

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Servicio de Dermatología

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PSORIASIS DEL
DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL “LA RAZA”

Tesis

Para obtener el Grado de Especialista en Dermatología

Presenta:

Dr. Cuauhtemoc Herrera Gómez

Asesor de Tesis:

Dra. María Magdalena López Ibarra

Médico Jefe de Servicio de Dermatología

México, D.F., Marzo de 2008



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.

INDICE

Resumen	4
Introducción	6
Material y métodos	10
Resultados	11
Discusión	19
Conclusiones	20
Referencias	21
Anexos	22

Resumen

Título

Evaluación de la calidad de vida en pacientes con psoriasis del Departamento de dermatología en el hospital de especialidades Centro Médico Nacional “La Raza”

Objetivos

Determinar la calidad de vida de los pacientes con psoriasis del servicio de dermatología.

Material y métodos

Se eligieron 70 pacientes que acudieron a la consulta externa del departamento de dermatología se les aplicó el cuestionario SF-36 v2 y se realizó análisis descriptivo de los datos obtenidos mediante la encuesta.

Resultados

Los pacientes de la clínica de psoriasis manifestaron un en general una calidad de vida aceptable con un 68.6% (48 pacientes) de los pacientes con calidad de vida regular y buena en 31.4% (22 pacientes), la distribución por sexo demostró una mayor afección del sexo masculino en 71.9% (51 pacientes) y sexo femenino en 27.1% (19 pacientes).

El PASI más frecuente fue el leve con un 77.1%, moderado 20% y severo 2.9%.

En cuanto a cada uno de los rubros que analiza el cuestionario SF-36 se observó que los principales afectados fueron los que evalúan lo de actividad física y la esfera emocional similar a lo reportado en la literatura. ⁽¹⁵⁾ El resto de los rubros con una calidad de vida

Conclusiones

Los pacientes con psoriasis presentan afección principalmente de la esfera física y emocional como consecuencia de la afección física que ocasiona la psoriasis la esfera social no se encontró con afectada, el grupo más afectado de acuerdo al sexo fue el masculino.

Palabras clave:

Psoriasis, calidad de vida, PASI.

Abstract

Title

Assessment of quality of life in patients with psoriasis of the Department of Dermatology at the hospital specialty National Medical Center "La Raza"

Objectives

To determine the quality of life of patients with psoriasis service dermatology.

Materials and **methods**

We chose 70 patients who came to the outpatient department of dermatology them apply the SF-36 questionnaire v2 and descriptive analysis was performed on data collected through the survey.

Results

The patients of the clinic psoriasis showed a generally acceptable quality of life with a 68.6% (48 patients) with quality of life in good standing at 31.4% (22 patients), the gender distribution has shown more affection males 71.9% (51 patients) and females 27.1% (19 patients).

The most frequent PASI was mild with a 77.1%, 20% moderate and severe 2.9%. With regard to each of the items that analyzes the SF-36 questionnaire was observed that the main victims were the ones who evaluates what physical activity and emotional area similar to those reported in literature. (15) Other items with a quality of life

Conclusions

The present condition psoriasis patients mainly from the area physically and emotionally as a result of the physical condition that causes psoriasis the social sphere were not found involved, the group most affected according to the masculine gender.

Keywords:

Psoriasis, quality of life, PASI.

Introducción

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica y recidivante con características autoinmunitarias, mediada por células T.

Se caracteriza por pápulas, eritema y descamación que confluyen formando placas de bordes netos y de diversas formas, el tamaño varía desde lesiones puntiformes hasta varios centímetros llegando a cubrir grandes áreas del cuerpo.

Existen diversos factores exógenos y endógenos que pueden influir en su inicio, evolución y exacerbación (clima, tabaco, fármacos, alcohol, estrés, traumatismos e infecciones).

Afecta a ambos sexos por igual y todos los grupos raciales, su prevalencia varía desde 0.1-6%, con prevalencia del 3% en caucásicos del Norte e Europa, EUA 2% con mayor frecuencia en la raza blanca que en la negra, mongoloide y nativa de Norte y Sudamérica. En México la prevalencia estimada por Amado Saúl es del 2%. En el Centro Dermatológico Pascua para 1994 la prevalencia fue de 3.7% y la incidencia del 1.7% y en 1997 del 4.2% y 1.9% respectivamente.⁽¹⁾

El pico de edad es la segunda década de la vida con un promedio de edad de 27 años, pero puede aparecer a cualquier edad, desde el nacimiento hasta la vejez. Con un comportamiento bimodal, según: la edad de presentación, antecedentes genéticos y evolución clínica.⁽²⁾

Según Christopher se clasifica en:

Tipo I: (juvenil) con aparición antes de los 40 años de edad, antecedentes familiares positivos, relación con HLA (definitiva con Cw6 (85%), B13, B17, B57, B57 y DR7), generalizada, resistente a tratamiento y grave.

