

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**“PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL SUEÑO Y FACTORES ASOCIADOS A
UNA BAJA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021 -2022”**

Tesis presentada por los Bachilleres:

Camapaza Gómez, Alejandro Mauricio

Huamán Camargo, Jhony

Para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujano

Asesor:

Dr. Alvarado Aco, José Eliseo

Arequipa - Perú

2022

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 21 de Mayo del 2022

Dictamen: 006533-C-EPMH-2022

Visto el borrador del expediente 006533, presentado por:

2012241351 - CAMAPAZA GOMEZ ALEJANDRO MAURICIO

2013222191 - HUAMAN CAMARGO JHONY

Titulado:

PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL SUEÑO Y FACTORES ASOCIADOS A UNA BAJA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN EL HOSPITAL GOYENECHE 2021 -2022

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**1575 - MIRANDA PINTO ALEJANDRO RUTHBALDO
DICTAMINADOR**



**1823 - VARGAS OLIVERA GERMAN AUGUSTO
DICTAMINADOR**



**2244 - ZEVALLOS RODRIGUEZ JUAN MANUEL
DICTAMINADOR**

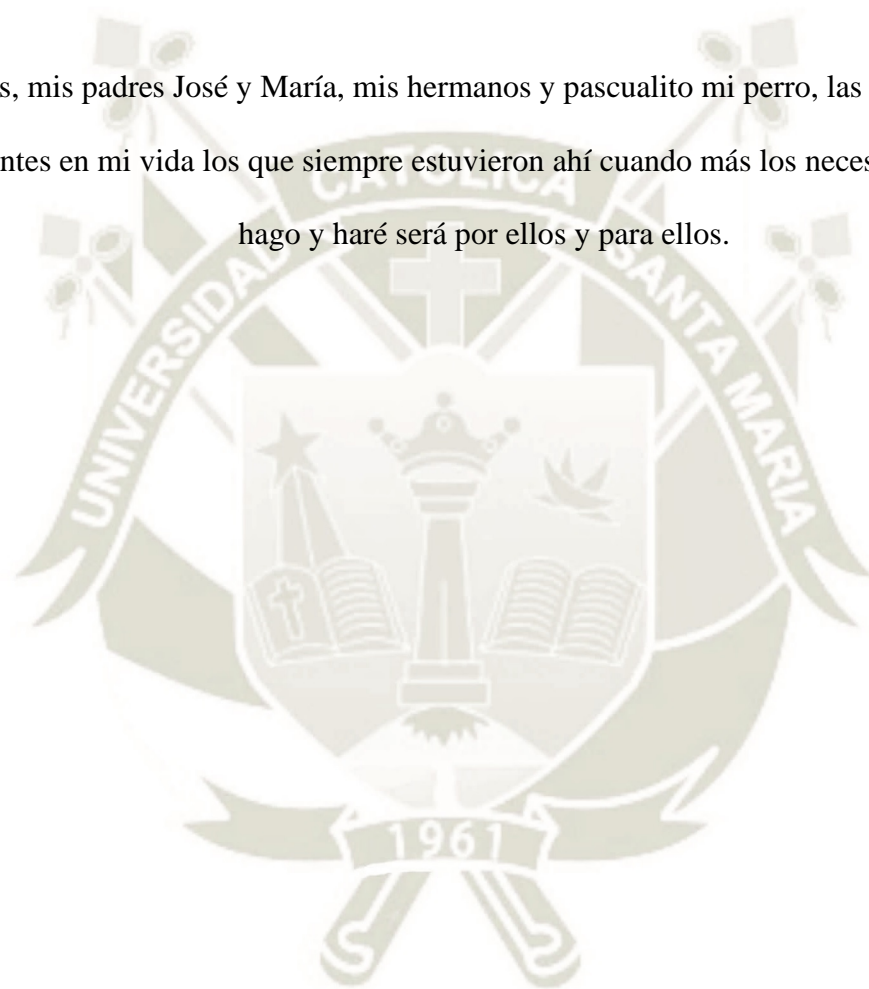


DEDICATORIA

Dedico mi tesis, con amor y agradecimiento a:

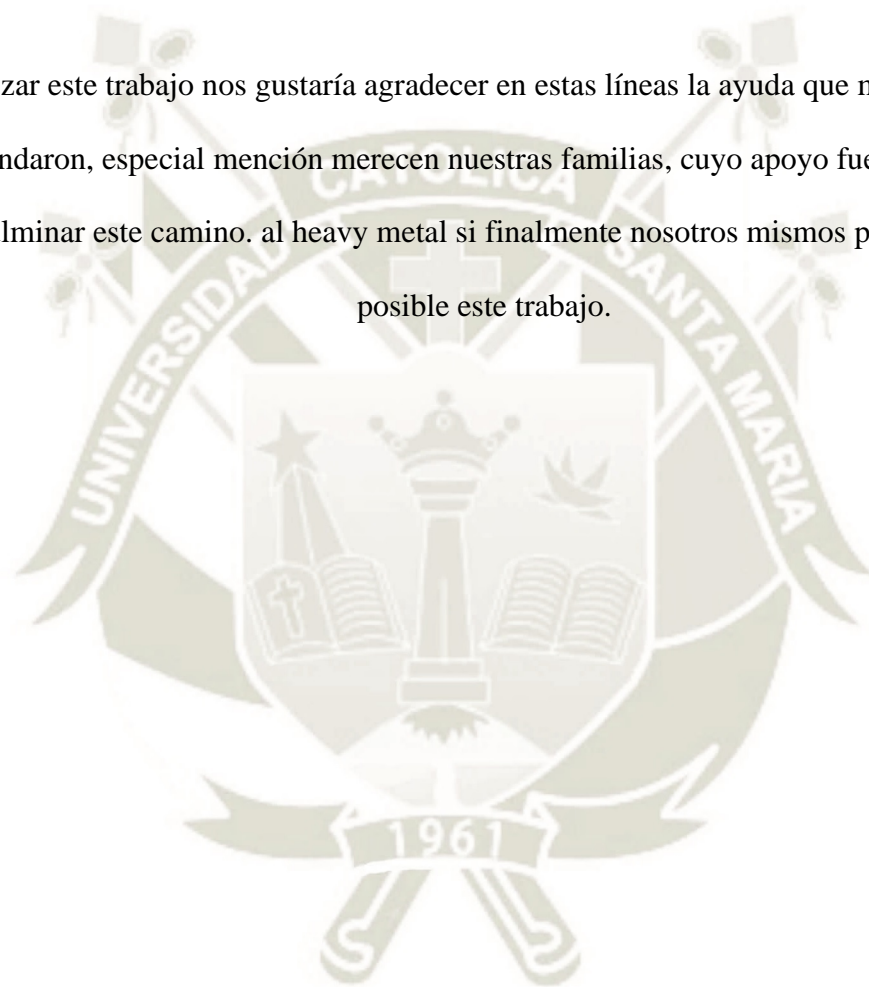
mis padres, quienes estuvieron conmigo durante toda mi preparación y me apoyaron durante todo este tiempo.

A dios, mis padres José y María, mis hermanos y pascualito mi perro, las personas más importantes en mi vida los que siempre estuvieron ahí cuando más los necesite, todo lo que hago y haré será por ellos y para ellos.



AGRADECIMIENTOS

Al finalizar este trabajo nos gustaría agradecer en estas líneas la ayuda que muchas personas nos brindaron, especial mención merecen nuestras familias, cuyo apoyo fue incondicional para culminar este camino. al heavy metal si finalmente nosotros mismos por haber hecho posible este trabajo.



RESUMEN

La investigación tiene como objetivo Objetivo general: Determinar la prevalencia de trastornos del sueño y otros factores que se asocian a una deficiente calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide. Y como Objetivos específicos: Determinar la prevalencia de trastornos del sueño en pacientes con Artritis Reumatoide. Determinar cuántos pacientes con Artritis Reumatoide perciben una deficiente calidad de vida. Identificar la cantidad de pacientes con Artritis Reumatoide que desarrollan problemas psiquiátricos. Establecer los factores más importantes que afectan la calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide.

La técnica que se utilizó fue la encuesta y los cuestionarios fueron: Para la valoración del índice de calidad de sueño en pacientes con Artritis Reumatoide se empleó el PSQI (índice de calidad de sueño de Pittsburgh) Para la valoración del impacto global de los pacientes con Artritis Reumatoide se empleó el cuestionario RAID (Rheumatoid Arthritis Impact Disease) Para la valoración de la depresión, ansiedad y estrés en pacientes con Artritis Reumatoide se utilizó el cuestionario DASS 21 (escala de depresión, ansiedad y estrés). Investigación se realizó en la ciudad de Arequipa. El estudio se desarrolló durante el mes de abril del año 2021 hasta abril 2022. La población la conformó todos los pacientes con artritis reumatoide del Hospital Goyeneche. La investigación fue de corte transversal, fue descriptiva y relacional, además se usó el software spss y Microsoft Excel para poder analizar los datos. Se usó como prueba estadística para identificar la asociación entre variables la prueba de chi cuadrado, se tomó un nivel de confianza del 95%.

Resultados: La frecuencia de trastornos de sueño en pacientes con artritis reumatoide es de 87.2%, distribuidos de la siguiente manera: Problema grave de sueño 17%, Merece atención médica y tratamiento médico 51.1%, Merece atención médica 19.1%. La frecuencia de calidad de vida deficiente de los pacientes con artritis reumatoide que son afectados en gran medida a su vida diaria son el 14.9%. El nivel de ansiedad que se presenta en los pacientes con artritis reumatoide es normal en 29.8% y el nivel de depresión es extremadamente grave en 41.5%. Existe asociación estadísticamente significativa entre la calidad de vida con la calidad del sueño $p = 0,000$, el nivel de ansiedad $p = 0,037$ y el nivel de depresión $p = 0,001$; en tanto que los años no se asocian o una deficiente calidad de vida $p = 0,0593$.

Conclusión: Los factores que se asocian a una deficiente calidad de vida son: la calidad del sueño $p = 0,000$, el nivel de ansiedad $p = 0,037$ y el nivel de depresión $p = 0,001$; en tanto que los años no se asocian o una deficiente calidad de vida $p = 0,0593$.

Palabras clave: Pacientes con artritis reumatoide, trastornos de sueño, calidad de vida deficiente, ansiedad y depresión.



ABSTRACT

The general objective of the research is to determine the prevalence of sleep disorders and other factors associated with poor quality of life in patients with rheumatoid arthritis. And as specific objectives: To determine the prevalence of sleep disorders in patients with rheumatoid arthritis. To determine how many patients with Rheumatoid Arthritis perceive a poor quality of life. To identify the number of patients with rheumatoid arthritis who develop psychiatric problems. To establish the most important factors affecting quality of life in patients with rheumatoid arthritis.

The technique used was the survey and the questionnaires were: For the evaluation of the sleep quality index in patients with Rheumatoid Arthritis, the PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index) was used. For the evaluation of the global impact of patients with Rheumatoid Arthritis, the RAID (Rheumatoid Arthritis Impact Disease) questionnaire was used. For the evaluation of depression, anxiety and stress in patients with Rheumatoid Arthritis, the DASS 21 questionnaire (depression, anxiety and stress scale) was used. The research was carried out in the city of Arequipa. The study was developed during the month of April 2021 to April 2022. The population consisted of all patients with rheumatoid arthritis at the Goyeneche Hospital. The research was cross-sectional, descriptive and relational, and SpSS and Microsoft Excel software were used to analyze the data. The chi-square test was used as a statistical test to identify the association between variables, with a confidence level of 95%.

Results: The frequency of sleep disorders in patients with rheumatoid arthritis is 87.2%, distributed as follows: Severe sleep problem 17%, Deserves medical attention and medical treatment 51.1%, Deserves medical attention 19.1%. The frequency of poor quality of life of patients with rheumatoid arthritis who are greatly affected to their daily life are 14.9%. The level of anxiety present in patients with rheumatoid arthritis is normal in 29.8% and the level of depression is extremely severe in 41.5%. There is a statistically significant association between the quality of life with the quality of sleep $p = 0.000$, the level of anxiety $p = 0.037$ and the level of depression $p = 0.001$; while the years are not associated or a poor quality of life $p = 0.0593$.

Conclusion: The factors associated with poor quality of life are: sleep quality $p = 0.000$, level of anxiety $p = 0.037$ and level of depression $p = 0.001$; while years are not associated or poor quality of life $p = 0.0593$.

Key words: rheumatoid arthritis patients, sleep disorders, poor quality of life, anxiety and depression.

INDICE

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT	vii
INDICE	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	2
1. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	3
1.1. Problema de Investigación	3
1.1.1. Enunciado del problema	3
1.1.2. Descripción del problema.....	3
1.2. Justificación del problema:.....	5
1.2.1. Justificación científica:.....	5
1.2.2. Justificación social:	5
1.2.3. Factibilidad:.....	5
1.2.4. Justificación personal:	5
1.3. Marco conceptual	6
1.3.1. Artritis Reumatoide	6
1.4. ANTECEDENTES DE INVESTIGACION	18
1.4.1. NACIONALES	18
1.4.2. INTERNACIONALES.....	19
1.4.3. LOCALES.....	20
1.5. OBJETIVOS.....	21
1.5.1. Objetivo general:	21
1.5.2. Objetivos específicos:.....	21
1.6. Hipótesis:.....	21
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	23
1.1. Técnica:	23
□ Para la recolección de datos se utilizó la encuesta.	23
1.2. Instrumentos:.....	23
1.3. Materiales	23

2.	CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	23
2.1.	Ubicación espacial.....	23
2.2.	Ubicación temporal	23
2.3.	Unidades de estudio.	23
2.3.1.	Universo	23
2.3.2.	Criterios de inclusión:	24
2.3.3.	Criterio de exclusión:	24
3.	ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	24
3.1.	Organización	24
3.2.	Recursos	24
3.2.1.	Humanos.....	24
3.2.2.	Materiales	24
3.2.3.	Financieros:.....	25
4.	VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.....	25
4.1.	ESCALA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS (DASS 21)	25
4.2.	TEST DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH (PSQI).	25
4.3.	CUESTIONARIO RAID (RHEUMATOID ARTHRITIS IMPACT DISEASE)26	
	CAPITULO III RESULTADOS	27
	DISCUSIÓN.....	43
	CONCLUSIONES	47
	RECOMENDACIONES	48
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	49
	ANEXOS.....	53
	Anexo 1 Instrumento	54
	Anexo 2 Matriz de datos	65

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Edad en los pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022.	28
Tabla 2 Prevalencia de los trastornos del sueño en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022.	29
Tabla 3 Calidad de vida de pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022.	31
Tabla 4 Nivel de ansiedad en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022.	33
Tabla 5 Nivel de depresión en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022.	34
Tabla 6 Asociación entre edad y calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022.	35
Tabla 7 Asociación entre la calidad de sueño y calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022.	37
Tabla 8 Asociación entre nivel de ansiedad y calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022.	39
Tabla 9 Asociación entre nivel de depresión y calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022.	41

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1 Edad en los trastornos del sueño en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022.	28
Gráfico 2 Prevalencia de los trastornos del sueño en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022.	30
Gráfico 3 Calidad de vida de pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022.	32
Gráfico 4 Nivel de ansiedad en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022.	33
Gráfico 5 Nivel de depresión en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022.	34
Gráfico 6 Asociación entre edad y calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022.	36
Gráfico 7 Asociación entre la calidad de sueño y calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022.	38
Gráfico 8 Asociación entre nivel de ansiedad y calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022.	40
Gráfico 9 Asociación entre nivel de depresión y calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022.	42

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune, crónica, sistémica, de índole inflamatoria y progresiva que a largo plazo ocasiona deformidad de las articulaciones comprometidas. Su etiología permanece hasta la actualidad desconocida, pero se ha observado que en la mayoría de los casos tendría una predisposición genética y que también estarían involucrados factores ambientales, como agentes infecciosos, entre estos: virus Epstein Barr, retrovirus, parvovirus B19, virus de la Hepatitis C, Mycobacterium Tuberculosis y el micoplasma proteus.

