

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



ASOCIACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO ACTUAL Y EN LA INFANCIA CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS DE RODILLA Y CADERA QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZMF NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. JULIO PISANTY ALATORRE

HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
Matricula: 97371479 Teléfono: 5513814370
Email: julpisanty@gmail.com

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
DIRECTOR DE TESIS

Médico Familiar. Doctor en Ciencias para la Familia
Profesor Titular de la residencia de Medicina Familiar
HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
Matricula: 99377278 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax
Email: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
ASESOR METODOLÓGICO

Médico Familiar, Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
Matricula: 99374232 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax
Email: gilberto.espinozaa@imss.gob.mx

DRA. MARÍA VICTORIA GOYCOCHEA ROBLES
ASESORA CLÍNICA

Médico Cirujano, Especialista en Reumatología, Maestra en Ciencias
Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica
HGR No.1 "Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro"
Matricula: 8670277 Teléfono: 5530403211 Fax: No Fax
Email: mavis.goycochea@gmail.com

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2019

NO. DE REGISTRO:



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.

ASOCIACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO ACTUAL Y EN LA INFANCIA CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS DE RODILLA Y CADERA QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZMF NO. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO” DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

AUTORES: Dr. Julio Pisanty Alatorre,^a Dr. Eduardo Vilchis Chaparro,^b Dra. María Victoria Goycochea Robles,^c Dr. Gilberto Espinoza Anrubio.^d

a. Residente de Medicina Familiar, HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

b. Médico Familiar. Doctor en Ciencias para la Familia. Profesor Titular, Residencia de Medicina Familiar, HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

c. Médico Cirujano, Especialista en Reumatología, Maestra en Ciencias. HGR No.1 “Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro”

d. Médico Familiar, Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud, HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

OBJETIVO

Evaluar la asociación entre el nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de medicina familiar del HGZMF No. 8.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal, analítico, observacional, retrospectivo, con muestra de 82 pacientes. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 20 años con osteoartritis de rodilla o cadera que acuden a la consulta de medicina familiar del HGZMF No. 8. Instrumentos utilizados: hoja de recolección de datos sociodemográficos, escala de Método Simplificado de Nivel Socioeconómico, escala WOMAC, cuestionario AMICAL, escala HAQ-DI.

RESULTADOS

Se estudió a 146 pacientes, con edad media 69.4 años, 80.1% mujeres. Puntaje WOMAC medio 44.6 puntos, puntaje AMICAL medio 234.8 puntos, puntaje HAQ-DI medio 1.27 puntos. Se observaron correlaciones estadísticamente significativas entre el Quintil Imputado de Ingresos y la escolaridad con las puntuaciones WOMAC, AMICAL y HAQ-DI, así como diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones AMICAL y HAQ-DI según el tipo de ocupación. Se observó relación de la Escolaridad del Padre, Escolaridad de la Madre y Ocupación de la madre con la puntuación AMICAL. No se observó relación entre el Salario Base de Cotización y las puntuaciones WOMAC, AMICAL o HAQ-DI.

CONCLUSIONES

Existe una relación entre el nivel socioeconómico actual y la calidad de vida entre los pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta externa del HGZMF No. 8. Se requiere más investigación para elucidar la relación entre nivel socioeconómico en la infancia y calidad de vida en estos pacientes.

PALABRAS CLAVE

Osteoartritis, Calidad de vida, AMICAL, WOMAC, HAQ-DI

**ASOCIACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO
ACTUAL Y EN LA INFANCIA CON LA CALIDAD
DE VIDA EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS
DE RODILLA Y CADERA QUE ACUDEN A LA
CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR DEL
HGZMF NO. 8 “DR. GILBERTO FLORES
IZQUIERDO” DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 8
“DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD**

AUTORIZACIONES

**DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA
DIRECTOR DEL HGZMF NO. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD DEL HGZMF NO. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR DEL HGZMF NO. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR DEL HGZMF NO. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
DIRECTOR DE TESIS

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD DEL HGZMF NO. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

DRA. MARÍA VICTORIA GOYCOCHEA ROBLES
MÉDICA ADSCRITA A LA UNIDAD DE UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
EN EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA DEL HGR NO.1 “DR. CARLOS
MACGREGOR SÁNCHEZ NAVARRO”
ASESORA CLÍNICA DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, Silvia Alatorre, por contestar dudas a cualquier hora y por todo su cariño y apoyo.

A mis compañeros de generación, por sus enseñanzas y ánimo por ver mejorar la medicina familiar en México.

A Pili, Agus, Agus, Maxi, Pau, Juli, Marian, Diego, Pablo, Cami, Janet, Ro, Sole, Guada, Anto, Mariana, Jorge, Gaby, Eli, Romi, Manu, Flor, Estelita, Andrea, Ceu, y Beatriz, por mostrarme que otra forma de hacer medicina familiar es posible. A Lucía Coronel, por su solidaridad inmensa, genio y claridad inspiradores.

A Matt Anderson, Juan Robles, Diana Ramírez, Scott Ikeda y Melissa Stein, por mostrarme que ahí donde priman la tecnología y el lucro, también es posible luchar por una medicina más humana.

A Nash y Chucho, por ser mis maestrxs siempre sin haber sido nunca mis profesores. A Rafa, y a todxs lxs ALAMEñxs en México y América Latina, por ser la base de mis reflexiones.

A Artemisa y Nicasia, por su amor peludo, y a Dionisio que sigue estando aquí.

A Serena Chew, por todo lo anterior y todo lo demás.

ÍNDICE

1. Marco Teórico.....	1
2. Justificación	9
3. Planteamiento del problema.....	9
4. Objetivos.....	9
5. Hipótesis	9
6. Materiales y métodos	10
7. Cronograma.....	21
8. Consideraciones éticas	23
9. Recursos materiales, físicos, humanos y de financiamiento.....	23
10. Resultados.....	24
Análisis Uni-variado	24
Análisis Bi-variado	26
11. Tablas y Gráficos	68
12. Discusión.....	235
13. Conclusiones.....	241
14. Bibliografía	242
15. Anexos	248

1. Marco Teórico

La osteoartritis, frecuentemente llamada osteoartrosis, es un síndrome de dolor articular que se acompaña de grados variables de limitación funcional y reducción de la calidad de vida.⁽¹⁾ Se trata de una condición sumamente común, cuya prevalencia aumenta con la edad, y que provoca daños a la salud importantes para un gran número de personas.

Definición

Tradicionalmente se ha considerado a la osteoartritis como una patología derivada exclusivamente del daño por desgaste acumulado de los tejidos articulares y que, a diferencia de otras condiciones como la artritis reumatoide, no ocasiona inflamación. Esta concepción ha llevado a la denominación tradicional de esta patología como osteoartrosis. Sin embargo, conforme han progresado los conocimientos en torno al proceso de envejecimiento general y a la fisiopatología de la osteoartritis, resulta cada vez más claro que el daño articular es el resultado de procesos más complejos que el simple desgaste mecánico.^(2,3)

Lo anterior ha obligado a generar nuevas definiciones de la patología que consideren, entre otras cosas, el hecho de que se ha encontrado que la inflamación juega un papel en el desarrollo de esta enfermedad.⁽⁴⁾ En el año 2008, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) comisionó a la Sociedad Internacional de Investigación sobre Osteoartritis (OARSI por sus siglas en inglés) para responder una serie de preguntas que ayudaran a uniformar criterios para la realización de ensayos clínicos, incluyendo la definición de la enfermedad. Según el grupo de trabajo reunido para tal fin, la osteoartritis es:

“una enfermedad progresiva de las articulaciones sinoviales que representa una reparación fallida del daño articular resultante del estrés que puede iniciarse por una anomalía de los tejidos de la articulación sinovial, incluyendo el cartílago articular, el hueso sub-condral, los ligamentos, los meniscos (en las articulaciones que los tienen), los músculos peri-articulares, los nervios periféricos o la sinovia. Lo anterior resulta ultimadamente en el colapso del cartílago y el hueso, lo que lleva a los síntomas de dolor, rigidez e incapacidad funcional. El estrés intra-articular anormal y la falla de reparación pueden aparecer como resultado de factores biomecánicos, bioquímicos y/o genéticos. Este proceso puede estar localizado a una sola articulación, a pocas articulaciones, o ser generalizado, y los factores que inician la osteoartritis probablemente varían dependiendo de la articulación en cuestión.”⁽⁵⁾

Fisiopatología de la osteoartritis

Como se comentó, por mucho tiempo los estudios sobre la fisiopatología de la osteoartritis se centraron casi exclusivamente en los cambios del cartílago articular. Sin embargo, actualmente se considera que la osteoartritis es una enfermedad de la articulación considerada como un órgano. Esto se debe a que los cambios patológicos que se observan en la articulación incluyen la degradación del cartílago articular, pero también el engrosamiento del hueso sub-condral, formación de osteofitos, distintos grados de inflamación sinovial, degeneración de los ligamentos y (en el caso de las rodillas) los meniscos, así como hipertrofia de la cápsula sinovial.⁽⁶⁾

La osteoartritis afecta a las articulaciones de tipo diartrosis, es decir aquellas que articulan dos huesos adyacentes cubiertos por cartílago y envueltas por una cápsula sinovial. Todos estos tejidos forman una unidad bien adaptada para soportar cargas, pero las alteraciones provenientes de un daño agudo externo o que resultan de un trastorno de la función celular o de la matriz extracelular pueden afectar el funcionamiento de esta unidad y eventualmente conducir a la enfermedad.⁽⁷⁾

Una de las hipótesis más aceptadas sobre el inicio de la cascada patogénica en la osteoartritis es que fragmentos de cartílago degradado por fuerzas mecánicas hacen contacto con la cápsula sinovial, que reacciona como si se tratase de un cuerpo extraño, lo que lleva a iniciar una cascada inflamatoria que a su vez activa a los condrocitos del cartílago, mismos que producen metaloproteinasas en respuesta a la señalización proveniente de la sinovia. Esto, a su vez, lleva a mayor degradación del cartílago, perpetuando un círculo vicioso.⁽²⁾ Teorías más recientes han propuesto que las células inmunes, al participar de manera desregulada en el proceso normal de reparación de micro-fisuras del cartílago y del hueso sub-condral, podrían ser las que inician la cascada inflamatoria.⁽⁸⁾

Independientemente de cuál sea el estímulo o daño que la origina, en la inflamación de la articulación participan una serie de moléculas como TNF- α , IL-1 β , IL-6, Prostaglandina E₂, las metaloproteinasas de matriz MMP1, MMP3 y MMP13, así como ADAMTS4.⁽⁷⁾ Adicionalmente, se liberan moléculas como las alarminas, productos de degradación de las proteínas de la matriz extracelular, ácidos grasos libres y DAMPs, que a su vez inducen la producción de los mediadores inflamatorios convencionales como los ya mencionados.⁽⁴⁾

Eventualmente, la remodelación del tejido, la degradación del cartílago y el estado crónico de inflamación de bajo grado producen estímulos nociceptivos y alteraciones nerviosas que ocasionan el dolor crónico característico de la enfermedad, así como rigidez y limitación funcional. De estos estímulos, el factor de crecimiento nervioso (NGF), la interleucina-1 β y el factor de necrosis tumoral (TNF) son los que más se asocian al dolor. Adicionalmente, se cree que el dolor de la osteoartritis puede tener un componente neuropático relacionado con la inhibición descendiente. Finalmente, otros factores como los psico-emocionales o la presencia de condiciones de inflamación sistémica (como obesidad o diabetes) pueden participar en la generación del dolor relacionado con la osteoartritis.⁽⁹⁾

Diagnóstico de la osteoartritis

Actualmente, no existen criterios uniformes y universalmente aceptados para realizar el diagnóstico de osteoartritis. Algunos de los criterios utilizados con frecuencia son los del *American College of Rheumatology* (ACR), que fueron diseñados como criterios de clasificación para estudios epidemiológicos con el objetivo principal de distinguir la osteoartritis de la Artritis Reumatoide. Esta asociación proporciona criterios clínicos y de laboratorio, clínicos y radiográficos, y exclusivamente clínicos para clasificar la osteoartritis de rodilla, de cadera y de manos.

Los criterios clínicos y de laboratorio del ACR para clasificar la osteoartritis de rodilla son: dolor de rodilla más al menos 5 de 9 criterios (Edad >50 años, Rigidez matutina <30 minutos, Crepitación, Dolor a palpación en salientes óseas, Aumento de volumen óseo, Ausencia de hipertermia palpable, VSG<40mm/hr, Factor Reumatoide <1:40, y análisis de líquido sinovial con líquido claro, viscoso y con celularidad <2,000/mm³). Los criterios clínicos y radiográficos del ACR para clasificar la osteoartritis de rodilla son: Dolor de rodilla más al menos 1 de 3 criterios (Edad >50 años, Rigidez <30 minutos, y Crepitación) más presencia de osteofitos en la radiografía. Los criterios exclusivamente clínicos del ACR para clasificar la osteoartritis de rodilla son: dolor de rodilla más al menos 3 de 6 criterios (Edad >50 años, Rigidez Matutina <30 minutos, Crepitación, Dolor a palpación en salientes óseas, Aumento de volumen óseo, y Ausencia de hipertermia palpable). Estos criterios tienen sensibilidad/especificidad de 92%/75%, 91%/86% y 95%/69% respectivamente.⁽¹⁰⁾

Los criterios clínicos y de laboratorio del ACR para clasificar la osteoartritis de cadera son: dolor de cadera más uno de los siguientes: rotación interna de la cadera <15° y VSG≤45mm/hr, o rotación interna de la cadera >15°, dolor a la rotación interna de la cadera, rigidez matutina de cadera ≤60min y edad mayor de 50 años. Los criterios clínicos, de laboratorio y radiográficos del ACR para clasificar la osteoartritis de cadera son: Dolor de cadera más al menos 2 de 3 criterios (VSG<20mm/hr, osteofitos femorales y/o acetabulares en la radiografía, y disminución de espacio articular en la radiografía). La sensibilidad/especificidad de estos criterios es de 86%/75% y 89%/91% respectivamente.⁽¹¹⁾

Sin embargo, el uso de estos criterios tanto para la práctica clínica como para los estudios de investigación ha sido cuestionado debido a que probablemente reflejan estadios avanzados de la enfermedad, lo que limita su uso en la atención de primer nivel.⁽¹²⁾ A pesar de ello, en un estudio de cohorte realizado en los Países Bajos se encontró que el 62.9% de los pacientes que acuden por primera vez a una clínica con síntomas referidos a la cadera cumplen con los criterios de osteoartritis del ACR, mientras que 40% de los que no cumplen dichos criterios inicialmente lo hará después de 5 años. De forma similar, 91.7% de los pacientes que acuden por primera vez a una clínica con síntomas referidos a la rodilla cumplen con los criterios de osteoartritis del ACR, mientras que 55% de los que no cumplen dichos criterios inicialmente lo hará después de 5 años.⁽¹³⁾

Otros criterios de diagnóstico usados en guías de práctica clínica son los de las guías NICE, que recomiendan realizar el diagnóstico de osteoartritis clínicamente cuando un(a) paciente tiene más de 45 años, dolor relacionado con la actividad y ausencia de rigidez matutina (o que ésta dure menos de 30 minutos).⁽¹⁾

Prevalencia de la osteoartritis

Se estima que, a nivel mundial, los trastornos musculoesqueléticos son responsables de hasta un 6.8% del total de años de vida ajustados por discapacidad (DALYs) perdidos. De ese total, la osteoartritis es responsable de un 10%.⁽¹⁴⁾

La osteoartritis es la forma más común de artritis: se estima que del total de adultos mayores de 20 años en el mundo, el 3.8% y 0.85% padecen osteoartritis de rodilla y de cadera, respectivamente. La prevalencia aumenta importantemente con la edad hasta aproximadamente los 55 años, a partir de lo cual aumenta muy ligeramente.⁽¹⁵⁾

En Estados Unidos, existen distintas estimaciones de la prevalencia de artritis en general y de osteoartritis en particular. Hootman *et al*, basándose en datos de la *National Health Interview Survey*, estiman que la prevalencia de artritis diagnosticada por un médico en 2010-2012 era de 22.7% de los adultos, pero no proporcionan datos específicos sobre la osteoartritis u otros tipos de artritis.⁽¹⁶⁾

Por otro lado, realizando un análisis de los datos de la misma encuesta desde 1994 hasta 2014, Park *et al* concluyen que la prevalencia ajustada por edad de cualquier tipo de artritis es de 24.7%, mientras que la prevalencia de osteoartritis en todo el periodo fue de 9.7%, pero con una tendencia a aumentar desde 6.6% en 1999-2000 hasta 14.3% en 2013-2014.⁽¹⁷⁾

Finalmente, Jafarzadeh y Felson realizaron un análisis de los datos de esta misma encuesta, pero haciendo una estimación de la prevalencia en base a un modelo que toma en cuenta a aquellas personas que reportan síntomas articulares sin contar con un diagnóstico médico. A partir de ello, estiman que la prevalencia de artritis en Estados Unidos es del 36.8% de los adultos.⁽¹⁸⁾

En América Latina, la prevalencia de la osteoartritis varía entre el 2.3% al 20.4% de la población adulta, y con una tendencia a aumentar con la edad.^(19,20)

En México, Peláez *et al* evaluaron la prevalencia de osteoartritis en 5 regiones del país, encontrando que 10.5% de la población adulta padece esta condición, con importantes variaciones regionales que van desde el 2.5% en Sinaloa hasta el 20.5% en Chihuahua, pasando por un 12.8% en la Ciudad de México.⁽²¹⁾ Brennan-Olsen *et al* realizaron un estudio en 6 países y encontraron que la prevalencia de artritis auto-reportada en México entre personas mayores de 70 años es del 22.9% de las mujeres y del 9.7% de los hombres.⁽²²⁾

Algunos estudios han evaluado la presencia de osteoartritis en comunidades específicas en el país, encontrando prevalencias del 6.6% entre indígenas rarámuri en la Ciudad de Chihuahua,⁽²³⁾ 12.5% en comunidades mixtecas y 32.2% en comunidades chontales (ambas en Oaxaca),⁽²⁴⁾ y 9.4% en una comunidad maya de Yucatán.⁽²⁵⁾

Impacto de la osteoartritis

Una de las consecuencias más importantes para las personas que padecen osteoartritis es el dolor crónico, mismo que impacta de manera negativa en la calidad de vida. El dolor provocado por la osteoartritis genera, además, impactos en la función física, tales como una disminución en la velocidad de la marcha, junto con los problemas de salud que ello conlleva.⁽⁹⁾ No es de extrañar, entonces, que la osteoartritis sea la 11^a causa de años vividos con discapacidad a nivel mundial.⁽²⁶⁾

Como se ha mencionado, la osteoartritis es una de las causas más frecuentes de discapacidad en el mundo, y una causa muy frecuente de demanda de atención médica. Esto provoca que el impacto económico de la enfermedad – en forma de costos directos de atención médica y quirúrgica, así como de ausentismo laboral y retiro temprano de la fuerza de trabajo⁽²⁷⁾ – sea muy alto. Según una revisión sistemática reciente, los costos totales de la osteoartritis podrían estar en el rango del 0.25% al 0.50% del PIB de los países.⁽²⁸⁾

Factores de riesgo para el desarrollo de osteoartritis

Numerosos estudios han evaluado los factores de riesgo para desarrollar osteoartritis. Entre los factores identificados, se encuentran factores genéticos, sociodemográficos, antropométricos, ocupacionales y de estilo de vida, así como factores relacionados con la comunidad. A continuación se describen algunos de los factores de riesgo conocidos más importantes para desarrollar osteoartritis.

Probablemente el factor más estudiado y más consistentemente relacionado con el desarrollo de la osteoartritis sea la edad. Silverwood *et al* realizaron un meta-análisis de estudios de cohorte que evaluaron factores de riesgo para desarrollar osteoartritis, y encontraron 19 estudios que valoraron la edad como factor de riesgo para desarrollar osteoartritis. Aunque, dada la heterogeneidad de las categorías de edad utilizadas en los estudios, no pudieron calcular una razón de momios, los estudios mostraron una asociación consistente entre la edad y la prevalencia de osteoartritis, con un aumento rápido entre los 50 y los 75 años de edad y una posterior estabilización de la tasa.⁽²⁹⁾

Otro factor de riesgo para el desarrollo de osteoartritis que ha sido ampliamente estudiado es la presencia de sobrepeso u obesidad, evaluados a través del Índice de Masa Corporal (IMC). En el meta-análisis de Silverwood *et al* se encontró que, entre adultos mayores de 50 años, la razón de momios (OR por sus siglas en inglés) fue de 1.98 para la asociación de la osteoartritis de rodillas con el sobrepeso, de 2.66 para la asociación con la obesidad y de 2.1 para la asociación con cualquiera de las dos condiciones.⁽²⁹⁾ De igual manera, una revisión sistemática encontró resultados consistentes en estudios de cohorte que muestran una asociación entre la presencia de sobrepeso u obesidad y desarrollo de osteoartritis tanto de rodilla como de cadera.⁽³⁰⁾

Incluso, se ha encontrado una relación entre el IMC y el desarrollo de osteoartritis de las manos, aunque los resultados en ese sentido son más heterogéneos. Al respecto, un meta-análisis reciente concluyó que existe una relación pequeña (OR de 1.25) pero estadísticamente significativa entre estas dos variables.⁽³¹⁾ La relación entre el IMC y la osteoartritis probablemente pueda explicarse por una combinación de carga mecánica, activación de vías pro-inflamatorias y tendencia a la inactividad física.⁽³²⁾

Aunque se han evaluado numerosos marcadores genéticos como factores de riesgo para el desarrollo de la osteoartritis, una revisión sistemática concluyó que hasta el momento no se ha establecido de forma definitiva una asociación entre ellos y la presencia de la enfermedad.⁽³³⁾ Al respecto, cabe mencionar estudios hechos en población mexicana, que han encontrado asociación entre la presencia de osteoartritis y los algunos polimorfismos del gen de la asporina,^(34,35) así como algunos polimorfismos del gen de la calcitonina.⁽³⁶⁾

Otros factores de riesgo importantes que han sido consistentemente asociados con el desarrollo de osteoartritis son el antecedente de lesión articular previa, el sexo femenino y algunas actividades laborales tales como arrodillarse, cargar grandes pesos, o el trabajo en el sector de la construcción o agrícola.^(29,30,33)

Finalmente, de manera más reciente se ha evaluado la relación entre problemas cardiovasculares y la osteoartritis. Interesantemente, un meta-análisis encontró una asociación importante (OR 1.49 a 2.01) entre la presencia de hipertensión y la osteoartritis.⁽³⁷⁾ Por otro lado, un segundo meta-análisis encontró una mayor incidencia de infarto agudo al miocardio entre las personas con osteoartritis que entre quienes no la padecen, aunque este efecto desaparece cuando se ajusta por factores de riesgo cardiovascular convencionales. Lo anterior sugiere que, más que un vínculo directo, existe una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (tales como el sedentarismo) entre los pacientes con osteoartritis.⁽³⁸⁾

Calidad de vida, estado de salud y discapacidad

Para hablar del impacto de la osteoartritis en la vida de las personas, es necesario definir algunos conceptos como calidad de vida, estado de salud y discapacidad, que serán el objeto principal de análisis del presente trabajo.

El concepto de “calidad de vida” resulta más fácil de entender que de definir. En términos generales, puede decirse que la calidad de vida es “la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del ‘sentirse bien’”.⁽³⁹⁾ Existe un amplio debate en torno a este término, cuyas definiciones incluyen “un juicio cognitivo consciente respecto a la satisfacción con la propia vida”,⁽⁴⁰⁾ o “la percepción de un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que viven, y en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.” Esta última es la definición usada por la Organización Mundial de la Salud al desarrollar sus instrumentos de medición de la calidad de vida.⁽⁴¹⁾

Un concepto relacionado es el de “calidad de vida relacionada con la salud”. Este término surge debido a la amplitud del término “calidad de vida”, el cual además de ser difícil de definir abarca numerosos aspectos que se perciben como fuera del área de la salud. Sin embargo, existen también distintas definiciones del término, dentro de las cuales una de las más usadas es “aquellos aspectos del bienestar auto-percibido que están relacionados o afectados por la presencia de una enfermedad o un tratamiento”.⁽³⁰⁾ Puesto que estos aspectos variarán necesariamente dependiendo del contexto cultural y de la enfermedad que se esté investigando, un enfoque común para medir la calidad de vida relacionada con la salud ha sido la utilización de instrumentos genéricos (que abarcan dimensiones importantes para la mayoría de las personas y comúnmente afectadas por distintas enfermedades) a la par de instrumentos específicos para una enfermedad.^(42,43)

Según el modelo de Wilson y Cleary, revisado por Ferrans, la función biológica influye en la presencia de síntomas, que condiciona un estado funcional, que a su vez influye en la percepción general de salud, que finalmente influyen sobre calidad de vida global. Sin embargo, cada uno de estos pasos se ve influido por las características tanto del individuo como del medio ambiente.⁽⁴⁴⁾

El modelo de Wilson y Cleary modificado por Ferrans puede observarse en el Anexo 1. Como puede observarse, la calidad de vida relacionada con la salud es un aspecto de la calidad de vida global. A su vez, el estado de salud o estado funcional es un componente de la calidad de vida relacionada con la salud. Si bien la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”, en términos operativos también puede definirse como “el nivel de funcionamiento de un individuo, siendo que la ‘función óptima’ se juzga a partir de los estándares sociales de bienestar físico y social”. La medición del estado de salud, reportado por los propios pacientes, ha ido adquiriendo progresivamente mayor importancia desde la década de 1980 y actualmente se considera como un elemento fundamental de la investigación en salud.⁽⁴⁰⁾

Finalmente, la discapacidad se puede definirse como “una dificultad o dependencia en llevar a cabo las actividades esenciales para una vida independiente, incluyendo los roles esenciales, las tareas necesarias para el auto-cuidado y para vivir independientemente en un hogar, así como las actividades deseadas que son importantes para la calidad de vida”.⁽⁴⁵⁾ En los últimos años, se ha puesto cada vez más énfasis en el hecho de que la discapacidad no es una propiedad exclusiva del individuo, sino que depende de la interacción de éste con el medio ambiente y las características de ambos. De ahí que existan otras definiciones importantes, como “una dificultad de funcionamiento a nivel del cuerpo, persona o sociedad, en una o más dimensiones de la vida, experimentada por un individuo con una condición de salud en interacción con factores contextuales”.⁽⁴⁶⁾

Nivel socioeconómico y su relación con la osteoartritis

A nivel mundial, distintos estudios han examinado la relación entre el nivel socioeconómico bajo y la osteoartritis, encontrando al primero como un factor de riesgo tanto para desarrollar la patología como para los malos desenlaces asociados a ella. En ese sentido, una revisión narrativa en 2012 identificó numerosos estudios que apoyan la hipótesis, así como una carencia de estudios que exploren el nivel socioeconómico a lo largo del ciclo de vida y su relación con los desenlaces relacionados a la osteoartritis.⁽⁴⁷⁾

Uno de los estudios del que más datos se han obtenido en torno a la relación entre factores socioeconómicos, prevalencia y desenlaces (tales como discapacidad y dolor) de la osteoartritis es el *Johnston County Osteoarthritis Project* (JCOP), un estudio de cohorte prospectiva poblacional sobre la osteoartritis de rodilla y cadera entre afroamericanos y caucásicos en North Carolina, Estados Unidos.⁽⁴⁸⁾

Por ejemplo, Cleveland *et al* encontraron una asociación entre el menor nivel educativo y la prevalencia de osteoartritis de cadera sintomática (OR 1.44 para osteoartritis uni/bilateral y OR 1.91 para osteoartritis bilateral). De igual manera, encontraron una asociación entre la osteoartritis valorada por radiografía y la residencia en una comunidad con alto nivel de pobreza.⁽⁴⁹⁾

Los mismos investigadores estudiaron la asociación del dolor y la discapacidad con factores socioeconómicos entre pacientes con osteoartritis de rodilla que participaron en el JCOP. En su análisis, encontraron peores puntajes del índice WOMAC entre las personas con menor nivel educativo, aquellas con ocupación no-gerencial, y aquellas que viven en una bloque censal con altos niveles de pobreza.⁽⁵⁰⁾ Por su parte, Knight *et al* encontraron resultados similares entre pacientes con osteoartritis de cadera.⁽⁵¹⁾

También en North Carolina, se ha encontrado que entre pacientes con artritis la mala percepción del entorno urbano (que incluye las características de estética, facilidad para caminar, seguridad y cohesión social) se relaciona con peores resultados en términos de discapacidad, síntomas depresivos y nivel de funcionamiento físico y mental.⁽⁵²⁾

Un estudio más que encontró asociaciones significativas entre factores socioeconómicos fue realizado en Canadá. Cañizares *et al* analizaron los datos de la *Canadian Community Health Survey* y encontraron que, a nivel individual, la presencia de artritis auto-reportada se asocia con la edad, sexo, bajo nivel de ingresos, bajo nivel educativo, origen indígena, fumar y el sobrepeso/obesidad. A nivel regional, la prevalencia de artritis se asoció con el porcentaje de hogares de bajos ingresos y de población indígena. En este estudio, las personas de bajos ingresos que residen en regiones con altas proporciones de familias de bajos ingresos reportaron una prevalencia de artritis mayor que las personas de bajos ingresos que residen en regiones con mayor nivel de ingresos.⁽⁵³⁾

Brennan y Turrell realizaron un estudio en Brisbane, Australia, en el que obtuvieron resultados similares. En dicho estudio, la prevalencia de artritis fue mayor entre las mujeres (OR 1.5), las personas de entre 60-65 años (OR 4.4), las personas permanentemente discapacitadas para trabajar (OR 4.0) y las personas con menor nivel de ingresos (OR 2.1). Además, de manera independiente a las variables de nivel individual, las personas que viven en zonas más castigadas tuvieron una mayor prevalencia de artritis (OR 1.4).⁽⁵⁴⁾

Reyes *et al* realizaron un estudio ecológico en el que asociaron un índice de carencias socioeconómicas por región con el reporte de casos de osteoartritis en el sistema de información de la Atención Primaria de Cataluña, España. El estudio es importante porque reporta una asociación específica con la osteoartritis y porque, a diferencia de la mayoría de los estudios, incluye la osteoartritis de mano en su análisis. El resultado fue que, tras ajustar por edad y sexo, las áreas de mayores carencias tuvieron una mayor prevalencia de osteoartritis de mano (IRR 1.26), cadera (IRR 1.23) y rodilla (IRR 1.51), asociación que se explica parcial pero no totalmente por la mayor prevalencia de sobrepeso/obesidad en estas zonas.⁽⁵⁵⁾

En México, como una extensión del estudio de Peláez-Ballesteros *et al*,⁽²⁵⁾ Loyola-Sánchez *et al* encontraron que, incluso dentro de un pequeño municipio maya-hablante, puede establecerse una asociación entre el nivel de riqueza y la prevalencia de artritis.⁽⁵⁶⁾

Tan sólo un estudio ha encontrado una asociación en el sentido inverso entre la prevalencia de osteoartritis y el nivel socioeconómico. En su estudio sobre la prevalencia de osteoartritis en 5 regiones de México, Rodríguez-Amado *et al* encontraron que la proporción de individuos con un ingreso menor o igual al salario mínimo fue de 25.8% entre personas sin osteoartritis y de 17.2% en pacientes con la enfermedad, lo que equivaldría a una OR de 0.60. De igual manera, este estudio encontró que un menor índice de carencia social se asoció con mayor prevalencia de osteoartritis. Sin embargo, el estudio encontró que las personas con osteoartritis tienen menor nivel de escolaridad, lo que resulta un tanto paradójico.⁽⁵⁷⁾

Nivel socioeconómico en el ciclo de vida y su asociación con la osteoartritis

Pocos estudios han intentado entender el efecto que el nivel socioeconómico de una persona a lo largo del ciclo de vida tiene sobre el desarrollo de osteoartritis y sus desenlaces. Los que lo han hecho se han centrado en medir la posición socioeconómica en dos momentos: la infancia y el momento actual. Entre ellos, se encuentra el de Baldassari *et al*, quienes elaboraron una medida de nivel socioeconómico basada en el nivel de educación, la ocupación y la propiedad (o no) de la vivienda, tanto actual como en la infancia (en ese último caso, haciendo referencia a los padres). Se encontró una asociación entre el bajo nivel socioeconómico en ambos momentos de la vida con la prevalencia auto-reportada de artritis. Dicha asociación fue más fuerte para el nivel socioeconómico actual que para el de la infancia.⁽⁵⁸⁾

En un análisis secundario de la misma muestra de pacientes, los mismos autores reportan que niveles socioeconómicos más bajos, tanto actuales como en la infancia, están asociados con peor nivel de salud y mayor grado de discapacidad. El efecto de asociación con el nivel socioeconómico en la infancia disminuyó, pero preservó su significancia estadística, tras realizar ajustes por variables confusoras.⁽⁵⁹⁾ Cabe mencionar que una parte importante del efecto de asociación en ambos trabajos de este grupo se puede explicar a través del IMC, pero aun incluyendo este en el análisis, continúa habiendo una asociación independiente entre el nivel socioeconómico bajo, la prevalencia y los malos desenlaces de la osteoartritis.

Osteoartritis y calidad de vida

Múltiples estudios han evaluado el impacto que la osteoartritis tiene en la calidad de vida. Por ejemplo, Salaffi *et al* realizaron un estudio de casos y controles de pacientes de 55-78 años de edad con osteoartritis de rodilla y/o cadera, encontrando que la calidad de vida se vio afectada entre los pacientes con osteoartritis, particularmente en las dimensiones de “funcionamiento físico”, “rol físico” y “dolor”, siendo igualmente afectada al comparar a los pacientes según la articulación con osteoartritis.⁽⁶⁰⁾

De forma similar, Woo *et al* compararon la calidad de vida entre pacientes con osteoartritis, clasificándolos según la clase funcional del Colegio Americano de Reumatología en pacientes con enfermedad leve o severa, encontrando que los pacientes con enfermedad severa tuvieron peor calidad de vida que aquellos con enfermedad leve.⁽⁶¹⁾

Por su parte, Wu *et al* evaluaron el impacto de 11 condiciones crónicas en la calidad de vida relacionada con la salud en una muestra de pacientes en el Reino Unido, encontrando que la osteoartritis es la tercera condición con mayor impacto en la calidad de vida, sólo después de las condiciones “dolor” y “depresión”.⁽⁶²⁾

De la misma manera, la osteoartritis se asocia con un importante grado de discapacidad, como lo demuestran estudios como el de Odding *et al*, que mostró que la osteoartritis de cadera se asocia con una OR de presentar discapacidad de 2.2 entre mujeres, mientras que la osteoartritis de rodilla se asocia con una OR de presentar discapacidad de 1.4 también entre mujeres, aunque en dicho estudio no hubo asociación entre la presencia de osteoartritis y la discapacidad entre hombres.⁽⁶³⁾

2. Justificación

Como se ha visto, existen diversos estudios para pensar que hay una asociación importante entre el nivel socioeconómico a lo largo del curso de vida los malos desenlaces entre pacientes con osteoartritis, en particular, peor calidad de vida. Sin embargo, la asociación aún no ha quedado plenamente demostrada dada la heterogeneidad de los mismos y el número relativamente pequeño de pacientes que han incluido. En particular, son muy pocos los estudios que han explorado la asociación entre el nivel socioeconómico en la infancia y la calidad de vida entre pacientes con osteoartritis.

La documentación de las desigualdades en salud es un paso fundamental para la investigación de las causas de fondo que las producen y, eventualmente, para la generación de estrategias que permitan afrontarlas.⁽⁶⁴⁾ Conocer las enfermedades que afectan desproporcionadamente a los grupos vulnerables es, por tanto, un imperativo para poder cumplir con una misión de seguridad social.

Más aún, la asociación entre nivel socioeconómico y el desarrollo de diversas patologías, así como el impacto en la calidad de vida de las mismas, es sumamente dependiente del contexto. En el caso particular de la asociación entre nivel socioeconómico y calidad de vida entre pacientes con osteoartritis, ésta ha sido muy poco explorada en el contexto de la Ciudad de México, y mucho menos entre los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Se trata, además, de una patología que ocasiona gran demanda de atención dentro del instituto.

3. Planteamiento del problema

Debido a lo anteriormente expuesto, el presente estudio pretende responder a la siguiente pregunta: ¿Existe una asociación entre el nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis que acuden a la consulta de medicina familiar del HGZMF No. 8?

4. Objetivos

El objetivo general de la investigación es evaluar la asociación entre el nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis que acuden a la consulta de medicina familiar del HGZMF No. 8.

5. Hipótesis

Hipótesis nula: No existe asociación entre nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis que acuden a la consulta de medicina familiar del HGZMF No. 8.

Hipótesis alterna: Existe una asociación entre nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis que acuden a la consulta de medicina familiar del HGZMF No. 8.

6. Materiales y métodos

Los participantes fueron reclutados al acudir a consulta externa de Medicina Familiar por cualquier motivo al HGZMF No. 8. Se identificó a los pacientes con diagnóstico de osteoartritis o algún término equivalente (como osteoartrosis, osteoartrosis degenerativa, u OAD) en su expediente médico electrónico, y se aplicaron los cuestionarios que se detallan más abajo. Antes de aplicar los instrumentos y cuestionarios, se explicaron las motivaciones del estudio y se solicitó la firma del formato de consentimiento informado.

Medidas

La presencia de osteoartritis se valoró, en primer lugar, buscando su registro en el expediente médico electrónico. Adicionalmente, se preguntó a los participantes si alguna vez han sido diagnosticados por un profesional de la salud como portadores de osteoartritis. En cualquier caso, se registró el/los sitios de afección articular.

El nivel socioeconómico actual se midió a través de las siguientes variables: *Salario base de cotización, máximo nivel de estudios alcanzado, tipo de ocupación, método simplificado de nivel socioeconómico.*

El nivel socioeconómico en la infancia se estimó a través de las variables *Tipo de ocupación del padre, Tipo de ocupación de la madre, Nivel educativo del padre y Nivel educativo de la madre.*

Para valorar el estado de salud producido por la osteoartritis, se aplicó el cuestionario WOMAC, instrumento ampliamente utilizado. Este instrumento está compuesto de 3 sub-escalas: WOMAC-Dolor, WOMAC-Rigidez y WOMAC-Funcionalidad, y en la mayoría de los estudios también se valora el puntaje total.

Además, se aplicó el cuestionario AMICAL, el cual es un cuestionario específico para valorar la calidad de vida en pacientes con osteoartritis y que registra una evaluación más completa de la compleja percepción que implica el concepto de calidad de vida.

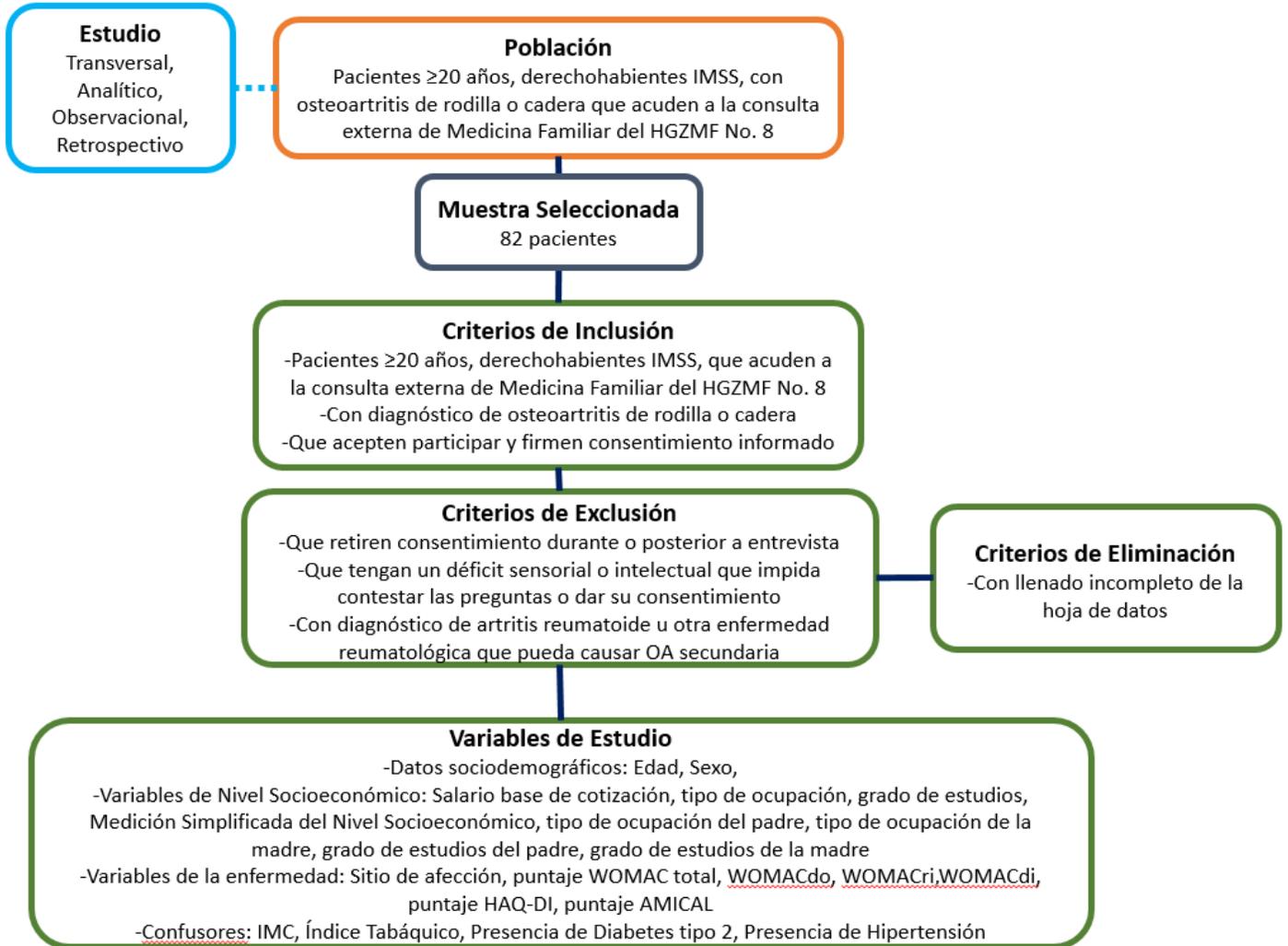
Finalmente, para valorar el grado de discapacidad se utilizó el cuestionario HAQ-DI. Este instrumento fue creado originalmente para valorar el grado de discapacidad en pacientes con artritis reumatoide, pero ha sido ampliamente utilizado a nivel internacional en pacientes con distintas patologías o sin hacer distinción por ellas.

Las características específicas de estos instrumentos se detallan más adelante, en la sección *Instrumentos de recolección de datos.*

Tipo de estudio

Se trata de un estudio transversal, analítico, observacional, retrospectivo.

Diseño de la investigación



Elaboró: Julio Pisanty Alatorre

Población, lugar y tiempo

El estudio se llevó a cabo entre pacientes que acudieron a consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8, en las instalaciones del mismo hospital, entre marzo de 2017 y febrero de 2020.

Muestra

El cálculo de tamaño de la muestra se realizó con ayuda del programa OpenEpi⁽⁶⁵⁾ según el método de diferencia de medias. Se calculó una muestra con un nivel de confianza del 95%, con potencia de 70%, capaz de detectar una diferencia de 10 puntos en las puntuaciones estandarizadas en los cuestionarios, considerando una desviación estándar de 20 puntos en ambos grupos (según lo reportado en el estudio de validación de la versión en español del cuestionario AMICAL⁽⁶⁶⁾) y una razón de grupos no-expuestos:expuestos de 1:1. De acuerdo a lo anterior, la muestra calculada es de 82 pacientes (41 con salario base de cotización mayor a 2 salarios mínimos, y 41 con salario base de cotización menor o igual a 2 salarios mínimos).

La fórmula de la que se obtiene este cálculo es la siguiente:

$$n_1 = \frac{(\sigma_1^2 + \sigma_2^2/\kappa)(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{\Delta^2}$$
$$n_2 = \frac{(\kappa * \sigma_1^2 + \sigma_2^2/)(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{\Delta^2}$$

Donde:

n_1 = tamaño de la muestra del grupo 1 (expuestos)

n_2 = tamaño de la muestra del grupo 2 (no expuestos)

σ_1 = desviación estándar del grupo 1

σ_2 = desviación estándar del grupo 2

Δ = diferencia de la media entre los dos grupos

κ = razón n_2/n_1

$Z_{1-\alpha/2}$ = valor z de dos colas (1.96 para intervalo de confianza de 95%)

$Z_{1-\beta}$ = poder estadístico

Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación

Se consideraron los siguientes criterios de participación

Criterios de Inclusión

- Pacientes mayores de 20 años, derechohabientes del IMSS, que acuden a la consulta externa de medicina familiar del HGZMF No. 8
- Sin distinción de sexo
- Que cuenten con diagnóstico de osteoartritis o término equivalente (osteoartrosis, OAD) registrado en su expediente médico electrónico
- Que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado

Criterios de Exclusión

- Pacientes que retiren su consentimiento durante o posterior a la entrevista
- Pacientes que tengan un déficit sensorial que impida contestar las preguntas o dar su consentimiento informado
- Pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide u otra enfermedad reumatológica que pueda causar osteoartritis secundaria

Criterios de eliminación

- Pacientes con llenado incompleto o ilegible de la hoja de datos

Variables

La definición conceptual de las variables fue la siguiente:

Definición conceptual de las variables de estudio	
Variable	Definición conceptual
A1. Edad	Tiempo que un ser humano ha vivido en años a partir de su nacimiento
A2. Sexo	Condición orgánica masculina o femenina
A3. Índice de Masa Corporal	Expresión de la composición corporal, manifiesta por la relación entre la Talla y el Peso de la persona, según la fórmula $IMC = \text{Peso} / (\text{Talla})^2$
A4. Índice Tabáquico (IT)	Expresión de la intensidad del hábito tabáquico, de acuerdo a la relación entre el promedio de cigarrillos y los años de fumador según la fórmula $IT = (\text{promedio de cigarrillos} / 20) \times \text{años de fumador}$
A5. Diagnóstico de Diabetes Mellitus	Presencia de la enfermedad Diabetes Mellitus, manifestada por una respuesta positiva a la pregunta <i>¿Padece usted Diabetes?</i>
A6. Diagnóstico de Hipertensión Arterial	Presencia de la enfermedad Hipertensión Arterial, manifestada por una Respuesta positiva a la pregunta <i>¿Padece usted Hipertensión Arterial?</i>
A7. Diagnóstico de Osteoartritis	Condición de haber recibido el diagnóstico de osteoartritis, osteoartrosis o “desgaste” de articulaciones por parte de un médico
A8. Articulación afectada	Articulación afectada por la osteoartritis
B1. Grado de Estudios	Máximo grado de estudios alcanzado según reportado por el sujeto
B2. Tipo de ocupación	Clase de ocupación desempeñada por el sujeto durante el tiempo más largo de su vida, según reportado por el sujeto
B3. Estudios del Padre	Máximo grado de estudios alcanzado por el padre del sujeto, según reportado al momento de la entrevista
B4. Estudios de la Madre	Máximo grado de estudios alcanzado por la madre del sujeto, según reportado al momento de la entrevista
B5. Tipo de Ocupación del Padre	Clase de ocupación desempeñada por el padre del sujeto al momento del nacimiento de éste, según reportado al momento de la entrevista
B6. Tipo de Ocupación de la Madre	Clase de ocupación desempeñada por la madre del sujeto al momento del nacimiento de éste, según reportado al momento de la entrevista
C1. SalMin	Salario base de cotización (C1) expresado en rango de salarios mínimos según salario mínimo vigente para la Ciudad de México en 2018. El Salario base de cotización a su vez se obtiene de la siguiente manera: En caso de trabajadores: salario base de cotización del titular, registrado en la base de datos de control de prestaciones del I.M.S.S. recabado durante los 30 días posteriores a la entrevista. En caso de jubilados/ pensionados: último salario base de cotización del titular, convertido a pesos de 2017
D1. MSNE	Quintil de Pertenencia en la Puntuación de Medición Simplificada del Nivel Socioeconómico definida según la fórmula: $MSNE = 0.25(DVD) + 0.22(\text{Microondas}) + 0.17(\text{teléfono}) + 0.13(\text{casa propia}) + 0.1(\text{cable}) + 0.07(\text{computadora}) + 0.03(\text{automóvil}) + 0.01(\text{internet})$
D3. WOMAC-Do	Puntuación obtenida en el apartado de dolor de la escala WOMAC (W1-W5)
D4. WOMAC-Ri	Puntuación obtenida en el apartado de rigidez de la escala WOMAC (W6-W7)
D5. WOMAC-Di	Puntuación obtenida en el apartado de discapacidad de la escala WOMAC (W8-W24)
D6. WOMAC-To	Puntuación total obtenida en la escala WOMAC
D7. AMICAL	Puntuación total obtenida en el cuestionario AMICAL
D8. HAQ-DI	Puntuación total obtenida en la escala HAQ-DI (Media aritmética de las puntuaciones más altas de cada una de las 8 categorías de la prueba)

Elaboró: Julio Pisanty Alatorre

La definición operacional de las variables se realizó de acuerdo a la siguiente tabla:

Definición operacional de las variables de estudio				
Variable	Definición operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Valores
A1. Edad	Años cumplidos a partir de la fecha de nacimiento reportados por el sujeto	Cualitativa	Ordinal	1. 20-39 años 2. 40-59 años 3. 60-79 años 4. 80 y más años
A2. Sexo	Condición orgánica masculina o femenina	Cualitativa	Nominal	1. Femenino 2. Masculino
A3. Índice de Masa Corporal	Relación entre la Talla y el Peso de la persona, según la fórmula $IMC = \text{Peso} / (\text{Talla})^2$	Cualitativa	Ordinal	1. $<18.5 \text{ Kg/m}^2$ 2. $18.5-24.9 \text{ Kg/m}^2$ 3. $25-29.9 \text{ Kg/m}^2$ 4. $30-34.9 \text{ Kg/m}^2$ 5. $35-39.9 \text{ Kg/m}^2$ 6. $\geq 40 \text{ Kg/m}^2$
A4. Índice Tabáquico (IT)	Relación entre el promedio de cigarrillos y los años de fumador según la fórmula $IT = (\text{promedio de cigarrillos} / 20) \times \text{años de fumador}$	Cualitativa	Ordinal	1. 0 Cajetillas-año 2. 0.1-4.9 Cajetillas-año 3. 5-9.9 Cajetillas-año 4. 10-14.9 Cajetillas-año 5. ≥ 15 Cajetillas-año
A5. Diagnóstico de Diabetes Mellitus	Respuesta positiva a la pregunta <i>¿Padece usted Diabetes?</i>	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No
A6. Diagnóstico de Hipertensión Arterial	Respuesta positiva a la pregunta <i>¿Padece usted Hipertensión Arterial?</i>	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No
A7. Diagnóstico de Osteoartritis	Condición de haber recibido el diagnóstico de osteoartritis, osteoartrosis o “desgaste” de articulaciones por parte de un médico	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No
A8. Articulación afectada	Articulación afectada por la osteoartritis	Cualitativa	Nominal	1. Rodilla 2. Cadera 3. Otras
B1. Grado de Estudios	Máximo grado de estudios alcanzado según reportado por el sujeto	Cualitativa	Ordinal	1. Menor a primaria 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Licenciatura 6. Posgrado
B2. Tipo de ocupación	Clase de ocupación desempeñada por el sujeto durante el tiempo más largo de su vida, según reportado por el sujeto	Cualitativa	Nominal	1. Manual 2. Trabajo de oficina subordinado 3. Trabajo de oficina como gerente o jefe 4. Hogar

B3. Estudios del Padre	Máximo grado de estudios alcanzado por el padre del sujeto, según reportado al momento de la entrevista	Cualitativa	Ordinal	1. Menor a primaria 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Licenciatura 6. Posgrado
B4. Estudios de la Madre	Máximo grado de estudios alcanzado por la madre del sujeto, según reportado al momento de la entrevista	Cualitativa	Ordinal	1. Menor a primaria 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Licenciatura 6. Posgrado
B5. Tipo de Ocupación del Padre	Clase de ocupación desempeñada por el padre del sujeto al momento del nacimiento de éste, según reportado al momento de la entrevista	Cualitativa	Nominal	1. Manual 2. Trabajo de oficina subordinado 3. Trabajo de oficina como gerente o jefe 4. Hogar
B6. Tipo de Ocupación de la Madre	Clase de ocupación desempeñada por la madre del sujeto al momento del nacimiento de éste, según reportado al momento de la entrevista	Cualitativa	Nominal	1. Manual 2. Trabajo de oficina subordinado 3. Trabajo de oficina como gerente o jefe 4. Hogar
C1. SalMin	Salario base de cotización (C1) expresado en rango de salarios mínimos según salario mínimo vigente para la Ciudad de México en 2018. El Salario base de cotización a su vez se obtiene de la siguiente manera: En caso de trabajadores: salario base de cotización del titular, registrado en la base de datos de control de prestaciones del I.M.S.S. recabado durante los 30 días posteriores a la entrevista. En caso de jubilados/pensionados: último salario base de cotización del titular, convertido a pesos de 2017	Cualitativa	Ordinal	1. ≤ 2 salarios mínimos 2. 2.1-4 salarios mínimos 3. > 4 salarios mínimos
D1.MSNE	Quintil de Pertenencia en la Puntuación de Medición Simplificada del Nivel Socioeconómico definida según la fórmula: $MSNE = 0.25(DVD) + 0.22(\text{Microndas}) + 0.17(\text{teléfono}) + 0.13(\text{casa propia}) + 0.1(\text{cable}) + 0.07(\text{computadora}) + 0.03(\text{automóvil}) + 0.01(\text{internet})$	Cualitativa	Ordinal	1. 0.00-0.20 2. 0.21-0.40 3. 0.41-0.60 4. 0.61-0.80 5. 0.81-1.00

D3. WOMAC-Do	Puntuación obtenida en el apartado de dolor de la escala WOMAC (W1-W5)	Cuantitativa	Discreta	0-20 puntos
D4. WOMAC-Ri	Puntuación obtenida en el apartado de rigidez de la escala WOMAC (W6-W7)	Cuantitativa	Discreta	0-8 puntos
D5. WOMAC-Di	Puntuación obtenida en el apartado de discapacidad de la escala WOMAC (W8-W24)	Cuantitativa	Discreta	0-68 puntos
D6. WOMAC-To	Puntuación total obtenida en la escala WOMAC	Cuantitativa	Discreta	0-96 puntos
D7. AMICAL	Puntuación total obtenida en el cuestionario AMICAL	Cuantitativa	Discreta	43-430 puntos
D8. HAQ-DI	Puntuación total obtenida en la escala HAQ-DI (Media aritmética de las puntuaciones más altas de cada una de las 8 categorías de la prueba)	Cuantitativa	Continua	0-3 puntos

Elaboró: Julio Pisanty Alatorre

Diseño estadístico

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS versión 20.0 para Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión de las principales variables cuantitativas, así como de distribución de frecuencias de las principales variables cualitativas.

Para el cálculo del efecto de asociación, se compararon las puntuaciones WOMAC (D3-D6), AMICAL (D7) y HAQ-DI (D8) entre los grupos de nivel socioeconómico (variables B1-D1). La prueba de significancia estadística se hizo mediante pruebas χ^2 de Pearson o de Fisher para variables categóricas, y de Fisher-Freeman-Halton cuando los supuestos estadísticos para éstas no se cumplieron. Las variables cuantitativas se compararon mediante pruebas t de Student para muestras no pareadas y mediante ANOVA, mientras que cuando no se cumplieron los supuestos estadísticos necesarios para ello se recurrió a la prueba U de Mann-Whitney y a la prueba de Kruskal-Wallis. Se calcularon coeficientes de correlación de Spearman entre variables ordinales y cuantitativas.

Instrumentos de Recolección de Datos

Los datos sociodemográficos, incluyendo los relacionados con el nivel socioeconómico actual y en la infancia, se registraron en una hoja de recolección de datos, misma que se encuentra en el Anexo 1 del presente estudio.

La hoja de recolección de datos incluye un apartado a ser llenado por el investigador, en el que se incluyen los datos de salario base de cotización. De igual manera, en este apartado se registró la calificación final de los instrumentos aplicados para medición del nivel socioeconómico, afectación por osteoartritis y grado de discapacidad, que se describen a continuación.

Para la medición del nivel socioeconómico, se utilizó la propuesta de Medición Simplificada del Nivel Socioeconómico (MSNE) desarrollada por Gutiérrez, Díaz-Acosta y Shiba-Matsumoto para utilización en encuestas breves. Este método se basa en la obtención de datos de variables dicotómicas de acceso a 8 bienes y servicios, a los que se les asigna un peso ponderado. La suma de factores de ponderación da una calificación que varía del 0 al 1, a partir de la cual se imputa el quintil de ingresos. Este índice fue validado por los autores en relación al Índice Socioeconómico (ISE) utilizado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, con un coeficiente de correlación de rangos de Spearman de 0.86, lo que indica una buena clasificación de las familias en los quintiles de ingreso correspondientes de acuerdo al ISE. Las ventajas de este método son que es fácilmente obtenible, se puede utilizar para comparar grupos y que para su análisis no se requiere el cumplimiento de algún supuesto estadístico.⁽⁶⁷⁾

Para la medición del estado de salud de los pacientes, se utilizó el Cuestionario de Artritis de Western Ontario y MacMaster (WOMAC por sus siglas en inglés). Dicho cuestionario consta de 24 preguntas cuyas respuestas se califican en una escala de Likert de 5 opciones que representan grados de intensidad (nada, poco, bastante, mucho, muchísimo) y a las que se asignan puntuaciones del 0 al 4. Las preguntas se dividen en 3 componentes: Dolor (WOMAC-Do, 5 preguntas), Rigidez (WOMAC-Ri, 2 preguntas) y Discapacidad (WOMAC-Di, 17 preguntas). La escala fue originalmente diseñada en Canadá en 1988 para medir la efectividad de intervenciones sobre la osteoartritis,⁽⁶⁸⁾ y ha sido utilizada en distintos estudios para comparar los resultados en salud de distintos grupos.^(50,51)

La escala WOMAC ha sido traducida y validada al español, mostrando un alto grado de fiabilidad con α de Cronbach para sus componentes de entre 0.81 y 0.93.⁽⁶⁹⁾ En el presente estudio utilizaremos la versión de López-Alonso *et al*, quienes evaluaron las propiedades métricas del cuestionario y encontraron que el cuestionario en su totalidad tiene un alfa de Cronbach de 0.92, que indica un alto grado de fiabilidad.⁽⁷⁰⁾

Puesto que el constructo registrado por el cuestionario WOMAC es el estado de salud o capacidad funcional, que son evaluaciones parciales de la compleja percepción que es la calidad de vida, se aplicó también el cuestionario AMICAL. Éste es un cuestionario específico para calidad de vida en pacientes con osteoartritis, desarrollado originalmente en Francia en un estudio que mostró que tiene buenas propiedades psicométricas.⁽⁷¹⁾ El cuestionario fue transculturalizado al español en población mexicana, y la versión resultante mostró un alfa de Cronbach de 0.946 para pacientes con osteoartritis de rodilla y de 0.999 para pacientes con osteoartritis de cadera, mientras que los coeficientes de correlación interna al aplicarse después de 72 horas fueron de 0.979 y 0.998 para osteoartritis de rodilla y cadera, respectivamente. La versión del cuestionario que se utilizó en el presente estudio fue precisamente la derivada de este estudio de validación.⁽⁶⁶⁾

Finalmente, para medir el grado de discapacidad, además del subcomponente de discapacidad de la escala WOMAC (WOMAC-Di), se utilizó la Escala de Discapacidad del Cuestionario de Salud del Paciente (HAQ-DI por sus siglas en inglés). Esta escala fue desarrollada en Estados Unidos en 1980 para medir resultados en salud de pacientes con artritis,⁽⁷²⁾ y existen distintas versiones de la misma. Las más utilizadas constan de 20 preguntas calificadas en una escala de Likert de 4 categorías, que evalúan 8 rubros de actividad según el grado de dificultad que el paciente tiene para realizarlas (Sin ninguna dificultad, con alguna dificultad, con mucha dificultad, no puedo hacerlo). Las puntuaciones para cada pregunta van del 0 al 3 y se toma la más alta de cada rubro de actividad, mismas que se modifican si el paciente refiere requerir de ayuda de algún aparato especial o de otra persona. La puntuación total se obtiene al calcular la media aritmética de la calificación de los 8 rubros, por lo que se obtiene un puntaje continuo que varía del 0 al 3.

La escala HAQ-DI ha sido validada en España⁽⁷³⁾ y en México, donde se encontró que presenta un rho (ρ) de Spearman entre aplicaciones con intervalo de un mes de 0.89.⁽⁷⁴⁾ En este estudio se utilizará la versión de González *et al*, quienes adaptaron el cuestionario al español y probaron su validez en población hispánica de diferentes orígenes (incluyendo mexicanos) en Estados Unidos, encontrando que la versión en español tiene un α de Cronbach de 0.88, y que puede usarse indistintamente si se administra por un entrevistador o si es auto-administrada.⁽⁷⁵⁾

Método de recolección

El estudio se llevó a cabo en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 (HGZMF No. 8) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Éste se encuentra en la zona de San Ángel de la Ciudad de México, y da servicio a derechohabientes del IMSS (trabajadores con empleo formal en el sector privado y sus familiares) en la región sur-poniente de la Ciudad de México.

Se reclutó a los pacientes con diagnóstico de osteoartritis (o algún término equivalente como osteoartrosis u OAD) que acudieron a la consulta de Medicina Familiar (independientemente del motivo de consulta). Se explicaron los objetivos del estudio y se firmó la carta de consentimiento informado (Anexo 6). Se obtuvieron datos sociodemográficos y se registraron los mismos en la hoja de recolección de datos (Anexo 1). Posteriormente se aplicaron los cuestionarios MSNE, WOMAC, AMICAL y HAQ-DI (Anexos 2-4) como cuestionarios auto-administrados, y en casos en los que el paciente así lo solicitó se aplicaron por parte del encuestador. Los puntajes también se registraron en la hoja de recolección de datos.

Finalmente, después de la entrevista y a más tardar 3 meses después de realizarla se recabó el dato de salario base de cotización de las bases de datos de la Dirección General de Prestaciones, y se registró el mismo en la hoja de datos personales. En el caso de derechohabientes dependientes, se registró el salario base de cotización del trabajador activo. En el caso de los jubilados o dependientes de jubilados, se registró el último salario base de cotización y el año en que éste fue registrado. A fin de poder comparar adecuadamente los salarios base de cotización registrados en años diferentes, la variable se expresó operativamente en términos del salario mínimo vigente al año en que el último salario base de cotización fue registrado.

Maniobras para evitar y controlar sesgos

Control de sesgos de información:

- La hoja de recolección de datos fue revisada por asesores de investigación
- Se utilizó el diagnóstico médico previo para la definición de casos de la enfermedad
- La revisión bibliográfica se basó en artículos publicados en revistas arbitradas, con preferencia por los publicados en los últimos 5 años

Control de sesgos de selección:

- El cálculo de la muestra se realizó de acuerdo a procedimientos estándar
- Se aseguró un apego estricto a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Control de sesgos de medición:

- Se utilizaron escalas estandarizadas cuyas versiones en español han sido previamente validadas

Control de sesgos de análisis:

- Se verificó por duplicado la captura de una muestra aleatoria de los datos recabados
- El análisis estadístico se realizó en un programa ampliamente utilizado (S.P.S.S.), con medidas pre-especificadas y siguiendo métodos estándar.

7. Cronograma

El cronograma de trabajo puede observarse a continuación

Título del Proyecto: Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la prevalencia e impacto de la osteoartritis en pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar del HGZMF No. 8.

2017-2018

FECHA	MARZO 2017	ABRIL 2017	MAYO 2017	JUNIO 2017	JULIO 2017	AGOSTO 2017	SEPTIEMBRE 2017	OCTUBRE 2017	NOVIEMBRE 2017	DICIEMBRE 2017	ENERO 2018	FEBRERO 2018
Idea a estudiar	X											
Título	X											
Antecedentes		X										
Planteamiento del problema		X										
Justificación			X									
Objetivos			X									
Hipótesis			X									
Material y métodos				X								
Tipo de estudio				X								
Diseño metodológico				X								
Población					X							
Lugar y tipo de estudio						X						
Tipo y tamaño de la muestra						X						
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación							X					
Variables								X				
Definición de las variables								X				
Diseño estadístico								X				
Instrumentos de recolección									X			
Método de recolección									X			
Cronograma										X	X	
Recursos										X	X	
Consideraciones éticas											X	
Bibliografía											X	
Reporte de protocolo												X

Elaboró: Julio Pisanty Alatorre

2018-2019

FECHA	MARZO 2018	ABRIL 2018	MAYO 2018	JUNIO 2018	JULIO 2018	AGOSTO 2018	SEPTIEMBRE 2018	OCTUBRE 2018	NOVIEMBRE 2018	DICIEMBRE 2018	ENERO 2019	FEBRERO 2019
Prueba piloto		X										
Ejecución del proyecto		X										
Recolección de datos			X	X	X	X	X	X				
Almacenamiento de datos							X	X				
Análisis de datos								X				
Descripción de datos									X			
Discusión de datos									X			
Conclusión										X		
Integración y revisión final										X		
Reporte final											X	
Autorizaciones											X	
Impresión del trabajo												X
Publicación												X

Elaboró: Julio Pisanty Alatorre

8. Consideraciones éticas

El estudio se apega a la Declaración de Helsinki y a lo dispuesto en la Ley General de Salud, así como a la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA-2013. No se realizaron intervenciones sobre los pacientes más allá del llenado de cuestionarios, y se garantizó en todo momento la confidencialidad de los datos personales obtenidos en el proceso del estudio. Todos los participantes firmaron la carta de consentimiento informado, misma que puede consultarse en el Anexo 6, y se garantizó el derecho a retirarse del estudio en todo momento.

9. Recursos materiales, físicos, humanos y de financiamiento

Para llevar a cabo el estudio, se contó con los siguientes recursos materiales, físicos, humanos y de financiamiento:

Recursos humanos

- Un investigador (Julio Pisanty Alatorre), quien llevó a cabo las tareas de diseño de protocolo, aplicación de encuestas, captura de datos, análisis estadístico y elaboración del reporte final
- Asesor clínico (Dr. Eduardo Vilchis Chaparro), metodológico (Dra. María Victoria Goycochea Robles) y experimental (Dr. Gilberto Espinoza Anrubio)

Recursos materiales

- Computadora portátil para registro y análisis de la información
- Fotocopiado para hojas de recolección de datos y cuestionarios estandarizados
- Lápices, borradores y hojas

Recursos Físicos

Instalaciones y equipo para medidas antropométricas del HGZMF No. 8

Recursos Financieros

Los gastos se financiaron por parte de Julio Pisanty Alatorre, Médico Residente de Medicina Familiar. No se cuenta con fuentes de financiamiento institucional ni externas.

10. Resultados

Se incluyó a 154 pacientes, de los cuales fueron excluidos 5 por tener diagnóstico de Artritis Reumatoide, 1 por presentar otra enfermedad reumatológica, y 2 por retirar su consentimiento después de iniciada o terminada la entrevista.

Análisis Uni-variado

A continuación, se describen las características de los pacientes de acuerdo a las variables registradas.

La media de edad fue de 69.4 años, con una desviación estándar de 10.6 años, y un rango de 46 a 95 años.

La distribución en rangos de edad fue como sigue: 24 (16.4%) pacientes de 40 a 59 años; 97 (66.4%) pacientes de 60 a 79 años; y 25 (17.1%) pacientes de 80 o más años. (Ver tabla y gráfica 1)

En cuanto al sexo, 117 (80.1%) pacientes fueron de sexo femenino y 29 (19.9%) pacientes de sexo masculino. (Ver tabla y gráfica 2)

El Índice de Masa Corporal (IMC) se distribuyó de la siguiente forma: 33 (22.6%) pacientes con IMC de 18.5-24.9; 65 (44.5%) pacientes con IMC de 25-29.9; 34 (23.3%) pacientes con IMC de 30-34.9; 9 (6.2%) con IMC de 35-39.9; y 5 (3.4%) pacientes con IMC \geq 40. (Ver tabla y gráfica 3)

Respecto al Índice Tabáquico, en 93 (63.7%) pacientes fue de 0 (no fumadores); en 25 (17.1%) pacientes fue de 0.01-4.99; en 7 (4.8%) pacientes fue de 5-9.99; en 4 (2.7%) pacientes fue de 10-14.99; y en 17 (11.6%) pacientes fue de \geq 15. (Ver tabla y gráfica 4)

En cuanto al diagnóstico de Diabetes, 41 (28.1%) pacientes contaban con este diagnóstico, mientras que 105 (71.9%) pacientes no tenían la enfermedad. (Ver tabla y gráfica 5)

Con respecto a la hipertensión arterial, 76 (52.1%) pacientes contaban con este diagnóstico, mientras que 70 (47.9%) pacientes no padecían la enfermedad. (Ver tabla y gráfica 6)

Al analizar las articulaciones afectadas, se observó lo siguiente: 134 (91.8%) pacientes tenían afectación de rodilla; 44 (30.1%) pacientes de cadera; y 65 (44.5%) pacientes de otras articulaciones. (Ver tabla y gráfica 7-a)

Como puede notarse, una cantidad considerable de pacientes tuvieron afección de más de una articulación, distribuidos de la siguiente manera: 61 (41.8%) pacientes con afectación únicamente de rodilla; 6 (4.1%) pacientes únicamente de cadera; 14 (9.6%) pacientes con afectación de rodilla y cadera; 41 (28.1%) pacientes de rodilla y otras; 6 (4.1%) pacientes de cadera y otras; mientras que 18 (12.3%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras. (Ver tabla y gráfica 7-b)

La distribución de escolaridad fue como sigue: 25 (17.1%) pacientes: Menor a primaria; 29 (19.9%) pacientes: Primaria; 31 (21.2%) pacientes: Secundaria; 39 (26.7%) pacientes: Bachillerato; 18 (12.3%) pacientes: Licenciatura; y 4 (2.7%) pacientes: Posgrado. (Ver tabla y gráfica 8)

En cuanto al tipo de ocupación, en 67 (45.9%) pacientes ésta fue Trabajo Manual; en 30 (20.5%) pacientes Trabajo de Oficina (Subordinado); en 22 (15.1%) pacientes Trabajo de Oficina (Gerentes o jefes); en 25 (17.1%) pacientes Hogar; mientras que 2 pacientes (1.4%) no contestaron la pregunta. (Ver tabla y gráfica 9)

La escolaridad del padre se distribuyó de la siguiente manera: en 48 (32.9%) pacientes fue Menor a primaria; en 55 (37.7%) pacientes fue Primaria; en 12 (8.2%) pacientes fue Secundaria; en 7 (4.8%) pacientes fue Bachillerato; en 11 (7.5%) pacientes fue Licenciatura; en 2 (1.4%) paciente fue Posgrado; y 11 (7.5%) pacientes no saben o no contestaron. (Ver tabla y gráfica 10)

La escolaridad de la madre se distribuyó de la siguiente manera: en 66 (45.2%) pacientes fue Menor a primaria; en 53 (36.3%) pacientes fue Primaria; en 7 (4.8%) pacientes fue Secundaria; en 11 (7.5%) pacientes fue Bachillerato; en 3 (2.1%) pacientes fue Licenciatura; en 1 (0.7%) pacientes fue Posgrado; y 5 (3.4%) pacientes no saben o no contestaron. (Ver tabla y gráfica 11)

En cuanto al tipo de ocupación del padre, en 111 (76.0%) pacientes ésta fue Trabajo Manual; en 10 (6.8%) pacientes Trabajo de Oficina (Subordinado); en 20 (13.7%) pacientes Trabajo de Oficina (Gerentes o jefes); mientras que 5 (3.4%) pacientes no contestaron la pregunta. (Ver tabla y gráfica 12)

Respecto al tipo de ocupación de la madre, en 36 (24.7%) pacientes ésta fue Trabajo Manual; en 9 (6.2%) pacientes Trabajo de Oficina (Subordinado); en 4 (2.7%) pacientes Trabajo de Oficina (Gerentes o jefes); en 94 pacientes (64.4%) Hogar; mientras que 3 (2.1%) pacientes no saben o no contestaron. (Ver tabla y gráfica 13)

Respecto al quintil de ingresos imputado de acuerdo con el instrumento de Medición Simplificada del Nivel Socioeconómico (MSNSE), éste se distribuyó de la siguiente manera: 5 (3.4%) pacientes en el Quintil I; 17 (11.6%) pacientes en el Quintil II; 36 (24.7%) pacientes en el Quintil III; 27 (18.5%) pacientes en el Quintil IV; y 61 pacientes (41.8%) en el Quintil V. (Ver tabla y gráfica 14)

Fue posible recuperar el último salario base de cotización de la persona asegurada para 136 pacientes. Esta variable, expresado como salarios mínimos vigentes (SMV) al año de cotización, se distribuyó de la siguiente manera: 49 (36.0%) pacientes <2SMV; 24 (17.6%) de 2-4 SMV; 63 (46.3%) pacientes \geq 4 SMV. (Ver tabla y gráfica 15)

Respecto a la valoración del estado de salud, 145 pacientes completaron el cuestionario WOMAC. El puntaje medio fue de 44.6 puntos, con una desviación estándar de 20.3 puntos. Los 3 dominios del cuestionario tuvieron las siguientes puntuaciones medias y desviaciones estándar: Dolor: 8.9 puntos (D.E. 4.2); Rigidez: 3.4 puntos (D.E. 2.0); Discapacidad: 32.3 puntos (D.E. 15.6). (Ver tabla y gráfica 16)

En cuanto a la medición de la calidad de vida, 144 pacientes completaron el cuestionario AMICAL. La puntuación media del mismo fue de 234.8 puntos, con una desviación estándar de 73.9.

Respecto a la valoración del grado de discapacidad, 142 pacientes completaron el cuestionario HAQ-DI. La puntuación media del mismo fue de 1.27 puntos, con una desviación estándar de 0.67. La distribución de los puntajes fue de la siguiente manera: 48 (33.8%) pacientes con puntaje <1.0; 72 (50.7%) pacientes con puntaje de 1.0-1.99; y 22 (15.5%) pacientes con puntaje de 2.0-3.0. (Ver tabla y gráfica 17)

Análisis Bi-variado

Análisis Bi-variado entre variables socio-demográficas

Al comparar el sexo con la edad, se observó que las pacientes de sexo femenino tuvieron una media de edad de 68.6 años, con desviación estándar de 10.3 años; mientras que los pacientes de sexo masculino tuvieron una media de edad de 72.9 años, con desviación estándar de 9.1 años. Al aplicar una prueba t de Student de dos colas con intervalo de confianza de 95%, asumiendo varianzas iguales (F de Levene 0.815, $p=0.368$), esta diferencia de medias resultó estadísticamente significativa ($p=0.04$), con una diferencia de medias de 4.3 años (IC₉₅: 0.2-8.4). (Ver tabla y gráfica 18a)

Al comparar el sexo con la edad en rangos, se observó que, de las pacientes de sexo femenino, 22 (18.8%) tenían 40-59 años, 79 (67.5%) tenían 60-79 años, 16 (13.7%) tenían ≥ 80 años; mientras que de los pacientes de sexo masculino, 2 (6.9%) tenían 40-59 años, 18 (62.1%) tenían 60-79 años, y 9 (31.0%) tenían ≥ 80 años. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton¹ con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%², lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa ($p=0.050$, IC₉₉: 0.045-0.056). (Ver tabla y gráfica 18b)

Al comparar el sexo con el Índice de Masa Corporal, se observó que entre las pacientes de sexo femenino la media de IMC fue de 28.5 kg/m², con desviación estándar de 5.2 kg/m²; mientras que entre los pacientes de sexo masculino la media de IMC fue de 28.0 kg/m², con desviación estándar de 2.9 kg/m². Al aplicar una prueba t de Student de dos colas con intervalo de confianza de 95%, asumiendo varianzas diferentes (F de Levene 8.212, $p=0.005$), esta diferencia de medias resultó no significativa ($p=0.509$). (Ver tabla y gráfica 19a)

Al comparar el sexo con el Índice de Masa Corporal en Rangos, se observó que, de las pacientes de sexo femenino, 30 (25.6%) tuvieron IMC de 18.5-24.9, 48 (41.0%) tuvieron IMC de 25-29.9, 25 (21.4%) tuvieron IMC de 30-34.9, 9 (7.7%) tuvieron IMC de 35-39.9, y 5 (4.3%) tuvieron IMC ≥ 40 ; mientras que de los pacientes de sexo masculino, 3 (10.3%) tuvieron IMC de 18.5-24.9, 17 (58.6%) tuvieron IMC de 25-29.9, y 9 (31.0%) tuvieron IMC de 30-34.9. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa ($p=0.089$, IC₉₉: 0.081-0.096). (Ver tabla y gráfica 19b)

Al comparar el sexo con el Índice Tabáquico, se observó que entre las pacientes de sexo femenino la media de Índice Tabáquico fue de 3.1 cajetillas-año, con desviación estándar de 8.3 cajetillas-año; mientras que entre los pacientes de sexo masculino la media de Índice Tabáquico fue de 9.2 cajetillas-año, con desviación estándar de 14.3 cajetillas-año. Al aplicar una prueba t de Student de dos colas con intervalo de confianza de 95%, asumiendo varianzas diferentes (F de Levene 113.891, $p=0.000$), esta diferencia de medias resultó estadísticamente significativa ($p=0.036$), con una diferencia de medias de 6.0 cajetillas-año (IC₉₅: 2.0-10.0) (Ver tabla y gráfica 20a)

¹ La prueba de Fisher-Freeman-Halton es una extensión de la más conocida prueba de Fisher, aplicable a tablas de contingencia mayores a 2x2.

² Se realizó aproximación de Monte Carlo debido a que la prueba Fisher-Freeman-Halton requiere una alta capacidad computacional con la cual no se contaba. La aproximación de Monte Carlo arroja estimados muy confiables del valor de p , dentro de un intervalo de confianza del 99%. Se reportan la estimación puntual del valor p de acuerdo a esta aproximación, así como el intervalo de confianza de 99%, denotado como IC₉₉

Al comparar el sexo con el Índice Tabáquico (IT) en rangos, se observó que entre las pacientes de sexo femenino, 83 (70.9%) tuvieron IT de 0, 17 (14.5%) tuvieron IT de 0.01-4.99, 5 (4.3%) tuvieron un IT de 5-9.99, 2 (1.7%) tuvieron un IT de 10-14.99, y 10 (8.5%) tuvieron un IT ≥ 15 ; mientras que entre los pacientes de sexo masculino, 10 (34.5%) tuvieron un IT de 0, 8 (27.6%) tuvieron un IT de 0.01-4.99, 2 (6.9%) tuvieron un IT de 5-9.99, 2 (6.9%) tuvieron un IT de 10-14.99, y 7 (24.1%) tuvieron un IT ≥ 15 . No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es estadísticamente significativa ($p=0.002$, IC_{99} : 0.001-0.003). (Ver tabla y gráfica 20b)

Al comparar el sexo con el diagnóstico de diabetes, se observó que entre las pacientes de sexo femenino, 31 (26.5%) sí tenían este diagnóstico, y 86 (73.5%) no lo tenían; mientras que entre los pacientes de sexo masculino, 10 (34.5%) sí tenían este diagnóstico, y 19 (65.5%) no lo tenían. Al realizar una prueba de χ^2 de Fisher (por tratarse de 2 variables dicotómicas), esta diferencia de frecuencias resultó no significativa ($p=0.489$). (Ver tabla y gráfica 21)

Al comparar el sexo con el diagnóstico de hipertensión, se observó que entre las pacientes de sexo femenino, 61 (52.1%) sí tenían este diagnóstico, y 56 (47.9%) no lo tenían; mientras que entre los pacientes de sexo masculino 15 (51.7%) sí tenían este diagnóstico, y 14 (48.3%) no lo tenían. Al realizar una prueba de χ^2 de Fisher (por tratarse de 2 variables dicotómicas), esta diferencia de frecuencias resultó no significativa ($p=1.000$). (Ver tabla y gráfica 22)

Al comparar el sexo con las articulaciones afectadas, se observó que entre las pacientes de sexo femenino, 109 (93.2%) tuvieron afectación de rodilla, 36 (30.8%) tuvieron afectación de cadera y 56 (47.9%) tuvieron afectación de otras articulaciones; mientras que entre los pacientes de sexo masculino, 25 (86.2%) tuvieron afectación de rodilla, 8 (27.6%) tuvieron afectación de cadera y 9 (31.0%) tuvieron afectación de otras articulaciones. Al realizar pruebas de χ^2 de Fisher (por tratarse de cruces entre 2 variables dicotómicas), esta diferencia de frecuencias resultó no significativa para la afectación de rodilla ($p=0.256$), de cadera ($p=0.824$) y de otras articulaciones ($p=0.144$). (Ver tabla y gráfica 23a)

Al comparar el sexo con la combinación de articulaciones afectadas, se observó que entre las pacientes de sexo femenino, 46 (39.3%) tuvieron afectación únicamente de rodilla, 3 (2.6%) tuvieron afectación únicamente de cadera, 12 (10.3%) tuvieron afectación de rodilla y cadera, 35 (29.9%) tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, 5 (4.3%) tuvieron afectación de cadera y otras articulaciones, y 16 (13.7%) tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones; mientras que entre los pacientes de sexo masculino, 15 (51.7%) tuvieron afectación sólo de rodilla, 3 (10.3%) tuvieron afectación sólo de cadera, 2 (6.9%) tuvieron afectación de rodilla y cadera, 6 (20.7%) tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, 1 (3.4%) tuvieron afectación de cadera y otras articulaciones, y 2 (6.9%) tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa ($p=0.314$, IC_{99} : 0.302-0.326). (Ver tabla y gráfica 23b)

Al comparar el sexo con la escolaridad, se observó que entre las pacientes de sexo femenino, en 21 (17.9%) fue menor a primaria, en 24 (20.5%) fue de primaria, en 24 (20.5%) fue de secundaria, en 33 (28.2%) fue de bachillerato, en 12 (10.3%) fue de licenciatura y en 3 (2.6%) fue de posgrado; mientras que entre los pacientes de sexo masculino, en 4 (13.8%) fue menor a primaria, en 5 (17.2%) fue de primaria, en 7 (24.1%) fue de secundaria, en 6 (20.7%) fue de bachillerato, en 6 (20.7%) fue de licenciatura y en 1 (3.4%) fue de posgrado. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa ($p=0.649$, IC_{99} : 0.637-0.661). (Ver tabla y gráfica 24)

Al comparar el sexo con la ocupación, se observó que entre las pacientes de sexo femenino, en 52 (44.8%) fue Trabajo Manual, en 28 (24.1%) fue Trabajo de Oficina (Subordinado), en 12 (10.3%) fue Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) y en 24 (20.7%) fue Hogar; mientras que entre los pacientes de sexo masculino, en 15 (53.6%) fue Trabajo Manual, en 2 (7.1%) fue Trabajo de Oficina (Subordinado), en 10 (35.7%) fue Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) y en 1 (3.6%) fue Hogar. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es estadísticamente significativa ($p=0.001$, IC_{99} : 0.000-0.002).

(Ver tabla y gráfica 25)

Al comparar el sexo con la escolaridad del padre, se observó que entre las pacientes de sexo femenino, en 37 (33.9%) fue menor a primaria, en 48 (44.0%) fue de primaria, en 8 (7.3%) fue de secundaria, en 6 (5.5%) fue de bachillerato, en 8 (7.3%) fue de licenciatura y en 2 (1.8%) fue de posgrado; mientras que en los pacientes de sexo masculino, en 11 (42.3%) fue menor a primaria, en 7 (26.9%) fue de primaria, en 4 (15.4%) fue de secundaria, en 1 (3.8%) fue de bachillerato, en 3 (11.5%) fue de licenciatura y en 0 (0.0%) fue de posgrado. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa ($p=0.440$, IC_{99} : 0.428-0.453). (Ver tabla y gráfica 26)

Al comparar el sexo con la escolaridad de la madre, se observó que entre las pacientes de sexo femenino, en 53 (46.9%) fue menor a primaria, en 44 (38.9%) fue de primaria, en 4 (3.5%) fue de secundaria, en 8 (7.1%) fue de bachillerato, en 3 (2.7%) fue de licenciatura y en 1 (0.9%) fue de posgrado; mientras que en los pacientes de sexo masculino, en 13 (46.4%) fue menor a primaria, en 9 (32.1%) fue de primaria, en 3 (10.7%) fue de secundaria, en 3 (10.7%) fue de bachillerato, en 0 (0.0%) fue de licenciatura, y en 0 (0.0%) fue de posgrado. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa ($p=0.560$, IC_{99} : 0.547-0.573). (Ver tabla y gráfica 27)

Al comparar el sexo con la ocupación del padre, se observó que entre las pacientes de sexo femenino, en 88 (77.2%) fue Trabajo Manual, en 9 (7.9%) fue Trabajo de Oficina (Subordinado), en 17 (14.9%) fue Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) y en 0 (0.0%) fue Hogar; mientras que entre los pacientes de sexo masculino, en 23 (85.2%) fue Trabajo Manual, en 1 (3.7%) fue Trabajo de Oficina (Subordinado), en 3 (11.1%) fue Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) y en 0 (0.0%) fue Hogar. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa ($p=0.789$, IC_{99} : 0.779-0.800). (Ver tabla y gráfica

28)

Al comparar el sexo con la ocupación de la madre, se observó que entre las pacientes de sexo femenino, en 30 (26.3%) fue Trabajo Manual, en 7 (6.1%) fue Trabajo de Oficina (Subordinado), en 4 (3.5%) fue Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) y en 73 (64.0%) fue Hogar; mientras que entre los pacientes de sexo masculino, en 6 (20.7%) fue Trabajo Manual, en 2 (6.9%) fue Trabajo de Oficina (Subordinado), en 0 (0.0%) fue Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) y en 21 (72.4%) fue Hogar. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa ($p=0.797$, IC_{99} : 0.786-0.807). (Ver tabla y gráfica 29)

Al comparar el sexo con el Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE, se observó que entre las pacientes de sexo femenino, 5 (4.3%) correspondieron al Quintil I, 15 (12.8%) correspondieron al Quintil II, 29 (24.8%) correspondieron al Quintil III, 24 (20.5%) correspondieron al Quintil IV, y 44 (37.6%) correspondieron al Quintil V; mientras que entre los pacientes del sexo masculino, 0 (0.0%) correspondieron al Quintil I, 2 (6.9%) correspondieron al Quintil II, 7 (24.1%) correspondieron al Quintil III, 3 (10.3%) correspondieron al Quintil IV y 17 (58.6%) correspondieron al Quintil V. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa ($p=0.306$, IC_{99} : 0.295-0.318). (Ver tabla y gráfica 30)

Al comparar el sexo con el Salario Base de Cotización, se observó que entre las pacientes de sexo femenino, la media ($\pm D.E.$) fue de 6.3 ± 6.4 Salarios Mínimos Vigentes al año de registro (SMV); mientras que entre los pacientes de sexo masculino, fue de 5 ± 5.8 SMV. Al aplicar una prueba t de Student de dos colas con intervalo de confianza de 95%, asumiendo varianzas iguales (F de Levene 0.820, $p=0.367$), esta diferencia de medias resultó no significativa ($p=0.316$). (Ver tabla y gráfica 31a)

Al comparar el sexo con el Salario Base de Cotización en rangos, se observó que entre las pacientes de sexo femenino, en 36 (33.6%) fue <2 Salarios Mínimos Vigentes al año de registro (SMV), en 18 (16.8%) fue de 2-3.9 SMV, y en 53 (49.5%) fue ≥ 4 SMV; mientras que entre los pacientes de sexo masculino, en 13 (44.8%) fue <2 SMV, en 6 (20.7%) fue de 2-3.9 SMV, y en 10 (34.5%) fue ≥ 4 SMV. Al realizar una prueba de χ^2 de Pearson (la cual fue posible realizar debido a que menos del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron frecuencia esperada menor o igual a 5, y ninguna tuvo frecuencia esperada menor o igual a 1), esta diferencia de frecuencias resultó no significativa ($p=0.350$). (Ver tabla y gráfica 31b)

Al comparar la escolaridad con el Índice de Masa Corporal, se observó que la media ($\pm D.E.$) de IMC fue 28.3 ± 5.3 kg/m^2 para los pacientes con escolaridad menor a primaria, 29 ± 4 kg/m^2 para los pacientes con escolaridad de primaria, 29.2 ± 5.4 kg/m^2 para los pacientes con escolaridad de secundaria, 27.1 ± 4.5 kg/m^2 para los pacientes con escolaridad de bachillerato, 29.1 ± 5.4 kg/m^2 para los pacientes con escolaridad de licenciatura y 27.7 ± 4 kg/m^2 para los pacientes con escolaridad de posgrado. Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de -0.062, es decir sin correlación o con correlación mínima, sin significancia estadística ($p=0.457$). (Ver tabla y gráfica 32)

Al comparar la ocupación con el Índice de Masa Corporal, se observó que la media ($\pm D.E.$) de IMC fue 28.3 ± 5 kg/m^2 para los pacientes con ocupación Trabajo Manual, 29.1 ± 5.5 kg/m^2 para los pacientes con ocupación Trabajo de Oficina (Subordinado), 27.9 ± 3.3 kg/m^2 para los pacientes con ocupación Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) y 28.6 ± 5 kg/m^2 para los pacientes con ocupación Hogar. Las varianzas de los grupos fueron similares ($p=0.223$), por lo que fue posible realizar ANOVA, que mostró que estas diferencias de medias resultaron no significativas ($p=0.838$). (Ver tabla y gráfica 33)

Al comparar el Quintil de Ingresos Imputado por MSNSE con el Índice de Masa Corporal, se observó que la media (\pm D.E.) de IMC fue 27.2 ± 3.4 kg/m² para los pacientes en el Quintil I, 29.1 ± 7.3 kg/m² para los pacientes en el Quintil II, 28.6 ± 4.4 kg/m² para los pacientes en el Quintil III, 27.3 ± 3.9 kg/m² para los pacientes en el Quintil IV y 28.7 ± 4.8 kg/m² para los pacientes en el Quintil V. Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de 0.029, es decir sin correlación o con correlación mínima, sin significancia estadística ($p=0.726$). (Ver tabla y gráfica 34)

Al comparar el Salario Base de Cotización con el Índice de Masa Corporal, se observó que la media (\pm D.E.) de IMC fue 29 ± 5.3 kg/m² para los pacientes con Salario Base de Cotización <2 SMV, 27.8 ± 4.9 kg/m² para los pacientes con Salario Base de Cotización de 2-4 SMV, y 28 ± 4.4 kg/m² para los pacientes con Salario Base de Cotización ≥ 4 SMV. Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de -0.092, es decir sin correlación o con correlación mínima, sin significancia estadística ($p=0.288$). (Ver tabla y gráfica 35)

Al comparar las articulaciones afectadas con el Índice de Masa Corporal (IMC), se observó que entre los pacientes con IMC de 18.5-24.9 kg/m², 30 (90.9%) tuvieron afectación de rodilla, 13 (39.4%) tuvieron afectación de cadera y 13 (39.4%) tuvieron afectación de otras articulaciones; entre los pacientes con IMC de 25-29.9 kg/m², 60 (92.3%) tuvieron afectación de rodilla, 20 (30.8%) tuvieron afectación de cadera y 27 (41.5%) tuvieron afectación de otras articulaciones; entre los pacientes con IMC de 30-34.9 kg/m², 31 (91.2%) tuvieron afectación de rodilla, 6 (17.6%) tuvieron afectación de cadera y 16 (47.1%) tuvieron afectación de otras articulaciones; entre los pacientes con IMC de 35-39.9 kg/m², 8 (88.9%) tuvieron afectación de rodilla, 2 (22.2%) tuvieron afectación de cadera y 7 (77.8%) tuvieron afectación de otras articulaciones; mientras que entre los pacientes con IMC ≥ 40 kg/m², 5 (100.0%) tuvieron afectación de rodilla, 3 (60.0%) tuvieron afectación de cadera y 2 (40.0%) tuvieron afectación de otras articulaciones. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de las tablas de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizaron pruebas de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa para la afectación de rodilla ($p=0.977$, IC₉₉: 0.973-0.981), cadera ($p=0.172$, IC₉₉: 0.162-0.181) y otras articulaciones ($p=0.327$, IC₉₉: 0.315-0.339). (Ver tabla y gráfica 36a)

Al comparar la combinación de articulaciones afectadas con el Índice de Masa Corporal, se observó que entre los pacientes con IMC de 18.5-24.9 kg/m², 13 (39.4%) tuvieron afectación únicamente de rodilla, 1 (3.0%) tuvieron afectación únicamente de cadera, 6 (18.2%) tuvieron afectación de rodilla y cadera, 7 (21.2%) tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, 2 (6.1%) tuvieron afectación de cadera y otras articulaciones, y 4 (12.1%) tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones; entre los pacientes con IMC de 25-29.9 kg/m², 30 (46.2%) tuvieron afectación únicamente de rodilla, 3 (4.6%) tuvieron afectación únicamente de cadera, 5 (7.7%) tuvieron afectación de rodilla y cadera, 15 (23.1%) tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, 2 (3.1%) tuvieron afectación de cadera y otras articulaciones, y 10 (15.4%) tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones; entre los pacientes con IMC de 30-34.9 kg/m², 15 (44.1%) tuvieron afectación únicamente de rodilla, 2 (5.9%) tuvieron afectación únicamente de cadera, 1 (2.9%) tuvieron afectación de rodilla y cadera, 13 (38.2%) tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, 1 (2.9%) tuvieron afectación de cadera y otras articulaciones, y 2 (5.9%) tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones; entre los pacientes con IMC 35-39.9 kg/m², 2 (22.2%) tuvieron afectación únicamente de rodilla, 5 (55.6%) tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, 1 (11.1%) tuvieron afectación de cadera y otras articulaciones, y 1 (11.1%) tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones; mientras que entre los pacientes con IMC ≥ 40 kg/m², 1 (20.0%) tuvieron afectación únicamente de rodilla, 2 (40.0%) tuvieron afectación de rodilla y cadera, 1 (20.0%) tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, y 1 (20.0%) tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa ($p=0.347$, IC₉₉: 0.335-0.359). (Ver tabla y gráfica 36b)

Al comparar el Índice Tabáquico (IT) con la escolaridad, se observó que la media (\pm D.E.) de IT entre los pacientes con escolaridad menor a primaria fue de 1.6 ± 5.1 cajetillas-año; entre los pacientes con escolaridad de primaria fue de 4.1 ± 10.4 cajetillas-año; entre los pacientes con escolaridad de secundaria fue de 1 ± 2.6 cajetillas-año; entre los pacientes con escolaridad de bachillerato fue de 6.3 ± 11.7 cajetillas-año; entre los pacientes con escolaridad de licenciatura fue de 10.3 ± 15.5 cajetillas-año; mientras que entre los pacientes con escolaridad de posgrado fue de 3.3 ± 4.6 cajetillas-año. Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de 0.309, es decir con correlación débil, la cual resultó estadísticamente significativa ($p < 0.0005$). (Ver tabla y gráfica 37a)

Al comparar el Índice Tabáquico (IT) en rangos con la escolaridad, se observó que entre los pacientes con escolaridad menor a primaria 21 (84.0%) pacientes tuvieron un IT de 0 cajetillas-año (no fumadores), 2 (8.0%) pacientes tuvieron un IT de 0.01-4.99 cajetillas-año, 1 (4.0%) pacientes tuvieron un IT de 5-9.99 cajetillas-año, y 1 (4.0%) pacientes tuvieron un IT ≥ 15 cajetillas-año; entre los pacientes con escolaridad de primaria 21 (72.4%) pacientes tuvieron un IT de 0 cajetillas-año (no fumadores), 2 (6.9%) pacientes tuvieron un IT de 0.01-4.99 cajetillas-año, 2 (6.9%) pacientes tuvieron un IT de 5-9.99 cajetillas-año, 1 (3.4%) pacientes tuvieron un IT de 10-14.99 cajetillas-año, y 3 (10.3%) pacientes tuvieron un IT ≥ 15 cajetillas-año; entre los pacientes con escolaridad de secundaria 23 (74.2%) pacientes tuvieron un IT de 0 cajetillas-año (no fumadores), 5 (16.1%) pacientes tuvieron un IT de 0.01-4.99 cajetillas-año, 1 (3.2%) pacientes tuvieron un IT de 5-9.99 cajetillas-año, y 2 (6.5%) pacientes tuvieron un IT de 10-14.99 cajetillas-año; entre los pacientes con escolaridad de bachillerato 20 (51.3%) pacientes tuvieron un IT de 0 cajetillas-año (no fumadores), 10 (25.6%) pacientes tuvieron un IT de 0.01-4.99 cajetillas-año, 2 (5.1%) pacientes tuvieron un IT de 5-9.99 cajetillas-año, y 7 (17.9%) pacientes tuvieron un IT ≥ 15 cajetillas-año; entre los pacientes con escolaridad de licenciatura 7 (38.9%) pacientes tuvieron un IT de 0 cajetillas-año (no fumadores), 4 (22.2%) pacientes tuvieron un IT de 0.01-4.99 cajetillas-año, 1 (5.6%) pacientes tuvieron un IT de 5-9.99 cajetillas-año, y 6 (33.3%) pacientes tuvieron un IT ≥ 15 cajetillas-año; mientras que entre los pacientes con escolaridad de posgrado 1 (25.0%) pacientes tuvieron un IT de 0 cajetillas-año (no fumadores), 2 (50.0%) pacientes tuvieron un IT de 0.01-4.99 cajetillas-año, y 1 (25.0%) pacientes tuvieron un IT de 10-14.99 cajetillas-año. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es estadísticamente significativa ($p = 0.004$, IC_{99} : 0.002-0.005). (Ver tabla y gráfica 37b)

Al comparar el Índice Tabáquico (IT) con el tipo de ocupación, se observó que la media (\pm D.E.) de IT entre los pacientes con ocupación Trabajo Manual fue de 3.8 ± 8.8 cajetillas-año; entre los pacientes con ocupación Trabajo de Oficina (Subordinado) fue de 3.9 ± 9.3 cajetillas-año; entre los pacientes con ocupación Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) fue de 7.5 ± 13.7 cajetillas-año; y entre los pacientes con ocupación Hogar fue de 3.6 ± 10.6 cajetillas-año. Las varianzas de los grupos fueron similares ($p = 0.091$), por lo que fue posible realizar ANOVA, que mostró que estas diferencias de medias resultaron no significativas ($p = 0.473$). (Ver tabla y gráfica 38a)

Al comparar el Índice Tabáquico (IT) en rangos con el tipo de ocupación, se observó que entre los pacientes con ocupación Trabajo Manual 45 (67.2%) pacientes tuvieron un IT de 0 cajetillas-año (no fumadores), 9 (13.4%) pacientes tuvieron un IT de 0.01-4.99 cajetillas-año, 4 (6.0%) pacientes tuvieron un IT de 5-9.9 cajetillas-año, 2 (3.0%) pacientes tuvieron un IT de 10-14.9 cajetillas-año, y 7 (10.4%) pacientes tuvieron un IT ≥ 15 ; entre los pacientes con ocupación Trabajo de Oficina (Subordinado) 19 (63.3%) pacientes tuvieron un IT de 0 cajetillas-año (no fumadores), 5 (16.7%) pacientes tuvieron un IT de 0.01-4.99 cajetillas-año, 3 (10.0%) pacientes tuvieron un IT de 5-9.9 cajetillas-año, y 3 (10.0%) pacientes tuvieron un IT ≥ 15 cajetillas-año; entre los pacientes con ocupación Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) 9 (40.9%) pacientes tuvieron un IT de 0 cajetillas-año (no fumadores), 7 (31.8%) pacientes tuvieron un IT de 0.01-4.99 cajetillas-año, 1 (4.5%) pacientes tuvieron un IT de 10-14.9 cajetillas-año, y 5 (22.7%) pacientes tuvieron un IT ≥ 15 cajetillas-año; mientras que entre los pacientes con ocupación Hogar 19 (76.0%) pacientes tuvieron un IT de 0 cajetillas-año (no fumadores), 3 (12.0%) pacientes tuvieron un IT de 0.01-4.99 cajetillas-año, 1 (4.0%) pacientes tuvieron un IT de 10-14.9 cajetillas-año, y 2 (8.0%) pacientes tuvieron un IT ≥ 15 cajetillas-año. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa ($p=0.277$, IC_{99} : 0.265-0.288).