Tipo II: (del adulto) aparición después de los 40 años (promedio 60 años), sin antecedentes familiares, expresión incrementada de Cw2 y B27, evolución clínica benigna.
(1,2,3)

Factores que se sugieren en su origen

Factor genético

Numerosos estudios apoyan la base genética basados en las observaciones de la incidencia familiar, con concordancia del 70% en gemelos homocigóticos y del 20 % en gemelos dicigóticos, así como la asociación con los HLA de clase I: B13, B17, B37, Cw6 y de clase II DR7, que respaldan la existencia de un modelo de herencia de locis múltiples (heterogeneidad). Estudios cromosómicos han demostrado el papel de varios genes expresados en los cromosomas 17q, 4q, 6p21, 2p, 8q y 20p en la predisposición poligénica para el desarrollo de la psoriasis.⁽⁴⁾

Elder establece una teoría donde se plantea que la psoriasis se desencadena al formarse complejos de diferentes moléculas HLA con distintos antígenos, lo cual activa vías inflamatorias comunes que conducen a la expresión fenotípica de esta entidad.

Diversos estudios mencionan asociación con múltiples antígenos HLA clase I y II que incluyen B39, Cw7 y DR4 a parte de los ya mencionados, los cuales probablemente reflejen desequilibrio de ligamiento a través de la región.

La asociación mas fuerte es con el antígeno de clase I HLA Cw6 que en algunas series se ha encontrado arriba del 80 % de los pacientes en comparación con 10 % en la población general. Se ha estimado de Cw6 confiere un factor de riesgo relativo de 4-5 para la enfermedad en blancos, como también tiene influencia en el inicio de la psoriasis con un grado de concordancia del 80% con desarrollo de la enfermedad antes de los 20 años.

Factores inmunológicos

Los datos a favor de un papel clave de los linfocitos T en la patogenia de la psoriasis son inmensos, histológicamente la activación del infiltrado de linfocitos precede a la proliferación epidérmica. Este infiltrado predominantemente esta constituido por linfocitos T CD4 cooperadores y escasos CD8 no activados en estadios iniciales y placas activas, durante la resolución de la placa predominan los linfocitos CD8.

Factores infecciosos

Es el factor desencadenante mas conocido. La asociación entre una infección por estreptococos β hemolíticos del grupo A es significativa en individuos que presentan un primer brote de psoriasis Guttata, las toxinas son capaces de estimular al linfocito T y unirse su receptor actuando como superantígeno sin necesidad de ser procesado.

Factores psicológicos

El estrés emocional exacerba la enfermedad. Farber y cols plantean la hipótesis de que como consecuencia de traumatismos físicos o emocionales se liberan extraneuralmente, en la piel un neuropéptido sensitivo (sustancia P) la cual actúa sobre los mastocitos, neutrófilos, linfocitos y macrófagos los cuales liberan mediadores inflamatorios.

Factores físicos

El trauma ocasiona la aparición de placas en el sitio de lesión (fenómeno isomórfico de Koebner), para explicar esto se plantea la hipótesis de que al ocurrir el daño cutáneo se liberan dos citosinas: el factor de crecimiento de origen plaquetario (PDGF) y TGF- α por los queratinocitos estos a su vez producen reclutamiento celular (monocitos) que producen IL-6 que estimula la proliferación de queratinocitos.⁽¹⁾

El tratamiento de la psoriasis dependerá de: tipo de psoriasis, localización, severidad, extensión, edad, síntomas, respuesta a terapias previas, terapias disponibles, calidad de vida. De acuerdo a esto el tratamiento puede ser dividido en tópico y sistémico, dentro del primero se han utilizado múltiples agentes como: antralina 0.05, 0.1 y 2%, alquitrán de hulla 2 y 5%, emolientes, queratolíticos (ácido salicílico), Corticoesteroides, análogos de la vitamina D3 (calcipotriol), tacrolimus, retinoides tópicos (tazaroteno) otros como la fototerapia y fotoquimioterapia. En el tratamiento sistémico se encuentran diferentes opciones terapéuticas como: metrotexato, retinoides orales (etretinato, acitretin), Ciclosporina y con el desarrollo de agentes biológicos estos se han comenzado a emplear en el manejo de psoriasis severa y resistente a terapias sistémicas convencionales, dentro de estos tenemos: al etanercept, infliximab, alefacept, efalizumab que han demostrado mejoría de un 70% o mas por la cual se ha mantenido hasta 24 semanas después de la suspensión del tratamiento con algunos de ellos.⁽⁵⁻¹⁴⁾

De acuerdo a la OMS (1984) se definió a la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad. Actualmente la salud de una persona se evalúa mas allá de su capacidad tomando en cuenta su contexto social y su salud mental.

