

TRABAJO FIN DE GRADO:

“COMPARACIÓN DE LA REPERCUSIÓN EN EL ÁREA PSICO-SOCIAL DE UNA ENFERMEDAD INMUNOMEDIADA CON AFECTACIÓN SISTÉMICA, FRENTE A LA DE UNA ENFERMEDAD CON AFECTACIÓN ÓRGANO-ESPECÍFICA”



AUTOR: CARMEN ARÉVALO CASTILLO

TUTOR: LUIS CORRAL GUDINO

Universidad de Valladolid

Curso 2024-2025

ÍNDICE:

1. RESUMEN:	2
2. INTRODUCCIÓN:	4
3. OBJETIVOS:	6
3.1 OBJETIVOS GENERALES:.....	6
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	6
4. MATERIALES Y DISEÑO:	6
4.1 DISEÑO:.....	6
4.2 PACIENTES:.....	7
4.3 INSTRUMENTOS:.....	7
4.4 PROCEDIMIENTO:	8
4.5 PLAN DE ANÁLISIS:.....	9
4.5.1 Recogida y tratamiento de los datos	9
4.5.2 Estadística descriptiva	9
4.6 ASPECTOS ÉTICOS:.....	9
5. RESULTADOS:	10
5.1 CARACTERÍSTICAS GLOBALES DE LOS PACIENTES:	10
5.2 RESULTADOS DE SF-36:	11
5.3 RESULTADOS DE SCL-90:.....	12
6. DISCUSIÓN:	14
7. CONCLUSIÓN:	16
8. BIBLIOGRAFÍA:	17

1. RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

Las patologías autoinmunes conllevan una importante afectación psicológica y social en los pacientes, derivada principalmente a su naturaleza crónica, su curso clínico incierto y el requerimiento de tratamientos inmunomodulares agresivos. Estas enfermedades pueden clasificarse en dos grandes grupos: sistémicas, como el Lupus Eritematoso Sistémico, y órgano-específicas, como es la Uveítis inmunomediada.

El Lupus tiene una predisposición en mujeres de edad fértil, cursando con la carga de numerosos síntomas como la fatiga crónica, dolores articulares, afectaciones cutáneas, renales, cardíacas y pulmonares. Un diagnóstico precoz es necesario para evitar el daño acumulativo de estos órganos. La uveítis inmunomediada se caracteriza por presentar enrojecimiento del ojo, dolor, visión borrosa, fotofobia y miodesopsias. Aunque se localiza en la úvea, representa un riesgo significativo de pérdida visual, lo cual genera preocupación y afecta psicológicamente a quienes la padecen.

Aún no se ha determinado con certeza cuál de las dos patologías genera un mayor impacto en la salud mental, ya que en ambas existe una relación estrecha entre la situación clínica y el estado emocional de los pacientes, por lo que el abordaje terapéutico debe ser integral. Con el objetivo de un mejor control de la enfermedad y calidad de vida de los pacientes.

OBJETIVO:

Comparar el impacto psicosocial de una enfermedad con afectación sistémica, Lupus eritematoso sistémico, frente a una enfermedad con afectación órgano-específica, Uveítis inmunomediada, en pacientes con tratamiento inmunosupresor sistémico activo.

MÉTODOS:

Estudio transversal comparativo de pacientes diagnosticados de Lupus eritematoso sistémico, reclutados a través de la Asociación de Enfermedades Autoinmunes de Valladolid, y Uveítis inmunomediada, en el Hospital Universitario Rio Ortega de Valladolid. Los pacientes debían estar actualmente bajo tratamiento inmunomodular activo, incluyendo glucocorticoides, inmunosupresores clásicos o biológicos. Se emplearon como instrumentos los cuestionarios 36-Item Short Form Survey (SF-36) y

Symptom Checklist-90-R (SCL-90), rellenados por los pacientes a partir de Google Forms. El análisis de datos se llevó a cabo con SPSS 21.0 mediante estadística no paramétrica, utilizando mediana, rango intercuartílico y la prueba U de Mann-Whitney en la comparación de variables continuas de ambos grupos. El estudio se desarrolló cumpliendo con la normativa vigente en protección de datos y principios éticos, garantizando el consentimiento informado, la anonimización de la información y la protección de los derechos de los participantes.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Se incluyeron 30 pacientes con LES (mediana de edad 45 años, 100% mujeres) y 20 con Uveítis (56 años, 80% mujeres). En relación con el tratamiento activo: tenían glucocorticoides sistémicos (60% LES, 25% Uveítis), con inmunosupresores (10% LES, 65% Uveítis) y con biológicos (57% LES, 70% Uveítis). Además, el 100% de los pacientes con LES tenían prescrito hidroxicloroquina.

Los datos del cuestionario SF-36, los pacientes con uveítis mostraron mejor calidad de vida con puntuaciones significativamente superiores en todas las escalas, a excepción de salud mental (mediana 60 vs. 54, $p=0,960$). Los ámbitos con mayor afectación en los pacientes con Lupus fueron rol físico (34 vs. 94, $p=<0,001$), dolor corporal (45 vs. 90, $p<0,001$), salud general (25 vs. 48, $p<0,001$), función social (38 vs. 75, $p<0,001$) y rol emocional (54 vs. 100, $p=0,019$). El componente resumen con diferencias más evidentes es el físico (36 vs 80, $p<0,001$), siendo peor en la enfermedad sistémica, probablemente debido a la carga de múltiples síntomas.

En análisis de las respuestas del cuestionario SCL-90 mostraron en los pacientes con LES una afectación significativamente superior en las dimensiones de somatización, obsesiones y compulsiones, sensitividad interpersonal, depresión, ansiedad fóbica y psicoticismo. Mientras que otras dimensiones se vieron afectadas de manera similar en ambos grupos, en la ansiedad, hostilidad, ideación paranoide y adicionales.

La afectación de la salud mental tiene un impacto negativo en la evolución y pronóstico de las enfermedades autoinmunes, tanto sistémicas como órgano-específicas, lo que remarca el requerimiento de introducir intervenciones psicológicas complementarias al tratamiento farmacológico.

CONCLUSIONES:

Los resultados del estudio evidenciaron una mayor carga psicoemocional en los pacientes con LES, probablemente derivada de la afectación multiorgánica y su sintomatología extensa, y no tanto por los tratamientos farmacológicos. No obstante, los pacientes con uveítis mostraron un impacto relevante en la salud mental, especialmente por su amenaza funcional visual.