(Ver tabla y gráfica 38b)

Al comparar el Índice Tabáquico (IT) con el Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE, se observó que la media ($\pm D.E.$) de IT entre los pacientes en el Quintil I fue de 0 ± 0 cajetillas-año; entre los pacientes en el Quintil II fue de 3.3 ± 8.9 cajetillas-año; entre los pacientes en el Quintil III fue de 3.2 ± 9.8 cajetillas-año; entre los pacientes en el Quintil IV fue de 2.8 ± 6.9 cajetillas-año; mientras que entre los pacientes en el Quintil V fue de 6.3 ± 11.7 cajetillas-año. Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de 0.239, es decir con correlación leve, la cual resultó estadísticamente significativa ($p=0.004$). (Ver tabla y gráfica 39a)

Al comparar el Índice Tabáquico (IT) en rangos con el Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE, se observó que entre los pacientes en el Quintil I 5 (100.0%) pacientes tuvieron un IT de 0 cajetillas-año (no fumadores); entre los pacientes en el Quintil II 12 (70.6%) pacientes tuvieron un IT de 0 cajetillas-año (no fumadores), 3 (17.6%) pacientes tuvieron un IT de 0.01-4.99 cajetillas-año, 1 (5.9%) pacientes tuvieron un IT de 10-14.99 cajetillas-año, y 1 (5.9%) pacientes tuvieron un IT ≥ 15 cajetillas-año; entre los pacientes en el Quintil III 26 (72.2%) pacientes tuvieron un IT de 0 cajetillas-año (no fumadores), 5 (13.9%) pacientes tuvieron un IT de 0.01-4.99 cajetillas-año, 2 (5.6%) pacientes tuvieron un IT de 5-9.99 cajetillas-año, y 3 (8.3%) pacientes tuvieron un IT ≥ 15 cajetillas-año; entre los pacientes en el Quintil IV 20 (74.1%) pacientes tuvieron un IT de 0 cajetillas-año (no fumadores), 3 (11.1%) pacientes tuvieron un IT de 0.01-4.99 cajetillas-año, 1 (3.7%) pacientes tuvieron un IT de 5-9.99 cajetillas-año, 1 (3.7%) pacientes tuvieron un IT de 10-14.99 cajetillas-año, y 2 (7.4%) pacientes tuvieron un IT ≥ 15 cajetillas-año; mientras que entre los pacientes en el Quintil V 30 (49.2%) pacientes tuvieron un IT de 0 cajetillas-año (no fumadores), 14 (23.0%) pacientes tuvieron un IT de 0.01-4.99 cajetillas-año, 4 (6.6%) pacientes tuvieron un IT de 5-9.99 cajetillas-año, 2 (3.3%) pacientes tuvieron un IT de 10-14.99 cajetillas-año, y 11 (18.0%) pacientes tuvieron un IT ≥ 15 cajetillas-año. Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de 0.246, es decir con correlación leve, la cual resultó estadísticamente significativa ($p=0.003$). (Ver tabla y gráfica 39b)

Al comparar el Índice Tabáquico (IT) con el Salario Base de Cotización expresado en términos de Salarios Mínimos Vigentes al año de registro (SMV) en rangos, se observó que la media ($\pm D.E.$) de IT entre los pacientes con Salario Base de Cotización < 2 SMV fue de 5 ± 11.6 cajetillas-año; entre los pacientes con Salario Base de Cotización 2-4 SMV fue de 3.8 ± 6.1 cajetillas-año; mientras que entre los pacientes con Salario Base de Cotización ≥ 4 SMV fue de 4.6 ± 10.7 cajetillas-año. Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de -0.016, es decir sin correlación o con correlación mínima, la cual resultó no significativa ($p=0.854$). (Ver tabla y gráfica 40a)

Al comparar el Índice Tabáquico (IT) en rangos con el Salario Base de Cotización expresado en términos de Salarios Mínimos Vigentes al año de registro (SMV) en rangos, se observó que entre los pacientes con Salario Base de Cotización <2 SMV 30 (61.2%) pacientes tuvieron un IT de 0 cajetillas-año (no fumadores), 11 (22.4%) pacientes tuvieron un IT de 0.01-4.99 cajetillas-año, 1 (2.0%) pacientes tuvieron un IT de 5-9.99 cajetillas-año, 1 (2.0%) pacientes tuvieron un IT de 10-14.99 cajetillas-año, y 6 (12.2%) pacientes tuvieron un IT \geq 15 cajetillas-año; entre los pacientes con Salario Base de Cotización 2-4 SMV 15 (62.5%) pacientes tuvieron un IT de 0 cajetillas-año (no fumadores), 2 (8.3%) pacientes tuvieron un IT de 0.01-4.99 cajetillas-año, 2 (8.3%) pacientes tuvieron un IT de 5-9.99 cajetillas-año, 3 (12.5%) pacientes tuvieron un IT de 10-14.99 cajetillas-año, y 2 (8.3%) pacientes tuvieron un IT \geq 15 cajetillas-año; mientras que entre los pacientes con Salario Base de Cotización \geq 4 SMV 40 (63.5%) pacientes tuvieron un IT de 0 cajetillas-año (no fumadores), 11 (17.5%) pacientes tuvieron un IT de 0.01-4.99 cajetillas-año, 3 (4.8%) pacientes tuvieron un IT de 5-9.99 cajetillas-año, y 9 (14.3%) pacientes tuvieron un IT \geq 15 cajetillas-año. Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de -0.010, es decir sin correlación o con correlación mínima, la cual resultó no significativa ($p=0.912$). (Ver tabla y gráfica 40b)

Al comparar el tipo de ocupación con la escolaridad, se observó que entre los pacientes con escolaridad Menor a Primaria 19 (76.0%) pacientes tuvieron ocupación Trabajo Manual, y 6 (24.0%) pacientes tuvieron ocupación Hogar; entre los pacientes con escolaridad de Primaria 19 (65.5%) pacientes tuvieron ocupación Trabajo Manual, 2 (6.9%) pacientes tuvieron ocupación Trabajo de Oficina (Subordinado), y 8 (27.6%) pacientes tuvieron ocupación Hogar; entre los pacientes con escolaridad de Secundaria 16 (51.6%) pacientes tuvieron ocupación Trabajo Manual, 8 (25.8%) pacientes tuvieron ocupación Trabajo de Oficina (Subordinado), 1 (3.2%) pacientes tuvieron ocupación Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes), y 6 (19.4%) pacientes tuvieron ocupación Hogar; entre los pacientes con escolaridad de Bachillerato 8 (21.1%) pacientes tuvieron ocupación Trabajo Manual, 18 (47.4%) pacientes tuvieron ocupación Trabajo de Oficina (Subordinado), 7 (18.4%) pacientes tuvieron ocupación Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes), y 5 (13.2%) pacientes tuvieron ocupación Hogar; entre los pacientes con escolaridad de Licenciatura 5 (29.4%) pacientes tuvieron ocupación Trabajo Manual, 2 (11.8%) pacientes tuvieron ocupación Trabajo de Oficina (Subordinado), 10 (58.8%) pacientes tuvieron ocupación Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes), y ningún pacientes tuvo ocupación Hogar; mientras que entre los pacientes con escolaridad de Posgrado 4 (100.0%) pacientes tuvieron ocupación Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes). No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es estadísticamente significativa ($p<0.0005$, IC_{99} : 0.000-0.000). (Ver tabla y gráfica 41)

Al comparar la escolaridad con la escolaridad del padre, se observó que entre los pacientes con escolaridad del padre Menor a Primaria, 19 (39.6%) pacientes tuvieron escolaridad Menor a Primaria, 6 (12.5%) pacientes tuvieron escolaridad de Primaria, 11 (22.9%) pacientes tuvieron escolaridad de Secundaria, 10 (20.8%) pacientes tuvieron escolaridad de Bachillerato, y 2 (4.2%) pacientes tuvieron escolaridad de Licenciatura; entre los pacientes con escolaridad del padre de Primaria, 4 (7.3%) pacientes tuvieron escolaridad Menor a Primaria, 16 (29.1%) pacientes tuvieron escolaridad de Primaria, 12 (21.8%) pacientes tuvieron escolaridad de Secundaria, 16 (29.1%) pacientes tuvieron escolaridad de Bachillerato, y 7 (12.7%) pacientes tuvieron escolaridad de Licenciatura; entre los pacientes con escolaridad del padre de Secundaria, 2 (16.7%) pacientes tuvieron escolaridad de Primaria, 4 (33.3%) pacientes tuvieron escolaridad de Secundaria, 4 (33.3%) pacientes tuvieron escolaridad de Bachillerato, y 2 (16.7%) pacientes tuvieron escolaridad de Licenciatura; entre los pacientes con escolaridad del padre de Bachillerato, 1 (14.3%) pacientes tuvieron escolaridad de Primaria, 1 (14.3%) pacientes tuvieron escolaridad de Secundaria, 1 (14.3%) pacientes tuvieron escolaridad de Bachillerato, y 4 (57.1%) pacientes tuvieron escolaridad de Licenciatura; entre los pacientes con escolaridad del padre de Licenciatura, 1 (9.1%) pacientes tuvieron escolaridad Menor a Primaria, 5 (45.5%) pacientes tuvieron escolaridad de Bachillerato, 1 (9.1%) pacientes tuvieron escolaridad de Licenciatura, y 4 (36.4%) pacientes tuvieron escolaridad de Posgrado; mientras que entre los pacientes con escolaridad del padre de Posgrado, 2 (100.0%) pacientes tuvieron escolaridad de Licenciatura. Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de 0.463, es decir con correlación débil, que resultó estadísticamente significativa ($p < 0.0005$). (Ver tabla y gráfica 42)

Al comparar la escolaridad con la escolaridad de la madre, se observó que entre los pacientes con escolaridad de la madre Menor a Primaria 22 (33.3%) pacientes tuvieron escolaridad Menor a Primaria, 11 (16.7%) pacientes tuvieron escolaridad de Primaria, 17 (25.8%) pacientes tuvieron escolaridad de Secundaria, 13 (19.7%) pacientes tuvieron escolaridad de Bachillerato, y 3 (4.5%) pacientes tuvieron escolaridad de Licenciatura; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Primaria 2 (3.8%) pacientes tuvieron escolaridad Menor a Primaria, 16 (30.2%) pacientes tuvieron escolaridad de Primaria, 11 (20.8%) pacientes tuvieron escolaridad de Secundaria, 16 (30.2%) pacientes tuvieron escolaridad de Bachillerato, y 8 (15.1%) pacientes tuvieron escolaridad de Licenciatura; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Secundaria, 1 (14.3%) pacientes tuvieron escolaridad de Primaria, 2 (28.6%) pacientes tuvieron escolaridad de Secundaria, 3 (42.9%) pacientes tuvieron escolaridad de Bachillerato, y 1 (14.3%) pacientes tuvieron escolaridad de Licenciatura; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Bachillerato 6 (54.5%) pacientes tuvieron escolaridad de Bachillerato, 3 (27.3%) pacientes tuvieron escolaridad de Licenciatura, y 2 (18.2%) pacientes tuvieron escolaridad de Posgrado; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Licenciatura 1 (33.3%) pacientes tuvieron escolaridad de Licenciatura, y 2 (66.7%) pacientes tuvieron escolaridad de Posgrado; mientras que entre los pacientes con escolaridad de la madre de Posgrado 1 (100.0%) pacientes tuvieron escolaridad de Licenciatura. Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de 0.485, es decir con correlación débil, que resultó estadísticamente significativa ($p < 0.0005$). (Ver tabla y gráfica 43)

Al comparar la escolaridad con el tipo de ocupación del padre, se observó que entre los pacientes con escolaridad Menor a Primaria 25 (100.0%) pacientes tuvieron tipo de ocupación del padre Trabajo Manual; entre los pacientes con escolaridad de Primaria 25 (96.2%) pacientes tuvieron tipo de ocupación del padre Trabajo Manual y 1 (3.8%) pacientes tuvieron tipo de ocupación del padre Trabajo de Oficina (Subordinado); entre los pacientes con escolaridad de Secundaria 28 (93.3%) pacientes tuvieron tipo de ocupación del padre Trabajo Manual, y 2 (6.7%) pacientes tuvieron tipo de ocupación del padre Trabajo de Oficina (Subordinado); entre los pacientes con escolaridad de Bachillerato 22 (56.4%) pacientes tuvieron tipo de ocupación del padre Trabajo Manual, 6 (15.4%) pacientes tuvieron tipo de ocupación del padre Trabajo de Oficina (Subordinado), y 11 (28.2%) pacientes tuvieron tipo de ocupación del padre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes); entre los pacientes con escolaridad de Licenciatura 10 (58.8%) pacientes tuvieron tipo de ocupación del padre Trabajo Manual, 1 (5.9%) pacientes tuvieron tipo de ocupación del padre Trabajo de Oficina (Subordinado), y 6 (35.3%) pacientes tuvieron tipo de ocupación del padre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes); mientras que entre los pacientes con escolaridad de Posgrado 1 (25.0%) pacientes tuvieron tipo de ocupación del padre Trabajo Manual, y 3 (75.0%) pacientes tuvieron tipo de ocupación del padre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes). No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es estadísticamente significativa ($p < 0.0005$, IC_{99} : 0.000-0.000). (Ver tabla y gráfica 44)

Al comparar la escolaridad con el tipo de ocupación de la madre se observó que entre los pacientes con escolaridad Menor a Primaria 7 (28.0%) pacientes tuvieron tipo de ocupación de la madre Trabajo Manual, y 18 (72.0%) pacientes tuvieron tipo de ocupación de la madre Hogar; entre los pacientes con escolaridad de Primaria 10 (35.7%) pacientes tuvieron tipo de ocupación de la madre Trabajo Manual, y 18 (64.3%) pacientes tuvieron tipo de ocupación de la madre Hogar; entre los pacientes con escolaridad de Secundaria 12 (38.7%) pacientes tuvieron tipo de ocupación de la madre Trabajo Manual, 1 (3.2%) pacientes tuvieron tipo de ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Subordinado), y 18 (58.1%) pacientes tuvieron tipo de ocupación de la madre Hogar; entre los pacientes con escolaridad de Bachillerato 5 (13.2%) pacientes tuvieron tipo de ocupación de la madre Trabajo Manual, 3 (7.9%) pacientes tuvieron tipo de ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Subordinado), 2 (5.3%) pacientes tuvieron tipo de ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) y 28 (73.7%) pacientes tuvieron tipo de ocupación de la madre Hogar; entre los pacientes con escolaridad de Licenciatura 2 (11.8%) pacientes tuvieron tipo de ocupación de la madre Trabajo Manual, 1 (5.9%) pacientes tuvieron tipo de ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Subordinado), 2 (11.8%) pacientes tuvieron tipo de ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes), y 12 (70.6%) pacientes tuvieron tipo de ocupación de la madre Hogar; mientras que entre los pacientes con escolaridad de Posgrado, 4 (100.0%) pacientes tuvieron tipo de ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Subordinado). No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es estadísticamente significativa ($p < 0.0005$, IC_{99} : 0.000-0.001). (Ver tabla y gráfica 45)

Al comparar la escolaridad con el Quintil Imputado de Ingresos por la herramienta de Medición Simplificada del Nivel Socioeconómico (MSNSE), se observó que entre los pacientes con escolaridad Menor a Primaria 5 (20.0%) pacientes se encontraron en el Quintil I, 6 (24.0%) pacientes se encontraron en el Quintil II, 7 (28.0%) pacientes se encontraron en el Quintil III, 6 (24.0%) pacientes se encontraron en el Quintil IV, y 1 (4.0%) pacientes se encontraron en el Quintil V; entre los pacientes con escolaridad de Primaria 5(17.2%) pacientes se encontraron en el Quintil II, 11 (37.9%) pacientes se encontraron en el Quintil III, 5 (17.2%) pacientes se encontraron en el Quintil IV, y 8 (27.6%) pacientes se encontraron en el Quintil V; entre los pacientes con escolaridad de Secundaria 4 (12.9%) pacientes se encontraron en el Quintil II, 7 (22.6%) pacientes se encontraron en el Quintil III, 5 (16.1%) pacientes se encontraron en el Quintil IV, y 15 (48.4%) pacientes se encontraron en el Quintil V; entre los pacientes con escolaridad de Bachillerato 2 (5.1%) pacientes se encontraron en el Quintil II, 9 (23.1%) pacientes se encontraron en el Quintil III, 8 (20.5%) pacientes se encontraron en el Quintil IV, y 20 (51.3%) pacientes se encontraron en el Quintil V; entre los pacientes con escolaridad de Licenciatura 2 (11.1%) pacientes se encontraron en el Quintil III, 3 (16.7%) pacientes se encontraron en el Quintil IV, y 13 (72.2%) pacientes se encontraron en el Quintil V; mientras que entre los pacientes con escolaridad de Posgrado 4 (100.0%) pacientes se encontraron en el Quintil V. Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de 0.496, es decir con correlación débil, que resultó estadísticamente significativa ($p < 0.0005$). (Ver tabla y gráfica 46)

Al comparar la escolaridad con el Salario Base de Cotización expresado en términos de Salarios Mínimos Vigentes al año de registro (SMV), se observó que la media ($\pm D.E.$) entre los pacientes con escolaridad Menor a Primaria fue 5.2 ± 7 SMV, entre los pacientes con escolaridad de Primaria fue 4.9 ± 4.3 SMV, entre los pacientes con escolaridad de Secundaria fue 4.5 ± 4.6 SMV, entre los pacientes con escolaridad de Bachillerato fue 7.7 ± 7 SMV, entre los pacientes con escolaridad de Licenciatura fue 8.9 ± 8.5 SMV, y entre los pacientes con escolaridad de Posgrado fue 2.2 ± 2 SMV. Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de 0.174, es decir con correlación muy débil, que resultó estadísticamente significativa ($p = 0.043$). (Ver tabla y gráfica 47a)

Al comparar la escolaridad con el Salario Base de Cotización expresado en términos de Salarios Mínimos Vigentes al año de registro (SMV) en rangos, se observó que entre los pacientes con escolaridad Menor a Primaria 12 (57.1%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización < 2 SMV, 2 (9.5%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización de 2-4 SMV y 7 (33.3%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización ≥ 4 SMV; entre los pacientes con escolaridad de Primaria 9 (32.1%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización < 2 SMV, 7 (25.0%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización de 2-4 SMV y 12 (42.9%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización ≥ 4 SMV; entre los pacientes con escolaridad de Secundaria 11 (36.7%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización < 2 SMV, 7 (23.3%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización de 2-4 SMV y 12 (40.0%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización ≥ 4 SMV; entre los pacientes con escolaridad de Bachillerato 8 (21.6%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización < 2 SMV, 7 (18.9%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización de 2-4 SMV y 22 (59.5%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización ≥ 4 SMV; entre los pacientes con escolaridad de Licenciatura 6 (37.5%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización < 2 SMV, 1 (6.3%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización de 2-4 SMV y 9 (56.3%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización ≥ 4 SMV; mientras que entre los pacientes con escolaridad de Posgrado 3 (75.0%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización < 2 SMV y 1 (25.0%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización ≥ 4 SMV. Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de 0.136, es decir con correlación muy débil, que resultó no significativa ($p = 0.113$). (Ver tabla y gráfica 47b)

Al comparar la escolaridad con las articulaciones afectadas, se observó que entre los pacientes con escolaridad Menor a Primaria 25 (100.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 9 (36.0%) pacientes tuvieron afectación de cadera y 15 (60.0%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; entre los pacientes con escolaridad de Primaria 26 (89.7%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 8 (27.6%) pacientes tuvieron afectación de cadera y 13 (44.8%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; entre los pacientes con escolaridad de Secundaria 27 (87.1%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 10 (32.3%) pacientes tuvieron afectación de cadera y 11 (35.5%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; entre los pacientes con escolaridad de Bachillerato 37 (94.9%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 10 (25.6%) pacientes tuvieron afectación de cadera y 18 (46.2%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; entre los pacientes con escolaridad de Licenciatura 15 (83.3%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 6 (33.3%) pacientes tuvieron afectación de cadera y 7 (38.9%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; mientras que entre los pacientes con escolaridad de Posgrado 4 (100.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 1 (25.0%) pacientes tuvieron afectación de cadera y 1 (25.0%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones. No fue posible realizar pruebas de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de las tablas de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizaron pruebas de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa para afectación de rodilla ($p=0.281$, IC_{99} : 0.270-0.293), cadera ($p=0.958$, IC_{99} : 0.953-0.963) y otras articulaciones ($p=0.523$, IC_{99} : 0.510-0.536). (Ver tabla y gráfica 48a)

Al comparar la escolaridad con la combinación de articulaciones afectadas, se observó que entre los pacientes con escolaridad Menor a Primaria 7 (28.0%) pacientes tuvieron afectación sólo de rodilla, 3 (12.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y cadera, 9 (36.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, y 6 (24.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones; entre los pacientes con escolaridad de Primaria 10 (34.5%) pacientes tuvieron afectación sólo de rodilla, 2 (6.9%) pacientes tuvieron afectación sólo de cadera, 4 (13.8%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y cadera, 11 (37.9%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, 1 (3.4%) pacientes tuvieron afectación de cadera y otras articulaciones, y 1 (3.4%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones; entre los pacientes con escolaridad de Secundaria 14 (45.2%) pacientes tuvieron afectación sólo de rodilla, 2 (6.5%) pacientes tuvieron afectación sólo de cadera, 4 (12.9%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y cadera, 7 (22.6%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, 2 (6.5%) pacientes tuvieron afectación de cadera y otras articulaciones, y 2 (6.5%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones; entre los pacientes con escolaridad de Bachillerato 19 (48.7%) pacientes tuvieron afectación sólo de rodilla, 2 (5.1%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y cadera, 10 (25.6%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, 2 (5.1%) pacientes tuvieron afectación de cadera y otras articulaciones, y 6 (15.4%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones; entre los pacientes con escolaridad de Licenciatura 8 (44.4%) pacientes tuvieron afectación sólo de rodilla, 2 (11.1%) pacientes tuvieron afectación sólo de cadera, 1 (5.6%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y cadera, 4 (22.2%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, 1 (5.6%) pacientes tuvieron afectación de cadera y otras articulaciones, y 2 (11.1%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones; mientras que entre los pacientes con escolaridad de Posgrado 3 (75.0%) pacientes tuvieron afectación sólo de rodilla, y 1 (25.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa ($p=0.473$, IC_{99} : 0.460-0.486). (Ver tabla y gráfica

48b)

Al comparar el tipo de ocupación con la escolaridad del padre, se observó que entre los pacientes con escolaridad del padre Menor a Primaria 26 (55.3%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Trabajo Manual, 7 (14.9%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Subordinado), 6 (12.8%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes), y 8 (17.0%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Hogar; entre los pacientes con escolaridad del padre de Primaria 26 (48.1%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Trabajo Manual, 16 (29.6%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Subordinado), 2 (3.7%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes), y 10(18.5%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Hogar; entre los pacientes con escolaridad del padre de Secundaria 4 (33.3%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Trabajo Manual, 3 (25.0%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Subordinado), 3 (25.0%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes), y 2 (16.7%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Hogar; entre los pacientes con escolaridad del padre de Bachillerato 2 (28.6%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Trabajo Manual, 1 (14.3%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Subordinado) y 4 (57.1%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes); entre los pacientes con escolaridad del padre de Licenciatura 2 (18.2%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Trabajo Manual, 2 (18.2%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Subordinado), 6 (54.5%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes), y 1 (9.1%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Hogar; entre los pacientes con escolaridad del padre de Posgrado 1 (50.0%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Trabajo Manual, y 1 (50.0%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes). No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es estadísticamente significativa ($p=0.003$, IC₉₉: 0.002-0.005). (Ver tabla y gráfica 49)

Al comparar el tipo de ocupación con la escolaridad de la madre, se observó que entre los pacientes con escolaridad de la madre Menor a Primaria 37 (56.1%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Trabajo Manual, 11 (16.7%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Subordinado), 7 (10.6%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes), y 11 (16.7%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Hogar; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Primaria 24 (46.2%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Trabajo Manual, 14 (26.9%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Subordinado), 4 (7.7%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes), y 10 (19.2%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Hogar; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Secundaria 2 (28.6%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Trabajo Manual, 1 (14.3%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Subordinado), 2 (28.6%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes), y 2 (28.6%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Hogar; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Bachillerato 4 (36.4%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Subordinado), 6 (54.5%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes), y 1 (9.1%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Hogar; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Licenciatura 3 (100.0%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes); mientras que entre los pacientes con escolaridad de la madre de Posgrado 1 (100.0%) pacientes tuvieron tipo de ocupación Trabajo Manual. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es estadísticamente significativa ($p<0.0005$, IC₉₉: 0.000-0.000). (Ver tabla y gráfica 50)

Al comparar el tipo de ocupación con el tipo de ocupación del padre, se observó que entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo Manual 59 (93.7%) pacientes tuvieron tipo de ocupación del padre Trabajo Manual, 3 (4.8%) pacientes tuvieron tipo de ocupación del padre Trabajo de Oficina (Subordinado) y 1 (1.6%) pacientes tuvieron tipo de ocupación del padre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes); entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Subordinado) 20 (69.0%) pacientes tuvieron tipo de ocupación del padre Trabajo Manual, 5 (17.2%) pacientes tuvieron tipo de ocupación del padre Trabajo de Oficina (Subordinado) y 4 (13.8%) pacientes tuvieron tipo de ocupación del padre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes); entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) 10 (45.5%) pacientes tuvieron tipo de ocupación del padre Trabajo Manual, y 12 (54.5%) pacientes tuvieron tipo de ocupación del padre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes); mientras que entre los pacientes con tipo de ocupación Hogar 22 (88.0%) pacientes tuvieron tipo de ocupación del padre Trabajo Manual, y 3 (12.0%) pacientes tuvieron tipo de ocupación del padre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes). No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es estadísticamente significativa ($p < 0.0005$, IC_{99} : 0.000-0.000). (Ver tabla y gráfica 51)

Al comparar el tipo de ocupación con el tipo de ocupación de la madre, se observó que entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo Manual 20 (31.3%) pacientes tuvieron tipo de ocupación de la madre Trabajo Manual, y 44 (68.8%) pacientes tuvieron tipo de ocupación de la madre Hogar; entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Subordinado) 7 (23.3%) pacientes tuvieron tipo de ocupación de la madre Trabajo Manual, 3 (10.0%) pacientes tuvieron tipo de ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Subordinado), y 20 (66.7%) pacientes tuvieron tipo de ocupación de la madre Hogar; entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) 4 (18.2%) pacientes tuvieron tipo de ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Subordinado), 2 (9.1%) pacientes tuvieron tipo de ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes), y 16 (72.7%) pacientes tuvieron tipo de ocupación de la madre Hogar; mientras que entre los pacientes con tipo de ocupación Hogar 9 (36.0%) pacientes tuvieron tipo de ocupación de la madre Trabajo Manual, 1 (4.0%) pacientes tuvieron tipo de ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Subordinado), 2 (8.0%) pacientes tuvieron tipo de ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes), y 13 (52.0%) pacientes tuvieron tipo de ocupación de la madre Hogar. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es estadísticamente significativa ($p < 0.0005$, IC_{99} : 0.000-0.000). (Ver tabla y gráfica 52)

Al comparar el tipo de ocupación con el Quintil Imputado de Ingresos por la herramienta de Medición Simplificada del Nivel Socioeconómico (MSNSE), se observó que entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo Manual 5 (7.5%) pacientes se encontraron en el Quintil I, 13 (19.4%) pacientes se encontraron en el Quintil II, 21 (31.3%) pacientes se encontraron en el Quintil III, 13 (19.4%) pacientes se encontraron en el Quintil IV, y 15 (22.4%) pacientes se encontraron en el Quintil V; entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Subordinado) 1 (3.3%) pacientes se encontraron en el Quintil II, 6 (20.0%) pacientes se encontraron en el Quintil III, 5 (16.7%) pacientes se encontraron en el Quintil IV, y 18 (60.0%) pacientes se encontraron en el Quintil V; entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) 4 (18.2%) pacientes se encontraron en el Quintil III, 3 (13.6%) pacientes se encontraron en el Quintil IV, y 15 (68.2%) pacientes se encontraron en el Quintil V; mientras que entre los pacientes con tipo de ocupación Hogar 3 (12.0%) pacientes se encontraron en el Quintil II, 5 (20.0%) pacientes se encontraron en el Quintil III, 5 (20.0%) pacientes se encontraron en el Quintil IV, y 12 (48.0%) pacientes se encontraron en el Quintil V. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es estadísticamente significativa ($p=0.006$, IC_{99} : 0.004-0.008).

(Ver tabla y gráfica 53)

Al comparar el tipo de ocupación con el Salario Base de Cotización expresado en términos de Salarios Mínimos Vigentes al año de registro (SMV), se observó que la media ($\pm D.E.$) entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo Manual fue de 4.8 ± 5.1 SMV, entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Subordinado) fue de 6.2 ± 6.7 SMV, entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) fue de 7.1 ± 6.7 SMV, y entre los pacientes con tipo de ocupación Hogar fue de 6.9 ± 7.4 SMV. Las varianzas de los grupos fueron similares ($p=0.095$), por lo que fue posible realizar ANOVA, que mostró que estas diferencias de medias resultaron no significativas ($p=0.330$). (Ver tabla y gráfica 54a)

Al comparar el tipo de ocupación con el Salario Base de Cotización expresado en términos de Salarios Mínimos Vigentes al año de registro (SMV) en rangos, se observó que entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo Manual 25 (41.0%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización <2 SMV, 10 (16.4%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización de 2-4 SMV y 26 (42.6%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización ≥ 4 SMV; entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Subordinado) 7 (25.9%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización <2 SMV, 9 (33.3%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización de 2-4 SMV y 11 (40.7%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización ≥ 4 SMV; entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) 9 (40.9%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización <2 SMV, y 13 (59.1%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización ≥ 4 SMV; mientras que entre los pacientes con tipo de ocupación Hogar 8 (33.3%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización <2 SMV, 5 (20.8%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización de 2-4 SMV y 11 (45.8%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización ≥ 4 SMV. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa ($p=0.084$, IC_{99} : 0.077-0.092). (Ver tabla

y gráfica 54b)

Al comparar el tipo de ocupación con las articulaciones afectadas, se observó que entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo Manual 62 (92.5%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 23 (34.3%) pacientes tuvieron afectación de cadera y 29 (43.3%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Subordinado) 28 (93.3%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 7 (23.3%) pacientes tuvieron afectación de cadera y 15 (50.0%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) 20 (90.9%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 5 (22.7%) pacientes tuvieron afectación de cadera y 7 (31.8%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; mientras que entre los pacientes con tipo de ocupación Hogar 22 (88.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 8 (32.0%) pacientes tuvieron afectación de cadera y 13 (52.0%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones. No fue posible realizar pruebas de χ^2 de Pearson para la diferencia de frecuencia de afectación de rodilla debido a que más del 20% de las casillas de las tablas de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizaron pruebas de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa ($p=0.870$, IC_{99} : 0.862-0.879). Sí fue posible realizar pruebas de χ^2 de Pearson para la diferencia de frecuencias de afectación de cadera y otras articulaciones que mostraron que estas diferencias fueron no significativas ($p=0.607$ y $p=0.492$, respectivamente). (Ver tabla y gráfica 55a)

Al comparar el tipo de ocupación con la combinación de articulaciones afectadas, se observó que entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo Manual 26 (38.8%) pacientes tuvieron afectación sólo de rodilla, 3 (4.5%) pacientes tuvieron afectación sólo de cadera, 9 (13.4%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y cadera, 18 (26.9%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, 2 (3.0%) pacientes tuvieron afectación de cadera y otras articulaciones, y 9 (13.4%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones; entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Subordinado) 11 (36.7%) pacientes tuvieron afectación sólo de rodilla, 2 (6.7%) pacientes tuvieron afectación sólo de cadera, 2 (6.7%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y cadera, 12 (40.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, y 3 (10.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones; entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) 13 (59.1%) pacientes tuvieron afectación sólo de rodilla, 1 (4.5%) pacientes tuvieron afectación sólo de cadera, 1 (4.5%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y cadera, 4 (18.2%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, 1 (4.5%) pacientes tuvieron afectación de cadera y otras articulaciones, y 2 (9.1%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones; mientras que entre los pacientes con tipo de ocupación Hogar 10 (40.0%) pacientes tuvieron afectación sólo de rodilla, 2 (8.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y cadera, 7 (28.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, 3 (12.0%) pacientes tuvieron afectación de cadera y otras articulaciones, y 3 (12.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa ($p=0.701$, IC_{99} : 0.689-0.713). (Ver tabla y gráfica 55b)

Al comparar la escolaridad del padre con la escolaridad de la madre, se observó que entre los pacientes con escolaridad del padre Menor a Primaria, 45 (95.7%) pacientes tuvieron escolaridad de la madre Menor a Primaria, y 2 (4.3%) pacientes tuvieron escolaridad de la madre de Primaria; entre los pacientes con escolaridad del padre de Primaria, 15 (28.3%) pacientes tuvieron escolaridad de la madre Menor a Primaria, y 38 (71.7%) pacientes tuvieron escolaridad de la madre de Primaria; entre los pacientes con escolaridad del padre de Secundaria, 1 (8.3%) pacientes tuvieron escolaridad de la madre Menor a Primaria, 4 (33.3%) pacientes tuvieron escolaridad de la madre de Primaria, 5 (41.7%) pacientes tuvieron escolaridad de la madre de Secundaria, y 2 (16.7%) pacientes tuvieron escolaridad de la madre de Bachillerato; entre los pacientes con escolaridad del padre de Bachillerato, 1 (14.3%) pacientes tuvieron escolaridad de la madre Menor a Primaria, 3 (42.9%) pacientes tuvieron escolaridad de la madre de Primaria, y 3 (42.9%) pacientes tuvieron escolaridad de la madre de Bachillerato; entre los pacientes con escolaridad del padre de Licenciatura, 1 (9.1%) pacientes tuvieron escolaridad de la madre Menor a Primaria, 2 (18.2%) pacientes tuvieron escolaridad de la madre de Primaria, 6 (54.5%) pacientes tuvieron escolaridad de la madre de Bachillerato, y 2 (18.2%) pacientes tuvieron escolaridad de la madre de Licenciatura; mientras que entre los pacientes con escolaridad del padre de Posgrado, 1 (50.0%) pacientes tuvieron escolaridad de la madre de Licenciatura, y 1 (50.0%) pacientes tuvieron escolaridad de la madre de Posgrado. Al aplicar una prueba de p de Spearman, se observó una correlación de 0.777, es decir con correlación moderada a fuerte, que resultó estadísticamente significativa ($p < 0.0005$). (Ver tabla y gráfica 56)

Al comparar la escolaridad del padre con la ocupación del padre, se observó que entre los pacientes con escolaridad del padre Menor a Primaria, 44 (91.7%) pacientes tuvieron ocupación del padre Trabajo Manual, 2 (4.2%) pacientes tuvieron ocupación del padre Trabajo de Oficina (Subordinado), y 2 (4.2%) pacientes tuvieron ocupación del padre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes); entre los pacientes con escolaridad del padre de Primaria, 48 (87.3%) pacientes tuvieron ocupación del padre Trabajo Manual, 5 (9.1%) pacientes tuvieron ocupación del padre Trabajo de Oficina (Subordinado), y 2 (3.6%) pacientes tuvieron ocupación del padre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes); entre los pacientes con escolaridad del padre de Secundaria, 8 (66.7%) pacientes tuvieron ocupación del padre Trabajo Manual, 2 (16.7%) pacientes tuvieron ocupación del padre Trabajo de Oficina (Subordinado), y 2 (16.7%) pacientes tuvieron ocupación del padre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes); entre los pacientes con escolaridad del padre de Bachillerato, 2 (33.3%) pacientes tuvieron ocupación del padre Trabajo Manual, y 4 (66.7%) pacientes tuvieron ocupación del padre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes); entre los pacientes con escolaridad del padre de Licenciatura, 3 (27.3%) pacientes tuvieron ocupación del padre Trabajo Manual, 1 (9.1%) pacientes tuvieron ocupación del padre Trabajo de Oficina (Subordinado), y 7 (63.6%) pacientes tuvieron ocupación del padre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes); mientras que entre los pacientes con escolaridad del padre de Posgrado, 1 (100.0%) pacientes tuvieron ocupación del padre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes). No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es estadísticamente significativa ($p < 0.0005$, IC_{99} : 0.000-0.000). (Ver tabla y gráfica 57)

Al comparar la escolaridad del padre con la ocupación de la madre, se observó que entre los pacientes con escolaridad del padre Menor a Primaria, 13 (27.1%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Trabajo Manual, 1 (2.1%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Subordinado), y 34 (70.8%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Hogar; entre los pacientes con escolaridad del padre de Primaria, 14 (25.9%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Trabajo Manual, 1 (1.9%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Subordinado), y 39 (72.2%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Hogar; entre los pacientes con escolaridad del padre de Secundaria, 2 (16.7%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Trabajo Manual, 2 (16.7%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Subordinado), y 8 (66.7%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Hogar; entre los pacientes con escolaridad del padre de Bachillerato, 1 (14.3%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Trabajo Manual, 1 (14.3%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes), y 5 (71.4%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Hogar; entre los pacientes con escolaridad del padre de Licenciatura, 5 (45.5%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Subordinado), y 6 (54.5%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Hogar; mientras que entre los pacientes con escolaridad del padre de Posgrado, 1 (100.0%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes). No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es estadísticamente significativa ($p < 0.0005$, IC_{99} : 0.000-0.000). (Ver tabla y gráfica

58)

Al comparar la escolaridad del padre con el Quintil Imputado de Ingresos por la herramienta de Medición Simplificada del Nivel Socioeconómico (MSNSE) se observó que entre los pacientes con escolaridad del padre Menor a Primaria, 5 (10.4%) pacientes se encontraron en el Quintil I, 7 (14.6%) pacientes se encontraron en el Quintil II, 14 (29.2%) pacientes se encontraron en el Quintil III, 12 (25.0%) pacientes se encontraron en el Quintil IV, y 10 (20.8%) pacientes se encontraron en el Quintil V; entre los pacientes con escolaridad del padre de Primaria, 5 (9.1%) pacientes se encontraron en el Quintil II, 17 (30.9%) pacientes se encontraron en el Quintil III, 11 (20.0%) pacientes se encontraron en el Quintil IV, y 22 (40.0%) pacientes se encontraron en el Quintil V; entre los pacientes con escolaridad del padre de Secundaria, 1 (8.3%) pacientes se encontraron en el Quintil II, 1 (8.3%) pacientes se encontraron en el Quintil III, 2 (16.7%) pacientes se encontraron en el Quintil IV, y 8 (66.7%) pacientes se encontraron en el Quintil V; entre los pacientes con escolaridad del padre de Bachillerato, 1 (14.3%) pacientes se encontraron en el Quintil III, 1 (14.3%) pacientes se encontraron en el Quintil IV, y 5 (71.4%) pacientes se encontraron en el Quintil V; entre los pacientes con escolaridad del padre de Licenciatura, 1 (9.1%) pacientes se encontraron en el Quintil II, 1 (9.1%) pacientes se encontraron en el Quintil III, 1 (9.1%) pacientes se encontraron en el Quintil IV, y 8 (72.7%) pacientes se encontraron en el Quintil V; mientras que entre los pacientes con escolaridad del padre de Posgrado, 2 (100.0%) pacientes se encontraron en el Quintil V. Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de 0.387, es decir con correlación débil, que resultó estadísticamente significativa ($p < 0.0005$). (Ver tabla y gráfica 59)

Al comparar la escolaridad del padre con el Salario Base de Cotización, expresado en términos de Salarios Mínimos Vigentes al año de registro (SMV), se observó que la media (\pm D.E.) de Salario Base de Cotización entre los pacientes con escolaridad del padre Menor a Primaria fue de 5.8 ± 6.5 SMV; entre los pacientes con escolaridad del padre de Primaria fue de 5.7 ± 6 SMV; entre los pacientes con escolaridad del padre de Secundaria fue de 7.9 ± 3.8 SMV; entre los pacientes con escolaridad del padre de Bachillerato fue de 4.8 ± 5.1 SMV; entre los pacientes con escolaridad del padre de Licenciatura fue de 6.7 ± 8.9 SMV; mientras que entre los pacientes con escolaridad del padre de Posgrado fue de 13.1 ± 16.8 SMV. Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de 0.063, es decir sin correlación o con correlación mínima, que resultó no significativa ($p = 0.487$). (Ver

tabla y gráfica 60a)

Al comparar la escolaridad del padre con el Salario Base de Cotización, expresado en términos de Salarios Mínimos Vigentes al año de registro (SMV) en rangos, se observó que entre los pacientes con escolaridad del padre Menor a Primaria 18 (40.9%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización <2 SMV, 8 (18.2%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización de 2-4 SMV, y 18 (40.9%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización \geq 4 SMV; entre los pacientes con escolaridad del padre de Primaria 16 (32.0%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización <2 SMV, 12 (24.0%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización de 2-4 SMV, y 22 (44.0%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización \geq 4 SMV; entre los pacientes con escolaridad del padre de Secundaria 2 (18.2%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización de 2-4 SMV, y 9 (81.8%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización \geq 4 SMV; entre los pacientes con escolaridad del padre de Bachillerato 4 (57.1%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización <2 SMV, y 3 (42.9%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización \geq 4 SMV; entre los pacientes con escolaridad del padre de Licenciatura 6 (54.5%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización <2 SMV, y 5 (45.5%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización \geq 4 SMV; mientras que entre los pacientes con escolaridad del padre de Posgrado 1 (50.0%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización <2 SMV, y 1 (50.0%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización \geq 4 SMV. Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de 0.074, es decir sin correlación o con correlación mínima, que resultó no significativa ($p=0.410$). (Ver tabla y gráfica 60b)

Al comparar la escolaridad del padre con las articulaciones afectadas, se observó que entre los pacientes con escolaridad del padre Menor a Primaria 46 (95.8%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 14 (29.2%) pacientes tuvieron afectación de cadera, y 22 (45.8%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; entre los pacientes con escolaridad del padre de Primaria 50 (90.9%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 19 (34.5%) pacientes tuvieron afectación de cadera, y 24 (43.6%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; entre los pacientes con escolaridad del padre de Secundaria 10 (83.3%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 3 (25.0%) pacientes tuvieron afectación de cadera, y 5 (41.7%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; entre los pacientes con escolaridad del padre de Bachillerato 6 (85.7%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 1 (14.3%) pacientes tuvieron afectación de cadera, y 4 (57.1%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; entre los pacientes con escolaridad del padre de Licenciatura 11 (100.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 4 (36.4%) pacientes tuvieron afectación de cadera, y 2 (18.2%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; mientras que entre los pacientes con escolaridad del padre de Posgrado 2 (100.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, y 1 (50.0%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones. No fue posible realizar pruebas de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de las tablas de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizaron pruebas de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa para afectación de rodilla ($p=0.423$, IC₉₉: 0.410-0.435), cadera ($p=0.881$, IC₉₉: 0.872-0.889) y otras articulaciones ($p=0.597$, IC₉₉: 0.585-0.610). (Ver tabla y gráfica 61a)

Al comparar la escolaridad del padre con la combinación de articulaciones afectadas, se observó que entre los pacientes con escolaridad del padre Menor a Primaria 20 (41.7%) pacientes tuvieron afectación únicamente de rodilla, 1 (2.1%) pacientes tuvieron afectación únicamente de cadera, 5 (10.4%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y cadera, 14 (29.2%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, 1 (2.1%) pacientes tuvieron afectación de cadera y otras articulaciones, y 7 (14.6%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones; entre los pacientes con escolaridad del padre de Primaria 22 (40.0%) pacientes tuvieron afectación únicamente de rodilla, 3 (5.5%) pacientes tuvieron afectación únicamente de cadera, 6 (10.9%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y cadera, 14 (25.5%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, 2 (3.6%) pacientes tuvieron afectación de cadera y otras articulaciones, y 8 (14.5%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones; entre los pacientes con escolaridad del padre de Secundaria 5 (41.7%) pacientes tuvieron afectación únicamente de rodilla, 2 (16.7%) pacientes tuvieron afectación únicamente de cadera, 4 (33.3%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, y 1 (8.3%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones; entre los pacientes con escolaridad del padre de Bachillerato 3 (42.9%) pacientes tuvieron afectación únicamente de rodilla, 3 (42.9%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, y 1 (14.3%) pacientes tuvieron afectación de cadera y otras articulaciones; entre los pacientes con escolaridad del padre de Licenciatura 7 (63.6%) pacientes tuvieron afectación únicamente de rodilla, 2 (18.2%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y cadera, y 2 (18.2%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones; mientras que entre los pacientes con escolaridad del padre de Posgrado 1 (50.0%) pacientes tuvieron afectación únicamente de rodilla, y 1 (50.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa ($p=0.732$, IC_{99} : 0.720-0.743). (Ver tabla y gráfica

61b)

Al comparar la escolaridad de la madre con el tipo de ocupación del padre, se observó que entre los pacientes con escolaridad de la madre Menor a Primaria, 57 (89.1%) pacientes tuvieron ocupación del padre Trabajo Manual, 3 (4.7%) pacientes tuvieron ocupación del padre Trabajo de Oficina (Subordinado), y 4 (6.3%) pacientes tuvieron ocupación del padre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes); entre los pacientes con escolaridad de la madre de Primaria, 43 (81.1%) pacientes tuvieron ocupación del padre Trabajo Manual, 4 (7.5%) pacientes tuvieron ocupación del padre Trabajo de Oficina (Subordinado), y 6 (11.3%) pacientes tuvieron ocupación del padre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes); entre los pacientes con escolaridad de la madre de Secundaria, 5 (83.3%) pacientes tuvieron ocupación del padre Trabajo Manual, y 1 (16.7%) pacientes tuvieron ocupación del padre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes); entre los pacientes con escolaridad de la madre de Bachillerato, 3 (27.3%) pacientes tuvieron ocupación del padre Trabajo Manual, 2 (18.2%) pacientes tuvieron ocupación del padre Trabajo de Oficina (Subordinado), y 6 (54.5%) pacientes tuvieron ocupación del padre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes); mientras que entre los pacientes con escolaridad de la madre de Licenciatura, 3 (100.0%) pacientes tuvieron ocupación del padre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes). No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es estadísticamente significativa ($p<0.0005$, IC_{99} : 0.000-0.000). (Ver tabla y gráfica 62)

Al comparar la escolaridad de la madre con el tipo de ocupación de la madre, se observó que entre los pacientes con escolaridad de la madre Menor a Primaria, 23 (34.8%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Trabajo Manual, y 43 (65.2%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Hogar; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Primaria, 9 (17.0%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Trabajo Manual, 1 (1.9%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Subordinado), 1 (1.9%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes), y 42 (79.2%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Hogar; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Secundaria, 2 (28.6%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Trabajo Manual, 1 (14.3%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes), y 4 (57.1%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Hogar; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Bachillerato, 1 (9.1%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Trabajo Manual, 5 (45.5%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Subordinado), 1 (9.1%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes), y 4 (36.4%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Hogar; mientras que entre los pacientes con escolaridad de la madre de Licenciatura, 2 (66.7%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Subordinado), y 1 (33.3) pacientes tuvieron ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes). No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es estadísticamente significativa ($p < 0.0005$, IC₉₉: 0.000-0.000). (Ver tabla y gráfica 63)

Al comparar la escolaridad de la madre con el Quintil Imputado de Ingresos por la herramienta de Medición Simplificada del Nivel Socioeconómico (MSNSE) se observó que entre los pacientes con escolaridad de la madre Menor a Primaria 5 (7.6%) pacientes se encontraron en el Quintil I, 12 (18.2%) pacientes se encontraron en el Quintil II, 20 (30.3%) pacientes se encontraron en el Quintil III, 12 (18.2%) pacientes se encontraron en el Quintil IV, y 17 (25.8%) pacientes se encontraron en el Quintil V; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Primaria 3 (5.7%) pacientes se encontraron en el Quintil II, 14 (26.4%) pacientes se encontraron en el Quintil III, 11 (20.8%) pacientes se encontraron en el Quintil IV, y 25 (47.2%) pacientes se encontraron en el Quintil V; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Secundaria 1 (14.3%) pacientes se encontraron en el Quintil II, y 6 (85.7%) pacientes se encontraron en el Quintil V; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Bachillerato 3 (27.3%) pacientes se encontraron en el Quintil IV, y 8 (72.7%) pacientes se encontraron en el Quintil V; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Licenciatura 3 (100.0%) pacientes se encontraron en el Quintil V; mientras que entre los pacientes con escolaridad de la madre de Posgrado 1 (100.0%) pacientes se encontraron en el Quintil V. Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de 0.423, es decir con correlación débil, que resultó estadísticamente significativa ($p < 0.0005$). (Ver tabla y gráfica 64)

Al comparar la escolaridad de la madre con el Salario Base de Cotización, expresado en términos de Salarios Mínimos Vigentes al año de registro (SMV), se observó que la media (\pm D.E.) de Salario Base de Cotización entre los pacientes con escolaridad de la madre Menor a Primaria fue de 5.4 ± 6.1 SMV; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Primaria fue de 6 ± 5.9 SMV; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Secundaria fue de 8.6 ± 4.8 SMV; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Bachillerato fue de 5.9 ± 7.1 SMV; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Licenciatura fue de 2.6 ± 2.3 SMV; mientras que sólo un paciente tuvo escolaridad de la madre de Posgrado, con Salario Base de Cotización de 25 SMV. Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de 0.152, es decir sin correlación o con correlación mínima, que resultó no significativa ($p = 0.082$). (Ver tabla y gráfica 65a)

Al comparar la escolaridad de la madre con el Salario Base de Cotización, expresado en términos de Salarios Mínimos Vigentes al año de registro (SMV) en rangos, se observó que entre los pacientes con escolaridad de la madre Menor a Primaria 27 (44.3%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización <2 SMV, 9 (14.8%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización de 2-4 SMV, y 25 (41.0%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización \geq 4 SMV; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Primaria 14 (28.0%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización <2 SMV, 12 (24.0%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización de 2-4 SMV, y 24 (48.0%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización \geq 4 SMV; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Secundaria 2 (33.3%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización de 2-4 SMV, y 4 (66.7%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización \geq 4 SMV; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Bachillerato 5 (45.5%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización <2 SMV, 1 (9.1%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización de 2-4 SMV, y 5 (45.5%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización \geq 4 SMV; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Licenciatura 2 (66.7%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización <2 SMV, y 1 (33.3%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización \geq 4 SMV; mientras que entre los pacientes con escolaridad de la madre de Posgrado 1 (100.0%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización \geq 4 SMV. Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de 0.110, es decir sin correlación o con correlación mínima, que resultó no significativa ($p=0.209$). (Ver tabla y gráfica 65b)

Al comparar la escolaridad de la madre con las articulaciones afectadas, se observó que entre los pacientes con escolaridad de la madre Menor a Primaria 63 (95.5%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 21 (31.8%) pacientes tuvieron afectación de cadera, y 30 (45.5%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Primaria 44 (83.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 18 (34.0%) pacientes tuvieron afectación de cadera, y 22 (41.5%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Secundaria 7 (100.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 1 (14.3%) pacientes tuvieron afectación de cadera, y 3 (42.9%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Bachillerato 11 (100.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 1 (9.1%) pacientes tuvieron afectación de cadera, y 3 (27.3%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Licenciatura 3 (100.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 1 (33.3%) pacientes tuvieron afectación de cadera, y 2 (66.7%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; mientras que entre los pacientes con escolaridad de la madre de Posgrado 1 (100.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y ningún paciente tuvo afectación de cadera u otras articulaciones. No fue posible realizar pruebas de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de las tablas de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizaron pruebas de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa para afectación de rodilla ($p=0.199$, IC₉₉: 0.189-0.210), cadera ($p=0.561$, IC₉₉: 0.548-0.574) y otras articulaciones ($p=0.794$, IC₉₉: 0.783-0.804). (Ver tabla y gráfica 66a)

Al comparar la escolaridad de la madre con la combinación de articulaciones afectadas, se observó que entre los pacientes con escolaridad de la madre Menor a Primaria 26 (39.4%) pacientes tuvieron afectación únicamente de rodilla, 1 (1.5%) pacientes tuvieron afectación únicamente de cadera, 9 (13.6%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y cadera, 19 (28.8%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, 2 (3.0%) pacientes tuvieron afectación de cadera y otras articulaciones, y 9 (13.6%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Primaria 22 (41.5%) pacientes tuvieron afectación únicamente de rodilla, 5 (9.4%) pacientes tuvieron afectación únicamente de cadera, 4 (7.5%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y cadera, 13 (24.5%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, 4 (7.5%) pacientes tuvieron afectación de cadera y otras articulaciones, y 5 (9.4%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Secundaria 3 (42.9%) pacientes tuvieron afectación únicamente de rodilla, 1 (14.3%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y cadera, y 3 (42.9%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Bachillerato 8 (72.7%) pacientes tuvieron afectación únicamente de rodilla, 2 (18.2%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, y 1 (9.1%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Licenciatura 1 (33.3%) pacientes tuvieron afectación únicamente de rodilla, 1 (33.3%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, y 1 (33.3%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones; mientras que entre los pacientes con escolaridad de la madre de Posgrado 1 (100.0%) pacientes tuvieron afectación únicamente de rodilla. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa ($p=0.806$, IC_{99} : 0.795-0.816). (Ver tabla y gráfica 66b)

Al comparar el tipo de ocupación del padre con el tipo de ocupación de la madre, se observó que entre los pacientes con ocupación del padre Trabajo Manual 30 (27.3%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Trabajo Manual, 2 (1.8%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Subordinado), 1 (0.9%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes), y 77 (70.0%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Hogar; entre los pacientes con ocupación del padre Trabajo de Oficina (Subordinado) 2 (20.0%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Trabajo Manual, 3 (30.0%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Subordinado), y 5 (50.0%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Hogar; mientras que entre los pacientes con ocupación del padre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes), 2 (10.0%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Trabajo Manual, 4 (20.0%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Subordinado), 3 (15.0%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes), y 11 (55.0%) pacientes tuvieron ocupación de la madre Hogar. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es estadísticamente significativa ($p<0.0005$, IC_{99} : 0.000-0.000). (Ver tabla y gráfica 67)

Al comparar el tipo de ocupación del padre con el Quintil Imputado de Ingresos según la herramienta de Medición Simplificada del Nivel Socioeconómico, se encontró que entre los pacientes con ocupación del padre Trabajo Manual, 5 (4.5%) pacientes se encontraron en el Quintil I, 13 (11.7%) pacientes se encontraron en el Quintil II, 31 (27.9%) pacientes se encontraron en el Quintil III, 22 (19.8%) pacientes se encontraron en el Quintil IV, y 40 (36.0%) pacientes se encontraron en el Quintil V; entre los pacientes con ocupación del padre Trabajo de Oficina (Subordinado), 3 (30.0%) pacientes se encontraron en el Quintil III, 4 (40.0%) pacientes se encontraron en el Quintil IV, y 3 (30.0%) pacientes se encontraron en el Quintil V; mientras que entre los pacientes con ocupación del padre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes), 2 (10.0%) pacientes se encontraron en el Quintil II, 2 (10.0%) pacientes se encontraron en el Quintil III, 1 (5.0%) pacientes se encontraron en el Quintil IV, y 15 (75.0%) pacientes se encontraron en el Quintil V. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa ($p=0.061$, IC_{99} : 0.055-0.067). (Ver tabla y gráfica 68)

Al comparar el tipo de ocupación del padre con el Salario Base de Cotización expresado en términos de Salarios Mínimos Vigentes al año de registro, se encontró que la media ($\pm D.E.$) de Salario Base de Cotización entre los pacientes con ocupación del padre Trabajo Manual fue de 5.4 ± 5.6 SMV; entre los pacientes con ocupación del padre Trabajo de Oficina (Subordinado) fue de 7.1 ± 5.8 SMV; mientras que entre los pacientes con ocupación del padre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) fue de 8.1 ± 8.3 SMV. Las varianzas de los grupos fueron similares ($p=0.067$), por lo que fue posible realizar ANOVA, que mostró que estas diferencias de medias resultaron no significativas ($p=0.180$).

(Ver tabla y gráfica 69a)

Al comparar el tipo de ocupación del padre con el Salario Base de Cotización expresado en términos de Salarios Mínimos Vigentes al año de registro en rangos, se encontró que entre los pacientes con ocupación del padre Trabajo Manual 39 (38.6%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización <2 SMV, 20 (19.8%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización 2-4 SMV, y 42 (41.6%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización ≥ 4 SMV; entre los pacientes con ocupación del padre Trabajo de Oficina (Subordinado), 3 (30.0%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización 2-4 SMV, y 7 (70.0%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización ≥ 4 SMV; mientras que entre los pacientes con ocupación del padre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) 8 (40.0%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización <2 SMV, y 12 (60.0%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización ≥ 4 SMV. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es estadísticamente significativa ($p=0.006$, IC_{99} : 0.004-0.008).

(Ver tabla y gráfica 69b)

Al comparar el tipo de ocupación del padre con las articulaciones afectadas, se observó que entre los pacientes con ocupación del padre Trabajo Manual, 101 (91.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 35 (31.5%) pacientes tuvieron afectación de cadera y 52 (46.8%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; entre los pacientes con ocupación del padre Trabajo de Oficina (Subordinado), 10 (100.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 3 (30.0%) pacientes tuvieron afectación de cadera y 4 (40.0%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; mientras que entre los pacientes con ocupación del padre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes), 18 (90.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 5 (25.0%) pacientes tuvieron afectación de cadera y 7 (35.0%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones. No fue posible realizar pruebas de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de las tablas de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizaron pruebas de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa para afectación de rodilla ($p=0.871$, IC_{99} : 0.863-0.880), cadera ($p=0.944$, IC_{99} : 0.938-0.950) y otras articulaciones ($p=0.673$, IC_{99} : 0.661-0.685). (Ver tabla y gráfica 70a)

Al comparar el tipo de ocupación del padre con la combinación de articulaciones afectadas, se observó que entre los pacientes con ocupación del padre Trabajo Manual, 44 (39.6%) pacientes tuvieron afectación únicamente de rodilla, 5 (4.5%) pacientes tuvieron afectación únicamente de cadera, 10 (9.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y cadera, 32 (28.8%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, 5 (4.5%) pacientes tuvieron afectación de cadera y otras articulaciones, y 15 (13.5%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones; entre los pacientes con ocupación del padre Trabajo de Oficina (Subordinado), 5 (50.0%) pacientes tuvieron afectación únicamente de rodilla, 1 (10.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y cadera, 2 (20.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, y 2 (20.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones; mientras que entre los pacientes con ocupación del padre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes), 10 (50.0%) pacientes tuvieron afectación únicamente de rodilla, 1 (5.0%) pacientes tuvieron afectación únicamente de cadera, 2 (10.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y cadera, 5 (25.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, 1 (5.0%) pacientes tuvieron afectación de cadera y otras articulaciones, y 1 (5.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa ($p=0.981$, IC_{99} : 0.977-0.984). (Ver tabla y gráfica 70b)

Al comparar el tipo de ocupación de la madre con el Quintil Imputado de Ingresos por la herramienta de Medición Simplificada del Nivel Socioeconómico (MSNSE) se observó que entre los pacientes con ocupación de la madre Trabajo Manual, 1 (2.8%) pacientes se encontraron en el Quintil I, 5 (13.9%) pacientes se encontraron en el Quintil II, 11 (30.6%) pacientes se encontraron en el Quintil III, 4 (11.1%) pacientes se encontraron en el Quintil IV, y 15 (41.7%) pacientes se encontraron en el Quintil V; entre los pacientes con ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Subordinado), 2 (22.2%) pacientes se encontraron en el Quintil IV, y 7 (77.8%) pacientes se encontraron en el Quintil V; entre los pacientes con ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes), 1 (25.0%) pacientes se encontraron en el Quintil IV, y 3 (75.0%) pacientes se encontraron en el Quintil V; mientras que entre los pacientes con ocupación de la madre Hogar, 4 (4.3%) pacientes se encontraron en el Quintil I, 11 (11.7%) pacientes se encontraron en el Quintil II, 25 (26.6%) pacientes se encontraron en el Quintil III, 20 (21.3%) pacientes se encontraron en el Quintil IV, y 34 (36.2%) pacientes se encontraron en el Quintil V. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa ($p=0.440$, IC_{99} : 0.427-0.453). (Ver tabla y gráfica 71)

Al comparar el tipo de ocupación de la madre con el Salario Base de Cotización expresado en términos de Salarios Mínimos Vigentes al año de registro, se encontró que la media (\pm D.E.) de Salario Base de Cotización entre los pacientes con ocupación de la madre Trabajo Manual fue de 4.5 ± 4.7 SMV; entre los pacientes con ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Subordinada) fue de 7.8 ± 9.3 SMV; entre los pacientes con ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) fue de 5.5 ± 6.1 SMV; mientras que entre los pacientes con ocupación de la madre Hogar fue de 6.2 ± 6.2 SMV. Las varianzas de los grupos fueron similares ($p=0.177$), por lo que fue posible realizar ANOVA, que mostró que estas diferencias de medias resultaron no significativas ($p=0.407$). (Ver tabla y gráfica 72a)

Al comparar el tipo de ocupación de la madre con el Salario Base de Cotización expresado en términos de Salarios Mínimos Vigentes al año de registro en rangos, se encontró que entre los pacientes con ocupación de la madre Trabajo Manual 17 (48.6%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización <2 SMV, 6 (17.1%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización 2-4 SMV, y 12 (34.3%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización ≥ 4 SMV; entre los pacientes con ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Subordinado) 3 (33.3%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización <2 SMV, 2 (22.2%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización 2-4 SMV, y 4 (44.4%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización ≥ 4 SMV; entre los pacientes con ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) 2 (50.0%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización <2 SMV, y 2 (50.0%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización ≥ 4 SMV; mientras que entre los pacientes con ocupación de la madre Hogar 26 (30.6%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización <2 SMV, 16 (18.8%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización 2-4 SMV, y 43 (50.6%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización ≥ 4 SMV. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa ($p=0.573$, $IC_{99}: 0.560-0.586$). (Ver tabla y gráfica 72b)

Al comparar el tipo de ocupación de la madre con las articulaciones afectadas, se observó que entre los pacientes con ocupación de la madre Trabajo Manual 33 (91.7%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 12 (33.3%) pacientes tuvieron afectación de cadera y 16 (44.4%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; entre los pacientes con ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Subordinado) 9 (100.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 4 (44.4%) pacientes tuvieron afectación de cadera y 4 (44.4%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; entre los pacientes con ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) 4 (100.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y 2 (50.0%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; mientras que entre los pacientes con ocupación de la madre Hogar 85 (90.4%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 28 (29.8%) pacientes tuvieron afectación de cadera y 41 (43.6%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones. No fue posible realizar pruebas de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de las tablas de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizaron pruebas de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa para afectación de rodilla ($p=1.000$, $IC_{99}: 1.000-1.000$), cadera ($p=0.492$, $IC_{99}: 0.479-0.505$) y otras articulaciones ($p=1.000$, $IC_{99}: 1.000-1.000$). (Ver tabla y gráfica 73a)

Al comparar el tipo de ocupación de la madre con la combinación de articulaciones afectadas, se observó que entre los pacientes con ocupación de la madre Trabajo Manual, 14 (38.9%) pacientes tuvieron afectación únicamente de rodilla, 1 (2.8%) pacientes tuvieron afectación únicamente de cadera, 5 (13.9%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y cadera, 10 (27.8%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, 2 (5.6%) pacientes tuvieron afectación de cadera y otras articulaciones, y 4 (11.1%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones; entre los pacientes con ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Subordinado), 4 (44.4%) pacientes tuvieron afectación únicamente de rodilla, 1 (11.1%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y cadera, 1 (11.1%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, y 3 (33.3%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones; entre los pacientes con ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes), 2 (50.0%) pacientes tuvieron afectación únicamente de rodilla, y 2 (50.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones; mientras que entre los pacientes con ocupación de la madre Hogar, 40 (42.6%) pacientes tuvieron afectación únicamente de rodilla, 5 (5.3%) pacientes tuvieron afectación únicamente de cadera, 8 (8.5%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y cadera, 26 (27.7%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, 4 (4.3%) pacientes tuvieron afectación de cadera y otras articulaciones, y 11 (11.7%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa ($p=0.951$, IC_{99} : 0.945-0.956). (Ver tabla y gráfica 73b)

Al comparar el Quintil de Ingresos Imputado por la herramienta Medición Simplificada del Nivel Socioeconómico (MSNSE) con el Salario Base de Cotización expresado en términos de Salarios Mínimos Vigentes al año de registro (SMV), se observó que la media (\pm D.E.) de Salario Base de Cotización entre los pacientes que se encontraban en el Quintil I fue de 1.5 ± 0 SMV; entre los pacientes que se encontraban en el Quintil II fue de 3.8 ± 3 SMV; entre los pacientes que se encontraban en el Quintil III fue de 6.2 ± 7 SMV; entre los pacientes que se encontraban en el Quintil IV fue de 6.4 ± 6.9 SMV; mientras que entre los pacientes que se encontraban en el Quintil V fue de 6.5 ± 6.3 SMV. Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de 0.124, es decir sin correlación o con correlación mínima, que resultó no significativa ($p=0.149$). (Ver tabla y gráfica 74a)

Al comparar el Quintil de Ingresos Imputado por la herramienta Medición Simplificada del Nivel Socioeconómico (MSNSE) con el Salario Base de Cotización expresado en términos de Salarios Mínimos Vigentes al año de registro (SMV) en rangos, se observó que entre los pacientes que se encontraban en el Quintil I 2 (100.0%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización <2 SMV; entre los pacientes que se encontraban en el Quintil II 6 (37.5%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización <2 SMV, 4 (25.0%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización de 2-4 SMV, y 6 (37.5%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización ≥ 4 SMV; entre los pacientes que se encontraban en el Quintil III 14 (42.4%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización <2 SMV, 4 (12.1%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización de 2-4 SMV, y 15 (45.5%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización ≥ 4 SMV; entre los pacientes que se encontraban en el Quintil IV 8 (29.6%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización <2 SMV, 7 (25.9%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización de 2-4 SMV, y 12 (44.4%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización ≥ 4 SMV; mientras que entre los pacientes que se encontraban en el Quintil V 19 (32.8%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización <2 SMV, 9 (15.5%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización de 2-4 SMV, y 30 (51.7%) pacientes tuvieron Salario Base de Cotización ≥ 4 SMV. Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de 0.126, es decir sin correlación o con correlación mínima, que resultó no significativa ($p=0.144$). (Ver tabla y gráfica 74b)

Al comparar el Quintil de Ingresos Imputado por la herramienta Medición Simplificada del Nivel Socioeconómico (MSNSE) con las articulaciones afectadas, se observó que entre los pacientes que se encontraban en el Quintil I 5 (100.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 2 (40.0%) pacientes tuvieron afectación de cadera, y 4 (80.0%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; entre los pacientes que se encontraban en el Quintil II 16 (94.1%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 8 (47.1%) pacientes tuvieron afectación de cadera, y 7 (41.2%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; entre los pacientes que se encontraban en el Quintil III 34 (94.4%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 9 (25.0%) pacientes tuvieron afectación de cadera, y 19 (52.8%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; entre los pacientes que se encontraban en el Quintil IV 25 (92.6%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 8 (29.6%) pacientes tuvieron afectación de cadera, y 12 (44.4%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; mientras que entre los pacientes que se encontraban en el Quintil V 54 (88.5%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 17 (27.9%) pacientes tuvieron afectación de cadera, y 23 (37.7%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones. No fue posible realizar pruebas de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de las tablas de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizaron pruebas de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa para afectación de rodilla ($p=0.902$, IC_{99} : 0.895-0.910), cadera ($p=0.515$, IC_{99} : 0.502-0.527) y otras articulaciones ($p=0.334$, IC_{99} : 0.322-0.346). (Ver tabla y gráfica 75a)

Al comparar el Quintil de Ingresos Imputado por la herramienta Medición Simplificada del Nivel Socioeconómico (MSNSE) con la combinación de articulaciones afectadas, se observó que entre los pacientes que se encontraban en el Quintil I 1 (20.0%) pacientes tuvieron afectación únicamente de rodilla, 2 (40.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, y 2 (40.0%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; entre los pacientes que se encontraban en el Quintil II 5 (29.4%) pacientes tuvieron afectación únicamente de rodilla, 5 (29.4%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y de cadera, 4 (23.5%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, 1 (5.9%) pacientes tuvieron afectación de cadera y otras articulaciones, y 2 (11.8%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; entre los pacientes que se encontraban en el Quintil III 12 (33.3%) pacientes tuvieron afectación únicamente de rodilla, 1 (2.8%) pacientes tuvieron afectación únicamente de cadera, 4 (11.1%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y de cadera, 15 (41.7%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, 1 (2.8%) pacientes tuvieron afectación de cadera y otras articulaciones, y 3 (8.3%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; entre los pacientes que se encontraban en el Quintil IV 13 (48.1%) pacientes tuvieron afectación únicamente de rodilla, 1 (3.7%) pacientes tuvieron afectación únicamente de cadera, 1 (3.7%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y de cadera, 6 (22.2%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, 1 (3.7%) pacientes tuvieron afectación de cadera y otras articulaciones, y 5 (18.5%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; mientras que entre los pacientes que se encontraban en el Quintil V 30 (49.2%) pacientes tuvieron afectación únicamente de rodilla, 4 (6.6%) pacientes tuvieron afectación únicamente de cadera, 4 (6.6%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y de cadera, 14 (23.0%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, 3 (4.9%) pacientes tuvieron afectación de cadera y otras articulaciones, y 6 (9.8%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa ($p=0.378$, IC_{99} : 0.366-0.391). (Ver tabla y gráfica 75b)

Al comparar el Salario Base de Cotización expresado en términos de Salarios Mínimos Vigentes al año de registro (SMV) en rangos con las articulaciones afectadas, se observó que entre los pacientes con Salario Base de Cotización de <2 SMV 45 (91.8%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 15 (30.6%) pacientes tuvieron afectación de cadera y 25 (51.0%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; entre los pacientes con Salario Base de Cotización de 2-4 SMV 22 (91.7%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 6 (25.0%) pacientes tuvieron afectación de cadera y 7 (29.2%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones; mientras que entre los pacientes con Salario Base de Cotización de ≥ 4 SMV 58 (92.1%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, 20 (31.7%) pacientes tuvieron afectación de cadera y 27 (42.9%) pacientes tuvieron afectación de otras articulaciones. No fue posible realizar pruebas de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de las tablas de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizaron pruebas de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es no significativa para afectación de rodilla ($p=1.000$, IC_{99} : 1.000-1.000), cadera ($p=0.856$, IC_{99} : 0.847-0.865) y otras articulaciones ($p=0.203$, IC_{99} : 0.192-0.213). (Ver tabla y gráfica 76a)

Al comparar el Salario Base de Cotización expresado en términos de Salarios Mínimos Vigentes al año de registro (SMV) en rangos con la combinación de articulaciones afectadas, se observó que entre los pacientes con Salario Base de Cotización de <2 SMV 18 (36.7%) pacientes tuvieron afectación únicamente de rodilla, 1 (2.0%) pacientes tuvieron afectación únicamente de cadera, 5 (10.2%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y cadera, 16 (32.7%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, 3 (6.1%) pacientes tuvieron afectación de cadera y otras articulaciones, y 6 (12.2%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones; entre los pacientes con Salario Base de Cotización de 2-4 SMV 13 (54.2%) pacientes tuvieron afectación únicamente de rodilla, 1 (4.2%) pacientes tuvieron afectación únicamente de cadera, 3 (12.5%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y cadera, 5 (20.8%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, 1 (4.2%) pacientes tuvieron afectación de cadera y otras articulaciones, y 1 (4.2%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones; mientras que entre los pacientes con Salario Base de Cotización de ≥ 4 SMV 28 (44.4%) pacientes tuvieron afectación únicamente de rodilla, 3 (4.8%) pacientes tuvieron afectación únicamente de cadera, 5 (7.9%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y cadera, 15 (23.8%) pacientes tuvieron afectación de rodilla y otras articulaciones, 2 (3.2%) pacientes tuvieron afectación de cadera y otras articulaciones, y 10 (15.9%) pacientes tuvieron afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones. No fue posible realizar una prueba de χ^2 de Pearson debido a que más del 20% de las casillas de la tabla de contingencia tuvieron una frecuencia esperada menor o igual a 5, por lo que se realizó una prueba de Fisher-Freeman-Halton con aproximación de Monte Carlo con nivel de confianza de 99%, lo que mostró que la diferencia de frecuencias es estadísticamente significativa ($p=0.825$, IC_{99} : 0.815-0.834). (Ver tabla y gráfica 76b)

Análisis bi-variado entre variables socio-demográficas y variables de la enfermedad

Al comparar la edad en rangos con la puntuación WOMAC-Total y sus sub-componentes, se encontró que entre los pacientes de 40-59 años la media ($\pm D.E.$) de puntuación WOMAC-Total fue de 40.8 ± 20.8 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 9 ± 4.4 , WOMAC-Ri de 3.2 ± 2 , y WOMAC-Di de 28.6 ± 15.7 ; entre los pacientes de 60-79 años la media ($\pm D.E.$) de puntuación WOMAC-Total fue de 45 ± 20 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 9 ± 4.1 , WOMAC-Ri de 3.5 ± 1.9 , y WOMAC-Di de 32.6 ± 15.2 ; mientras que entre los pacientes de ≥ 80 años la media ($\pm D.E.$) de puntuación WOMAC-Total fue de 46.8 ± 21.5 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 8.5 ± 4.7 , WOMAC-Ri de 3.6 ± 2.4 , y WOMAC-Di de 34.8 ± 15.6 . Al aplicar pruebas p de Spearman se observó una correlación de 0.099 ($p=0.238$) para la puntuación WOMAC-To, -0.033 ($p=0.692$) para la puntuación WOMAC-Do, 0.035 ($p=0.675$) para la puntuación WOMAC-Ri, y 0.136 ($p=0.102$) para la puntuación WOMAC-Di, es decir que no hubo correlación significativa entre la edad en rangos y la puntuación WOMAC-Total ni ninguno de sus subcomponentes. (Ver tabla y gráficas 77a-77d)

Al comparar la edad en rangos con la puntuación AMICAL, se encontró que la media (\pm D.E.) de puntuación AMICAL entre los pacientes de 40-59 años fue de 230.2 ± 72.9 , entre los pacientes de 60-79 años fue de 235.3 ± 76.8 , mientras que entre los pacientes de ≥ 80 años fue de 236.9 ± 65.7 . Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de 0.038, es decir sin correlación o con correlación mínima, que resultó no significativa ($p=0.651$). (Ver tabla y gráfica 78)

Al comparar la edad en rangos con la puntuación HAQ-DI, se encontró que la media (\pm D.E.) de puntuación HAQ-DI entre los pacientes de 40-59 años fue de 1.1 ± 0.7 , entre los pacientes de 60-79 años fue de 1.3 ± 0.6 , mientras que entre los pacientes de ≥ 80 años fue de 1.5 ± 0.7 . Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de 0.154, es decir sin correlación o con correlación mínima, que resultó no significativa ($p=0.068$). (Ver tabla y gráfica 79)

Al comparar el sexo con la puntuación WOMAC-Total y sus sub-componentes, se encontró que entre los pacientes de sexo femenino la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 46.5 ± 20.9 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 9.5 ± 4.2 , WOMAC-Ri de 3.6 ± 2.1 , y WOMAC-Di de 33.4 ± 15.9 ; mientras que entre los pacientes de sexo masculino la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 37 ± 16.3 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 6.6 ± 3.5 , WOMAC-Ri de 2.8 ± 1.6 , y WOMAC-Di de 27.7 ± 12.5 . Al aplicar pruebas t de Student de dos colas, asumiendo varianzas diferentes para la puntuación WOMAC Total (F de Levene 5.030, $p=0.026$), y los subcomponentes WOMAC-Ri (F de Levene 3.237, $p=0.074$) y WOMAC-Di (F de Levene 5.717, $p=0.018$) y varianzas iguales para el subcomponente WOMAC-Do (F de Levene 2.190, $p=0.141$), se encontró que esta diferencia de medias fue significativa para la puntuación WOMAC total ($p=0.011$, diferencia de medias 9.5, $IC_{95\%}$: 2.3-16.7) y para los subcomponentes WOMAC-Do ($p=0.001$, diferencia de medias 3.0, $IC_{95\%}$: 1.3-4.6), WOMAC-Ri ($p=0.002$, diferencia de medias 0.8, $IC_{95\%}$: 0.1-1.6) y WOMAC-Di ($p=0.043$, diferencia de medias 5.7, $IC_{95\%}$: 0.2-11.2). (Ver tabla y gráficas 80a-80d)

Al comparar el sexo con la puntuación AMICAL, se encontró que la media (\pm D.E.) de puntuación AMICAL entre los pacientes de sexo femenino fue de 240 ± 74.5 , mientras que entre los pacientes de sexo masculino fue de 214.1 ± 68.9 . Al aplicar una prueba t de Student, asumiendo varianzas iguales (F de Levene 0.339, $p=0.561$), se encontró que esta diferencia de medias fue no significativa ($p=0.092$, diferencia de medias 25.9, $IC_{95\%}$: -4.3-56.0). (Ver tabla y gráfica 81)

Al comparar el sexo con la puntuación HAQ-DI, se encontró que la media (\pm D.E.) de puntuación HAQ-Di entre los pacientes de sexo femenino fue de 1.4 ± 0.7 , mientras que entre los pacientes de sexo masculino fue de 0.9 ± 0.6 . Al aplicar una prueba t de Student, asumiendo varianzas iguales (F de Levene 1.238, $p=0.262$), se encontró que esta diferencia de medias fue estadísticamente significativa ($p=0.003$, diferencia de medias 0.41, $IC_{95\%}$: 0.15-0.68). (Ver tabla y gráfica 82)

Al comparar el Índice de Masa Corporal (IMC) en rangos con la puntuación WOMAC-Total y sus subcomponentes, se encontró que entre los pacientes con IMC de 18.5-24.9 kg/m² la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 40.9 \pm 19.5, con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 7.7 \pm 4, WOMAC-Ri de 3.3 \pm 2, y WOMAC-Di de 29.9 \pm 14.7; entre los pacientes con IMC de 25-29.9 kg/m² la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 43.8 \pm 19.9, con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 9 \pm 4.2, WOMAC-Ri de 3.4 \pm 1.9, y WOMAC-Di de 31.4 \pm 15; entre los pacientes con IMC de 30-34.9 kg/m² la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 44 \pm 21.5, con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 8.6 \pm 4.3, WOMAC-Ri de 3.1 \pm 2.1, y WOMAC-Di de 32.3 \pm 16.6; entre los pacientes con IMC de 35-39.9 kg/m² la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 60.3 \pm 17.1, con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 12.6 \pm 2.9, WOMAC-Ri de 4.3 \pm 1.9, y WOMAC-Di de 43.4 \pm 13.4; mientras que entre los pacientes con IMC de \geq 40 kg/m² la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 58.8 \pm 18.5, con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 12.6 \pm 3.3, WOMAC-Ri de 5 \pm 1.7, y WOMAC-Di de 41.2 \pm 15.2. Al aplicar pruebas ρ de Spearman se observó una correlación de 0.147 ($p=0.077$) para la puntuación WOMAC-To, 0.209 ($p=0.012$) para la puntuación WOMAC-Do, 0.066 ($p=0.428$) para la puntuación WOMAC-Ri, y 0.128 ($p=0.124$) para la puntuación WOMAC-Di, es decir que hubo correlación débil pero estadísticamente significativa entre el IMC en rangos y el subcomponente WOMAC-Do, pero no hubo correlación significativa entre el IMC en rangos y la puntuación WOMAC-Total ni los subcomponentes WOMAC-Ri y WOMAC-Di. (Ver tabla y gráficas 83a-83d)

Al comparar el Índice de Masa Corporal (IMC) en rangos con la puntuación AMICAL, se encontró que la media (\pm D.E.) de puntuación AMICAL entre los pacientes con IMC de 18.5-24.9 fue de 220.4 \pm 66.1, entre los pacientes con IMC de 25-29.9 fue de 234.2 \pm 76.5, entre los pacientes con IMC de 30-34.9 fue de 233.8 \pm 72.5, entre los pacientes con IMC de 35-39.9 fue de 283.4 \pm 83, mientras que entre los pacientes con IMC de \geq 40 fue de 265.8 \pm 70.2. Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de 0.143, es decir sin correlación o con correlación mínima, que resultó no significativa ($p=0.087$). (Ver tabla y gráfica 84)

Al comparar el Índice de Masa Corporal (IMC) en rangos con la puntuación HAQ-DI, se encontró que la media (\pm D.E.) de puntuación HAQ-DI entre los pacientes con IMC de 18.5-24.9 fue de 1.26 \pm 0.77, entre los pacientes con IMC de 25-29.9 fue de 1.21 \pm 0.61, entre los pacientes con IMC de 30-34.9 fue de 1.21 \pm 0.64, entre los pacientes con IMC de 35-39.9 fue de 1.74 \pm 0.63, mientras que entre los pacientes con IMC de \geq 40 fue de 1.84 \pm 0.54. Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de 0.109, es decir sin correlación o con correlación mínima, que resultó no significativa ($p=0.195$). (Ver tabla y gráfica 85)

Al comparar el Índice Tabáquico (IT) en rangos con la puntuación WOMAC-Total y sus subcomponentes, se encontró que entre los pacientes con IT de 0 cajetillas-año (no fumadores) la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 46 \pm 20.4, con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 9.3 \pm 4.2, WOMAC-Ri de 3.4 \pm 2.1, y WOMAC-Di de 33.3 \pm 15.2; entre los pacientes con IT de 0.01-4.99 cajetillas-año la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 42.4 \pm 18.8, con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 8.6 \pm 4.1, WOMAC-Ri de 3.2 \pm 1.8, y WOMAC-Di de 30.6 \pm 14.2; entre los pacientes con IT de 5-9.99 cajetillas-año la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 54.9 \pm 24.1, con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 10 \pm 4.8, WOMAC-Ri de 4 \pm 2.4, y WOMAC-Di de 40.9 \pm 17.8; entre los pacientes con IT de 10-14.99 cajetillas-año la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 34.3 \pm 20.8, con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 7.5 \pm 4.4, WOMAC-Ri de 2.8 \pm 1.7, y WOMAC-Di de 24 \pm 17.2; mientras que entre los pacientes con IT de \geq 15 cajetillas-año la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 38.7 \pm 19.9, con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 7.4 \pm 3.9, WOMAC-Ri de 3.7 \pm 1.9, y WOMAC-Di de 27.6 \pm 15.9. Al aplicar pruebas ρ de Spearman se observó una correlación de -0.100 ($p=0.231$) para la puntuación WOMAC-To, -0.145 ($p=0.082$) para la puntuación WOMAC-Do, 0.019 ($p=0.821$) para la puntuación WOMAC-Ri, y -0.097 ($p=0.244$) para la puntuación WOMAC-Di, es decir que no hubo correlación significativa entre el Índice Tabáquico en rangos y la puntuación WOMAC-Total ni ninguno de sus subcomponentes. (Ver tabla y gráficas 86a-86d)

Al comparar el Índice Tabáquico (IT) en rangos con la puntuación AMICAL, se encontró que la media (\pm D.E.) de puntuación AMICAL entre los pacientes con IT de 0 cajetillas-año (no fumadores) fue de 241.1 ± 73.1 , entre los pacientes con IT de 0.01-4.99 cajetillas-año fue de 220.3 ± 63.1 , entre los pacientes con IT de 5-9.99 cajetillas-año fue de 255.1 ± 67.3 , entre los pacientes con IT de 10-14.99 cajetillas-año fue de 203.5 ± 125.8 , mientras que entre los pacientes con IT de ≥ 15 cajetillas-año fue de 219.9 ± 82.6 . Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de -0.130 , es decir sin correlación o con correlación mínima, que resultó no significativa ($p=0.121$). (Ver tabla y gráfica 87)

Al comparar el Índice Tabáquico (IT) en rangos con la puntuación HAQ-DI, se encontró que la media (\pm D.E.) de puntuación HAQ-DI entre los pacientes con IT de 0 cajetillas-año (no fumadores) fue de 1.37 ± 0.64 , entre los pacientes con IT de 0.01-4.99 cajetillas-año fue de 1.03 ± 0.73 , entre los pacientes con IT de 5-9.99 cajetillas-año fue de 1.63 ± 0.63 , entre los pacientes con IT de 10-14.99 cajetillas-año fue de 0.78 ± 0.56 , mientras que entre los pacientes con IT de ≥ 15 cajetillas-año fue de 1.06 ± 0.58 . Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de -0.181 , es decir con correlación mínima, que resultó estadísticamente significativa ($p=0.032$). (Ver tabla y gráfica 88)

Al comparar el diagnóstico de diabetes con la puntuación WOMAC-Total y sus sub-componentes, se encontró que entre los pacientes que sí tuvieron diagnóstico de diabetes la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 48.9 ± 20.2 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 9.5 ± 4.3 , WOMAC-Ri de 3.9 ± 2.2 , y WOMAC-Di de 35.5 ± 14.7 ; mientras que entre los pacientes que no tuvieron este diagnóstico la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 43 ± 20.3 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 8.7 ± 4.2 , WOMAC-Ri de 3.2 ± 1.9 , y WOMAC-Di de 31 ± 15.5 . Al aplicar pruebas t de Student de dos colas, asumiendo varianzas iguales para la puntuación WOMAC Total (F de Levene 0.000, $p=0.983$), y los subcomponentes WOMAC-Do (F de Levene 0.00, $p=0.988$), WOMAC-Ri (F de Levene 0.279, $p=0.598$) y WOMAC-Di (F de Levene 0.204, $p=0.693$), se encontró que esta diferencia de medias fue no significativa para la puntuación WOMAC total ($p=0.118$, diferencia de medias 5.9, IC₉₅: $-1.5-13.3$) y para los subcomponentes WOMAC-Do ($p=0.335$, diferencia de medias 0.8, IC₉₅: $-0.8-2.8$), WOMAC-Ri ($p=0.064$, diferencia de medias 0.7, IC₉₅: $-0.04-1.41$) y WOMAC-Di ($p=0.118$, diferencia de medias 4.4, IC₉₅: $-1.1-10.0$). (Ver tabla y gráficas 89a-89d)

Al comparar el diagnóstico de diabetes con la puntuación AMICAL, se encontró que la media (\pm D.E.) de puntuación AMICAL entre los pacientes que sí tuvieron diagnóstico de diabetes fue de 256.3 ± 72.6 , mientras que entre los pacientes que no tuvieron este diagnóstico fue de 226.2 ± 73 . Al aplicar una prueba t de Student, asumiendo varianzas iguales (F de Levene 0.320, $p=0.573$), se encontró que esta diferencia de medias fue estadísticamente significativa ($p=0.027$, diferencia de medias 30.1, IC₉₅: $3.5-56.7$). (Ver tabla y gráfica 90)

Al comparar el diagnóstico de diabetes con la puntuación HAQ-DI, se encontró que la media (\pm D.E.) de puntuación HAQ-DI entre los pacientes que sí tuvieron diagnóstico de diabetes fue de 1.36 ± 0.63 , mientras que entre los pacientes que no tuvieron este diagnóstico fue de 1.24 ± 0.68 . Al aplicar una prueba t de Student, asumiendo varianzas iguales (F de Levene 0.267, $p=0.606$), se encontró que esta diferencia de medias fue no significativa ($p=0.332$, diferencia de medias 0.12, IC₉₅: $-0.12-0.36$).

(Ver tabla y gráfica 91)

Al comparar el diagnóstico de hipertensión arterial con la puntuación WOMAC-Total y sus subcomponentes, se encontró que entre los pacientes que sí tuvieron diagnóstico de hipertensión arterial la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 47.4 ± 21 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 9.3 ± 4.3 , WOMAC-Ri de 3.6 ± 2.1 , y WOMAC-Di de 34.6 ± 16 ; mientras que entre los pacientes que no tuvieron este diagnóstico la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 41.7 ± 19.4 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 8.5 ± 4.1 , WOMAC-Ri de 3.3 ± 2 , y WOMAC-Di de 29.8 ± 14.4 . Al aplicar pruebas t de Student de dos colas, asumiendo varianzas iguales para la puntuación WOMAC Total (F de Levene 1.438, $p=0.232$), y los subcomponentes WOMAC-Do (F de Levene 0.757, $p=0.386$), WOMAC-Ri (F de Levene 0.000, $p=0.999$) y WOMAC-Di (F de Levene 1.273, $p=0.261$), se encontró que esta diferencia de medias fue no significativa para la puntuación WOMAC total ($p=0.091$, diferencia de medias 5.7, IC₉₅: -0.9-12.4) y para los subcomponentes WOMAC-Do ($p=0.294$, diferencia de medias 0.8, IC₉₅: -0.6-2.1), WOMAC-Ri ($p=0.438$, diferencia de medias 0.3, IC₉₅: -0.4-0.9) y WOMAC-Di ($p=0.065$, diferencia de medias 4.7, IC₉₅: -0.3-9.7). (Ver tabla y gráficas 92a-92d)

Al comparar el diagnóstico de hipertensión arterial con la puntuación AMICAL, se encontró que la media (\pm D.E.) de puntuación AMICAL entre los pacientes que sí tuvieron diagnóstico de hipertensión arterial fue de 246.7 ± 72.5 , mientras que entre los pacientes que no tuvieron este diagnóstico fue de 221.8 ± 73.7 . Al aplicar una prueba t de Student, asumiendo varianzas iguales (F de Levene 0.089, $p=0.766$), se encontró que esta diferencia de medias fue estadísticamente significativa ($p=0.043$, diferencia de medias 24.9, IC₉₅: 0.8-49.0). (Ver tabla y gráfica 93)

Al comparar el diagnóstico de hipertensión arterial con la puntuación HAQ-DI, se encontró que la media (\pm D.E.) de puntuación HAQ-DI entre los pacientes que sí tuvieron diagnóstico de hipertensión arterial fue de 1.39 ± 0.68 , mientras que entre los pacientes que no tuvieron este diagnóstico fue de 1.15 ± 0.63 . Al aplicar una prueba t de Student, asumiendo varianzas iguales (F de Levene 1.602, $p=0.208$), se encontró que esta diferencia de medias fue estadísticamente significativa ($p=0.036$, diferencia de medias 0.23, IC₉₅: 0.02-0.45). (Ver tabla y gráfica 94)

Al comparar la combinación de articulaciones afectadas con la puntuación WOMAC-Total y sus subcomponentes, se encontró que entre los pacientes con afectación únicamente de rodilla la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 35.7 ± 17.5 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 7.1 ± 3.5 , WOMAC-Ri de 3 ± 1.8 , y WOMAC-Di de 25.6 ± 13.2 ; entre los pacientes con afectación únicamente de cadera la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 46.5 ± 17.6 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 8.3 ± 4.8 , WOMAC-Ri de 2.5 ± 2.2 , y WOMAC-Di de 35.7 ± 12.2 ; entre los pacientes con afectación de rodilla y cadera la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 63.4 ± 15.3 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 12.6 ± 3.6 , WOMAC-Ri de 4.6 ± 2 , y WOMAC-Di de 46.1 ± 11 ; entre los pacientes con afectación rodilla y otras articulaciones la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 48.1 ± 19.6 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 9.5 ± 4.1 , WOMAC-Ri de 3.6 ± 1.8 , y WOMAC-Di de 35 ± 15.4 ; entre los pacientes con afectación de cadera y otras articulaciones la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 52.7 ± 17.2 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 9.3 ± 3.8 , WOMAC-Ri de 5 ± 1.8 , y WOMAC-Di de 38.3 ± 13.4 ; mientras que entre los pacientes con afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 49.6 ± 23 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 10.9 ± 4.5 , WOMAC-Ri de 3.7 ± 2.6 , y WOMAC-Di de 35.1 ± 17.1 . Las varianzas de los grupos fueron similares para la puntuación WOMAC-Total ($p=0.455$) y para los subcomponentes WOMAC-Do ($p=0.645$), WOMAC-Ri ($p=0.236$) y WOMAC-Di ($p=0.363$) por lo que fue posible realizar ANOVA para todos los sub-componentes, que mostró que estas diferencias de medias resultaron estadísticamente significativas para la puntuación WOMAC-Total ($p<0.0005$) y para los subcomponentes WOMAC-Do ($p<0.0005$), WOMAC-Ri ($p=0.020$) y WOMAC-Di ($p<0.0005$). (Ver tabla y gráfica 95a-95d)

El análisis post-hoc de Tukey mostró que en el caso de la puntuación WOMAC-Total estas diferencias se deben principalmente a las diferencias de medias entre los pacientes con afectación únicamente de rodilla y los pacientes con afectación de rodilla y cadera ($p < 0.0005$, diferencia de medias 27.7, IC_{95} : 11.7-43.7), y a las diferencias entre los pacientes con afectación únicamente de rodilla y los pacientes con afectación de rodilla y otras articulaciones ($p = 0.017$, diferencia de medias 12.4, IC_{95} : 1.4-23.4). En el caso del subcomponente WOMAC-Do las diferencias se deben principalmente a las diferencias de medias entre los pacientes con afectación únicamente de rodilla y los pacientes con afectación de rodilla y cadera ($p < 0.0005$, diferencia de medias 5.5, IC_{95} : 2.2-8.8), a las diferencias entre los pacientes con afectación únicamente de rodilla y los pacientes con afectación de rodilla y otras articulaciones ($p = 0.031$, diferencia de medias 2.4, IC_{95} : 0.1-4.7) y a las diferencias entre los pacientes con afectación únicamente de rodilla y los pacientes con afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones ($p < 0.0005$, diferencia de medias 3.8, IC_{95} : 0.8-6.8). En el caso del subcomponente WOMAC-Ri, ninguna diferencia entre pares de grupos alcanzó significancia estadística. Finalmente, en el caso del subcomponente WOMAC-Di, las diferencias se deben principalmente a las diferencias de medias entre los pacientes con afectación únicamente de rodilla y los pacientes con afectación de rodilla y cadera ($p < 0.0005$, diferencia de medias 20.6, IC_{95} : 8.4-32.7), y a las diferencias entre los pacientes con afectación únicamente de rodilla y los pacientes con afectación de rodilla y otras articulaciones ($p = 0.017$, diferencia de medias 9.4, IC_{95} : 1.1-17.8).

Al comparar la combinación de articulaciones afectadas con la puntuación AMICAL, se encontró que la media ($\pm D.E.$) de puntuación AMICAL entre los pacientes con afectación únicamente de rodilla fue de 202.1 ± 67.2 , entre los pacientes con afectación únicamente de cadera fue de 253.8 ± 54.4 , entre los pacientes con afectación de rodilla y cadera fue de 291.6 ± 54.1 , entre los pacientes con afectación de rodilla y otras articulaciones fue de 240 ± 76.3 , entre los pacientes con afectación de cadera y otras articulaciones fue de 277 ± 59.8 , mientras que entre los pacientes con afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones fue de 267.4 ± 66.2 . Las varianzas de los grupos fueron similares ($p = 0.751$), por lo que fue posible realizar ANOVA, que mostró que estas diferencias de medias resultaron estadísticamente significativas ($p < 0.0005$). El análisis post-hoc de Tukey mostró que estas diferencias se deben principalmente a las diferencias entre los pacientes con afectación únicamente de rodilla y los pacientes con afectación de rodilla y cadera ($p < 0.0005$, diferencia de medias 89.4, IC_{95} : 31.1-147.8), y a las diferencias entre los pacientes con afectación únicamente de rodilla y los pacientes con afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones ($p = 0.006$, diferencia de medias 65.3, IC_{95} : 12.5-118.2). (Ver tabla y gráfica 96)

Al comparar la combinación de articulaciones afectadas con la puntuación HAQ-DI, se encontró que la media ($\pm D.E.$) de puntuación HAQ-DI entre los pacientes con afectación únicamente de rodilla fue de 0.92 ± 0.55 , entre los pacientes con afectación únicamente de cadera fue de 1.46 ± 0.57 , entre los pacientes con afectación de rodilla y cadera fue de 1.88 ± 0.58 , entre los pacientes con afectación de rodilla y otras articulaciones fue de 1.49 ± 0.6 , entre los pacientes con afectación de cadera y otras articulaciones fue de 1.38 ± 0.61 , mientras que entre los pacientes con afectación de rodilla, cadera y otras articulaciones fue de 1.38 ± 0.73 . Las varianzas de los grupos fueron similares ($p = 0.635$), por lo que fue posible realizar ANOVA, que mostró que estas diferencias de medias resultaron no significativas ($p < 0.0005$). El análisis post-hoc de Tukey mostró que estas diferencias se deben principalmente a las diferencias entre los pacientes con afectación únicamente de rodilla y los pacientes con afectación de rodilla y cadera ($p < 0.0005$, diferencia de medias 0.96, IC_{95} : 0.44-1.5), y a las diferencias entre los pacientes con afectación únicamente de rodilla y los pacientes con afectación de rodilla y otras articulaciones ($p < 0.0005$, diferencia de medias 0.56, IC_{95} : 0.21-0.91). (Ver tabla y gráfica 97)

Al comparar la escolaridad con la puntuación WOMAC-Total y sus sub-componentes, se encontró que entre los pacientes con escolaridad Menor a Primaria la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 57 ± 21 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 11.3 ± 4.8 , WOMAC-Ri de 4.6 ± 2.4 , y WOMAC-Di de 41 ± 15 ; entre los pacientes con escolaridad de Primaria la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 41.9 ± 17.3 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 7.8 ± 3.7 , WOMAC-Ri de 2.7 ± 1.5 , y WOMAC-Di de 31.5 ± 13.8 ; entre los pacientes con escolaridad de Secundaria la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 42.6 ± 18.1 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 8.6 ± 3.7 , WOMAC-Ri de 3.2 ± 1.8 , y WOMAC-Di de 30.9 ± 13.5 ; entre los pacientes con escolaridad de Bachillerato la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 43.7 ± 20.9 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 9.2 ± 4.3 , WOMAC-Ri de 3.6 ± 1.9 , y WOMAC-Di de 30.9 ± 15.9 ; entre los pacientes con escolaridad de Licenciatura la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 40.4 ± 20.8 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 8 ± 3.7 , WOMAC-Ri de 3.1 ± 1.8 , y WOMAC-Di de 29.3 ± 16.8 ; mientras que entre los pacientes con escolaridad de Posgrado la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 30 ± 24.3 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 6.5 ± 5.1 , WOMAC-Ri de 3 ± 2.9 , y WOMAC-Di de 20.5 ± 17.2 . Al aplicar pruebas ρ de Spearman se observó una correlación de -0.224 ($p=0.007$) para la puntuación WOMAC-To, -0.141 ($p=0.091$) para la puntuación WOMAC-Do, -0.081 ($p=0.331$) para la puntuación WOMAC-Ri, y -0.245 ($p=0.003$) para la puntuación WOMAC-Di, es decir que hubo una correlación negativa débil pero estadísticamente significativa entre la escolaridad y la puntuación WOMAC-Total y el subcomponente WOMAC-DI, pero no significativa entre la escolaridad y los subcomponentes WOMAC-Do y WOMAC-Ri. (Ver tabla y gráficas 98a-98d)

Al comparar la escolaridad con la puntuación AMICAL, se encontró que la media (\pm D.E.) de puntuación AMICAL entre los pacientes con escolaridad Menor a Primaria fue de 276.4 ± 65 , entre los pacientes con escolaridad de Primaria fue de 246.7 ± 61.1 , entre los pacientes con escolaridad de Secundaria fue de 228.3 ± 66.4 , entre los pacientes con escolaridad de Bachillerato fue de 225.3 ± 82.1 , entre los pacientes con escolaridad de Licenciatura fue de 204.4 ± 76.8 , mientras que entre los pacientes con escolaridad de Posgrado fue de 158.3 ± 42.4 . Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de -0.313 , es decir con correlación negativa débil, que resultó estadísticamente significativa ($p<0.0005$). (Ver tabla y gráfica 99)

Al comparar la escolaridad con la puntuación HAQ-DI, se encontró que la media (\pm D.E.) de puntuación HAQ-DI entre los pacientes con escolaridad Menor a Primaria fue de 1.48 ± 0.62 , entre los pacientes con escolaridad de Primaria fue de 1.41 ± 0.64 , entre los pacientes con escolaridad de Secundaria fue de 1.28 ± 0.74 , entre los pacientes con escolaridad de Bachillerato fue de 1.2 ± 0.63 , entre los pacientes con escolaridad de Licenciatura fue de 1.05 ± 0.64 , mientras que entre los pacientes con escolaridad de Posgrado fue de 0.63 ± 0.52 . Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de -0.247 , es decir con correlación negativa débil, que resultó estadísticamente significativa ($p=0.003$). (Ver tabla y gráfica 100)

Al comparar el tipo de ocupación con la puntuación WOMAC-Total y sus sub-componentes, se encontró que entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo Manual la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 48.7 ± 20.3 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 9.6 ± 4.4 , WOMAC-Ri de 3.8 ± 2.1 , y WOMAC-Di de 35.4 ± 15.2 ; entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Subordinado) la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 44.6 ± 19.9 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 9.2 ± 4 , WOMAC-Ri de 3.4 ± 1.8 , y WOMAC-Di de 32 ± 15.3 ; entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 36.3 ± 19.3 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 7.3 ± 4 , WOMAC-Ri de 3 ± 2 , y WOMAC-Di de 26 ± 15 ; mientras que entre los pacientes con tipo de ocupación Hogar la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 42.1 ± 20.4 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 8.5 ± 3.8 , WOMAC-Ri de 3 ± 2.2 , y WOMAC-Di de 30.5 ± 15.4 . Las varianzas de los grupos fueron similares para la puntuación WOMAC-Total ($p=0.897$) y para los subcomponentes WOMAC-Do ($p=0.790$), WOMAC-Ri ($p=0.783$) y WOMAC-Di ($p=0.951$) por lo que fue posible realizar ANOVA para todos los sub-componentes, que mostró que estas diferencias de medias resultaron no significativas para la puntuación WOMAC-Total ($p=0.079$) y para los subcomponentes WOMAC-Do ($p=0.152$), WOMAC-Ri ($p=0.297$) y WOMAC-Di ($p=0.083$). (Ver tabla y gráfica 101a-101d)

Al comparar el tipo de ocupación con la puntuación AMICAL, se encontró que la media (\pm D.E.) de puntuación AMICAL entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo Manual fue de 252.7 ± 69.2 , entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Subordinado) fue de 234.9 ± 79.8 , entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) fue de 185.6 ± 65.5 , mientras que entre los pacientes con tipo de ocupación Hogar fue de 232.2 ± 71 . Las varianzas de los grupos fueron similares ($p=0.552$) por lo que fue posible realizar ANOVA, que mostró que estas diferencias de medias fueron estadísticamente significativas ($p=0.004$). El análisis post-hoc de Tukey mostró que estas diferencias se deben principalmente a la diferencia de medias entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo Manual y los pacientes con tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) ($p=0.001$, diferencia de medias 67.2, IC₉₅: 20.7-113.7). (Ver tabla y gráfica 102)

Al comparar el tipo de ocupación con la puntuación HAQ-DI, se encontró que la media (\pm D.E.) de puntuación HAQ-DI entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo Manual fue de 1.4 ± 0.66 , entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Subordinado) fue de 1.25 ± 0.63 , entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) fue de 0.91 ± 0.45 , mientras que entre los pacientes con tipo de ocupación Hogar fue de 1.33 ± 0.77 . Las varianzas de los grupos fueron diferentes ($p=0.055$) por lo que no fue posible realizar ANOVA por lo que se realizó una prueba de Kruskal-Wallis que mostró que estas diferencias de medias fueron estadísticamente significativas ($p=0.018$). Para el análisis post-hoc se realizaron pruebas de pares de Dunn con corrección de Bonferroni, las cuales mostraron una diferencia estadísticamente significativa de puntuaciones HAQ-DI entre los pacientes con tipo de ocupación Trabajo Manual y los pacientes con tipo de ocupación Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) ($p=0.011$), no así entre las otras parejas de grupos. (Ver tabla y gráfica 103)

Al comparar la escolaridad del padre con la puntuación WOMAC-Total y sus sub-componentes, se encontró que entre los pacientes con escolaridad del padre Menor a Primaria la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 44.7 ± 19.8 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 8.6 ± 4.3 , WOMAC-Ri de 3.6 ± 2.1 , y WOMAC-Di de 32.6 ± 14.5 ; entre los pacientes con escolaridad del padre de Primaria la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 45 ± 19.8 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 9.2 ± 4 , WOMAC-Ri de 3.2 ± 1.8 , y WOMAC-Di de 32.6 ± 15.1 ; entre los pacientes con escolaridad del padre de Secundaria la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 46.9 ± 19.2 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 10 ± 3.4 , WOMAC-Ri de 2.9 ± 2.4 , y WOMAC-Di de 34 ± 15.7 ; entre los pacientes con escolaridad del padre de Bachillerato la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 45.7 ± 23.2 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 7.9 ± 5.1 , WOMAC-Ri de 4.1 ± 1.8 , y WOMAC-Di de 33.7 ± 17.8 ; entre los pacientes con escolaridad del padre de Licenciatura la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 41.1 ± 26.7 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 8.8 ± 5.1 , WOMAC-Ri de 3.7 ± 2.5 , y WOMAC-Di de 28.5 ± 20 ; mientras que entre los pacientes con escolaridad del padre de Posgrado la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 14.5 ± 0.7 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 4.5 ± 2.1 , WOMAC-Ri de 2 ± 1.4 , y WOMAC-Di de 8 ± 4.2 . Al aplicar pruebas ρ de Spearman se observó una correlación de -0.070 ($p=0.423$) para la puntuación WOMAC-To, 0.010 ($p=0.906$) para la puntuación WOMAC-Do, -0.027 ($p=0.758$) para la puntuación WOMAC-Ri, y -0.089 ($p=0.305$) para la puntuación WOMAC-Di, es decir que no hubo correlación estadísticamente significativa entre la escolaridad del padre y la puntuación WOMAC-Total ni ninguno de sus subcomponentes. (Ver tabla y gráficas 104a-104d)

Al comparar la escolaridad del padre con la puntuación AMICAL, se encontró que la media (\pm D.E.) de puntuación AMICAL entre los pacientes con escolaridad del padre Menor a Primaria fue de 246.6 ± 69.6 ; entre los pacientes con escolaridad del padre de Primaria fue de 234.9 ± 70.5 ; entre los pacientes con escolaridad del padre de Secundaria fue de 227.1 ± 66.2 ; entre los pacientes con escolaridad del padre de Bachillerato fue de 239.7 ± 106.9 ; entre los pacientes con escolaridad del padre de Licenciatura fue de 195.3 ± 71.2 ; mientras que entre los pacientes con escolaridad del padre de Posgrado fue de 139.5 ± 14.8 . Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de -0.179 , es decir con correlación negativa débil, que resultó estadísticamente significativa ($p=0.039$). (Ver tabla y gráfica 105)

Al comparar la escolaridad del padre con la puntuación HAQ-DI, se encontró que la media (\pm D.E.) de puntuación HAQ-DI entre los pacientes con escolaridad del padre Menor a Primaria fue de 1.26 ± 0.6 ; entre los pacientes con escolaridad del padre de Primaria fue de 1.41 ± 0.72 ; entre los pacientes con escolaridad del padre de Secundaria fue de 1.2 ± 0.54 ; entre los pacientes con escolaridad del padre de Bachillerato fue de 1.42 ± 0.85 ; entre los pacientes con escolaridad del padre de Licenciatura fue de 0.85 ± 0.61 ; mientras que entre los pacientes con escolaridad del padre de Posgrado fue de 0.69 ± 0.62 . Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de -0.078 , es decir sin correlación o con correlación mínima, que resultó no significativa ($p=0.375$). (Ver tabla y gráfica 106)

Al comparar la escolaridad de la madre con la puntuación WOMAC-Total y sus sub-componentes, se encontró que entre los pacientes con escolaridad de la madre Menor a Primaria la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 45.4 ± 20.3 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 8.7 ± 4.2 , WOMAC-Ri de 3.6 ± 2.2 , y WOMAC-Di de 33.2 ± 15 ; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Primaria la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 46.5 ± 20.1 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 9.3 ± 4.2 , WOMAC-Ri de 3.5 ± 1.8 , y WOMAC-Di de 33.7 ± 15.3 ; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Secundaria la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 37.6 ± 12.7 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 9.1 ± 4 , WOMAC-Ri de 1.4 ± 0.8 , y WOMAC-Di de 27 ± 9.8 ; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Bachillerato la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 37 ± 21.6 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 7.9 ± 4.3 , WOMAC-Ri de 3.8 ± 1.8 , y WOMAC-Di de 25.3 ± 16.9 ; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Licenciatura la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 33.3 ± 28.4 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 8.3 ± 4.9 , WOMAC-Ri de 3 ± 3 , y WOMAC-Di de 22 ± 21.4 ; mientras que sólo un paciente tuvo escolaridad de la madre de Posgrado con puntuación WOMAC-Total de 15, con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 3, WOMAC-Ri de 1, y WOMAC-Di de 11. Al aplicar pruebas ρ de Spearman se observó una correlación de -0.124 ($p=0.144$) para la puntuación WOMAC-To, -0.023 ($p=0.787$) para la puntuación WOMAC-Do, -0.073 ($p=0.394$) para la puntuación WOMAC-Ri, y -0.145 ($p=0.087$) para la puntuación WOMAC-Di, es decir que no hubo correlación estadísticamente significativa entre la escolaridad de la madre y la puntuación WOMAC-Total ni ninguno de sus subcomponentes. (Ver tabla y gráficas 107a-107d)

Al comparar la escolaridad de la madre con la puntuación AMICAL, se encontró que la media (\pm D.E.) de puntuación AMICAL entre los pacientes con escolaridad de la madre Menor a Primaria fue de 245.4 ± 68.8 ; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Primaria fue de 237.4 ± 69.8 ; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Secundaria fue de 187.4 ± 91.5 ; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Bachillerato fue de 204.1 ± 88 ; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Licenciatura fue de 179.7 ± 26.8 ; mientras que sólo un paciente tuvo escolaridad de la madre de Posgrado, con puntuación AMICAL de 129. Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de -0.203 , es decir con correlación negativa débil, que resultó estadísticamente significativa ($p=0.017$). (Ver tabla y gráfica 108)

Al comparar la escolaridad de la madre con la puntuación HAQ-DI, se encontró que la media (\pm D.E.) de puntuación HAQ-DI entre los pacientes con escolaridad de la madre Menor a Primaria fue de 1.28 ± 0.64 ; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Primaria fue de 1.36 ± 0.66 ; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Secundaria fue de 1.02 ± 0.56 ; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Bachillerato fue de 0.94 ± 0.76 ; entre los pacientes con escolaridad de la madre de Licenciatura fue de 1.04 ± 0.26 ; mientras que sólo un paciente tuvo escolaridad de la madre de Posgrado, con puntuación HAQ-DI de 0.25. Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de -0.105 , es decir sin correlación o con correlación mínima, que resultó no significativa ($p=0.221$). (Ver tabla y gráfica 109)

Al comparar el tipo de ocupación del padre con la puntuación WOMAC-Total y sus sub-componentes, se encontró que entre los pacientes con tipo de ocupación del padre Trabajo Manual la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 45.6 ± 20.1 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 9 ± 4.2 , WOMAC-Ri de 3.4 ± 2 , y WOMAC-Di de 33.2 ± 15.1 ; entre los pacientes con tipo de ocupación del padre Trabajo de Oficina (Subordinado) la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 43.1 ± 21.4 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 8.7 ± 4.1 , WOMAC-Ri de 3.6 ± 1.7 , y WOMAC-Di de 30.8 ± 16.3 ; mientras que entre los pacientes con tipo de ocupación del padre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 40.8 ± 20.7 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 8.8 ± 4.1 , WOMAC-Ri de 3.7 ± 2.1 , y WOMAC-Di de 28.4 ± 15.7 . Las varianzas de los grupos fueron similares para la puntuación WOMAC-Total ($p=0.971$) y para los subcomponentes WOMAC-Do ($p=0.892$), WOMAC-Ri ($p=0.939$) y WOMAC-Di ($p=0.969$) por lo que fue posible realizar ANOVA para todos los sub-componentes, que mostró que estas diferencias de medias resultaron no significativas para la puntuación WOMAC-Total ($p=0.598$) y para los subcomponentes WOMAC-Do ($p=0.936$), WOMAC-Ri ($p=0.884$) y WOMAC-Di ($p=0.421$). (Ver tabla y gráfica 110a-110d)

Al comparar el tipo de ocupación del padre con la puntuación AMICAL, se encontró que la media (\pm D.E.) de puntuación AMICAL entre los pacientes con tipo de ocupación del padre Trabajo Manual fue de 239.8 ± 69 , entre los pacientes con tipo de ocupación del padre Trabajo de Oficina (Subordinado) fue de 237.5 ± 81.3 , mientras que entre los pacientes con tipo de ocupación del padre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) fue de 200.3 ± 77.2 . Las varianzas de los grupos fueron similares ($p=0.555$), por lo que fue posible realizar ANOVA, que mostró que estas diferencias de medias resultaron no significativas ($p=0.085$). (Ver tabla y gráfica 111)

Al comparar el tipo de ocupación del padre con la puntuación HAQ-DI, se encontró que la media (\pm D.E.) de puntuación HAQ-DI entre los pacientes con tipo de ocupación del padre Trabajo Manual fue de 1.32 ± 0.64 , entre los pacientes con tipo de ocupación del padre Trabajo de Oficina (Subordinado) fue de 1.39 ± 0.95 , mientras que entre los pacientes con tipo de ocupación del padre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) fue de 1.01 ± 0.55 . Las varianzas de los grupos fueron diferentes ($p=0.007$) por lo que no fue posible realizar ANOVA, por lo que se realizó una prueba de Kruskal-Wallis que mostró que estas diferencias de medias fueron no significativas ($p=0.103$). (Ver tabla y gráfica 112)

Al comparar el tipo de ocupación de la madre con la puntuación WOMAC-Total y sus sub-componentes, se encontró que entre los pacientes con tipo de ocupación de la madre Trabajo Manual la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 43.4 ± 18.6 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 9.1 ± 4.1 , WOMAC-Ri de 3.1 ± 1.9 , y WOMAC-Di de 31.2 ± 13.6 ; entre los pacientes con tipo de ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Subordinado) la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 34.2 ± 20.2 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 7.6 ± 4 , WOMAC-Ri de 3.4 ± 2.4 , y WOMAC-Di de 23.2 ± 15 ; entre los pacientes con tipo de ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 26.8 ± 9.6 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 6.5 ± 1 , WOMAC-Ri de 2.8 ± 0.5 , y WOMAC-Di de 17.5 ± 9.5 ; mientras que entre los pacientes con tipo de ocupación de la madre Hogar la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 46.9 ± 20.6 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 9.1 ± 4.4 , WOMAC-Ri de 3.6 ± 2.1 , y WOMAC-Di de 34.2 ± 15.6 . Las varianzas de los grupos fueron similares para la puntuación WOMAC-Total ($p=0.277$) y para los subcomponentes WOMAC-Do ($p=0.159$), WOMAC-Ri ($p=0.088$) y WOMAC-Di ($p=0.331$) por lo que fue posible realizar ANOVA para todos los sub-componentes, que mostró que estas diferencias de medias resultaron estadísticamente significativas para el subcomponente WOMAC-Di ($p=0.034$), pero no significativas para la puntuación WOMAC-Total ($p=0.077$) y para los subcomponentes WOMAC-Do ($p=0.475$) y WOMAC-Ri ($p=0.636$). En el análisis post-hoc de Tukey para diferencias en puntuaciones WOMAC-Di, ninguna pareja de categorías tuvo diferencias estadísticamente significativas. (Ver tabla y gráfica 113)

Al comparar el tipo de ocupación de la madre con la puntuación AMICAL, se encontró que la media (\pm D.E.) de puntuación AMICAL entre los pacientes con tipo de ocupación de la madre Trabajo Manual fue de 243.6 ± 67.1 , entre los pacientes con tipo de ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Subordinado) fue de 188.8 ± 71.5 , entre los pacientes con tipo de ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) fue de 143.3 ± 30.9 , mientras que entre los pacientes con tipo de ocupación de la madre Hogar fue de 240 ± 72.1 . Las varianzas de los grupos fueron similares ($p=0.395$), por lo que fue posible realizar ANOVA, que mostró que estas diferencias de medias resultaron estadísticamente significativas ($p=0.010$). El análisis post-hoc de Tukey mostró que estas diferencias se debieron principalmente a las diferencias entre los pacientes con tipo de ocupación de la madre Trabajo Manual y los pacientes con tipo de ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) ($p=0.037$, diferencia de medias 100.4, IC₉₅: 4.2-196.5) y entre los pacientes con tipo de ocupación de la madre Hogar y los pacientes con tipo de ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) ($p=0.039$, diferencia de medias 96.8, IC₉₅: 3.6-189.9). (Ver tabla y gráfica 114)

Al comparar el tipo de ocupación de la madre con la puntuación HAQ-DI, se encontró que la media (\pm D.E.) de puntuación HAQ-DI entre los pacientes con tipo de ocupación de la madre Trabajo Manual fue de 1.2 ± 0.66 , entre los pacientes con tipo de ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Subordinado) fue de 0.97 ± 0.95 , entre los pacientes con tipo de ocupación de la madre Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) fue de 1.16 ± 0.33 , mientras que entre los pacientes con tipo de ocupación de la madre Hogar fue de 1.33 ± 0.63 . Las varianzas de los grupos fueron similares ($p=0.074$), por lo que fue posible realizar ANOVA, que mostró que estas diferencias de medias resultaron no significativas ($p=0.386$). (Ver tabla y gráfica 115)

Al comparar el Quintil Imputado de Ingresos por la herramienta Medición Simplificada del Nivel Socioeconómico (MSNSE) con la puntuación WOMAC-Total y sus sub-componentes, se encontró que entre los pacientes que se encontraron en el Quintil I la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 53.8 ± 14.9 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 11.4 ± 2.9 , WOMAC-Ri de 3.2 ± 1.1 , y WOMAC-Di de 39.2 ± 13.4 ; entre los pacientes que se encontraron en el Quintil II la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 59.5 ± 22 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 10.9 ± 4.7 , WOMAC-Ri de 4.4 ± 2.2 , y WOMAC-Di de 44.1 ± 16.6 ; entre los pacientes que se encontraron en el Quintil III la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 49 ± 17.8 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 9.6 ± 4.5 , WOMAC-Ri de 4.2 ± 1.9 , y WOMAC-Di de 35.2 ± 12.5 ; entre los pacientes que se encontraron en el Quintil IV la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 43.6 ± 21.5 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 9 ± 4.1 , WOMAC-Ri de 3.3 ± 2.3 , y WOMAC-Di de 31.3 ± 16.3 ; mientras que entre los pacientes que se encontraron en el Quintil V la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 37.9 ± 18.7 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 7.7 ± 3.8 , WOMAC-Ri de 2.8 ± 1.8 , y WOMAC-Di de 27.3 ± 14.5 . Al aplicar pruebas ρ de Spearman se observó una correlación de -0.354 ($p<0.0005$) para la puntuación WOMAC-To, -0.283 ($p=0.001$) para la puntuación WOMAC-Do, -0.273 ($p=0.001$) para la puntuación WOMAC-Ri, y -0.348 ($p<0.0005$) para la puntuación WOMAC-Di, es decir que hubo una correlación negativa débil a moderada, estadísticamente significativa, entre el Quintil Imputado de Ingresos y la puntuación WOMAC-Total y todos sus subcomponentes. (Ver tabla y gráficas 116a-116d)

Al comparar el Quintil Imputado de Ingresos por la herramienta Medición Simplificada del Nivel Socioeconómico (MSNSE) con la puntuación AMICAL, se encontró que la media (\pm D.E.) de puntuación AMICAL entre los pacientes que se encontraron en el Quintil I fue de 277.6 ± 41.7 , entre los pacientes que se encontraron en el Quintil II fue de 282.3 ± 85.3 , entre los pacientes que se encontraron en el Quintil III fue de 250 ± 61.1 , entre los pacientes que se encontraron en el Quintil IV fue de 237.3 ± 70.8 , entre los pacientes que se encontraron en el Quintil V fue de 208.3 ± 72.2 . Al aplicar una prueba de ρ de Spearman, se observó una correlación de -0.362 , es decir con correlación negativa débil a moderada, que resultó estadísticamente significativa ($p<0.0005$). (Ver tabla y gráfica 117)

Al comparar el Quintil Imputado de Ingresos por la herramienta Medición Simplificada del Nivel Socioeconómico (MSNSE) con la puntuación HAQ-DI, se encontró que la media (\pm D.E.) de puntuación HAQ-DI entre los pacientes que se encontraron en el Quintil I fue de 1.63 ± 0.45 , entre los pacientes que se encontraron en el Quintil II fue de 1.64 ± 0.72 , entre los pacientes que se encontraron en el Quintil III fue de 1.41 ± 0.55 , entre los pacientes que se encontraron en el Quintil IV fue de 1.32 ± 0.64 , entre los pacientes que se encontraron en el Quintil V fue de 1.04 ± 0.67 . Al aplicar una prueba de p de Spearman, se observó una correlación de -0.335 , es decir con correlación negativa débil a moderada, que resultó estadísticamente significativa ($p<0.0005$). (Ver tabla y gráfica 118)

Al comparar el Salario Base de Cotización expresado en términos de Salarios Mínimos Vigentes al año de registro (SMV) con la puntuación WOMAC-Total y sus sub-componentes, se encontró que entre los pacientes con Salario Base de Cotización de <2 SMV la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 44.2 ± 20.9 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 8.8 ± 4.4 , WOMAC-Ri de 3.5 ± 2.1 , y WOMAC-Di de 32 ± 15.9 ; entre los pacientes con Salario Base de Cotización de $2-4$ SMV la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 42.1 ± 19.6 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 8.5 ± 3.9 , WOMAC-Ri de 3.3 ± 1.6 , y WOMAC-Di de 30.3 ± 15 ; mientras que entre los pacientes con Salario Base de Cotización de ≥ 4 SMV la media (\pm D.E.) de puntuación WOMAC-Total fue de 43.8 ± 20.6 , con puntuaciones de los subcomponentes WOMAC-Do de 8.8 ± 4.3 , WOMAC-Ri de 3.5 ± 2.1 , y WOMAC-Di de 31.5 ± 15.2 . Al aplicar pruebas p de Spearman se observó una correlación de -0.020 ($p=0.821$) para la puntuación WOMAC-To, 0.011 ($p=0.895$) para la puntuación WOMAC-Do, -0.023 ($p=0.791$) para la puntuación WOMAC-Ri, y -0.030 ($p=0.731$) para la puntuación WOMAC-Di, es decir que hubo no hubo correlación estadísticamente significativa, entre el Quintil Imputado de Ingresos y la puntuación WOMAC-Total ni ninguno de sus subcomponentes.

(Ver tabla y gráficas 119a-119d)

Al comparar el Salario Base de Cotización expresado en términos de Salarios Mínimos Vigentes al año de registro (SMV) con la puntuación AMICAL, se encontró que la media (\pm D.E.) de puntuación AMICAL entre los pacientes con Salario Base de Cotización de <2 SMV fue de 236.7 ± 68.3 , entre los pacientes con Salario Base de Cotización de $2-4$ SMV fue de 228.3 ± 83.2 , mientras que entre los pacientes con Salario Base de Cotización de ≥ 4 SMV fue de 229 ± 74.1 . Al aplicar una prueba de p de Spearman, se observó una correlación de -0.050 , es decir sin correlación o con correlación mínima, que resultó no significativa ($p=0.566$). (Ver tabla y gráfica 120)

Al comparar el Salario Base de Cotización expresado en términos de Salarios Mínimos Vigentes al año de registro (SMV) con la puntuación HAQ-DI, se encontró que la media (\pm D.E.) de puntuación HAQ-DI entre los pacientes con Salario Base de Cotización de <2 SMV fue de 1.22 ± 0.69 , entre los pacientes con Salario Base de Cotización de $2-4$ SMV fue de 1.28 ± 0.73 , mientras que entre los pacientes con Salario Base de Cotización de ≥ 4 SMV fue de 1.21 ± 0.61 . Al aplicar una prueba de p de Spearman, se observó una correlación de 0.016 , es decir sin correlación o con correlación mínima, que resultó no significativa ($p=0.858$). (Ver tabla y gráfica 121)

Resumen de Resultados

La tabla 122 muestra las características de la población estudiada. Como puede verse, la edad media fue de 69.4 años, 80.1% de los pacientes fueron de sexo femenino, el rango de Índice de Masa Corporal más común fue $25-29.9$ kg/m², 63.7% de los pacientes tuvieron Índice Tabáquico de 0, 28.1% y 52.1% tuvieron diagnóstico de Diabetes o Hipertensión Arterial, respectivamente, el grado de escolaridad más común fue bachillerato, el tipo de ocupación más común fue trabajo manual, 60.3% de los pacientes se encontró entre los quintiles de ingresos IV y V, 46% de los pacientes tenía un Salario Base de Cotización ≥ 4 Salarios Mínimos Vigentes al año de registro, el grado de escolaridad del padre más común fue de Primaria, el grado de escolaridad de la madre más común fue Menor a Primaria, el tipo de ocupación del padre más común fue Trabajo Manual y el tipo de ocupación de la madre más común fue Hogar.

La tabla 123 muestra la asociación entre las variables confusoras y los puntajes WOMAC, AMICAL y HAQ-DI. Hubo diferencias estadísticamente significativas entre pacientes del sexo femenino y masculino en los puntajes WOMAC y todos sus subcomponentes, así como en los puntajes HAQ-DI. No hubo correlación entre la edad y ninguno de los puntajes, mientras que el Índice de Masa Corporal sólo mostró correlación significativa con el sub-componente WOMAC-Dolor. Por otro lado, el Índice Tabáquico sólo se asoció de forma significativa con el puntaje HAQ-DI, y esto de forma negativa (es decir que a mayor Índice Tabáquico, menor grado de discapacidad). El diagnóstico de diabetes se asoció significativamente con puntajes AMICAL más altos, mientras que el diagnóstico de hipertensión arterial se asoció significativamente con puntajes AMICAL y HAQ-DI más altos. Finalmente, hubo diferencias estadísticamente significativas en los puntajes WOMAC y todos sus subcomponentes, así como en los puntajes AMICAL y HAQ-DI, dependiendo de la combinación de articulaciones afectadas.

La tabla 124 muestra la asociación entre las variables de nivel socioeconómico actual y los puntajes WOMAC, AMICAL y HAQ-DI. Hubo una correlación estadísticamente significativa entre la escolaridad y el puntaje WOMAC y el sub-componente WOMAC-Discapacidad, así como con las puntuaciones AMICAL y HAQ-DI. De igual manera, hubo diferencias estadísticamente significativas en los puntajes AMICAL y HAQ-DI dependiendo del tipo de ocupación. El Quintil Imputado de Ingresos se correlacionó significativamente con los puntajes WOMAC y todos sus sub-componentes, así como con los puntajes AMICAL y HAQ-DI. Finalmente, el Salario Base de Cotización no mostró correlación estadísticamente significativa con ninguno de los puntajes.