Esta enfermedad se caracteriza por ser poliarticular, simétrica y seguir un patrón de afección predominante en las articulaciones periféricas, aunque suele respetar las articulaciones proximales (1).

Los pacientes que padecen esta enfermedad sufren una variedad de síntomas como dolor e hinchazón de las articulaciones, rigidez e incapacidad funcional, que perjudican su calidad de vida.

En décadas pasadas era considerada una enfermedad benigna, sin embargo, hoy en día se sabe que esta patología presenta un aumento en la tasa de mortalidad debido a todas las complicaciones que esta trae consigo. Entre las complicaciones que coexisten con la Artritis Reumatoide encontramos a los trastornos del sueño como: fragmentación del sueño, baja eficiencia del sueño, despertares frecuentes y mala calidad del sueño. Si comparamos a estos pacientes con el resto de la población también veremos que tienen una prevalencia aumentada, tanto de discapacidad física y comorbilidad psiquiátrica, como desarrollo de cuadros de depresión y ansiedad.

Añadido a todas estas complicaciones, también podemos encontrar que muchos de estos pacientes desarrollan cuadros de fatiga, los cuales aún no son manejables para la mayoría de los pacientes, teniendo un gran impacto en su calidad de vida.

Por lo expuesto, el objetivo de este trabajo es ver la prevalencia e impacto de los trastornos del sueño y las demás complicaciones que coexisten con la Artritis Reumatoide, con la finalidad de poder ver la posibilidad de nuevos abordajes terapéuticos de una manera más integral.



1. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1.1. Problema de Investigación

1.1.1. Enunciado del problema

Prevalencia de trastornos del sueño y factores asociados a una baja calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide.

1.1.2. Descripción del problema

1.1.2.1. Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área Específica: Medicina Humana
- Especialidad: Reumatología / Psiquiatría / Psicología
- Línea: Artritis Reumatoide

1.1.2.2. Análisis u operacionalización de variables e indicadores

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD /CATEGORÍA	ESCALA
Índice de calidad de sueño	Test de calidad de sueño de pittsburgh	1.Sin problema de sueño 2.Merece atención médica 3.Merece atención médica y tratamiento medico 4.Problema grave de sueño	Cuantitativa
Impacto de la enfermedad	Cuestionario RAID	1. Ningún impacto en la vida 2. afecta ligeramente su calidad de vida diaria 3. afecta moderadamente a su vida diaria 4. afecta en gran medida a su vida diaria 5. Impide llevar su vida diaria	Cuantitativa

Ansiedad	DASS - 21	1.Normal 2.Leve 3.Moderado 4.Grave 5.Extremadame nte grave	Cuantitativa
Depresión	DASS - 21	1.Normal 2.Leve 3.Moderado 4.Grave 5.Extremadame nte grave	Cuantitativa

1.1.2.3. Interrogantes básicas

- ¿Cuál es la prevalencia de los trastornos del sueño en pacientes con Artritis Reumatoide?
- ¿Cuántos pacientes con Artritis Reumatoide perciben una baja calidad de vida?
- ¿Qué sexo es el que presenta más prevalencia de trastornos de sueño en pacientes con Artritis Reumatoide?
- ¿Cuál es la cantidad de Paciente con Artritis Reumatoide que padecen de ansiedad?
- ¿Cuál es la cantidad de pacientes con Artritis Reumatoide que padecen depresión?
- ¿Cuáles son los factores más importantes asociados a una baja calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide?

1.1.2.4. Tipo de investigación

Analítico

1.1.2.5. Diseño de investigación

Retrospectivo y longitudinal

1.1.2.6. Nivel de investigación

No experimental

1.2. Justificación del problema:**1.2.1. Justificación científica:**

El presente trabajo de investigación pretende contribuir a identificar todos aquellos factores que empeoran la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide, para de esta manera poder evaluar posibles intervenciones, no solo a nivel de la enfermedad, si no, en todas las discapacidades a todo nivel que produce esta enfermedad y de esta manera mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

1.2.2. Justificación social:

Las complicaciones causadas por la Artritis reumatoide son frecuentemente ignoradas, estas muchas veces tienen varios efectos negativos en cada ámbito de la vida de los pacientes, tanto en el aspecto psicológico, entorno social y laboral de las personas que la padecen, llevando en ciertos casos a la discapacidad. Afectando en sus relaciones interpersonales y horas laborales.

1.2.3. Factibilidad:

El estudio propuesto es factible porque se centra en identificar todos aquellos factores que hacen que la calidad de vida de los pacientes con AR sea deficiente.

1.2.4. Justificación personal:

Tener un especial interés en el área reumatológica. Y el haber tenido familiares cercanos que padecían esta enfermedad, por lo que me gustaría ver la posibilidad de nuevos abordajes terapéuticos.

1.3. Marco conceptual

1.3.1. Artritis Reumatoide

1.3.1.1. Definición

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune sistémica crónica que surge con más frecuencia en mujeres que en hombres, y se observa predominantemente en ancianos. Esta enfermedad afecta principalmente al revestimiento de las articulaciones sinoviales y puede causar discapacidad progresiva, muerte prematura y cargas socioeconómicas. Las manifestaciones clínicas de la afectación articular simétrica incluyen artralgia, hinchazón, enrojecimiento e incluso limitación de la amplitud de movimiento (2).

Los pacientes con Artritis Reumatoide sufren una gran variedad de síntomas como dolor e hinchazón de las articulaciones, rigidez, fatiga e incapacidad funcional, que perjudican su calidad de vida. Esta enfermedad debe ser considerada como un síndrome que aparte de manifestaciones articulares incluye manifestaciones extraarticulares, como los nódulos reumáticos, afectación pulmonar o vasculitis, y comorbilidades sistémicas. La artritis reumatoide conlleva una carga importante tanto para la persona como para la sociedad. La carga personal es el resultado de la carga musculoesquelética con el consiguiente declive de la funcionalidad física, calidad de vida y el peligro acumulativo de comorbilidad. La carga socioeconómica, aparte de la gran carga médica directa es un efecto de la discapacidad funcional, la limitada capacidad de trabajo y una menor actividad social (1).

1.3.1.2. Epidemiología y Etiología

La AR es una enfermedad de distribución universal, con una prevalencia mundial de entre el 0,2 y el 1,2%, y mayor frecuencia en mujeres que en varones (relación 3:1) y en áreas urbanas. En cuanto a su distribución geográfica, los valores más elevados de prevalencia corresponden a algunas tribus de indios americanos y esquimales, mientras que los más bajos se observan en países africanos y asiáticos (2). La artritis reumatoide tiene una incidencia del 0-5% al 1%, con una aparente reducción de norte a sur (en el hemisferio norte) y de zonas urbanas a las rurales. Ciertas poblaciones de nativos americanos tienen una prevalencia. Un historial familiar de artritis

reumatoide aumenta el riesgo de padecer esa enfermedad aproximadamente de tres a cinco veces; los casos de gemelos se incrementan, implicando la genética factores de patogénesis. Se han caracterizado a más de cien loci asociados con el riesgo de artritis reumatoide, en la mayoría están implicados mecanismos inmunológicos, algunos de los que son compartidos con otras enfermedades crónicas inflamatorias. El sistema HLA (particularmente HLA-DRB1) es el de influencia dominante (1). Existen dos subtipos principales de AR según la presencia o ausencia de anticuerpos anti-proteína citrulinada (ACPA). La citrulinación es catalizada por la enzima peptidilarginina-deiminasa (PAD) dependiente de calcio, que cambia una arginina cargada positivamente a una citrulina polar pero neutra como resultado de una modificación postraducciona. Los ACPA se pueden detectar en aproximadamente el 67 % de los pacientes con AR y sirven como una referencia diagnóstica útil para los pacientes con artritis indiferenciada temprana y proporcionan una indicación de la probable progresión de la enfermedad hasta la AR. La AR negativa para ACPA tiene diferentes patrones de asociación genética, y respuestas diferenciales de células inmunes a antígenos citrulinados¹² de las del subconjunto positivo para ACPA (2).

1.3.1.3. Factores de riesgo

La AR es una enfermedad multifactorial, en la que pueden interferir tanto factores genéticos como ambientales. La mayor frecuencia observada en mujeres es una constante en la literatura, que ha incluido el género femenino en las hipótesis etiológicas. El riesgo relativo más bajo apareció en mujeres que mantuvieron niveles persistentes de estrógeno tomando anticonceptivos orales (1). Los genes que tienen mayor influencia en la susceptibilidad a enfermedades son los del complejo mayor de histocompatibilidad, así como otros genes implicados en mecanismos celulares y moleculares de la respuesta inmune. Las hipótesis etiológicas sobre las interacciones con el medio ambiente parecen más plausibles que y pueden explicar las diferencias geográficas y culturales. Un marcador importante de la AR es el factor reumatoide (RF). Este signo puede observarse en alrededor del 0,9 % de la población normal, pero se ha encontrado que aproximadamente el 5 % de los individuos RF positivos eventualmente desarrollan AR entre los 9 y los 10

años de edad, 22 años después de la identificación inicial, por lo que Los portadores de RF tienen un riesgo relativo aproximadamente 10 veces mayor de desarrollar AR que aquellos sin este marcador. En relación con el hábito tabáquico, se ha observado una asociación con la aparición de AR, con una evidencia epidemiológica consistente y de mayor magnitud en individuos portadores del epítipo compartido, lo que constituye un claro ejemplo de interacción gen-ambiente (2).

1.3.1.4. Impacto socio sanitario

1.3.1.4.1. Impacto sobre el individuo

La AR afecta a muchas facetas de la vida del paciente, como su bienestar físico y emocional, sus relaciones familiares y personales, y su vida laboral. El dolor crónico y la discapacidad repercuten en la realización de las actividades de la vida diaria, la salud mental y la calidad de vida, con pérdida de independencia y deterioro de las relaciones familiares y sociales. En líneas generales, los pacientes experimentan muchas dificultades importantes para vestirse, levantarse, abrir un grifo o una botella, coger el autobús, subir escaleras, abrir puertas y permanecer mucho tiempo de pie. Además, la AR se acompaña, con mucha frecuencia, de trastornos psicológicos, como depresión y ansiedad, alteración de la vida sexual, pérdida de autoestima, y dificultad para la interacción laboral, social y familiar. Aunque la actividad de la enfermedad y la discapacidad asociada son los principales mediadores de estas alteraciones, otros factores relacionados son los mecanismos de adaptación, el estrés y el apoyo social. La AR deteriora significativamente la calidad de vida del paciente, tanto en su dimensión física como emocional. Además, el dolor y la discapacidad limitan la capacidad del paciente para realizar sus actividades habituales, incluyendo su vida social y laboral. La capacidad funcional es el principal predictor de la calidad de vida, sin olvidar que la sintomatología depresiva juega un rol importante. Otros factores asociados son la edad avanzada (mayor alteración del componente físico y mejoría del mental), el sexo femenino (mejoría del componente físico y empeoramiento del mental) y el tiempo de evolución (4).

La AR también tiene implicaciones muy importantes en los cuidadores de los pacientes. Los cuidadores presentan sobrecarga emocional con sentimientos de culpa, problemas laborales por absentismo y aislamiento social. Habitualmente demandan apoyo psicológico y ayuda procedente de cuidados formales para poder tener momentos de respiro y una vida laboral y familiar adecuada (1).

1.3.1.4.2. Impacto sobre la sociedad

Los principales efectos se deben al consumo de recursos y a los costes asociados. La AR genera un importante consumo de recursos, directos e indirectos, relacionados fundamentalmente con la enfermedad y la discapacidad asociada, con el consiguiente impacto socioeconómico. En un estudio observacional prospectivo realizado en España a lo largo de 1 año, los principales recursos médicos fueron las visitas (100% de los pacientes; mediana, 22), fundamentalmente a atención primaria, reumatólogo, traumatólogo, urgencias, rehabilitador, enfermería y otros especialistas. Además, se produjo un importante consumo de fármacos (99% de pacientes; mediana, 17), sesiones de rehabilitación (14%; mediana, 1), tratamientos ortopédicos (26%), tratamientos alternativos (11%), pruebas de laboratorio (100%; mediana, 12), técnicas de imagen (59%) e ingresos hospitalarios (32%; mediana, 2). Entre los recursos no médicos (utilizados por el 88% de los pacientes), los más importantes fueron medios de transporte, comidas fuera de casa y ayuda doméstica. Por último, el 26% perdió algún día de trabajo y el 4% perdió el trabajo por la enfermedad. El consumo de recursos disminuye sustancialmente tras la introducción de tratamiento biológico, por la mejoría de la actividad de la enfermedad (2).

1.3.1.4.3. Impacto económico

El impacto económico de la AR es especialmente importante debido a la utilización de fármacos de elevado coste, como los biológicos, y a la limitación de recursos de los sistemas sanitarios actuales. La enfermedad tiene repercusiones sobre distintos actores y escenarios (paciente, familia, cuidadores, empleadores, recursos), por lo que en el cálculo del impacto económico se deben incluir costes directos (derivados de la enfermedad en sí misma o su discapacidad), indirectos (atribuibles a la pérdida de

productividad y de recursos) e intangibles (relacionados con problemas psicosociales por estrés laboral, dificultades económicas, calidad de vida) (3).

En el año 2003, el coste promedio por paciente con AR en España era de 10.419 dólares, de los que el 70% correspondía a costes directos y el 30%, a indirectos, y la duración de la enfermedad y el grado de discapacidad fueron sus principales determinantes. Los estudios de tendencia del coste médico de pacientes adultos con AR en Estados Unidos también han mostrado un incremento anual constante entre 1997 y 2005, desde los 252.000 hasta los 353.000 millones de dólares, lo que supone un aumento superior al 40% y al 2,8% del PIB atribuible al mayor número de pacientes con artritis y con comorbilidad. Los resultados de otros estudios europeos sobre evolución de costes antes y después de la introducción de fármacos biológicos también han demostrado un aumento considerable de los costes directos secundario a la prescripción de los biológicos, con una disminución de las tasas de hospitalización, mejoría funcional y de la discapacidad (4).

1.3.15. Trastornos del sueño en Artritis Reumatoide

El sueño es una función biológica de central importancia para la mayoría de los seres vivos. Los estudios sobre la fisiología del sueño han demostrado que durante este se producir una o algunas malas noches de sueño: somnolencia diurna, irritabilidad, problemas de concentración, dolor de cabeza, fatiga, etc. Sin embargo, pocos saben en realidad cuales pueden ser las consecuencias de una mala calidad de sueño de manera repetida o crónica. En la actualidad existe una gran cantidad de evidencia científica en relación a que los TS crónicos son un factor de riesgo significativo para una gran diversidad de enfermedades crónicas, que van desde las enfermedades cardiovasculares, hasta los trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad y suicidio), emocionales y cognitivos (5).

Para efectos de la actual investigación se aborda el insomnio ya que este es el trastorno del sueño predominante en los pacientes que padecen AR. El insomnio es una queja subjetiva de sueño inadecuado o insuficiente. Es un síntoma y su significado clínico depende de su etiología, calidad, severidad y

cronicidad al igual que de otros signos y síntomas que pueden acompañarlo. Insomnio de conciliación: se caracteriza por una latencia del sueño prolongada (> 30 minutos). Insomnio de mantenimiento: más de dos despertares nocturnos o más de una hora de vigilia nocturna. Insomnio con despertar precoz: el individuo se despierta más temprano de lo habitual y es incapaz de volver a dormirse. Los efectos que produce al día siguiente el insomnio son muy variados e incluyen: somnolencia diurna, fatigabilidad, falta de concentración, irritabilidad, mialgias y depresión (2).

Los trastornos del sueño son habituales en pacientes que padecen enfermedades crónicas, tales como la artritis reumatoide. La mala calidad del sueño se relaciona con el dolor, el humor, la fatiga, el estrés, y la actividad de la patología en la población de patologías reumáticas (3).

La frecuencia de la mala calidad de sueño está altamente asociada a la elevada actividad de la enfermedad (10). Entre los trastornos del sueño se encontraron la fragmentación del sueño, baja eficiencia del sueño, despertares frecuentes y la deficiente calidad del sueño. Se podría asociar que el dolor y las perturbaciones del sueño están estrechamente relacionados, pero es difícil saber cuál es el problema principal (4).