El impacto de la psoriasis tiene dos dimensiones: la afectación física específica de la enfermedad y la psicosocial que deterioran la calidad de vida del paciente.

La calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; esta consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales. Los pacientes con psoriasis tienen una reducción en su calidad de vida similar o peor a los pacientes con otras enfermedades crónicas tales como: cardiopatía isquémica y diabetes.⁽¹⁵⁾ Se sienten estigmatizados por esta condición por sí misma contribuyendo a depresión e ideas suicidas en más del 5% de los pacientes.⁽¹⁶⁾

Un estudio reciente identificó ansiedad en cerca de la tercera parte de los pacientes así como dificultades en las relaciones interpersonales. De acuerdo a un estudio hecho por la Fundación Nacional para la Psoriasis se reporta que hasta el 75% de los pacientes con psoriasis moderada a extensa, la enfermedad representa un problema moderado a grave en su vida, 26% cambio o abandono su actividad diaria normal, 36% alteraciones del sueño, 40% cambio su forma de vestir cubriéndose en la totalidad para ocultar su enfermedad, 33% muestra insatisfacción con los tratamientos que recibe, 78% no sigue las terapias más agresivas a causa de los efectos secundarios y ausencia de eficacia y el 25% de los pacientes ha llegado a considerar la idea del suicidio.⁽¹⁵⁾

Para determinar el grado de afección de la calidad de vida se han utilizado numerosos instrumentos de medición dentro de los cuales se encuentra la Encuesta de Salud SF-36, este instrumento fue utilizado en el estudio de resultados médicos (Medical Outcomes Study) donde se demostró su validez y confiabilidad. Actualmente existen 6 versiones de la Encuesta SF-36 en castellano que se han adaptado y utilizado en Argentina, Colombia, España, Honduras y México.

Este instrumento de medición valora aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (mayores de 16 años). El producto de su aplicación valora ocho conceptos o escalas de salud como resultado del promedio de la suma de las preguntas contenidas. Estos conceptos son: a) función física, b) rol físico, c) dolor corporal, d) salud general, e) vitalidad, f) función social, g) rol emocional y h) salud mental. La SF-36 es un instrumento autoaplicado y contiene 36 preguntas.⁽¹⁷⁾

Objetivo General

1.- Determinar la calidad de vida de los pacientes con psoriasis del servicio de dermatología.

Objetivos Específicos

1.- Determinar el porcentaje de superficie afectada por psoriasis (PASI).

2.- Obtener datos generales de los pacientes como son: edad, sexo, estado civil, escolaridad y tiempo de evolución de la enfermedad.

Material y métodos

Se aplico la encuesta SF-36 v2 a 70 pacientes de la clínica de psoriasis que acudieron a la consulta externa del departamento de dermatología del HE CMN, este cuestionario consta de 36 preguntas las cuales valoran los siguientes conceptos: a) función física, b) rol físico, c) dolor corporal, d) salud general, e) vitalidad, f) función social, g) rol emocional y h) salud mental. Este cuestionario fue entregado durante la consulta a los pacientes que aceptaron participar en el estudio y que firmaron previamente la carta de consentimiento informado en base a muestreo secuencial y que cumplieron con los criterios de selección. También se realizó la determinación de índice de severidad y área de psoriasis (PASI) durante la consulta otorgada el cual evalúa el grado de eritema, descamación e infiltración con relación al porcentaje del área topográfica afectada, dando una puntuación de 0-70, siendo leve menor a 20, moderado de 21-50 y severo de 51-72. Además de que se colectaron datos generales como sexo, edad, estrato social, estado civil, escolaridad y tiempo de evolución de la enfermedad.

Análisis estadístico

Los datos obtenidos mediante la hoja de captura de datos fueron analizados mediante estadística descriptiva.

Tipo de Estudio:

Por el control de maniobra experimental del investigador: Observacional

Por la captación de información: Prospectivo

Por la medición del fenómeno en el tiempo Transversal

Por la presencia de un grupo control Descriptivo

Por la ceguedad Abierto

Criterios de inclusión

1. Pacientes mayores de 18-80 años de edad
2. Que sepan leer y escribir
3. Con diagnóstico de psoriasis de mas de un año de evolución.
4. Pertenecientes a la clínica de psoriasis.
5. Sexo femenino y masculino.