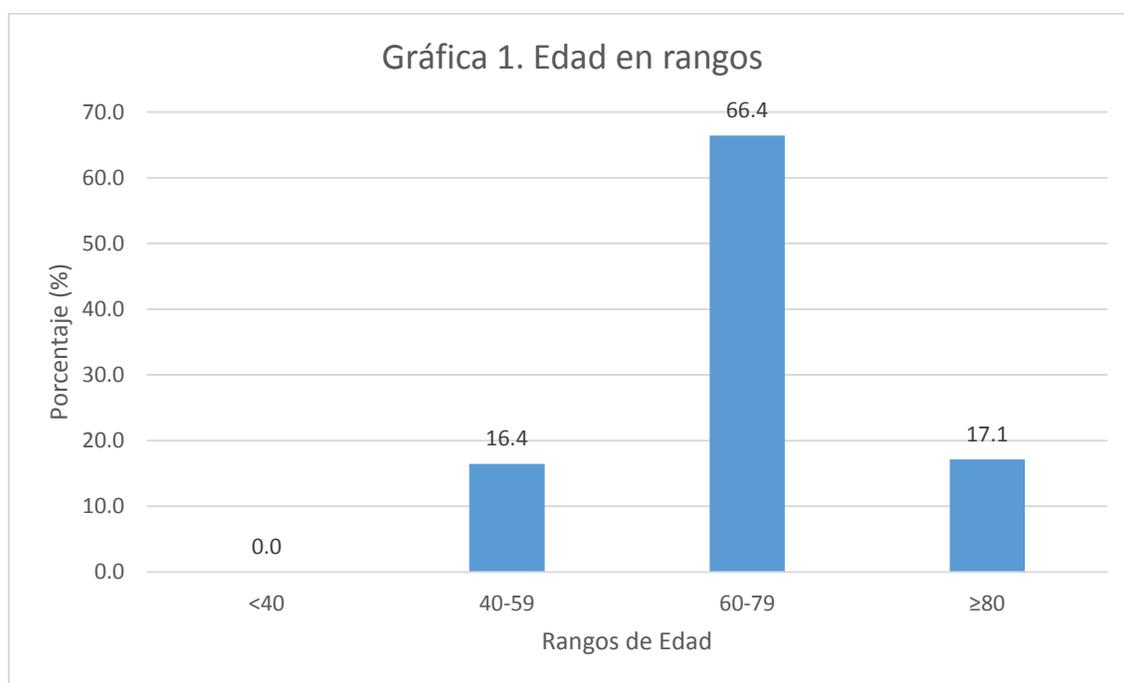
La tabla 125 muestra la asociación entre las variables de nivel socioeconómico en la infancia y los puntajes WOMAC, AMICAL y HAQ-DI. Hubo una relación estadísticamente significativa entre la escolaridad tanto del padre como de la madre con la puntuación AMICAL, mas no con las otras puntuaciones. No hubo diferencias significativas en ninguna de las puntuaciones dependiendo de la ocupación del padre, mientras que sí las hubo en las puntuaciones AMICAL y el sub-componente WOMAC-Discapacidad dependiendo de la ocupación de la madre.

Finalmente, la tabla 126 muestra los estadísticos de fuerza de asociación para las relaciones comentadas anteriormente. Puede verse que las correlaciones más fuertes observadas fueron entre el Quintil Imputado de Ingresos y las puntuaciones WOMAC y todos sus subcomponentes, así como con las puntuaciones AMICAL y HAQ-DI. Si bien se trata de correlaciones débiles (ρ de Spearman entre 0.3-0.4), éstas fueron más fuertes que aquellas entre la edad, el Índice de Masa Corporal o el Índice Tabáquico, todos ellos factores de riesgo bien establecidos para desarrollar peores desenlaces entre pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera.

11. Tablas y Gráficos

Tabla 1. Edad en rangos		
Rango de Edad	Frecuencia	Porcentaje
<40	0	0.0
40-59	24	16.4
60-79	97	66.4
≥80	25	17.1
Total	146	100

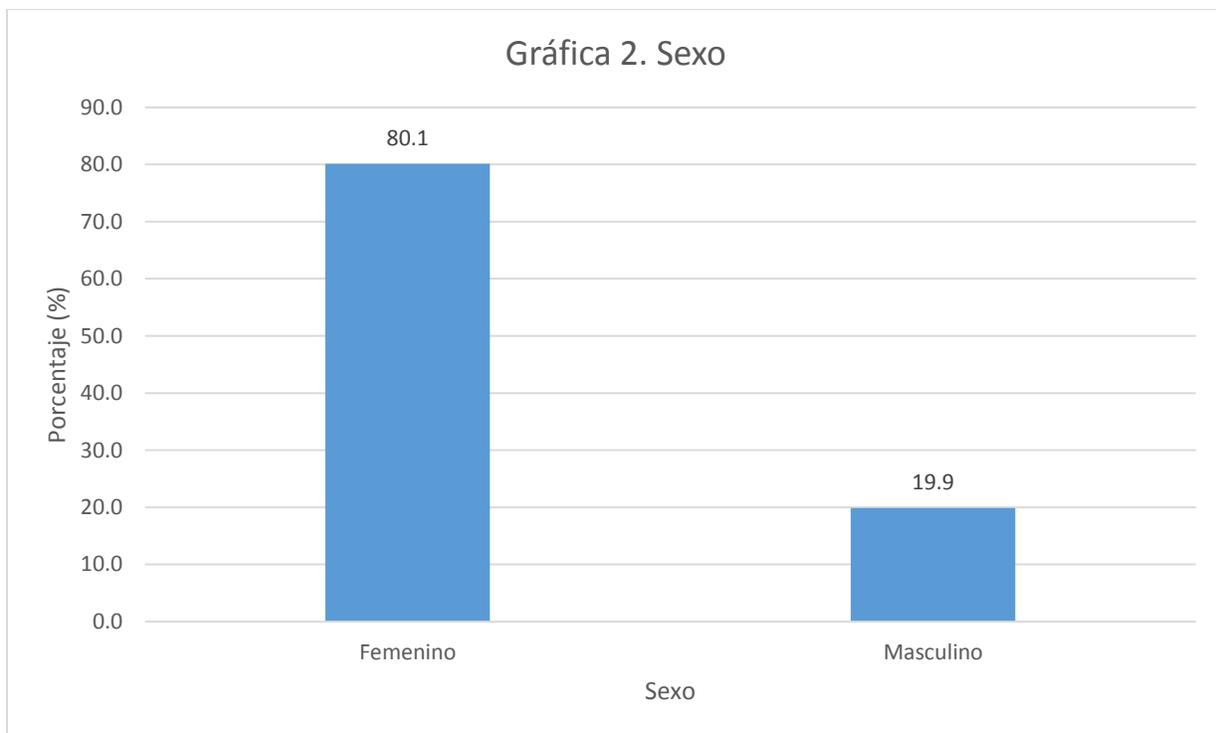
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 2. Sexo		
	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	117	80.1
Masculino	29	19.9
Total	146	100

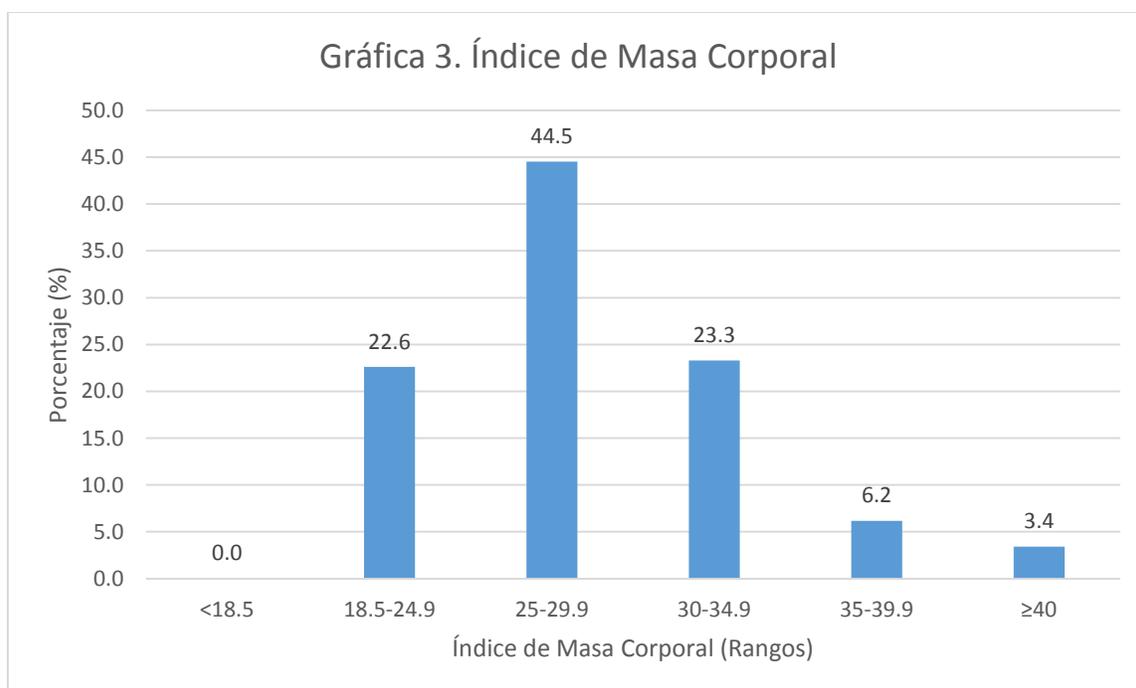
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 3. Índice de Masa Corporal		
IMC	Frecuencia	Porcentaje
<18.5	0	0.0
18.5-24.9	33	22.6
25-29.9	65	44.5
30-34.9	34	23.3
35-39.9	9	6.2
≥40	5	3.4
Total	146	100

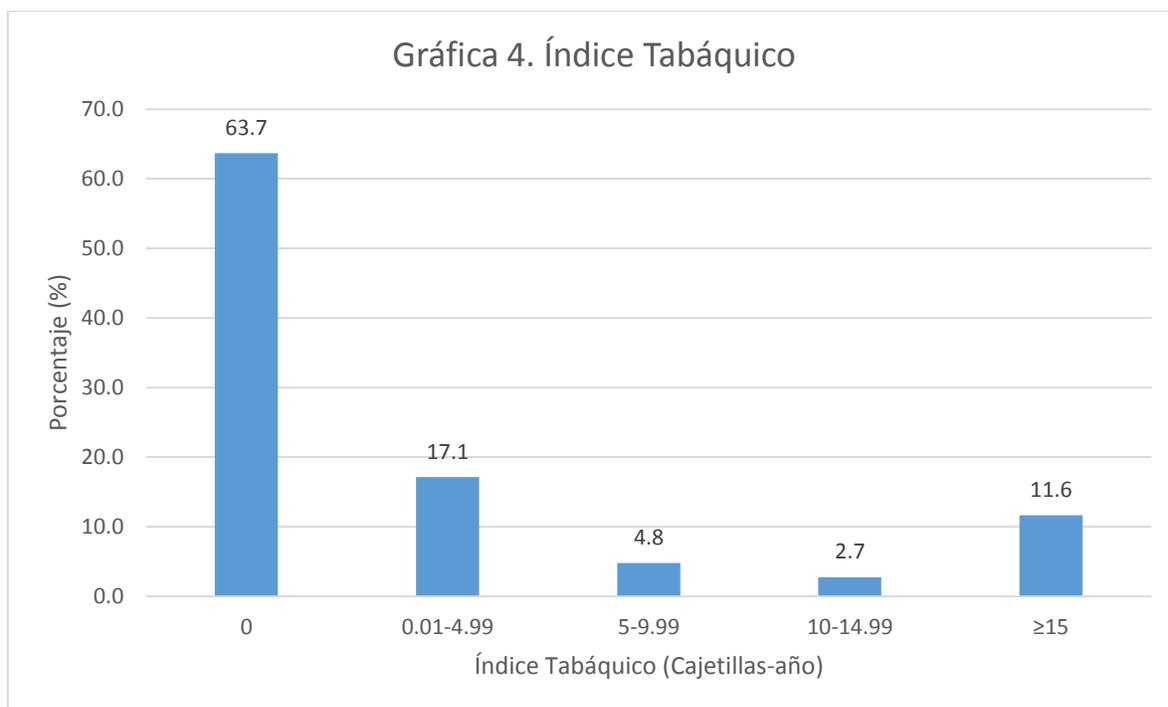
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 4. Índice Tabáquico		
Índice Tabáquico	Frecuencia	Porcentaje
0	93	63.7
0.01-4.99	25	17.1
5-9.99	7	4.8
10-14.99	4	2.7
≥15	17	11.6
Total	146	100

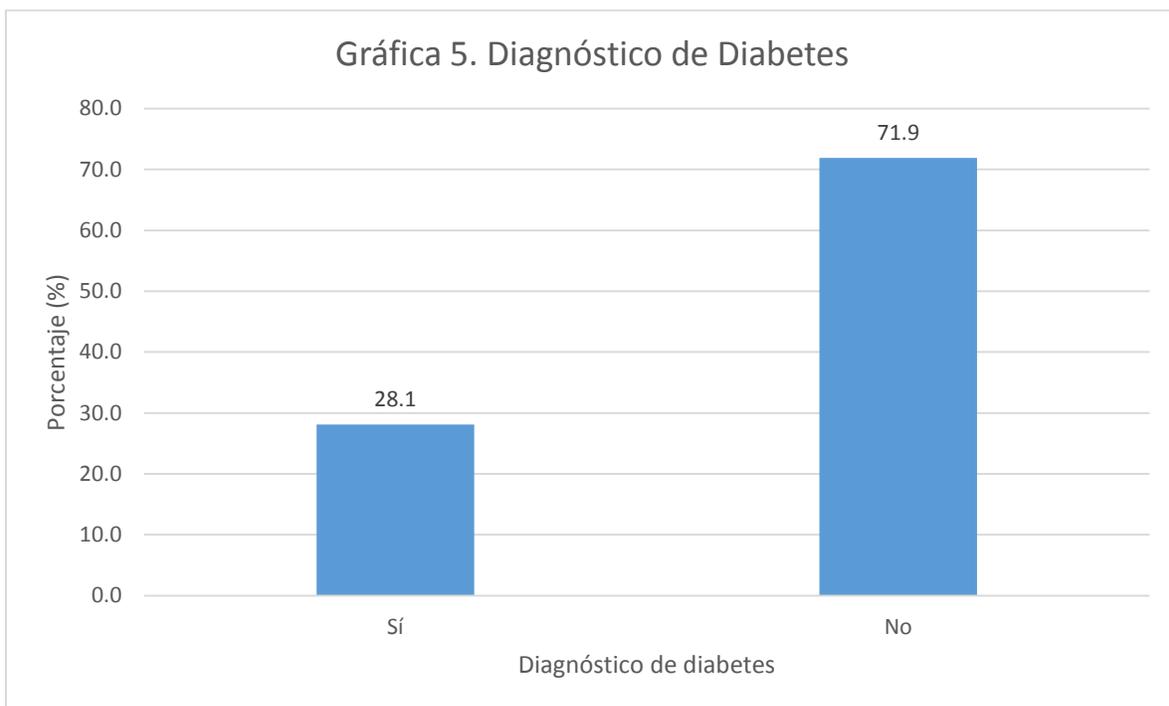
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 5. Diagnóstico de Diabetes		
Diagnóstico de Diabetes	Frecuencia	Porcentaje
Sí	41	28.1
No	105	71.9
Total	146	100

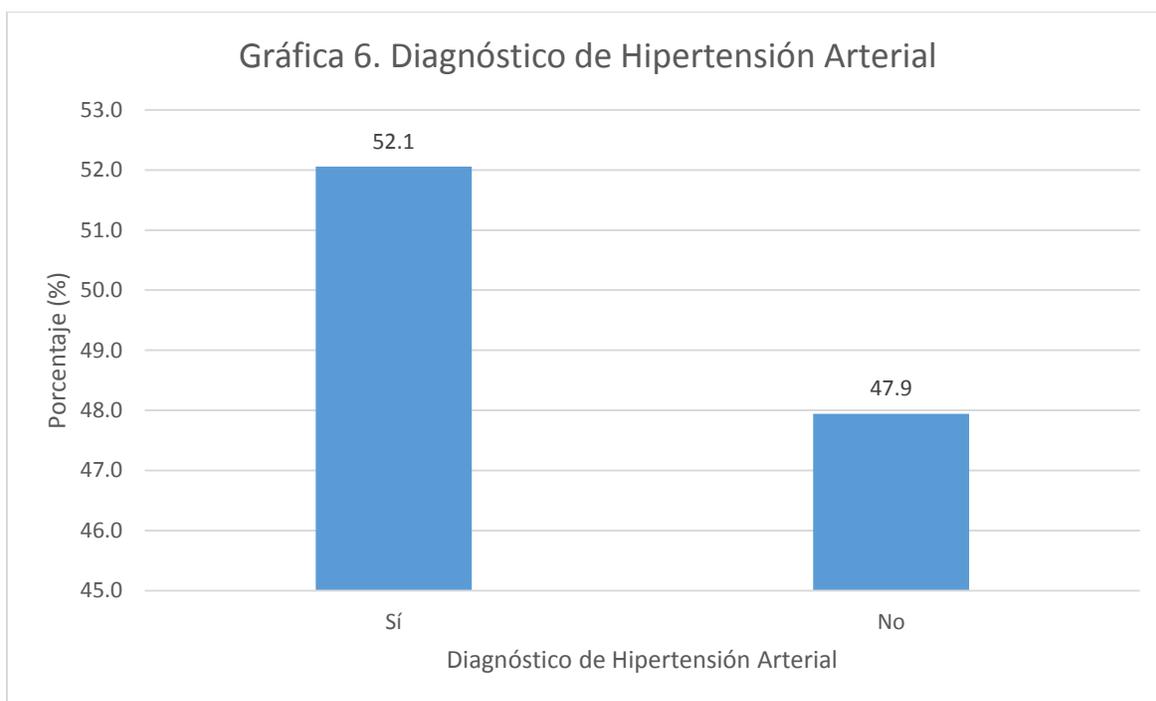
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 6. Diagnóstico de Hipertensión Arterial		
Diagnóstico de Hipertensión	Frecuencia	Porcentaje
Sí	76	52.1
No	70	47.9
Total	146	100

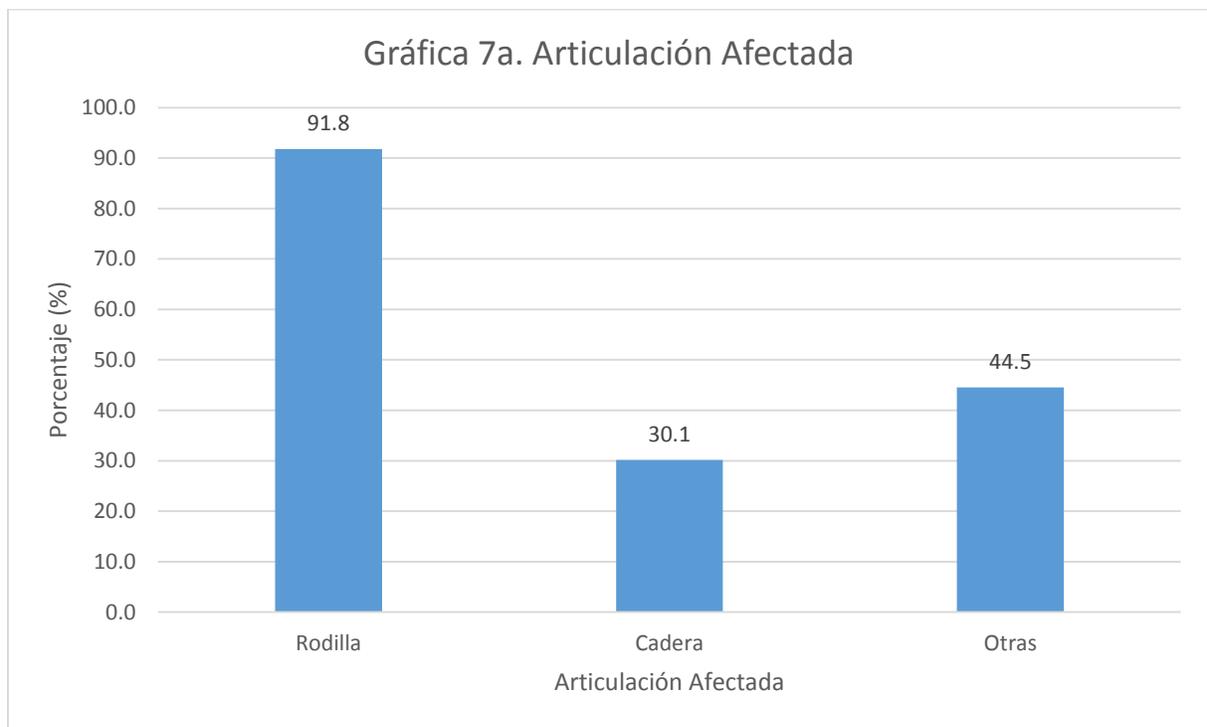
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 7a. Articulación Afectada		
Articulación Afectada	Frecuencia	Porcentaje
Rodilla	134	91.8
Cadera	44	30.1
Otras	65	44.5

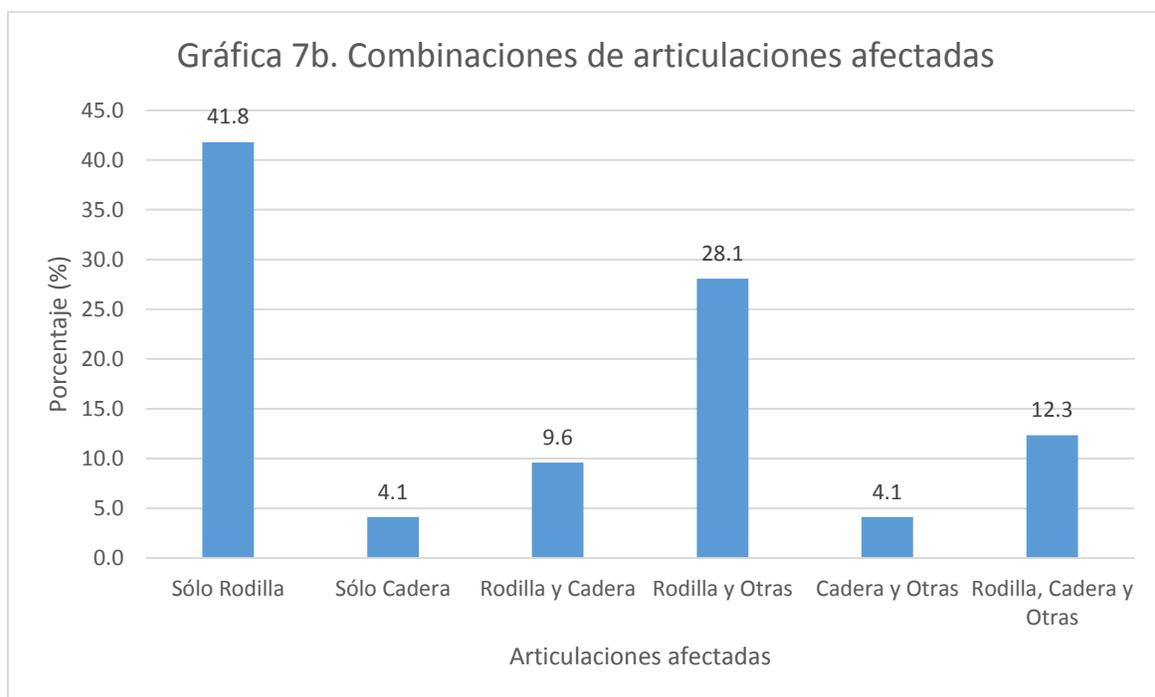
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 7b. Combinaciones de articulaciones afectadas		
Articulaciones Afectadas	Frecuencia	Porcentaje
Sólo Rodilla	61	41.8
Sólo Cadera	6	4.1
Rodilla y Cadera	14	9.6
Rodilla y Otras	41	28.1
Cadera y Otras	6	4.1
Rodilla, Cadera y Otras	18	12.3
Total	146	100.0

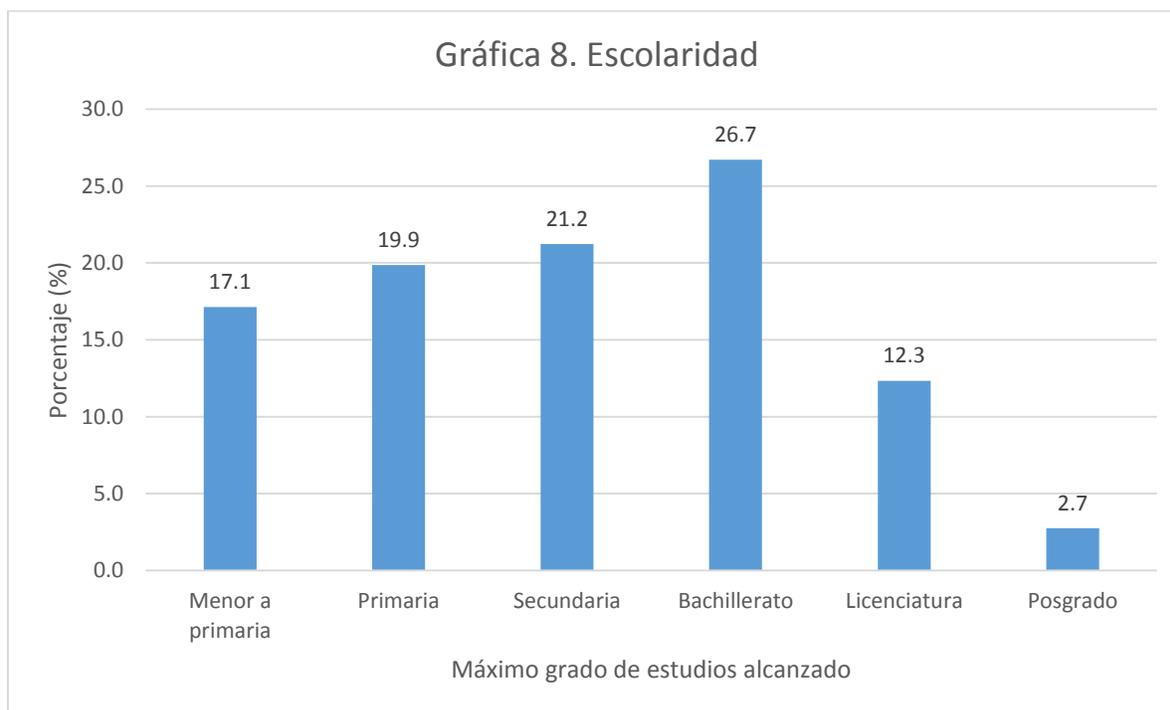
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 8. Escolaridad de los pacientes		
Máximo grado de estudios alcanzado	Frecuencia	Porcentaje
Menor a primaria	25	17.1
Primaria	29	19.9
Secundaria	31	21.2
Bachillerato	39	26.7
Licenciatura	18	12.3
Posgrado	4	2.7
Total	146	100.0

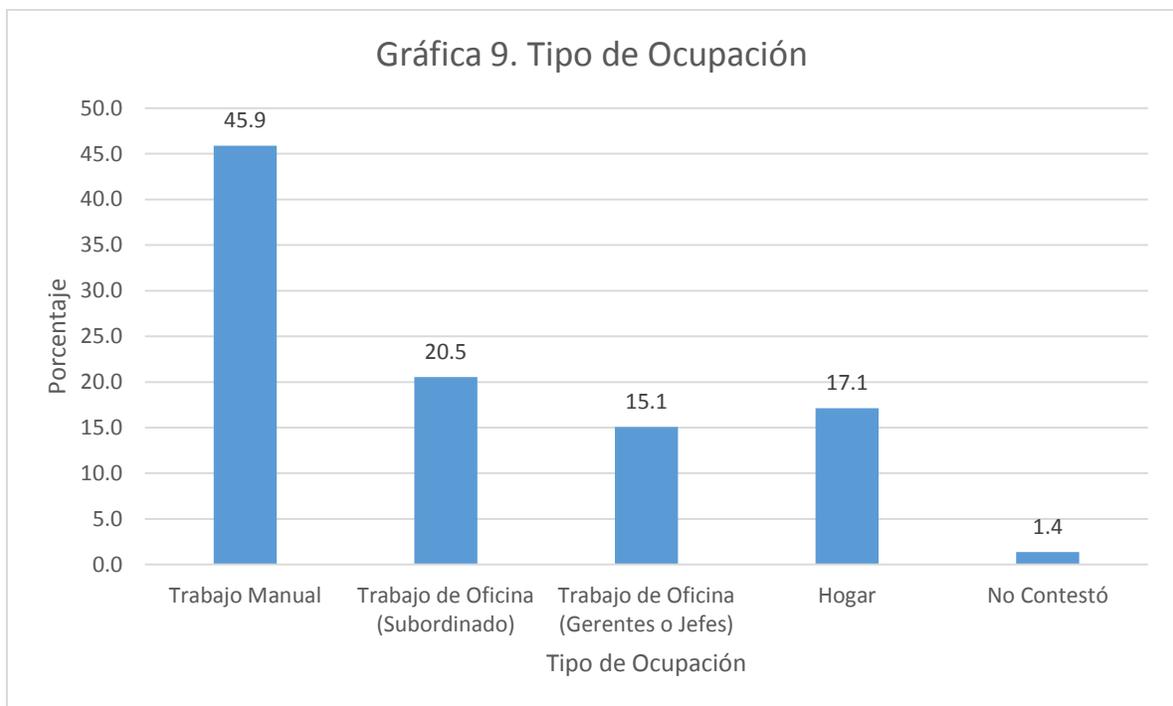
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 9. Tipo de Ocupación		
Tipo de Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo Manual	67	45.9
Trabajo de Oficina (Subordinado)	30	20.5
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	22	15.1
Hogar	25	17.1
No Contestó	2	1.4
Total	146	100

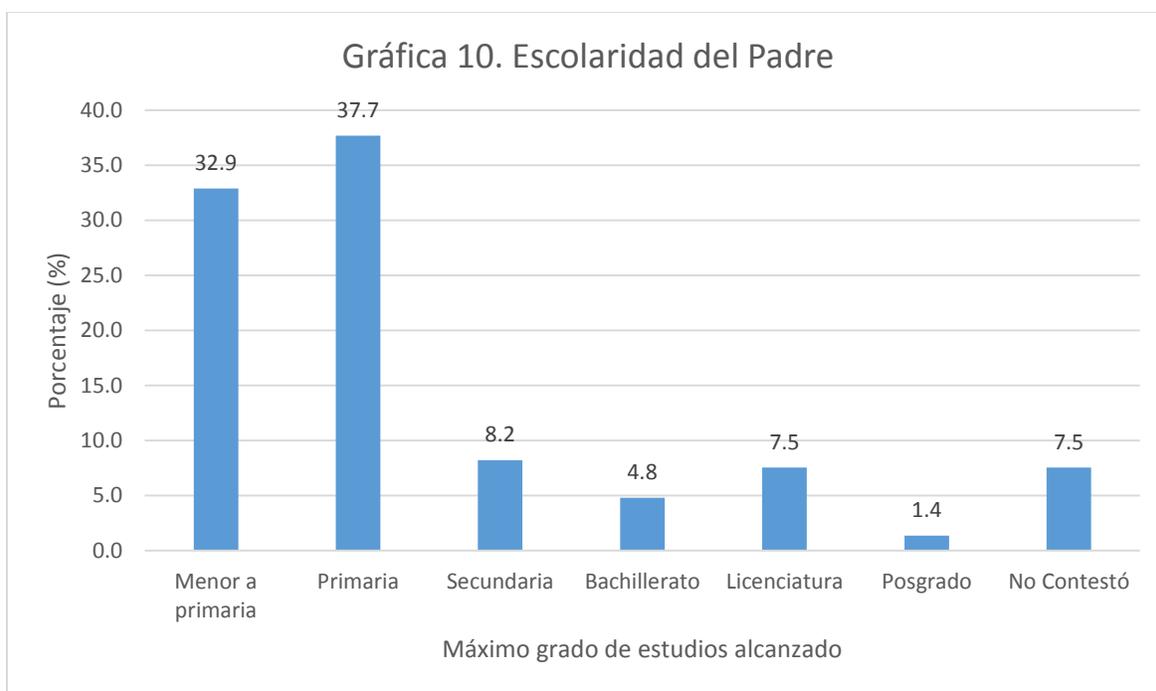
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 10. Escolaridad del Padre		
Máximo grado de estudios alcanzado	Frecuencia	Porcentaje
Menor a primaria	48	32.9
Primaria	55	37.7
Secundaria	12	8.2
Bachillerato	7	4.8
Licenciatura	11	7.5
Posgrado	2	1.4
No Contestó	11	7.5
Total	146	100.0

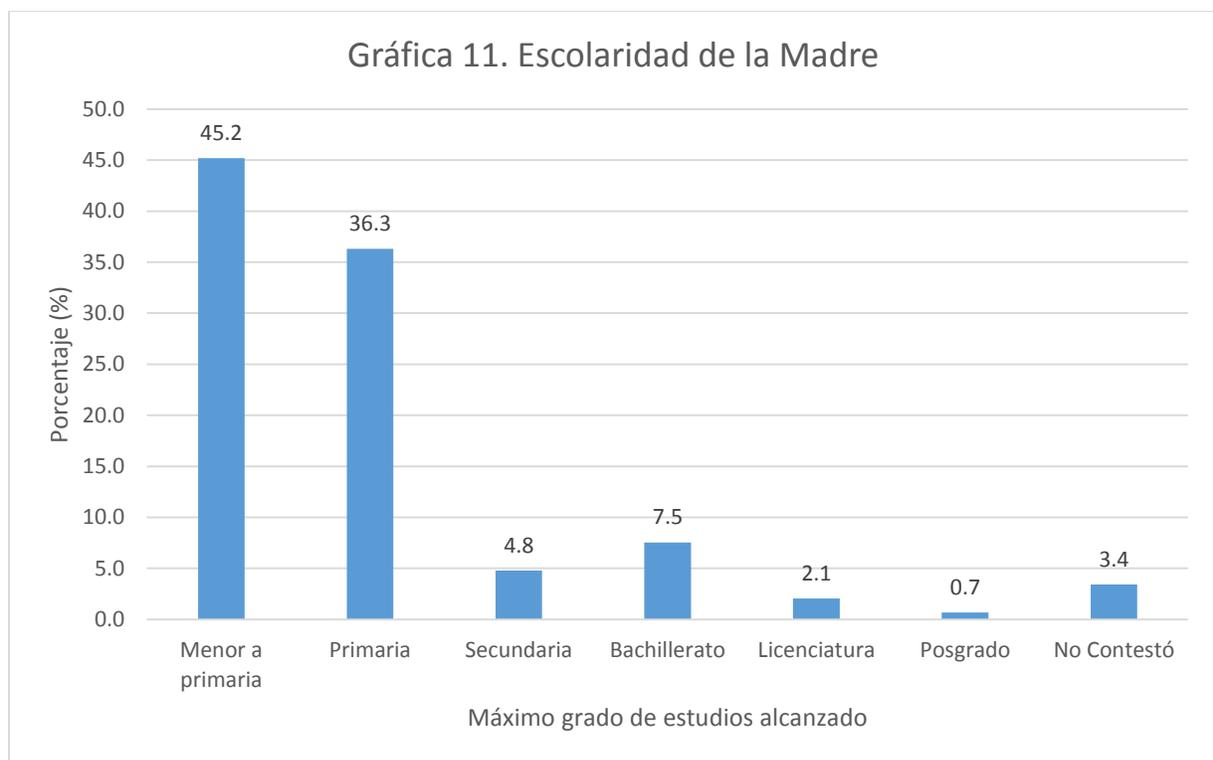
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 11. Escolaridad de la Madre		
Máximo grado de estudios alcanzado	Frecuencia	Porcentaje
Menor a primaria	66	45.2
Primaria	53	36.3
Secundaria	7	4.8
Bachillerato	11	7.5
Licenciatura	3	2.1
Posgrado	1	0.7
No Contestó	5	3.4
Total	146	100

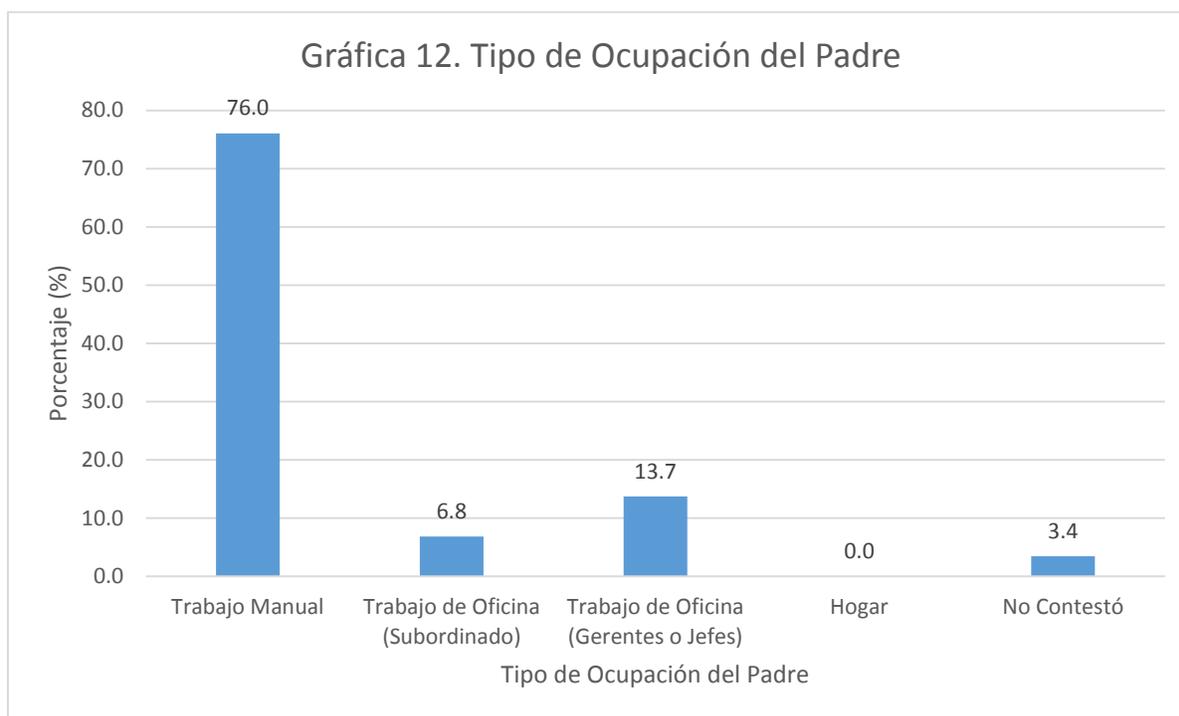
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 12. Tipo de ocupación del padre		
Tipo de Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo Manual	111	76.0
Trabajo de Oficina (Subordinado)	10	6.8
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	20	13.7
Hogar	0	0.0
No Contestó	5	3.4
Total	146	100.0

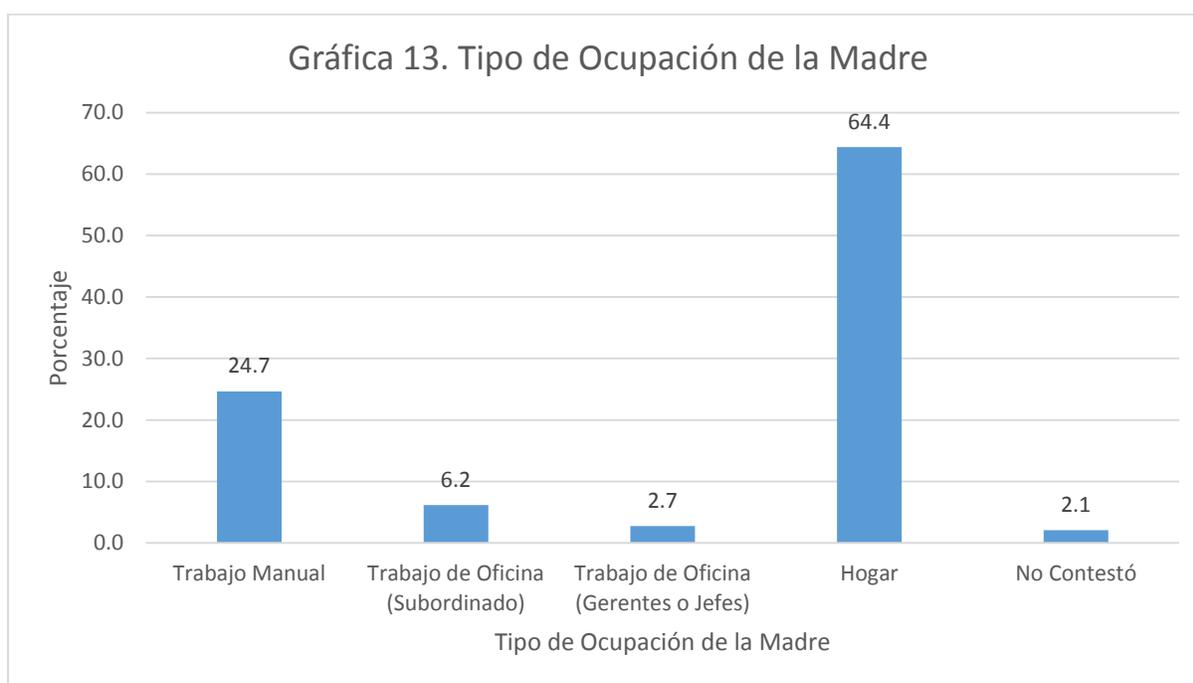
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 13. Tipo de Ocupación de la Madre		
Tipo de Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo Manual	36	24.7
Trabajo de Oficina (Subordinado)	9	6.2
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	4	2.7
Hogar	94	64.4
No Contestó	3	2.1
Total	146	100

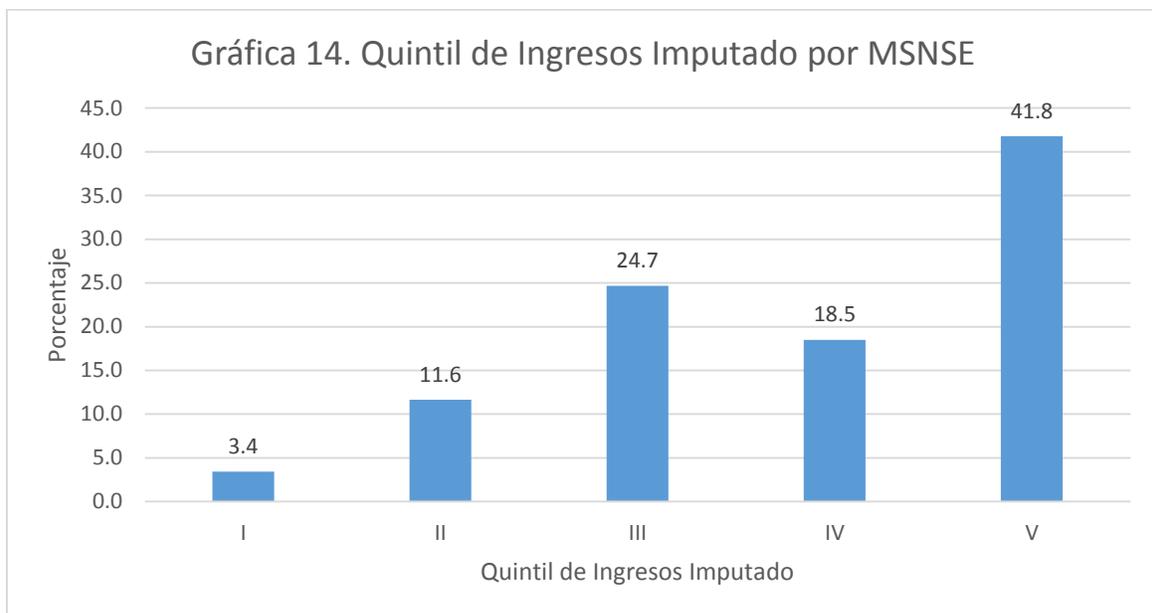
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 14. Quintil de ingresos imputado según MSNSE		
Quintil	Frecuencia	Porcentaje
I	5	3.4
II	17	11.6
III	36	24.7
IV	27	18.5
V	61	41.8
Total	146	100.0

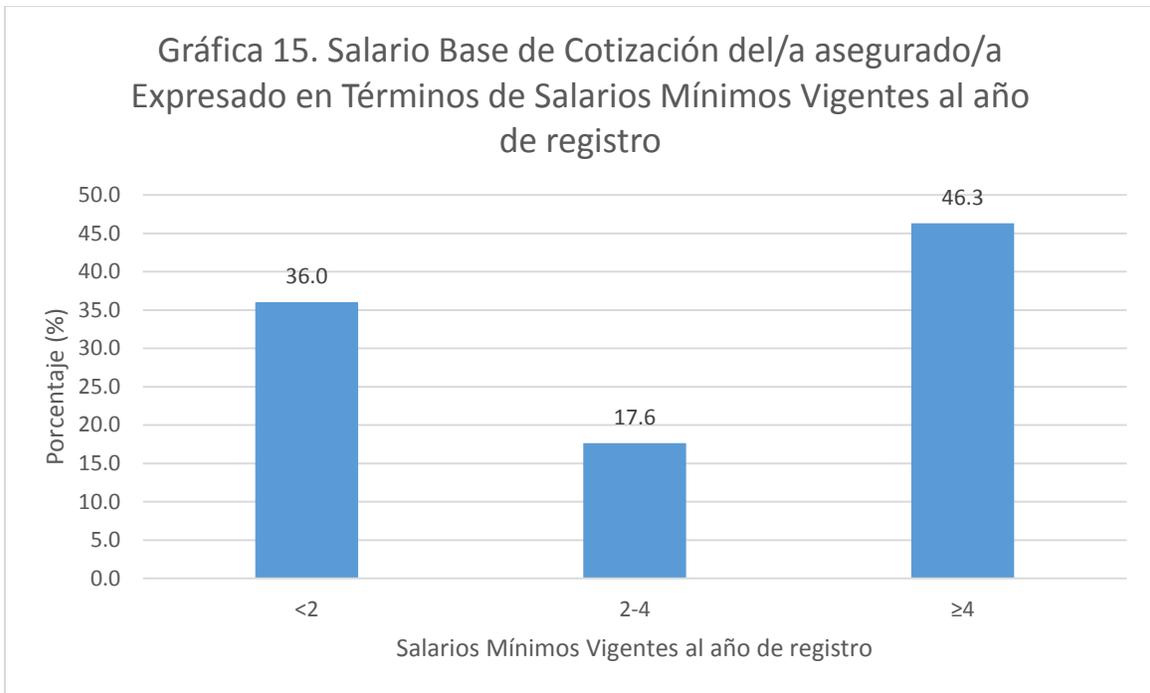
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 15. Salario Base de Cotización del/a asegurado/a expresado en Salarios Mínimos Vigentes al año de cotización (Rangos)		
Salarios Mínimos Vigentes	Frecuencia	Porcentaje
<2	49	36.0
2-4	24	17.6
≥4	63	46.3
Total	136	100.0

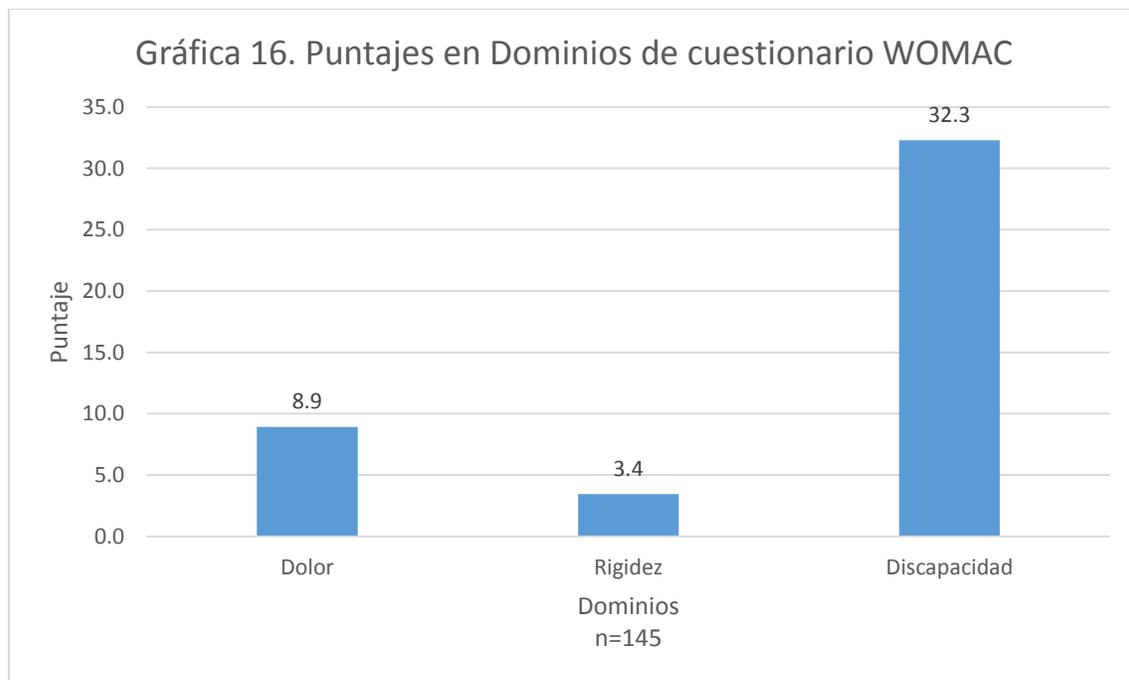
Fuente: n=136; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=136; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 16. Puntajes en Dominios de cuestionario WOMAC		
Dominio	Media	D.E.
Total	44.6	20.3
Dolor	8.9	4.2
Rigidez	3.4	2.0
Discapacidad	32.3	15.6

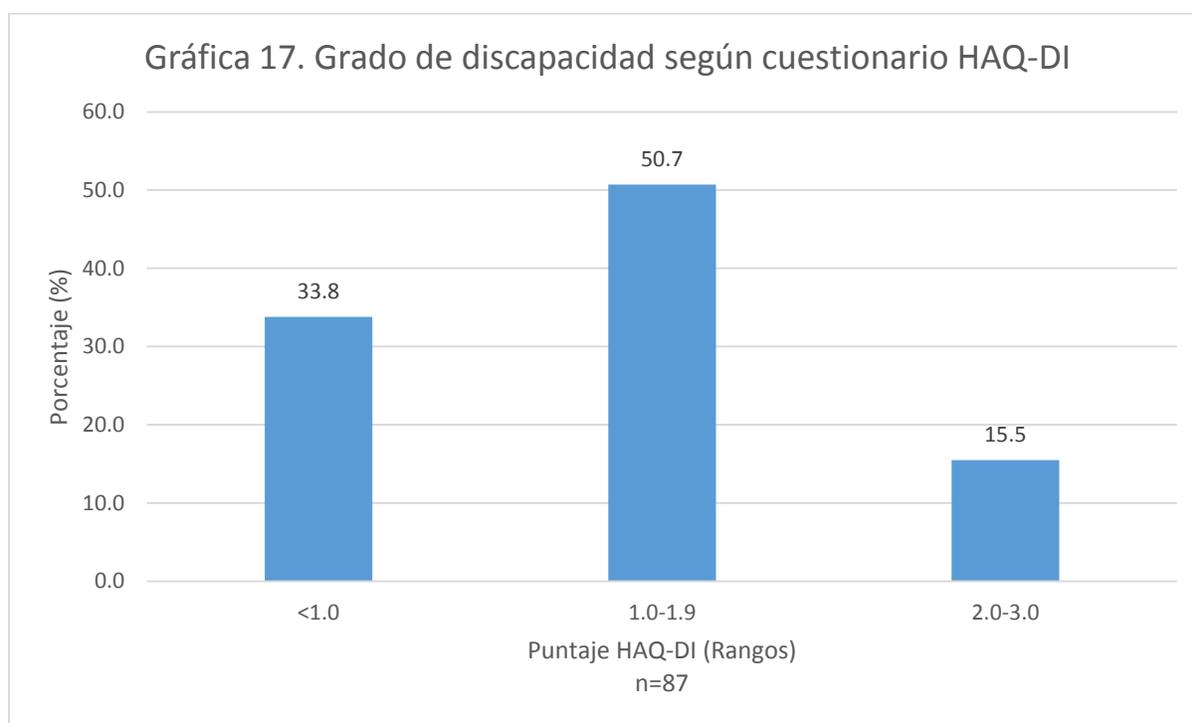
Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 17. Grado de discapacidad según cuestionario HAQ-DI		
Puntaje HAQ-DI	Frecuencia	Porcentaje
<1.0	48	33.8
1.0-1.9	72	50.7
2.0-3.0	22	15.5
Total	142	100

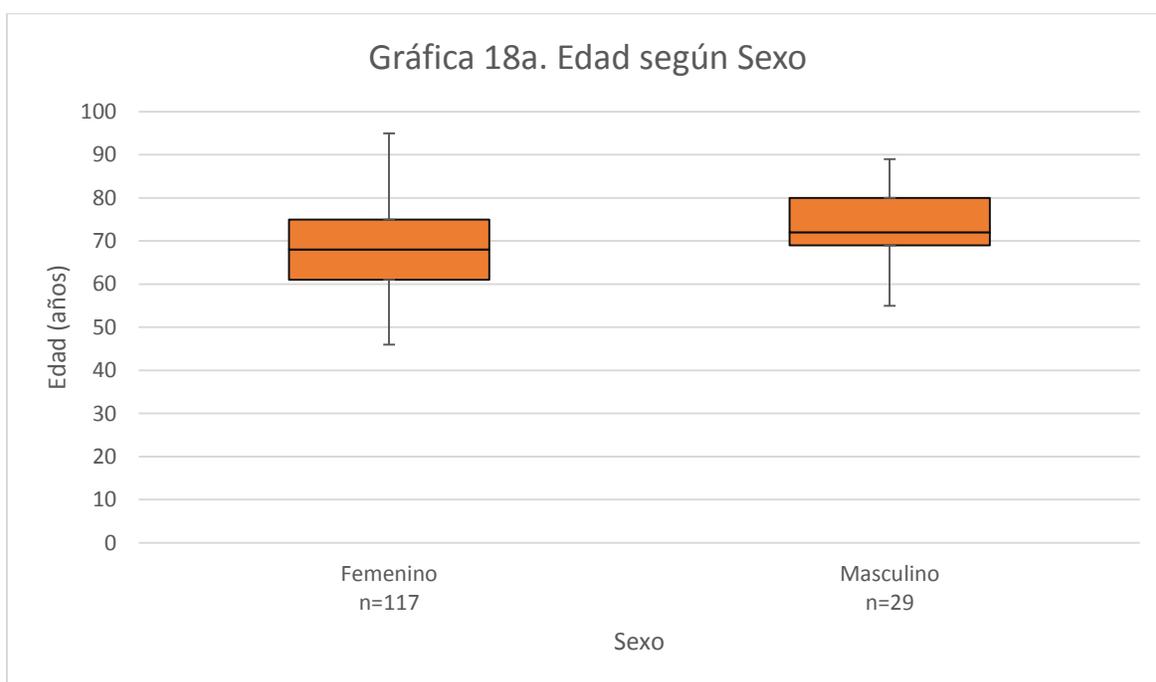
Fuente: n=142; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=142; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 18a. Edad según sexo.	
Sexo	Edad (Media ± D.E.)
Femenino	68.6±10.3
Masculino	72.9±9.1

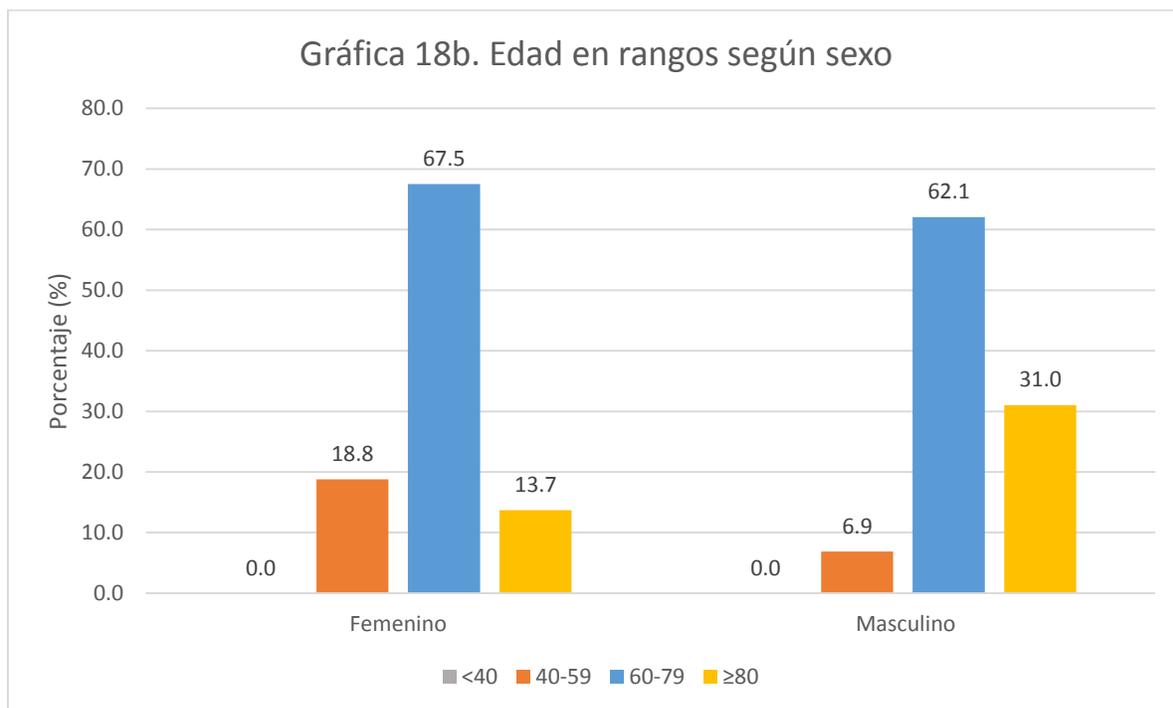
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 18b. Edad en rangos según sexo										
Sexo	Edad (Rangos)									
	<40		40-59		60-79		≥80		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	0	0.0	22	18.8	79	67.5	16	13.7	117	100
Masculino	0	0.0	2	6.9	18	62.1	9	31.0	29	100
Total	0	0.0	24	16.4	97	66.4	25	17.1	146	100

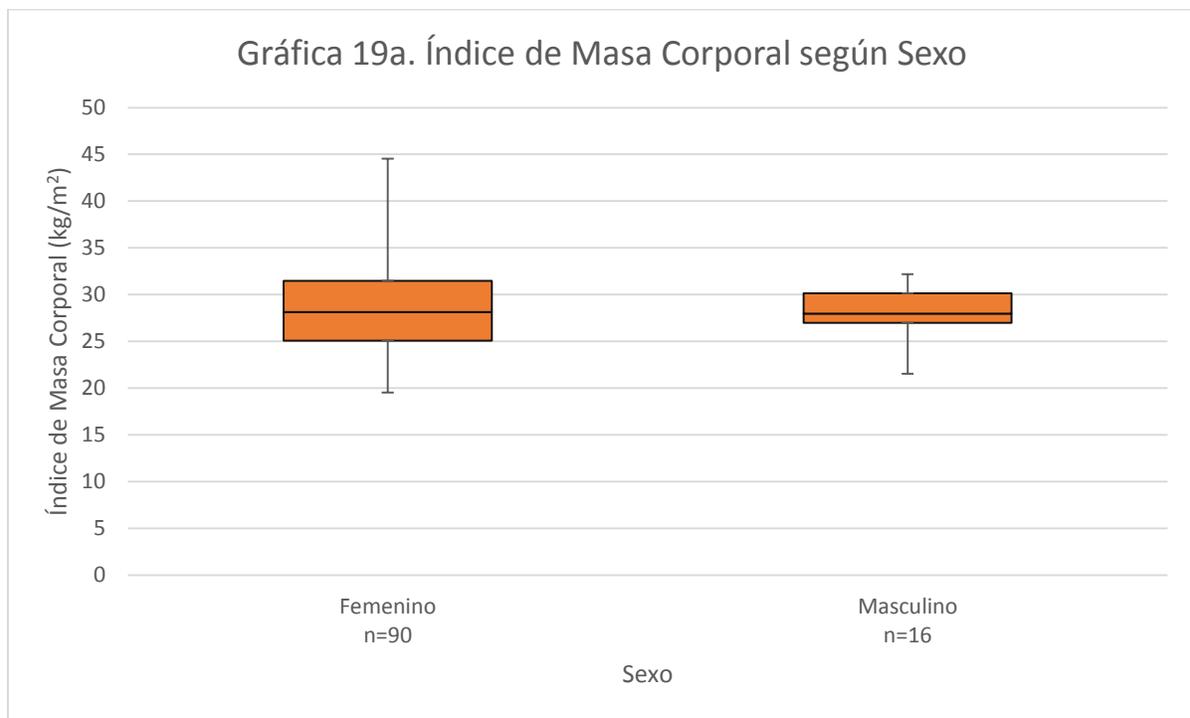
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 19a. Índice de Masa Corporal según sexo.	
Sexo	Edad (Media ± D.E.)
Femenino	28.5±5.2
Masculino	28±2.9

Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

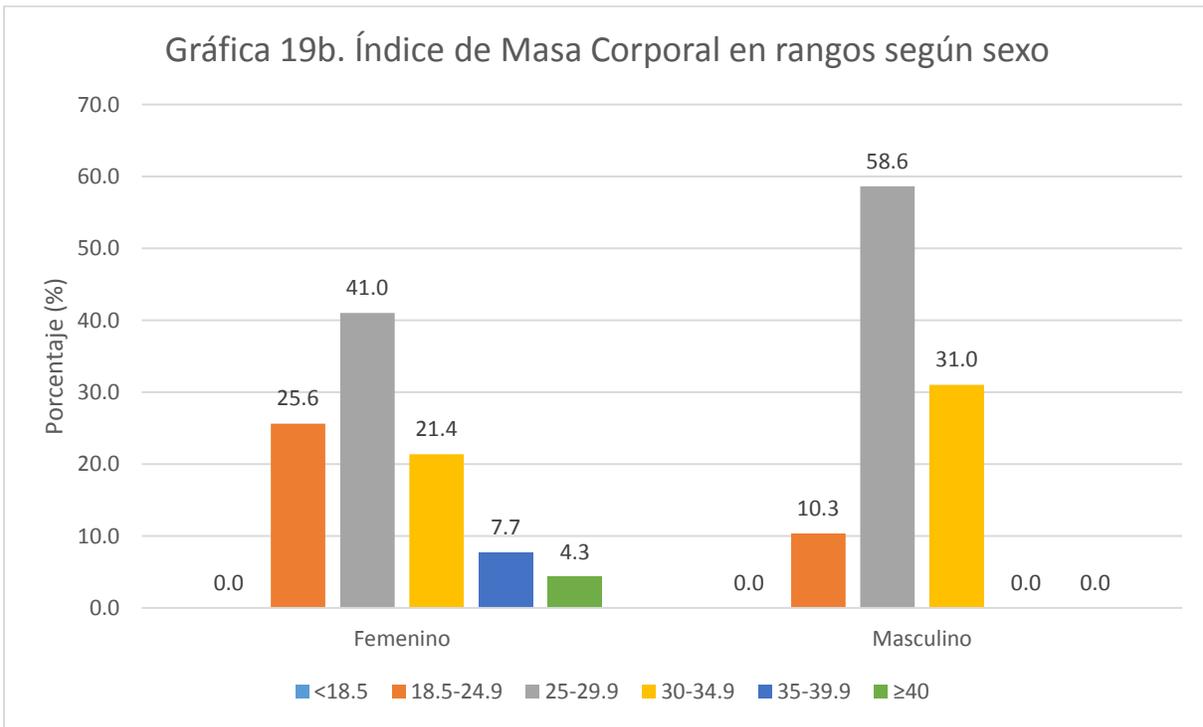


Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 19b. Índice de Masa Corporal en Rangos según sexo

Sexo	Índice de Masa Corporal (Rangos)												Total	
	<18.5		18.5-24.9		25-29.9		30-34.9		35-39.9		≥40		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	0	0.0	30	25.6	48	41.0	25	21.4	9	7.7	5	4.3	117	100.0
Masculino	0	0.0	3	10.3	17	58.6	9	31.0	0	0.0	0	0.0	29	100.0
Total	0	0.0	33	22.6	65	44.5	34	23.3	9	6.2	5	3.4	146	100.0

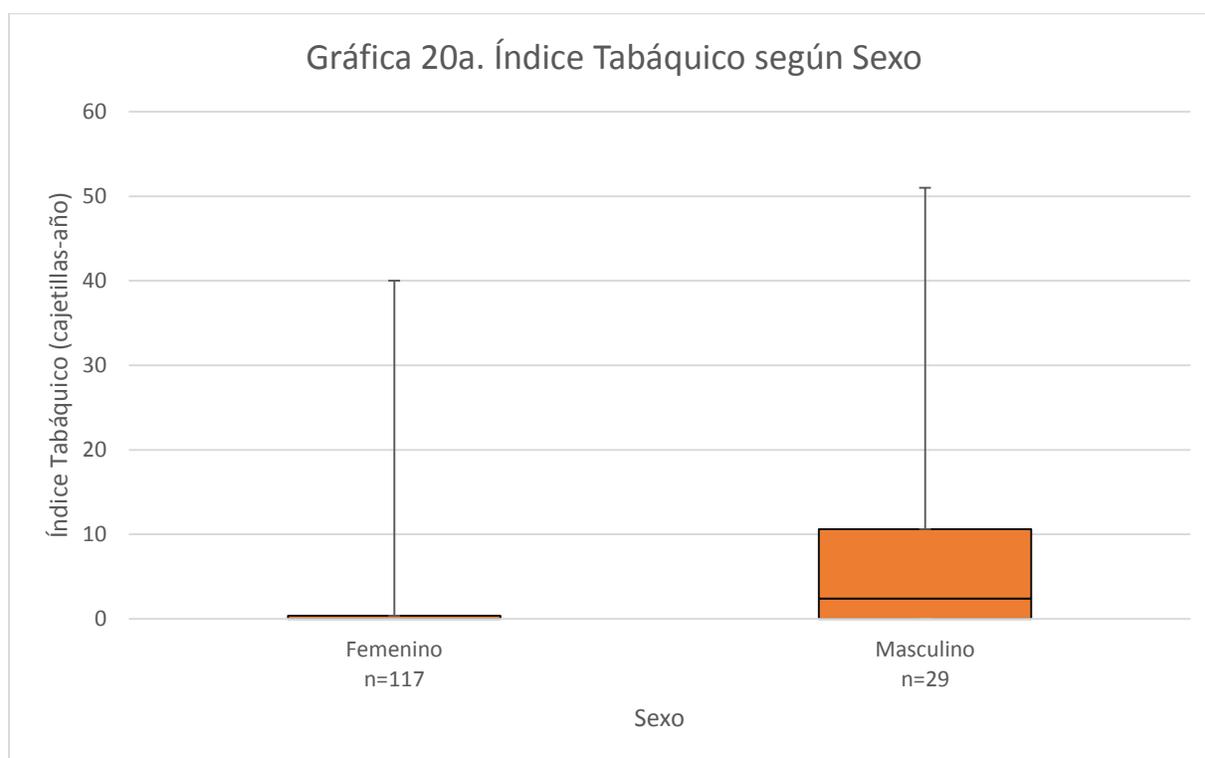
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 20a. Índice Tabáquico según sexo.	
Sexo	Índice Tabáquico (Media ± D.E.)
Femenino	3.1±8.3
Masculino	9.2±14.3

Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

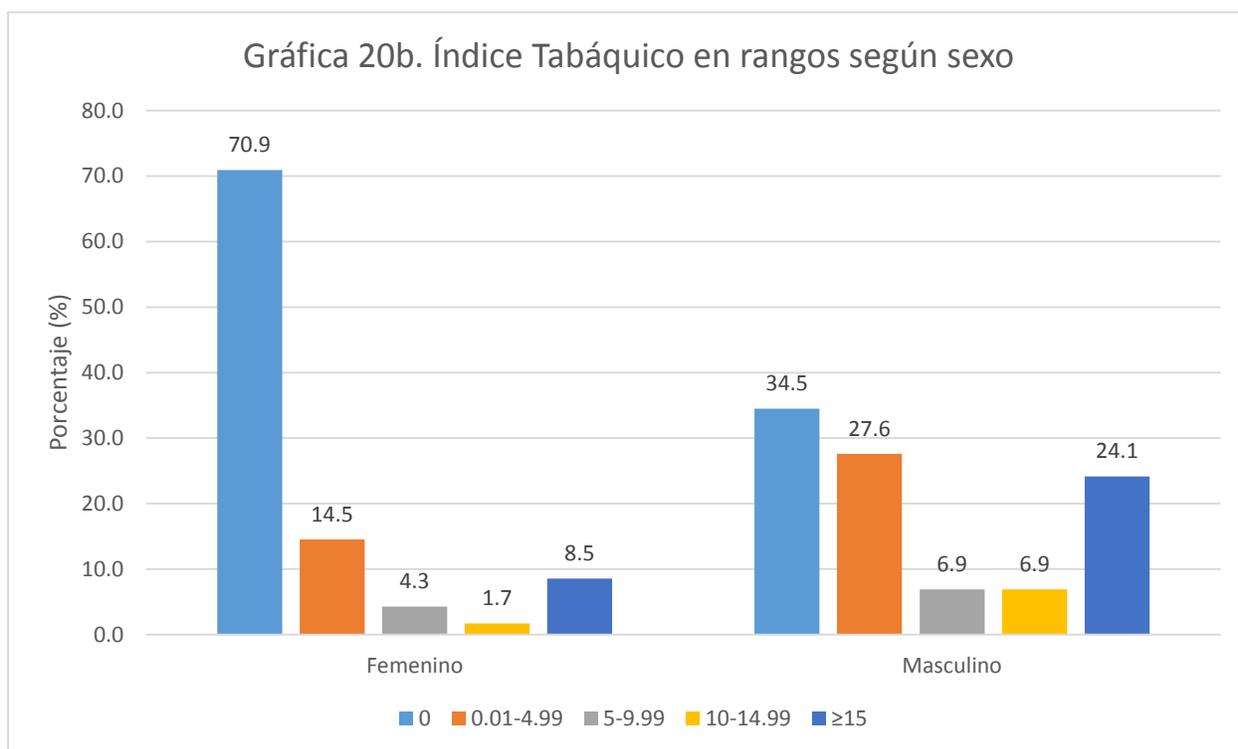


Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 20b. Índice Tabáquico en Rangos según sexo

Sexo	Índice Tabáquico (Rangos)											
	0		0.01-4.99		5-9.99		10-14.99		≥15		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	83	70.9	17	14.5	5	4.3	2	1.7	10	8.5	117	100.0
Masculino	10	34.5	8	27.6	2	6.9	2	6.9	7	24.1	29	100.0
Total	93	63.7	25	17.1	7	4.8	4	2.7	17	11.6	146	100.0

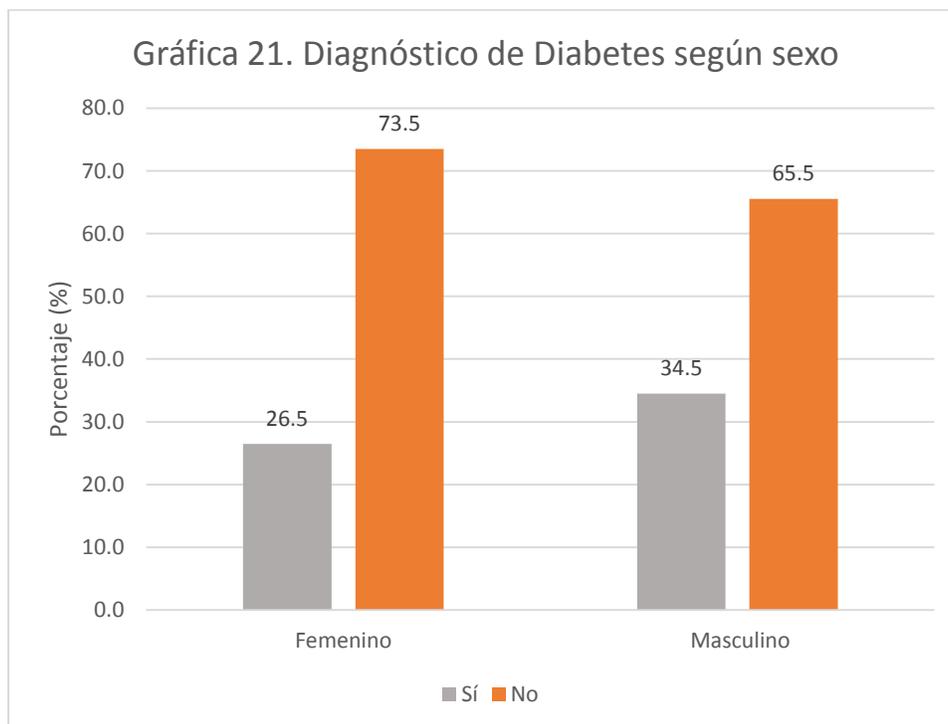
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 21. Diagnóstico de Diabetes según Sexo						
	Diagnóstico de Diabetes					
	Sí		No		Total	
Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	31	26.5	86	73.5	117	100
Masculino	10	34.5	19	65.5	29	100
Total	41	28.1	105	71.9	146	100

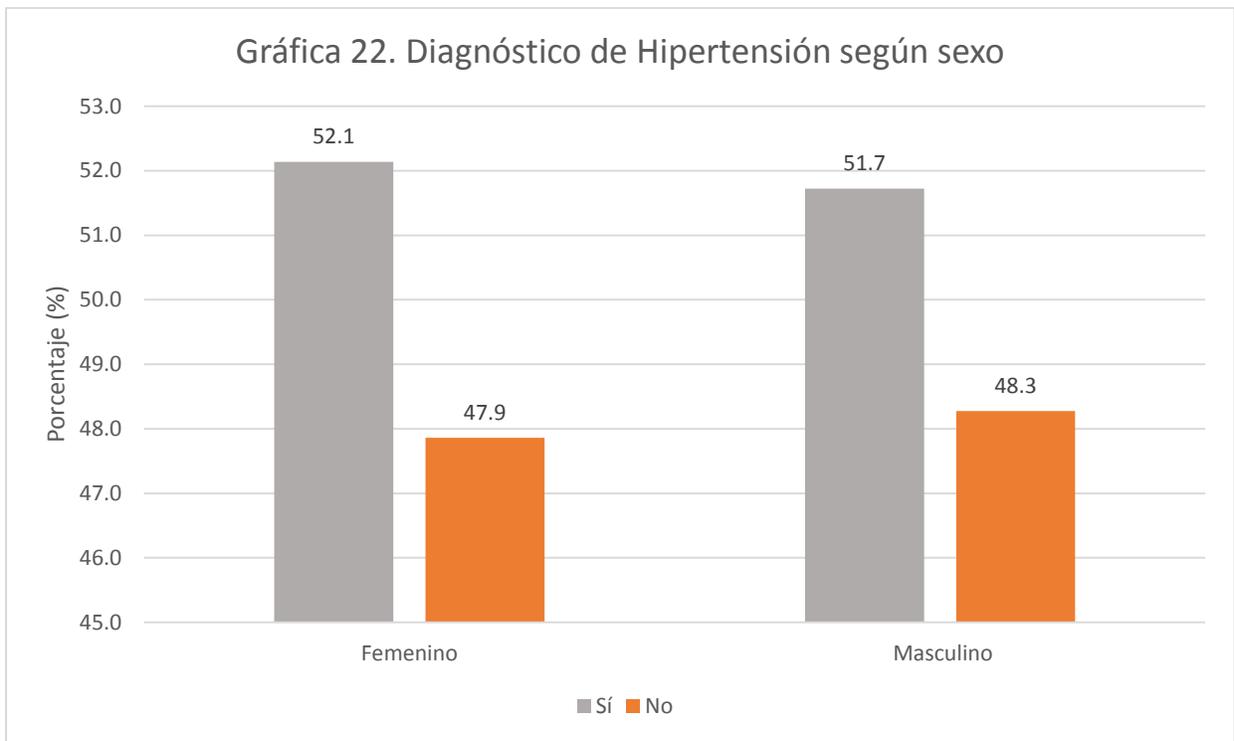
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 22. Diagnóstico de Hipertensión según Sexo						
	Diagnóstico de Hipertensión					
	Sí		No		Total	
Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	61	52.1	56	47.9	117	100
Masculino	15	51.7	14	48.3	29	100
Total	76	52.1	70	47.9	146	100

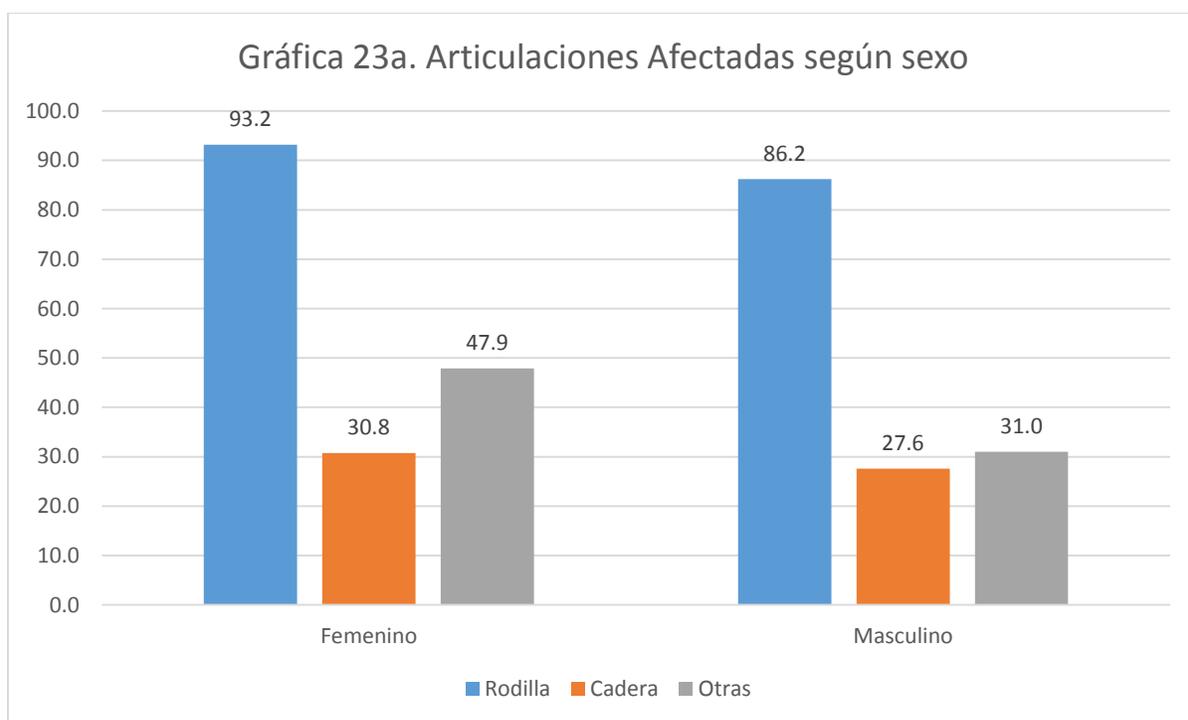
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 23a. Articulaciones Afectadas según sexo						
	Rodilla		Cadera		Otras	
Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	109	93.2	36	30.8	56	47.9
Masculino	25	86.2	8	27.6	9	31.0
Total	134	91.8	44	30.1	65	44.5

Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



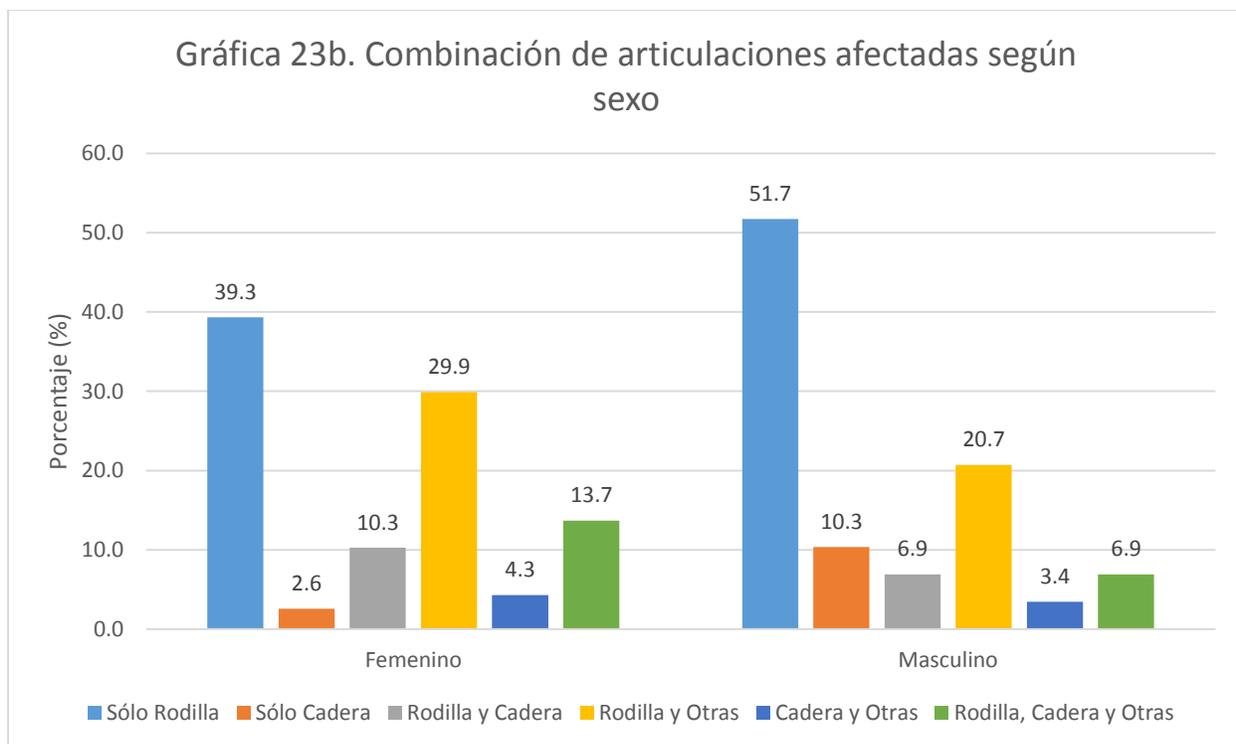
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 23b. Combinación de Articulaciones Afectadas según sexo

Sexo	Articulaciones Afectadas												Total	
	Sólo Rodilla		Sólo Cadera		Rodilla y Cadera		Rodilla y Otras		Cadera y Otras		Rodilla, Cadera y Otras			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	46	39.3	3	2.6	12	10.3	35	29.9	5	4.3	16	13.7	117	100
Masculino	15	51.7	3	10.3	2	6.9	6	20.7	1	3.4	2	6.9	29	100
Total	61	41.8	6	4.1	14	9.6	41	28.1	6	4.1	18	12.3	146	100

Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Gráfica 23b. Combinación de articulaciones afectadas según sexo

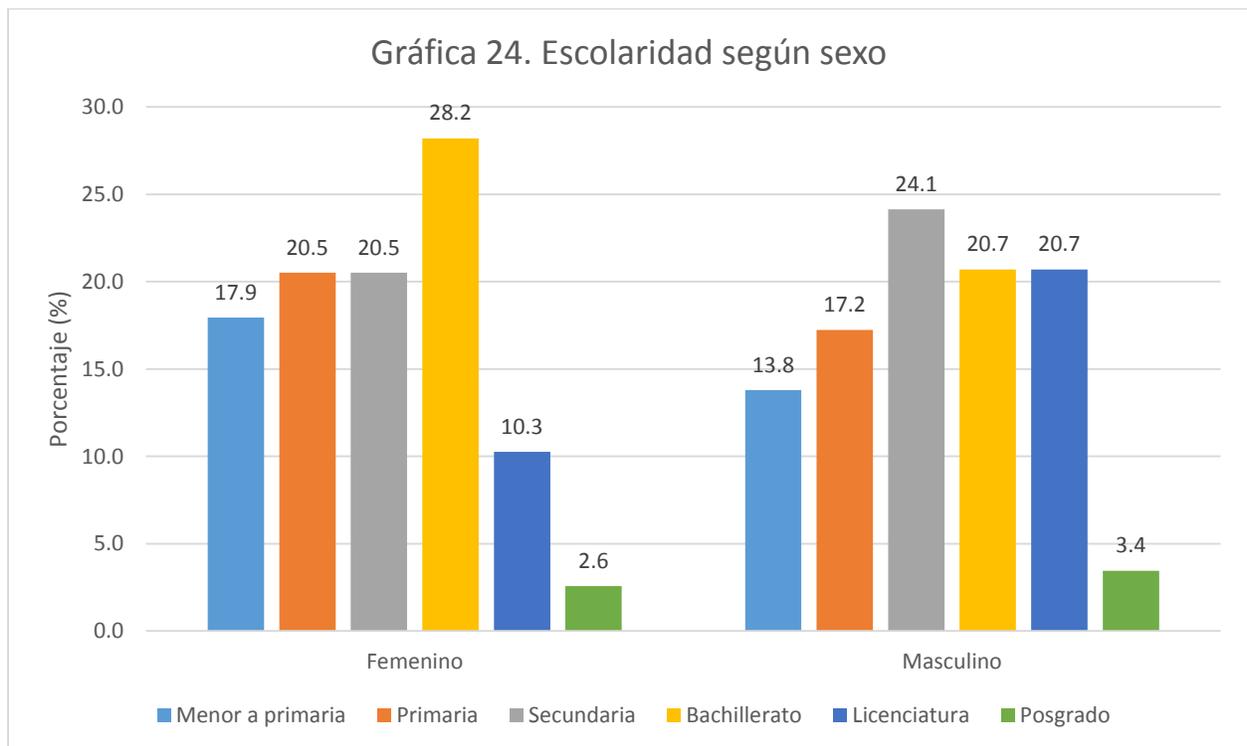


Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 24. Escolaridad según sexo

	Escolaridad													
	Menor a primaria		Primaria		Secundaria		Bachillerato		Licenciatura		Posgrado		Total	
Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	21	17.9	24	20.5	24	20.5	33	28.2	12	10.3	3	2.6	117	100
Masculino	4	13.8	5	17.2	7	24.1	6	20.7	6	20.7	1	3.4	29	100
Total	25	17.1	29	19.9	31	21.2	39	26.7	18	12.3	4	2.7	146	100

Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



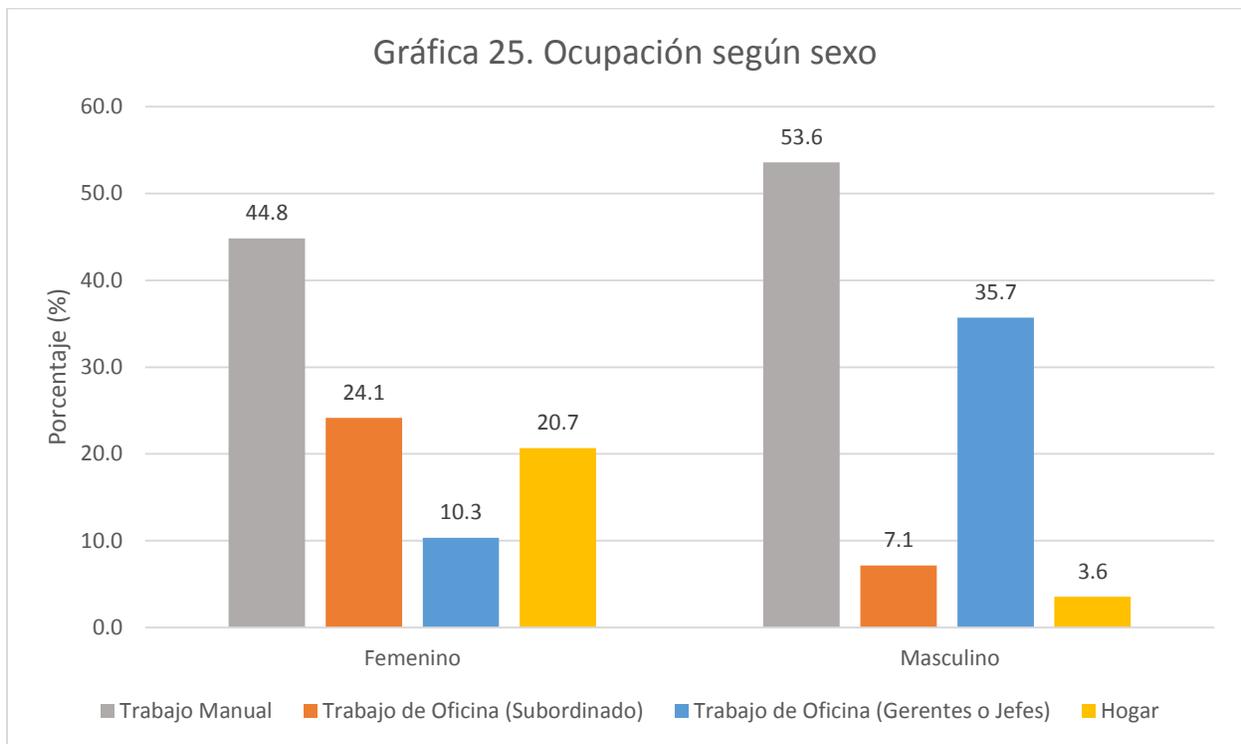
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 25. Ocupación según sexo

Sexo	Ocupación									
	Trabajo Manual		Trabajo de Oficina (Subordinado)		Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)		Hogar		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	52	44.8	28	24.1	12	10.3	24	20.7	116	100
Masculino	15	53.6	2	7.1	10	35.7	1	3.6	28	100
Total	67	46.5	30	20.8	22	15.3	25	17.4	144	100

Fuente: n=144; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Gráfica 25. Ocupación según sexo



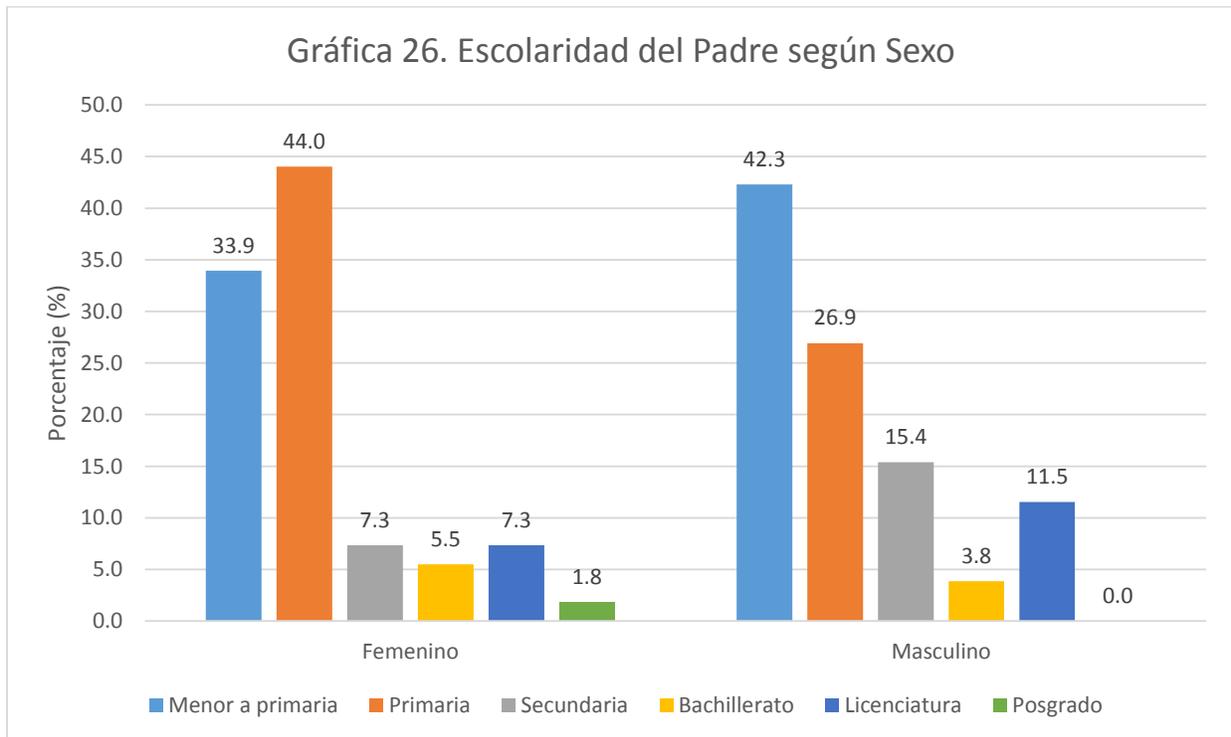
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 26. Escolaridad del Padre según Sexo

Sexo	Escolaridad												Total	
	Menor a primaria		Primaria		Secundaria		Bachillerato		Licenciatura		Posgrado			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	37	33.9	48	44.0	8	7.3	6	5.5	8	7.3	2	1.8	109	100.0
Masculino	11	42.3	7	26.9	4	15.4	1	3.8	3	11.5	0	0.0	26	100.0
Total	48	35.6	55	40.7	12	8.9	7	5.2	11	8.1	2	1.5	135	100.0

Fuente: n=135; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Gráfica 26. Escolaridad del Padre según Sexo

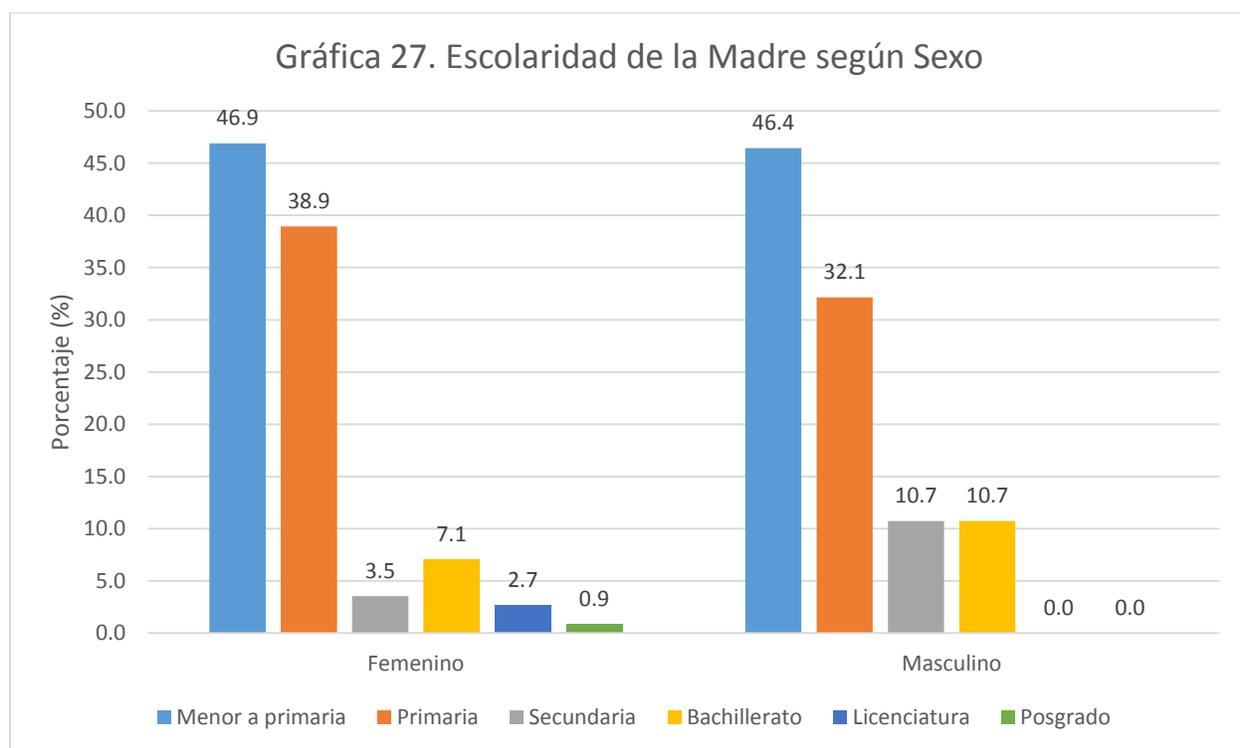


Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 27. Escolaridad de la Madre según Sexo

Sexo	Escolaridad												Total	
	Menor a primaria		Primaria		Secundaria		Bachillerato		Licenciatura		Posgrado		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	53	46.9	44	38.9	4	3.5	8	7.1	3	2.7	1	0.9	113	100.0
Masculino	13	46.4	9	32.1	3	10.7	3	10.7	0	0.0	0	0.0	28	100.0
Total	66	46.8	53	37.6	7	5.0	11	7.8	3	2.1	1	0.7	141	100.0

Fuente: n=141; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



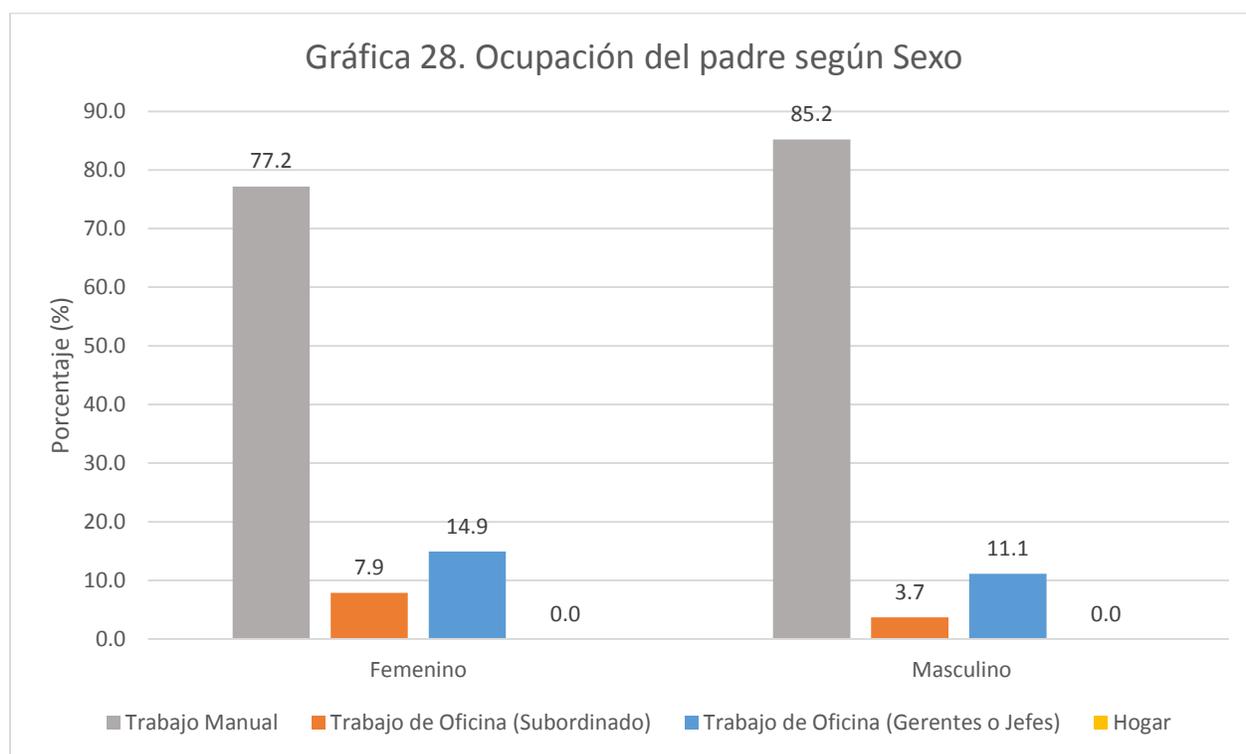
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 28. Ocupación del Padre según Sexo

Sexo	Ocupación									
	Trabajo Manual		Trabajo de Oficina (Subordinado)		Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)		Hogar		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	88	77.2	9	7.9	17	14.9	0	0.0	114	100
Masculino	23	85.2	1	3.7	3	11.1	0	0.0	27	100
Total	111	78.7	10	7.1	20	14.2	0	0.0	141	100

Fuente: n=141; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Gráfica 28. Ocupación del padre según Sexo

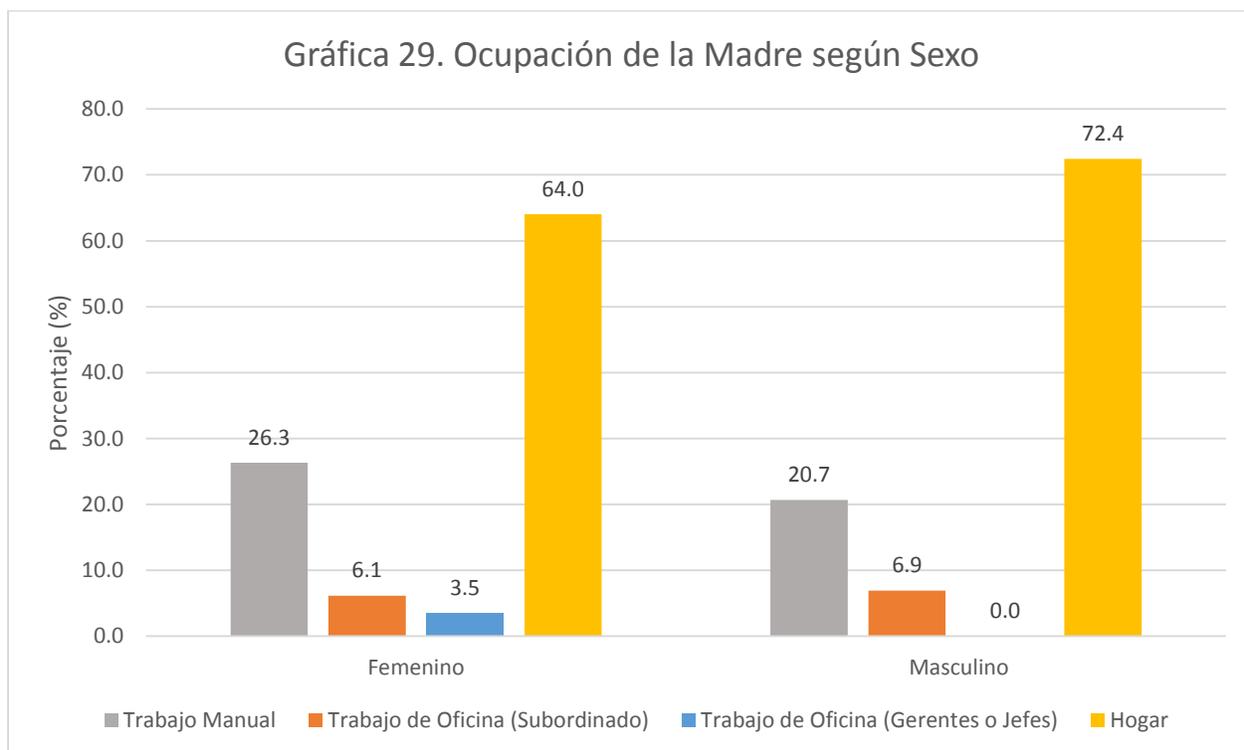


Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 29. Ocupación de la Madre según Sexo

Sexo	Ocupación									
	Trabajo Manual		Trabajo de Oficina (Subordinado)		Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)		Hogar		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	30	26.3	7	6.1	4	3.5	73	64.0	114	100
Masculino	6	20.7	2	6.9	0	0.0	21	72.4	29	100
Total	36	25.2	9	6.3	4	2.8	94	65.7	143	100

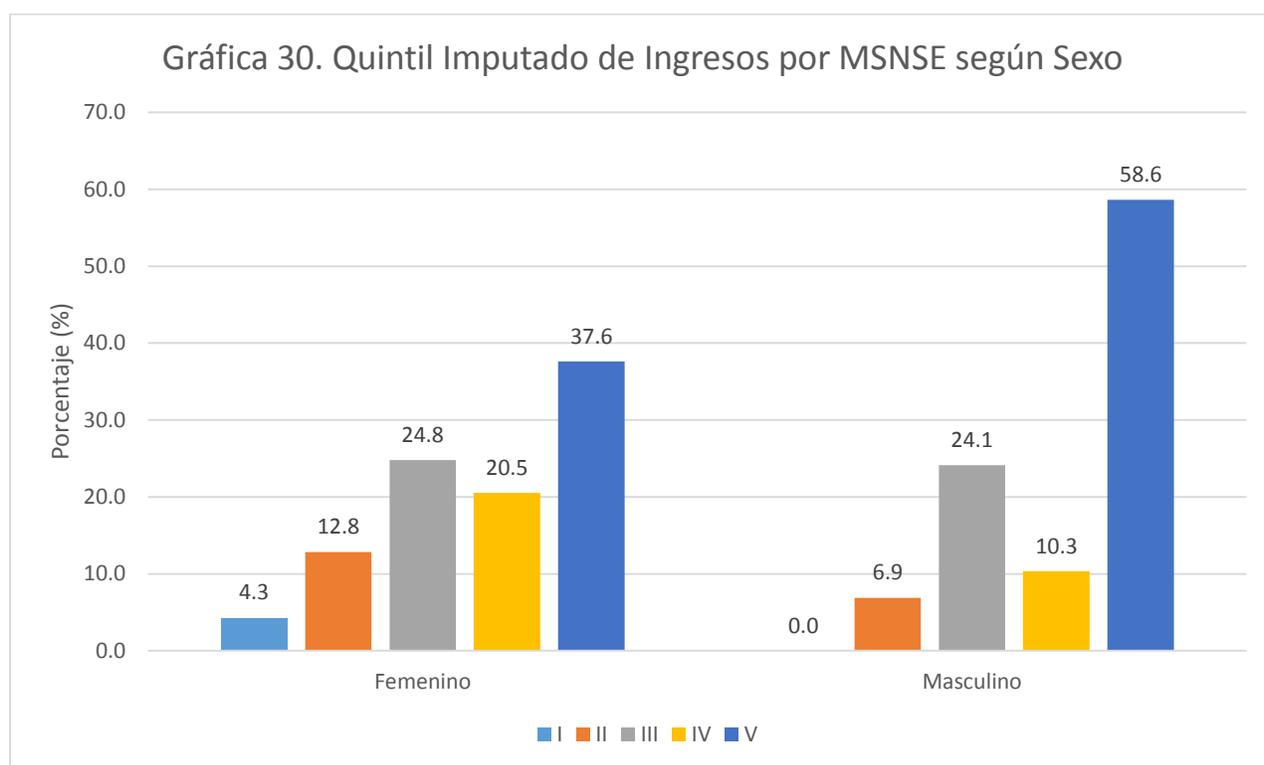
Fuente: n=143; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=143; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 30. Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE según Sexo												
Sexo	Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE											
	I		II		III		IV		V		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	5	4.3	15	12.8	29	24.8	24	20.5	44	37.6	117	100.0
Masculino	0	0.0	2	6.9	7	24.1	3	10.3	17	58.6	29	100.0
Total	5	3.4	17	11.6	36	24.7	27	18.5	61	41.8	146	100.0

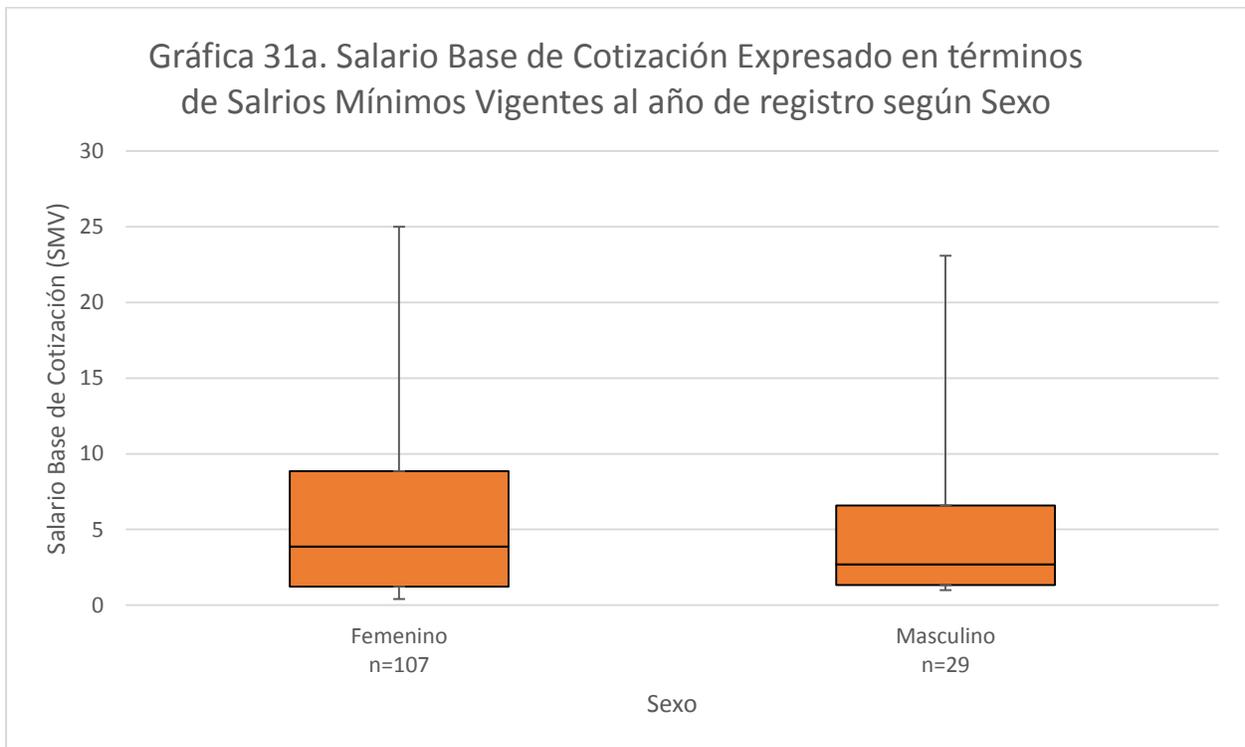
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 31a. Salario Base de Cotización según Sexo	
Sexo	Salario Base de Cotización (Media±D.E.)
Femenino	6.3±6.4
Masculino	5±5.8
Total	6±6.3

Fuente: n=136; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



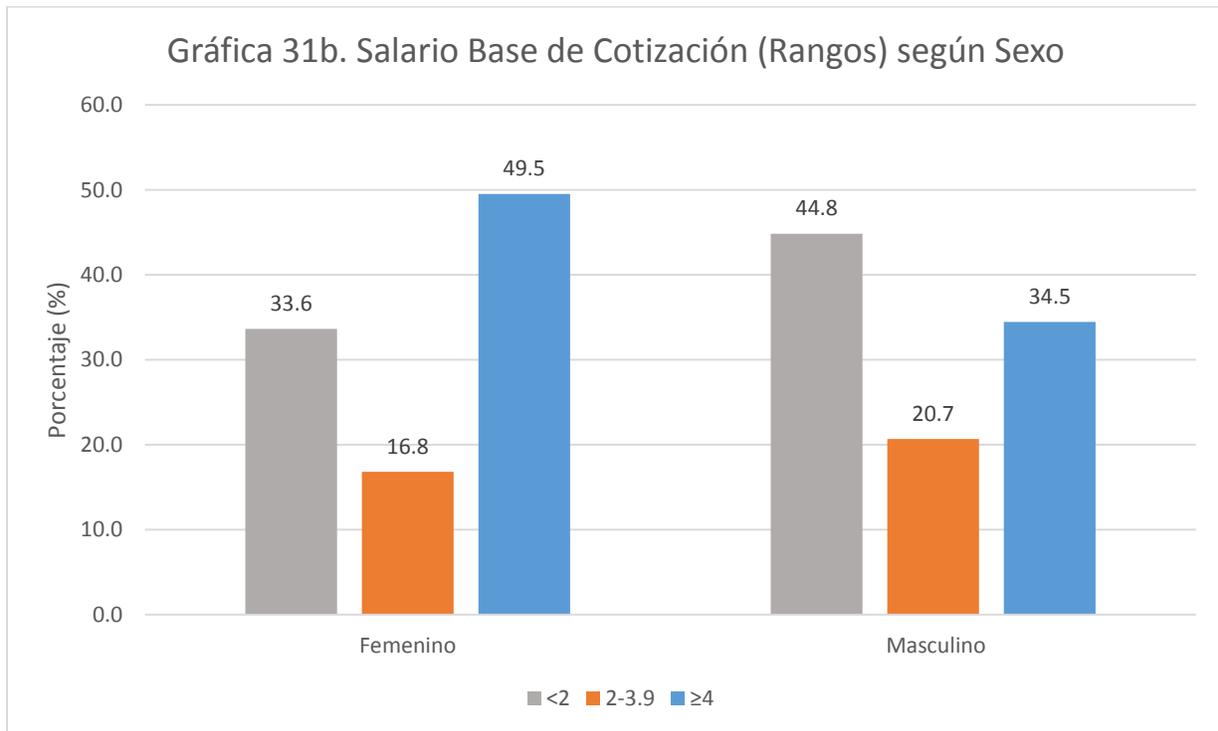
Fuente: n=136; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 31b. Salario Base de Cotización (Rangos) según Sexo

Sexo	Salario Base de Cotización (Expresado en términos de Salarios Mínimos Vigentes al año de registro)							
	<2		2-3.9		≥4		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	36	33.6	18	16.8	53	49.5	107	100
Masculino	13	44.8	6	20.7	10	34.5	29	100
Total	49	36.0	24	17.6	63	46.3	136	100

