



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.75  
MORELIA, MICHOACÁN.



**EVALUACION DE CALIDAD DE VIDA CON EL SF-36 EN  
OSTEOARTRITIS Y ARTRITIS REUMATOIDE.**

**TESIS**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

***DR. TULIO JESUS HERNANDEZ AGUILAR***

MORELIA, MICHOACAN

2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**EVALUACION DE CALIDAD DE VIDA CON EL SF-36 EN  
OSTEOARTRITIS Y ARTRITIS REUMATOIDE.**

**TESIS**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

***DR. TULIO JESUS HERNANDEZ AGUILAR***

AUTORIZACIONES:

***DR. LEOBARDO TERAN ESTRADA***

ASESOR DEL TEMA DE TESIS.

***DR. OCTAVIO CARRANZA BUCIO***

ASESOR EN METODOLOGÍA DE TESIS

***MAT. CARLOS GOMEZ ALONSO***

COASESOR DE METODOLOGIA ESTADISTICA

**EVALUACION DE CALIDAD DE VIDA CON EL SF-36 EN  
OSTEOARTRITIS Y ARTRITIS REUMATOIDE.**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

***DR. TULIO JESUS HERNANDEZ AGUILAR***

AUTORIZACIONES:

***DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA***

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

***DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA***

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

***DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES***

COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

## **AGRADECIMIENTOS**

**A MIS ASESORES:** Dr. Octavio Carranza Bucio, por su apoyo incondicional en cada momento de la elaboración de esta investigación, ya que no es nada fácil conocer sobre metodología e investigación médica. Al Dr. Leobardo Terán Estrada, que despertó en mí la inquietud de saber más acerca de los pacientes reumatológicos y a ser un profesional en la medicina.

**A MI COASESOR:** El Matemático Carlos Gómez Alonso, por el apoyo y la paciencia que me brindó en este abstracto mundo de la aritmética.

**A MIS MAESTROS:** Al Dr. Octavio Carranza Bucio, Dra. María de los Ángeles Rentería Ortiz y a la Dra. Miriam Valencia Paredes, mil gracias por transmitirme de manera desinteresada sus conocimientos y a su paciencia en los momentos difíciles de la especialidad.

**A MIS TUTORES DE HOSPITAL:** A cada médico con quien rote en los diferentes servicios, en especial a quienes me brindaron su amistad, Dr. Leobardo Terán, Dr. Gabriel Lira, Dr. David Salmerón, Dr. Ernesto Gaytán, , Dr. David Zavala, Dr. Sergio Ríos, Dr. Edgar Martínez, Dr. Ernesto Tirado, Dr. Roberto Alvarado, Dra. Maday Piña, Dr. Cuauhtémoc Pérez, Dr. Victoriano Carrillo, Dra. María Esther Padilla, Dr. Antonio Arturo Arreola y Dr. José Antonio Ávila a todos ellos por la enseñanza brindada en esta noble profesión.

## **DEDICATORIA**

A **DIOS** por darme la maravillosa oportunidad de vivir; de ejercer la medicina y permitirme concluir una etapa más de mi vida profesional.

A mis **PAPAS, PEDRO TULIO Y MA. DEL PILAR** con gratitud, por su amor, su incondicional apoyo, su paciencia y su ejemplo, que me han llevado a cumplir las metas trazadas en mi vida. Gracias por la confianza que siempre han depositado siempre en mí. Los quiero mucho.

A mis **HERMANAS BERE, PILAR Y GABY**, por el amor, el apoyo y el respeto tanto en los momentos gratos, como los difíciles.

A mis **SOBRINOS CARLOS, CHRISTIAN, YAEL Y GABRIEL**, que me han hecho ver la vida nuevamente diferente.

A mi **ABUELITA LICHA Y MI TIA SILVIA**, gracias por todo su cariño y el apoyo que siempre e tenido de ustedes.

A la memoria de mi **ABUELITO LÁZARO**.

A mis **AMIGOS CLAUDIA Y LUIS**, que me brindaron su amistad y compartieron momentos muy buenos y difíciles en todo este tiempo. No quiero dejar de agradecer a mis amigos de toda la vida que siempre han creído en mí.

## INDICE

<b>1.</b>	INTRODUCCIÓN.....	7
<b>2.</b>	ANTECEDENTES.....	10
<b>3.</b>	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	27
<b>4.</b>	JUSTIFICACIÓN.....	29
<b>5.</b>	OBJETIVOS.....	32
<b>6.</b>	METODOLOGÍA.....	33
<b>7.</b>	RESULTADOS.....	39
<b>8.</b>	DISCUSIÓN.....	57
<b>9.</b>	CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	62
<b>10.</b>	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
<b>11.</b>	ANEXOS	

## **1.- INTRODUCCION**

El propósito de esta investigación fue evaluar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas, específicamente, Artritis Reumatoide y Osteoartritis utilizando un instrumento genérico, el Short Form Health Survey (SF-36). Las enfermedades reumáticas constituyen un serio problema de salud pública en la población adulta, que aumenta su incidencia y prevalencia año con año. Su cronicidad se manifiesta especialmente en un deterioro funcional que afecta la calidad de vida de los pacientes e incrementa los costos de atención ocasionados por tratamiento para el dolor crónico, la rehabilitación e invalidez laboral. En nuestro medio, el especialista en reumatología, ha insistido en un entrenamiento del médico familiar en esta disciplina médica, con el especial interés de manejar los padecimientos adecuadamente en nuestros derechohabientes y fortalecer el primer nivel de atención.

A quienes padecen estas patologías, requieren del médico, atienda sus necesidades psicológicas, que es componente intrínseco de todas las enfermedades, complementando el abordaje médico. El dolor crónico que aparece en estos enfermos es un problema mayor y desempeña un papel clave en el bienestar psicológico.

Es por ello que en la relación médico-paciente, el médico hábil debe basar su ejercicio en un modelo más amplio que el biológico, es decir, un manejo del enfermo como entidad biopsíquica y social. Esto nos lleva a dar la importancia debida a la *calidad de vida*.

La Organización Mundial de la Salud definió la calidad de vida como la percepción adecuada y correcta que tiene de sí misma una persona en el contexto cultural y de valores en que está inmersa, en relación con sus objetivos, normas, esperanzas e inquietudes.

En la medición de calidad de vida, el SF-36 se ha difundido y utilizado actualmente en la comunidad médico-científica, el cual muestra niveles adecuados de validez y fiabilidad, además de ser corto y fácil de entender. Más de 40 naciones han participado ya en estudios de investigación con esta escala. La versatilidad del SF-36 permite que sea adecuado para autoaplicarse o en su defecto se aplique por entrevistador en persona o por teléfono.

El SF-36, lo constituyen ocho conceptos o escalas de salud, que son: función física (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (VT), función social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM). Además de estos ocho conceptos de salud, esta incluido el concepto general de la percepción del estado de salud a través del tiempo. Para cada dimensión, los ítems son codificados y transformados en una escala que tiene un recorrido de 0 (peor estado de salud) hasta 100 (mejor estado de salud).

El SF-36 se aplicó en pacientes con las patologías ya señaladas en la Unidad de Medicina Familiar No 70, en Zinapécuaro, Michoacán con apoyo de un médico pasante entrenado para este fin.

El instrumento fue calificado de acuerdo a lo señalado en la literatura médica, pero tuvo la dificultad de que el instructivo del mismo no esta muy a la mano, siendo indispensable para realizar los pasos de la precodificación y transformación de cada uno de los ocho conceptos que se evalúan en el SF-36.

Con los resultados obtenidos del SF-36, describimos el análisis de los datos encontrados en la valoración de la calidad de vida, aportando significativamente la percepción del paciente de su padecer, ofreciéndonos la posibilidad de continuar o modificar los tratamientos instituidos en nuestras instituciones, con el objetivo de elevar las condiciones de salud de nuestra población.

Finalmente, este instrumento nos da la posibilidad de proponer el uso frecuente del SF-36 en el primer nivel de atención, donde atendemos a la creciente y demandante población de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, buscando las mejores condiciones de salud integral en ellos.

## **2.- ANTECEDENTES**

En México, al igual que en el resto del mundo, la población experimenta un proceso de *envejecimiento demográfico* caracterizado por el aumento en número absoluto y porcentual de edad avanzada. El cambio gradual de este perfil epidemiológico se ha dado a partir de la década de los cincuenta <sup>(1)</sup>. Esto trae por consecuencia una serie de necesidades y demandas en los servicios de salud, con sus peculiaridades centradas en enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes.

El impacto de lo anterior ha repercutido en un avance significativo de la demanda de atención por enfermos crónicos en el sistema de salud, incrementando los costos hospitalarios, el consumo de medicamentos y los índices de invalidez secundarios a procesos degenerativos; obligando a que el sistema de salud se adapte y responda a la nueva demanda financiera.

*El envejecimiento* de la población viene de la acción combinada de dos connotadas transiciones con fuerte relación entre sí: *una es la transición demográfica y la otra es la transición epidemiológica*. La primera se define como los cambios en la estructura de la población, producto principalmente de la disminución en la fecundidad y la mortalidad. *La transición epidemiológica* se refiere al cambio hacia menor incidencia, prevalencia y letalidad de las enfermedades infecciosas y agudas, junto con el incremento en la incidencia, prevalencia y letalidad de las enfermedades crónico-degenerativas e incapacitantes <sup>(2)</sup>.

Una manera amable de referirse a la vejez consiste en denominarla *tercera edad* o *edad dorada*, que es un estereotipo con mucho de utopía, luego del retiro de la actividad laboral. Cuando se analizan las experiencias médicas en relación con las últimas etapas de

la vida, es común encontrar que este periodo de descanso no existe como tal, ya que con la edad llegan las pérdidas severas de salud; capacidad física, mental, social y económica <sup>(3)</sup>.

En México para 1970, el grupo de adultos entre 15 y 64 años disminuyó de 56.3% a 48.8% por efecto principal del incremento en la población joven. A partir de 1970 el incremento de adultos viene de un doble efecto. Por una parte, mayor supervivencia de la población joven, generado por la alta fecundidad en las décadas anteriores, mismas que en las siguientes décadas pasan a ser adultos. Por otra, se dan menores tasas de fecundidad que disminuyen la participación relativa de las primeras edades después de 1970. Consecuencia de lo anterior, la población adulta asciende a 57% en 1990, es decir, 47.6 millones y se espera que llegue a 69.2% en el 2030, con un número absoluto de 90.1 millones.

La población de 65 años y más registra incrementos considerables. En 1930 representaba el 2.6%, en 1970 el 3.4%, en 1990 el 3.7%, y en el 2000 4.6%; equivalente a 4.6 millones de personas. Según las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el 2050 será 21.3% (27.5 millones de personas). Con todos estos datos es de esperarse el aumento de la prevalencia de cuadros clínicos comunes a la tercera edad, con presencia de dolor como síntoma principal, y acompañándolo las limitaciones e invalideces <sup>(4,3)</sup>.

Ahora bien, la Artritis Reumatoide (AR) y la Osteoartritis (OA) son prototipos de las enfermedades crónicas reumatológicas. Son patologías caracterizadas por su prevalencia, con importantes consecuencias funcionales e impacto socioeconómico que ha llevado a considerarlas como un problema global de salud pública. <sup>(5)</sup>

Estudios en adultos, auspiciados por el International League Against the Rheumatism realizados en países de América y Asia, muestran que la prevalencia de enfermedades

músculo-esqueléticas varía entre 7 y 36%, mientras que la discapacidad atribuible a ellas se sitúa entre 1.4 y 10.4%. Algunas estimaciones han mostrado que la prevalencia de osteoartritis sintomática en rodilla y manos es de aproximadamente 30% en sujetos mayores de 65 años. Adicionalmente, otras artropatías como la artritis reumatoide y la gota alcanzan también su máxima prevalencia en los adultos mayores. Todas estas entidades resultan en discapacidad en un número significativo de sujetos <sup>(6)</sup>.

Los historiadores de la medicina han discutido respecto a las primeras referencias de la AR en la bibliografía médica. Algunos refieren que la AR se ha perfilado como entidad clínica hace poco tiempo, mientras que otros interpretan los escritos de Soranus del siglo II, donde se refieren a un paciente con AR. El primero en introducir el término *arthritis reumatoide* fue Sir Alfred Garrod en 1876. Storey y cols, hicieron una revisión histórica en los hospitales del Reino Unido acerca de artropatías inflamatorias simétricas. Sus hallazgos sugieren que, en Inglaterra, la enfermedad puede rastrearse al menos hasta las descripciones de Sydenham en el siglo XVII. Aunque otros escritos refieren hallazgos sugestivos de AR en nativos americanos de 6,500 años de antigüedad <sup>(7)</sup>.

La OA es una enfermedad presente a través de la evolución en todos los vertebrados, reconocida por los paleopatólogos en fósiles y momias. Clínicamente fue William Heberden quien en 1802 describió las nudosidades óseas en las márgenes de las articulaciones interfalángicas distales, conocidos desde entonces como nódulos de Heberden, de igual manera, en 1884 Bouchard describió en las articulaciones interfalángicas proximales, los nódulos que llevan su nombre. El término OA fue introducido por Spender en 1886, pero sólo hasta 1907 Sir Archibald Garrod diferenció la OA de la AR <sup>(8)</sup>.

Estudios en Rochester, Minnessota y el Reino Unido, han permitido observar que con el envejecimiento de la población, la prevalencia de la AR puede aumentar o mantenerse, incluso aunque la incidencia esté estabilizada o decrezca, por el simple hecho de que la población con AR vive más tiempo <sup>(7)</sup>.

La AR es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta predominantemente a las articulaciones sinoviales, de evolución generalmente progresiva y de etiología desconocida, con una distribución mundial que afecta del 1 al 2% de la población general, sin distinción racial <sup>(9)</sup>. En la AR se han identificado factores de riesgo como: nivel educativo, consumo de tabaco, coexistencia con gota y dieta baja en aceite omega <sup>(7)</sup>. En 70% de estos pacientes se ha demostrado la presencia del antígeno leucocítico humano (human leukocyte Antigen, HLA) HLA-DR4 <sup>(10)</sup>.

