



37
201
11227
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
MEDICINA INTERNA

EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA EN SUJETOS
MEXICANOS CON DIABETES MELLITUS NO
INSULINO DEPENDIENTES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

P R E S E N T A :

DR. CARLOS ALBERTO GUTIERREZ CERVANTES



ASESOR: DR. RAUL ARIZA ANDRACA.

IMSS

MEXICO, D. F.

1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

253706



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

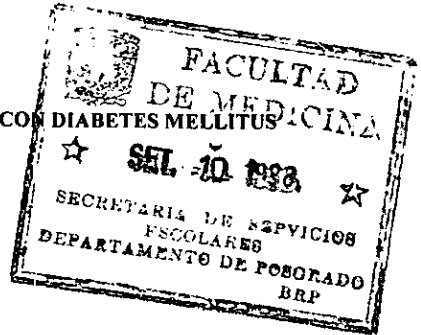
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA.**

TITULO:

**EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA EN SUJETOS MEXICANOS CON
NO INSULINO DEPENDIENTE.**

NUMERO DE REGISTRO: 98-690-0027.



DR. ARTURO ROBLES PARAMO.

Jefe de la Dirección de Educación e Investigación Médica.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large loop followed by a vertical stroke and a small flourish.

DR. ALBERTO CARLOS FRATI MUNARI.

Titular del curso Universitario de la Especialidad de Medicina Interna.

A handwritten signature in black ink, featuring a large, sweeping initial 'A' followed by several vertical and diagonal strokes.

DR. CARLOS ALBERTO GUTIERREZ CERVANTES.

Residente de 4to año de la Especialidad de Medicina Interna.

A handwritten signature in black ink, appearing as a cursive script with several loops and flourishes.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios por haberme permitido la vida y terminar mi especialidad que era un anhelo en mi vida profesional.

A mi Padre, que aunque no se encuentre en esta vida, si en la espiritual, y fue su ilusión el ver a sus hijos preparados académicamente. Gracias por tu apoyo.

A mi Madre, por que con su gran tenacidad y fe en Dios permitio educarme y con sus oraciones y sus consejos pudo forjarme por una vida recta y llena de anhelos.

A mis Hermanos, por el apoyo brindados durante estos años de mi especialidad, en especial a ERNESTO por el gran cuidado que puso a mi persona y mi familia.

A mi Esposa PATY y mis hijas LILY y MARIELA por ser el espiritu de mi esfuerzo diario y motivo de mi vida.

GRACIAS!.

RESUMEN.

TITULO:

EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA (CV) , EN SUJETOS MEXICANOS CON DIABETES MELLITUS NO INSULINO DEPENDIENTE (DMNID).

OBJETIVO: Investigar la calidad de vida en pacientes con DMNID comparada con otras enfermedades crónicas como la Artritis Reumatoide (AR) y controles sanos (CS).

MATERIAL Y METODOS: Se evaluaron 150 pacientes en un Hospital del tercer nivel de atención del Instituto Mexicano Del Seguro Social (Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza), pertenecientes a los departamentos de Medicina Interna y Reumatología en el área de Consulta externa y hospitalización.

Se dividió en 3 grupos; 50 DMNID, 50 AR, 50 CS. Se realizó un estudio clínico y cuestionarios sobre Ansiedad (Hamilton), Depresión (Beck), Desempeño funcional (Karnofsky), Estado Socioeconómico (ESE), Satisfacción Marital de Patrick (ESM), realizada a los tres grupos seleccionados.

El análisis estadístico se realizó con una Anova no Paramétrica de Kruskal Wallis, siendo sus valores significativos $P < 0.05$.

RESULTADOS: La DMNID se observó influenciada por la Ansiedad en la Neuropatía y Nefropatía ($P < 0.05$), así como del Karnofsky y el ESE en el tiempo de evolución de la enfermedad ($P < 0.05$).

La AR se observó influenciada por el Karnofsky, ESE, ESM con una ($P < 0.05$).

Hay menor CV en mujeres que en varones en la AR. ($P < 0.05$).

Los sujetos sanos tienen mejor CV que DMNID y AR, no se observó influencia con las variables descritas.

CONCLUSIONES: Los Pacientes con DMNID tienen una mejor CV que la AR.

Los sujetos sanos tienen mejor CV que la DMNID y la AR.

Las mujeres se observan más afectadas que los hombres para CV.

Las variables significativas en el presente estudio son Karnofsky, ESE, ESM y Ansiedad.

PALABRAS CLAVE: Calidad de Vida, Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente, Artritis Reumatoide, Sanos.

SUMMARY.

TITLE.

TO EVALUATE THE QUALITY OF LIFE (QOL), IN MEXICAN SUBJECT WITH NON INSULIN DEPENDENT DIABETES (NIDDM).

OBJECTIVE: Research the QOL in patients with NIDDM comparative with other chronic illness such as Rheumatoid Arthritis (RA) and Healthy control (HC).

RESEARCH DESIGN AND METHODS: To evaluate 150 patients in a Hospital of Third level of Medicine, in the Mexican Institute of Social Security, belong to the service of Internal Medicine and Rheumatology in area external consulting and to into Hospital. To divide among 3 group; 50 NIDDM, 50 RA, 50 HR, to achieve a clinic study and questionnaire over Hamilton Anxiety Rating Scales (SH), Inventory for Depression of Beck (IB), Functional performance of Karnofsky, Social economic state (SES) and Marital Satisfaction Scale of Patrick (MSS) asset to realize to 3 group selective. Statistical analysis to realize with Anova non Parametric of Kruskal Wallis, considered significant P-0.05.

RESULTS: The NIDDM to observe influenced by the Anxiety in Neurophaty and Nephropaty (P-0.05). So as Karnofsky and SES in the time evolution illness (P-0.05).

The RA to observe influenced by Karnofsky, SES, and MSS with (P-0.05).

The healthy subject to have better QOL that NIDDM and RA non observe to influenced with the descriptive variables.

CONCLUSIONS: The patients with NIDDM have a better QOL that RA. The Healthy subject have a better QOL that NIDDM an RA.

The Woman to observe more affect that the male.

The significant variables in the study present it as Karnofsky, SES, Anxiety and MSS.

KEY WORDS-Quality of life, Non Insulin dependent Diabetes Mellitus, Rheumatoid Arthritis, Healthy control.

ANTECEDENTES

La Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente (DMNID), se ha convertido en los últimos años en un problema de salud pública en nuestro país con prevalencias de 2 a 20% dependiendo de los grupos poblacionales y étnicos con un impacto a nivel individual de quien la padece y el costo que representa para la sociedad.

El pronóstico de incurabilidad que lleva implícita la necesidad de un tratamiento continuo y el riesgo permanente de complicaciones agudas o crónicas, genera en el paciente y su familia nuevas demandas, que de una u otra forma van a modificar su estructura emocional y su estilo de vida (1).

Esta enfermedad se asocia a largo plazo con alteraciones funcionales, estructurales y psicosociales (2,3).

El aumento de la sobrevida a dado origen a serios problemas, los denominados complicaciones tardías como la Neuropatía, Nefropatía, Oftalmopatía y su expresión clínica y factores comorbidos asociados, siendo en ocasiones incapacitante posterior a los 10 a 20 años de la enfermedad. (4).

A partir de 1980, la DMNID aparece en las estadísticas del IMSS entre las primeras 10 causas de egresos hospitalarios así como la primera causa de muerte por enfermedades agrupadas, además que ocupa una de las primeras causas de consulta (5-6).

Estudios en otros países han demostrado que los pacientes con DMNID cursan en porcentaje variable con una mala calidad de vida (7-8).

La meta de los cuidados de salud para la mayoría de los pacientes en la actualidad, es obtener una vida más efectiva, preservar la funcionalidad y el bienestar; siendo los pacientes el mejor Juez para que estas metas se logren. Los datos de los pacientes concernientes a sus experiencias con la enfermedad y su manejo, pocas veces son recabados por la ausencia de métodos válidos para su colección (9).

El término Calidad de Vida (CV) tiene connotaciones subjetivas, filosóficas, permaneciendo aún sin una verdadera definición, esto puede llevar a interpretaciones o conclusiones erróneas, utilizado el término en la mayoría de los estudios clínicos como satisfacción en la vida, bienestar, experiencias personales, estándares de vida y desempeño funcional siempre abarcando los dominios biológico, psicológico y social (10-11).

El interés de medir CV en relación a los servicios de salud ha aumentado en los últimos años (12-13).

El propósito de estas mediciones es proveer utilidad en el tratamiento de las enfermedades crónicas, en los individuos o poblaciones respecto a los beneficios de la salud y cuidados de la misma; reflejando el modo en que el paciente tiende a percibir su salud en sus actividades cotidianas (10-13-14-15).

Estas mediciones predicen en forma confiable la pérdida de la funcionalidad, morbilidad y mortalidad del paciente, siendo útil en evaluar desenlaces de las intervenciones y necesidades de los servicios de salud como: ensayos clínicos, estudios de coste-útilidad, auditorías médicas y medición de los resultados de los servicios de salud (10-16-17).

en los últimos años, los estudios fueron inicialmente evaluaciones específicas y generales de una enfermedad, actualmente los nuevos estudios clínicos son genéricos con escalas multidimensionales comparativas a grandes núcleos de la población y grupos de enfermedades crónicas (10-15-16-17-18).

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad crónica e incapacitante con graves consecuencias para el paciente y su núcleo familiar (19). Los pacientes frecuentemente presentan una serie de alteraciones funcionales que pueden modificar su calidad de vida (20), esta última recientemente se han iniciado estudios en este renglón (21), así como como en las esferas familiares y económicas la cuales no han sido estudiadas adecuadamente y estas últimas representan y son responsables del deterioro de la CV de estos pacientes (22).