Las opciones para el tratamiento de deterioro del sueño son los: antidepresivos, analgésicos, benzodiazepinas, y relajantes musculares. Pero es importante conocer la naturaleza del trastorno del sueño para poder seleccionar el medicamento correcto (6).

Estos pacientes también suelen presentar fatiga la cual puede ser física (agotamiento físico o reducción de energía) o cognitiva (problemas de pensamiento, concentración, o la memoria) (5). El tratamiento de la fatiga puede mejorar la sintomatología de la Artritis Reumatoide de alguna manera (23).

La mala calidad de sueño en estos pacientes es la responsable de una extrema somnolencia durante el día. Una evaluación adecuada de la calidad del sueño podría ser beneficiosa, dándose un enfoque multidisciplinario que se base en cooperación, en la determinación y el tratamiento de los trastornos del sueño en los pacientes con Artritis Reumatoide (7).

Existe una gran importancia en la actividad de la enfermedad y la depresión para explicar la calidad del sueño en los pacientes con AR. Por lo que sería necesario la implantación de un sistema de evaluación psiquiátrica, evaluación holística y evaluación selectiva de intervención/manejo de los pacientes con Artritis Reumatoide para mejorar su calidad de sueño y finalmente mejorar su calidad de vida (8).

Cualquier médico que atienda a pacientes con Artritis Reumatoide debe ser consciente de los problemas de sueño de esta población e incluir intervenciones farmacológicas y psicológicas, que puedan tener un efecto beneficioso en la calidad del sueño, y también en el bienestar no solo psicológico, si no, bienestar físico y también la discapacidad funcional (9).

1.3.1.6. Calidad de vida en Artritis Reumatoide

Los individuos con Artritis Reumatoide a menudo informan de la reducción de la calidad de la vida, lo cual tiene un efecto en la salud física, confort emocional y social (11).

La AR tiene un impacto considerable en la calidad de vida y la capacidad funcional, siendo el deterioro de la Calidad de Vida Relativa a la salud significativo en comparándola con la población general. Existe una menor Calidad de Vida Relacionada a la salud y capacidad funcional con mayores niveles de actividad de la enfermedad por lo cual alcanzar la remisión es lo ideal (13). Como ya sabemos la calidad de vida de los pacientes con Artritis Reumatoide es inferior a la de los individuos sanos. También el tiempo del sueño, el IMC, asesoramiento psicológico, la C4 y la IgA pueden ser factores que influyan para la calidad de vida de los pacientes con AR por lo que se podrían tomar medidas para regular los ciclos de sueño, control de C4, IgA, junto con los adecuados indicadores psicológicos. Este adecuado asesoramiento puede mejorar efectivamente la calidad de vida de Pacientes con AR (14).

Es evidente que el dolor y la capacidad funcional puede tener un impacto importante en la calidad de vida en los pacientes con Artritis Reumatoide, esto mediante las restricciones y las sensaciones desagradables que causan.

La experiencia de dolor está muy asociada con un funcionamiento social, salud general, percepción y el funcionamiento físico deficientes (15).

También vemos que existe una gran importancia sobre el funcionamiento emocional y la valoración del dolor en el impacto negativo de la artritis reumatoide en la calidad de vida de los pacientes. El modelo biopsicosocial de dolor crónico apoya aún más la compleja interacción entre lo emocional, cognitivo y de comportamiento en pacientes con dolor crónico. El funcionamiento emocional y la evaluación del dolor pueden tener tanto efectos tanto positivos, como negativos, en la adaptación de un individuo a la Artritis Reumatoide. Entonces, los médicos deben ayudar a los pacientes a tomar conciencia de sus habilidades de regulación emocional, sus creencias sobre el dolor, y sus estrategias de afrontamiento, para reducir la carga de los síntomas de la AR en su calidad de vida (12).

La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad crónica, dolorosa e invalidante que ataca a las personas en la mayoría de los casos, entre los 30 y 50 años, en plena edad productiva, lo que produce un gran impacto emocional para el paciente, su familia y en el desempeño laboral. Tanto en el dolor, e incluso en la propia naturaleza de la artritis reumatoidea, la depresión, la ansiedad y la ira se presentan como variables relevantes. Por otra parte, los pacientes con esta patología desarrollan distintos niveles de incapacidad funcional, lo que favorece la aparición de consecuencias emocionales negativas (ansiedad, ira, tristeza, depresión) que afectan al dolor y al curso del propio trastorno. Da Costa y Cols., en un trabajo en Brasil, encontraron que 33,7% de los pacientes con artritis reumatoidea presentaban trastornos ansiosos y depresivos. Vieron que la aparición de la depresión estaba relacionada con la mayor actividad de la enfermedad (13).

Los trastornos de ansiedad se cuentan entre los padecimientos mentales más prevalentes y constituyen un problema de salud pública dentro de la sociedad. Es común que los trastornos de ansiedad coincidan con trastornos depresivos, y que los pacientes reciban tratamiento tardíamente y que esto complique más su manejo. Además, de forma separada, el pronóstico parece ser menos favorable para los trastornos de ansiedad que para los depresivos, lo cual

significa que el retorno a una adecuada funcionalidad es menor en esta clase de padecimientos (14).

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de una preocupación excesiva, permanente e incontrolable, que se relaciona en múltiples aspectos de la vida con tensión muscular e hiperactividad autonómica. Los pacientes con TAG buscan principalmente tratamiento debido a alteraciones en el sueño, tensión muscular, dispepsia, fatiga e irritabilidad, y no por la preocupación. Las alteraciones cognitivas primarias, asociadas a manifestaciones somáticas secundarias de la ansiedad, alteran la capacidad de trabajo, las relaciones interpersonales y las actividades placenteras. El TAG también aumenta el riesgo de padecer episodios depresivos, comorbilidades somáticas, uso de sustancias, como alcohol y la automedicación (24).

Los pacientes con AR también presentan un elevado desarrollo de ansiedad, lo cual puede desempeñar un papel importante en las prácticas de salud pública y en la orientación de la práctica clínica. Se debe explorar si las manifestaciones clínicas de la AR son o no potencialmente factores de riesgo modificables para la ansiedad (22).

Según la OMS “La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (29).

La artritis reumatoide y la depresión son patologías comórbidas que afectan a la calidad de vida. Se sugiere que las alteraciones inmunológicas asociadas a la artritis reumatoide están en cierta parte, también, implicadas en la patología depresiva y esta asociación podría explicar en parte la mayor carga de la depresión en personas con artritis reumatoide comparadas con la población general. Por lo tanto, tratar las vías inmunológicas presentes en la artritis reumatoide, también podría aliviar en cierto modo la salud mental del paciente (20). Por lo tanto, son necesarios los esfuerzos para mejorar la identificación de los síntomas tempranos de depresión en los pacientes con AR, con el fin de manejar efectivamente su depresión y su calidad de vida (21).

Las personas con AR que tienen depresión presentan un aumento del dolor, otras comorbilidades y el aumento de los niveles de mortalidad. Por lo tanto, la depresión puede ser un objetivo útil para las intervenciones dirigidas a mejorar la salud en pacientes con AR (30). La estimación de la prevalencia de síntomas depresivos en la AR oscila entre 6% y 65%, de acuerdo con los métodos de detección utilizados y para las muestras estudiadas. Una revisión describe una prevalencia media de 19% de la depresión entre pacientes con AR. Un estudio que utilizan entrevistas clínicas sugiere que la depresión mayor está presente en 16,8% de los pacientes con AR (27, 30, 31).

En concreto, los pacientes con AR y depresión subsiguiente han aumentado la utilización de servicios de salud, y tienen menos probabilidades de ser adherente con sus medicamentos (20).

Los pacientes con AR al no tener un apego al tratamiento disminuyen sus posibilidades de control de la actividad de la enfermedad, que podría desencadenar una depresión. Los síntomas propios de la enfermedad de AR como ansiedad, fatiga y aumento de sueño, podrían enmascarar la depresión presente en los pacientes. Los motivos por los que la depresión puede predecir o explicar la presencia de mayores niveles de dolor, se ha argumentado que la sintomatología depresiva parece producir una disminución en el umbral de dolor y en la tolerancia al dolor, así como una amplificación somatosensorial (26). La experiencia de dolor crónico, asociado a la incapacidad funcional que se caracteriza por ser permanente o recurrente, no cede a los tratamientos médicos convencionales y genera una importante disfunción. La percepción de que la enfermedad es crónica y el dolor persistente causan depresión y ansiedad en los pacientes y esto conduce a que refieran más dolor y temor hacia la movilización, lo que complica aún más la situación del paciente crónico (25).

Cuando los síntomas aumentan su severidad, esto hace que se pueda producir incrementos en la ansiedad, depresión y desesperanza, y afectación en la habilidad para trabajar o realizar las actividades domésticas y puede incrementar el dolor y la incapacidad. Si tomamos en cuenta los cambios psicológicos que conlleva la enfermedad, el influir en cambios de estilos de vida que permite una mejor adaptación y afrontamiento de la enfermedad. La

relación entre la depresión y la AR frecuentemente puede convertirse en un círculo vicioso. El aumento de la actividad de la enfermedad de AR, al mismo tiempo aumenta de los síntomas depresivos y hace que la terapia sea más difícil (25,28).

Los determinantes socioeconómicos en la depresión de pacientes con artritis reumatoide Los términos "nivel socioeconómico", "clase social" y "posición socioeconómica" se emplean ampliamente en la investigación en salud, lo que indica la importancia de los factores socioeconómicos de los resultados de salud. Bajo nivel socioeconómico se asocia generalmente con una alta morbilidad psiquiátrica, la depresión y mortalidad. Al evaluar los niveles socioeconómicos en el contexto de la depresión en los pacientes con AR, se reconoce que los factores socioeconómicos interactúan con otras características sociales, como la raza / etnia, para producir diferentes efectos en la salud en todos los grupos (32).

Si bien la limitación funcional es un contribuidor conocido a la depresión en la AR, también es bien sabido que la posición socioeconómica, medida por raza / origen étnico, sexo, edad, ingresos, educación y acceso a la salud es un poderoso determinante de la salud. No es sorprendente que los pacientes que sufren la pobreza son más propensos a estar deprimidos y tienen peores resultados de salud. Los pacientes con AR y el bajo nivel socioeconómico tienen mayores puntuaciones en el cuestionario para medición de la discapacidad, actividad de la enfermedad, los síntomas depresivos, y las tasas de mortalidad (31).

Se ha visto también que los tratamientos cognitivo-conductuales para la depresión se han mostrado eficaces para un mejor control del dolor. Si comparamos a la población general, con las personas que padecen Artritis Reumatoide (AR), estas tienen una mayor prevalencia tanto de discapacidad física como de comorbilidad psiquiátrica, dentro de estos se encuentran en desarrollo de ansiedad y depresión. Se tiene que tener en cuenta no sólo los hallazgos del examen físico y los resultados de laboratorio, si no, también los factores psicosociales que son únicos en cada paciente, esto podría mejorar la eficacia de los tratamientos actuales, ralentizando la actividad de la enfermedad y promoviendo a largo plazo su salud psicológica y función física

también podemos ver que la intensidad del dolor además de los aspectos físicos y emocionales, como el estado de ánimo depresivo, pueden ser predictores de del desarrollo de una fatiga posterior en estos (16,18).

La ansiedad y depresión son producidas en la AR y puede influir en la experiencia de dolor de la enfermedad y la capacidad funcional. Por lo tanto, la salud mental de los pacientes con AR no debe permanecer desapercibida a la gestión clínica. Por lo que se debería hacer un reconocimiento temprano de la ansiedad y depresión, pudiéndose realizar una evaluación regular con escalas válidas y fiables, de modo que el tratamiento adecuado y oportuno puede ser dado (17). Se debe de dar prioridad a los problemas de salud mental y física por igual en los pacientes con AR, por lo que una buena alternativa sería la facilitación de acceso a las terapias psicológicas por parte de esos pacientes, lo cual podría mejorar los resultados tanto mentales como físicos en aquellos que sufren esta patología (19).

1.4. ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

1.4.1. NACIONALES

Arbieto, Jaque; Ever, Raffy. **Prevalencia de depresión en pacientes con artritis reumatoide en el Hospital Regional de Huacho: octubre - noviembre del 2011.** Se evaluaron 96 pacientes (88 mujeres y 8 varones), la edad mínima fue de 25 años y la máxima de 83 años. No hubo correlación de las variables de edad, estado civil, tiempo de enfermedad, dolor articular y deformación con la prevalencia de depresión en los pacientes con artritis reumatoide de la red de Huacho Huaura Oyón. Hay una alta incidencia de pacientes con artritis reumatoide en los que se muestra correlación de la prevalencia de depresión asociada al género femenino y desocupación laboral. Se observó una gran prevalencia de depresión en pacientes con artritis reumatoide independientemente de las variables analizadas. Según los resultados del test de Yesavage, se determinó que la presencia de depresión en pacientes con artritis reumatoide en el Hospital Regional de Huacho en el periodo Octubre a Noviembre del 2011 es alta, debido a que el 62.5 % del total de pacientes evidencian depresión (33).

Castillo Farfán, Danitza Ivett. **Calidad de vida y depresión en pacientes con artritisreumatoide de un centro hospitalario, Chiclayo 2012.** El estudio descriptivo-correlacional tuvo como objetivo principal determinar si existe relación entre calidad de vida y depresión en pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario de Chiclayo 2012. Asimismo, identificar los niveles generales de calidad de vida, los niveles generales de depresión, y los niveles de cada una de estas variables según edad y sexo en pacientes con este diagnóstico. Los instrumentos utilizados fueron: el Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF), teniendo una validez de 0.05 y un Alpha de Cronbach de 0.96, y el Inventario de Depresión de Beck con una validez de 0.05 y un Alpha de Cronbach de 0.95. Además, se realizó el análisis estadístico mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados arrojaron que existe relación entre las variables mencionadas, así como, alta calidad de vida y ausencia de sintomatología depresiva en los pacientes con artritis reumatoide (34).

Orcon Vilchez, Isabel. **Autocuidado y calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del hospital regional docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo 2017.** El presente trabajo de investigación tiene como propósito conocer la influencia del autocuidado en la calidad de vida de los pacientes con Artritis Reumatoide del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2017. El objetivo principal del estudio fue Analizar la influencia del autocuidado en la Calidad de Vida de los pacientes con Artritis Reumatoide. El estudio es descriptivo con un diseño de correlación. El método para el procesamiento de datos es el Chi cuadrado con probabilidad de error de 5%. El muestreo fue no probabilístico, se consideró una muestra constituida por 30 pacientes. Tuvo como criterio de inclusión a pacientes del sexo femenino y masculino, comprendidos entre las edades de 40 a 60 años, con más de 3 años de diagnóstico de Artritis Reumatoide, con deseo, el compromiso y la convicción de participar en el estudio, y como criterio de exclusión a pacientes que presenten forma grave de artritis reumatoide con deformaciones y contracturas y con incapacidad para moverse. Para la recolección de la información se aplicó el método de la encuesta, la técnica del cuestionario y el instrumento utilizado fue el formulario de calidad de vida y de autocuidado. El estudio nos permitió identificar que los pacientes con Artritis Reumatoide con autocuidado muy aceptable: 16.7% presentan un buen nivel de calidad de vida (35).