La AR suele presentarse con mayor frecuencia en mujeres que en hombres con relación de 3:1 <sup>(11)</sup>. El inicio del padecimiento presenta una incidencia máxima durante el cuarto y quinto decenios de la vida. Presenta diferentes patrones de inicio clínico: insidioso, intermitente y agudo. La afección principal es en las articulaciones que clínicamente se manifiesta con dolor, rigidez, limitación de la movilidad y la presencia de signos inflamatorios <sup>(12)</sup>. Además de que hay diversas manifestaciones clínicas extra-articulares que pueden afectar otros órganos o sistemas. Para llegar al diagnóstico correcto se han unificado y establecido los criterios de 1988 del American Collage of Rheumatology, que son los siguientes:

1. Rigidez matutina- rigidez periarticular que dura más de 30 minutos.
2. Artritis (flogosis) en 3 o más articulaciones, corroborada en el examen físico, se debe diferenciar entre flogosis y crecimiento óseo periarticular.

3. Artritis en manos, muñecas, metacarpofalángico (MCF), interfalángicas proximales (IFP).
4. Artritis simétrica.
5. Nódulos reumatoides-subcutáneos, sobre prominencias óseas, yuxtaarticulares, en superficies extensoras, corroborados en el examen físico.
6. Factor reumatoide en suero. Teniendo en cuenta que 5 a 10% de los sujetos mayores de 50 años pueden tener este autoanticuerpo sin tener artritis reumatoide.
7. Radiografías típicas con lesiones erosivas <sup>(13, 7, 8, 9, 10)</sup>.

Por otro lado, la OA tiene sinonimia con artrosis, osteoartrosis, enfermedad articular degenerativa o artropatía degenerativa. La enfermedad afecta tanto a articulaciones del esqueleto axial como diartrodias periféricas, se conocen dos variedades: la primaria y la secundaria clasificadas por su presentación clínica.

La patología y patogenia de la OA se centran en el cartílago y la reparación ósea, son los dos factores que definen mejor la enfermedad. Los cambios morfológicos en la OA son consecuencia de una alteración de la fisiología del cartílago <sup>(14,15)</sup>, como también existe una alteración en la disposición y tamaño de las fibras de colágeno. La enfermedad es casi universal, aunque no necesariamente sintomática, en la población de 70 años y más. Los factores de riesgo para esta enfermedad son multifactoriales, pero los podemos englobar en dos principales: genéticos y ambientales.

Ahora bien, las manifestaciones clínicas están dominadas por el dolor articular, que suele calificarse como sordo, profundo y localizado en la articulación enferma, aumenta con el uso de la misma y disminuye con el reposo, iniciando en ocasiones al comenzar movimientos después de un período de reposo más o menos prolongado; existe rigidez articular con una

duración menor a 20 minutos. En otros casos, no hay síntomas y la deformidad es el motivo de consulta (nódulos de Heberden o Bouchard). Generalmente la afectación de las articulaciones es unilateral, afecta manos, cadera, rodilla, columna principalmente. En el diagnóstico, además de los hallazgos clínicos, la radiografía es más útil que el laboratorio, donde encontramos reducción del espacio articular, incremento en la densidad del hueso subcondral, esclerosis, formación de quistes subcondral o marginal y osteofitos marginales (16, 8, 15).

Dada la prevalencia y el impacto de estas patologías, las instituciones de salud han buscado minimizar su avance. Un esfuerzo importante de ello es la propuesta de Guías Clínicas para el primer nivel de atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). La idea fundamental es unificar criterios diagnósticos, de tratamiento y clase funcional, aspectos propuestos por el Colegio Americano de Reumatología <sup>(17)</sup>. Esta preocupación del IMSS obedece al impacto epidemiológico de esta patología que ocupa el décimo lugar entre las enfermedades crónicas y que se sigue incrementando en los últimos años, como se describe en el siguiente cuadro <sup>(18)</sup>.

Diagnóstico	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<b>OA</b>	603,112	647,856	688,160	804,400	943,392	1'086,456	1'193,936	1'269,784	1'344,208	1'405,816	1'465,416	1'389,170
<b>Primera Vez</b>	177,536	191,264	204,744	240,192	263,944	288,656	325,384	345,048	354,648	362,496	374,590	341,472
<b>Subsecuente</b>	425,576	456,592	483,416	564,208	679,448	797,800	868,552	924,736	989,560	1'043,320	1'090,826	1'047,698

Ahora bien, *el envejecimiento* como proceso bio-psico-social implica cambios secuenciales en todo el organismo. El cuidado humano eficaz de los pacientes con

enfermedades crónicas reumáticas requiere que el médico atienda sus necesidades psicológicas. El sufrimiento psicológico es un componente intrínseco de todas las enfermedades, y su tratamiento complementa al abordaje médico, quirúrgico y rehabilitador. Es difícil valorar el sufrimiento y la frustración de una existencia caracterizada por el dolor y la pérdida de capacidad física. Al final de la madurez los problemas reumáticos pueden intensificar la percepción del envejecimiento y acelerar la dependencia física. La incapacidad en la enfermedad reumática aparece lenta y paralelamente al proceso del envejecimiento, el cual puede ser devastador ya que se asocia con una época de muchas pérdidas, sobre todo de la salud general, amigos, familia e independencia financiera, sin embargo no suelen aparecer síntomas depresivos importantes en mayor medida que en personas de la misma edad sin osteoartritis <sup>(2)</sup>.

Los problemas psicológicos comunes incluyen el miedo de convertirse en minusválidos y dependientes, la incertidumbre sobre el curso de la enfermedad, el cambio de la imagen corporal, la degradación de sí mismo, la frustración y la depresión. El dolor crónico es un problema mayor en los pacientes reumáticos y desempeña un papel clave en el bienestar psicológico y la incapacidad. Con el tiempo, el dolor es desmoralizante y produce una disminución de la tolerancia, irritabilidad y la pérdida de la concentración. La fatiga también es un síntoma frecuente e incapacitante en muchas enfermedades reumáticas sistémicas como la AR, con frecuencia subestimada por los médicos. El paciente puede ser capaz de trabajar, pero puede tener menos energía para realizar otras actividades, además suelen encontrarse afectadas, la personalidad, el ambiente familiar y laboral, el estatus social y cultural <sup>(19, 2)</sup>.

*La deficiencia* es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como cualquier pérdida o anomalía psicológica, fisiológica, o de la estructura anatómica o la

función. Las deficiencias típicas en los pacientes reumatológicos incluyen la pérdida del rango de movilidad y la debilidad muscular. Tales deficiencias pueden conducir a la discapacidad o la minusvalía, o a ambas. *La discapacidad* es cualquier restricción o falta de capacidad para realizar una actividad de la manera, o dentro del margen, que se considera normal para una persona como consecuencia de una deficiencia. *Una minusvalía* es definida como una desventaja para un individuo dado, que es resultado de una deficiencia o una discapacidad que limita o impide el cumplimiento de un papel social que es normal para dicho individuo, según la edad, el sexo, factores sociales y culturales propios del mismo <sup>(20)</sup>.

El ejercicio de la medicina basado en el modelo biológico-lesional de enfermedad da lugar a dos hechos de consecuencias muchas veces negativas: la disociación o separación del paciente de la enfermedad que sufre; y la centralización del interés y actos del médico exclusivamente alrededor del diagnóstico y tratamiento de ésta. El acto médico se concreta a recabar la información a través del interrogatorio y la exploración física y con estos organizar síndromes o cuadros clínicos. En la actualidad el médico debe basar su ejercicio en un modelo más amplio, como es el biopsíquico y sociocultural. Por lo tanto, con este abordaje estamos en condiciones de usar una herramienta que permita conocer y manejar la enfermedad humana como algo que le sucede a un hombre “de carne y hueso”, pero además con psique, mente, alma.

Los médicos deben entender que el paciente recurre a ellos por un *padecer*. En forma práctica se entiende al padecer, como un conjunto de repercusiones psíquicas y sociales provocadas por la enfermedad en dos situaciones diferentes: cuando existe la patología y cuando se tiene temor a la misma.

En la medicina actual pueden distinguirse por lo menos tres áreas del conocimiento para comprender a los pacientes:

1. El conocimiento de la enfermedad como lesión del organismo humano, en última instancia biomolecular;
2. El conocimiento de la enfermedad como serie de molestias y anormalidades que está viviendo determinado individuo;
3. El conocimiento de la enfermedad como fenómeno sociocultural.

Con lo anterior, determinamos que el plano clínico ya no está reducido a los síndromes de base biológico-lesional, comprende también los síntomas y los signos que expresan la muy personal manera en la que determinada persona, dadas sus peculiaridades psíquicas y socioculturales, está sufriendo su enfermedad. Todo esto constituye el cuadro clínico del padecer médico.

Por otra parte, el paciente modela su padecer de acuerdo con: la edad, el sexo, sus características psíquicas, en especial las que tienen que ver con la enfermedad, sus expectativas o proyectos, su ocupación, la clase social y su cultura. Si a ello sumamos la cronicidad, los diversos tipos de invalidez, las restricciones o cambios en la alimentación, el trabajo, la vida cotidiana, el estudio, los deportes y la actividad sexual; puede entenderse lo difícil que resulta el peso social de estas patologías <sup>(21)</sup>.

Como se menciona anteriormente, la cultura en la que se ha desarrollado el paciente determina también la manera de manifestar el padecer. *La cultura* se define como el conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, industrial, científico, en una época y grupo social determinado, así también como las manifestaciones en que se expresa la vida tradicional de un pueblo. Por lo tanto, en medicina, la cultura tiene que ver con la manera de como el paciente percibe, interpreta y vive su enfermedad <sup>(22, 21)</sup>. Un concepto clave en todo esto, es la noción de calidad de vida.

La evaluación de *calidad de vida* no es un concepto nuevo, y ya en el año 1947, Karnofsky y Burchenal introdujeron estos aspectos en estudios de quimioterapia en el tratamiento de enfermedades neoplásicas; y en 1948 desarrollaron una medición de capacidad física referentes a este término <sup>(23)</sup>. En 1952, la OMS definió *Calidad de Vida* de la siguiente manera: **“es la percepción adecuada y correcta que tiene de sí misma una persona en el contexto cultural y de valores en que está inmersa, en relación con sus objetivos, normas, esperanzas e inquietudes”**. De manera muy práctica, los Norteamericanos la definieron como “sentimiento personal de bienestar y satisfacción con la vida” <sup>(24)</sup>. Ventegodt et al, propusieron como calidad de vida, “tener una vida agradable o vivir una vida de alta calidad” <sup>(25)</sup>. Sobre estas nociones, autores como Katz y cols., elaboraron un índice de independencia en las actividades de la vida diaria para intentar medirla <sup>(23)</sup>.

La preocupación por la evaluación sistemática y científica de calidad de vida es relativamente reciente <sup>(26)</sup>. Ha cobrado un impulso en el desarrollo de índices clinimétricos, que pretenden obtener estimaciones confiables de este concepto en los sujetos, aunque buena parte de ellos han sido diseñados para establecer una medición de tipo diagnóstico, de un punto en el tiempo <sup>(23)</sup>.

Se han hecho ensayos clínicos para realizar mediciones de la efectividad de intervenciones que vayan más allá de las medidas epidemiológicas tradicionales de mortalidad y morbilidad <sup>(27)</sup>. Tanto la cronicidad como el amplio carácter invasivo, representado por muchos síntomas de las enfermedades crónicas-degenerativas, conllevan a un deterioro notorio y a veces extremo del bienestar y la calidad de vida de quienes las padecen. Actualmente se hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de los siguientes puntos: salud física, emocional y social, alimentación, educación, trabajo,

vivienda, seguridad social, vestido, ocio, y derechos humanos. Por lo tanto, es evidente que la calidad de vida incluye en su sentido más amplio todos los aspectos de la vida humana (28,29,30,24,1).

Por otro lado, el concepto de calidad de vida o percepción del estado de salud de los individuos en actividades de la vida cotidiana, ha venido cobrando importancia y está siendo objeto de un creciente interés por parte de la comunidad de investigadores de los servicios de salud (31,28). Es por esto que resulta primordial el papel que juega el médico en la actualidad, quién debe tomar en cuenta todos los factores anteriormente mencionados en el cuidado y la atención de su paciente (26).

En medicina la *metrología clínica* y el término conocido como *climétrica* hacen referencia a las actividades encaminadas a cuantificar el estado de salud. Tales evaluaciones pueden realizarse con un propósito descriptivo y pronóstico. La metrología clínica, se ha convertido en una disciplina compleja que requiere conocimientos en epidemiología clínica y bioestadística con una variedad de técnicas de evaluación. El término *instrumento* se utiliza con frecuencia para describir un mecanismo o adquirir información cuantitativa. *La información clínica cuantitativa* puede utilizarse de modo individual para valorar la eficacia del tratamiento, monitorizar la progresión de la enfermedad, identificar problemas específicos relacionados con la salud y detectar la experiencia de los pacientes, las prioridades del tratamiento y sus preferencias.

*En investigación clínica*, la cuantificación permite evaluar y comparar la eficacia y la eficiencia económica de diferentes intervenciones. En los estudios epidemiológicos facilita la identificación de factores de riesgo para la enfermedad y las necesidades de salud de la población. En la provisión de los servicios sanitarios puede facilitar el desarrollo de guías de práctica clínica (32).

*Las dimensiones de incapacidad, incomodidad e insatisfacción* son reconocidas como componentes del concepto de calidad de vida. *La incapacidad* se mide por la habilidad de realizar actividades y por el impacto físico que esta última produce en la actividad física, en la ocupacional y en la cotidiana. *La incomodidad* se caracteriza por la presencia o ausencia del dolor físico y fatiga. *La insatisfacción* se mide por el funcionamiento social, el bienestar general y la satisfacción con la atención que brindan los prestadores de servicios de salud (28).

Básicamente existen dos tipos de instrumentos para analizar calidad de vida: los genéricos y los específicos. Los genéricos son útiles para comparar diferentes poblaciones y padecimientos, pero tienen el riesgo de ser poco sensibles a los cambios clínicos, por lo cual su finalidad es meramente descriptiva. Los específicos se basan en las características especiales de un determinado padecimiento, sobretodo para evaluar cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo (33,25,31).

Con base a lo anterior, la calidad de vida centrada en la salud tiene dos líneas fundamentales de investigación desarrolladas: *La primera*, con énfasis en la evaluación del impacto de los programas de salud; *la segunda*, sobre el efecto en las intervenciones terapéuticas y su relación costo-beneficio. Ambas líneas generan datos desde una perspectiva amplia al medir dimensiones físicas, psicológicas y sociales, y no desde perspectivas dicotomizadas, como tradicionalmente se observa en la literatura de investigación.

En México existen pocos instrumentos para medir calidad de vida relacionada con la salud, y los que existen en su mayoría se desconoce su confiabilidad y validez, propiedades indispensables en un instrumento adecuado (1). Ahora bien, se debe evaluar claramente el objetivo del instrumento: ¿qué enfermedad se va a estudiar?, y ¿en qué población se va a

aplicar? Aunque es muy atractivo elaborar un instrumento nuevo, es importante recordar que la elaboración y validación consumen mucho tiempo y no se tiene la certeza de que será útil. Es por ello que se recomienda usar instrumentos ya existentes; muchos de ellos son adecuados y pueden aplicarse a los propósitos del estudio <sup>(31)</sup>.

Se han creado y utilizado por los científicos de la conducta la *escala de categorías*, que constituye una de las técnicas de medida de creencias, preferencias y actitudes más utilizada en la actualidad en diferentes disciplinas. Son muchos los términos asociados a esta escala: escala de clasificación, escala de juicio absoluto, escala cerrada, escala de valoración resumida, escala múltiple de elección y *escala tipo Likert*. En cualquier caso, bajo todas estas denominaciones se hace referencia a un procedimiento de escalamiento en el que el sujeto asigna estímulos a un conjunto específico de categorías o cuantificadores lingüísticos, en su mayoría, de frecuencia o de cantidad. Un ejemplo de los *ítems tipo Likert*, son descriptores de intensidad como: “nada en absoluto”, “un poco”, “moderadamente”, “mucho”, “muchísimo” <sup>(11,29)</sup>.

Hace varios años, se creó un instrumento genérico denominado SF-36, muy difundido y utilizado actualmente en la comunidad médico-científica, el cual muestra niveles adecuados de validez, fiabilidad y equivalencia cultural con versiones de otros países, con respuestas o ítems tipo Likert <sup>(34)</sup>.

El SF-36 fue construido para satisfacer en forma mínima los estándares psicométricos necesarios para grupos que requieren comparaciones. Los ítems manejados y usados en este cuestionario tienen sus raíces desde 1970 y 1980, incluidos en Cuestionarios de Percepción de Salud y en otros casos. Los ítems de este instrumento también representan múltiples indicadores de salud, incluyendo la conducta, la función y disfunción, estrés y

existencia de bienestar, reportes objetivos e índices subjetivos y evaluaciones propias favorables y desfavorables del estado general de salud.

El SF-36 ha sido ampliamente usado para estimaciones y estudios comparativos de condiciones y enfermedades como: dolor de espalda, cáncer, enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, depresión, diabetes, enfermedad gastro-intestinal, migraña, sida, hipertensión arterial, síndrome de colon irritable, enfermedad renal, dolor lumbar, esclerosis múltiple, enfermedades musculoesqueléticas, enfermedades neuromusculares, desordenes del sueño y transplantes entre otros.

Existen alrededor de 500 publicaciones con el uso de este instrumento; el proyecto IQOLA (Evaluación Internacional de Calidad de vida, IQOLA), incluyó 14 países industrializados, y en la actualidad hay más de 40 naciones participantes. El SF-36 esta adecuado para que sea autoaplicado por el mismo paciente, aplicado en computadora, a través de una entrevista en persona o por teléfono. Se debe aplicar en personas de 14 años de edad en adelante, puede ser contestado en 5-10 minutos con un alto grado de aceptabilidad y calidad de los datos <sup>(35,36,28)</sup>.

En 1991 se inició el proyecto (IQOLA) para traducir, adaptar y probar la aplicabilidad intercultural del SF-36(Short From 36 Health Survey). Inicialmente, este instrumento se usó en el estudio de resultados médicos (Medical Outcomes Study, MOS), donde se demostró su validez y confiabilidad; así mismo, se determinaron las normas de comparación para la población de los Estados Unidos de América (EUA) <sup>(28)</sup>. A partir de este estudio han surgido diferentes versiones del SF, de 12, 20, 36, 42,....items, pero la más difundida y utilizada es el formato de 36 items <sup>(34)</sup>.

Este cuestionario genérico de salud diseñado tanto para su uso individual como colectivo, su calidad ha hecho que sea uno de los índices de salud más utilizados por la

comunidad científica, lo que permite la comparación nacional e internacional de los resultados, permitiendo la generación de valores o normas poblacionales que se emplean para estimar la salud percibida de la población y su evolución en el tiempo, y con ello evaluar cualitativa y cuantitativamente el impacto de la enfermedad y el beneficio de los procesos sanitarios <sup>(34)</sup>. De esta manera se tendrán datos más consistentes para tomar decisiones en el campo de los servicios de salud, para establecer prioridades y diseñar, implementar, seguir y evaluar programas de prevención, atención y rehabilitación, usada como complemento de los indicadores tradicionales de morbilidad, mortalidad o expectativa de vida <sup>(33)</sup>.

En México se han hecho estudios por investigadores del IMSS, financiados por el *International Development Research Center de Canadá*, con el fin de contar con una referencia normativa del SF-36, como una necesidad de tener datos normativos para comparar el efecto sobre la calidad de vida relacionada con la salud en grupos de pacientes específicos. Este estudio también ha sido validado y estandarizado para población nacional por el Dr. Zúñiga y cols. Todos ellos concluyen que existe una satisfactoria validez y confiabilidad con esta prueba <sup>(24,27)</sup>.

La versión autorizada de este instrumento para su uso en México siguió un procedimiento estandarizado de traducción/retraducción por expertos bilingües, así mismo, se hicieron análisis por grupos focales representativos y se llevó a cabo una evaluación formal de la calidad de cada traducción <sup>(28)</sup>.

En el SF-36, el producto de su aplicación es la construcción de ocho conceptos o escalas de salud resultado del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario. Estos conceptos son: a) función física (FF), b) rol físico (RF), c) dolor corporal (DC), d) salud general (SG), e) vitalidad (VT), f) función social (FS), g) rol emocional (RE) y

h) salud mental (SM). Además de estos ocho conceptos de salud, el SF-36 incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior. La respuesta a esta pregunta describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud <sup>(37,38,36,35,28)</sup>. Es importante señalar que este último ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas <sup>(39, 34)</sup>.

Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido de 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). El cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global <sup>(40)</sup>.

### ***Puntuación de las escalas.***

Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud como mencionamos anteriormente. La siguiente tabla contiene el número de ítems incluidos en las diferentes escalas del cuestionario, así como una breve descripción de significado de puntuaciones altas y bajas <sup>(39)</sup>.

Áreas	No de items	Significado de los Resultados	
		Baja Puntuación	Alta puntuación
<b>Función Física</b>	10	Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluido bañarse o vestirse debido a la salud.	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin gran limitación.
<b>Rol Físico</b>	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de su salud física.	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física.
<b>Dolor</b>	2	Dolor muy severo y altamente limitante.	Ausencia de dolor o limitaciones debidas al mismo.
<b>Salud General</b>	5	El sujeto evalúa su salud como mala y cree que probablemente empeorará.	Evalúa su salud personal como buena/excelente.
<b>Vitalidad</b>	4	Cansancio y agotamiento todo el tiempo.	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo.
<b>Función Social</b>	2	Interferencia frecuente y extrema con las actividades sociales normales debido a problemas físicos y emocionales.	Realiza actividades sociales normales sin interferencia debidas a problemas físicos o emocionales.
<b>Rol Emocional</b>	3	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales.	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales.
<b>Salud Mental</b>	5	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo.	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo.
<b>Transición de Salud</b>	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año.	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año.
Nota: traducción adaptada y modificada de The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) <sup>(28, 34)</sup> .			

### **3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las transiciones demográfica y epidemiológica han colocado a México, en el escenario que viven los países industrializados cuyo perfil de daños a la salud se caracteriza por la presencia de enfermedades crónicas y degenerativas; <sup>(3)</sup> pero por otro lado, sigue siendo un país en donde las condiciones sanitarias propician tasas altas de enfermedades infectocontagiosas prevenibles con vacunación. Por eso es, que el proceso de envejecimiento demográfico y una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas nos obliga a marcar un cambio importante en el futuro manejo de los servicios sanitarios.

Las enfermedades reumatológicas se han posicionado como los padecimientos crónicos mas frecuentes en la población adulta mexicana, así lo evidencian los datos estadísticos del IMSS. <sup>(18)</sup>

El avance tecnológico de la medicina ha incrementado la dificultad para que los médicos aborden al paciente reumático de una manera integral, reduciendo su actuar a los aspectos biológicos, y dejando de lado los componentes psicológico y social.

Es por esto, que la Calidad de Vida cobra especial importancia en el padecer de quien sufre la enfermedad, y no menos importante, el creciente interés de la comunidad médico-científica en el desarrollo de estudios de investigación que ayuden a tener un panorama más amplio del padecer.

La evaluación de la calidad de vida es sumamente importante, pero difícil de cuantificar objetivamente. La calidad de vida es un fenómeno que se afecta por diferentes factores dependientes o independientes del ser humano. Este concepto requiere de

métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables, y son herramientas adicionales del clínico en la evaluación integral del paciente <sup>(31)</sup>.

Tomando en cuenta lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta: **¿Cuál es el nivel de calidad de vida en los pacientes con Artritis Reumatoide y Osteoartrosis, medida con el SF-36?**

#### **4.- JUSTIFICACION**

Las enfermedades reumatológicas, refiriéndonos a AR, a nivel mundial se tiene una prevalencia del 1% de la población, con tendencia a presentarse en adultos jóvenes. En cambio la OA, que es una enfermedad reumatológica de adultos mayores, los datos internacionales refieren que en personas mayores de 65 años de edad existe una evidencia clínica del 60% en hombres y 70% en mujeres, mientras que en la población mayor de 75 años existe evidencia radiográfica de OA en el 80% de la población en ambos sexos. La OA en los Estados Unidos de Norteamérica es la segunda causa de incapacidad laboral atrás del infarto agudo de miocardio.

De acuerdo a datos demográficos de México, sabemos que en general, las enfermedades crónicas tienen una incidencia mayor a partir de los 50 años de edad y son más tempranas e importantes en la población femenina. Los estudios sobre el peso global de la enfermedad en mayores de 60 años publicados desde 1994 señalan los años perdidos por muertes prematuras (APMP) y los años vividos con discapacidad (AVD) en las 12 enfermedades crónicas más frecuentes en población mexicana. Específicamente en lo que se refiere a AR y a OA se habla de un 6.8% y 2.2%, para APMP y de 93.2% y 97.8% para AVD respectivamente. El indicador AVISA (años de vida saludable), fue de 9.8% para AR y 9.6% para OA.<sup>41</sup> Estos datos hablan del impacto económico que tiene la enfermedad crónica en general y en especial de las enfermedades reumáticas, situación que se vuelve trascendente con la edad sobre todo en lo que a discapacidad se refiere. Resultados similares para la OA se reportaron en 2005.<sup>42</sup>

De acuerdo a datos estadísticos del IMSS de 2005, la OA se encuentra ocupando el décimo lugar de las enfermedades crónicas que se atienden en nuestros adultos mayores.

En la unidad de medicina familiar No 70 de Zinapécuaro a partir de este trabajo se comenzó a realizar cuidadosamente el diagnóstico de estos padecimientos reumatológicos en base a los criterios del Colegio Americano de Reumatología, teniendo en el 2006 para AR y OA, 3 y 47 casos respectivamente y en el 2007, 4 y 26 casos respectivamente. Por otro lado, los pacientes con este diagnóstico son grandes consumidores de servicios ya que reciben atención médica mensual y ello implica prescripción de analgésicos, de anti-inflamatorios y por lo menos 1 o 2 revisiones anuales por el especialista en reumatología o en traumatología y ortopedia según el avance de la enfermedad, todo lo cual se traduce en costos e impacto financiero. En este mismo sentido está el problema de la vulnerabilidad y factibilidad para incidir sobre estas patologías, ya que al desconocerse su etiología específica y su cronicidad, la vulnerabilidad de las mismas se ve reducida y la atención se limita a la prevención de la invalidez.

El grado de avance de estos padecimientos depende también de la situación social y económica. Este panorama, requiere de la adaptación del Sistema de Salud a las nuevas circunstancias donde la morbilidad y la comorbilidad cobran la mayor importancia, por ello es imprescindible modificar los modelos de atención clínica y hospitalaria, además de requerir del apoyo familiar para la atención.

Ahora bien, el sufrimiento y las cargas emocionales que provocan las enfermedades, repercuten en la calidad de vida de las personas envejecidas y afectan el entorno familiar y social <sup>(3)</sup>. En la actualidad, el tratamiento médico de las enfermedades reumatológicas sigue siendo paliativo, orientado a minimizar el dolor crónico; todo ello como resultado de no reconocer en el enfermo las alteraciones emocionales y sociales de la patología.

Resulta por lo tanto relevante explorar la Calidad de Vida en pacientes con AR y OA, pues a partir de ello se puede comprender mejor la necesidad de un abordaje y tratamiento integral multidisciplinario.

Las investigaciones sobre calidad de vida en pacientes reumáticos en otros países han dejado claro cómo estas enfermedades presentan alteraciones en aspectos psíquicos, físicos, emocionales, familiares, laborales y sociales. Otros autores se han referido a que estos padecimientos tienen efectos a 3 niveles: sobre el cuerpo, la persona y la sociedad a la que pertenece el enfermo. En la práctica clínica los pacientes reumáticos pueden verse ampliamente beneficiados si el médico familiar tratante contara con un instrumento de fácil aplicación que le permitiera considerar aspectos de calidad de vida relacionados con la sintomatología orgánica derivada de la AR y la OA. En este sentido los resultados de este estudio pueden contribuir a mostrar en qué medida esto es posible.

## **5.- OBJETIVOS**

- **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar el nivel de calidad de vida en los pacientes con AR y OA a través de la Escala SF-36 en la *Unidad de Medicina Familiar No 70 del IMSS en Zinapécuaro, Michoacán.*

- **OBJETIVO ESPECIFICO**

1. Aplicar la escala SF-36 a los pacientes con AR y OA que acuden a control en Medicina Familiar
2. Elaborar una propuesta a los Médicos Familiares para evaluar y atender de manera sistemática la calidad de vida de los pacientes.

## **7.-MATERIAL Y METODOS**

### **TIPO DE ESTUDIO:**

Descriptivo, transversal, observacional y analítico.

### **POBLACION DE ESTUDIO:**

Población derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar No 70, de Zinapécuaro, Michoacán, adscritos al Consultorio No 1 del turno matutino, con diagnósticos de Artritis Reumatoide y Osteoartritis de acuerdo a los criterios del Colegio Americano de Reumatología, con edades entre 52 y 97 años.

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **CRITERIOS DE INCLUSION:**

1. Pacientes con Artritis Reumatoide y Osteoartritis, de acuerdo a los criterios del Colegio Americano de Reumatología
2. Edad entre 52 y 97 años.
3. Ambos sexos.
4. Que acuden a control mensual con su medico familiar.
5. Con participación voluntaria.

## 6. CRITERIOS DE EXCLUSION:

1. Pacientes que no reúnen los criterios del Colegio Americano de Reumatología.
2. Pacientes que no acuden mensualmente con su medico familiar.
3. Pacientes que no desean participar en el estudio.
4. Pacientes que no estén adscritos al consultorio 1.

## **CARACTERÍSTICAS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

La muestra se selecciono por conveniencia seleccionando a la totalidad de los pacientes adscritos al consultorio en forma no aleatoria, por lo que se incluyeron 86 pacientes. De acuerdo a esto, es importante señalar que la muestra tomada es pequeña, por lo que se hizo este estudio de manera exploratoria para posteriores trabajos.

## **DESCRIPCION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

### **1. Variable Dependiente:**

- Calidad de Vida.

### **2. Variable Independiente:**

- Diagnóstico.
- Edad
- Género

**Calidad de Vida:** Se define como la percepción adecuada y correcta que tiene de sí misma una persona en el contexto cultural y de valores en que está inmersa, en relación con sus objetivos, normas, esperanzas e inquietudes. En este caso es el resultado cuantitativo medio a través del SF-36.

**Género:** Accidente gramatical para indicar el sexo de las personas o los animales y el que se atribuye a las cosas, o para dar a entender que no se les atribuye ninguno. En nuestro caso femenino (mujer), masculino (hombre).

**Edad:** Periodo en que se considera dividida la vida humana o bien, tiempo que una persona ha vivido a contar desde que nació. En nuestro caso años de edad.

**Diagnostico:** Arte o hecho de determinar la naturaleza de la enfermedad de un paciente o bien, conclusión alcanzada en la identificación de la enfermedad de un paciente. En nuestro caso Artritis Reumatoide y Osteoartritis.

### Definición operativa de las variables

Variable	Indicador de Calidad de Vida	Definición	Unidad de medida	Escala
<b>Dependiente: Calidad de Vida</b>	Función Física	Grado de limitación para realizar actividades cotidianas en relación a necesidades básicas, como bañarse, caminar, subir escaleras, mover objetos.	Puntaje obtenido en cada rubro	Escala de 1 a 3
	Rol Físico	Grado de dificultad para realizar el trabajo cotidiano.	Puntaje obtenido en cada rubro	Escala de 1 a 2
	Dolor Corporal	Presencia de dolor en las últimas 4 semanas y grado en el cual éste ha impedido realizar el trabajo cotidiano.	Puntaje obtenido en cada rubro	Escala de 1 a 6
	Salud General	Grado de percepción subjetiva del estado de salud por el propio paciente.	Puntaje obtenido en cada rubro	Escala de 1 a 5
	Vitalidad	Grado de percepción subjetiva del estado de bienestar por el propio paciente	Puntaje obtenido en cada rubro	Escala de 1 a 6
	Función Social	Grado en el cual la enfermedad física afecta las relaciones sociales primarias, como visitar a los amigos y/o a familiares.	Puntaje obtenido en cada rubro	Escala de 1 a 5
	Rol Emocional	Grado en el que se han presentado tristeza, depresión o nerviosismo en relación con las actividades cotidianas y el trabajo.	Puntaje obtenido en cada rubro	Escala de 1 a 2
	Salud Mental	Grado de percepción subjetiva del malestar por el propio paciente	Puntaje obtenido en cada rubro	Escala de 1 a 6
<b>Independiente</b>	Diagnóstico	Diagnostico de AR y OA de acuerdo a los criterios del Colegio Americano de Reumatología	Síntomas y Signos	Criterio Clínico
	Edad	Tiempo transcurrido desde el momento de nacimiento medido en años hasta la fecha de realizar el estudio	años	52 a 97 años
	Genero	Fenotipo aparente que ostenta y con el cual se identifica como hombre y mujer	Sexo	Hombre y Mujer

### DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO

El SF-36 es un instrumento genérico para medir la calidad de vida con una validez probada. Esta hecho para que sea autoaplicado por el mismo paciente ó a través de una entrevista en persona o por teléfono. La edad considerada para aplicarlo es a partir de los 14 años en adelante, para que sea contestado en tiempo de 5 a 10 minutos. El SF-36 es un instrumento exacto y efectivo en los resultados que se obtienen. La encuesta esta construida por 36 items y cada uno de ellos cuenta con respuestas tipo Likert.

En el SF-36, explora ocho conceptos o escalas de salud contenidas en el cuestionario. Estos conceptos son: a) función física (FF), b) rol físico (RF), c) dolor corporal (DC), d) salud general (SG), e) vitalidad (VT), f) función social (FS), g) rol emocional (RE) y h) salud mental (SM). El SF-36 incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior. La respuesta a esta pregunta describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud

## **PROCEDIMIENTO PARA RECABAR DATOS**

Al inicio del estudio se procedió a la identificación de los pacientes, realizando el diagnóstico de acuerdo a los criterios del Colegio Americano de Reumatología. Posteriormente se les invito a participar en el estudio de investigación, explicándoles en forma cuidadosa, la forma de contestar el cuestionario SF-36. Primeramente se les dio el consentimiento informado explicándoles cualquier duda que ellos tuvieran al momento de firmar. Debido a que la mayor parte de la población estudiada es una población rural y semi-urbana, con un nivel educativo y cultural bajo, se entreno a un medico pasante de la unidad para que participara con nosotros en la aplicación del instrumento en base a un cronograma realizado, de acuerdo a las visitas programadas de los pacientes a la Clínica.

El instrumento, de fácil aplicación, resulto laborioso y con un grado de complicación en la interpretación de cada cuestionario que fue aplicado, ya que se requiere del instructivo, el cual no fue fácil conseguirlo, necesario para realizar primeramente codificación, recodificación de algunos de los reactivos y finalmente la transformación a una escala de 0 a 100 para el score final de las respuestas. Este proceso fue aun más laborioso que la misma aplicación del cuestionario a la población dirigida. Finalmente se hizo el análisis estadístico

buscando la existencia de la interacción de cada uno de los aspectos que explora el instrumento con la edad, el género y el diagnóstico.

## **ANALISIS ESTADISTICO**

Los datos se concentraron en hojas de cálculo de Office Excel. Se utilizo el paquete estadístico SPSS para Windows versión 15. Se utilizaron pruebas estadísticas paramétricas y no paramétricas. La T de Student utilizada para un análisis comparativo de medias, Prueba Mann Whitney, Prueba de Fisher, y la prueba L Matrix.

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

Se utilizo el formato de consentimiento bajo información y se le pidió a los pacientes lo firmaran si estaban de acuerdo en participar en el estudio, garantizándoles la discreción y confidencialidad de la información (Anexo).

## **8.-RESULTADOS**

En el presente trabajo, se estudio a la población del Consultorio No1 del servicio de Medicina Familiar, de la Unidad de Medicina Familiar No 70, fueron incluidos 86 pacientes con edades entre 52 y 97 años de ambos sexos, que acuden mensualmente a su cita, específicamente a las personas mayores de 50 años de ambos sexos. En cuanto al género, las mujeres constituyeron el 64% de la muestra y los hombres el 36%. Ahora bien, en relación a los padecimientos, los pacientes con AR representan el 8% de la totalidad y la OA representó el 92%.

En relación a la edad, se dividió en dos grupos para su estudio, de acuerdo al dolor y al grado de incapacidad física:

- El Grupo 1: menor de 70 años de edad, que constituye el 51% de la muestra.
- El Grupo 2: mayor o igual a 70 años de edad, constituyendo el 49% de la muestra.

Es importante señalar que el nivel socio-económico de los encuestados, es bajo en su mayoría; con una escolaridad de primaria sin concluir. Esta condicionante generó la necesidad de que el SF-36 fuera aplicado por personal médico. Para esto se contó con el apoyo de un médico de servicio social, el cual fue entrenado para la aplicación de los 36 reactivos.

Posterior a la aplicación del SF-36 en los pacientes, se codificaron cada una de las respuestas y posteriormente se precodificaron algunas de ellas, como lo indica el instructivo del instrumento. Finalmente los resultados de las respuestas de cada una de las 8 áreas exploradas (factores), se transformaron a una escala de 0 a 100 por medio de formulas algebraicas, dando por terminado la calificación final de calidad de vida en cada uno de los pacientes.

**CUADRO 1. PROMEDIO DE CALIDAD DE VIDA POR FACTOR SEGÚN EL DIAGNOSTICO.**

FACTOR	DIAGNOS	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	Sig.
<b>FUNCION FISICA</b>	<b>O.A.</b>	79	46,0127	21,56356	2,42609	<b>,064</b>
	A.R.	7	30,0000	22,36068	8,45154	,111
<b>FUNCION SOCIAL</b>	<b>O.A.</b>	79	71,9231	29,15064	3,61569	<b>,072</b>
	A.R.	7	43,7500	42,69563	21,34781	,280
ROL FISICO	O.A	79	37,0253	44,91102	5,05288	,377
	A.R.	7	21,4286	39,33979	14,86904	,352
ROL EMOCIONAL	O.A.	79	44,9275	50,10645	6,03211	,918
	A.R.	7	42,8571	53,45225	20,20305	,924
<b>SALUD MENTAL</b>	<b>O.A.</b>	79	62,3291	21,61298	2,43165	<b>,058</b>
	A.R.	7	45,7143	25,38841	9,59592	,138
VITALIDAD	O.A.	79	58,7342	20,74677	2,33419	,289
	A.R.	7	50,0000	21,01587	7,94325	,326
DOLOR	O.A.	79	54,6962	26,12806	2,93964	,227
	A.R.	7	42,1429	26,84790	10,14755	,273
<b>SALUD GENERAL</b>	<b>O.A.</b>	79	37,6582	16,49855	1,85623	<b>,072</b>
	A.R.	7	21,0000	15,55635	5,87975	,090

**PROMEDIO GLOBAL DE CALIDAD DE VIDA POR FACTOR SEGÚN EL DIAGNOSTICO**

	DIAGNOS	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TOTAL	O.A.	79	49,3592	23,31302	2,62292
	A.R.	7	34,7679	24,31139	9,18884

En el cuadro 1 se encuentran representados los promedios y el grado de significancia de acuerdo al diagnóstico con la prueba T de Student. Se observan las diferencias en las dos patologías, encontrando el promedio total de la media en cada uno de los factores, para OA de 49.35 y en AR de 34.76. Se observa que en la AR se encuentran más afectada la calidad de vida que en la OA. Ahora bien, en AR, la mejor puntuación fue para el factor

VITALIDAD y la peor puntuación fue para SALUD GENERAL. En OA, el mejor puntaje fue para FUNCION SOCIAL, mientras que la puntuación más baja fue para ROL FISICO. Ahora bien, observamos que existe una tendencia, lo más cercano a la significancia sin llegar a serlo, en los factores FUNCION FISICA, FUNCION SOCIAL, SALUD MENTAL Y SALUD GENERAL, coincidiendo esta tendencia únicamente en la OA.

**CUADRO 2. PRUEBA T. LA MEDIA DE CADA FACTOR EN RELACION A CATEGORIA DE EDAD**

FACTOR	CATEGORIA DE EDAD	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	Sig.
FUNCION FISICA	MENOR 70 AÑOS	44	48,9773	19,21662	2,89701	,064
	MAYOR O IGUAL A 70 AÑOS	42	40,2381	23,88878	3,68612	,066
FUNCION SOCIAL	MENOR 70 AÑOS	44	72,7273	30,20997	5,25888	,528
	MAYOR O IGUAL A 70 AÑOS	42	68,0556	30,82851	5,13808	,527
ROL FISICO	MENOR 70 AÑOS	44	38,6364	47,75621	7,19952	,542
	MAYOR O IGUAL A 70 AÑOS	42	32,7381	41,13041	6,34656	,541
ROL EMOCIONAL	MENOR 70 AÑOS	44	47,6190	50,54867	7,79983	,580
	MAYOR O IGUAL A 70 AÑOS	42	41,1765	49,95542	8,56728	,580
SALUD MENTAL	MENOR 70 AÑOS	44	61,0000	24,55369	3,70161	,992
	MAYOR O IGUAL A 70 AÑOS	42	60,9524	19,84937	3,06283	,992
VITALIDAD	MENOR 70 AÑOS	44	59,5455	20,90449	3,15147	,490
	MAYOR O IGUAL A 70 AÑOS	42	56,4286	20,78595	3,20734	,490
DOLOR	MENOR 70 AÑOS	44	54,7727	24,25817	3,65706	,694
	MAYOR O IGUAL A 70 AÑOS	42	52,5238	28,44527	4,38920	,695
SALUD GENERAL	MENOR 70 AÑOS	44	36,5000	18,24446	2,75046	,913
	MAYOR O IGUAL A 70 AÑOS	42	36,0952	15,73533	2,42801	,912

**Estadísticos de grupo**

CATEDAD		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TOTAL	MENOR 70 AÑOS	44	49,9290	24,16760	3,64340
	MAYOR O IGUAL A 70 AÑOS	42	46,3304	23,11934	3,56739

En el cuadro 2 se encuentran representados los promedios y el grado de significancia de la prueba T de Student por edad, Grupo 1 (Menor de 70 años) y Grupo 2 (Mayor o igual a 70 años). La media general en el grupo 1 es de 49.92 y en el grupo 2 es de 46.33. Encontramos más afectada la calidad de vida en el grupo 2. En el grupo 1, la mejor puntuación fue lograda por el factor FUNCION SOCIAL, mientras que la más baja fue para SALUD GENERAL. En el grupo 2 la puntuación más alta fue para FUNCION SOCIAL y la más baja para ROL FISICO. Así mismo, observamos que existe una tendencia, lo más cercano a la significancia sin llegar a serlo, en el factor función física en ambos grupos.

**CUADRO 3. PRUEBA T. LA MEDIA DE CADA FACTOR EN RELACION A GÉNERO**

**Estadísticos de grupo**

FACTOR	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	Sig.
FUNCION FISICA	M	55	42,0909	22,35428	3,01425	,141
	H	31	49,3548	20,72607	3,72251	,134
FUNCION SOCIAL	M	55	70,6522	31,75617	4,68219	,890
	H	31	69,5652	28,15997	5,87176	,886
<b>ROL FISICO</b>	<b>M</b>	55	43,1818	47,00634	6,33833	<b>,058</b>
	<b>H</b>	31	22,5806	36,71673	6,59452	<b>,057</b>
ROL EMOCIONAL	M	55	43,1373	50,01960	7,00415	,693
	H	31	48,0000	50,99020	10,19804	,696
SALUD MENTAL	M	55	60,8727	22,33338	3,01143	,954
	H	31	61,1613	22,46641	4,03509	,954
VITALIDAD	M	55	59,0000	21,61104	2,91403	,565
	H	31	56,2903	19,44941	3,49322	,553
DOLOR	M	55	53,2000	26,40314	3,56020	,825
	H	31	54,5161	26,39933	4,74146	,825
SALUD GENERAL	M	55	36,1273	17,78686	2,39838	,899
	H	31	36,6129	15,68370	2,81688	,896

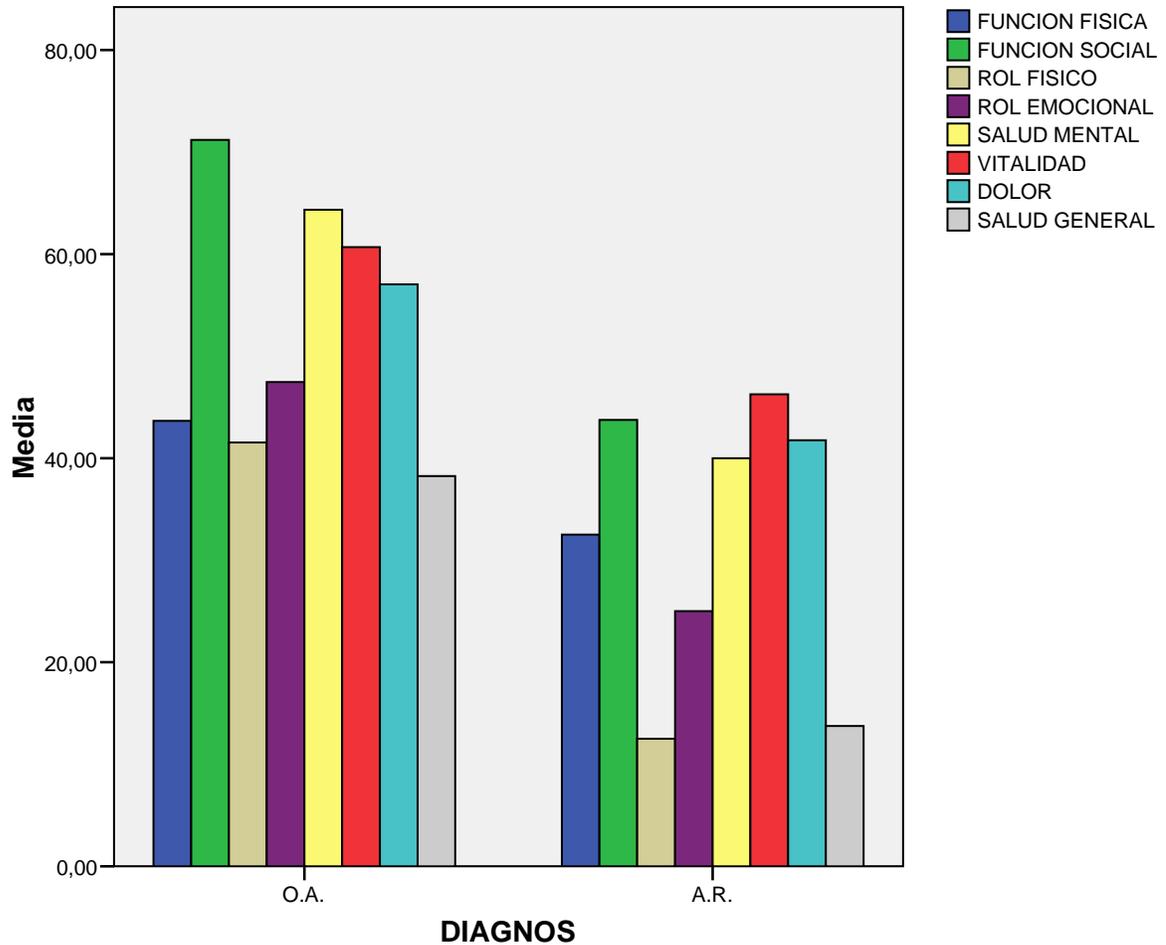
**Estadísticos de grupo**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TOTAL	M	55	49,1955	24,95460	3,36488
	H	31	46,3548	21,22936	3,81290

En el cuadro 3 se encuentran representados los promedios y el grado de significancia de la prueba T de Student por género. La media general en mujeres fue de 49.19 y en hombres de 46.35. El grupo de mujeres obtuvo su mejor puntuación en el factor FUNCION SOCIAL y su puntuación más baja en SALUD GENERAL. En el grupo de hombres la mejor

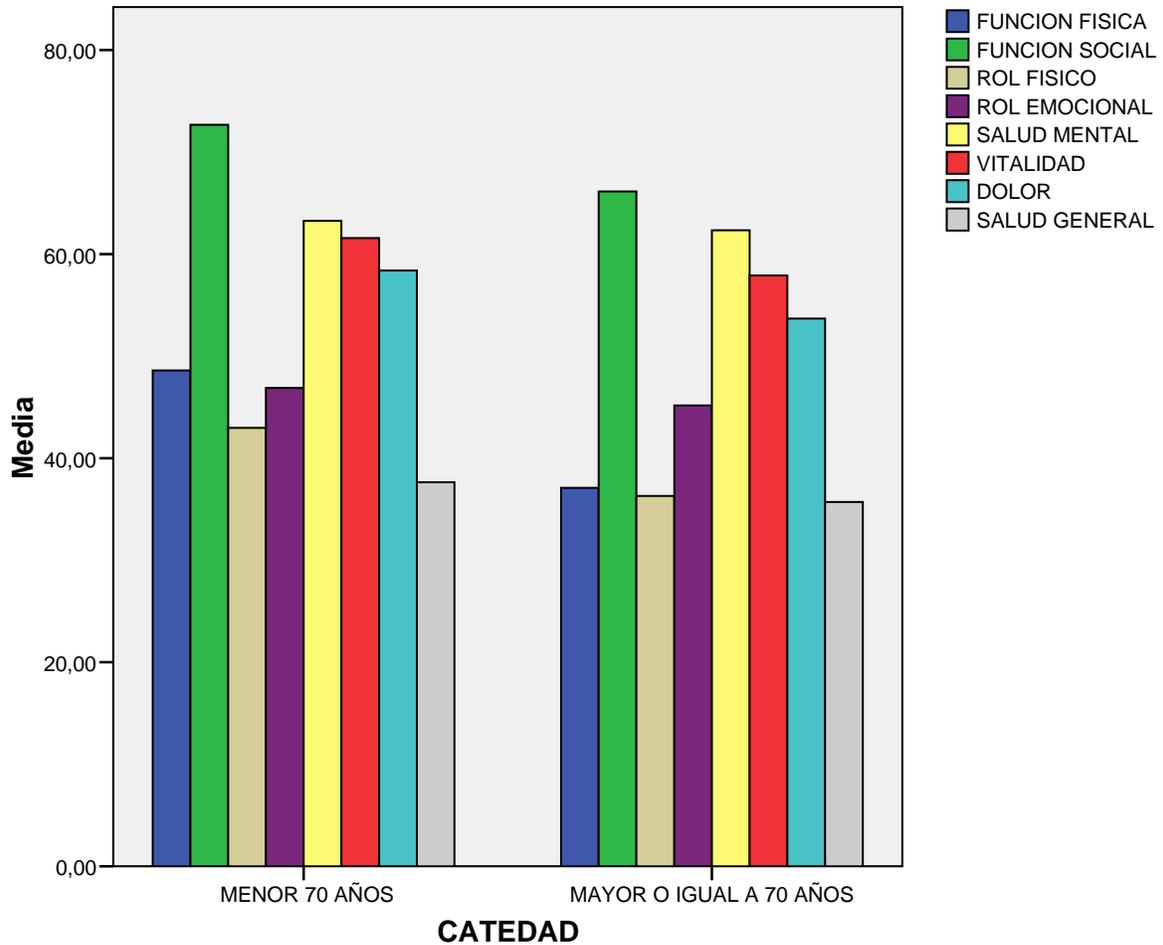
puntuación fue para el factor FUNCION SOCIAL y la más baja para ROL FISICO. Sin embargo, observamos que existe también una tendencia, lo más cercano a la significancia sin llegar a serlo, en el factor Rol Físico en ambos sexos.

**Grafica 1.** Ilustración en barras de los promedios en relación a los dos diagnósticos estudiados, de manera comparativa.



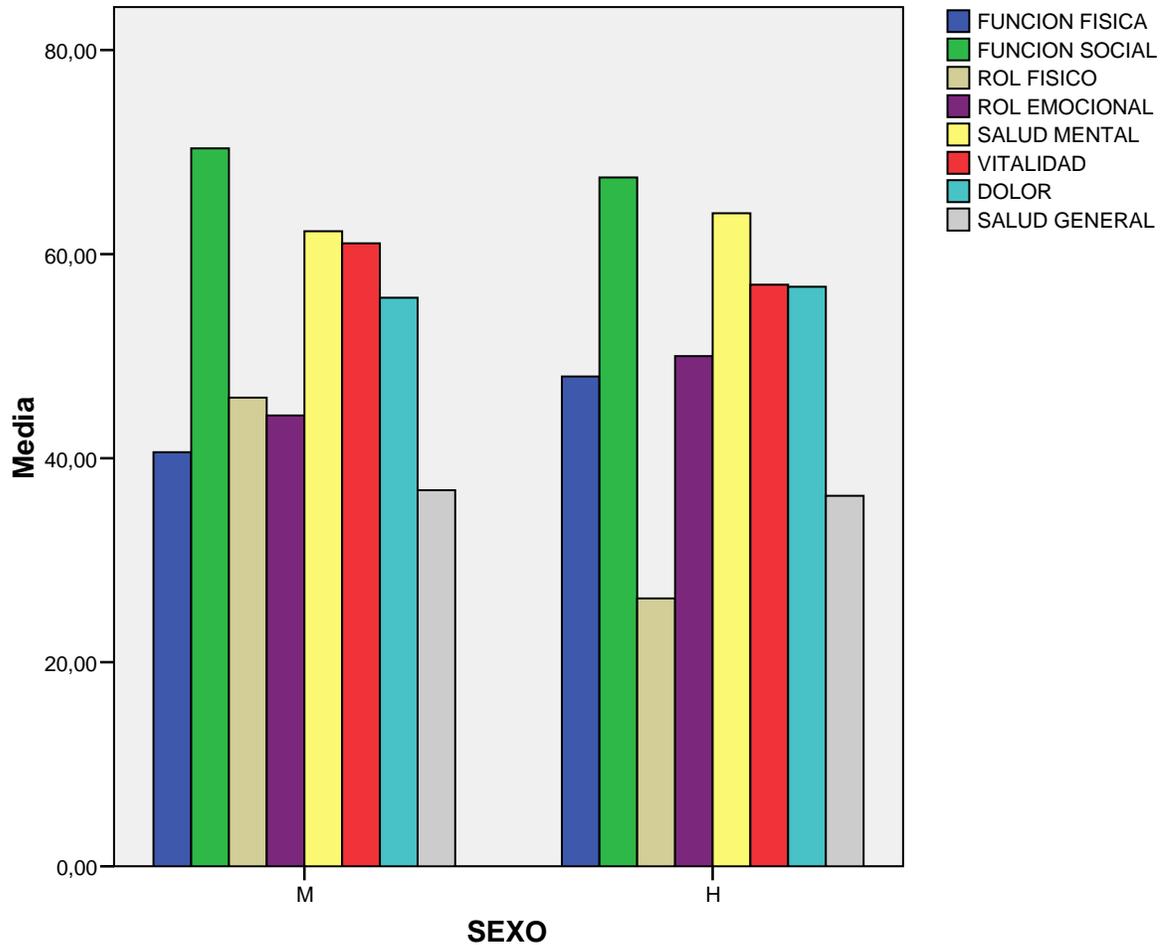
Esta gráfica coincide con lo dicho en el cuadro 1, observando de manera grafica los promedios de las medias, en cada uno de los factores que evalúa el SF-36 en relación al diagnóstico en la escala de 0 a 100.

**Grafica 2.** Ilustración en barras de los promedios en relación a los dos grupos de edad estudiados, de manera comparativa.