Criterios de exclusión

1. No aceptación del estudio.
2. Pacientes que hayan llenado formulario pero no hayan firmado carta de consentimiento informado.

Resultados

La distribución de los pacientes de acuerdo a grupos de edad se encontró que los pacientes mas frecuentemente afectados correspondió al sexo masculino en 72.9% (51 pacientes) y sexo femenino 27.1% (19 pacientes). Figura 1

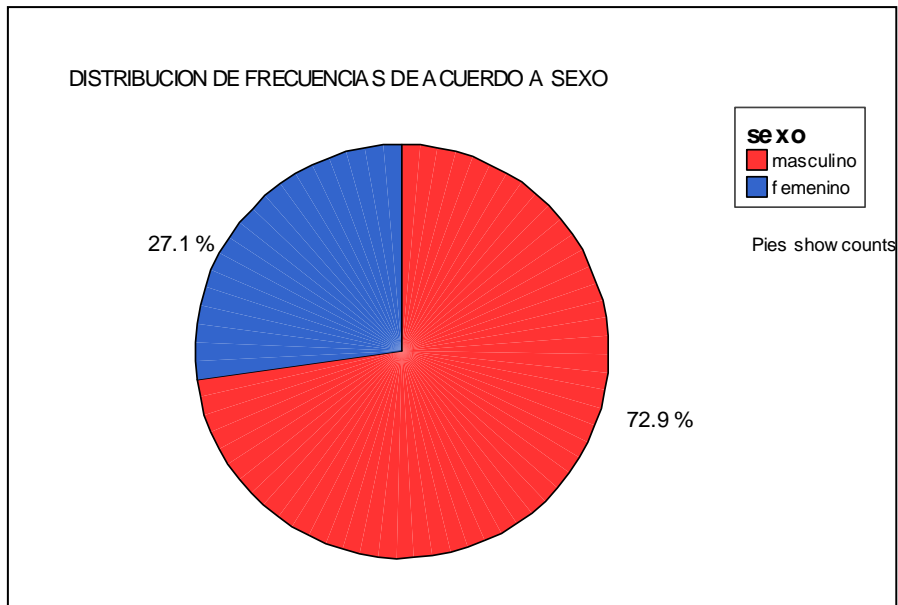


Figura 1

En cuanto a la distribución por el grado de escolaridad se encontró que el 37.5% (25 pacientes) tenían instrucción primaria, 27.1% (19 pacientes) instrucción secundaria y bachillerato y el 10% (7 pacientes) instrucción profesional. Figura 2

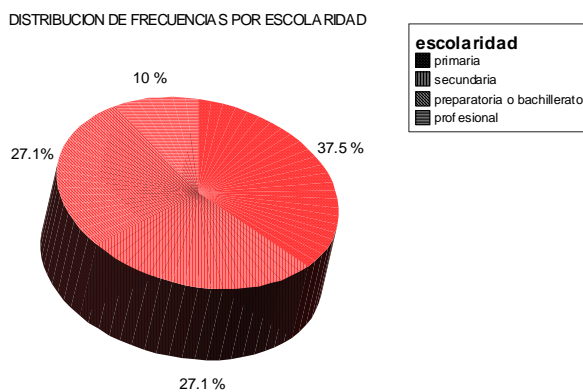


Figura 2

De acuerdo a grupos de edad encontramos lo siguiente:

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
18-20 años	1	1.4 %
21-30 años	2	2.9 %
31-40 años	12	17.1 %
41-50 años	17	24.3 %
51-60 años	21	30.0 %
61-70 años	11	15.7 %
71-80 años	6	8.6 %

Tabla 1

DISTRIBUCION DE A CUERDO A GRUPOS DE EDAD

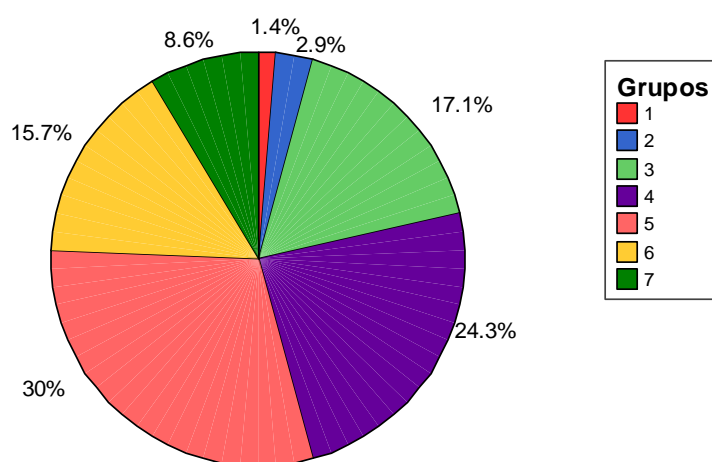


Figura 3

El PASI encontrado en los pacientes fue: leve 77.1% (54 pacientes), moderado 20% (14 pacientes) y 2.9% (2 pacientes).