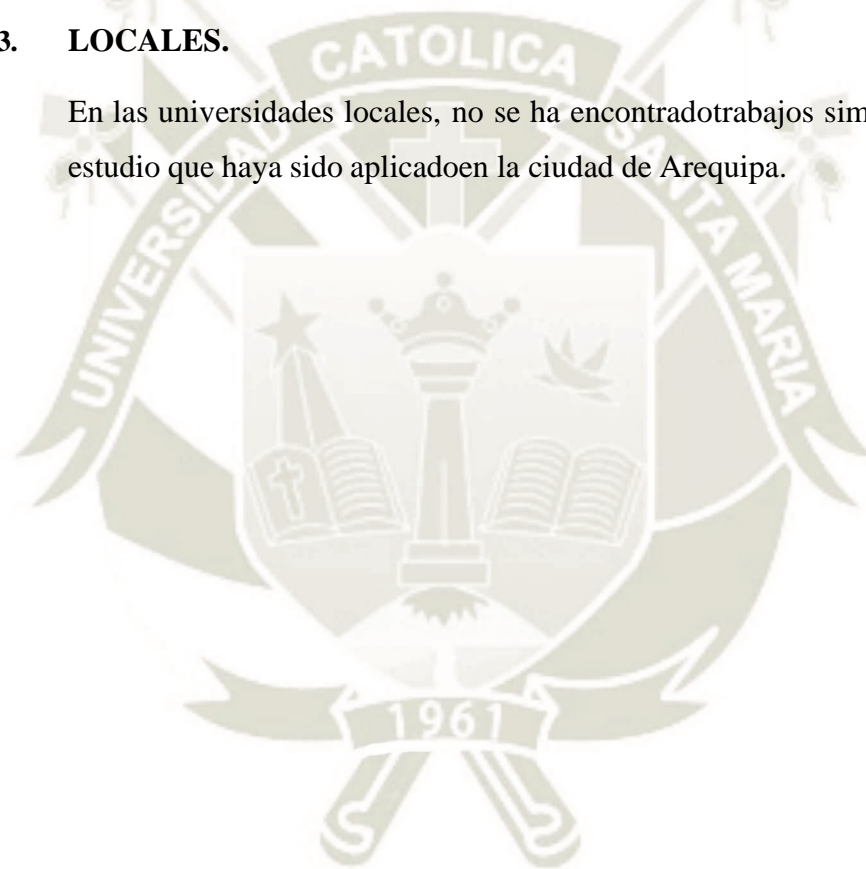
1.4.2. INTERNACIONALES

Ferro Gutiérrez, Christian Arnaldo. **Prevalencia de depresión y calidad de vida en pacientes con artritis reumatoidea que acuden a la consulta externa del hospital Luis Vernaza durante el periodo de septiembre del 2014 a marzo del 2015.** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal, analítico y explicativo que utilizó una muestra de 142 pacientes (130 mujeres y 12 hombres con una media de edad de 51.04 años), con AR atendidos en la consulta externa de Reumatología del Hospital Luis Vernaza durante el periodo de septiembre 2014- marzo 2015. Se valoró la presencia de síntomas o estados depresivos según el cuestionario PHQ-9, actividad de la enfermedad según el DAS28, calidad de vida mediante el cuestionario HAQ-DI y presencia de comorbilidades. Resultados: La prevalencia de depresión en pacientes con AR es del 37.32% (n=53), se determinó que el nivel de depresión aumenta un

24.26% mientras más alto sea la actividad de la enfermedad según DAS28 ($p=0.02$), además que el nivel de depresión aumenta un 52% mientras más sea la discapacidad obtenida según el cuestionario HAQ-DI ($p=0.000$), y en cuanto a las comorbilidades se encontró una asociación entre la depresión y la menopausia ($p=0.000$). Conclusiones: Se evidenció la presencia de depresión en pacientes que padecen de AR y debe ser considerada una comorbilidad importante. La actividad moderada de la enfermedad, las limitaciones en actividades diarias y comorbilidades asociadas son considerados factores de riesgo para el desarrollo de depresión (36).

1.4.3. LOCALES.

En las universidades locales, no se ha encontrado trabajos similares al presente estudio que haya sido aplicado en la ciudad de Arequipa.



1.5. OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo general:

Determinar la prevalencia de trastornos del sueño y otros factores que se asocian a una deficiente calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide.

1.5.2. Objetivos específicos:

- Determinar la prevalencia de trastornos del sueño en pacientes con Artritis Reumatoide.
- Determinar cuántos pacientes con Artritis Reumatoide perciben una deficiente calidad de vida.
- Identificar la cantidad de pacientes con Artritis Reumatoide que desarrollan problemas psiquiátricos.
- Establecer los factores más importantes que afectan la calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide.

1.6. Hipótesis:

Si la Artritis Reumatoide es una enfermedad que por sí sola produce discapacidad a nivel físico, las complicaciones que esta trae aumentarán aún más el grado de discapacidad tanto a nivel físico y mental.



CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica:

- Para la recolección de datos se utilizó la encuesta.

1.2. Instrumentos:

- Para la valoración del índice de calidad de sueño en pacientes con Artritis Reumatoide se empleó el PSQI (índice de calidad de sueño de Pittsburgh)
- Para la valoración del impacto global de los pacientes con Artritis Reumatoide se empleó el cuestionario RAID (Rheumatoid Arthritis Impact Disease)
- Para la valoración de la depresión, ansiedad y estrés en pacientes con Artritis Reumatoide se utilizó el cuestionario DASS 21 (escala de depresión, ansiedad y estrés)

1.3. Materiales

- Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI)
- Cuestionario RAID (Rheumatoid Arthritis Impact Disease)
- Escala de depresión ansiedad y estrés (DASS 21)
- Encuesta telefónica
- Encuesta presencial
- Programa estadístico SPSS
- Laptop

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

El estudio se realizó en la ciudad de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal

El estudio se desarrolló durante el mes de abril del año 2021 hasta abril 2022

2.3. Unidades de estudio.

2.3.1. Universo

Pacientes de ambos sexos con Artritis Reumatoide en el hospital Goyeneche.

2.3.2. Criterios de inclusión:

- Pacientes de ambos sexos con Artritis Reumatoide.
- Pacientes con Artritis Reumatoide entre 18 y 70 años
- Pacientes con Artritis Reumatoide que quieran participar de manera voluntaria en la investigación.

2.3.3. Criterio de exclusión:

- Pacientes que no padezcan Artritis Reumatoide
- Pacientes menores de 18 años y mayores de 70
- Pacientes que se rehúsen a participar de la investigación
- Pacientes que sufran de algún trastorno mental

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Se hizo uso de encuestas telefónicas y encuestas presenciales para contactar con los pacientes.
- Se llevó a cabo las encuestas de manera presencial y vía telefónica.

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos

- Investigadores
- Asesor

3.2.2. Materiales

- Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI)
- CUESTIONARIO RAID (Rheumatoid Arthritis Impact Disease)
- Escala de depresión ansiedad y estrés (DASS 21)
- Consentimiento Informado
- Software estadístico.
- Lap top

3.2.3. Financieros:

- Autofinanciado por los investigadores

4. VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

4.1. ESCALA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS (DASS 21)

La DASS-21 es un conjunto de tres subescalas, del tipo Likert, de 4 puntos, de auto respuesta. Cada subescala es compuesta por 7 ítems, destinados a evaluar los estados emocionales de depresión, ansiedad y stress. Se pide a la persona indicar cuantas veces cada enunciado fue aplicado a sí mismo durante la última semana. Son dadas cuatro posibilidades de respuesta de gravedad o de frecuencia organizadas en una escala de 0 a 3 puntos, siendo que el resultado es obtenido por la suma de las respuestas a los ítems que componen cada una de las tres subescalas.

La subescala de depresión evalúa síntomas, como inercia; falta de placer por la vida; perturbación provocada por ansiedad; falta de interés/ involucramiento; falta de aprecio por sí mismo; desvalorización de la vida y desánimo. La subescala de ansiedad evalúa: excitación del sistema nervioso autónomo; efectos musculoesqueléticos; ansiedad situacional; experiencias subjetivas de ansiedad. Finalmente, la subescala de stress evalúa dificultad para relajarse; excitación nerviosa; fácil perturbación/ agitación; irritabilidad/reacción exagerada e impaciencia (37).

4.2. TEST DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH (PSQI).

El PSQI contiene un total de 19 cuestiones, agrupadas en 10 preguntas. Las 19 cuestiones se combinan para formar siete áreas con su puntuación correspondiente, cada una de las cuales muestra un rango comprendido entre 0 y 3 puntos. En todos los casos una puntuación de “0” indica facilidad, mientras que una de 3 indica dificultad severa, dentro de su respectiva área. La puntuación de las siete áreas se suman finalmente para dar una puntuación global, que oscila entre 0 y 21 puntos. “0” indica facilidad para dormir y “21” dificultad severa en todas las áreas (38).

El índice de calidad del sueño de Pittsburgh tiene una fiabilidad medida como consistencia interna –Alfa de Cronbach- elevada para los 19 ítems. Obteniendo según Royuela, Macías y Conde en el 2000 que la fiabilidad de esta prueba es de 0.81 (Chica, Escobar y Eslava 2007). En el trabajo de Royuela, Macías y Conde, para un corte de

5, se obtuvo una sensibilidad para el índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh del 88.63% y una especificidad del 74.99% (12).

4.3. CUESTIONARIO RAID (RHEUMATOID ARTHRITIS IMPACT DISEASE)

El RAID evalúa el estado global de salud de los pacientes con AR, a través de siete dominios de salud. Este cuestionario evalúa 7 ítems importantes para la valoración del estado global de los pacientes con artritis reumatoide. Cada una cuenta con una puntuación de 0 a 10, los ítems van de acuerdo al orden de:

1. Dolor
2. Evaluación de discapacidad
3. Fatiga
4. Sueño
5. Bienestar físico
6. Bienestar emocional
7. Adaptación.

En este cuestionario cada dominio se responde a través de una escala visual graduada que va desde el nivel 0 al 10. Luego el valor adjudicado a cada dominio se multiplica por un cociente con el fin de proporcionar un cierto peso a cada variable evaluada. Posteriormente se procede a la suma de los valores determinados (40).

0 no tiene ningún impacto 1-2-3 ligeramente

4-5-6 moderado

7-8-9 gran medida

10 impide llevar tu vida

Podemos concluir, que el cuestionario RAID es válido, confiable y reproducible. Presenta una muy buena correlación con otras medidas objetivas de salud y parece ser una herramienta simple y completa para determinar en forma global el status general del paciente con AR (39).



Tabla 1

Edad en los pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022.

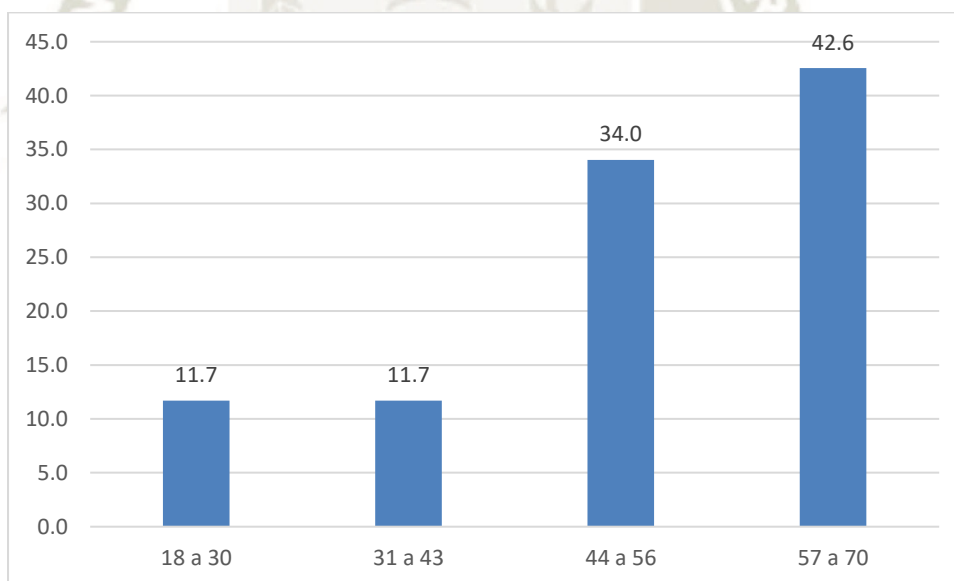
	F	%
18 a 30	11	11.7
31 a 43	11	11.7
44 a 56	32	34.0
57 a 70	40	42.6
Total	94	100.0

Fuente: Elaboración propia

En la siguiente tabla se muestra que el 42.6% de pacientes con artritis reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022 están en el rango de 57 a 70 años de edad, mientras que el 34% está en el rango de 44 a 56 años de edad además el rango de 31 a 43 años de edad y también de 18 a 30 años de edad se ubica en un 11.7%.

Gráfico 1

Edad en los pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 2
Prevalencia de los trastornos del sueño en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022.

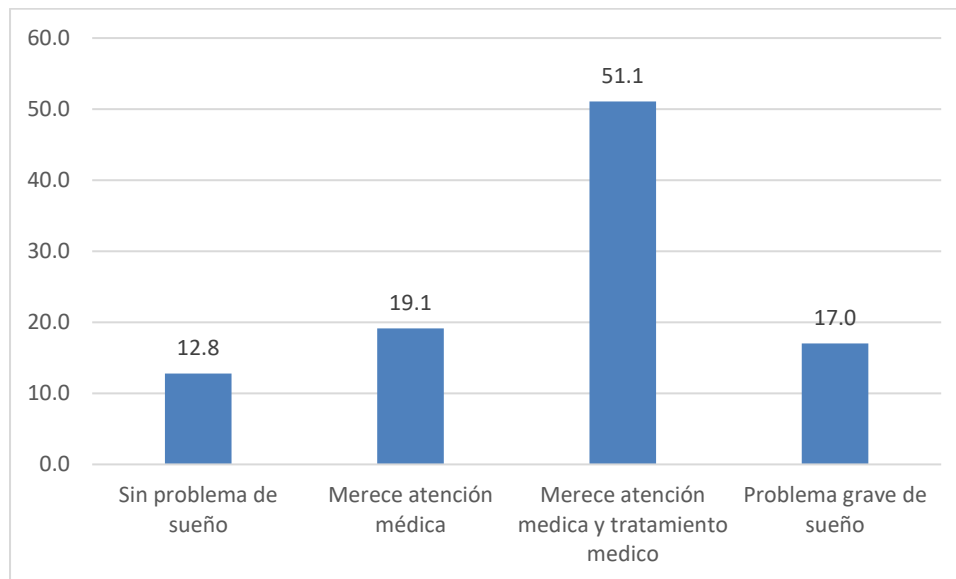
	F	%
Sin problema de sueño	12	12.8
Merece atención médica	18	19.1
Merece atención médica y tratamiento médico	48	51.1
Problema grave de sueño	16	17.0
Total	94	100.0

Fuente: Elaboración propia

En la siguiente tabla se muestra que el 51.1% de pacientes con artritis reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022 necesitan una atención médica y tratamiento médico en lo que refiere a trastornos del sueño, mientras que el 19.1% merece atención médica, además el 17% presenta un problema grave de sueño y finalmente el 12.8% no tiene problema de sueño.

Gráfico 2

Prevalencia de los trastornos del sueño en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022.



Fuente: Elaboración propia



Tabla 3**Calidad de vida de pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021
-2022.**

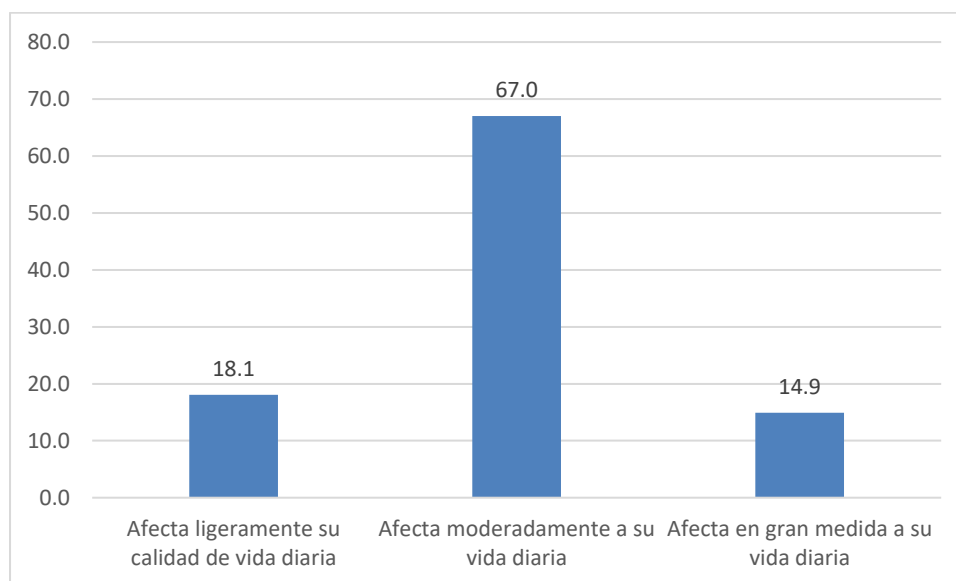
	F	%
Afecta ligeramente su calidad de vida diaria	17	18.1
Afecta moderadamente a su vida diaria	63	67.0
Afecta en gran medida a su vida diaria	14	14.9
Total	94	100.0

Fuente: Elaboración propia

En la siguiente tabla se muestra que el 67% de pacientes con artritis reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 - 2022 afecta moderadamente a su vida diaria, mientras que el 18.1% muestra que afecta ligeramente su calidad de vida diaria y finalmente el 14,9% se aprecia que afecta en gran medida a su vida diaria.