En México los estudios efectuados han evaluado principalmente las repercusiones económicas de la AR (23), pero no la esfera psicosocial, ya que estudios en otros países se ha encontrado que la dinámica familiar está alterada (24-25).

Desde el siglo XIX Thomas Willis describió una personalidad peculiar en el paciente diabético y con AR manifestada por tristeza, pena, depresión, estrés, apatía y pasividad (26)

La ansiedad y la depresión son enfermedades crónicas que se asocian a DM y otras enfermedades con una prevalencia para la primera de 2 a 5% y para la segunda de 6 a 36%, pudiendo estas enfermedades ser incapacitantes y amenazar la vida del paciente, así como impactar de manera importante en su CV. Esta dicotomía se ha observado en pacientes con DMNID y que no depende del tiempo de evolución pero sí de su control metabólico (glucémico) así como la asociación con otros trastornos de la conducta (27-28-29).

Las escalas de Hamilton para la Ansiedad y el Inventario de Beck para Depresión, diagnostican y determinan estos problemas así como su intensidad, valorando principalmente problemas afectivos-cognitivos, vegetativos y somáticos, así mismo puede medir sus diferentes categorías. Estas evaluaciones se han utilizado para valorar el impacto de estas enfermedades en las enfermedades crónicas en su bienestar emocional y calidad de vida (30-31-32).

El desempeño funcional o estado funcional se utilizó inicialmente para evaluar procedimientos quirúrgicos, posteriormente en manejos con quimioterapia para pacientes con cáncer y actualmente ha emergido como un método importante en los estudios sobre los cuidados de la salud y evolución en las enfermedades crónicas, así mismo en estudios de CV que evalúan el bienestar con el grado de funcionalidad (33-34).

La invalidez causada por las enfermedades crónicas causan una repercusión socioeconómica en el paciente y su familia, desde el siglo XIX en Francia e Inglaterra la relación socioeconómica y el estado de salud se había observado sistemáticamente, estableciéndose que la persona con menor estrato económico tenía menor expectativa de vida así como alta tasa de mortalidad para todas las causas de muerte así como altas tasas de trastornos mentales y para el estrés y para las clases elevadas enfermedades cardiovasculares. Desde 1950 se crearon índices que pudieran valorar esta problemática hasta en 1988 en que Hollinshead y Redlich valoraron un índice llamado Index Social Position el cual se inició en grandes estudios epidemiológicos (14-35).

Hasta el momento la satisfacción marital en sujetos con DMNID no ha sido adecuadamente estudiada con métodos diseñados para este fin; si bien existen diversos instrumentos que han evaluado la dinámica familiar en

enfermos crónicos, tienen el inconveniente de no haber sido validados y de haber sido diseñados para estudios de poblaciones con estructura familiar y social diferente a la mexicana.

En diferentes informes se comentan diferencias a nivel de la satisfacción marital en pacientes neuróticos, afásicos, con daño medular, cardiopatas así como nefrópatas (36-37-38-39). En 1988 se validó en población mexicana sana una escala de satisfacción marital, los autores mencionan que la satisfacción marital ha sido conceptualizada tanto en términos de evaluación global y subjetiva del quehacer del cónyuge con base a la evaluación de problemas específicos de la vida matrimonial (40-41). La satisfacción marital se define como el grado de favorabilidad que siente el sujeto hacia su cónyuge y su interacción marital (42).

Hasta la fecha no hay un acuerdo sobre el tipo de escalas más convenientes para los estudios de calidad de vida los llamados globales o genéricos, ya que el problema es que los globales establecen un dx y su intensidad pero se pierde el concepto de bienestar ya que solo evalúan solo un eje de la enfermedad a diferencia de las genéricas que evalúan varios ejes pero no establecen un diagnóstico solo se valora el impacto (43).

El presente estudio tiene el objetivo de utilizar 5 escalas unidimensionales que evalúan los 3 dominios de la salud biológica, psicológica y social como exige el concepto la OMS y como parte integral de los estudios de CV, siendo este válido, reproducible con suficiente sensibilidad al cambio y fácil de usar (44).

En la República Mexicana no existen estudios de CV en DMNID que se valoren en forma integral.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

OBJETIVO GENERAL: Investigar la calidad de vida en pacientes con DMNID a través de las escalas de Ansiedad, Depresión, Satisfacción Marital, Estado funcional y Estado socioeconómico.

MATERIAL Y METODOS.

Se realizó el estudio en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en los Departamentos de Medicina Interna y Reumatología donde se reclutaron pacientes de la consulta externa y hospitalización, en un periodo comprendido de marzo a noviembre de 1997.

El diseño del estudio fue una encuesta transversal comparativa, prolectiva, observacional y abierta.

Se efectuó la encuesta a 3 grupos de estudio, 1) 50 pacientes con DMNID, 2) 50 con AR (Control 1) y 3) 50 sujetos sanos semejantes a los grupos 1 y 2 en edad y sexo (control 2).

Los casos: Pacientes con DMNID de acuerdo al Grupo Nacional de Datos (GNDD) y la OMS, con una duración de la enfermedad de 1 a 20^a. (45-46).

GLUCOSA EN MG/DL

DMNID	SANGRE		PLASMA	
	Venosa	Capilar	Venosa	Capilar
Ayunas	120	120	140	140
Intermedia y 2 hrs.	180	200	200	220
TOLERANCIA ANORMAL.				
Intermedia	180	200	200	220
2 hrs.	120 -180	140-200	140-200	160-200.
Normal ayuno	100	100	115	115.

Los controles (2 grupos): A) Pacientes con AR de acuerdo a los Criterios revisados del Colegio Americano de Reumatología, con una Duración del padecimiento de 1 a 20 a, independientemente del estadio clínico y radiológico (47).

B) Los controles sanos se seleccionaron de los familiares de los pacientes en consulta externa.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: A) Para los casos: 1. Tener DMNID, 2. sexo masculino o femenino

3. edad mayor 18^a, 4. Haber permanecido casado o en unión libre con la misma pareja por lo menos 1^a, 5. En caso de divorcio, que esté halla ocurrido por lo menos 1^a después del diagnóstico de la enfermedad.

B) Para los controles: 1. Tener AR y 2. Del 2 al 5 igual que para los casos.

C) Para los controles sanos: 2 al 5 igual que para los casos

Los criterios de no inclusión: 1. Ser solteros, 2. Haber tenido más de 1 pareja en los últimos 6 meses, 3. Haber enviudado o haberse separado antes del primer años del diagnóstico de la enfermedad.

4. Tener enfermedades crónicas asociadas como neoplasias malignas, EPOC, Cirrosis etc. 5. DMNID con

5. complicaciones agudas como cetoacidosis, Acidosis láctica, hipoglucemia, Estado hiperosmolar o

6. Cirugía mayor menor a 6 meses de realizada. 6.- Insuficiencia Renal crónica con más de 10 mg/dl

de creatinina o menor de 10 ml min de depuración de creatinina de orina de 24 hs o en programa de diálisis.

7. Insuficiencia cardíaca en clase funcional IV de la NYHA. 8. Embarazo. 9. Enfermedad vascular cerebral con secuelas graves.

Los criterios de eliminación: responder a menos del 80% de la encuesta.

El tamaño de la muestra se calculó de acuerdo a un valor delta del 20% entre la DMNID y controles, un nivel alfa de 0.05 y un nivel B de 0.2 obteniéndose de un paquete Epi Info 6.0.

Se analizaron diversas variables: la independiente que fue la DMNID se valoró su tiempo de evolución estratificándose en < 10 a, 10 a 15^a, y >15^a; el curso de la enfermedad se valoró en buena o mala; la adherencia en buena, regular y mala con respecto a su tratamiento (48); el tipo de tratamiento se dividió en Insulina, Hipoglucemiantes orales y varios; el tiempo del tratamiento se estratificó en 4; <5^a, 5 a 10 a, 10 a 15 a y >15^a; los estados comorbidos se dividió en 1 a 2 y más de 2; Los tipos comorbidos donde estos se determinaron y se agregaron al sistema u órgano correspondiente (1 al 13). Las complicaciones crónicas como la Oftalmopatía (49), Nefropatía (50), Neuropatía (51) y Disfunción eréctil (52).

Las variables dependientes fueron las siguientes:

La Escala Multidimensional de satisfacción Marital (ESM). La cual valora áreas de la comunicación, ciclo marital, compatibilidad, valorada en población Mexicana y en enfermedades crónicas (Barile no publicado). Consta de 3 subescalas. 1) Satisfacción con la interacción marital (SIS) 10 reactivos, 2) Satisfacción con los aspectos emocionales del cónyuge (SES) 5 reactivos, 3) satisfacción con los aspectos organizacionales del cónyuge (SEC) 9 reactivas. Cada pregunta tiene tres opciones calificadas del 1 al 3, 1. Me gusta cual es ahora, 2. Me gustaría que fuera algo diferente, 3. Me gustaría que fuera muy diferente. Se mide en buena, regular o mala (40-41-42). ANEXO 3.

La escala de Hamilton para valorar la Ansiedad: La cual evalúa un grupo de síntomas relacionados con la ansiedad, psíquicos y físicos. Consta de 14 reactivos y se califican de la siguiente manera: 0 al 6=ausente, 7 al 20= leve, 21 al 34 =moderada, 35 a 48 =severa, mayor de 49 altamente incapacitante (30-52).

ANEXO 4.

El INVENTARIO DE BECK PARA LA Depresión: La cual evalúa los diferentes estados de ánimo con el que se detecta la depresión, es exacta y es autoaplicable. Cuenta con 21 reactivos con 4 posibles respuestas cada una, calificándose de la siguiente manera; 0= ausente, 1= no más que antes, 2= más que antes, 3= mucho más que antes, valorando la Depresión de la siguiente manera 1 al 10=ausente, 11 a 16=leve perturbación del estado de ánimo, 17-20= estado intermitente, 21 a 30=Depresión moderada, 31 a 40= grave., Más de 40=extrema (31-54).

ANEXO 5.

Escala de desempeño funcional de Karnofsky:

La cual evalúa el desempeño funcional en porcentaje, consta de 11 parámetros que va del 0 al 100%, ej.: el 0 es muerto y 100% normal, asintomático y sin evidencia de enfermedad. Se valoró en 6 grados el 0 = 90-100%, 1=70 a 80%, 2= 50 a 60%, 3= 30 a 40%, 4=10 a 20%, 5=muerto (33-55).

ANEXO 6.

La Escala del Estado Socioeconómico:

Mide la capacidad económica del sujeto y su familia, valorando de acuerdo al salario mínimo actual al momento de la entrevista en la Cd de México. 0= Sin salario, 1= 1 Salario mínimo(SM), 2= 2 a 4 SM, 3= 4 a 6 SM, 4= Más de 6 SM (35).

ANEXO 7.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO:

Los 5 instrumentos de medición (Hamilton, Beck, Karnofsky,ESE y ESM), se aplico a los tres grupos en estudio, así mismo se valoro en estos grupos las variables demográficas como son la Edad, sexo, Estado Civil, número de hijos, escolaridad.

A los pacientes con AR se evaluó la cronicidad y su estadio radiológico y funcional.

A los pacientes con DMNID se valoró sus dos últimas glucosas séricas o HbA1; la Nefropatía y estados comorbidos se obtuvieron del expediente clínico; la neuropatía se valoró de acuerdo a los hallazgos clínicos en la Exploración física por la valoración del estado nociceptivo, propioceptivo, discriminativo, vibración, sensibilidad térmica para la periférica; para la Autonómica por los cambios en la Tensión Arterial, Frecuencia cardiaca ante los cambios ortostáticos y de la maniobra de Vasalva, la Oftalmopatía se valoro por el servicio de Oftalmología de la consulta externa del Hospital General Centro Médico Nacional La Raza.

Se dio consentimiento informado como parte de los aspectos éticos.

El análisis estadísticos fue el siguiente: A) El Univariado se realizó con frecuencias, porcentajes, medias.. Medianas, desviación estándar, moda de acuerdo al nivel de medición de cada variable.

B)El análisis de contrastación de grupos se realizó con una Anova no paramétrica de Kruskal Wallis, siendo valores significativos con un valor de p de <0.05.

. RESULTADOS.

De los 150 pacientes estudiados para este estudio, en todos se pudo capturar los datos requeridos.

De los valores demográficos para cada grupo estudiado fueron de la siguiente manera. El promedio de edad para la DMNID es de 53.10^a, con un rango de 24 a 88^a. Para la AR es de 46.98 con un rango de 27 a 78^a. Para los sanos de 38.38^a con un rango de 20 a 52^a, siendo preponderante el grupo de la DMNID con mayor edad, con una diferencia del grupo sano de 13^a en promedio.

El sexo para la DMNID los varones con 44 vs 56 de las mujeres; para la AR 16 vs 84 mujeres y para los sanos de 42 vs 58 mujeres, siendo el grupo de la AR es mas desigual.

La escolaridad en años en promedio para la DMNID fue de 7.27^a con un rango de 1 a 21^a; la AR con 6.8^a con un rango de 1 a 16^a y para los sanos de 13.66 con un rango de 10 a 20^a, siendo el grupo de lo sanos con mayor años de escolaridad.

El tiempo de evolución de la enfermedad promedio de la DMNID fue de 1.54 con un rango de 1 a 10^a; para la AR de 1.51^a con un rangop de 1 a 20^a.

El número de estados comorbidos al momento de la encuesta fue de 2.1 para la DMNID y de 3.3 para la AR ,teniendo los 2 grupos un rango de 1 a 13 y de estos los más significativos fueron los cardiovasculares y los respiratorios y de estos la Hipertensión Arterial Sistémica y el EPOC fueron los más significativos.

Respecto al E estado Civil para la DMNID presento 16 casados, 18 solteros,0 en Unión libre, 12 divorciados y 4 viudos; para la AR 14 casados, 12 solteros, 5 en unión libre, 4 viudos y 15 divorciados; para los Sanos 10 casados, 17 solteros, 9 Unión libre, 2 viudos y 12 divorciados, siendo equidistantes sus valores para los tres grupos.

El tiempo de matrimonio en años fue en promedio para la DMNID de 25.4 con un rango de 2 a 54 a, para la AR de 21.8^a con un rango de 4 a 50 y para los sanos de 10.64 con un rango de 1 a 45^a, siendo para los sanos el grupo con mayor parejas de jóvenes en relación a la DMNID y AR.

El número de hijos para la DMNID en promedio fue de 2.83 con un rango de 1 a 8; para la AR de 2.52 con un r ano de 1 a 6 y para los sanos 2.16 con un rango de 1 a 5 siendo similares para los tres grupos.

CUADRO 1.

DMNID, AR, SANOS EN CORRELACION CON LAS VARIABLES DEPENDIENTES.

Cuando se comparo las variables dependientes con los tres grupos en estudio se obtuvieron los siguientes resultados: Para la Ansiedad y DMNID el 80% pertenecieron al grupo de leve a moderado no siendo significativo (NS), para la Ansiedad y AR el 74% fueron de leve a moderado y 18% en ausente NS; para los sanos fueron leve y sanos 30% siendo significativo con una P de <0.05. Cuando se comparo la Depresión con la DMNID 32% eran ausentes, 36% leves a intermitente, 22% moderado y 8% grave siendo NS; la comparación de Depresión y AR 34 eran ausentes, 24% de leve a intermitente y 22.4% a moderado siendo NS; para los Sanos y Depresión 90% eran ausentes y 10% leves siendo estos NS.

Cuando se comparo el Karnofsky en grados con la DMNID 74% eran grado 0, 22% grado 1, y 4% eran grado 2 siendo significativo con una P de <0.05 ; Karnofsky y AR 30 <5 fueron grado 0, 32% grado 1 y 38% grado 2 siendo estos valores significativos con una P de <0.05 , para el grupo de los sanos y Karnofsky el 100% fue grado 0 siendo este significativo con una P <0.05 .

Para la Satisfacción Marital y la DM 74% fue buena, 22 % regular y 4% mala siendo NS; para la AR y ESM 52% fueron buenos, 26% regulares y 22% malas siendo NS; para el grupo de sanos y ESM 68% fueron buenas, 30% regulares y 2% malas siendo NS.

El ESE y DMNID 62% era estadio I, 25% estadio II, 5% estadio III y 2% estadio IV siendo NS; ESE y AR 76% fueron estadio I, 14% estadio II, 2% estadio III, y 3% estadio IV siendo significativo con una P <0.05 ; Para los y ESE el 16% fue estadio I, 56% estadio II, 28% estadio III siendo NS. CUADRO 2.

CORRELACION ENTRE LAS VARIABLES INFERENCIALES DE LA DMNID Y LAS VARIABLES DEPENDIENTES.

Para el tiempo de evolución: se estratifico en tres divisiones de $<10^a$, 10 a 15^a y $>15^a$; se comparo con la Ansiedad observándose principalmente en el grupo de $<10^a$ con 64% siendo NS; para el Tiempo de evolución (TE) y Depresión predomino en el grupo de $<10^a$ con 64% siendo NS; para TE y Karnofsky predomino el grupo de $<10^a$ con 69,4% siendo significativo con una P <0.05 ; para el TE y ESE predomino el grupo de $<10^a$ con 58% siendo significativo con una P de <0.05 ; para ESM y TE predomino el grupo de $<10^a$ con 64% siendo NS.

Cuando se comparo el curso de la enfermedad este se dividió en bueno y malo , al compararse con la Ansiedad predomino el malo con 52.2% siendo NS, siendo igual al compararlo con Depresión, Karnofsky, ESE y ESM siendo equivalente en porcentaje y NS.

Al Valorar adherencia se estratifico en buena, regular y malo de acuerdo al estado metabólico, el más significativo fue Karnofsky con 81% siendo significativo con una P <0.05 , siendo el porcentaje de 60% para el resto de las escalas siendo NS.

Cuando se valoro el tipo de tratamiento predomino el grupo de hipoglucemiantes orales para la Ansiedad con 79.2%, Depresión 76%, Karnofsky, ESE y ESM fue de 76% siendo NS. Cuando se valoro el tiempo de tratamiento se estratifico en $<5^a$, 5^a 10^a , 10 a 15^a , 15 a 20^a , predominando el grupo de $<5^a$ con 45 y 46 % para Ansiedad, Depresión, Karnofsky, ESE, ESM siendo NS.

Cuando se valoro los Estados Comorbidos se dividió en 2 grupos el primero de 1 a 2 y el segundo de 20 más, predominando el grupo de 1 a 2 para las 5 variables dependientes no siendo significativo.

La Neuropatía se valoro en si y no predominando de 52 al 54% el no para las escalas de Ansiedad, Depresión, Karnofsky, ESE y ESM, siendo solo significativo para la Ansiedad con una P <0.05 .

Al valorar la Oftalmopatía en si o no predomino con si el 52% para las 5 variables dependientes no siendo significativo.

Al valorar la Nefropatía en si y no, fue predominante en si con 62,5% para la Ansiedad siendo esta significativa con una P <0.05 y el resto de las variables con si y un promedio de 60% siendo NS.

Al valorar la Disfunción Eréctil en si y no, predomino el no con 52.5 % para las 5 variables siendo estas NS.

Al valorar los estados comorbidos predomino los Cardiovasculares con 20% siendo la Hipertensión Arterial Sistémica la más frecuente con 70% aproximadamente y de los Respiratorios fue el 7% siendo el más frecuente el EPOC con 52% siendo al compararlos con las variables dependientes NS.

CUADRO 3.

CORRELACION ENTRE LA AR Y SUSU ETAPAS CLINICAS CON LAS VARIABLES DEPENDIENTES.

De los 50 pacientes estudiados para AR, 12 pertenecieron a etapa I (24%), 18 a etapa II con 36%, etapa III fueron 17 con 34% y 3 para etapa IV con 6% predominando la etapa II.

Al estratificar las 4 etapas y compararlas con las variables dependientes se encontró lo siguiente: Para Ansiedad y AR predomino el grado 2 y 3 de la Ansiedad 40 al 36% y predomino la etapa clínica II con 36% siendo NS.

Para la Depresión y AR predomino el grado 1 y 3 con 34 y 30% respectivamente predominando la etapa clínica II con 42% siendo valores NS.

Al comparar Karnofsky y AR se encontró predominancia en el grado 3 con 38% y por etapa clínica predomino la III con 36% siendo significativas con una P de <0.05 para todas la etapas.

Al comparar el ESE con AR, predomino el estado número 1 con 74% y la etapa clínica predominante fue la II con 36% siendo significativas para todas las etapas clinicas con una P <0.05 .

Al compara la AR con ESM se encontró que predomino la Etapa I con 50% y la etapa clinica fue la II con 38% siendo NS.

CUADRO 4 Y 5.

ANALISIS DE LAS SUBESCALAS DE SATISFACCION MARITAL EN CORRELACION CON EL SEXO Y LOS GRUPOS EN ESTUDIO (AR, DMINI Y SANOS)

Al comparálas por sexo y subescalas se encontró lo siguiente: Predomino las Interacción conyugal (SIS) en las mujeres con 78.56 siendo significativa con una P <0.05 ; en la Interacción emocional (SES) predomino las mujeres con 81.24 siendo significativo con una P <0.05 ; para la Estructura conyugal (SEC) predomino las mujeres con 80.30 siendo significativo con una P <0.05 y en forma global la ESM predominaron las mujeres con 84.87 siendo significativo con una P <0.05 .

Al comparar la ESM con los grupo estudiados en forma agrupada y por separado, predomino la AR para el SIS con 85.5 siendo significativa con una P <0.05 para SES y AR con 85.50 siendo significativa con una P <0.05 y para SEC y AR con un valor de 88.47 siendo significativo con una P <0.05 , los otros grupos de DMNID y Sanos no fueron significativos.

CUADRO 6.

CORRELACION DEL SEXO CON LOS GRUPOS EN ESTUDIO Y COMPARADO CON LAS VARIABLES DEPENDIENTES.

Al valorar el sexo por cada grupo estudiado y compararlo con las variables dependientes se encontró lo siguiente: Sexo y Ansiedad con DMNID predominaron las mujeres con 56% y el grado 2 de Ansiedad principalmente en las mujeres siendo valores NS; Sexo y AR con ansiedad, predomino el sexo femenino con 84% y el grado 3 de la

Ansiedad para las mujeres siendo NS. El grupo de Sanos y Ansiedad predomino el grupo femenino con 58% y de estos el grado 2 de la ansiedad para las mujeres siendo NS.

Al valorar Depresión: En la DMNID y sexo predominaron las mujeres con 54% y de estos predomino el grado uno con masculinos siendo NS. Depresión, AR y Sexo predomino el femenino con 82% predomino el grado uno para las mujeres siendo NS. Para los sanos predomino las mujeres 58% y un grado depresión I en mujeres siendo NS.

Cuando se valoro Karnofsky, sexo y DMNID predomino el grupo femenino con 56% y de estos por grados el I para las mujeres siendo NS. Al valorar AR, sexo y Karnofsky predomino el grupo femenino con 84% predominando el grado III para las mujeres siendo valores significativos con una P de 0.05 para ambos sexos. Al valorar a los sanos predomino las mujeres con 58% en grado I para estas mismas siendo NS.

Al comparar el Estado Económico con sexo y DMNID, predomino las mujeres con 56% y el estado I para las mujeres siendo NS. Al Valorar AR predomino el grupo femenino con 84%, predomino el grado I para las mujeres siendo valores NS. Para el grupo de los sanos predomino las mujeres con 58% y de estos el estado II para las mujeres siendo este NS.

Al valorar ESM, sexo y DMNID, predomino el grupo femenino con 56% y predomina el grupo de buena para las mujeres siendo este NS. Para AR predominaron las mujeres con 84% para el estado de buena para las mujeres siendo significativo con una $P < 0.05$ para hombres y mujeres. Al valorar los grupos de sanos predomino las mujeres con 58% y el estado de bueno para las mujeres siendo NS.

CUADRO

7.

CONCLUSIONES.

Los resultados de la presente investigación apoyan el argumento de tratar la Ansiedad, Depresión, Karnofsky, ESE y ESM como métodos para evaluar en forma multidimensional la calidad de vida (CV) en la enfermedades crónicas y principalmente en la DMNID, ya que estas escalas miden los tres dominios de lo Social, Psicológico y Funcional de los pacientes que conllevan todos los estudios de CV (10), pero con limitaciones ya que no hay estudios validados previos en la DMNID con estas variables estudiadas en su totalidad sino en forma individual y global (11-14-18).

A pesar de que estas variables tienen una alta correlación entre los diferentes factores emocionales, familiares, funcionales y económicos, cada una de estas tiene una dimensión diferente que puede observarse en los resultados de cada escala.

En la escala de la Ansiedad se observó que solo influye de manera significativa, los pacientes que presentan Neuropatía y Nefropatía quizá por que el 76% se encontraba entre los rangos de ausente y leve y por otra parte la sintomatología que conlleva la enfermedad renal y los aspectos dolorosos de la Neuropatía hallan influido en los resultados.

En la Escala de la Depresión no se observó significancia estadística a pesar de que se reporta afección en la DMNID de 6 a 30% (26) quizá influida por la mejor adherencia que presentaban estos pacientes (62%) en regular, a pesar de que la mayoría de ellos presentaba datos de cronicidad de la enfermedad.

En la Escala de Karnofsky se observó su correlación clínica con su significado estadístico, en el tiempo de evolución se encontró en forma lineal su correlación con la DMNID así como en la adherencia, no observándose influida por la variable incapacitantes de la enfermedad.

En la Escala del ESE se correlacionó con el tiempo de evolución de la DMNID quizá influida por la incapacidad que esta genera con la cronicidad para el trabajo, pero no correlacionándose con las variables que exploraban las complicaciones crónica de la DMNID.

La ESM no se observó que tiene influencia directa en la enfermedad, quizá dada por que la mayoría de ellos eran solteros, no se pudo observar si esto influía en el resto de estados civiles.

Cuando se valoró la AR en sus diferentes etapas clínicas con las variables dependientes se observó solo significancia estadística en Karnofsky y ESE de manera lineal, lo que se relaciona de manera muy estrecha a los resultados de la DMNID donde fueron significativas estas variables y la ESM solo se relacionó en forma estadística al valorarla en sus tres divisiones y de manera agrupada, siendo predominante la AR y el sexo femenino como se observó en otros estudios. (Baile no publicado).

Cuando se valoró los diferentes grupos de estudio con las variables dependientes en relación al sexo, se encontró que solo fue significativo el Karnofsky y la ESM en la AR tanto en mujeres como en hombre, no influenciado en la DMNID y sanos, ni en las variables dependientes, siendo las mujeres quienes cursan con peor CV en relación con los hombres.

No se observó influencia en las diferentes variables inferenciales de la DMNID como el curso de la enfermedad, tipo de tratamiento, complicaciones crónicas como Oftalmopatía y disfunción eréctil así como estados comorbidos como se observa en otros estudios(11-14-18).

Solo se correlaciono de manera importante en este estudio la Ansiedad, Karnofsky y ESE de manera lineal en la DMNID y AR al evaluar CV en 60%, lo que se relaciona aproximadamente a otros estudios como el MOS (Medical outcome study) siglas en ingles con 65% (11).

Los pacientes con AR se observaron con una mala calidad de vida en relación a la DMNID, como se observa en otros estudios (Barile no Publicado) quizá influenciado por los aspectos dolorosos e incapacitantes de la enfermedad.

La CV en sujetos sanos no se vio influida por las variables utilizadas en este estudio, observándose mejor calidad de vida al comparada con pacientes con DMNID y AR.

Los Estados comorbidos asociados en este estudio no influyeron en los resultados obtenidos.

DISCUSION.

La gran eficacia de los estudios Multidimensionales valorando los dominios bio-psico-sociales esta bien demostrada, al brindar información muy amplia sobre el estado de salud, CV y funcionabilidad; el problema es que por ser globales no determina un grupo de enfermedades como la Ansiedad, Depresión en forma objetiva así como el grado de incapacidad física y los problemas familiares que de ellos derivan, siendo los principalmente usados y validados el (Medical Outcome Study, Sickness Impact Profile, Diabetes Care Profile y Diabetes Quality of life Measure) por sus siglas en Ingles(11-14-18)utilizadas en la DMNID. En este estudio se determinaron escalas unidimensionales pero que en conjunto determinan de manera multidimensional la CV pretendiendo ser más objetivos y resolutivos para cada escala valorada y que sirva de pauta para estudios posteriores de CV en DMNID u otras enfermedades crónicas.

Quizá los resultados obtenidos estuvieron influenciados en gran medida por ser pacientes seleccionados de un Hospital de tercer nivel de atención médica habiendo que demostrarla y compararla en población abierta.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- American Diabetes Association. TECHNIQUE FOR HELPING THE PATIENT COPE WITH DIAGNOSIS AND TREATMENT IN: PHYSICIANS GUIDE TO NON INSULIN DEPENDENT DIABETES (TYPE II): DIAGNOSIS AND TREATMENT. Riikin H ed,Alexandria VA. ADA 1988:52.
- 2.- Pirart J. DIABETES MELLITUS AND ITS DEGENERATIVE COMPLICATION.
Diabetes Care 1978; 1 : 168.
- 3.- Cagide F, Hernández H, Ortiz A. LA DISBETES MELLITUS EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) . Rev Med Int Mex 1995; II : 8-14.
- 4.- Greene DH. ACUTE AND CHRONIC COMPLICATION OF DIABETES MELLITUS.
Am. J. Med 1986; 80 : 30.-
- 5.- Lee AR, Ramírez JO, Flores HIB. ESTUDIOS SOBRE EGRESOS HOSPITALARIOS DE LA DIABETES MELLITUS DURANTE 7 AÑOS A NIVEL NACIONAL EN EL IMSS. Rev Med IMSS 1989; 27: 141.
- 6.- Boletín de estadística anual del IMSS 1994.
- 7.- Stewart A,PhD, Greenfield S.MD, Days R.PhD, Wells K. MD, Roger W.PhD. FUNCTIONAL STATUS AND WELL BEING OF PATIENTS WITH CHRONIC CONDITION. Result from the Medical Outcomes Study (MOS). Jama 1989; 262 : 907-13.
- 8.- Bergner M, Robbit Ra, carter WB, Gibson BS. THE SICKNESS IMPACT PROFILE DEVELOPMENT AND FINAL REVISION OF HEALTH STATUS MEASURE. Med Care 1981; 19: 787 - 805.
- 9.- Ellwood PM. OUTCOME MANAGEMENT A TECHNOLOGY OF PATIENT EXPERIENCE.
N. Eng J Med. 1988; 318: 1549.
- 10.- Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spigelhater D et al. QUALITY OF LIFE MEASURES IN HEALTH CARE I . Application and issues in assessment. BJM 1992; 305 : 1074-77.
- 11.- Jacobson A. MD, Groot M. EDM, Samson J. PhD. THE EVALUATION OF TWO MEASURES QUALITY OF LIFE IN PATIENT WITH I AND TYPE II DIABETES. Diabetes care 1994; 17 : 267-74.

- 12.- Spilker B, Molinek F, Johnston, Simson RL, Tilson HH. QUALITY OF LIFE BIBLIOGRAPHY AND INDEXES. *Med Care* 1990; 28 (supp) DSI-77.
- 13.- The Diabetes Control and complication Trial (DCCT) . DESIGN AND METHODOLOGIC CONSIDERATION FOR THE FESEABILITY PHASE. *Diabetes Care* 1986; 35 : 530-45.
- 14.-The DCCT Research group. RELIABILITY AND VALIDITY, DIABETES QUALITY OF LIFE MEASURES FOR THE DIABETES CONTROL AND COMPLICATION. *Diabetes Care* 1988; II: 725-32.
- 15.- HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE MEASURES-UNITED STATES 1993 MMWR 1995; 44: 195-200.
- 16.- Fletcher A, Gore S, Jones D, Fitzpatrick R, Spiegel D et al. QUALITY OF LIFE MEASURE IN HEALTH CARE ii. Design, analysis and interpretation. *BJM* 1992; 305: 1145-48.
- 17.- Guyatt G. MD , Feeny D. PhD, Patrick D. PhD, MEASURING HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE. *Ann Intern Med* 1993; 118 : 662-29.
- 18.- Parkerson G. MD, Coonis R. PhD, Broadhead W. MD, Patrick D. PhD, Taylos T. MD, DISEASE SPECIFIC VERSUS GENERIC MEASUREMENT OF HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE IN INSULIN DEPENDENT DIABETIC PATIENTES. *Med Care* 1993; 629-39.
- 19.- Bellamy N. PROGNOSIS IN RHEUMATOID ARTHRITIS. *J. Rheumatol* 1991; 18: 1277.
- 20.- Meenan RF, Kazis EL, Anderson JJ. THE STABILITY OF HEALTH STATUS IN RHEUMATOID ARTHRITIS: A five year study of patient with established disease. *AJPH* 1988; 78: 1484.
- 21.- Fitzpatrick R, Newman S, Archer R, Shipley M. SOCIAL RELATIONSHIP AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING IN RHEUMATOID ARTHRITIS. *Soc Sci Med* 1990; 33: 605.
- 22.-Fitzpatrick R, Newman S, Archer R, Shipley M. SOCIAL SUPPORT DISABILITY AND DEPRESSION : A longitudinal study of Rheumatoid Arthritis. *Soc Sci Med* 1988; 27:399.
- 23.- Fraga A: INVALIDEZ POR ENFERMEDADES REUMATICAS : Causas, tratamiento y reoercusión socioeconómica. *Gac Med Mex* 1982; 118:5.

- 24.- Williams RC. PSYCHIATRIC AND PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF RHEUMATOID ARTHRITIS: Rheumatoid Arthritis us a systemic disease serie: Major problems in Internal Medicine. Saunders , Vol IV, 1978; 218.
- 25.- Manne SL, Zautra AJ. SPOUSE CRITICISM AND SUPPORT: The association with coping and Psychological ajustement among women with Rheumatoid Arthritis. J pers Soc Pycol 1989; 2: 266.
- 26.- Dunn S, Turtle J. THE MYTH OF THE DIABETIC PERSONALITY. Diabetes Care 1981; 4: 640-46.
- 27.- Orlandini A, Pasture M, Fossati A, Clerici S, Sergi A et al. EFFECT OF PERSONALITY ON METABOLIC CONTROL IN IDDM PATIENT. Diabetes Care 1995;18: 206-8.
- 28.- Lloyd L, Matthews K, Wing R, Orchard T. PSYCHOSOCIAL FACTOR AND COMPLICATION OF IDDM. (The Pittsburgh epidemiology of Diabetes complication study VIII). Diabetes Care 1992; 15: 166-72.
- 29.- Jacobson Alan. DEPRESION AND DIABETES . Diabetes care 1993; 16: 1621-23.
- 30.- Lara MC, Ontiveros M, Berlanga C, De La Fuente J.R. DIFERENCIAS ENTRE LA CRISIS DE ANGUSTIA Y ANSIEDAD GENERALIZADA EN LA ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD. Salud Mental 1989, II: 7-10.
- 31.- Torres C, Malpica H. Soto O. VALIDEZ Y REPRODUCTIBILIDAD DEL INVENTARIO PARA LA DEPRESION DE BECK EN UN HOSPITAL DE CARDIOLOGIA. Salud Mental 1991; 14: 1-6.
- 32.- Cassileth B, Lusk E, Strouse T, Miller D, Brown L et al. PSICHOSOCIAL STATUS IN CHRONIC ILLNES. N. Engl J Med 1984; 311:506-11.
- 33.-Moosa A, Robson M, Schimpff J. COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF ONCOLOGY. Williams and Wilkins. Baltimore 1989 pag 67.
- 34.- Mackenzie C, Charlson E, Digoia D, Kelley K. A PATIENT SPECIFIC MEASURE OF CHANGE IN MAXIMAL FUNCTION. Arch Intern Med 1986; 146: 1325-29.

- 35.- Liberates P, Link B, Kelsey J. THE MEASUREMENT OF SOCIAL CLASS IN EPIDEMIOLOGY. *Epidemiol Rev* 1988;10:87-121.
- 36.- Pinakova A, Osecka L. MARITAL SATISFACTION IN NEUROTIC PATIENT. *Cesk Psychiatr* 1994 (abs) ; 90:158.
- 37.- William SE. THE IMPACT OF APHASIA ON MARITAL SATISFACTION. *Arch Phys Med Rehabil* 1993; 74: 361-7.
- 38.- Peter LC, Stambrook M, Moore AD, Zubeck E, Dubo H et al. DIFFERENTIAL AFFECTS OF SPINAL CORD INJURY ON MARITAL ADJUSTEMENT. *Brain Inj* 1992; 6: 461.
- 39.- Yates BC, Booton-Hijer DA: COMPARASION OF PSYCHOLOGYC STRESS RESPONSES IN PATIENTS AND SPOUSES TEN WEEKS AFTER CARDIAC ILLNESS EVENT. *Prog Cardiovasc Nurs* 1992;7:25.
- 40.-Rollin BC, Cannon KL.. MARITAL SATISFACTION OVER THE FAMILY CYCLE , A REEVALUATION. *Mar Fam* 1974; 36: 271.
- 41.-Burguess EW, Walloin . PREDICTIN ADJUSTEMENT IN MARRIAGE FROM ADJUSTEMENT IN ENGAGED. *Am J Soc* 1994; 49:324.
- 42.- Pick S, Andrade P. DESARROLLO Y VALIDACION DE LA ESCALA DE SATISFACCION MARITAL. *Psiquiatria* 1988;1:9-20.
- 43.- Dusbach E . CAN QUALITY CARE BE PLANNED ?. *Diabetes Care* 1994;17: Supplement 1: 18-21.
- 44.- Testa M, Simonson D. ASSESMENT OF QUALITY OF LIFE OUTCOME. *N. Engl J. Med* 1996; 334: 385-40.
- 45.-national Diabetes data Group. CLASSIFICATION AND DIAGNOID OF DIABETES MELLITUS AND OTHER CATEGORIES OF GLUCOSE INTOLERANCE. *Diabetes* 1979; 28: 1039.
- 46.- Word Health organization, EXPERT COMMITTE OF DISBETES MELLITUS. Second Report, Genova WHO, 1985. Technical report series. 727;1.

47.- Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA et al. THE AMERICAN RHEUMATISM ASSOCIATION 1987. Revised Criteria for the classification of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheum* 1988; 31:315.

48.- Peer review in ambulatory care. Chapter III. OUTCOME AND ADHERENCE TO CONSENSUS CRITERIA. *MEDICAL CARE* 1979; 17: sUPP: 36-73.

49.- Segal P, Triester G, Malon M et al. THE PREVALENC3E OF DIABETIC RETINOPATHY : Effect of sex, age, duration of disease and mode of therapy. *Diabetes Care* 1983;6:149.

