



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MÉXICO**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**“EVALUACION DE CALIDAD DE VIDA MEDIANTE EL  
CUESTIONARIO SF-36 EN PACIENTES CON  
OSTEOARTRITIS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MEDICINA  
FAMILIAR DE LA UMF No. 28 GABRIEL MANCERA”**

**T E S I S**

**QUE PRESENTA PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR**

**DR. JOAQUIN PEREZ AGUIRRE**

**ASESOR**

**DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA**

**MÉXICO, D. F. 2010**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

**“EVALUACION DE CALIDAD DE VIDA MEDIANTE EL CUESTIONARIO SF-36 EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No. 28 GABRIEL MANCERA”**

**AUTORIDADES DEL IMSS**

---

**DR. JUVENAL OCAMPO HERNANDEZ**  
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 IMSS.

---

**DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO.**  
COORDINADORA CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 IMSS.

---

**DR. JAFET FELIPE MENDEZ LOPEZ.**  
PROFESOR ADJUNTA DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y  
MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.  
28 DEL IMSS

**“EVALUACION DE CALIDAD DE VIDA MEDIANTE EL CUESTIONARIO  
SF-36 EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS QUE ACUDEN AL  
SERVICO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No. 28 GABRIEL  
MANCERA”**

**DIRECTOR DE TESIS Y ASESOR**

---

**DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA**  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
COORDINADOR DEL CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA  
“DR. FRANCISCO J. BALMIS”

**TESISTA**

---

**DR. JOAQUIN PÉREZ AGUIRRE**  
RESIDENTE DE TERCER AÑO  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por darme la oportunidad de vivir y cumplir este objetivo.

A mi familia por darme educación y enseñarme los mejores valores y lecciones de vida.

A mi esposa por su paciencia y apoyo incondicional.

A mis amigos, maestros y compañeros que me encontré durante este proceso, por sus conocimientos y enseñarme el valor de la amistad.

A mi asesor: Dr. Apolinar Membrillo Luna por su interés, disponibilidad y su tiempo. Por compartir conmigo sus conocimientos en Salud Familiar.

**GRACIAS**

## **“EVALUACION DE CALIDAD DE VIDA MEDIANTE EL CUESTIONARIO SF 36 EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 28 GABRIEL MANCERA”**

**AUTORES:** Dr. Joaquín Pérez Aguirre, Dr. Apolinar Membrillo Luna

### **RESUMEN:**

**INTRODUCCION:** La práctica médica tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades. Las investigaciones en calidad de vida hacen posible estudiar los efectos de las enfermedades sobre el individuo a lo largo de su evolución.

La calidad de vida es un parámetro que ha adquirido importancia, especialmente en el tratamiento de los pacientes con osteoartritis dado el gran impacto económico, social y laboral que genera esta enfermedad.

Esta entidad produce grados variables de afectación que pueden transitar desde sólo dolor y limitación hasta una importante imposibilidad del paciente para realizar sus actividades habituales e influye en la Calidad de Vida del paciente asociada a su salud afectando también su ámbito emocional y mental ya que se ha observado que el 50% de los pacientes con Osteoartritis sintomática sufren algún grado de discapacidad.

**OBJETIVO:** Evaluar la calidad de vida de los pacientes con osteoartritis por medio del cuestionario SF 36 que acuden al servicio de medicina familiar de la UMF 28 “Gabriel Mancera”

**DISEÑO METODOLOGICO:** El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo, prospectivo, transversal, no comparativo.

**METODOS:** Se incluirán pacientes mayores de 50 años de edad, con diagnóstico y síntomas de osteoartritis, derechohabientes del IMSS que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar en la UMF No. 28, sin distinción de sexo, que acepten participar en el estudio. Mediante la aplicación del cuestionario SF- 36 se evaluará la calidad de vida de dichos pacientes, se utilizará estadística descriptiva, reportando frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar según las variables utilizadas.

**RESULTADOS:** Los aspectos de salud mas afectados fueron: Función Física (79.3%), Dolor Corporal (68%), Rol Emocional 65.3%, Salud General (53.3%) y Rol Físico (53.3%).

**CONCLUSIONES:** Los pacientes con osteoartritis tienen una mala calidad de vida

**Palabras claves:** Calidad de Vida, osteoartritis, Cuestionario SF-36.

**“EVALUACION DE CALIDAD DE VIDA MEDIANTE EL CUESTIONARIO SF 36 EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 28 GABRIEL MANCERA”**

**INDICE**

CAPITULO I ANTECEDENTES O MARCO TEORICO.....	1
CAPITULO II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
CAPITULO III JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
CAPITULO IV OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	15
CAPITULO V HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	15
CAPITULO VI METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
CAPITULO VII RESULTADOS.....	22
CAPITULO VIII DISCUSIÓN.....	29
CAPITULO IX CONCLUSIONES.....	30
CAPITULO X ANEXOS.....	31
CAPITULO XI BIBLIOGRAFÍA.....	37

## **CAPITULO I ANTECEDENTES O MARCO TEORICO**

Definimos la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), como el valor asignado por las propias personas a su vida en algunos aspectos físicos, psíquicos y sociales, componentes de la salud en los que influyen experiencias, creencias, expectativas y percepciones de la persona<sup>1</sup>.

Es por tanto una valoración individual muy influenciada por la percepción subjetiva de cada individuo, por su entorno político, social, económico y cultural y es un valor que se modifica en estados de enfermedad, deficiencia o accidente<sup>2</sup>.

Usamos el término CVRS porque valora aspectos de la vida que no son habitualmente considerados como salud; incluye recursos económicos, autonomía y características del entorno, que muchas veces condicionan de forma adversa la salud y sin embargo no suelen ser centro de interés para médicos e investigadores<sup>3</sup>.

La preocupación por aumentar la esperanza de vida nos ha llevado a plantear la mejora de su calidad, el paciente no solo se limita a pedir que le quiten el dolor, sino que también exige que sea sin efectos secundarios, ya que la conjunción de estos aspectos es lo que realmente permite hablar de un tratamiento de calidad<sup>4</sup>.

La valoración de la CVRS de nuestros pacientes es un aspecto del proceso patológico cada vez más considerado a la hora de realizar la anamnesis<sup>5</sup>.

Por su carácter integrador, el concepto calidad de vida permite armonizar la información obtenida por diversas disciplinas e investigaciones que se pueden realizar con objetivos, metodología y técnicas diferentes.

Además, en él se pueden incluir todas las enfermedades y circunstancias que afecten la salud y dañen la felicidad de las personas, así como también establecer actividades de promoción y prevención que no solo están basadas en el temor a la enfermedad y a la muerte, sino en el placer y la motivación por la salud, por tanto, satisface las exigencias de las más elaboradas definiciones de salud<sup>6</sup>.

Se puede resumir planteando que, el concepto calidad de vida es una categoría que se puede desglosar en niveles de particularidad hasta llegar a su expresión singular en el individuo<sup>7</sup>.

Esto es posible ya que la calidad de vida no se mide, sino se valora o estima a partir de la actividad humana, su contexto histórico, sus resultados y su percepción individual, esto explica porque el individuo, puede hacer, desear o disfrutar actividades que pueden arruinar su salud o la de los demás como ocurre en el caso de las adicciones y conductas relacionadas con la salud reproductiva<sup>8</sup>.



La calidad de vida es un complejo que incluye bienestar físico, mental y social percibido por el individuo, así como la felicidad, la emoción, la satisfacción y recompensa, por ello tiene componente objetivo (condiciones materiales y condición de vida) y subjetivos (basado en el bienestar cuyos marcadores son la felicidad y satisfacción)<sup>9</sup>.

Por esta razón, cada comunidad y cada individuo debe determinar qué entienden por calidad de vida, siempre que no se viole la ley, los intereses de la mayoría o del otro, ni la moral vigente<sup>10</sup>.

La importancia de las investigaciones acerca de la calidad de vida en función de las condiciones de existencia y su evolución, es que se puede valorar el efecto del tiempo y la intensidad en que han estado actuando condiciones específicas sobre la salud de la comunidad o el individuo, sean estas favorables o desfavorables, y esa importancia se acrecenta si se entiende que, la reacción psicobiológica y la capacidad de adaptación del hombre frente a un evento aislado o sistemático, intenso pero breve, o moderado y constante, son diferentes<sup>11</sup>.

Las condiciones de vida estresantes que se hacen duraderas, dañan la calidad de vida, ya sean por situaciones externas (socioeconómicas) o internas (de personalidad), también pueden afectar la regulación psicobiológica por las vías psico-neuro-vegetativas, que son utilizadas por las descargas emocionales y los estados afectivos negativos y duraderos, haciendo posible alteraciones bioquímicas, fisiológicas e inmunológicas que participan en la génesis de las enfermedades<sup>12</sup>.

Esta constituye la ruta del estrés en las enfermedades crónico degenerativas, las cuales han ido ascendiendo a los primeros lugares del cuadro de morbilidad, entre las que se destacan las cardiovasculares y el cáncer, ya que la sociedad se ha hecho compleja y agitada a un ritmo mayor al que ha evolucionado la capacidad de adaptación psico-biológica del hombre<sup>13</sup>.

Por otro lado, el nivel de vida, la ignorancia e higiene, son componentes de la calidad de vida relacionados con las enfermedades infectocontagiosas; como también lo son la personalidad desequilibrada, frustración matrimonial y actividad laboral estresante, que debilitan la inmunocompetencia y por tanto, se relacionan con las enfermedades transmisibles.<sup>14</sup>

Los estudios sobre calidad de vida permiten abordar la causalidad de la salud y la enfermedad, al estudiar la calidad de las condiciones de vida en las que transcurre la vida cotidiana de las personas, y por tanto coadyuva a intervenir sobre el riesgo y el grado de vulnerabilidad ante las enfermedades, a partir de criterios técnicos, de la cultura específica y del grado de equilibrio de la personalidad del individuo<sup>15</sup>.

Las investigaciones sobre calidad de vida hacen posible conocer los efectos de la enfermedad a lo largo de su evolución, la imagen social e individual que se tienen de la enfermedad y sus tratamientos, los efectos del tratamiento en los estados de ánimo y las expectativas del enfermo, los efectos del ingreso

hospitalario, de las relaciones médico pacientes, las características del apoyo familiar, el análisis de los proyectos de vida y las formas en que se percibe todo este complejo proceso<sup>16</sup>.