PASI	Frecuencia	Porcentaje
Leve (-20)	54 pacientes	77.1%

Moderado (21-50)	14 pacientes	20%
Severo (51-72)	2 pacientes	2.9%

Tabla 2

CALIDAD DE VIDA GENERAL

En cuanto a la calidad de vida en general los pacientes manifestaron tener una regular calidad de vida en el 68.6% (48 pacientes) y buena en un 31.4% (22 pacientes). Figura 4

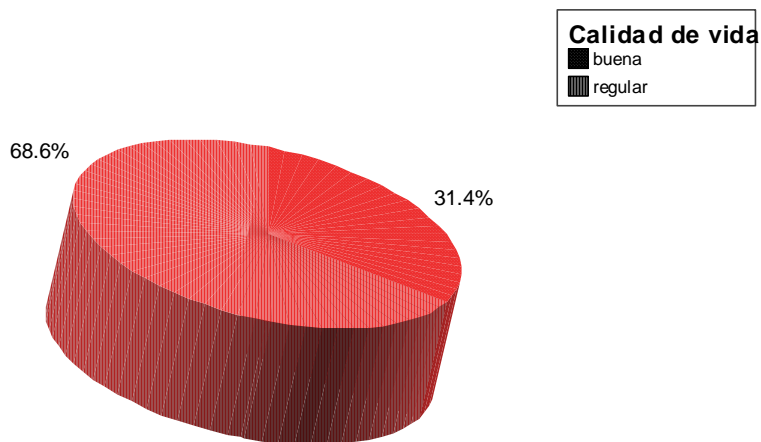


Figura 4

La salud en general fue aceptable reportándose como regular en un 61.4% (43 pacientes) y mala en un 38.6% (27 pacientes). Figura 5

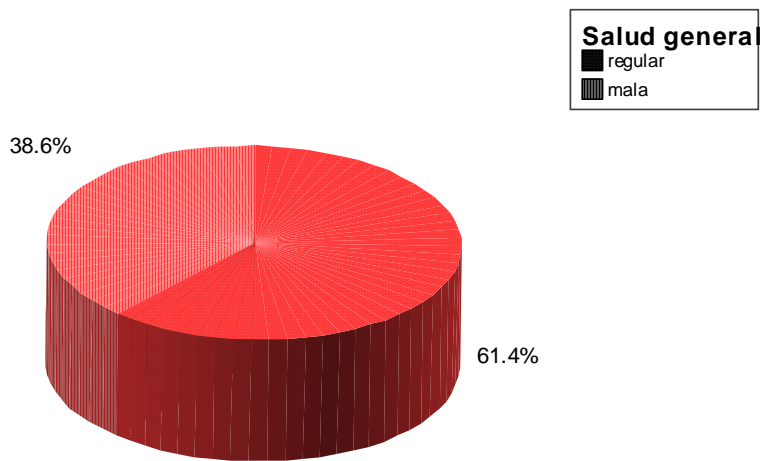


Figura 5

En cuanto a la función física se encontró que los pacientes presentaron una importante disminución de la misma en el 85.7% (60 pacientes) en contraste con un 14.3% (10 pacientes) que manifestó una función regular. Figura 6

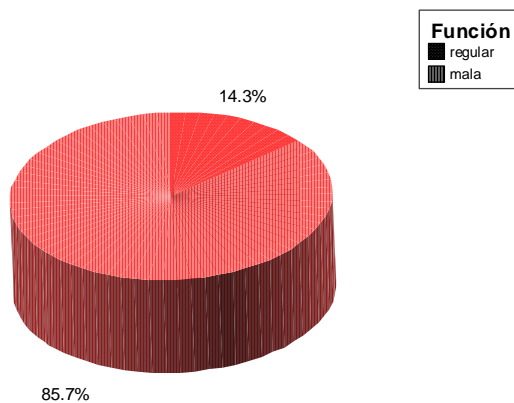


Figura 6

Con respecto a la actividad física observamos una correlación similar con respecto a la función física reportando una disminución importante en la actividad física de 58.6% (41 pacientes) y 41.4% (29 pacientes) una actividad física regular. Figura 7