Fuente: n=136; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

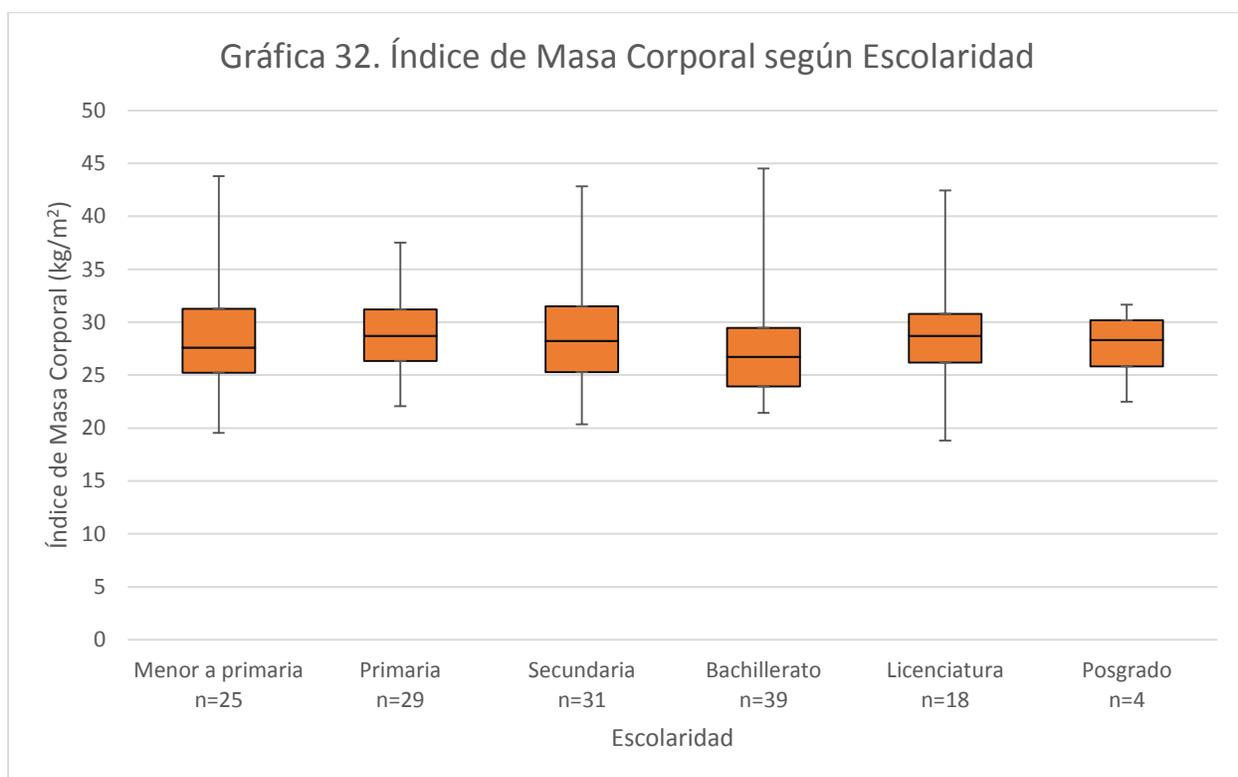
Gráfica 31b. Salario Base de Cotización (Rangos) según Sexo



Fuente: n=136; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 32. Índice de Masa Corporal según Escolaridad	
Escolaridad	IMC (Media ± D.E.)
Menor a primaria	28.3±5.3
Primaria	29±4
Secundaria	29.2±5.4
Bachillerato	27.1±4.5
Licenciatura	29.1±5.4
Posgrado	27.7±4

Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



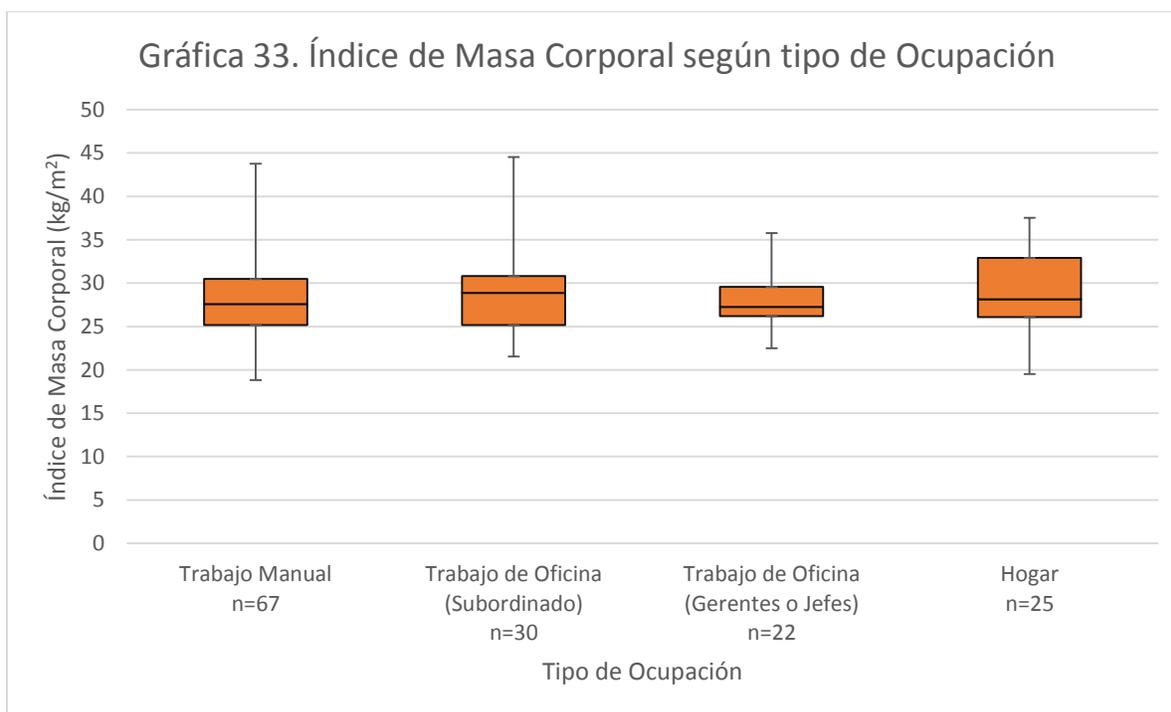
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 33. Índice de Masa Corporal según tipo de ocupación

Ocupación	IMC (Media ± D.E.)
Trabajo Manual	28.3±5
Trabajo de Oficina (Subordinado)	29.1±5.5
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	27.9±3.3
Hogar	28.6±5

Fuente: n=144; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

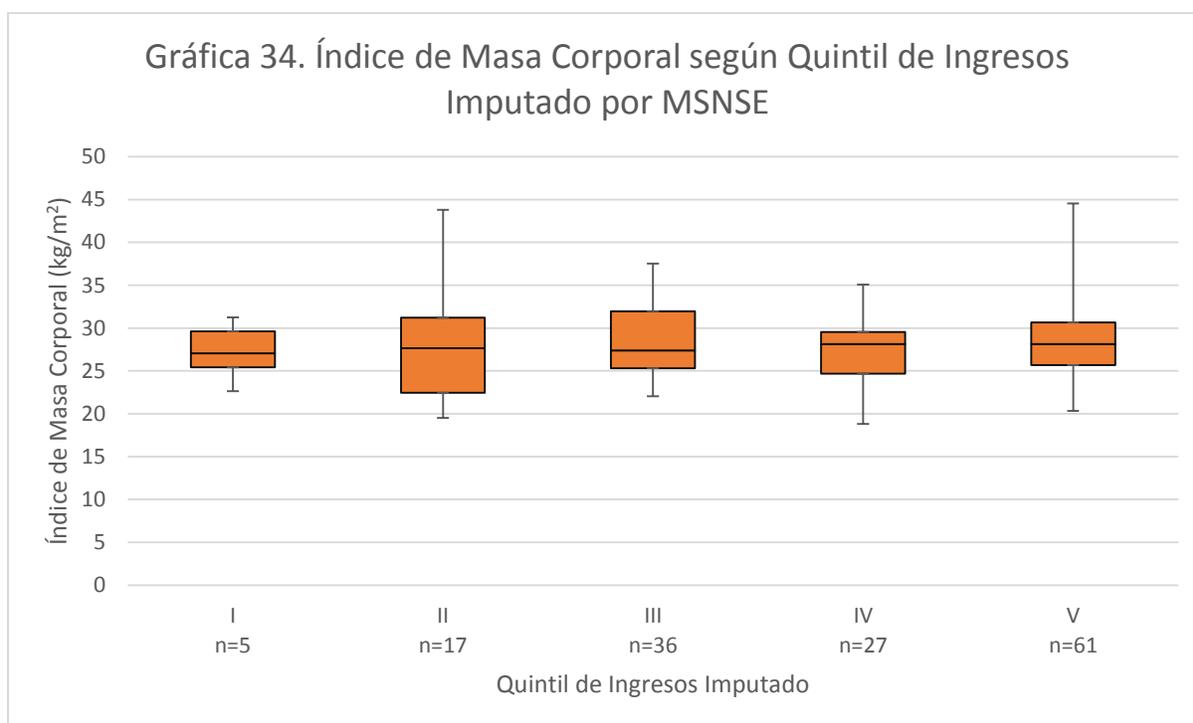
Gráfica 33. Índice de Masa Corporal según tipo de Ocupación



Fuente: n=144; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Quintil de Ingresos Imputado	IMC (Media ± D.E.)
I	27.2±3.4
II	29.1±7.3
III	28.6±4.4
IV	27.3±3.9
V	28.7±4.8

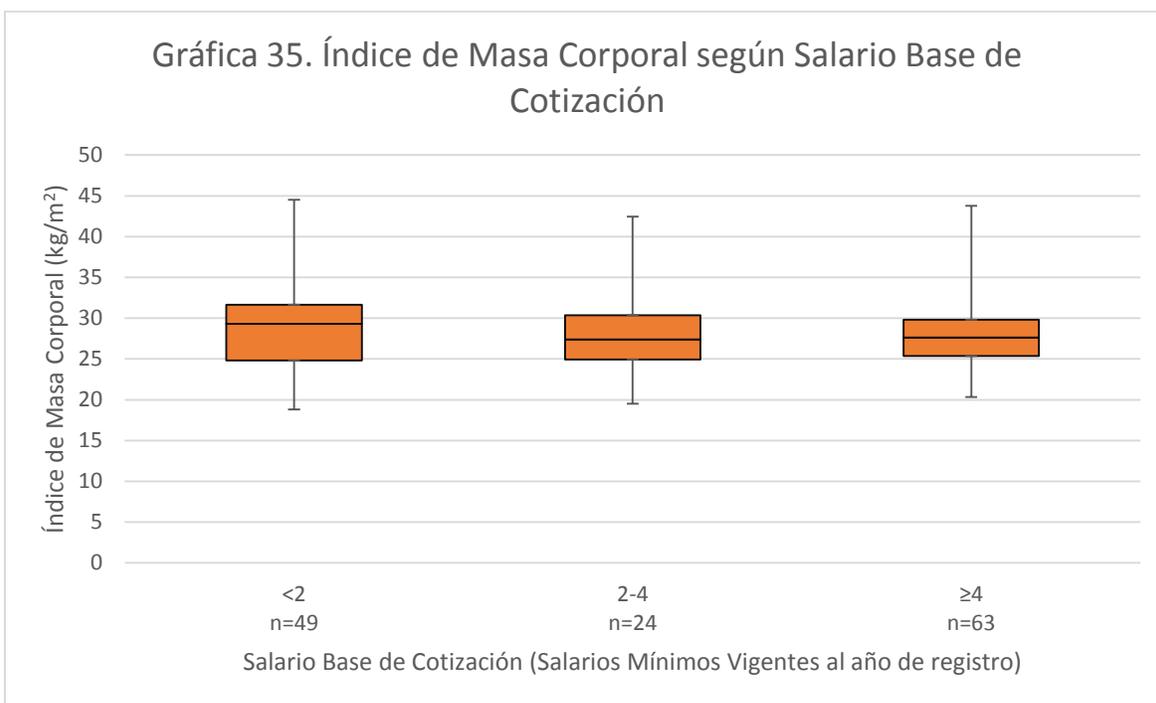
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Quintil de Ingresos Imputado	IMC (Media ± D.E.)
<2	29±5.3
2-4	27.8±4.9
≥4	28±4.4

Fuente: n=136; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

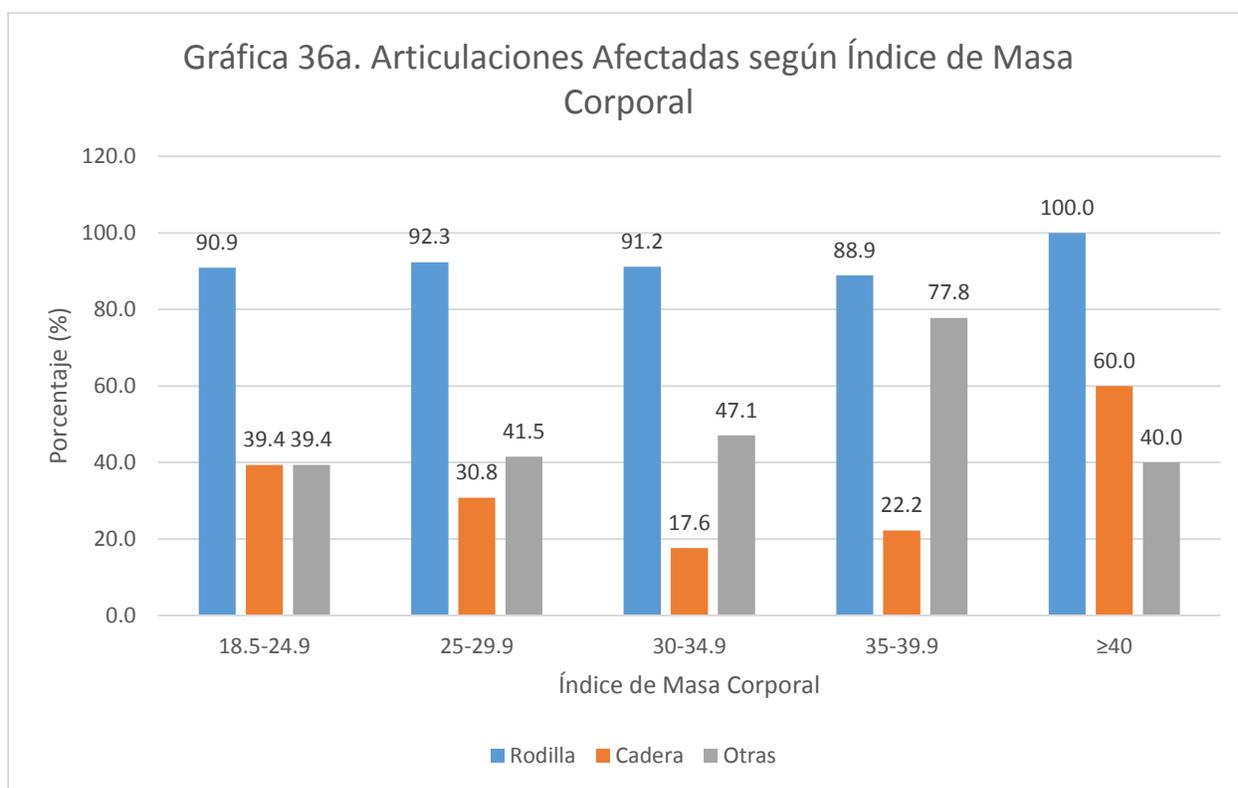


Fuente: n=136; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 36a. Articulaciones Afectadas según Índice de Masa Corporal

Índice de Masa Corporal	Rodilla		Cadera		Otras	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
18.5-24.9	30	90.9	13	39.4	13	39.4
25-29.9	60	92.3	20	30.8	27	41.5
30-34.9	31	91.2	6	17.6	16	47.1
35-39.9	8	88.9	2	22.2	7	77.8
≥40	5	100.0	3	60.0	2	40.0
Total	134	91.8	44	30.1	65	44.5

Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



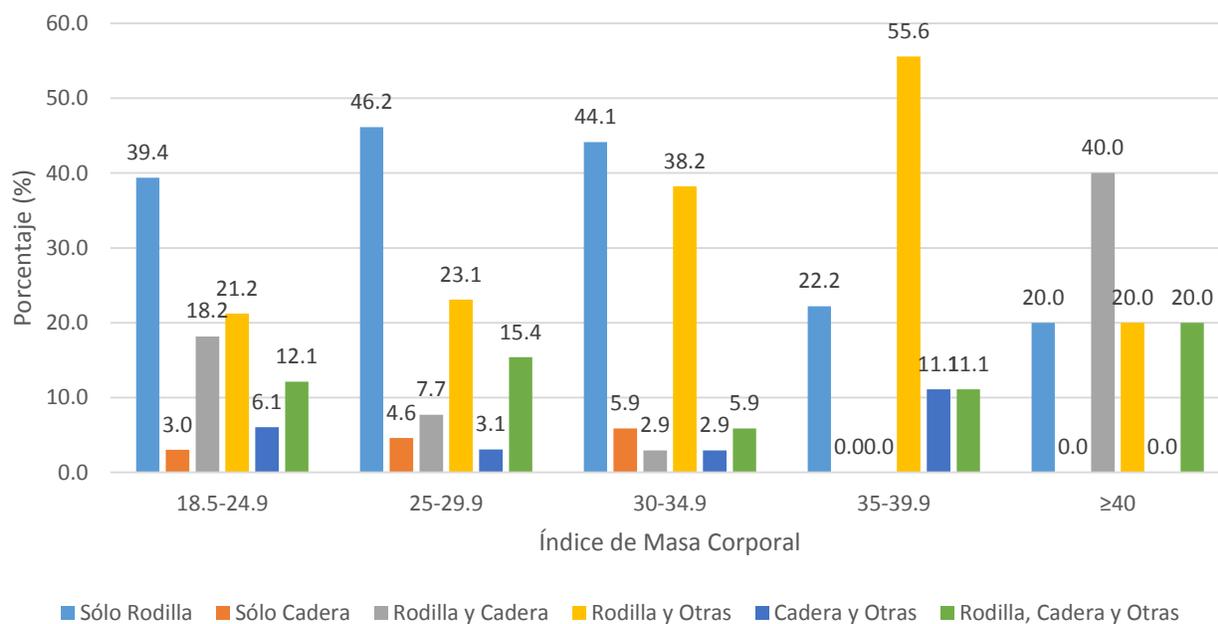
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 36b. Combinación de Articulaciones Afectadas según Índice de Masa Corporal

Índice de Masa Corporal	Articulaciones Afectadas													
	Sólo Rodilla		Sólo Cadera		Rodilla y Cadera		Rodilla y Otras		Cadera y Otras		Rodilla, Cadera y Otras		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
18.5-24.9	13	39.4	1	3.0	6	18.2	7	21.2	2	6.1	4	12.1	33	100
25-29.9	30	46.2	3	4.6	5	7.7	15	23.1	2	3.1	10	15.4	65	100
30-34.9	15	44.1	2	5.9	1	2.9	13	38.2	1	2.9	2	5.9	34	100
35-39.9	2	22.2	0	0.0	0	0.0	5	55.6	1	11.1	1	11.1	9	100
≥40	1	20.0	0	0.0	2	40.0	1	20.0	0	0.0	1	20.0	5	100
Total	61	41.8	6	4.1	14	9.6	41	28.1	6	4.1	18	12.3	146	100

Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

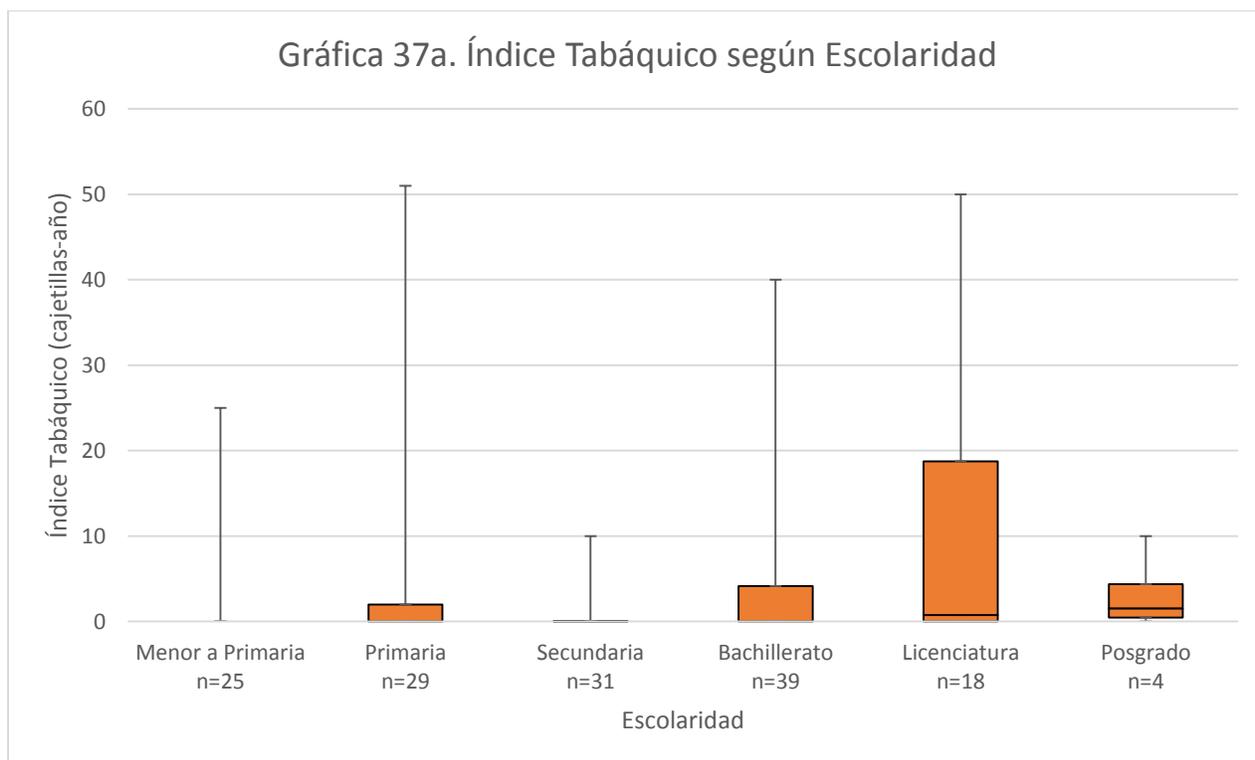
Gráfica 36b. Combinación de articulaciones afectadas según Índice de Masa Corporal



Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 37a. Índice Tabáquico según Escolaridad	
Escolaridad	Índice Tabáquico (Media ± D.E.)
Menor a Primaria	1.6±5.1
Primaria	4.1±10.4
Secundaria	1±2.6
Bachillerato	6.3±11.7
Licenciatura	10.3±15.5
Posgrado	3.3±4.6

Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

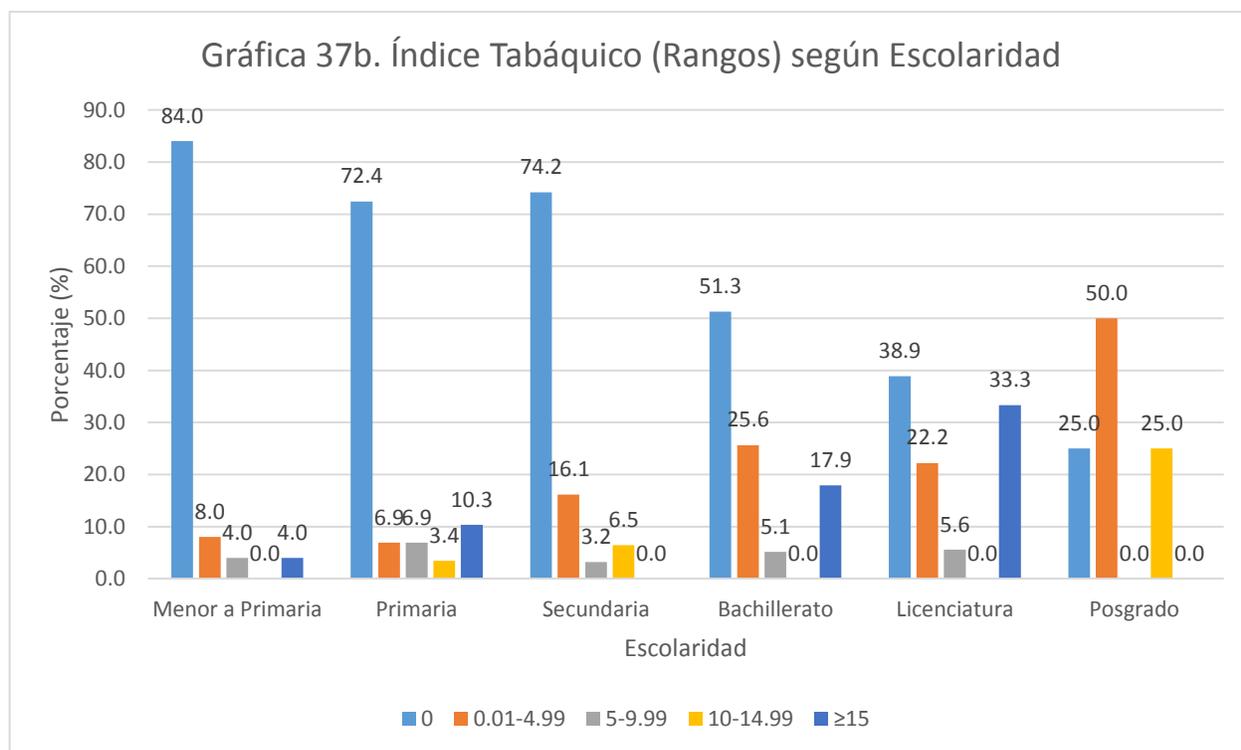


Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 37b. Índice Tabáquico (Rangos) según Escolaridad

Escolaridad	Índice Tabáquico											Total	
	0		0.01-4.99		5-9.99		10-14.99		≥15		Frecuencia	Porcentaje	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje			
Menor a Primaria	21	84.0	2	8.0	1	4.0	0	0.0	1	4.0	25	100	
Primaria	21	72.4	2	6.9	2	6.9	1	3.4	3	10.3	29	100	
Secundaria	23	74.2	5	16.1	1	3.2	2	6.5	0	0.0	31	100	
Bachillerato	20	51.3	10	25.6	2	5.1	0	0.0	7	17.9	39	100	
Licenciatura	7	38.9	4	22.2	1	5.6	0	0.0	6	33.3	18	100	
Posgrado	1	25.0	2	50.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	4	100	
Total	93	63.7	25	17.1	7	4.8	4	2.7	17	11.6	146	100	

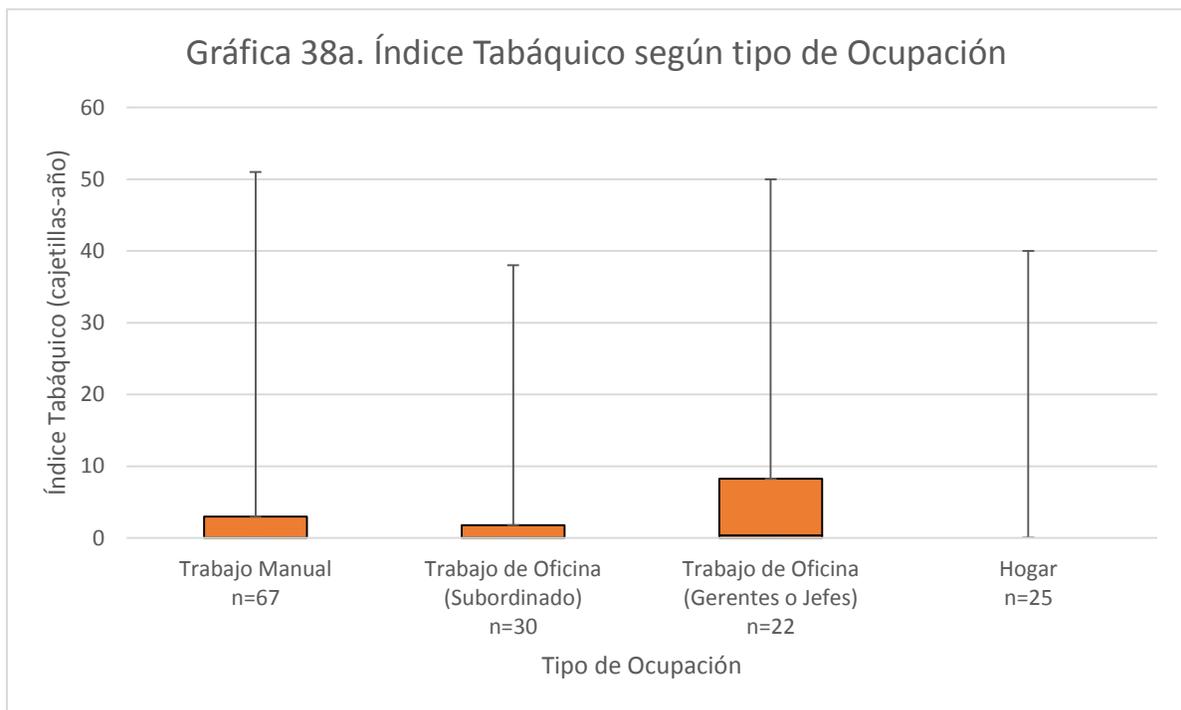
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 38a. Índice Tabáquico según Tipo de Ocupación	
Tipo de Ocupación	Índice Tabáquico (Media ± D.E.)
Trabajo Manual	3.8±8.8
Trabajo de Oficina (Subordinado)	3.9±9.3
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	7.5±13.7
Hogar	3.6±10.6

Fuente: n=144; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

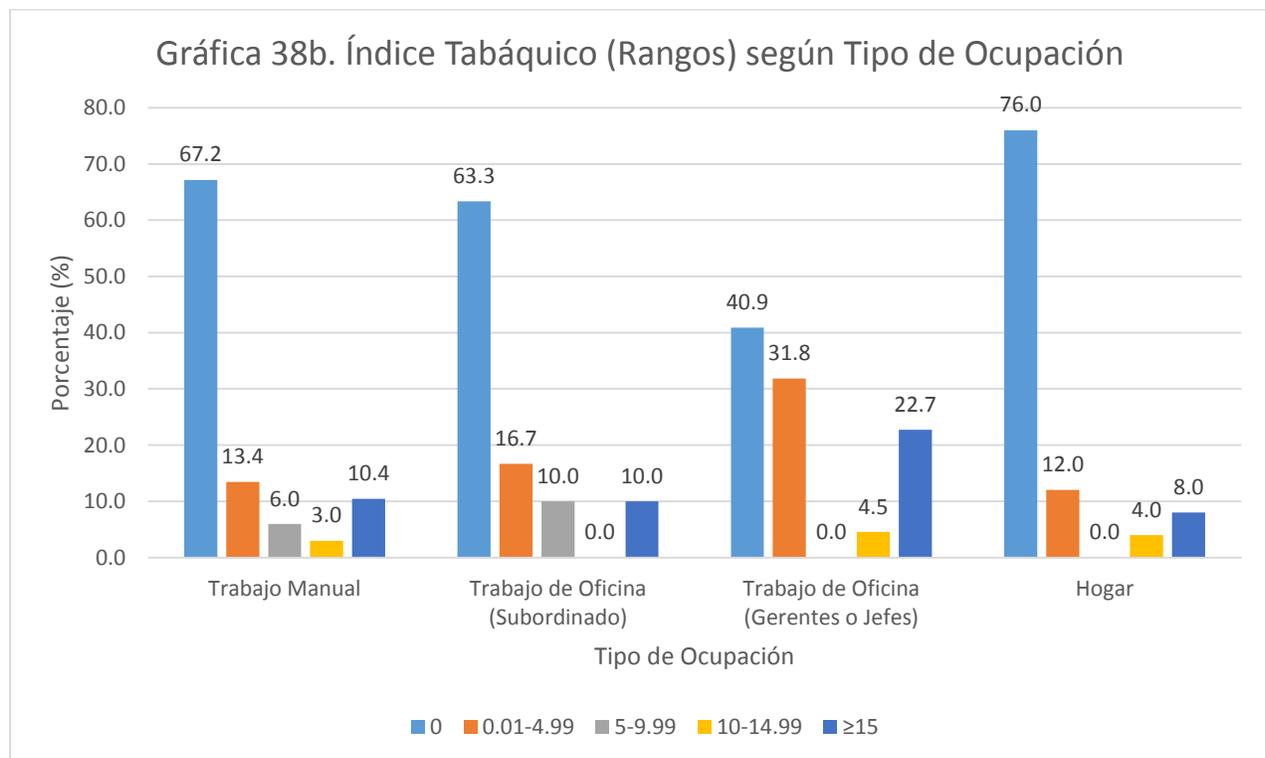


Fuente: n=144; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 38b. Índice Tabáquico (Rangos) según Tipo de Ocupación

Tipo de Ocupación	Índice Tabáquico											
	0		0.01-4.99		5-9.99		10-14.99		≥15		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo Manual	45	67.2	9	13.4	4	6.0	2	3.0	7	10.4	67	100
Trabajo de Oficina (Subordinado)	19	63.3	5	16.7	3	10.0	0	0.0	3	10.0	30	100
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	9	40.9	7	31.8	0	0.0	1	4.5	5	22.7	22	100
Hogar	19	76.0	3	12.0	0	0.0	1	4.0	2	8.0	25	100
Total	92	63.9	24	16.7	7	4.9	4	2.8	17	11.8	144	100

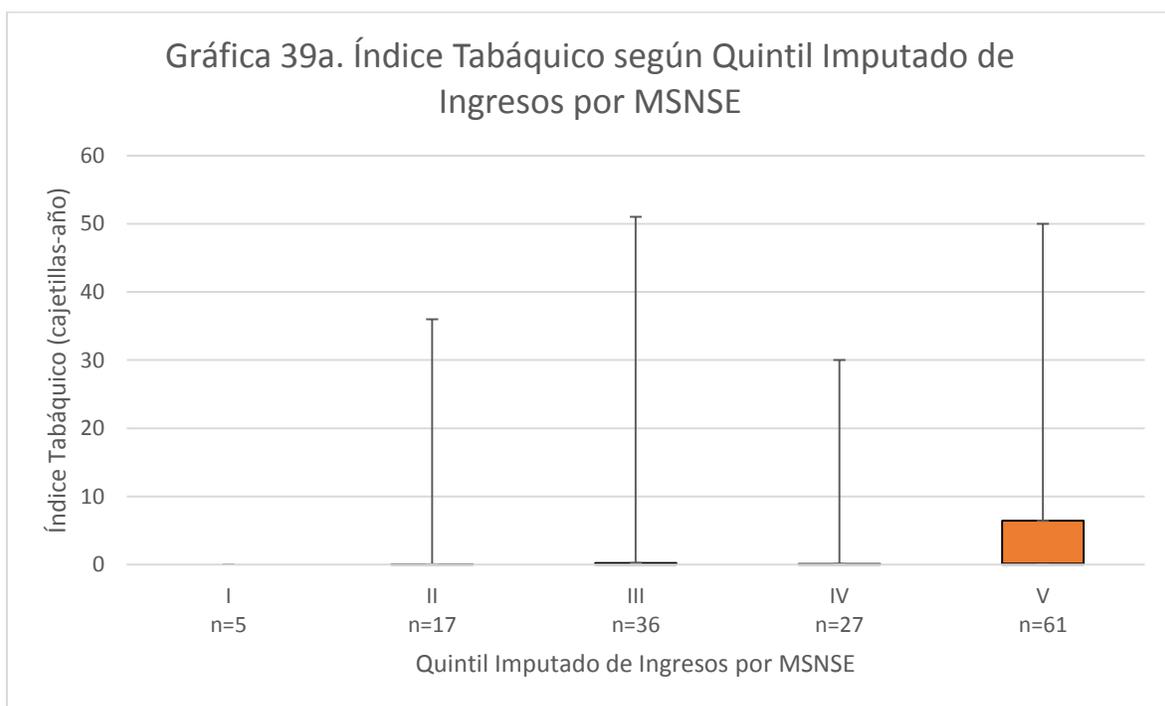
Fuente: n=144; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=144; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 39a. Índice Tabáquico según Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE	
Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE	Índice Tabáquico (Media ± D.E.)
I	0±0
II	3.3±8.9
III	3.2±9.8
IV	2.8±6.9
V	6.3±11.7

Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



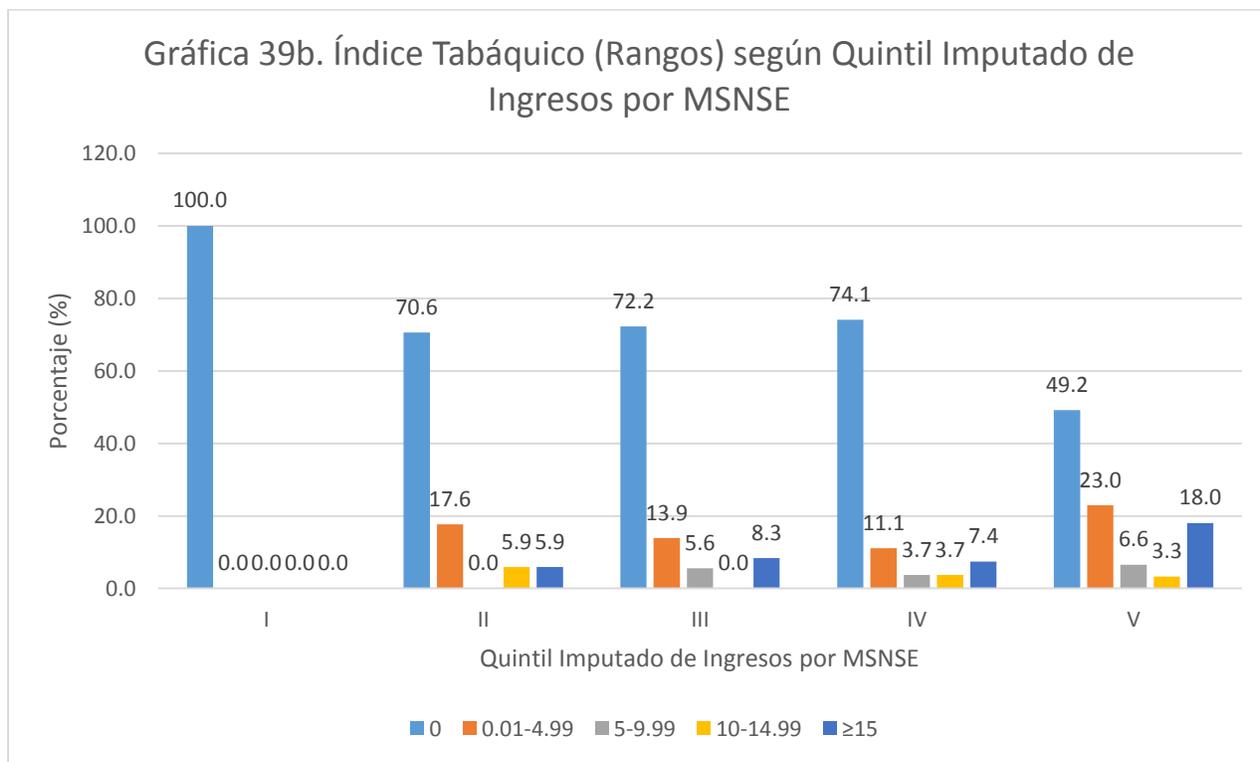
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 39b. Índice Tabáquico (Rangos) según Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE

Quintil Imputado de Ingresos	Índice Tabáquico											
	0		0.01-4.99		5-9.99		10-14.99		≥15		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
I	5	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	100
II	12	70.6	3	17.6	0	0.0	1	5.9	1	5.9	17	100
III	26	72.2	5	13.9	2	5.6	0	0.0	3	8.3	36	100
IV	20	74.1	3	11.1	1	3.7	1	3.7	2	7.4	27	100
V	30	49.2	14	23.0	4	6.6	2	3.3	11	18.0	61	100
Total	93	63.7	25	17.1	7	4.8	4	2.7	17	11.6	146	100

Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

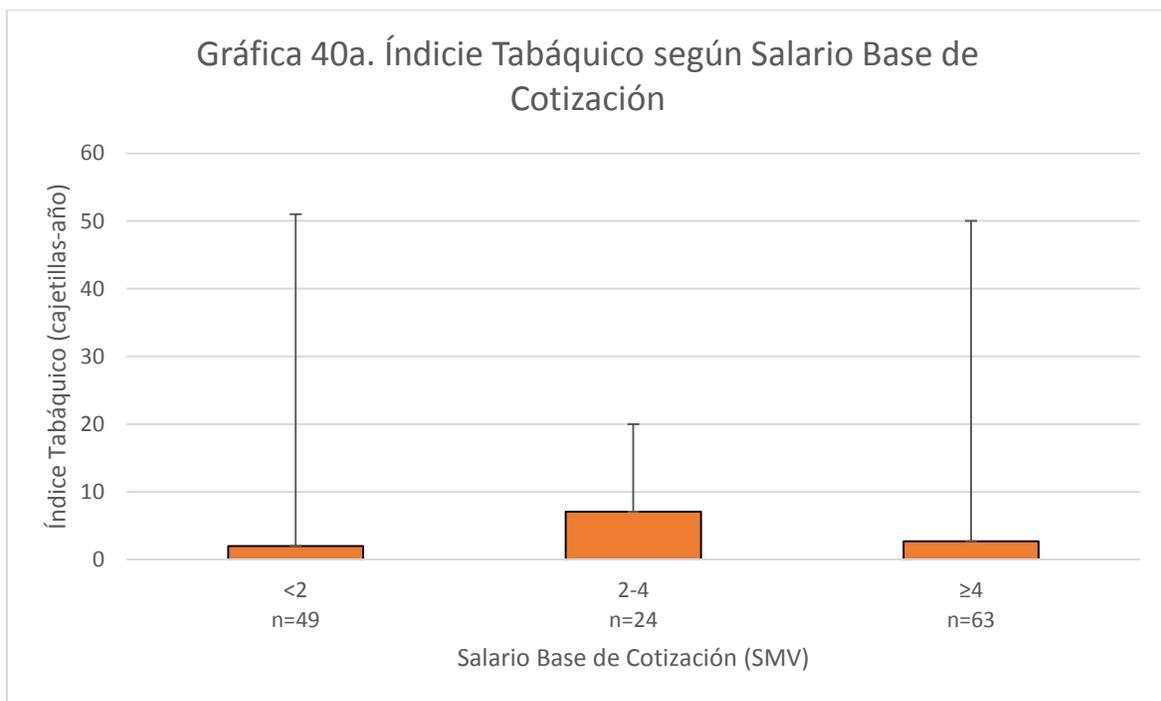
Gráfica 39b. Índice Tabáquico (Rangos) según Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE



Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 40a. Índice Tabáquico según Salario Base de Cotización (Rangos)	
Salario Base de Cotización (SMV)	Índice Tabáquico (Media ± D.E.)
<2	5±11.6
2-4	3.8±6.1
≥4	4.6±10.7

Fuente: n=136; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



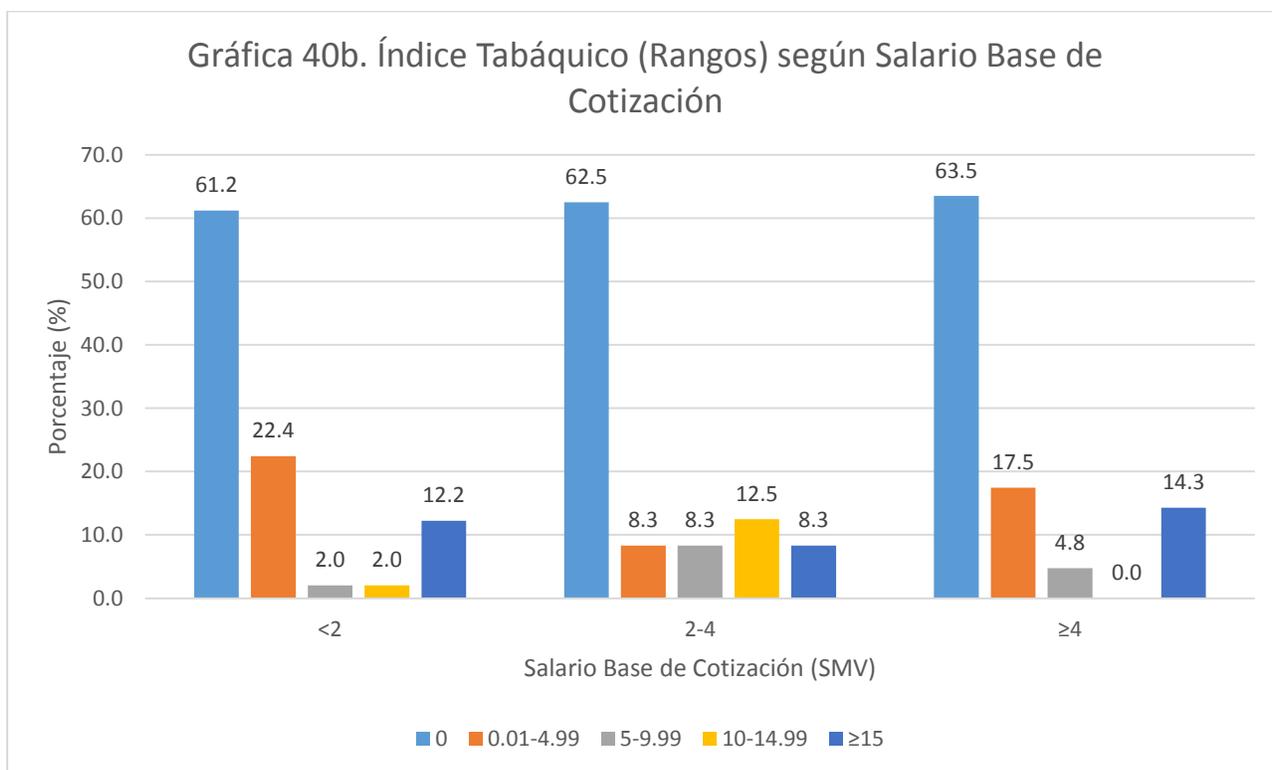
Fuente: n=136; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 40b. Índice Tabáquico (Rangos) según Salario Base de Cotización (Rangos)

Salario Base de Cotización (SMV)	Índice Tabáquico											
	0		0.01-4.99		5-9.99		10-14.99		≥15		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<2	30	61.2	11	22.4	1	2.0	1	2.0	6	12.2	49	100
2-4	15	62.5	2	8.3	2	8.3	3	12.5	2	8.3	24	100
≥4	40	63.5	11	17.5	3	4.8	0	0.0	9	14.3	63	100
Total	85	62.5	24	17.6	6	4.4	4	2.9	17	12.5	136	100

Fuente: n=136; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Gráfica 40b. Índice Tabáquico (Rangos) según Salario Base de Cotización



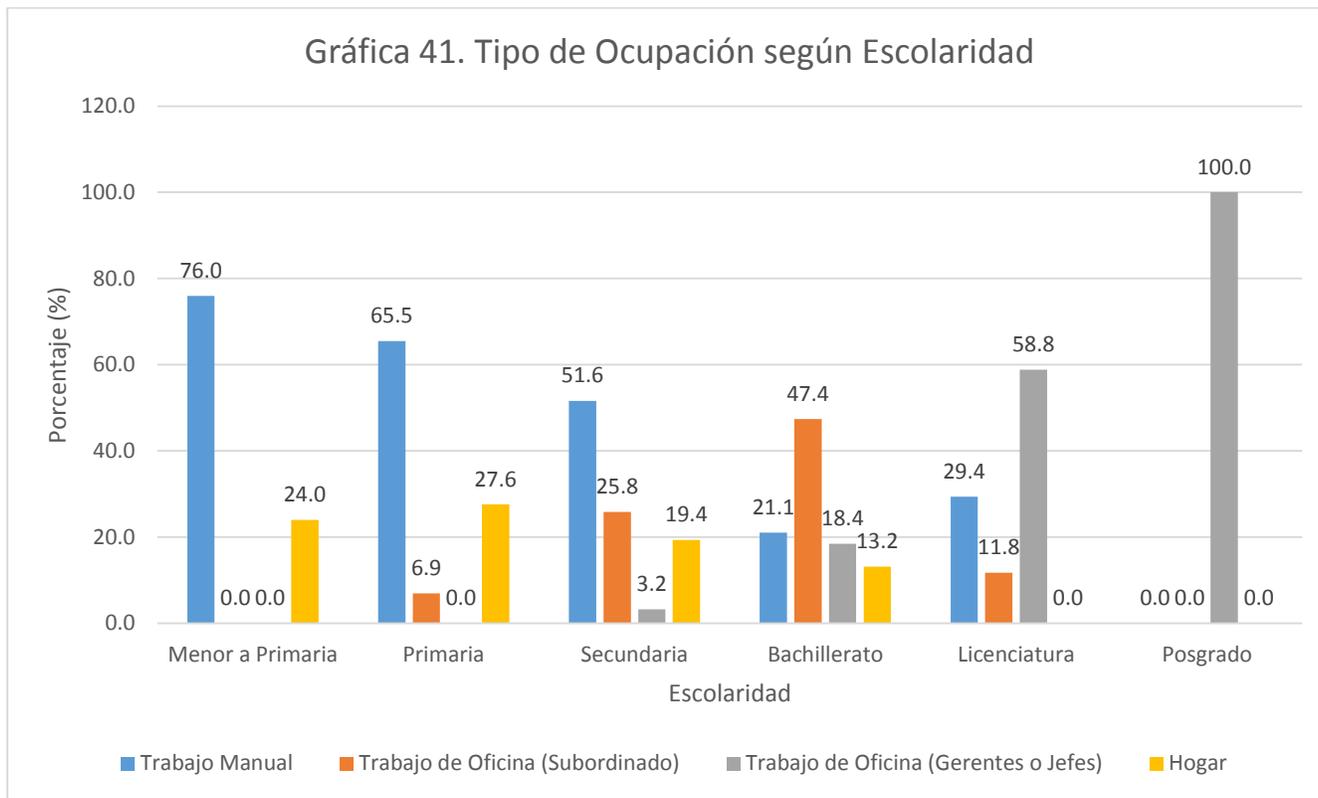
Fuente: n=136; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 41. Tipo de Ocupación según Escolaridad

Escolaridad	Tipo de Ocupación									
	Trabajo Manual		Trabajo de Oficina (Subordinado)		Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)		Hogar		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor a Primaria	19	76.0	0	0.0	0	0.0	6	24.0	25	100
Primaria	19	65.5	2	6.9	0	0.0	8	27.6	29	100
Secundaria	16	51.6	8	25.8	1	3.2	6	19.4	31	100
Bachillerato	8	21.1	18	47.4	7	18.4	5	13.2	38	100
Licenciatura	5	29.4	2	11.8	10	58.8	0	0.0	17	100
Posgrado	0	0.0	0	0.0	4	100.0	0	0.0	4	100
Total	67	46.5	30	20.8	22	15.3	25	17.4	144	100

Fuente: n=144; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Gráfica 41. Tipo de Ocupación según Escolaridad



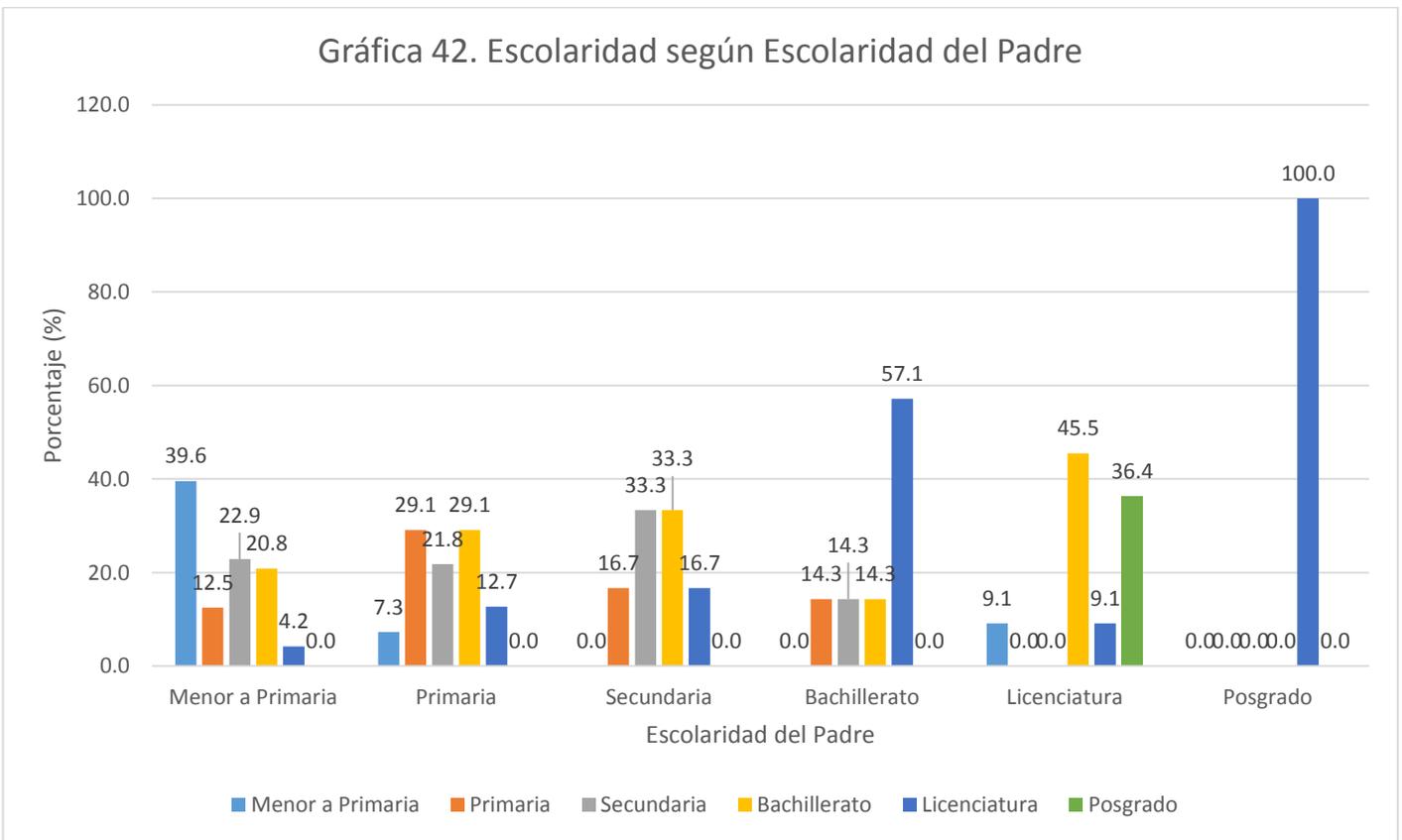
Fuente: n=144; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 42. Escolaridad según Escolaridad del Padre

Escolaridad del Padre	Escolaridad												Total	
	Menor a Primaria		Primaria		Secundaria		Bachillerato		Licenciatura		Posgrado		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor a Primaria	19	39.6	6	12.5	11	22.9	10	20.8	2	4.2	0	0.0	48	100
Primaria	4	7.3	16	29.1	12	21.8	16	29.1	7	12.7	0	0.0	55	100
Secundaria	0	0.0	2	16.7	4	33.3	4	33.3	2	16.7	0	0.0	12	100
Bachillerato	0	0.0	1	14.3	1	14.3	1	14.3	4	57.1	0	0.0	7	100
Licenciatura	1	9.1	0	0.0	0	0.0	5	45.5	1	9.1	4	36.4	11	100
Posgrado	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0	0	0.0	2	100
Total	24	17.8	25	18.5	28	20.7	36	26.7	18	13.3	4	3.0	135	100

Fuente: n=135; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Gráfica 42. Escolaridad según Escolaridad del Padre



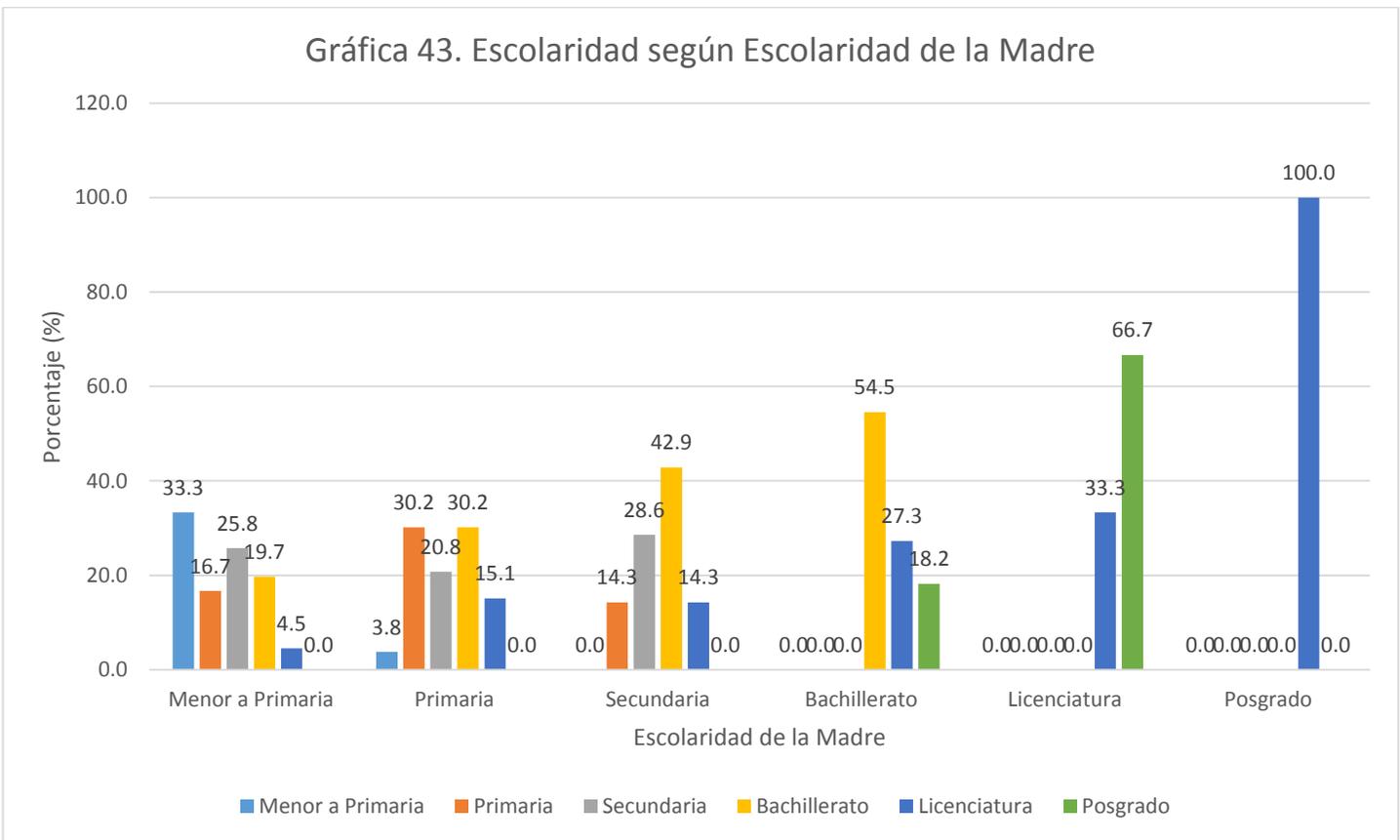
Fuente: n=135; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 43. Escolaridad según Escolaridad de la Madre

Escolaridad de la Madre	Escolaridad													
	Menor a Primaria		Primaria		Secundaria		Bachillerato		Licenciatura		Posgrado		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor a Primaria	22	33.3	11	16.7	17	25.8	13	19.7	3	4.5	0	0.0	66	100
Primaria	2	3.8	16	30.2	11	20.8	16	30.2	8	15.1	0	0.0	53	100
Secundaria	0	0.0	1	14.3	2	28.6	3	42.9	1	14.3	0	0.0	7	100
Bachillerato	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	54.5	3	27.3	2	18.2	11	100
Licenciatura	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	33.3	2	66.7	3	100
Posgrado	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	100
Total	24	17.0	28	19.9	30	21.3	38	27.0	17	12.1	4	2.8	141	100

Fuente: n=141; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Gráfica 43. Escolaridad según Escolaridad de la Madre



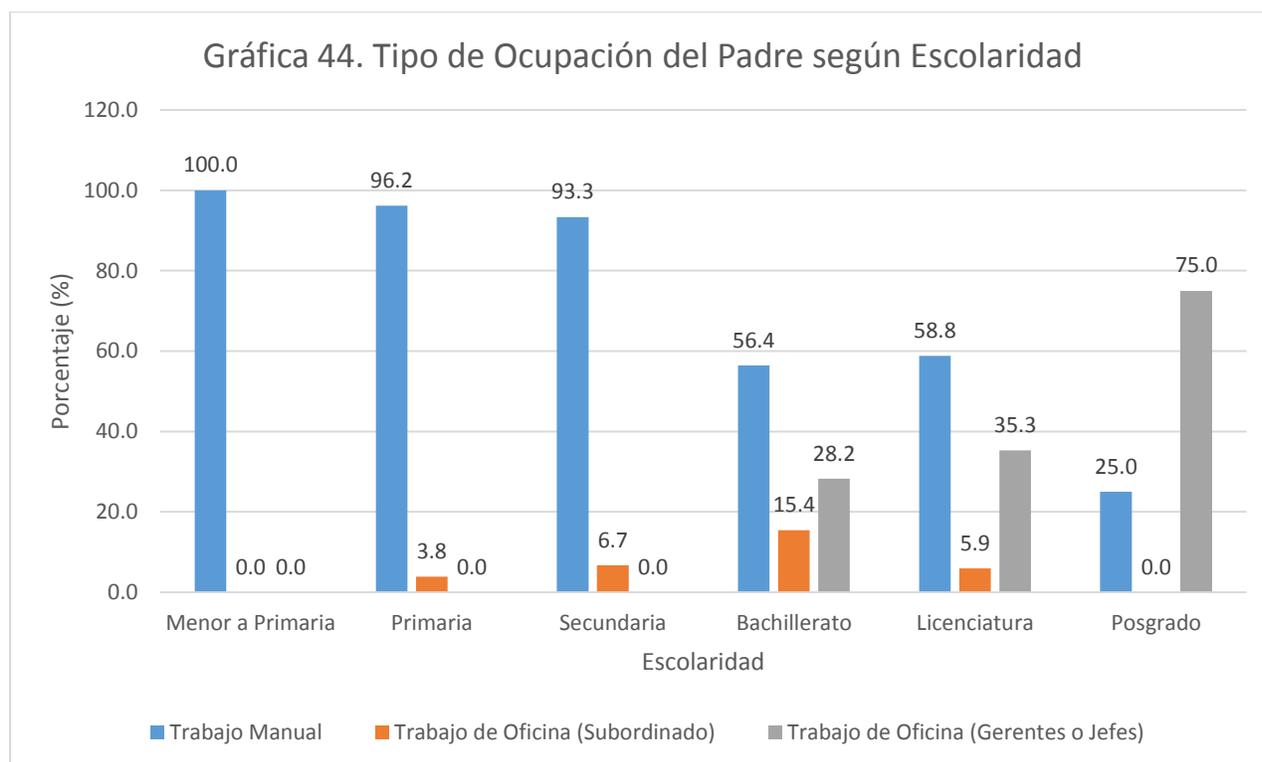
Fuente: n=141; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 44. Tipo de Ocupación del Padre según Escolaridad

Escolaridad	Tipo de Ocupación del Padre									
	Trabajo Manual		Trabajo de Oficina (Subordinado)		Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)		Hogar		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor a Primaria	25	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	25	100
Primaria	25	96.2	1	3.8	0	0.0	0	0.0	26	100
Secundaria	28	93.3	2	6.7	0	0.0	0	0.0	30	100
Bachillerato	22	56.4	6	15.4	11	28.2	0	0.0	39	100
Licenciatura	10	58.8	1	5.9	6	35.3	0	0.0	17	100
Posgrado	1	25.0	0	0.0	3	75.0	0	0.0	4	100
Total	111	78.7	10	7.1	20	14.2	0	0.0	141	100

Fuente: n=141; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Gráfica 44. Tipo de Ocupación del Padre según Escolaridad



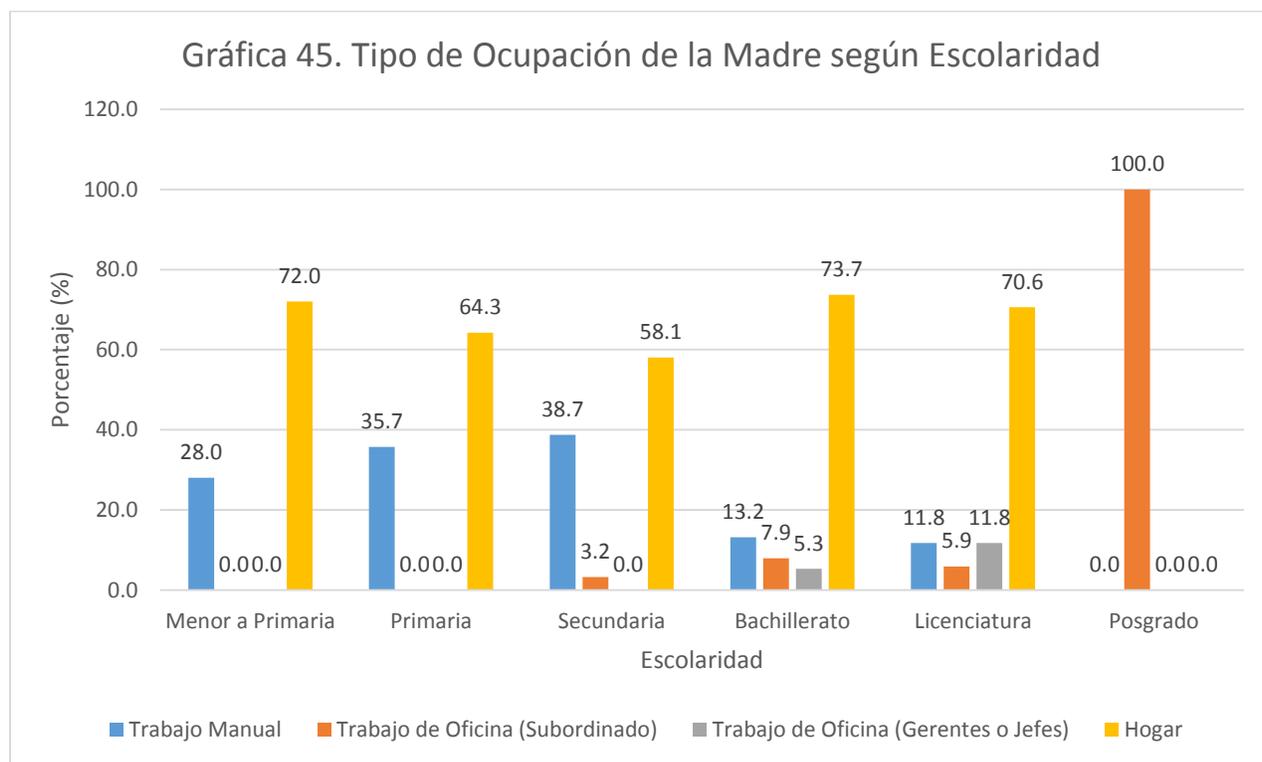
Fuente: n=141; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 45. Tipo de Ocupación de la Madre según Escolaridad

Escolaridad	Tipo de Ocupación de la Madre									
	Trabajo Manual		Trabajo de Oficina (Subordinado)		Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)		Hogar		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor a Primaria	7	28.0	0	0.0	0	0.0	18	72.0	25	100
Primaria	10	35.7	0	0.0	0	0.0	18	64.3	28	100
Secundaria	12	38.7	1	3.2	0	0.0	18	58.1	31	100
Bachillerato	5	13.2	3	7.9	2	5.3	28	73.7	38	100
Licenciatura	2	11.8	1	5.9	2	11.8	12	70.6	17	100
Posgrado	0	0.0	4	100.0	0	0.0	0	0.0	4	100
Total	36	25.2	9	6.3	4	2.8	94	65.7	143	100

Fuente: n=143; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Gráfica 45. Tipo de Ocupación de la Madre según Escolaridad



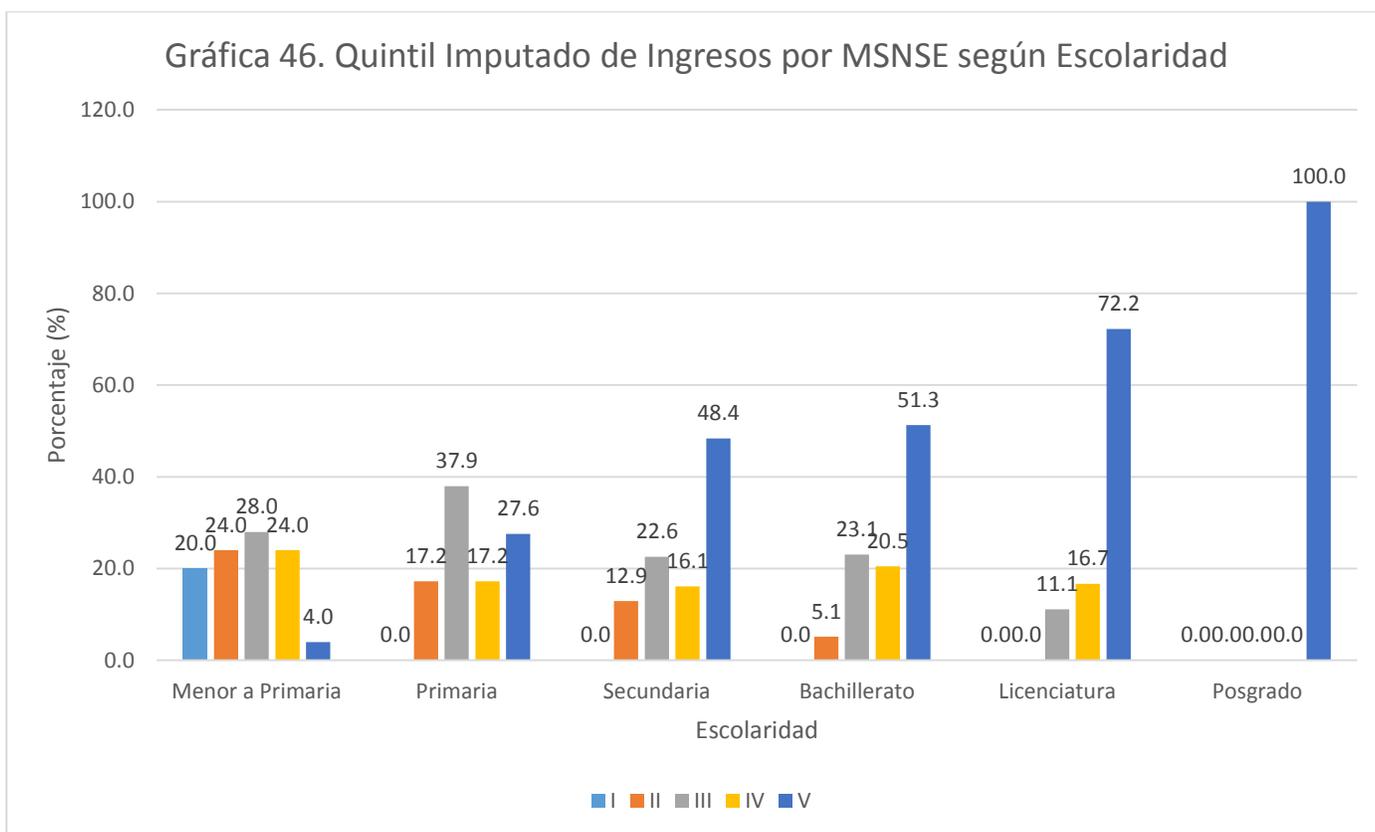
Fuente: n=143; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 46. Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE según Escolaridad

Escolaridad	Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE											
	I		II		III		IV		V		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor a Primaria	5	20.0	6	24.0	7	28.0	6	24.0	1	4.0	25	100
Primaria	0	0.0	5	17.2	11	37.9	5	17.2	8	27.6	29	100
Secundaria	0	0.0	4	12.9	7	22.6	5	16.1	15	48.4	31	100
Bachillerato	0	0.0	2	5.1	9	23.1	8	20.5	20	51.3	39	100
Licenciatura	0	0.0	0	0.0	2	11.1	3	16.7	13	72.2	18	100
Posgrado	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	100.0	4	100
Total	5	3.4	17	11.6	36	24.7	27	18.5	61	41.8	146	100

Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

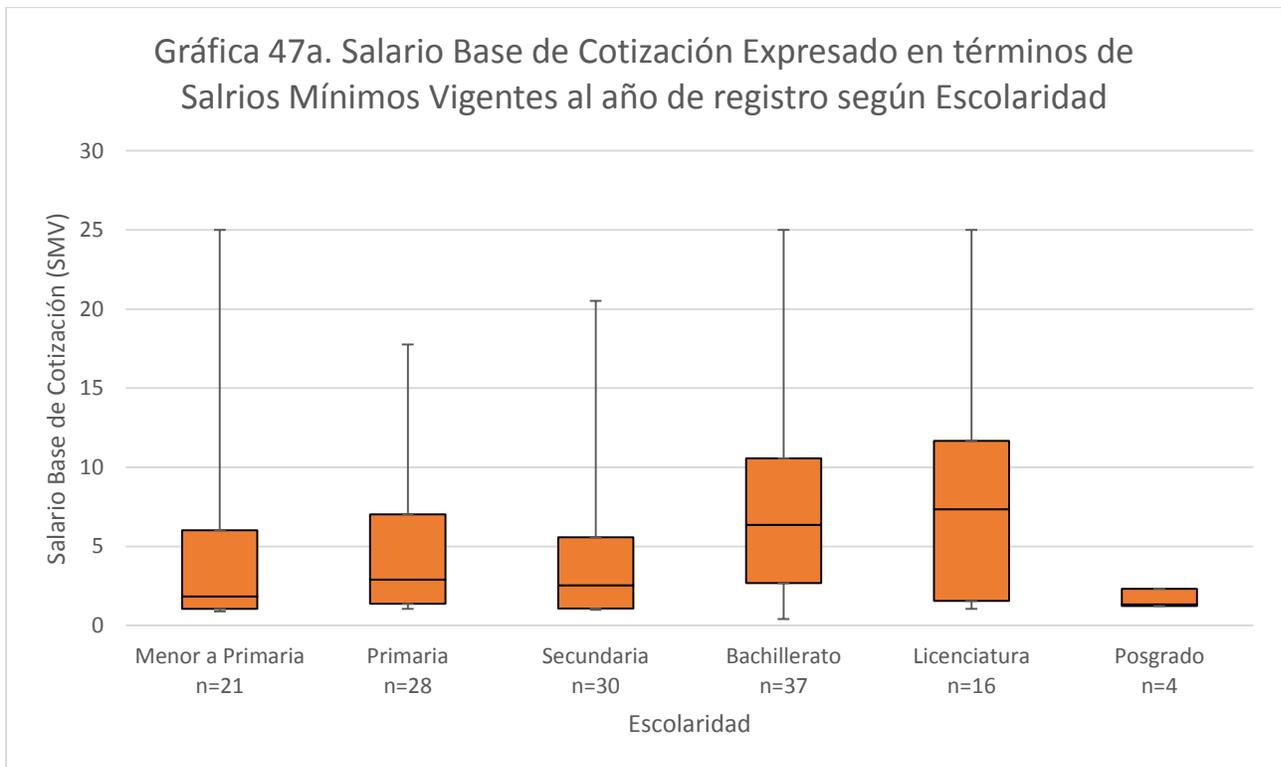
Gráfica 46. Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE según Escolaridad



Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 47a. Salario Base de Cotización según Escolaridad	
Escolaridad	Salario Base de Cotización (Media±D.E.)
Menor a Primaria	5.2±7
Primaria	4.9±4.3
Secundaria	4.5±4.6
Bachillerato	7.7±7
Licenciatura	8.9±8.5
Posgrado	2.2±2
Total	6±6.3

Fuente: n=136; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



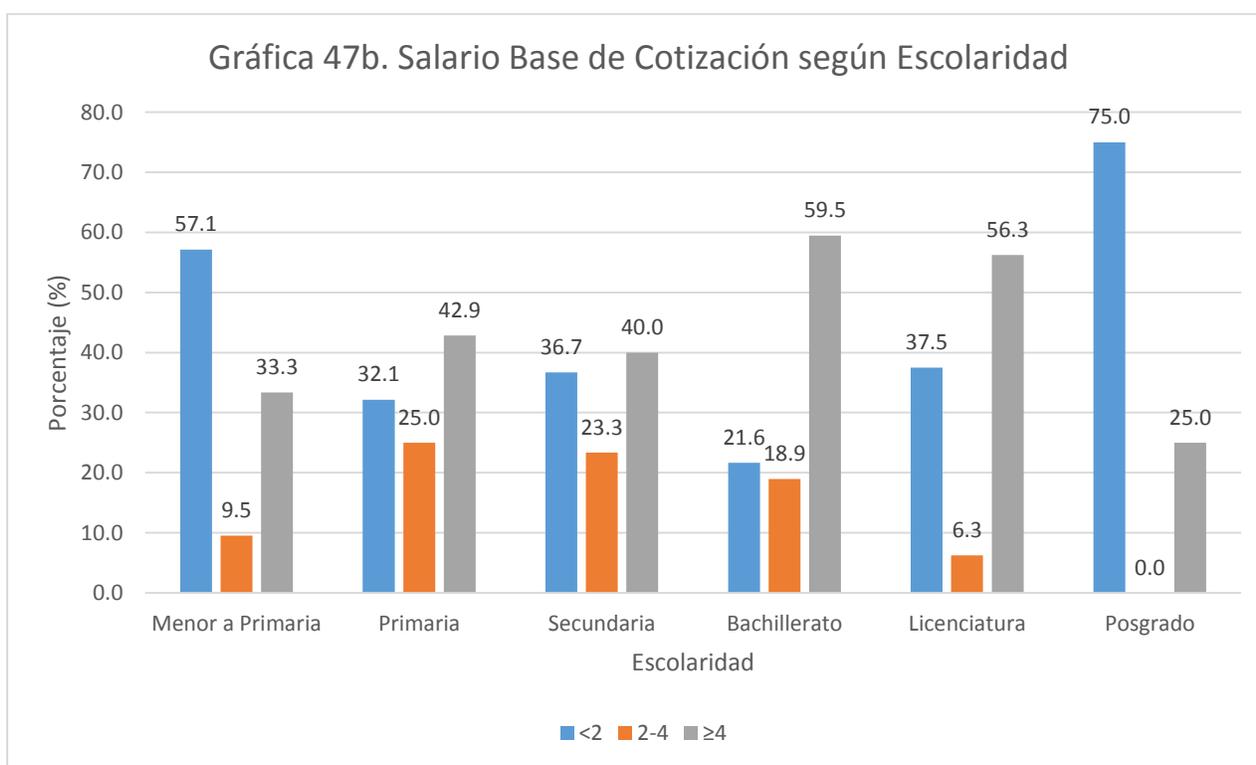
Fuente: n=136; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 47b. Salario Base de Cotización (Rangos) según Escolaridad

Escolaridad	Salario Base de Cotización (Salarios Mínimos Vigentes al año de registro)							
	<2		2-4		≥4		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor a Primaria	12	57.1	2	9.5	7	33.3	21	100
Primaria	9	32.1	7	25.0	12	42.9	28	100
Secundaria	11	36.7	7	23.3	12	40.0	30	100
Bachillerato	8	21.6	7	18.9	22	59.5	37	100
Licenciatura	6	37.5	1	6.3	9	56.3	16	100
Posgrado	3	75.0	0	0.0	1	25.0	4	100
Total	49	36.0	24	17.6	63	46.3	136	100

Fuente: n=136; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

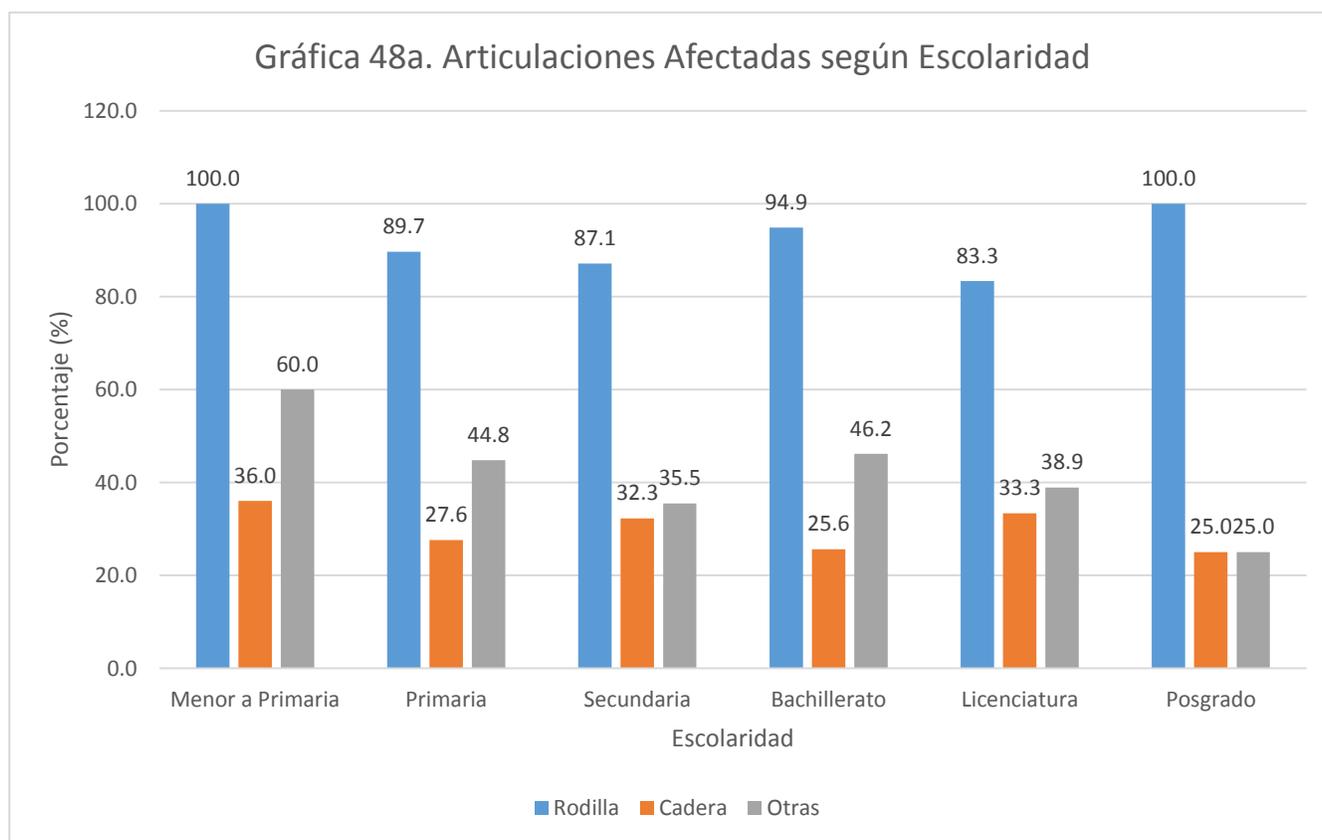
Gráfica 47b. Salario Base de Cotización según Escolaridad



Fuente: n=136; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 48a. Articulaciones Afectadas según Escolaridad						
Escolaridad	Rodilla		Cadera		Otras	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor a Primaria	25	100.0	9	36.0	15	60.0
Primaria	26	89.7	8	27.6	13	44.8
Secundaria	27	87.1	10	32.3	11	35.5
Bachillerato	37	94.9	10	25.6	18	46.2
Licenciatura	15	83.3	6	33.3	7	38.9
Posgrado	4	100.0	1	25.0	1	25.0
Total	134	91.8	44	30.1	65	44.5

Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



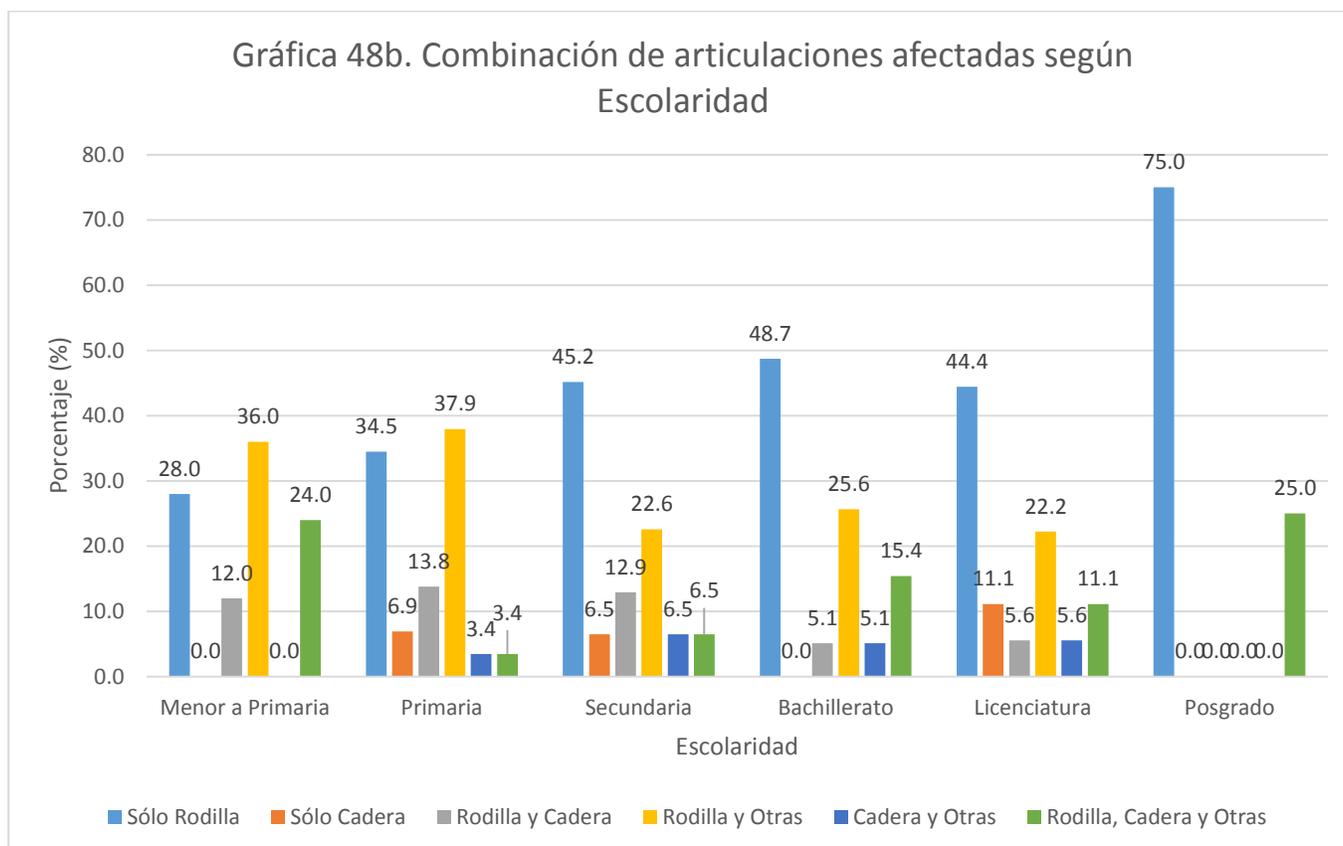
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 48b. Combinación de Articulaciones Afectadas según Escolaridad

Escolaridad	Articulaciones Afectadas												Total	
	Sólo Rodilla		Sólo Cadera		Rodilla y Cadera		Rodilla y Otras		Cadera y Otras		Rodilla, Cadera y Otras			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor a Primaria	7	28.0	0	0.0	3	12.0	9	36.0	0	0.0	6	24.0	25	100
Primaria	10	34.5	2	6.9	4	13.8	11	37.9	1	3.4	1	3.4	29	100
Secundaria	14	45.2	2	6.5	4	12.9	7	22.6	2	6.5	2	6.5	31	100
Bachillerato	19	48.7	0	0.0	2	5.1	10	25.6	2	5.1	6	15.4	39	100
Licenciatura	8	44.4	2	11.1	1	5.6	4	22.2	1	5.6	2	11.1	18	100
Posgrado	3	75.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0	4	100
Total	61	41.8	6	4.1	14	9.6	41	28.1	6	4.1	18	12.3	146	100

Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Gráfica 48b. Combinación de articulaciones afectadas según Escolaridad



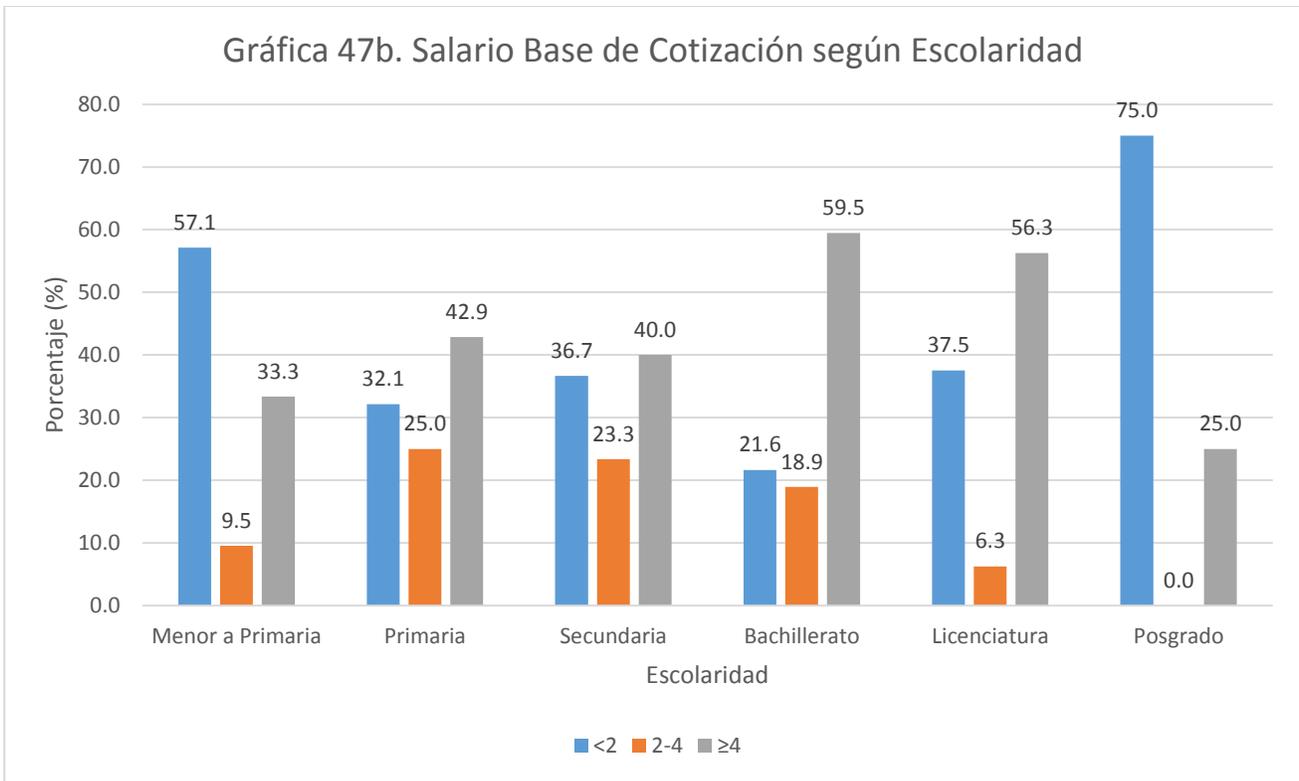
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 49. Tipo de Ocupación según Escolaridad del Padre

Escolaridad del Padre	Tipo de Ocupación									
	Trabajo Manual		Trabajo de Oficina (Subordinado)		Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)		Hogar		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor a Primaria	26	55.3	7	14.9	6	12.8	8	17.0	47	100
Primaria	26	48.1	16	29.6	2	3.7	10	18.5	54	100
Secundaria	4	33.3	3	25.0	3	25.0	2	16.7	12	100
Bachillerato	2	28.6	1	14.3	4	57.1	0	0.0	7	100
Licenciatura	2	18.2	2	18.2	6	54.5	1	9.1	11	100
Posgrado	1	50.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	2	100
Total	61	45.9	29	21.8	22	16.5	21	15.8	133	100

Fuente: n=133; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Gráfica 47b. Salario Base de Cotización según Escolaridad



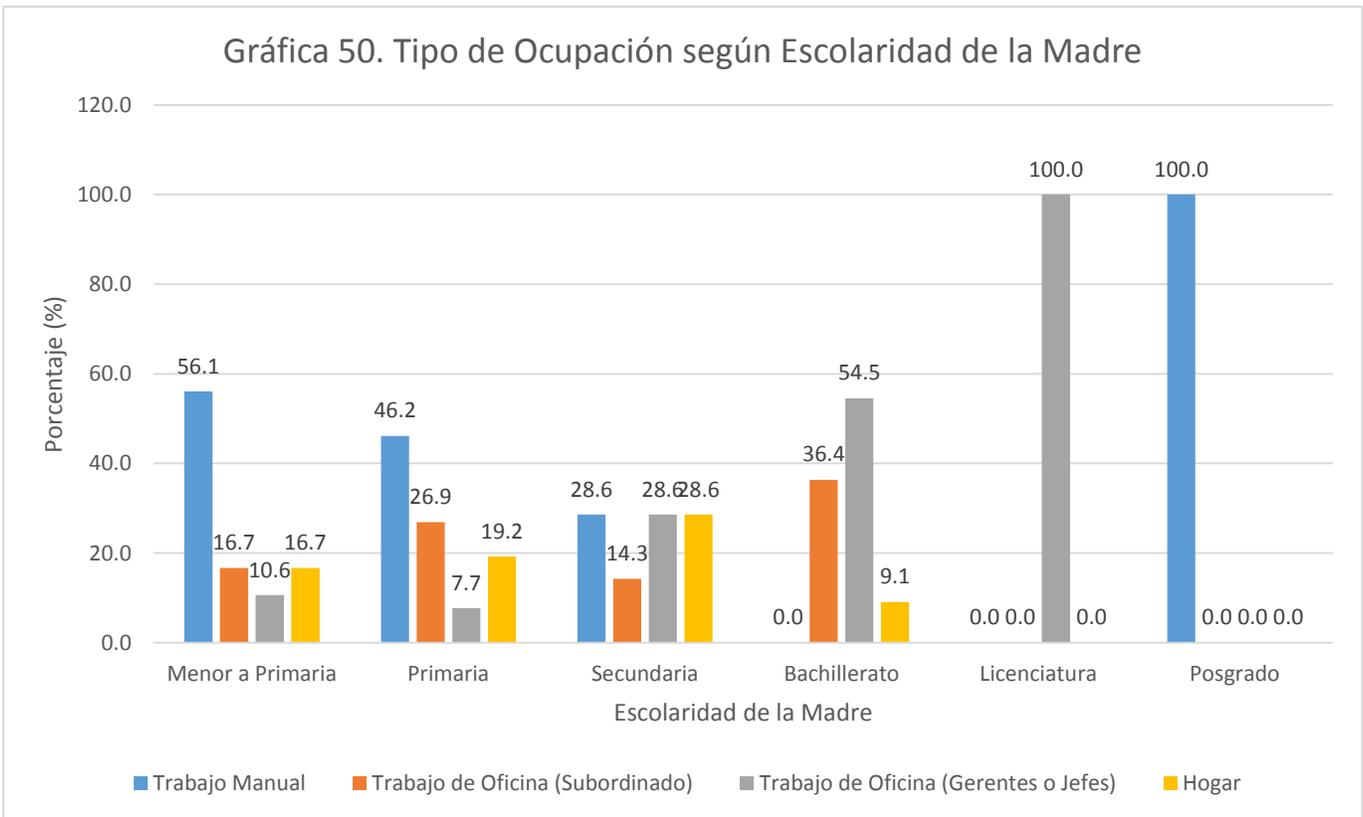
Fuente: n=133; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 50. Tipo de Ocupación según Escolaridad de la Madre

Escolaridad de la Madre	Tipo de Ocupación									
	Trabajo Manual		Trabajo de Oficina (Subordinado)		Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)		Hogar		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor a Primaria	37	56.1	11	16.7	7	10.6	11	16.7	66	100
Primaria	24	46.2	14	26.9	4	7.7	10	19.2	52	100
Secundaria	2	28.6	1	14.3	2	28.6	2	28.6	7	100
Bachillerato	0	0.0	4	36.4	6	54.5	1	9.1	11	100
Licenciatura	0	0.0	0	0.0	3	100.0	0	0.0	3	100
Posgrado	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100
Total	64	45.7	30	21.4	22	15.7	24	17.1	140	100

Fuente: n=140; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Gráfica 50. Tipo de Ocupación según Escolaridad de la Madre

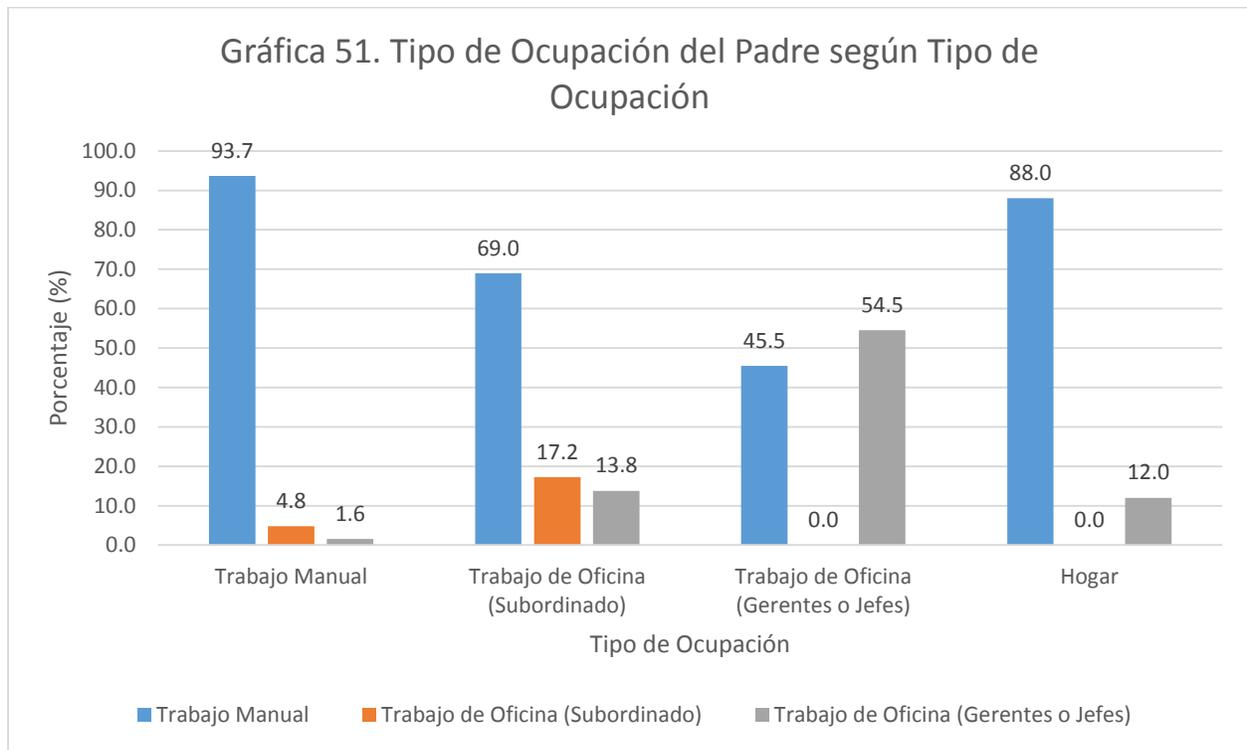


Fuente: n=140; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 51. Tipo de Ocupación del Padre según Tipo de Ocupación

Tipo de Ocupación	Tipo de Ocupación del Padre									
	Trabajo Manual		Trabajo de Oficina (Subordinado)		Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)		Hogar		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo Manual	59	93.7	3	4.8	1	1.6	0	0.0	63	100
Trabajo de Oficina (Subordinado)	20	69.0	5	17.2	4	13.8	0	0.0	29	100
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	10	45.5	0	0.0	12	54.5	0	0.0	22	100
Hogar	22	88.0	0	0.0	3	12.0	0	0.0	25	100
Total	111	79.9	8	5.8	20	14.4	0	0.0	139	100

Fuente: n=139; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



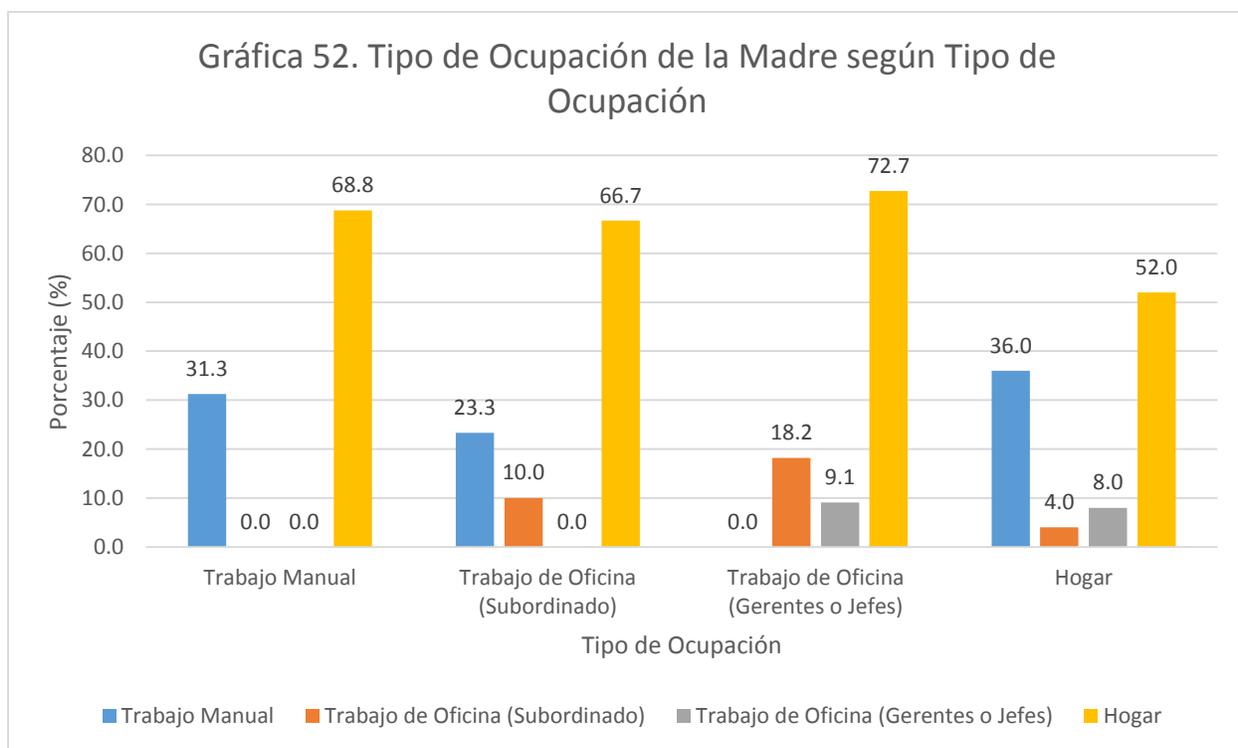
Fuente: n=139; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 52. Tipo de Ocupación de la Madre según Tipo de Ocupación

	Tipo de Ocupación de la Madre									
	Trabajo Manual		Trabajo de Oficina (Subordinado)		Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)		Hogar		Total	
Tipo de Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo Manual	20	31.3	0	0.0	0	0.0	44	68.8	64	100
Trabajo de Oficina (Subordinado)	7	23.3	3	10.0	0	0.0	20	66.7	30	100
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	0	0.0	4	18.2	2	9.1	16	72.7	22	100
Hogar	9	36.0	1	4.0	2	8.0	13	52.0	25	100
Total	36	25.5	8	5.7	4	2.8	93	66.0	141	100

Fuente: n=141; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Gráfica 52. Tipo de Ocupación de la Madre según Tipo de Ocupación

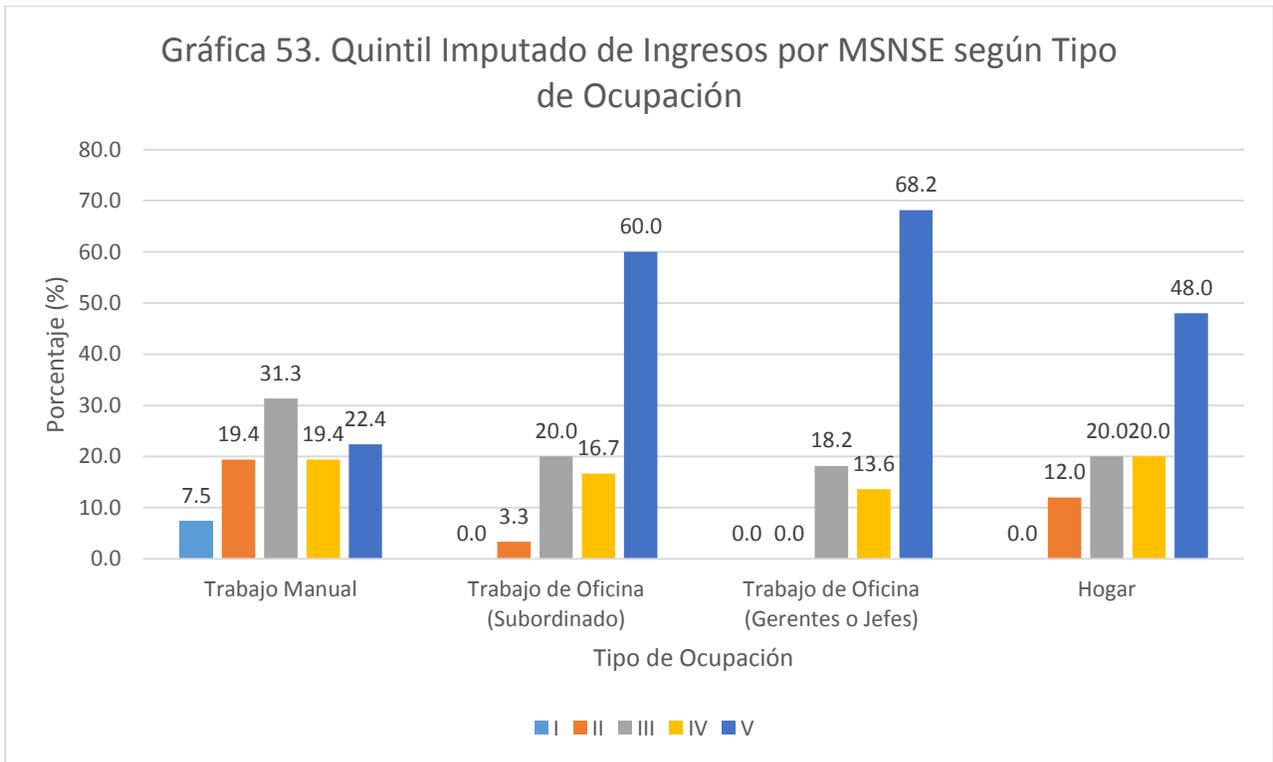


Fuente: n=141; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 53. Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE según Tipo de Ocupación

Tipo de Ocupación	Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE											
	I		II		III		IV		V		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo Manual	5	7.5	13	19.4	21	31.3	13	19.4	15	22.4	67	100
Trabajo de Oficina (Subordinado)	0	0.0	1	3.3	6	20.0	5	16.7	18	60.0	30	100
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	0	0.0	0	0.0	4	18.2	3	13.6	15	68.2	22	100
Hogar	0	0.0	3	12.0	5	20.0	5	20.0	12	48.0	25	100
Total	5	3.5	17	11.8	36	25.0	26	18.1	60	41.7	144	100

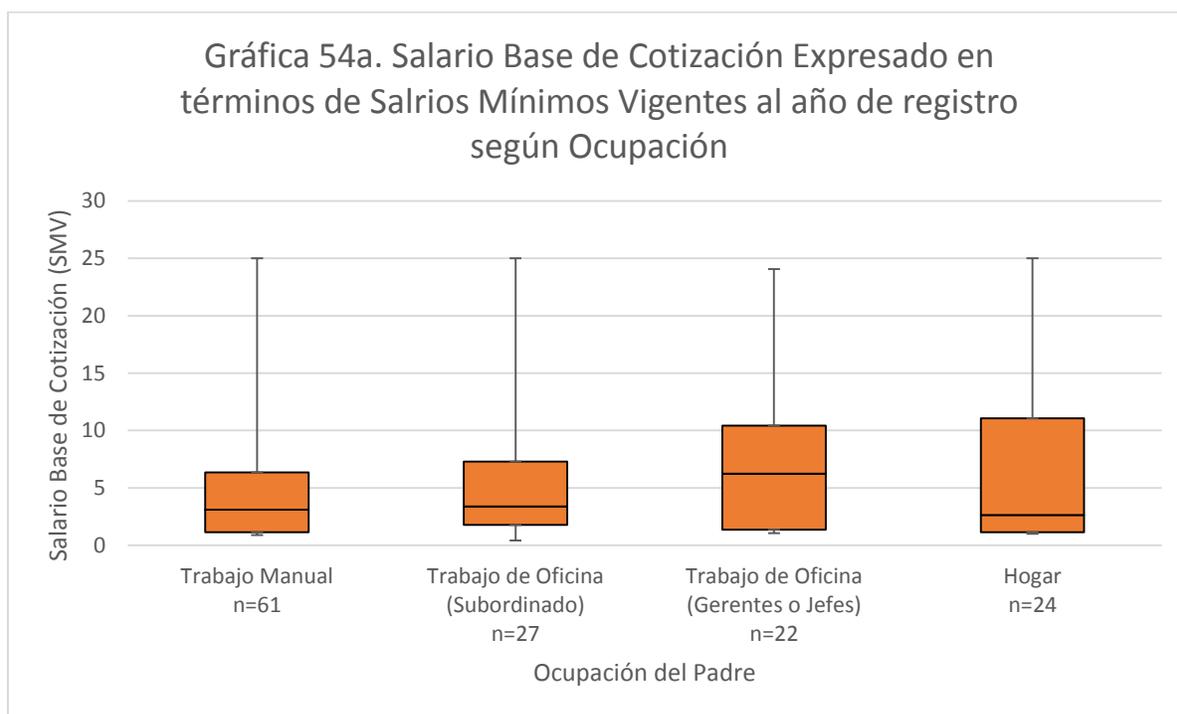
Fuente: n=144; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=144; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 54a. Salario Base de Cotización según Tipo de Ocupación	
Tipo de Ocupación	Salario Base de Cotización (Media±D.E.)
Trabajo Manual	4.8±5.1
Trabajo de Oficina (Subordinado)	6.2±6.7
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	7.1±6.7
Hogar	6.9±7.4
Total	5.9±6.2

Fuente: n=134; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

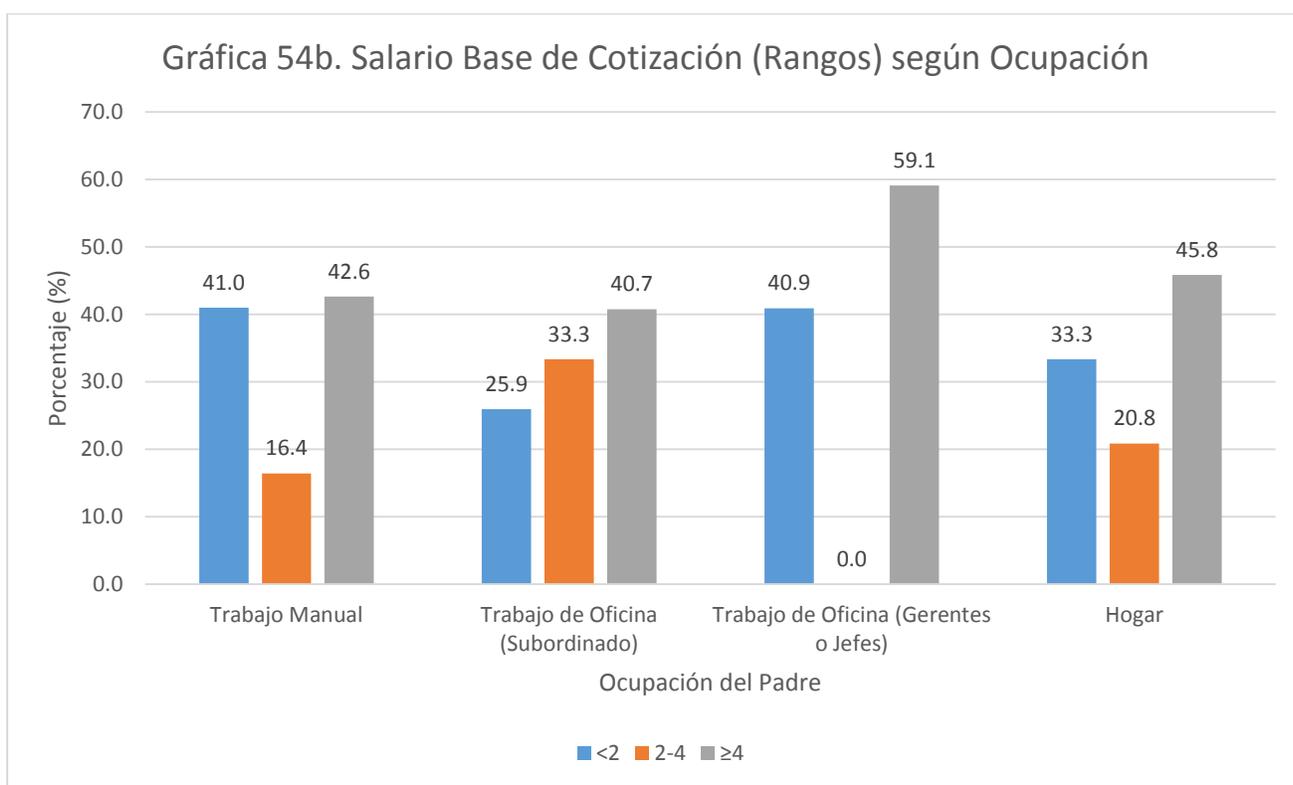


Fuente: n=134; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 54b. Salario Base de Cotización (Rangos) según Tipo de Ocupación

Tipo de Ocupación	Salario Base de Cotización (Salarios Mínimos Vigentes al año de registro)							
	<2		2-4		≥4		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo Manual	25	41.0	10	16.4	26	42.6	61	100
Trabajo de Oficina (Subordinado)	7	25.9	9	33.3	11	40.7	27	100
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	9	40.9	0	0.0	13	59.1	22	100
Hogar	8	33.3	5	20.8	11	45.8	24	100
Total	49	36.6	24	17.9	61	45.5	134	100

Fuente: n=134; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



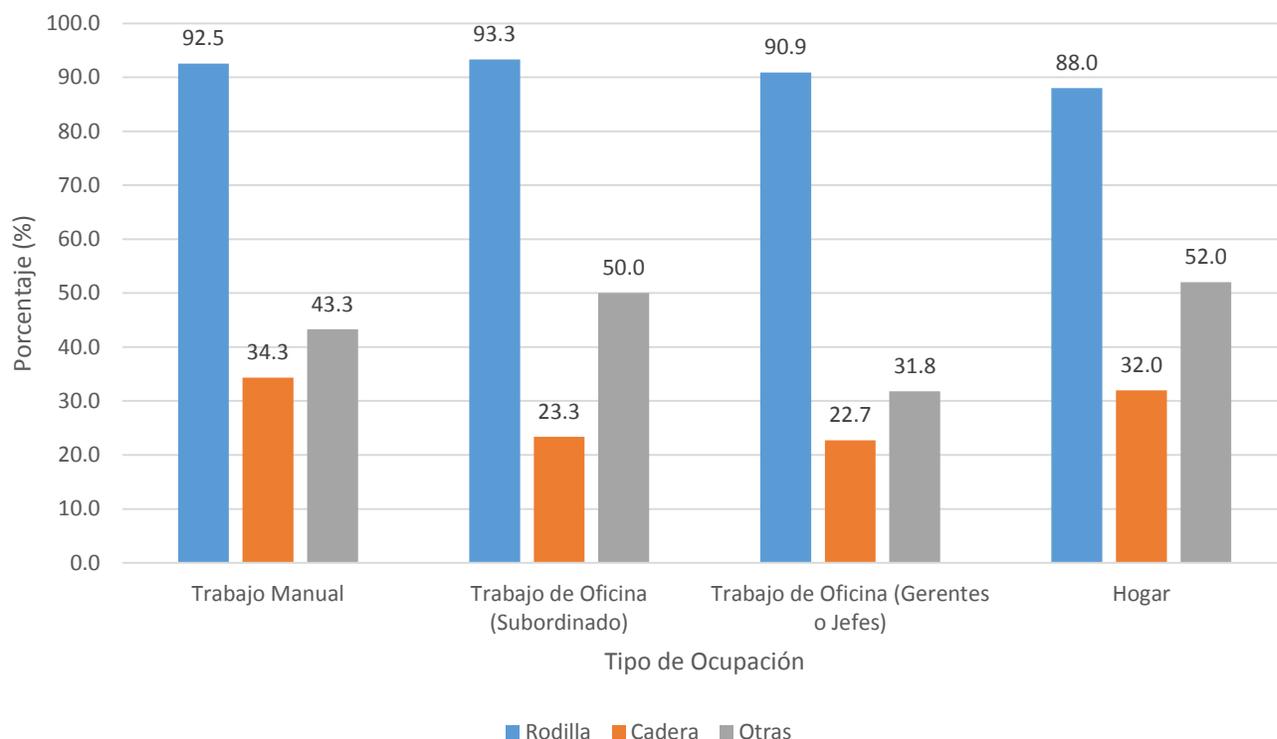
Fuente: n=134; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 55a. Articulaciones Afectadas según Tipo de Ocupación

Tipo de Ocupación	Rodilla		Cadera		Otras	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo Manual	62	92.5	23	34.3	29	43.3
Trabajo de Oficina (Subordinado)	28	93.3	7	23.3	15	50.0
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	20	90.9	5	22.7	7	31.8
Hogar	22	88.0	8	32.0	13	52.0
Total	134	93.1	44	30.6	65	45.1

Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Gráfica 55a. Articulaciones Afectadas según Tipo de Ocupación



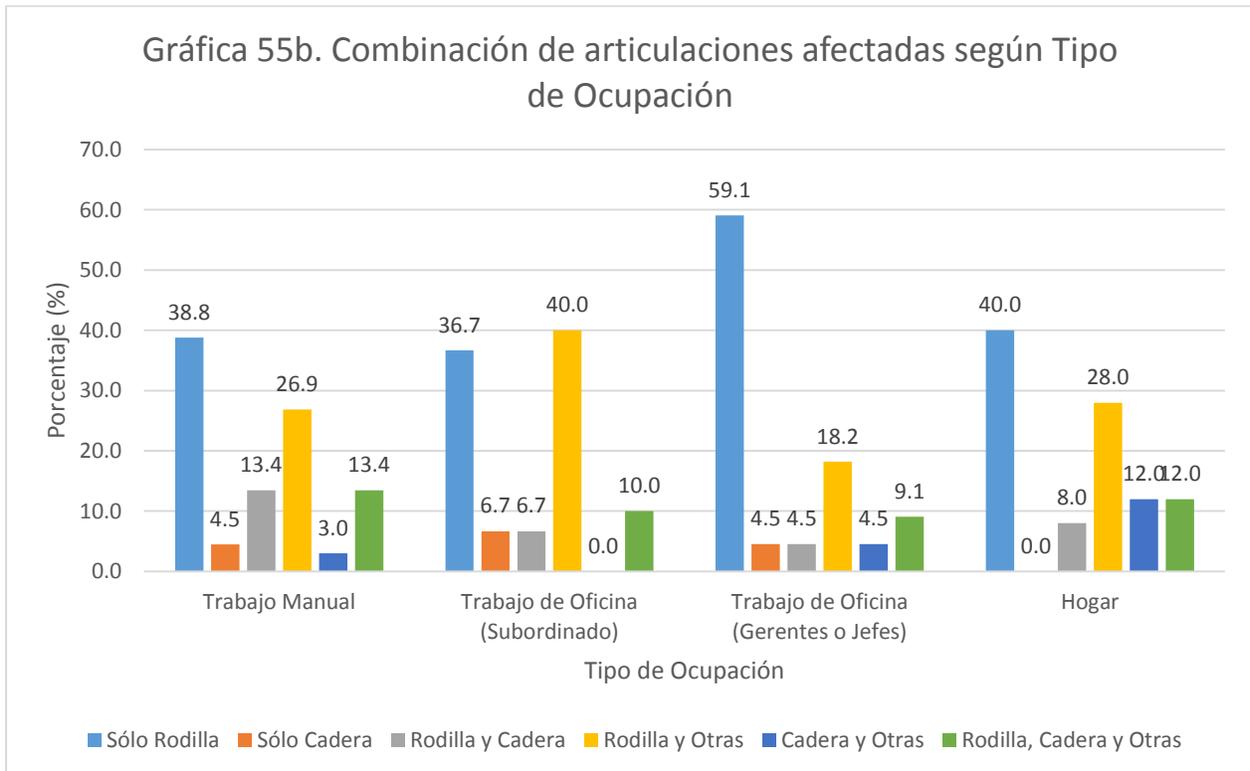
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 55b. Combinación de Articulaciones Afectadas según Tipo de Ocupación

	Articulaciones Afectadas													
	Sólo Rodilla		Sólo Cadera		Rodilla y Cadera		Rodilla y Otras		Cadera y Otras		Rodilla, Cadera y Otras		Total	
Tipo de Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo Manual	26	38.8	3	4.5	9	13.4	18	26.9	2	3.0	9	13.4	67	100
Trabajo de Oficina (Subordinado)	11	36.7	2	6.7	2	6.7	12	40.0	0	0.0	3	10.0	30	100
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	13	59.1	1	4.5	1	4.5	4	18.2	1	4.5	2	9.1	22	100
Hogar	10	40.0	0	0.0	2	8.0	7	28.0	3	12.0	3	12.0	25	100
Total	60	41.7	6	4.2	14	9.7	41	28.5	6	4.2	17	11.8	144	100

Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Gráfica 55b. Combinación de articulaciones afectadas según Tipo de Ocupación



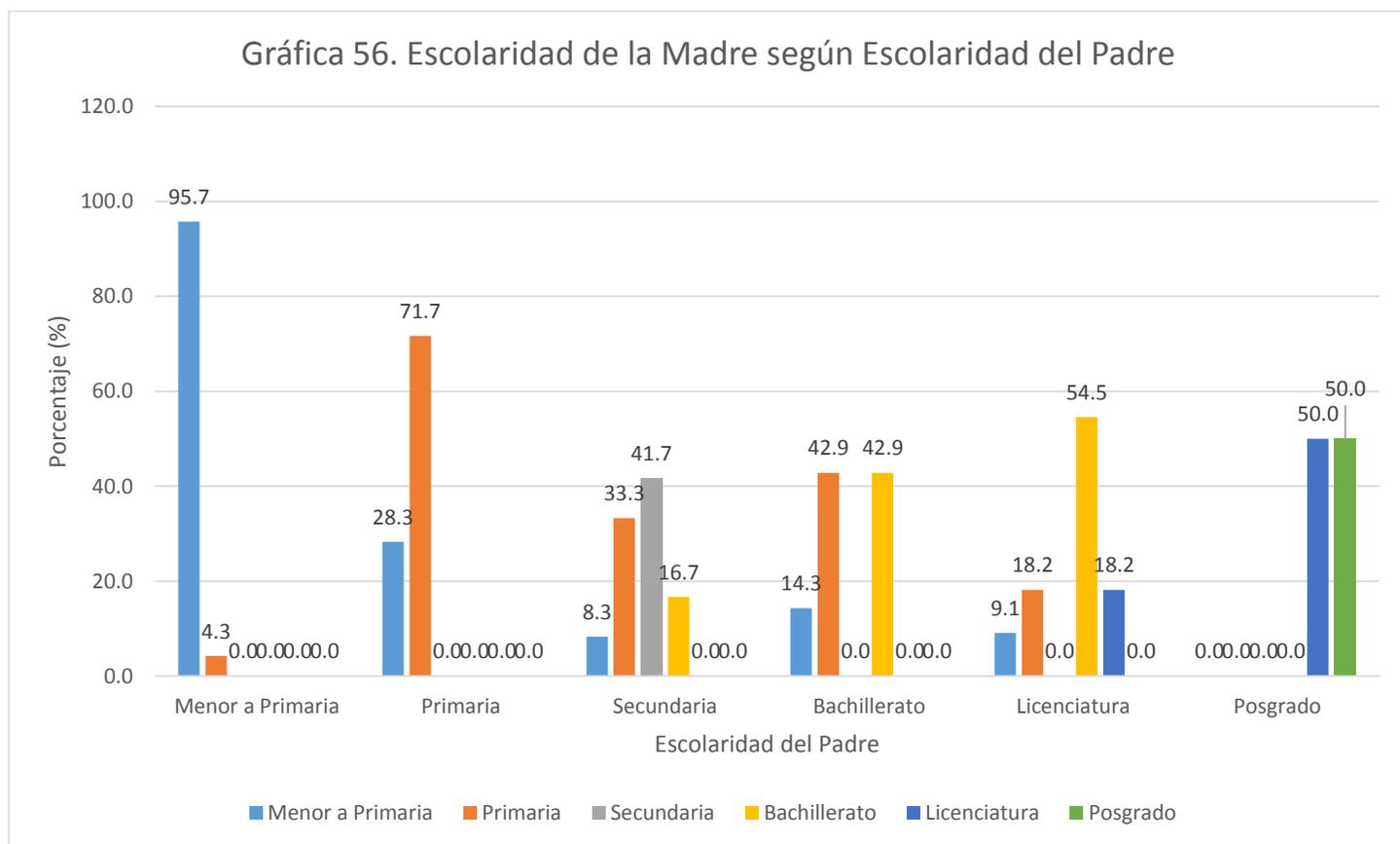
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 56. Escolaridad de la Madre según Escolaridad del Padre

	Escolaridad de la Madre												Total	
	Menor a Primaria		Primaria		Secundaria		Bachillerato		Licenciatura		Posgrado			
Escolaridad del Padre	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor a Primaria	45	95.7	2	4.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	47	100
Primaria	15	28.3	38	71.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	53	100
Secundaria	1	8.3	4	33.3	5	41.7	2	16.7	0	0.0	0	0.0	12	100
Bachillerato	1	14.3	3	42.9	0	0.0	3	42.9	0	0.0	0	0.0	7	100
Licenciatura	1	9.1	2	18.2	0	0.0	6	54.5	2	18.2	0	0.0	11	100
Posgrado	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	1	50.0	2	100
Total	63	47.7	49	37.1	5	3.8	11	8.3	3	2.3	1	0.8	132	100

Fuente: n=132; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Gráfica 56. Escolaridad de la Madre según Escolaridad del Padre



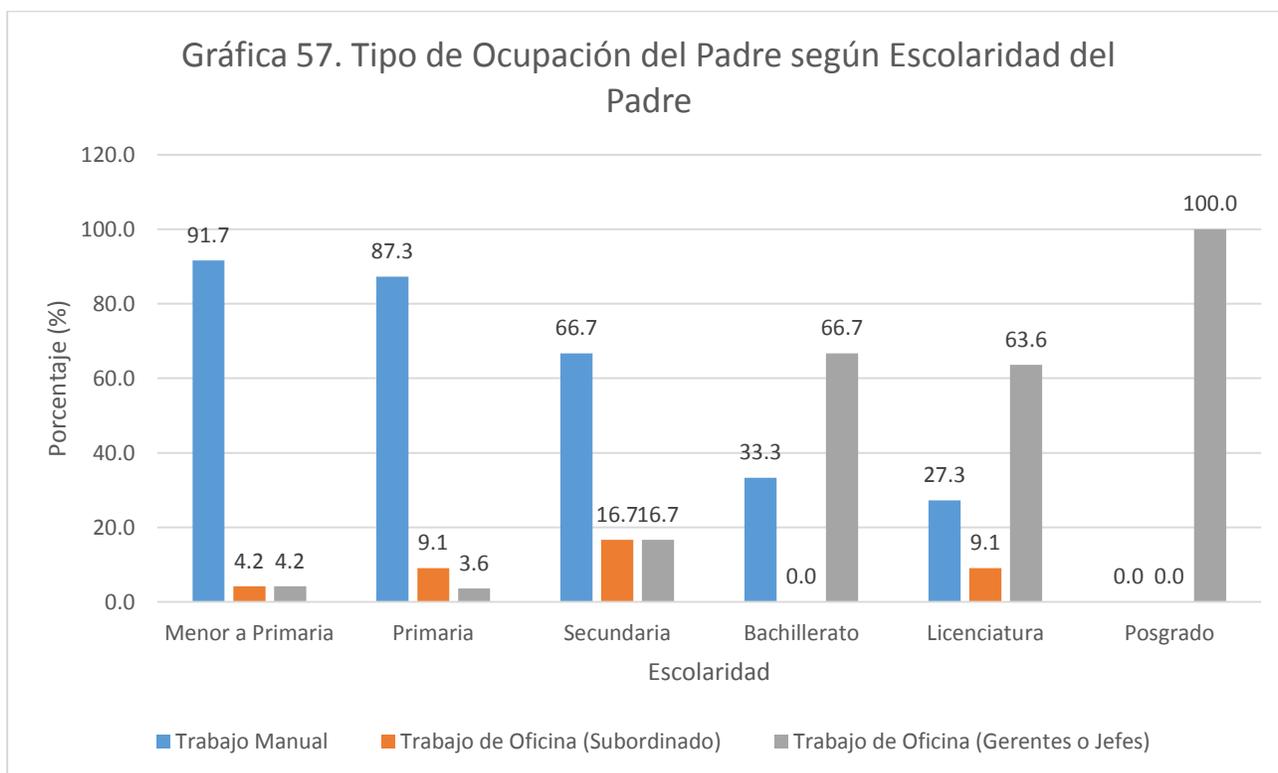
Fuente: n=132; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 57. Tipo de Ocupación del Padre según Escolaridad del Padre

Escolaridad del Padre	Tipo de Ocupación del Padre									
	Trabajo Manual		Trabajo de Oficina (Subordinado)		Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)		Hogar		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor a Primaria	44	91.7	2	4.2	2	4.2	0	0.0	48	100
Primaria	48	87.3	5	9.1	2	3.6	0	0.0	55	100
Secundaria	8	66.7	2	16.7	2	16.7	0	0.0	12	100
Bachillerato	2	33.3	0	0.0	4	66.7	0	0.0	6	100
Licenciatura	3	27.3	1	9.1	7	63.6	0	0.0	11	100
Posgrado	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	100
Total	105	78.9	10	7.5	18	13.5	0	0.0	133	100

Fuente: n=133; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Gráfica 57. Tipo de Ocupación del Padre según Escolaridad del Padre

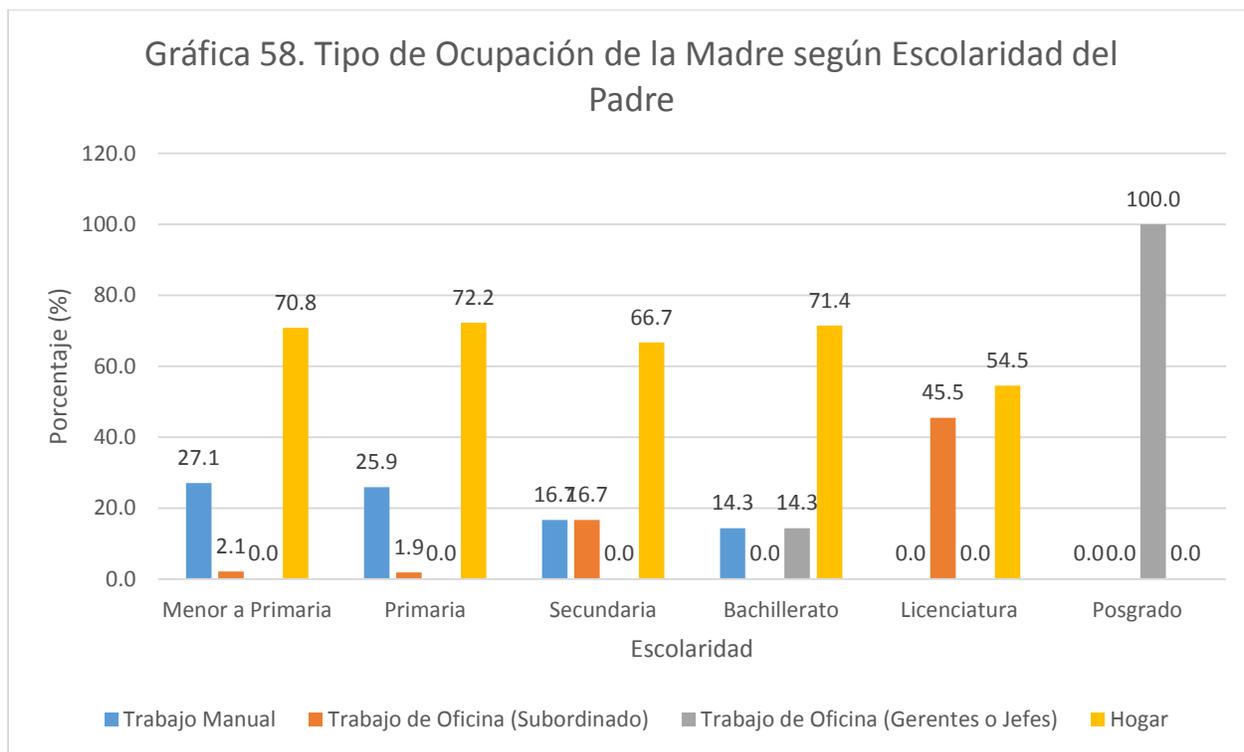


Fuente: n=133; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 58. Tipo de Ocupación de la Madre según Escolaridad del Padre

Escolaridad del Padre	Tipo de Ocupación de la Madre									
	Trabajo Manual		Trabajo de Oficina (Subordinado)		Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)		Hogar		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor a Primaria	13	27.1	1	2.1	0	0.0	34	70.8	48	100
Primaria	14	25.9	1	1.9	0	0.0	39	72.2	54	100
Secundaria	2	16.7	2	16.7	0	0.0	8	66.7	12	100
Bachillerato	1	14.3	0	0.0	1	14.3	5	71.4	7	100
Licenciatura	0	0.0	5	45.5	0	0.0	6	54.5	11	100
Posgrado	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	100
Total	30	22.6	9	6.8	2	1.5	92	69.2	133	100

Fuente: n=133; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



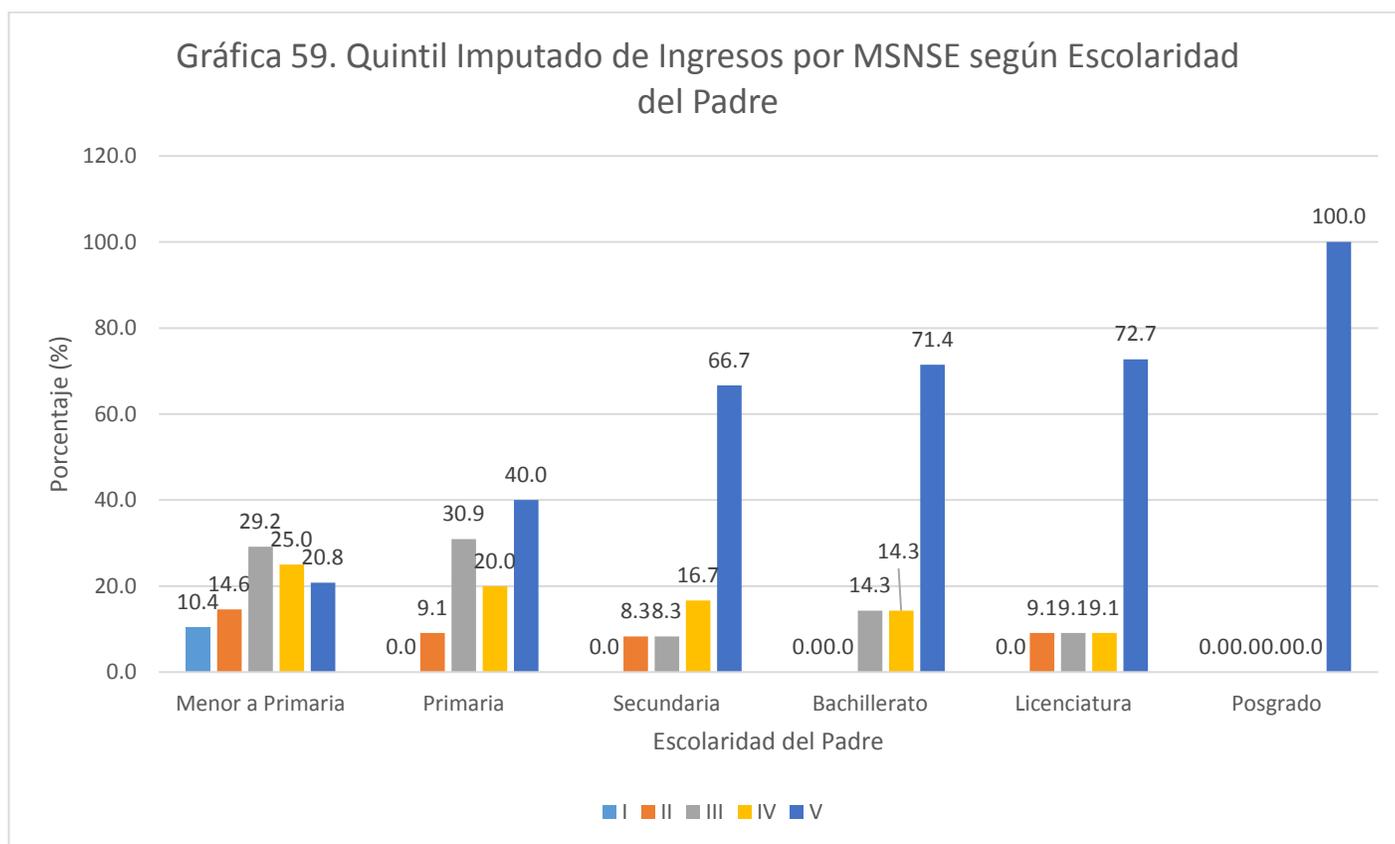
Fuente: n=133; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 59. Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE según Escolaridad del Padre

Escolaridad del Padre	Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE										Total	
	I		II		III		IV		V		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor a Primaria	5	10.4	7	14.6	14	29.2	12	25.0	10	20.8	48	100
Primaria	0	0.0	5	9.1	17	30.9	11	20.0	22	40.0	55	100
Secundaria	0	0.0	1	8.3	1	8.3	2	16.7	8	66.7	12	100
Bachillerato	0	0.0	0	0.0	1	14.3	1	14.3	5	71.4	7	100
Licenciatura	0	0.0	1	9.1	1	9.1	1	9.1	8	72.7	11	100
Posgrado	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0	2	100
Total	5	3.7	14	10.4	34	25.2	27	20.0	55	40.7	135	100

Fuente: n=135; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

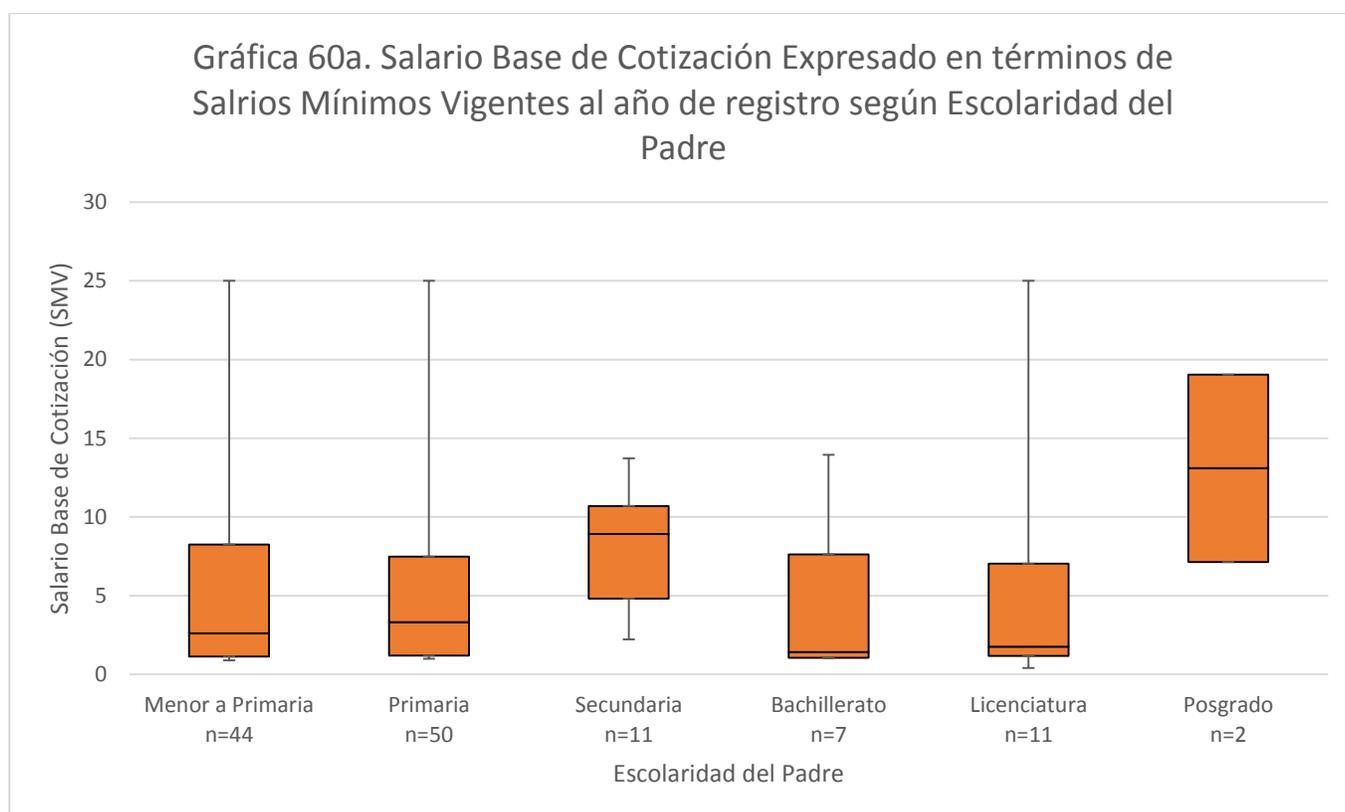
Gráfica 59. Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE según Escolaridad del Padre



Fuente: n=135; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 60a. Salario Base de Cotización según Escolaridad del Padre	
Escolaridad del Padre	Salario Base de Cotización (Media±D.E.)
Menor a Primaria	5.8±6.5
Primaria	5.7±6
Secundaria	7.9±3.8
Bachillerato	4.8±5.1
Licenciatura	6.7±8.9
Posgrado	13.1±16.8
Total	6.1±6.4

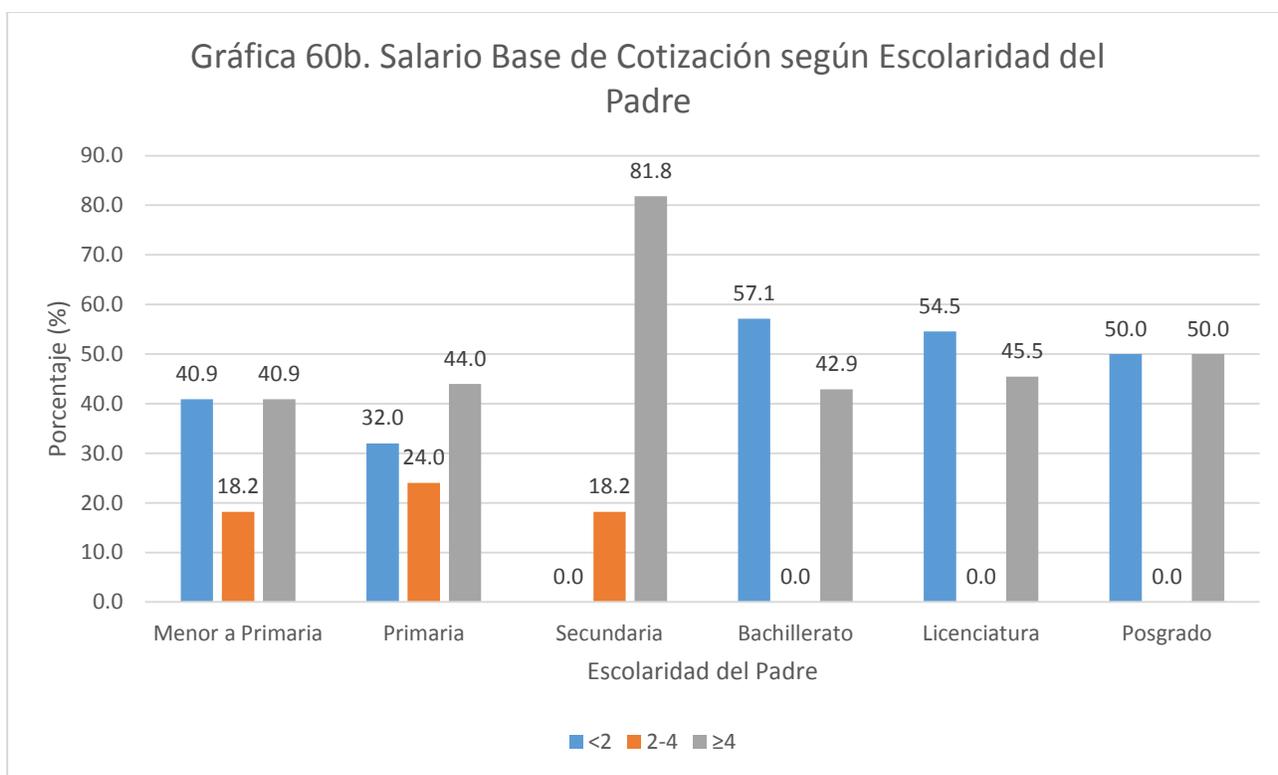
Fuente: n=125; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=125; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 60b. Salario Base de Cotización (Rangos) según Escolaridad del Padre								
	Salario Base de Cotización (Salarios Mínimos Vigentes al año de registro)							
	<2		2-4		≥4		Total	
Escolaridad del Padre	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor a Primaria	18	40.9	8	18.2	18	40.9	44	100
Primaria	16	32.0	12	24.0	22	44.0	50	100
Secundaria	0	0.0	2	18.2	9	81.8	11	100
Bachillerato	4	57.1	0	0.0	3	42.9	7	100
Licenciatura	6	54.5	0	0.0	5	45.5	11	100
Posgrado	1	50.0	0	0.0	1	50.0	2	100
Total	45	36.0	22	17.6	58	46.4	125	100

Fuente: n=125; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

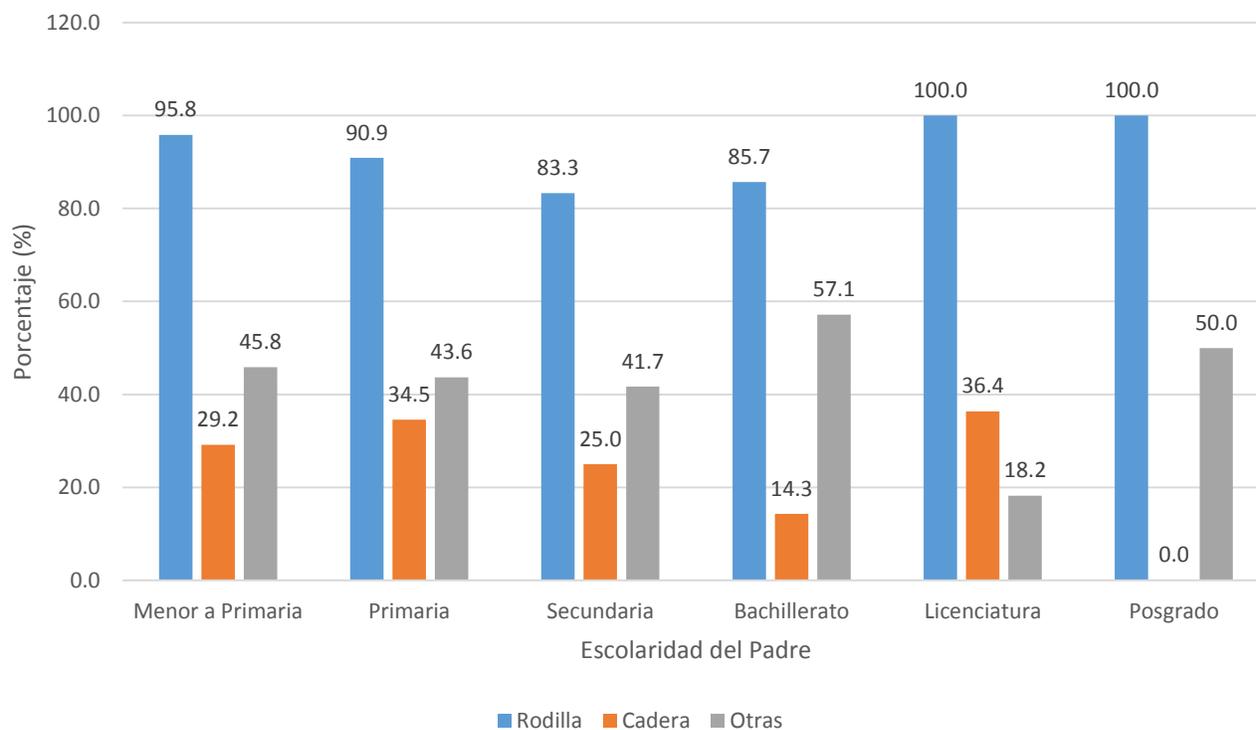


Fuente: n=125; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 61a. Articulaciones Afectadas según Escolaridad del Padre						
Escolaridad del Padre	Rodilla		Cadera		Otras	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor a Primaria	46	95.8	14	29.2	22	45.8
Primaria	50	90.9	19	34.5	24	43.6
Secundaria	10	83.3	3	25.0	5	41.7
Bachillerato	6	85.7	1	14.3	4	57.1
Licenciatura	11	100.0	4	36.4	2	18.2
Posgrado	2	100.0	0	0.0	1	50.0
Total	134	99.3	44	32.6	65	48.1

Fuente: n=135; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Gráfica 61a. Articulaciones Afectadas según Escolaridad del Padre



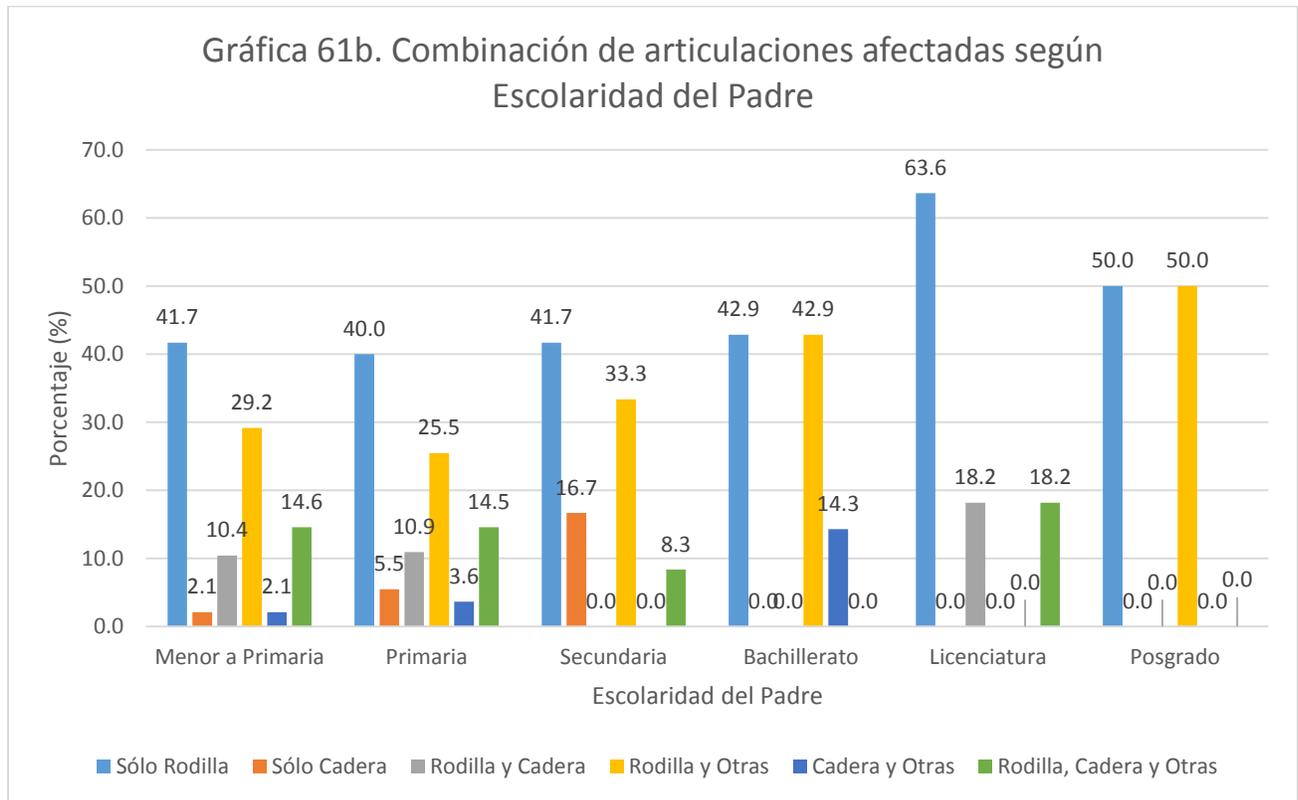
Fuente: n=135; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 61b. Combinación de Articulaciones Afectadas según Escolaridad del Padre

Escolaridad del Padre	Articulaciones Afectadas												Total	
	Sólo Rodilla		Sólo Cadera		Rodilla y Cadera		Rodilla y Otras		Cadera y Otras		Rodilla, Cadera y Otras			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor a Primaria	20	41.7	1	2.1	5	10.4	14	29.2	1	2.1	7	14.6	48	100
Primaria	22	40.0	3	5.5	6	10.9	14	25.5	2	3.6	8	14.5	55	100
Secundaria	5	41.7	2	16.7	0	0.0	4	33.3	0	0.0	1	8.3	12	100
Bachillerato	3	42.9	0	0.0	0	0.0	3	42.9	1	14.3	0	0.0	7	100
Licenciatura	7	63.6	0	0.0	2	18.2	0	0.0	0	0.0	2	18.2	11	100
Posgrado	1	50.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	2	100
Total	58	43.0	6	4.4	13	9.6	36	26.7	4	3.0	18	13.3	135	100

Fuente: n=135; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Gráfica 61b. Combinación de articulaciones afectadas según Escolaridad del Padre



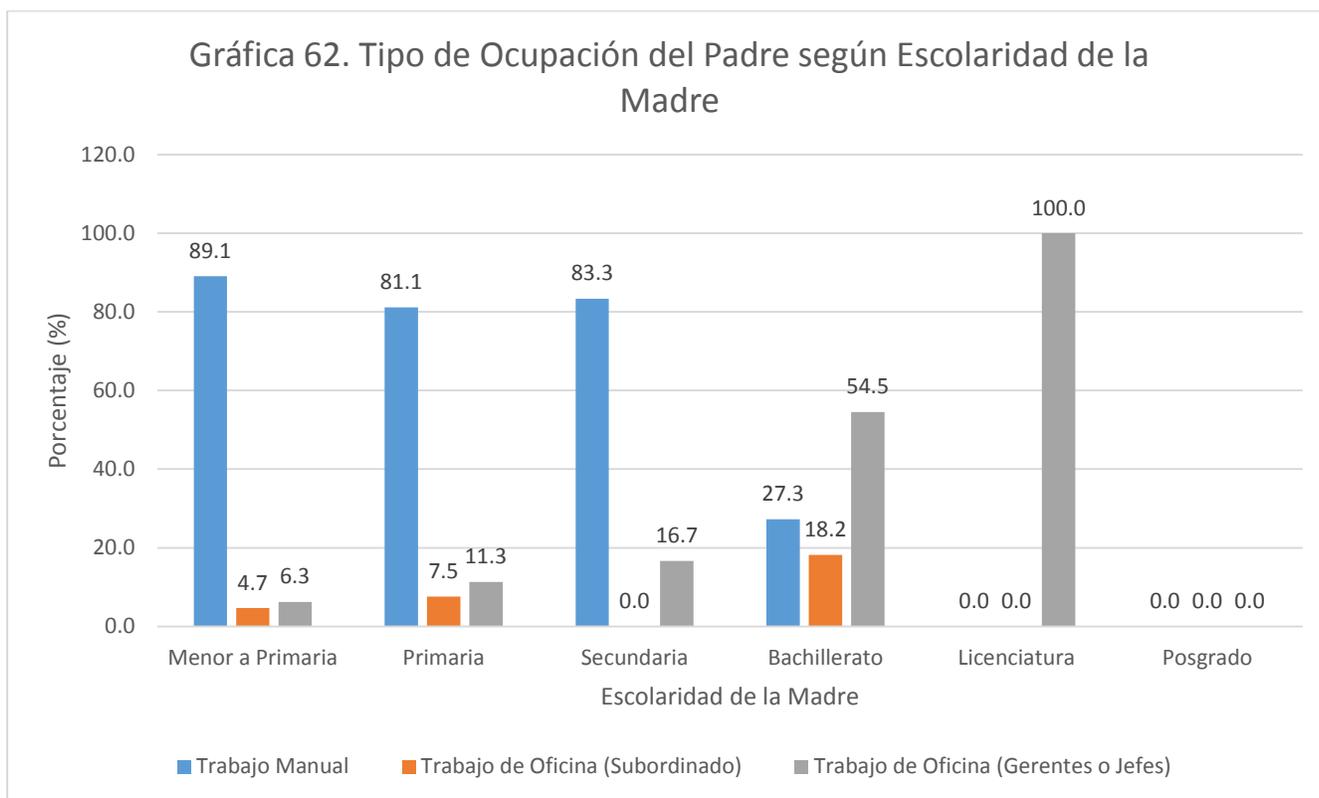
Fuente: n=135; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 62. Tipo de Ocupación del Padre según Escolaridad de la Madre

	Tipo de Ocupación del Padre									
	Trabajo Manual		Trabajo de Oficina (Subordinado)		Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)		Hogar		Total	
Escolaridad de la Madre	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor a Primaria	57	89.1	3	4.7	4	6.3	0	0.0	64	100
Primaria	43	81.1	4	7.5	6	11.3	0	0.0	53	100
Secundaria	5	83.3	0	0.0	1	16.7	0	0.0	6	100
Bachillerato	3	27.3	2	18.2	6	54.5	0	0.0	11	100
Licenciatura	0	0.0	0	0.0	3	100.0	0	0.0	3	100
Posgrado	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--
Total	108	78.8	9	6.6	20	14.6	0	0.0	137	100

Fuente: n=137; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Gráfica 62. Tipo de Ocupación del Padre según Escolaridad de la Madre



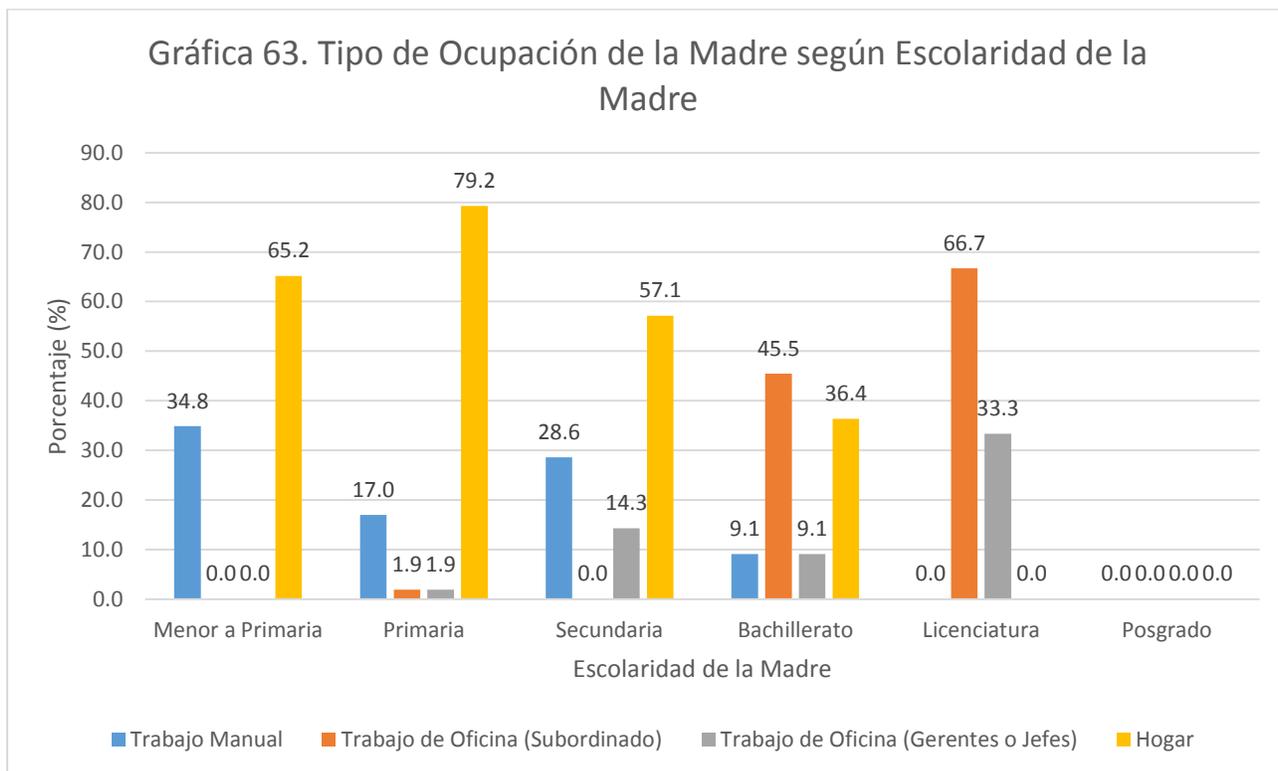
Fuente: n=137; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 63. Tipo de Ocupación de la Madre según Escolaridad de la Madre

Escolaridad de la Madre	Tipo de Ocupación de la Madre									
	Trabajo Manual		Trabajo de Oficina (Subordinado)		Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)		Hogar		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor a Primaria	23	34.8	0	0.0	0	0.0	43	65.2	66	100
Primaria	9	17.0	1	1.9	1	1.9	42	79.2	53	100
Secundaria	2	28.6	0	0.0	1	14.3	4	57.1	7	100
Bachillerato	1	9.1	5	45.5	1	9.1	4	36.4	11	100
Licenciatura	0	0.0	2	66.7	1	33.3	0	0.0	3	100
Posgrado	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--
Total	35	25.0	8	5.7	4	2.9	93	66.4	140	100

Fuente: n=140; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Gráfica 63. Tipo de Ocupación de la Madre según Escolaridad de la Madre



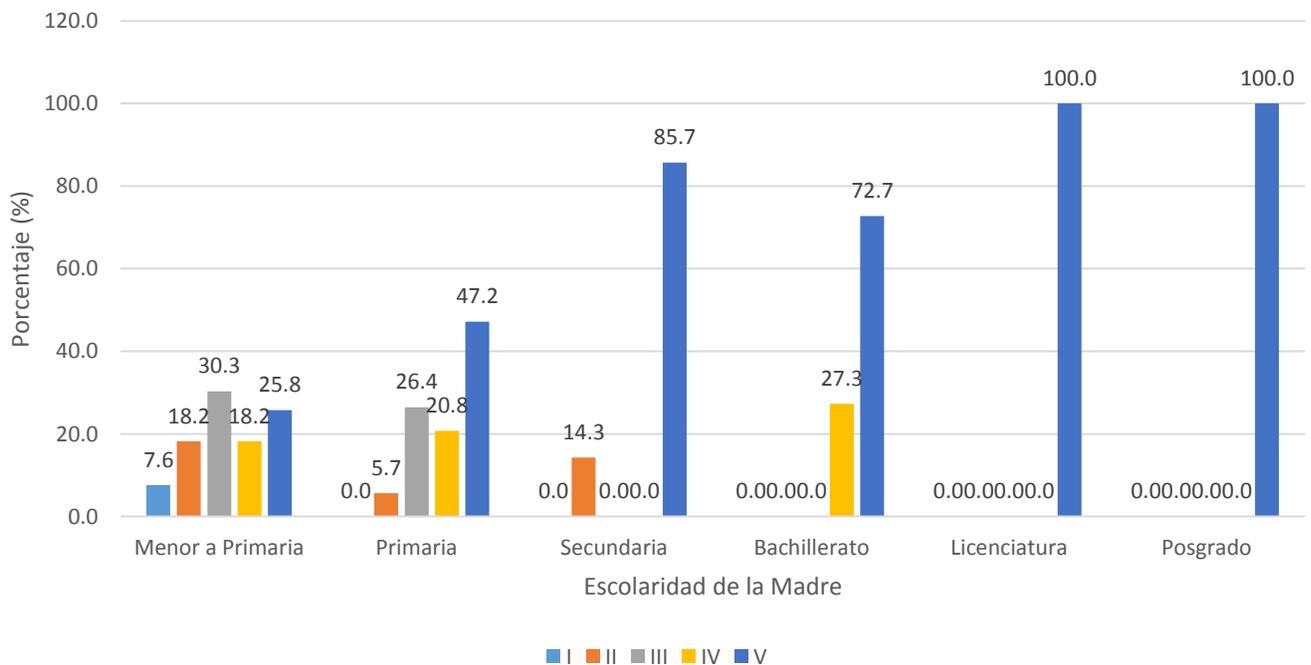
Fuente: n=140; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 64. Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE según Escolaridad de la Madre

Escolaridad de la Madre	Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE											
	I		II		III		IV		V		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor a Primaria	5	7.6	12	18.2	20	30.3	12	18.2	17	25.8	66	100
Primaria	0	0.0	3	5.7	14	26.4	11	20.8	25	47.2	53	100
Secundaria	0	0.0	1	14.3	0	0.0	0	0.0	6	85.7	7	100
Bachillerato	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	27.3	8	72.7	11	100
Licenciatura	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	100.0	3	100
Posgrado	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	100
Total	5	3.5	16	11.3	34	24.1	26	18.4	60	42.6	141	100

Fuente: n=141; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

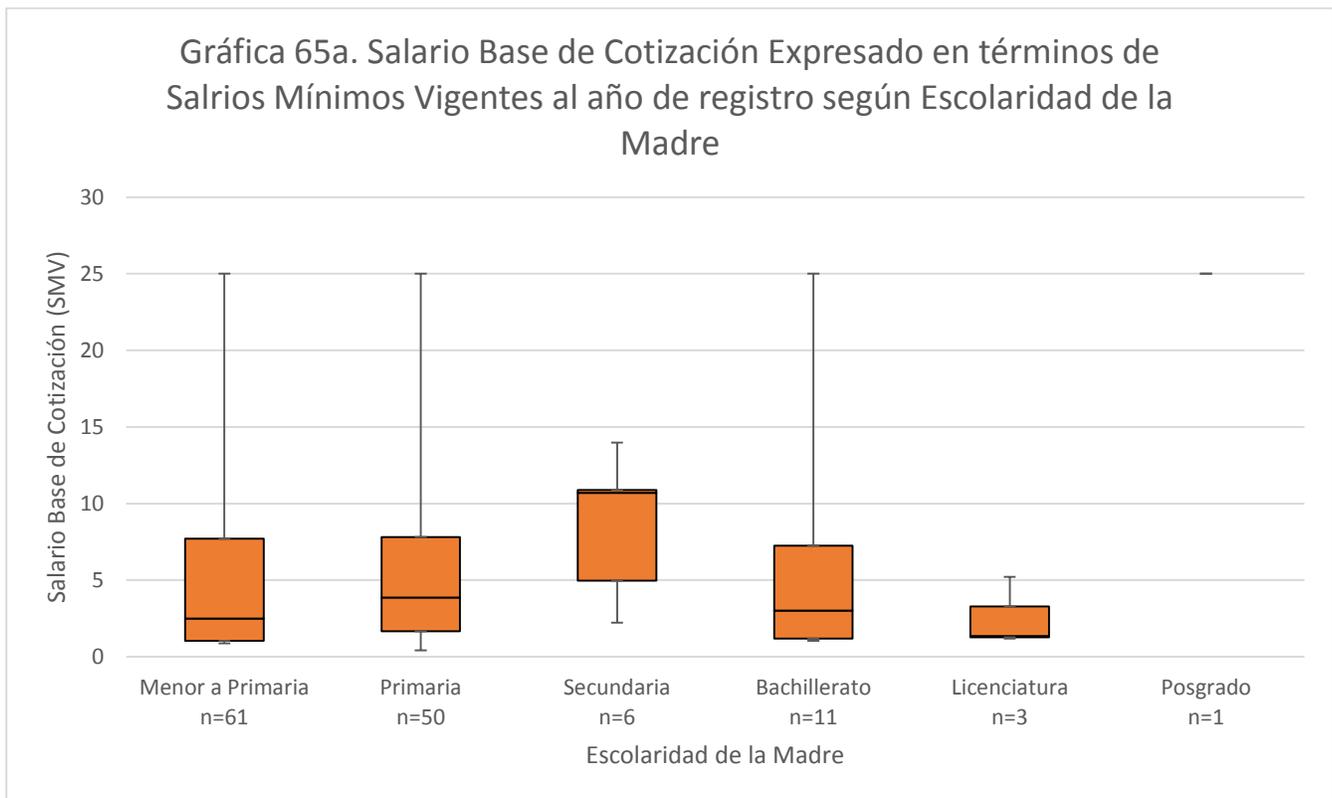
Gráfica 64. Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE según Escolaridad de la Madre



Fuente: n=141; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 65a. Salario Base de Cotización según Escolaridad de la Madre	
Escolaridad de la Madre	Salario Base de Cotización (Media±D.E.)
Menor a Primaria	5.4±6.1
Primaria	6±5.9
Secundaria	8.6±4.8
Bachillerato	5.9±7.1
Licenciatura	2.6±2.3
Posgrado	25(n=1)
Total	5.9±6.2

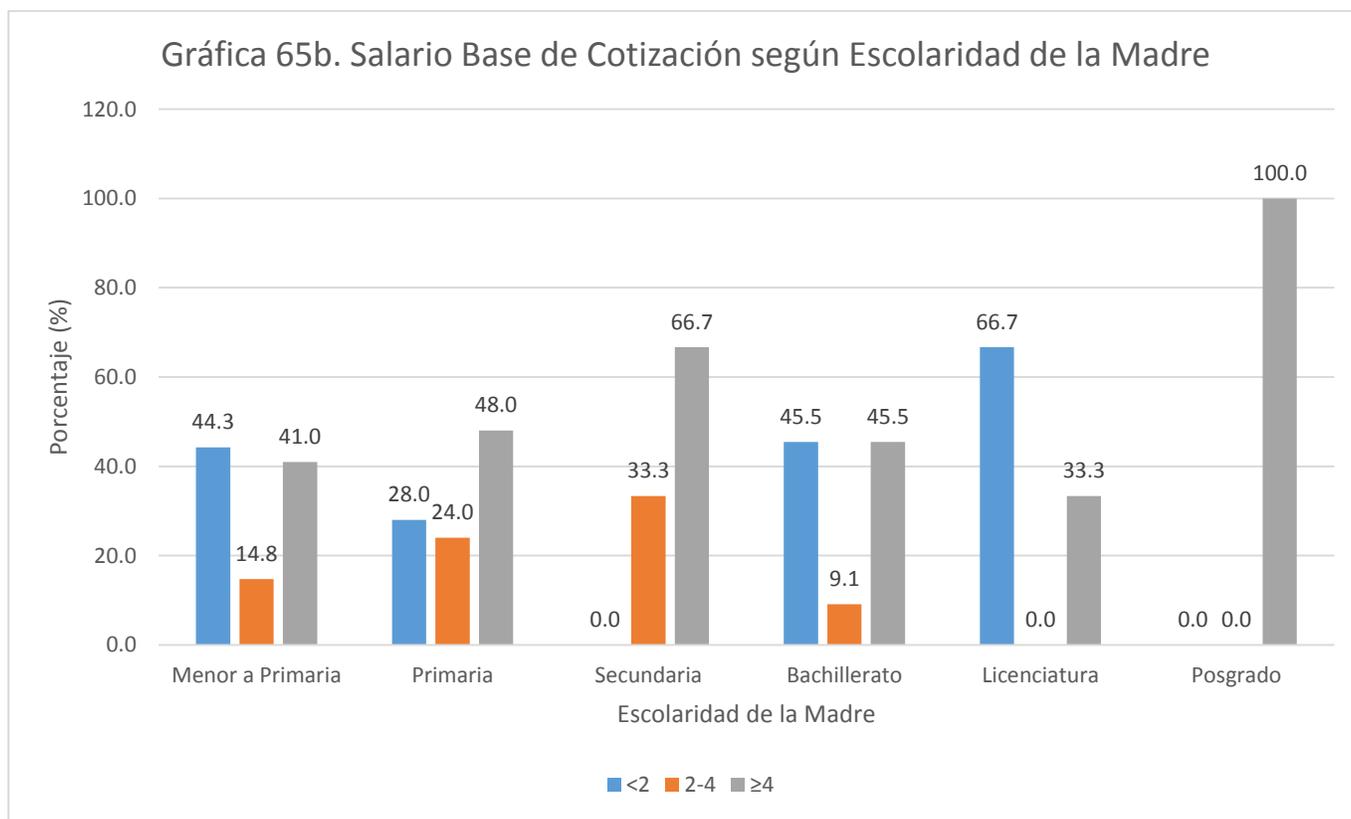
Fuente: n=132; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=132; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 65b. Salario Base de Cotización (Rangos) según Escolaridad de la Madre								
Escolaridad de la Madre	Salario Base de Cotización (Salarios Mínimos Vigentes al año de registro)							
	<2		2-4		≥4		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor a Primaria	27	44.3	9	14.8	25	41.0	61	100
Primaria	14	28.0	12	24.0	24	48.0	50	100
Secundaria	0	0.0	2	33.3	4	66.7	6	100
Bachillerato	5	45.5	1	9.1	5	45.5	11	100
Licenciatura	2	66.7	0	0.0	1	33.3	3	100
Posgrado	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	100
Total	48	36.4	24	18.2	60	45.5	132	100

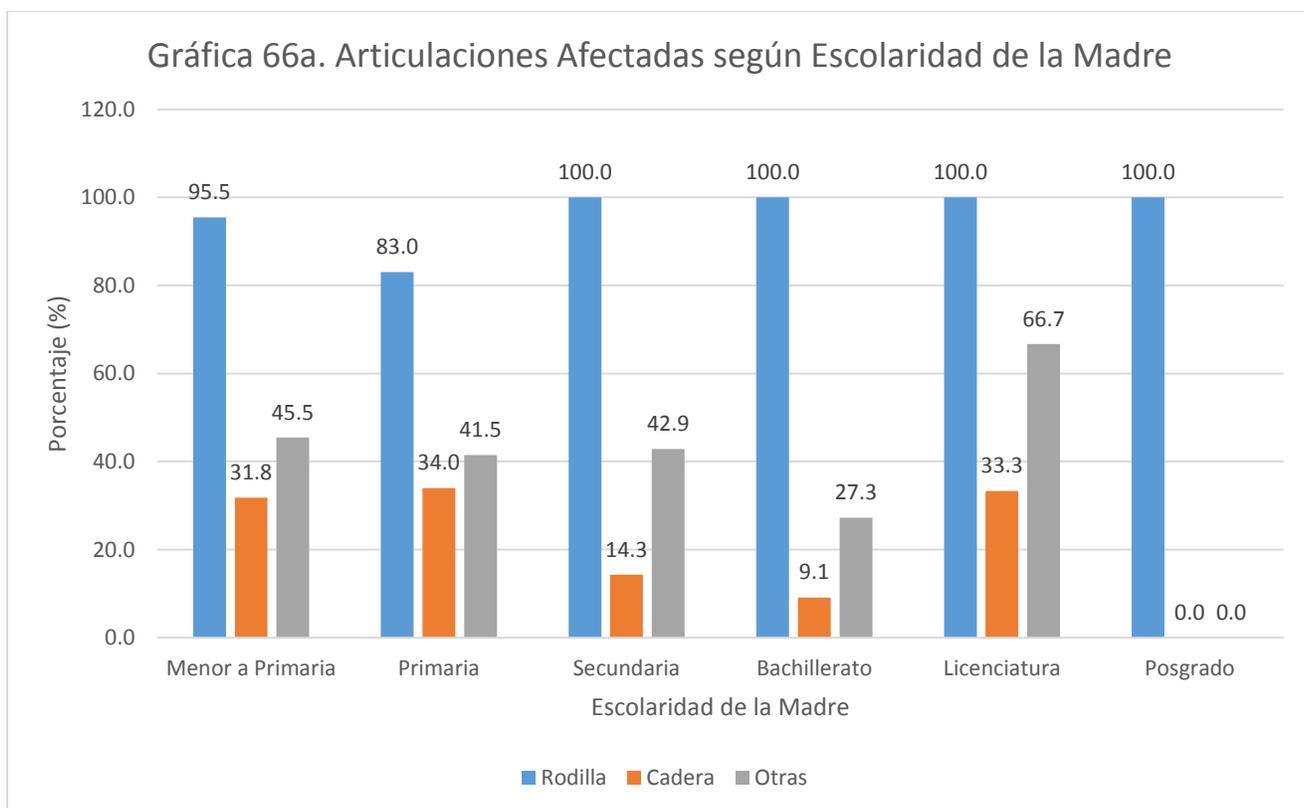
Fuente: n=132; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=132; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 66a. Articulaciones Afectadas según Escolaridad de la Madre						
Escolaridad de la Madre	Rodilla		Cadera		Otras	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor a Primaria	63	95.5	21	31.8	30	45.5
Primaria	44	83.0	18	34.0	22	41.5
Secundaria	7	100.0	1	14.3	3	42.9
Bachillerato	11	100.0	1	9.1	3	27.3
Licenciatura	3	100.0	1	33.3	2	66.7
Posgrado	1	100.0	0	0.0	0	0.0
Total	134	95.0	44	31.2	65	46.1

Fuente: n=141; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



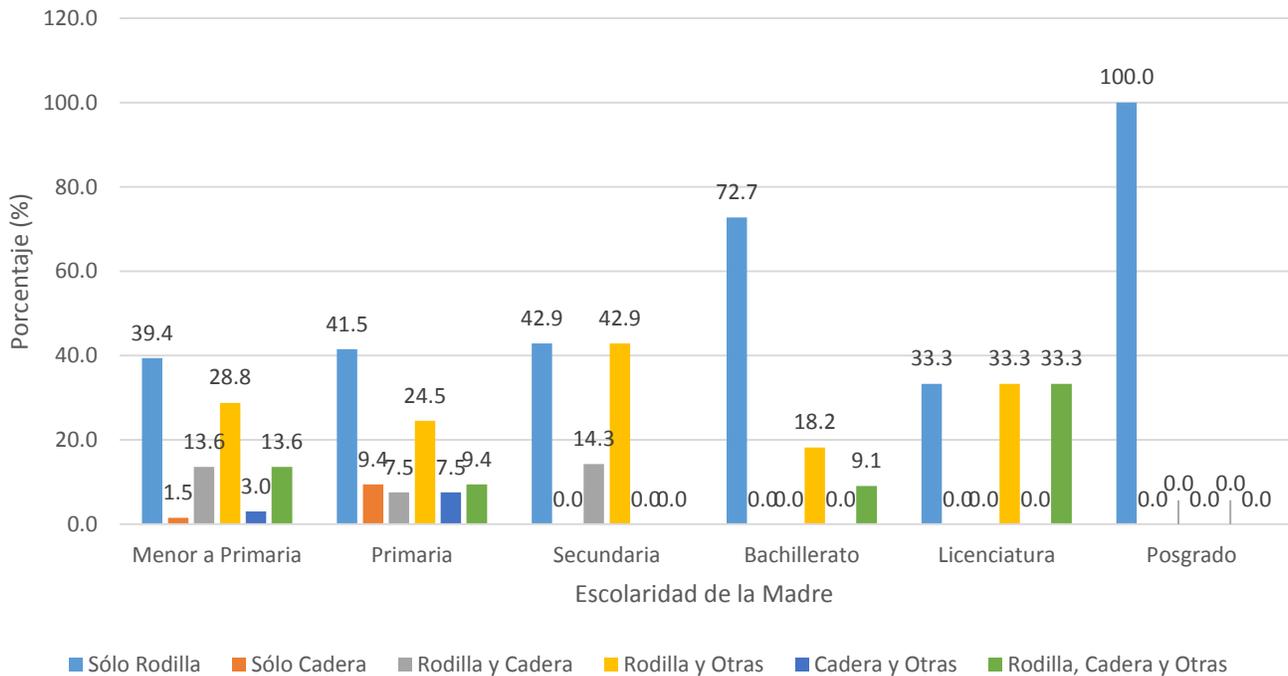
Fuente: n=141; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 66b. Combinación de Articulaciones Afectadas según Escolaridad de la Madre

	Articulaciones Afectadas													
	Sólo Rodilla		Sólo Cadera		Rodilla y Cadera		Rodilla y Otras		Cadera y Otras		Rodilla, Cadera y Otras		Total	
Escolaridad de la Madre	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor a Primaria	26	39.4	1	1.5	9	13.6	19	28.8	2	3.0	9	13.6	66	100
Primaria	22	41.5	5	9.4	4	7.5	13	24.5	4	7.5	5	9.4	53	100
Secundaria	3	42.9	0	0.0	1	14.3	3	42.9	0	0.0	0	0.0	7	100
Bachillerato	8	72.7	0	0.0	0	0.0	2	18.2	0	0.0	1	9.1	11	100
Licenciatura	1	33.3	0	0.0	0	0.0	1	33.3	0	0.0	1	33.3	3	100
Posgrado	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100
Total	61	43.3	6	4.3	14	9.9	38	27.0	6	4.3	16	11.3	141	100

Fuente: n=141; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Gráfica 66b. Combinación de articulaciones afectadas según Escolaridad de la Madre



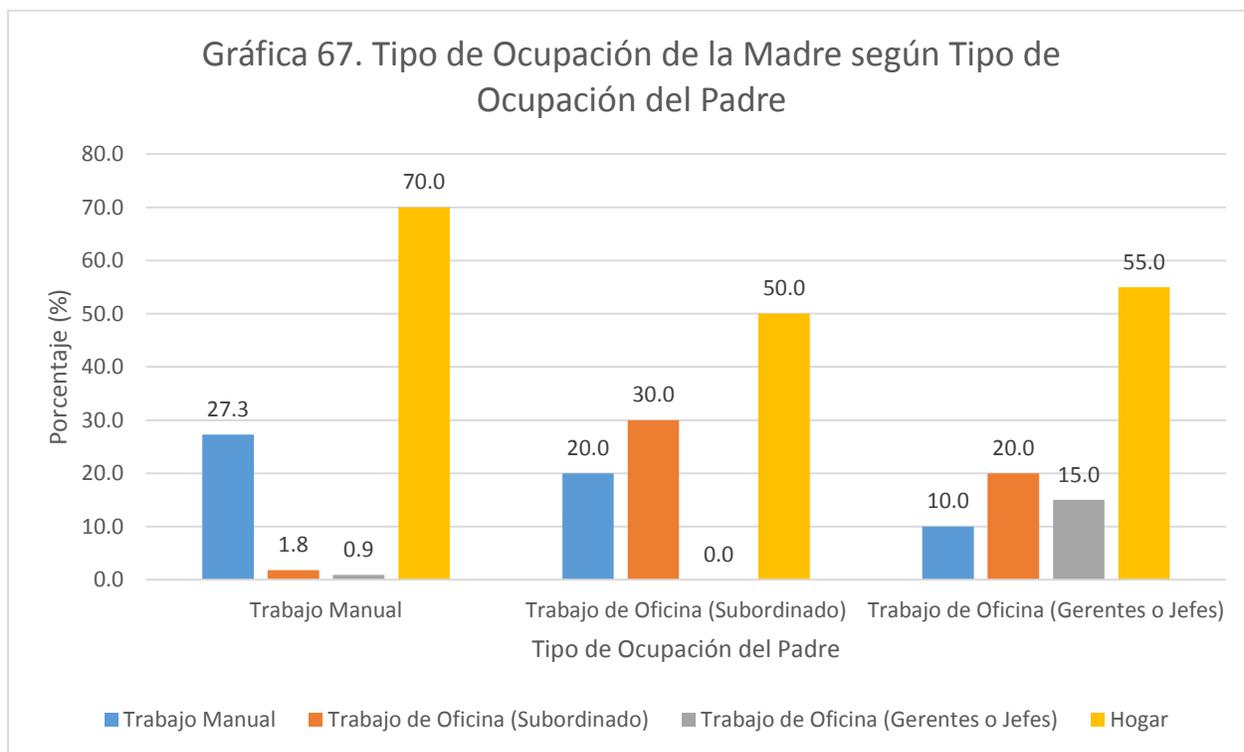
Fuente: n=141; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 67. Tipo de Ocupación de la Madre según Tipo de Ocupación del Padre

Tipo de Ocupación del Padre	Tipo de Ocupación de la Madre									
	Trabajo Manual		Trabajo de Oficina (Subordinado)		Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)		Hogar		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo Manual	30	27.3	2	1.8	1	0.9	77	70.0	110	100
Trabajo de Oficina (Subordinado)	2	20.0	3	30.0	0	0.0	5	50.0	10	100
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	2	10.0	4	20.0	3	15.0	11	55.0	20	100
Hogar	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--
Total	34	24.3	9	6.4	4	2.9	93	66.4	140	100

Fuente: n=140; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Gráfica 67. Tipo de Ocupación de la Madre según Tipo de Ocupación del Padre

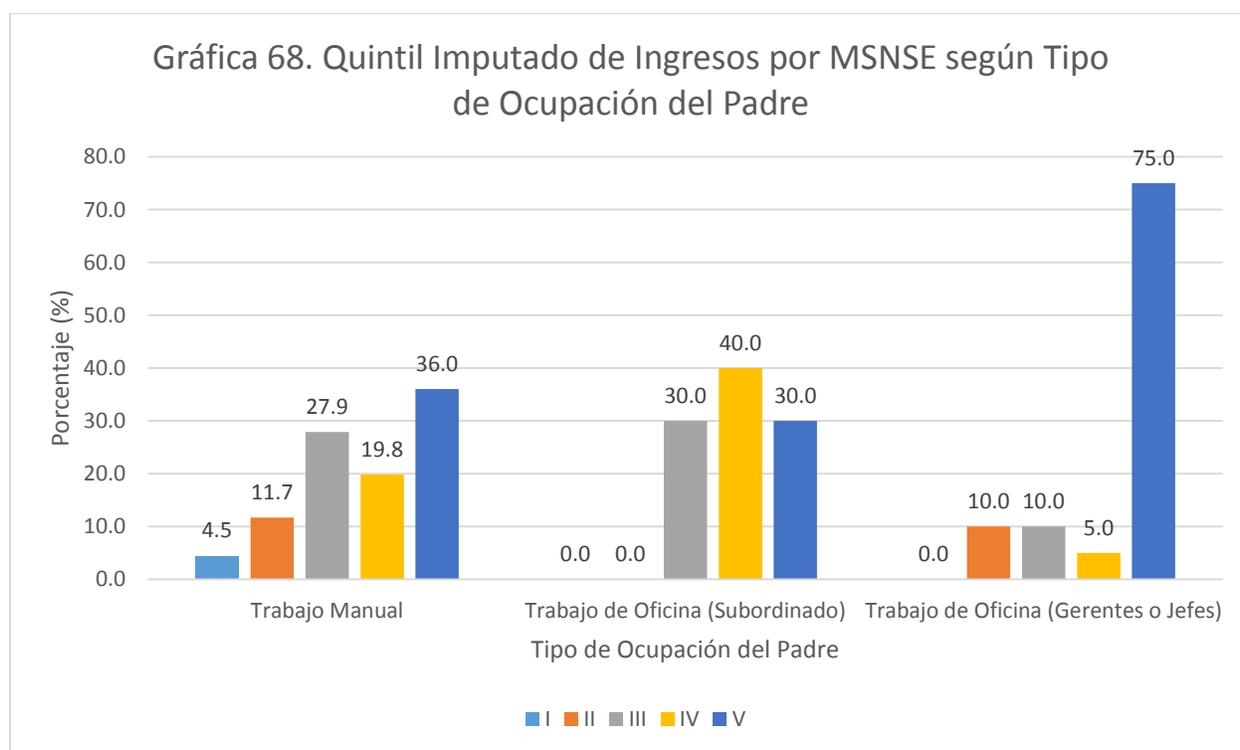


Fuente: n=140; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 68. Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE según Tipo de Ocupación del Padre

Tipo de Ocupación del Padre	Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE											
	I		II		III		IV		V		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo Manual	5	4.5	13	11.7	31	27.9	22	19.8	40	36.0	111	100
Trabajo de Oficina (Subordinado)	0	0.0	0	0.0	3	30.0	4	40.0	3	30.0	10	100
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	0	0.0	2	10.0	2	10.0	1	5.0	15	75.0	20	100
Hogar	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--
Total	5	3.5	15	10.6	36	25.5	27	19.1	58	41.1	141	100

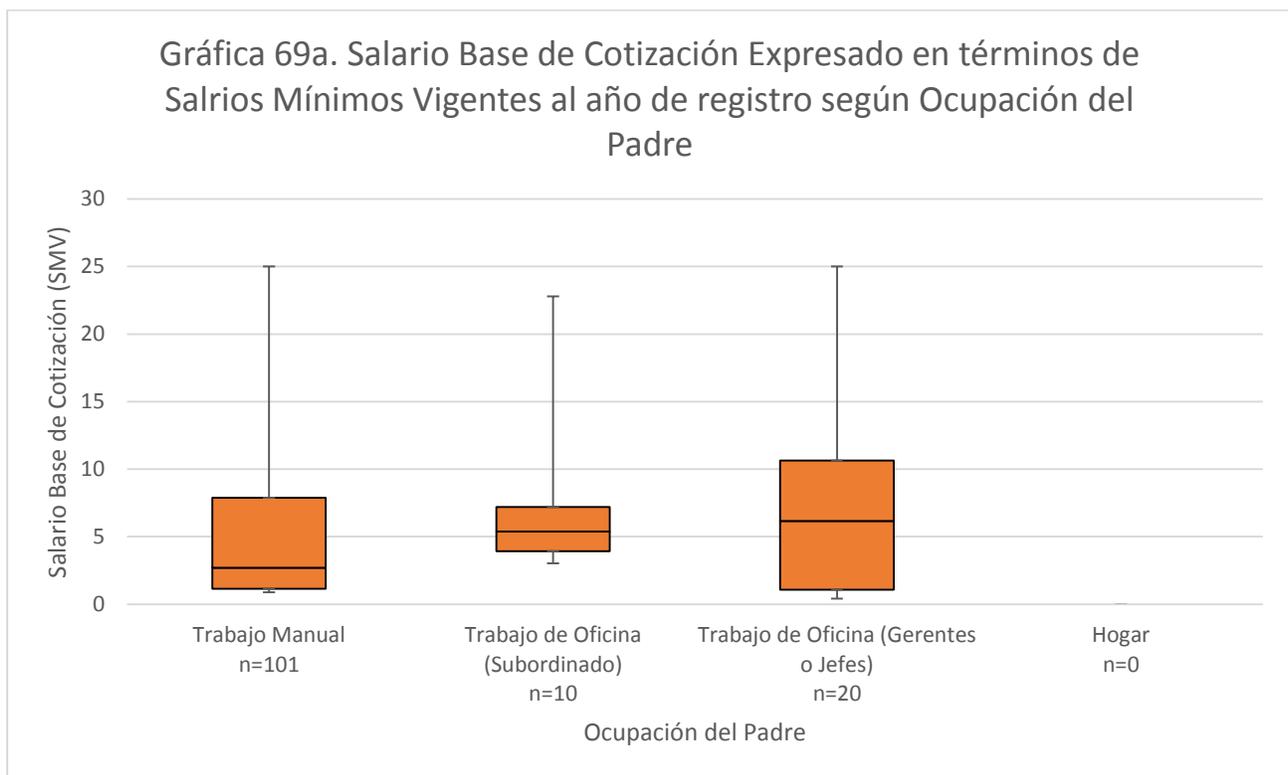
Fuente: n=141; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=141; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 69a. Salario Base de Cotización según Ocupación del Padre	
Ocupación del Padre	Salario Base de Cotización (Media±D.E.)
Trabajo Manual	5.4±5.6
Trabajo de Oficina (Subordinado)	7.1±5.8
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	8.1±8.3
Hogar	--
Total	6±6.2

Fuente: n=131; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

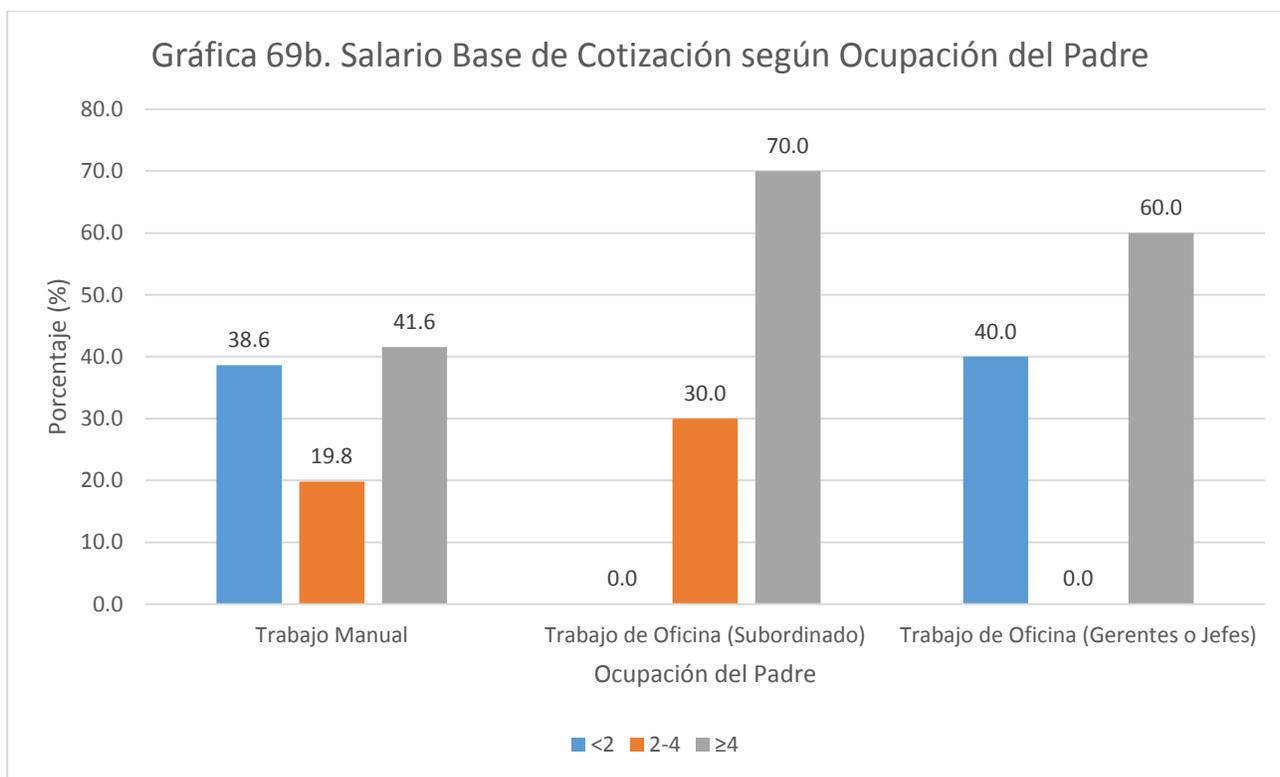


Fuente: n=131; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 69b. Salario Base de Cotización (Rangos) según Ocupación del Padre

Tipo de Ocupación del Padre	Salario Base de Cotización (Salarios Mínimos Vigentes al año de registro)							
	<2		2-4		≥4		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo Manual	39	38.6	20	19.8	42	41.6	101	100
Trabajo de Oficina (Subordinado)	0	0.0	3	30.0	7	70.0	10	100
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	8	40.0	0	0.0	12	60.0	20	100
Hogar	0	--	0	--	0	--	0	--
Total	47	35.9	23	17.6	61	46.6	131	100

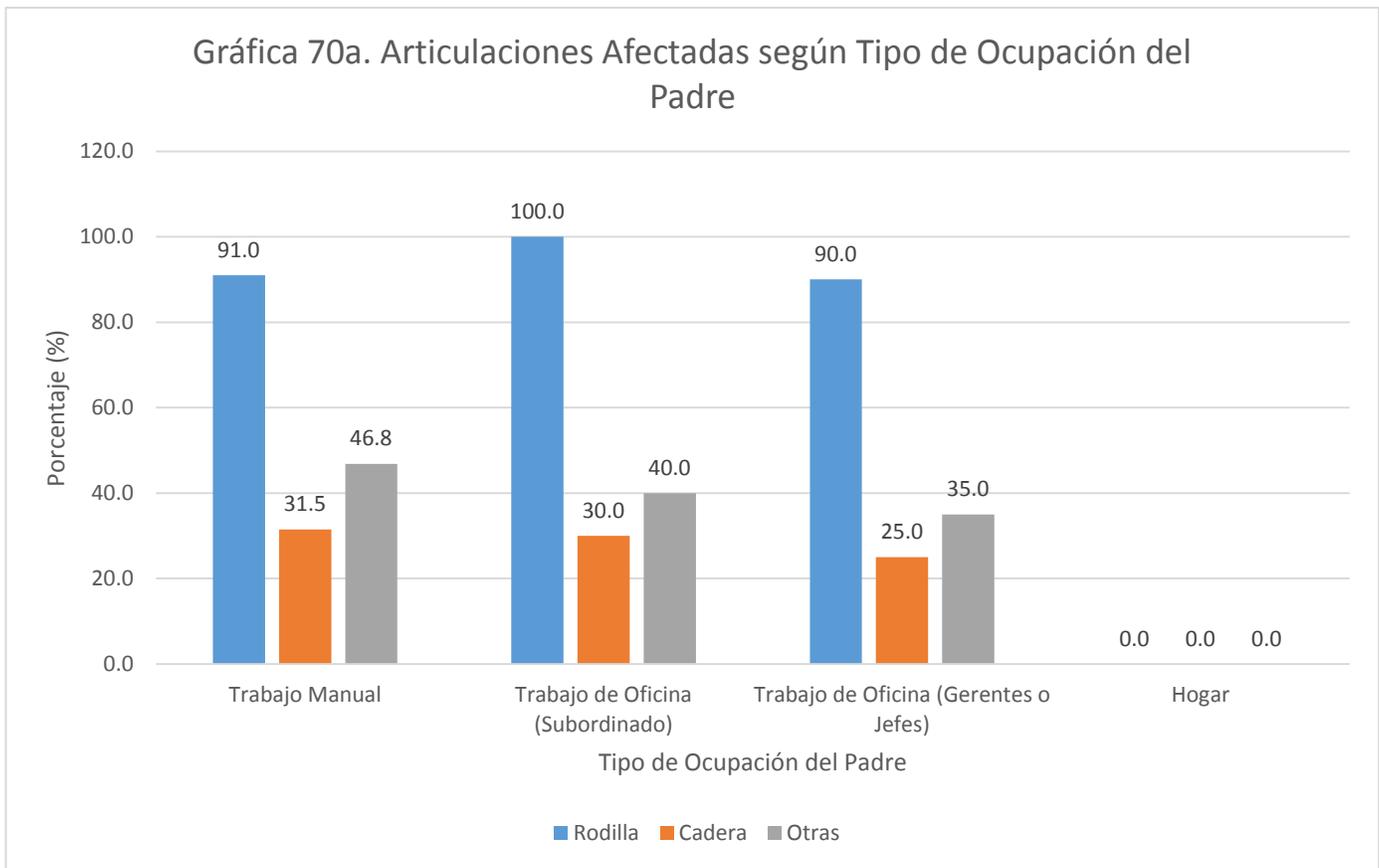
Fuente: n=131; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=131; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 70a. Articulaciones Afectadas según Tipo de Ocupación del Padre						
Tipo de Ocupación del Padre	Rodilla		Cadera		Otras	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo Manual	101	91.0	35	31.5	52	46.8
Trabajo de Oficina (Subordinado)	10	100.0	3	30.0	4	40.0
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	18	90.0	5	25.0	7	35.0
Hogar	0	--	0	--	0	--
Total	134	95.0	44	31.2	65	46.1

Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



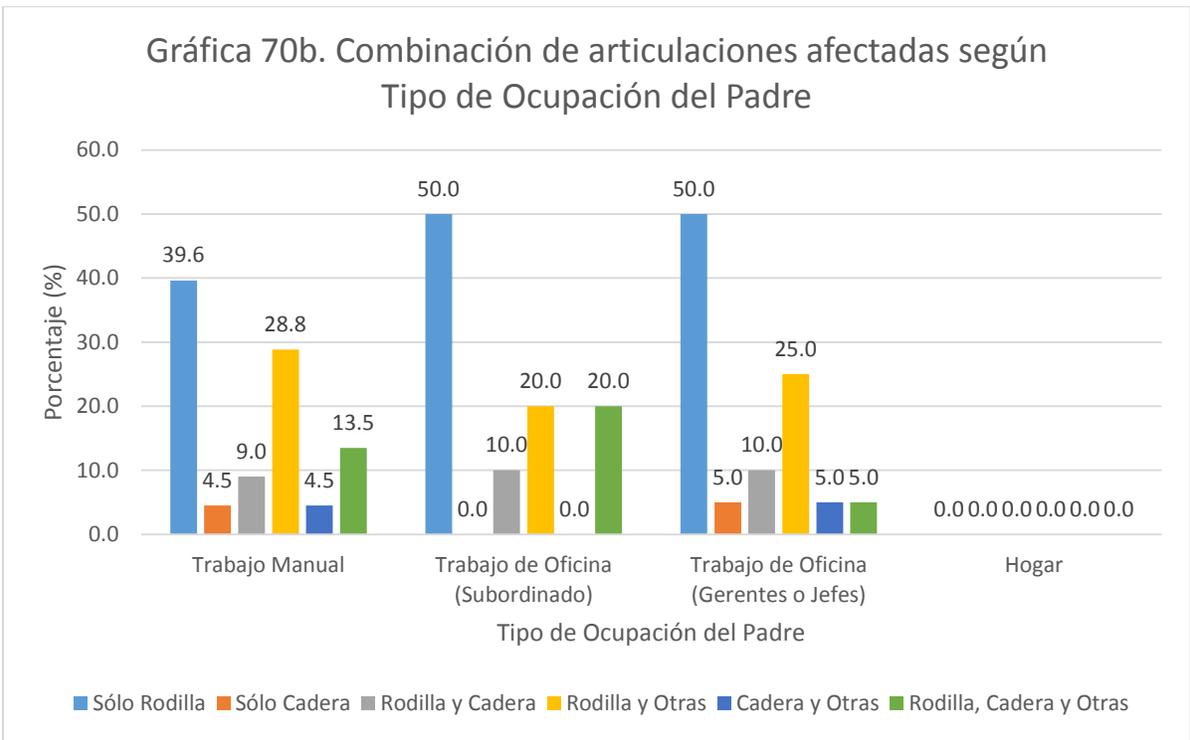
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 70b. Combinación de Articulaciones Afectadas según Tipo de Ocupación del Padre

	Articulaciones Afectadas												Total	
	Sólo Rodilla		Sólo Cadera		Rodilla y Cadera		Rodilla y Otras		Cadera y Otras		Rodilla, Cadera y Otras			
Tipo de Ocupación del Padre	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo Manual	44	39.6	5	4.5	10	9.0	32	28.8	5	4.5	15	13.5	111	100
Trabajo de Oficina (Subordinado)	5	50.0	0	0.0	1	10.0	2	20.0	0	0.0	2	20.0	10	100
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	10	50.0	1	5.0	2	10.0	5	25.0	1	5.0	1	5.0	20	100
Hogar	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--
Total	59	41.8	6	4.3	13	9.2	39	27.7	6	4.3	18	12.8	141	100

Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Gráfica 70b. Combinación de articulaciones afectadas según Tipo de Ocupación del Padre



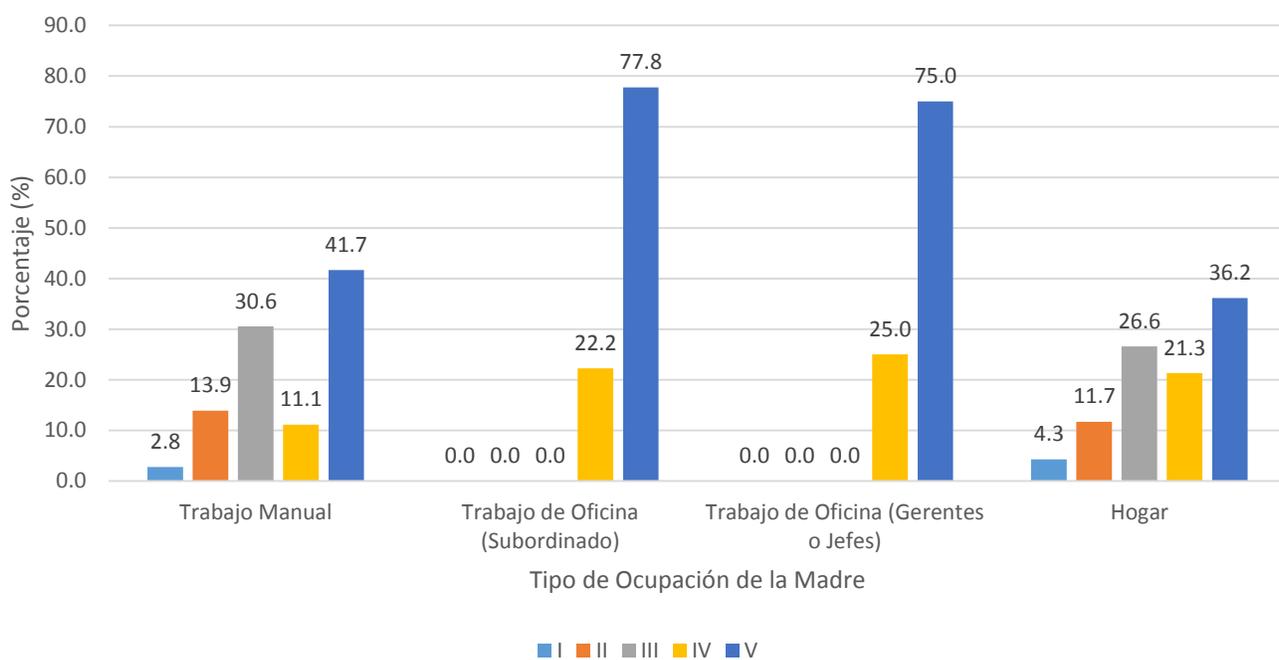
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 71. Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE según Tipo de Ocupación de la Madre

Tipo de Ocupación de la Madre	Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE											
	I		II		III		IV		V		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo Manual	1	2.8	5	13.9	11	30.6	4	11.1	15	41.7	36	100
Trabajo de Oficina (Subordinado)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	22.2	7	77.8	9	100
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0	3	75.0	4	100
Hogar	4	4.3	11	11.7	25	26.6	20	21.3	34	36.2	94	100
Total	5	3.5	16	11.2	36	25.2	27	18.9	59	41.3	143	100

Fuente: n=143; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

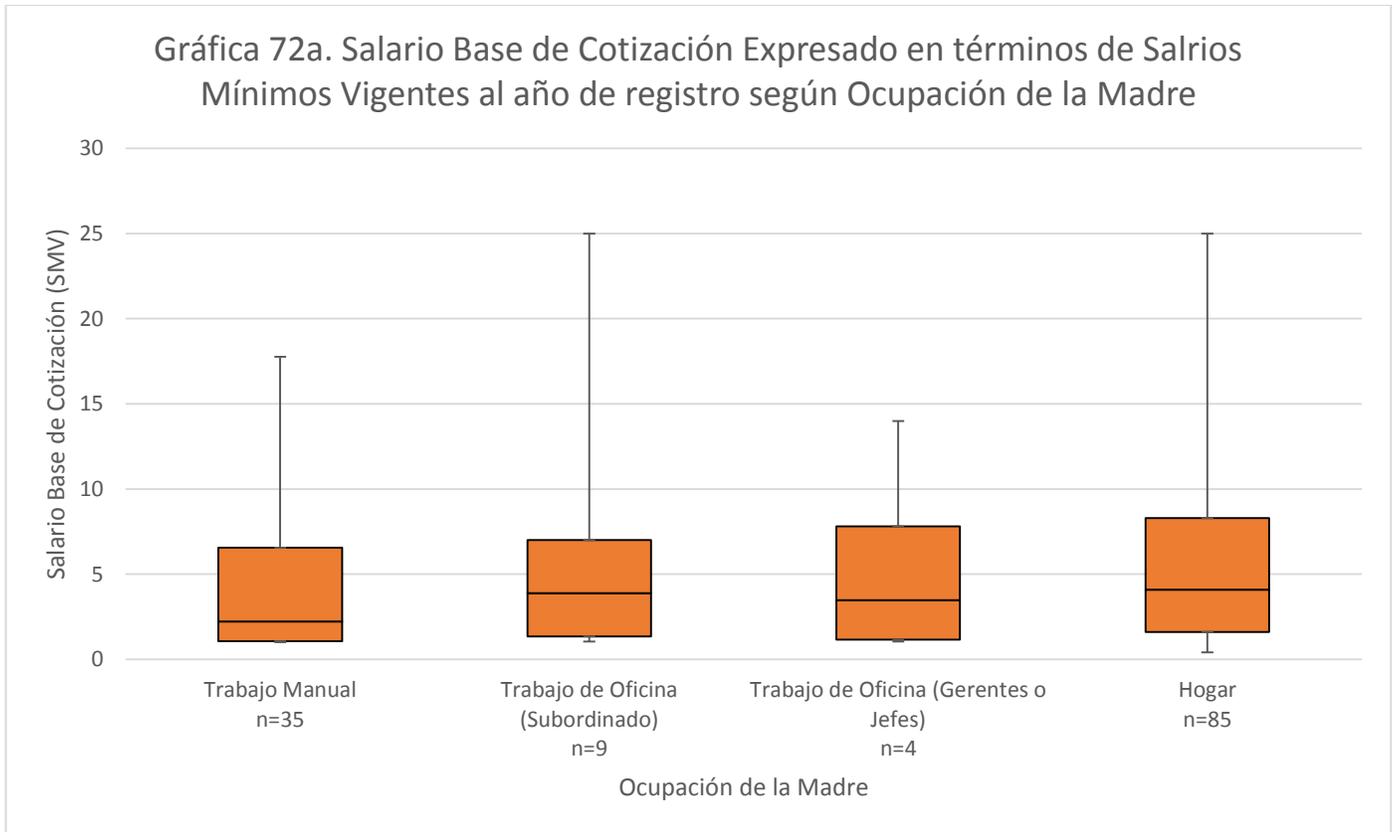
Gráfica 71. Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE según Tipo de Ocupación de la Madre



Fuente: n=143; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 72a. Salario Base de Cotización según Ocupación de la Madre	
Ocupación de la Madre	Salario Base de Cotización (Media±D.E.)
Trabajo Manual	4.5±4.7
Trabajo de Oficina (Subordinado)	7.8±9.3
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	5.5±6.1
Hogar	6.2±6.2
Total	5.9±6.1

Fuente: n=133; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



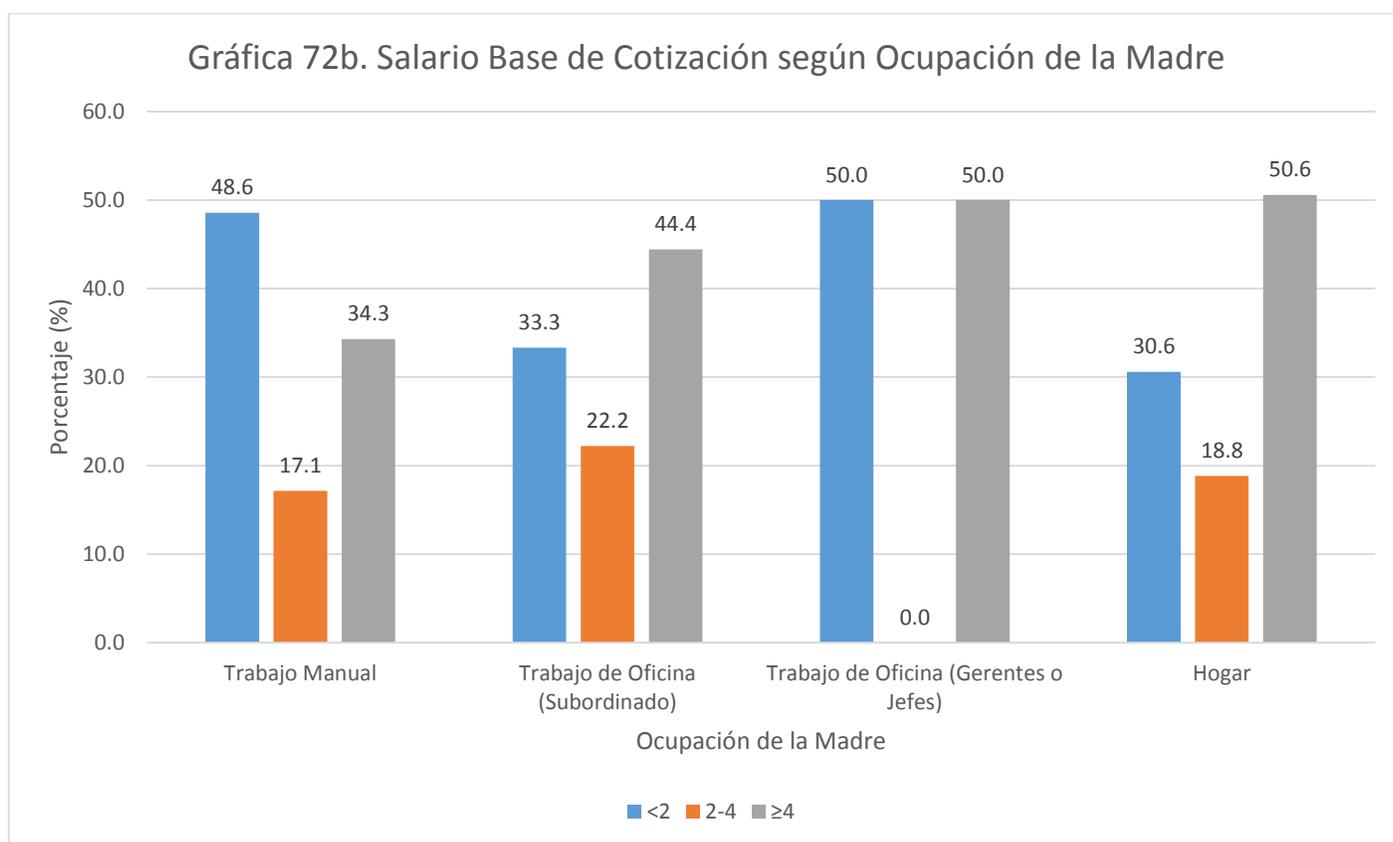
Fuente: n=133; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 72b. Salario Base de Cotización (Rangos) según Ocupación de la Madre

Tipo de Ocupación de la Madre	Salario Base de Cotización (Salarios Mínimos Vigentes al año de registro)							
	<2		2-4		≥4		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo Manual	17	48.6	6	17.1	12	34.3	35	100
Trabajo de Oficina (Subordinado)	3	33.3	2	22.2	4	44.4	9	100
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	2	50.0	0	0.0	2	50.0	4	100
Hogar	26	30.6	16	18.8	43	50.6	85	100
Total	48	36.1	24	18.0	61	45.9	133	100

Fuente: n=133; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

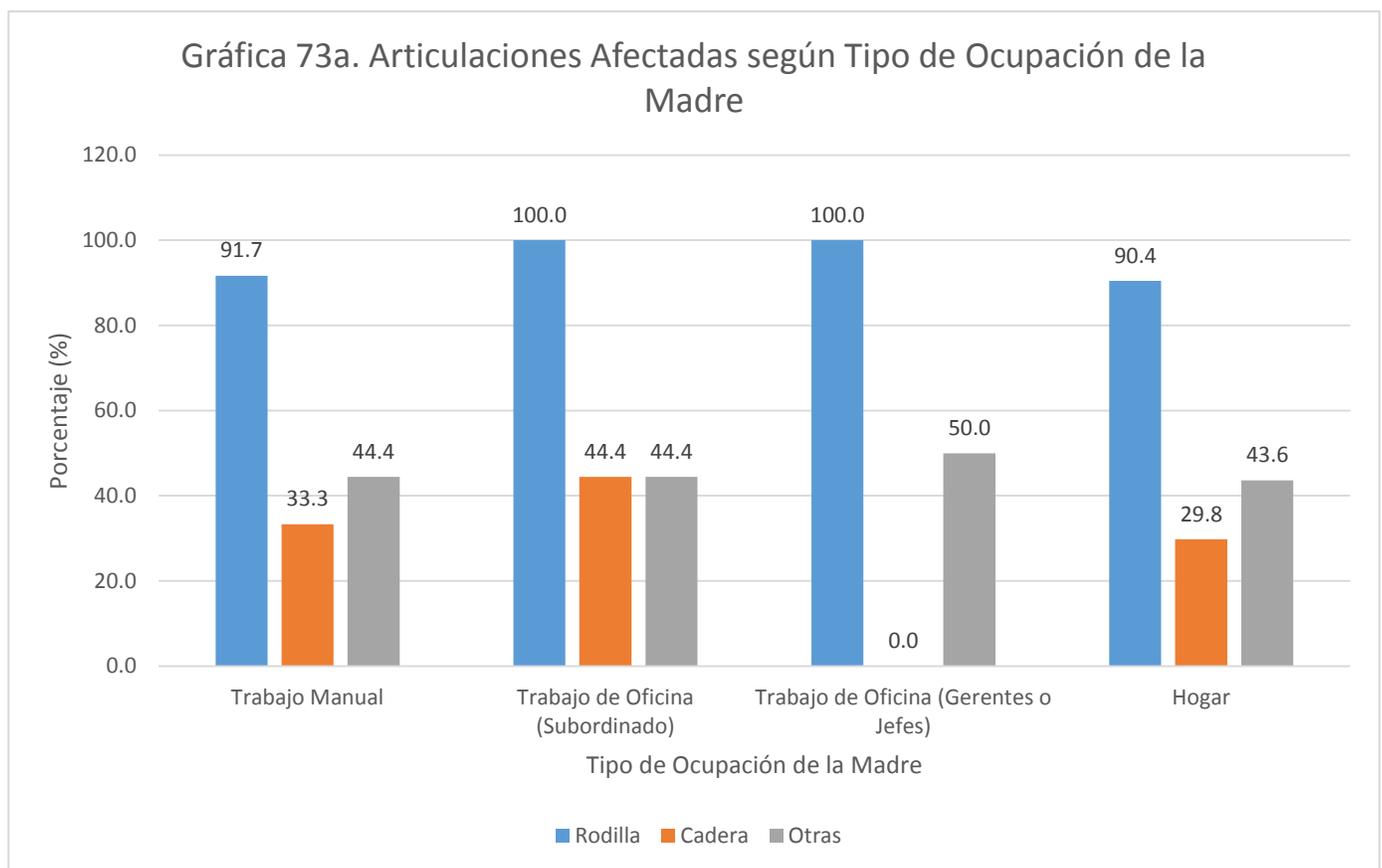
Gráfica 72b. Salario Base de Cotización según Ocupación de la Madre



Fuente: n=133; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tipo de Ocupación de la Madre	Rodilla		Cadera		Otras	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo Manual	33	91.7	12	33.3	16	44.4
Trabajo de Oficina (Subordinado)	9	100.0	4	44.4	4	44.4
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	4	100.0	0	0.0	2	50.0
Hogar	85	90.4	28	29.8	41	43.6
Total	134	93.7	44	30.8	65	45.5

Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



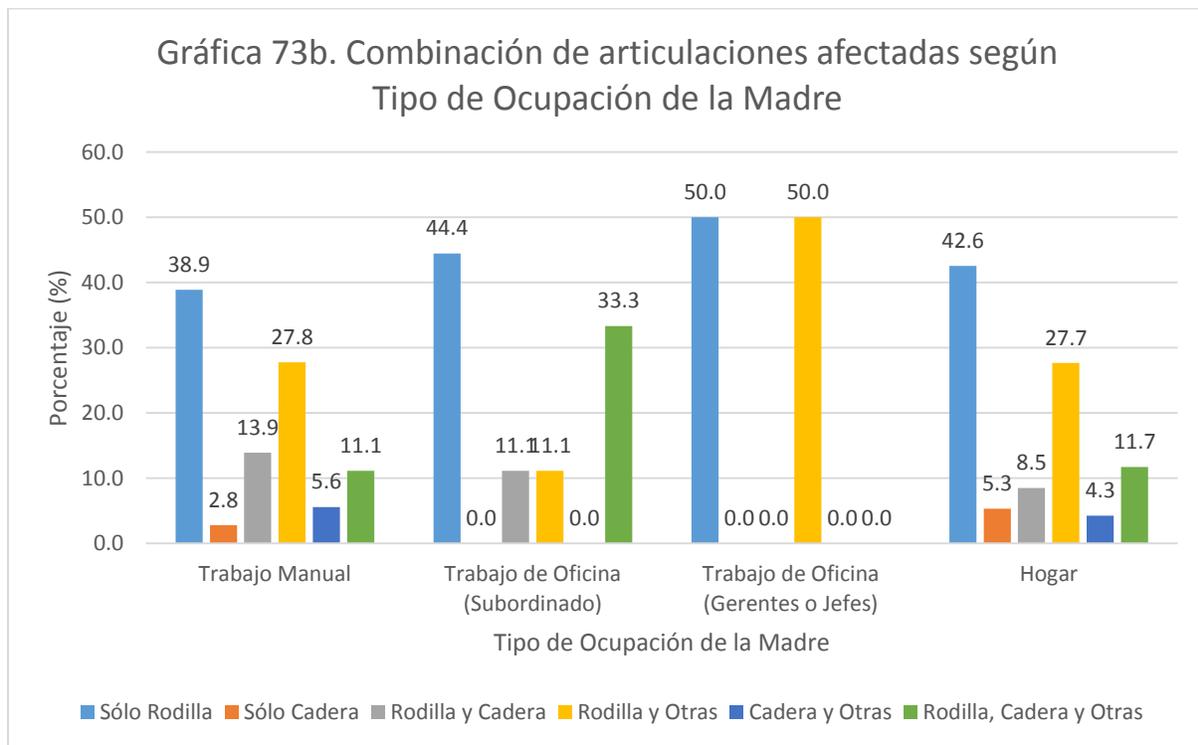
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 73b. Combinación de Articulaciones Afectadas según Tipo de Ocupación de la Madre

	Articulaciones Afectadas												Total	
	Sólo Rodilla		Sólo Cadera		Rodilla y Cadera		Rodilla y Otras		Cadera y Otras		Rodilla, Cadera y Otras			
Tipo de Ocupación de la Madre	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo Manual	14	38.9	1	2.8	5	13.9	10	27.8	2	5.6	4	11.1	36	100
Trabajo de Oficina (Subordinado)	4	44.4	0	0.0	1	11.1	1	11.1	0	0.0	3	33.3	9	100
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	2	50.0	0	0.0	0	0.0	2	50.0	0	0.0	0	0.0	4	100
Hogar	40	42.6	5	5.3	8	8.5	26	27.7	4	4.3	11	11.7	94	100
Total	60	42.0	6	4.2	14	9.8	39	27.3	6	4.2	18	12.6	143	100

Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

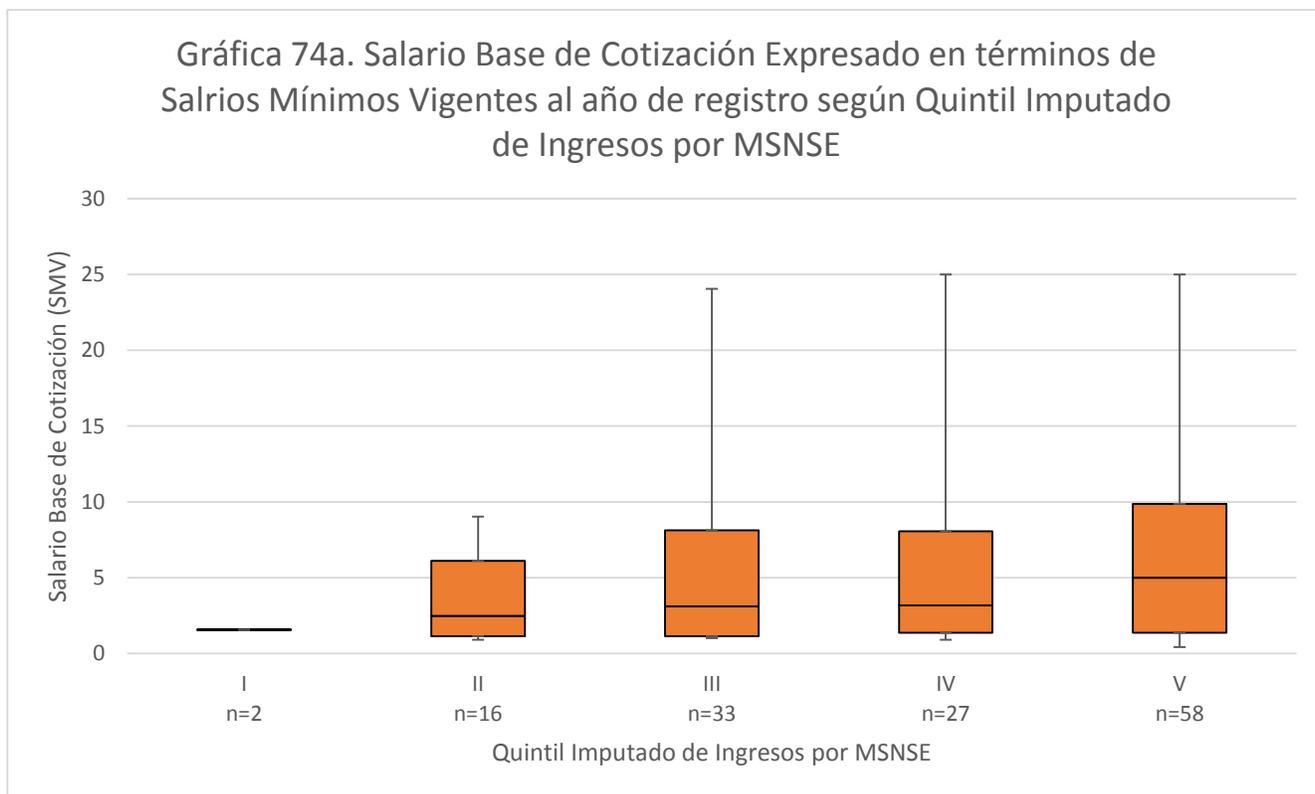
Gráfica 73b. Combinación de articulaciones afectadas según Tipo de Ocupación de la Madre



Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 74a. Salario Base de Cotización según Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE	
Quintil Imputado de Ingresos	Salario Base de Cotización (Media±D.E.)
I	1.5±0
II	3.8±3
III	6.2±7
IV	6.4±6.9
V	6.5±6.3
Total	6±6.3

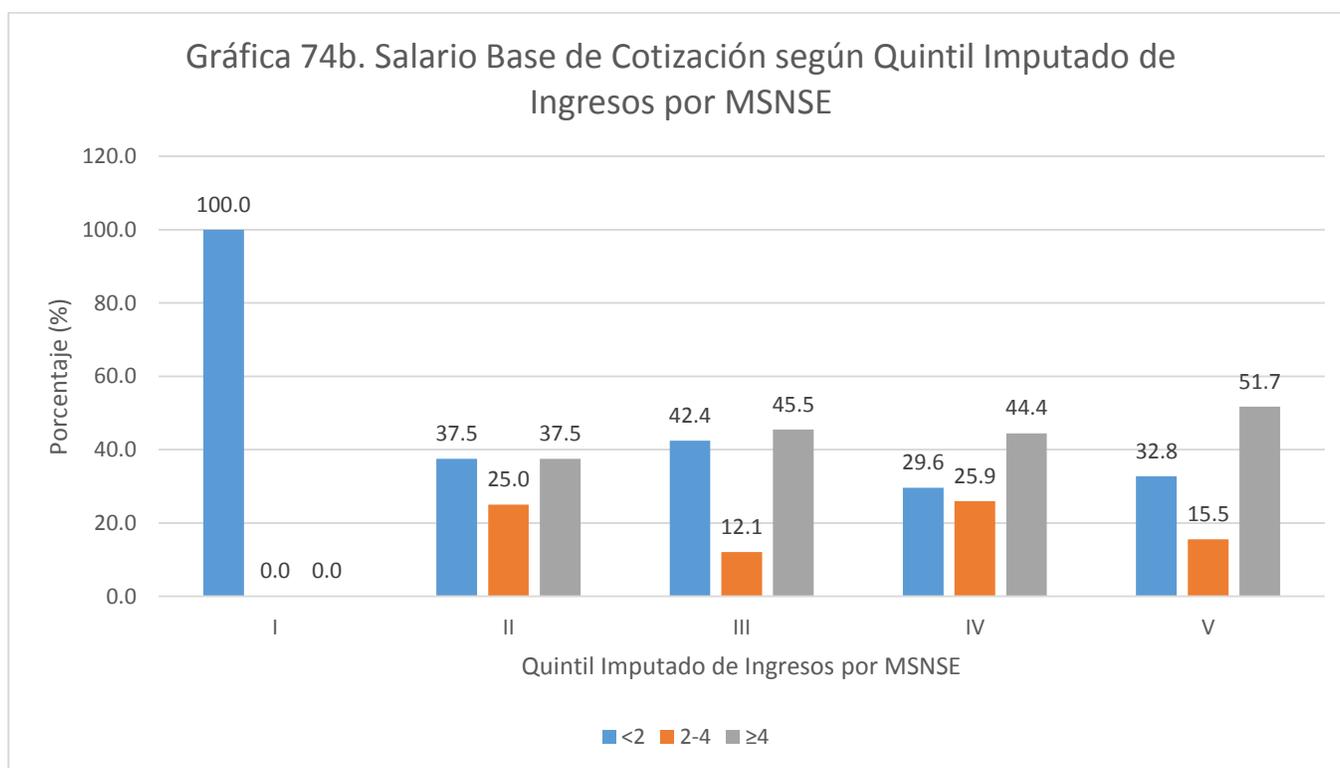
Fuente: n=136; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=136; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 74b. Salario Base de Cotización (Rangos) según Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE								
	Salario Base de Cotización (Salarios Mínimos Vigentes al año de registro)							
	<2		2-4		≥4		Total	
Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
I	2	100.0	0	0.0	0	0.0	2	100
II	6	37.5	4	25.0	6	37.5	16	100
III	14	42.4	4	12.1	15	45.5	33	100
IV	8	29.6	7	25.9	12	44.4	27	100
V	19	32.8	9	15.5	30	51.7	58	100
Total	49	36.0	24	17.6	63	46.3	136	100

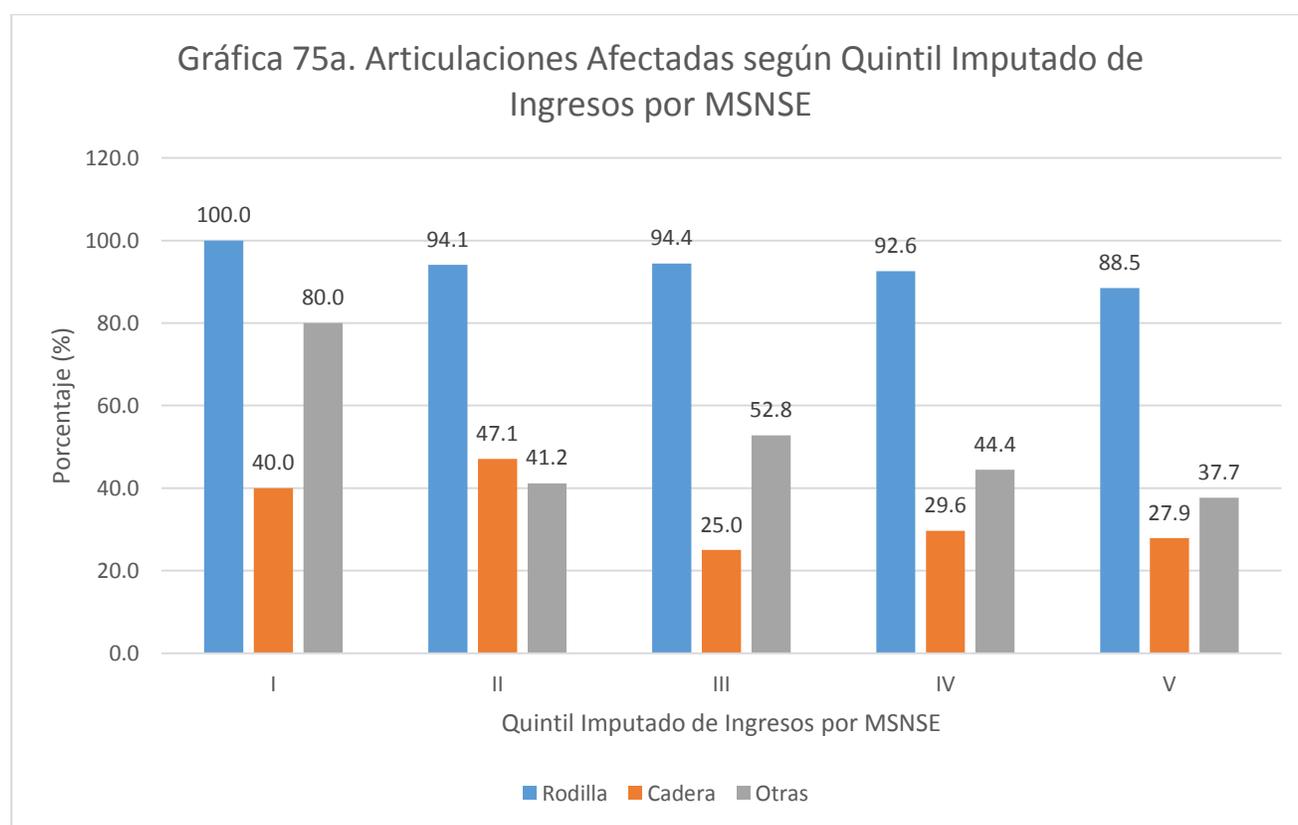
Fuente: n=136; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=136; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 75a. Articulaciones Afectadas según Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE						
Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE	Rodilla		Cadera		Otras	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
I	5	100.0	2	40.0	4	80.0
II	16	94.1	8	47.1	7	41.2
III	34	94.4	9	25.0	19	52.8
IV	25	92.6	8	29.6	12	44.4
V	54	88.5	17	27.9	23	37.7
Total	134	91.8	44	30.1	65	44.5

Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



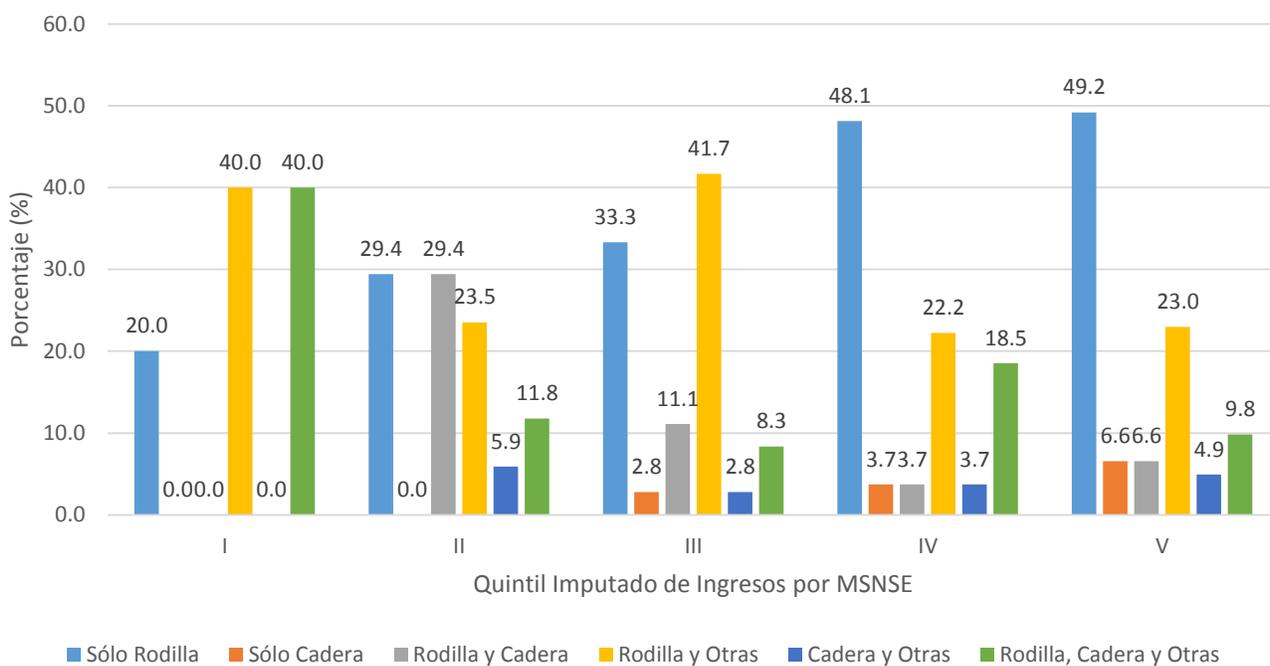
Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 75b. Combinación de Articulaciones Afectadas según Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE

	Articulaciones Afectadas													
	Sólo Rodilla		Sólo Cadera		Rodilla y Cadera		Rodilla y Otras		Cadera y Otras		Rodilla, Cadera y Otras		Total	
Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
I	1	20.0	0	0.0	0	0.0	2	40.0	0	0.0	2	40.0	5	100
II	5	29.4	0	0.0	5	29.4	4	23.5	1	5.9	2	11.8	17	100
III	12	33.3	1	2.8	4	11.1	15	41.7	1	2.8	3	8.3	36	100
IV	13	48.1	1	3.7	1	3.7	6	22.2	1	3.7	5	18.5	27	100
V	30	49.2	4	6.6	4	6.6	14	23.0	3	4.9	6	9.8	61	100
Total	61	41.8	6	4.1	14	9.6	41	28.1	6	4.1	18	12.3	146	100

Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

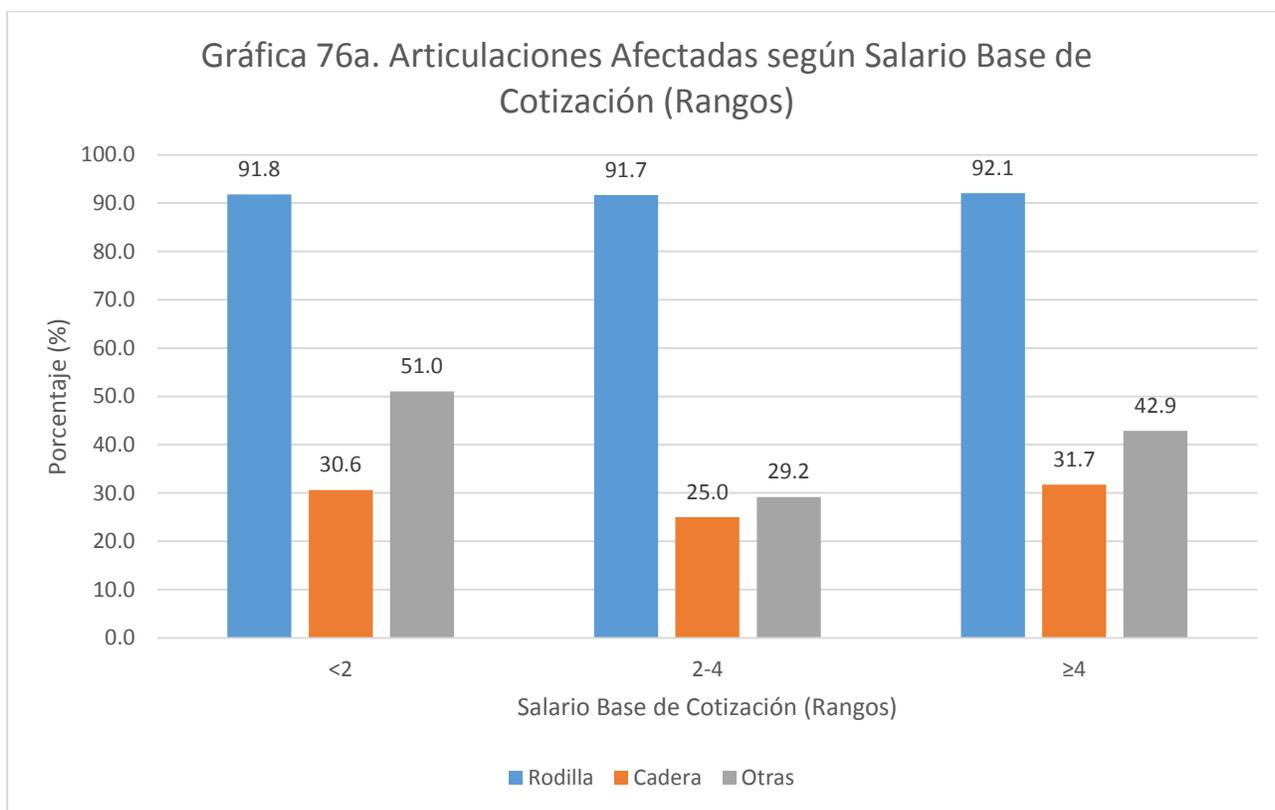
Gráfica 75b. Combinación de articulaciones afectadas según Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE



Fuente: n=146; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 76a. Articulaciones Afectadas según Salario Base de Cotización (Rangos)						
Salario Base de Cotización (Rangos)	Rodilla		Cadera		Otras	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<2	45	91.8	15	30.6	25	51.0
2-4	22	91.7	6	25.0	7	29.2
≥4	58	92.1	20	31.7	27	42.9
Total	134	98.5	44	32.4	65	47.8

Fuente: n=136; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



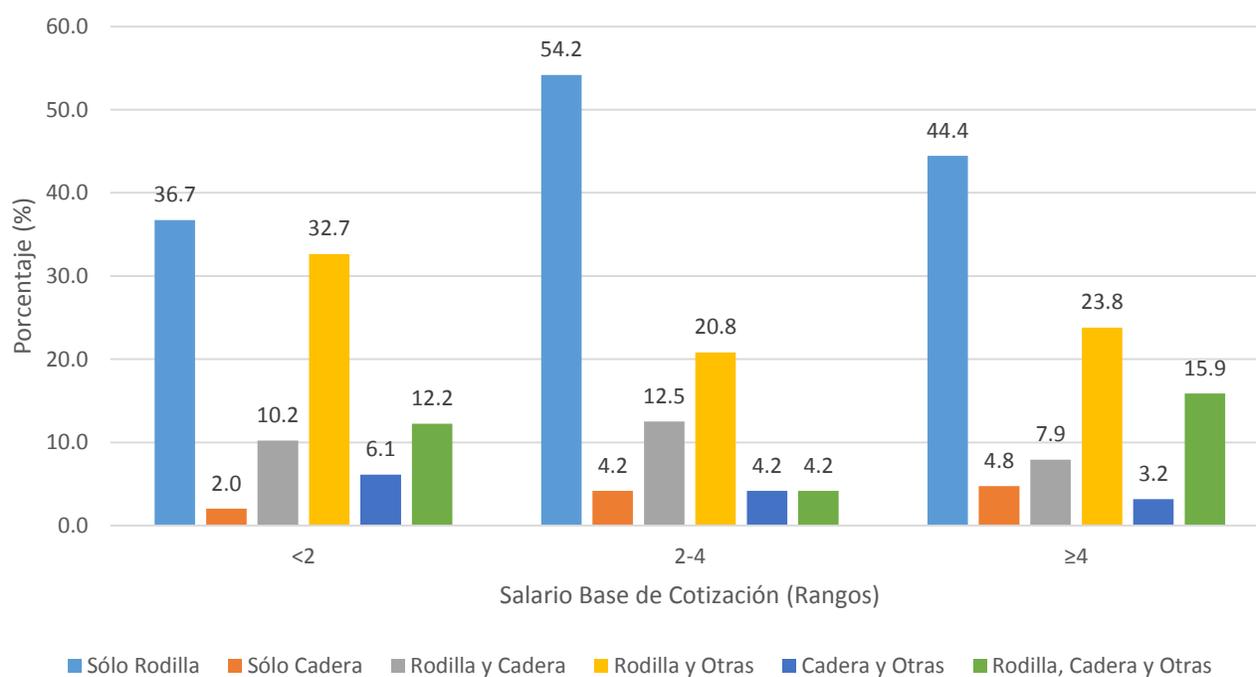
Fuente: n=136; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 76b. Combinación de Articulaciones Afectadas según Salario Base de Cotización (Rangos)

Salario Base de Cotización (Rangos)	Articulaciones Afectadas													
	Sólo Rodilla		Sólo Cadera		Rodilla y Cadera		Rodilla y Otras		Cadera y Otras		Rodilla, Cadera y Otras		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<2	18	36.7	1	2.0	5	10.2	16	32.7	3	6.1	6	12.2	49	100
2-4	13	54.2	1	4.2	3	12.5	5	20.8	1	4.2	1	4.2	24	100
≥4	28	44.4	3	4.8	5	7.9	15	23.8	2	3.2	10	15.9	63	100
Total	59	43.4	5	3.7	13	9.6	36	26.5	6	4.4	17	12.5	136	100

Fuente: n=136; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

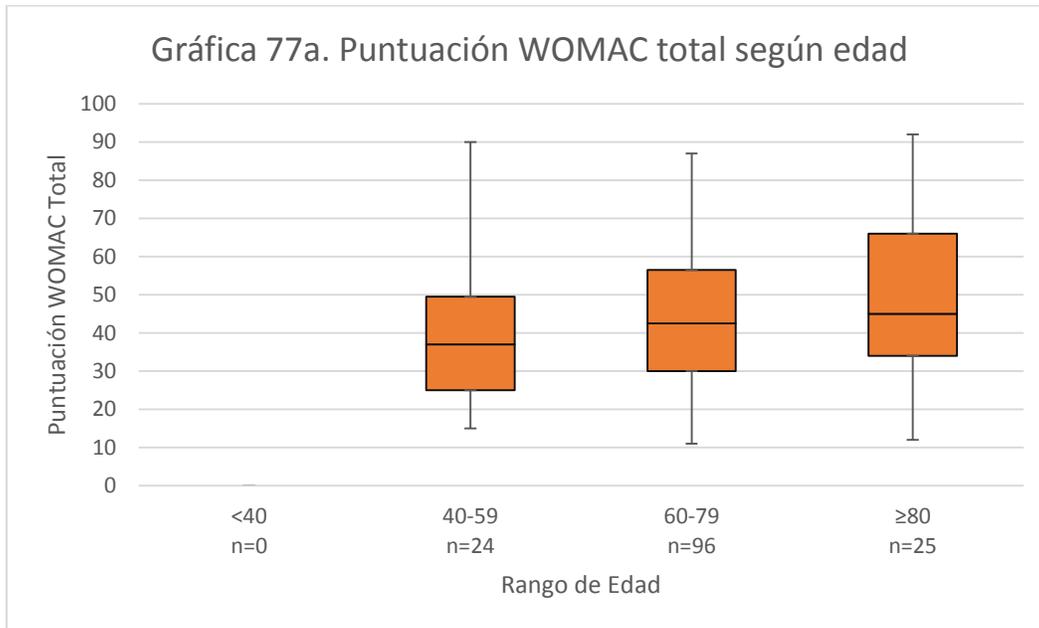
Gráfica 76b. Combinación de articulaciones afectadas según Salario Base de Cotización (Rangos)



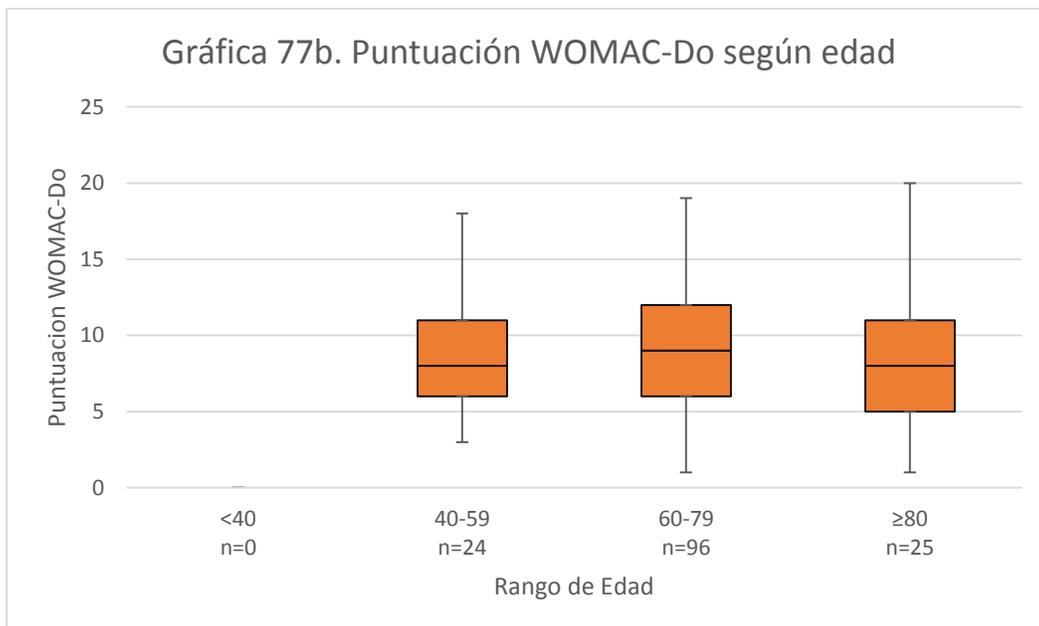
Fuente: n=136; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 77. Puntuación WOMAC Total y Sub-Componentes según rango de edad					
Edad	n	WOMAC-To (Media±D.E.)	WOMAC-Do (Media±D.E.)	WOMAC-Ri (Media±D.E.)	WOMAC-Di (Media±D.E.)
<40	0	--	--	--	--
40-59	24	40.8±20.8	9±4.4	3.2±2	28.6±15.7
60-79	96	45±20	9±4.1	3.5±1.9	32.6±15.2
≥80	25	46.8±21.5	8.5±4.7	3.6±2.4	34.8±15.6

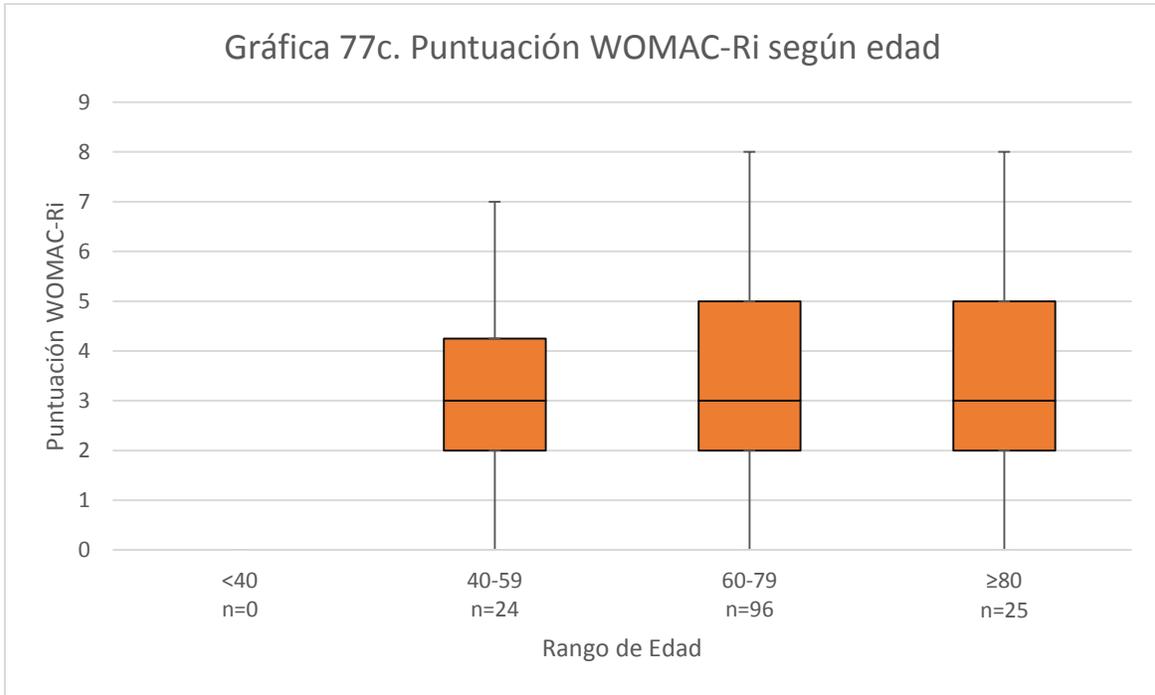
Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



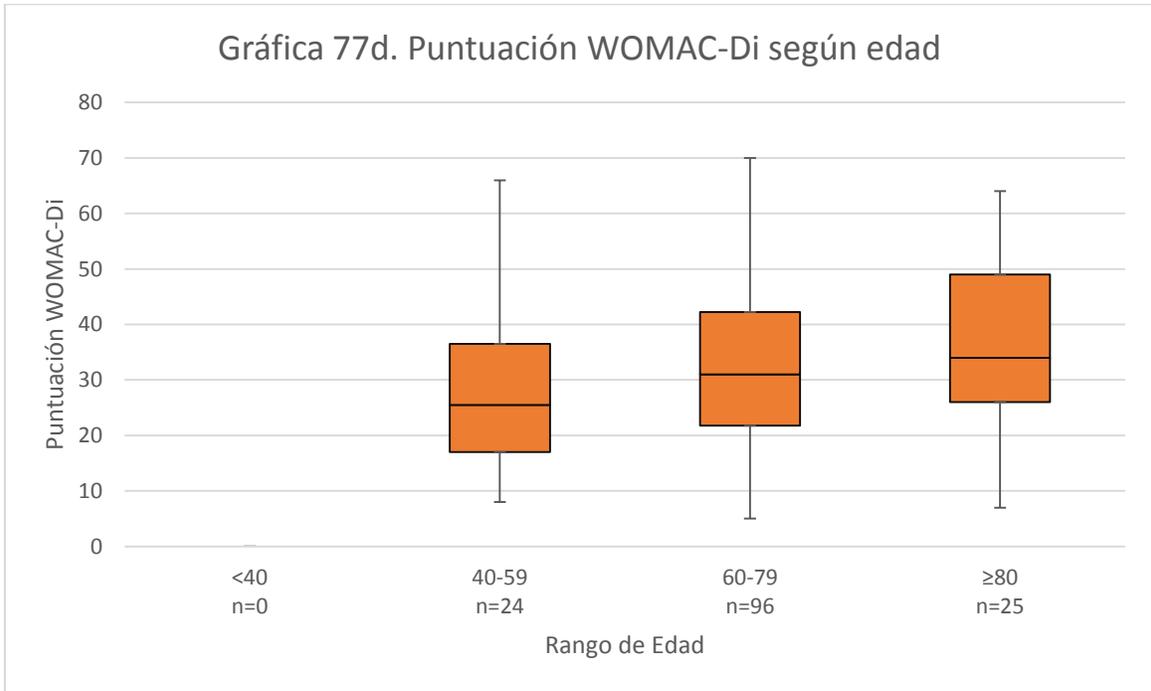
Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



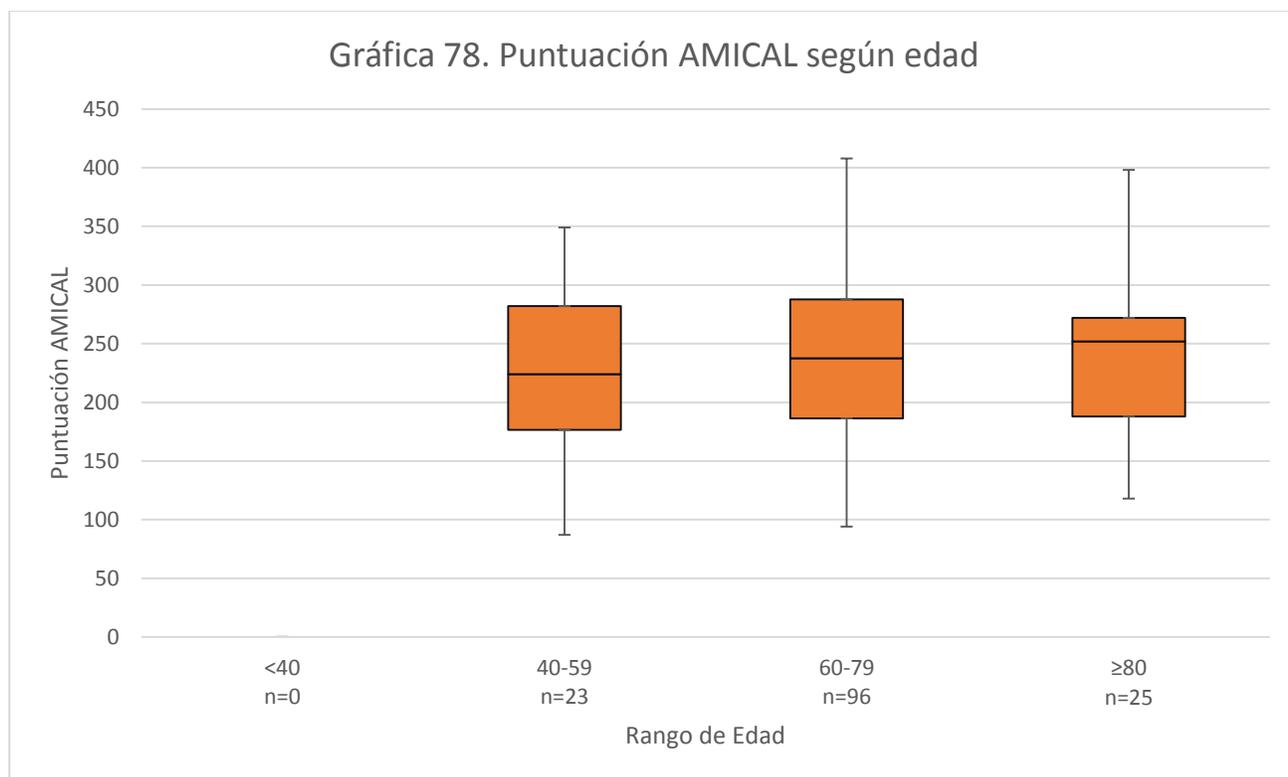
Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Edad	n	Puntuación AMICAL (Media±D.E.)
<40	0	--
40-59	23	230.2±72.9
60-79	96	235.3±76.8
≥80	25	236.9±65.7

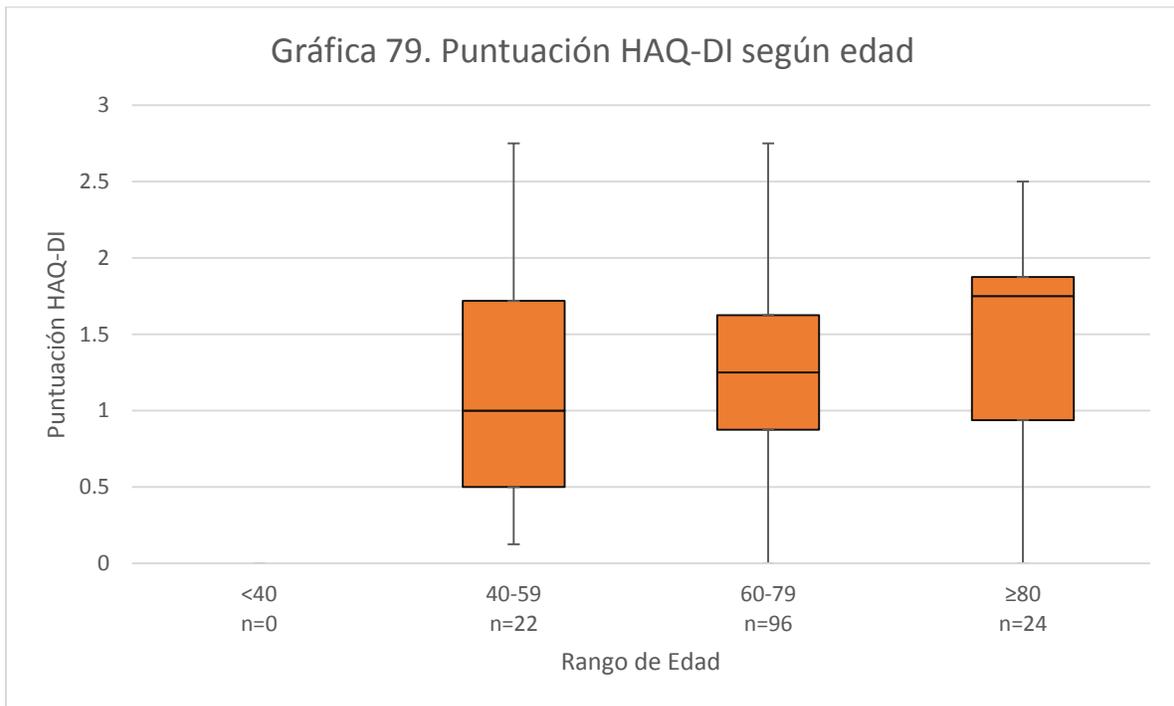
Fuente: n=144; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=144; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Edad	n	Puntuación HAQ-DI (Media±D.E.)
<40	0	--
40-59	22	1.15±0.75
60-79	96	1.26±0.62
≥80	24	1.45±0.74

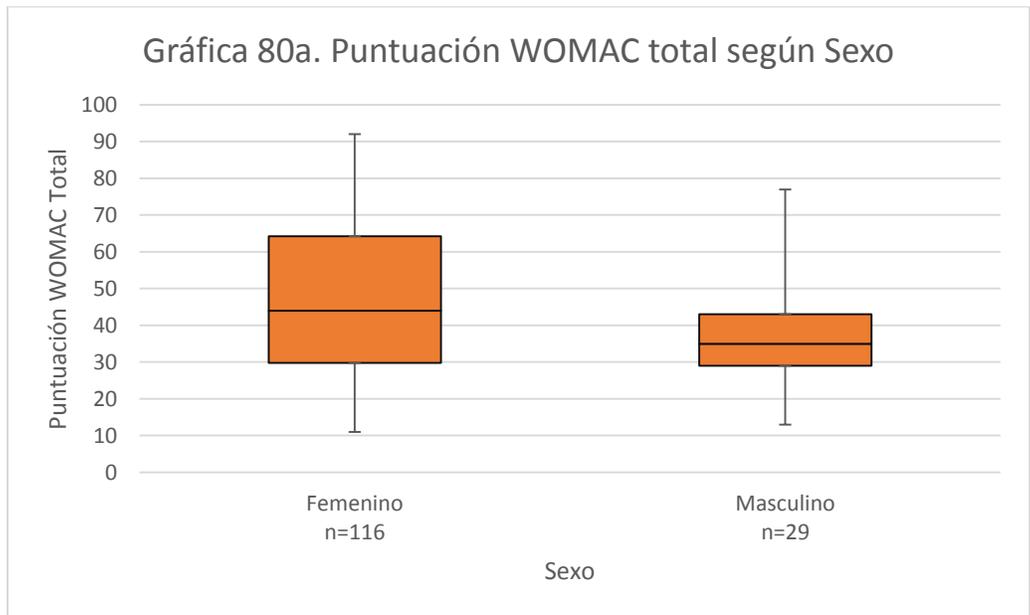
Fuente: n=142; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



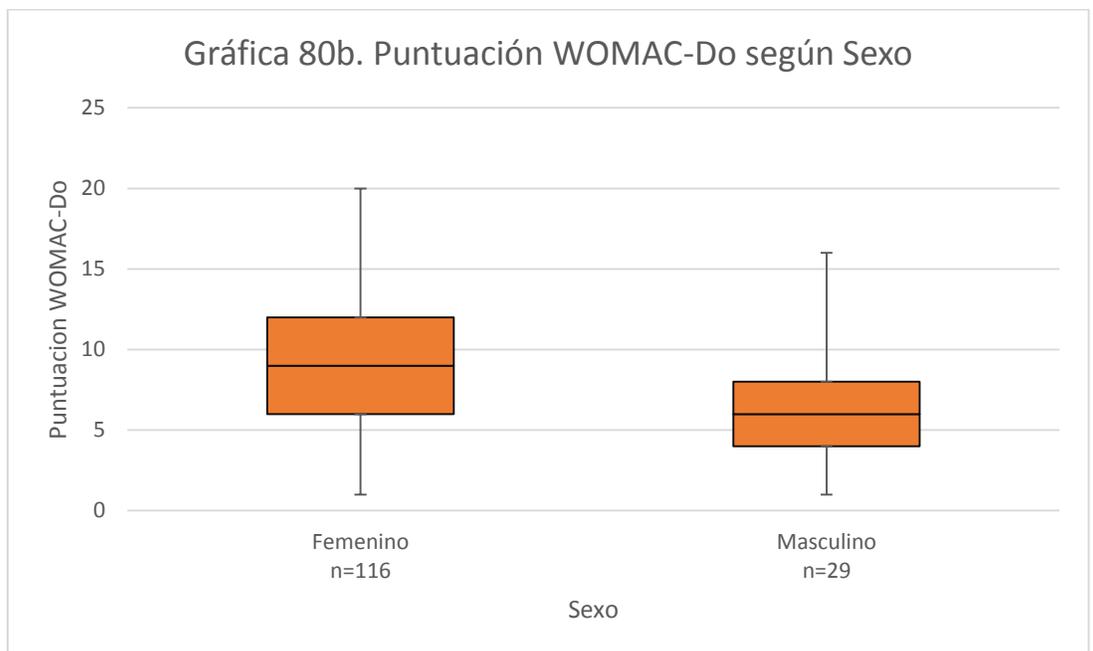
Fuente: n=142; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 80. Puntuación WOMAC Total y Sub-Componentes según sexo					
Sexo	n	WOMAC-To (Media±D.E.)	WOMAC-Do (Media±D.E.)	WOMAC-Ri (Media±D.E.)	WOMAC-Di (Media±D.E.)
Femenino	116	46.5±20.9	9.5±4.2	3.6±2.1	33.4±15.9
Masculino	29	37±16.3	6.6±3.5	2.8±1.6	27.7±12.5

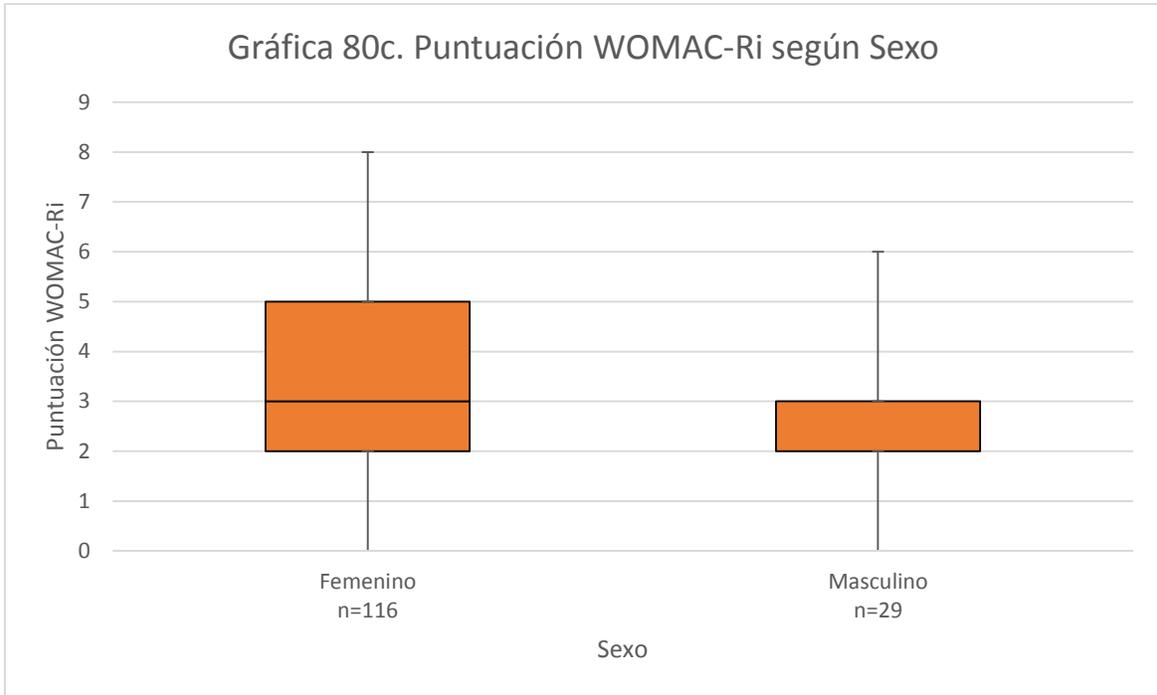
Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



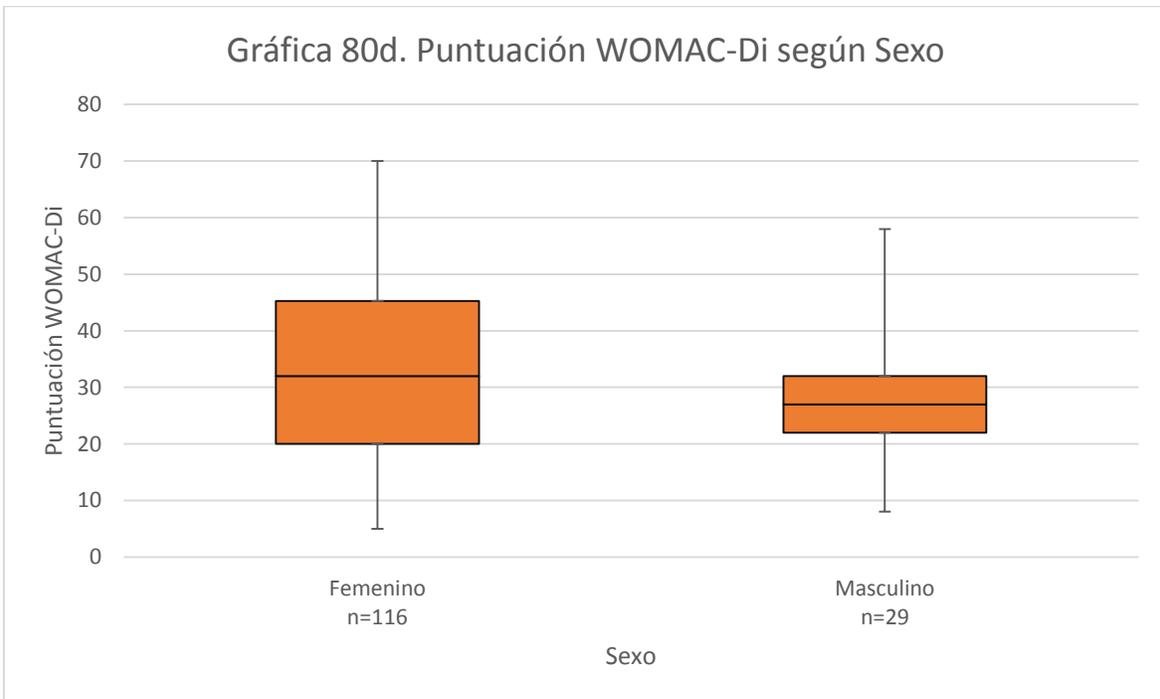
Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



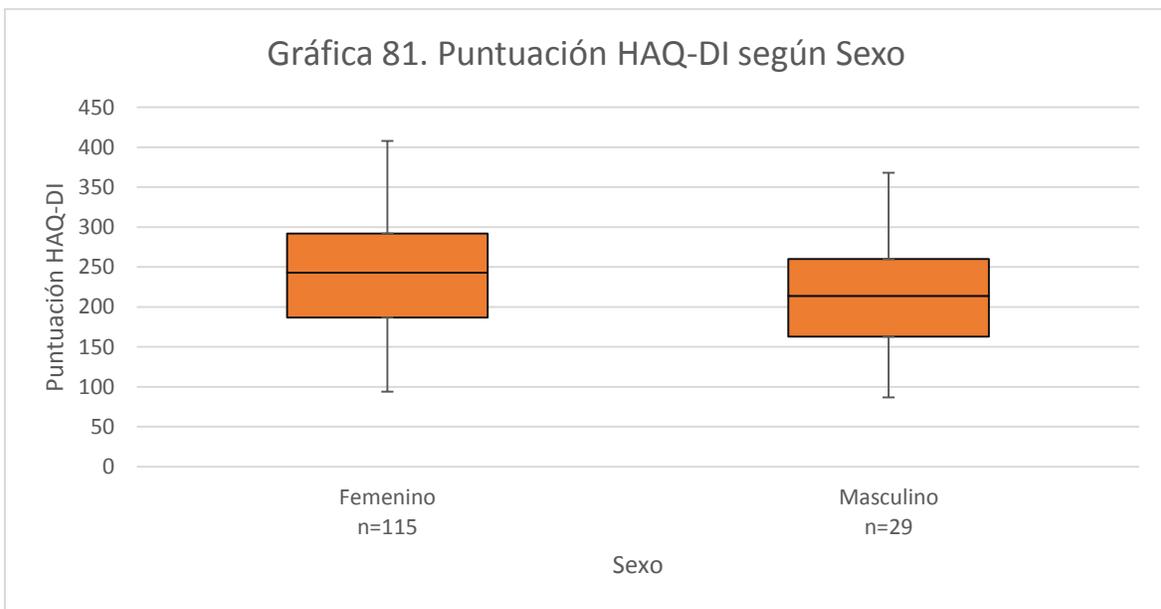
Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 81. Puntuación AMICAL según sexo		
Sexo	n	Puntuación AMICAL (Media±D.E.)
Femenino	115	240±74.5
Masculino	29	214.1±68.9

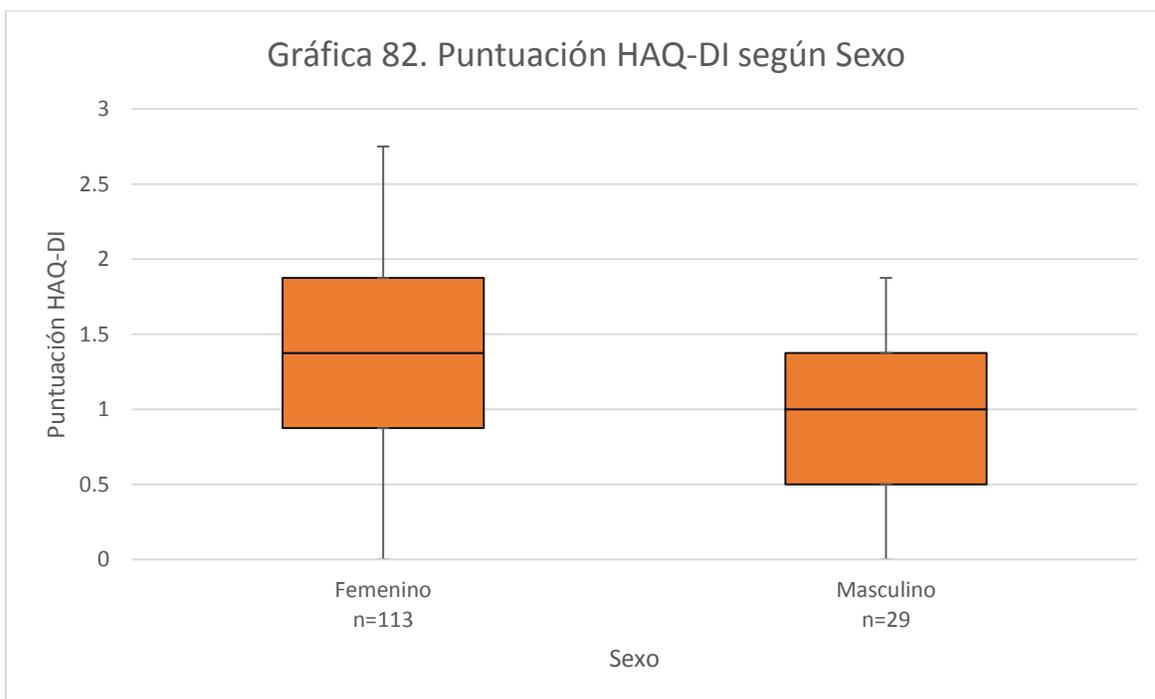
Fuente: n=144; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=144; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 82. Puntuación HAQ-DI según rango de edad		
Sexo	n	Puntuación HAQ-DI (Media±D.E.)
Femenino	113	1.36±0.66
Masculino	29	0.94±0.57

Fuente: n=142; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

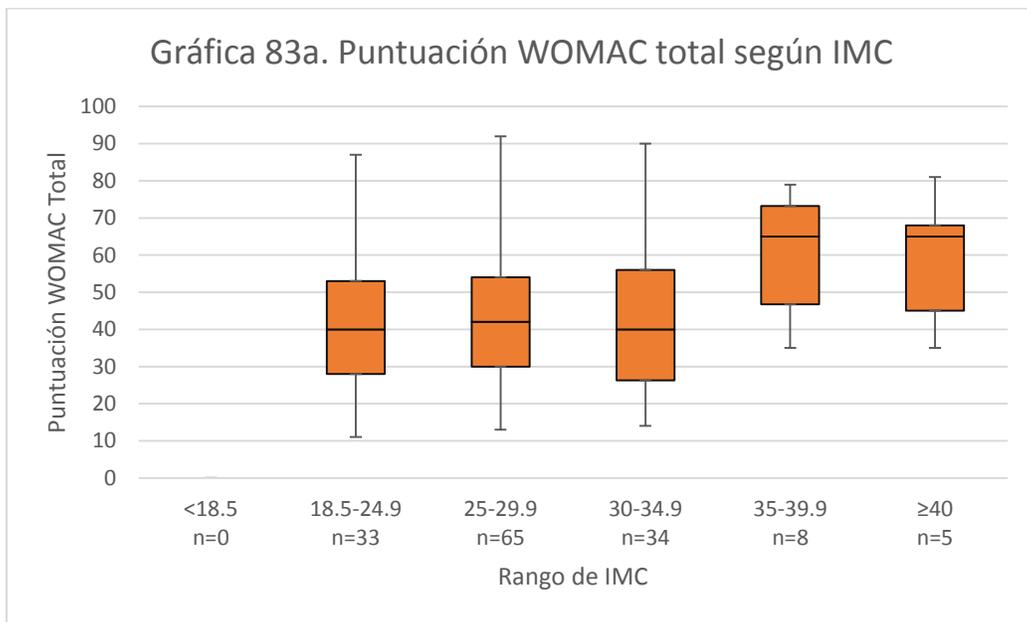


Fuente: n=142; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

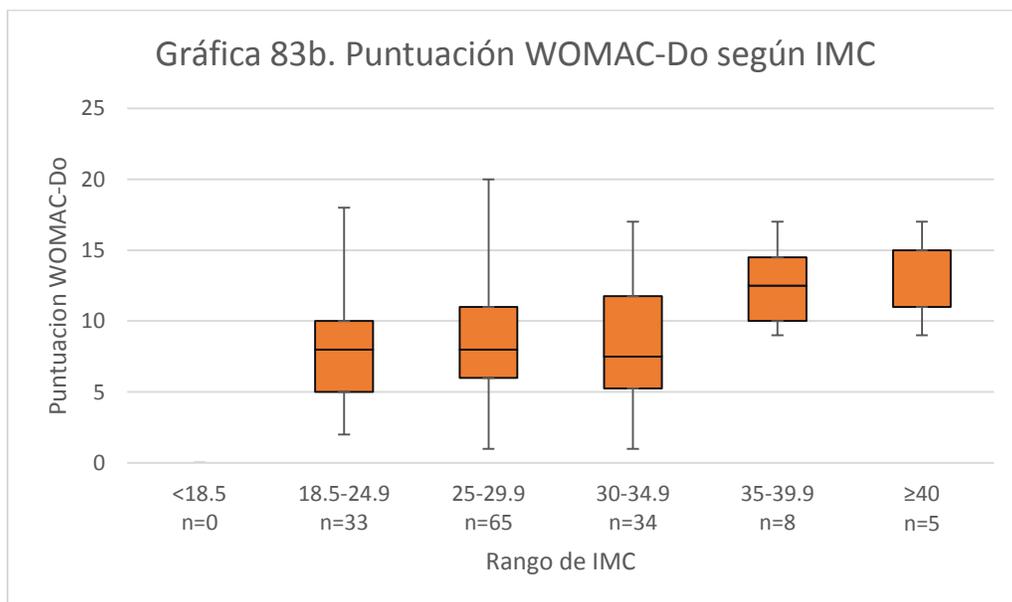
Tabla 83. Puntuación WOMAC Total y Sub-Componentes según rango de Índice de Masa Corporal (IMC)

IMC	n	WOMAC-To (Media±D.E.)	WOMAC-Do (Media±D.E.)	WOMAC-Ri (Media±D.E.)	WOMAC-Di (Media±D.E.)
<18.5	0	--	--	--	--
18.5-24.9	33	40.9±19.5	7.7±4	3.3±2	29.9±14.7
25-29.9	65	43.8±19.9	9±4.2	3.4±1.9	31.4±15
30-34.9	34	44±21.5	8.6±4.3	3.1±2.1	32.3±16.6
35-39.9	8	60.3±17.1	12.6±2.9	4.3±1.9	43.4±13.4
≥40	5	58.8±18.5	12.6±3.3	5±1.7	41.2±15.2

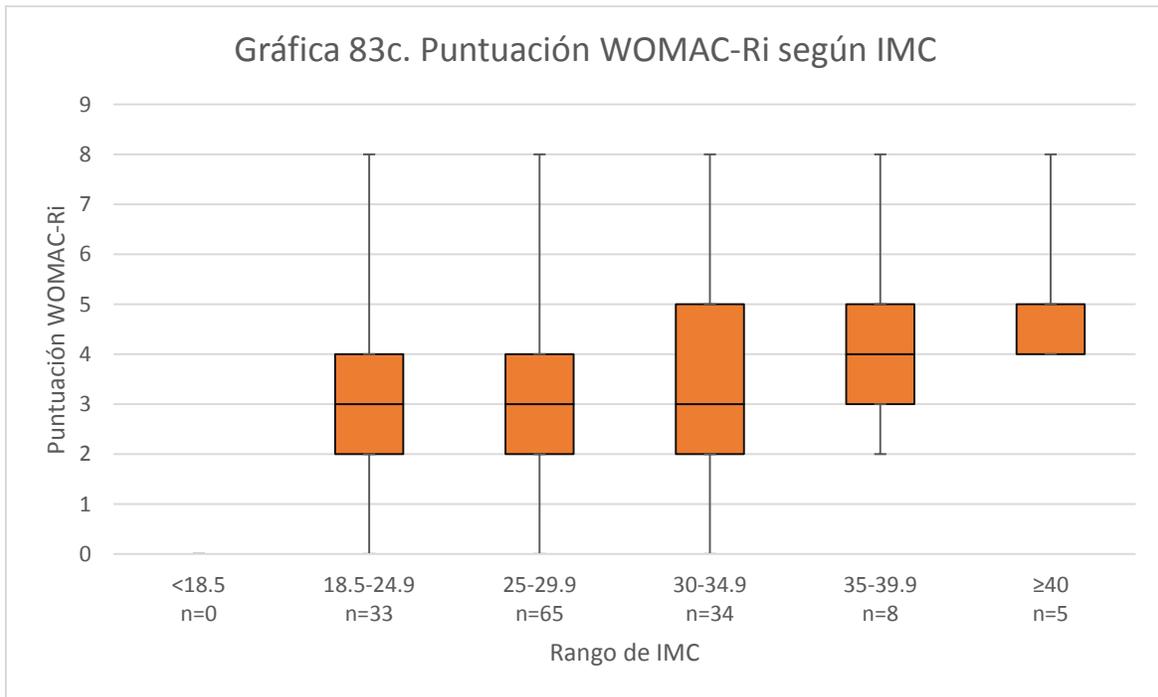
Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



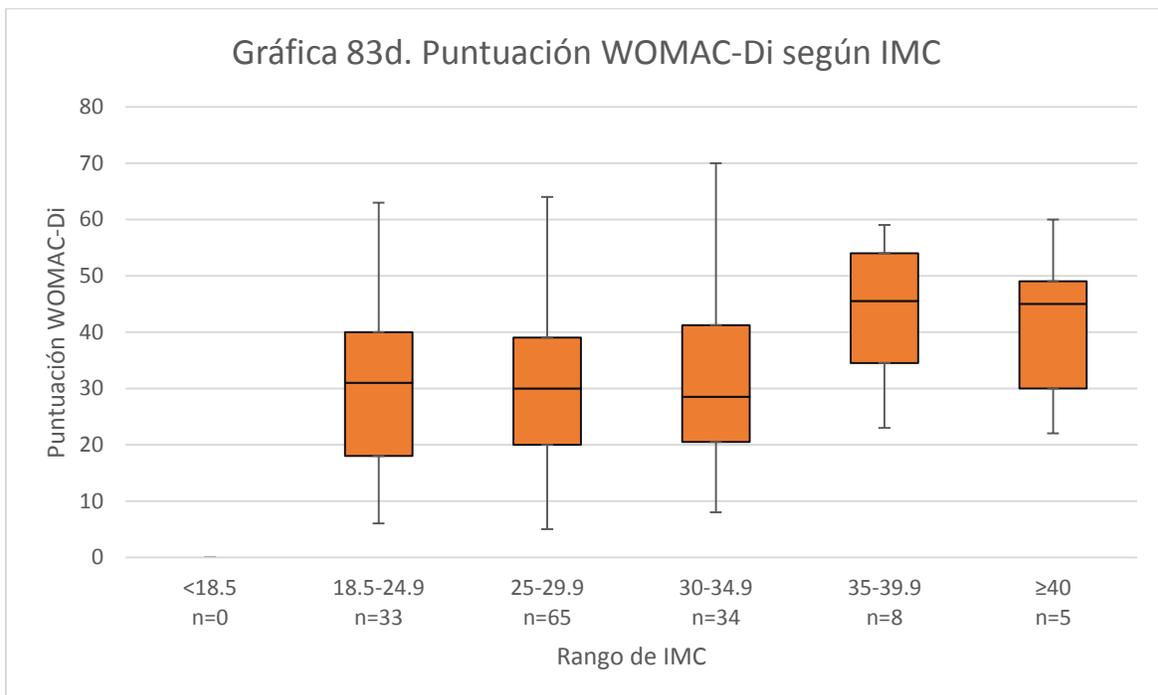
Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



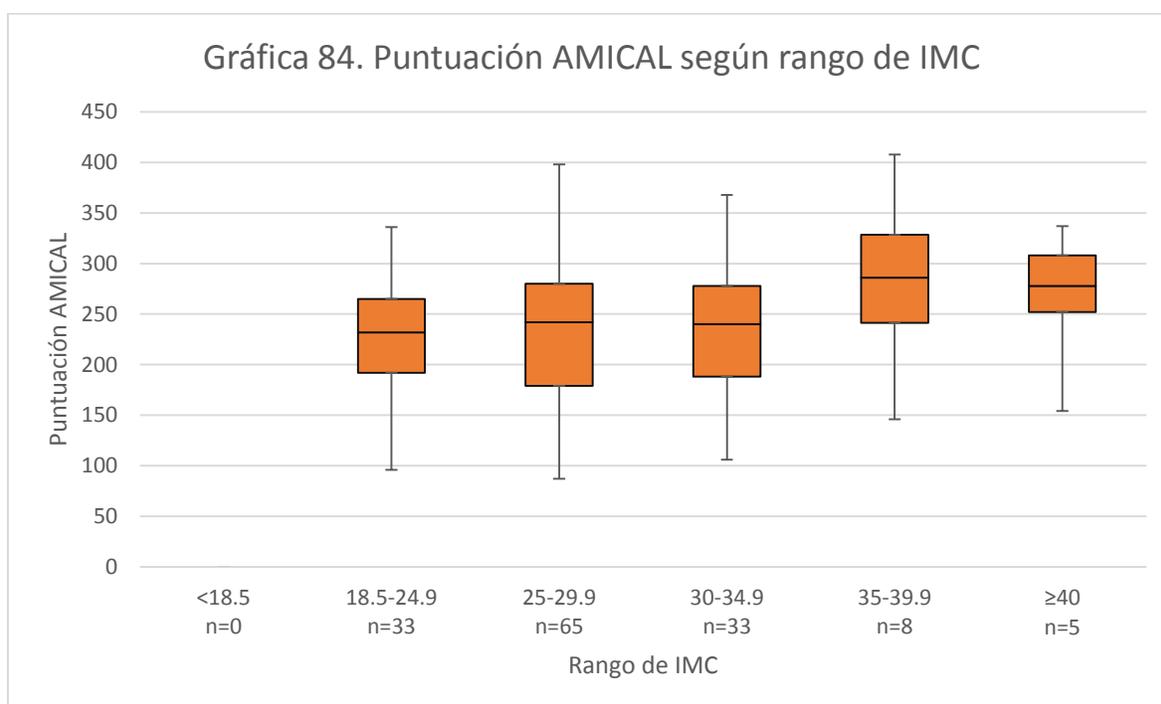
Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 84. Puntuación AMICAL según rango de Índice de Masa Corporal (IMC)		
IMC	n	Puntuación AMICAL (Media±D.E.)
<18.5	0	--
18.5-24.9	33	220.4±66.1
25-29.9	65	234.2±76.5
30-34.9	33	233.8±72.5
35-39.9	8	283.4±83
≥40	5	265.8±70.2

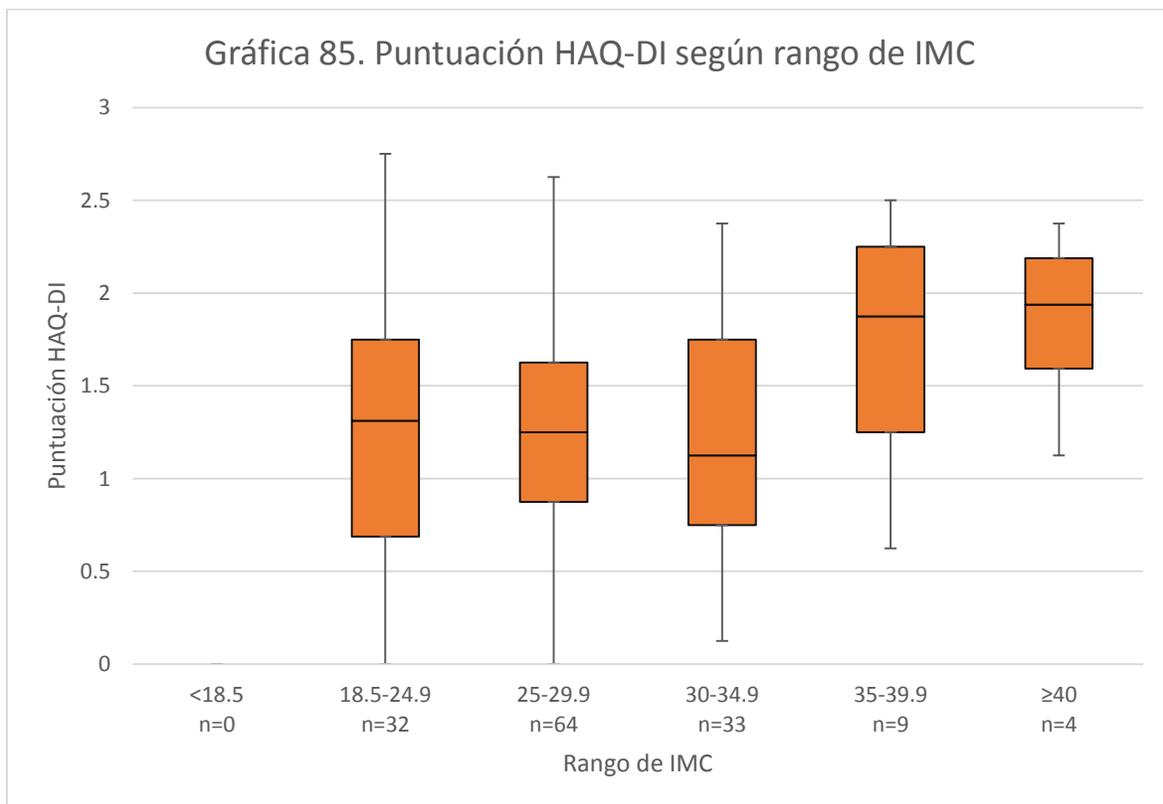
Fuente: n=144; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=144; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 85. Puntuación HAQ-DI según rango de Índice de Masa Corporal (IMC)		
IMC	n	Puntuación HAQ-DI (Media±D.E.)
<18.5	0	--
18.5-24.9	32	1.26±0.77
25-29.9	64	1.21±0.61
30-34.9	33	1.21±0.64
35-39.9	9	1.74±0.63
≥40	4	1.84±0.54

Fuente: n=142; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

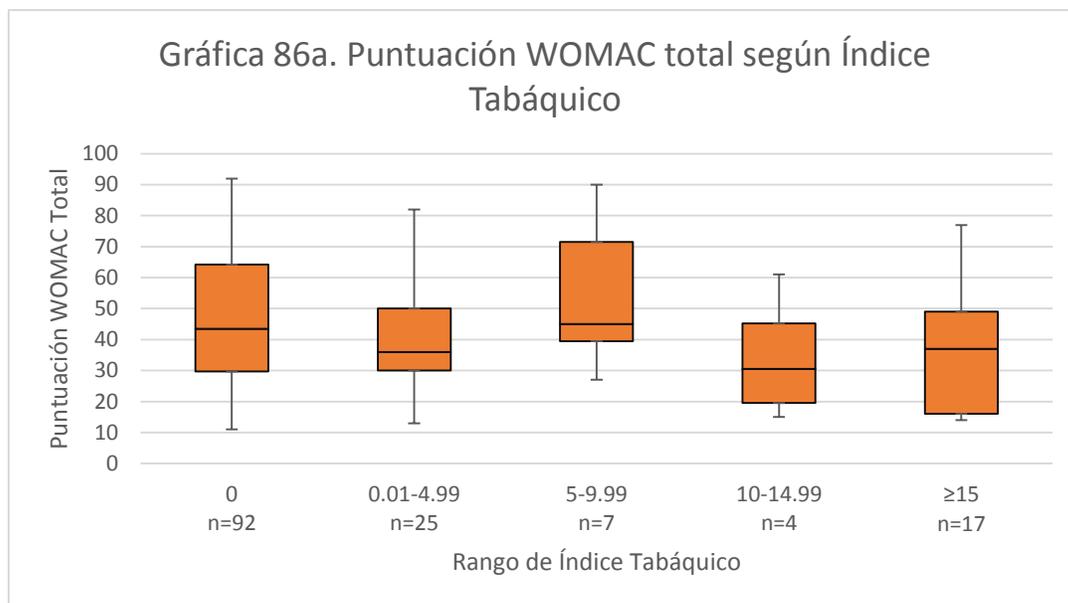


Fuente: n=142; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

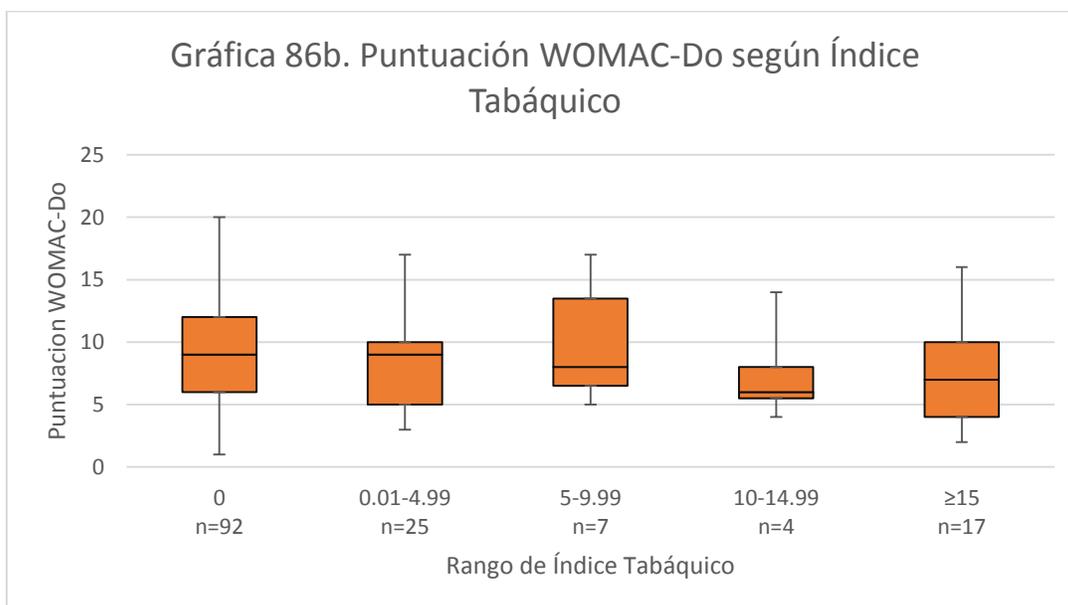
Tabla 86. Puntuación WOMAC Total y Sub-Componentes según rango de Índice Tabáquico (IT)

IT	n	WOMAC-To (Media±D.E.)	WOMAC-Do (Media±D.E.)	WOMAC-Ri (Media±D.E.)	WOMAC-Di (Media±D.E.)
0	92	46±20.4	9.3±4.2	3.4±2.1	33.3±15.2
0.01-4.99	25	42.4±18.8	8.6±4.1	3.2±1.8	30.6±14.2
5-9.99	7	54.9±24.1	10±4.8	4±2.4	40.9±17.8
10-14.99	4	34.3±20.8	7.5±4.4	2.8±1.7	24±17.2
≥15	17	38.7±19.9	7.4±3.9	3.7±1.9	27.6±15.9

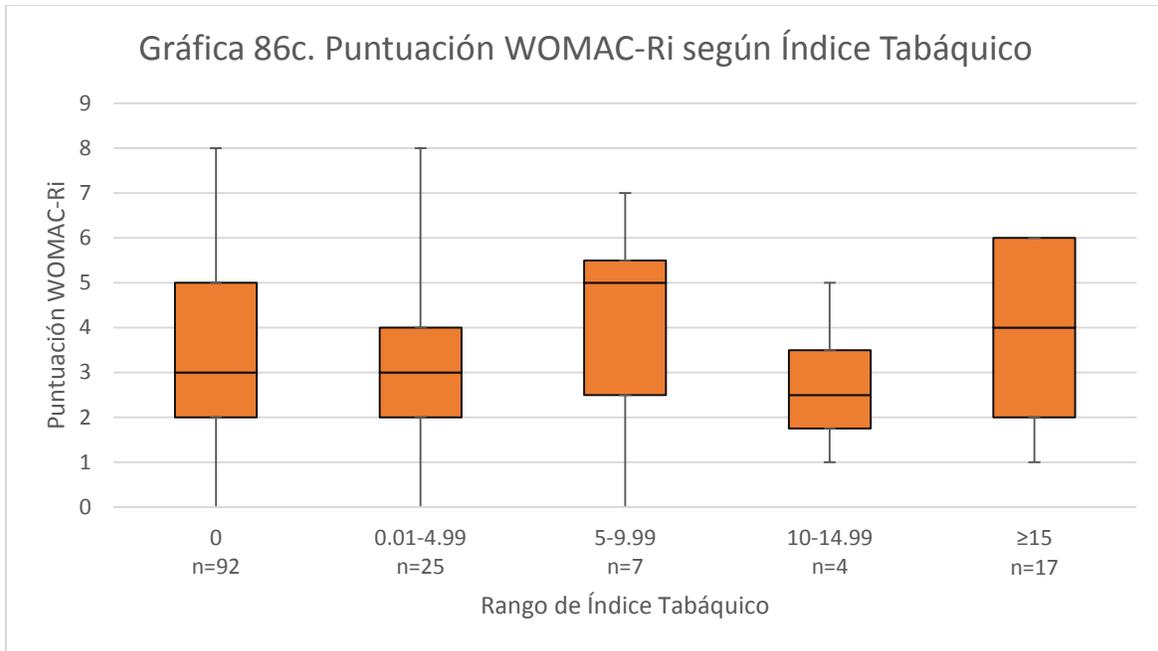
Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



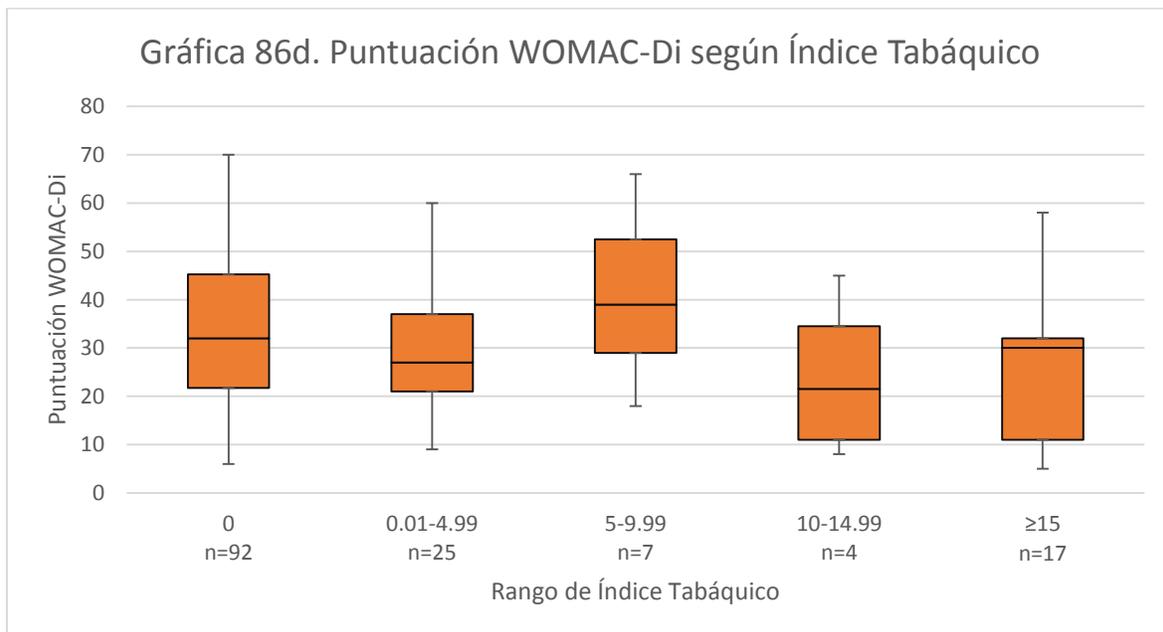
Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



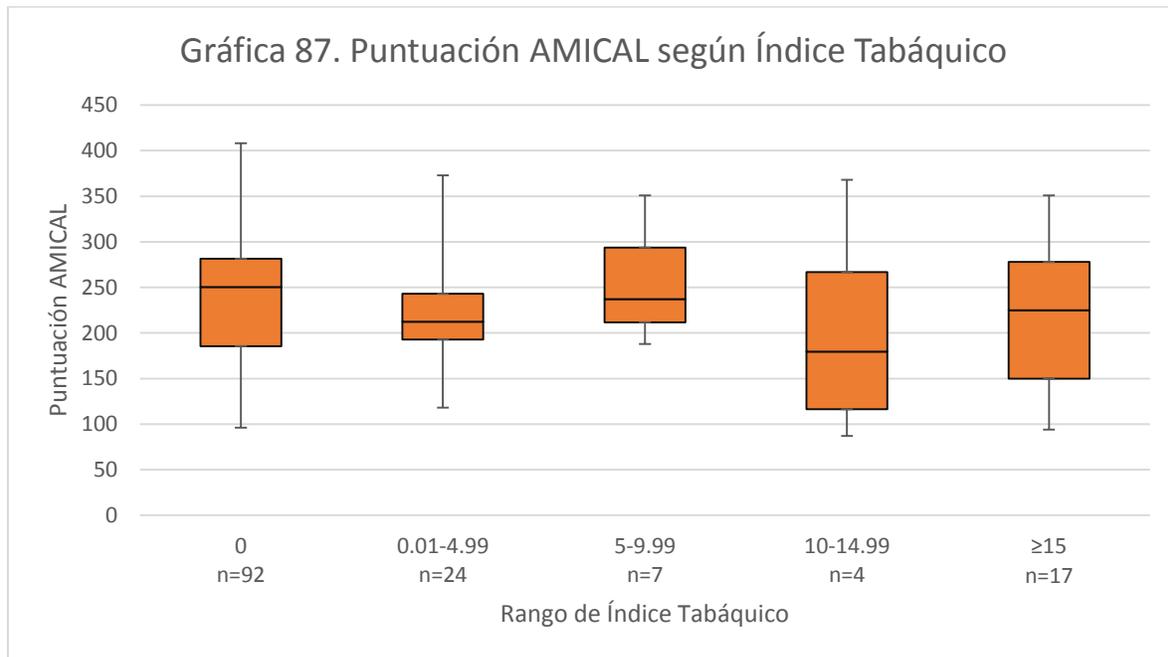
Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 87. Puntuación AMICAL según rango de Índice Tabáquico (IT)		
IT	n	Puntuación AMICAL (Media±D.E.)
0	92	241.1±73.1
0.01-4.99	24	220.3±63.1
5-9.99	7	255.1±67.3
10-14.99	4	203.5±125.8
≥15	17	219.9±82.6

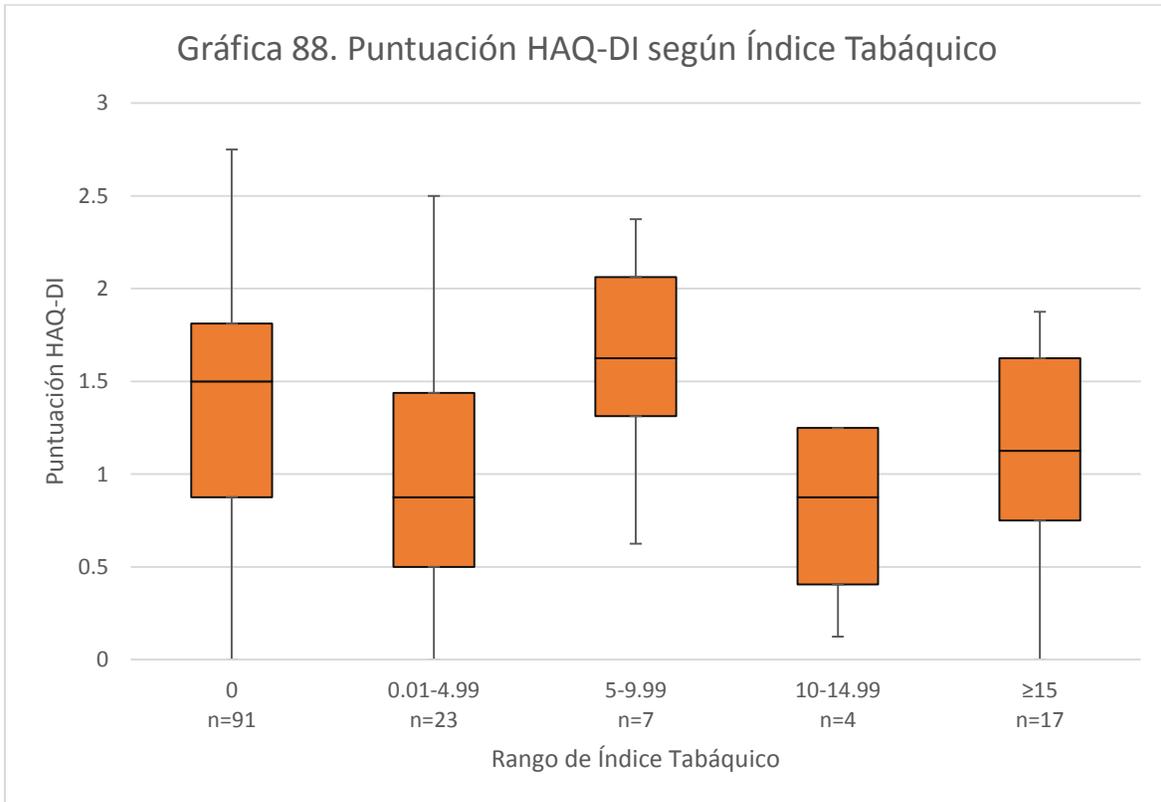
Fuente: n=144; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=144; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 88. Puntuación HAQ-DI según rango de Índice Tabáquico (IT)		
IT	n	Puntuación HAQ-DI (Media±D.E.)
0	91	1.37±0.64
0.01-4.99	23	1.03±0.73
5-9.99	7	1.63±0.63
10-14.99	4	0.78±0.56
≥15	17	1.06±0.58

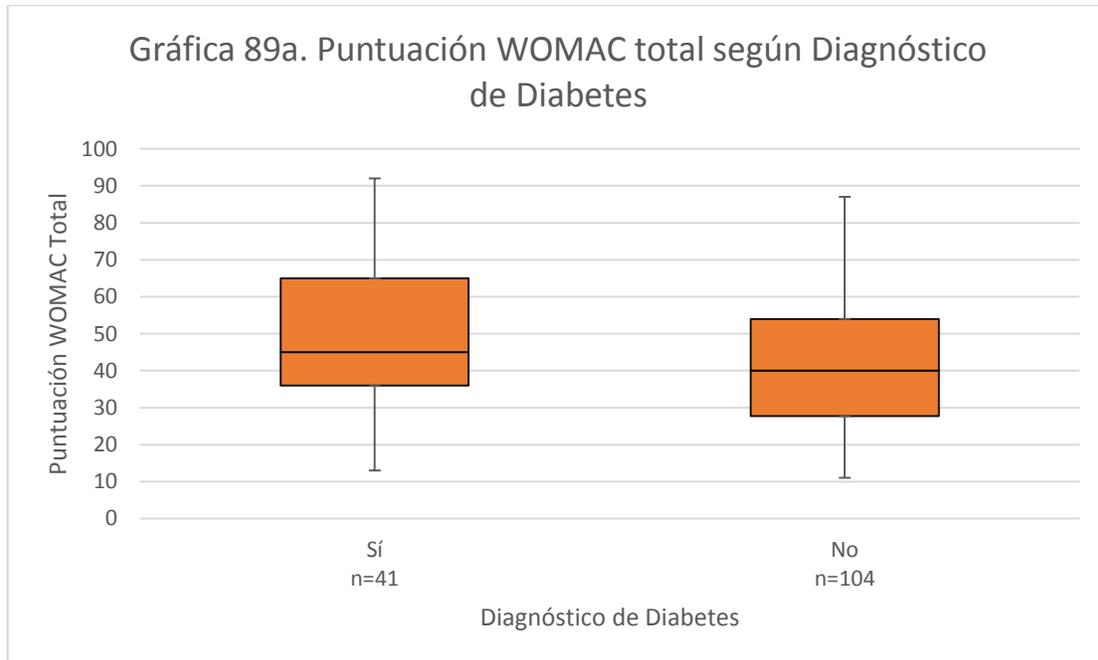
Fuente: n=142; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



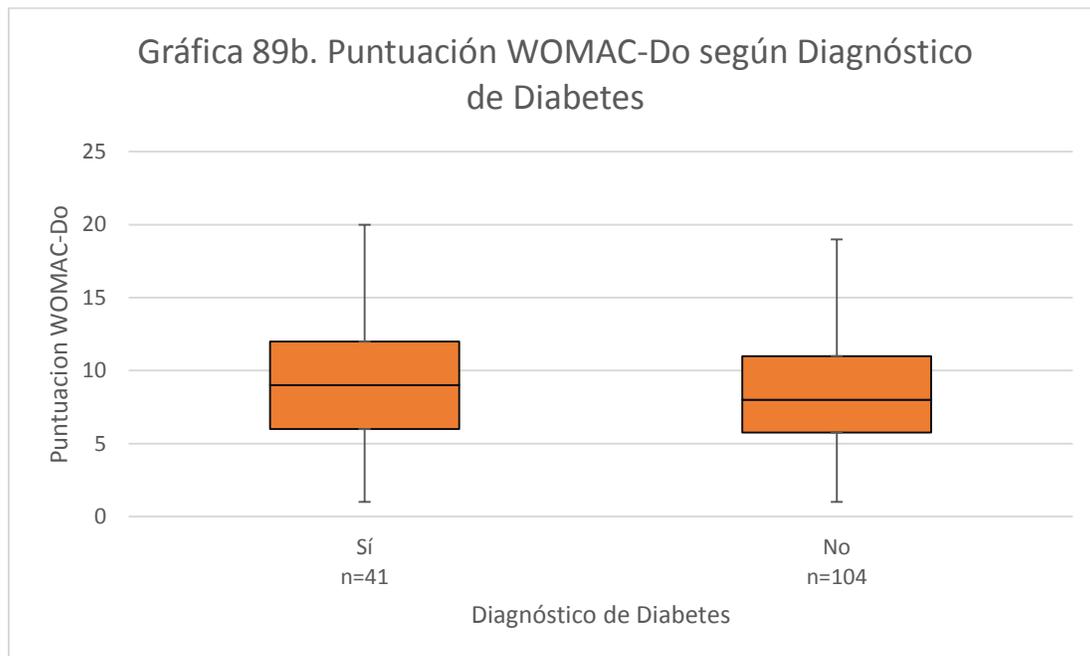
Fuente: n=142; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 89. Puntuación WOMAC Total y Sub-Componentes según Diagnóstico de Diabetes					
Diagnóstico de Diabetes	n	WOMAC-To (Media±D.E.)	WOMAC-Do (Media±D.E.)	WOMAC-Ri (Media±D.E.)	WOMAC-Di (Media±D.E.)
Sí	41	48.9±20.2	9.5±4.3	3.9±2.2	35.5±14.7
No	104	43±20.3	8.7±4.2	3.2±1.9	31±15.5

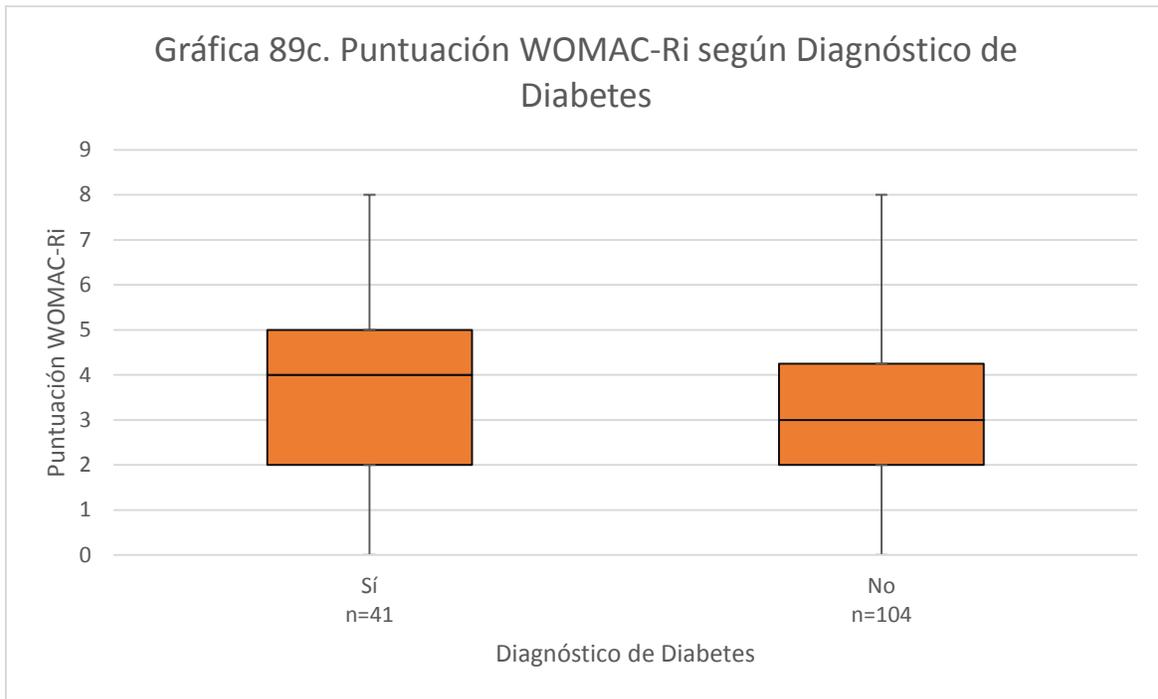
Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



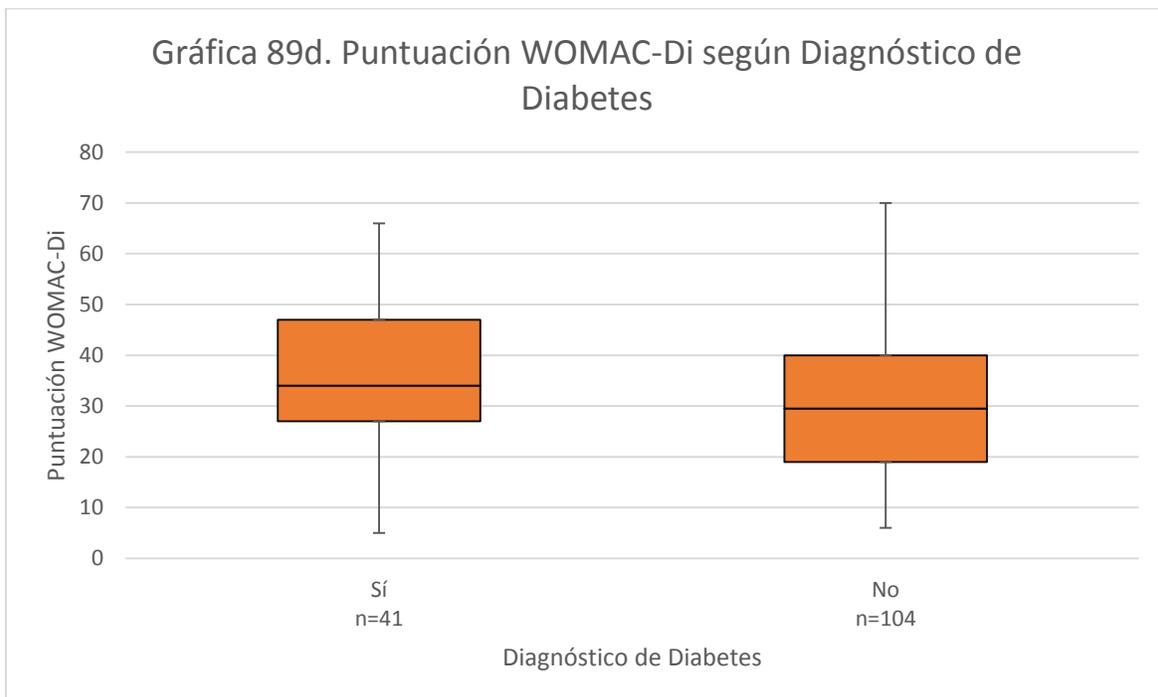
Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



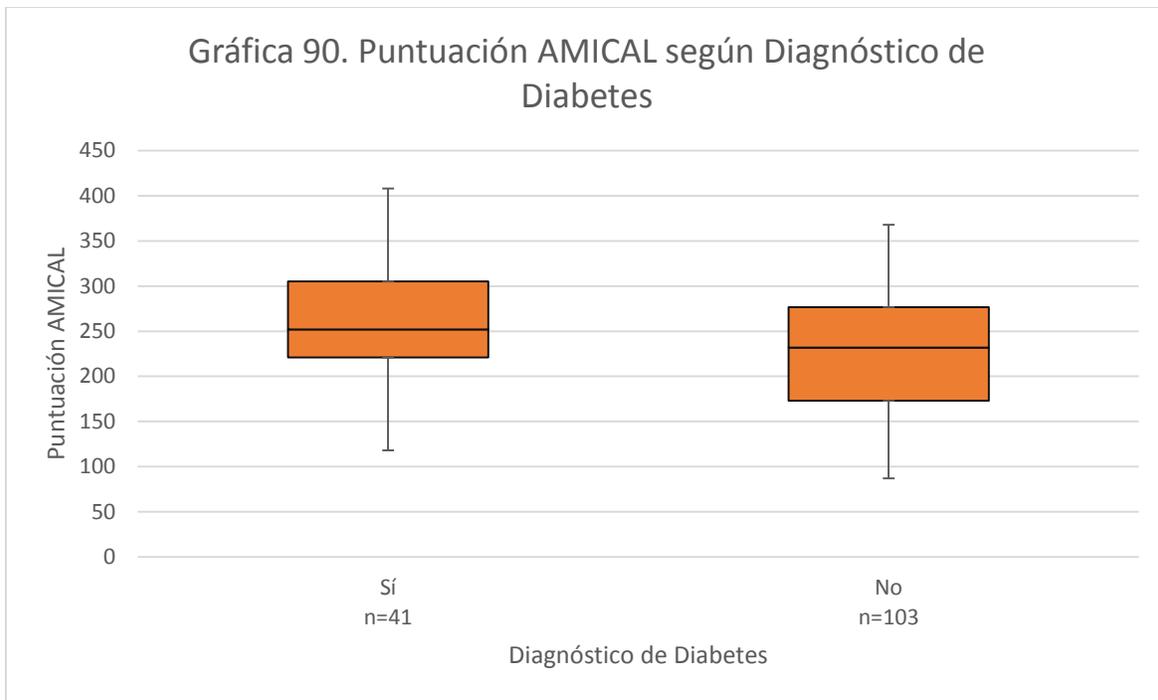
Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 90. Puntuación AMICAL según Diagnóstico de Diabetes		
Diagnóstico de Diabetes	n	Puntuación AMICAL (Media±D.E.)
Sí	41	256.3±72.6
No	103	226.2±73

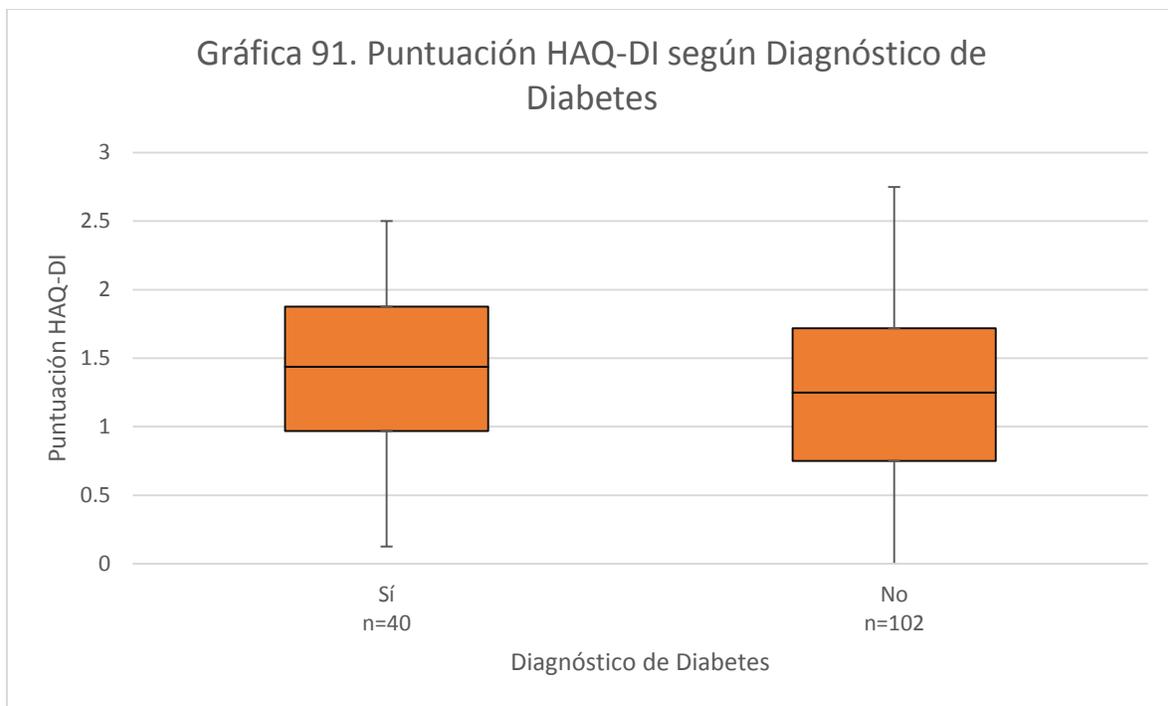
Fuente: n=144; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=144; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 91. Puntuación HAQ-DI según Diagnóstico de Diabetes		
Diagnóstico de Diabetes	n	Puntuación HAQ-DI (Media±D.E.)
Sí	40	1.36±0.63
No	102	1.24±0.68

Fuente: n=142; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

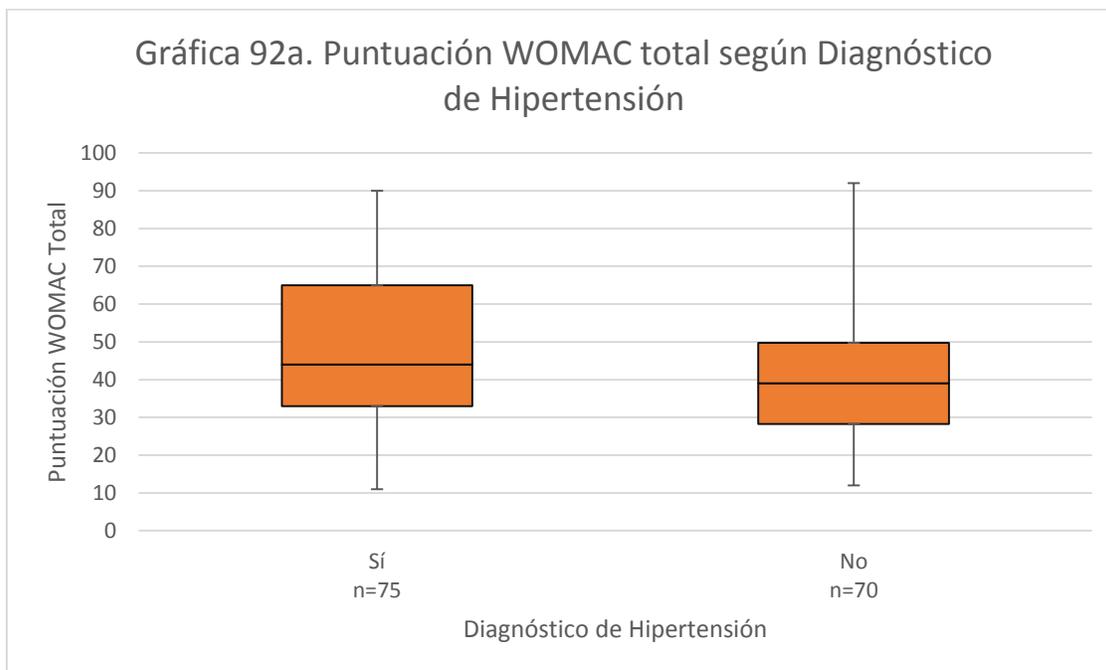


Fuente: n=142; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

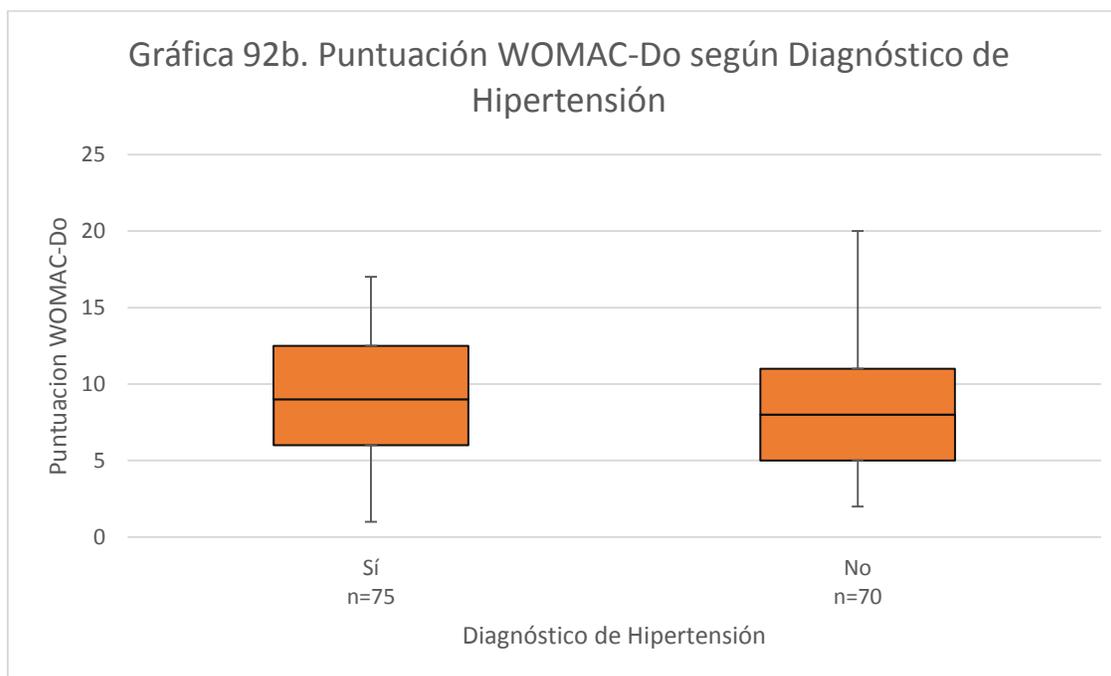
Tabla 92. Puntuación WOMAC Total y Sub-Componentes según Diagnóstico de Hipertensión Arterial

Diagnóstico de Hipertensión Arterial	n	WOMAC-To (Media±D.E.)	WOMAC-Do (Media±D.E.)	WOMAC-Ri (Media±D.E.)	WOMAC-Di (Media±D.E.)
Sí	75	47.4±21	9.3±4.3	3.6±2.1	34.6±16
No	70	41.7±19.4	8.5±4.1	3.3±2	29.8±14.4

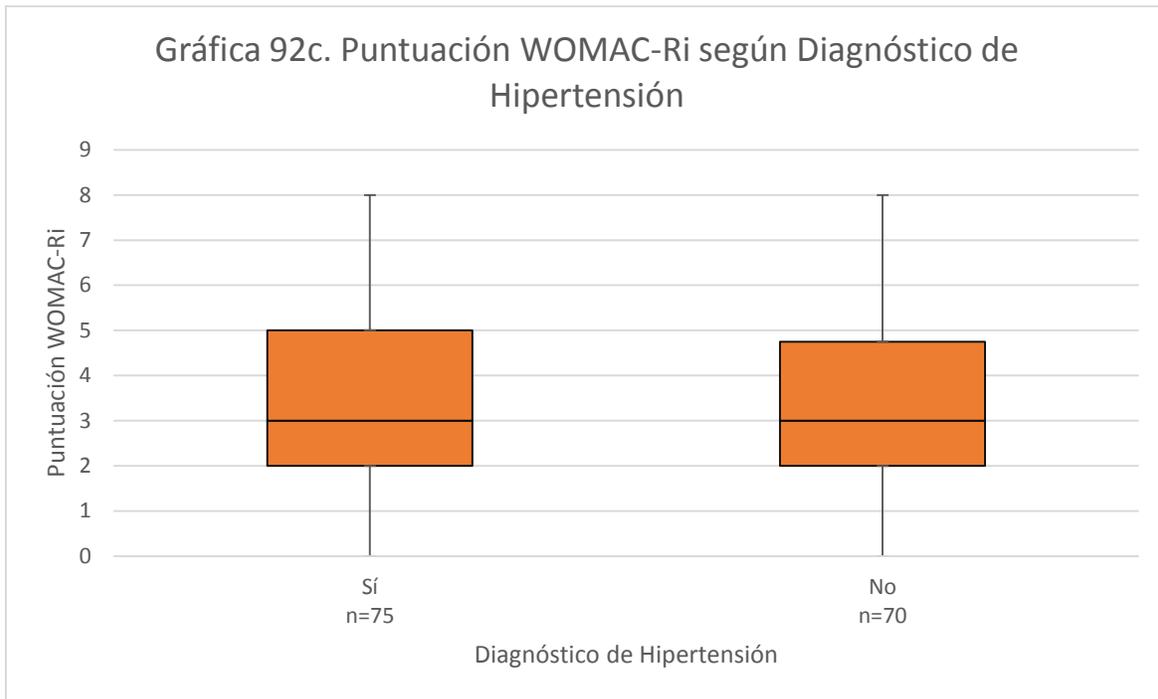
Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



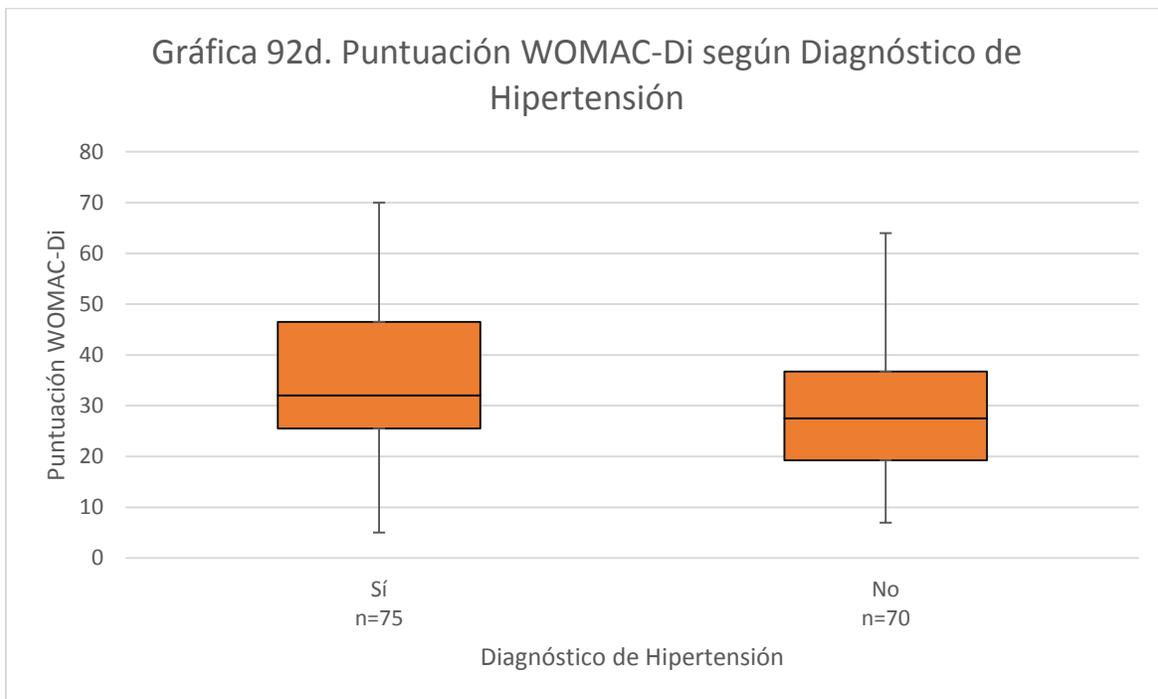
Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



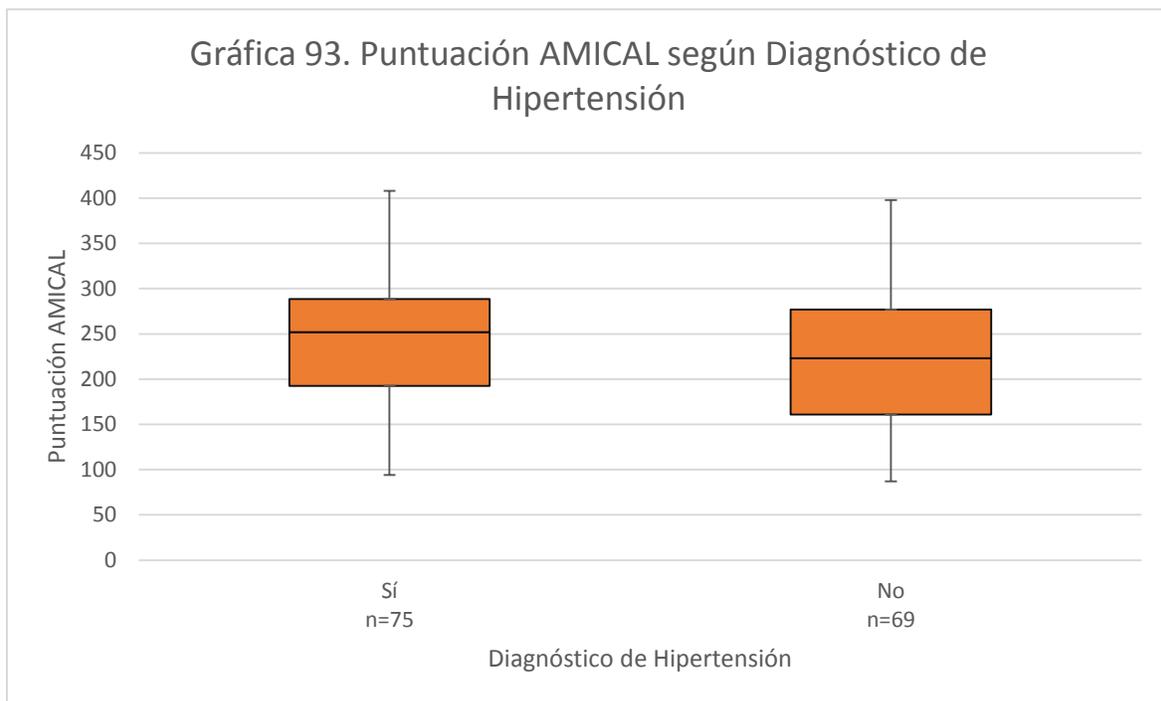
Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 93. Puntuación AMICAL según Diagnóstico de Hipertensión Arterial		
Diagnóstico de Hipertensión Arterial	n	Puntuación AMICAL (Media±D.E.)
Sí	75	246.7±72.5
No	69	221.8±73.7

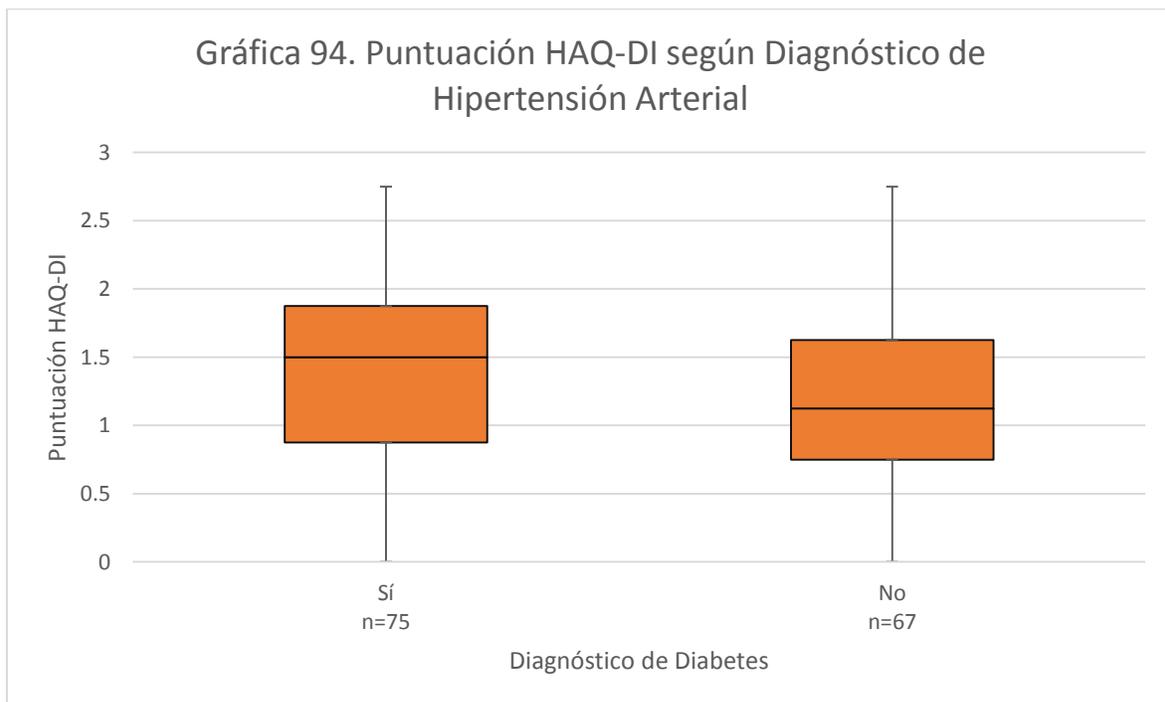
Fuente: n=144; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=144; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 94. Puntuación HAQ-DI según Diagnóstico de Hipertensión Arterial		
Diagnóstico de Hipertensión Arterial	n	Puntuación HAQ-DI (Media±D.E.)
Sí	75	1.39±0.68
No	67	1.15±0.63

