

Psiquiatría de enlace

Psiquiatría y Salud Integral. 2003;3(3):16-27

Palabras clave: etiología, lupus eritematoso sistémico, enfermedad autoinmune

La calidad de vida de pacientes con lupus eritematoso sistémico

Dr. Jaime Arias C.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue investigar los factores psicosociales asociados al riesgo de aparición y al pronóstico del lupus eritematoso sistémico (LES). Realizamos un estudio transversal en 120 pacientes mujeres con LES y en 120 controles sanas (95% de confiabilidad), apareadas por edad. Las pacientes fueron entrevistadas privadamente, en los hospitales Cayetano Heredia, Arzobispo Loayza y Daniel A. Carrión, de Lima, Perú, absolviendo una encuesta y los datos obtenidos se sometieron al análisis multivariante. Se observaron los siguientes factores de riesgo para el LES: educación igual o menor a 5° de secundaria, heterosexualidad débil, desautoestima, desarmonía en el hogar y pautas de crianza estresantes. Estos dos últimos se asociaron además a las formas severas del LES junto con: edad igual o menor de 30 años, ser última al nacer, la soltería y fuertes diferencias en el aprecio hacia sus padres. Hubo coincidencias con otros reportes sobre algunos de los factores estresantes. Los factores encontrados, si consideramos el papel del estrés sobre la inmunidad, serían importantes para comprender la patogenia y pronóstico del LES. Concluimos que las relaciones armónicas y afectuosas en el hogar protegerían a las mujeres del LES, la confrontación con los factores estresantes en el presente y el impartirles estrategias que mejoren su calidad de vida favorecerían un curso benigno de la enfermedad.

ABSTRACT

The study's objective was to identify psychosocial factors associated with the risk of onset and prognosis of lupus erithematosus (LE). We performed a transversal study with 120 female patients with LE and 120 healthy controls (95% reliability), paired up according to age. The patients were interviewed privately, at the Cayetano Heredia, Arzobispo Loayza and Daniel A. Carrión hospitals, in Lima, Perú, where they completed a survey, and the data obtained was subject to a multivariate analysis. The following risk factors for LE were observed: education level of 12 grade or less, weak heterosexuality, low self-esteem, troubled homes and stressful upbringing. The latter 2 were also associated with severe forms of LE, together with age of 30 years or younger, being the youngest sibling, being single, and strong antagonism with the parents. There were coincidences with other reports about some of the stress-inducing factors. Considering the effects of stress on the immune system, the identified factors would be crucial in understanding the pathogenesis and prognosis of LE. We concluded that harmonious and affectionate relationships at home would protect women from LE; confrontation with the stress-inducing factors in the present, and providing them with strategies to improve their quality of life would favor a benign course of the disease.

El Dr. Jaime Arias C. es médico, jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia y profesor del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

La investigación se realizó en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia y fue financiada por la Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud, Lima, Perú.

Introducción

El lupus eritematoso sistémico (LES) es la segunda enfermedad autoinmune más frecuente en las mujeres en edad reproductiva, (luego de las enfermedades de la tiroides).¹ Es una enfermedad crónica, que típicamente afecta a diversos órganos y sistemas, en un proceso en el cual intervienen anomalías inmunológicas tales como la hiperactividad de las células B que produce varios autoanticuerpos. Aunque los factores genéticos y hormonales endógenos son importantes en ella, otros factores potenciales de riesgo tales como los ambientales (infecciosos, tóxicos y nutricionales)²⁻⁴ y los referidos a la calidad de vida serían de similar relevancia en la etiología y el pronóstico.^{4,5}

La raza, el nivel de ingresos, el nivel educativo, el estrés, el consumo de tabaco, la hipertensión, la depresión, el autocontrol deficiente, la indefensión, baja autotestima, los trastornos de personalidad, la percepción insatisfactoria de los padres y la privación emocional en la infancia son factores, entre otros, que se han asociado al riesgo de inicio del LES o su pronóstico.³⁻¹¹

En una investigación piloto,¹² encontramos que algunos factores referentes a la calidad de vida, estaban asociados al pronóstico de la enfermedad. Este hallazgo justificó que investigáramos con una mayor profundidad los factores de la calidad de vida que pudieran asociarse tanto al riesgo como al pronóstico del LES.

