simón Bolívar.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (Personal, por llamada o virtual mediante Google Forms). Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se anotará en la Ficha de Recolección de datos. En caso de que el consentimiento sea por llamada, se grabará.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya, le agradecemos su participación.

-----  
Yo, \_\_\_\_\_, identificado con el DNI: \_\_\_\_\_ acepto participar voluntariamente en esta investigación.

He sido debidamente informado acerca del propósito de la investigación y reconozco que la información que proporciona en el transcurso de esta investigación se mantiene estrictamente confidencial. En caso de tener interrogantes acerca de mi participación en este estudio, tengo la posibilidad de ponerme en contacto con Erika Katherine Zamora Benavides en el número telefónico 954 879 240.

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

Firma del participante o número de grabación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_