En ambas patologías presentan relación entre factores emocionales y evolución de la enfermedad, lo que requiere un abordaje multidisciplinar y continuar investigando sobre tratamientos individualizados que reduzcan los brotes y mejoren su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE:

Lupus eritematoso sistémico, Uveítis, calidad de vida, salud mental, estudio comparativo.

2. INTRODUCCIÓN:

Las enfermedades autoinmunes tienen un impacto significativo tanto en el bienestar psicológico como social de los pacientes (1). La carga psicológica de estas enfermedades es considerable al tratarse de enfermedades crónicas con una evolución impredecible. Además, estas enfermedades precisan un seguimiento cercano, con múltiples visitas médicas y un tratamiento intensivo, lo cual condiciona una marcada conciencia de la enfermedad.

Esta afectación psicosocial viene condicionada entre otros factores por la carga de múltiples síntomas generales. En relación con esta afectación sistémica podemos diferenciar dos grupos dentro de las enfermedades autoinmunes:

- Enfermedades que suelen implicar la afectación de múltiples órganos o sistemas y, por tanto, se acompañan con frecuencia de síntomas generales. Dentro de este grupo encontramos como paradigma al Lupus eritematoso sistémico (LES).
- Enfermedades en las que la afectación inmune está dirigida a un órgano o sistema específico con escasa o nula afectación sistémica. Dentro de este grupo podemos incluir las Uveítis inmunomediatas.

El LES es una enfermedad autoinmune multisistémica, crónica y de curso recurrente. Es más frecuente en mujeres jóvenes. Cursa con múltiples síntomas como cansancio, fiebre inexplicable, dolores articulares, eritema en forma de alas, entre otros muchos (2). Se ha demostrado que la afectación renal y cutánea se correlaciona con una calidad de vida deteriorada en los pacientes, mientras que la enfermedad coronaria y pulmonar conlleva un incremento en la mortalidad de estos individuos (3).

Al tratarse de una enfermedad que genera un daño orgánico crónico y acumulativo en numerosos órganos, es necesario un diagnóstico precoz y un tratamiento efectivo. Al tratarse de una enfermedad sin tratamiento curativo, su abordaje requiere un control de los síntomas y de la evolución pudiendo ser necesario el uso de antiinflamatorios, glucocorticoides, inmunosupresores o biológicos según la gravedad del cuadro. (4)

La carga de múltiples síntomas, la lucha constante contra su propio cuerpo y la imprevisibilidad de esta enfermedad, que supone una incertidumbre constante, puede conllevar la aparición de angustia, ansiedad y depresión. Todo esto produce una peor calidad de vida de estos pacientes (5).

La uveítis es una inflamación de la úvea, la capa media del globo ocular. Los síntomas que presenta esta patología son enrojecimiento del ojo, dolor, visión borrosa, fotofobia y miodesopsias, pudiendo llegar a producir una pérdida visual. Su etiología puede ser infecciosa, autoinmune o por traumatismo, aunque en muchos casos es idiopática.(6)

Un diagnóstico y tratamiento precoz es un pilar fundamental para el control de esta enfermedad, para prevenir así la pérdida de visión del paciente. Para la reducción de la inflamación es necesario el uso de corticosteroides tópicos o intraoculares. Además, en las uveítis inmunomediadas puede ser necesario el empleo de inmunosupresores o biológicos (7).

Esta patología supone en los pacientes un estrés y ansiedad debido a la incapacidad visual que provoca, afectando a su calidad de vida (8). Se ha demostrado que existe interacciones causales entre el estrés y la uveítis, en la que el estrés puede ser un factor de riesgo para la aparición de uveítis; o una reacción a los síntomas y limitaciones impuestas por la propia uveítis. Por ello, la evaluación de los cambios en la calidad de vida asociados con el curso clínico de esta patología es imprescindible para mejorar el manejo de la uveítis inmunomediada (9).

Ambas patologías suponen, por tanto, una carga emocional relevante. Sin embargo, no está del todo claro si el impacto sobre la calidad de vida y la salud mental es mayor en pacientes con LES o con uveítis inmunomediada. Esta es precisamente la hipótesis que

plantea este estudio: analizar si existe una diferencia significativa en la afectación psicosocial entre pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas frente a aquellos con enfermedades localizadas, atribuyendo dicha afectación principalmente a la naturaleza de la enfermedad y no tanto al tratamiento inmunosupresor prescrito.

Por todo ello, resulta imprescindible promover un abordaje integral de estas enfermedades, que contemple no solo el tratamiento farmacológico, sino también intervenciones psicológicas orientadas a mejorar la calidad de vida, como las terapias cognitivo-conductuales, centradas en la aceptación y el manejo emocional de la enfermedad (10).

3. OBJETIVOS:

3.1 OBJETIVOS GENERALES:

Comparación del impacto en el área psicosocial entre una enfermedad sistémica, como el Lupus Eritematoso Sistémico, y una patología órgano-específica, como la uveítis inmunomediada, a través del análisis de las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios SF-36 y SCL-90.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Evaluar la carga de síntomas mediante la identificación y comparación de la gravedad, frecuencia y duración de los mismos en ambas enfermedades.
- Analizar el impacto en la salud mental a través de la evaluación de niveles de ansiedad, depresión y otros trastornos psicológicos asociados.
- Estudiar la calidad de vida de los pacientes considerando tanto los aspectos físicos como emocionales que afectan a su bienestar general.
- Identificar áreas con mayor vulnerabilidad psicosocial en ambos grupos, para poder emplear un mejor tratamiento y así conseguir un progreso más favorable de la enfermedad.

4. MATERIALES Y DISEÑO:

4.1 DISEÑO:

Estudio comparativo transversal de pacientes diagnosticados y tratados de LES y Uveítis inmunomediada, mediante la realización del cuestionario SF-36 y SCL-90.

4.2 PACIENTES:

Pacientes diagnosticados con Uveítis inmunomediada, en seguimiento en las consultas de Medicina Interna; unidad de enfermedades autoinmunes y sistémicas del Hospital Universitario Rio Hortega, y con LES, reclutados desde la Asociación de Enfermedades Autoinmunes y Vasculitis de Castilla y León (EAVACYL)

✓ Criterios de inclusión:

- Pacientes diagnosticados con Lupus.
- Pacientes diagnosticados con Uveítis.
- Edad mayor de 18 años.
- Pacientes tratados con glucocorticoides, inmunosupresores o biológicos durante más de 6 meses.

✓ Criterios de exclusión:

- Diagnóstico previo de trastornos psiquiátricos graves.
- Presencia de otras enfermedades crónicas o autoinmunes que puedan afectar a la salud mental.
- En el caso de la Uveítis diagnóstico de etiologías con afectación sistémica, como podría ser la sarcoidosis o las vasculitis de Behçet.