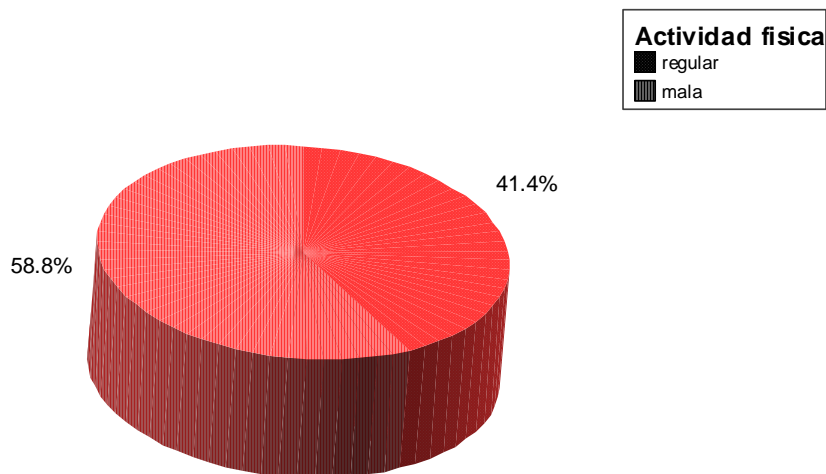


Figura 7

En el rubro de salud mental también se encontró una leve alteración en comparación con las anteriores reportando un 75.7% (53 pacientes) como mala y 24.3% (17 pacientes) como regular. Figura 8

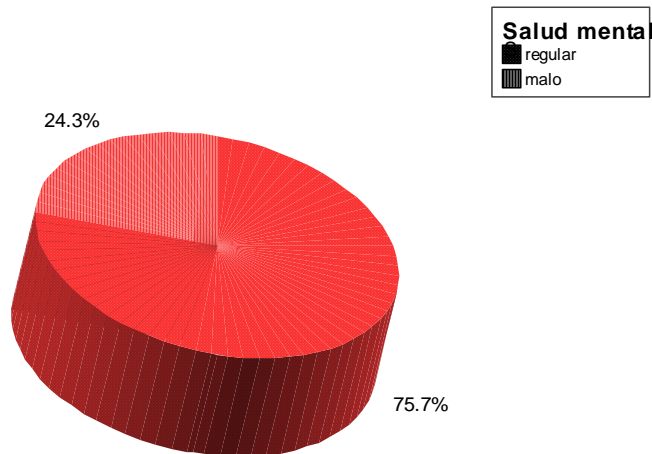


Figura 8

En cuanto al dolor corporal encontramos que la mayoría presento dolor corporal con un 42.9% (30 pacientes) como malo, 22.9% (16 pacientes) regular y 34.3% (24 pacientes) como bueno. Figura 9

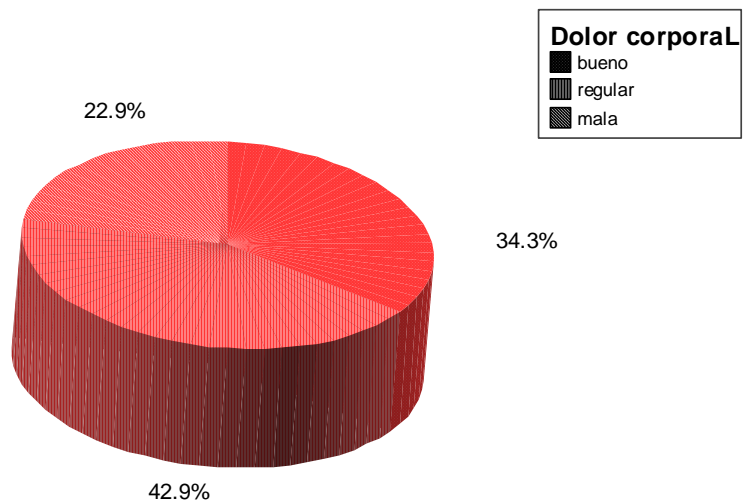


Figura 9

La mayor parte de los pacientes presentaron alteración importante de la esfera emocional reportando un 60% (42 pacientes) como mala y 40% (28 pacientes) regular. Figura 10