Gráfico 3

**Calidad de vida de pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021
-2022.**



Fuente: Elaboración propia



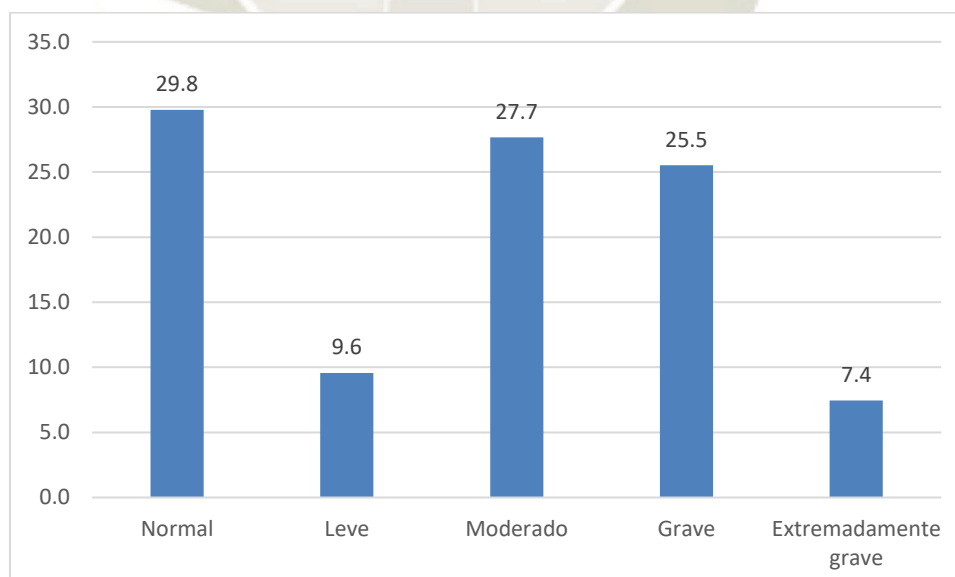
Tabla 4
Nivel de ansiedad en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche
2021 -2022.

	F	%
Normal	28	29.8
Leve	9	9.6
Moderado	26	27.7
Grave	24	25.5
Extremadamente grave	7	7.4
Total	94	100.0

Fuente: Elaboración propia

En la siguiente tabla se muestra que el 29.8% de pacientes con artritis reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 2022 se aprecia que sufre un nivel de ansiedad normal, mientras que el 27.7% muestra un nivel moderado además el 25.5% está en un nivel grave, también se observa que el 9.6% se encuentre un nivel leve y finalmente el 7.4% está en un nivel extremadamente grave de ansiedad.

Gráfico 4
Nivel de ansiedad en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche
2021 -2022.



Fuente: Elaboración propia

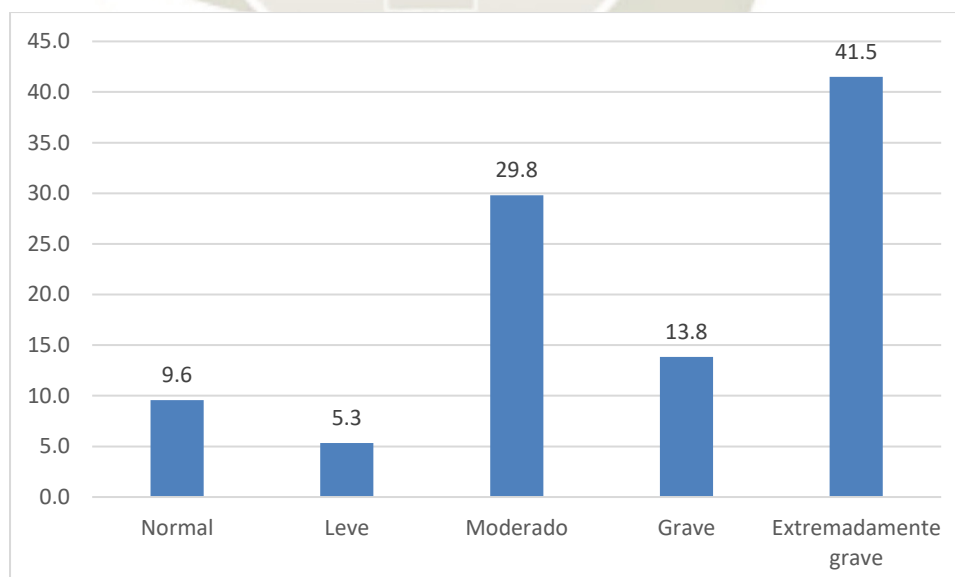
Tabla 5
Nivel de depresión en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche
2021 -2022.

	F	%
Normal	9	9.6
Leve	5	5.3
Moderado	28	29.8
Grave	13	13.8
Extremadamente grave	39	41.5
Total	94	100.0

Fuente: Elaboración propia

En la siguiente tabla se aprecia que el 41.5% de pacientes con artritis reumatoide en el Hospital Goyoneche 2021-2022 presenta un nivel de depresión extremadamente grave, además el 29. 8% muestra un índice de depresión moderado, y el 13.8% muestra un nivel grave de depresión, también el 9.6% muestra un índice normal, y finalmente el 5.3% muestra un índice leve.

Gráfico 5
Nivel de depresión en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche
2021 -2022.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 6
Asociación entre edad y calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022.

		Calidad de vida							
		Afecta ligeramente su calidad de vida diaria		Afecta moderadamente a su vida diaria		Afecta en gran medida a su vida diaria		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Edad	18 a 30	4	4.3%	6	6.4%	1	1.1%	11	11.7%
	31 a 43	3	3.2%	7	7.4%	1	1.1%	11	11.7%
	44 a 56	5	5.3%	21	22.3%	6	6.4%	32	34.0%
	57 a 70	5	5.3%	29	30.9%	6	6.4%	40	42.6%
Total		17	18.1%	63	67.0%	14	14.9%	94	100.0%

$$X^2 = 4,623 \quad p = 0,0593$$

Fuente: Elaboración propia

Según la prueba de chi cuadrado $X^2 = 4,623$, no existe relación estadísticamente significativa entre la edad y calidad de vida ($p = 0, 0593$), se puede argumentar que una variable no repercute a la otra.

Gráfico 6

Asociación entre edad y calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022.

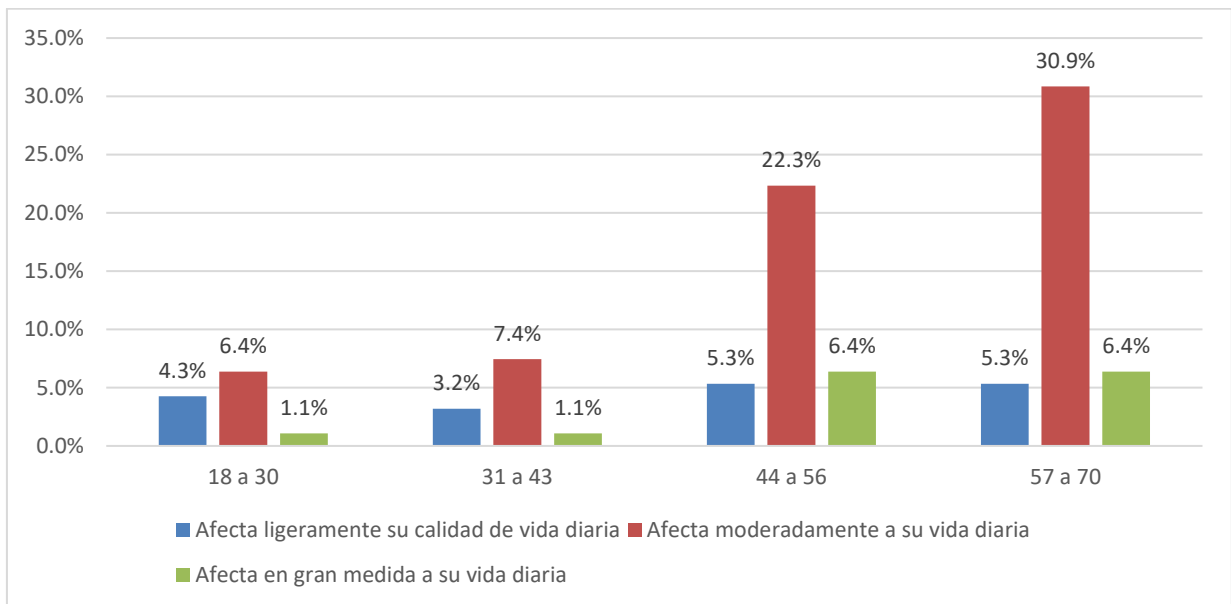


Tabla 7

Asociación entre la calidad de sueño y calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022.

		Calidad de vida						Total	
		Afecta ligeramente su calidad de vida diaria		Afecta moderadamente a su vida diaria		Afecta en gran medida a su vida diaria			
Calidad de sueño		F	%	F	%	F	%	F	%
		Sin problema de sueño	8	8.5%	4	4.3%	0	0.0%	12
Merece atención médica	5	5.3%	13	13.8%	0	0.0%	18	19.1%	
Merece atención médica y tratamiento médico	3	3.2%	34	36.2%	11	11.7%	48	51.1%	
Problema grave de sueño	1	1.1%	12	12.8%	3	3.2%	16	17.0%	
Total	17	18.1%	63	67.0%	14	14.9%	94	100.0%	

$$X^2 = 30,615 \quad p = 0,000$$

Fuente: Elaboración propia

Según la prueba de chi cuadrado $X^2 = 30,615$, existe relación estadísticamente significativa entre la calidad de sueño y calidad de vida ($p = 0,000$), se puede argumentar que una variable repercute a la otra.

Gráfico 7

Asociación entre la calidad de sueño y calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022.

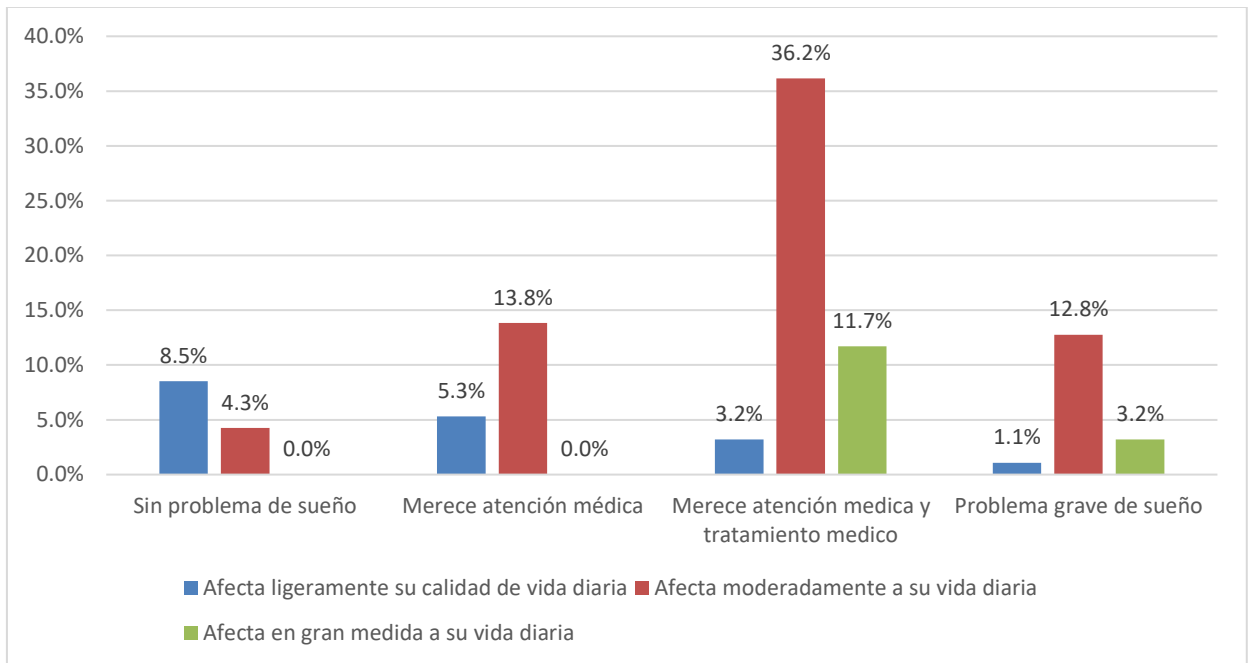


Tabla 8
Asociación entre nivel de ansiedad y calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022.

		Calidad de vida						Total	
		Afecta ligeramente su calidad de vida diaria		Afecta moderadamente a su vida diaria		Afecta en gran medida a su vida diaria			
		F	%	F	%	F	%	F	%
Nivel de ansiedad DASS	Normal	8	8.5%	19	20.2%	1	1.1%	28	29.8%
	Leve	2	2.1%	6	6.4%	1	1.1%	9	9.6%
	Moderado	3	3.2%	20	21.3%	3	3.2%	26	27.7%
	Grave	4	4.3%	15	16.0%	5	5.3%	24	25.5%
	Extremadamente grave	0	0.0%	3	3.2%	4	4.3%	7	7.4%
Total		17	18.1%	63	67.0%	14	14.9%	94	100.0%

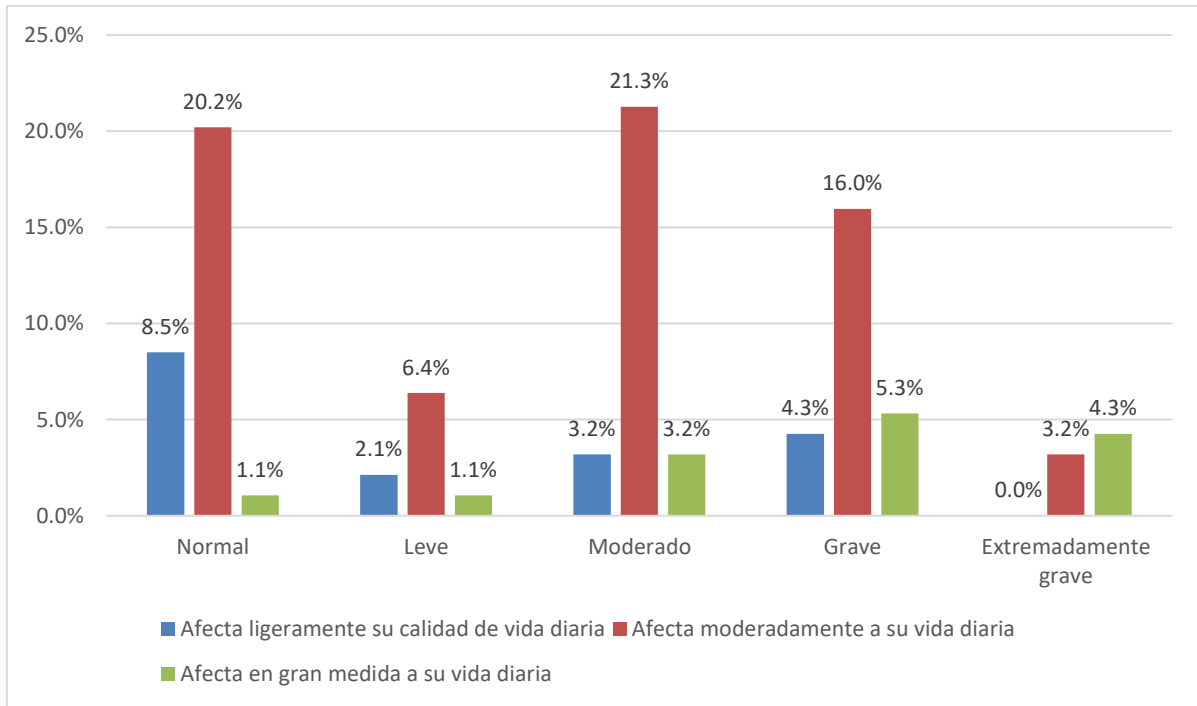
$X^2 = 16,414$ p = 0,037

Fuente: Elaboración propia

Según la prueba de chi cuadrado $X^2 = 16,414$, existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad y la calidad de vida ($p = 0,037$), se puede argumentar que una variable repercute a la otra.

Gráfico 8

Asociación entre nivel de ansiedad y calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 9

Asociación entre nivel de depresión y calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022.

		Calidad de vida							
		Afecta ligeramente su calidad de vida diaria		Afecta moderadamente a su vida diaria		Afecta en gran medida a su vida diaria		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Nivel de depresión DASS	Normal	5	5.3%	4	4.3%	0	0.0%	9	9.6%
	Leve	2	2.1%	3	3.2%	0	0.0%	5	5.3%
	Moderado	5	5.3%	23	24.5%	0	0.0%	28	29.8%
	Grave	2	2.1%	9	9.6%	2	2.1%	13	13.8%
	Extremadamente grave	3	3.2%	24	25.5%	12	12.8%	39	41.5%
Total		17	18.1%	63	67.0%	14	14.9%	94	100.0%

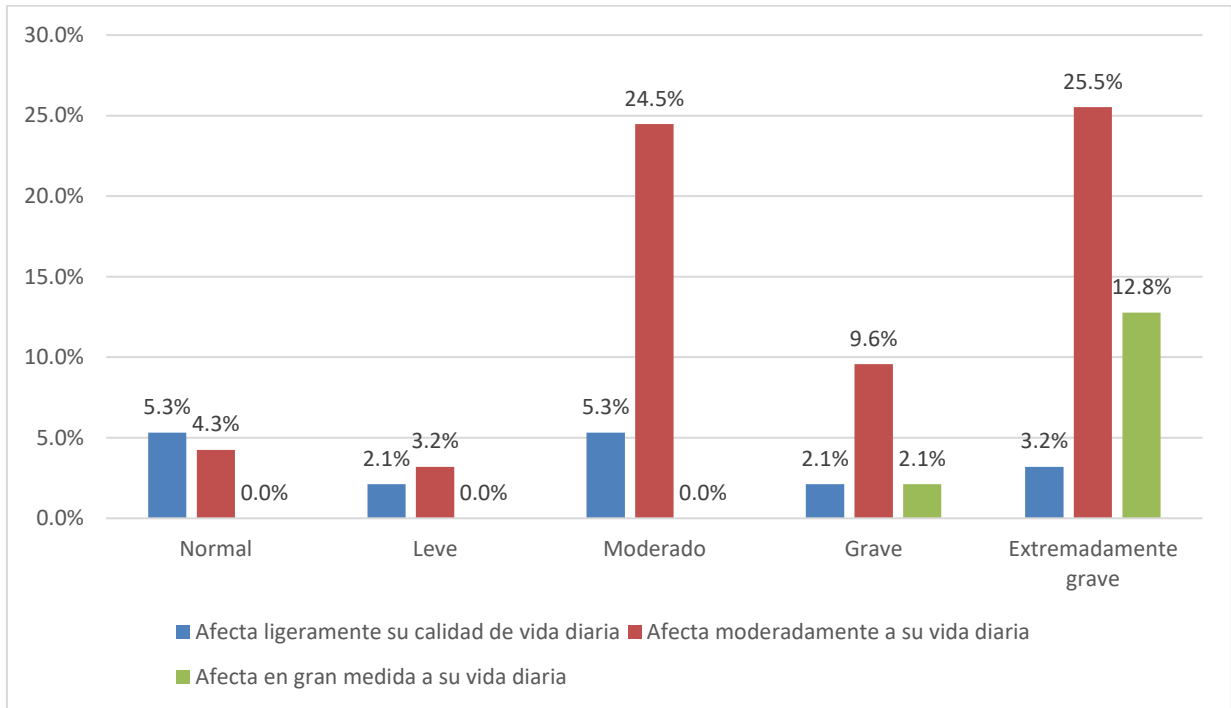
X² = 25,415 p = 0,001

Fuente: Elaboración propia

Según la prueba de chi cuadrado $X^2 = 25,415$, existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de depresión y la calidad de vida ($p = 0,001$), se puede argumentar que una variable repercute a la otra.

Gráfico 9

Asociación entre nivel de depresión y calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Goyeneche 2021 -2022.



Fuente: Elaboración propia



DISCUSIÓN

En este apartado se contrastan los resultados obtenidos en esta investigación con los resultados publicados de las investigaciones mostradas en los antecedentes investigativos

Se puede apreciar en los pacientes que tienen un rango de edad entre 57 a 70 años.

Además también se puede apreciar que los pacientes estudiados merecen atención médica y tratamiento médico respecto a los trastornos del sueño en un 51.1%, datos similares lo presenta la investigación realizada por Arbieta su tesis titulada: Prevalencia de depresión en pacientes con artritis reumatoide en el Hospital Regional de Huacho: octubre-noviembre del 2011. 2013 evaluaron 96 pacientes (88 mujeres y 8 varones), la edad mínima fue de 25 años y la máxima de 83 años. No hubo correlación de las variables de edad, estado civil, tiempo de enfermedad, dolor articular y deformación con la prevalencia de depresión en los pacientes con artritis reumatoide de la red de Huacho Huaura Oyón. Hay una alta incidencia de pacientes con artritis reumatoide en los que se muestra correlación de la prevalencia de depresión asociada al género femenino y desocupación laboral. Se observó una gran prevalencia de depresión en pacientes con artritis reumatoide independientemente de las variables analizadas. Según los resultados del test de Yesavage, se determinó que la presencia de depresión en pacientes con artritis reumatoide en el Hospital Regional de Huacho en el periodo Octubre a Noviembre del 2011 es alta, debido a que el 62.5 % del total de pacientes evidencian depresión (33).

En cuanto a la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide se encontró que al 67% de los pacientes con artritis reumatoide son afectados moderadamente a su vida diaria, estos datos se contrastan con los resultados presentados por Orcon Vilchez, en su investigación titulada: Autocuidado y calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del hospital regional docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo 2017. El presente trabajo de investigación tiene como propósito conocer la influencia del autocuidado en la calidad de vida de los pacientes con Artritis Reumatoide del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2017. El método para el procesamiento de datos es el Chi cuadrado con probabilidad de error de 5%. El muestreo fue no probabilístico, se consideró una muestra constituida por 30 pacientes. Tuvo como criterio de inclusión a pacientes del sexo femenino y masculino, comprendidos entre las edades de 40 a 60 años, con más de 3 años de diagnóstico de Artritis Reumatoide, con deseo, el compromiso y la convicción de participar en el estudio, y como criterio de exclusión a pacientes que presenten forma grave de artritis reumatoide con deformaciones y contracturas y con incapacidad para movilizarse. Para la

recolección de la información se aplicó el método de la encuesta, la técnica del cuestionario y el instrumento utilizado fue el formulario de calidad de vida y de autocuidado. El estudio nos permitió identificar que los pacientes con Artritis Reumatoide con autocuidado muy aceptable: 16.7% presentan un buen nivel de calidad de vida **(35)**.

También se presenta resultados del nivel de ansiedad de los pacientes con artritis reumatoide, por ello se presenta que el mayor porcentaje tienen un nivel de ansiedad normal exactamente el 29.8% seguidos de un nivel moderado los cuales tienen un 27.7%, en tanto que, 25.5% de los pacientes tienen un nivel de ansiedad grave. En los estudios que se realizaron no se encontraron niveles de ansiedad.

En cuanto a los niveles de depresión en pacientes con artritis reumatoide se encontró que el 41.5% de los pacientes tienen un nivel de depresión extremadamente grave, similares resultados los encontró Ferro Gutiérrez, Christian Arnaldo en su investigación titulada: Prevalencia de depresión y calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide que acuden a la consulta externa del Hospital Luis Vernaza durante el periodo de septiembre del 2014 a marzo del 2015. Encontró que en su estudio observacional, retrospectivo, transversal, analítico y explicativo que utilizó una muestra de 142 pacientes (130 mujeres y 12 hombres con una media de edad de 51.04 años), con AR atendidos en la consulta externa de Reumatología del Hospital Luis Vernaza durante el periodo de septiembre 2014- marzo 2015. Se valoró la presencia de síntomas o estados depresivos según el cuestionario PHQ-9, actividad de la enfermedad según el DAS28, calidad de vida mediante el cuestionario HAQ-DI y presencia de comorbilidades. Resultados: La prevalencia de depresión en pacientes con AR es del 37.32% (n=53), se determinó que el nivel de depresión aumenta un 24.26% mientras más alto sea la actividad de la enfermedad según DAS28 ($p=0.02$), además que el nivel de depresión aumenta un 52% mientras más sea la discapacidad obtenida según el cuestionario HAQ-DI ($p=0.000$), y en cuanto a las comorbilidades se encontró una asociación entre la depresión y la menopausia ($p=0.000$). Conclusiones: Se evidenció la presencia de depresión en pacientes que padecen de AR y debe ser considerada una comorbilidad importante. La actividad moderada de la enfermedad, las limitaciones en actividades diarias y comorbilidades asociadas son considerados factores de riesgo para el desarrollo de depresión **(36)**.

En cuanto a las relaciones entre variables se demuestra lo siguiente:

No se encontró relación estadísticamente significativa entre la edad y la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en el hospital Goyeneche.

Existe relación estadísticamente significativa entre el índice de calidad de sueño y calidad de vida ($X^2 = 30,615$ $p = 0,000$), esto indica entonces que la calidad de sueño al reducirse también afecta a la calidad de vida.

Existe asociación entre la ansiedad y la calidad de vida ($X^2 = 16,414$ $p = 0,037$), por ello sea puede apreciar que la ansiedad repercute en la calidad de vida.

En cuanto a la asociación entre el nivel de depresión y la calidad de vida se puede apreciar que existe una asociación entre variables ($X^2 = 25,415$ $p = 0,001$), por lo tanto la depresión afecta a la calidad de vida. En el estudio publicado por: ARBIETO, Jaque; EVER, Raffy, dicho estudio titulado: Prevalencia de depresión en pacientes con artritis reumatoide en el Hospital Regional de Huacho: octubre-noviembre del 2011. 2013. Evaluaron a 96 pacientes (88 mujeres y 8 varones), la edad mínima fue de 25 años y la máxima de 83 años. No hubo correlación de las variables de edad, estado civil, tiempo de enfermedad, dolor articular y deformación con la prevalencia de depresión en los pacientes con artritis reumatoide de la red de Huacho Huaura Oyón. Hay una alta incidencia de pacientes con artritis reumatoide en los que se muestra correlación de la prevalencia de depresión asociada al género femenino y desocupación laboral. Se observó una gran prevalencia de depresión en pacientes con artritis reumatoide independientemente de las variables analizadas. Según los resultados del test de Yesavage, se determinó que la presencia de depresión en pacientes con artritis reumatoide en el Hospital Regional de Huacho en el periodo Octubre a Noviembre del 2011 es alta, debido a que el 62.5 % del total de pacientes evidencian depresión (33). Demuestra que también existe relación estadísticamente significativa, e incluso muestra una asociación alta. Castillo Farfán, Danitza Ivett en su investigación titulada: Calidad de vida y depresión en pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario, Chiclayo 2012. 2014, el estudio descriptivo-correlacional tuvo como objetivo principal determinar si existe relación entre calidad de vida y depresión en pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario de Chiclayo 2012. Asimismo, identificar los niveles generales de calidad de vida, los niveles generales de depresión, y los niveles de cada una de estas variables según edad y sexo en pacientes con este diagnóstico. Los instrumentos utilizados fueron: el Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF), teniendo una validez de 0.05 y un Alpha de Cronbach de 0.96, y el Inventario de Depresión de Beck con una validez de 0.05 y un Alpha de Cronbach de 0.95. Además, se realizó el análisis estadístico mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados arrojaron que existe relación entre las variables mencionadas, así como, alta calidad de vida y ausencia de

sintomatología depresiva en los pacientes con artritis reumatoide argumentan que existe relación estadísticamente significativa entre estas variables **(34)**.

De forma similar, FERRO GUTIÉRREZ, Christian Arnaldo. Prevalencia de depresión y calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide que acuden a la consulta externa del Hospital Luis Vernaza durante el periodo de septiembre del 2014 a marzo del 2015. 2016, realizaron un estudio observacional, retrospectivo, transversal, analítico y explicativo que utilizó una muestra de 142 pacientes (130 mujeres y 12 hombres con una media de edad de 51.04 años), con AR atendidos en la consulta externa de Reumatología del Hospital Luis Vernaza durante el periodo de septiembre 2014- marzo 2015. Se valoró la presencia de síntomas o estados depresivos según el cuestionario PHQ-9, actividad de la enfermedad según el DAS28, calidad de vida mediante el cuestionario HAQ-DI y presencia de comorbilidades. Resultados: La prevalencia de depresión en pacientes con AR es del 37.32% (n=53), se determinó que el nivel de depresión aumenta un 24.26% mientras más alto sea la actividad de la enfermedad según DAS28 (p=0.02), además que el nivel de depresión aumenta un 52% mientras más sea la discapacidad obtenida según el cuestionario HAQ-DI (p=0.000), y en cuanto a las comorbilidades se encontró una asociación entre la depresión y la menopausia (p=0.000). Conclusiones: Se evidenció la presencia de depresión en pacientes que padecen de AR y debe ser considerada una comorbilidad importante. La actividad moderada de la enfermedad, las limitaciones en actividades diarias y comorbilidades asociadas son considerados factores de riesgo para el desarrollo de depresión. Demostró que existe una asociación significativa entre la depresión y la calidad de vida incluso agrega variables como menopausia y comorbilidades **(36)**.

Finalmente se puede concluir que existe una asociación estadística entre las variables estudiadas y la calidad de vida, naturalmente factores como el artritis reumatoide afectan a los pacientes en su día a día.

CONCLUSIONES

Primera:

Los factores que se asocian a una deficiente calidad de vida son: la calidad del sueño $p = 0,000$, el nivel de ansiedad $p = 0,037$ y el nivel de depresión $p = 0,001$; en tanto que los años no se asocian o una deficiente calidad de vida $p = 0,0593$.

Segunda:

La frecuencia de trastornos de sueño en pacientes con artritis reumatoide es de 87.2%, distribuidos de la siguiente manera: Problema grave de sueño 17%, Merece atención médica y tratamiento médico 51.1%, Merece atención médica 19.1%.

Tercera:

La frecuencia de calidad de vida deficiente de los pacientes con artritis reumatoide que son afectados en gran medida a su vida diaria son el 14.9%.