4.3 INSTRUMENTOS:

Para llevar a cabo el estudio, se han utilizado dos cuestionarios con múltiples preguntas que permiten evaluar la calidad de vida y la salud mental de los pacientes. Estos son:

- SF-36: El Cuestionario de Salud SF-36 consiste en 36 preguntas que evalúan tanto aspectos positivos como negativos del estado de salud. Estas preguntas se agrupan en ocho escalas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental. Además, incluye una pregunta adicional que indaga sobre los cambios en la salud general en comparación con el año anterior. Esta última no se utiliza en los cálculos de las escalas, pero brinda información relevante sobre la percepción del cambio en la salud a lo largo del último año. Las puntuaciones van de 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud), por lo que una mayor puntuación indica una mejor calidad de vida relacionada con la salud. Aporta dos componentes resumen: uno a nivel físico, sumando las puntuaciones representadas en las escalas de función física, rol físico, dolor corporal

y salud general, y otro a nivel mental, con las escalas de vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. (11)

- SCL-90: El Symptom Checklist-90 es un instrumento diseñado para medir el nivel de malestar psicológico que una persona ha experimentado recientemente, desde el día de la evaluación hasta las semanas previas. Consta de 90 preguntas que se agrupan en nueve dimensiones: somatización, obsesiones y compulsiones, sensitividad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideas paranoides y psicoticismo. También incluye siete ítems adicionales que, aunque no forman parte de esas categorías, tienen importancia clínica. Cada ítem se califica entre 0 (ausencia de síntomas) y 4 (presencia intensa de síntomas). Se suman las puntuaciones obtenidas de las preguntas de cada dimensión y se dividen entre el número total de preguntas respondidas. Cuanto mayor sea la puntuación, mayor será la presencia de alteraciones en la salud mental. (12) Además, presenta índices globales que permiten reagrupar las respuestas: Índice de severidad global, Intensidad media del síntoma percibido y Total de síntomas positivos.

4.4 PROCEDIMIENTO:

Por un lado, se contactó con la Asociación de Enfermedades Autoinmunes de Valladolid para informar a los pacientes diagnosticados de LES sobre el propósito de la investigación a través de un vídeo de presentación. Por otro lado, se informó del proyecto a los pacientes con Uveítis durante sus visitas de rutina en el Hospital Universitario Rio Hortega. Se concretó en ambos grupos los criterios de inclusión y exclusión que eran necesarios cumplir.

A los pacientes dispuestos a participar se les proporcionó los cuestionarios descritos en el apartado de instrumentos, recogidos a través del formulario de Google Forms.

Para garantizar la confidencialidad y el anonimato de los participantes en el estudio, cada paciente fue asignado a un número único de participación en el estudio, el cual se atribuyó tras la firma del consentimiento informado y se vinculó a su número de historia clínica en un listado confidencial. En las encuestas, los participantes solo incluyeron su número de participación, sin proporcionar información identificativa como nombres, apellidos o fechas de nacimiento.

4.5 PLAN DE ANÁLISIS:

4.5.1 Recogida y tratamiento de los datos

Tras la recogida de datos de los cuestionarios de manera anónima, fueron organizados a partir de una base de Excel. Posteriormente, esta organización inicial fue trasladada a IBM SPSS Statistics (IBM Corp. Released 2020. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0. Armonk, NY: IBM Corp) para realizar el análisis estadístico.

4.5.2 Estadística descriptiva

Al tratarse de una muestra de tamaño reducido con distribución no normal, comprobado a partir de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se ha empleado una estadística no paramétrica.

Las variables cuantitativas de la distribución no normal han sido descritas a partir de la mediana y el rango intercuartílico (IQR), y las variables cualitativas con frecuencias absolutas y porcentajes.

Para la comparación de las puntuaciones de los cuestionarios entre los pacientes con Lupus y Uveítis, se ha empleado la prueba de U de Mann-Whitney, que es la indicada para muestras no normales e independientes. Considerando que hay diferencias estadísticamente significativas entre la patología sistémica y la órgano-específica, cuando el valor $p < 0,05$.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS:

El presente estudio se enmarca en un diseño transversal no intervencionista, basado en la realización de encuestas a pacientes, y se rige por los principios éticos y legales establecidos en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (RGPD), así como por la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD). Estos marcos normativos garantizan que el tratamiento de los datos personales de los participantes se realice de manera confidencial, segura y respetuosa con sus derechos fundamentales. Además, se asegura la anonimización de los datos recopilados, evitando la inclusión de información

identificativa directa en las encuestas, y se establecen medidas técnicas y organizativas para proteger la privacidad de los participantes. El estudio ha sido diseñado bajo los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, asegurando que los participantes sean informados adecuadamente y otorguen su consentimiento informado antes de su participación.

5. RESULTADOS:

En el estudio participaron 50 personas, 30 pacientes diagnosticados con Lupus y 20 pacientes con Uveítis.

5.1 CARACTERÍSTICAS GLOBALES DE LOS PACIENTES:

En la tabla 1 se comparan las características personales y terapéuticas de los pacientes diagnosticados de Lupus y Uveítis que participaron en el estudio.

- EDAD: se observa que la Mediana de edad es superior en los pacientes de Uveítis, con 56 años, comparado con los pacientes de Lupus, 45 años.
- SEXO: muestra una predilección del sexo femenino en el 100% de los pacientes que participaron con Lupus, mientras que en el caso de las Uveítis cuenta con la participación de un 20% del sexo masculino.
- TRATAMIENTO: Se muestra diferencia estadísticamente relevante en el tratamiento con corticoides y con inmunosupresores, siendo más evidente el uso de prednisona en el grupo de pacientes con Lupus y de metotrexato o azatioprina en Uveítis. Sin embargo, el uso de biológicos no presenta una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos. Además, el 100% de los pacientes con LES tenían prescrito hidroxicloroquina. (13)

CORTICOIDES	Prednisona
INMUNOSUPRESORES	Metotrexato, Azatioprina
BIOLÓGICOS	Belimumab y Anifrolumab (LES) ; Adalimumab (Uveítis)

	LUPUS (n=30)	UVEÍTIS (n=20)	TOTAL (n=50)	p-valor
<i>Edad; mediana (RCI)</i>	45 (34-50)	56 (40-66)	50 (37-58)	0.003
<i>Sexo femenino</i>	30 (100%)	16 (80%)	46 (92%)	0.011
<i>Sexo masculino</i>	0 (0%)	4 (20%)	4 (8%)	0.011
<i>Con corticoides</i>	18 (60%)	5 (25%)	23 (46%)	0.015
<i>Con inmunosupresor</i>	3 (10%)	13 (65%)	16 (32%)	<0.001
<i>Con biológico</i>	17 (57%)	14 (70%)	31 (62%)	0.341

Tabla 1. Características basales de los pacientes.

5.2 RESULTADOS DE SF-36:

En la tabla 2 se adjuntan los valores de SF-36, los pacientes con Uveítis tienen puntuaciones significativamente superiores que los pacientes con Lupus ($p<0.05$) en todas las escalas, a excepción de la salud mental.

Las escalas que más se vieron afectadas en los pacientes con Lupus, a diferencia de los pacientes con uveítis, son el rol físico, el dolor corporal, la salud general, la función social y el rol emocional.

En cuanto a los componentes resumen a nivel físico y mental, aunque muestren en ambos casos diferencias significativas, es más evidente a nivel físico con mayor puntuación en los pacientes con Uveítis.

VARIABLE	TOTAL	LUPUS	UVEÍTIS	p
<i>Función Física; Mediana (RCI)</i>	80 (44-91)	60 (30-80)	95 (85-100)	< 0.001
<i>Rol físico; Mediana (RCI)</i>	50 (25-77)	34 (17-50)	94 (50-100)	<0.001
<i>Dolor corporal; Mediana (RCI)</i>	58 (23-90)	45 (23-58)	90 (60-100)	<0.001

<i>Salud general;</i> <i>Mediana (RCI)</i>	35 (24-50)	25 (15-31)	48 (40-71)	<0.001
<i>Vitalidad;</i> <i>Mediana (RCI)</i>	50 (42-63)	50 (38-52)	63 (50-67)	<0.001
<i>Función social;</i> <i>Mediana (RCI)</i>	50 (25-78)	38 (25-66)	75 (50-100)	<0.001
<i>Rol emocional;</i> <i>Mediana (RCI)</i>	67 (50-100)	54 (33-85)	100 (50-100)	0.019
<i>Salud mental;</i> <i>Mediana (RCI)</i>	59 (44-75)	60 (44-75)	54 (41- 81)	0.960
<i>Componente físico;</i> <i>Mediana (RCI)</i>	53 (33-75)	36 (28-52)	80 (59- 87)	<0.001
<i>Componente mental;</i> <i>Mediana (RCI)</i>	57 (47-71)	51 (37-62)	67 (52-84)	0.004

Tabla 2. Resultados de SF-36

5.3 RESULTADOS DE SCL-90:

En la tabla 3 se muestra la sintomatología psicológica recogida en SCL-90. Esta se agrupa en nueve dimensiones y unas preguntas adicionales, mostrando en muchas de ellas una diferencia estadísticamente significativa a favor de la mayor afectación de los pacientes con Lupus.

Las dimensiones significativamente más afectadas a nivel sistémico, comparado a nivel órgano-específico, son: las somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensitividad interpersonal, depresión, ansiedad fóbica y psicoticismo.

Sin embargo, se puede observar que la sintomatología correspondiente a la ansiedad, hostilidad, ideación paranoide y adicionales tienen puntuaciones similares en ambas patologías.

VARIABLE	LUPUS	UVEÍTIS	p-valor
D1: Somatizaciones	2.08 (1.41-2.91)	1.21 (0.43-1.81)	0,001
Mediana (RCI)			

D2: Obsesiones y compulsiones; Mediana (RCI)	2.7 (1.8-3.25)	1.2 (0.7-1.8)	<0.001
D3: Sensitividad interpersonal; Mediana (RCI)	1.44 (0.78-2.22)	0.6 (0.14-1.33)	0.005
D4: Depresión; Mediana (RCI)	2.07 (1.42-3)	0.96 (0.42-2.21)	0.014
D5: Ansiedad; Mediana (RCI)	1.2 (0.7-2.2)	1.1 (0.5-1.63)	0.463
D6: Hostilidad; Mediana (RCI)	0.67 (0.25-1.25)	0.5 (0.17-1)	0.590
D7: Ansiedad fóbica; Mediana (RCI)	0.16 (0-1.08)	0 (0-0.17)	0.023
D8: Ideación paranoide; Mediana (RCI)	0.83 (0.25-1.92)	0.75 (0.38-1.29)	0.858
D9: Psicoticismo; Mediana (RCI)	0.8 (0.3-1.3)	0.4 (0.13-0.68)	0.023
Adicionales; Mediana (RCI)	1.86 (1-2.14)	1.14 (0.75-2.1)	0.171

Tabla 3. Resultados SCL-90

En la tabla 4 se presentan los resultados pertenecientes a los tres índices globales de SCL-90, tanto en Lupus como uveítis, para lo que se aplicó la prueba no paramétrica de Mann-Whitney U.

- ISG, Índice de Severidad Global: Muestra el nivel global de malestar actual, combinando tanto la cantidad de síntomas presentes como la intensidad subjetiva. Presento una diferencia estadísticamente importante entre ambos grupos ($p=0.003$), indicando una mayor afectación sintomática en los pacientes con Lupus.
- IMSP, Intensidad Media del Síntoma Percibido: Mide la intensidad media del malestar producido por los síntomas notificados. En el estudio, se percibe mayor severidad clínica en los pacientes con Lupus ($p=0.003$).
- TSP, Total de Síntomas Positivos: Corresponde al número de síntomas que el paciente notifica como presentes, es decir, los ítems del cuestionario que presentan una puntuación superior a cero. Sugiere que los pacientes con Lupus tienen una mayor carga de síntomas, al mostrar una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.02$).

VARIABLE	LUPUS	UVEÍTIS	p-valor
ISG; Mediana (RCI)	1.57 (1.08-2.11)	0.99 (0.48-1.21)	0.003
IMSP; Mediana (RCI)	2.41 (2.07-2.75)	1.95 (1.60-2.20)	0.003
TSP; Mediana (RCI)	56 (48-69)	42 (23-61)	0.02

Tabla 4. Índices globales de SCL-9

6. DISCUSIÓN:

La comparación del estudio, entre pacientes con Lupus eritematoso sistémico y pacientes con Uveítis inmunomedida, ha mostrado diferencias relevantes tanto a nivel sociodemográfico y terapéutico como a nivel de la impactación de la salud mental y calidad de vida.

En primer lugar, la edad y el sexo observados en los pacientes del estudio resultan consistentes con los datos epidemiológicos documentados. Por un lado, el Lupus tiene una predilección por el sexo femenino y comienza típicamente en edades fértils, mostrando una relación con mecanismos hormonales e inmunológicos (14). Sin embargo, la Uveítis suele tener un inicio en edades más avanzadas y con una distribución del sexo más equilibrada, aunque es más frecuente en mujeres, dependiendo principalmente de su etiología subyacente.

En cuanto al tratamiento empleado en cada grupo, los corticoides se emplean con mayor frecuencia en el Lupus, a diferencia de los inmunosupresores que se utilizan en las Uveítis. Esto se debe a que el Lupus tiene como principal objetivo terapéutico el control de los brotes inflamatorios sistémicos, estableciendo un tratamiento escalonado y dependiente de la gravedad sistémica. Dado que los corticoides tienen una rápida acción antiinflamatoria e inmunosupresora, junto con la hidroxicloroquina que es tratamiento de primera elección, son en muchos casos suficientes para el control de la enfermedad (15). Sin embargo, en la Uveítis se emplea un tratamiento más agresivo inicialmente para evitar daños oculares irreversibles, lo que explica que estos utilicen con mayor frecuencia inmunosupresores. Siendo más frecuente el uso de Metotrexato en la uveítis anterior e intermedia y la Azatioprina en uveítis posterior y panuveítis (16). Aunque actualmente en ambas patologías las estrategias terapéuticas tienen que ir dirigidas individualmente.

La comparación de la calidad de vida entre ambas patologías a partir del cuestionario SF-36 muestra puntuaciones significativamente superiores en los pacientes con uveítis en la mayoría de la escalas, a excepción de la salud mental. Esto sugiere que a pesar de que esta patología es potencialmente grave, los pacientes perciben un menor impacto a nivel físico y emocional en su día a día que los pacientes con patología sistémica.

La escala que no muestra diferencias significativas entre ambos grupos es la Salud Mental, lo que indica que a pesar de las discrepancias físicas y funcionales, ambas patologías perciben su salud mental de manera similar.

Los componentes resumen mostraron diferencias significativas principalmente a nivel físico, lo que evidencia mayor deterioro en la calidad de vida de los pacientes de Lupus relacionado probablemente con la fatiga crónica (17), los dolores articulares, la afectación renal y cutánea que genera esta patología.

Finalmente, el cuestionario SCL-90 muestra diferencias significativas en cuanto a la sintomatología psicológica de estas patologías. Las diferencias más destacadas, a favor de mayor afectación en el Lupus, fueron las dimensiones de somatización, obsesiones y compulsiones, sensitividad interpersonal, depresión, ansiedad fóbica y psicoticismo. Esto sugiere que estos pacientes sufren en su día a día un sufrimiento psicológico que puede ser generado por la cronicidad, la afectación multisistémica y por la imprevisibilidad de brotes de la enfermedad.

Además, los tres índices globales pertenecientes a SCL-90, mostraron tanto mayor cantidad de afectación clínica como mayor intensidad en la sintomatología actual de los pacientes con Lupus.

No obstante, aunque los resultados del estudio de ambos cuestionarios sugieren mayor afectación en la calidad de vida en el grupo de pacientes con Lupus, los pacientes con Uveítis también mostraron un impacto relevante en la salud mental. Esto sugiere que, a pesar de ser una enfermedad órgano-específica, la gravedad y la incertidumbre asociada a la afectación visual influyen de manera significativa en la vivencia de la enfermedad (18).

Una limitación del estudio importante fue la dificultad para reunir a los 30 pacientes con Uveítis inicialmente establecidos, reduciendo el tamaño muestral a 20 finalmente. El retraso en la aprobación ética y la falta de tratamiento activo en varios pacientes impidieron su inclusión. Además, tres pacientes que aceptaron participar finalmente no completaron el cuestionario. Esta reducción de la muestra pudo haber afectado la

potencia estadística del estudio, aumentando el riesgo de errores tipo II, y haber reducido la representatividad del grupo de uveítis, limitando así la generalización de los resultados. A pesar de ello, el estudio logró identificar diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, lo que refuerza la solidez de los hallazgos.

La afectación mental y psicológica de los pacientes afectan desfavorablemente al transcurso y pronóstico de las enfermedades, lo que sugiere la importancia de establecer unas intervenciones psicológicas aparte de las farmacológicas. Estudios previos demostraron como el ejercicio físico y el apoyo psicológico son una herramienta eficaz para reducir el grado de fatiga en pacientes con Lupus. (19)

Por lo que es necesario una buena relación médico-paciente y un enfoque multidisciplinar, con el fin de conseguir la confianza y empatía del paciente. (20)

Es importante continuar investigando la relación entre los brotes de las enfermedades autoinmunes y el estrés, y viceversa. Permitiendo que los pacientes comprendan la evolución de su propia enfermedad y entienda su propio cuerpo.

7. CONCLUSIÓN:

- El estudio verificó el predominio del sexo femenino de edad más joven en el Lupus y la mayor heterogeneidad etiológica de la Uveítis. Ambas patologías, aunque con distintos objetivos, requieren tratamientos agresivos para el control de su evolución.
- Los cuestionarios SF-36 y SCL-90 mostraron una afectación física y psicológica mayor en la patología sistémica que en la órgano-específica. Aunque en el grupo con Uveítis también se observó un impacto considerable en la escala de salud mental.
- Se debe de tener en cuenta la muestra reducida del grupo de Uveítis, que limita la potencia estadística y la representatividad del estudio.
- Es necesario un enfoque multidisciplinar e intervenciones cognitivo-conductuales, fomentando la educación sanitaria, para mejorar la evolución a nivel físico y mental de la enfermedad.
- Es recomendable que futuras líneas de investigación profundicen en el seguimiento longitudinal de la salud mental, tratamiento no farmacológicos individualizados y posibles relaciones entre factores biológicos y emocionales.

8. BIBLIOGRAFÍA:

1. Enns MW, Bernstein CN, Kroeker K, Graff L, Walker JR, Lix LM, et al. The association of fatigue, pain, depression and anxiety with work and activity impairment in immune mediated inflammatory diseases. *PLoS One.* 2018;13:e0198975. doi:10.1371/journal.pone.0198975.
2. González Jiménez D, Mejía Bonilla S, Cruz Fallas M. Lupus eritematoso sistémico: enfoque general de la enfermedad. *Rev Med Sinergia.* 2021;6:630. doi.org/10.31434/rms.v6i1.630.
3. Lau CS, Mak A. The socioeconomic burden of SLE. *Nat Rev Rheumatol.* 2009;5:400-4.
4. Zavaleta-Monestel E, Arrieta-Vega D, Rojas-Chinchilla C, et al. Advances in systemic lupus erythematosus treatment with monoclonal antibodies: a mini-review. *Cureus.* 2024;16:e64090. doi:10.7759/cureus.64090.
5. Petrocchi V, Visintini E, De Marchi G, Quartuccio L, Palese A. Patient experiences of systemic lupus erythematosus: findings from a systematic review, meta-summary, and meta-synthesis. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2022;74:1813–21. doi:10.1002/acr.24639.
6. Calvo Hernández LM, Bautista Salinas RM, Suárez Cabrera M. Uveítis: Un reto para el internista. *An Med Interna.* 2008;25.
7. Wu X, Tao M, Zhu L, Zhang T, Zhang M. Pathogenesis and current therapies for non-infectious uveitis. *Clin Exp Med.* 2023;23:1089–1106. doi:10.1007/s10238-022-00954-6.
8. Cimino L, Neri P, Misericocchi E, Paroli MP, Vannozzi L, Mastropasqua L, et al. Non-infectious uveitis burden on quality of life and work impairment assessed through different psychometric questionnaires. *Eur J Ophthalmol.* 2021;1–9. doi:10.1177/11206721211034649.
9. Grajewski RS, Boelke AC, Adler W, Pape A, Schroedl F, Hueber A, Albus C, Vitinius F, Heindl LM. Perceived stress levels in adult patients with uveitis. *Front Psychiatry.* 2020;10:916. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00916.
10. Van Middendorp H, Evers AW. The role of psychological factors in inflammatory rheumatic diseases: From burden to tailored treatment. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2016;30:932-945. doi:10.1016/j.berh.2016.10.012.
11. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005;19:135-50.
12. Cruz Fuentes CS, López Bello L, Blas García C, González Macías L, Chávez Balderas RA. Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom Check List 90 (SCL 90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Ment.* 2005;28:72-81.
13. Athanassiou P, Athanassiou L. Enfoque de tratamiento actual, terapias emergentes y nuevos horizontes en el lupus eritematoso sistémico. *Life (Basel).* 2023;13:1496. doi:10.3390/life13071496.

14. Sánchez Garcés JP, Ospino Guerra MC, Salas Siado JÁ, Morales Marenco JJ. Lupus eritematoso sistémico: generalidades sobre su fisiopatología, clínica, abordaje diagnóstico y terapéutico. *Rev Paraguaya Reumatol.* 2023;9:25-32. doi:10.18004/rpr/2023.09.01.25.
15. Xibillé-Friedmann D, Pérez-Rodríguez M, Carrillo-Vázquez S, Álvarez-Hernández E, Aceves FJ, Ocampo-Torres MC, et al. Guía de práctica clínica para el manejo del lupus eritematoso sistémico propuesta por el Colegio Mexicano de Reumatología. *Reumatol Clin.* 2019;15:3–20. doi:10.1016/j.reuma.2018.03.011.
16. Fuseau M, Cairoli E, Vergara ME, Crocco C, Robaina R, Brossard N, et al. Uveítis y tratamiento inmunosupresor: experiencia en una unidad de uveítis multidisciplinaria. *Rev Colomb Reumatol.* 2023;30:230–7. doi:10.1016/j.rcreu.2021.11.003.
17. Elera-Fitzcarrald C, Ugarte-Gil M. Lupus eritematoso sistémico y fatiga. *Rev Cuerpo Med HNAAA.* 2022;15. doi:10.35434/rcmhnaaa.2022.153.166.
18. Dick AD, Tundia N, Sorg R, et al. Riesgo de complicaciones oculares en pacientes con uveítis intermedia no infecciosa, uveítis posterior o panuveítis. *Ophthalmology.* 2016;123:655–662. doi:10.1016/j.ophtha.2015.10.028.
19. Martínez M, Sánchez AI, Martínez MP, Miró E. Tratamiento psicológico en pacientes lupus eritematoso sistémico: Una revisión sistemática. *Ter Psicológica.* 2016;34:167-81.
20. Yuguero O, Esquerda M, Viñas J, Soler-González J, Pifarré J. Ética y empatía: la relación entre el razonamiento moral, la sensibilidad ética y la empatía en estudiantes de medicina. *Rev Clin Esp (Barc).* 2019;219:73–78. doi:10.1016/j.rce.2018.09.002.

ANEXOS:

Anexo I. 36-Item Short Form Health Survey questionnaire (SF-36)

	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
1. En general, usted diría que su salud es:	100	75	50	25	0
	Mucho mejor ahora	Algo mejor ahora	Más o menos igual	Algo peor	Mucho peor ahora
2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:	100	75	50	25	0
3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?	Sí, me limita mucho	Sí, me limita u poco	No, no me limita nada		
a) Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	0	50	100		
b) Esfuerzos moderados como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora	0	50	100		
c) Coger o llevar la bolsa de la compra	0	50	100		
d) Subir varios pisos por la escalera	0	50	100		
e) Subir un solo piso por la escalera	0	50	100		
f) Agacharse o arrodillarse	0	50	100		
g) Caminar un kilómetro o más	0	50	100		
h) Caminar varios centenares de metros	0	50	100		
i) Caminar unos 10 metros	0	50	100		
j) Bañarse o vestirse por sí mismo	0	50	100		
4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	0	25	50	75	100
b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	0	25	50	75	100
c) ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	0	25	50	75	100
d) ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	0	25	50	75	100

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?	0	25	50	75	100

b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?	0	25	50	75	100
a) ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?	0	25	50	75	100
b) ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	0	25	50	75	100

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	100	75	50	25	0

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	No, ninguno	Si, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	100	80	60	40	20	0

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	100	75	50	25	0

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) se sintió lleno de vitalidad?	100	75	50	25	0
b) estuvo muy nervioso?	0	25	50	75	100
c) se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	0	25	50	75	100
d) se sintió calmado y tranquilo?	100	75	50	25	0
e) tuvo mucha energía?	100	75	50	25	0
f) se sintió desanimado y deprimido?	0	25	50	75	100
g) se sintió agotado?	0	25	50	75	100
h) se sintió feliz?	100	75	50	25	0
i) se sintió cansado?	0	25	50	75	100

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	0	25	50	75	100

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	0	25	50	75	100
b) Estoy tan sano como cualquiera	100	75	50	25	0
c) Creo que mi salud va a empeorar	0	25	50	75	100
d) Mi salud es excelente	100	75	50	25	0

Cada pregunta está vinculada a una de las dimensiones que se detallan en la siguiente pagina, y las respuestas se transforman en puntuaciones entre 0 (peor estado de salud) y 100 (mejor estado de salud) para representar la calidad de vida en cada área.

Algunos ítems deben invertirse (cambiar puntuaciones altas por bajas y viceversa), como los relacionados con la salud general (por ejemplo, si alguien reporta "mala salud", se invierte para reflejar una puntuación baja).

Dimensiones evaluadas:

Ítem en inglés	Ítem en español	Número de preguntas	Preguntas incluidas
Physical Functioning	Función física	10	3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j
Role Physical	Rol físico	4	4a, 4b, 4c, 4d
Bodily Pain	Dolor corporal	2	7, 8
General Health	Salud general	5	1, 11a, 11b, 11c, 11d
Vitality	Vitalidad	4	9a, 9e, 9g, 9i
Social Functioning	Función social	2	6, 10
Role Emotional	Rol emocional	3	5a, 5b, 5c
Mental Health	Salud mental	5	9b, 9c, 9d, 9f, 9h

Componentes resumen:

Componente	Función física	Rol físico	Dolor Corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
Físico	Sí	Sí	Sí	Sí	X	X	X	X
Mental	X	X	X	X	Sí	Sí	Sí	Sí

Anexo III. Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R

Ítems	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
1. Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2. Nerviosismo	0	1	2	3	4
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza	0	1	2	3	4
4. Sensación de mareo o desmayo	0	1	2	3	4
5. Falta de interés en relaciones sexuales	0	1	2	3	4
6. Criticar a los demás	0	1	2	3	4
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos	0	1	2	3	4
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa	0	1	2	3	4
9. Tener dificultad para memorizar cosas	0	1	2	3	4
10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo	0	1	2	3	4
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a	0	1	2	3	4
12. Dolores en el pecho	0	1	2	3	4
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles	0	1	2	3	4
14. Sentirme con muy pocas energías	0	1	2	3	4
15. Pensar en quitarme la vida	0	1	2	3	4
16. Escuchar voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
17. Temblores en mi cuerpo	0	1	2	3	4
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas	0	1	2	3	4
19. No tener ganas de comer	0	1	2	3	4
20. Llorar por cualquier cosa	0	1	2	3	4
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo	0	1	2	3	4
22. Sentirme atrapada/o o encerrado/a	0	1	2	3	4
23. Asustarme de repente sin razón alguna	0	1	2	3	4
24. Explotar y no poder controlarme	0	1	2	3	4
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa	0	1	2	3	4
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren	0	1	2	3	4
27. Dolores en la espalda	0	1	2	3	4
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer	0	1	2	3	4
29. Sentirme solo/a	0	1	2	3	4
30. Sentirme triste	0	1	2	3	4
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa	0	1	2	3	4
32. No tener interés por nada	0	1	2	3	4
33. Tener miedos	0	1	2	3	4
34. Sentirme herido en mis sentimientos	0	1	2	3	4
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando	0	1	2	3	4
36. Sentir que no me comprenden	0	1	2	3	4
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto	0	1	2	3	4

38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas	0	1	2	3	4
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera	0	1	2	3	4
40. Náuseas o dolor de estómago	0	1	2	3	4
41. Sentirme inferior a los demás	0	1	2	3	4
42. Calambres en manos, brazos o piernas	0	1	2	3	4
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí	0	1	2	3	4
44. Tener problemas para dormirme	0	1	2	3	4
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago	0	1	2	3	4
46. Tener dificultades para tomar decisiones	0	1	2	3	4
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos	0	1	2	3	4
48. Tener dificultades para respirar bien	0	1	2	3	4
49. Ataques de frío o de calor	0	1	2	3	4
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo	0	1	2	3	4
51. Sentir que mi mente queda en blanco	0	1	2	3	4
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
53. Tener un nudo en la garganta	0	1	2	3	4
54. Perder las esperanzas en el futuro	0	1	2	3	4
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo	0	1	2	3	4
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo	0	1	2	3	4
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a	0	1	2	3	4
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados	0	1	2	3	4
59. Pensar que me estoy por morir	0	1	2	3	4
60. Comer demasiado	0	1	2	3	4
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí	0	1	2	3	4
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos	0	1	2	3	4
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien	0	1	2	3	4
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad	0	1	2	3	4
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas	0	1	2	3	4
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a	0	1	2	3	4
67. Necesitar romper o destrozar cosas	0	1	2	3	4
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden	0	1	2	3	4
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí	0	1	2	3	4

70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente	0	1	2	3	4
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo	0	1	2	3	4
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico	0	1	2	3	4
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público	0	1	2	3	4
74. Meterme muy seguido en discusiones	0	1	2	3	4
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a	0	1	2	3	4
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco	0	1	2	3	4
77. Sentirme solo/a aún estando con gente	0	1	2	3	4
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme	0	1	2	3	4
79. Sentirme un/a inútil	0	1	2	3	4
80. Sentir que algo malo me va a pasar	0	1	2	3	4
81. Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente	0	1	2	3	4
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo	0	1	2	3	4
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan	0	1	2	3	4
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados	0	1	2	3	4
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo	0	1	2	3	4
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo	0	1	2	3	4
88. Sentirme alejado/a de las demás personas	0	1	2	3	4
89. Sentirme culpable	0	1	2	3	4
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien	0	1	2	3	4

PUNTAJES T SCL 90-R												
SOM	OBS	S.I.	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	PSDI	SP	

Dimensión	Ítems	Descripción
Somatizaciones (SOM)	1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58	Evalúa síntomas relacionados con malestares corporales percibidos (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios).
Obsesiones y Compulsiones (OBS)	3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65	Incluye pensamientos, acciones e impulsos no deseados o imposibles de evitar, típicos del síndrome obsesivo-compulsivo.
Sensitividad Interpersonal (SI)	6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73	Se enfoca en detectar sentimientos de inferioridad o inadecuación, especialmente en comparación con los demás.
Depresión (DEP)	5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79	Evalúa síntomas clave de la depresión, como estado de ánimo disfórico, desesperanza, baja energía, y pensamientos suicidas.
Ansiedad (ANS)	2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86	Evalúa signos generales de ansiedad, como nerviosismo, tensión, ataques de pánico y miedos iracionales.
Hostilidad (HOS)	11, 24, 63, 67, 74, 81	Mide pensamientos, sentimientos y conductas relacionados con el enojo y la hostilidad.
Ansiedad Fóbica (FOB)	13, 25, 47, 50, 75, 82	Evalúa respuestas de miedo persistente e irracional ante personas, lugares, objetos o situaciones.
Ideación Paranoide (PAR)	8, 18, 43, 68, 76, 83	Mide conductas paranoides, como la desconfianza excesiva, pensamientos proyectivos y temor a la pérdida de autonomía.
Psicoticismo (PSIC)	7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90	Incluye síntomas relacionados con la soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento, representando la dimensión psicótica.
Ítems adicionales	19: Poco apetito 44: Problemas para dormir 59: Pensamientos acerca de la muerte o el morirse 60: Comer en exceso 64: Despertarse muy temprano. 66: Sueño intranquilo. 89: Sentimientos de culpa	No se incorporan a las nueve dimensiones anteriores pero que tienen relevancia clínica