El carácter valorativo del concepto calidad de vida lo enlaza a la ética y lo hace una herramienta útil para enfrentar los difíciles problemas técnicos, jurídicos y éticos que se generan alrededor de los conceptos de vida, de muerte, de consentimiento, de justicia sanitaria y hasta de enajenación<sup>13, 16</sup>.

Los estudios de calidad de vida permiten buscar información con metodología y técnicas adecuadas acerca de cómo se están estructurando las condiciones de vida en la sociedad, en las instituciones, en la familia y en el individuo, y las consecuencias que puedan producir en la salud y el bienestar de las personas<sup>9, 16</sup>.

La aparición y el desarrollo del concepto calidad de vida para estudiar e intervenir en la enfermedad, la salud y el bienestar es una muestra de integración y progreso de las ciencias y las humanidades, lo cual se debe aprovechar trabajando en su fundamento teórico y metodológico, en sus conceptos y terminología, en la construcción de instrumentos y en la búsqueda de su aplicación y eficacia<sup>11, 16</sup>.

Definir Calidad de Vida no es una tarea fácil y por supuesto es un parámetro subjetivo, situación que complica “objetivizar” algo tan personal y tan diferente en cada individuo, no obstante, de manera simplista, podríamos decir que es sencillamente la resultante de los síntomas físicos y psicológicos que la enfermedad produce en un individuo<sup>3, 9, 16</sup>.

Partiendo del hecho que la Calidad de Vida es subjetiva, y lo subjetivo nunca podrá medirse con exactitud, no existe, ni existirá, la escala ideal para evaluar la Calidad de Vida<sup>17</sup>.

La Calidad de Vida, para poder evaluarse, debe reconocerse en su concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como la situación económica<sup>18</sup>.

Es por ello que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”<sup>18</sup>.

En el área médica el enfoque de calidad de vida se limita a la relacionada con la salud. (CVRS). Este término permite distinguirla de otros factores y está principalmente relacionado con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento<sup>19</sup>.

Si consideramos que la práctica médica tiene como meta principal preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades, se hace necesario considerar este aspecto en las personas con enfermedades

crónicas, para lo cual se requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida<sup>9, 19</sup>.

Por tanto, una aproximación válida para la medición de la Calidad de Vida se basa en el uso de cuestionarios, los cuales ayudan a cuantificar en forma efectiva los problemas de salud y el impacto de esta en la Calidad de Vida de los enfermos.

Existen múltiples instrumentos diseñados para evaluar las dimensiones que integran las mediciones de la Calidad de Vida relacionada con la salud en diversas poblaciones y enfermedades<sup>3, 5, 19</sup>.

En su concepción más amplia, la calidad de vida recibe la influencia de factores como el empleo, la vivienda, el acceso a servicios públicos, las comunicaciones, la urbanización, la criminalidad, la contaminación del ambiente y otros elementos que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad<sup>20</sup>.

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad.

Sin embargo este término ha evolucionado desde una definición conceptual hasta una serie de escalas que permiten medir la percepción general de la salud<sup>18, 19, 20</sup>.

Por otro lado, tanto la vitalidad, como el dolor y la discapacidad, se dejan influenciar por las experiencias personales y por las expectativas de los individuos, considerando que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la Calidad de Vida, ya que, dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente percepción personal de su salud<sup>20</sup>.

En este sentido, la Calidad de Vida no debe evaluarse por el equipo de salud, ni extrapolarse de un paciente a otro, ya que se han observado diferentes interpretaciones entre el paciente, la familia, y el equipo de salud, así como discrepancias en su evaluación.

Por lo tanto, es el paciente quien debe emitir el juicio perceptivo de su calidad de vida, por consiguiente se puede evaluar la Calidad de Vida en diversos grupos con diferentes padecimientos y con distintos instrumentos<sup>18, 20</sup>.

La Calidad de Vida es un concepto relativamente nuevo en la evaluación de la salud, debido a que existían una serie de problemas metodológicos que se han venido resolviendo, y que dan como resultado el disponer ahora de un buen número de instrumentos validados, aplicables a diversas enfermedades y poblaciones<sup>15, 20</sup> con el objetivo de medir la Calidad de Vida.

Por tanto podemos encontrar que existen dos tipos de instrumentos: Por un lado, mientras que los instrumentos genéricos permiten evaluar diversos

grupos y poblaciones, los instrumentos específicos permiten medir el impacto de un diagnóstico específico en condiciones crónicas <sup>20</sup>.

Los instrumentos actualmente disponibles para medir la Calidad de Vida son confiables y constituyen una herramienta complementaria para evaluar la respuesta al tratamiento <sup>20</sup>.

La introducción de estos instrumentos no sólo se limita a la investigación de ensayos clínicos terapéuticos, sino que se extiende a la investigación en servicios de salud. Los modelos para la toma de decisiones requieren incorporar información de fuentes primarias sobre Calidad de Vida que nos ayuden a resolver los problemas del costo de la salud y de la asignación de recursos <sup>18, 20</sup>.

La evaluación de la Calidad de Vida constituye un reto contemporáneo para cualquier profesional, ya que consideramos que cualquier investigación que se acerque a este tema reviste gran importancia puesto que permite valorar el efecto del tiempo y la intensidad con que actúan condiciones específicas de vida, sociales, familiares o personales sobre la salud del individuo o de la comunidad permitiendo así orientar dichas condiciones y establecer proyectos de intervención <sup>21</sup>.

Ahora bien consideremos que las personas con dolor crónico de tipo articular tienen una afectación multidimensional de la Calidad de Vida, lo cual supera a otras enfermedades médicas crónicas.

La afectación de la Calidad de Vida en el dolor crónico de origen osteoarticular degenerativo o inflamatorio es evidente por las limitaciones y repercusiones en los aspectos tanto físicos como psíquicos, sociales y económicos de los pacientes que lo padecen <sup>22</sup>.

Además del dolor existen diversos factores que repercuten sobre la Calidad de Vida de estos pacientes, en ocasiones son factores poco modificables, como los socioculturales, y otros en donde se pueden realizar estrategias de actuación del tipo educativas, preventivas, dietéticas, psicológicas, conductuales etc. <sup>21, 22</sup>.

Es decir, es preciso conocer el entorno de influencias que rodean a los pacientes con dolor crónico para realizar un tratamiento integral desde un punto de vista amplio y multidisciplinario, donde el tratamiento analgésico asociado a medidas no farmacológicas y de promoción de hábitos saludables nos permita una mejora global de la patología dolorosa y de su repercusión personal, social y económica <sup>23</sup>.

La prevalencia del dolor crónico está entre el 2 y el 40% de la población adulta. Si dentro del dolor crónico excluimos los pacientes oncológicos y el dolor neuropático, queda un grupo de pacientes con características propias y que su principal causa de dolor es la patología degenerativa y/o inflamatoria osteoarticular y musculoesquelética <sup>24</sup>.

La osteoartritis es por mucho la enfermedad articular más común, y dentro de esta la rodilla es una de las articulaciones que más frecuentemente se afecta, y también es la que mayor prevalencia de osteoartritis presenta, ocasionando síntomas incapacitantes en aproximadamente 10 % de la población mayor de 55 años<sup>24</sup>.

El dolor osteoarticular es el que motiva más frecuentemente la consulta por dolor dentro de la población general, ya que también afecta la salud física y psicológica del que lo padece, además de tener repercusiones sobre las actividades diarias, la autonomía, el empleo y el bienestar económico. El síntoma principal es el dolor de características mecánicas, la instauración del mismo es progresivo hasta ser limitante<sup>25</sup>.

La osteoartritis es la más común de las enfermedades articulares, es un síndrome anatómico clínico caracterizado por dolor mecánico que con frecuencia se asocia a rigidez y que conduce progresivamente a una pérdida o disminución de la función articular<sup>26</sup>.

Está demostrado que la edad es el mayor factor de riesgo para el desarrollo de la osteoartritis, ya 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<sup>26</sup>.

Existen múltiples factores de riesgo que se asocian al progreso de esta enfermedad, entre los que se destacan, además de la edad y el sexo femenino ya mencionados, la obesidad, los microtraumas repetitivos en la práctica de determinados deportes y el desarrollo de actividades profesionales específicas<sup>27</sup>.

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.

La rodilla y la cadera se encuentran entre las articulaciones más frecuentemente afectadas debido a que son sitios expuestos a sobrecarga articular, traumas, alteraciones biomecánicas o infecciones, sin dejar de mencionar el papel importante de la herencia<sup>27</sup>.

La osteoartritis tiene tal importancia, que la Organización Mundial de la Salud ha designado a la primera década de este siglo como la Década Osteoarticular. En México y en el resto del mundo, es una de las causas de discapacidad más importantes, en personas de 40 años en adelante, los pacientes de la tercera edad son los más afectados<sup>28</sup>.

En el transcurso de este siglo los pacientes con Osteoartritis serán cada vez más numerosos, por esta razón debería darse un mayor énfasis en la formación académica de los médicos familiares hacia los trastornos crónico

degenerativos articulares, desde la escuela de medicina hasta la práctica diaria en las unidades de medicina familiar<sup>28</sup>.

La osteoartritis es una enfermedad sistémica, multifactorial, prevalente, progresiva, incurable; se caracteriza por áreas focales de pérdida de cartílago en las articulaciones sinoviales. Los síntomas principales son dolor o artralgia, disminución progresiva de la función, deformidad articular y finalmente incapacidad funcional<sup>29</sup>.

La osteoartritis localizada en la cadera y en la rodilla implican la mayor discapacidad que cualquier otra enfermedad en el anciano, existen reportes de que en este grupo de pacientes se requiere el uso de un andador hasta en un 40%<sup>29</sup>.

La osteoartritis tiene un gran impacto en los ancianos, antes de los 50 años los hombres tienen una alta prevalencia, pero la prevalencia e incidencia es mucho más alta en las mujeres después de los 50 años, es la cuarta causa de morbilidad en la mujer mayor de 60 años y la octava en el hombre<sup>30</sup>.

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<sup>30</sup>.