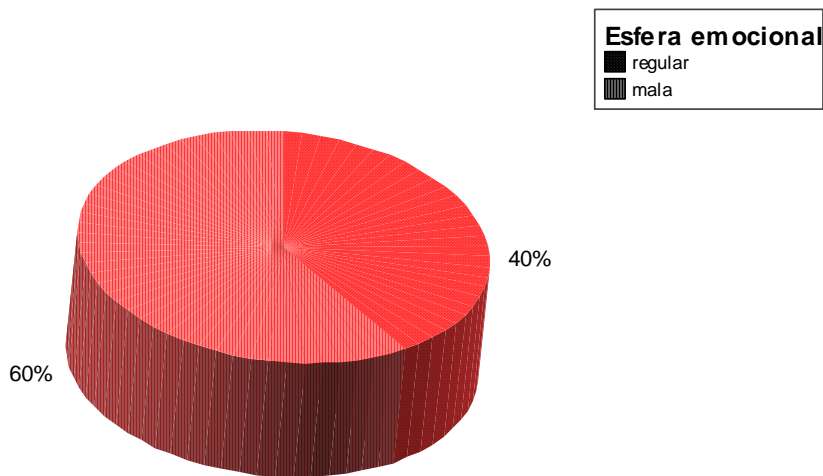


Figura 10

La esfera social en contraste con lo reportado en la esfera emocional se encontró que la mayoría de los pacientes presentaron una regular de vida en las relaciones interpersonales en el 94.3% (66 pacientes) y buena en 5.7% (4 pacientes). Figura 11

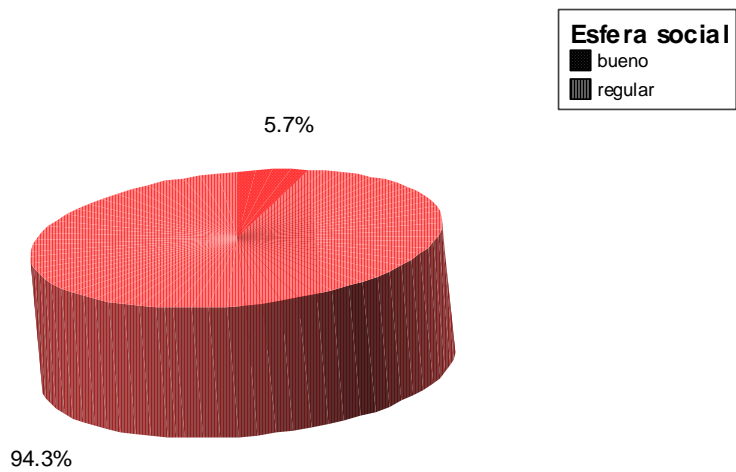


Figura 11

Los pacientes reportaron una mala vitalidad en un 4.3% (3 pacientes) y un 95.7% (67 pacientes) como regular. Figura 12

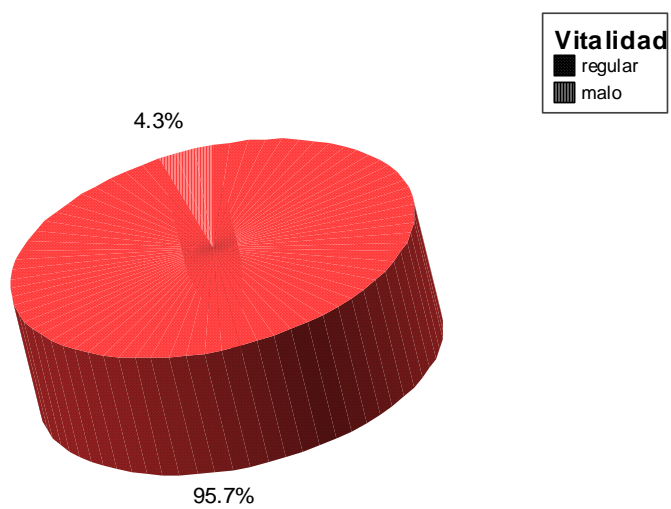


Figura 12

Discusión

Los pacientes de la clínica de psoriasis manifestaron un en general una calidad de vida aceptable con un 68.6% (48 pacientes) de los pacientes con calidad de vida regular y buena en 31.4% (22 pacientes), la distribución por sexo demostró una mayor afección del sexo masculino en 71.9% (51 pacientes) y sexo femenino en 27.1% (19 pacientes). La escolaridad de la población fue principalmente primaria en el 37.5%, secundaria y bachillerato en un porcentaje similar de 27.1% y el resto 10% profesional.

Por grupo de edad el mas afectado fue el de 51-60 años.

El PASI mas frecuente fue el leve con un 77.1%, moderado 20% y severo 2.9%.