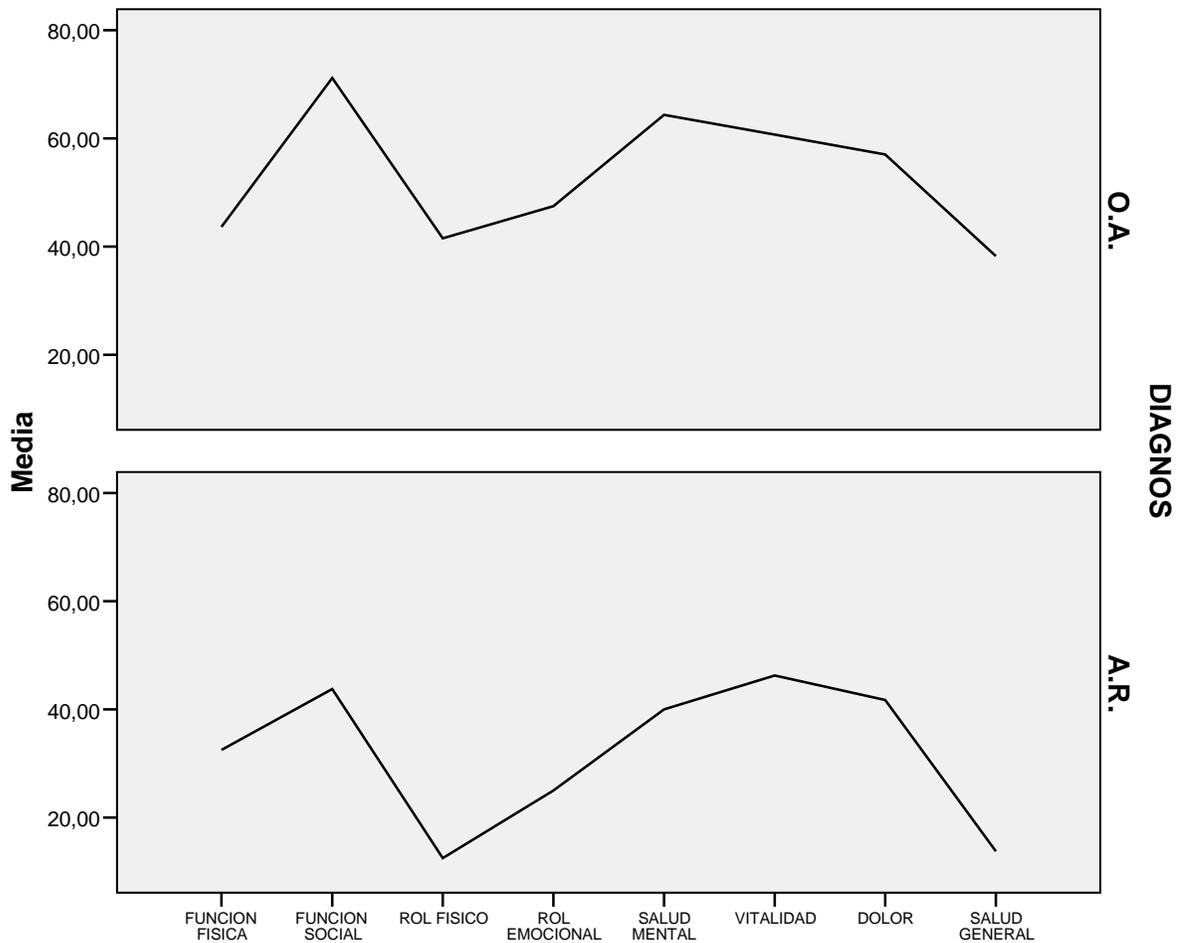
Esta gráfica coincide con lo expuesto en el cuadro 2, observando de forma grafica los promedios de las medias, en cada uno de los factores que evalúa el SF-36 en relación a la categoría de edad, dividida en los 2 grupos de edad, en la escala de 0 a 100.

**Grafica 3.** Ilustración en barras de los promedios en relación a los dos géneros estudiados, de manera comparativa.



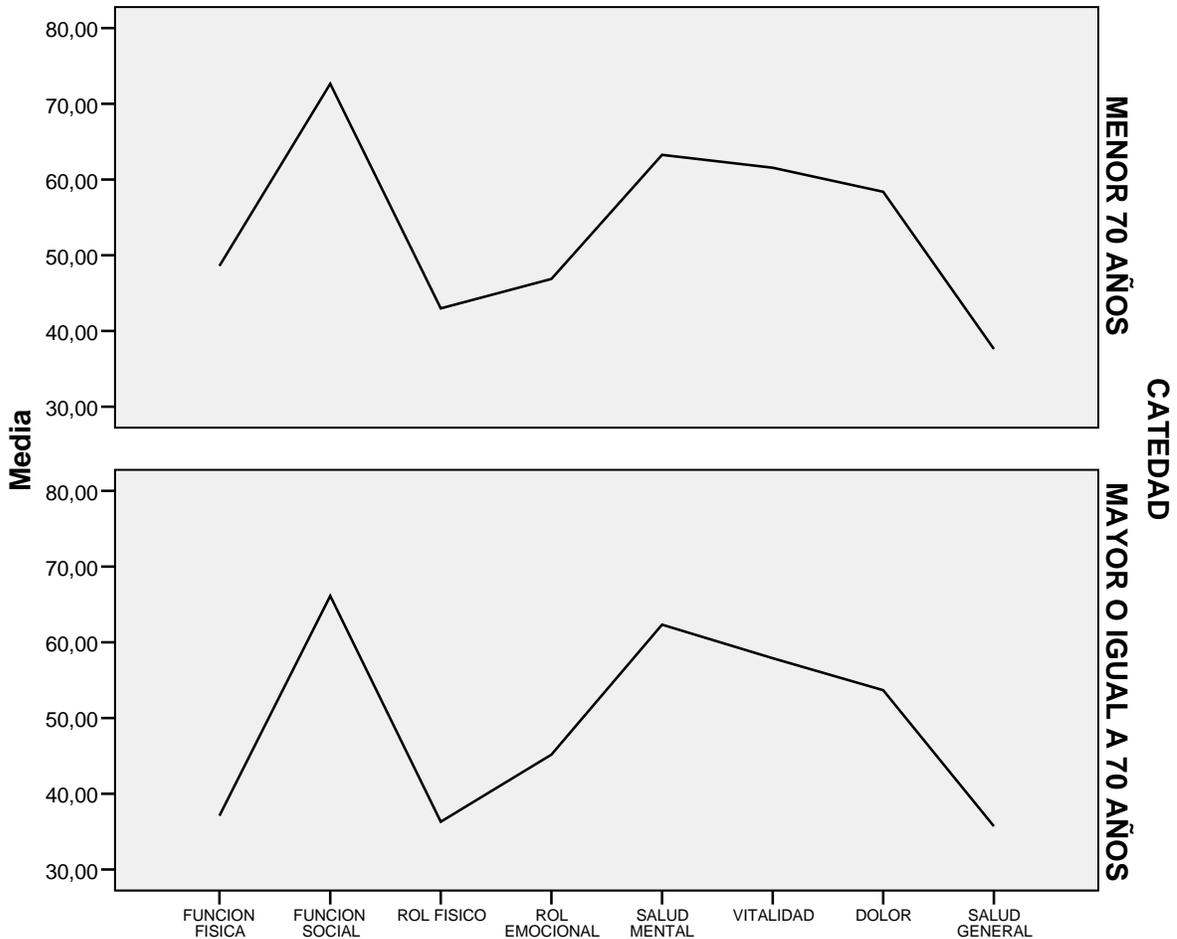
Esta gráfica coincide con lo referido en el cuadro 3, observando gráficamente los promedios de las medias, en cada uno de los factores que evalúa el SF-36 en relación a género en la escala de 0 a 100.

**Grafica 4.** Comportamiento dinámico de cada factor medido en relación al diagnóstico y la diferencia existente entre ellos.



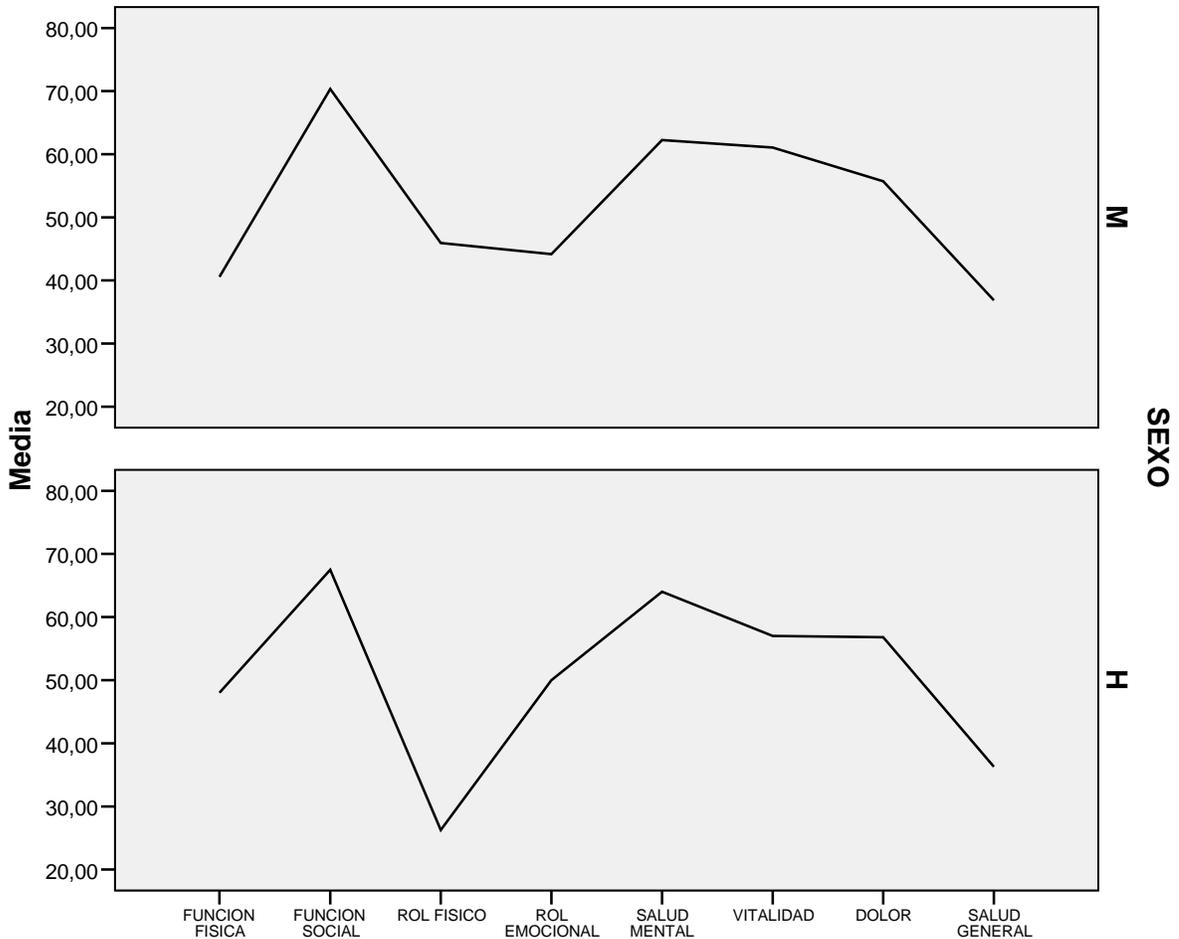
Esta grafica plasma de manera sencilla los 8 factores evaluados con el SF-36 en la población estudiada en relación con el diagnóstico, registrando una curva dinámica, mostrando una visión panorámica y clara de las diferencias observadas en cada uno de los factores que evalúan la percepción de la calidad de vida, y donde se alcanzan los valores más altos y los más bajos de la medición.

**Grafica 5.** Comportamiento dinámico de cada factor medido en relación a los dos grupos de edad y la diferencia existente ente ellos.



Esta grafica plasma de manera didáctica los 8 factores evaluados con el SF-36 en la población estudiada en relación a los dos grupos de edad observados, registrando una curva dinámica, mostrando una visión panorámica y clara de las diferencias observadas en cada uno de los factores que evalúan la percepción de la calidad de vida, y donde se alcanzan los valores más altos y los más bajos de la medición.

**Grafica 6.** Comportamiento dinámico de cada factor medido en relación a los dos géneros y la diferencia existente ente ellos.



Esta grafica plasma de manera sencilla los 8 factores evaluados con el SF-36 en la población estudiada en relación al género, registrando una curva dinámica, mostrando una visión panorámica y clara de las diferencias observadas en cada uno de los factores que evalúan la percepción de la calidad de vida, y donde se alcanzan los valores más alto y los más bajos de la medición.

**CUADRO 4. PRUEBA DE MANN-WHITNEY**

**Rangos**

	SEXO	N	Rango promedio	Suma de rangos
FUNCION SOCIAL	M	55	35,45	1630,50
	H	31	34,11	784,50
	Total	86		
ROL FISICO	M	55	46,96	2583,00
	H	31	37,35	1158,00
	Total	86		
ROL EMOCIONAL	M	55	37,89	1932,50
	H	31	39,74	993,50
	Total	86		
SALUD MENTAL	M	55	43,18	2375,00
	H	31	44,06	1366,00
	Total	86		
VITALIDAD	M	55	44,84	2466,00
	H	31	41,13	1275,00
	Total	86		
DOLOR	M	55	42,98	2364,00
	H	31	44,42	1377,00
	Total	86		

En el cuadro 4 se presentan 6 parámetros del SF-36 que son evaluados con la Prueba de Mann-Whitney, en ningún caso resultaron significativos.

**CUADRO 5. PRUEBA DE FISHER. INTERACCION DEL GÉNERO Y EDAD EN LOS 8 FACTORES DEL SF-36**

<b>Dominio</b>	<b>gl</b>	<b>F. de Fisher</b>	<b>Significación</b>
<b><i>Función Física</i></b>	<b>2.85</b>	<b>4.084</b>	<b>0.020</b>
<b>Función Social</b>	2.68	0.202	0.817
<b>Rol Físico</b>	2.85	1.644	0.199
<b>Rol Emocional</b>	2.75	0.289	0.750
<b>Salud Mental</b>	2.85	0.201	0.818
<b>Vitalidad</b>	2.85	0.324	0.724
<b>Dolor</b>	2.85	0.235	0.791
<b>Salud General</b>	2.85	0.173	0.841

En el cuadro 5 se muestran los resultados de la Prueba de Fisher, donde buscamos el grado de significancia, en cada uno de los factores. El factor Función Física es el único rubro del SF-36 donde encontramos un grado de significancia de 0.02

Con todas las pruebas anteriores realizadas y con el resultado obtenido en la prueba F. de Fisher, decidimos buscar si existe alguna interacción entre la Función física y las variables género, edad y diagnóstico. Se encontró interrelación existente de este factor del SF-36 con el género y la edad. Por lo tanto decidimos aplicar la prueba L de Matrix en los 2 grupos de edad, en ambos géneros, buscando intencionalmente, cual es la variable que nos da la interacción y la significancia.

**CUADRO 6. PRUEBA L MATRIX EN EL GRUPO 2 DE EDAD EN AMBOS GENEROS.**

**Resultados del contraste (matriz K)(a)**

Contraste		Variable dependiente FUNCION FISICA
L1	Estimación del contraste	-17,778
	Valor hipotetizado	0
	Diferencia (Estimado - Hipotetizado)	-17,778
	Error típ.	6,761
	<b>Significación</b>	<b>,010</b>
	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia	
	Límite inferior	-31,228
	Límite superior	-4,327

a Basada en la matriz de coeficientes de contraste (L) definida por el usuario: hombre vs mujer dentro edad 2

Variable dependiente: FUNCION FISICA

Fuente	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Significación
Contraste	3047,619	1	3047,619	6,913	,010
Error	36148,438	82	440,835		

En el cuadro 6 están los resultados de la aplicación de la prueba L Matrix, buscando intencionadamente la interacción entre el factor Función Física con la variable género y la variable categoría de edad, específicamente en el grupo de los pacientes mayores o igual a 70 años (grupo 2).

En este cuadro se presenta los géneros hombre vs. Mujer dentro del grupo 2 de edad, con una significancia de 0.01. Esto nos lleva a pensar que existe una interacción significativa de género en el factor FUNCION FISICA. Con estos resultados decidimos aplicar esta misma prueba separando ambos géneros en el grupo 2 de edad y observar cual es el sexo que nos lleva a que haya una mayor significancia en esta población.

**CUADRO 7. PRUEBA L MATRIX EN EL GRUPO 2 EN EL GÉNERO MASCULINO.**

**Resultados del contraste (matriz K)(a)**

Contraste		Variable dependiente FUNCION FISICA
L1	Estimación del contraste	16,111
	Valor hipotetizado	0
	Diferencia (Estimado - Hipotetizado)	16,111
	Error típ.	5,663
	<b>Significación</b>	<b>,006</b>
	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia	
	Límite inferior	4,845
	Límite superior	27,377

a Basada en la matriz de coeficientes de contraste (L) definida por el usuario: edad dentro del hombre

Variable dependiente: FUNCION FISICA

Fuente	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Significación
Contraste	3567,879	1	3567,879	8,093	,006
Error	36148,438	82	440,835		

En el cuadro 7 tenemos los resultados de la aplicación de la prueba L Matrix, buscando interacción entre el factor Función Física con la variable género (Hombre) en los pacientes mayores de 70 años de edad.

Consideramos que este cuadro es uno de los más relevantes, porque nos muestra una significancia de 0.006.

**CUADRO 8. PRUEBA L MATRIX EN EL GRUPO 2 EN EL GÉNERO MASCULINO EN RELACION CON O.A.**

**Resultados del contraste (matriz K)(a,b)**

Contraste		Variable dependiente FUNCION FISICA
L1	Estimación del contraste	19,236
	Valor hipotetizado	0
	Diferencia (Estimado - Hipotetizado)	19,236
	Error típ.	5,630
	Significación	,001
	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia	
	Límite inferior	8,020
	Límite superior	30,452

a Basada en la matriz de coeficientes de contraste (L) definida por el usuario: edad dentro del hombre

b DIAGNOS = OA

Variable dependiente: FUNCION FISICA

Fuente	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Significación
Contraste	4701,532	1	4701,532	11,672	,001
Error	30209,856	75	402,798		

a DIAGNOS = OA

Al final era importante definir si existía una interacción dada por el diagnóstico, en relación a las variables donde ya se busco ésta (categoría de edad y género). Definitivamente este es otro de los cuadros importantes ya que encontramos que existe una significancia de 0.001 con la OA en interacción con el género hombre y el grupo 2 de edad.

## **10.-DISCUSION**

El SF-36 como instrumento de calidad de vida tiene relativamente poco tiempo de haber sido traducido al español <sup>37</sup> y aplicado en poblaciones del ámbito iberoamericano <sup>39</sup>. Una búsqueda sistemática en las bases de datos del MEDLINE<sup>43</sup>, muestra los artículos que se han publicado en la literatura anglosajona y en ninguno de ellos se hace referencia a estudios relacionados con enfermedades reumáticas. En la base de datos de artículos con texto completo del OVID<sup>44</sup> contratado por el IMSS, no hay referencias a este respecto.

En la literatura mexicana, el SF-36 se ha aplicado para valorar calidad de vida en pacientes con insuficiencia venosa crónica, pacientes con sida y en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. Y en España en pacientes con Asma y usuarios de Metadona. <sup>(34)</sup> En los 3 artículos publicados en revistas mexicanas los resultados se limitan a señalar los puntajes globales y en un caso a validar el instrumento. Es llamativo el hecho de que el procesamiento estadístico de los datos es muy diferente al que hemos realizado en este trabajo, sobre todo a las pruebas que exploran y analizan los datos que permiten sacar conclusiones en relación a la significancia estadística. Algo similar se puede decir de los 2 estudios en revistas españolas donde no se utilizan pruebas de significancia estadística.

Los resultados obtenidos en este estudio muestran que el SF-36 es un instrumento altamente sensible y confiable para ser utilizado en evaluación de calidad de vida en pacientes con enfermedad crónica de características socioculturales propias del grueso de la población mexicana, es decir, población de baja escolaridad, de escasos recursos económicos y de bajo perfil sociocultural.

Aunque algunos de los rasgos del tipo de población arriba señalados no fueron objeto específico de este estudio y el SF-36 no los pide, nosotros de manera independiente

elaboramos una ficha clínica de cada paciente y esas son las características clínicas de los enfermos estudiados.

Es conveniente advertir que a pesar de que en varias investigaciones mexicanas sobre calidad de vida se reporta resultados utilizando el SF-36, en nuestro estudio encontramos varios problemas para el manejo estadístico de los datos, esto debido a que en las versiones difundidas del instrumento no se señala el procedimiento específico para precodificar y transformar los datos en forma manual, y el instructivo no es fácil de adquirir.

La calidad de vida es un tema de actualidad que está siendo investigado en muchos campos del saber médico y no escapa de la atención en la medicina familiar. En este primer nivel de atención donde atendemos a un grueso de la población es importante evaluar la calidad de vida de los pacientes con instrumentos que nos ayuden a medir los diferentes aspectos del estado de salud, de reactivos cortos, aplicables fácilmente a diversos grupos poblacionales, con reconocida validez internacional y de resultados claros y precisos.

El SF-36 cumple con los requerimientos señalados; además de permitir la medición multidimensional del concepto de salud e incluir aspectos de incapacidad, incomodidad e insatisfacción, todos ellos componentes de la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud. Es importante comentar que en cuanto a la aplicación de este tipo de instrumentos, en estudios hechos por el MOS se ha comprobado que la intervención de entrevistadores para administrar la encuesta SF-36 da como resultado mejores perfiles de salud en todas las escalas, mencionado esto, considerando el sesgo introducido por el entrevistador <sup>(28)</sup>. De acuerdo a lo anterior es importante señalar que en México muchas veces se requiere entrevistador por las condiciones propias de la población.

El uso del SF-36 en diferentes poblaciones como México y otros países desarrollados, con condiciones y características semejantes o diferentes, como áreas

geográficas específicas, distintos periodos cronológicos, distintos estratos sociales, culturales, económicos y diferentes sistemas de salud, hacen que esta encuesta tenga un extraordinario valor.

Por otro lado, el compromiso articular manifestado por el dolor, es la principal característica de las patologías reumáticas manejadas, lo que lleva al paciente al consultorio, y como toda enfermedad crónica tiene afectación en el aspecto psicológico y social que acompaña al deterioro del paciente, que generalmente el facultativo no pone especial cuidado, por la formación tradicional del médico.

En relación a los resultados obtenidos a la aplicación del método estadístico encontramos que el score obtenido por los ítems en relación a AR y OA nos da una clara diferencia entre las dos patologías, con un mayor deterioro en la calidad de vida de AR, quizás por la naturaleza y evolución de la misma enfermedad. Sin embargo, es alarmante que en general los resultados obtenidos en relación al diagnóstico, son bajos en las 3 variables estudiadas y demuestran que la percepción de calidad de vida tiene una tendencia de regular a mala en cuanto a patología se refiere.

En relación a las dos enfermedades estudiadas se demostró que existe una significancia de 0.001 en la OA cuando interacciona con el grupo 2 de edad y el género hombre, no así en las mujeres de la muestra. Esto se refiere en el cuadro 8 donde es claro que existe una interacción entre esta patología y las otras variables mencionadas anteriormente. No se pudo realizar la L de Matrix para AR ya que en la población estudiada, los 7 pacientes con esta patología los encontramos en el grupo 1 de edad. Este detalle es lógico encontrarlo, ya que la AR es una enfermedad propia de los adultos jóvenes y la OA es propia de los adultos mayores.

Ahora bien, los resultados en relación a los 2 grupos de edad contruidos, demostramos, que también la edad es determinante en la percepción de la calidad de vida, ya que los niveles más bajos fueron encontrados en los pacientes mayores de 70 años. En relación a esto, en el cuadro 6 se encontró que existe una significancia de 0.01 cuando se busco intencionadamente la interacción de la edad (grupo 2) con el género dentro del factor Función Física. El score en ésta interacción mejora un poco en relación al diagnostico, pero continua con la tendencia de calidad de vida de regular a mala.

Por ultimo, en la variable género, encontramos en la mujer una mejor calificación de la calidad de vida en relación al hombre, pero la tendencia sigue marcando calidad de vida de regular a mala. Aquí, lo importante en relación al análisis estadístico es lo referido en el cuadro 7 donde hay una evidente significancia de 0.006 cuando existe la interacción la edad (grupo 2), el genero hombre y el factor Función Física.

Se demuestra finalmente que hay datos significativos cuando se da la interacción de el Factor Función Física con las variables OA, genero hombre, en el grupo de los mayores de 70 años. La poca significancia de las factores considerados que no mostraron asociaciones este estudio, pero si muestran tendencia positiva orienta a pensar que el medico puede ser un factor que influya en la percepción de calidad de vida percibida por el paciente, sin tener la evidencia de ello, se puede sugerir que el medico tratante utilice la clínica y la relación medico paciente para mejorar los parámetros de calidad de vida.

Analizando en forma global, el promedio en relación a las tres variables (diagnostico, genero y edad), la mejor calidad de vida se encuentra representado por la FUNCION SOCIAL y SALUD MENTAL, mientras que el puntaje mas bajo en promedio fue para los rubros de SALUD GENERAL y ROL FISICO.

Lo preocupante en esta muestra estudiada es el hecho de que los resultados en la aplicación del SF-36 nos demuestra que la percepción de calidad de vida es mas bajo de lo esperado, y que es necesario realizar más estudios para investigar que factores están influyendo en esta percepción y planear de que manera abatirlos.

## **11.-CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

Los objetivos propuestos en este trabajo fueron evaluar la calidad de vida en los pacientes con AR y OA utilizando el SF-36 y elaborar una propuesta dirigida a los médicos familiares para evaluar y atender la calidad de vida de manera continua y sistemática. El primer propósito está cumplido y el segundo se bosqueja a continuación.

En la AR y OA la medición de variables clínicas tradicionalmente se ha centrado en valorar el deterioro crónico, como reactantes de fase aguda, cambios radiológicos y la exploración física de las articulaciones inflamadas y dolorosas, así como la movilidad articular. La calidad de vida en estos pacientes ha sido prácticamente ignorada y no se tienen instrumentos confiables para medirla. El SF-36 es una herramienta que puede ser utilizada con este propósito.

La medición cuantitativa de variables más centrada en el paciente, como la función, el estado de salud y la calidad de vida no son valoradas en forma rutinaria a pesar de que tanto los médicos como los pacientes consideran importante y útil la información facilitada por estas mediciones.

Estas variables calificadas, definitivamente pueden ayudar a la decisión clínica hecha sobre la selección de los tratamientos basados en la evidencia, monitorizar la eficacia de aquellos tratamientos, identificar y vigilar los problemas relacionados con la enfermedad de importancia para los pacientes de manera individual, valorar la idoneidad de ciertos pacientes para tratamientos específicos; proporcionar información pronóstica no disponible sólo con las mediciones clínicas <sup>(32)</sup>.

De acuerdo a la eficacia del SF-36 observada en la aplicación del mismo, es recomendable realizar investigaciones en lo futuro, con la finalidad de establecer la calidad de vida en los pacientes con enfermedades crónicas.

Específicamente en estas enfermedades reumatológicas el SF-36 proporciona datos importantes, y permite evidenciar diferencias estadísticamente significativas relacionadas con la evolución del padecimiento según la edad, el sexo y los efectos emocionales involucrados.

Consideramos que el SF-36 es un instrumento de gran utilidad, relativamente fácil de aplicar en la practica medica de cualquier medico del primer nivel de atención. La relevancia de sus datos le permiten al medico evaluar integralmente a los pacientes en aquellos aspectos donde el clínico suele mostrar limitaciones para comprender la naturaleza del padecer.

Sugerimos realizar un estudio con una muestra de mayor tamaño y en forma prospectiva a fin de obtener significancia estadística de las diferencias no encontradas en el presente trabajo y valorar los datos que aquí se exploraron y que permiten plantear hipótesis alternativas.

Finalmente, en lo que se refiere a objetivo de proponer a los médicos familiares de la UMF 70, incluir en la atención de pacientes reumatológicos y e otras enfermedades crónicas degenerativas la evaluación periódica de la calidad de vida se realizaran las siguientes actividades concretas:

1. En una sesión general de la unidad se presentaran lo resultados de esta investigación, proporcionando la versión traducida por nosotros, del manual para aplicar y transformar el SF-36;

2. Se revisara en conjunto la versión del cuestionario y habrá que capacitar a los médicos pasantes para que lo apliquen a los pacientes que sean derivados por el medico
3. Los resultados del estudio permitirán plantear estrategias de inclusión en grupo de autoayuda con pacientes diabéticos, hipertensos, nefrópatas, reumáticos.

## 12.-BIBLIOGRAFIA

---

- <sup>1</sup> De los Ríos CJ, Barrios SP, Ávila RT. Valoración sistemática de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y nefropatía diabética. Rev. Med. Hospital general de México 2005; 68 (3): 82-94.
- <sup>2</sup> Smedstad LM, Liang MH. Tratamiento psicosocial de las enfermedades reumáticas. En: Rudy S, Harris E, Sledge C. Reumatología Kelley's. Sexta edición. Marbán. Madrid; 2003.
- <sup>3</sup> Ham-Chande R. El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México. Salud pública de México 1996; vol. 38 (6); 409-416.
- <sup>4</sup> Barragán BA, Mejía AS, Gutiérrez RL. Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados. Salud pública de México 2007; vol. 49, supl. 4: S488-S494.
- <sup>5</sup> Sangha O. Epidemiology of the rheumatic diseases. Rheumatology 2000; 39 (suppl 2): 3-12.
- <sup>6</sup> Álvarez NJ, Esperón HR, Herrera CG, Nuño GB, Prevalencia e impacto funcional de las artropatías en adultos mayores. Rev.Med. IMSS 2006; 44 (5): 403-407.
- <sup>7</sup> Harris ED. Manifestaciones clínicas de la artritis reumatoide. En: Rudy S, Harris E, Sledge C. Reumatología Kelley's. Sexta edición. Marbán. Madrid; 2003.
- <sup>8</sup> Reyes PA, Amigo MC, Nava AH, Pineda VC, Silveira LH. Manual de Reumatología. Méndez Oteo Editores; 1996.
- <sup>9</sup> Lipsky P. Artritis reumatoide. En: Kasper, Braunward, Fauci, Hauser, Lango, Jameson. Principios de medicina interna. Harrison. 16ava edición, vol.II. Mc Graw-Hill, Interamericana; 2002.
- <sup>10</sup> Arnett F. Artritis reumatoide. En: Goldman, Bennett, Dranzen, Gill, Griggs, Kokko, Mandell, Powell, Schafer. Tratado de medicina interna Cecil. 21 edición, vol. II. Mc Graw-Hill, interamericana; 2000.
- <sup>11</sup> Tobón S, Vinaccia S, Cadena J, Anaya JM. Calidad de vida en personas con artritis reumatoide a partir del cuestionario de calidad de vida en la artritis (QoL-RA). Psicología y salud 2004; vol. 14: 25-30.
- <sup>12</sup> Fransen J, Uebelhart D, Stucki G, Langenegger T, Seitz M, Michel BA. The ICIDH-2 as a framework for the assessment of functioning and disability in rheumatoid arthristis. Ann Rheum Dis 2002; 61: 225-231.
- <sup>13</sup> Vinaccia S, Cadena J, Juárez F, Contreras F, Anaya J.M. Relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide 2004; Vol. 4: 91-103.

- 
- <sup>14</sup> Mankin HJ, Brandt KD. Patogénesis de la osteoartritis. En: Rudy S, Harris E, Sledge C. Reumatología Kelley's. Sexta edición. Marbán. Madrid; 2003.
- <sup>15</sup> Schnitzer T. Osteoartritis. En: Goldman, Bennett, Dranzen, Gill, Griggs, Kokko, Mandell, Powell, Schafer. Tratado de medicina interna Cecil. 21 edición, vol. II. Mc Graw-Hill, interamericana; 2000.
- <sup>16</sup> Brandt K. Artrosis. En: Kasper, Braunward, Fauci, Hauser, Lango, Jameson. Principios de medicina interna. Harrison. 16ava edición, vol.II. Mc Graw-Hill, interamericana; 2002.
- <sup>17</sup> Goycochea RM, López RV, Colín MM, Ayala GM, Fragoso PM, Ricardez SG, Solís SR. Guía Clínica para la atención de osteoartrosis de rodilla y cadera. Rev. Med. IMSS 2003; 41 (supl): S99-S107.
- <sup>18</sup> Tendencias y distribución de los principales motivos de consulta en medicina familiar, por edad, sexo y delegación institucional 1991-2002. Anexo estadístico en: Rev. Med. IMSS 2003; vol. 41 (supl. 1): S131-S-152.
- <sup>19</sup> Calkins E. Geriatria y enfermedades reumáticas. En: Rudy S, Harris E, Sledge C. Reumatología Kelley's. Sexta edición. Marbán. Madrid; 2003.
- <sup>20</sup> Biundo JJ, Rush PJ. Rehabilitación de los pacientes con enfermedad reumática. En: Rudy S, Harris E, Sledge C. Reumatología Kelley's. Sexta edición. Marbán. Madrid; 2003.
- <sup>21</sup> Martínez C.F. Enfermedad y Padecer Editorial. Editorial: La medicina del hombre en su totalidad, 2º edición, impresiones Modernex; 1983
- <sup>22</sup> Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. (Fecha de acceso 20 de Octubre de 2007); disponible en <http://www.buscon.rae.es>
- <sup>23</sup> Sánchez NH, Loredó DI, Casarrubias RM, Vilchis GE, Martínez GM, Garduño EJ. Validación para evaluar la calidad de vida del paciente con sida. Rev.Med. IMSS 2002; 40 (3): 197-201.
- <sup>24</sup> Rosas FM, Serrano LJ, Henestrosa PC, Zaragoza RJ, Cal y Mayor TI, Meza VM, Sánchez NN. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia venosa crónica. Rev. Cirujano general 2006; vol. 28 (3): 153-159.
- <sup>25</sup> Monés J, ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? Cir. Española 2004; 76(2): 71-77.
- <sup>26</sup> Noceda BJ, Moret TC, Lauzirika AI. Calidad de vida en el dolor osteomuscular crónico. Reumatología clínica 2006; 2(6): 298-301.
- <sup>27</sup> Duran-Arenas L, Gallegos-Carrillo K, Salinas-Escudero G, Martínez-Salgado H. Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el formato corto 36. Salud pública de México 2004; vol. 46: (4): 306-315.

- 
- <sup>28</sup> Zúñiga MA, Carrillo-Jiménez GT., Fos P, Gandek B, Medina-Moreno MR. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud pública de México* 1999; vol. 41: 110-118.
- <sup>29</sup> Mateos R, Maestro A, Rodríguez LL, Del Valle SM. Medición de la calidad de vida en la artrosis de rodilla. *Rev. Patología del aparato locomotor* 2005; 3 (2): 111-119.
- <sup>30</sup> Sandoval JL, Ceballos MZ, Navarrete NC, González HF, Hernández CV. Calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. *Rev. Med. IMSS* 2007; 45 (2): 105-109.
- <sup>31</sup> Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud pública de México* 2002; vol. 44: 448-463.
- <sup>32</sup> Bellamy N, Carr AJ. Valoración del estado de salud. En: Rudy S, Harris E, Sledge C. *Reumatología Kelley's*. Sexta edición. Marbán. Madrid; 2003.
- <sup>33</sup> Lugo AL, García GH, Gómez RC. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2006; vol. 24: (2) 37-50.
- <sup>34</sup> Iraurgi CI, Póo M, Márkez AI. Valoración del índice de salud SF-36 aplicado a usuarios de programas de metadona. Valores de referencia para la comunidad autónoma vasca. *Rev. Española Salud Pública* 2004; 78: 609-621.
- <sup>35</sup> Ware J.E. SF-36 Literature construction of the SF-36 version 2.0 psychometric considerations translations discussion. (Fecha de acceso 20 de Noviembre de 2007); disponible en: <http://www.sf-36.org>
- <sup>36</sup> Windisch W, Freidel K, Schucher B, Baumann H, Wiebel M, Matthys H, Petermann F. Evaluation of health-related quality of life using the MOS 36-item short-form health status survey in patients receiving non-invasive positive pressure ventilation. *Intensive care med* 2003; 29: 615-621.
- <sup>37</sup> Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 health survey (cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med. Clin.(Barcelona)* 1995; 104: 771-776.
- <sup>38</sup> Alonso J. Descripción del cuestionario de salud SF-36, versión española adaptada por J. Alonso y cols. Unidad de investigación en servicios sanitarios Barcelona. (Fecha de acceso 20 de Mayo de 2007) disponible en <http://www.rediryss.net>
- <sup>39</sup> Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer MG, Quintana J, Santed R, Valderas J, Ribera A, Domingo-Salvany A, Alonso J. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta sanitaria Barcelona* 2005; vol. 19.
- <sup>40</sup> Espinosa de los Monteros MJ, Alonso J, Ancochea J, González A. Calidad de vida en asma: fiabilidad y validez del cuestionario genérico SF-36 aplicado a la población asmática de un área sanitaria. *Archivo de Bronco neumología* 2002; 38(1): 4-9.

---

<sup>41</sup> Lozano-Ascencio R, Frenk-Mora J, González-Block. MA. El Peso de la Enfermedad en Adultos Mayores, México 1994. Salud Pública de México 1994, 38 (6): 419-429.

<sup>42</sup> Lozano R, Franco-Marina F, Solís P. El Peso de la Enfermedad Crónica en México, Simposio XIII. Salud Pública de México 2005, Edición Especial XII Congreso de Investigación en Salud Pública: E283-E287.

<sup>43</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals> (última búsqueda 31/01/2008).

<sup>44</sup> <http://www.gateway.tx.ovid.com/gw2/ovidweb.cgi?New+Database=Single/2&S=PCNOFPJOBODD NFAMNCILKHPJHPPP2A00> (última búsqueda 31/01/2008).

Anexo 1



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN  
U.M.F. No70 ZINAPECURO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_ reconozco que me han informado sobre el cuestionario SF-36 y los beneficios que representa para saber y conocer la calidad de vida que tengo en relación a mi padecimiento.

Por lo que declaro que se me informo lo siguiente:

- Se me informo e invito a participar en la aplicación del cuestionario SF-36 como un proceso de investigación, con el propósito de conocer de que manera afecta mi enfermedad a mi calidad de vida como persona.
- Acepto que el medico me haga directamente las preguntas del cuestionario SF-36. Que tengo la facilidad de preguntar nuevamente el cuestionamiento que no entienda.
- Acepto que la información obtenida a las preguntas que se me hagan, se utilizaran y se medirán para un estudio de investigación acerca de Artritis Reumatoide y Osteoartritis.
- Se me informo y se me aclararon todas las dudas acerca del cuestionario y del trabajo que se realizara a partir del SF-36.
- Que es mi decisión libre, conciente e informada de participar en este trabajo de investigación

Firmo este **CONSENTIMIENTO** por mi libre voluntad y sin haber estado sujeto(a) a ningún tipo de presión o coerción para hacerlo.

Zinapécuaro, Mich. a \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del 2007.

\_\_\_\_\_  
ACEPTO

\_\_\_\_\_  
PERSONAL QUE OTORGO LA INFORMACIÓN

Identificación ..... Fecha .....

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

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

Excelente       Muy buena       Buena       Regular       Mala

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

Mucho mejor ahora que hace un año       Algo mejor ahora que hace un año   
 Más o menos igual que hace un año       Algo peor ahora que hace un año   
 Mucho peor ahora que hace una año

**3.- Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?**

	Sí, me limita mucho	Sí me limita un poco	No, no me limita nada
a) Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Coger o llevar la bolsa de la compra .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Subir varios pisos por la escalera .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Subir un solo piso por la escalera .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Agacharse o arrodillarse .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Caminar un kilómetro o más .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Caminar varias manzanas (varios centenares de metros) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Caminar una sola manzana (unos 100 metros) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Bañarse o vestirse por sí mismo .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**4.- Durante las últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?**

	SI	NO
a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ej, le costo más de lo normal) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Identificación** ..... **Fecha** .....

**5.- Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?**

	SI	NO
a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**6.- 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?**

Nada       Un poco       Regular       Bastante       Mucho

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

No ninguno       Sí, muy poco       Sí, un poco       Sí, moderado       Sí, mucho       Sí, muchísimo

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

Nada       Un poco       Regular       Bastante       Mucho

Identificación ..... Fecha .....

9.- 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. Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo ....

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) se sintió lleno de vitalidad?.....	<input type="radio"/>					
b) estuvo muy nervioso? .....	<input type="radio"/>					
c) se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? ...	<input type="radio"/>					
d) se sintió calmado y tranquilo? .....	<input type="radio"/>					
e) tuvo mucha energía? .....	<input type="radio"/>					
f) se sintió desanimado y triste? .....	<input type="radio"/>					
g) se sintió agotado? .....	<input type="radio"/>					
h) se sintió feliz? .....	<input type="radio"/>					
i) se sintió cansado? .....	<input type="radio"/>					

10.- 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)?

Siempre       Casi siempre       Algunas veces       Sólo alguna vez       Nunca

11.- Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas .....	<input type="radio"/>				
b) Estoy tan sano como cualquiera .....	<input type="radio"/>				
c) Creo que mi salud va a empeorar .....	<input type="radio"/>				
d) Mi salud es excelente .....	<input type="radio"/>				

**FUNCIÓN FÍSICA**

**FUNCIÓN SOCIAL**

**LIMITACIONES DEL ROL: PROBLEMAS FÍSICOS**

**LIMITACIONES DEL ROL: PROBLEMAS EMOCIONALES**

**SALUD MENTAL**

**VITALIDAD**

**DOLOR**

**PERCEPCIÓN DE LA SALUD GENERAL**

**CAMBIO DE LA SALUD EN EL TIEMPO**