En estudios realizados y relacionados con los 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<sup>29, 30</sup>.

La carga económica que esto representa a nivel internacional es hasta del 2.5% del PIB de Estados Unidos de Norteamérica (EEUU), Canadá, y Gran Bretaña. En EEUU en el año 2000 causó gastos de hasta de 26 mil millones de dólares.

El cálculo del total de la carga económica incluye la pérdida en la productividad, y estos se nombran como costos indirectos, el reporte de Yellin-Calahan estima que el costo de la pérdida de productividad de la población mundial afectada representa 49.6 billones de dólares<sup>30</sup>.

La demanda de consulta por padecimientos crónicos degenerativos se ha incrementado en forma importante, la carga tanto económica como logística en este aspecto es de preocupación internacional. Se ha estimado que una de cada cuatro consultas de atención primaria se debe a enfermedades del aparato locomotor y que estos trastornos pueden representar hasta el 60% de todas las pensiones de discapacidad<sup>27, 28, 30</sup>.

También se ha mencionado la necesidad de realizar el análisis de la demanda de consulta por osteoartritis, debido a la frecuencia de esta patología en el consultorio de ortopedia, problema que puede ser controlado por el médico

familiar, de manera conservadora, en la gran mayoría de los casos, dado que las medidas preventivas y de educación para la salud tendrán más impacto en la población, redundando así en la mejor distribución de los recursos y optimizando los niveles de atención, utilizando la interconsulta a la especialidad como alternativa resolutoria, en los casos en los que las medidas conservadoras no sean suficientes para la mejoría del paciente y que requiera de manejos invasivos como la infiltración de esteroides en casos seleccionados o el manejo quirúrgico<sup>31</sup>.

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 y calidad de vida<sup>31, 32</sup>.

Existen estudios que demuestran que en personas con osteoartritis sintomática, hasta un 50% de ellos sufren algún grado de discapacidad.

Esta entidad, toda vez que produce grados variables de afectación, las cuales 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 del término que implican elementos sociales, familiares y económicos<sup>32</sup>.

La motivación para nuestro estudio surge a partir de los elementos antes mencionados y del conocimiento de que cualquier discapacidad conduce a una afectación de la calidad de vida del paciente, teniendo en cuenta que a este término se le adjudican componentes como: el estado físico y la capacidad funcional; el estado psicológico y el sentido de bienestar; las interacciones sociales y los factores económicos; y los factores éticos y de valores<sup>28, 32</sup>.

Una de las principales quejas de los usuarios de las instituciones de salud es el inadecuado manejo del dolor, el cual agrava la condición de salud y afecta la Calidad de Vida del paciente; además, en los pacientes hospitalizados puede aumentarse su estancia y generar reingresos constantes, lo que repercute negativamente tanto para el paciente como para la institución<sup>33</sup>.

El dolor intenso no controlado puede tener graves efectos adversos en el estado físico, psicológico, emocional, social y espiritual de los pacientes, lo que repercute sobre las actividades de la vida diaria, y condiciona pérdidas económicas, laborales y sociales con trascendencia en una proporción significativa de la población<sup>33</sup>.

El dolor es un problema médico de primer orden, constituyendo uno de los motivos más frecuentes en las consultas de atención primaria; no existe ningún tipo de duda de que es inherente a la vida, el dolor afecta a la mayoría de la población en varios momentos a lo largo de su vida, alterando en mayor o menor grado su vida personal, social o profesional<sup>33</sup>.

La definición del dolor es enormemente compleja, probablemente la mejor definición es la realizada por la Internacional Association for Study of Pain (IASP), que lo define como “una experiencia emocional desagradable, asociada o no a una lesión tisular, o que se describe con las manifestaciones propias de tal lesión”. El dolor en general, es un fenómeno complejo y multideterminado, resultado de la interacción entre factores fisiológicos, psicológicos y socio-culturales<sup>34</sup>.

Es muy importante diferenciar entre dolor agudo y crónico, ya que este último es resultado de mecanismos fisiopatológicos diferentes: el dolor agudo es un mecanismo de alarma, a través del cual nuestro organismo evita un daño mayor y facilita la reparación de la lesión tisular. El dolor crónico está considerado como un síndrome, o un conjunto de manifestaciones psíquicas, conductuales y sociales que tienden a considerar el dolor persistente, como una enfermedad en sí misma<sup>35</sup>.

El dolor carece de propiedades fisiológicas reparadoras, sin función biológica alguna, perpetuándose en ocasiones en ausencia de lesión y constituyendo con frecuencia la única manifestación de la enfermedad. Se ha propuesto un modelo de dolor crónico el cual está integrado por un componente sensorial o nociceptivo, un componente afectivo (la respuesta del paciente ante el dolor), y un componente cognitivo o evaluativo (interpretación del paciente sobre el dolor).<sup>36</sup>

La incapacidad funcional ocasionada por el dolor es causa de sufrimiento en los pacientes, en sus familias y en otras personas cercanas. Ciertas investigaciones en relación con el manejo del dolor señalan que los pacientes con dolor crónico presentan generalmente algún tipo de limitación de la actividad física<sup>37</sup>.

La evaluación por medio de encuestas que integran la percepción del estado de salud de los individuos en actividades de la vida cotidiana ha sido objeto de un creciente interés por parte de la comunidad de investigadores de los servicios de salud<sup>38</sup>.

Es precisamente este punto el que nos lleva a realizar la presente investigación en función de poder tener una percepción clara y real del paciente en relación a las características del dolor generado por su padecimiento y la forma en cómo afecta esto su Calidad de Vida, por lo que es necesario conocer algunas características de los instrumentos que nos permiten realizar dicha evaluación.

Por tanto los instrumentos de medida del estado de salud pueden clasificarse en dos grandes tipos:

- Genéricos
- Específicos.

Algunos instrumentos genéricos, ya disponibles son el Nottingham Health Profile (NHP), Sickness Impact Profile (SIP) y el SF-36 Health Surve y (SF-36) que están empezando a ser utilizado en todo el mundo<sup>38</sup>.



El uso de instrumentos de recolección de datos que miden y caracterizan el estado multidimensional de salud promete el acercamiento en la relación médico-paciente, de forma tal que los pacientes tendrán un nuevo marco de referencia respecto a sus prestadores de servicios de salud, y estos últimos podrán juzgar la efectividad del manejo de la población atendida<sup>38, 39</sup>.

En la presente investigación se utilizará el instrumento genérico SF-36, por considerar que cumple con las dimensiones necesarias para evaluar la Calidad de Vida de los pacientes con osteoartritis degenerativa.

El cuestionario SF-36 fue desarrollado a principios de los 90 en Estados Unidos para su uso en 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 en general, ha resultado útil para valorar la calidad de vida relacionada con la salud en la población general y en subgrupos específicos, ya que compara la carga de muy diversas enfermedades, detecta los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valora el estado de salud de pacientes en lo individual.

Sus 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 Calidad de Vida Relacionada con la Salud<sup>39, 40</sup>.

La traducción al español del cuestionario siguió un protocolo común en los países participantes en el proyecto internacional de adaptación al cuestionario original, el Internacional Quality of Life Assessment (IQOLA)<sup>38, 39</sup>.

Los estudios publicados sobre las características métricas de la versión en español de SF-36 aportan suficiente evidencia sobre su fiabilidad, validez y sensibilidad. Estos resultados son consistentes con el instrumento original lo que demuestra que la versión en español es equivalente y puede ser utilizada en estudios nacionales e internacionales<sup>40</sup>.

Es uno de los instrumentos genéricos más utilizados tanto en estudios descriptivos que miden el impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud en distintas poblaciones de pacientes como para la evaluación de intervenciones terapéuticas, también se ha utilizado como referencia en la validación de nuevos instrumentos de medición<sup>40</sup>.

El cuestionario de salud SF-36 es un instrumento autoaplicado a personas mayores de 16 años, contiene 36 preguntas y toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse, los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud) e incluye 8 aspectos de salud relacionados con la calidad de vida o escalas de salud<sup>41</sup>.

Estos son:

- Función Física.
- Rol Físico.
- Dolor Corporal.
- Salud General.
- Vitalidad.
- Función Social.
- Rol Emocional.
- Salud Mental.

Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos:

1. Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de «a mayor puntuación, mejor estado de salud».
2. Cálculo de la sumatoria de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala).
3. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala)<sup>38, 41</sup>.

Resulta innovador que este tipo de medidas, que reflejan la salud desde la perspectiva del paciente y que recogen la información a través de entrevistas o cuestionarios haya atraído el interés de los investigadores. Este interés es, probablemente, reflejo de la importancia conceptual y el respaldo metodológico que tienen los instrumentos de medida del estado de salud<sup>38, 41</sup>.

## **CAPITULO II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En los últimos 10 años las investigaciones sobre Calidad de Vida han ido aumentando progresivamente en diferentes ámbitos del quehacer profesional y científico.

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas, ello ha llevado a poner especial acento en un término nuevo: Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social.

Los instrumentos disponibles actualmente para medir la calidad de vida son confiables y constituyen una herramienta complementaria para evaluar la respuesta al tratamiento.

La introducción de estos instrumentos no sólo se limita a la investigación de ensayos clínicos terapéuticos, sino que se extiende a la investigación en servicios de salud; los modelos para la toma de decisiones requieren incorporar información de fuentes primarias sobre calidad de vida que nos ayuden a resolver los problemas del costo de la salud y de la asignación de recursos

Las investigaciones en calidad de vida hacen posible investigar los efectos de la enfermedad a lo largo de su evolución; la imagen social, familiar e individual que se tienen de la enfermedad y sus tratamientos; los efectos del tratamiento en los estados de ánimo y las expectativas del enfermo; los efectos del ingreso hospitalario, de las relaciones médico pacientes, las características del apoyo familiar, el análisis de los proyectos de vida y las formas en que el paciente percibe todo este complejo proceso.

Los estudios de calidad de vida permiten buscar información con metodología y técnicas adecuadas, acerca de cómo se están estructurando las condiciones de vida en la sociedad, en las instituciones, en la familia y en el individuo, y las consecuencias que puedan producir en la salud y el bienestar de las personas.

Por tanto, permiten estimar la calidad de vida que se está gestando y orientar dichas condiciones para propiciar los objetivos de nuestras concepciones filosóficas y humanistas, así como los proyectos de intervención social.

La calidad de vida es un parámetro que ha adquirido importancia en el tratamiento de los pacientes con osteoartritis dado el gran impacto económico, social y laboral que genera esta enfermedad.

El dolor en la osteoartritis afecta en mayor o menor intensidad el desarrollo de actividades de la vida diaria como: estudiar o realizar tareas de la casa, calidad del sueño, trabajar fuera de casa, caminar de prisa, estado de ánimo, así como en la energía y vitalidad.

Se pretenden estudiar medidas que ayuden de forma efectiva al paciente con dolor crónico por osteoartritis para que tenga un mejor desempeño en la realización de las actividades de la vida diaria y por ende disfrute de una mejor calidad de vida.

La motivación para nuestro estudio surge a partir de los elementos antes mencionados y del conocimiento de que cualquier discapacidad osteoarticular y en especial la osteoartritis conduce a una afectación de la calidad de vida del paciente teniendo en cuenta que a este término se le adjudican componentes como: el estado físico y la capacidad funcional, el estado psicológico y el sentido de bienestar, las interacciones sociales y los factores económicos; y los factores éticos y de valores.

Esto nos lleva a plantearnos la siguiente pregunta de investigación:

**¿CÒMO ES LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON OSTEOARTRITIS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR EN LA UMF 28 GABRIEL MANCERA?**

### **CAPITULO III**

## **JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

The American College of Rheumatology, en su propuesta de criterios para Osteoartritis, definió a ésta como: “Un grupo heterogéneo de trastornos que ocasionan signos y síntomas articulares, los cuales se relacionan con alteraciones de la integridad del cartílago articular, aunados a cambios secundarios del hueso subcondral y márgenes de la articulación”, lo que provoca incremento del dolor, pérdida de movilidad y deformidad.

La osteoartritis es una de las formas más comunes de artritis. Es considerada un problema de salud pública a nivel mundial, tiene una prevalencia que se incrementa con la edad, presentándose después de los 50 años; cabe destacar que el 75 al 100% de la población de 65 años o mayor la padece.

Estudios epidemiológicos sugieren que no existen diferencias específicas en relación al sexo, aunque después de los 50 años de edad la incidencia de osteoartritis se incrementa más en la mujer.

En México se ha calculado que existen aproximadamente 6 millones de sujetos que presentan evidencia radiológica de la enfermedad y que de éstos, 30% manifiestan síntomas.

Se realiza el siguiente estudio para determinar el impacto que puede tener la osteoartritis sobre la calidad de vida de estos pacientes debido a que la esperanza de vida de los mexicanos se ha incrementado y con ello la posibilidad de presentar discapacidad funcional y emocional secundaria.

Lo anterior nos permitirá iniciar en forma temprana e integral estrategias para el paciente con osteoartritis tanto en el aspecto funcional como en el psicosocial, para un mejor desempeño de sus actividades laborales, y al mismo tiempo reducir la demanda de atención médica en unidades de primer nivel por este padecimiento, logrando así la optimización de los recursos disponibles, lo cual nos permitirá disminuir las complicaciones a futuro con el mejoramiento de la calidad de vida de estos pacientes.

## **CAPITULO IV OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Evaluar la calidad de vida de los pacientes con osteoartritis por medio del cuestionario SF 36 que acuden al servicio de medicina familiar de la UMF 28 “Gabriel Mancera”

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar cuales son los aspectos de salud relacionada con la calidad de vida que se afectan con mayor frecuencia en los pacientes con osteoartritis.
- Evaluar la calidad de vida de los pacientes con osteoartritis por medio del cuestionario SF 36 de acuerdo a edad.
- Evaluar la calidad de vida de los pacientes con osteoartritis por medio del cuestionario SF 36 de acuerdo a sexo.
- Identificar la relación del tiempo de evolución de la osteoartritis con la calidad de vida.

## **CAPITULO V HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN**

Debido a que en los estudios observacionales y descriptivos no se requiere de la formulación de una hipótesis, es que no se plantea como tal, sin embargo y como un ejercicio académico se realiza la formulación de una hipótesis de tipo estadístico.

### **HIPOTESIS ALTERNA**

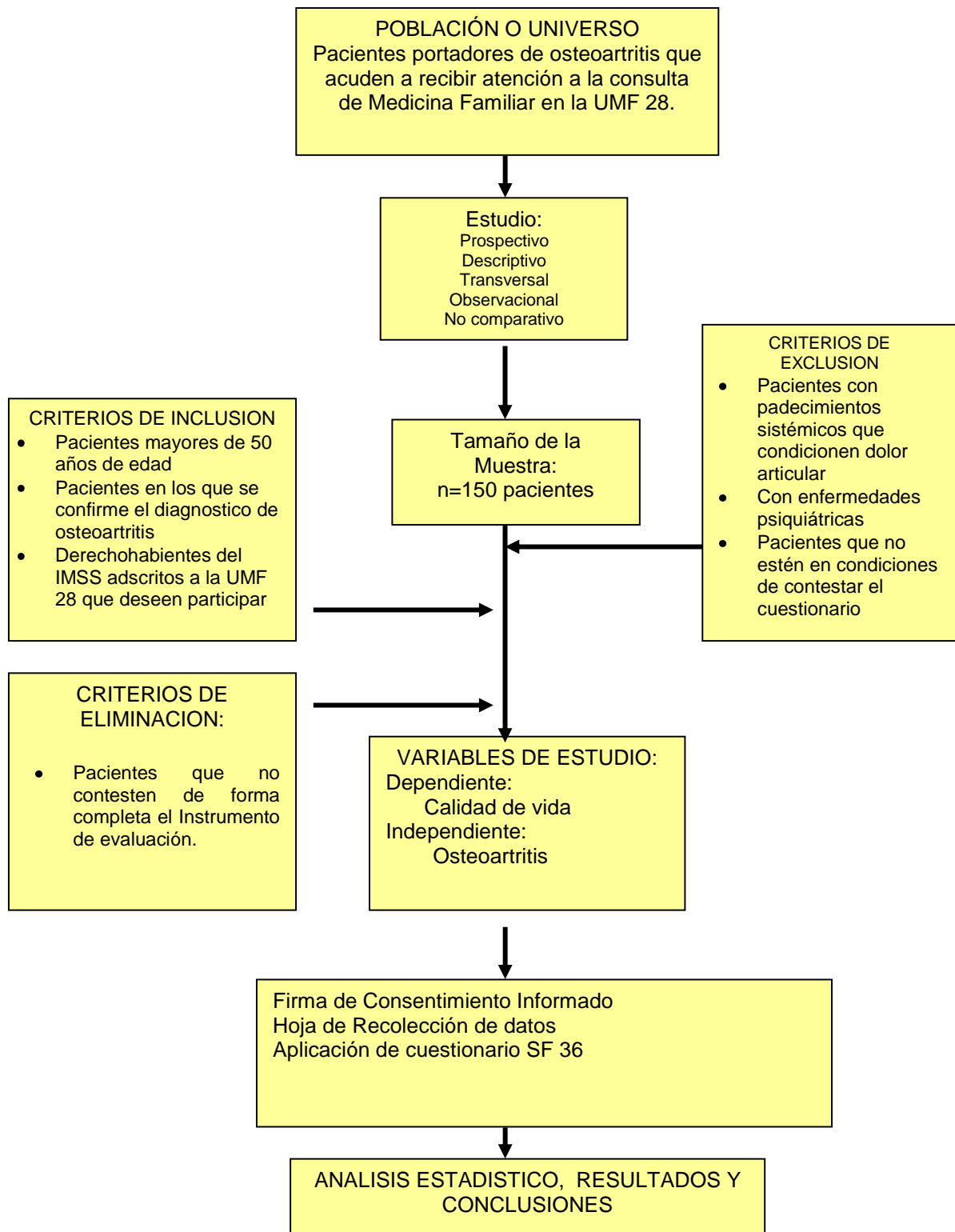
- Los pacientes con diagnostico de osteoartritis tienen peor calidad de vida a lo reportado en la literatura médica.

### **HIPOTESIS NULA**

- Los pacientes con diagnostico de osteoartritis tienen una mejor calidad de vida a lo reportado en la literatura médica.

# CAPITULO VI METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

## DISEÑO DEL ESTUDIO



## TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo, prospectivo, transversal, no comparativo.

## MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO

No Probabilística y por conveniencia

Se incluirán pacientes mayores de 50 años de edad, con diagnóstico y síntomas de osteoartritis, derechohabientes del IMSS que acudan a la consulta externa de la UMF No. 28, en el periodo transcurrido del 01 de marzo del 2010 al 30 de junio del 2010

## TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyen pacientes con diagnóstico de osteoartritis mayores de 50 años de edad, derechohabientes del IMSS que acudan a la consulta de Medicina Familiar en la UMF 28 y que cumplan con los criterios de inclusión en el periodo comprendido del 01 de marzo del 2010 al 30 de junio del 2010. Con una muestra no probabilística, basada en la población total de pacientes con diagnóstico de osteoartritis que pertenecen a esta unidad,

Se calculara el tamaño de la muestra con base a la formula siguiente:

$$n = \frac{N Z^2 P q}{d^2 (N-1) + Z^2 P q}$$

n= tamaño de muestra

N= población 240

Z<sup>2</sup>= Nivel de confianza 95%= 1.96

P= Variabilidad positiva 20%= 0.2

q= variabilidad negativa (1-p)= 0.8

d<sup>2</sup>= Nivel de significación 95% = 5%= 0.05

n= 150 pacientes

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Se incluirán a pacientes mayores de 50 años de edad
- Pacientes en los que se confirme el diagnóstico de osteoartritis
- Derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF 28 "Gabriel Mancera"



- Pacientes que firmen la carta de consentimiento para participar en el estudio

### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Pacientes con padecimientos sistémicos que condicionen dolor articular
- Pacientes con enfermedades psiquiátricas
- Pacientes que no estén en condiciones para contestar el cuestionario

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Pacientes que no contesten de forma completa el instrumento de evaluación.

### **VARIABLE INDEPENDIENTE:**

Osteoartritis.

### **VARIABLE DEPENDIENTE:**

Calidad de vida.

### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA CALIDAD DE VIDA**

**Calidad de vida:** Es el valor asignado por las propias personas a su vida en algunos aspectos físicos, psíquicos y sociales, en los que influyen experiencias, creencias, expectativas y percepciones de la persona, es por tanto una valoración individual muy influenciada por la percepción subjetiva de cada individuo, por su entorno político, social, económico y cultural y es un valor que se modifica en estados de enfermedad, deficiencia o accidente.

Aspectos o variables de la calidad de vida:

<b>NOMBRE DE VARIABLES</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>
<b>FUNCIÓN FÍSICA</b>	Capacidad de realizar actividades físicas, tales como el auto cuidado, caminar, subir escaleras, llevar peso y esfuerzos moderados o intensos.
<b>ROL FÍSICO</b>	Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento o la limitación en el tipo de actividades realizadas.
<b>DOLOR CORPORAL</b>	Sensación desagradable causada por una estimulación de carácter nocivo de las terminaciones nerviosas sensoriales.
<b>SALUD GENERAL</b>	Situación de bienestar físico, mental y social con ausencia de enfermedad y de otras circunstancias anormales
<b>VITALIDAD</b>	Actividad o energía de las facultades vitales, energía o dinamismo.
<b>FUNCIÓN SOCIAL</b>	Actividad ejercida en la vida social de la persona.
<b>ROL EMOCIONAL</b>	Serie de sentimientos desarrollados durante las actividades diarias
<b>SALUD MENTAL</b>	Estado relativo de la mente en el cual una persona es capaz de hacer frente de modo aceptable a las tensiones de la vida diaria.

## DEFINICION OPERATIVA

**Calidad de vida:** Calidad de vida relacionado con la salud del paciente evaluado al momento de la entrevista, considerándose una calificación de “0” para el peor estado de salud y “100” para el mejor estado de salud.

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
FUNCIÓN FÍSICA	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	1.- mejor calidad de vida 2.- peor calidad de vida
ROL FÍSICO	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	1.- mejor calidad de vida 2.- peor calidad de vida
DOLOR CORPORAL	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	1.- mejor calidad de vida 2.- peor calidad de vida
SALUD GENERAL	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	1.- mejor calidad de vida 2.- peor calidad de vida
VITALIDAD	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	1.- mejor calidad de vida 2.- peor calidad de vida
FUNCIÓN SOCIAL	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	1.- mejor calidad de vida 2.- peor calidad de vida
ROL EMOCIONAL	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	1.- mejor calidad de vida 2.- peor calidad de vida
SALUD MENTAL	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	1.- mejor calidad de vida 2.- peor calidad de vida

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA OSTEOARTRITIS

**Osteoartritis:** Es la forma mas frecuente de enfermedad articular. Es la enfermedad articular degenerativa caracterizada por el deterioro progresivo y la perdida del cartílago articular, acompañado de la proliferación de hueso nuevo y de partes blandas en la articulación afectada y en torno a ella. Puede afectar a casi cualquier articulación, pero suele ocurrir en articulaciones que soportan peso y de uso frecuente como rodilla, cadera, columna vertebral y manos.

## DEFINICION OPERATIVA

**Osteoartritis:** Estado de la alteración articular al momento del estudio relacionado con el tiempo de evolución de la misma. Para fines de estudio evaluaremos la enfermedad de acuerdo a su cronicidad en número de años con síntomas.

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
OSTEOARTRITIS	Cualitativa	No categórica. Discreta	Numero de años con síntomas

## **METODO PARA RECOLECCION DE DATOS:**

Se aplicará el cuestionario SF 36 para la medición de la calidad de vida, el instrumento consta de 36 preguntas y evalúa la calidad de vida a través de 8 indicadores.

Para la recolección de datos, se le proporcionara al paciente el cuestionario sobre Calidad de Vida SF 36, previa lectura y firma de consentimiento informado en la consulta externa de Medicina Familiar.

Dichos cuestionarios son del tipo auto administrados, se le otorgara a cada paciente de 15 a 20 minutos para contestar, de igual forma el paciente permanecerá aislado al responder el cuestionario, con el fin de evitar que se influya en la forma de responder dicho cuestionario, la información complementaria acerca de la edad del paciente, sexo, tiempo de evolución de sus síntomas, así como del número y localización de articulaciones afectadas, se registrara en la primera parte del cuestionario.

## **DISEÑO ESTADÍSTICO**

Se realizará a través de la estadística descriptiva, reportando con frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar según la variable utilizada, con el apoyo del paquete estadístico SPSS v. 18.

## **MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS:**

1. Se le explicara a los pacientes la forma correcta de contestar el cuestionario.
2. Se resolverán todas las dudas que puedan tener los pacientes en relación al cuestionario
3. Se recomendara que las respuestas al cuestionario sean lo más cercanamente posible a la realidad.
4. El cuestionario será aplicado de forma individual sin influencia del investigador y/o familiares.

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

En el transcurso de la realización de este estudio, no se pone en riesgo la integridad física y moral de los participantes.

La participación de los pacientes en este trabajo de investigación, será de manera voluntaria, cumpliendo con los criterios de inclusión.

El proyecto respeta los códigos de ética en la investigación con seres humanos, de la Secretaría de Salud y de nuestra institución.

La declaración de Helsinki, propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.

La declaración de Ginebra, vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”.

Código de ética: “El médico debe actuar solo en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada solamente por personas científicamente calificadas.

El propósito de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHA	SEP 10	OCT 10	NOV 10	DIC 10	ENE 10	FEB 10	MAR 10	ABR 10	MAY 10	JUN 10	JUL 10	AGO 10
Titulo del proyecto	X											
Antecedentes del tema	X											
Marco teórico	X											
Planteamiento del programa		X										
Justificación		X										
Objetivos: general y específicos		X										
Hipótesis			X									
Material y métodos			X									
Diseño de investigación del estudio			X									
Población lugar y tiempo				X								
Muestra				X								
Variables: tipo y escala de medición				X								
Diseño estadístico					X							
Instrumentos de recolección de datos					X							
Métodos de recolección de datos						X						
Registro y autorización del proyecto						X						
Recolección de datos							X	X	X	X		
Almacenamiento de datos											X	
Descripción de los resultados											X	
Discusión de los resultados											X	
Conclusiones del estudio											X	
Integración y revisión final												X
Autorizaciones												X
Impresión del trabajo final												X

## CAPITULO VII RESULTADOS

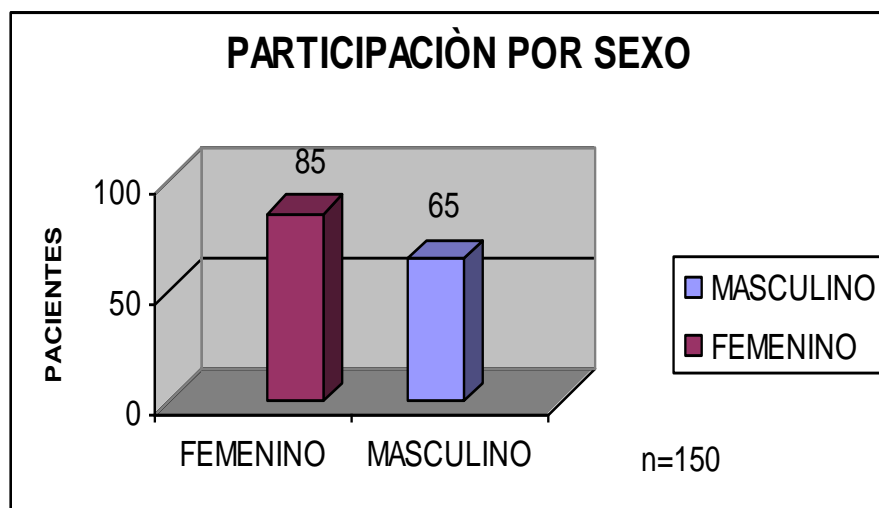
Se realizó este estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal, no comparativo, que incluyo un total de 150 pacientes, los cuales cumplieron todos los criterios de inclusión. Del total de pacientes se observo que 85 pacientes (56.6%) fueron del sexo femenino y 65 pacientes (43.3%) fueron del sexo masculino.



**EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA MEDIANTE EL CUESTIONARIO SF-36 EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 28 GABRIEL MANCERA**



GRAFICO 1



FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

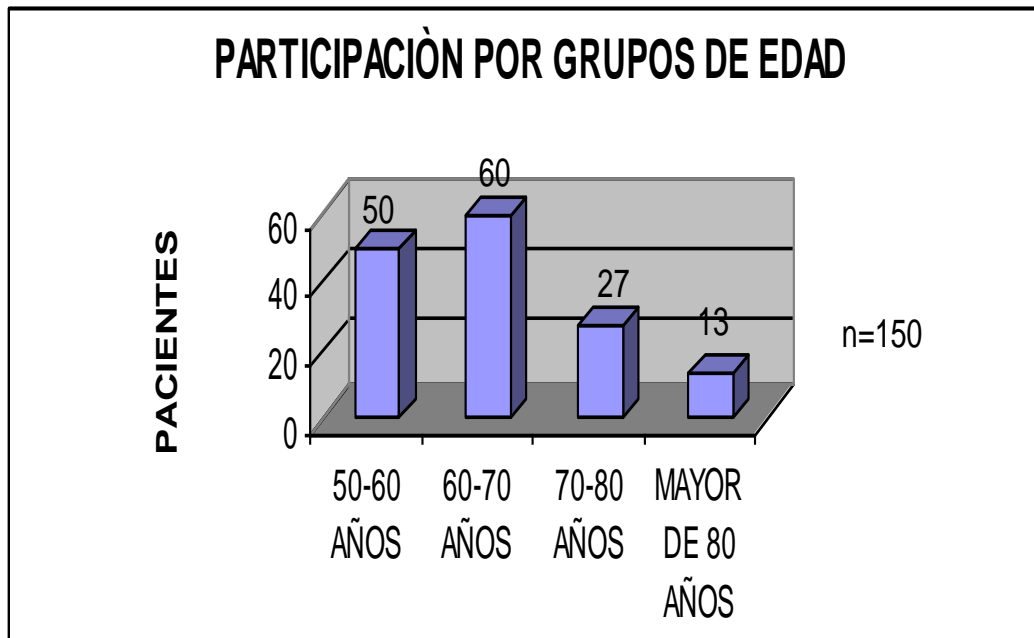
La muestra estudiada se realizó con un rango de edad a partir de los 50 años y hasta los 86 años, con una media de 68.50, agrupándose en decenios y un último grupo en mayores de 80 años. Se observó una mayor frecuencia en el grupo de 60-70 años con 60 pacientes en este grupo.



**EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA MEDIANTE EL CUESTIONARIO SF-36 EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 28 GABRIEL MANCERA**



GRAFICO 2



FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En cuanto a los aspectos de salud relacionados con la calidad de vida que se modificaron con mayor frecuencia en los pacientes con osteoartritis resultando en una mala calidad de vida fueron La Función Física (79.3%), seguidos del Dolor Corporal (68%), Rol Emocional 65.3%, Salud General (53.3%) y Rol Físico (53.3%).

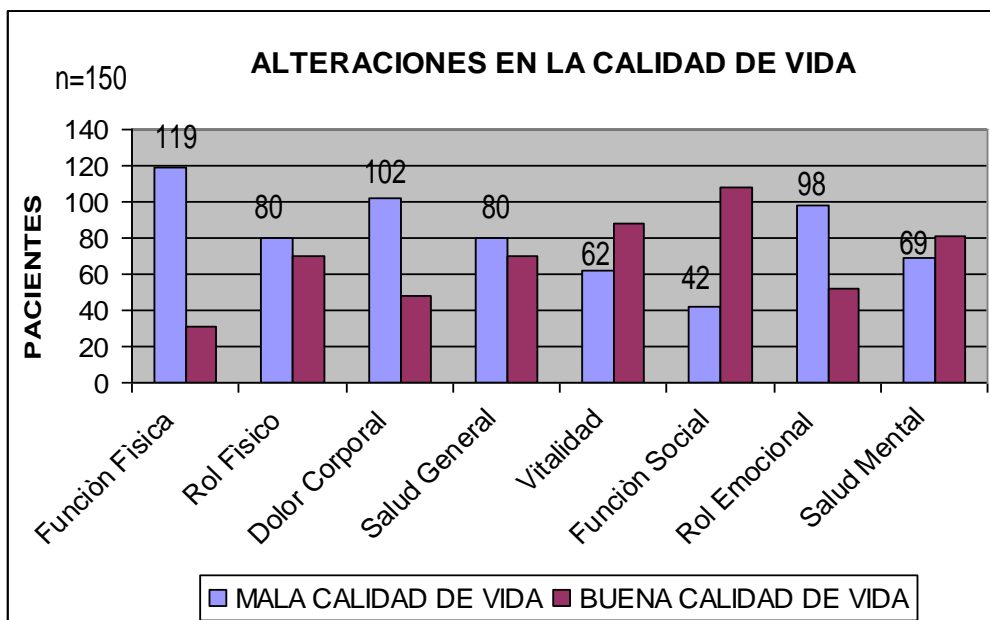
Sin embargo, los aspectos de salud que no alteraron la calidad de vida en estos pacientes fueron Función Social (72%), Vitalidad 58.6% y Salud Mental (54%).



**EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA MEDIANTE EL CUESTIONARIO SF-36 EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 28 GABRIEL MANCERA**



GRAFICO 3



FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

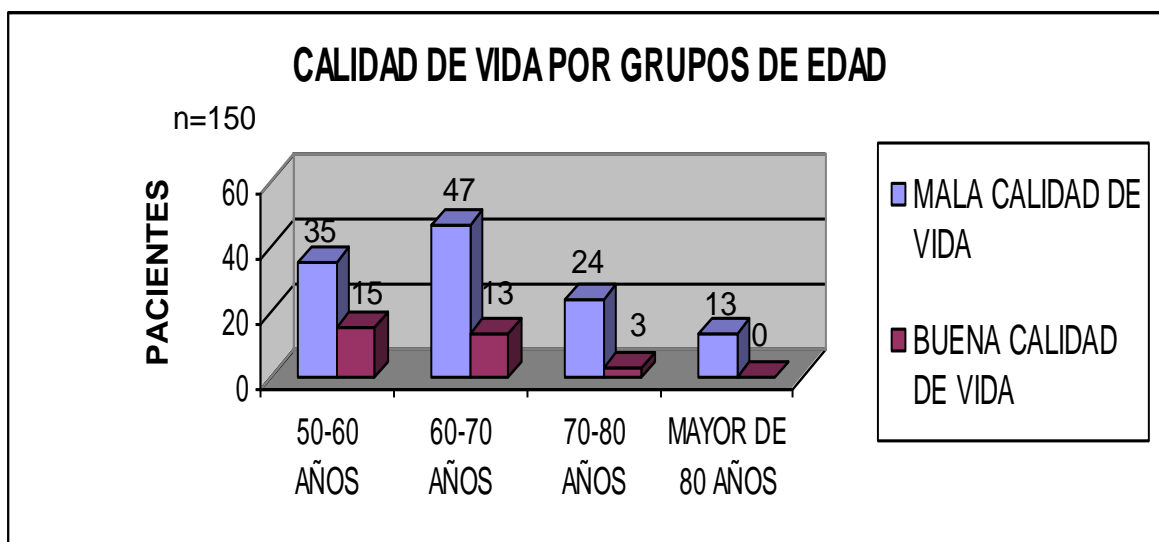
Con respecto a la calidad de vida y edad de los pacientes encuestados, se observó que 13 pacientes (100%) del grupo de mayores de 80 años; 24 pacientes (88.8%) del grupo de 70-80 años de edad; 47 pacientes (78.3%) del grupo de 60-70 años y 35 pacientes (70%) del grupo de 50-60 años de edad presentaron mala calidad de vida.



**EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA MEDIANTE EL CUESTIONARIO SF-36 EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 28 GABRIEL MANCERA**



GRAFICO 4



FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



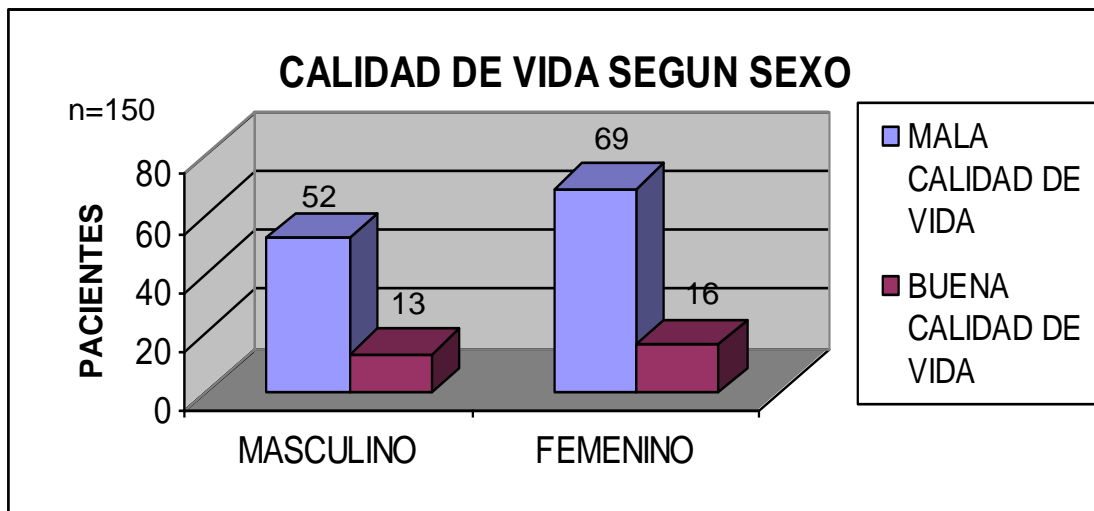
En relación a la calidad de vida y sexo de los pacientes incluidos en el estudio se observó que 69 (81.1%) de los pacientes del sexo femenino y 52 (80%) de los pacientes del sexo masculino presentaron mala calidad de vida.



**EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA MEDIANTE EL CUESTIONARIO SF-36 EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 28 GABRIEL MANCERA**



GRAFICO 5



FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

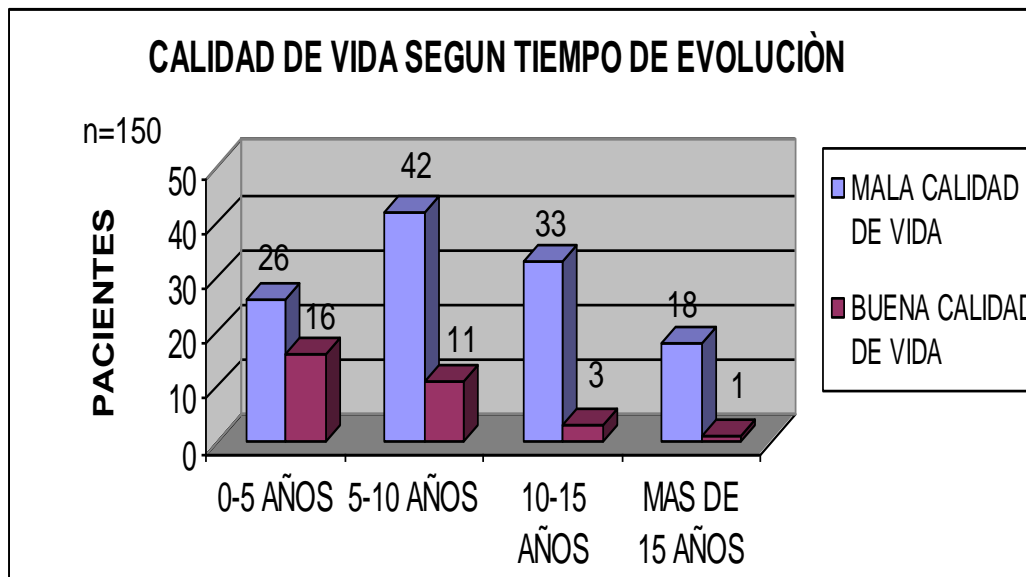
Para establecer la relación entre calidad de vida y tiempo de evolución de osteoartritis, se agrupo este ultimo en 3 rangos de 5 años y uno de mas de 15 años de evolución, se observo que 18 pacientes (94.7%) del grupo de más de 15 años, 33 pacientes (91.6%) del grupo de 10-15 años, 42 pacientes (79.2%) del grupo de 5-10 años y 26 pacientes (61.9%) del grupo de 0-5 años presentaron mala calidad de vida.



**EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA MEDIANTE EL CUESTIONARIO SF-36 EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 28 GABRIEL MANCERA**



GRAFICO 6



FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

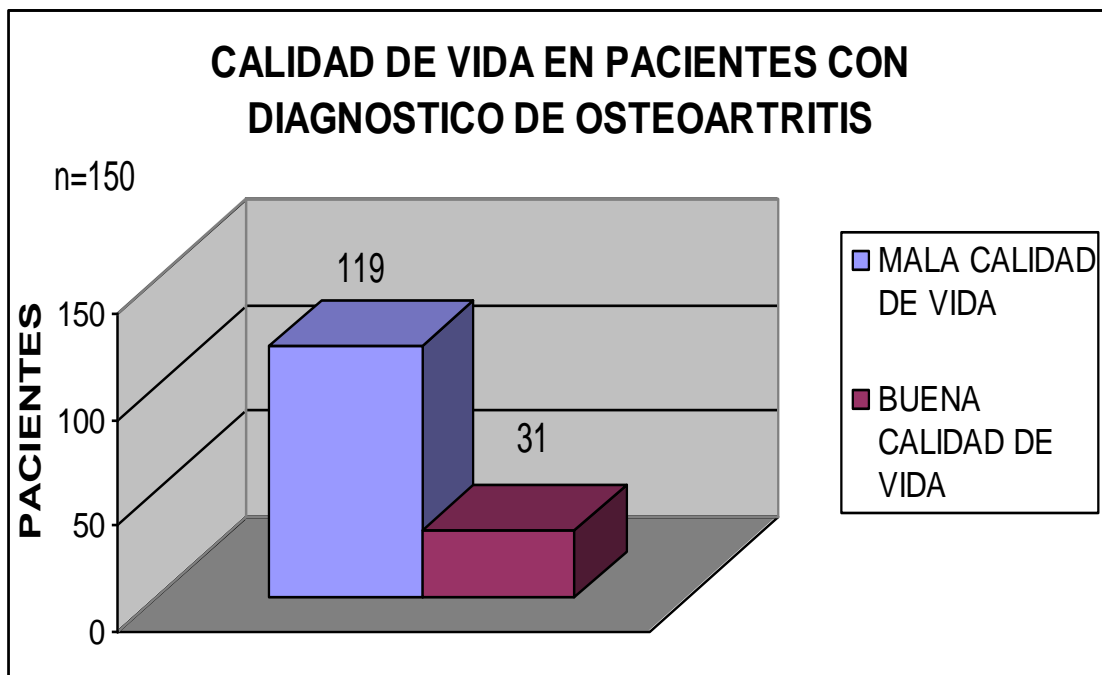
Del total de pacientes con diagnóstico de osteoartritis incluidos en el estudio, 119 pacientes (79.3%) presentaron mala calidad de vida, mientras que 31 pacientes (20.6%) presentaron buena calidad de vida.



**EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA MEDIANTE EL CUESTIONARIO SF-36 EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 28 GABRIEL MANCERA**



GRAFICO 7



FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

## **CAPITULO VIII DISCUSIÓN**

El cuestionario de salud SF-36 es útil para medir la calidad de vida de una manera rápida, confiable y aplicable en el consultorio. Se enfoca a la medición de los diferentes aspectos de salud relacionados con la calidad de vida, aplicable a diversos grupos poblacionales, de autoadministración. Permite la evaluación multidimensional del concepto de salud e incluye aspectos de incapacidad, incomodidad e insatisfacción. Motivo por el cual se decidió utilizarlo en el presente estudio

Se aplicó dicho cuestionario a 150 pacientes con diagnóstico de osteoartritis que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera" que cumplieron con los criterios de inclusión, donde el rango de edad fue 50 a 86 años, de los cuales 85 pacientes correspondieron al sexo femenino y 65 al sexo masculino.

Los resultados de este estudio muestran una peor Calidad de Vida relacionada con la salud en personas con diagnóstico de osteoartritis principalmente en las áreas de Función Física, Dolor Corporal y Rol Emocional. Por el contrario, los aspectos de salud que no se alteraron en relación a la calidad de vida en estos pacientes fueron la Función Social, Vitalidad y Salud Mental.

Con respecto a la calidad de vida y edad de los pacientes encuestados, se observó que los pacientes del grupo de mayores de 80 años de edad presentaron con mayor frecuencia mala calidad de vida lo cual se relaciona con un mayor deterioro articular a mayor edad.

En relación a la calidad de vida y sexo de los pacientes incluidos en el estudio se observó que 81.1% de los pacientes del sexo femenino y 80% de los pacientes del sexo masculino presentaron mala calidad de vida. Por lo que no existe una diferencia significativa entre ambos sexos.

En cuanto a la calidad de vida y tiempo de evolución de osteoartritis, se observó que el 94.7% de los pacientes incluidos en el grupo de más de 15 años de evolución presentaron mala calidad de vida. Estableciéndose que existe mala calidad de vida a mayor tiempo de evolución.

Del total de pacientes con diagnóstico de osteoartritis incluidos en el estudio, 79.3% presentaron mala calidad de vida, mientras que el 20.6% de los pacientes presentaron buena calidad de vida.

Los resultados de este estudio muestran una peor Calidad de Vida relacionada con la salud en personas con el diagnóstico de osteoartritis principalmente en el área de Función Física o movilidad, limitaciones debidas a problemas físicos, y actividades habituales. Los peores patrones de calidad de vida se encontraron en la osteoartritis de cadera y rodilla, lo cual es comparable a la literatura universal.

## **CAPITULO IX**

### **CONCLUSIONES**

El presente estudio cumplió con el objetivo general de la investigación, el cual fue determinar la calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de osteoartritis que acuden a consulta en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera", concluyendo que los pacientes perciben una mala calidad de vida relacionada con su salud.

Los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario de salud SF-36 mostraron con mayor frecuencia alteraciones en el aspecto de Función Física, Dolor Corporal y Rol Emocional, mientras que los aspectos donde no se alteraba la calidad de vida fueron Función Social, Vitalidad y Salud Mental.

Se estableció que existe relación de la calidad de vida con la edad y el tiempo de evolución de la enfermedad, a mayor edad y mayor tiempo de evolución, mayor alteración en la calidad de vida.

Los resultados de este estudio serán de utilidad para orientar, diagnosticar, dar tratamiento y rehabilitación a los pacientes con osteoartritis en busca de una mejor calidad de vida.

La relación Médico - Paciente es fundamental para el desarrollo de habilidades clínicas para ofrecer una atención médica integral al paciente y a su familia en búsqueda de una mejor calidad de vida.

## CAPITULO X ANEXOS

### ANEXO 1

### HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FOLIO\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

NSS: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

AÑOS DE DIAGNOSTICO DE OSTEOARTRITIS: \_\_\_\_\_

ARTICULACIONES AFECTADAS \_\_\_\_\_

### ENCUESTA DEL ESTADO DE SALUD SF-36

Instrucciones: Esta encuesta solicita su opinión para conocer su estado de salud, dicha información permitirá saber cómo se siente y qué tan bien puede hacer usted sus actividades normales.

Por favor conteste usted cada pregunta marcando la respuesta como se le indica, si no está seguro o segura de cómo responder a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta posible.

1. En general, diría que su salud es:

- 1) Excelente
- 2) Muy buena
- 3) Buena
- 4) Regular,
- 5) Mala

2. Comparando su salud con la de hace un año, ¿cómo la calificaría en general *ahora*?

- 1) Mucho mejor ahora que hace un año.
- 2) Algo mejor ahora que hace un año.
- 3) Más o menos igual ahora que hace un año.
- 4) Algo peor ahora que hace un año.
- 5) Mucho peor ahora que hace un año.

**Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día normal.**

3. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer actividades vigorosas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos?

- 1) Sí, me limita mucho.
- 2) Sí, me limita un poco.
- 3) No, no me limita en absoluto.

4. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer actividades moderadas, tales como mover una mesa, barrer, trapear, lavar, jugar futbol o beisbol?

- 1) Sí, me limita mucho.
- 2) Sí, me limita un poco.
- 3) No, no me limita en absoluto.

5. ¿Su estado de salud actual lo limita para levantar o llevar las compras del mercado?

- 1) Sí, me limita mucho.
- 2) Sí, me limita un poco.
- 3) No, no me limita en absoluto.

6. ¿Su estado de salud actual lo limita para subir varios pisos por la escalera?

- 1) Sí, me limita mucho.
- 2) Sí, me limita un poco.
- 3) No, no me limita en absoluto.

7. ¿Su estado de salud actual lo limita para subir un piso por la escalera?

- 1) Sí, me limita mucho.
- 2) Sí, me limita un poco.
- 3) No, no me limita en absoluto.

8. ¿Su estado de salud actual lo limita para doblarse, arrodillarse o agacharse?

- 1) Sí, me limita mucho.
- 2) Sí, me limita un poco.
- 3) No, no me limita en absoluto.

9. ¿Su estado de salud actual lo limita para caminar más de diez cuadras?

- 1) Sí, me limita mucho.
- 2) Sí, me limita un poco.
- 3) No, no me limita en absoluto.

10. ¿Su estado de salud actual lo limita para caminar varias cuadras?

- 1) Sí, me limita mucho.
- 2) Sí, me limita un poco.
- 3) No, no me limita en absoluto.

11. ¿Su estado de salud actual lo limita para caminar una cuadra?

- 1) Sí, me limita mucho.
- 2) Sí, me limita un poco.
- 3) No, no me limita en absoluto.

12. ¿Su estado de salud actual lo limita para bañarse o vestirse?

- 1) Sí, me limita mucho.
- 2) Sí, me limita un poco.
- 3) No, no me limita en absoluto.

**Durante el último mes, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?**

13. Durante el último mes, ¿ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?

- 1) Sí
- 2) No

14. Durante el último mes, ¿ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado?

- 1) Sí
- 2) No

15. Durante el último mes, ¿ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades?

- 1) Sí
- 2) No

16. Durante el último mes, ¿ha tenido dificultades en realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, ha requerido de mayor esfuerzo)?

- 1) Sí
- 2) No

**Durante el *último mes*, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?**

17. Durante el *último mes*, ¿ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?

- 1) Sí
- 2) No

18. Durante el *último mes*, ¿ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado?

- 1) Sí
- 2) No

19. Durante el *último mes*, ¿ha hecho el trabajo u otras actividades con el cuidado de siempre?

- 1) Sí
- 2) No

20. Durante el *último mes*, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

- 1) Nada
- 2) Un poco
- 3) Más o menos
- 4) Mucho
- 5) Demasiado.

21. ¿Cuanto dolor *físico* ha tenido usted durante el *último mes*?

- 1) Ningún dolor
- 2) Muy poco
- 3) Poco
- 4) Moderado
- 5) Severo
- 6) Muy severo.

22. Durante el *último mes*, ¿cuánto *el dolor* le ha dificultado su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

- 1) Nada
- 2) Un poco
- 3) Más o menos
- 4) Mucho
- 5) Demasiado.

**Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted *durante el último mes***

23. ¿Cuánto tiempo *durante el último mes* se ha sentido lleno de vida?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Casi nunca
- 6) Nunca.

24. ¿Cuánto tiempo *durante el último mes* se ha sentido muy nervioso?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Casi nunca
- 6) Nunca.



25. ¿Cuánto tiempo *durante el último mes* se ha sentido tan decaído que nada podía alentarlo?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Casi nunca
- 6) Nunca.

26. ¿Cuánto tiempo *durante el último mes* se ha sentido tranquilo y sosegado?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Casi nunca
- 6) Nunca.

27. ¿Cuánto tiempo *durante el último mes* ha tenido mucha energía?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Casi nunca
- 6) Nunca.

28. ¿Cuánto tiempo *durante el último mes* se ha sentido desanimado y triste?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Casi nunca
- 6) Nunca.

29. ¿Cuánto tiempo *durante el último mes* se ha sentido agotado?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Casi nunca
- 6) Nunca.

30. ¿Cuánto tiempo *durante el último mes* se ha sentido feliz?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Casi nunca
- 6) Nunca.

31. ¿Cuánto tiempo *durante el último mes* se ha sentido cansado?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Casi nunca
- 6) Nunca.

32. Durante el *último mes*, ¿cuánto tiempo *su salud física o sus problemas emocionales* han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Algunas veces
- 4) Casi nunca
- 5) Nunca.

**¿Qué tan CIERTA o FALSA es cada una de las siguientes frases para usted?**

32. Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente.

- 1) Definitivamente cierta
- 2) Cierta
- 3) No sé
- 4) Falsa.
- 5) Definitivamente falsa.

33. Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco.

- 1) Definitivamente cierta
- 2) Cierta
- 3) No sé
- 4) Falsa.
- 5) Definitivamente falsa.

34. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1) Definitivamente cierta
- 2) Cierta
- 3) No sé
- 4) Falsa.
- 5) Definitivamente falsa.

35. Mi salud es excelente.

- 1) Definitivamente cierta
- 2) Cierta
- 3) No sé
- 4) Falsa.
- 5) Definitivamente falsa.

## ANEXO 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28  
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

ASPECTOS ETICOS:

### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Para la participación en el proyecto: **CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS EN LA UMF 28 MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO SF 36**

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado **CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO SF 36**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder una encuesta denominada, **CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO SF 36** para conocer el grado de afección de la calidad de vida en pacientes portadores de dicho padecimiento que acuden a la consulta externa de medicina familiar en la UMF 28.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el estudio.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio aunque este pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y Firma de Autorizo Paciente

Nombre y Firma de Testigo

---

Investigadores: Dr. Apolinar Membrillo Luna/ Dr. Joaquín Pérez Aguirre

## **CAPITULO XI BIBLIOGRAFÍA**

1. Salazar Estrada JG, Pando MM. Calidad de vida: hacia la formación del concepto. *Invest. en Salud.* 2005; Vol. VII (3): 161-167.
2. González U. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Rev. Cub. de Salud Pub.* 2002; 28: 2-19.
3. Vinacia Stefano Y, Quiceno Zapata MJ. Calidad de vida en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Rev. Colombiana de Psicología.* 2006; 15: 57-65.
4. Falcón Linchete ML, Morales Jiménez E. Cuestionario cubano para la evaluación de la calidad de vida del paciente con afecciones dermatológicas. *Rev. Cub. Dermat.* 2006; 13 (1): 5-17.
5. Lizán L. A. Características métricas del cuestionario de calidad de vida profesional. *Atenc. Prim.* 2008; 32: 289-295.
6. González Pérez U. el concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Rev. Cubana Salud Pub.* 2002; 28(2): 1-8.
7. Torres González R, Pérez Corra J. Escala de puntuación para evaluar la osteoartritis de la rodilla. *Rev. Cir. Ciruj.* 2006; 74: 343-349.
8. Arostegui I. Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del país Vasco. Universidad de Deusto.
9. Castillo Guzmán A, Arocha Mariño C. La calidad de vida en salud en le periodo revolucionario. *Rev. Cub. Salud Pub.* 2001; 27 (1): 45-49.
10. Álvarez Nemegeyi I, Esperón Hernández GM. Prevalencia e impacto funcional de las artropatías en adultos mayores. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Social* 2006; 44 (5): 403-407.
11. Lugones M. Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. *Rev. Cub. Med. Gen. Integ.* 2002; 18: 287-289.
12. Gómez Vela M, Sabeh EN. Calidad de vida evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. *Gac. Sanit.* 2009; 18: 129-136.
13. Álvarez López A, Casanova Morote C. Fisiopatología, clasificación y diagnóstico de la osteoartritis de rodilla. *Rev. Cub. Ortop. Traumatol.* 2004; 18 (1): 1-7.
14. Cardona AD, Agudelo GH. Construcción cultural del concepto de calidad de vida. *Rev. Fac. Nac. Salud Pub.* 2005; 23: 79-90.
15. Casas J, Repulto JR. Medidas de calidad de vida relación con la salud. *Med. Clin.* 2001; 116: 789-796.
16. Cordero Sánchez T, Amaroto Roing N. Incorporación del estudio de calidad de vida en ensayos clínicos: recomendaciones para su uso. *Rev. Cub. Farm.* 2007; 41 (1): 1-8.
17. Cardona Mag D, Agudelo HB. Un diseño de muestreo complejo en el análisis de la calidad de vida de la población adulta. *Medellín,* 2005. *Colombia Médica* 2005; 39 (2): 161-174.
18. Velarde Jurado E, Ávila Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud publica de México.* 2002; 44(4): 349-361.

19. Morgado Muñoz I, Pérez Guerras A.C. Manejo clínico de la artrosis de cadera y rodilla. *Rev. Mexicana de Algología* 2009; 16 (2): 11-16.
20. Weckman AL, Cabral AR. Conceptos actuales sobre colágeno del cartílago y su asociación con enfermedades. *Rev. Investig. Clin.* 2006; 48: 311-319.
21. Ramírez Ramírez G, Almaguer Orgues NA. Calidad de vida y valores en la práctica médica. *Cientif. Med. de Holguín.* 2008; 12 (5): 1-8.
22. Leplege A, Hunt S. El problema de la calidad de vida en medicina. *JAMA (ed. esp.)* 1998; 7: 19-23.
23. Alonso J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y práctica clínica. *Gac. Sanit* 2000; 14: 163-67.
24. Casais Samper M. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2009; 1: 260-269.
25. Carbonell J, Tornero J, Gabriel R. Estudio epidemiológico del dolor en reumatología en España (Estudio EPIDOR). Editorial Edipharma 2003. Madrid.
26. Góngora Cuenca YL, Friol González JE. Calidad de vida en pacientes con osteoartrosis de cadera y rodilla. *Rev. Cubana de Reumatol.* 2006; Vol. VIII (9 y 10): 23-43.
27. Kovacs FM, Abaira V, Zamora J, Teresa Gil del Real M, Llobera J, Fernández C et al. Correlation between pain, disability, and quality of life in patients with common low back pain. *Spine.* 2004;29: 206-10.
28. De Pavia ME, Larios González MG. Manejo de la osteoartrosis en Medicina Familiar y Ortopedia. *Arch. En Med. Fam.* 2005; 7(3): 93-98.
29. Latorre Muñoz MC. Manejo del paciente reumatológico con dolor agudo. *Rev. Cub. Rehab.* 2006; 20(2): 1-13.
30. Nayme P, Dazord A, Payre D. Quality of life of lumbago patients cared for in a pain center. *Presse Med.* 2001; 30: 1727-32.
31. Van der Waal JM, Terwee CB. Health-related and overall quality of life of patients with chronic hip and knee complaints in general practice. *Qual Life Res.* 2005; 14: 795-803.
32. López Silva MC. Sánchez DE. Calidad de vida y dolor en atención primaria. *Rev. Soc. del Dolor.* 2007; 14 (1): 9-19.
33. González Rendón C, Moreno MN. Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2007; 6: 422-427.
34. Rojas Villagraga A, Ligia Zapata A. Predictores de calidad de vida en pacientes con fibromialgias. *Rev. Colombiana de Reumat.* 2005; 12 (4): 295-303.
35. Sharon Parmet MS. Calidad de vida *JAMA* 2002; 288 (23): 3070.
36. Velasquillo C, Garciadiego D. diferenciación del cartílago articular y osteoartritis. *Reumatol. Clin.* 2007; 3 supl 3: S2-5.
37. García Juárez A. Gonartrosis en pacientes jóvenes. *Med. Int. Mex.* 2007; 23 (1): 78-85.
38. Zúñiga Márquez MA, Carrillo Jiménez GT. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pub de Mex.* 1999; 41 (2): 110-118.
39. Fuentes de la Peña H. Propuesta de un cuestionario de calidad de vida (QoL) en pacientes mexicanos. *Gamo* 2005; 4 (2): 22-45.

40. Vilagut G, Ferrer M. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac. Sanit.* 2005; 19 (2): 135-150.
41. Alonso LJ, Prieto y J Antó A. La versión española del SF-36 Health Survey (cuestionario de salud Sf-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medica Clinica* 1995; 104 (20): 771-776.