Los aspectos de la calidad de vida de las pacientes con LES que exploramos, y que estarían asociados al riesgo de inicio y al pronóstico de la enfermedad, son aquellos referidos a la dinámica familiar, a los períodos de desarrollo emocional, rasgos de la personalidad actual y algunas características sociodemográficas.

Esperamos demostrar, que las pacientes con LES tienen una calidad de vida distinta a la del grupo control como conjunto, estando algunos de dichos factores asociados significativamente al inicio y al pronóstico del LES.

Material y métodos

La presente es una investigación transversal comparativa y caso-control apareada. En la investigación caso-control, respecto a los factores del riesgo de inicio, el caso fue definido como 1 mujer de 14 a 70 años que padece de LES y como control a 1 mujer de 14 a 70 años supuestamente sana. Cada caso fue apareado a 1 control de edad semejante (rango: ± 1 año).

En la investigación comparativa, en relación a los factores asociados al pronóstico del LES, las pacientes se agruparon según el

grado de enfermedad determinado por los reumatólogos tratantes (1=severo, 0=no severo).

Los factores concernientes a la calidad de vida, fueron registrados por medio de una encuesta semiobjetiva y precodificada, que indagó acerca de la dinámica familiar, las experiencias emocionales de las etapas posteriores del desarrollo, así como rasgos de la personalidad actual y algunas características sociodemográficas. Las encuestas fueron absueltas individualmente y bajo la supervisión de una psicóloga.

Para calcular el tamaño de las muestras, empleamos el factor de la crianza por ambos padres, que según el censo nacional ocurre en el 80% en la población general y de acuerdo con una investigación piloto que realizáramos, ocurre sólo en el 70% de las pacientes con LES.¹² Los datos se procesaron con el programa EPI6, obteniéndose un tamaño de 120 casos para cada grupo.¹³

La investigación fue multicéntrica y realizada en los hospitales Cayetano Heredia, Arzobispo Loayza y Daniel A. Carrión de Lima, Perú. Se realizó durante el primer semestre de 1999. Previa coordinación con los Departamentos de Medicina y con los Servicios o Unidades de Reumatología respectivos, aplicamos las encuestas a las pacientes con LES que acudían a sus controles en consulta externa o que estaban hospitalizadas.

Luego de digitar y codificar los resultados, estimamos las medidas de tendencia central y los coeficientes de asimetría. En el análisis bivariado, empleamos: la *t* de Student y el coeficiente *eta*, la *U* de Mann-Whitney y la correlación de Spearman, el *chi* cuadrado, la razón de probabilidad (RP) y su intervalo de confianza (IC). En el análisis multivariado usamos la regresión logística y el análisis discriminante.

Resultados

La edad promedio de la muestra total fue 33.3 años, la desviación estándar 33.4 y el rango de 14 a 70 años. El porcentaje de controles que fueron criados por ambos progenitores (52.5%) no fue semejante al de la población general (80%) y no tuvo diferencia estadísticamente significativa con el de las pacientes con LES.

En la tabla 1 mostramos los factores asociados al riesgo de inicio del LES obtenidos mediante el análisis bivariado y en la figura 1 las complejas relaciones que presentan. En la tabla 2, mostramos los factores y sus interacciones, asociados al riesgo de inicio del LES, y que obtuvimos mediante regresión logística. En la tabla 3 mostramos los factores asociados al pronóstico del LES obtenidos mediante el

LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Tabla 1
Factores asociados al riesgo de inicio del LES