Índices globales	
De severidad global	Buen indicador del nivel actual de la gravedad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. Se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en las nueve dimensiones de síntomas y en los ítems adicionales, y dividiendo ese número por el total de respuestas dadas (90 si contestó a todas)
De síntomas positivos (STP)	Se estima contando el total de ítems que tienen una respuesta positiva (mayor que cero). En sujetos de población general, puntuaciones brutas iguales o inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como indicadoras de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están. (imagen positiva). Puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican lo contrario: tendencia a exagerar sus patologías.
De malestar positivo (PSDI)	Busca evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan. Se calcula dividiendo la suma total de las respuestas dadas a los ítems por el valor obtenido en STP. Puntuaciones extremas en este índice también sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento



“COMPARACIÓN DE LA REPERCUSIÓN EN EL ÁREA PSICO-SOCIAL DE UNA ENFERMEDAD INMUNOMEDIADA CON AFECTACIÓN SISTÉMICA, FRENTE A UNA CON AFECTACIÓN ÓRGANO-ESPECÍFICA”

AUTOR: CARMEN ARÉVALO CASTILLO TUTOR: LUIS CORRAL GUDINO

INTRODUCCIÓN

- El **Lupus** es una enfermedad autoinmune multisistémica que genera un daño orgánico crónico y acumulativo en numerosos órganos.
- La **Uveítis** Immunomediada, a pesar de ser una enfermedad órgano-específica, presenta síntomas de incapacidad visual y posible complicación de ceguera.

OBJETIVOS

Comparación del impacto en la **calidad de vida y en la salud mental** entre los pacientes con enfermedad sistémica, el Lupus, y con afectación local, la Uveítis.

DISEÑO Y MÉTODOS

- Estudio comparativo transversal
- INSTRUMENTOS: Cuestionario de Salud SF-36 y Symptom Checklist-90

PACIENTES

INLCUSIÓN:

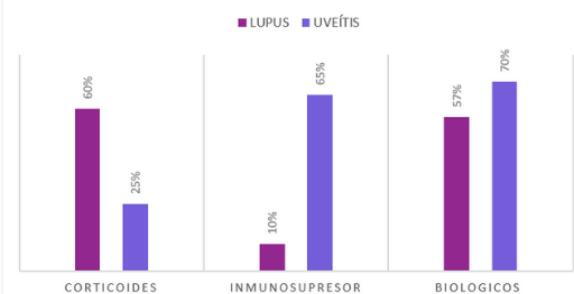
- Lupus
- Uveítis
- Tratamiento inmunosupresor activo

EXCLUSIÓN:

- Enfermedad psiquiátrica grave
- Otras enfermedades crónicas o autoinmunes
- En uveítis: sarcoidosis o vasculitis Behcet

	LUPUS	UVEITIS
Sexo femenino	100%	80%
Mediana Edad	45	56

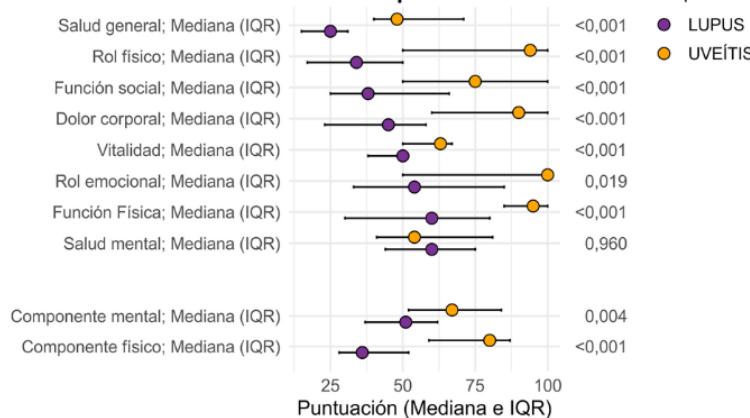
TRATAMIENTO ACTIVO:



Aparte, el 100% de los LUPUS con HIDROXICLOROQUINA

RESULTADOS

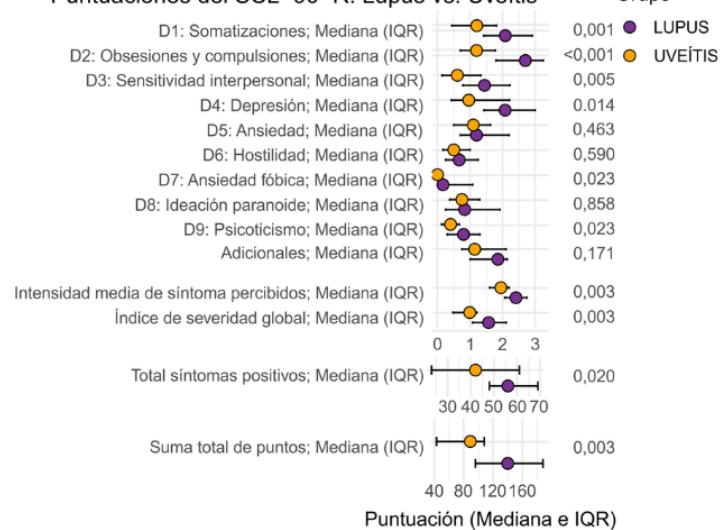
Puntuaciones del SF-36: Lupus vs. Uveítis



Grupo

● LUPUS
● UVEITIS

Puntuaciones del SCL-90-R: Lupus vs. Uveítis



Grupo

● LUPUS
● UVEITIS

CONCLUSIÓN

- Los pacientes con Lupus con afectación sistémica tuvieron más carga psicosocial que los pacientes con Uveítis independientemente de estar con tratamientos inmunomoduladores sistémicos.
- Necesario un enfoque multidisciplinar e intervenciones cognitivo-conductuales.
- Futuras líneas de investigación de la influencia de factores emocionales en el pronóstico y evolución de la enfermedad.

REFERENCIAS