Cuarta:

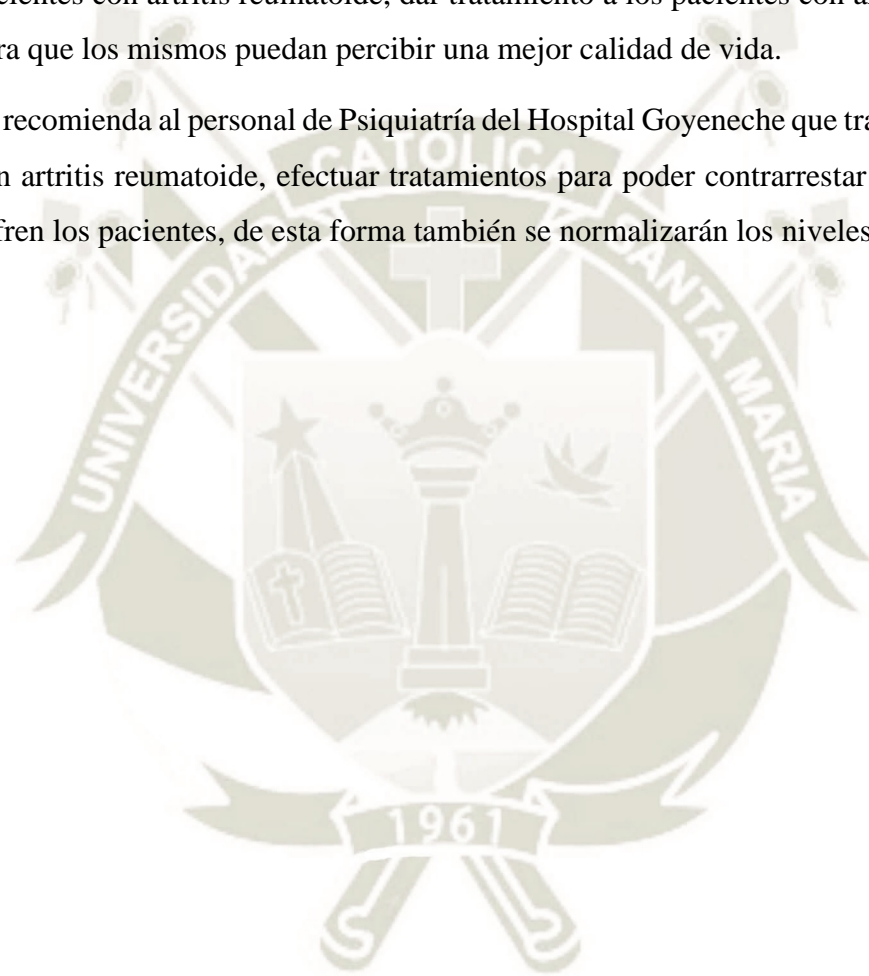
Se determinó que el nivel de ansiedad que se presenta en los pacientes con artritis reumatoide es normal en 29.8% y el nivel de depresión es extremadamente grave en 41.5%

Quinta:

Los factores más importantes que afectan a la calidad de vida son: la calidad del sueño $p = 0,000$, el nivel de ansiedad $p = 0,037$ y el nivel de depresión $p = 0,001$.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al personal de Medicina Interna del Hospital Goyeneche que se enfatizen los cuidados adecuados para que los pacientes con artritis reumatoide no tengan problemas ni trastornos de sueño.
2. Se recomienda al personal de Reumatología del Hospital Goyeneche que cuida a los pacientes con artritis reumatoide, dar tratamiento a los pacientes con artritis reumatoide para que los mismos puedan percibir una mejor calidad de vida.
3. Se recomienda al personal de Psiquiatría del Hospital Goyeneche que trata a los pacientes con artritis reumatoide, efectuar tratamientos para poder contrarrestar la depresión que sufren los pacientes, de esta forma también se normalizarán los niveles de ansiedad.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Smolen J, Aletaha D, McInnes I. Rheumatoid arthritis. The Lancet. 2016;388(10055):2023-2038.
2. Goes A, Reis L, Silva M, Kahlow B, Skare T. Rheumatoid arthritis and sleep quality. 2021.
3. Mustafa M, Bawazir Y, Merdad L, Wali S, Attar S, Fathaldin O et al. <p>Frequency of sleep disorders in patients with rheumatoid arthritis</p>. Open Access Rheumatology: Research and Reviews. 2019;Volume 11:163-171.
4. Goes A, Reis L, Silva M, Kahlow B, Skare T. Rheumatoid arthritis and sleep quality. 2021.
5. Austad C, Kvien T, Olsen I, Uhlig T. Sleep disturbance in patients with rheumatoid arthritis is related to fatigue, disease activity, and other patient-reported outcomes. Scandinavian Journal of Rheumatology. 2016;46(2):95-103.
6. Coskun Benlidayi I. Sleep impairment: an obstacle to achieve optimal quality of life in rheumatoid arthritis. Rheumatology International. 2018;38(12):2183-2192.
7. Pehlivan S, Karadakovan A, Pehlivan Y, Onat A. Sleep quality and factors affecting sleep in elderly patients with rheumatoid arthritis in Turkey. TURKISH JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES. 2016;46:1114-1121.
8. Guo G, Fu T, Yin R, Zhang L, Zhang Q, Xia Y et al. Sleep quality in Chinese patients with rheumatoid arthritis: contributing factors and effects on health-related quality of life. Health and Quality of Life Outcomes. 2016;14(1).
9. Grabovac I, Haider S, Berner C, Lamprecht T, Fenzl K, Erlacher L et al. Sleep Quality in Patients with Rheumatoid Arthritis and Associations with Pain, Disability, Disease Duration, and Activity. Journal of Clinical Medicine. 2018;7(10):336.
10. Son C, Choi G, Lee S, Lee J, Lee T, Jeong H et al. Sleep quality in rheumatoid arthritis, and its association with disease activity in a Korean population. 2021.
11. Druce K, Cordingley L, Short V, Moore S, Hellman B, James B et al. Quality of life, sleep and rheumatoid arthritis (QUASAR): a protocol for a prospective UK mHealth study to investigate the relationship between sleep and quality of life in adults with rheumatoid arthritis. BMJ Open. 2018;8(1):e018752.

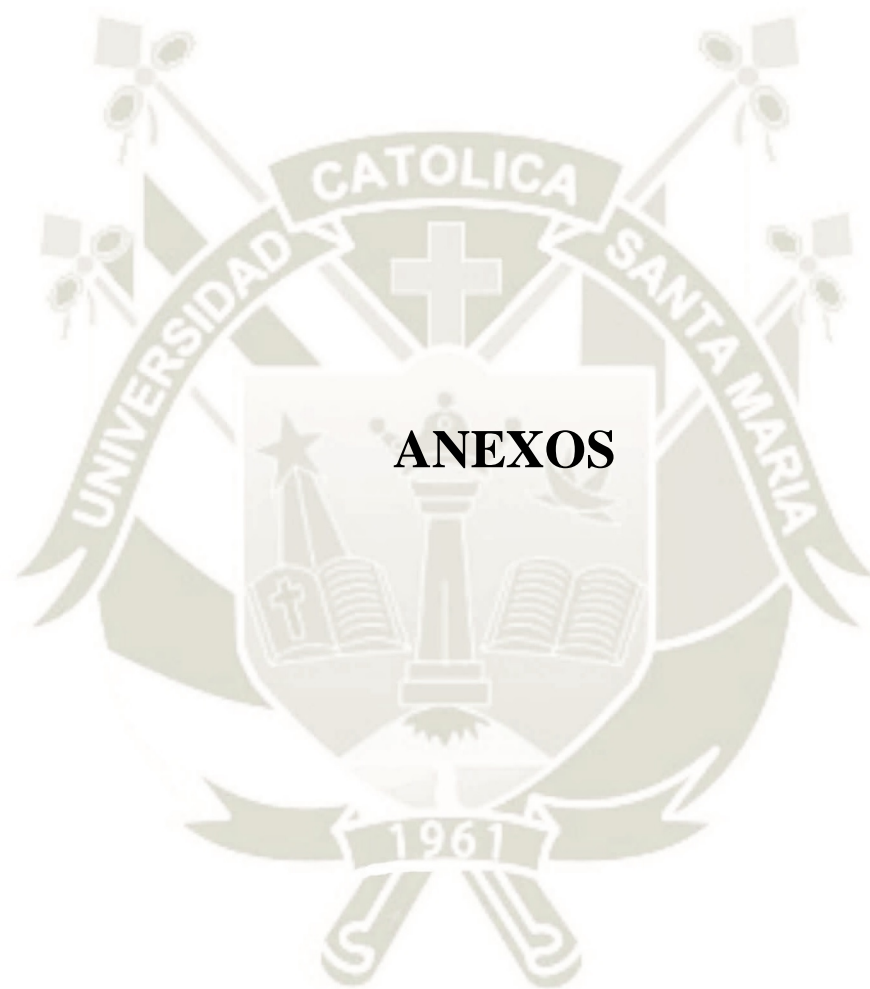
12. Larice S, Ghiggia A, Di Tella M, Romeo A, Gasparetto E, Fusaro E et al. Pain appraisal and quality of life in 108 outpatients with rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2019;61(2):271-280.
13. Rosa-Gonçalves D, Bernardes M, Costa L. Quality of life and functional capacity in patients with rheumatoid arthritis – Cross-sectional study. 2021.
14. Bai B, Chen M, Fu L, Liu H, Jin L, Wei T et al. Quality of life and influencing factors of patients with rheumatoid arthritis in Northeast China. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2020;18(1).
15. Martinec R. Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis – a Preliminary Study. *Acta Clinica Croatica*. 2019;.
16. Sturgeon J, Finan P, Zautra A. Affective disturbance in rheumatoid arthritis: psychological and disease-related pathways. *Nature Reviews Rheumatology*. 2016;12(9):532-542.
17. Soósová M, Macejová Ž, Zamboriová M, Dimunová L. Anxiety and depression in Slovak patients with rheumatoid arthritis. 2021.
18. Feldthusen C, Grimby-Ekman A, Forsblad-d'Elia H, Jacobsson L, Mannerkorpi K. Explanatory factors and predictors of fatigue in persons with rheumatoid arthritis: A longitudinal study. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2016;48(5):469-476.
19. Machin A, Hider S, Dale N, Chew-Graham C. Improving recognition of anxiety and depression in rheumatoid arthritis: a qualitative study in a community clinic. *British Journal of General Practice*. 2017;67(661):e531-e537.
20. Nerurkar L, Siebert S, McInnes I, Cavanagh J. Rheumatoid arthritis and depression: an inflammatory perspective. *The Lancet Psychiatry*. 2019;6(2):164- 173.
21. Jamshidi T, Ghanei Gheshlagh R, Ebtekar F, Dalvand S, Vahedian Azimi A, Kurdi A.

<p>Prevalence of depression among Iranian patients with rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis</p>. *Open Access Rheumatology: Research and Reviews*. 2019;Volume 11:53-59.
22. Qiu X, Zhang X, Cai L, Yan C, Yu L, Fan J et al. Rheumatoid arthritis and risk of anxiety: a meta-analysis of cohort studies. *Clinical Rheumatology*. 2019;38(8):2053-2061.
23. Pope J. Management of Fatigue in Rheumatoid Arthritis. *RMD Open*.

2020;6(1):e001084.

24. Marjan López de la Parra MD, Mendieta Cabrera D, Muñoz Suarez MA, Díaz Anzaldúa A, Cortés Sotres JF. Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada.
25. Chico, A. L. Carballar, M. E. Del Toro, C. R. V. García-Viniegras, and G. A. Pernas. (2012, Factores que influyen en el bienestar psicológico de pacientes con artritis reumatoide. Clinics of North America [Article]. 51(1), 48-60.
26. Redondo Delgado, L. León Mateos, M. A. Pérez Nieto, J. A. Jover Jover, and L. Abasolo Alcázar, "El dolor en los pacientes con artritis reumatoide: variables psicológicas relacionadas e intervención," *Clínica y Salud*, vol. 19, pp. 359-378, 2008.
27. Mella, M. B. Bértolo, and P. Dalgalarondo, "Depressive symptoms in rheumatoid arthritis," *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 32, pp. 257-263, 2010.
28. Ziarko, E. Mojs, B. Piasecki, and W. Samborski, "The mediating role of dysfunctional coping in the relationship between beliefs about the disease and the level of depression in patients with rheumatoid arthritis," *ScientificWorldJournal*, vol.2014, p. 585063, 2014.
29. Organización Mundial de la Salud. (2013, 24-08-2013). Depresión. Available: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
30. Matcham, L. Rayner, S. Steer, and M. Hotopf, "The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis," *Rheumatology (Oxford)*, vol. 52, pp. 2136-48, Dec 2013.
31. Margaretten, J. Barton, L. Julian, P. Katz, L. Trupin, C. Tonner, J. Graf, J. Imboden, and E. Yelin, "Socioeconomic determinants of disability and depression in patients with rheumatoid arthritis," *Arthritis Care Res (Hoboken)*, vol. 63, pp. 240- 246, 2011.
32. Margaretten, L. Julian, P. Katz, and E. Yelin, "Depression in patients with rheumatoid arthritis: description, causes and mechanisms," *Int J Clin Rheumtol*, vol.6, pp. 617-623, 2011.
33. Arbieto, Jaque; Ever, Raffy. Prevalencia de depresión en pacientes con artritis reumatoide en el Hospital Regional de Huacho: octubre-noviembre del 2011. 2013. Tesis Doctoral. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Tesis para optar el título profesional de medico cirujano].

34. Castillo Farfán, Danitza Ivett. Calidad de vida y depresión en pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario, Chiclayo 2012. 2014. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano].
35. Orcon Vilchez, Isabel. Autocuidado y calidad de vida en pacientes con artritis reumatoidea del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo 2017. 2019. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano].
36. Ferro Gutiérrez, Christian Arnaldo. Prevalencia de depresión y calidad de vida en pacientes con artritis reumatoidea que acuden a la consulta externa del Hospital Luis Vernaza durante el periodo de septiembre del 2014 a marzo del 2015. 2016. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano].
37. Apóstolo, João Luís Alves; Mendes, Aida Cruz; Azeredo, Zaida Aguiar. Adaptation to Portuguese of the depression, anxiety and stress scales (DASS). *Revista latino-americana de Enfermagem*, 2006, vol. 14, no 6, p. 863-871.
38. Rico, A. Royuela; Fernández, J. Macías. Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburg. *Vigilia-Sueño*, 1997, vol. 9, no 2, p. 81-94.
39. Ferreira, Ricardo Jo, Et Al. The Portuguese Rheumatoid Arthritis Impact of Disease (RAID) score and its measurement equivalence in three countries: validation study using Rasch Models. *Quality of Life Research*, 2018, vol. 27, no 11, p. 2909-2921.
40. Vicente-Herrero, M. T., et al. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Revista de la Sociedad Española del dolor*, 2018, vol. 25, no 4, p. 228-236.



Anexo 1

Instrumento

ESCALA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS (DASS 21)

DASS21		Nombre:				Fecha:			
<p>Lea cada expresión y marque con un círculo el número 0, 1, 2 o 3 que indica cuánto se aplica la expresión a usted <i>durante la última semana</i>. No hay respuestas correctas o incorrectas. No utilice demasiado tiempo en ninguna declaración.</p> <p><i>La escala de puntajes es la siguiente:</i></p> <p>0 No se aplica a mí en absoluto 1 Se aplica a mí hasta cierto punto, o parte del tiempo 2 Se aplica a mí en un grado considerable, o buena parte del tiempo 3 Se aplica mucho a mí, o la mayoría del tiempo</p>									
1	Me resulta difícil relajarme	0	1	2	3				
2	Noté la sequedad en mi boca	0	1	2	3				
3	Pareciera que no puedo experimentar ningún sentimiento positivo	0	1	2	3				
4	Tuve dificultades al respirar (por ej.: respiración excesivamente rápida, dificultad para respirar sin ningún esfuerzo físico)	0	1	2	3				
5	Me resultó difícil tener iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3				
6	Tendía a reaccionar en exceso ante las situaciones	0	1	2	3				
7	Tuve temblores (por ej.: en las manos)	0	1	2	3				
8	Sentí que estaba usando mucha energía nerviosa	0	1	2	3				
9	Estuve preocupado por situaciones en las que podría entrar en pánico y parecer un tonto	0	1	2	3				
10	Sentí que no tenía nada que esperar	0	1	2	3				
11	Me encontré agitado	0	1	2	3				
12	Tuve dificultades para relajarme	0	1	2	3				
13	Me sentí abatido y triste	0	1	2	3				
14	No toleraba nada que me impidiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3				
15	Sentí que estaba cerca del pánico	0	1	2	3				
16	No pude entusiasmarme con nada	0	1	2	3				
17	Sentí que no valía mucho como persona	0	1	2	3				
18	Sentí que estaba bastante susceptible	0	1	2	3				
19	Fui consciente del trabajo de mi corazón en ausencia de esfuerzo físico (por ej.: sensación de aumento de la frecuencia cardíaca, falta de latido del corazón)	0	1	2	3				
20	Sentí miedo sin ninguna razón	0	1	2	3				
21	Sentí que la vida no valía nada	0	1	2	3				

Fuente: Apóstolo, et al (37).

Interpretación del Puntaje Dass

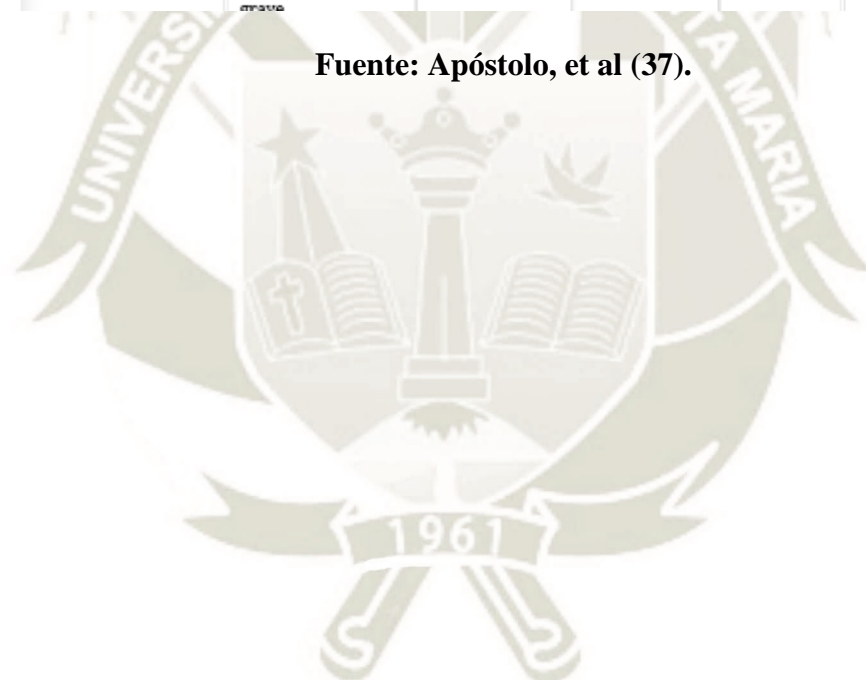
Cada pregunta recibe un puntaje de depresión, ansiedad o estrés. Los puntajes totales para cada categoría se deben multiplicar por 2 y comparar con la tabla que sigue.

Aplique la plantilla a ambos lados de la hoja y sume los puntajes de cada escala. Para una versión corta (21 ítems) multiplique la suma por 2.

Pregunta	Trastorno	Pregunta	Trastorno	Pregunta	Trastorno
1	Estrés	8	Estrés	15	Ansiedad
2	Ansiedad	9	Ansiedad	16	Depresión
3	Depresión	10	Depresión	17	Depresión
4	Ansiedad	11	Estrés	18	Estrés
5	Depresión	12	Estrés	19	Ansiedad
6	Estrés	13	Depresión	20	Ansiedad
7	Ansiedad	14	Estrés	21	Depresión

Significado	Depresión	Ansiedad	Estrés
Normal	0-9	0-7	0-14
Leve	10-13	8-9	15-18
Moderado	14-20	10-14	19-25
Grave	21-27	15-19	26-33
Extremadamente grave	28+	20+	34+

Fuente: Apóstolo, et al (37).



TEST DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH (PSQI).

Document downloaded from <http://www.elsevier.es>, day 23/05/2022. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño.

Nombre:..... ID#.....Fecha:.....Edad:.....

Instrucciones:

Las siguientes cuestiones solo tienen que ver con sus hábitos de sueño durante el **último** mes. En sus respuestas debe reflejar cual ha sido su comportamiento durante la mayoría de los días y noches del pasado mes. Por favor, conteste a todas las cuestiones.

1.- Durante el último mes, ¿cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse?

2.- ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente, las noches del último mes? (Marque con una X la casilla correspondiente)

Menos de 15 min	Entre 16-30 min	Entre 31-60 min	Más de 60 min

3.- Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?

4.- ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes?

5.- Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de:

a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

b) Despertarse durante la noche o de madrugada:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

c) Tener que levantarse para ir al servicio:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana

Document downloaded from <http://www.elsevier.es>, day 23/05/2022. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

- | | |
|--|--------------------------|
| Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> |
| Tres o más veces a la semana | <input type="checkbox"/> |
|
 | |
| d) No poder respirar bien: | |
| Ninguna vez en el último mes | <input type="checkbox"/> |
| Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> |
| Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> |
| Tres o más veces a la semana | <input type="checkbox"/> |
| e) Toser o roncar ruidosamente: | |
| Ninguna vez en el último mes | <input type="checkbox"/> |
| Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> |
| Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> |
| Tres o más veces a la semana | <input type="checkbox"/> |
|
 | |
| f) Sentir frío: | |
| Ninguna vez en el último mes | <input type="checkbox"/> |
| Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> |
| Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> |
| Tres o más veces a la semana | <input type="checkbox"/> |
| g) Sentir demasiado calor: | |
| Ninguna vez en el último mes | <input type="checkbox"/> |
| Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> |
| Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> |
| Tres o más veces a la semana | <input type="checkbox"/> |
| h) Tener pesadillas o malos sueños: | |
| Ninguna vez en el último mes | <input type="checkbox"/> |
| Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> |
| Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> |
| Tres o más veces a la semana | <input type="checkbox"/> |
| i) Sufrir dolores: | |
| Ninguna vez en el último mes | <input type="checkbox"/> |
| Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> |

Document downloaded from <http://www.elsevier.es>, day 23/05/2022. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- j) Otras razones. Por favor descríbalas:**
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- 6) Durante el último mes, ¿cómo valoraría en conjunto, la calidad de su sueño?**
- Muy buena
- Bastante buena
- Bastante mala
- Muy mala
- 7) Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?**
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- 8) Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?**
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el**
- 9) tener ánimos para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?**
- Ningún problema
- Sólo un leve problema
- Un problema
- Un grave problema

10) ¿Duerme usted solo o acompañado?

- Solo
- Con alguien en otra habitación
- En la misma habitación, pero en otra cama
- En la misma cama

Instrucciones para la baremación del test de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI).

El PSQI contiene un total de 19 cuestiones, agrupadas en 10 preguntas. Las 19 cuestiones se combinan para formar siete áreas con su puntuación correspondiente, cada una de las cuales muestra un rango comprendido entre 0 y 3 puntos. En todos los casos una puntuación de "0" indica facilidad, mientras que una de 3 indica dificultad severa, dentro de su respectiva área. La puntuación de las siete áreas se suman finalmente para dar una puntuación global, que oscila entre 0 y 21 puntos. "0" indica facilidad para dormir y "21" dificultad severa en todas las áreas.

Ítem 1: Calidad Subjetiva de Sueño

Examine la pregunta nº6 y asigne la puntuación:

Respuesta:	Puntuación:
Muy buena	0
Bastante Buena	1
Bastante Mala	2
Muy Mala	3

Puntuación Ítem 1: _____

Ítem 2: Latencia de Sueño

1. Examine la pregunta nº2 y asigne la puntuación:

Respuesta:	Puntuación:
≤15 minutos	0
16-30 minutos	1
31-60 minutos	2
≥60 minutos	3

Puntuación Pregunta 2: _____

2. Examine la pregunta nº5a y asigne la puntuación:

Respuesta:	Puntuación:
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2

Tres o más veces a la semana 3
Puntuación Pregunta 5a: _____

3. Sume la pregunta n°2 y n°5a

Suma de la Pregunta 2 y 5a: _____

4. Asigne la puntuación al ítem 2 como se explica a continuación:

Suma de la Pregunta 2 y 5a:	Puntuación:
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Puntuación Ítem 2: _____

Ítem 3: Duración del Sueño

Examine la pregunta n°4 y asigne la puntuación:

Respuesta:	Puntuación:
Más de 7 horas	0
Entre 6 y 7 horas	1
Entre 5 y 6 horas	2
Menos de 5 horas	3

Puntuación Ítem 3: _____

Ítem 4: Eficiencia habitual de Sueño

1. Escriba el número de horas de sueño (Pregunta n°4) aquí: _____

2. Calcule el número de horas que pasa en la cama:

a. Hora de levantarse (Pregunta n°3): _____

b. Hora de acostarse (Pregunta n°1): _____

Hora de levantarse – Hora de acostarse: _____ Número de horas que pasas en la cama

3. Calcule la eficiencia habitual de Sueño como sigue:

(Número de horas dormidas/Número de horas que pasas en la cama) x 100= Eficiencia Habitual de Sueño (%)

$$\left(\frac{\text{---}}{\text{---}}\right) \times 100 = \text{---}\%$$

4. Asigne la puntuación al Ítem 4:

Eficiencia habitual de sueño (%):	Puntuación:
>85%	0
75-84%	1
65-74%	2
<65%	3

Puntuación Ítem 4: _____

Ítem 5: Perturbaciones del sueño

1. Examine las preguntas n°5b-j y asigne la puntuación para cada pregunta:

Respuesta:	Puntuación:
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1

Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3
Puntuación 5b	____
Puntuación 5c	____
Puntuación 5d	____
Puntuación 5e	____
Puntuación 5f	____
Puntuación 5g	____
Puntuación 5h	____
Puntuación 5i	____
Puntuación 5j	____

2. Sume las puntuaciones de las preguntas nº5b-j:

Suma puntuaciones 5b-j: _____

3. Asigne la puntuación del ítem 5:

Respuesta:	Puntuación:
0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

Puntuación ítem 5: _____

Ítem 6: Utilización de medicación para dormir

Examine la pregunta nº7 y asigne la puntuación

Respuesta:	Puntuación:
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación ítem 6: _____

Ítem 7: Disfunción durante el día

1. Examine la pregunta nº8 y asigne la puntuación:

Respuesta:	Puntuación:
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación Pregunta 8: _____

2. Examine la pregunta nº9 y asigne la puntuación:

Respuesta:	Puntuación:
Ningún problema	0
Sólo un leve problema	1
Un problema	2
Un grave problema	3

3. Sume la pregunta nº8 y la nº9

Suma de la Pregunta 8 y 9: _____

Document downloaded from <http://www.elsevier.es>, day 23/05/2022. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

4. Asigne la puntuación del ítem 7:

Suma de la Pregunta 8 y 9:	Puntuación:
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Puntuación Ítem 7: _____

Puntuación PSQI Total

Sume la puntuación de los 7 ítems

Puntuación PSQI Total: _____

Fuente: Larice et al (12).

Índice de calidad de sueño de Pittsburg PSQI	Menor de 5: sin problema de sueño
	Entre 5 y 7: merece atención médica
	Entre 8 y 14: merece atención médica y tratamiento médico
	Mayor o igual a 15: problema grave de sueño

Fuente: Larice et al (12).

CUESTIONARIO RAID:

0 Pts: ningún impacto en la vida

1 – 3.99 pts: afecta ligeramente su calidad de vida diaria

4 – 6.99 pts: afecta moderadamente a su vida diaria

7 – 9.99 pts: afecta en gran medida a su vida diaria

10 pts: Impide llevar su vida diaria

Fuente: Ferreira et al (39).



Anexo 2
Matriz de datos

	AÑOS	DASS		RAID	PITTSBURG
		A	D		
Encuesta 1	52	20	14	5,26	12
Encuesta 2	26	16	10	4,35	14
Encuesta 3	60	26	18	3,92	4
Encuesta 4	59	20	20	3,66	12
Encuesta 5	60	14	12	4,16	11
Encuesta 6	62	16	10	4,5	8
Encuesta 7	56	22	12	5,7	13
Encuesta 8	58	22	10	4,92	12
Encuesta 9	58	20	10	4,68	17
Encuesta 10	33	26	12	5,35	15
Encuesta 11	39	26	22	5,35	16
Encuesta 12	55	26	24	4,84	17
Encuesta 13	42	32	24	6,72	14
Encuesta 14	58	22	24	7,57	14
Encuesta 15	47	22	24	7,27	9
Encuesta 16	54	18	22	7,36	9
Encuesta 17	29	16	24	8,64	15
Encuesta 18	42	22	18	6,79	7
Encuesta 19	59	26	22	6,27	14
Encuesta 20	54	18	14	6,79	8
Encuesta 21	50	24	20	5,07	8
Encuesta 22	45	16	10	3,7	7
Encuesta 23	18	18	20	6,85	14
Encuesta 24	57	24	16	3,96	6
Encuesta 25	47	10	10	4,38	7
Encuesta 26	56	6	10	5,57	5
Encuesta 27	64	18	22	6,43	12
Encuesta 28	61	30	28	7,72	12
Encuesta 29	26	4	6	3,33	3
Encuesta 30	21	10	10	1,82	5
Encuesta 31	27	22	26	6,27	8

Encuesta 32	50	24	6	4,84	13
Encuesta 33	64	22	24	7,24	9
Encuesta 34	70	16	18	6,49	19
Encuesta 35	51	18	24	7,72	11
Encuesta 36	45	20	24	6,77	20
Encuesta 37	51	26	20	6,88	10
Encuesta 38	54	28	24	6,69	18
Encuesta 39	69	24	24	4,57	14
Encuesta 40	70	22	24	7,12	8
Encuesta 41	44	28	22	7,52	14
Encuesta 42	30	24	26	6,52	11
Encuesta 43	43	24	20	6,72	16
Encuesta 44	58	30	30	7,57	17
Encuesta 45	54	20	16	4,43	16
Encuesta 46	66	28	20	6,43	9
Encuesta 47	52	10	16	4,78	17
Encuesta 48	40	34	28	8,52	20
Encuesta 49	27	18	18	5,22	16
Encuesta 50	65	20	16	4,76	9
Encuesta 51	48	20	8	3,11	10
Encuesta 52	62	24	20	7,09	14
Encuesta 53	60	22	20	3,48	8
Encuesta 54	56	22	26	3,48	15
Encuesta 55	56	20	12	4,2	12
Encuesta 56	58	22	8	5,05	17
Encuesta 57	47	19	20	4,96	7
Encuesta 58	63	8	14	4,45	5
Encuesta 59	65	10	22	5,96	7
Encuesta 60	45	16	16	6,78	6
Encuesta 61	64	14	20	6,43	8
Encuesta 62	43	8	10	2,88	4
Encuesta 63	63	16	20	6,91	11
Encuesta 64	52	0	6	4,56	3
Encuesta 65	48	8	14	5,34	4
Encuesta 66	35	4	24	5,75	11

Encuesta 67	42	4	10	5,72	6
Encuesta 68	73	12	24	6,42	9
Encuesta 69	59	2	8	3,45	4
Encuesta 70	64	6	14	4,14	6
Encuesta 71	62	6	14	6,03	10
Encuesta 72	67	10	18	6,24	8
Encuesta 73	38	0	10	2,97	3
Encuesta 74	33	4	6	3,4	5
Encuesta 75	70	6	10	6,07	4
Encuesta 76	61	8	20	4,88	4
Encuesta 77	49	8	18	7,01	14
Encuesta 78	70	14	8	6,74	10
Encuesta 79	58	4	12	4,6	11
Encuesta 80	52	10	10	3,59	5
Encuesta 81	61	8	24	6,65	13
Encuesta 82	49	4	6	3,6	4
Encuesta 83	30	0	4	4,46	5
Encuesta 84	62	8	22	6,81	12
Encuesta 85	54	4	8	4,65	10
Encuesta 86	24	2	4	2,39	3
Encuesta 87	50	12	18	7,1	13
Encuesta 88	28	0	4	2,51	3
Encuesta 89	65	4	14	4,45	6
Encuesta 90	53	2	10	4,9	7
Encuesta 91	53	4	12	6,35	12
Encuesta 92	61	10	16	6	11
Encuesta 93	58	14	12	6,01	12
Encuesta 94	65	2	6	4,61	7