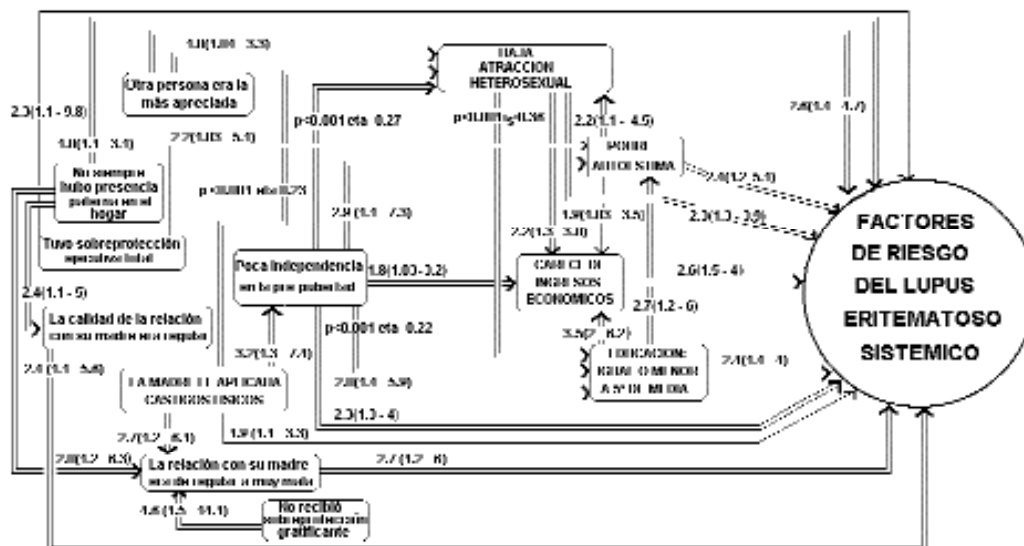
Factores de calidad de vida	LES	Control	RP (IC95)*	p
Durante la crianza				
Otra persona fue la más apreciada	41 (34.2%)	20 (16.7%)	2.5 (1.4-4.7)	0.003*
La madre la castigaba con medios físicos	29 (24.2%)	17 (14.2%)	1.9 (0.9-3.7)	0.05*
Recibió sobreprotección materna ejecutiva total	17 (14.2%)	8 (6.7%)	2.3 (0.9-5.5)	0.05*
No siempre hubo presencia paterna en el hogar	61 (58.7%)	43 (41.3%)	1.8 (1.1-3.1)	0.02*
La calidad de la relación con la madre fue regular	20 (16.7%)	9 (7.5%)	2.4 (1.1-5.6)	0.03*
La calidad de la relación con la madre fue irregular mala	24 (20%)	10 (8.3%)	2.7 (1.2-6)	0.03*
Durante la pre-pubertad				
Nivel de independencia: promedio (rango 0-10) (d.s.)	3.8 (2.5%)	4.8 (2.6%)		0.006 ^b
Poca independencia	92 (76.7%)	70 (58.8%)	2.3 (1.3-7.4)	0.003*
En el momento de la entrevista				
Nivel de atracción heterosexual: promedio (rango 0-10).(d.s.)	6.1 (2.8%)	7 (2.7%)		0.01 ^b
Manifiesta experimentar baja atracción heterosexual	61 (50.8%)	37 (31.7%)	2.2 (1.3-3.8)	0.002*
Nivel educativo: 5º media o menos	78 (65%)	52 (43.3%)	2.4 (1.4-4)	<0.001*
Nivel de ingresos: sin ingresos	73 (63.8%)	45 (39.8%)	2.6 (1.5-4.5)	<0.0001 ^c
Promedio de ingreso mensual	S/. 568	S/. 929		0.01 ^c
Pobre autoestima	26 (21.7%)	12 (10.1%)	2.4 (1.2-5.1)	0.01*

*=RP(IC95): razón de probabilidad (intervalo de confianza para 95%)
 *=Prueba chi-cuadrado; a=Prueba U de Mann-Whitney; b=Prueba t de Student
 S/=nuevo sol peruano (moneda local)

Arias JC. *Psiquiatría y Salud Integral*. Vol 3, No 3. 2003.

Figura 1
Interrelaciones de los factores asociados al riesgo del LES

La flecha con raya simple señala una asociación débil (intervalo de la razón de probabilidad: 90%)



Arias JC. *Psiquiatría y Salud Integral*. Vol 3, No 3. 2003.

análisis bivariado y en la figura 2 las interrelaciones que presentan. En la tabla 4, mostramos los factores asociados al pronóstico del LES y que obtuvimos mediante el análisis discriminante.

Discusión

Factores de calidad de vida asociados al riesgo del LES

El consenso respecto a la etiología del LES es que los factores ambientales actúan en el individuo genéticamente predispuesto de

Tabla 2

Factores de calidad de vida asociados al riesgo del LES (regresión logística)

Pacientes con LES=1, grupo control=0

Factores	B	Rpe (IC-95)	RPB (IC95)	SLLR
Asociados al riesgo de inicio del LES				
La madre manda en casa y tuvo presencia paterna en su hogar	0.8	2.2 (0.98-5.1)	n.s.	0.05
La madre castigaba con medios físicos y sin ingresos económicos	1.37	3.96 (1.2-12.7)	6(2-18.3)	0.01
Relación con su madre fue regular a muy mala y profesó la fe católica	1.38	4 (1.5-10.5)	3.3(1.3-8.4)	0.03
Otra persona fue la más apreciada y no desfogó cólera o tensión	1.25	3.5 (1.5-8.4)	3.1(1.4-6.9)	0.003
Poca independencia durante la pre-pubertad	0.56	1.7 (0.93-3.3)	2.3(1.3-4)	0.07
Manifiesta baja atracción heterosexual y es soltera	0.89	2.4 (1.05-5.6)	3.5(1.6-7.5)	0.03
Protectores del LES				
Tuvo presencia paterna en su hogar y profesó la fe católica	-0.6	0.5 (0.27-1)	0.5(0.3-0.9)	0.06
Educación posterior a 5° de secundaria y profesó la fe católica	-0.73	0.5 (0.24-0.9)	0.3(0.2-0.6)	0.02

Constante=-0.37; Sensibilidad=70%; Especificidad=71.3%; RPEq=IC-95: 5.8(3.2-10.6)

B=coeficiente de regresión; RPe=razón de probabilidad en la ecuación; RPB=razón de probabilidad bivariada; SLLR=significación del logaritmo de la razón de verosimilitud; *=Razón de probabilidad (intervalo de confianza para 90%); RPEq=razón de probabilidad del modelo.

Arias JC. *Psiquiatría y Salud Integral*. Vol 3, No 3. 2003.

Tabla 3

Factores de calidad de vida asociados al pronóstico del LES

	Grado de enfermedad		RP (IC95)	p
	Severo	No severo		
Asociados a LES severo				
Última en el orden de nacimiento	16 (29.6%)	8 (14.0%)	2.5 (1.1-5.7)*	0.05
Tuvo sobreprotección ejecutiva total	12 (22.2%)	5 (8.6%)	3 (1.1-7.7)*	0.04
Carece de ingresos económicos	39 (57.4%)	29 (42.6%)	2.7 (1.2-6.3)	0.01
Estado civil: soltera	32 (59.3%)	24 (41.4%)	2 (1.09-3.9)*	0.05
Protectores del LES severo				
Apreció a sus padres por igual	11 (20.4%)	21 (36.2%)	0.4 (0.18-0.98)	0.06
Tuvo sobreprotección gratificante parcial	6 (11.1%)	16 (27.6%)	0.3 (0.1-0.9)	0.05
Tiene 30 años o más	21 (38.9%)	38 (65.5%)	0.3 (0.15-0.7)	0.005

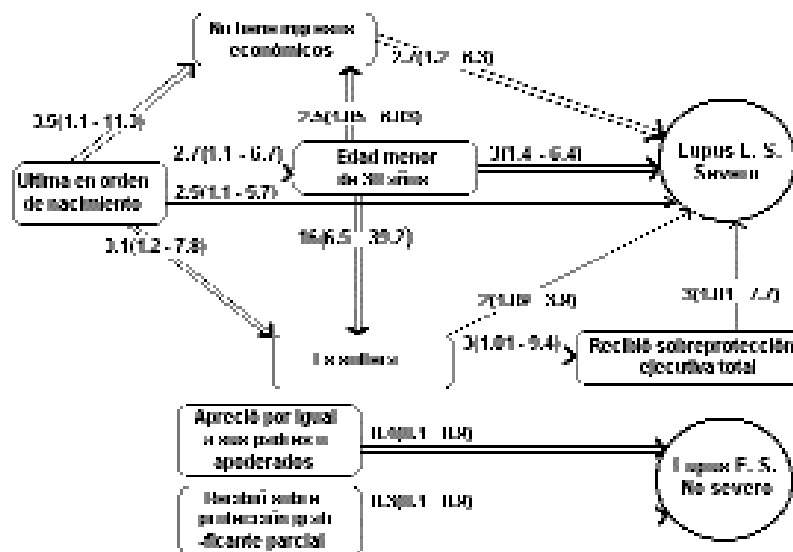
RP(IC95)=razón de probabilidad (intervalo de confianza para 95%); *=intervalo de confianza para 90%; p=significación para la prueba chi-cuadrado

Arias JC. *Psiquiatría y Salud Integral*. Vol 3, No 3. 2003.

manera tal que causan o protegen de la enfermedad. Los resultados de la presente investigación sugieren que la interacción de los factores referentes a la calidad de vida con algunos factores socio-demográficos de la persona, tendrían un papel en la etiología del LES. Debido a que es difícil en el caso del LES establecer el momento exacto del inicio de la enfermedad, algunos de los factores de riesgo de inicio del LES pueden ser también influyentes en su pronóstico.

Al analizar los factores emergentes en los modelos multivariantes de los factores asociados al riesgo y pronóstico del LES, observamos que el más importante es el referido a la dinámica familiar de las pacientes con LES, en la que a pesar de la presencia paterna en el hogar es la madre quien manda (crianza matriarcal), progenitor con quien además no ha tenido una buena relación. Esto documenta además de una crianza con inversión de roles, la presencia de una madre agresiva y un padre de carácter débil o pasivo, todo lo cual no facilitaría una maduración óptima de la mujer, ni el desarrollo de estrategias para el manejo de las situaciones de estrés que suelen presentarse a lo largo de la vida.

Figura 2
Interrelaciones de los factores asociados al pronóstico del LES



Arias JC. *Psiquiatría y Salud Integral*. Vol 3, No 3. 2003.

Factores de calidad de vida asociados al riesgo de inicio del LES:

En su dinámica familiar, las pacientes con LES han tenido una inadecuada relación con una madre agresiva y en la que además han referido a otra persona distinta a los padres como la más apreciada; experiencias todas ellas generadoras de estrés, por lo que es razonable que puedan contribuir a la etiología del LES, si consideramos las sólidas investigaciones que relacionan al estrés con la actividad inmune. Shapiro documenta investigaciones en que la privación emocional en la infancia y una percepción insatisfactoria de los padres estarían asociados al LES.⁵

El desarrollo insuficiente de la independencia en el período pre-puberal de las pacientes con LES, no les facilitaría el aprender estrategias que faciliten el afronte del estrés suscitado durante su crianza.

Tabla 4
Factores de calidad de vida asociados al pronóstico del LES
Análisis discriminante (LES severo=1, LES no severo=0).

Factores psicosociales	C. Discriminante		Grado de LES		RPB(IC95)	p
	No est.	Est.	Severo	No sev.		
Asociadas al LES severo						
No tiene ingresos económicos y profesa la fe católica	-1.13	-0.55	34 (64.2%)	21 (38.2%)	2.9 (1.3-6.5)	0.005
Profesa la fe católica y la madre manda en casa	-0.79	-0.34	19 (70.4%)	8 (29.6%)	3.3 (1.3-8.4)	0.009
Es soltera y otra persona fue la más apreciada	-0.55	-0.19	12 (75%)	4 (25%)	3.7 (1.1-12.5)	0.02
Asociados al LES no severo						
La relación con su madre fue muy buena	0.19	0.51	17 (50%)	17 (50%)		n.s.
Cuando está tensa no desfogó la cólera o tensión y el padre siempre estuvo presente en el hogar.	0.52	-0.55	19 (43.2%)	25 (57.8%)		n.s.
Es primogénita.	0.65	0.26	11 (32.1%) (32.10.4%)	18 (67.9%)		n.s.
Tiene 30 años o más y el padre siempre estuvo presente en el hogar	1.00	0.09	14 (31.1%)	68.9 (69.9%)	0.37 (0.12-0.6)	0.001
Tuvo sobreprotección gratificante parcial.	1.34	0.48	5 (25%)	15 (75%)	0.27 (0.09-0.8) 2.5)	0.01
Constante	-0.26					
Función discriminante en el promedio del grupo			-0.63	0.6		

Sensibilidad=67.7%; especificidad=77.7%; Rpm. IC-95=7.2 (2.8-18.9)

C. Discriminante=coeficiente discriminante; No est= coeficiente discriminante no estandarizado; Est=coeficiente discriminante estandarizado; RPB(IC95)=razón de probabilidad bivariada (intervalo de confianza 95%); Rpm=razón de probabilidad del modelo; p=significación para la prueba chi-cuadrado.

Arias JC. *Psiquiatría y Salud Integral*. Vol 3, No 3. 2003.

La carencia de ingresos económicos, la baja atracción heterosexual y un temperamento que no desfoga sus tensiones, en cuanto no documentan una personalidad equilibrada, son factores referidos también en otras investigaciones.^{5-8,14} Aunque está en discusión si ellos son originados por las limitaciones que la misma enfermedad origina, o por los otros factores de la crianza presentes en las pacientes con LES, ya que como lo mostramos en la figura 1, dichos factores están relacionadas de manera significativa.

Factores de calidad de vida asociados a la protección del LES

Cuando la crianza ha sido no matriarcal, encontramos que la presencia paterna en el hogar protegería del LES, por lo que suponemos que el padre intervendría favoreciendo un mejor desarrollo de la personalidad si consideramos la perspectiva psicoanalítica.

Una adecuada educación (posterior a 5° de secundaria) encontrada en nuestra investigación además de haber sido documentado en otras investigaciones,⁴⁻⁸ encontraría su explicación en que una mejor educación favorecería el manejo de los aspectos cognitivos del estrés.

La creencia religiosa en la fe católica según sus interacciones estaría asociada al riesgo de inicio del LES, o protegería del mismo, por lo que creemos que sólo significa una reducción de la varianza del factor con el que se asocia (educativo y calidad de la relación con la madre) al reducir el tamaño de los casos incluidos en ellos. Ya que la proporción de mujeres católicas fue similar tanto en las pacientes con LES como en los controles.

En el análisis bivariado los únicos factores que no fueron corroborados en la regresión logística, se halló que el haber experimentado sobreprotección materna ejecutiva total (hacían todo por ella) durante la crianza, que si bien no es un fuerte riesgo para el LES [RP:1.8 (IC-90: 1.1-9.8)], en cuanto puede comprometer una maduración adecuada de la personalidad no sorprende su asociación con la baja auto estima [R.P:2.2 (1.03 - 5.1)].

La baja autoestima podría o ser un efecto de la misma enfermedad o en cuanto fuese producto de un autorechazo, sería una expresión emocional de la auto inmunidad, constitutiva del LES. La baja autoestima, así como la indefensión, han sido por lo demás documentadas como factores de la depresión que se encuentra con más frecuencia en la pacientes con LES.^{5-7,9,14}

Factores de calidad de vida en el pronóstico del LES

Es aceptado comúnmente que las diferencias en la calidad de vida de las pacientes son las responsables de los distintos pronósticos de las enfermedades auto inmunes, pero como ya lo mencionamos, para el caso del LES debido a que no es fácil precisar el inicio exacto de la enfermedad, es posible que algunos de los factores de riesgo del LES estén asociados al pronóstico de la misma.

Factores de calidad de vida asociados a un pronóstico severo de LES

Al igual que en la regresión logística respecto a los factores de riesgo del LES, en el análisis discriminante, la crianza matriarcal y el señalamiento de otra persona distinta a los padres como la más apreciada fueron factores asociados a un pronóstico severo del LES.

Los otros factores encontrados fueron:

- La soltería, cuya asociación al riesgo de inicio del LES puede deberse al hecho de que se da con mayor frecuencia en las mujeres menores de 30 años, tal como apreciamos en la figura 2 [RP: 16(6.5-39.2)], factor este último que discutiremos luego y que ha sido asociado de manera significativa a formas severas del LES.
- La carencia de ingresos económicos es un claro factor estresante que ha sido igualmente documentado en varias investigaciones.^{4,9}

Creemos que, tanto la soltería como la carencia de ingresos económicos, pueden ser modificables y de esa manera mejorar el pronóstico del LES

Factores de calidad de vida protectores del LES severo:

1. El que la paciente tenga 30 años de edad, ó más, sería un factor protector del LES severo [RP: 3(1.4-6.4)], factor que por lo demás ha sido documentado tanto en el Perú¹⁵ como en otros países, en donde Drenkard,¹¹ en una investigación en 667 pacientes con LES, reportó que luego de los 30 años había un 70% de probabilidad de remisión espontánea del cuadro clínico. Sin embargo creemos que este factor amerita posteriores investigaciones de mayor envergadura para precisar las variables confusoras que originan esta asociación.
2. Ser primogénita.
3. Haber tenido muy buenas relaciones con su madre.
4. Que siempre haya habido presencia paterna en el hogar.
5. Haber experimentado sobreprotección gratificante parcial (la premiaban algunas veces).

Estos 4 últimos factores documentan una dinámica familiar saludable, que posiblemente aminora los antecedentes estresantes de la paciente y con ello auguran un mejor pronóstico.

En el análisis bivariado el ser la última en el orden de nacimiento fue el único factor no encontrado en el análisis discriminante como asociado a un pronóstico severo del LES, aunque dicha asociación fue débil ya que su significación se obtuvo para un intervalo de confianza del 90% [RP= 2.5 (1.1-5.7)]. Si este factor es o no relevante, requiere de otras investigaciones.

En lo que respecta a los factores protectores del LES no documentados por el análisis discriminante, tanto el hecho de que durante su crianza haya apreciado por igual a sus padres y el que haya recibido sobreprotección gratificante parcial (la premiaban algunas veces), documentan aspectos favorables para el desarrollo de la personalidad adulta que podrían atenuar las experiencias estresantes comprometidas con el LES.

De nuestros resultados se desprende que es de gran valor difundir pautas para la conformación de familias adecuadas y equilibradas, lo que no sólo va a prevenir el LES sino muchas otras enfermedades. Creemos que es pertinente referirnos a una investigación realizada en Suecia¹⁷ durante casi 2 décadas y con una muestra de casi 1 millón de niños, en que concluyen que la crianza por un solo progenitor duplica el riesgo de suicidio, o de padecer de toxicomanía o algún trastorno.

En cuanto al pronóstico, la mayoría de los factores asociados al mismo no son modificables, sin embargo surge la pregunta: ¿la evocación de estas experiencias estresantes por parte de las pacientes con LES, puede influir en su evolución clínica? Smyth¹⁸ ha publicado los resultados de una investigación a doble ciego, realizada en 58 pacientes con asma y 49 con artritis reumatoide. En ella, aleatoriamente se indujo a la mitad de cada grupo, a escribir durante 30 minutos por 3 días seguidos, acerca de sus recuerdos estresantes y a la otra mitad sobre sus planes cotidianos. Luego de 4 meses hubo una mejoría clínica global del 47.1% en el grupo que escribió sus recuerdos estresantes. Estos resultados alentarán futuras investigaciones¹⁹ aunque habrá que sopesar con cautela sus alcances.²⁰ Nosotros hemos venido aplicando en la psicoterapia de las pacientes con LES, técnicas psicoanalíticas de esclarecimiento, confrontación y catarsis, logrando resultados satisfactorios reflejados en un alargamiento de los periodos de remisión o en una atenuación de la reactivación del cuadro.

Los recursos disponibles para nuestra investigación no nos ha permitido incluir en ella, factores genéticos, clínicos, neurológicos, inmunológicos y otros, que creemos hubieran favorecido ecuaciones

con una mayor sensibilidad y especificidad. Otra limitación de nuestros resultados fue que la proporción de controles que fueron criados por ambos progenitores no fue similar al de la población general por lo que la estimación del tamaño de las muestras a comparar debió ser mayor.

Conclusiones

Encontramos que una dinámica familiar matriarcal, con agresividad materna, pasividad o ausencia paterna, inadecuada relación con los progenitores, con dependencia, con temperamento intratensivo, baja autoestima, deficiente heterosexualidad y la soltería, así como una deficiente educación y una carencia de ingresos económicos, son factores en la calidad de la vida de las mujeres que las predispondrían al LES o que influirían en su pronóstico.

Lograr que las pacientes confronten sus recuerdos estresantes y proponerles que mejoren su calidad de vida, que sean más productivas económicamente, mejorando su educación y obteniendo estabilidad afectiva, podría protegerlas de las formas clínicas severas del LES. **PSI**

Bibliografía

1. Bongu A, Chang E, Ramsey-Goldman R. Can morbidity and mortality of SLE be improved? *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2002;16:313-332.
2. Cooper G, Dooley M A, Treadwell E, St. Clair W, et al. Hormonal, environmental, and infectious risk factors for developing SLE. *Arthritis Rheum*. 1998;41:1714-1724.
3. Cooper GS, Dooley MA, Treadwell EL, St Clair EW, Gilkeson GS. Risk factors for development of SLE: allergies, infections, and family history. *J Clin Epidemiol*. 2002;55:982-989.
4. Bengtsson A, Rylander L, Hagmar L, Nived O and Sturfelt G. Risk factors for developing SLE: a case-control study in southern Sweden. *Rheumatology*. 2002;41:563-571.
5. Shapiro HS. Psychopathology in the patient with lupus. In: Wallace J & Hannahs H B (Eds.) *Dubois' Lupus Erythematosus*. 5th ed. Williams & Wilkins. California, USA. 1997;755-782
6. Reveille J, Moulds J, Ahn C, Friedman A, et al. SLE in three ethnic groups the effects of Hla class II, C4, and CR1 alleles, socio-economic factors, and ethnicity at disease onset. *Arthritis Rheum*. 1998;41:1161-1172.
7. Karlson EW, Daltroy LH, Lew RA, Wright EA, et al. The relationship of socio-economic status, race, and modifiable risk factors to outcomes in patients with SLE. *Arthritis Rheum*. 1997;40:47-56.
8. Sutcliffe N, Clarke A E, Gordon C, Farewell V, and Isenberg D A. The association of socio-economic status, race, psychosocial factors and outcome in patients with SLE. *Rheumatology*. 1999;38:1130-1137.
9. Ward M, Lotstein D, Bush T, Lambert E, et al. Psychosocial correlates of morbidity in women with SLE. *Journ of Rheumat*. 1999;26:2153-2158.
10. Gilboe IM, Kvien T K & Husby G. Health Status in SLE compared to rheumatoid arthritis and healthy controls. *Journ of Rheumat*. 1999;26:1694-1700.
11. Drenkard C, Villa A, Garcia-Padilla C, Perez-Vazquez M E, Alarcón-Segovia D. Remission of systemic lupus erythematosus. *Medicine*. 1996;75:88-98.
12. Arias J. *Factores psicoanalíticos en las actitudes frente a la sexualidad en pacientes con LES*. Volumen conmemorativo III Bodas de Plata 1968 - 1993 del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. 1994, p 67.
13. Fleiss L.J. *Statistical methods for rates and proportions*. John Wiley & Sons Inc. New York, NY, 1981.

LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

14. Waterloo K, Omdal R, Husby G, Mellgren SI. Emotional status in SLE. *Scand J Rheumatol*. 1998;27:410-414.
15. Zavala R. El pronóstico del lupus eritematoso sistémico: análisis de treintitres casos estudiados en el Hospital General Base Cayetano Heredia. Tesis de Bachillerato. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. 1972.
16. Huertas I, Aguilar J, Castañeda O, Silicani A. *Depresión entre pacientes con artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico a través del cuestionario multifacético de personalidad de Minnesota*. Volumen conmemorativo III Bodas de Plata 1988 – 1993 del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. 1994:89-90.
17. Gunilla R, Weitof, Anders H, Haglund, Måns R. Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. *Lancet*. 2003;361:289-295.
18. Smyth J, Stone A, Hurewitz A, Kaell A. Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis: a randomized trial. *JAMA*. 1999;14:1304-1309.
19. Spiegel D: Healing words: emotional expression and disease outcome. *JAMA*. 1999;281:1328-1329
20. Greenhalgh T. Writing as therapy. *BMJ*. London, England. 1999;319:270-271.