50.- Mogensen CE, Christensen CK, Christensen JS et al. EARLY GLOMERULAR HIPERFILTRATION IN INSULIN-DEPENDENT DIABETIC AND LATE NEPHROPATHY . *Scand Clin Lab Invest* 1986; 46: 201.

51.- CONSENSUS STATEMENT; Standarized mesure in Diabetic neuropathy. *Diabetes Care* 1992; 16(suppl 2); 82.

52.- Kaiser FE, Korenman SG: IMPOTENCE IN DIABETIC MEN. *Am J. Med* 1988;85 (suppl 5a):14

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA.
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION CLINICA.
CALIDAD DE VIDA EN SUJETOS MEXICANOS CON DMNID.**

HOJA CONCENTRADORA DE DATOS CLINICOS.

FICHA DE IDENTIFICACION:

Nombre-----Edad-----Sexo-----
Afiliaçi3n-----Direcci3n-----
-----CP-----Tel.-----
Lugar de nacimiento-----Ocupaci3n-----
Estado civil-----Tiempo de matrimonio o uni3n libre-----
Si es viudo o divorciado, cuanto tiempo despu3s del diagn3stico de la enfermedad-----
Escolaridad en a3os:-----
Tabaquismo-----Alcoholismo-----
Tipo de Diabetes-----
Tiempo de evoluci3n en a3os-----
Curso de la Diabetes Mellitus-----
Tratamiento actual y tiempo del mismo-----
Tratamiento anterior y tiempo de uso-----
Adherencia al tratamiento: Buena----- Regular----- Mala-----
Tres 3ltimas determinaciones de glucemias A-----B-----C-----
Ultima hemoglobina glucosilada-----
Enfermedades concomitantes al momento de la entrevista-----

Tratamiento de las enfermedades concomitantes-----

I: OFTALMOPATIA:

. Catarara-----Leve-----Moderada-----Severa-----
. Retinopatía-----Proliferativa-----No proliferativa-----

. Disminución de la agudeza visual-----Distancia en pies-----

2: NEFROPATIA: . T/A-----

. Proteinuria en gr-----

. Urea-----Creatinina-----Depuración de creatinina en orina de 24 hr-----

. Edema-----

3: NEUROPATIA: . Sensitiva distal-----

. Ulcera plantar-----

. Autonómica : A) Disfunción eréctil-----

B) Diarrea crónica-----

C) Hipotensión Ortostática-----

D) Cambios ECG-----

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA.
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION MEDICA.**

CONTROLES SANOS.

HOJA CONCENTRADORA DE DATOS CLINICOS.

FICHA DE IDENTIFICACION:

Nombre-----Edad-----Sexo-----
Afiliación-----Dirección-----
-----CP-----Tel.-----
Lugar de nacimiento-----Ocupación-----
Estado civil-----Tiempo de matrimonio o unión libre-----
Tiempo de viudez o divorcio-----
Escolaridad en años-----

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA.
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION MEDICA.**

HOJA CONCENTRADORA DE DATOS CLÍNICOS.

ARTRITIS REUMATOIDE:

FICHA DE IDENTIFICACION:

Nombre-----Edad-----Sexo-----
Afiliacion-----Dirección-----
-----CP-----Tel.:-----
Lugar de nacimiento-----Ocupación-----
Estado civil-----Tiempo de matrimonio o unión libre-----
Si es viudo o divorciado, cuanto tiempo después del diagnóstico de la enfermedad-----
Escolaridad en años:-----
Tiempo de evolución en años-----
Tratamiento actual y tiempo de uso-----

Tratamiento previo y tiempo de uso-----

Enfermedades concomitantes al momento del diagnóstico-----

Tratamiento de las enfermedades concomitantes-----
Grado Radiológico-----
Etapa Clínica-----

ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD.

No de proyecto-----No expediente-----

Puntuación: -----

CODIGO: 0= Ausente 1= Intensidad leve 2= Intensidad media 3= Intensidad severa 4= Incapacitante.

- 1.----- ESTADO ANSIOSO: Preocupaciones, temor a que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.
- 2.----- TENSION: Sensación de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblor, sensación inquietud y no poder estar en un solo lugar, imposibilidad para relajarse.
- 3.----- TEMORES: A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a la multitud.
- 4.----- INSOMNIO: Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio con cansancio al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.
- 5.----- FUNCIONES INTELECTUALES: Dificultad para concentración, mala memoria.
- 6.----- HUMOR DEPRESIVO: Falta de interés, falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertar ansioso, variaciones de humor durante el día.
- 7.----- SINTOMAS SOMATICOS: Dolores y cansancio muscular, espasmos musculares o calambres, rigidez, tics, rechinar los dientes, voz poco firme, tono muscular aumentado.
- 8.----- SINTOMAS SOMATICOS GENERALES: Zumbido de oídos, visión borrosa, escalofríos, sensación de debilidad, hormigueo, bochornos.
- 9.----- SINTOMAS CARDIOVASCULARES: Taquicardia, palpitaciones, dolor de pecho, sensación de desmayo, arritmias.
- 10.----- SINTOMAS RESPIRATORIOS: Opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea.
- 11.----- SINTOMAS GASTROINTESTINALES: Dificultad para deglutir, flatulencias, dolor abdominal, sensación de ardor, plenitud abdominal, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, estreñimiento.
- 12.----- SINTOMAS GENITOURINARIOS: Urgencia para orinar, micciones frecuentes, amenorrea, menstruación dolorosa, eyaculación precoz, bajo deseo sexual, impotencia.
- 13.----- SISTEMA VEGETATIVO: Boca seca, rubor de mejillas, palidez, vértigo, traspiración excesiva, cefalea, piel de gallina.
- 14.----- COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA: Inquietud, impaciencia, intranquilidad, temblor de manos, ceño fruncido, facie tensa, suspiros o respiración rápida, tragar saliva, eructos, tics.

APENDICE 3.

INVENTARIO DE BECK.

NUMERO DEL PROYECTO-----

No EXPEDIENTE:-----

LEA CUIDADOSAMENTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA QUE MEJOR ESCRIBA SU ESTADO DE ANIMO, EN LAS ULTIMAS 2 SEMANAS.

1.- SE HA SENTIDO TRISTE:

- no
- no más que antes
- más que antes
- mucho más que antes.

2.- SE HA SENTIDO DESANIMADO:

- no
- no más que antes
- más que antes
- mucho más que antes..

3.- HA SENTIDO QUE HA FRACASADO:

- no
- no más que antes
- más que antes
- mucho más que antes.

4.- SE SIENTE INSATISFECHO Y NO OBTIENE SATISFACCION:

- no
- no más que antes
- más que antes
- mucho más que antes-.

5.- SE SIENTE CULPABLE:

- no
- no más que antes
- más que antes
- mucho más que antes.

6.- SIENTE QUE ESTA SIENDO CASTIGADO:

-----no

-----no más que antes

-----más que antes

-----mucho más que antes.

7.- SE SIENTE DECEPCIONADO DE USTED MISMO.

-----no

-----no más que antes

-----más que antes

-----mucho más que antes.

8.- SIENTE QUE ES PEOR QUE OTRAS PERSONAS Y SE CRITICA POR SUS DEBILIDADES Y ERRORES.

-----no

-----no más que antes

-----más que antes

-----mucho más antes.

9.- HA TENIDO IDEAS O PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA:

-----no

-----no más que antes

-----más que antes

-----las tiene actualmente y si las llevará acabo.

10.- HAS LLORADO MAS DE LO USUAL:

-----no

-----no más que antes

-----más que antes

-----no puede llorar aunque quiera.

11.- SE HA SENTIDO MAS IRRITABLE DE LO HABITUAL.

-----no

-----no más que antes

-----más que antes

-----mucho más que antes.

12.- HA PERDIDO EL INTERES POR OTRAS PERSONAS:

-----no

-----no más que antes

-----más que antes.

-----ha perdido totalmente el interés por los demás.

13.- HA TOMADO DECISIONES TAN BIEN COMO SIEMPRE:

-----si

-----evita tomar decisiones

-----tiene dificultades para tomar decisiones

-----no puede tomar ninguna decisión.

14.- SIENDE QUE HA HABIDO CAMBIOS EN LA IMAGEN DE SU CUERPO:

-----no

-----no más que antes

-----más que antes

-----mucho más que antes.

15.- PUEDE CONCENTRARSE PARA REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD COMO HABITUALMENTE:

-----si

-----realiza algún esfuerzo especial para concentrarse

-----tiene que tener mucho ánimo para hacerlo.

-----no puede hacer ningún trabajo.

16.- PUEDE DORMIR TAMBIEN COMO SIEMPRE:

-----si

-----no tan bien como antes

-----despierta y le cuesta trabajo volver a dorm,ir

-----no puede dormir más de 6 horas.

17.- SE CANSA MAS DE LO NORMAL. AL HACER ALGUNA ACTIVIDAD:

-----no

-----no más que antes

-----se cansa de hacer cualquier cosa

-----se cansa tanto que no puede hacer nada.

18.- HA TENIDO LAS MISMA GANAS DE COMER QUE ANTES:

-----si

-----el apetito no es tan bueno como siempre

-----el apetito es deficiente

-----no tiene apetito.

19.- HA PERDIDO PESO EN ESTOS ULTIMOS DIAS:

-----no

-----ha perdido más de 2 y medio kilos.

-----ha perdido más de 5 kg

-----ha perdido más de 7 kg.

20.- SU SALUD LE INTERESA IGUAL QUE ANTES:

-----sí

-----no más que antes

-----más de lo usual

-----mucho más de lo usual.

21.- HA PERDIDO EL INTERES POR EL SEXO:

-----no

-----no más que antes.

-----más que antes

-----mucho más que antes.

APENDICE 4.

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE SATISFACCION MARITAL.

El Departamento de Medicina Interna del HECMR, está interesado en conocer diversos aspectos de la vida de nuestros pacientes, con el fin de poder ayudarles en todas las esferas posible. El siguiente cuestionario trata sobre algunos aspectos de la vida en pareja, le suplicamos sea sincero en sus respuestas y le aseguramos que la información obtenida es estrictamente confidencial.

Gracias por su cooperación.

Número de proyecto -----No expediente clínico-----

A Continuación se presenta una lista de afirmaciones con tres posibles opciones de respuesta, por favor contestela con toda la libertad y siceridad.

Me gustaría que fuera muy diferente (3)
Me gustaría que fuera algo diferente (2)
Me gustaría tal cual es ahora (1)

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 1. La decisión acerca de como gastar el dinero..... | 1 | 2 | 3 |
| 2. El tiempo que mi conyuge dedica a nuestro matrimonio..... | 1 | 2 | 3 |
| 3. El interés que mi cónyuge demuestra a mis actividades..... | 1 | 2 | 3 |
| 4. L atención que mi cónyuge pone a su apariencia..... | 1 | 2 | 3 |
| 5. La frecuencia con la que mi cónyuge me dice algo bonito..... | 1 | 2 | 3 |
| 6. El grado al cual mi cónyuge me atiende..... | 1 | 2 | 3 |
| 7. La dedicación que mi cónyuge le da a mantener las cosas
limpias y en orden..... | 1 | 2 | 3 |
| 8. La frecuencia con la que mi cónyuge me abraza..... | 1 | 2 | 3 |
| 9. La atención que mi cónyuge pone a mi apariencia..... | 1 | 2 | 3 |
| 10. El tiempo en que mi cónyuge dedica a sus amigos..... | 1 | 2 | 3 |
| 11. La comunicación con mi cónyuge..... | 1 | 2 | 3 |
| 12. La conducta de mi cónyuge enfrente de otras personas..... | 1 | 2 | 3 |
| 13. El tiempo que dedica mi cónyuge a su trabajo..... | 1 | 2 | 3 |
| 14. La forma en que me pide que tengamos relaciones sexuales..... | 1 | 2 | 3 |
| 15. El manejo del dinero de mi cónyuge..... | 1 | 2 | 3 |
| 16. Las relaciones que mi cónyuge tiene con su familia..... | 1 | 2 | 3 |
| 17. Las relaciones que mi cónyuge tiene con mi familia..... | 1 | 2 | 3 |

18. El tiempo que dedica a si mismo.....	1	2	3
19. El tiempo que dedica a mi.....	1	2	3
20. El tiempo que dedica a mi familia.....	1	2	3
21. La forma como se porta cuando esta triste-----	1	2	3
22. La forma como se porta cuando esta enojado.....	1	2	3
23. La forma como se comporta cuando esta preocupado.....	1	2	3
24. La forma como se comporta cuando esta de mal humor.....	1	2	3
25. La forma como se organiza mi cónyuge.....	1	2	3
26. Las prioridades que mi cónyuge tiene con la vida.....	1	2	3
27. La forma como pasa su tiempo libre.....	1	2	3

ESCALA DE SATISFACCION MARITAL.

28. La reacción de mi cónyuge cuando no quiero tener relaciones sexuales.....	1	2	3
29. La puntualidad de mi cónyuge.....	1	2	3
30. El cuidado que mi cónyuge le tiene a la salud.....	1	2	3
31. El interés que mi cónyuge tiene en lo que yo hago.....	1	2	3
32. La tolerancia que mi cónyuge me tiene.....	1	2	3
33. Las restricciones que mi cónyuge me impone.....	1	2	3
34. 34. El tiempo en que pasamos juntos.....	1	2	3
35. La frecuencia con la que discutimos.....	1	2	3
36. La forma en la que mi cónyuge trata de solucionar los problemas.....	1	2	3
37. Las reglas que hace mi cónyuge para que se sigan en casa.....	1	2	3

APENDICE 5.

ESCALA DE DESEMPEÑO FUNCIONAL DE KARNOKSKY.

GRADO	KARNOFSKY	ESTADO.
0 sin habituales	90-100	Totalmente activo, capaz de realizar restricción sus actividades hasta antes de enfermarse.
1 actividad de naturaleza ligero	70-80	Tiene restricción para realizar física forzada. Ambulatorio y capaz de realizar trabajo ligero o de sedentaria , ej.: Trabajo casero trabajo de oficina.
2 si fuera del	50-60	Ambulatorio y capaz de valerse por mismo, pero es incapaz de realizar cualquier actividad laboral. Está de la cama y despierto más del 50% tiempo de vigila.
3 tiem sen	30-40	Tiene limitación para valerse por si mismo, se pasa más del 50% del po de vigilia confinado a su cama o tado.
4 todo el	10-20	Totalmente incapacitado. No puede valerse por si mismo, permanece tiempo confinado a la cama.
5		Muerto.

APENDICE 6.

CUESTIONARIO SOCIOECONOMICO.

Número de proyecto-----No expediente clínico-----
Ocupación actual-----
Ocupación anterior-----
El cambio fue ocasionado por su enfermedad-----
Si no trabaja actualmente, el problema es DMNID o AR como causa: si-----no-----
El desempleo es parcial -----permanente-----

EN RELACION AL ULTIMO AÑO : (Anotar el número).

1) Cuantas consultas médicas recibió usted durante el último año debido a su problema de DM o AR?

En el hospital-----

Interconsultas a Gastro-----Oftalmo-----Ortopedia-----Angiología-----

Neurología-----Endocrinología-----Otras-----

Fisioterapia-----uno o varios esquemas.

Con un particular-----costo de la consulta-----

A domicilio-----costo de la consulta-----

2) Cuantas veces tuvo que ser hospitalizado durante el último año debido a la DM o AR?

Médico-----Quirúrgico -----Tipo

Cuantos días?-----particular-----HG-----

Cuanto gasto por sus internamientos (s) ?-----

3) Cuantas radiografías tuvo que tomarse durante el último año debido a su problema de AR o DM
especifique cuales y el número de cada una.

4) Cuantos exámenes de laboratorio tuvo que tomarse durante el último año debido a su problema de DM o AR?

Muestras de sangre-----orina-----

Cuanto gasto en exámenes de laboratorio al año?-----

BH-----QS-----EGO-----VSG-----FR-----PFH-----

Hemoglobina glucosilada-----Sialografías-----EMG-----

Biopsias-----otros-----

5) Ha tenido que gastar en aparatos ortopédicos? si-----no-----tipo y costo-----

(Plantillas, muletas, sillas de ruedas, bastón).

6) Cuantos días tuvo que incapacitarse de su trabajo (si tiene un trabajo remunerado) durante el último año
debido a la AR o DM ?. Total-----

Días en que no pudo trabajar (subempledo) por su DM o AR?-----

7) Que medio de transporte utiliza para acudir a sus consultas médicas ?.

Transporte público-----Tipo y costo por consulta:

Metro-----taxi-----Camión o micro-----

Transporte privado-----

Tiene que venir acompañada (o) a la consulta?

Gasto por trasportación del acompañante-----

8) Aproximadamente a cuando asciende su ingreso familiar promedio mensual?.

A) Personal-----B) Familiar-----

Es usted el sostén económico de su familia?-----

Cuantos dependen de usted?-----

9) Tiene usted derecho a:

IMSS_____ISSSTE_____PEMEX_____

BANCO_____OTROS_____

10) Por falta de dinero durante este año:

a) Falto usted a sus consultas ?

si-----cuantas-----

b) No se realizó exámenes de laboratorio o RX?

si-----cuantas.....

c) No tomó los medicamentos.

si-----Cuales?-----

Cuanto tiempo ?-----

CUADRO 1.

VALOR DEMOGRAFICO	DMNID	AR	SANOS
Edad en años.	53.10	46.98	39.38
Sexo en %			
Hombres.	44	16	42
Mujeres.	56	84	58
Escolaridad años promedio.	7.27	6.80	13.66
Tiempo de evolución de la enfermedad años	1.54	1.51	--
Número de estado comorbidos al momento de la encuesta.	3.27	4.95	--
ESTADON CIVIL:			
Casados.	16	14	10
Solteros.	18	12	17
Divorciados.	12	15	12
Unión Libre .	0	5	9
Viudos.	4	4	2
Tiempo de matrimonio en años promedio .	25.4	21.80	10.64
Número de hijos.	2.83	2.52	2.16.

CUADRO 2.**CORRELACIÓN ENTRE LOS GRUPOS EN ESTUDIO CON LAS VARIABLES DEPENDIENTES.**

VARIABLE	DMNID	AR	SANOS
ANSIEDAD 1	5 (10%)	9 (18%)	15 (30%)
2	33 (66%)	19 (38%)	30 (60%)
3	11 (22%)	18 (36%)	5 (10%)
4	1 (2%)	4 (8%)	-
5	--	--	--
VALOR DE P:	NS	NS	<0.05

1=ausente, 2= leve, 3=moderado 4=severo 5= incapacitante.

VARIABLE	DMNID	AR	SANOS
DEPRESION			
1	16 (32%)	17 (34%)	29 (58%)
2	9 (18%)	7 (14%)	21 (42%)
3	9 (18%)	5 (10%)	0
4	11 (22%)	13 (26%)	0
5	4 (8%)	7 (14%)	0
6	0	0	0
VALOR DE P:	NS	NS	NS

1=Ausente, 2=leve, 3=Intermitente, 4=Moderada. 5=Grave, 6= Extrema.

KARNOFSKY			
0	37 (74%)	15 (30%)	50 (100%)
1	11 (22%)	16 (32%)	0
2	2 (4%)	19 (38%)	0
3	--	--	--
4	--	--	--
5	--	--	--
VALOR DE P:	<0.05	<0.05	<0.05

0=Normal, 1=Actividad normal con esfuerzo, 2=Requiere ayuda, 3= Inválido 4=moribundo 5=Muerto.

SATISFACCION MARITAL

BUENA	37 (74%)	26 (52%)	34 (74%)
REGULAR	11 (22%)	13 (26%)	15 (30%)
MALA	2 (4%)	11 (22%)	1 (2%)
VALOR DE P:	NS	NS	NS

ESTADO ECONOMICO.

I	31 (62%)	38 (76%)	8 (16%)
II	13 (26%)	7 (14%)	28 (56%)
III	5 (10%)	2 (4%)	14 (28%)
IV	1 (2%)	3 (6%)	0
VALOR DE P:	NS	<0.05	NS

I= 1 SM , 2=2 a 4 SM, 3=4 a 6 SM, 4=>6SM..

CUADRO 3.

CORRELACION DE LA DMNID Y SUS VARIABLES INFERENCIALES VS VARIABLES DEPENDIENTES.

	ANSIEDAD	DEPRESION	KARNOFSKY	ESE	ESM
TIEMPO DE EVOLUCION					
<10*	64	64	69.4	58	60
10 A 15*	16.7	18	10.2	32	21
>15*	18.8	18	20.4	10	19
VALOR DE P:	NS	NS	<0.05	<0.05	NS
CURSO					
BUENO	45.8	46	46	46	46
MALO	54.2	54	54	54	54
VALOR DE P:	NS	NS	NS	NS	NS
ADHERENCIA					
BUENA	29.2	30	13	18	30
REGULAR	64.6	62	81	72	62
MALO	6.3	8	6	10	8
VALOR DE P:	NS	NS	<0.05	NS	NS
TIPO DE TRATAMIENTO.					
INSULINA	16.7	18	18	18	18
HIPOGLUCEMIANTE O.	79.2	76	76	76	76
VARIOS	4.2	6	6	6	6
VALOR DE P:	NS	NS	NS	NS	NS
TIEMPO DE TRATAMIENTO.					
<5*	45.8	46	46	46	46
5 A 10*	18.8	18	18	18	18
10 A 15*	16.7	18	18	18	18
>15*	18.8	18	18	18	18

VALOR DE P:	NS	NS	NS	NS	NS
ESTADOS COMORBIDOS					
1 A 2	91.9	97.2	97.3	97.3	97.3
>2	8.1	2.7	2.7	2.7	2.7
VALOR DE P:	NS	NS	NS	NS	NS
NEUROPATIA					
SI	47.9	46	46	46	46
NO	52.1	54	54	54	54
VALOR DE P:	<0.05	NS	NS	NS	NS
OFTALMOPATIA.					
SI	52.1	52	52	52	52
NO	47.9	48	48	48	48
VALOR DE P:	NS	NS	NS	NS	NS

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CUADRO 3 CONT.

VARIABLE ANSIEDAD DEPRESION KARNOFSKY ESE ESM

NEFROPATIA.

SI	62.5	64	64	64	64
NO	37.5	36	36	36	36

VALOR DE P: <0.05 NS NS NS NS

DISFUNCION ERECTIL.

SI	47.6	45.5	45.5	45.5	45.5
NO	52.4	54.5	54.5	54.5	54.5

VALOR DE P: NS NS NS NS NS

CUADRO 4.

ARTRITIS REUMATOIDE ETAPA CLINICA.

ETAPA I: 12 (24%)

ETAPA II: 18 (36%)

ETAPA III: 17 (34%)

ETAPA IV: 3 (6%)

CUADRO 5.

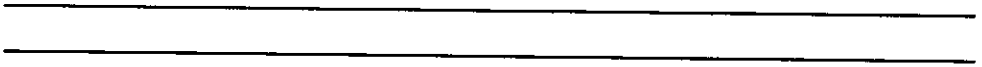
ARTRITIS REUMATOIDE ETAPAS CLINICAS CORRELACION CON VARIABLES DEPENDIENTES.

ETAPA	I	II	III	IV	TOTAL
ANSIEDAD 1	2	3	3	0	8 (16%)
2	6	5	8	1	20(40%)
3	4	7	6	1	18(36%)
4	0	3	0	1	4 (8%)
VALOR DE P:	NS	NS	NS	NS	NS
DEPRESION 1	6	5	6	0	17 (34%)
2	1	4	4	4	7 (14%)
3	1	7	7	0	15 (30%)
4	1	5	0	2	8 (16%)
5	0	0	1	0	1 (2%)
VALOR DE P:	NS	NS	NS	NS	NS
KARNOFSKY					
I	12	3	0	0	15 (30%)
II	0	15	1	0	16 (32%)
III	0	0	17	2	19 (38%)
IV	--	--	--	--	--
V	--	--	--	--	--
VALOR DE P:	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05
ESTADO ECONOMICO					
1	5	16	14	2	37 (74%)
2	4	1	2	0	7 (14%)
3	1	0	2	0	3 (6%)
4	2	1	0	0	3 (6%)

VALOR DE P: <0.05 <0.05 <0.05 <0.05 <0.05

SATISFACCION MARITAL

1	5	10	9	1	25 (50%)
2	2	7	5	0	14 (28%)
3	5	2	3	1	11 (22%)
VALOR DE P:	NS	NS	NS	NS	NS



CUADRO 6.

ESCALA DE SATISFACCION MARITAL (SUBESCALAS)

VALOR DEMOGRAFICO	SIS	SES	SEC	ESM
SEXO				
HOMBRE	67.58	63.08	64.81	57.30
MUJERES	78.56	81.24	80.30	84.87
VALOR DE P:	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

SIS: Interacción conyugal, SES: Interacción emocional, SEC: Estructurales conyugales

ESM: Escala de satisfacción marital.

ESM

GRUPOS

DMNID	67.91	57.09	58.83	61.84
AR	82.55	85.50	84.30	88.47
SANOS	74.69	82.65	82.06	76.19
VALOR DE P:	NS	<0.05	<0.05	<0.05

CUADRO 7.

SEXO EN CORRELACION CON LOS GRUPOS EN ESTUDIO Y LAS VARIABLES DEPENDIENTES.

SEXO Y ANSIEDAD

DMNID

MASCULINOS	1:4 (8%)	FEMENINOS	1:1 (2%)
	2:13 (26%)		2:20 (40%)
	3:5 (10%)		3:6 (12%)
	4:0		4:1 (2%)
VALOR DE P:	NS		NS

AR

MASCULINO	1:1 (2%)	FEMENINOS	1:8 (16%)
	2:4 (8%)		2:15 (30%)
	3:1 (2%)		3:17 (34%)
	4:2 (4%)		4:2 (4%)
VALOR DE P:	NS		NS

SANOS

MASCULINO	1:5 (10%)	FEMENINOS	1:10 (20%)
	2:13 (26%)		2:17 (34%)
	3:3 (6%)		3:2 (4%)
	4:0		4:0
VALOR DE P:	NS		NS

SEXO Y DEPRESION.

DMNID

MASCULINOS 1:11 (22%)
2:2 (4%)
3:2 (4%)
4:5 (10%)
5:2 (4%)
6:0

FEMENINOS: 1:5 (10%)
2:7 (14%)
3:7 (14%)
4:6 (12%)
5:2 (4%)
6:0

VALOR DE P: NS

NS

AR

MASCULINOS: 1:2 (4%)
2:0
3:2 (4%)
4:3 (6%)
5:1 (2%)
6:0

FEMENINOS: 1:15 (30%)
2:7 (14%)
3:3 (6%)
4:10 (20%)
5:6 (12%)
6:0

VALOR DE P: NS

NS

CONT CUADRO 7.

SANOS

MASCULINOS 1:10 (20%)
2:11 (22%)
3:0
4,5,6 :0

FEMENINOS 1:19 (38%)
2:10 (20%)
3:0
4,5,6:0

VALOR DE P: NS

NS

SEXO Y KARNOFSKY

DMNID

MASCULINOS 1:17 (35%)
2:3 (6%)
3:2 (4%)

FEMENINOS 1:20 (40%)
2:8 (16%)
3:0

VALOR DE P: NS

NS

AR

MASCULINOS	1:0	FEMENINOS	1:15 (30%)
	2:3 (6%)		2:13 (26%)
	3:5 (10%)		3:14 (28%)
VALOR DE P:	<0.05		<0.05

SANOS

MASCULINOS	1::21 (42%)	FEMENINOS	1:29 (58%)
	2,3:0		2,3:0
VALOR DE P:	NS		NS

ESTADO ECONOMICO Y SEXO.

DMNID

MASCULINOS	1:14 (28%)	FEMENINOS	1:17 (34%)
	2:7 (14%)		2:6 (12%)
	3:0		3:5 (10%)
	4.1 (2%)		4:0
VALOR DE P:	NS		NS

AR

MASCULINOS	1:7 (14%)	FEMENINOS	1:31 (62%)
	2:1 (2%)		2:6 (12%)
	3:0		3:2 (4%)
	4:0		4:3 (6%)
VALOR DE P:	NS		NS

SANOS

MASCULINOS	1:4 (8%)	FEMENINOS	1:4 (8%)
	2:12 (24%)		2:16 (32%)
	3:5 (10%)		3:9 (18%)
	4:0		4:0
VALOR DE P:	NS		NS

CONT CUADRO 7.

ESM Y SEXO.

DMNID

MASCULINOS	1:17 (34%)	FEMENINOS	1:20 (40%)
	2:4 (8%)		2:7 (14%)
	3:1 (2%)		3:1 (2%)
VALOR DE P:	NS		NS

AR

MASCULINOS	1:5 (10%)	FEMENINOS	1:21 (42%)
	2:3 (6%)		2:10 (20%)
	3:1 (2%)		3:11 (22%)
VALOR DE P:	<0.05		<0.05

SANOS

MASCULINOS	1:16 (31%)	FEMENINOS	1:18 (36%)
	2:5 (10%)		2:10 (20%)
	3:0		3:1 (2%)
VALOR DE P:	NS		NS