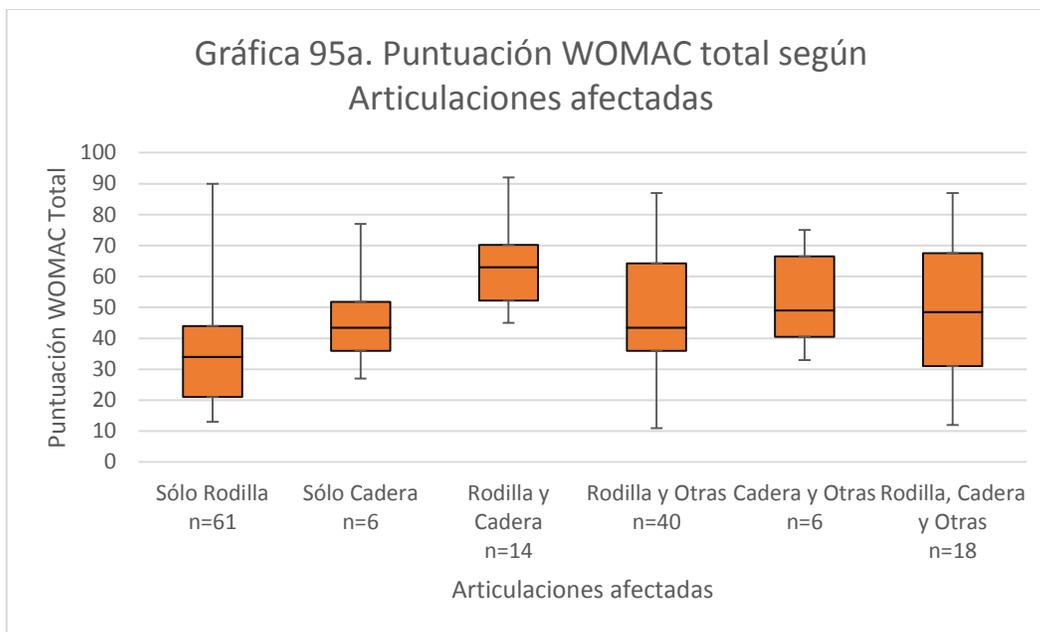
Fuente: n=142; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



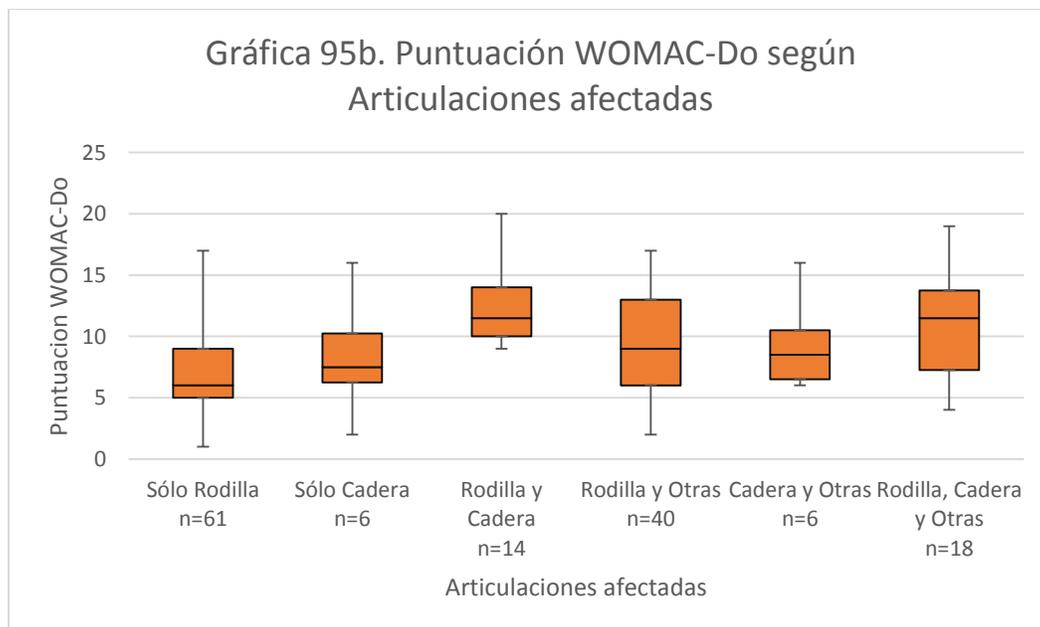
Fuente: n=142; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 95. Puntuación WOMAC Total y Sub-Componentes según combinación de articulaciones afectadas					
Combinación de articulaciones afectadas	n	WOMAC-To (Media±D.E.)	WOMAC-Do (Media±D.E.)	WOMAC-Ri (Media±D.E.)	WOMAC-Di (Media±D.E.)
Sólo Rodilla	61	35.7±17.5	7.1±3.5	3±1.8	25.6±13.2
Sólo Cadera	6	46.5±17.6	8.3±4.8	2.5±2.2	35.7±12.2
Rodilla y Cadera	14	63.4±15.3	12.6±3.6	4.6±2	46.1±11
Rodilla y Otras	40	48.1±19.6	9.5±4.1	3.6±1.8	35±15.4
Cadera y Otras	6	52.7±17.2	9.3±3.8	5±1.8	38.3±13.4
Rodilla, Cadera y Otras	18	49.6±23	10.9±4.5	3.7±2.6	35.1±17.1

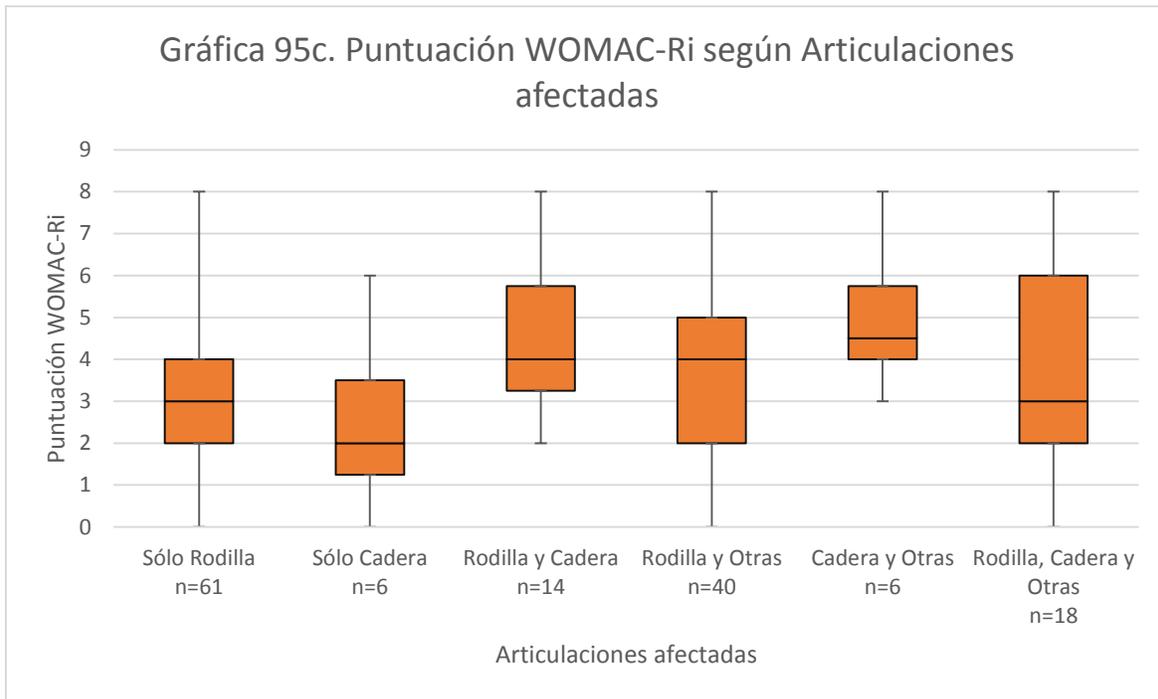
Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



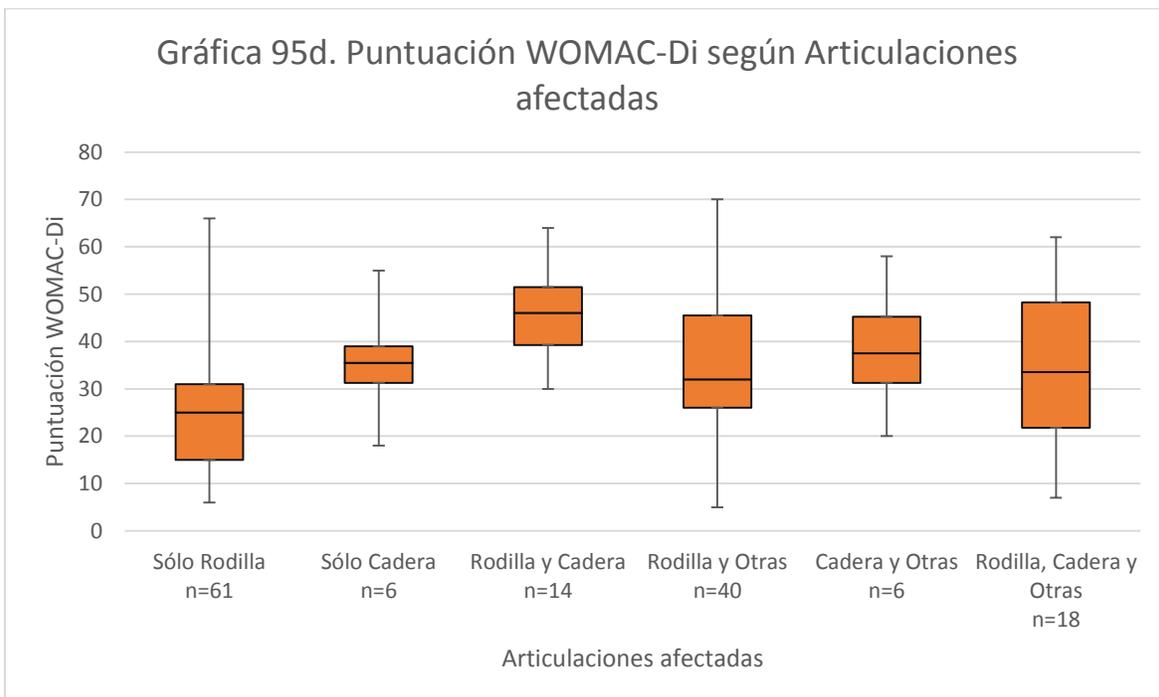
Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



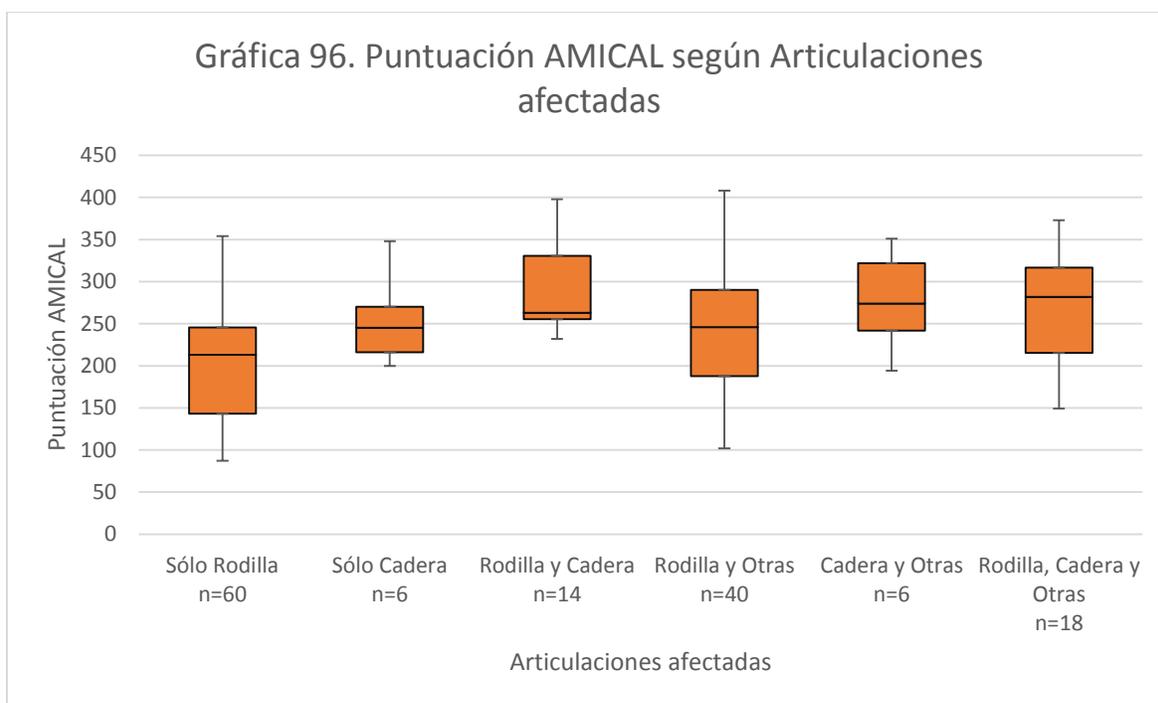
Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 96. Puntuación AMICAL según combinación de articulaciones afectadas		
Combinación de articulaciones afectadas	n	Puntuación AMICAL (Media±D.E.)
Sólo Rodilla	60	202.1±67.2
Sólo Cadera	6	253.8±54.4
Rodilla y Cadera	14	291.6±54.1
Rodilla y Otras	40	240±76.3
Cadera y Otras	6	277±59.8
Rodilla, Cadera y Otras	18	267.4±66.2

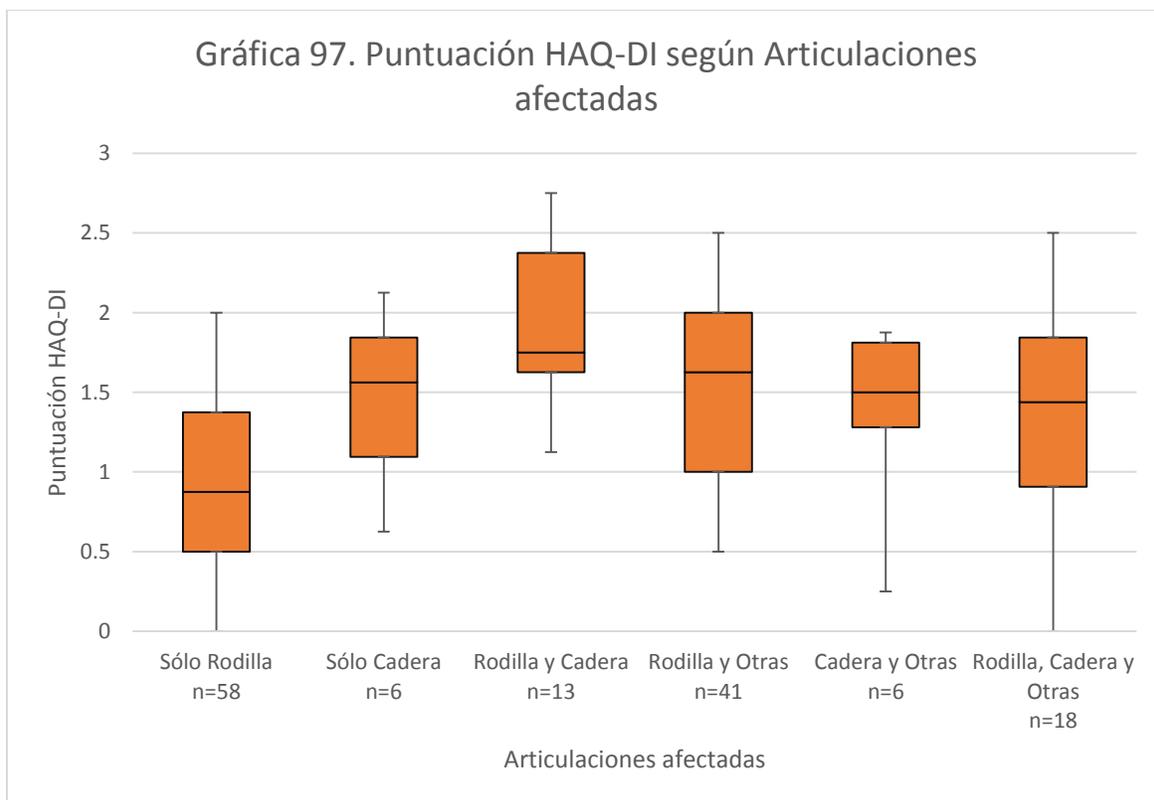
Fuente: n=144; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=144; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 97. Puntuación HAQ-DI según combinación de articulaciones afectadas		
Combinación de articulaciones afectadas	n	Puntuación HAQ-DI (Media±D.E.)
Sólo Rodilla	58	0.92±0.55
Sólo Cadera	6	1.46±0.57
Rodilla y Cadera	13	1.88±0.58
Rodilla y Otras	41	1.49±0.6
Cadera y Otras	6	1.38±0.61
Rodilla, Cadera y Otras	18	1.38±0.73

Fuente: n=142; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

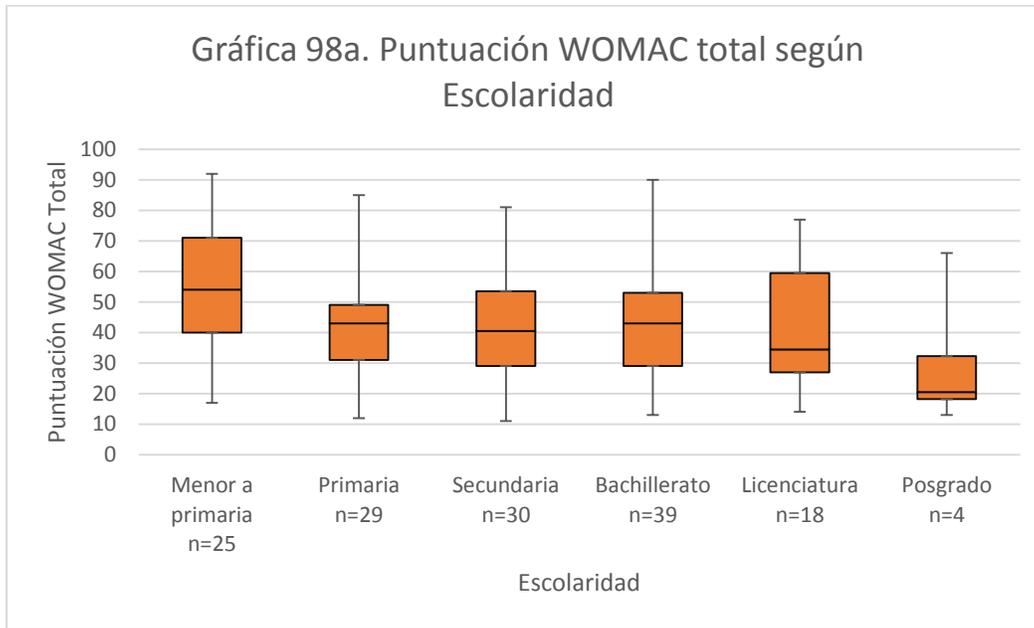


Fuente: n=142; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

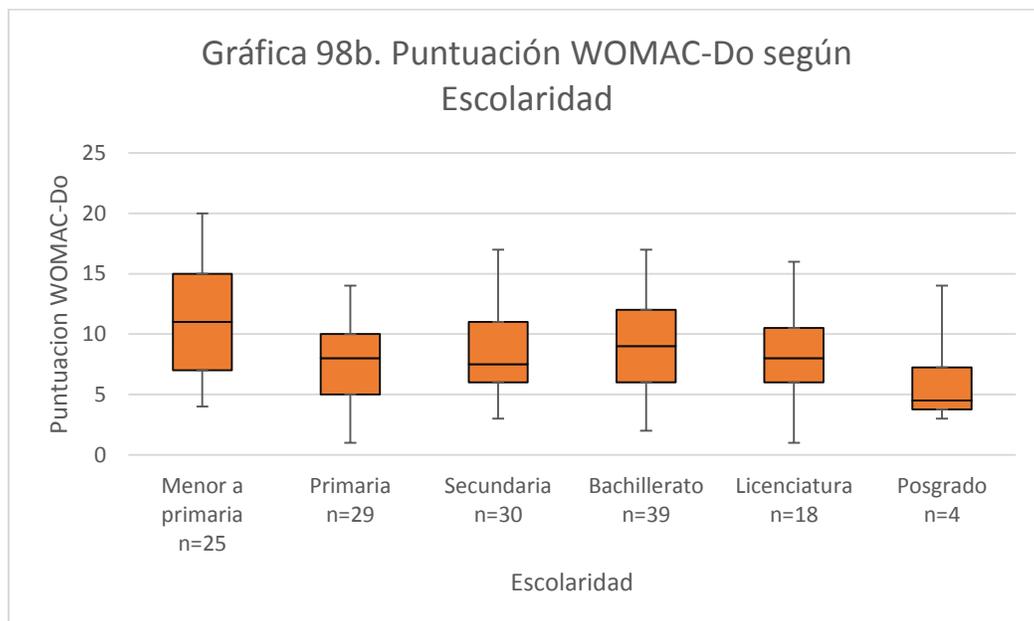
Tabla 98. Puntuación WOMAC Total y Sub-Componentes según Escolaridad

Escolaridad	n	WOMAC-To (Media±D.E.)	WOMAC-Do (Media±D.E.)	WOMAC-Ri (Media±D.E.)	WOMAC-Di (Media±D.E.)
Menor a primaria	25	57±21	11.3±4.8	4.6±2.4	41±15
Primaria	29	41.9±17.3	7.8±3.7	2.7±1.5	31.5±13.8
Secundaria	30	42.6±18.1	8.6±3.7	3.2±1.8	30.9±13.5
Bachillerato	39	43.7±20.9	9.2±4.3	3.6±1.9	30.9±15.9
Licenciatura	18	40.4±20.8	8±3.7	3.1±1.8	29.3±16.8
Posgrado	4	30±24.3	6.5±5.1	3±2.9	20.5±17.2

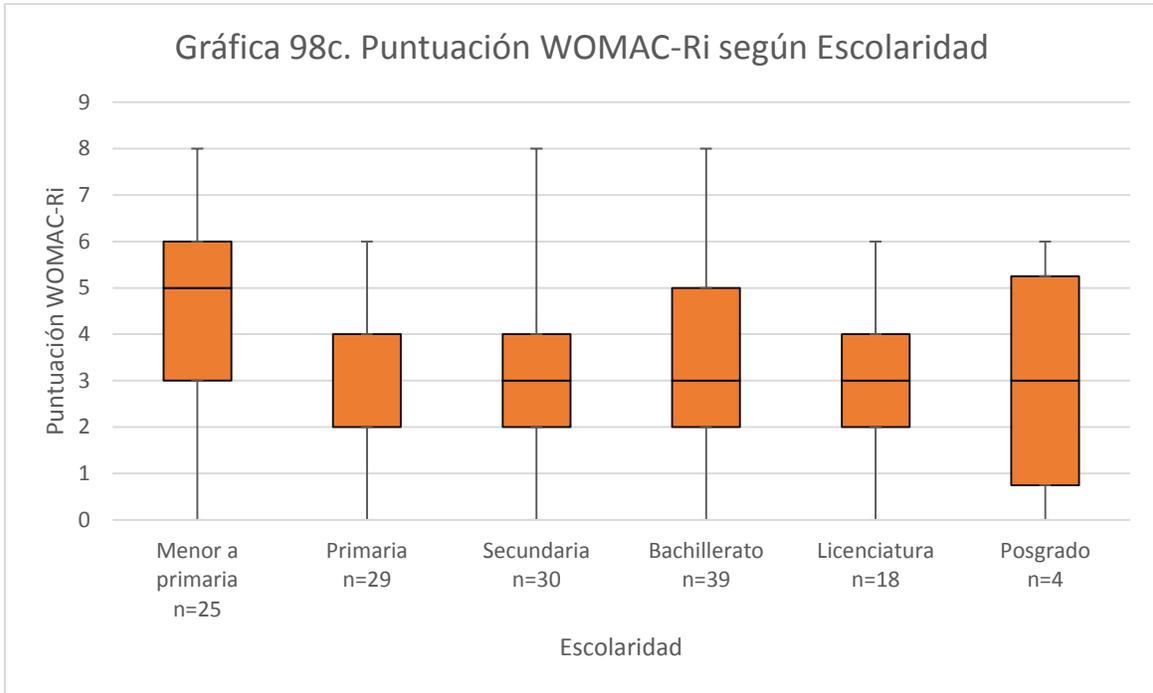
Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



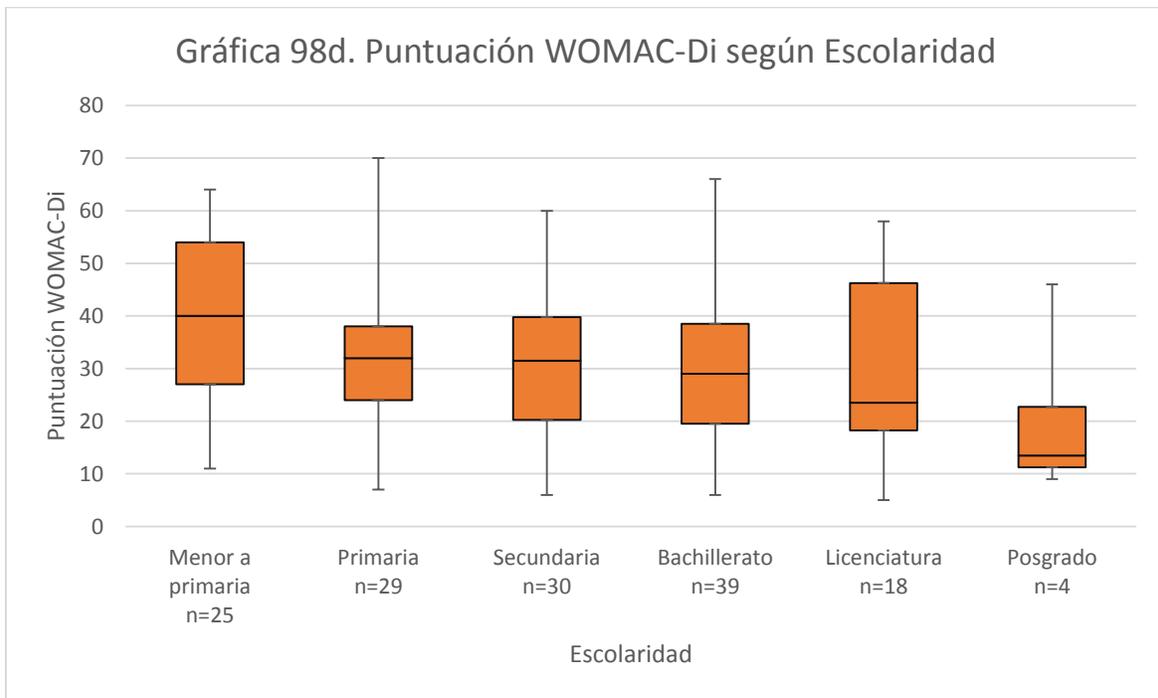
Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



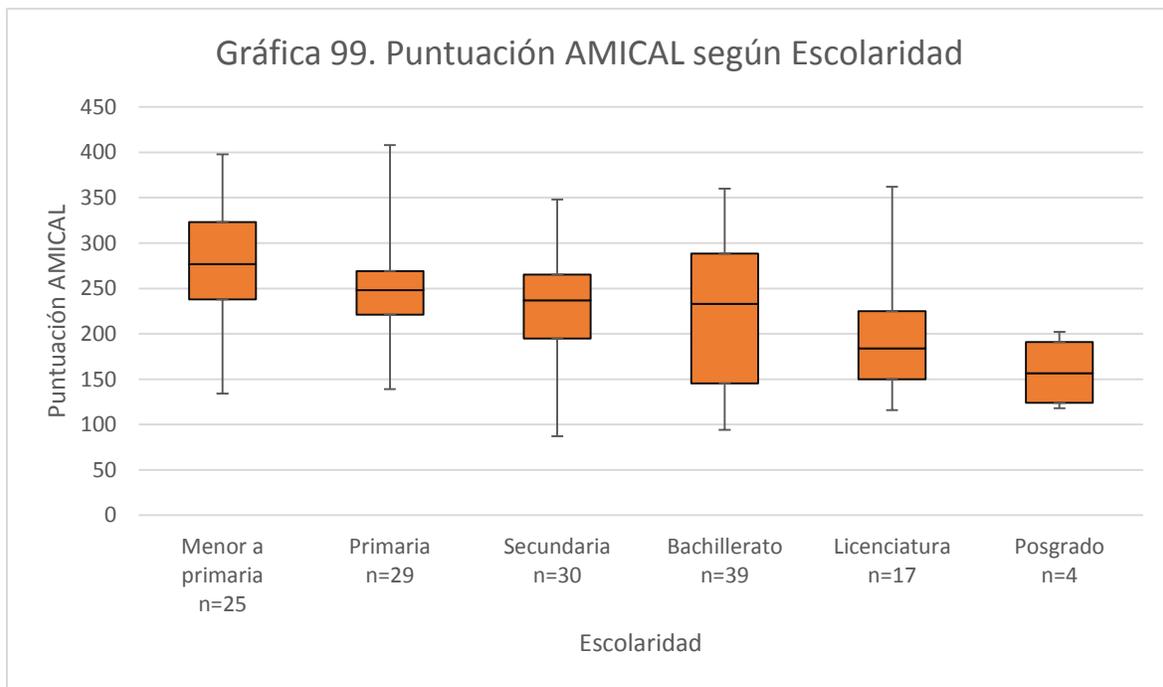
Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 99. Puntuación AMICAL según Escolaridad		
Escolaridad	n	Puntuación AMICAL (Media±D.E.)
Menor a primaria	25	276.4±65
Primaria	29	246.7±61.1
Secundaria	30	228.3±66.4
Bachillerato	39	225.3±82.1
Licenciatura	17	204.4±76.8
Posgrado	4	158.3±42.4

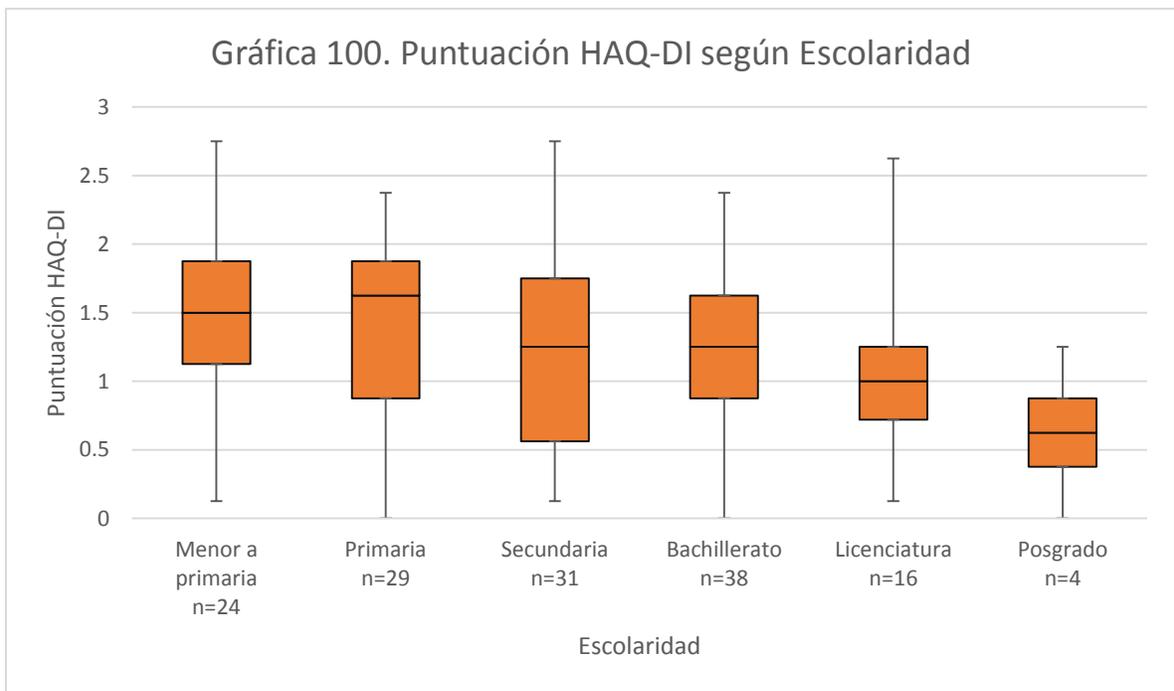
Fuente: n=144; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=144; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 100. Puntuación HAQ-DI según Escolaridad		
Escolaridad	n	Puntuación HAQ-DI (Media±D.E.)
Menor a primaria	24	1.48±0.62
Primaria	29	1.41±0.64
Secundaria	31	1.28±0.74
Bachillerato	38	1.2±0.63
Licenciatura	16	1.05±0.64
Posgrado	4	0.63±0.52

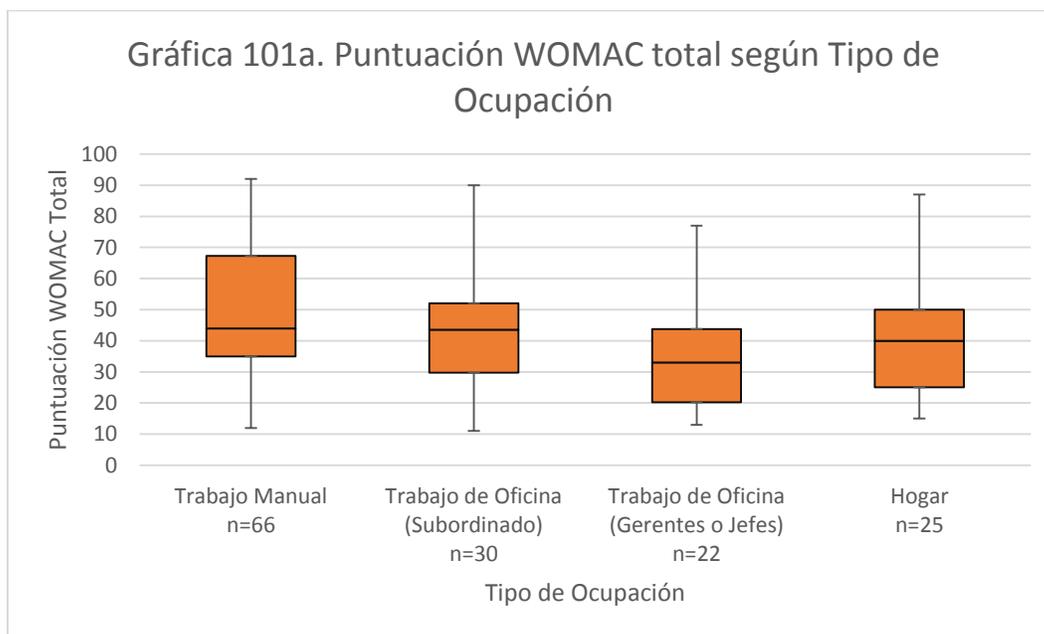
Fuente: n=142; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



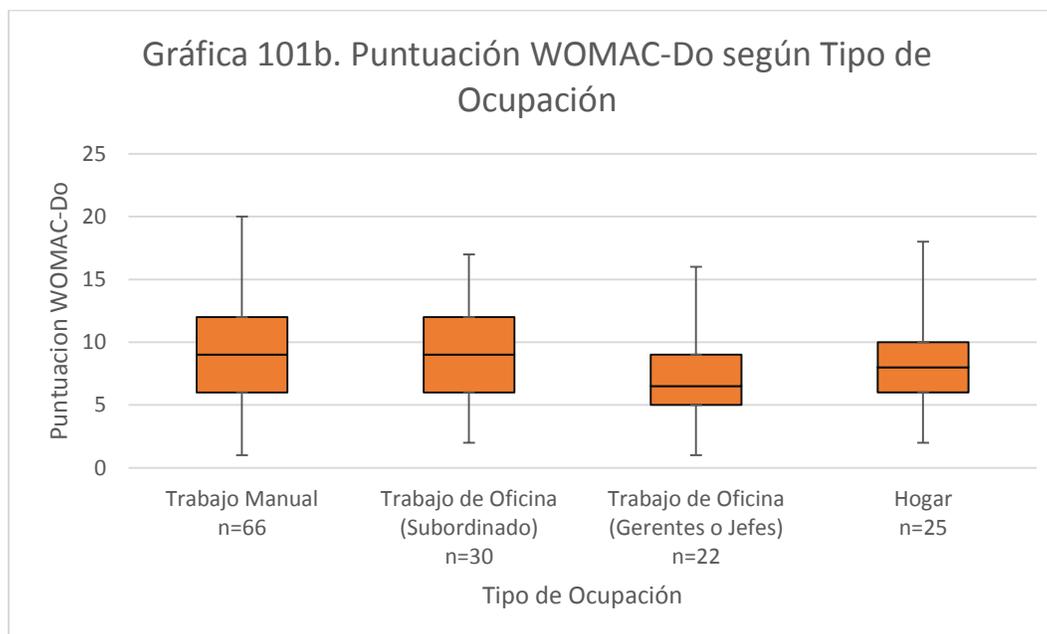
Fuente: n=142; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 101. Puntuación WOMAC Total y Sub-Componentes según Tipo de Ocupación					
Tipo de Ocupación	n	WOMAC-To (Media±D.E.)	WOMAC-Do (Media±D.E.)	WOMAC-Ri (Media±D.E.)	WOMAC-Di (Media±D.E.)
Trabajo Manual	66	48.7±20.3	9.6±4.4	3.8±2.1	35.4±15.2
Trabajo de Oficina (Subordinado)	30	44.6±19.9	9.2±4	3.4±1.8	32±15.3
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	22	36.3±19.3	7.3±4	3±2	26±15
Hogar	25	42.1±20.4	8.5±3.8	3±2.2	30.5±15.4

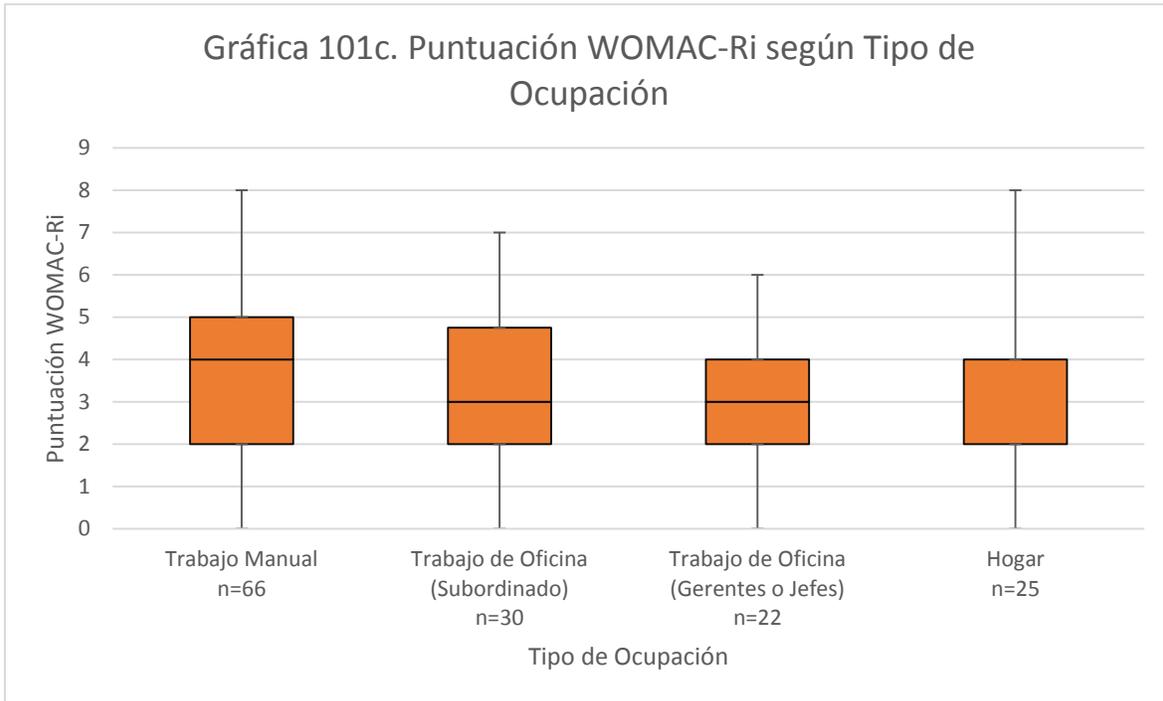
Fuente: n=143; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



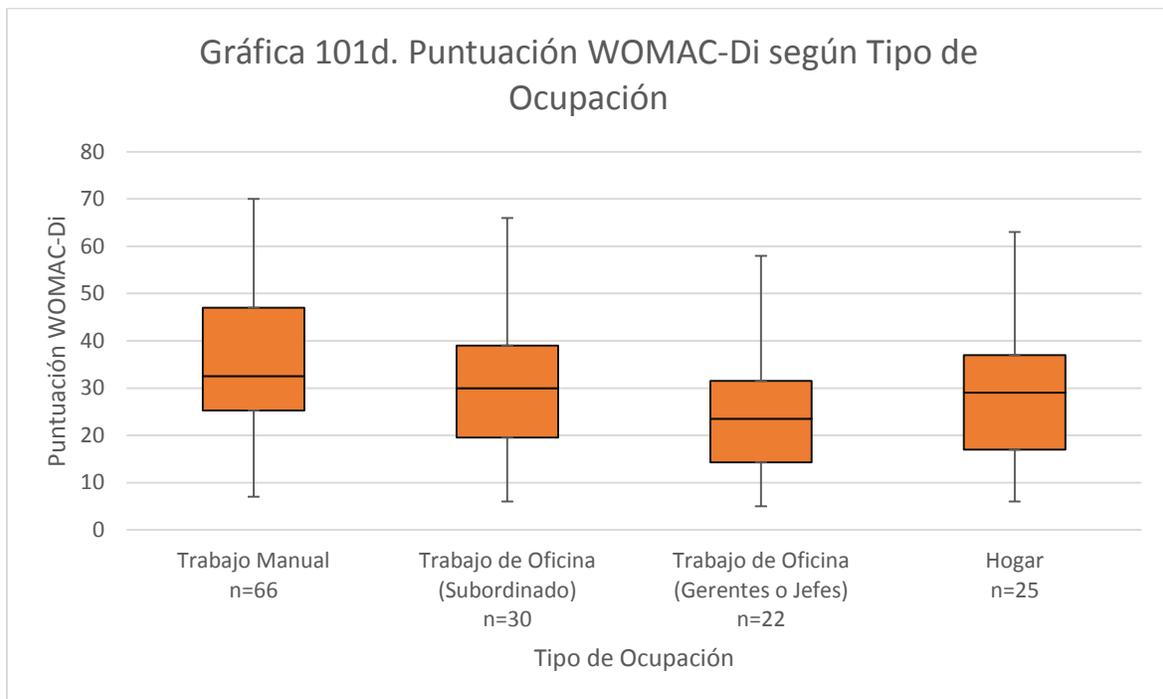
Fuente: n=143; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=143; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=143; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

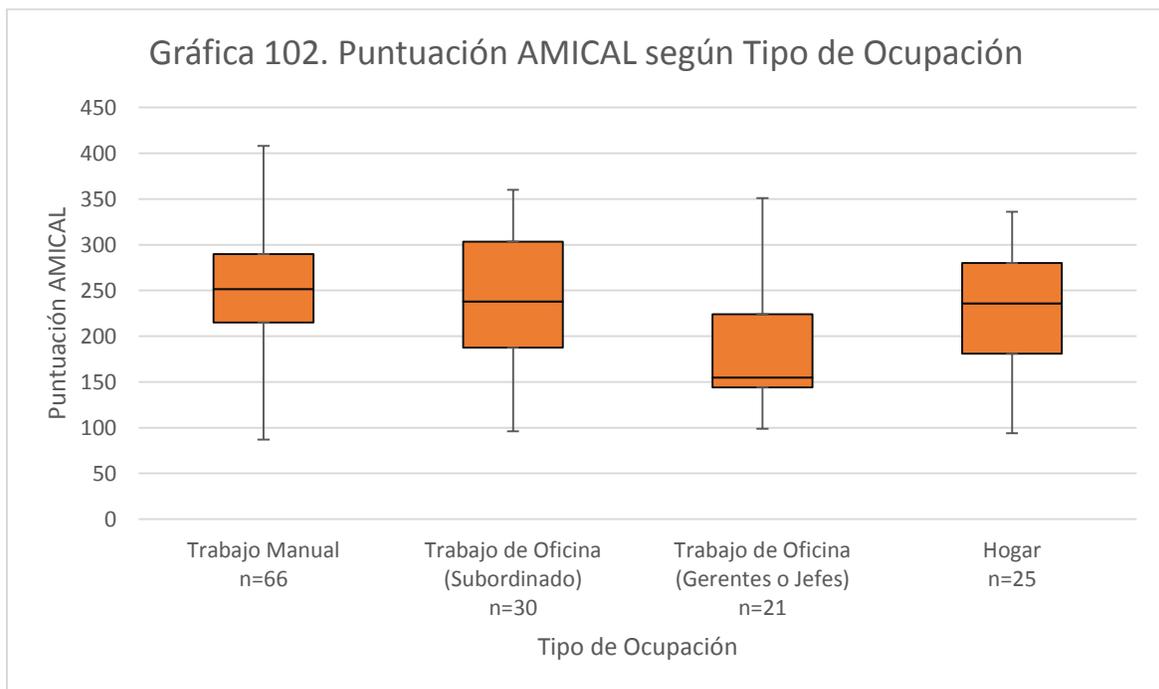


Fuente: n=143; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 102. Puntuación AMICAL según Tipo de Ocupación

Tipo de Ocupación	n	Puntuación AMICAL (Media±D.E.)
Trabajo Manual	66	252.7±69.2
Trabajo de Oficina (Subordinado)	30	234.9±79.8
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	21	185.6±65.5
Hogar	25	232.2±71

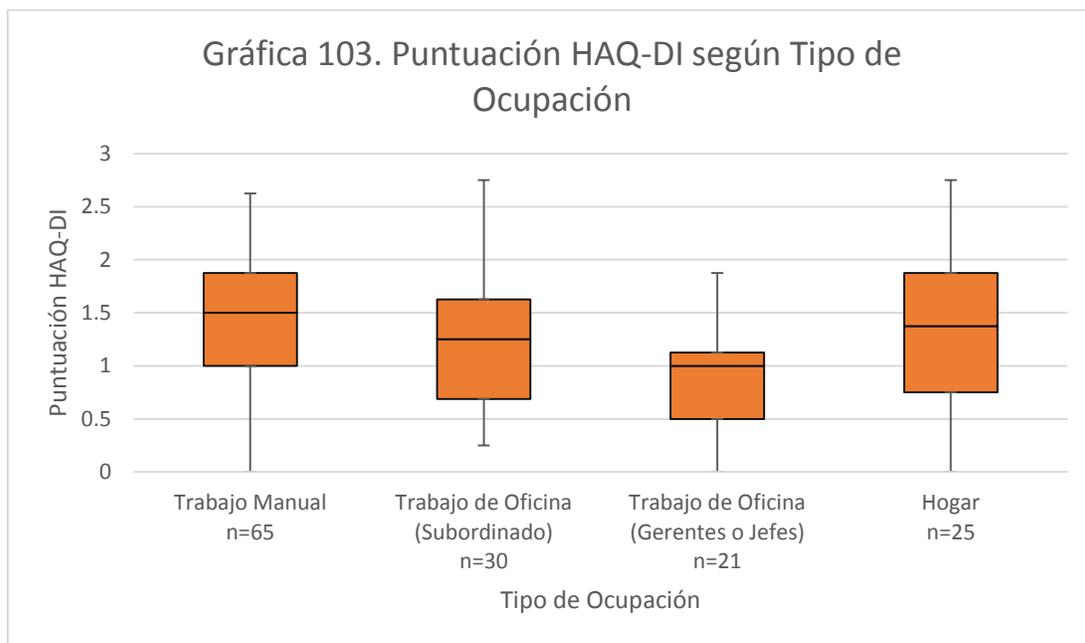
Fuente: n=142; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=142; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 103. Puntuación HAQ-DI según Tipo de Ocupación		
Tipo de Ocupación	n	Puntuación HAQ-DI (Media±D.E.)
Trabajo Manual	65	1.4±0.66
Trabajo de Oficina (Subordinado)	30	1.25±0.63
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	21	0.91±0.45
Hogar	25	1.33±0.77

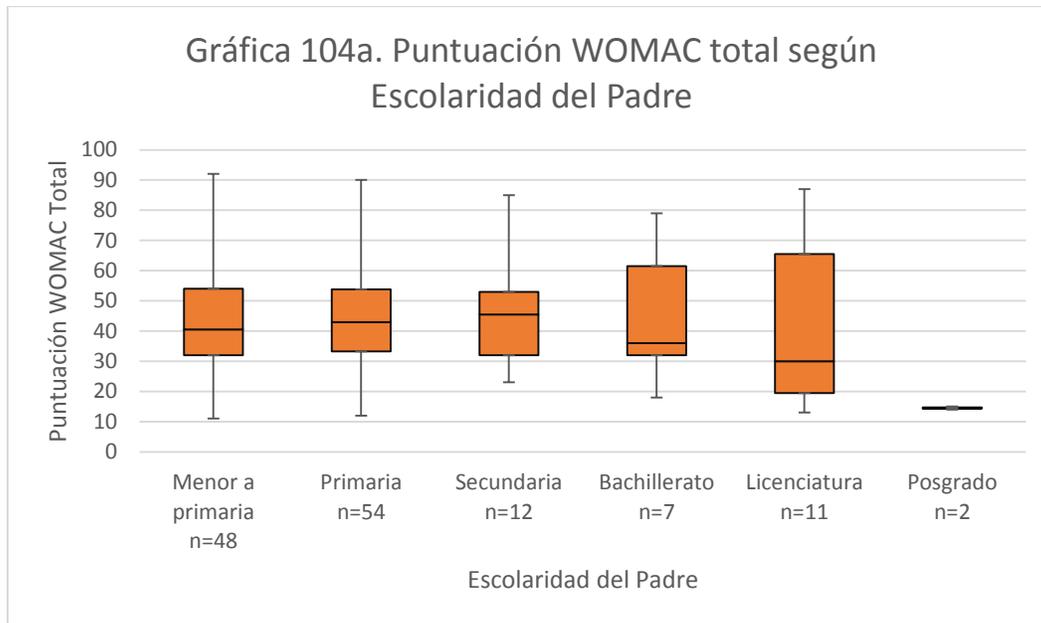
Fuente: n=141; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



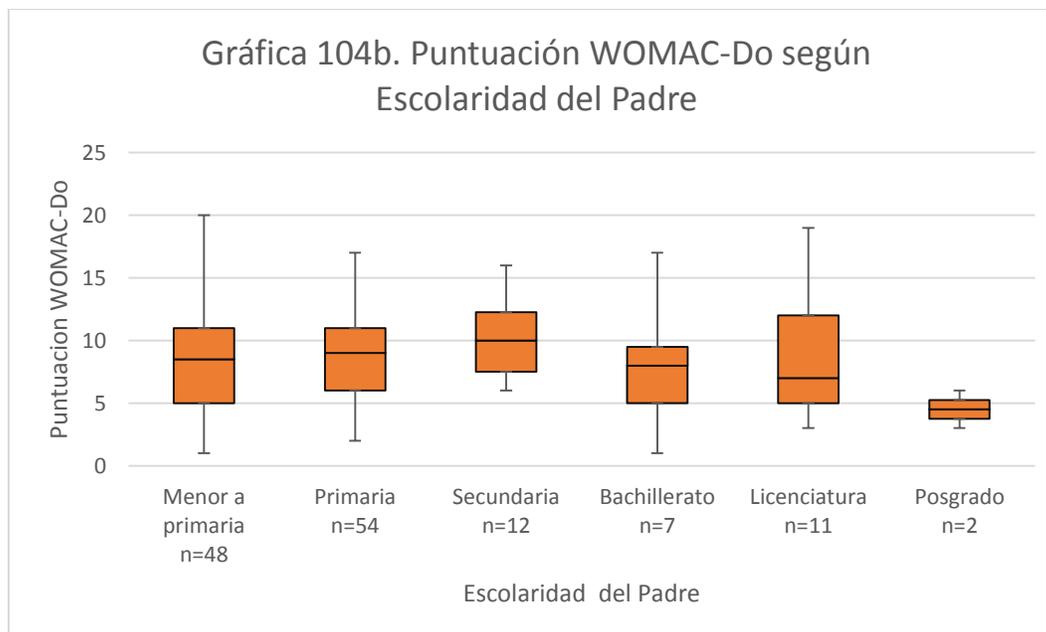
Fuente: n=141; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 104. Puntuación WOMAC Total y Sub-Componentes según Escolaridad del Padre					
Escolaridad del Padre	n	WOMAC-To (Media±D.E.)	WOMAC-Do (Media±D.E.)	WOMAC-Ri (Media±D.E.)	WOMAC-Di (Media±D.E.)
Menor a primaria	48	44.7±19.8	8.6±4.3	3.6±2.1	32.6±14.5
Primaria	54	45±19.8	9.2±4	3.2±1.8	32.6±15.1
Secundaria	12	46.9±19.2	10±3.4	2.9±2.4	34±15.7
Bachillerato	7	45.7±23.2	7.9±5.1	4.1±1.8	33.7±17.8
Licenciatura	11	41.1±26.7	8.8±5.1	3.7±2.5	28.5±20
Posgrado	2	14.5±0.7	4.5±2.1	2±1.4	8±4.2

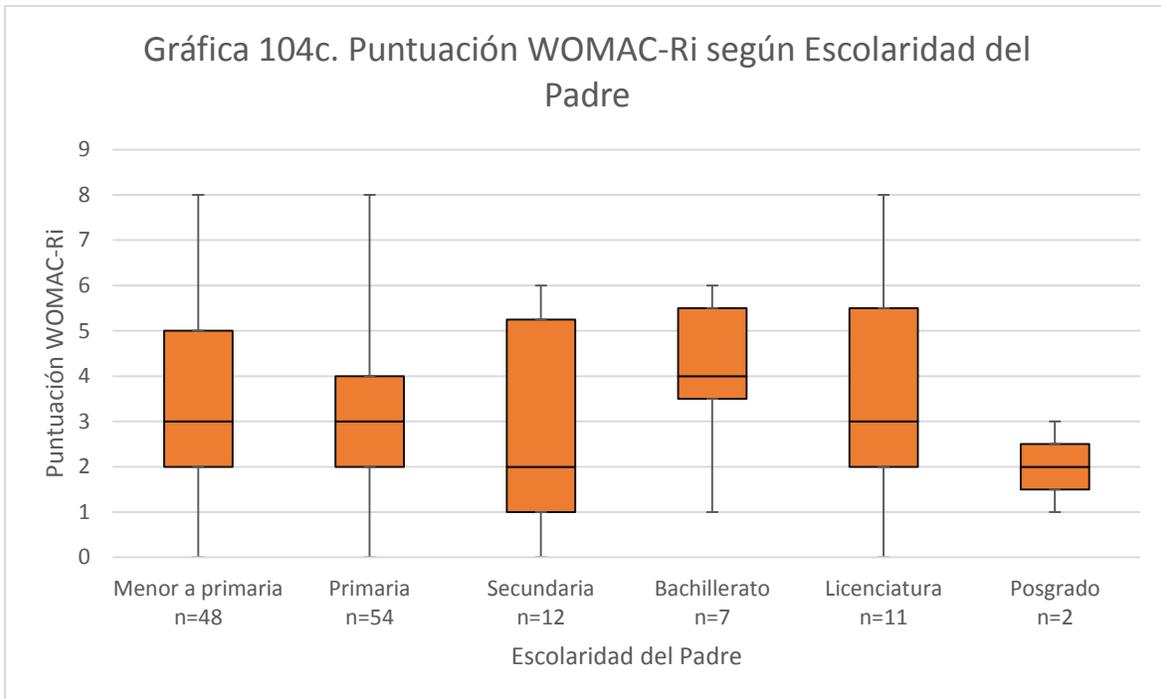
Fuente: n=134; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



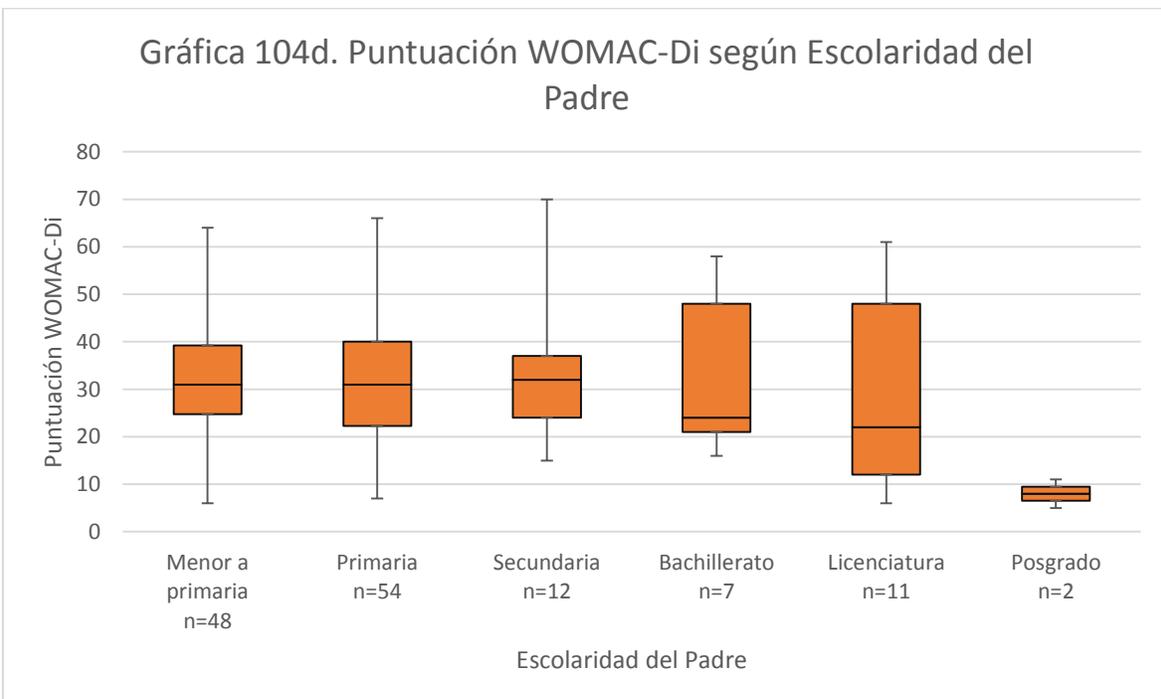
Fuente: n=134; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=134; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



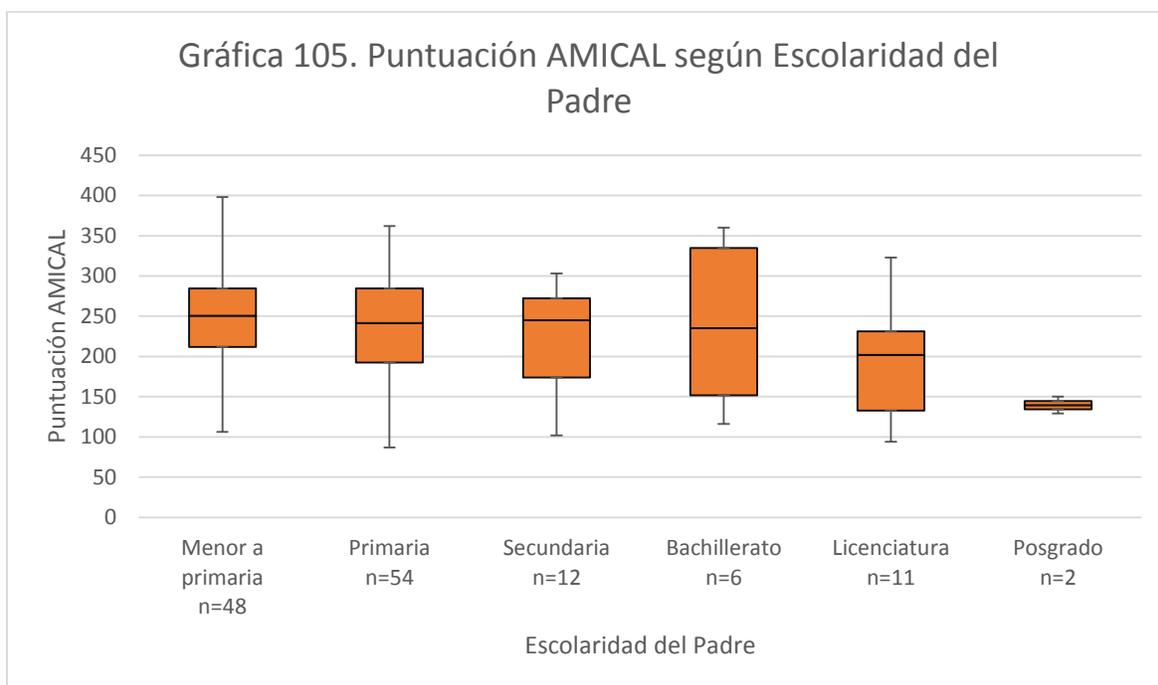
Fuente: n=134; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=134; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 105. Puntuación AMICAL según Escolaridad del Padre		
Escolaridad del Padre	n	Puntuación AMICAL (Media±D.E.)
Menor a primaria	48	246.6±69.6
Primaria	54	234.9±70.5
Secundaria	12	227.1±66.2
Bachillerato	6	239.7±106.9
Licenciatura	11	195.3±71.2
Posgrado	2	139.5±14.8

Fuente: n=133; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

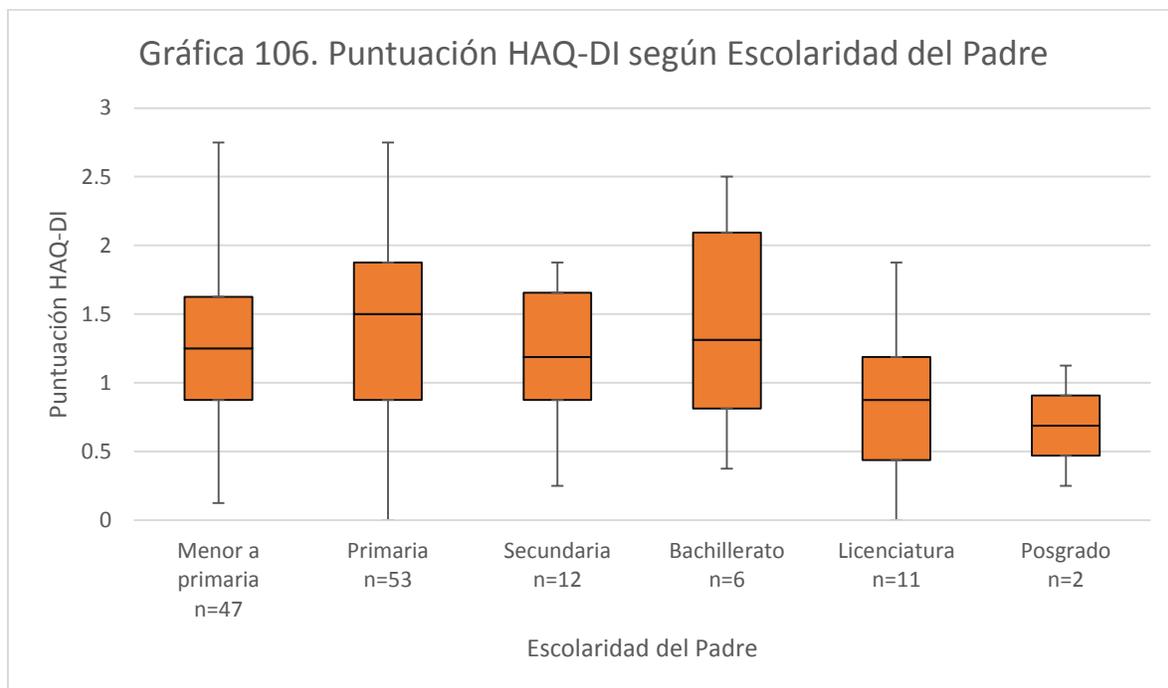


Fuente: n=133; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 106. Puntuación HAQ-DI según Escolaridad del Padre

Escolaridad del Padre	n	Puntuación HAQ-DI (Media±D.E.)
Menor a primaria	47	1.26±0.6
Primaria	53	1.41±0.72
Secundaria	12	1.2±0.54
Bachillerato	6	1.42±0.85
Licenciatura	11	0.85±0.61
Posgrado	2	0.69±0.62

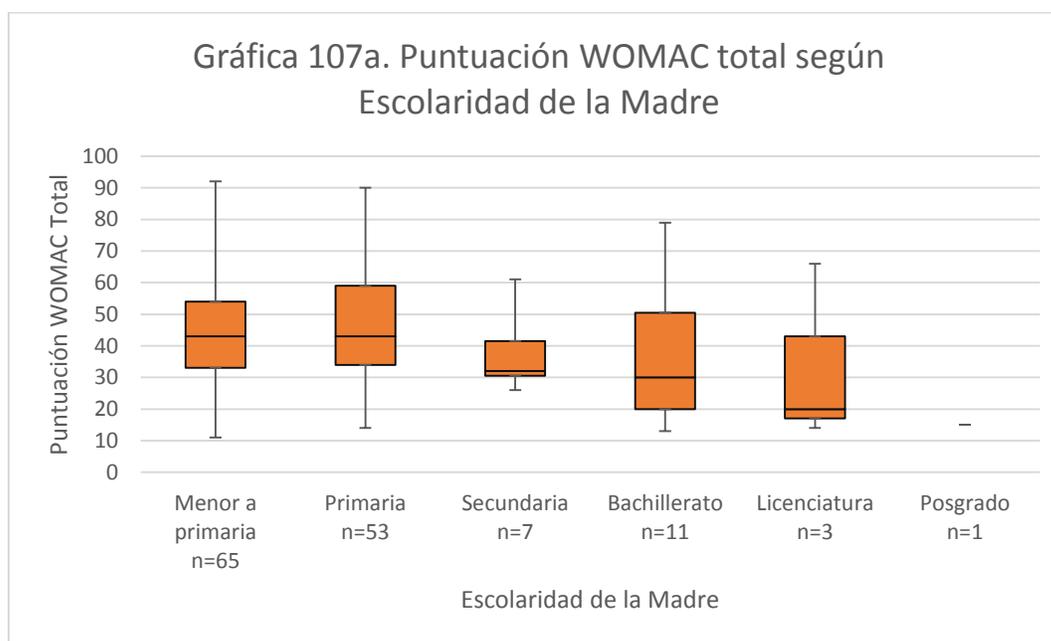
Fuente: n=131; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



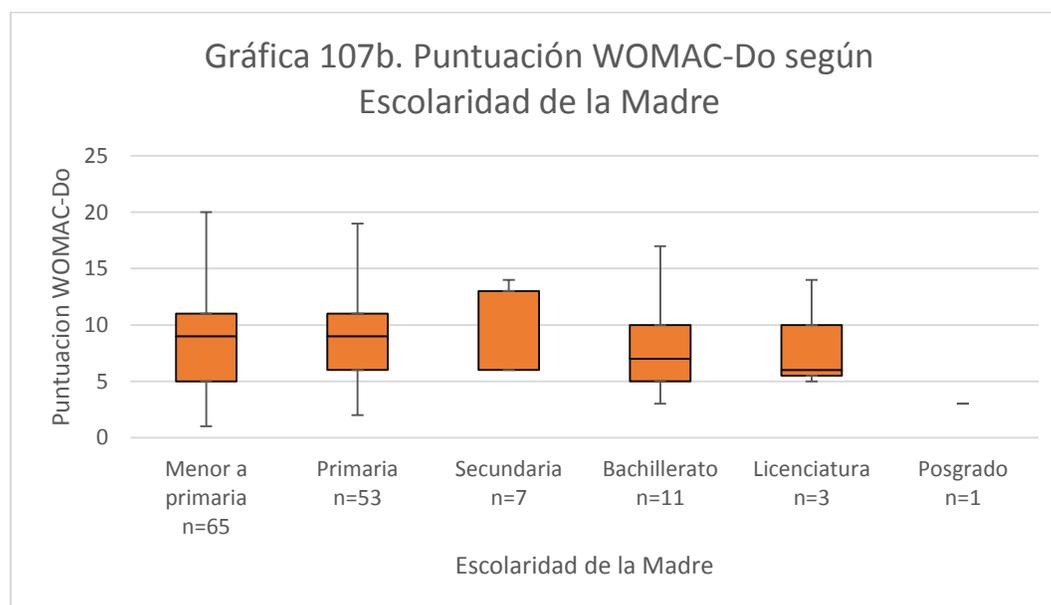
Fuente: n=131; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 107. Puntuación WOMAC Total y Sub-Componentes según Escolaridad de la Madre					
Escolaridad de la Madre	n	WOMAC-To (Media±D.E.)	WOMAC-Do (Media±D.E.)	WOMAC-Ri (Media±D.E.)	WOMAC-Di (Media±D.E.)
Menor a primaria	65	45.4±20.3	8.7±4.2	3.6±2.2	33.2±15
Primaria	53	46.5±20.1	9.3±4.2	3.5±1.8	33.7±15.3
Secundaria	7	37.6±12.7	9.1±4	1.4±0.8	27±9.8
Bachillerato	11	37±21.6	7.9±4.3	3.8±1.8	25.3±16.9
Licenciatura	3	33.3±28.4	8.3±4.9	3±3	22±21.4
Posgrado	1	15 (n=1)	3 (n=1)	1 (n=1)	11 (n=1)

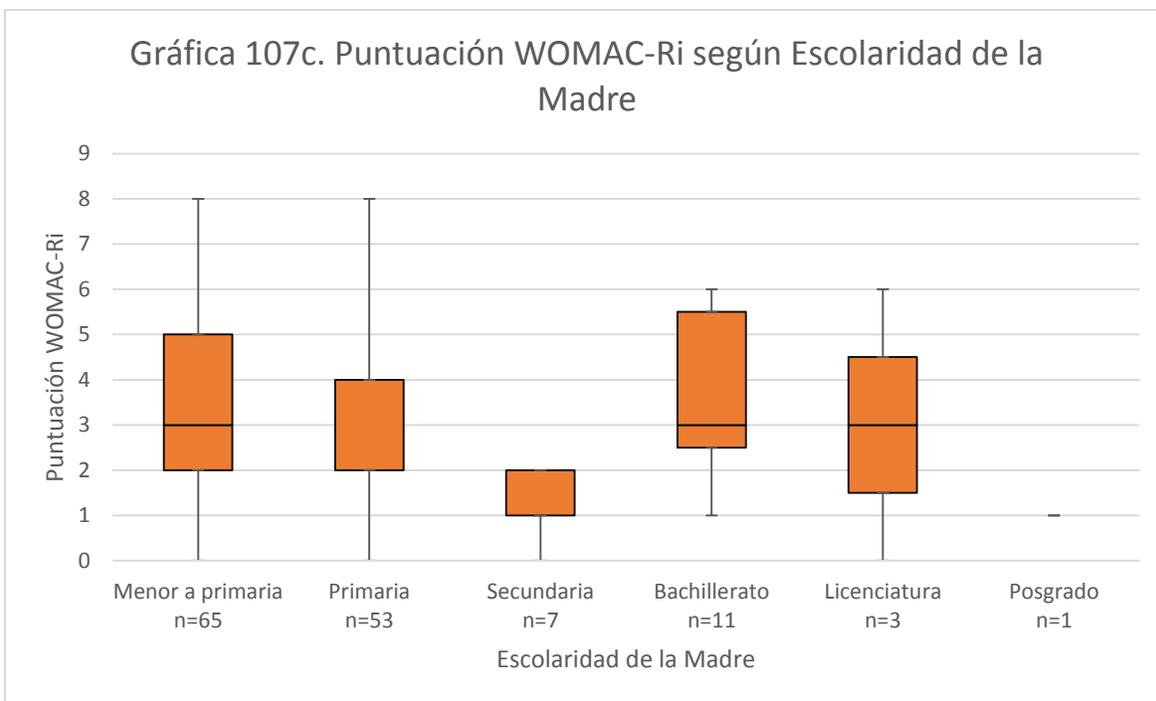
Fuente: n=140; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



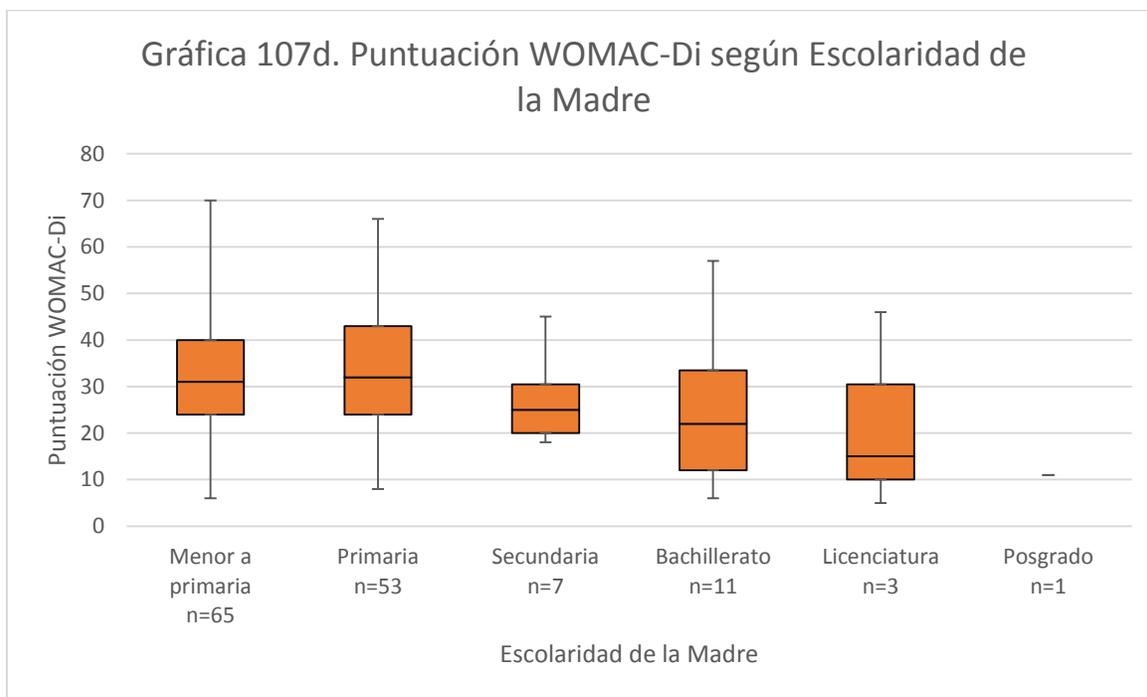
Fuente: n=140; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=140; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



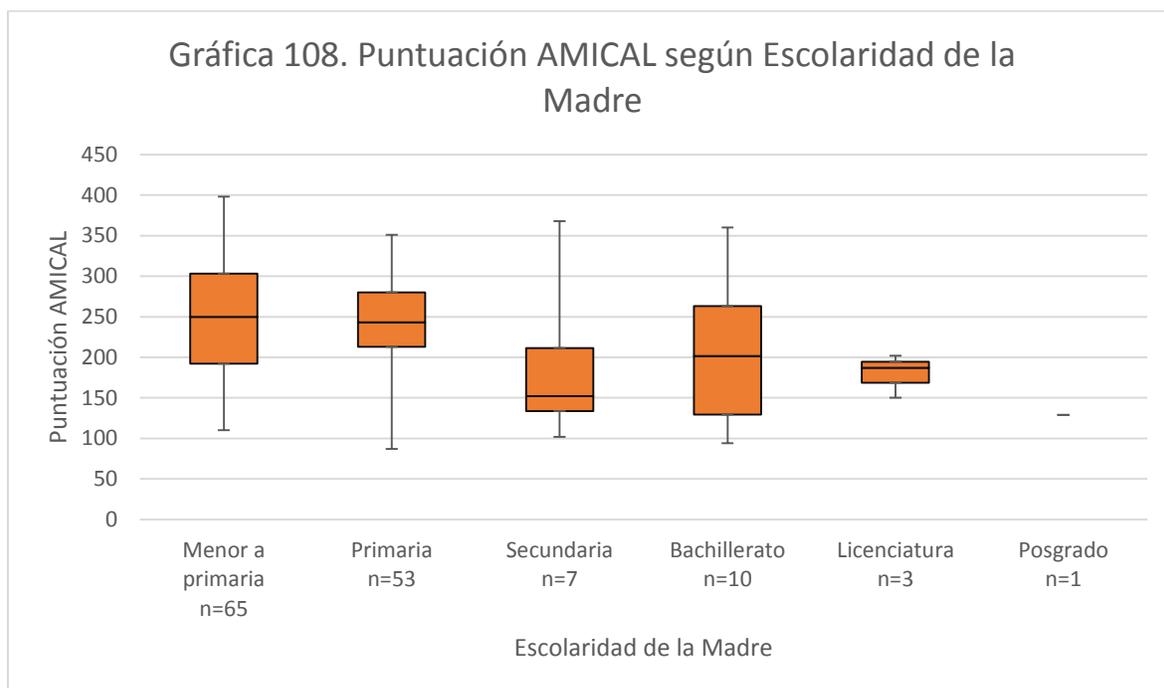
Fuente: n=140; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=140; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 108. Puntuación AMICAL según Escolaridad de la Madre		
Escolaridad de la Madre	n	Puntuación AMICAL (Media±D.E.)
Menor a primaria	65	245.4±68.8
Primaria	53	237.4±69.8
Secundaria	7	187.4±91.5
Bachillerato	10	204.1±88
Licenciatura	3	179.7±26.8
Posgrado	1	129 (n=1)

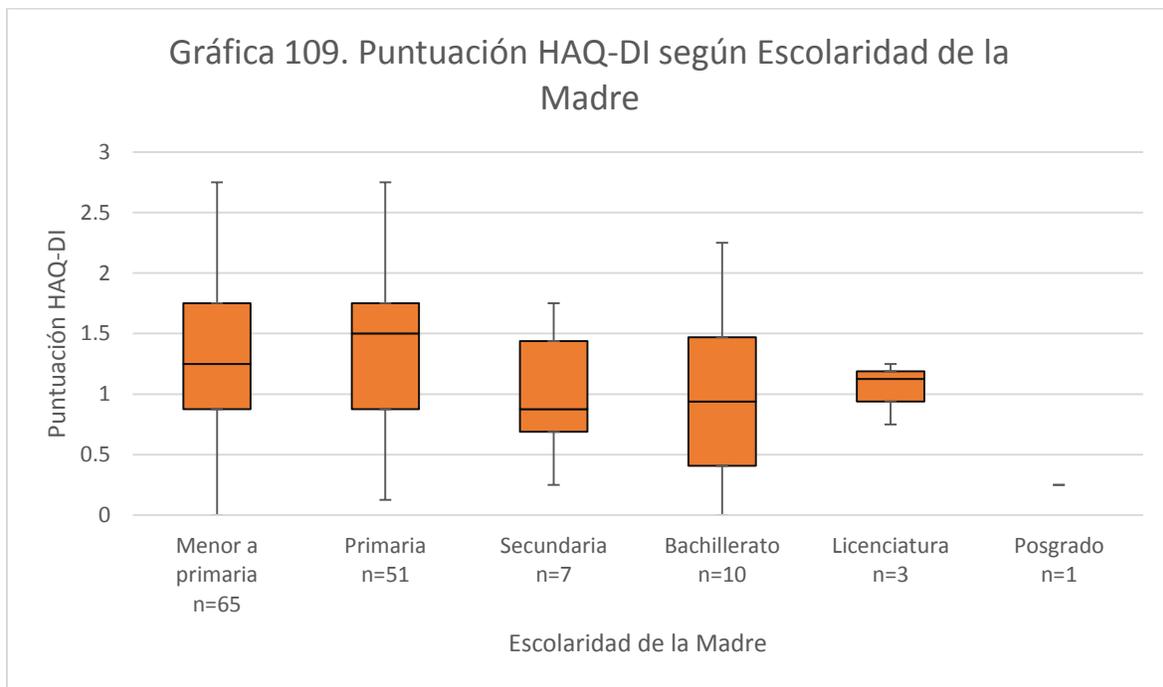
Fuente: n=139; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=139; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 109. Puntuación HAQ-DI según Escolaridad de la Madre		
Escolaridad de la Madre	n	Puntuación HAQ-DI (Media±D.E.)
Menor a primaria	65	1.28±0.64
Primaria	51	1.36±0.66
Secundaria	7	1.02±0.56
Bachillerato	10	0.94±0.76
Licenciatura	3	1.04±0.26
Posgrado	1	0.25 (n=1)

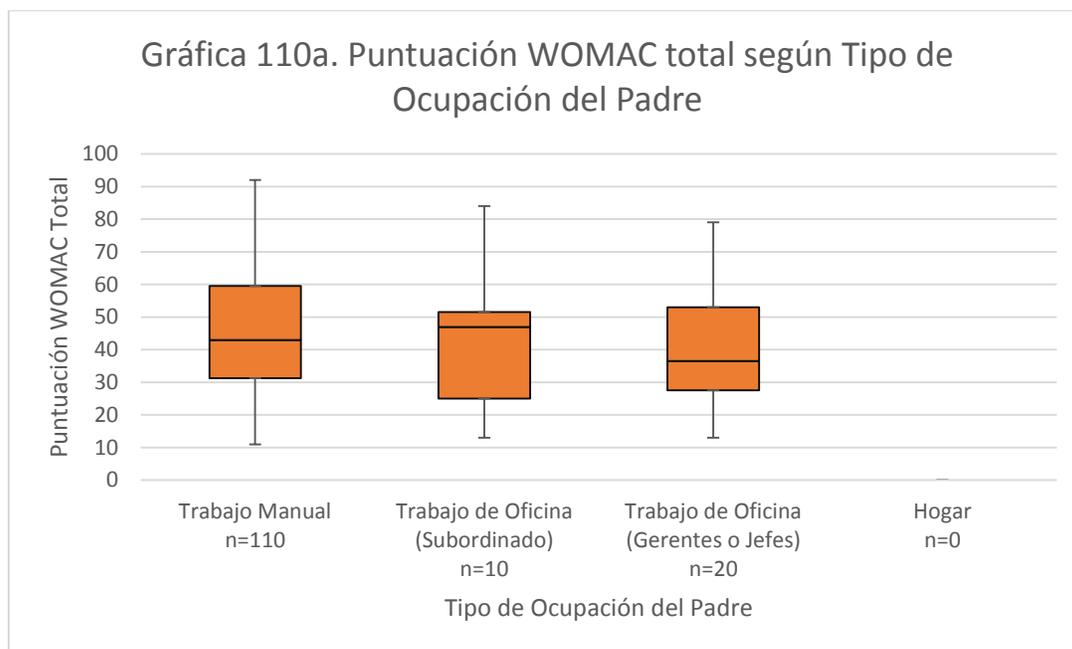
Fuente: n=137; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



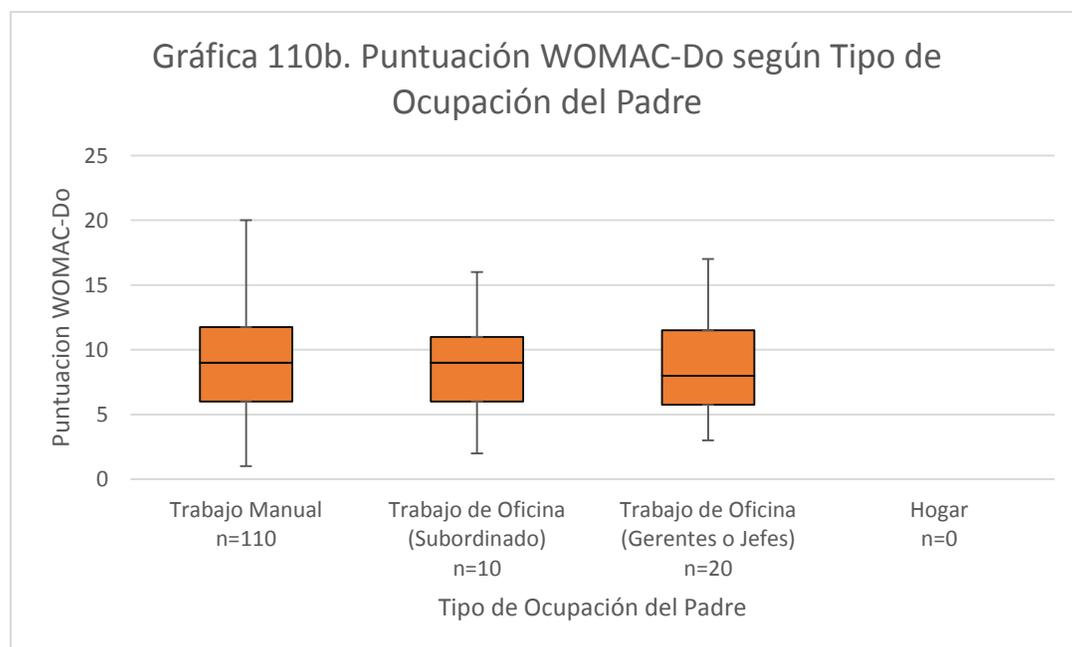
Fuente: n=137; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 110. Puntuación WOMAC Total y Sub-Componentes según Tipo de Ocupación del Padre					
Tipo de Ocupación del Padre	n	WOMAC-To (Media±D.E.)	WOMAC-Do (Media±D.E.)	WOMAC-Ri (Media±D.E.)	WOMAC-Di (Media±D.E.)
Trabajo Manual	110	45.6±20.1	9±4.2	3.4±2	33.2±15.1
Trabajo de Oficina (Subordinado)	10	43.1±21.4	8.7±4.1	3.6±1.7	30.8±16.3
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	20	40.8±20.7	8.8±4.1	3.7±2.1	28.4±15.7
Hogar	0	--	--	--	--

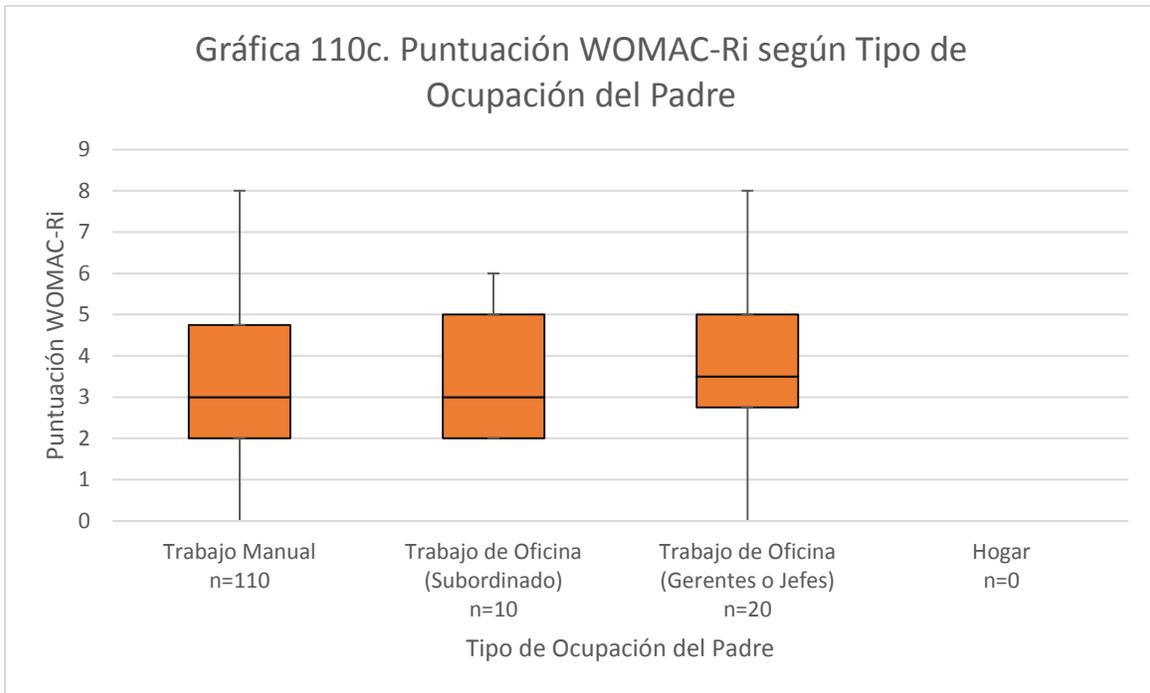
Fuente: n=140; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



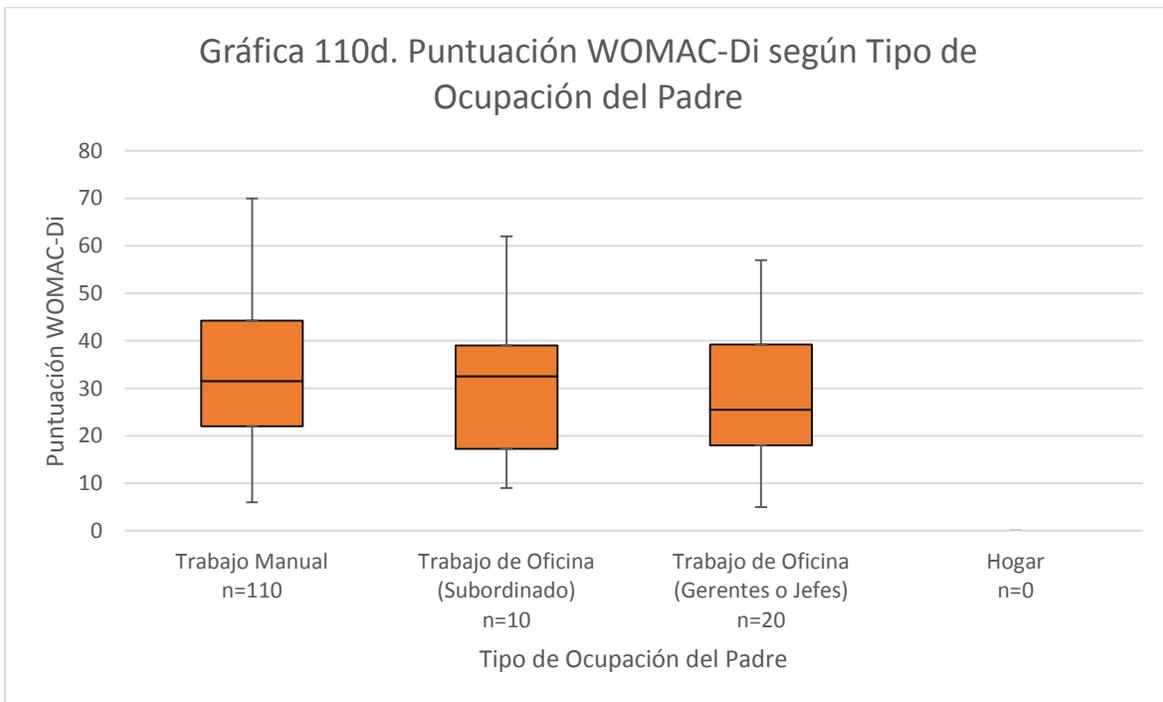
Fuente: n=140; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=140; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



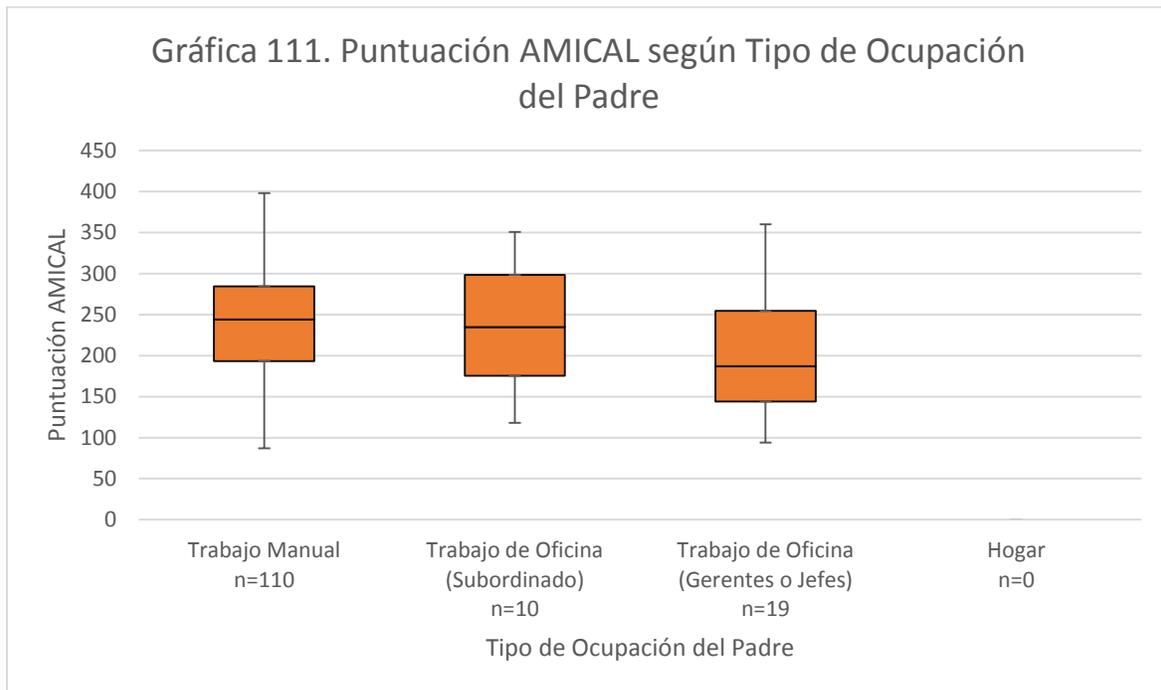
Fuente: n=140; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=140; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 111. Puntuación AMICAL según Tipo de Ocupación del Padre		
Tipo de Ocupación del Padre	n	Puntuación AMICAL (Media±D.E.)
Trabajo Manual	110	239.8±69
Trabajo de Oficina (Subordinado)	10	237.5±81.3
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	19	200.3±77.2
Hogar	0	--

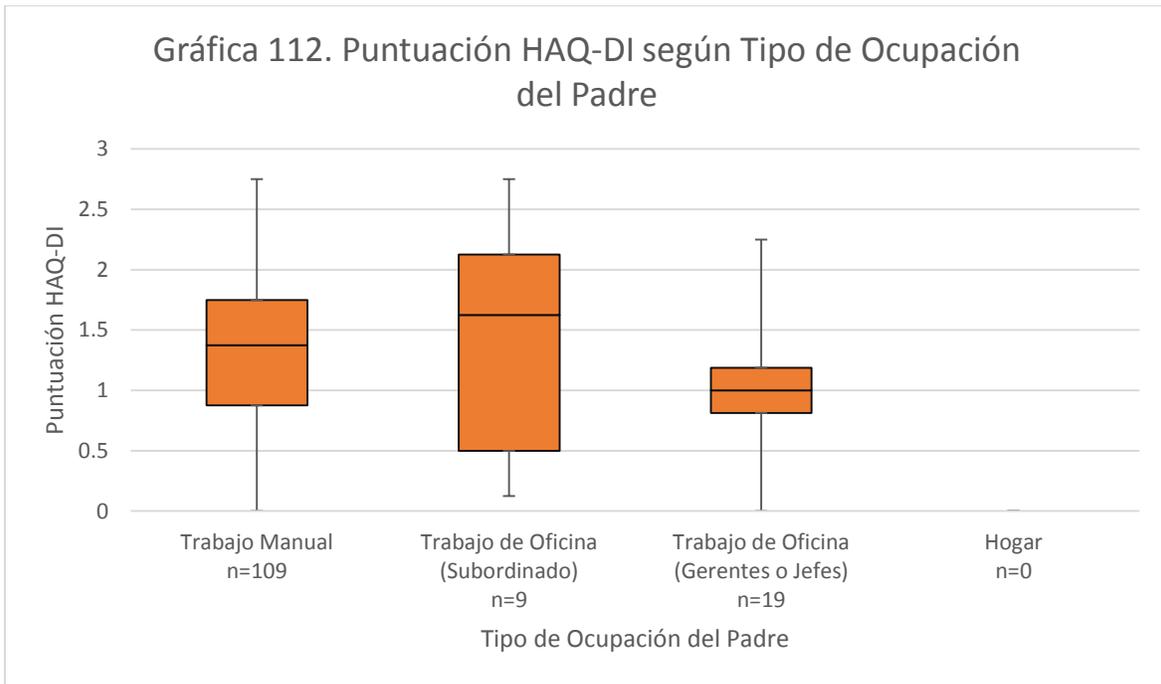
Fuente: n=139; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=139; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 112. Puntuación HAQ-DI según Tipo de Ocupación del Padre		
Tipo de Ocupación del Padre	n	Puntuación HAQ-DI (Media±D.E.)
Trabajo Manual	109	1.32±0.64
Trabajo de Oficina (Subordinado)	9	1.39±0.95
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	19	1.01±0.55
Hogar	0	--

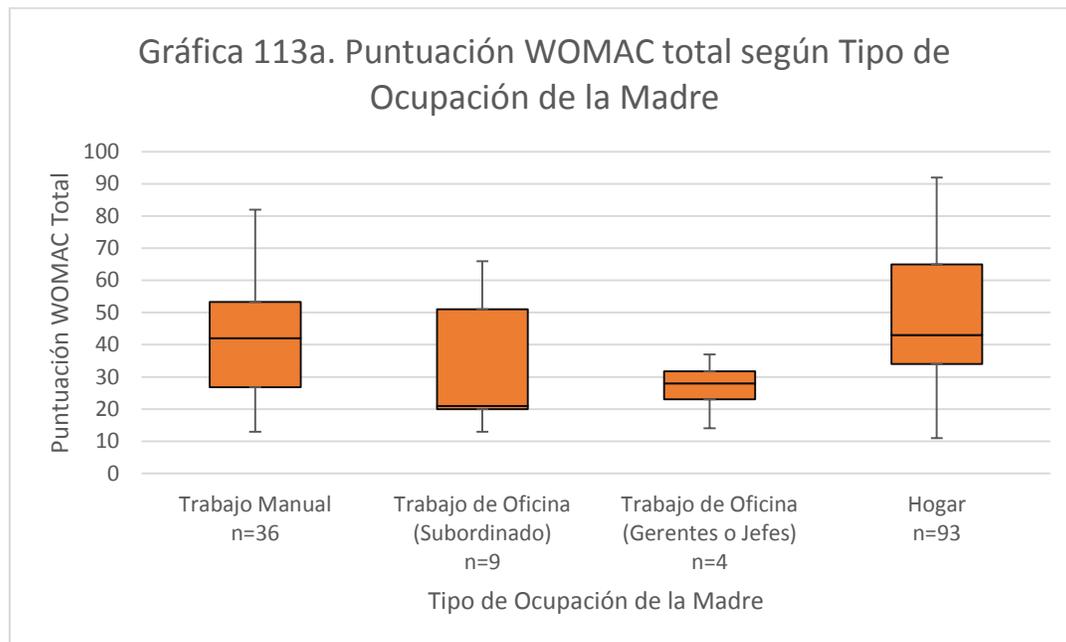
Fuente: n=137; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



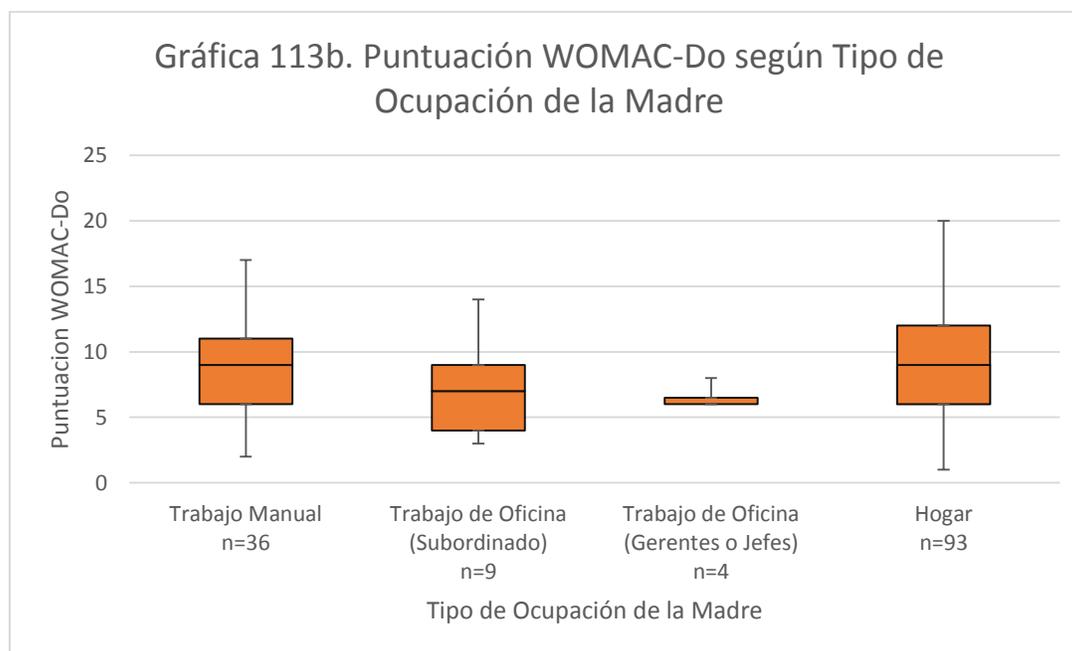
Fuente: n=137; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 113. Puntuación WOMAC Total y Sub-Componentes según Tipo de Ocupación de la Madre					
Tipo de Ocupación de la Madre	n	WOMAC-To (Media±D.E.)	WOMAC-Do (Media±D.E.)	WOMAC-Ri (Media±D.E.)	WOMAC-Di (Media±D.E.)
Trabajo Manual	36	43.4±18.6	9.1±4.1	3.1±1.9	31.2±13.6
Trabajo de Oficina (Subordinado)	9	34.2±20.2	7.6±4	3.4±2.4	23.2±15
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	4	26.8±9.6	6.5±1	2.8±0.5	17.5±9.5
Hogar	93	46.9±20.6	9.1±4.4	3.6±2.1	34.2±15.6

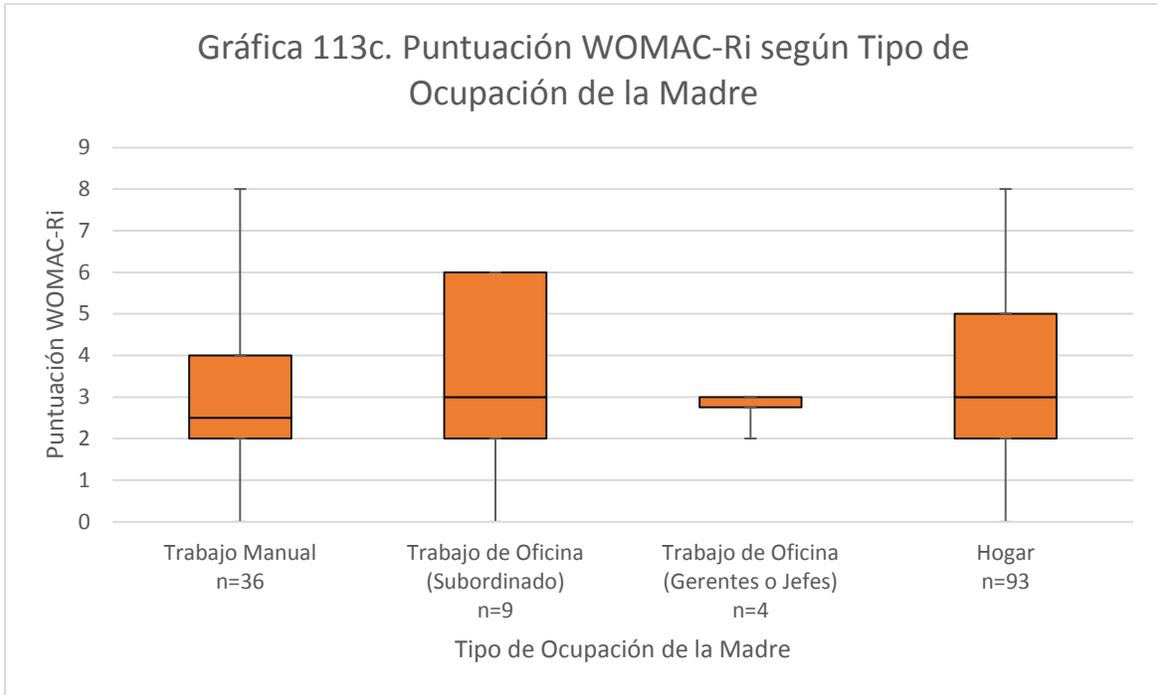
Fuente: n=142; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



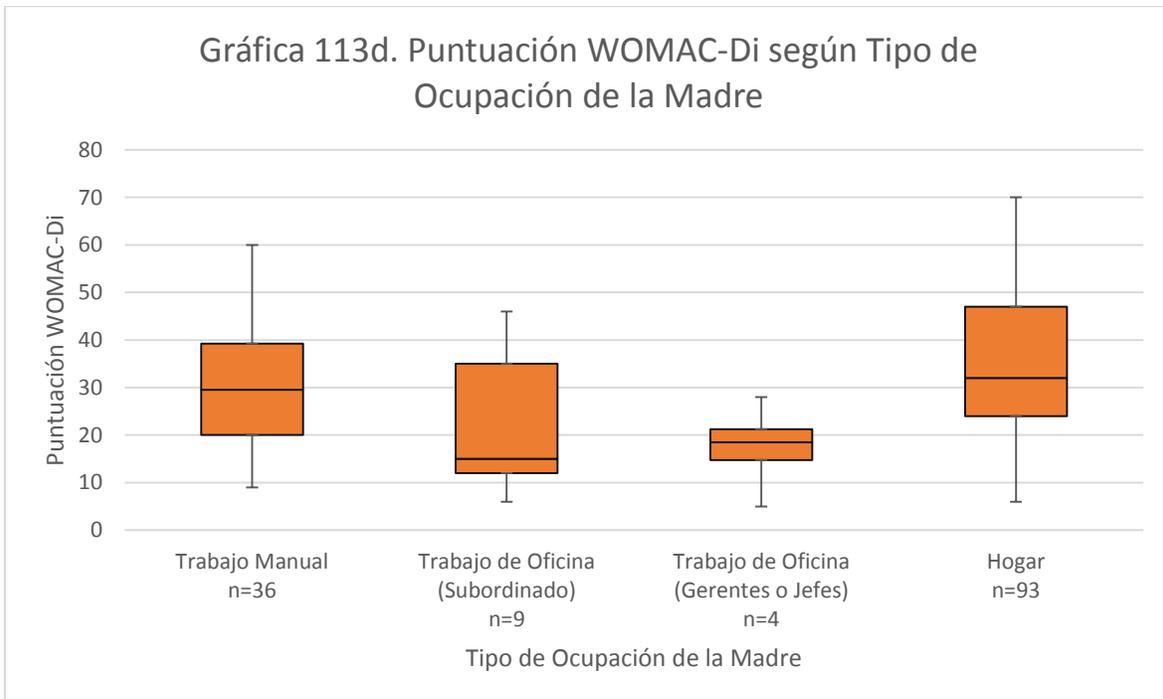
Fuente: n=142; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=142; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



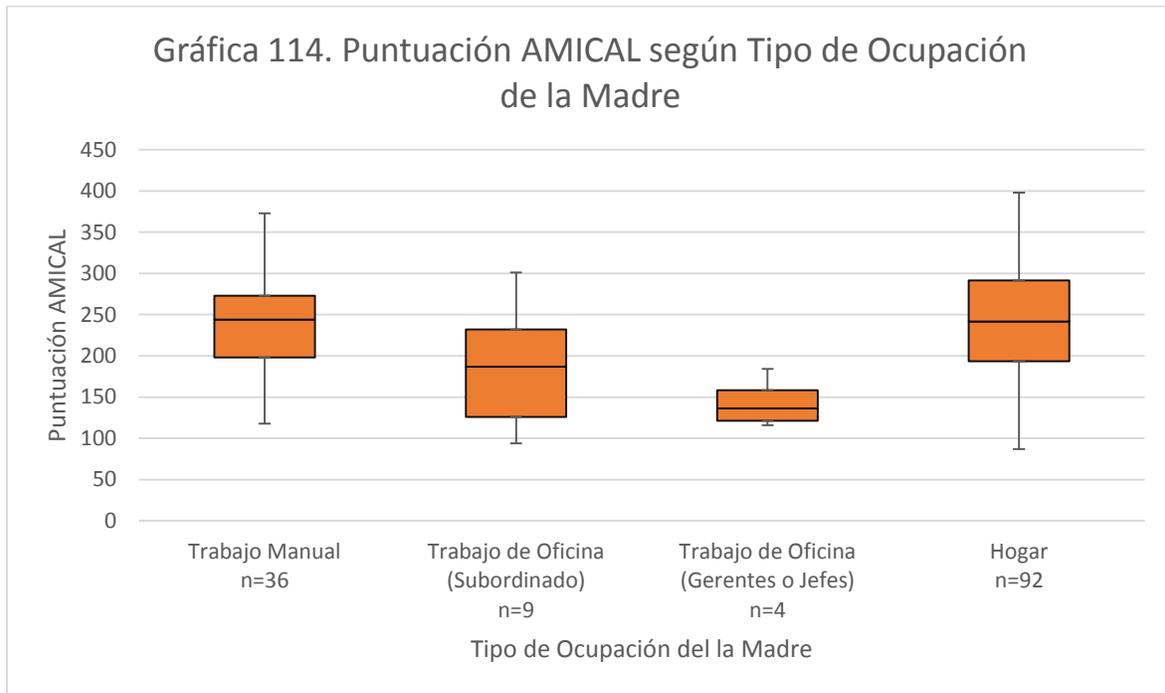
Fuente: n=142; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=142; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 114. Puntuación AMICAL según Tipo de Ocupación de la Madre		
Tipo de Ocupación de la Madre	n	Puntuación AMICAL (Media±D.E.)
Trabajo Manual	36	243.6±67.1
Trabajo de Oficina (Subordinado)	9	188.8±71.5
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	4	143.3±30.9
Hogar	92	240±72.1

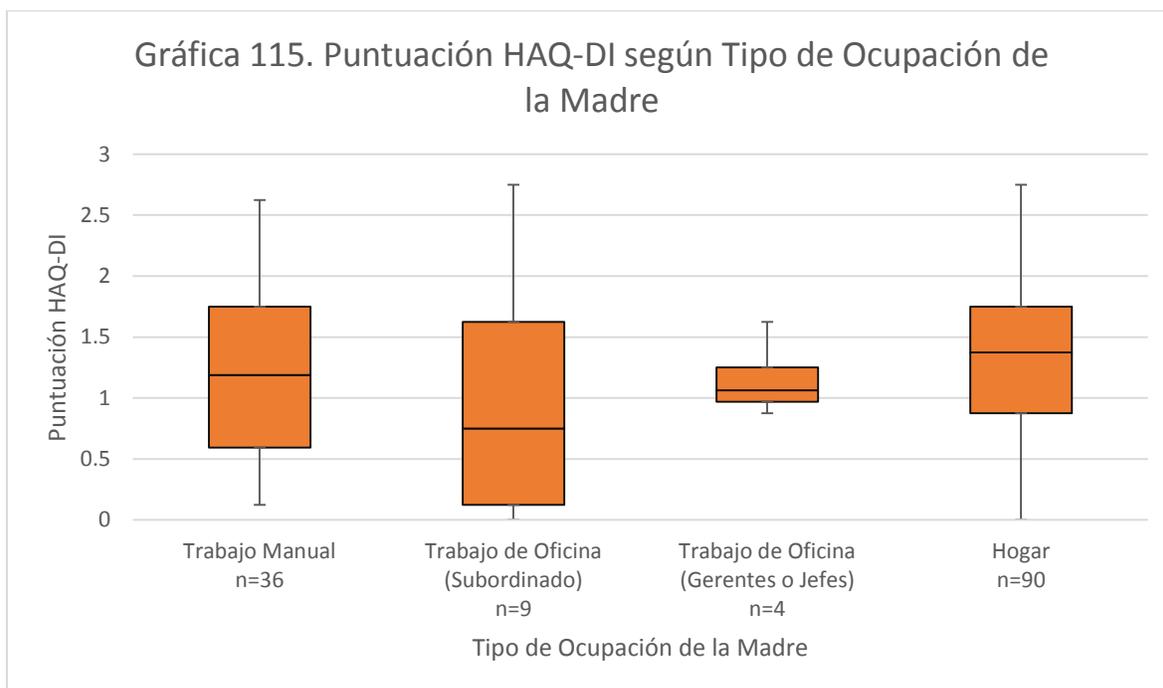
Fuente: n=140; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=141; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 115. Puntuación HAQ-DI según Tipo de Ocupación de la Madre		
Tipo de Ocupación de la Madre	n	Puntuación HAQ-DI (Media±D.E.)
Trabajo Manual	36	1.2±0.66
Trabajo de Oficina (Subordinado)	9	0.97±0.95
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	4	1.16±0.33
Hogar	90	1.33±0.63

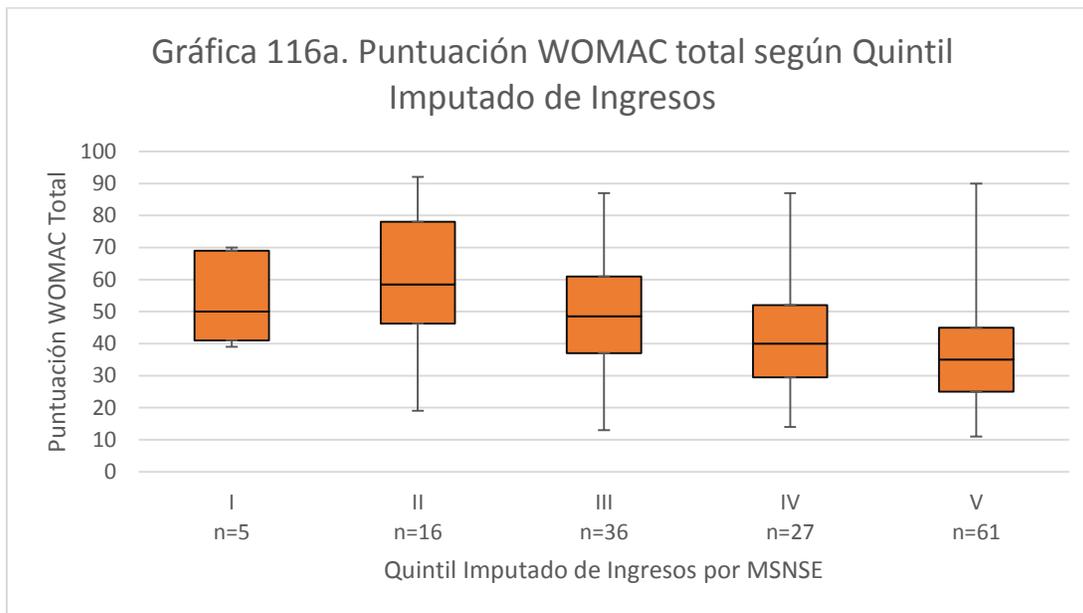
Fuente: n=139; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