En cuanto a cada uno de los rubros que analiza el cuestionario SF-36 se observo que los principales afectados fueron los que evalúa lo de actividad física y la esfera emocional similar a lo reportado en la literatura. ⁽¹⁵⁾ El resto de los rubros con una calidad de vida aceptable solo con un leve porcentaje que se catálogo como mala.

Conclusiones

Los datos obtenidos en este estudio confirman lo ya publicado en la literatura en cuanto a afección de la calidad de vida y que las esferas principalmente afectadas son las que evalúan el desempeño físico y la esfera emocional⁽¹⁵⁾, los pacientes tienden a acentuar más los impactos físicos sin embargo dependerá de cada paciente el hacer frente a las circunstancias adversas, pero también es nuestro deber estar atento a la afección emocional que presenta cada uno de ellos para así derivar a los pacientes con algún trastorno de aspecto emocional. Nuestro Hospital es de tercer nivel y los pacientes que se reciben son que no pueden ser tratados en segundo nivel por lo que los datos obtenidos solo pueden ser extrapolados a poblaciones similares.

Referencias bibliográficas

1. Loyola M, Jurado F. *Genética de la psoriasis*. Dermatología Rev Mex 2001;45(3):140-6.
2. Trujillo I.A, Díaz M.A, Sagaró B y Trujillo G.A. *Patogenia de la psoriasis a la luz de los conocimientos actuales*. Rev Cubana Med 2001;40(2):122-34.
3. Rahman P, Elder J.T. *Genetic epidemiology of psoriasis and psoriatic arthritis*. Ann Rheum Dis 2005;64(Suppl II):ii37–ii39.
4. Krueger J.G, Bowcock A. *Psoriasis pathophysiology: current concepts of pathogenesis*. Ann Rheum Dis 2005;64(Suppl II):ii30–ii36.
5. Callen J, Krueger G, Lebwohl M, McBurney E, Mease P. *AAD consensus statement on psoriasis therapies*. JAAD 2003;49:897-9.
6. Lebwohl M, Ali S. *Treatment of psoriasis. Part 1. Topical therapy and phototherapy*. JAAD 2001;45:487-98.
7. Mehrabi D, DiCarlo J.B, Soon S.L and McCall C.O. *Advances in the management of psoriasis: monoclonal antibody therapies*. International Journal of Dermatology 2002,41, 827–835.
8. Fleischer A.B, Clark A.R, Rapp S.R, Reboussin M, Feldman S.R. *Psoriasis: bases de actuación terapéutica*. Act. Dermatológ. 1998; 3: 159-171.
9. Krueger G.G and Callis K.P. *Development and use of alefacept to treat psoriasis*. JAAD 2003;49:S87-97.

10. Lebwohl M, Drake L, Menter A, Koo J, Gottlieb A.B, Zanolli M, Young M. *Consensus conference: Acitretin in combination with UVB or PUVA in the treatment of psoriasis*. JAAD 2001;45:544-53.
11. Gottlieb A.B. *Infliximab for psoriasis*. JAAD 2003;49:S112-7.
12. Kirby B and Griffiths C.E.M. *Novel immune-based therapies for psoriasis*. British Journal of Dermatology 2002; 146: 546–551.
13. Lebwohl M, Ting P.T, Koo J.Y.M. *Psoriasis treatment: traditional therapy* Ann Rheum Dis 2005;64(Suppl II):ii83–ii86.
14. Kormeili T, Lowe N.J and Yamauchi P.S. *Psoriasis: immunopathogenesis and evolving immunomodulators and systemic therapies; U.S. experiences*. British Journal of Dermatology 2004; 151: 3–15.
15. Delgado M, Quincha M, Méndez M. *Valoración de la calidad de vida, mediante la aplicación del test sf-36v2 en pacientes de la fundación de psoriasis de La Ciudad de Quito*. Dermatol Per 2003;13:172-184.
16. Langley R.G.B, Krueger G.G, Griffiths C.E.M. *Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life*. Ann Rheum Dis 2005;64(Suppl II):ii18–ii23.
17. Zuñiga M, Carrillo-Jimenez G, Fos P, Gnadek B, Medina-Moreno M *Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preeliminares en México*. Salud Pública de México 1999;41:110-118

ANEXO 1

Hoja de recolección de datos

Nombre

Número de afiliación

Edad

Sexo

Estado civil

Escolaridad

Tiempo de evolución con la enfermedad

Tratamiento

PASI

CUESTIONARIO SF-36 V2

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

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

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

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

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

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los

problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

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

- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces

- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé

- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa