



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 21

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON OSTEOARTRITIS”**

TESIS

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. CASTELLANOS CASTELLANOS JOSÉ LUIS

RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES

Dra. Ana María Meza Fernández.
Dr. Ricardo Ortiz García.

MÈXICO D.F. 2009



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.

AUTORIZACIÓN

Dr. José Antonio Mata Martínez
Director de la UMF 21

Dr. Cesar Guadalupe Williams Zárate
Jefe de Educación Médica, UMF 21

Dr. Jorge Meneses Garduño
Profesor titular de la Residencia de Medicina Familiar, UMF 21

Dra. Ana María Meza Fernández
Profesora Adjunta de la residencia de Medicina Familiar, UMF 21

ASESORES DE LA TESIS

Dra. Ana María Meza Fernández
Médico Familiar y Profesor adjunto de la Residencia de Medicina Familiar, UMF 21, IMSS.

Dr. Ricardo Ortiz García
Médico Reumatólogo, HGZ 30 IMSS.

Dra. Leonor Campos Aragón
Médico Epidemiólogo, UMF 21 IMSS.

Dr. José Luis Castellanos Castellanos
Residente de Medicina Familiar

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

A mi familia, ya que sin ellos no hubiera sido posible esto.

*“No hay nada tan consolador para nuestra autoestima
como descubrir nuestros defectos en nuestros antepasados”*

Van Wyck Brooks

INDICE

Autorización.....	2
Asesores de Tesis.....	3
Dedicatorias y Agradecimientos.....	4
Resumen.....	6
Antecedentes.....	7
Planteamiento del problema.....	18
Hipótesis.....	21
Objetivos.....	22
Material y Métodos.....	23
Diseño Estadístico.....	30
Ética.....	31
Análisis e interpretación de resultados.....	32
Discusión.....	41
Conclusión.....	42
Sugerencias.....	43
Bibliografía.....	44
Anexos.....	45

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS

J. Castellanos-Castellanos^a, A. Meza-Fernández^o, R. Ortiz-García*, L. Campos-Aragón[^].

^a Residente de Medicina Familiar, UMF N.21, IMSS, México D.F.

^o Médico Familiar y Profesor adjunto de la Residencia de Medicina Familiar, UMF 21, IMSS, México D.F.

* Médico Reumatólogo, HGZ 30, IMSS, México, D.F.

[^] Médico Epidemiólogo, UMF 21, IMSS, México, D.F.

Resumen

La Osteoartritis es una enfermedad articular crónica de progresión lenta, caracterizado por dolor, rigidez, y disminución de la función articular. Prevalencia: Mundial 25%, Nacional 14%. Motivo habitual de consulta, con elevados costos para su atención y tratamiento. Causa frecuente de deterioro en la calidad de vida, el cual puede ser medido a través de Instrumentos de evaluación funcional multidimensional, fundamentado en un marco bio-psicológico, socioeconómico y cultural, como el Cuestionario de Salud SF-36 que cuenta con 8 dimensiones: Función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, y salud mental, distribuidos en 36 ítems.

Objetivo: Determinar la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de Osteoartritis, mayores de 50 años de edad, derechohabientes del IMSS, en el 1er nivel de atención de la UMF 21, mediante la aplicación del cuestionario de Salud SF-36, en el segundo semestre del año 2008.

Material y Métodos: Diseño observacional, prospectivo, transversal, descriptivo. Mediante muestreo aleatorio simple, de julio a diciembre del 2008 se estudiaron un total de 161 pacientes mayores de 50 años de edad con diagnóstico de Osteoartritis de más de 3 meses de evolución, sin presencia de otras artropatías, enfermedades crónicas descontroladas o patologías que por si mismas ocasionen dolor crónico. Se aplicó el cuestionario de salud SF-36.

Resultados: De 120 pacientes seleccionados, se excluyeron del estudio 41, por no aceptar participar o por llenado incorrecto del cuestionario. De los 120 pacientes restantes, 88 fueron mujeres (73%) y 32 hombres (27%); con promedio de edad 67 +/- 10.8 años; Índice de Masa Corporal con media 29 +/- 6.14 kg/m²; tiempo de evolución 9.8 +/- 6.3 años. La percepción de la salud general y el dolor corporal son las dimensiones más afectadas. Las menos afectadas el rol social y la función social.

Discusión: Comparando nuestros resultados con otros estudios, coinciden como las dimensiones más afectadas el dolor corporal y la salud general, y las menos afectadas el rol emocional y la función social. Con algunas diferencias en la salud mental, función física, y rol físico.

Conclusiones: El cuestionario SF-36 ha reflejado la Calidad de Vida de la población sujeta a esta enfermedad crónica y evaluado la efectividad de nuestras decisiones terapéuticas. El dolor corporal crónico y la percepción de la salud general, tienen una marcada repercusión sobre la calidad de vida. Los aspectos sociales y emocionales se encuentran menos involucrados en la Calidad de Vida de los pacientes con Osteoartritis, como consecuencia de la percepción de un problema de salud físico, no incapacitante, aunque en general doloroso.

Palabras clave: Calidad de Vida, Osteoartritis.

ANTECEDENTES

Definición

La Osteoartritis es la más común de las enfermedades articulares,(1) crónica de progresión lenta. Tradicionalmente ha sido considerada una patología del cartílago. Actualmente se sabe que afecta al órgano articular completo. Se caracteriza por pérdida lenta y progresiva del cartílago, neoformación de hueso trabecular subcondral y formación de cartílago nuevo en los márgenes articulares. (2) se presenta sobre todo en las articulaciones de carga y de la columna vertebral. (14)

Es un síndrome anatomoclínico caracterizado por dolor mecánico que con frecuencia se asocia a rigidez y que conduce progresivamente a una pérdida o disminución de la función articular (1), que repercute directamente en la calidad de vida, con un impacto social y económico cada vez mayor (14). El término en sí fue descrito por primera vez por el alemán Friedrich Von Muller, aunque hallazgos arqueológicos en momias egipcias y fósiles prehistóricos evidencian que esta enfermedad es tan antigua como varias especies de mamíferos. (1)

Factores de riesgo

Los factores de riesgo implicados en el desarrollo de osteoartritis son: herencia, envejecimiento, sexo femenino, obesidad, densidad mineral ósea elevada, traumatismo, minisectomía, rotura de ligamentos, varo-valgo, ocupación y deportes del paciente (minería y fútbol respectivamente), flexiones repetidas de rodilla (especialmente al realizar actividades de carga) y debilidad del músculo cuadríceps. (15)

La edad es el mayor factor de riesgo para el desarrollo de Osteoartrosis que aumenta paulatinamente después de los 30 años pudiendo llegar hasta un 80% hacia los 65 años e incluso a un 95% en edades superiores. Hasta la quinta década muestra un comportamiento similar en ambos sexos para predominar marcadamente en el sexo femenino por encima de los 60 años, fenómeno probablemente asociado a influencias hormonales. (1)

Los trabajos que requieren el uso prolongado y repetitivo de ciertas articulaciones y se acompañan de fatiga de los músculos implicados en el movimiento se han relacionado con Osteoartritis. Su prevalencia en manos es mayor de la esperada en trabajadores que realizan trabajos manuales en comparación con otro tipo de trabajadores. Se ha demostrado asimismo la asociación de Osteoartritis de rodilla con el trabajo que exige prolongadas y repetidas flexiones de esta articulación. El número de horas de trabajo, la intensidad y el tipo de actividad, como permanecer de rodillas o levantar pesos de 25 kg o más, se relacionan con la presencia y gravedad de la enfermedad. La actividad laboral que más se ha relacionado con Osteoartritis de cadera es la de los agricultores. (5)

Los factores de riesgo implicados en la progresión de la osteoartritis son: obesidad, densidad ósea baja, ingestión deficiente de vitaminas C y D y posiblemente uso de antiinflamatorios no esteroideos como la indometacina. (15)

Epidemiología

Al menos 20 millones de adultos en EUA se encuentran afectados simultáneamente por el trastorno y 90% de la población alrededor de los 40 años de edad presenta características radiográficas de osteoartritis en las articulaciones que cargan peso. (8)

Diversos estudios han demostrado que hay gran variación geográfica en su prevalencia. Por ejemplo, la de cadera es poco prevalente en Jamaica, Sudáfrica, Nigeria, Liberia y algunas regiones de China (1-4%) en comparación con los países europeos, en los que alcanza hasta un 25%. Sin embargo, en lo concerniente a las rodillas, recientemente se ha demostrado radiológicamente una mayor prevalencia de Osteoartritis entre mujeres de Beijing (China) en comparación con una población caucásica americana. (5)

La Organización Mundial de la Salud estima que 25% de los adultos mayores de 65 años de edad sufren dolor e incapacidad asociados con esta enfermedad. Casi todos los grupos de edad están afectados, pero la prevalencia aumenta significativamente después de los 50 años en los hombres y de los 40 años en las mujeres. En 9 al 12% de los pacientes el deterioro es tan importante que no pueden realizar sus actividades cotidianas y 50% están totalmente incapacitados. Las compañías de seguros calculan que en un solo año la Osteoartritis fue motivo de 68,000,000 de días-hombre perdidos en sitios de trabajo. Por lo menos 5% de los trabajadores se ven forzados a abandonar su empleo por enfermedad articular. (15)

En años recientes, una serie de estudios auspiciados por International League Against the Rheumatism, realizados en países con diferente nivel de desarrollo en América y Asia, mostraron que la magnitud de este impacto, tanto en prevalencia como en la generación de discapacidad parece ser global. En ellos se encontró que la prevalencia de dolor musculoesquelético no traumático en adultos varió de 7 y 36%, mientras que la prevalencia de discapacidad varió entre 1.4 y 10.4%. (21)

En México:

Desde 1990 se ha reconocido la Osteoartritis como una de las primeras causas de morbilidad en personas mayores de 60 años, la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA II) de 1998 la ubica como la segunda causa de morbilidad con 14% en personas mayores de 60 años. En estudios de costos de la atención primaria, el reporte de la Osteoartritis ocupa siempre los primeros cuatro lugares, y en la atención de los pacientes mayores de 60 años, se encuentra en los primeros tres lugares en demanda de atención, y representa el mismo nivel en lo que se refiere a costos (10). En el 2001, la cuarta causa de dictámenes de invalidez del IMSS correspondió a artropatías. (14)

En mujeres es más común la Osteoartritis de manos y rodillas, y en varones la de cadera, rodillas y columna vertebral. Las mujeres desarrollan nódulos de Heberden 10 veces más que los varones. (15)

Diagnóstico

Esta entidad se produce primariamente en articulaciones que soportan peso como la cadera y la rodilla- aunque puede afectar también la columna vertebral y pequeñas articulaciones de los miembros. (1)

Tradicionalmente el diagnóstico de la enfermedad es clínico y/o radiológico. Su incidencia y prevalencia varían según el tipo de definiciones que se utilice. La clasificación radiológica más comúnmente utilizada es la establecida por Kellgren en 1957. Dado que los cambios radiológicos no siempre están acompañados de síntomas como dolor, rigidez y pérdida de la función, el sólo uso de los criterios de clasificación radiológica como método diagnóstico tiende a sobrestimar el peso epidemiológico de la enfermedad, por lo que la forma ideal para su definición debe incluir al menos criterios radiológicos y clínicos. (5)

Entre las herramientas diseñadas, encontramos que los criterios definidos por el American College of Rheumatology (ACR) para las articulaciones de las manos, las rodillas y las caderas, son los más ampliamente utilizados. A este respecto, es importante hacer notar que: *a)* los criterios de clasificación no deben ser utilizados para el diagnóstico clínico de la enfermedad, por que están diseñados específicamente para su uso en estudios epidemiológicos, como una forma de asegurar la coherencia de la información, y *b)* aunque el dolor es un síntoma clave que se toma en cuenta para clasificar a los pacientes, no hay correlación entre ese síntoma y el daño estructural, de tal forma que puede haber pacientes con un grado radiológico considerado como grave y sin dolor o con cambios radiológicos mínimos pero gran dolor y limitación funcional. (5)

Recomendaciones para establecer el diagnóstico en Osteoartritis de cadera y/o rodilla:

El diagnóstico de Osteoartritis es eminentemente clínico-radiológico (tablas 1 y 2), ya que se ha documentado una mayor sensibilidad y especificidad que al realizar la valoración clínica aislada. Las proyecciones radiológicas a solicitar deben ser simple bilateral en posición anteroposterior, y lateral con flexión de 60 grados para rodilla y posición anteroposterior en posición neutra para cadera, en las que se debe de evaluar: alineación ósea, disminución del espacio interarticular, esclerosis subcondral y formación de osteofitos. (14)

Tabla 1. Criterios de diagnóstico de la osteoartrosis de rodilla¹⁰

Clínico y laboratorio	Clínico-radiológico	Clínicos
Dolor en rodilla y al menos 5 de estos 9 criterios: Edad > a 50 años Rigidez < a 30 min Crepitación Hipersensibilidad ósea Crecimiento óseo Sin derrame palpable Eritrosedimentación <40 Factor reumatoide <1:40 Líquido sinovial 92% sensibilidad 75% especificidad	Dolor en rodilla y al menos 1 de estos 4 criterios: Edad > a 50 años Rigidez articular matutina < 30 min. Crepitación Osteofitos 91% sensibilidad 86% especificidad	Dolor en rodilla y al menos 3 de estos 6 criterios: Edad > 50 años Rigidez articular matutina < 30 min. Crepitación Hipersensibilidad ósea Crecimiento óseo Sin derrame palpable 95 % sensibilidad 69 % especificidad

Tabla 2. Criterios de diagnóstico de la osteoartrosis de cadera²

Clínico y laboratorio	Clínico-radiológico	Clínicos
Dolor en cadera Dolor a la rotación interna Dolor a la rotación > 15° Rigidez articular matutina de cadera < 60 min. Edad > 50 años Velocidad de sedimentación globular <45 mm/ hr. 89 % sensibilidad 91 % especificidad	Dolor Dolor a la rotación interna Flexión < 115° Rx. de cadera: Disminución axial del espacio articular Osteofitos acetabulares y/o femorales.	Dolor Dolor a la rotación interna Flexión < 115°

Mejor certeza diagnóstica con la utilización de criterios clínicos y radiográficos, (requiriendo placa simple de cadera en posición antero-posterior, en posición neutra). (14)

La clasificación funcional (tabla 3) permite al médico definir un programa de manejo, establecer un pronóstico y tomar decisiones acerca de posibles alternativas de tratamiento disponibles en otros niveles de atención. Asimismo, permite llevar un control de la evolución de la enfermedad y la discapacidad consecuente. Los pacientes clasificados en los subgrupos I y II son de control por el médico familiar; en los subgrupos restantes se recomienda la valoración por el segundo nivel de atención. (14)

Tabla 3. Criterios de capacidad funcional en la osteoartritis

I	Capacidad funcional normal
II	Dolor, limitación en una articulación sin limitación de las actividades de la vida diaria
III	Dolor limitante
IV	Dolor incapacitante para realizar actividades de la vida diaria, laboral, recreativa y de traslado
V	Limitación para el autocuidado y la alimentación

Calidad de vida en Osteoartritis

Siendo una enfermedad que cursa con dolor y limitación funcional progresiva constituye, además de un motivo habitual de consulta médica con los consiguientes elevados costos para su atención y tratamiento, una causa frecuente de deterioro del estilo de vida. Existen estudios que demuestran que en personas con Osteoartritis sintomática hasta un 50% de ellos sufren algún grado de discapacidad. (1)

Esta entidad, toda vez que produce grados variables de afectación que pueden transitar desde sólo dolor y limitación hasta una importante imposibilidad del paciente para realizar sus actividades habituales, influye en la calidad de vida del individuo asociada a su salud pero no deja de afectar otros aspectos más amplios que imbrican elementos sociales, familiares y económicos. (1)

El diagnóstico se establece sobre la base de las manifestaciones clínicas y de la presencia de alteraciones artrósicas en las radiografías. La correlación entre la clínica y los hallazgos radiológicos es baja, tan sólo el 30% de los pacientes con alteraciones radiológicas graves presentan clínica artrósica. (2)

Puede llegar a ser una enfermedad altamente discapacitante, reduciendo sustancialmente la calidad de vida de los pacientes. Los objetivos del manejo integral de la artrosis incluyen control sintomático del dolor, mantenimiento o mejora de la movilidad, minimización de la invalidez y educación sanitaria al paciente y su familia sobre la enfermedad y su tratamiento. (2)

El aumento en la expectativa de vida, fenómeno común a todos los países del mundo, permite afirmar que la incidencia de la Osteoartritis alcanzará cifras elevadas aún no predecibles. (1)

En las últimas décadas, las investigaciones sobre calidad de vida en pacientes crónicos han aumentado vertiginosamente, tanto por la alta incidencia y prevalencia de este tipo de trastornos, como por su carácter permanente, que obliga a cambios importantes en los hábitos y estilos de vida. (3)

Por sus características, las enfermedades crónicas suelen afectar de manera importante varios aspectos de la vida de los pacientes, desde la fase inicial aguda, en la que los pacientes sufren un periodo de crisis generalizado por un desequilibrio físico, social y psicológico, acompañado de ansiedad, miedo y desorientación, hasta la asunción del carácter crónico del trastorno, que

implica en mayor o menor medida, cambios permanentes en la actividad física, laboral y social de los pacientes, condición que suele durar toda la vida. (3)

Según EPISER, las enfermedades crónicas que mayor impacto producen sobre la calidad de vida relacionada con la salud son, en este orden, las enfermedades osteomusculares y las pulmonares. (11)

El impacto de la osteoartritis puede empeorar por coexistencia de otras enfermedades. Una gran proporción de pacientes sufren comorbilidades: hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca congestiva, deterioro en la función renal, diabetes y enfermedad respiratoria. La hipertensión es común en pacientes con osteoartritis. (15)

Adicionalmente tiene una creciente importancia como estimador del resultado de los programas e intervenciones en el ámbito sanitario.(19)

Métodos de tratamiento conservador. Modificación del estilo de vida

Las enfermedades crónico degenerativas no tienen curación y únicamente es posible lograr un precario control que requiere de cambios inevitables en los estilos de vida y en las redes de apoyo social. (20)

La educación del paciente es de vital importancia para que la modificación del estilo de vida sea efectiva. Deben evitarse todas las actividades con alta demanda de esfuerzo y garantizar un adecuado reposo para aliviar los síntomas. La obesidad es un factor de riesgo para la osteoartritis y sus síntomas, los ejercicios que impliquen correr o saltar deben ser evitados; sin embargo, los ejercicios de bajo impacto como nadar y el ciclismo constituyen variantes adecuadas. La reducción del ejercicio de subir y bajar escaleras disminuye significativamente el dolor de la osteoartritis patelofemoral. (6)

Rehabilitación

La necesidad de prescribir al paciente terapia de rehabilitación depende del grado y severidad de la enfermedad así como de las expectativas del paciente. Se indican ejercicios para mantener el rango de movimiento de la articulación y de esta manera se previenen o reducen las contracturas. El método rehabilitador puede combinarse con aplicación de calor, hidroterapia, ultrasonido y crioterapia. La duración y frecuencia debe ser ajustada a cada paciente.(6)

Calzado

La utilización de calzado y otros dispositivos pueden disminuir las fuerzas de compresión al nivel de la articulación de la rodilla. La reducción de la carga de peso en el compartimento afectado disminuye considerablemente el dolor. Los estudios de Keating muestran que entre el 75 y el 85 % de los pacientes con osteoartritis del compartimento medial, tratados mediante una elevación de la suela del zapato, presentaron una mejoría significativa desde el punto de vista estadístico. El calzo debe colocarse del lado opuesto a la lesión para evitar o disminuir las fuerzas de

compresión del compartimiento afectado. En caso de osteoartritis patelofemoral, puede utilizarse un calzado de tacón bajo y suela alta (6)

Ortesis

Aunque el uso de ortesis no altera la alineación de fuerzas de la rodilla, este método de tratamiento proporciona sensación de estabilidad al paciente. Estos dispositivos de aplicación externa cumplen el principio de los 3 puntos de apoyo: 1 fuerza aplicada en el centro de la rodilla y los otros 2, fuerzas oponentes en sentido proximal y distal a la rodilla. En caso de deformidad en varo, el dispositivo debe ser colocado en valgo para disminuir las fuerzas sobre el lado medial. (6)

Hewet plantea que el 50 % de los pacientes muestra mejoría después de la aplicación y uso de la ortesis durante 7 horas al día y 5 días de la semana. Este método tiene el inconveniente de ser costoso (800-1 000 dólares) y que algunos pacientes rechazan su uso durante el día. Sin embargo, es una alternativa muy razonable para pacientes jóvenes o para aquellos que se niegan a la osteotomía y la artroplastia de rodilla. (6)

Dispositivos de apoyo

El uso de una muleta o bastón del lado contralateral, es un método efectivo para disminuir las fuerzas y los síntomas causados por la osteoartritis de rodilla. Este método es muy efectivo en la fase aguda en pacientes con marcha antálgica, causada por dolor e inflamación a la vez. Sin embargo, no es totalmente aceptado por los pacientes porque muchos opinan pérdida de independencia (6)

Aspectos históricos de calidad de vida

Los estudios acerca de la Calidad de vida no datan de muchos años siendo Karnofsky uno de los iniciadores en 1948 con la creación de una medición denominada status de desempeño con el cual revolucionó los métodos convencionales para valorar el pronóstico de enfermos terminales. Posteriormente Katz crea, en 1963, el índice de independencia para las actividades de la vida diaria (AVD) pero no es hasta 1964 que el término calidad de vida fue utilizado por primera vez públicamente por el presidente norteamericano Lyndon B. Jonson teniendo en sus inicios un enfoque básicamente económico. (1)

En la década de los 60 pasó al ámbito de las ciencias humanísticas siendo hasta la actualidad un tema muy controversial. (1)

La UNESCO utiliza el término calidad de vida refiriéndose de forma integral a las necesidades humanas, no sólo a un fragmento o parte de ellas. En las sociedades capitalistas industrializadas el crecimiento económico es condición absoluta del progreso social con una meta exclusiva de aumentar el consumismo como sinónimo de bienestar. Pero resulta obvio que existen otras fuentes de felicidad fuera del consumo tales como una familia unida, un entorno protector, un trabajo satisfactorio, el sentimiento de autoestima y un medio ambiente sano y bello. Por tanto, el crecimiento económico no necesariamente es equivalente al desarrollo humano. (1)

Muchos expertos coinciden en que no existe un instrumento ideal y único para evaluar todas las aristas de la calidad de vida, a pesar de lo cual son varias las escalas empleadas actualmente con este fin. De las más conocidas pueden mencionarse el Perfil de Salud de Nottingham diseñado en Gran Bretaña, y excelente para medir salud percibida; el Índice de Katz que fue desarrollado básicamente en ancianos con enfermedades crónicas; el Test de Valoración Funcional de Karnofsky; el SF-36, el Sickness Impact Profile y el EUROQuol-5D entre otros muchos. La calidad de vida en la Salud puede adquirir una connotación particular y puede incluir todas las enfermedades y manifestaciones que afecten la salud, constriñan la libertad y dañen la felicidad de las personas. No debe medirse, sino valorarse, pero sólo a partir de la propia actividad humana, su contexto, sus resultados y su percepción individual previamente educada (1).

Calidad de vida relacionada con la salud

Tradicionalmente la determinación del estado de salud o enfermedad de los individuos se ha centrado en métodos objetivos basados en la elaboración e implementación de medidas, tales como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos, o simplemente empleando el uso de indicadores epidemiológicos (tasas) para caracterizar una población. Sin embargo, existía un vacío instrumental para medir la calidad de vida o estado de salud individual en función de la definición de salud planteada por la Organización Mundial de la Salud. (9)

A pesar del uso de estas medidas epidemiológicas de morbilidad, a partir de los años setenta del siglo pasado surgen los índices de calidad de vida, y su mayor desarrollo fue en los años ochenta, aunque su concepción data de las civilizaciones griega, romana, egipcia y hebrea; y su estudio constituye un terreno donde diversas ciencias aportan sus enfoques y permiten un abordaje de forma multidimensional. (9)

Estos nuevos instrumentos o escalas en sus inicios miden el estado funcional de los pacientes con enfermedades crónicas, (cáncer, cardiopatías, etc.). (9)

El concepto de salud está fundamentado en un marco biopsicológico, socioeconómico y cultural, teniendo en cuenta los valores positivos y negativos que afectan nuestra vida, nuestra función social y nuestra percepción; por tanto, la redefinición del concepto de salud es de naturaleza dinámica y multidimensional. De ahí deriva la importancia de medir la calidad de vida. (9)

La calidad de vida es un concepto relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos (libertades, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas). Estos son elementos indispensables para el desarrollo del individuo y de la población; por tanto caracterizan la distribución social y establecen un sistema de valores culturales que coexisten en la sociedad. (9)

El uso de medidas de calidad de la vida relacionada con la salud (CVRS) evalúa una amplia gama de dimensiones, y han sido diseñadas para ser aplicadas a todo tipo de pacientes con diferentes patologías y en el ámbito poblacional a fin de comparar y evaluar las diferentes variaciones del estado de salud. La importancia de esta medición permite destacar el estado funcional del paciente que refleje su salud física, mental y social. Otro aspecto de interés es ofrecer una medición de una variable de expresión tipo subjetivo y poder obtener un valor cuantitativo que represente el estado de salud. (9).

¿Por qué estudiar calidad de vida y relacionarla con patología de tipo médico y explorar eventos de carácter social? Si bien la gestión de salud demanda de uso de indicadores más robustos y fehacientes para medir las actividades asistenciales y como valor añadido que detecte aspectos que atañen al paciente o a la comunidad y de otro lado valorar la calidad de la atención, frente a estas necesidades se requiere análisis críticos repetitivos, con una terminología comprensible para los sujetos y cuestionarios que exigen una validación en cada país; los que significa que la calidad de vida es un concepto multidimensional, como el bienestar subjetivo, la capacidad funcional y la realización de actividades sociales. Por lo tanto, en su medición se debe tener en cuenta dos proyecciones, la del usuario y la del proveedor. (18).

Estudios de Calidad de vida en Osteoartritis

1. Góngora-Cuenca Y, et al. Realizaron un estudio prospectivo, descriptivo y observacional, para evaluar la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera, en el Centro Nacional de Rehabilitación, en el período de enero de 2004 y enero de 2005. Se aplicó el Índice WOMAC de valoración funcional y la Escala de evaluación de Calidad de Vida EUROQuol-5D. Las dimensiones más afectadas en cuanto a Calidad de Vida en la Salud fueron movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas y dolor. Ningún paciente refirió estado óptimo de salud. Las variables que influyeron en el estado de salud fueron: sexo, edad, estado civil, nivel de estudio, actividad laboral, residencia, tiempo de diagnóstico, ingreso económico y grado de discapacidad. No hubo diferencias entre la evaluación funcional del examinador y la percepción de los pacientes acerca de su estado de salud. (1)
2. Noceda-Bermejo J, et al. Valoraron la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico osteomuscular usuarios de dos centros de atención primaria, mediante la aplicación COOP-WONCA durante el segundo semestre del 2003 y el 1er del 2004. Diseño descriptivo, observacional, transversal. Muestra aleatoria sistemática. 320 pacientes usuarios de los SC del puerto de Sagunto (Valencia) y del Alto Palencia (Castellón). Resultados: la percepción subjetiva de la salud de la gran mayoría de la población es regular o mala. Mayor deterioro del estado físico que del mental. Mal control farmacológico del dolor. Conclusiones: el dolor osteomuscular crónico tiene una marcada repercusión sobre la calidad de vida. (11)
3. Robles M, et al. Identificaron la asociación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida en pacientes con osteoartritis. Diseño: transversal y analítico. Métodos: muestreo no probabilístico, de julio a octubre 2007, 22 pacientes con osteoartritis y 22 sin esta, de 18 a 60 años de edad, se evaluó la calidad de vida y la funcionalidad familiar, mediante SF-36 y el PAGAR familiar. Resultados: la media fue de 51 años, 72% eran mujeres, 63.6% casados, 52.3% se encontraban desempleados, 75% de los pacientes con osteoartritis pertenecen a familias disfuncionales y 90% tienen una mala calidad de vida. Presentando la calidad de vida mala un OR (0.26-90.52) en relación con la osteoartritis. Conclusiones: se encontró una asociación entre la osteoartritis y la mala calidad de vida, así también como una asociación no significativa entre la disfunción familiar y la osteoartritis. (12)
4. Hernández ATJ, et al. Evaluaron la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide y osteoartritis mediante la escala SF-36. Estudio descriptivo, transversal y observacional en 86 pacientes adscritos a un consultorio de MF, edad entre 52 y 97 años. Resultados: la percepción de la calidad de vida tiene una tendencia regular a mala en el factor función

física y éste tiene una interacción con los mayores de 70 años, en masculinos que padecen artritis reumatoide. La función social y salud mental representaron mejor calidad de vida, el puntaje más bajo fue para la salud general y rol físico. Conclusiones: este estudio coincide con los reportado en otros, el SF-36 es sensible y confiable, permite la medición multidimensional del concepto de salud en pacientes con enfermedad crónica de la población mexicana. (13)

Origen del cuestionario SF-36 v2 (instrumento)

El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales. Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos, y la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS. (4)

Algunas de estas razones impulsaron a realizar la adaptación para su uso en España. (4)

Calidad de vida relacionada con la salud

Descripción del cuestionario: SF-36 v2.

El Cuestionario de Salud SF-36 es la adaptación realizada para España por Alonso y cols. de SF-36 Health Survey. Esta versión estándar se refiere a las cuatro últimas semanas. (7)

Este instrumento proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años y tanto en estudios descriptivos como de evaluación. (7)

Administración

Se trata de un cuestionario auto-administrado, aunque también se ha utilizado administrado mediante un entrevistador en entrevista personal, telefónica o mediante soporte informático. El tiempo de contestación es de 5 a 10 minutos.(7)

Dimensiones e ítems

Consta de 36 ítems que detectan tanto estados positivos como negativos de salud, que conforman 8 dimensiones. Función Física (10 ítems), Función Social (2 ítems), Rol físico (4 ítems), Rol Emocional (3 ítems), Salud mental (5 ítems), Vitalidad (4 ítems), Dolor corporal (2 ítems), Salud General (6 ítems). (7). El contenido de las 8 escalas se resume de esta manera. (9)

1. *Función Física*: mide el grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar cargas y la realización de esfuerzos moderados e intensos. (9)

2. *Rol Físico*: valora el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades. (9)

3. *Dolor Corporal*: valora la intensidad de dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en ésta. (9)

4. *Salud General*: proporciona una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar. (9)

5. *Vitalidad*: cuantifica el sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio o agotamiento. (9)

6. *Función Social*: mide el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual. (9)

7. *Rol Emocional*: valora el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar. (9)

8. *Salud Mental*: mide la salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional. (9)

Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem. (7)

Cálculo de las puntuaciones

Para cada una de las 8 dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). El cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global. Sin embargo, permite el cálculo de dos puntuaciones resumen mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión: medida sumario física y mental. Para facilitar la interpretación se obtienen también puntuaciones estandarizadas con los valores de las normas poblacionales, de forma que 50 (desviación estándar de 10) es la media de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente, que la población de referencia. Se recomienda que tanto la recodificación de ítems como la puntuación de las escalas se haga en un ordenador utilizando los algoritmos de puntuación documentados o el software disponible.(7)

El SF-36 ha mostrado en estudios españoles una buena discriminación y aporta suficiente evidencia sobre su fiabilidad, validez y sensibilidad. Además, estos resultados son consistentes con el instrumento original; lo que demuestra que la versión española es equivalente y puede ser utilizada en estudios nacionales e internacionales. (9)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se realiza el presente estudio de investigación, debido a que la osteoartritis es la enfermedad articular crónica más común, dado que a nivel mundial presenta una prevalencia de hasta el 25% (5), y en nuestro país alrededor del 14% en pacientes mayores de 60 años de edad (10). Representa un gran porcentaje de consulta, ubicándose en el 3er lugar de demanda en el primer nivel atención (10) ocasionando mayor gasto médico, debido a la utilización de estudios complementarios, prescripción farmacológica continua y referencia a segundo nivel.

La osteoartritis se caracteriza por artralgia, rigidez y disminución de la función articular, predominantemente en rodillas y cadera, secundaria a una pérdida progresiva del cartílago. (1,2)

Tradicionalmente la determinación del estado de salud o enfermedad de los individuos se ha centrado en métodos objetivos basados en la elaboración e implementación de medidas, tales como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos o epidemiológicos, para caracterizar una población. Por lo que existe un vacío instrumental para medir la calidad de vida o estado de salud individual. (9)

El concepto de salud está fundamentado en un marco biopsicológico, socioeconómico y cultural, teniendo en cuenta los valores positivos y negativos que afectan nuestra vida, nuestra función social y nuestra percepción; por tanto, la redefinición del concepto de salud es de naturaleza dinámica y multidimensional. (9)

Por lo que la motivación de nuestro estudio surge a partir de los elementos antes mencionados y del conocimiento de que cualquier desequilibrio en la salud repercute en la calidad de vida del paciente.

En este sentido es importante no solo diagnosticar adecuadamente esta patología, sino evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, en sus diferentes dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud general) mediante la aplicación del cuestionario de salud SF-36 v2, y de esta manera identificar problemas de salud relevantes que representen un importante impacto individual y familiar. Con base en esto se aplicará el estudio a personas mayores de 50 años de edad con diagnóstico de osteoartritis, por el hecho de que a una menor edad, el impacto de la enfermedad en la salud es menor, y podría causar sesgo en nuestro estudio.

PROPÓSITO DEL PROYECTO

Con los resultados obtenidos podremos establecer estrategias de intervención aplicables a corto y largo plazo que permitan mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Conociendo qué aspecto es el más afectado (mental, físico o social) podremos tratar de forma más integral al individuo, canalizándolo oportunamente a Psicología, Reumatología, Ortopedia o Rehabilitación e incluso tener la posibilidad de referencia a Clínica del dolor. Además en coordinación con los servicios de trabajo social y enfermería organizar grupos de ayuda, como se hace con el grupo SODHI, y así brindarles educación para la salud en relación a su padecimiento, e integrarlos a su entorno familiar y social de la mejor manera.

PREGUNTA DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- ¿Qué calidad de vida tienen los pacientes con diagnóstico de Osteoartritis, mayores de 50 años de edad, derechohabientes del IMSS, en el primer nivel de atención de la UMF 21, durante el segundo semestre del año 2008?

HIPÓTESIS

Los pacientes mayores de 50 años de edad con Osteoartritis presentan importante dolor articular, así como limitación parcial de la movilidad, y siendo estos crónicos e irreversibles, dicha sintomatología se verá reflejada en un deterioro de su calidad de vida, en una o varias de las áreas que la conforman.

OBJETIVOS

GENERAL

- Determinar la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de Osteoartritis, mayores de 50 años de edad, del primer nivel de atención de la UMF 21, durante el segundo trimestre 2008.

ESPECÍFICOS

- Identificar que dimensiones o áreas se encuentran más afectadas en los pacientes con Osteoartritis.
- Determinar el grado de función física de los pacientes con Osteoartritis
- Identificar la participación del rol físico
- Determinar la percepción del dolor corporal.
- Determinar la percepción de la salud general.
- Determinar las características de la vitalidad.
- Establecer el grado de función social.
- Identificar el papel del rol emocional.
- Determinar la percepción de la salud mental.
- Determinar las características sociodemográficas de los pacientes con Osteoartritis.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO:

- Observacional, prospectivo, transversal, descriptivo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes con diagnóstico de Osteoartritis en cualquier sitio, de acuerdo a los criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología (14), con más de 3 meses de evolución, mayores de 50 años de edad, derechohabientes del IMSS, usuarios del 1er nivel de atención de la UMF 21.

- UNIVERSO:
 - Consta de 1,254 pacientes mayores de 50 años de edad con diagnóstico de Osteoartritis, de los cuales 917 son mujeres y 337 hombres.

ESTRATEGIA DE MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

- Tamaño de la muestra: 161 pacientes, obtenida a través de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N Z^2 (P) (q)}{d^2 (N-1) + (Z^2 P q)} \quad \text{sustitución: } n = \frac{(1254)(3.8416)(0.14)(0.86)}{(0.05)^2 (1254-1) + (3.8416)(0.14)(0.86)} = 161$$

➤ DONDE:

n= tamaño de la muestra (161)

N= universo de trabajo (1,254)

Z= intervalo de confianza (1.96)

P= proporción de observaciones esperada (0.14)

q= contraparte de proporción de observaciones (0.86)

d= margen de error (0.05)

- Tipo de muestreo: Muestreo aleatorio simple.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión

- Pacientes con diagnóstico de Osteoartritis, de más de 3 meses de evolución que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF 21.
- Pacientes con edad de 50 años o más.
- Pacientes que hayan manifestado su consentimiento por escrito para participar en el estudio.
- Pacientes derechohabientes del IMSS, del 1er nivel de atención de la UMF 21.

Criterios de Exclusión

- Artropatías infecciosas, trastornos sistémicos del tejido conjuntivo, dorsopatías deformantes, espondilopatías, trastornos de los tendones y sinovial, osteopatías y condropatías.
- Enfermedades concomitantes que por si mismas ocasionan dolor crónico como el cáncer, las neuralgias, cefaleas crónicas, el dolor visceral, arteriopatías, etc.
- Pacientes con enfermedades de base descompensadas, ejemplo: Diabetes Mellitus con complicaciones agudas o crónicas, Insuficiencia Hepática, Insuficiencia Cardíaca CF > I NYHA, Insuficiencia Respiratoria.

De eliminación

- No haber contestado completa la encuesta
- Que no deseen participar

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se tomó en cuenta variables sociodemográficas: sexo, edad, ocupación, índice masa corporal y tiempo de evolución de la enfermedad, las cuales se recolectaron en un hoja adyacente al cuestionario de Calidad de Vida.

Se utilizó como instrumento de medición de Calidad de Vida relacionada con la Salud el SF-36.

Este instrumento proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años y tanto en estudios descriptivos como de evaluación.

Consta de 36 ítems que detectan tanto estados positivos como negativos de salud, que conforman 8 dimensiones (cada una con diferente número de preguntas): Función Física (10 ítems), Función Social (2 ítems), Rol físico (4 ítems), Rol Emocional (3 ítems), Salud mental (5 ítems), Vitalidad (4 ítems), Dolor corporal (2 ítems), Salud General (6 ítems).

Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem.

Se determinó la población usuaria de la UMF 21 con el apoyo de la base de datos del servicio de ARIMAC, posteriormente la población mayor de 50 años de edad con diagnóstico de Osteoartritis, dando un total de 1,254 pacientes, de los cuales 917 son mujeres y 337 hombres. Con base en estos datos se obtuvo el tamaño de la muestra de 161 pacientes con la fórmula referida en la parte de material y métodos.

El tipo de muestreo que se utilizó fue el aleatorio simple, seleccionando cada uno de los pacientes al azar, hasta llegar al total del tamaño de la muestra.

Se realizó una doble estrategia de búsqueda para obtener la totalidad de la muestra representativa:

- a) De manera oportuna, cuando los pacientes acudieron a consulta con su médico familiar, el residente los invitaba a participar.
- b) Mediante llamada telefónica a su domicilio, se les invitó a participar en el estudio y se les citó en la UMF 21 para su aplicación.

A todos los pacientes se les otorgó información sobre los objetivos del estudio y la importancia de los resultados.

Al llegar los pacientes a la UMF 21, el residente de segundo año de la especialidad de Medicina Familiar, les indicó que la aplicación del instrumento sería a solas, evitando la influencia de posibles familiares acompañantes y con previa autorización escrita se les aplicó el cuestionario de salud SF-36 y la hoja de recolección de dato sociodemográficos.

El tiempo de respuesta promedio es de 5 a 10 minutos, y en aquellos casos que se requirió ayuda para la realización del cuestionario, por causas como analfabetismo o dificultades de comprensión del mismo, el investigador ayudo a aclarar las dudas.

La fase de recolección de datos se inició en el mes de junio de 2008 y finalizó en Noviembre del mismo año.

Una vez que la aplicación de las cédulas de encuesta concluyó, se realizó el vaciado de la información en una base de datos previamente elaborada y al procesamiento de los mismos para su análisis y reporte.

El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la UMF 21.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CALIFICACIÓN
EDAD	Independiente	Cuantitativa Discontinua	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Se preguntará de forma abierta en el cuestionario que se aplicará.	Número de años cumplidos a partir de los 50.
SEXO	Independiente	Cualitativo Nominal	Características fenotípicas y genotípicas de una persona, que distinguen al varón de la mujer	Se preguntará en el cuestionario con dos opciones.	1. Hombre 2. Mujer
OCUPACIÓN	Independiente	Cualitativa Nominal	Empleo, oficio o trabajo	Se preguntará en el cuestionario, con pregunta abierta para posteriormente clasificarla.	1. Ama de Casa 2. Obrero 3. Comerciante 4. Profesionista 5. Desempleado 6. Pensionado
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	Independiente	Cualitativo Ordinal	Cociente entre el peso en kilogramos y la talla en metros al cuadrado. Constituye una estimación de la relación estaturponderal del individuo.	Se preguntará el peso y la talla del paciente y mediante la fórmula: $\text{peso}/\text{talla}^2$ se clasificará el grado de obesidad.	1. Peso bajo 2. Normal 3. Sobrepeso 4. Obesidad GI 5. Obesidad GII 6. Obesidad GIII
TIEMPO DE EVOLUCIÓN	Independiente	Cuantitativa Discontinua	Número de años cumplidos desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el momento en que se realice el estudio	Se preguntará en el cuestionario, con respuesta abierta en número de años.	Número de años padeciendo la enfermedad

CALIDAD DE VIDA	Dependiente	Cualitativa Nominal	“La percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”	A través del cuestionario SF-36, se expresa en 8 dimensiones: dando un valor por dimensión de 0 a 100, donde los resultados cercanos al 0 representan una peor calidad de vida, y más cercanos al 100 con mejor calidad de vida.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Función Física 2. Rol Físico 3. Dolor Corporal 4. Salud General 5. Vitalidad 6. Función Social 7. Rol Emocional 8. Salud Mental
1.FUNCIÓN FÍSICA	Dependiente	Cualitativa Ordinal	Capacidad de realizar las actividades físicas diarias, desplazamiento y cuidado personal.	Mide el grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el auto cuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar cargas y la realización de esfuerzos moderados e intensos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muy limitante 2. Poco limitante 3. No limitante
2. ROL FÍSICO	Dependiente	Cualitativa Ordinal	Papel que desempeña en la actividad laboral	Valora el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4. Sólo una vez 5. Nunca
3. DOLOR CORPORAL	Dependiente	Cualitativa Ordinal	Sensación subjetiva de malestar o sufrimiento experimentado en distintas partes del cuerpo, asociada a una lesión tisular	Valora la intensidad de dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en ésta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho
4. SALUD GENERAL	Dependiente	Cualitativa Ordinal	Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades	Proporciona una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pésima 2. Mala 3. Regular 4. Buena 5. Excelente
5. VITALIDAD	Dependiente	Cualitativa Ordinal	Actividad o eficacia de las funciones vitales, energía, vigor, fatiga o cansancio.	Cuantifica el sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio o agotamiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4. Sólo alguna vez 5. Nunca

6. FUNCIÓN SOCIAL	Dependiente	Cualitativa Ordinal	Participación en actividades y relaciones sociales. Funcionamiento en las actividades sociales habituales con la familia, los amigos y los vecinos.	Mide el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual	1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho
7. ROL EMOCIONAL	Dependiente	Cualitativa Ordinal	Papel que desempeña al desarrollarse con los demás	Valora el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4. Sólo alguna vez 5. Nunca
8. SALUD MENTAL	Dependiente	Cualitativa Ordinal	Estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural.	Mide la salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional	1. Muy mala 2. Mala 3. Regular 4. Buena 5. Muy buena

FACTIBILIDAD

1. Recursos Humanos

- El investigador: José Luis Castellanos Castellanos, Residente de la especialidad de Medicina Familiar

2. Recursos Materiales

- Cuestionarios
- Lápices
- Bolígrafos
- Sacapuntas
- Borradores
- Tablas portapapeles
- Línea telefónica
- Computadora
- Impresora

3. Recursos Financieros

- Proyecto financiado con recursos del propio investigador.

DISEÑO ESTADÍSTICO

Se procesaron los datos obtenidos del cuestionario de Calidad de Vida en el programa SPSS de cada uno de los pacientes, obteniendo resultados por cada una de las 8 dimensiones que van de 0 a 100, y junto con los resultados de las variables sociodemográficas fueron almacenados en una base de datos.

Se aplicó estadística descriptiva a los resultados obtenidos de las 8 dimensiones de Calidad de vida y las variables sociodemográficas consideradas, empleando medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y dispersión (rango, varianza y desviación estándar) o frecuencias relativas, según el caso.

El análisis estadístico para el procesamiento de los resultados de esta investigación se llevó a cabo de manera computarizada, utilizando el software Excel para cuadros y gráficas de los datos capturados.

CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL ESTUDIO

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud vigente en nuestro país, en su Título Segundo, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos; Capítulo 1, el cual es aplicable a nuestro protocolo de investigación, dice:

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación y Ética y se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud.

En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

En relación a la investigación sin riesgo, dice que son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado (8)

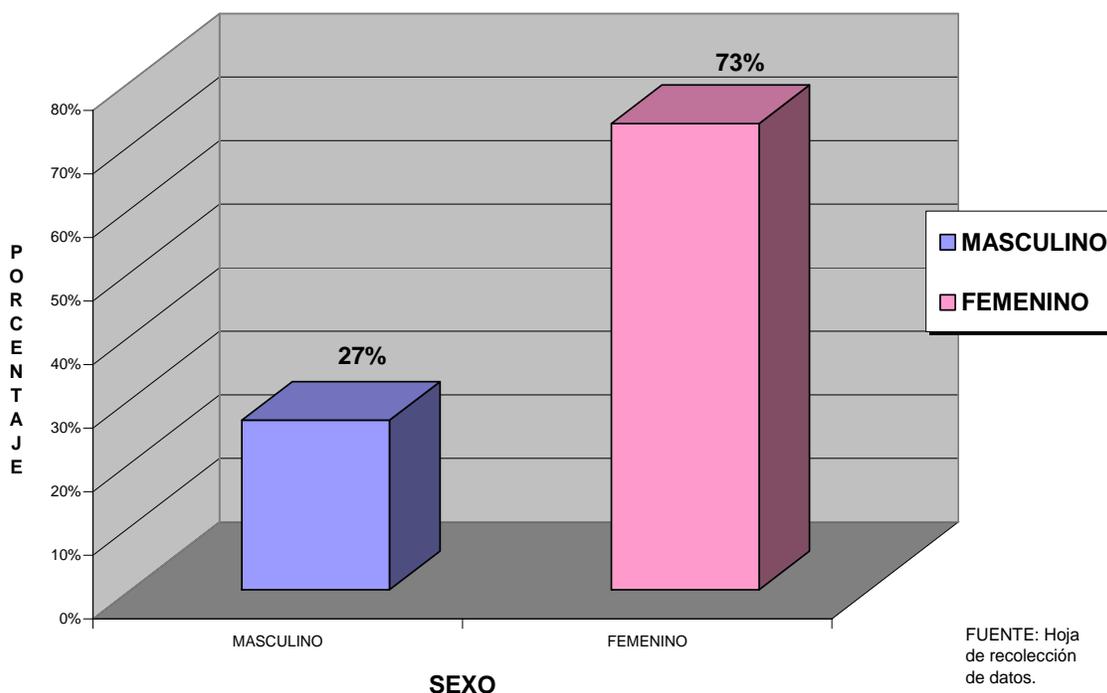
RESULTADOS

El estudio se realizó en pacientes con diagnóstico de Osteoartritis de la Unidad de Medicina Familiar 21, mayores de 50 años de edad. De 161 pacientes seleccionados, se excluyeron del estudio 41, por no cumplir con los criterios de selección. De los 120 pacientes restantes, 88 fueron mujeres (73%) y 32 hombres (27%); con promedio de edad 67 +/- 10.8 años; Índice de Masa Corporal con media 29 +/- 6.14 kg/m²; tiempo de evolución 9.8 +/- 6.3 años.

TABLA 1. Variables sociodemográficas.

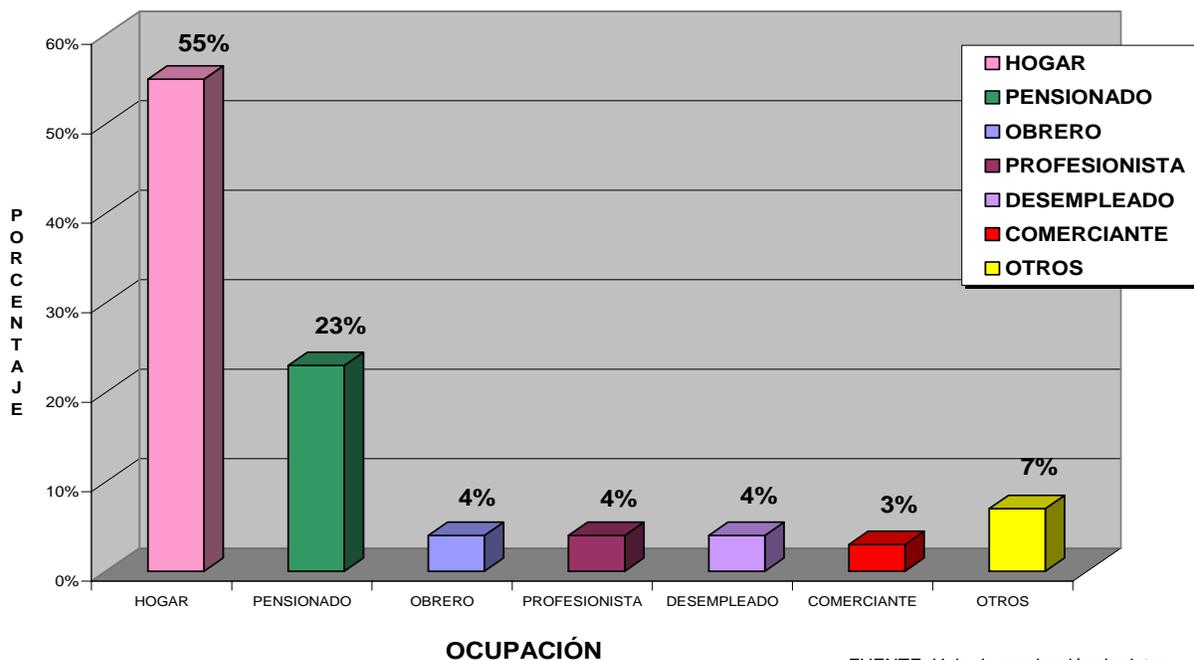
	EDAD	IMC	Tiempo de Evolución
Media	67	29	9.85
Desviación E	10.81	6.14	6.32

GRÁFICA 1 . Porcentaje de pacientes con Osteoartritis de la UMF 21, según Sexo 2008.



Gráfica 1. Se observa que el sexo predominante es el femenino con una relación de 2.75 a 1 con respecto al masculino.

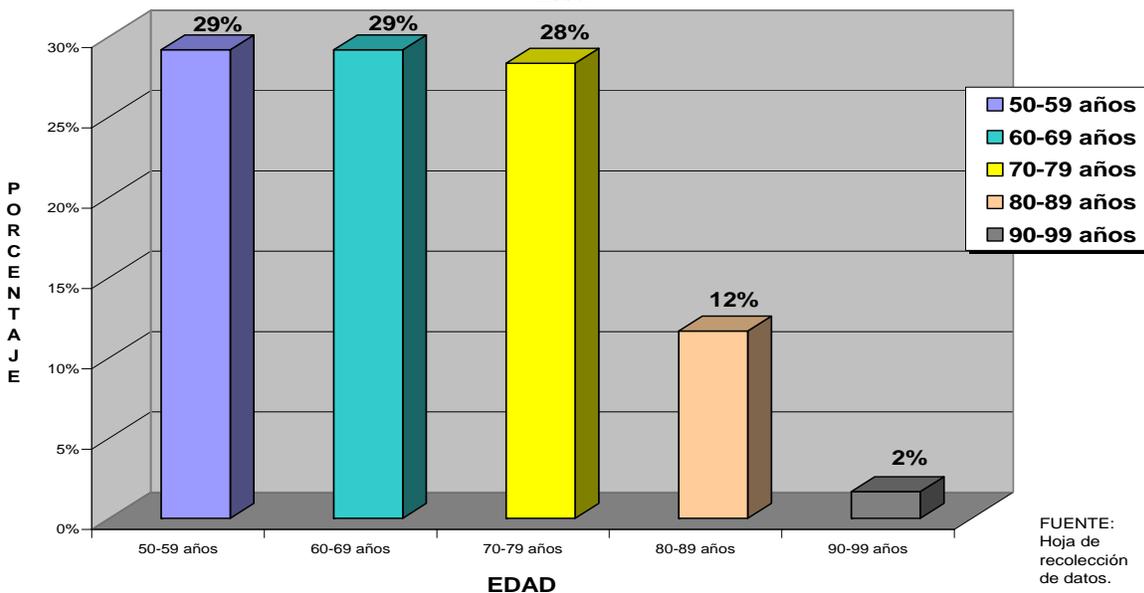
GRÁFICA 2. Porcentaje de pacientes con Osteoartritis de la UMF 21, según Ocupación 2008.



FUENTE: Hoja de recolección de datos

Gráfica 2., Se observa que la actividad principal en estos pacientes es el hogar con mas del 50%.

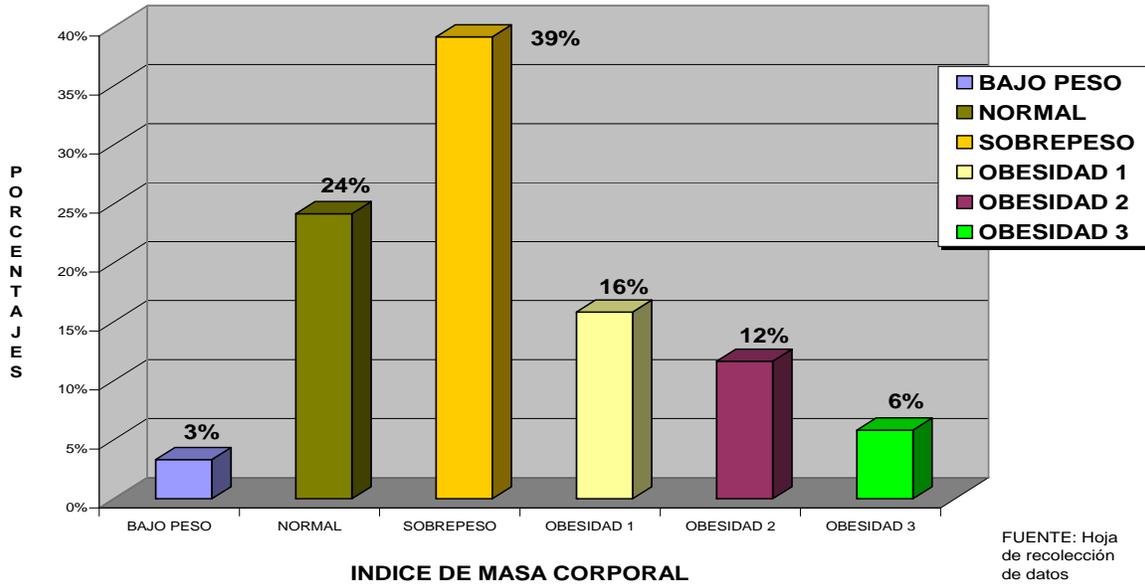
GRÁFICA 3. Porcentaje de pacientes con Osteoartritis de la UMF 21, según rangos de edad 2008.



FUENTE: Hoja de recolección de datos.

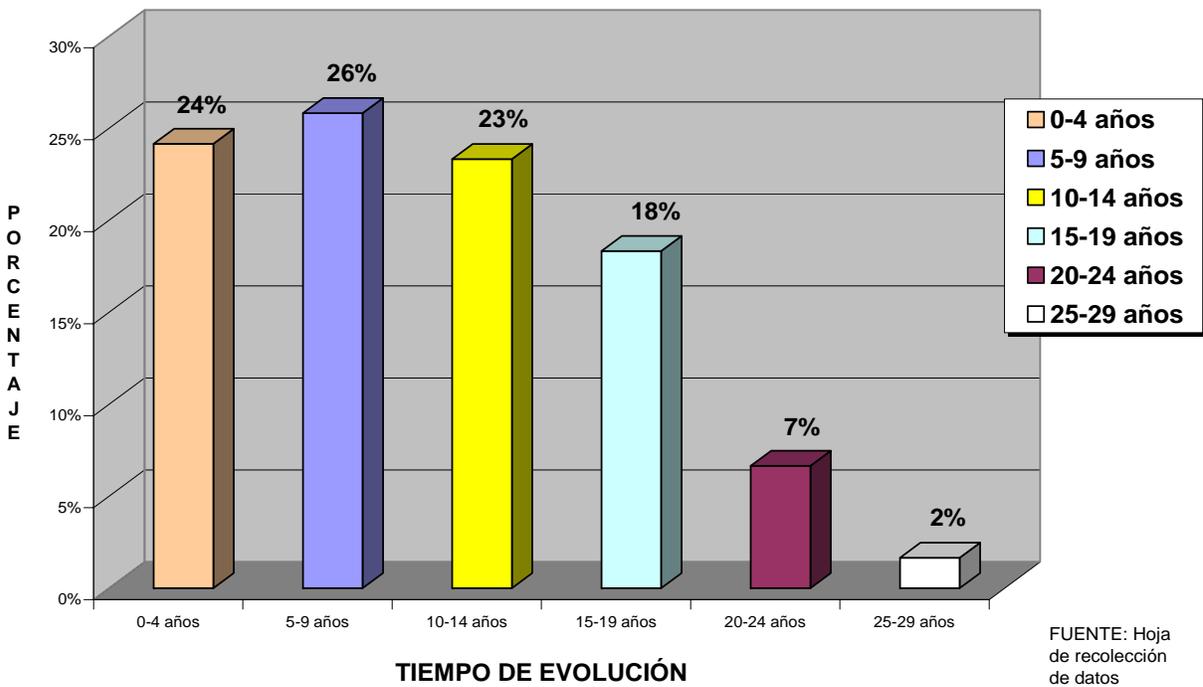
En la gráfica 3, no existe una diferencia de predominio en los rangos de edad de 50 a 79 años, sin embargo estos 3 grupos representan el 86%.

GRÁFICA 4. Porcentaje de pacientes con Osteoartritis de la UMF 21, según Índice de Masa Corporal, 2008.



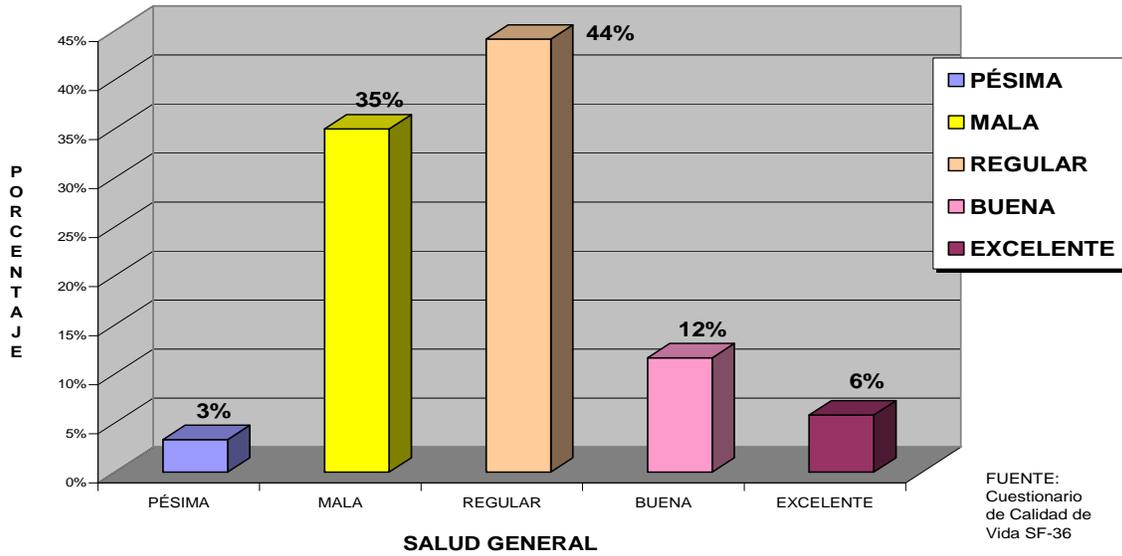
En la gráfica 4, observamos que en relación al IMC, lo que predomina es el sobrepeso.

GRÁFICA 5. Porcentaje de pacientes con Osteoartritis UMF 21, según el Tiempo de evolución por quinquenios, 2008.



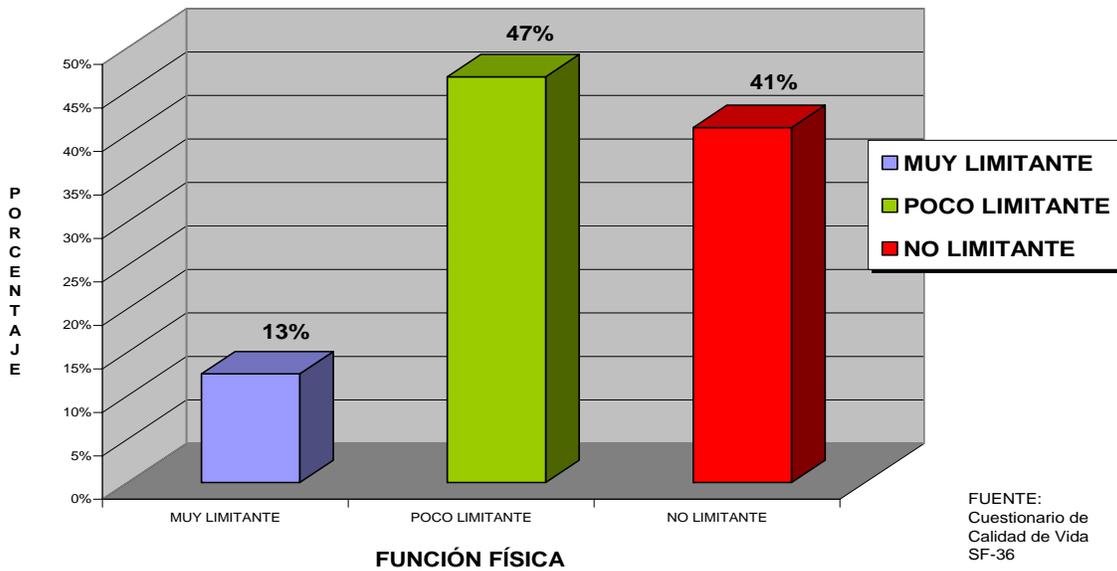
En la gráfica 5 no existe una diferencia importante en el tiempo de evolución de la enfermedad, sin embargo el quinquenio que ligeramente predomina es el de 5 a 9 años.

GRÁFICA 6. Calidad de Vida en Osteoartritis, según Salud General (percepción de la salud actual y comparada con la de hace un año)



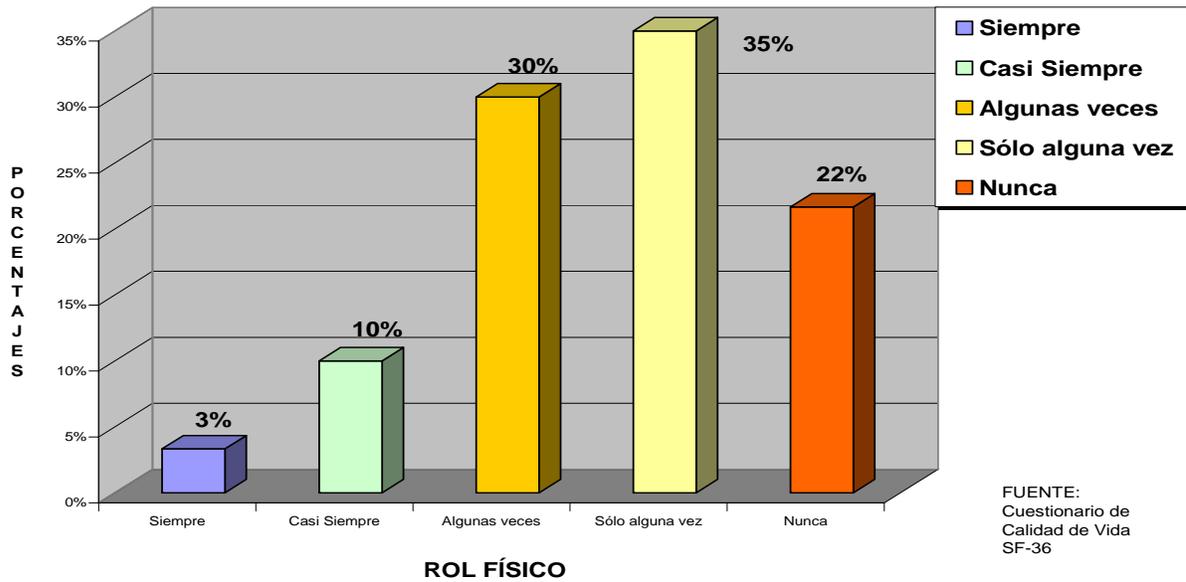
En la gráfica 6, la salud general es una de las dimensiones más afectadas, ya que la mayoría de los pacientes percibe su salud como regular a mala.

GRÁFICA 7. Calidad de Vida en Osteoartritis, según Función Física (que tanto la salud física limitan las actividades diarias)



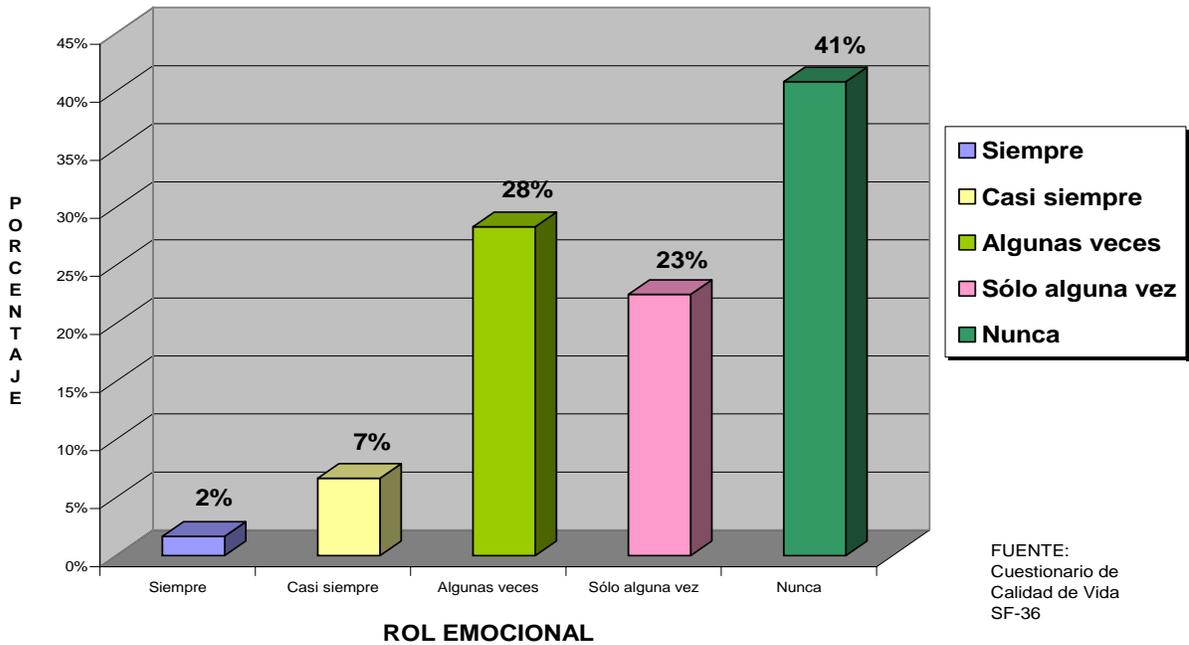
En la gráfica 7, se muestra que la mayoría de los pacientes tiene poca limitación para la realizar sus actividades diarias.

GRÁFICA 8. Calidad de Vida en Osteoartritis, según Rol Físico (con qué frecuencia se tienen problemas en las actividades diarias a causa de la salud física)



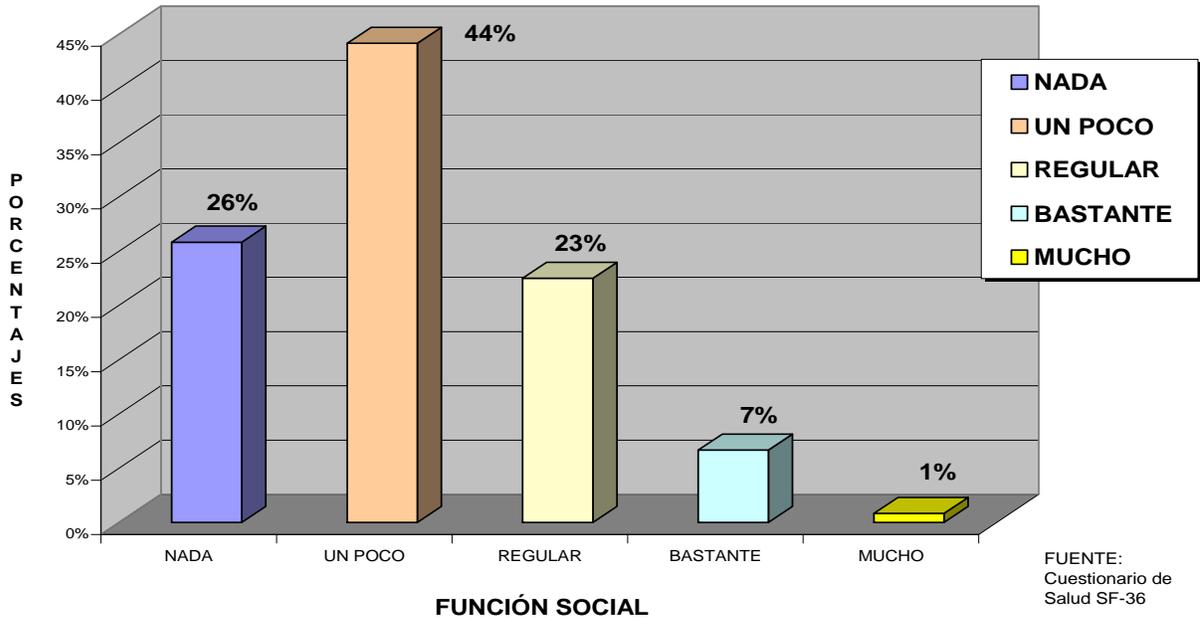
En la gráfica 8, se representa que la mayoría de los pacientes sólo alguna vez tienen dificultades para la realización de alguna actividad.

GRÁFICA 9. Calidad de Vida en Osteoartritis, según Rol Emocional (con qué frecuencia se tienen problemas en las actividades diarias a causa de algún problema emocional)



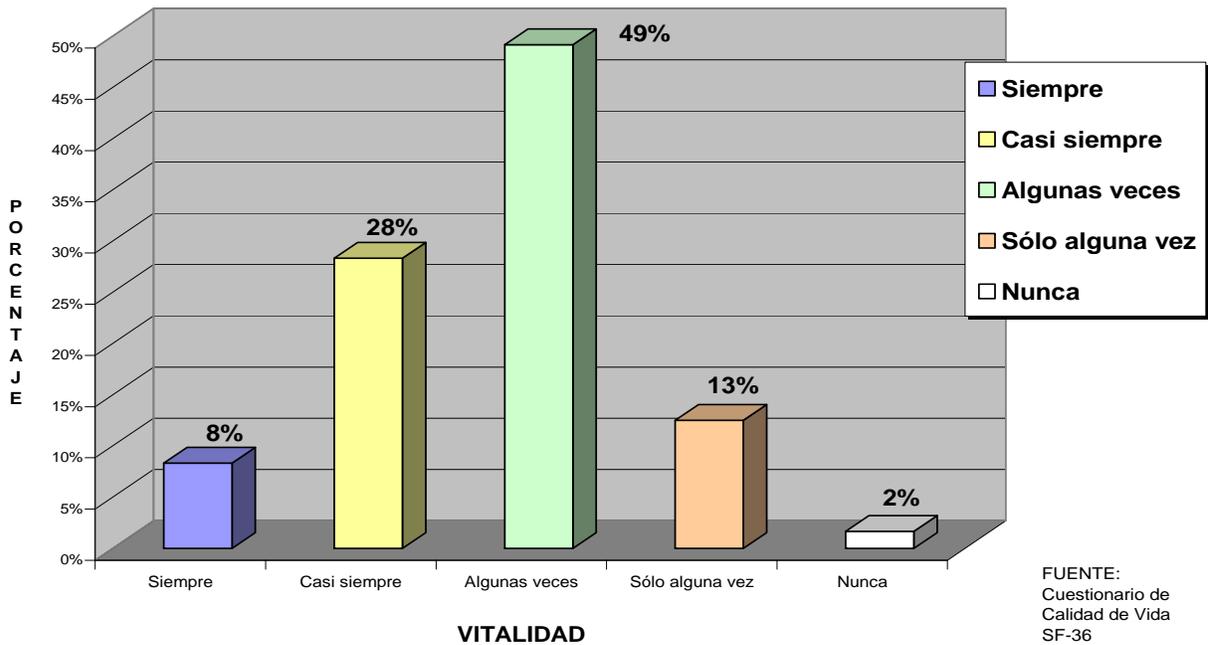
En la gráfica 9 se muestra que el Rol Emocional es el menos afectado, ya que en la mayoría de los pacientes no tiene repercusión a causa de la enfermedad.

GRÁFICA 10. Calidad de Vida en Osteoartritis, según función social (hasta que punto la salud física o los problemas emocionales dificultan las actividades sociales)



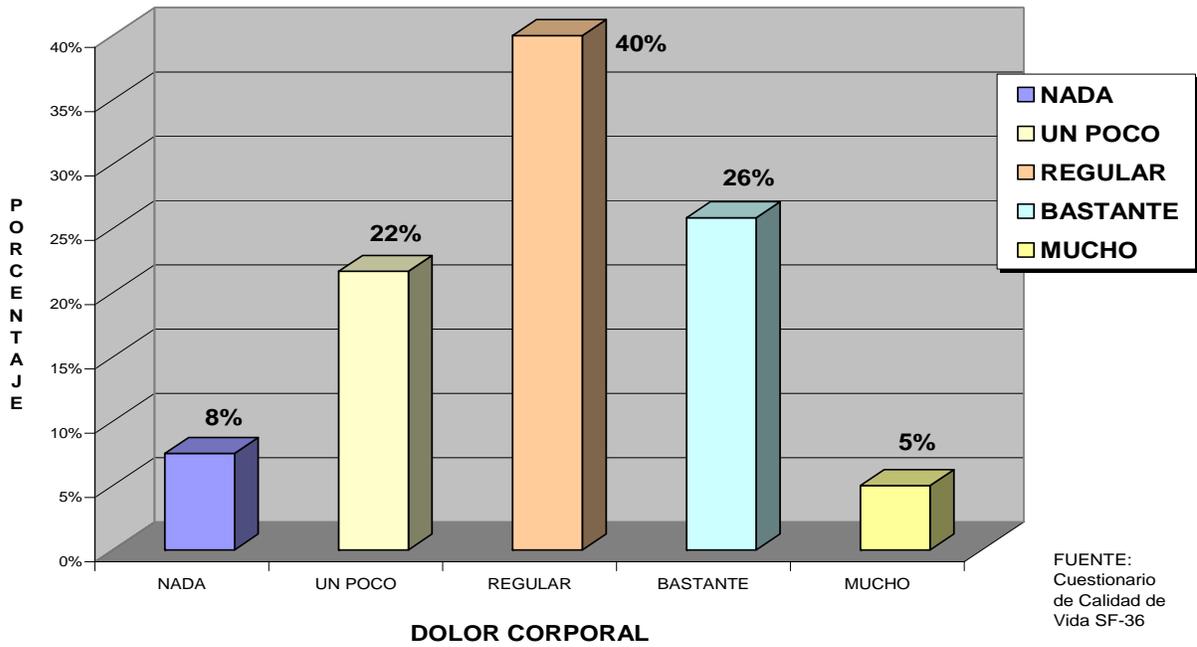
En la gráfica 10, se observa que la función social solo es un poco afectada.

GRÁFICA 11. Calidad de Vida en Osteoartritis, de acuerdo a percepción de la vitalidad



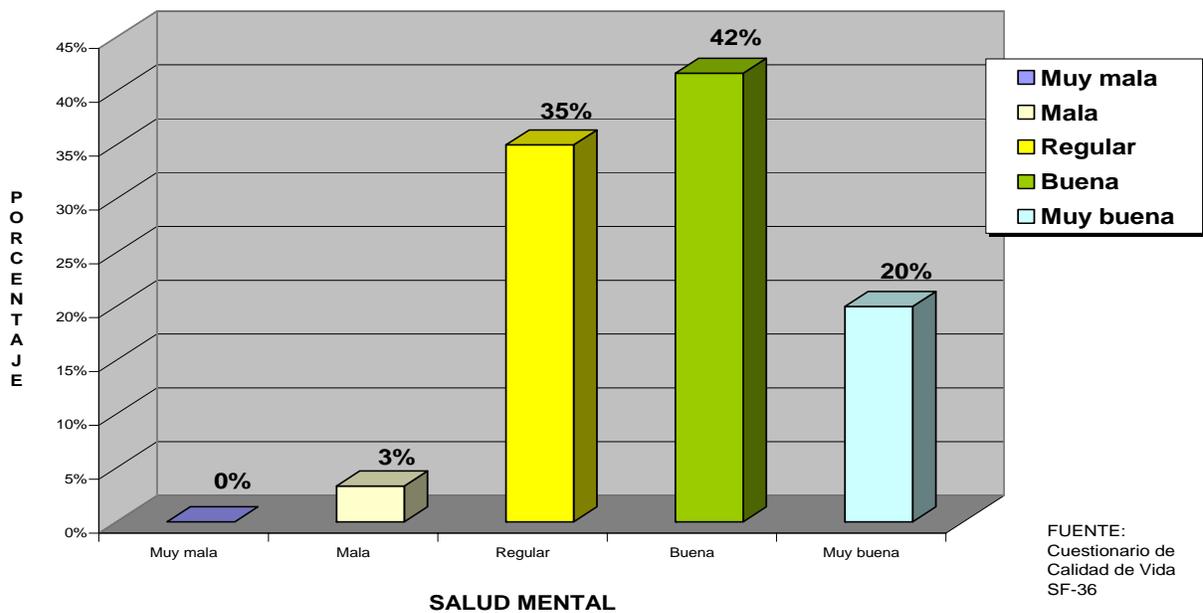
Gráfica 11. Se encontró que casi la mitad de los participantes perciben alteración en la vitalidad algunas veces.

GRÁFICA 12. Calidad de Vida en Osteoartritis, según Dolor Corporal



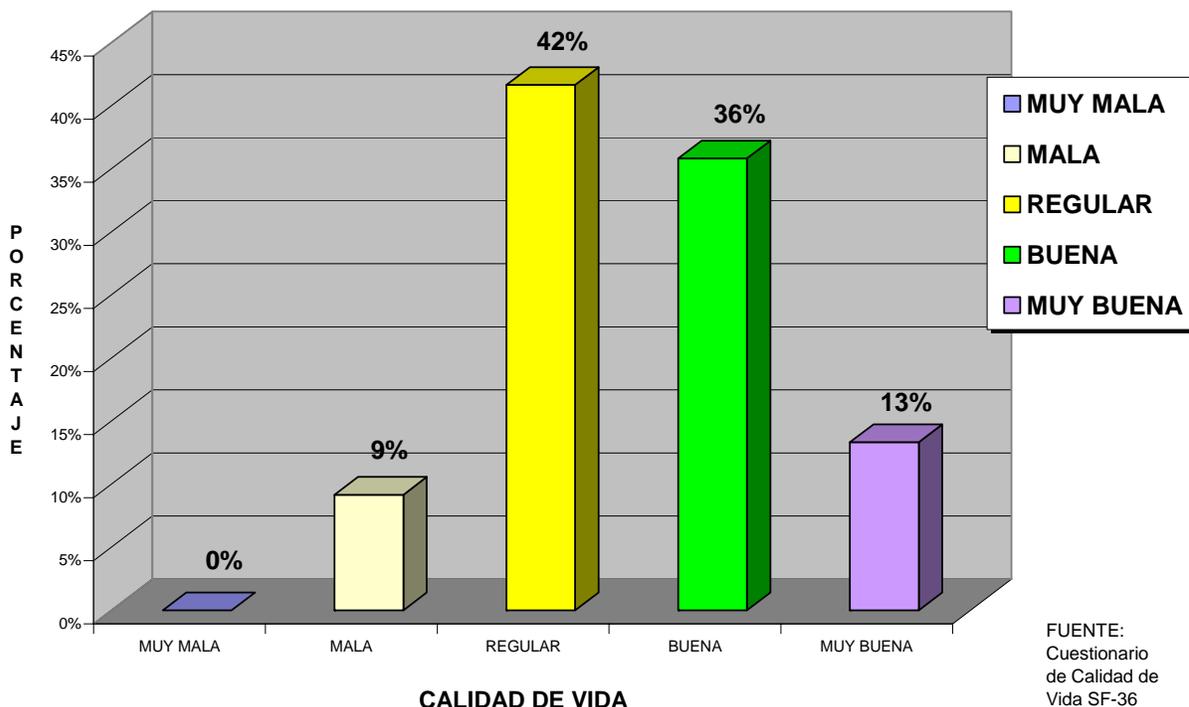
En la gráfica 12 se observa que el dolor corporal es de las dimensiones más afectadas. En la mayoría de los pacientes fue percibida como de intensidad regular.

GRÁFICA 13. Calidad de Vida en Osteoartritis, según la percepción de la Salud Mental



En la gráfica 13, observamos que la salud mental se percibe como buena en la mayoría de los casos.

GRÁFICA 14. Calidad de Vida en pacientes con Osteoartritis, englobando las 8 dimensiones.



En la gráfica 14 se representa la integración de las 8 dimensiones, la cual es percibida como regular en la mayoría de los pacientes.

Los resultados obtenidos en el SF-36 permiten describir la calidad de vida de los pacientes, con respecto a cada una de las 8 dimensiones que evalúa el instrumento. Se interpreta de acuerdo a una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). Los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente. En la tabla 2 se pueden apreciar las medidas de tendencia central de las puntuaciones obtenidas.

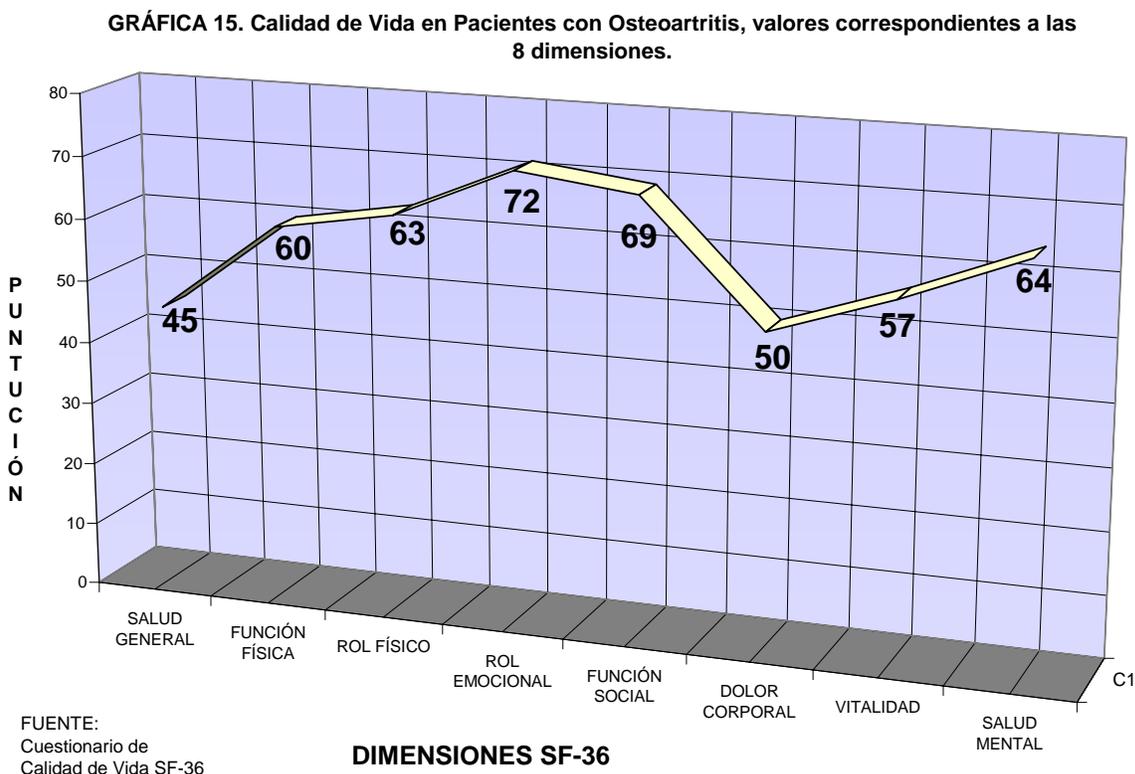
TABLA 2. Valores correspondientes a las 8 dimensiones de Calidad de Vida del cuestionario SF-36.

	Salud General	Función Física	Rol Físico	Rol Emocional	Función Social	Dolor Corporal	Vitalidad	Salud Mental
Media	45.2	59.7	63.1	71.5	69.2	49.8	56.5	64.3
DE	18.2	21.5	21.5	23.9	20.1	21.5	16.7	17.6

Como se observa en la tabla 2, a nivel descriptivo el Rol Emocional obtiene la puntuación más alta (71.5) de todas las dimensiones del SF-36, lo que indica que esta función no se ve seriamente limitada por la presencia de la enfermedad.

Las dimensiones moderadamente afectadas en forma descendente son: la Función Social (69.2), la Salud Mental (64.2), el Rol Físico (63.1), la Función Física (59.7), y por ultimo la Vitalidad (56.5), las cuales tienen puntuaciones ligeramente por arriba de 50, lo que indica que la mayoría de los pacientes presenta alteraciones en estas dimensiones, siendo parcialmente incapacitantes.

Por último las variables más afectadas son el Dolor Corporal (49.8) y la Salud General (45.2), lo que indica que en la mayoría de los pacientes estas dimensiones limitan su Calidad de Vida a causa de la enfermedad.



En la gráfica 15 se compara cada una de las 8 dimensiones, observándose que la percepción de la salud general y el dolor corporal son las áreas más afectadas. Las menos afectadas son el rol emocional y la función social.

DISCUSIÓN

La medición de la calidad de vida a la hora de evaluar a una población es difícil de determinar por lo subjetivo que representa cada una de las dimensiones que la engloban, como los factores sociales, psicológicos y la implicación que la enfermedad tiene en la vida del paciente. Debido a esto se han creado instrumentos como el utilizado en esta investigación el SF-36, que trata de acercarse en lo más posible a situación actual del paciente, obteniendo de lo cualitativo una valoración cuantitativa.

Comparando nuestros resultados con otros estudios (Noceda J, et al., 2004; Hernández A, et al., 2008) se encontró un deterioro de la calidad de vida en pacientes con Osteoartritis, en las dimensiones del dolor corporal y la salud general, en donde afortunadamente este detrimento no fue severo. Las dimensiones menos afectadas fueron el rol emocional y la función social, lo cual coincide con estudios previos en los que se ha encontrado que los pacientes con este tipo de patología tienen más afectación física que emocional o social.

Los resultados obtenidos del cuestionario de Calidad de vida relacionada con la salud muestran que las dimensiones más afectadas fueron como sigue: la salud general (45.2) y el dolor corporal (49.8); las cuales estas relacionadas con la percepción de la salud general y el área física, que con el área emocional o social.

Las dimensiones con más alto puntaje fueron: rol emocional (71.5) y la función social (69.2), lo que indica que se trata de pacientes que no perciben que su salud emocional y social en estas dimensiones interfiera de manera relevante en su trabajo y demás actividades diarias.

Las dimensiones como la función física, rol físico, función social, vitalidad, y salud mental tuvieron una moderada repercusión en la Calidad de vida, las cuales tienen componentes de las 3 áreas físico, social y emocional.

Se encontró que las variables sociodemográficas el sexo predominante es el femenino, en relación al índice masa corporal predomina el sobrepeso, los cuales coinciden con lo reportado en la literatura médica como factores de riesgo para el desarrollo de Osteoartritis; sin embargo no se encontró relación con la literatura en lo obtenido en las variables de edad y ocupación.

El no encontrar un grave deterioro de la Calidad de Vida de estos pacientes, como sucede con otras enfermedades crónicas, es probable que se deba por una parte, a la poca repercusión emocional y social, a la nula posibilidad de muerte, y al control parcial de la enfermedad.

Por lo que es necesario señalar que el dolor al ser una de las dimensiones más afectadas, refleja el mal control del paciente, ya que en la mayoría es de regular a bastante. Nuestros esfuerzos como médicos deben ir encaminados a mejorar la calidad de vida en los pacientes y no únicamente a tratar sus enfermedades.

CONCLUSIONES

- Gracias al cuestionario SF-36 se ha reflejado la Calidad de Vida de la población sujeta a esta enfermedad crónica y evaluado la efectividad de nuestras decisiones terapéuticas.
- La muestra se caracterizó por un predominio de sexo femenino, de 50 a 80 años de edad, sobrepeso, dedicados al hogar, y con 9 años de evolución de Osteoartritis.
- Las dimensiones más afectadas de Calidad de Vida en relación con la salud, fueron el dolor corporal crónico y la percepción de la salud general.
- Los aspectos sociales y emocionales se encuentran menos involucrados en la Calidad de Vida de los pacientes con Osteoartritis, como consecuencia de la percepción de un problema de salud físico no incapacitante en su totalidad, aunque en general doloroso.

PROPUESTAS

- Se propone la aplicación de instrumentos que midan la Calidad de Vida relacionada con la salud como el SF-36 u otras versiones a los pacientes con Osteoartritis, e incluso en otras enfermedades para determinar las dimensiones de salud afectadas e implementar un tratamiento integral y multidisciplinario. Posteriormente se podría evaluar periódicamente con el mismo instrumento con el fin de determinar los logros o fracasos de las áreas o dimensiones afectadas.
- Al aplicar un instrumento de calidad de Vida y obtener las dimensiones afectadas, se podría canalizar al paciente de acuerdo a sus resultados, ya que en ocasiones el área física no es la más afectada, por lo que podría haber compromiso emocional o social. En este sentido ofrecer alternativas de tratamiento a nuestros pacientes, que debe incluir el área afectiva y/o psicológica
- Se propone la creación de un instrumento específico de Calidad de Vida para Osteoartritis, como proyecto de investigación de las generaciones siguientes en esta unidad de medicina familiar, ya que en la actualidad no se cuenta con una herramienta de este tipo, por lo que tenemos que utilizar cuestionarios multidimensionales, y será de gran utilidad en la valoración de los pacientes.
- El impacto de la Osteoartritis puede empeorar por coexistencia de otras enfermedades, ya que una gran proporción de pacientes sufre comorbilidades, por lo tanto para futuros estudios de investigación se sugiere que la muestra sea específica de esta patología, lo que ocasionara que la muestra se reduzca por los pocos casos aislados, pero con mejor enfoque. De la misma manera se podrá realizar estudios en pacientes que presenten varias enfermedades crónico-degenerativas.
- Se propone a los interesados en el tema realizar estudios de Calidad de vida en Osteoartritis o en otras enfermedades musculoesqueléticas discapacitantes y determinar si existe correlación con alteración en la dinámica familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Góngora-Cuenca Y, Friol-González J, Rodríguez-Boza E, González-Roig J, Castellanos-Suárez M, Álvarez-Acosta R. Calidad de vida en paciente con osteoartrosis de cadera y rodilla. Rev Cubana de Reumatología 2006; VIII (9-10): .
2. Brea-Corral J, Cabal-García A. Tratamiento farmacológico de la artrosis en atención primaria. Farmacia de Atención primaria 2004; 2 (2): 48-54.
3. Vinaccia S, Fernández H, Amador O, Tamayo R, Vázquez A, et al. Calidad de vida, ansiedad, y depresión en pacientes con diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable. Terapia Psicológica 2005 diciembre; 23 (002): 65-74.
4. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gaceta sanitaria 2005 marzo-abril; 19 (2): 23-29.
5. Peña-Ayala A, Fernández-López J. Prevalencia y factores de riesgo de la Osteoartritis. Reumatol Clin. 2007; 3 (3): 6-12.
6. Álvarez-López A, García-Lorenzo Y, Mariño-Fonseca J. Tratamiento conservador de la osteoartritis de rodilla. Rev Cubana Ortop Traumatol 2004; 18(1): .
7. Alonso J y cols. Cuestionario de Salud SF-36 versión 2, en línea, disponible en: biblioPRO, la biblioteca virtual de la red IRYSS, <http://www.rediryss.net>; Internet accesado octubre 2007.
8. Hellmann D, Stone J. Artritis y trastornos musculoesqueléticos. En: Tierney L, McPhee S, editores. Diagnóstico clínico y tratamiento. 40a ed. México: Manual moderno; 2005. p. 773-826.
9. Tuesca-Molina R. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. Salud Uninorte 2005; 21: 76-86.
10. Pavia-Mota E, Larios-Gonzalez M, Briceño-Cortés G. Manejo de la Osteoartrosis en Medicina Familiar y Ortopedia. Archivos en Medicina Familiar 2005 septiembre-diciembre; 7 (003): 93-98.
11. Noceda-Bermejo J, Moret-Ten C, Lauzirika-Alonso L. Calidad de Vida en el dolor Osteomuscular crónico. Reumatol Clin. 2006; 2 (6): 298-301.
12. Robles M, Guzmán J, Gutiérrez E, Porrás S, Valadez F, Salgado M. Asociación de la disfunción familiar sobre la calidad de vida en pacientes con osteoartrosis. Aten. Fam. 2008 marzo-abril; 15 (2): 29.
13. Hernández ATJ, et al. Evaluación de Calidad de Vida con el SF-36 en osteoartritis y Artritis Reumatoide. Aten. Fam. 2008 marzo-abril; 15 (2): 29.
14. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía clínica para la atención de pacientes con osteoartrosis de rodilla y cadera. Guías de práctica clínica para medicina familiar. pp.141-149
15. Ramiro M, Lifshitz A, Halabe J. Osteoartritis. En: Estrada-Zepeda S, editores. El internista. 3ª ed. México: Nieto Editores; 2008. p. 1463-1470.

16. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Diario oficial de la Federación de los Estados Unidos Mexicanos, 3 de febrero de 1983.
17. Massardo-Vega L, Artrosis. Apuntes de Reumatología.
18. Tuesca-Molina R. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. Salud Uninorte. 2005; 21: 76-86.
19. Ríos-Castillo J, Sánchez-Sosa J, Barrios-Santiago P, Guerrero-Sustaita V. Calidad de Vida en pacientes con Diabetes Mellitus. Rev Med. 2004; 42 (2): 109-116.
20. Campos-Navarro R, Torres D, Arganis E. Autoterapias complementarias de adultos mayores con enfermedades cronicodegenerativas. Rev Med. 2001; 39 (1): 15-19.
21. Álvarez Nemegeyi J, Nuño-Gutiérrez B, Alcocer –Sánchez J. Enfermedades reumáticas y discapacidad laboral en población adulta rural. Rev Med. 2005; 43 (4): 287-292.

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMF 21

Declaro libre y voluntariamente que acepto participar en la investigación "*Calidad de Vida en pacientes con Osteoartritis*".

He sido informado por el Dr. José Luis Castellanos Castellanos, residente de 2do año de la especialidad de Medicina Familiar que no corro ningún riesgo y que los beneficios son meramente de investigación.

Para lograr el objetivo mencionado, contestaré el Cuestionario de Salud SF-36 Versión 2, que consta de 36 preguntas, quedando en la conformidad de que se mantenga la discreción de los resultados.

Firma del paciente : _____

Nombre y firma del Médico : _____

Lugar y fecha : _____

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF-36

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud y hasta que punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una "X" la casilla que mejor describa su respuesta.

- ❖ Número de afiliación : _____
- ❖ Edad : _____ Peso : _____ Estatura : _____
- ❖ Tiempo padeciendo la enfermedad : _____
- ❖ Sexo : _____ Ocupación : _____

1. En general, usted diría que su salud es:

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Excelente | Muy buena | Buena | Regular | Mala |

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Mucho mejor | Algo mejor | Más o menos | Algo peor | Mucho peor |

3. Actividades que me limitan:

- | | Si, me limita mucho | Si, me limita poco | No me limita nada |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ❖ <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados.----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ❖ <u>Esfuerzos moderados</u> , como barrer, o caminar más de una hora.----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ❖ Cargar o llevar la bolsa del mandado----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ❖ Subir <u>varios</u> pisos por la escalera----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ❖ Subir <u>un sólo</u> piso por la escalera----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ❖ Agacharse o arrodillarse ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- ❖ Caminar un kilómetro o más ----- ----- -----
- ❖ Caminar unos 100 metros ----- ----- -----
- ❖ Bañarse o vestirse por si mismo ----- ----- -----

4. Salud Física

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo una vez	Nunca
---------	--------------	---------------	--------------	-------

- ❖ ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado a sus actividades ----- ----- ----- ----- -----
- ❖ ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer? ----- ----- ----- ----- -----
- ❖ Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo ----- ----- ----- ----- -----
- ❖ Tuvo dificultad para hacer sus labores ----- ----- ----- ----- -----

5. Problemas emocionales

(estar triste, deprimido o nervioso)

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo una vez	Nunca
---------	--------------	---------------	--------------	-------

- ❖ ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo por algún problema emocional? ----- ----- ----- ----- -----
- ❖ ¿Hizo menos de los que hubiera querido hacer por algún problema emocional? ----- ----- ----- ----- -----
- ❖ ¿Hizo sus labores menos cuidadosamente que de costumbre? ----- ----- ----- ----- -----

6. En este mes, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades con la familia, amigos, etc.

Nada

Un poco

Regular

Bastante

Mucho

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las últimas 4 semanas?

No, ninguno

Sí, muy poco

Sí, un poco

Sí, moderado

Sí, mucho

Sí, muchísimo

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual?

Nada

Un poco

Regular

Bastante

Mucho

9. En las últimas 4 semanas:

Siempre

Casi siempre

Algunas veces

Sólo una vez

Nunca

❖ ¿Se sintió lleno de vitalidad? -----	<input type="checkbox"/>				
❖ ¿Estuvo muy nervioso? -----	<input type="checkbox"/>				
❖ ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle -----	<input type="checkbox"/>				
❖ Se sintió calmado y tranquilo -----	<input type="checkbox"/>				
❖ ¿Tuvo mucha energía? -----	<input type="checkbox"/>				
❖ Se sintió desanimado y deprimido -----	<input type="checkbox"/>				
❖ ¿Se sintió agotado? -----	<input type="checkbox"/>				
❖ ¿Se sintió feliz? -----	<input type="checkbox"/>				
❖ ¿Se sintió cansado? -----	<input type="checkbox"/>				

10. En este mes, ¿con que frecuencia su 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 una vez

Nunca

11. Diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases

Totalmente cierta

Bastante cierta

No lo sé

Bastante falsa

Totalmente falsa

❖ Me enfermo más fácilmente que otras personas -----	<input type="checkbox"/>				
❖ Estoy tan sano como cualquiera -----	<input type="checkbox"/>				
❖ Mi salud va a empeorar -----	<input type="checkbox"/>				
❖ Mi salud es excelente -----	<input type="checkbox"/>				