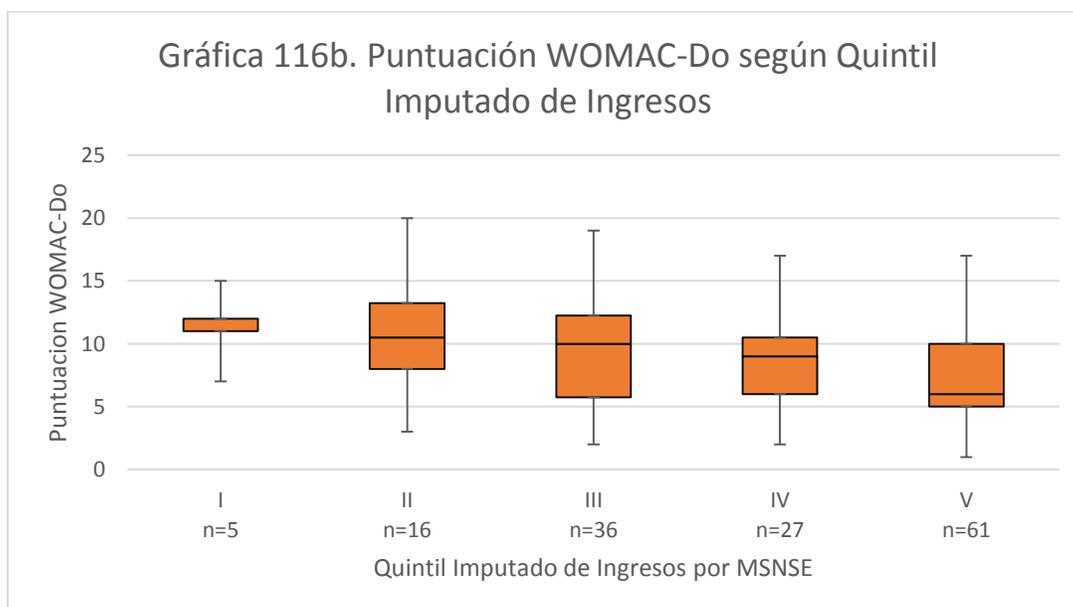
Fuente: n=139; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 116. Puntuación WOMAC Total y Sub-Componentes según Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE					
Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE	n	WOMAC-To (Media±D.E.)	WOMAC-Do (Media±D.E.)	WOMAC-Ri (Media±D.E.)	WOMAC-Di (Media±D.E.)
I	5	53.8±14.9	11.4±2.9	3.2±1.1	39.2±13.4
II	16	59.5±22	10.9±4.7	4.4±2.2	44.1±16.6
III	36	49±17.8	9.6±4.5	4.2±1.9	35.2±12.5
IV	27	43.6±21.5	9±4.1	3.3±2.3	31.3±16.3
V	61	37.9±18.7	7.7±3.8	2.8±1.8	27.3±14.5

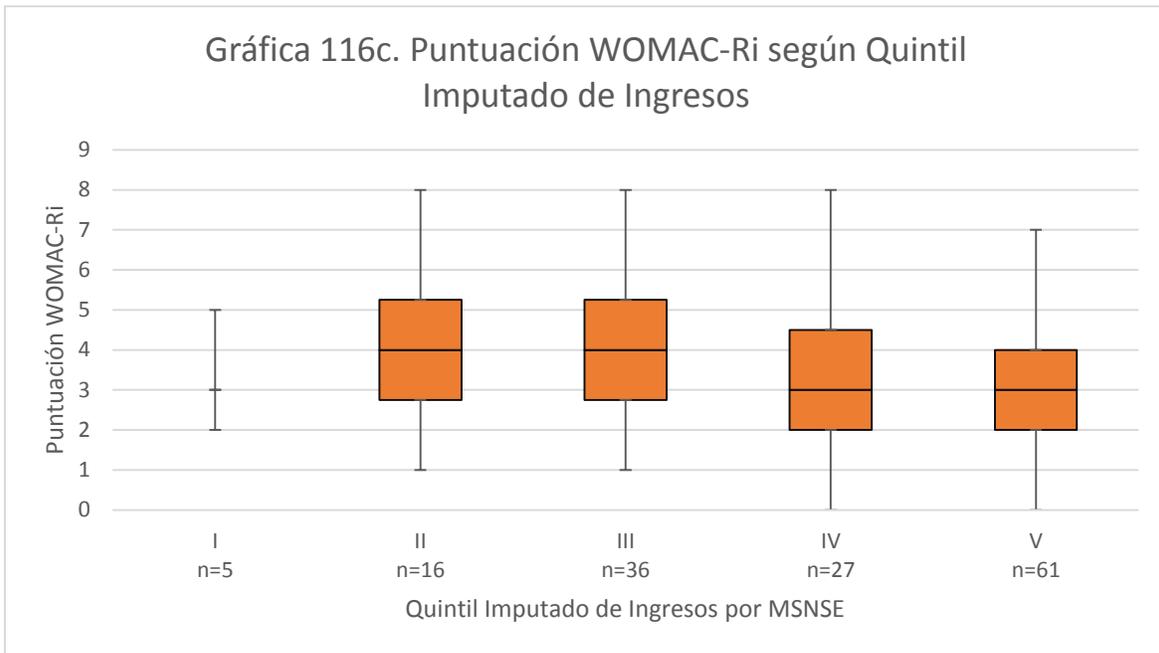
Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



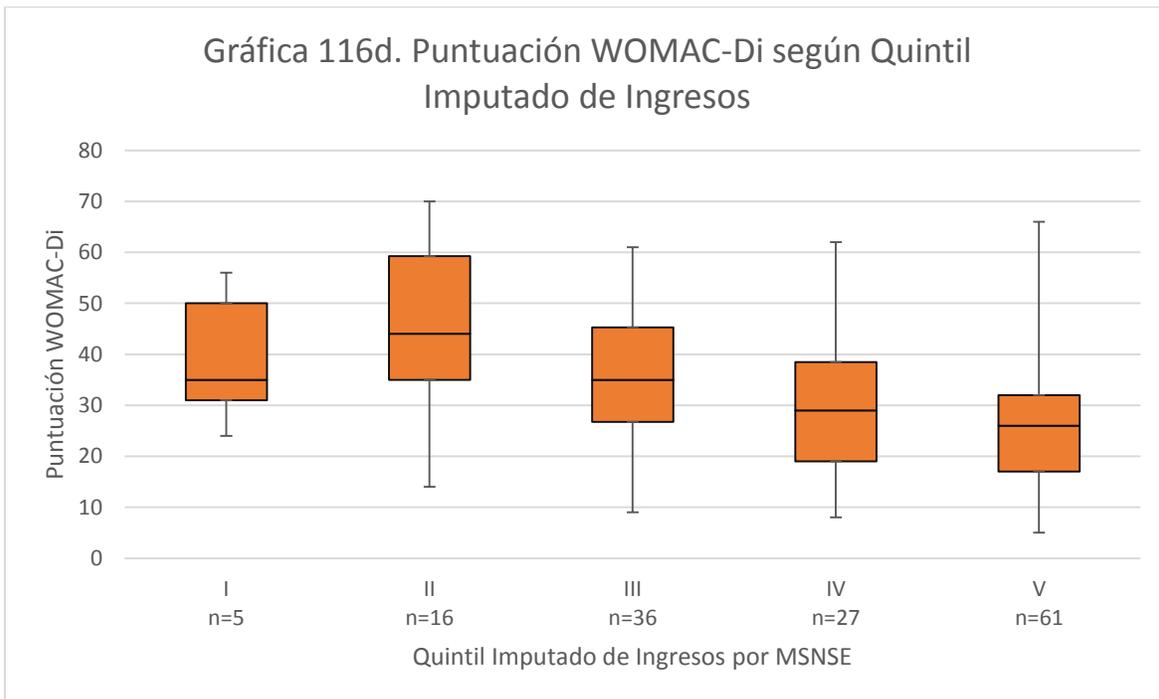
Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



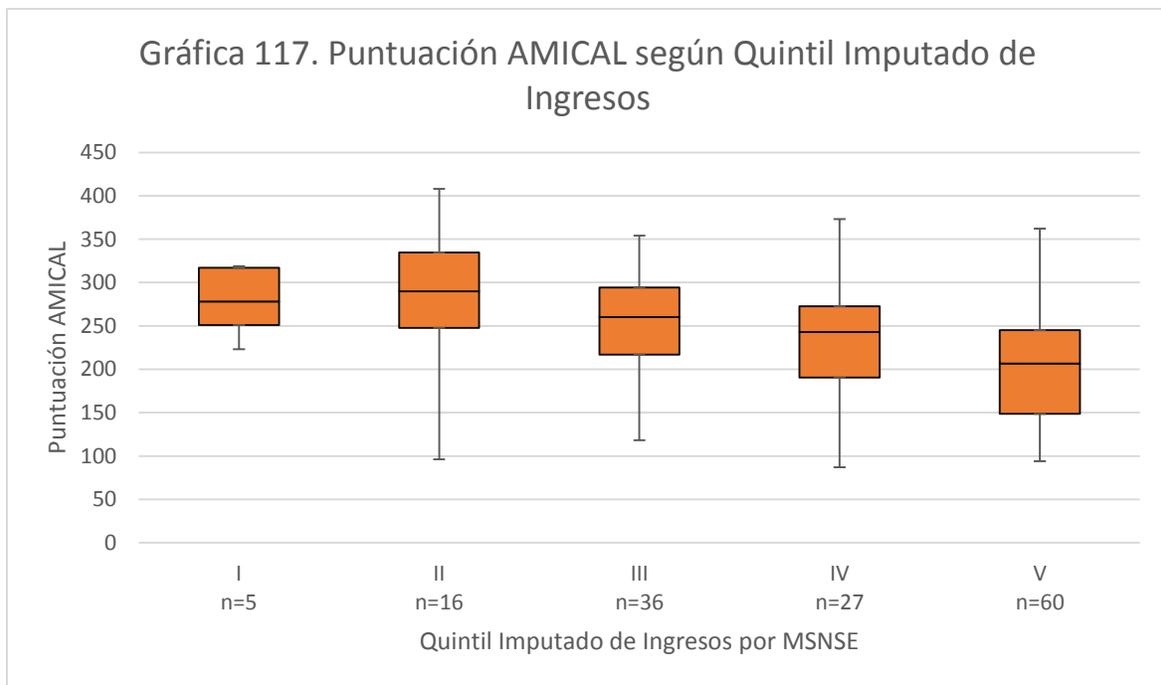
Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=145; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Quintil Imputado de Ingresos	n	Puntuación AMICAL (Media±D.E.)
I	5	277.6±41.7
II	16	282.3±85.3
III	36	250±61.1
IV	27	237.3±70.8
V	60	208.3±72.2

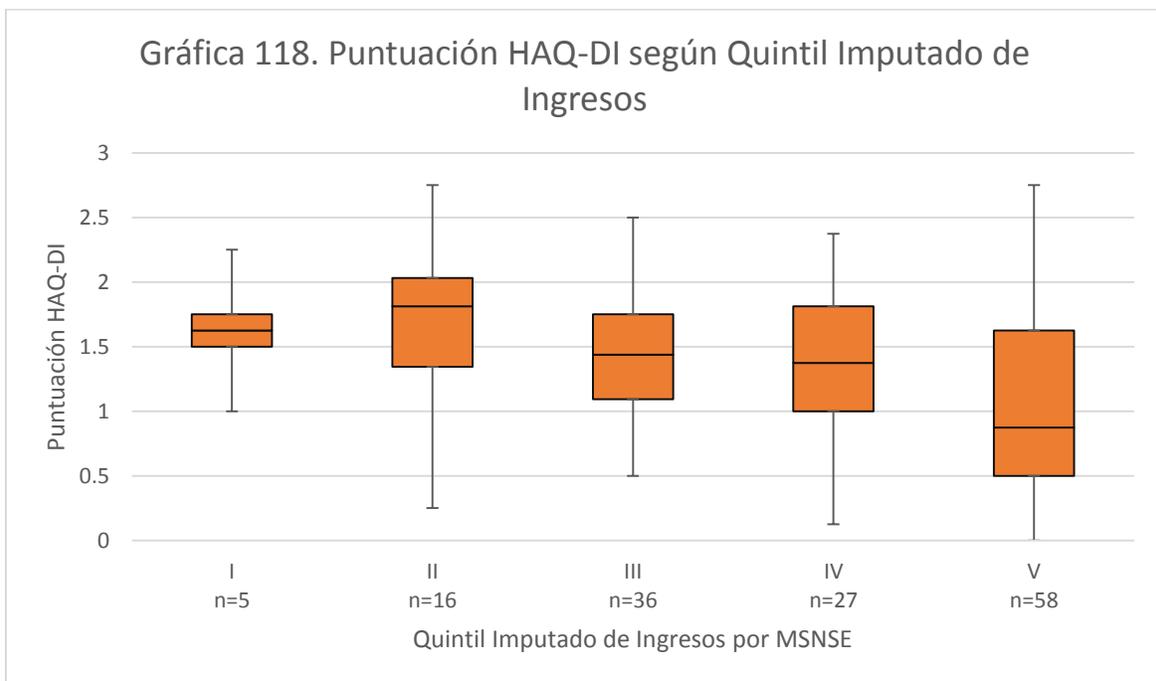
Fuente: n=144; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=144; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 118. Puntuación HAQ-DI según Quintil Imputado de Ingresos por MSNSE		
Quintil Imputado de Ingresos	n	Puntuación HAQ-DI (Media±D.E.)
I	5	1.63±0.45
II	16	1.64±0.72
III	36	1.41±0.55
IV	27	1.32±0.64
V	58	1.04±0.67

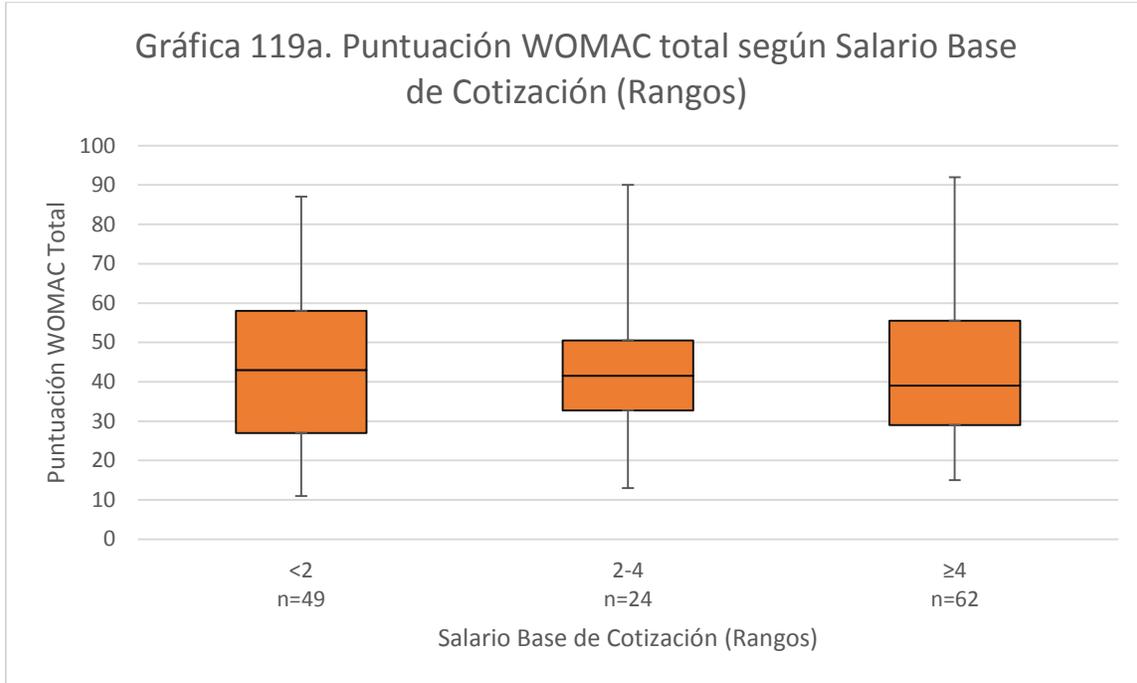
Fuente: n=142; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



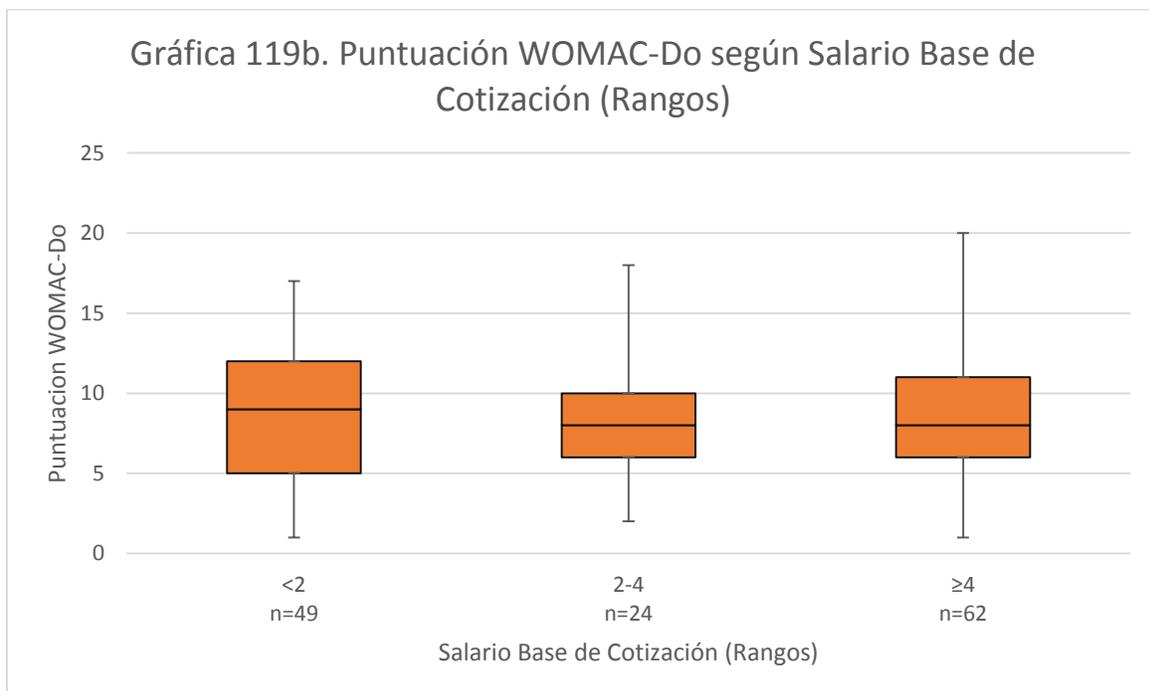
Fuente: n=142; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 119. Puntuación WOMAC Total y Sub-Componentes según Salario Base de Cotización (rangos)					
Salario Base de Cotización (Rangos)	n	WOMAC-To (Media±D.E.)	WOMAC-Do (Media±D.E.)	WOMAC-Ri (Media±D.E.)	WOMAC-Di (Media±D.E.)
<2	49	44.2±20.9	8.8±4.4	3.5±2.1	32±15.9
2-4	24	42.1±19.6	8.5±3.9	3.3±1.6	30.3±15
≥4	62	43.8±20.6	8.8±4.3	3.5±2.1	31.5±15.2

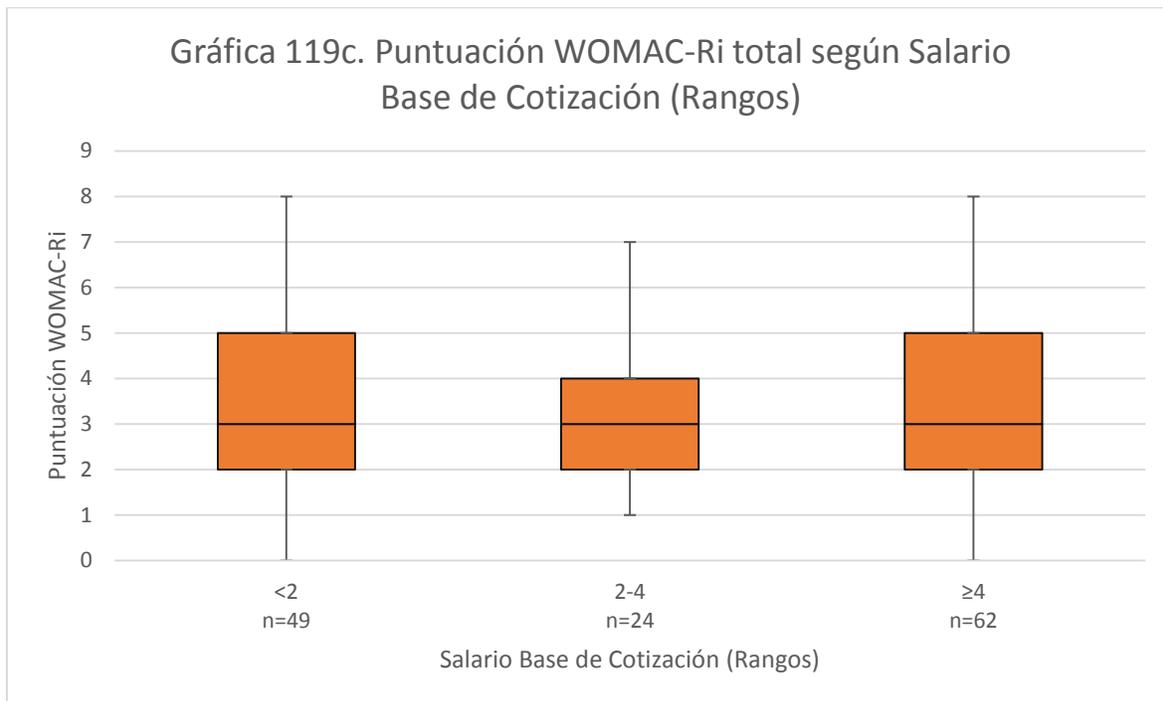
Fuente: n=135; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



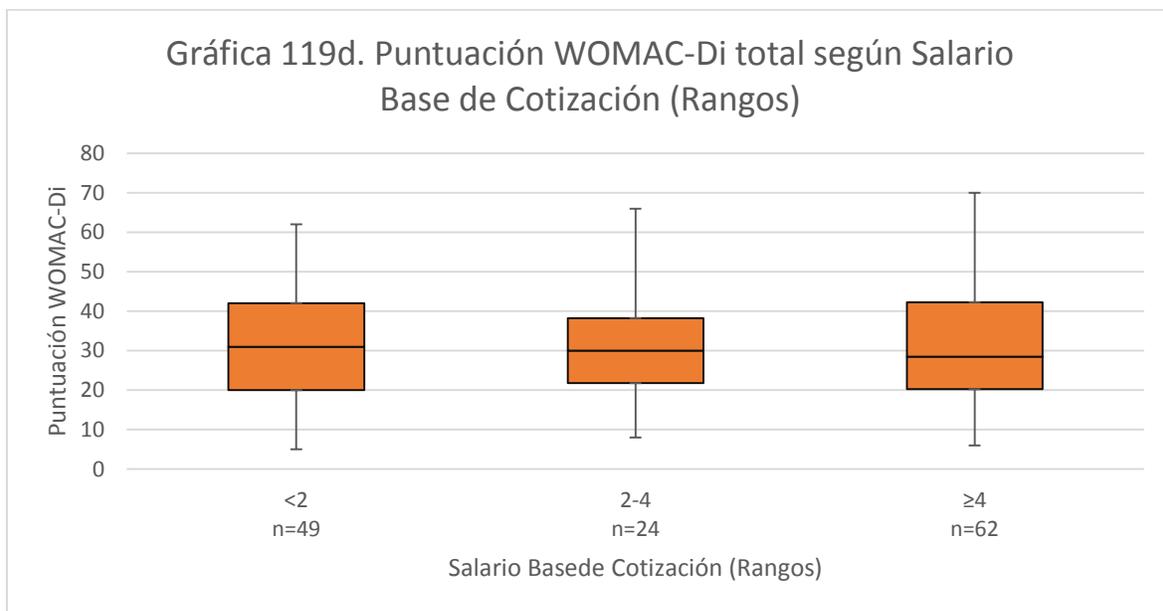
Fuente: n=135; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=135; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



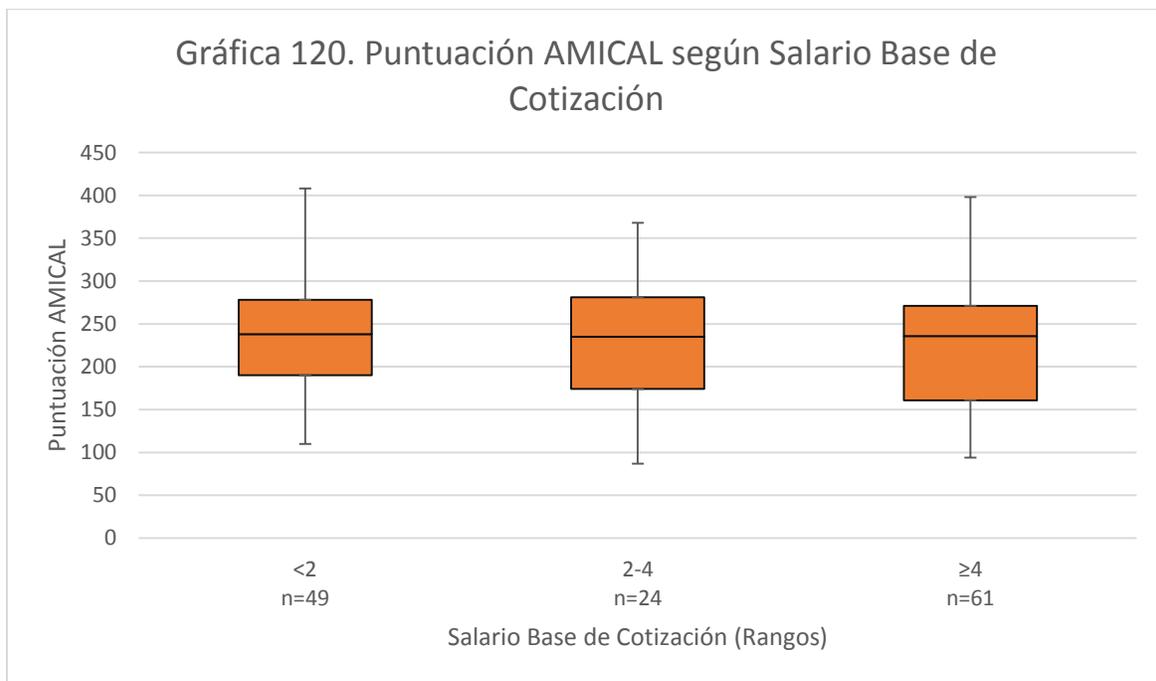
Fuente: n=135; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=135; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 120. Puntuación AMICAL según Salario Base de Cotización (Rangos)		
Salario Base de Cotización (rangos)	n	Puntuación AMICAL (Media±D.E.)
<2	49	236.7±68.3
2-4	24	228.3±83.2
≥4	61	229±74.1

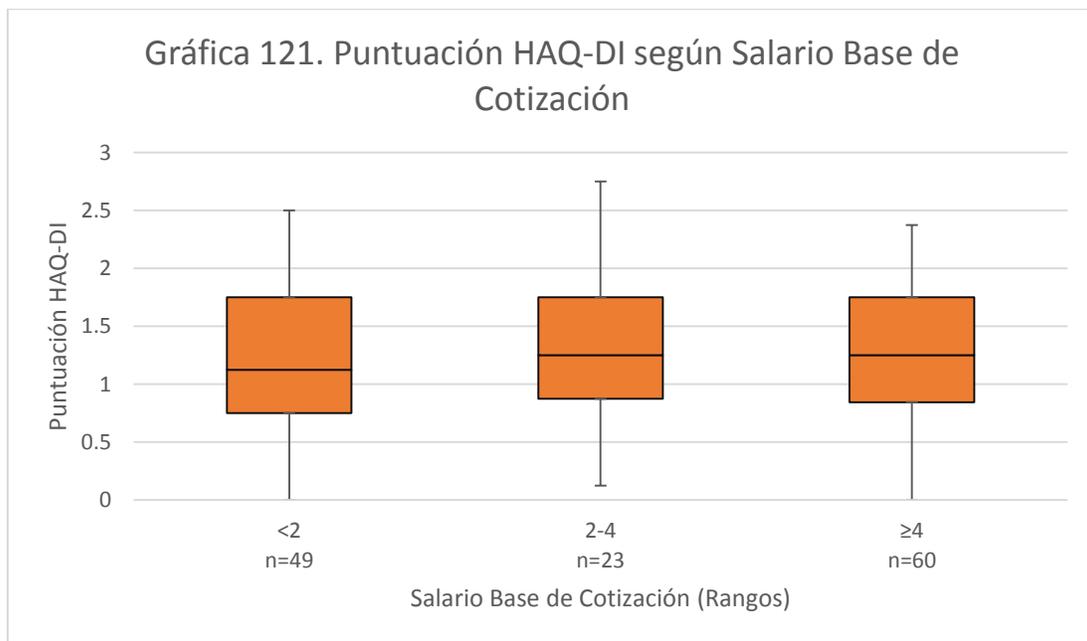
Fuente: n=134; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=134; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 121. Puntuación HAQ-DI según Salario Base de Cotización (Rangos)		
Salario Base de Cotización (rangos)	n	Puntuación HAQ-DI (Media±D.E.)
<2	49	1.22±0.69
2-4	23	1.28±0.73
≥4	60	1.21±0.61

Fuente: n=132; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: n=132; Pisanty-Alatorre J, Vilchis-Chaparro E, Goycochea-Robles MV, Espinoza-Anrubio G. Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 122. Características de la Población Estudiada				
Edad ($\mu \pm D.E.$)	69.4 \pm 10.6 años			
Sexo Femenino	80.10%		Salario Base de Cotización	
Índice de Masa Corporal	18.5-24.9 kg/m ²	22.6%	<2 SMV 36.0%	
	25-29.9 kg/m ²	44.5%	2-4 SMV 17.6%	
	30-34.9 kg/m ²	23.3%	\geq 4 SMV 46.3%	
	35-39.9 kg/m ²	6.2%	Escolaridad del Padre	
	\geq 40 kg/m ²	3.4%		Menor a Primaria 32.9%
				Primaria 37.7%
Índice Tabáquico	0 c-a	63.7%	Secundaria 8.2%	
	0.01-4.99 c-a	17.1%	Bachillerato 4.8%	
	5-9.99 c-a	4.8%	Licenciatura 7.5%	
	10-14.99 c-a	2.7%	Posgrado 1.4%	
	\geq 15 c-a	11.6%	Escolaridad de la Madre	
				Menor a Primaria 45.2%
Diagnóstico de Diabetes	28.1%		Primaria 36.3%	
Diagnóstico de Hipertensión Arterial [†]	52.1%		Secundaria 4.8%	
Escolaridad	Menor a Primaria Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Posgrado	17.1% 19.9% 21.2% 26.7% 12.3% 2.7%	Bachillerato 7.5%	
			Licenciatura 2.1%	
			Posgrado 0.7%	
			Ocupación del Padre	Trabajo Manual 76.0%
				Trabajo de Oficina (Subordinado) 6.8%
				Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) 13.7%
Ocupación	Trabajo Manual Trabajo de Oficina (Subordinado) Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) Hogar	45.9% 20.5% 15.1% 17.1%	Ocupación de la Madre	
				Trabajo Manual 24.7%
				Trabajo de Oficina (Subordinado) 6.2%
				Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) 2.7%
			Hogar 64.4%	
Quintil Imputado de Ingresos	I	3.4%		
	II	11.6%		
	III	24.7%		
	IV	18.5%		
	V	41.8%		

Tabla 123. Puntuaciones WOMAC, AMICAL y HAQ-DI según variables confusoras							
	Puntuación WOMAC y Sub-Componentes				Puntuación AMICAL (Promedio ±D.E.)	Puntuación HAQ-DI (Promedio ±D.E.)	
	Total (Promedio ±D.E.)	Dolor (Promedio ±D.E.)	Rigidez (Promedio ±D.E.)	Discapacidad (Promedio ±D.E.)			
Sexo[†]							
Femenino	<i>n</i> =117	46.5±20.9*	9.5±4.2**	3.6±2.1**	33.4±15.9*	240±74.5	1.36±0.66**
Masculino	<i>n</i> =29	37±16.3	6.6±3.5	2.8±1.6	27.7±12.5	214.1±68.9	0.94±0.57
Edad[‡]							
40-59 años	<i>n</i> =24	40.8±20.8	9±4.4	3.2±2	28.6±15.7	230.2±72.9	1.15±0.75
60-79 años	<i>n</i> =96	45±20	9±4.1	3.5±1.9	32.6±15.2	235.3±76.8	1.26±0.62
≥80 años	<i>n</i> =25	46.8±21.5	8.5±4.7	3.6±2.4	34.8±15.6	236.9±65.7	1.45±0.74
Índice de Masa Corporal[‡]							
18.5-24.9 kg/m ²	<i>n</i> =33	40.9±19.5	7.7±4*	3.3±2	29.9±14.7	220.4±66.1	1.26±0.77
25-29.9 kg/m ²	<i>n</i> =65	43.8±19.9	9±4.2	3.4±1.9	31.4±15	234.2±76.5	1.21±0.61
30-34.9 kg/m ²	<i>n</i> =34	44±21.5	8.6±4.3	3.1±2.1	32.3±16.6	233.8±72.5	1.21±0.64
35-39.9 kg/m ²	<i>n</i> =8	60.3±17.1	12.6±2.9	4.3±1.9	43.4±13.4	283.4±83	1.74±0.63
≥40 kg/m ²	<i>n</i> =5	58.8±18.5	12.6±3.3	5±1.7	41.2±15.2	265.8±70.2	1.84±0.54
Índice Tabáquico[‡]							
0 c-a	<i>n</i> =92	46±20.4	9.3±4.2	3.4±2.1	33.3±15.2	241.1±73.1	1.37±0.64*
0.01-4.99 c-a	<i>n</i> =25	42.4±18.8	8.6±4.1	3.2±1.8	30.6±14.2	220.3±63.1	1.03±0.73
5-9.99 c-a	<i>n</i> =7	54.9±24.1	10±4.8	4±2.4	40.9±17.8	255.1±67.3	1.63±0.63
10-14.99 c-a	<i>n</i> =4	34.3±20.8	7.5±4.4	2.8±1.7	24±17.2	203.5±125.8	0.78±0.56
≥15 c-a	<i>n</i> =17	38.7±19.9	7.4±3.9	3.7±1.9	27.6±15.9	219.9±82.6	1.06±0.58
Diagnóstico de Diabetes[†]							
Sí	<i>n</i> =41	48.9±20.2	9.5±4.3	3.9±2.2	35.5±14.7	256.3±72.6*	1.36±0.63
No	<i>n</i> =104	43±20.3	8.7±4.2	3.2±1.9	31±15.5	226.2±73	1.24±0.68
Diagnóstico de Hipertensión Arterial[†]							
Sí	<i>n</i> =75	47.4±21	9.3±4.3	3.6±2.1	34.6±16	246.7±72.5*	1.39±0.68*
No	<i>n</i> =70	41.7±19.4	8.5±4.1	3.3±2	29.8±14.4	221.8±73.7	1.15±0.63
Combinación de Articulaciones Afectadas[§]							
Sólo Rodilla	<i>n</i> =61	35.7±17.5**	7.1±3.5**	3±1.8*	25.6±13.2**	202.1±67.2**	0.92±0.55**
Sólo Cadera	<i>n</i> =6	46.5±17.6	8.3±4.8	2.5±2.2	35.7±12.2	253.8±54.4	1.46±0.57
Rodilla y Cadera	<i>n</i> =14	63.4±15.3	12.6±3.6	4.6±2	46.1±11	291.6±54.1	1.88±0.58
Rodilla y Otras	<i>n</i> =40	48.1±19.6	9.5±4.1	3.6±1.8	35±15.4	240±76.3	1.49±0.6
Cadera y Otras	<i>n</i> =6	52.7±17.2	9.3±3.8	5±1.8	38.3±13.4	277±59.8	1.38±0.61
Rodilla, Cadera y Otras	<i>n</i> =18	49.6±23	10.9±4.5	3.7±2.6	35.1±17.1	267.4±66.2	1.38±0.73
*Significativo al nivel $p < 0.05$							
**Significativo al nivel $p < 0.01$							
†Significancia estadística calculada por prueba t de Student							
‡Significancia estadística calculada mediante coeficiente ρ de Spearman							
§Significancia estadística calculada mediante ANOVA/Kruskal-Wallis							

Tabla 124. Puntuaciones WOMAC, AMICAL y HAQ-DI según variables de nivel socioeconómico actual

	Puntuación WOMAC y Sub-Componentes				Puntuación AMICAL (Promedio ±D.E.)	Puntuación HAQ-DI (Promedio ±D.E.)	
	Total (Promedio ±D.E.)	Dolor (Promedio ±D.E.)	Rigidez (Promedio ±D.E.)	Discapacidad (Promedio ±D.E.)			
Escolaridad[†]							
Menor a							
Primaria	<i>n</i> =25	57±21**	11.3±4.8	4.6±2.4	41±15**	276.4±65**	1.48±0.62**
Primaria	<i>n</i> =29	41.9±17.3	7.8±3.7	2.7±1.5	31.5±13.8	246.7±61.1	1.41±0.64
Secundaria	<i>n</i> =30	42.6±18.1	8.6±3.7	3.2±1.8	30.9±13.5	228.3±66.4	1.28±0.74
Bachillerato	<i>n</i> =39	43.7±20.9	9.2±4.3	3.6±1.9	30.9±15.9	225.3±82.1	1.2±0.63
Licenciatura	<i>n</i> =18	40.4±20.8	8±3.7	3.1±1.8	29.3±16.8	204.4±76.8	1.05±0.64
Posgrado	<i>n</i> =4	30±24.3	6.5±5.1	3±2.9	20.5±17.2	158.3±42.4	0.63±0.52
Ocupación[§]							
Trabajo Manual	<i>n</i> =66	48.7±20.3	9.6±4.4	3.8±2.1	35.4±15.2	252.7±69.2**	1.4±0.66*
Trabajo de Oficina (Subordinado)	<i>n</i> =30	44.6±19.9	9.2±4	3.4±1.8	32±15.3	234.9±79.8	1.25±0.63
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	<i>n</i> =22	36.3±19.3	7.3±4	3±2	26±15	185.6±65.5	0.91±0.45
Hogar	<i>n</i> =25	42.1±20.4	8.5±3.8	3±2.2	30.5±15.4	232.2±71	1.33±0.77
Quintil Imputado de Ingresos por Herramienta MSNSE[‡]							
I	<i>n</i> =5	53.8±14.9**	11.4±2.9**	3.2±1.1**	39.2±13.4**	277.6±41.7**	1.63±0.45**
II	<i>n</i> =16	59.5±22	10.9±4.7	4.4±2.2	44.1±16.6	282.3±85.3	1.64±0.72
III	<i>n</i> =36	49±17.8	9.6±4.5	4.2±1.9	35.2±12.5	250±61.1	1.41±0.55
IV	<i>n</i> =27	43.6±21.5	9±4.1	3.3±2.3	31.3±16.3	237.3±70.8	1.32±0.64
V	<i>n</i> =61	37.9±18.7	7.7±3.8	2.8±1.8	27.3±14.5	208.3±72.2	1.04±0.67
Salario Base de Cotización (Salarios Mínimos Vigentes al año de registro)[†]							
<2 SMV	<i>n</i> =49	44.2±20.9	8.8±4.4	3.5±2.1	32±15.9	236.7±68.3	1.22±0.69
2-4 SMV	<i>n</i> =24	42.1±19.6	8.5±3.9	3.3±1.6	30.3±15	228.3±83.2	1.28±0.73
≥4 SMV	<i>n</i> =62	43.8±20.6	8.8±4.3	3.5±2.1	31.5±15.2	229±74.1	1.22±0.61
*Significativo al nivel $p < 0.05$							
**Significativo al nivel $p < 0.01$							
†Significancia estadística calculada por prueba <i>t</i> de Student							
‡Significancia estadística calculada mediante coeficiente ρ de Spearman							
§Significancia estadística calculada mediante ANOVA/Kruskal-Wallis							

Tabla 125. Puntuaciones WOMAC, AMICAL y HAQ-DI según variables de nivel socioeconómico en la infancia

	Puntuación WOMAC y Sub-Componentes				Puntuación AMICAL (Promedio ±D.E.)	Puntuación HAQ-DI (Promedio ±D.E.)	
	Total (Promedio ±D.E.)	Dolor (Promedio ±D.E.)	Rigidez (Promedio ±D.E.)	Discapacidad (Promedio ±D.E.)			
Escolaridad del Padre[‡]							
Menor a Primaria	<i>n</i> =48	44.7±19.8	8.6±4.3	3.6±2.1	32.6±14.5	246.6±69.6*	1.26±0.6
Primaria	<i>n</i> =54	45±19.8	9.2±4	3.2±1.8	32.6±15.1	234.9±70.5	1.41±0.72
Secundaria	<i>n</i> =12	46.9±19.2	10±3.4	2.9±2.4	34±15.7	227.1±66.2	1.2±0.54
Bachillerato	<i>n</i> =7	45.7±23.2	7.9±5.1	4.1±1.8	33.7±17.8	239.7±106.9	1.42±0.85
Licenciatura	<i>n</i> =11	41.1±26.7	8.8±5.1	3.7±2.5	28.5±20	195.3±71.2	0.85±0.61
Posgrado	<i>n</i> =2	14.5±0.7	4.5±2.1	2±1.4	8±4.2	139.5±14.8	0.69±0.62
Escolaridad de la Madre[‡]							
Menor a Primaria	<i>n</i> =65	45.4±20.3	8.7±4.2	3.6±2.2	33.2±15	245.4±68.8*	1.28±0.64
Primaria	<i>n</i> =53	46.5±20.1	9.3±4.2	3.5±1.8	33.7±15.3	237.4±69.8	1.36±0.66
Secundaria	<i>n</i> =7	37.6±12.7	9.1±4	1.4±0.8	27±9.8	187.4±91.5	1.02±0.56
Bachillerato	<i>n</i> =11	37±21.6	7.9±4.3	3.8±1.8	25.3±16.9	204.1±88	0.94±0.76
Licenciatura	<i>n</i> =3	33.3±28.4	8.3±4.9	3±3	22±21.4	179.7±26.8	1.04±0.26
Posgrado	<i>n</i> =1	15	3	1	11	129	0.25
Ocupación del Padre[§]							
Trabajo Manual	<i>n</i> =110	45.6±20.1	9±4.2	3.4±2	33.2±15.1	239.8±69	1.32±0.64
Trabajo de Oficina (Subordinado)	<i>n</i> =10	43.1±21.4	8.7±4.1	3.6±1.7	30.8±16.3	237.5±81.3	1.39±0.95
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	<i>n</i> =20	40.8±20.7	8.8±4.1	3.7±2.1	28.4±15.7	200.3±77.2	1.01±0.55
Ocupación de la Madre[§]							
Trabajo Manual	<i>n</i> =36	43.4±18.6	9.1±4.1	3.1±1.9	31.2±13.6*	243.6±67.1*	1.2±0.66
Trabajo de Oficina (Subordinado)	<i>n</i> =9	34.2±20.2	7.6±4	3.4±2.4	23.2±15	188.8±71.5	0.97±0.95
Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes)	<i>n</i> =4	26.8±9.6	6.5±1	2.8±0.5	17.5±9.5	143.3±30.9	1.16±0.33
Hogar	<i>n</i> =93	46.9±20.6	9.1±4.4	3.6±2.1	34.2±15.6	240±72.1	1.33±0.63
*Significativo al nivel $p < 0.05$							
**Significativo al nivel $p < 0.01$							
†Significancia estadística calculada por prueba <i>t</i> de Student							
‡Significancia estadística calculada mediante coeficiente ρ de Spearman							
§Significancia estadística calculada mediante ANOVA/Kruskal-Wallis							

Tabla 126. Fuerza de la asociación entre variables confusoras y de nivel socioeconómico con puntuaciones WOMAC, AMICAL y HAQ-DI

	Puntuación WOMAC y Sub-Componentes				Puntuación AMICAL (Promedio ±D.E.)	Puntuación HAQ-DI (Promedio ±D.E.)
	Total (Promedio ±D.E.)	Dolor (Promedio ±D.E.)	Rigidez (Promedio ±D.E.)	Discapacidad (Promedio ±D.E.)		
Sexo	<i>t</i> de Student $\mu_{dif}=9.5^*$ (IC ₉₅ : 2.3-16.7) $p=0.011$	<i>t</i> de Student $\mu_{dif}=3.0^{**}$ (IC ₉₅ : 1.3-4.6) $p=0.001$	<i>t</i> de Student $\mu_{dif}=0.8^*$ (IC ₉₅ : 0.1-1.6) $p=0.020$	<i>t</i> de Student $\mu_{dif}=5.7^*$ (IC ₉₅ : 0.2-11.7) $p=0.043$	<i>t</i> de Student $\mu_{dif}=25.9$ (IC ₉₅ : -4.3-56.0) $p=0.092$	<i>t</i> de Student $\mu_{dif}=0.4^{**}$ (IC ₉₅ : 0.15-0.68) $p=0.003$
Edad (Rangos)	$\rho=0.099$ $p=0.238$	$\rho=-0.033$ $p=0.692$	$\rho=0.035$ $p=0.675$	$\rho=0.136$ $p=0.102$	$\rho=0.038$ $p=0.651$	$\rho=0.154$ $p=0.068$
IMC (Rangos)	$\rho=0.147$ $p=0.077$	$\rho=0.209^*$ $p=0.012$	$\rho=0.066$ $p=0.428$	$\rho=0.128$ $p=0.124$	$\rho=0.143$ $p=0.087$	$\rho=0.109$ $p=0.195$
IT	$\rho=-0.100$ $p=0.231$	$\rho=-0.145$ $p=0.082$	$\rho=0.019$ $p=0.821$	$\rho=-0.097$ $p=0.244$	$\rho=-0.130$ $p=0.121$	$\rho=-0.181^*$ $p=0.032$
Diabetes	<i>t</i> de Student $\mu_{dif}=5.9$ (IC ₉₅ : -1.5-13.2) $p=0.118$	<i>t</i> de Student $\mu_{dif}=0.8$ (IC ₉₅ : -0.8-2.3) $p=0.335$	<i>t</i> de Student $\mu_{dif}=0.7$ (IC ₉₅ : -0.04-1.4) $p=0.064$	<i>t</i> de Student $\mu_{dif}=4.4$ (IC ₉₅ : -1.1-10.0) $p=0.118$	<i>t</i> de Student $\mu_{dif}=30.1^*$ (IC ₉₅ : 3.5-56.7) $p=0.027$	<i>t</i> de Student $\mu_{dif}=0.12$ (IC ₉₅ : -0.12-0.36) $p=0.332$
Hipertensión	<i>t</i> de Student $\mu_{dif}=5.7$ (IC ₉₅ : -0.9-12.4) $p=0.091$	<i>t</i> de Student $\mu_{dif}=0.7$ (IC ₉₅ : -0.6-2.1) $p=0.294$	<i>t</i> de Student $\mu_{dif}=0.26$ (IC ₉₅ : -0.4-0.9) $p=0.438$	<i>t</i> de Student $\mu_{dif}=4.7$ (IC ₉₅ : -0.3-9.7) $p=0.065$	<i>t</i> de Student $\mu_{dif}=24.9^*$ (IC ₉₅ : 0.8-49.0) $p=0.043$	<i>t</i> de Student $\mu_{dif}=0.23^*$ (IC ₉₅ : 0.02-0.45) $p=0.036$
Articulaciones Afectadas	ANOVA** $p<0.0005$	ANOVA** $p<0.0005$	ANOVA** $p<0.0005$	ANOVA** $p<0.0005$	ANOVA** $p<0.0005$	ANOVA** $p<0.0005$
Escolaridad	$\rho=-0.224^{**}$ $p=0.007$	$\rho=-0.141$ $p=0.091$	$\rho=-0.081$ $p=0.331$	$\rho=-0.245^{**}$ $p=0.003$	$\rho=-0.313^{**}$ $p<0.0005$	$\rho=-0.247^{**}$ $p=0.003$
Ocupación	ANOVA $p=0.079$	ANOVA $p=0.152$	ANOVA $p=0.297$	ANOVA $p=0.083$	ANOVA** $p=0.004$	Kruskal-Wallis* $p=0.018$
Quintil Imputado de Ingresos	$\rho=-0.354^{**}$ $p<0.0005$	$\rho=-0.283^{**}$ $p=0.001$	$\rho=-0.273^{**}$ $p=0.001$	$\rho=-0.348^{**}$ $p<0.0005$	$\rho=-0.362^{**}$ $p<0.0005$	$\rho=-0.335^{**}$ $p<0.0005$
Salario Base de Cotización	$\rho=-0.020$ $p=0.821$	$\rho=0.011$ $p=0.895$	$\rho=-0.023$ $p=0.791$	$\rho=-0.030$ $p=0.731$	$\rho=-0.050$ $p=0.566$	$\rho=0.016$ $p=0.858$
Escolaridad del Padre	$\rho=-0.070$ $p=0.423$	$\rho=0.010$ $p=0.906$	$\rho=-0.027$ $p=0.758$	$\rho=-0.089$ $p=0.305$	$\rho=-0.179^*$ $p=0.039$	$\rho=-0.078$ $p=0.375$
Escolaridad de la Madre	$\rho=-0.124$ $p=0.144$	$\rho=0.023$ $p=0.787$	$\rho=-0.073$ $p=0.394$	$\rho=-0.145$ $p=0.087$	$\rho=-0.203^*$ $p=0.017$	$\rho=-0.105$ $p=0.221$
Ocupación del Padre	ANOVA $p=0.598$	ANOVA $p=0.936$	ANOVA $p=0.884$	ANOVA $p=0.421$	ANOVA $p=0.085$	Kruskal-Wallis $p=0.103$
Ocupación de la Madre	ANOVA $p=0.077$	ANOVA $p=0.475$	ANOVA $p=0.636$	ANOVA* $p=0.034$	ANOVA* $p=0.010$	ANOVA $p=0.386$

IMC: Índice de Masa Corporal; IT: Índice Tabáquico; μ_{dif} : Diferencia de Medias; IC₉₅: Intervalo de Confianza del 95%; ρ : Coeficiente de correlación de Spearman; ANOVA: Análisis de Varianza

*Significativo al nivel $p<0.05$

**Significativo al nivel $p<0.01$

12. Discusión

El presente trabajo mostró una asociación débil a moderada pero consistente entre el nivel socioeconómico actual y el estado de salud, la calidad de vida y el grado de discapacidad entre pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera, derechohabientes de una institución de seguridad social en México y que acudieron a consulta de medicina familiar en un hospital situado en una zona mayoritariamente de clase media. A continuación se detallan algunas consideraciones al respecto.

En primer lugar, es importante mencionar que el nivel socioeconómico es un constructo de difícil medición, pues no existe ningún factor único que lo exprese. En ese sentido, una fortaleza del presente estudio fue tomar distintas medidas del nivel socioeconómico actual, en particular la escolaridad, el tipo de ocupación y el Quintil Imputado de Ingresos según la herramienta Medición Simplificada del Nivel Socioeconómico (MSNSE). Estas tres medidas mostraron un importante grado de consistencia, asociándose entre sí de manera muy importante.

En cambio, el Salario Base de Cotización, ya fuese expresado directamente o clasificado en rangos, no se asoció con el resto de las medidas de nivel socioeconómico (excepto muy débilmente con la escolaridad, ρ de Spearman 0.174, $p=0.043$). Esto se debe probablemente a que existe un importante grado de inconsistencia entre el salario reportado por los patrones ante el Instituto Mexicano del Seguro Social y el salario real de las y los trabajadores, además de que un alto porcentaje de nuestros pacientes estaban asegurados en calidad de dependientes, por lo que el Salario Base de Cotización del titular no necesariamente refleja los ingresos de los pacientes.

En ese sentido, consideramos que el Quintil Imputado de Ingresos por la herramienta MSNSE, a pesar de sus limitaciones, refleja más adecuadamente el nivel socioeconómico de las y los pacientes que el Salario Base de Cotización. Entre las limitaciones de esta herramienta se encuentran un riesgo de clasificar inadecuadamente a los pacientes de hasta un 35%,⁽⁶⁷⁾ además de que, a pesar de tratarse de una herramienta desarrollada en 2015 y en base a datos de encuestas de 2012, es posible que algunos de los bienes y servicios utilizados tengan actualmente un peso distinto al que tenían hace 6 años. Como ejemplo de ello, podemos mencionar la tenencia de un DVD. Sin embargo, como se mencionó, el índice muestra una correlación importante con la escolaridad y el tipo de ocupación, por lo que consideramos que continúa siendo una medición adecuada del nivel socioeconómico, con la ventaja de que puede calcularse de forma sencilla a partir de la respuesta a tan solo ocho preguntas dicotómicas.

Cabe mencionar que el porcentaje de pacientes en el Quintil Imputado de Ingresos más bajo (Quintil I) fue relativamente bajo (5 pacientes, 3.4%), mientras que más de la mitad de los pacientes se encontraron en los quintiles 4 y 5 (18.5% y 41.8%, respectivamente). Si bien esto refleja que ciertamente el nivel socioeconómico de la población de nuestro hospital es más alto que el promedio nacional, nos obliga a prestar atención especial en ese porcentaje (aunque sea relativamente pequeño) de pacientes que se encuentra en los quintiles más bajos, por tratarse de una población más vulnerable y que, como muestra este estudio, puede sufrir más severamente los impactos de las enfermedades.

Comparación con otros estudios sobre el tema

En el estudio de Baldassari *et al*,⁽⁵⁹⁾ se encontró una asociación en el modelo de regresión lineal entre el nivel socioeconómico y el grado de discapacidad evaluado por la puntuación HAQ-DI. Los autores clasificaron a los pacientes en tres grupos de nivel socioeconómico: alto, medio y bajo, en base a la escolaridad, el tipo de ocupación y propiedad del hogar. En dicho trabajo la media de puntuación HAQ-DI fue de 0.53 puntos para los pacientes con nivel socioeconómico alto y de 0.85 para los pacientes con nivel socioeconómico bajo, es decir una diferencia de 0.32 puntos. En nuestro estudio, encontramos una correlación entre el Quintil Imputado de Ingresos por herramienta de Medición Simplificada del Nivel Socioeconómico (MSNSE) y la puntuación HAQ-DI, con ρ de Spearman de -0.335 que indica que a mayor Quintil Imputado de Ingresos, los pacientes tienen un menor grado de discapacidad. Los pacientes del Quintil V tuvieron una media de puntuación HAQ-DI de 1.04 puntos, mientras que los pacientes del Quintil I tuvieron una media de 1.63 puntos y los pacientes del Quintil II una media de 1.64 puntos. Esto representa una diferencia de medias de 0.59-0.60 puntos. Como puede observarse, en nuestro estudio – comparado con el de Baldassari *et al* – el grado de discapacidad fue mayor entre todos los grupos socioeconómicos, y la diferencia entre los grupos extremos también fue mayor. Esto puede deberse en parte a que los pacientes de nuestro estudio eran mayores (media de edad de 69.4 años vs 60.1 años), al tipo de medición de nivel socioeconómico utilizado y, posiblemente, a que la gradiente de diferencias socioeconómicas sea mayor en México que en Estados Unidos.

Juhakoski *et al*⁽⁷⁶⁾ evaluaron diferentes factores de riesgo para presentar peor estado de salud (evaluado mediante la puntuación WOMAC) entre pacientes con osteoartritis de cadera en una región de Finlandia. En este estudio, encontraron una asociación entre la escolaridad y la puntuación WOMAC, con un coeficiente de correlación de Pearson de $r=-0.264$, que indica que a mayor nivel educativo, mejor estado de salud. En nuestro estudio, encontramos una correlación entre la escolaridad y la puntuación WOMAC, con ρ de Spearman de -0.224. A pesar de usar una medida de correlación ligeramente diferente (puesto que la escolaridad se midió como variable cualitativa ordinal y no como variable continua), y de que el estudio finlandés incluyó únicamente a pacientes con osteoartritis de cadera, ambos estudios arrojan un resultado similar, que indica una asociación consistente entre la escolaridad y el estado de salud entre pacientes con osteoartritis. Consideramos que esto se debe a la importancia de la escolaridad como marcador del nivel socioeconómico.

Cleveland *et al*⁽⁵⁰⁾ evaluaron el impacto del nivel educativo, el tipo de ocupación y el nivel de pobreza de la zona de residencia en el estado de salud (medido por el cuestionario WOMAC) entre pacientes con osteoartritis de rodilla participantes del *Johnson County Osteoarthritis Project*, en North Carolina, Estados Unidos. Si bien la medida de asociación que reportan (β de regresión lineal) no es comparable a las usadas en este estudio, tras controlar por la edad, sexo, raza e Índice de Masa Corporal encontraron asociaciones independientes entre el tipo de ocupación y el puntaje WOMAC-Total, así como los subcomponentes de discapacidad y de dolor. Asimismo, encontraron asociación entre la escolaridad y el puntaje WOMAC-Total y el subcomponente de discapacidad. De igual manera, encontraron una asociación entre el subcomponente de dolor y el vivir en una zona con más del 25% de personas por debajo de la línea de pobreza de Estados Unidos. En nuestro estudio encontramos una asociación entre la escolaridad y la puntuación WOMAC-Total, así como el subcomponente de discapacidad, pero la posible asociación entre el tipo de ocupación y la puntuación WOMAC no alcanzó significancia estadística ($p=0.079$). Esto podría deberse en parte a que la clasificación de ocupación utilizada por Cleveland *et al* partió de una clasificación más fina (7 grupos de ocupaciones) y después dicotomizó la variable entre ocupaciones gerenciales y no gerenciales.

Por su parte, Knight *et al*⁽⁵¹⁾ evaluaron el impacto del nivel educativo, el tipo de ocupación y el nivel de pobreza de la zona de residencia en el estado de salud y el grado de discapacidad (medidos por los cuestionarios WOMAC y HAQ-DI, respectivamente) entre pacientes con osteoartritis de cadera participantes del ya mencionado *Johnson County Osteoarthritis Project*. Aunque, al igual que Cleveland *et al*, la medida de asociación que reportan (β de regresión lineal) no es comparable a las usadas por este estudio, tras controlar por las mismas variables confusoras, los autores encontraron una asociación independiente entre el nivel educativo y las puntuaciones WOMAC y HAQ-DI, así como entre la ocupación no-gerencial y las puntuaciones WOMAC y HAQ-DI. En nuestro estudio, encontramos las mismas asociaciones, con excepción de aquella entre el tipo de ocupación y la puntuación WOMAC lo cual, como ya se comentó, puede deberse a la distinta clasificación de ocupación utilizada.

En un estudio entre pacientes en lista de espera para cirugía de remplazo total de articulación de cadera en Australia, Ackerman *et al*⁽⁷⁷⁾ encontraron una asociación entre el ingreso y el nivel educativo y la Calidad de Vida Relacionada a la Salud (medida con el cuestionario AQOL), pero no con el estado de salud (medido con el cuestionario WOMAC). En nuestro estudio, encontramos asociaciones del Quintil Imputado de Ingresos (que, como ya se comentó, resultó mejor medida del nivel socioeconómico que el Salario Base de Cotización) y la escolaridad tanto con la Calidad de Vida Relacionada a la Salud (medida con un cuestionario diferente, AMICAL) y el estado de salud (medido con el mismo cuestionario WOMAC). Si bien la medida de asociación para calidad de vida no es comparable por el cuestionario utilizado, consideramos que ambos estudios reafirman la idea del impacto del nivel socioeconómico en la calidad de vida entre los pacientes con osteoartritis. Una posible explicación de que en el estudio de Ackerman *et al* no se hayan encontrado diferencias significativas en el estado de salud es que se trató en general de pacientes con estado de salud severamente comprometido, con puntuaciones WOMAC promedio considerablemente más altas que las de los pacientes en nuestro estudio (media de 59.11 vs 44.6). Por tratarse de un estudio entre pacientes en espera de cirugía de cadera, el mal estado de salud era prácticamente un criterio de inclusión en el estudio, por lo que las posibles diferencias entre grupos de ingreso y de nivel educativo se verían atenuadas.

En uno de los pocos estudios prospectivos sobre el tema, Peters *et al*⁽⁷⁸⁾ encontraron que la clase social más baja se asoció con mayor avance de la osteoartritis de rodilla ($p=0.0055$) pero no de cadera tras un seguimiento de 8 años. Si bien el nuestro se trata de un estudio transversal, los resultados son coherentes puesto que encontramos una asociación entre el Quintil Imputado de Ingresos y el estado de salud (puntuación WOMAC), con ρ de Spearman de -0.354 ($p<0.005$).

En un estudio transversal realizado en la ciudad de Malmö, Suecia, Kiadaliri *et al*⁽⁷⁹⁾ reportan una asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo y el tipo de ocupación, y la presencia de dolor de rodilla (Índice Relativo de Desigualdad 0.71 y 0.70, respectivamente) así como la prevalencia de osteoartritis de rodilla (Índice Relativo de Desigualdad 0.67 y 0.56 respectivamente). Estos autores encontraron también que ciertas medidas de calidad de vida relacionadas con la osteoartritis de rodilla fueron peores para los pacientes con escolaridad baja y tipo de ocupación manual (Índice Relativo de Desigualdad 0.79 y 0.75, respectivamente). Si bien las medidas de asociación no son comparables con las encontradas en este estudio, los hallazgos en general son consistentes con lo ya comentado.

También en la región Nórdica, Brekke *et al*⁽⁸⁰⁾ realizaron un estudio en el que compararon la intensidad del dolor musculoesquelético no inflamatorio y el grado de discapacidad entre la población general de la ciudad de Oslo, Noruega, encontrando que vivir en la zona este (económicamente desfavorecida) de la ciudad se asocia, tras ajustar por la edad, con mayor grado de discapacidad (β de regresión lineal 0.104, $P=0.001$), así como de dolor intenso (OR 1.45) y extendido (1.42), asociaciones que pierden su significancia cuando se incorpora la variable de educación – es decir que esta última explica estadísticamente el mayor grado de discapacidad, dolor intenso y dolor extendido entre los residentes de la zona este. Aunque las medidas de asociación de nuestro estudio no son directamente comparables, los resultados son coherentes con este trabajo, puesto que encontramos asociación del Quintil Imputado de Ingresos con el nivel de dolor (puntuación del subcomponente WOMAC-Do) y con el grado de discapacidad (puntuación HAQ-DI), así como del nivel educativo con el grado de discapacidad (puntuación HAQ-DI).

En un estudio derivado de una encuesta realizada en Brasil con cobertura nacional, de pacientes usuarios del Sistema Único de Salud, Ascef *et al*⁽⁸¹⁾ encontraron, por un lado, que la presencia de “artritis, osteoartritis o reumatismo” es el segundo factor con más peso en el deterioro de la calidad de vida (sólo después de la Enfermedad Vasculare Cerebral), y que por otro la escolaridad se relaciona positivamente con la calidad de vida. En su estudio, la escolaridad y el nivel de ingresos mostraron un alto grado de co-linearidad, teniendo la primera mayor poder predictor con respecto a la calidad de vida. En nuestro estudio también existió una correlación importante entre el ingreso y la escolaridad (ρ de Spearman: 0.496), pero la correlación con la calidad de vida específica para la enfermedad (medida con el cuestionario AMICAL) fue ligeramente mayor para la variable de Quintil Imputado de Ingreso.

Por su parte, Loyola-Sánchez *et al*⁽⁵⁶⁾ evaluaron la relación entre la presencia de artritis (osteoartritis, artritis reumatoide o artritis indiferenciada) y la presencia de discapacidad (dicotomizando el cuestionario HAQ-DI) en un municipio maya en el estado de Yucatán, encontrando una asociación importante entre la presencia de artritis y la presencia de discapacidad (OR 3.8). En el mismo estudio, los autores encontraron que el mayor nivel de riqueza se asociaba con una prevalencia menor de artritis (OR 0.9). Sin embargo, estos autores no analizaron si el nivel de riqueza se asociaba con la presencia de discapacidad entre los pacientes con artritis. Como hemos comentado, en nuestro estudio el Quintil Imputado de Ingresos se asoció inversamente con el grado de discapacidad.

Con respecto al nivel socioeconómico en la infancia, en el ya mencionado estudio de Baldassari *et al*⁽⁵⁹⁾ se evaluó el nivel socioeconómico en la infancia con una medida que conjuntó la ocupación del padre (profesional o no profesional), la escolaridad de la madre y la propiedad de la vivienda, entre pacientes con cualquier tipo de artritis (con una mayoría de pacientes con osteoartritis). Estos autores encontraron una asociación entre el nivel socioeconómico bajo en la infancia y el grado de discapacidad (evaluado mediante la puntuación HAQ-DI) y el estado de salud, evaluado mediante el cuestionario SF12v2 (β de regresión lineal 0.15), independientemente del Índice de Masa Corporal, edad, sexo y comorbilidades, que persistió incluso al ajustar por el nivel socioeconómico actual. En nuestro estudio sólo encontramos asociación entre la Escolaridad del Padre, la Escolaridad de la Madre y la Ocupación de la Madre con la calidad de vida, evaluada mediante el cuestionario AMICAL, pero no con la puntuación HAQ-DI ni la puntuación WOMAC. Esto puede deberse a que en el estudio de North Carolina se usó una medida compuesta de nivel socioeconómico, mientras que en nuestro estudio tomamos las variables comentadas por separado, siendo indicadores un tanto burdos del nivel socioeconómico en la infancia.

Alcances y limitaciones del estudio

Dentro de los alcances de esta investigación se encuentra el haber establecido una asociación entre el nivel socioeconómico – medido en términos de ingreso imputado por acceso a bienes y servicios, de escolaridad y de tipo de ocupación – y el estado de salud, la calidad de vida y el grado de discapacidad entre pacientes con osteoartritis, incluso en un hospital en el que la mayor parte (60.3%) de la población pertenece a los dos quintiles más altos de la distribución nacional de ingresos.

De la misma manera, nuestro estudio es uno de pocos que han estudiado la asociación del nivel socioeconómico en la infancia y los desenlaces entre pacientes con osteoartritis, y el primero hasta donde tenemos conocimiento en hacerlo en el ámbito latinoamericano. Si bien la mayor parte de las asociaciones resultaron no significativas, pudo establecerse una asociación significativa entre la escolaridad tanto del padre como de la madre con la calidad de vida entre los pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera.

Un aspecto importante de los resultados que presentamos es que, si bien las asociaciones encontradas, en términos estadísticos, son en general débiles a moderadas, la asociación entre nivel socioeconómico y los desenlaces estudiados (estado de salud, calidad de vida y grado de discapacidad) fue más fuerte que aquella del Índice de Masa Corporal, el Índice Tabáquico o incluso la edad con los mismos desenlaces. Estos últimos son los factores de riesgo mejor establecidos para el desarrollo de la osteoartritis y para los peores desenlaces entre pacientes con la enfermedad, por lo que consideramos que el bajo nivel de ingresos, el bajo nivel educativo y el trabajo manual bien podrían empezar a considerarse factores de riesgo para peores desenlaces entre pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera.

Otra fortaleza del presente estudio es la inclusión de un número importante (17.1%) de pacientes mayores de 80 años, siendo ésta una población generalmente poco estudiada, incluso tratándose de enfermedades como la osteoartritis que afectan a este grupo de edad con alta frecuencia.

Entre las limitaciones del estudio, se debe mencionar en primer lugar el tratarse de un estudio transversal que, por su naturaleza, no permite llegar a conclusiones causales. A pesar de ello, pensamos que existen razones fuertes para creer que el nivel socioeconómico es causa de fondo de los malos desenlaces entre los pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera, y no vice-versa.

Otra limitación del estudio se encuentra en el hecho de no haber hecho distinción entre la afectación de las articulaciones de manos, columna vertebral, hombros, codos, tobillos, etcétera, clasificándolas a todas dentro del rubro de "otras". Esto impidió desarrollar un análisis que tomara en cuenta el número de articulaciones afectadas, tanto en relación a su posible asociación con el nivel socioeconómico como a su relación con el estado de salud, la calidad de vida y el grado de discapacidad.

De igual manera, nuestro estudio se vio limitado al no tomar en cuenta la presencia o ausencia de reemplazos articulares entre nuestros pacientes, ni el tratamiento farmacológico, quirúrgico o rehabilitatorio recibido, siendo que el acceso a este tipo de intervenciones podría ser uno de los mediadores entre el nivel socioeconómico y los desenlaces estudiados.

Como se comentó, otra limitación del estudio se encuentra en las dificultades inherentes a la medición del nivel socioeconómico. Inicialmente, se consideró que el hecho de que el Instituto Mexicano del Seguro Social posea una base de datos del Salario Base de Cotización brindaba un gran potencial para realizar investigación sobre el impacto del nivel socioeconómico en la salud y, en este caso, en los desenlaces entre pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera. Sin embargo, esta variable presenta importantes limitaciones, tales como el hecho de tener registro únicamente para los titulares y no para los dependientes, la poca fidelidad del ingreso reportado ante el Instituto con respecto al ingreso realmente percibido, y la dificultad del cálculo del ingreso real entre los pacientes pensionados. Esto llevó a que se observara prácticamente nula correlación entre el Salario Base de Cotización y las otras variables de nivel socioeconómico, así como con los desenlaces medidos.

Finalmente, una limitación importante de este estudio se encuentra en el hecho de que, como se comentó, incluyó a pocas personas (3.4%) que se encontraran en el quintil más bajo de ingresos según la herramienta de Medición Simplificada del Nivel Socioeconómico (MSNSE). Esto se debe en parte a que el estudio se limitó a la población derechohabiente de un hospital de seguridad social en una zona de nivel económico medio-alto.

Implicaciones del estudio

En el ámbito **asistencial**, este estudio tiene implicaciones importantes, en el sentido en que obliga a prestar mayor atención a los pacientes de menor nivel socioeconómico con osteoartritis de rodilla y cadera, considerando que éstos pueden presentar peores desenlaces. Esto obliga al médico o médica familiar a una intervención más proactiva en estos pacientes, considerando que el tratamiento no farmacológico (incluida la rehabilitación) y farmacológico puede tener un impacto positivo en el estado de salud, la calidad de vida y el grado de discapacidad entre estos pacientes.

De igual manera, y a pesar de sus limitaciones, se demostró la utilidad de la herramienta de Medición Simplificada del Nivel Socioeconómico, misma que – dada su simplicidad – puede usarse en el ámbito clínico para estimar el nivel socioeconómico de los pacientes y así tener mayores herramientas para identificar a los pacientes de menor nivel socioeconómico que probablemente requieren mayores cuidados e intervención por parte del médico o médica familiar.

En el ámbito **educativo**, este estudio añade a la cada vez más copiosa literatura que muestra el impacto del nivel socioeconómico en la salud, siendo que en la formación de pregrado y de posgrado en medicina – y en otras ciencias de la salud – rara vez se estudia esta relación. Consideramos que este tema debe ser abordado transversal y longitudinalmente en la formación de profesionales sanitarios de forma que éstos cuenten con mayores herramientas para intervenir con fin de aminorar las desigualdades en salud, fortaleciendo su compromiso con la justicia social como elemento en el centro del quehacer médico y sanitario en general.

En términos de **investigación**, se requieren más estudios sobre el impacto del nivel socioeconómico sobre las personas con osteoartritis. Particularmente, se requieren estudios de cohorte con seguimiento a largo plazo para estudiar adecuadamente el impacto del nivel socioeconómico a lo largo del ciclo de vida en esta condición, así como estudiar más profundamente las vías por las cuales el nivel socioeconómico incide en el riesgo de padecer osteoartritis, así como en el estado de salud, calidad de vida y grado de discapacidad una vez que ésta se desarrolla.

En el ámbito **administrativo**, si bien existe un enorme potencial para utilizar el Salario Base de Cotización como variable del nivel socioeconómico, el estudio mostró que ésta no se corresponde con el acceso a bienes y servicios ni con otras medidas de nivel socioeconómico, por lo que es importante mejorar el registro del salario de los derechohabientes, acción que impactaría positivamente en las finanzas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

De igual manera, el estudio muestra la importancia de tomar en cuenta el nivel socioeconómico en la planeación de servicios asistenciales a fin de brindar la atención adecuada a quienes sufren peores cargas de enfermedad, así como de propiciar intervenciones tempranas que reduzcan las brechas socioeconómicas y el impacto de éstas en la salud.

13. Conclusiones

La osteoartritis es una enfermedad de alta prevalencia que impacta negativamente en el estado de salud, la calidad de vida y el grado de discapacidad de las personas que la sufren, aumentando su prevalencia con la edad avanzada. Nuestro estudio muestra que dicho impacto es mayor entre las personas de menor nivel socioeconómico, utilizando para ello diversas variables que reflejan este constructo complejo. Con ello, el presente trabajo se suma a un creciente cuerpo de estudios que muestran desigualdades importantes en la prevalencia e impacto de la osteoartritis según el nivel socioeconómico, que a su vez forman parte del cada vez mayor número de trabajos que documentan las crecientes desigualdades en salud.

Existen fuertes indicios de que la prevalencia e impacto de la osteoartritis se deben estudiar desde la perspectiva del curso o trayectoria de vida, teniendo el nivel socioeconómico a lo largo de la misma un impacto determinante en los desenlaces respecto a esta enfermedad. Nuestro estudio, a pesar de usar medidas un tanto rudimentarias del nivel socioeconómico en la infancia, como la escolaridad y el tipo de ocupación del padre y de la madre, logró demostrar que éstas se encuentran asociadas a la calidad de vida de las personas que padecen osteoartritis (aunque no al estado de salud ni al grado de discapacidad).

En términos de la hipótesis de investigación, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, afirmando que existe una asociación entre nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis que acuden a la consulta de medicina familiar del HGZMF No. 8.

La atención médica de primer nivel, y la medicina familiar como la especialidad médica encargada de proporcionarla a través de una atención integral, continua y con enfoque de riesgo, son pilares fundamentales en la construcción de sistemas de salud que ayuden a reducir las desigualdades en salud. Las y los profesionales encargados de brindar esta atención deben tener en cuenta los efectos negativos que el menor nivel socioeconómico tiene sobre el estado de salud, la calidad de vida y el grado de discapacidad de los pacientes que padecen osteoartritis de rodilla y cadera. De esta forma, podrán intervenir oportunamente y orientar sobre medidas preventivas concretas, así como brindar el mejor tratamiento farmacológico y no-farmacológico a las personas con osteoartritis, poniendo especial atención a aquellas de menor nivel socioeconómico. Esto puede contribuir a reducir el impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida de estas personas.

La investigación sobre el impacto del nivel socioeconómico en el desarrollo e impacto de la osteoartritis debe continuar, poniendo énfasis en la investigación sobre el impacto del curso de vida y desarrollando mejores instrumentos para medir el nivel socioeconómico en distintas etapas de la vida. Para ello, se requieren estudios longitudinales, mismos que pueden incluirse en estudios longitudinales grandes sobre el desarrollo de diversas condiciones musculoesqueléticas. De igual manera, se requiere desarrollar intervenciones que reduzcan el impacto desigual de esta enfermedad, a la vez que se debe buscar prioritaria y urgentemente reducir la desigualdad socioeconómica, pues, a fin de cuentas, lo que está en juego es la salud y la calidad de vida de las personas.

14. Bibliografía

1. National Institute for Health and Care Excellence. Osteoarthritis: care and management. NICE Guideline (CG177). 2014. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg177/chapter/Introduction> [citado 27 de diciembre de 2017]
2. Berenbaum F. Osteoarthritis as an inflammatory disease (osteoarthritis is not osteoarthrosis!). *Osteoarthritis Cartilage*. 2013;21(1):16-21.
3. Loeser RF. Aging Processes and the Development of Osteoarthritis. *Curr Opin Rheumatol*. 2013;25(1):108-13.
4. Liu-Bryan R, Terkeltaub R. Emerging regulators of the inflammatory process in osteoarthritis. *Nat Rev Rheumatol*. 2014;11(1):35-44.
5. Lane NE, Brandt K, Hawker G, Peeva E, Schreyer E, Tsuji W, et al. OARSI-FDA initiative: defining the disease state of osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2011;19(5):478-82.
6. Loeser RF, Goldring SR, Scanzello CR, Goldring MB. Osteoarthritis: A disease of the joint as an organ. *Arthritis Rheum*. 2012;64(6):1697-707.
7. Martel-Pelletier J, Barr AJ, Cicuttini FM, Conaghan PG, Cooper C, Goldring MB, et al. Osteoarthritis. *Nat Rev Dis Primer*. 2016;2:16072.
8. Weber A, Chan PMB, Wen C. Do immune cells lead the way in subchondral bone disturbance in osteoarthritis? *Prog Biophys Mol Biol*. 2017; DOI 10.1016/j.pbiomolbio.2017.12.004
9. Neogi T. The epidemiology and impact of pain in osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. septiembre de 2013;21(9):1145-53.
10. Altman R, Asch E, Bloch D, Bole G, Borenstein D, Brandt K, et al. Development of Criteria for the Classification and Reporting of Osteoarthritis. Classification of Osteoarthritis of the Knee. *Arthritis Rheum*. 1986;29(8):1039-49.
11. Altman R, Alarcón G, Appelrouth D, Bloch D, Borenstein D, Brandt K, et al. The American College of Rheumatology Criteria for the Classification and Reporting of Osteoarthritis of the Hip. *Arthritis Rheum*. 1991;34(5):505-14.
12. Peat G, Thomas E, Duncan R, Wood L, Hay E, Croft P. Clinical classification criteria for knee osteoarthritis: performance in the general population and primary care. *Ann Rheum Dis*. 2006;65(10):1363-7.
13. Damen J, van Rijn RM, Emans PJ, Hilberdink WKHA, Wesseling J, Oei EHG, et al. Prevalence and development of hip and knee osteoarthritis according to American College of Rheumatology criteria in the CHECK cohort. *Arthritis Res Ther*. 2019;21.
14. Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2012;380(9859):2197-223.
15. Cross M, Smith E, Hoy D, Nolte S, Ackerman I, Fransen M, et al. The global burden of hip and knee osteoarthritis: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*. 2014;73(7):1323-30.

16. Hootman JM, Helmick CG, Barbour KE, Theis KA, Boring MA. Updated Projected Prevalence of Self-Reported Doctor-Diagnosed Arthritis and Arthritis-Attributable Activity Limitation Among US Adults, 2015-2040: PROJECTED PREVALENCE OF ARTHRITIS IN THE US, 2015-2040. *Arthritis Rheumatol.* 2016;68(7):1582-7.
17. Park J, Mendy A, Vieira ER. Various Types of Arthritis in the United States: Prevalence and Age-Related Trends From 1999 to 2014. *Am J Public Health.* 21 de diciembre de 2017;e1-3.
18. Jafarzadeh SR, Felson DT. Updated estimates suggest a much higher prevalence of arthritis in US adults than previous ones. *Arthritis Rheumatol.* 2018;70(2):185-192.
19. Reginato AM, Riera H, Vera M, Torres AR, Espinosa R, Esquivel JA, et al. Osteoarthritis in Latin America: Study of Demographic and Clinical Characteristics in 3040 Patients. *JCR J Clin Rheumatol.* 2015;21(8):391-7.
20. Burgos-Vargas R, Cardiel MH, Loyola-Sánchez A, De Abreu MM, Pons-Estel BA, Ronsignol M, et al. Characterization of Knee Osteoarthritis in Latin America. A Comparative Analysis of Clinical and Health Care Utilization in Argentina, Brazil, and Mexico. *Reumatol Clínica.* 2014;10(3):152-9.
21. Pelaez-Ballestas I, Sanin LH, Moreno-Montoya J, Alvarez-Nemegyei J, Burgos-Vargas R, Garza-Elizondo M, et al. Epidemiology of the Rheumatic Diseases in Mexico. A Study of 5 Regions Based on the COPCORD Methodology. *J Rheumatol Suppl.* 2011;86(0):3-8.
22. Brennan-Olsen SL, Cook S, Leech MT, Bowe SJ, Kowal P, Naidoo N, et al. Prevalence of arthritis according to age, sex and socioeconomic status in six low and middle income countries: analysis of data from the World Health Organization study on global AGEing and adult health (SAGE) Wave 1. *BMC Musculoskelet Disord.* 2017;18(1).
23. Del Río Nájera D, Santana N, Peláez-Ballestas I, González-Chávez SA, Quiñonez-Flores CM, Pacheco-Tena C. Prevalence of rheumatic diseases in Raramuri people in Chihuahua, Mexico: a community-based study. *Clin Rheumatol.* 2016;35(S1):43-52.
24. Julián-Santiago F, García-García C, García-Olivera I, Goycochea-Robles MV, Pelaez-Ballestas I. Epidemiology of rheumatic diseases in Mixtec and Chontal indigenous communities in Mexico: a cross-sectional community-based study. *Clin Rheumatol.* 2016;35(S1):35-42.
25. Peláez-Ballestas I, Alvarez-Nemegyei J, Loyola-Sánchez A, Escudero ML. Prevalence and factors associated with musculoskeletal disorders and rheumatic diseases in indigenous Maya-Yucateco people: a cross-sectional community-based study. *Clin Rheumatol.* 2016;35(S1):15-23.
26. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet.* 2012;380(9859):2163-96.
27. Hunter DJ, Schofield D, Callander E. The individual and socioeconomic impact of osteoarthritis. *Nat Rev Rheumatol.* 2014;10:437-41.
28. Puig-Junoy J, Ruiz Zamora A. Socio-economic costs of osteoarthritis: A systematic review of cost-of-illness studies. *Semin Arthritis Rheum.* 2015;44(5):531-41.
29. Silverwood V, Blagojevic-Bucknall M, Jinks C, Jordan JL, Protheroe J, Jordan KP. Current evidence on risk factors for knee osteoarthritis in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Osteoarthritis Cartilage.* 2015;23(4):507-15.

30. Richmond SA, Fukuchi RK, Ezzat A, Schneider K, Schneider G, Emery CA. Are Joint Injury, Sport Activity, Physical Activity, Obesity, or Occupational Activities Predictors for Osteoarthritis? A Systematic Review. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2013;43(8):515-B19.
31. Jiang L, Xie X, Wang Y, Wang Y, Lu Y, Tian T, et al. Body mass index and hand osteoarthritis susceptibility: an updated meta-analysis. *Int J Rheum Dis.* 2016;19(12):1244-54.
32. Wluka AE, Lombard CB, Cicuttini FM. Tackling obesity in knee osteoarthritis. *Nat Rev Rheumatol.* 2013;9(4):225-35.
33. Yucesoy B, Charles LE, Baker B, Burchfiel CM. Occupational and genetic risk factors for osteoarthritis: A review. *Work Read Mass.* 2015;50(2):261.
34. Arellano RD, Arguello JR, Velasco VM, Loera CR, Hernández F, García-Sepúlveda CA. The D-repeat polymorphism in the ASPN gene and primary knee osteoarthritis in a Mexican mestizo population: a case-control study. *J Orthop Sci.* 2013;18(5):826-31.
35. González-Huerta NC, Borgonio-Cuadra VM, Zenteno JC, Cortés-González S, Duarte-Salazar C, Miranda-Duarte A. D14 repeat polymorphism of the asporin gene is associated with primary osteoarthritis of the knee in a Mexican Mestizo population. *Int J Rheum Dis.* 2015;20(12):1935-41.
36. Magaña JJ, Muñoz B, Borgonio-Cuadra VM, Razo-Estrada C, González-Huerta C, Cortés-González S, et al. The association of single nucleotide polymorphisms in the calcitonin gene with primary osteoarthritis of the knee in Mexican mestizo population. *Rheumatol Int.* 2013;33(10):2483-91.
37. Zhang Y, Wang J, Liu X. Association between hypertension and risk of knee osteoarthritis: A meta-analysis of observational studies. *Medicine (Baltimore).* 2017;96(32):e7584.
38. Schieir O, Tosevski C, Glazier RH, Hogg-Johnson S, Badley EM. Incident myocardial infarction associated with major types of arthritis in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(8):1396-404.
39. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública México.* 2002;44(4):349-61.
40. Karimi M, Brazier J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics.* 2016;34(7):645-9.
41. Whoqol Group. Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *Int J Ment Health.* 2015; 23(3):24-56
42. Barofsky I. Can quality or quality-of-life be defined? *Qual Life Res.* 2012;21(4):625-31.
43. Bakas T, McLennon SM, Carpenter JS, Buelow JM, Otte JL, Hanna KM, et al. Systematic review of health-related quality of life models. *Health Qual Life Outcomes.* 2012;10(1):134.
44. Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE, Larson JL. Conceptual Model of Health-Related Quality of Life. *J Nurs Scholarsh.* 2005;37(4):336-42.

45. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. *J Gerontol Ser A*. 2004;59(3):M255-63.
46. Leonardi M, Bickenbach J, Ustun TB, Kostanjsek N, Chatterji S. The definition of disability: what is in a name? *The Lancet*. 2006;368(9543):1219-21.
47. Luong M-LN, Cleveland RJ, Nyrop KA, Callahan LF. Social determinants and osteoarthritis outcomes. *Aging Health*. 2012;8(4):413-37.
48. Jordan JM, Helmick CG, Renner JB, Luta G, Dragomir AD, Woodard J, et al. Prevalence of knee symptoms and radiographic and symptomatic knee osteoarthritis in African Americans and Caucasians: the Johnston County Osteoarthritis Project. *J Rheumatol*. 2007;34(1):172-80.
49. Cleveland R j., Schwartz TA, Prizer LP, Randolph R, Schoster B, Renner JB, et al. Associations of Educational Attainment, Occupation, and Community Poverty With Hip Osteoarthritis: Hip OA and Socioeconomic Status. *Arthritis Care Res*. 2013;65(6):954-61.
50. Cleveland RJ, Luong M-LN, Knight JB, Schoster B, Renner JB, Jordan JM, et al. Independent associations of socioeconomic factors with disability and pain in adults with knee osteoarthritis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2013;14(1).
51. Knight JB, Callahan LF, Luong M-LN, Shreffler J, Schoster B, Renner JB, et al. The Association of Disability and Pain with Individual and Community Socioeconomic Status in People with Hip Osteoarthritis. *Open Rheumatol J*. 2011;5:51.
52. Martin KR, Shreffler J, Schoster B, Callahan LF. Associations of perceived neighborhood environment on health status outcomes in persons with arthritis. *Arthritis Care*. 2010;62(11):1602-11.
53. Cañizares M, Power JD, Perruccio AV, Badley EM. Association of regional racial/cultural context and socioeconomic status with arthritis in the population: A multilevel analysis. *Arthritis*. 2008;59(3):399-407.
54. Brennan SL, Turrell G. Neighborhood disadvantage, individual-level socioeconomic position, and self-reported chronic arthritis: A cross-sectional multilevel study: Multilevel Study of Social Disadvantage and Arthritis. *Arthritis Care Res*. 2012;64(5):721-8.
55. Reyes C, Garcia-Gil M, Elorza JM, Mendez-Boo L, Hermosilla E, Javaid MK, et al. Socio-economic status and the risk of developing hand, hip or knee osteoarthritis: a region-wide ecological study. *Osteoarthritis Cartilage*. 2015;23(8):1323-9.
56. Loyola-Sanchez A, Richardson J, Pelaez-Ballesteros I, Alvarez-Nemegyei J, Lavis JN, Wilson MG, et al. The impact of arthritis on the physical function of a rural Maya-Yucateco community and factors associated with its prevalence: a cross sectional, community-based study. *Clin Rheumatol*. 2016;35(S1):25-34.
57. Rodríguez-Amado J, Moreno-Montoya J, Alvarez-Nemegyei J, Goycochea-Robles MV, Sanin LH, Burgos-Vargas R, et al. The Social Gap Index and the prevalence of osteoarthritis in the community: a cross-sectional multilevel study in Mexico. *Clin Rheumatol*. 2015;35(1):175-82.

58. Baldassari AR, Cleveland RJ, Callahan LF. Independent associations of childhood and current socioeconomic status with risk of self-reported doctor-diagnosed arthritis in a family-medicine cohort of North-Carolinians. *BMC Musculoskelet Disord*. 2013;14(1).
59. Baldassari AR, Cleveland RJ, Callahan LF. Independent Influences of Current and Childhood Socioeconomic Status on Health Outcomes in a North Carolina Family Practice Sample of Arthritis Patients: Influence of Current and Childhood SES on Health Outcomes. *Arthritis Care Res*. 2013;65(8):1334-42.
60. Salaffi F, Carotti M, Stancati A, Grassi W. Health-related quality of life in older adults with symptomatic hip and knee osteoarthritis: a comparison with matched healthy controls. *Aging Clin Exp Res*. 2005;17(4):255-63.
61. Woo J, Lau E, Lee P, Kwok T, Lau WCS, Chan C, et al. Impact of osteoarthritis on quality of life in a Hong Kong Chinese population. *J Rheumatol*. 2004;31(12):2433-8.
62. Wu M, Brazier JE, Kearns B, Relton C, Smith C, Cooper CL. Examining the impact of 11 long-standing health conditions on health-related quality of life using the EQ-5D in a general population sample. *Eur J Health Econ*. 2015;16(2):141-51.
63. Odding E, Valkenburg HA, Algra D, Vandenouwendland FA, Grobbee DE, Hofman A. Associations of radiological osteoarthritis of the hip and knee with locomotor disability in the Rotterdam Study. *Ann Rheum Dis*. 1998;57(4):203-8.
64. López-Arellano O, Blanco Gil J. Desigualdad social e inequidades en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones. *Salud Probl Nueva Época*. 2003;8(4):7-16.
65. Dean A, Sullivan K, Soe M. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health. 2013. Disponible en: www.openepi.com
66. Espinoza-Cuervo G, Guillermin F, Rat A-C, Duarte-Salazar C, Alemán-Hernández S-I, Vergara-Álvarez Y, et al. Transculturización y validación al español del Cuestionario específico de artrosis de miembros inferiores y calidad de vida AMICAL: Arthrose des Membres Inférieurs et Qualité de vie AMIQUAL. *Reumatología Clínica*. 2014;10(14):201-274.
67. Gutiérrez JP, Díaz-Acosta R, Shiba-Matsumoto AR. Medición simplificada del nivel socioeconómico en encuestas breves: propuesta a partir de acceso a bienes y servicios. *Salud Pública México*. 2015;57(4):298.
68. Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *J Rheumatol*. diciembre de 1988;15(12):1833-40.
69. Escobar A, Quintana JM, Bilbao A, Azkárata J, Güenaga JI. Validation of the Spanish version of the WOMAC questionnaire for patients with hip or knee osteoarthritis. Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index. *Clin Rheumatol*. 2002;21(6):466-71.
70. López Alonso SR, Martínez Sánchez CM, Romero Cañadillas AB, Navarro Casado F, González Rojo J. Propiedades métricas del cuestionario WOMAC y de una versión reducida para medir la sintomatología y la discapacidad física. *Aten Primaria*. 2009;41(11):613-20.

71. Rat A-C, Coste J, Pouchot J, Baumann M, Spitz E, Retel-Rude N, et al. OAKHQOL: A new instrument to measure quality of life in knee and hip osteoarthritis. *J Clin Epidemiol.* 2005;58:47-55.
72. Fries J, Spitz P, Krainges R, Holman H. Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum.* 1980;23(2):137-45.
73. Esteve-Vives J, Batlle-Gualda E, Reig A. Spanish version of the Health Assessment Questionnaire: reliability, validity and transcultural equivalency. Grupo para la Adaptación del HAQ a la Población Española. *J Rheumatol.* 1993;20(12):2116-22.
74. Cardiel MH, Abello-Banfi M, Ruiz-Mercado R, Alarcon-Segovia D. How to measure health status in rheumatoid arthritis in non-English speaking patients: validation of a Spanish version of the Health Assessment Questionnaire Disability Index (Spanish HAQ-DI). *Clin Exp Rheumatol.* 1993;11(2):117-21.
75. González VM, Stewart A, Ritter PL, Lorig K. Translation and validation of arthritis outcome measures into Spanish. *Arthritis Rheum.* 1995;38(10):1429-46.
76. Juhakoski R, Tenhonen S, Anttonen T, Kauppinen T, Arokoski JP. Factors Affecting Self-Reported Pain and Physical Function in Patients With Hip Osteoarthritis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2008;89(6):1066-73.
77. Ackerman IN, Graves SE, Wicks IP, Bennell KL, Osborne RH. Severely compromised quality of life in women and those of lower socioeconomic status waiting for joint replacement surgery. *Arthritis Rheum.* 2005;53(5):653-8.
78. Peters TJ, Sanders C, Dieppe P, Donovan J. Factors associated with change in pain and disability over time: a community-based prospective observational study of hip and knee osteoarthritis. *Br J Gen Pract.* 2005;55(512):205-11.
79. Kiadaliri AA, Gerhardsson de Verdier M, Turkiewicz A, Lohmander LS, Englund M. Socioeconomic inequalities in knee pain, knee osteoarthritis, and health-related quality of life: a population-based cohort study in southern Sweden. *Scand J Rheumatol.* 2017;46(2):143-51.
80. Brekke M, Hjortdahl P, Kvien TK. Severity of musculoskeletal pain: relations to socioeconomic inequality. *Soc Sci Med.* 2002;54(2):221-8.
81. Ascef B de O, Haddad JPA, Álvares J, Guerra AA, Costa EA, Acurcio F de A, et al. Health-related quality of life of patients of Brazilian primary health care. *Rev Saúde Pública.* 2017;51(Suppl 2):22s.

15. Anexos

Anexo 1. Modelo de discapacidad de Wilson y Cleary modificado por Ferrans

Anexo 2. Hoja de Recolección de datos

Anexo 3. Cuestionario de Artritis de Western Ontario y MacMaster (WOMAC)

Anexo 4. Cuestionario Artrosis de miembros inferiores y calidad de vida (AMICAL)

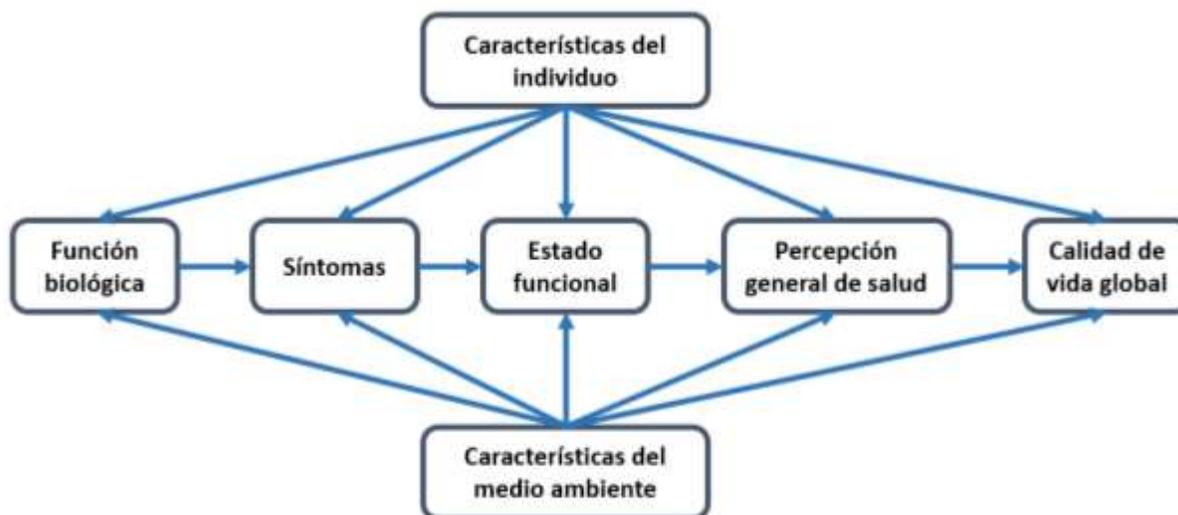
Anexo 5. Cuestionario HAQ-DI

Anexo 6. Cronograma

Anexo 7. Carta de Consentimiento Informado

Anexo 8. Carta de no inconveniente del director de la unidad

Anexo 1. Modelo de discapacidad de Wilson y Cleary modificado por Ferrans



Fuente: Adaptado de Ferrans *et al.* Conceptual Model of Health-Related Quality of Life. *Journal of Nursing Scholarship*, 2005; 37:4, 336-342. ⁽³⁴⁾



Hoja de Recolección de Datos



Proyecto: “Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con calidad de vida en pacientes con osteoartritis que acuden a la consulta de medicina familiar del HGZMF No. 8.”
 Investigador a Cargo: Dr. Eduardo Vilchis Chaparro, Dra. María Victoria Goycochea Robles
 Investigador responsable: Dr. Eduardo Vilchis Chaparro Médico Residente: Dr. Julio Pisanty Alatorre

Nombre: _____ **NSS:** _____

A1.Edad: _____ años **A2.Sexo:** Femenino Masculino

Talla: _____ m **Peso:** _____ kg **A3.IMC** _____

¿Actualmente Fuma?: Sí No **¿Alguna vez ha fumado?:** Sí No

Promedio de cigarrillos al día: _____ **Años de fumador:** _____ **A4.IT** _____

A5. ¿Padece usted Diabetes? Sí No **A6. ¿Padece usted Hipertensión Arterial?** Sí No

A7. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que padece osteoartritis, osteoartrosis, o que tiene “desgaste” de sus articulaciones?: Sí No

A8.Articulaciones afectadas: Rodilla(s) Cadera(s) Otras

B1.Máximo grado de estudios alcanzado:

Menor a primaria Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Posgrado

B2.Tipo de ocupación que desempeña o desempeñó:

Trabajo Manual Trabajo de Oficina (subordinado) Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) Hogar

B3.Máximo grado de estudios alcanzado por su padre:

Menor a primaria Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Posgrado

B4.Máximo grado de estudios alcanzado por su madre:

Menor a primaria Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Posgrado

B5.Tipo de ocupación de su padre:

Trabajo Manual Trabajo de Oficina (subordinado) Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) Hogar

B6.Tipo de ocupación de su madre:

Trabajo Manual Trabajo de Oficina (subordinado) Trabajo de Oficina (Gerentes o Jefes) Hogar

¿Cuenta usted con los siguientes bienes y servicios?

M1.DVD: Sí No

M2.Microondas: Sí No

M3.Teléfono: Sí No

M4.Casa Propia: Sí No

M5.Cable: Sí No

M6.Computadora: Sí No

M7.Automóvil: Sí No

M8.Internet: Sí No

A ser llenado por investigador

Si el titular es Trabajador: Salario base de cotización: \$ _____ /mes

Si el titular es Pensionado: Año de jubilación _____ **Último salario cotizado** \$ _____ /mes

Salario base en pesos 2017: \$ _____ /mes **C1.SalMin:** ≤2 2-4 >4

MSNE: _____ **WOMACdo:** _____ **WOMACri:** _____ **WOMACdi:** _____ **WOMACto:** _____ **AMICAL:** _____ **HAQ-DI:** _____

Anexo 3.

Cuestionario de Artritis de Western Ontario y MacMaster (WOMAC)

Ítem	¿Cuánto dolor tiene...	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
W-1	... al andar por un terreno plano?	0	1	2	3	4
W-2	... al subir o bajar escaleras?	0	1	2	3	4
W-3	... por la noche en la cama?	0	1	2	3	4
W-4	... al estar sentado o acostado?	0	1	2	3	4
W-5	... al estar de pie?	0	1	2	3	4
Ítem	¿Cuánta rigidez nota...	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
W-6	... después de despertarse por la mañana	0	1	2	3	4
W-7	... durante el resto del día después de estar sentado, acostado o descansando?	0	1	2	3	4
Ítem	¿Qué grado de dificultad tiene al...	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
W-8	... bajar escaleras?	0	1	2	3	4
W-9	... subir escaleras?	0	1	2	3	4
W-10	... levantarse después de estar sentado?	0	1	2	3	4
W-11	... estar de pie?	0	1	2	3	4
W-12	... agacharse para recoger algo del suelo?	0	1	2	3	4
W-13	... andar por un terreno plano?	0	1	2	3	4
W-14	... entrar y salir de un coche?	0	1	2	3	4
W-15	... ir de compras?	0	1	2	3	4
W-16	... ponerse las medias o los calcetines?	0	1	2	3	4
W-17	... levantarse de la cama?	0	1	2	3	4
W-18	... quitarse las medias o los calcetines?	0	1	2	3	4
W-19	... estar acostado en la cama?	0	1	2	3	4
W-20	... entrar y salir de la ducha/bañera?	0	1	2	3	4
W-21	... estar sentado?	0	1	2	3	4
W-22	... sentarse y levantarse del escusado?	0	1	2	3	4
W-23	... hacer tareas domésticas pesadas?	0	1	2	3	4
W-24	... hacer tareas domésticas ligeras?	0	1	2	3	4

Anexo 4.

Cuestionario de Calidad de Vida específica AMICAL
Artrosis de Miembros Inferiores y Calidad de Vida

Artrosis de Miembros Inferiores y Calidad de Vida
(AMICAL)

Le agradecemos que lea atentamente las siguientes instrucciones:

Las siguientes frases tratan sobre las modificaciones causadas por su artrosis de rodilla y/o de cadera en su calidad de vida. Esta información nos permitirá comprender mejor de qué manera usted **vive diariamente** con su artrosis.

- ☞ Marque la respuesta que mejor corresponde a su situación, entre “en absoluto” y “por completo”, entre “en absoluto” y “en exceso”, entre “nunca” y “siempre”,..., de acuerdo con las frases propuestas.

No hay respuestas correctas o incorrectas.

- ☞ Para cada frase marque sólo una respuesta (☑)

Ejemplo:

	“En absoluto”				“En exceso”						
Tengo dificultad para subir escaleras	<input type="checkbox"/>										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Este cuestionario es de 4 páginas (incluyendo ésta)

Lea las siguientes frases, una por una, con atención pensando en su calidad de vida DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS.

Marque () la respuesta que mejor corresponde a la situación que vive por su artrosis:

	En absoluto	En exceso
1. Tengo dificultad para caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Tengo dificultad para agacharme o levantarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Tengo dificultad para cargar cosas pesadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Tengo dificultad para bajar escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Tengo dificultad para subir escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. Tengo dificultad para bañarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Tengo dificultad para vestirme (ponerme los calcetines, medias, zapatos,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Tengo dificultad para cortarme las uñas de los pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Tengo dificultad para ponerme nuevamente en movimiento después de estar mucho tiempo en la misma posición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Tengo dificultad para entrar o salir de un auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11. Tengo dificultad para abordar los transportes colectivos (autobús, pesero, tren, metro,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No uso transportes colectivos	<input type="checkbox"/>	
12. Me veo limitado(a) en mi actividad laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No trabajo	<input type="checkbox"/>	
13. Tengo la obligación de cuidarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
14. Me toma más tiempo hacer las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
15. Me siento moralmente decaído(a) a causa del dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
16. Tengo miedo de depender de los otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Lea las siguientes frases, una por una, con atención pensando en su calidad de vida DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS.

Marque (☑) la respuesta que mejor corresponde a la situación que vive por su artrosis:

- | | En absoluto | En exceso |
|---|---|---|
| 17. Tengo miedo de ser un(a) inválido(a) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 18. Me siento incómodo(a) por la mirada de los demás | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 19. Estoy ansioso(a) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 20. Estoy deprimido(a) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 21. Estoy incómodo(a) en mi vida familiar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 22. Estoy incómodo(a) en mi vida de pareja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| No vivo en pareja | <input type="checkbox"/> | |
| 23. Estoy limitado(a) en mis relaciones sexuales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| No he tenido relaciones sexuales en las últimas 4 semanas | <input type="checkbox"/> | |

- | | Nunca | Siempre |
|--|---|---|
| 24. Tengo dificultad de quedarme en la misma posición mucho tiempo (sentado(a), de pie, inmóvil) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 25. Necesito un bastón (o muletas) para caminar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 26. Sufro de dolores (frecuencia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |

- | | En absoluto | Insoportables |
|-----------------------------------|---|---|
| 27. Sufro de dolores (intensidad) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |

- | | En absoluto | Por completo |
|--|---|---|
| 28. Necesito ayuda (quehacer doméstico, hacer compras) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 29. Tengo la impresión de envejecer antes de lo debido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |

Lea las siguientes frases, una por una, con atención pensando en su calidad de vida DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS.

Marque (☑) la respuesta que mejor corresponde a la situación que vive por su artrosis:

- | | En absoluto | Por completo |
|--|---|---|
| 30. Soy capaz de hacer planes a largo plazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 31. Salgo de mi domicilio tan seguido como lo deseo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 32. Recibo visitas tan seguido como lo deseo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| | Nunca | Todo el tiempo |
| 33. Me cuesta trabajo dormir o volver a dormir a causa de los dolores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 34. Me despierto a causa de los dolores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 35. Me pregunto qué va a ser de mí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 36. Estoy irritable, agresivo(a) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 37. Tengo la impresión de mortificar a los que me rodean | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| | En absoluto | En exceso |
| 38. Tengo temor de los efectos secundarios de mi tratamiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 39. Puedo hablar con los demás sobre los problemas que causa mi artrosis tan seguido como lo deseo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 40. Pienso que los demás comprenden los problemas que causa mi artrosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 41. Me siento apenado(a) al pedir ayuda si la necesito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 42. Me siento apoyado(a) por las personas más cercanas (pareja, familia,...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 43. Me siento apoyado(a) por las personas de mi entorno (amigos, vecinos, colegas,...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |

Verifique por favor que sólo haya marcado una y sólo 1 opción en cada una de las 43 frases.

Gracias por haber accedido a responder este cuestionario.

Anexo 5.

Cuestionario HAQ-DI – Hoja 1

Por favor marque la respuesta que mejor describa sus habilidades usuales (comunes) durante la semana pasada.

¿Actualmente puede Ud:	Sin ninguna dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	No puedo hacerlo
Vestirse y arreglarse				
1. Vestirse, incluyendo amarrarse los zapatos y abrocharse (abotonarse)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Lavarse la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantarse				
3. Levantarse de una silla que no tiene brazos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Acostarse y levantarse de la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer				
5. Cortar su comida con cuchillo y tenedor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Levantar hasta su boca una taza o vaso lleno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Abrir un cartón nuevo de leche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar				
8. Caminar al aire libre en terreno plano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Subir cinco escalones (gradas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor marque cualquier ayuda o aparato que Ud. usa regularmente para estas actividades:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Aparatos o instrumentos para vestirse |
| <input type="checkbox"/> Aparato para caminar (andador) | <input type="checkbox"/> Utensilios hechos especialmente para Ud. |
| <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Silla hecha especialmente para Ud. |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |

Por favor marque las categorías para las cuales necesita regularmente ayuda de otra persona:

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vestirse y arreglarse | <input type="checkbox"/> Comer |
| <input type="checkbox"/> Levantarse | <input type="checkbox"/> Caminar |

Por favor marque la respuesta que mejor describa sus habilidades usuales (comunes) durante la semana pasada.

¿Actualmente puede Ud:	Sin ninguna dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	No puedo hacerlo
Higiene				
10. Bañarse y secarse todo el cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Bañarse en la tina del baño? (bañadera o bañera)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sentarse y levantarse del inodoro (excusado)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcanzar				
13. Alcanzar y bajar algo que pese 5 kilos, de una altura sobre su cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Agacharse para recoger ropa del piso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agarrar				
15. Abrir la puerta del auto (carro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Abrir frascos que ya han sido abiertos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Abrir y cerrar las llaves del agua (los grifos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividades				
18. Hacer sus compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Subir y bajar del auto (carro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Hacer sus tareas domésticas (quehaceres) o trabajar en el jardín?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor marque cualquier ayuda o aparato que Ud. usa regularmente para estas actividades:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asiento elevado para el inodoro/excusado | <input type="checkbox"/> Aparatos con extensión para el baño |
| <input type="checkbox"/> Asiento para tina de baño (bañera) | <input type="checkbox"/> Aparatos con extensión para alcanzar |
| <input type="checkbox"/> Agarradera para la tina del baño (bañera) | <input type="checkbox"/> Otro (especifique:) |
| <input type="checkbox"/> Abridor de frascos que han sido _____
anteriormente abiertos | |

Por favor marque las categorías para las cuales necesita regularmente ayuda de otra persona:

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Higiene | <input type="checkbox"/> Agarrar y abrir cosas |
| <input type="checkbox"/> Alcanzar | <input type="checkbox"/> Hacer compras (quehaceres) tareas domésticas |

Anexo 6. Cronograma

Título del Proyecto: Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la prevalencia e impacto de la osteoartritis en pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar del HGZMF No. 8.

2017-2018

FECHA	MARZO 2017	ABRIL 2017	MAYO 2017	JUNIO 2017	JULIO 2017	AGOSTO 2017	SEPTIEMBRE 2017	OCTUBRE 2017	NOVIEMBRE 2017	DICIEMBRE 2017	ENERO 2018	FEBRERO 2018
Idea a estudiar	X											
Título	X											
Antecedentes		X										
Planteamiento del problema		X										
Justificación			X									
Objetivos			X									
Hipótesis			X									
Material y métodos				X								
Tipo de estudio				X								
Diseño metodológico				X								
Población					X							
Lugar y tipo de estudio						X						
Tipo y tamaño de la muestra						X						
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación							X					
Variables								X				
Definición de las variables								X				
Diseño estadístico								X				
Instrumentos de recolección									X			
Método de recolección									X			
Cronograma										X	X	
Recursos										X	X	
Consideraciones éticas											X	
Bibliografía											X	
Reporte de protocolo												X

Elaboró: Julio Pisanty Alatorre

2018-2019

FECHA	MARZO 2018	ABRIL 2018	MAYO 2018	JUNIO 2018	JULIO 2018	AGOSTO 2018	SEPTIEMBRE 2018	OCTUBRE 2018	NOVIEMBRE 2018	DICIEMBRE 2018	ENERO 2019	FEBRERO 2019
Prueba piloto		X										
Ejecución del proyecto		X										
Recolección de datos			X	X	X	X	X	X				
Almacenamiento de datos							X	X				
Análisis de datos								X				
Descripción de datos									X			
Discusión de datos									X			
Conclusión										X		
Integración y revisión final										X		
Reporte final											X	
Autorizaciones											X	
Impresión del trabajo												X
Publicación												X

Elaboró: Julio Pisanty Alatorre

Anexo 7. Carta de consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Asociación del nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis que acuden a la consulta de medicina familiar del HGZMF No. 8.
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno
Lugar y fecha:	Ciudad de México, febrero a diciembre de 2018
Número de registro:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	Estudios previos han encontrado una asociación entre el bajo nivel socioeconómico y la prevalencia e impacto de la osteoartritis. El objetivo general de la investigación es evaluar la asociación entre el nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis que acuden a la consulta de medicina familiar del HGZMF No. 8.
Procedimientos:	Llenado de cuestionarios, obtención de datos de Salario Base de Cotización a partir de bases de datos institucionales
Posibles riesgos y molestias:	Únicamente los inherentes al llenado de cuestionarios
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los pacientes detectados con osteoartritis con dolor mal controlado serán canalizados a los servicios apropiados
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Entiendo que, en caso de desear conocer los resultados finales del estudio, puedo contactar a los investigadores, quienes se comprometen a hacérmelos llegar
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes:	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Conocer si existe una asociación entre el nivel socioeconómico bajo y el desarrollo de osteoartritis
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Eduardo Vilchis Chaparro, Profesor Titular de la residencia de Medicina Familiar HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Matricula: 99377278 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax, eduardo.vilchisch@imss.gob.mx
Colaboradores:	Dr. Julio Pisanty Alatorre. Residente de segundo año de la Especialidad en Medicina Familiar. HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". Matricula: 97371479 Teléfono: 5513814370 Fax No Fax, julpisanty@gmail.com.; María Victoria Goycochea Robles, Unidad de Investigación en Epidemiología HGR 1 IMSS, Matricula 8670277, Teléfono 5530403211 Fax: No Fax; Gilberto Espinoza Anrubio Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Matricula: 99374232 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTE.

Por medio de la presente le informo a usted que no existe inconveniente para que el Investigador Dr. Vilchis Chaparro Eduardo. Médico Especialista en Medicina Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación. Doctor en Ciencias de la Familia. Profesor titular de la residencia de Medicina Familiar, con Matricula: 99377278 y con adscripción al HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" realice la investigación titulada: **ASOCIACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO ACTUAL Y EN LA INFANCIA CON CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS DE RODILLA Y DE CADERA QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**, dicha investigación pretende llevarse a cabo en el HGZ/UMF No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Sur CDMX, en la cual me desempeño como Medico de base. La presente investigación será llevada a cabo en el período comprendido del 1º de marzo de 2017 al 28 de febrero del 2020. El procedimiento que se llevará a cabo, será realizando cuestionarios a los pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera que acuden a la consulta externa de medicina familiar, para identificar factores del nivel socioeconómico y de calidad de vida, con el objetivo de establecer si existe relación entre el nivel socioeconómico actual y en la infancia con la calidad de vida.

Por lo que no tengo ningún inconveniente en otorgar las facilidades al **Dr. Vilchis Chaparro Eduardo y al Médico Residente de 2do año de Medicina Familiar Pisanty Alatorre Julio** para que realicen la recolección de información y selección de pacientes en esta unidad.

Sin más por el momento me despido de usted con un cordial saludo.

DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA