



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**UNIDAD ACADÉMICA UMF 249.
TLAXOMULCO, ESTADO DE MÉXICO.**

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE EN LA UMF
224, DEL IMSS EN LOS MESES DE ENERO A FEBRERO 2014”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

M.C. MARCELA DIAZ ALVINES

TLAXOMULCO, ESTADO DE MÉXICO

2015



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.

"CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN LA UMF224 DEL IMSS EN LOS MESES DE ENERO A FEBRERO DEL 2014"

PRESENTA:

M.C. MARCELA DIAZ ALVINES

AUTORIDADES

M.E.M.F. ZITA MARIA DE LOURDES REZAGARAY
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR 249 "SANTIAGO TLAXOMULCO"

M.E.M.F. ZITA MARIA DE LOURDES REZA GARAY
ASESOR DE TESIS

DR. GUILLERMO A. ESPINOSA FUENTES
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN
SALUD UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 222

DR. VICTOR MANUEL PEREZ ILAGOR
INVESTIGADOR METODOLOGICO
JEFE DE EPIDEMIOLOGIA

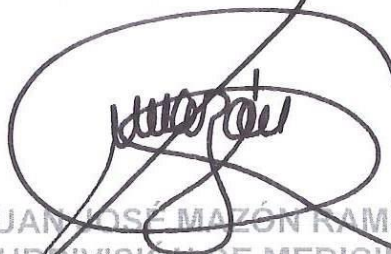
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE
EN LA UMF 224, DEL IMSS EN LOS MESES DE ENERO A
FEBRERO 2014

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. MARCELA DÍAZ ALVINES

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS

A Dios Por darme la vida y la capacidad de poder elegir esta carrera que me llena de muchas satisfacciones.

A mi Madre Porque siempre estás aquí, porque a pesar de las batallas difíciles que juntas libramos siempre me has dado la oportunidad de ser una mujer con mucho valor, fortaleza y principios; te fuiste en el momento más difícil de mi vida, pero me dejaste una gran enseñanza tu valor y tu coraje para enfrentar la vida te amo.

A mis hijos: Ivan Alexander y Hannia Quiénes me han dado la ternura, la alegría y toda la comprensión de su juventud y niñez a través de su compañía cuando tenía mucho trabajo que realizar, en lugar de estar con ellos divirtiéndonos, este trabajo es de los 3, el cual nos deja como enseñanza que en la vida todo se puede aun cuando sientes que todo va mal cada día, cuando tienes la fortaleza de quienes te aman todo lo puedes lograr.

A mi familia Gracias por esperar cuando mi ausencia era motivo de estudio, y no poder compartir con ustedes festejos familiares importantes para todos, porque la distancia se volvió eterna. Gracias por su apoyo incondicional siempre.

A mis Amigos Todos y cada uno de ustedes son mis mejores aliados en este gran reto que por momentos nos separó pero que al mismo tiempo fortaleció más los lazos de amistad, porque cuando sentí caer siempre estuvo una mano apoyando la mía.

A mis Maestros Porque siempre fueron esa piedra Angular del conocimiento, aportándome sus enseñanzas y fortaleciendo mis debilidades, Gracias por su apoyo incondicional.

A Todos los que cada día me ponían encrucijadas y trataron de limitar la libertad de mi ser y pensamientos Gracias porque con ello me ayudaron a forjar más metas y a llevar a cabo la culminación de todos los esfuerzos en estos 3 años demostrándoles Que si puedo y que a su pesar sigo siendo una mujer completa e integra.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Toda enfermedad crónica tiene repercusiones en la vida del ser humano. La artritis reumatoide es una enfermedad universal que se encuentra en distintos países, con una prevalencia entre 0.5^a 1% de la población mundial, en nuestro país existe una prevalencia de entre 0.5 y 0.7 % afecta de manera predominante a las mujeres, la relación es M:H 2.5-3.1 incrementa la prevalencia con la edad.

OBJETIVO: Valorar la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide umf224 del IMSS.

MATERIAL Y METODOS: La cual consistió en una encuesta prospectiva, diseño descriptivo, observacional, transversal, el cual se realiza en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. Utilizando el instrumento SF36, con el manejo de una base del programa SPSS 22.

RESULTADOS: Al evaluar la calidad de vida encontramos que en la salud física en sus cuatro reactivos funcionamiento físico 27 pacientes fue bueno con un porcentaje de (50.9%), y 26 pacientes malo con un porcentaje (49.1%), en el rol físico 31 pacientes bueno con un porcentaje de (58.5%) malo en 22 pacientes con porcentaje de (41.55%), en el dolor 35 pacientes no presentaron dolor (66%) y 18 pacientes tienen dolor (43%) salud general 42 pacientes bueno (79.2%) y malo en 11 pacientes (20.8%), todos tienen una buena calidad de vida con el 65% y malo con el 34.5%. En salud mental bueno para 37 pacientes con (69.8%), malo 16 pacientes con (30.2%), vitalidad bueno 22 pacientes (41.5%), malo 31 pacientes (58.5%), funcionamiento social bueno 38 pacientes con (73.6%) malo 14 pacientes (26.4%) rol emocional 36 pacientes bueno (67.9%) 17 pacientes malo (32.1%) encontramos que el 63.2% de los pacientes fue bueno y en el 35.8% fue malo.

CONCLUSIONES: De acuerdo los resultados obtenidos la calidad de vida es buena, en los pacientes con artritis reumatoide, en los casados, activos laboralmente, y con nivel escolar medio.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida, artritis reumatoide

SUMMARY

INTRODUCTION: Every chronic disease has implications for human life. Rheumatoid arthritis is a disease that is universal across countries, with prevalence among 0.5^a 1% of the world population, in our country there is a prevalence of between 0.5 and 0.7% predominantly affects women, the relationship is M: H 2.5-3.1 prevalence increases with age.

OBJECTIVE: To evaluate the quality of life in patients with rheumatoid arthritis umf224 IMSS.

MATERIALS AND METHODS: L to which consisted of a prospective survey, descriptive, observational, cross-sectional design, which is performed on patients diagnosed with rheumatoid arthritis. Using the SF36 instrument, with the management of a program base SPSS 22.

RESULTS: In evaluating the quality of life found that physical health in their physical functioning reagents four 27 patients was good with a percentage of (50.9%) and 26 patients with bad percentage (49.1%), in the physical role 31 a good percentage of patients (58.5%) in 22 patients with bad percentage (41.55%), pain in 35 patients had no pain (66%) and 18 patients with pain (43%) general42 good health patients (79.2%) and poor in 11 patients (20.8%), all have a good quality of life with 65% and bad in 34.5%. Para37pacientes good mental health with (69: 8%), 16 patients with bad (30: 2%), good vitality 22 patients (41.5%), malo31 patients (58.5%), social functioning good 38 patients (73.6%) bad 14 patients (26.4%) emotional role 36pacientes good (67.9%) bad 17 patients (32.1%) found that 63.2% of the patients was good and 35.8% was bad.

CONCLUSIONS: According to the results of the quality of life is good, in patients with rheumatoid arthritis, in married occupationally active, and middle school level.

KEYWORDS: Quality of life, Rheumatoid arthritis

INDICE

Introducción	1
Marco teórico.....	2
1 Artritis reumatoide	2
1.1 Concepto	2
1.2 Epidemiología.....	2
1.3 Etiología.....	3
1.4 Cuadro clínico.....	4
1.5 Clasificación de la artritis reumatoide.....	5
1.6 Criterios diagnósticos	5
1.7 Factores de mal pronóstico en la artritis reumatoide.....	7
1.7.1 Factores socio demográficos.....	7
1.7.2 Factores dependientes de la enfermedad.....	8
1.7.3 Factores dependientes del tratamiento.....	9
1.8 Tratamiento.....	9
1.9 Calidad de vida	11
1.10 Instrumento.....	13
2 Planteamiento del problema.....	15
2.1 Justificación	16
2.2 Objetivo general	17
2.2.1 Objetivos específicos.....	17
2.3 Material y métodos	18
2.3.1 Tipo de estudio:	18
2.3.2 Población, Lugar y Tiempo:	18
2.3.3 Muestra	18
2.3.4 Tamaño de la muestra.....	18
2.4 Criterios de selección	19
2.4.1 Criterios de inclusión.....	19
2.4.2 Criterios de exclusión.....	19
2.4.3 Criterios de eliminación	19
2.5 Operacionalización de variables.....	20
2.6 Método de recolección de datos.....	21

2.7 Plan de codificación de datos	22
2.8 Consideraciones éticas.....	24
3 Resultados	25
4 Discusión	42
5 Conclusiones	44
6 Recomendaciones	45
7 Bibliografía	46
8 Anexos	48

INTRODUCCION

La artritis reumatoide presenta una distribución universal, estimándose una prevalencia mundial de 1% y una incidencia 0.5 casos por 1000 habitantes, las tasas más elevadas de prevalencia están entre los 40 a 60 años y es más frecuente en mujeres¹ Su prevalencia varía en base a la región estudiada y la edad de inicio de la enfermedad considerada entre 0.5% y 1% en pacientes menores de 60 años y 2% en personas mayores, al parecer con una mayor prevalencia del género masculino comparado con inicio, más temprano. Dentro de alguna forma de clasificación de base a la edad de inicio, se podría dividir en Artritis de inicio en el paciente mayor que se considera después de los 60 años y Artritis en el paciente menor previo a esta edad.

Predomina en la mujer en una proporción de 3: 1 produciendo síntomas diversos como rigidez matutina, fatiga, dolor, incapacidad y depresión. La progresión de la enfermedad lleva a la destrucción articular con consecuencias incapacitantes, lo que produce una disminución progresiva de la movilidad, esta incapacidad creada por la artritis se incrementa en los primeros años de diagnóstico, para posteriormente volverse lenta al final de la vida del paciente o después de 30 años de duración.³

Induce en los pacientes procesos interactuantes, los síntomas y la deformidad articular producen discapacidad, lleva a la pérdida de un gran número de funciones de la vida diaria, lo cual afecta en mayor o menor grado el desplazamiento, el cuidado personal, el trabajo, y diversas actividades básicas, alterando la independencia económica y los roles sociales de las personas, se experimentan una serie de emociones negativas ante la discapacidad creada por la enfermedad⁴.

Se desarrolla en sujetos genéticamente predispuestos por la acción de un factor ambiental. Se ha demostrado predisposición genética basada en los siguientes datos; un 10% de los pacientes con artritis reumatoide tiene un familiar con la enfermedad; concordancia de la artritis reumatoide en los gemelos homocigóticos en un 20% y alta asociación con HLA-DR4.⁴

Marco teórico

1. Artritis reumatoide

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica, de causa desconocida que afecta de modo principal las membranas sinoviales de múltiples articulaciones, tiende a iniciarse entre los 20 y 40 años, aunque puede comenzar a cualquier edad, la susceptibilidad a la artritis reumatoide está determinada de manera genética. El signo clave de la enfermedad es el potencial de inflamación sinovial para producir una destrucción del cartílago con erosiones óseas y deformidades articulares en fases posteriores ¹

Es una enfermedad inflamatoria, con compromiso de articulaciones diartrodiales, causando deformidad y destrucción progresiva de las mismas, se ha asociado a trastornos psicológicos secundarios al estrés continuo del que son objetos los pacientes debido al dolor crónico, alteraciones funcionales, deformidad y pérdida de la independencia .¹

1.1 Concepto

La artritis reumatoide (AR), es una enfermedad inflamatoria crónica de las articulaciones diartrodiales que con frecuencia se acompaña de lesiones en otros órganos, sistemas o aparatos. Su distribución es mundial, y representa el tipo más prevalente de artritis inflamatoria crónica ²

1.2 Epidemiología

Diferentes estudios en distintos países concuerdan en una prevalencia de entre 0.5 a 1% de la población mundial. ² A nivel de nuestro país diferentes estudios han estimado una prevalencia de entre 0.5 y 0.7% (cerca de un millón de pacientes) ^{3, 4,5}. la enfermedad afecta de manera predominante a las mujeres y se ha reportado una relación de 3 y hasta 8 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres²⁷ Se estiman 20,000 casos nuevos por año.0.5-1% población mundial, cerca de 1,000, 000 pacientes en nuestro país (0.5-0.7%) la relación M: H 2.5-3:1 , Incrementa la prevalencia con la edad.

1.3 Etiología

Se asocia a diversos factores de riesgo, entre los cuales se encuentran; edad avanzada, (mayor de 65 años), obesidad, traumatismos, y sobre carga continua en las articulaciones. Se manifiesta principalmente por la presencia de dolor en las articulaciones afectadas, que inicialmente puede ser leve e intermitente, pero llega a ser muy intenso y persistente, el dolor se asocia a otros síntomas como inflamación, rigidez y reducción de la movilidad y funcionalidad de los pacientes ⁶

Al parecer los factores genéticos tiene un alto porcentaje dentro del origen de la enfermedad, dentro de los factores genéticos el HLA clase II, DRB1, ha demostrado su presencia en un porcentaje alto en los pacientes con Artritis reumatoide se ha relacionado con inicio de la enfermedad a edades más tempranas, mayor gravedad del padecimiento y mayor riesgo de manifestaciones extra articulares. En lo que respecta a factores ambientales. Se ha calculado RR de 15.7 veces de desarrollar la enfermedad en pacientes fumadores que porten HLA DRB1 y presenten positividad al factor reumatoide, otros factores de riesgo ambientales relacionados son: antecedentes de producto macromico, bajo nivel de estudio la raza afroamericana y regiones de baja latitud ⁶.

La causa de artritis reumatoide se desconoce, Se ha sugerido que la artritis reumatoide es una manifestación de la respuesta del huésped con susceptibilidad genética a un agente infeccioso.

Entre los diferentes microorganismos propuestos como posibles etiologías son Mycoplasma, virus Epstein-Barr, citomegalovirus, parvovirus y virus de la rubéola, aunque no existe ninguna prueba concluyente de que estos virus u otros agentes infecciosos produzcan la Artritis reumatoide, una de las posibilidades es la infección persistente de las estructuras articulares o la retención de los productos microbianos en los tejidos sinoviales que genera una respuesta inflamatoria crónica. ⁶.

1.4 Cuadro clínico

El cuadro clínico clásico de la Artritis reumatoide se manifiesta después de varios años de establecida la enfermedad. Por lo general se afectan las muñecas y las articulaciones metacarpo falángicas de ambas manos, el curso natural de la enfermedad en la mayoría de los pacientes involucra la inflamación crónica de varias articulaciones, con periodos de mayor intensidad. Si no se trata agresivamente a estos pacientes, se puede terminar en discapacidad y deformidad en ellos

La artritis reumatoide es una poli artritis crónica, aproximadamente en las dos terceras partes de los pacientes, comienza de forma insidiosa con fatiga, anorexia, debilidad generalizada y sintomatología músculos esquelética muy vaga, hasta que se hace evidente la sinovitis. Algunos pacientes con artritis reumatoide tienen un comienzo brusco al inicio de la enfermedad, seguido de un período largo de remisión clínica, otros pacientes desarrollan la forma extra articular de la enfermedad, con manifestaciones como nódulos inflamatorios subcutáneos o afectación pulmonar.

El inicio de los signos de inflamación articular suele ser insidioso, con síntomas prodrómicos de malestar, pérdida de peso, alteraciones vasomotoras y dolor peri articular vago o rigidez. Con menor frecuencia el inicio es agudo y al parecer estimulado por una situación agresora, como infección, cirugía, traumatismo o tensión emocional. Este periodo prodrómico puede persistir durante semanas o meses, y no permite la realización del diagnóstico, La sintomatología específica aparece habitualmente con una afectación poli articular, por lo general en forma simétrica, los síntomas pueden estar limitados inicialmente a una o varias articulaciones aunque en pocos casos la afectación articular puede permanecer asimétrica⁷

De manera típica existe tumefacción articular simétrica con rigidez, calor, hipersensibilidad y dolor. La rigidez es notable por la mañana y remite durante el día, su duración es un indicador útil de la actividad de la enfermedad. Puede

reincidir después de la inactividad durante el día y ser mucho más grave después de una actividad agotadora. ⁷

Los nódulos reumatoides son sin lugar a dudas la manifestación extra-articular más frecuente, se localizan en el tejido subcutáneo peri articular y sobre superficies extensoras o sitios de presión son de tamaño variable de 1-2 cm de diámetro y no dolorosos. El compromiso ocular es frecuente en la Artritis reumatoide, ya sea como manifestación aislada en forma de escleritís, que en casos graves pueden evolucionar a escleromalacia con pérdida de la visión ocurre en 30% de los pacientes con artritis reumatoides.

1.5 Clasificación de la artritis reumatoide

Clase I: Ninguna limitación de la capacidad para realizar actividades normales.

Clase II: Restricción moderada, aunque todavía suficiente para permitir actividades normales.

Clase III: Restricción considerable, incapacidad de realizar la mayor parte de las tareas de la profesión o del auto desempeño del paciente.

Clase IV: Paciente incapacitado o confinado a la cama o a la silla de ruedas. ⁸

1.6 Criterios diagnósticos

Los criterios actuales de ACR (American Collage of Rheumatology) aportan una sensibilidad del 91% y una especificidad del 89% para efectuar el diagnóstico estos criterios son:

Rigidez matutina

Dolor a la movilidad o sensibilidad dolorosa a la presión en una articulación.

Inflamación de una articulación (cualquier intervalo libre de síntomas articulares entre dos ataques que no suele ser superior a tres meses).

Afección simultánea de la misma articulación en ambos lados de cuerpo.

Nódulos subcutáneos sobre prominencias óseas o superficies extensoras o en regiones yuxta articulares.

Signos radiológicos de artritis

Factor reumatoide positivo

Cambios histológicos característicos en la sinovial

Cambios histológicos característicos en nódulos subcutáneos.

Entre estos criterios, únicamente el signo de rigidez matutina puede ser el informe del paciente, los primeros 5 criterios deben estar presentes de manera constante durante por lo menos 6 semanas. La forma clásica requiere de la presencia de 7 de los 11 criterios y la forma definida requiere de 5 de los criterios⁸.

No existe ninguna prueba específica para el diagnóstico de Artritis reumatoide. Los factores reumatoides son anticuerpos que reaccionan con la porción de Fc de la igG, están presentes en más de las 2 terceras partes de los pacientes adultos con la enfermedad. Las pruebas más utilizadas detectan principalmente factores reumatoides IgM .La presencia del factor reumatoide no es específica para artritis reumatoide, ya que los factores reumatoides se pueden detectar 5% de las personas sanas. La frecuencia de factor reumatoide en la población general aumenta con la edad, y 10 a 20% de las personas mayores de 65 años presentan una prueba positiva para el factor reumatoide.

La evolución de la artritis reumatoide es muy variable y difícil de predecir en cada paciente. La mayoría de los pacientes presentan una actividad mantenida aunque de carácter fluctuante, acompañada por grado variable de deformidad articular. Al cabo de 10 a 12 años, más del 20% de los pacientes presentan signos de incapacidad o deformidad articular. El patrón de inicio de la enfermedad no predice el desarrollo de las discapacidades posteriores. El 15% de los pacientes

presentan un proceso inflamatorio de corta duración que remite sin causar deformidades importantes. La esperanza de vida de los pacientes con artritis reumatoide parece acortarse en 3 a 18 años.

La artritis reumatoide es una enfermedad clínicamente muy heterogénea con importantes diferencias no solo entre pacientes, sino también en el mismo paciente en distintas fases de la evolución, Este fenómeno pone de manifiesto dos características importantes de este tipo de proceso, la dificultad de describir el curso natural de la enfermedad y por tanto, la dificultad de predecir su evolución, aspecto de gran importancia si se quiere alterar de una forma eficaz el curso de la enfermedad.⁹

La necesidad de establecer el pronóstico en la artritis reumatoide al igual que otras enfermedades incurables tiene implicaciones no solo para el propio paciente que le permita una mejor adaptación a los cambios sociales, económicos, laborales, y emocionales que conlleva la enfermedad. Es indudable que aquellos pacientes con un curso más desfavorable presentan con mayor frecuencia determinados factores pronósticos al inicio de la enfermedad que aquellos con una mejor evolución y respuesta favorable a la terapia antirreumática. El pronóstico es por tanto, muy variable de unos pacientes a otros, algunas estrategias de tratamiento, mejoran el pronóstico de la artritis cuando se utilizan de forma precoz en pacientes con un riesgo elevado de enfermedad grave, entendida en términos de incapacidad funcional, lesión estructural y mortalidad. El pronóstico depende en bastante medida de un tratamiento precoz sea el factor pronóstico más importante.

1.7 Factores de mal pronóstico en la artritis reumatoide.

1.7.1 Factores socio demográficos

Sexo femenino ser mujer se asocia a presentar incapacidad funcional 4 años después del comienzo de la enfermedad, sin embargo, no todos los estudios han

logrado reproducir este hallazgo, por lo que parece probable que el sexo femenino esté ligado a otros factores pronósticos.

Edad no parece haber diferencias sustanciales en la gravedad de la enfermedad entre artritis reumatoide de comienzo en adultos mayores y adultos más jóvenes.

Baja escolaridad se asocia a un aumento de la mortalidad de la enfermedad, no tener estudios secundarios, se asocia a una disminución del más del 50% de la capacidad funcional.⁹

1.7.2 Factores dependientes de la enfermedad.

Factor reumatoide positivo: las artritis seropositivas para el factor Reumatoide, especialmente a títulos elevados, suelen tener un curso clínico más desfavorable, con mayor lesión articular y mayor frecuencia de manifestaciones extra articulares que las seropositivas.

Cuando se analizan poli artritis de reciente comienzo, el factor que permite la persistencia de la enfermedad, y la situación contraria, la seronegatividad predice altos índices de remisión, número de articulaciones afectadas: un mayor de 20 articulaciones afectadas al inicio de la enfermedad predice la actividad futura, incluso la mortalidad. La inflamación acumulativa de articulaciones se asocia a una progresión de la lesión radiológica en un año, duración de la Artritis: esta es una de las variables que más se repite en Artritis establecidas y estaría relacionada, en buena medida, con el retraso en la introducción del tratamiento.

Actividad inflamatoria: los pacientes con mayor actividad de la sinovitis, medida por el número de articulaciones inflamadas o índices compuestos de actividad suelen tener un peor pronóstico. Como en el caso de la discapacidad, es difícil establecer el umbral de actividad que podría predecir una enfermedad grave o no. La participación de un número importante de articulaciones grandes, se relacionaría con una evolución más grave.

Afectación precoz de grandes articulaciones: la afección precoz de grandes articulaciones se asocia con la aparición de erosiones a un año de la enfermedad

Grado de discapacidad: un grado importante de alteración de la capacidad funcional al inicio de la enfermedad es un factor de mal pronóstico y suele predecir una discapacidad futura. Aquellos pacientes con grados muy elevados de discapacidad al inicio de la enfermedad son más fácilmente identificables como de peor pronóstico o manifestaciones extra articulares: estas manifestaciones se asocian con la seropositividad del factor reumatoide, su valor pronóstico aislado no está del todo claro. La presencia de manifestaciones extraarticulares se asocia sobre todo, con un aumento de la mortalidad.⁹

1.7.3 Factores dependientes del tratamiento.

Inicio precoz del tratamiento: los pacientes con retraso en el inicio del tratamiento tienen un peor pronóstico funcional que los pacientes que Inician el tratamiento de manera precoz. Cuando mayor es el retraso en el inicio del tratamiento, menor es la probabilidad de alcanzar una respuesta satisfactoria y estos a su vez, implica un peor pronóstico funcional.¹⁰

No existe un único factor que pueda predecir la evolución de un paciente con Artritis Reumatoide de forma fiable.⁹

1.8 Tratamiento.

La enfermedad no es curable, pero el tratamiento puede reducir el dolor y la inflamación, así como alterar el curso de la enfermedad, al disminuir la progresión del daño articular.¹ Es fundamental explicar al enfermo la naturaleza de la enfermedad y sobre el pronóstico. El reposo articular disminuye la intensidad de los síntomas, pero facilita la rigidez, el ejercicio articular tiene como objetivo mantener el tono muscular, evitar la rigidez y prevenir las deformidades.¹¹

Objetivos del tratamiento:

Alivio del dolor

Disminución de la inflamación.

Conservación de la capacidad funcional.

Resolución del proceso patológico.

Facilitación de la curación.

Resolución de complicaciones extraarticulares.¹¹

La Artritis Reumatoide no se puede prevenir sin embargo hay una gran cantidad de medidas que se pueden tomar para prevenir el dolor, las cuales son especialmente importantes si ya padece de la enfermedad o factores educacionales y emocionales: la enfermedades crónicas, provocan un sentimiento de impotencia, se debe informar muy bien al paciente de su enfermedad, describir sus fluctuaciones y las decisiones sobre el tratamiento. La educación de la familia y de los seres cercanos al paciente sirve como fuente de soporte emocional a largo plazo o Terapéutica física y ocupacional: comprenden los tratamientos no farmacológicos la artritis. El terapeuta desarrolla un programa que el paciente puede seguir en su hogar, con solo una vigilancia periódica o descanso articular. La disminución de la inflamación articular puede agilizarse mediante el descanso. La relajación y el estiramiento de la cadera y músculos de la rodilla para evitar contracturas en flexión, pueden obtenerse al hacer que el paciente descansa en decúbito ventral durante 15 minutos o Ejercicio. Los ejercicios terapéuticos se diseñan para conservar la movilidad articular, la fuerza muscular y la resistencia. Se debe eliminar cualquier ejercicio máximo que produzca aumento del dolor una hora después de que se ha terminado de hacer o aparatos de ayuda: el paciente con artritis importante de cadera o rodilla puede beneficiarse con un asiento elevado en el inodoro, bastones o andadera o pérdida de peso. Para los pacientes obesos, obtener el peso ideal reduce la tensión colocada sobre las articulaciones artríticas de las extremidades inferiores.

1.9 Calidad de vida

La calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales de “sentirse bien.” En el área médica el enfoque de calidad de vida se limita a la relacionada con la salud. Este término permite distinguirla de otros factores y está principalmente relacionado con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento. contiene dos dimensiones, la primera de ellas es una evaluación del nivel de vida basada en indicadores objetivos y la otra sería la percepción individual de esta situación (Palomba, 2002), se ha ido utilizando en relación con la salud, es el que valora las condiciones de la personas y comunidades, para poder estimar el grado de progreso alcanzado y seleccionar las formas de interacción humana y con el medio ambiente más adecuadas para acercarnos progresivamente a una existencia digna, saludable, libre, con equidad, moral y feliz, puede desglosarse en varias categorías o niveles hasta llegar a su expresión singular en el individuo, se valora a partir de la actividad humana, su contexto histórico, sus resultados y su percepción individual previamente educada, se refiere al bienestar físico, emocional y social de las personas, así como a la capacidad de las mismas para desenvolverse y desarrollar las tareas básicas de la vida cotidiana (Pérez, 2002), y/o el «grado subjetivo de bienestar atribuido o asociado a la carencia de síntomas, el estado psicológico y las actividades que se desea realizar» (Ruiz & Pardo, 2005). Derivado de la realización de las potencialidades de la persona, posee aspectos subjetivos y objetivos, significa «tener buenas condiciones de vida y un alto grado de bienestar, incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales: materiales y no materiales, individuales y colectivos, en adición a la satisfacción individual de necesidades»

Factores materiales: son los recursos que uno tiene (ingresos disponibles, posición en el mercado de trabajo, salud, nivel de educación, etc. Mientras más y mejores recursos se tengan mayor es la probabilidad de una buena calidad de vida.

Factores ambientales: son las características de la comunidad que pueden influir en la calidad de vida, tales como: presencia y acceso a servicios, grado de seguridad y criminalidad, transporte y movilización, habilidad para servirse de las nuevas tecnologías que hacen la vida más simple.

Factores de relacionamiento; incluyen las relaciones con la familia, los amigos y las redes sociales: la integración a organizaciones sociales y religiosas, el tiempo libre y el rol social después del retiro de la actividad económica.

Políticas gubernamentales: considera la perspectiva social.

Bienestar subjetivo: incluye aspectos como intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud percibida ¹²

La valoración de la discapacidad es un desenlace muy importante en la valoración de la Artritis Reumatoide, sin embargo en la clínica, no existe una metodología de medición, mediante la observación o la exploración que sea sencilla y confiable.

El término no es preciso, la OMS en 1980 propuso 3 términos que han sido ampliamente aceptados: daño o limitación estructural, discapacidad o dificultad para realizar una tarea y minusvalía o dificultad para cumplir un rol social. Y en 1999 la OMS ha modificado esta definición sustituyendo los términos anteriores por 3 dimensiones en relación con la salud: funciones corporales y estructurales, actividades individuales y participación de la comunidad. La mayor parte de los pacientes con Artritis Reumatoide tiene afección más o menos grave de las articulaciones de manos, misma que es causa importante de discapacidad ¹³.

La progresión de la enfermedad lleva a la destrucción articular con consecuencias incapacitantes, lo que produce una reducción progresiva en la movilidad, además de provocar manifestaciones extra-articulares con afección a órganos internos. La Incapacidad creada por la artritis, por lo general, se incrementa en los primeros

años del diagnóstico, para posteriormente volverse más lento al final de la vida del paciente o después de 30 años de duración de la enfermedad se acelere otra vez con todos sus síntomas. El tratamiento médico sigue siendo minimizar el deterioro como resultado de no reconocer la causa de la enfermedad y los diferentes fármacos a dosis altas y durante tiempo prolongado pueden provocar efectos secundarios.¹⁴

La inflamación, el dolor y la pérdida del movimiento articular y la deformidad producen discapacidad y pérdida de un gran número de funciones de la vida diaria, que pueden afectar en mayor o menor grado el desplazamiento, el cuidado personal, el trabajo y otras actividades básicas, que afectan la independencia y los roles sociales de la persona.¹⁴

1.10 Instrumento

La SF-36Es una escala creada por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston, Massachusetts para medir los aspectos genéricos relacionados con la salud más relevantes por medio de la edad, enfermedad y grupos de tratamiento (Vinaccia, Quiceno, Fernández, Pérez, Sánchez, & Londoño, 2007). Evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (mayores de 16 años). El producto de su aplicación es la construcción de ocho conceptos o escalas de salud resultado del promedio de la suma B 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 los ocho conceptos de salud, la 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. En el cuadro I se presenta una descripción de las escalas de salud y sus respectivas interpretaciones de acuerdo con resultados bajos o altos por cada escala. La versión autorizada de la SF-36 para su uso en México siguió un procedimiento estandarizado de

traducción/ re traducción por expertos bilingües; asimismo, se hicieron análisis por grupos focales representativos y se llevó a cabo una evaluación formal de la calidad de cada traducción. Esta metodología se describe con detalle en otras publicaciones.^{8,9}

La SF-36 es un instrumento auto aplicado, contiene 36 preguntas y toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse. Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican (10 preguntas), y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud). Se considera que una encuesta es confiable cuando los resultados observados son altamente correlacionados con los resultados verdaderos o hipotetizados.

En este estudio se utilizó la prueba de consistencia interna o coeficiente de Cronbach¹⁵ (a de Cron Bach) para determinar confiabilidad. Este coeficiente provee un estimado de confiabilidad basado en todas las posibles correlaciones entre dos grupos de preguntas en una prueba. El cálculo del coeficiente se fundamenta en la correlación media de cada pregunta en cada una de las escalas, con el total de las mismas, y el número de preguntas que contiene.

2. Planteamiento del problema

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica, sistémica, inflamatoria de etiología desconocida, que afecta primariamente las articulaciones, sus manifestación es son variadas y producen grados diversos de molestias y limitaciones, si no se controla produce destrucción progresiva de las articulaciones afectadas, con deformaciones asociadas, en aquellos pacientes que no se logra un resultado terapéutico bueno, llega a provocar importante incapacidad funcionalidad, física, psicológica, y social. Afectando la calidad de vida del paciente.

¿Cuál es la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoides en la unidad de medicina familiar 224 durante los meses de enero y febrero del 2014?

2.1 Justificación

Las enfermedades reumáticas, tienen una alta prevalencia de demanda en los servicios de salud, ya que se estima que alrededor del 33% de la población en algún momento de su vida presentaran algún signo o síntoma de enfermedad reumática. La artritis reumatoide en México se presenta en un 1.6% de los 112 millones de la población, afecta progresivamente al 1% presenta entre los 20 a 50 años de edad con una incidencia mujer- varón tres a uno. La OMS recomienda que por cada 100 mil habitantes haya un reumatólogo, en México están certificados 560 reumatólogos, por lo que el porcentaje de atención es de un reumatólogo por cada 200 mil habitantes .Mientras que su trascendencia y las complicaciones físicas que con esto conlleva hace que los problemas metodológicos para medir el impacto global de las enfermedades reumáticas , se cuenta con información fragmentada sobre otros aspectos igualmente importantes, tales como la repercusión en la calidad de vida y en otros factores sociales como los laborales, una persona gasta al año aproximadamente más de 500mil pesos ya que es una enfermedad con un alto costo en el tratamiento, el rendimiento profesional, y el cumplimiento de las responsabilidades familiares y domésticas de los pacientes se afecta, esto produce una discapacidad grave a los 10 años en el 10% de los afectados, una incapacidad laboral permanente en el 40% de los mismos. ^{2,6, 14.}

El diagnóstico oportuno de la Artritis Reumatoide por el Médico familiar, permitirá establecer un plan terapéutico oportuno, certero y con la posibilidad de desarrollar estrategias para mejorar su funcionalidad y en consecuencia su estado biopsicosocial, que lo lleve a disfrutar de una mejor calidad de vida.

2.2 Objetivo general

Evaluar la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoides en la unidad de medicina familiar 224 del IMSS.

2.2.1 Objetivos específicos

- Determinar el estado civil de los pacientes con artritis reumatoide
- Establecer la frecuencia de los pacientes con artritis reumatoide según género.
- Se identificara la edad de los pacientes con artritis reumatoide
- Se identificara la ocupación de los pacientes con artritis reumatoide
- Se determinara el grado de escolaridad de los pacientes con artritis reumatoide
- Se evaluara la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide
- Determinar la clase en que se encuentra el paciente con artritis reumatoide de acuerdo a la clase ACR.
- Evaluar la calidad de vida de acuerdo a la función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social , rol emocional y salud mental de acuerdo a la percepción del paciente

2.3 Material y métodos

2.3.1 Tipo de estudio:

Se diseñó un estudio de tipo descriptivo, trasversal y prospectivo.

2.3.2 Población, Lugar y Tiempo:

El estudio se realizó en la unidad de medicina familiar 224 de Zinacantepec México, durante los meses de enero y febrero del 2014, con 53 pacientes con artritis reumatoide de ambos turnos.

2.3.3 Muestra

No probabilística por cuota.

2.3.4 Tamaño de la muestra.

Se toma una población de 53 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, siendo todo el universo, con vigencia de derechos en la unidad de medicina familiar 224.

2.4 Criterios de selección

2.4.1 Criterios de inclusión.

- Pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, de acuerdo a los criterios de la ACR.
- Que se encuentren adscritos a la unidad de medicina familiar 224

2.4.2 Criterios de exclusión

- Que no acepte participar en el estudio.
- Pacientes con patologías ya diagnosticadas, diferentes artritis reumatoide
- Pacientes con deterioro cognoscitivo

2.4.3 Criterios de eliminación

- Muerte del paciente durante el estudio
- Cuestionarios incompletos

2.5 Operacionalización de variables

Definición conceptual y operativa de las variables del estudio:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE VARIABLE
Edad	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.	Edad en años, meses y días desde el nacimiento hasta la fecha de evaluación.	Continua	30-34 años 35-39 años 40-44 años 45-49 años 50-54 años 55-59 años 60-64 años 65-69 años 70-74 años 75-79 años 80-84 años 85-89 años	Cuantitativa
Sexo	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en mujer y hombre.	Características físicas que diferencian a un hombre de una mujer	Nominal	Masculino Femenino	Cualitativa
Escolaridad	Años cursados y aprobados	Se preguntara los años completos académicos	Ordinal	1.Analfabeta 2.Primaria completa 3.Primaria incompleta 4.Secundaria completa 5.Secundaria Incompleta 6.Carrera técnica 7.Licenciatura	Cualitativa
Estado civil	Condición de cada persona en que se encuentra o no una persona física en relación a otra.	Entrevista	Nominal	Independiente Cualitativa 1.Casado 2.Soltero 3.Viudo 4.Divorciado 5.Separado	Cualitativa
Ocupación	Actividad que desempeña un individuo	Tipo de actividad que se desempeña o desempeño el paciente	Nominal	1.Obrero 2.Ama de casa 3.Pensionado 4.Empleado 5.Profesionista	Cualitativa
SF-36	Evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas		Nominal	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)	Cualitativa

2.6 Método de recolección de datos

- Para variables cuantitativas con medidas de tendencia central y dispersión, variables cualitativas frecuencia y porcentaje
- Para la presentación de los resultados se utilizara gráficas de barras, de sector y cuadros de frecuencia.
- El procesamiento de los datos se efectuara empleando el SPSS versión 15 en español.

2.7 Plan de codificación de datos

Se realizó el presente trabajo de investigación, con previa autorización del Director de la Unidad de Medicina Familiar 224, en Zinacantepec estado de México.

La población de referencia fue solicitada al sistema de información ESTERIMAC de la unidad donde se refirieron pacientes de 30 a 60 años de los cuales 53 pacientes tienen diagnóstico de artritis reumatoide

Con dicho censo, se solicitó al servicio la filiación.

Se localizó a los pacientes, durante su cita mensual entrevistándose con el investigador.

Una vez localizados los pacientes se les informó cuales son los fines de la investigación y se les preguntó si deseaban participar de forma voluntaria.

A los pacientes que aceptaron contestar el cuestionario se les aplicó en un consultorio en forma privada o en un lugar apartado para que sus respuestas no sean escuchadas por terceras personas debido a la sensibilidad de las preguntas.

Se aplicó un cuestionario sobre calidad de vida SF-36 es un instrumento auto aplicado, contiene 36 preguntas que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; limitaciones del rol: de problemas físicos; limitaciones del rol: problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general.

Existe un elemento no incluido en estas ocho categorías, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año. Y toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse. Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se

codifican y recodifican (10 preguntas), y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud). Se considera que una encuesta es confiable cuando los resultados observados son altamente correlacionados con los resultados verdaderos o hipotetizados.

Por ejemplo, pregunta de 3 categorías se puntúan 0 - 50 - 100; con 5 categorías se puntúan 0 - 25 - 50 - 75 - 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100.

Posteriormente se analiza los resultados y se sacan las conclusiones con el programa SPSS versión 15.

2.8 Consideraciones éticas

Este estudio se apega a las recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica, contempladas en la Declaración de Helsinki según modificaciones establecidas:

- a).-29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975
- b).-35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983
- c).-41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989.-
- d).-48ª Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996
- e).-52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000.

Se apega a las normas institucionales establecidas por la Secretaría de Salud publicadas en el Diario oficial de la Federación el martes 26 de enero de 1982, páginas 16 y 17.

De acuerdo al Título segundo Capítulo 1 Artículo 17 de , el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México, este trabajo se considera grado uno ya que no genera lesión al individuo en el área biopsicosocial, y los datos obtenidos serán estrictamente confidenciales, previa autorización con el consentimiento informado.

3 RESULTADOS

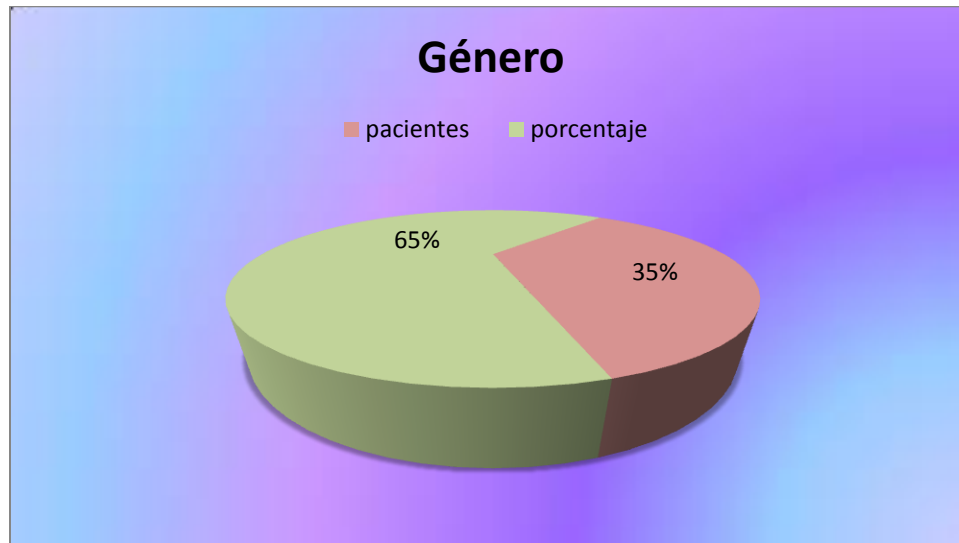
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo que incluyó a un total de 53 pacientes, los cuales cumplieron con todos los criterios de inclusión y exclusión.

De los 53 pacientes estudiados 47 fueron del sexo femenino con el (88.7%) y 6 para el sexo masculino con el (11.3%)

Género		
	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	47	88.7%
Maculino	6	11.3%
Total	53	100%

Tabla 1 Fuente: cuestionario SF36

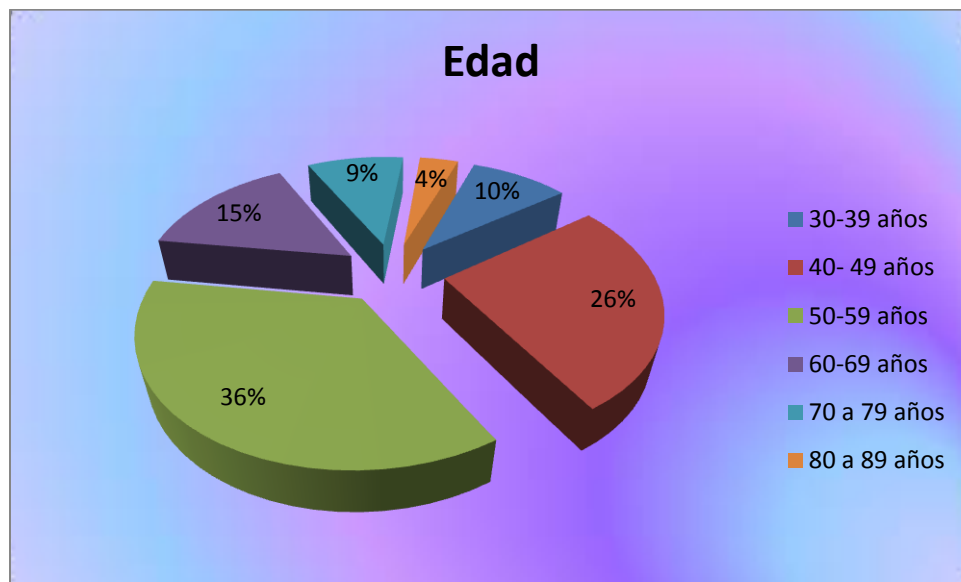


Grafica 1 Fuente: Cuestionario SF36

Con respecto a la edad se realizó a través de decenios con un rango de 89 a 30 años encontrando mayor frecuencia en dos grupos de 50 a 59 años con una frecuencia de 19 y un porcentaje de (35.8.) y con menor frecuencia en el grupo de 80 a 89 con una frecuencia de 2 y un porcentaje de (3.7)

Edad		
Edad	Pacientes	Porcentaje
30-39 años	5	9.4%
40- 49 años	14	26.4%
50-59 años	19	35.8%
60-69 años	8	15.3%
70 a 79 años	5	9.4%
80 a 89 años	2	3.7%
total	53	100%

Tabla 2 Fuente: Cuestionario SF36

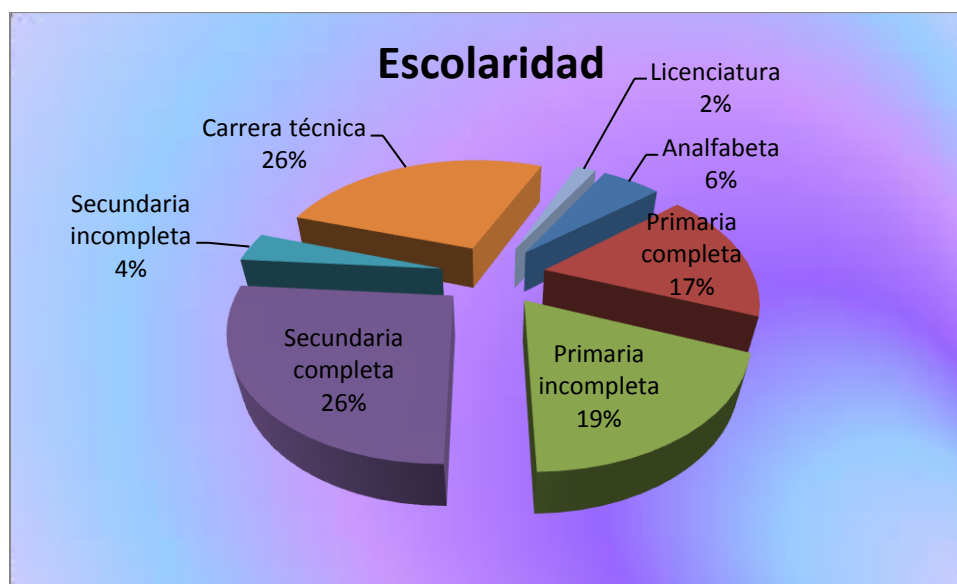


Grafica 2 Fuente: Cuestionario SF36

En el nivel de escolaridad en el que mayor frecuencia se encontró fue en dos grupos secundaria completa con 14 pacientes y carrera técnica con 14 pacientes con un porcentaje cada uno de (26.40%) y con menor frecuencia licenciatura en 1 solo paciente con un porcentaje de (1.8%)

Escolaridad	Pacientes	Porcentaje
Analfabeta	3	6.10%
Primaria completa	9	17.00%
Primaria incompleta	10	18.60%
Secundaria completa	14	26.40%
Secundaria incompleta	2	3.70%
Carrera técnica	14	26.40%
Licenciatura	1	1.80%
total	53	100%

Tabla 3 Fuente: Cuestionario SF36



Gráfica 3 Fuente: Cuestionario SF36

Con respecto al estado civil en mayor frecuencia encontramos fue los casados con 38 pacientes con un porcentaje de (71.3%), seguido de divorciados y viudos con una frecuencia de 6 pacientes cada uno con un porcentaje de (11.3%), soltero solo 3 pacientes con un porcentaje de (6.1%).

Estado civil		
Estado civil	Pacientes	Porcentaje
Soltero	3	6.1%
casado	38	71.3%
Unión libre	0	0%
divorciado	6	11.3%
viudo	6	11.3%
total	53	100%

Tabla 4 Fuente: Cuestionario SF36



Gráfica 4 Fuente: Cuestionario SF36

En ocupación de los pacientes encontramos que son mujeres amas de casa con una frecuencia de 30 y un porcentaje del (57%) y los obreros con menor frecuencia en 5 pacientes con un porcentaje de, (9.40%).

Ocupación		
Ocupación	Pacientes	porcentaje
Obrero	5	9.40%
Ama de casa	30	57.00%
Pensionados	2	3.50%
Empleados	16	30.10%
Total	53	100

Tabla 5 Fuente: Cuestionario SF36



Gráfica 5 Fuente: Cuestionario SF36

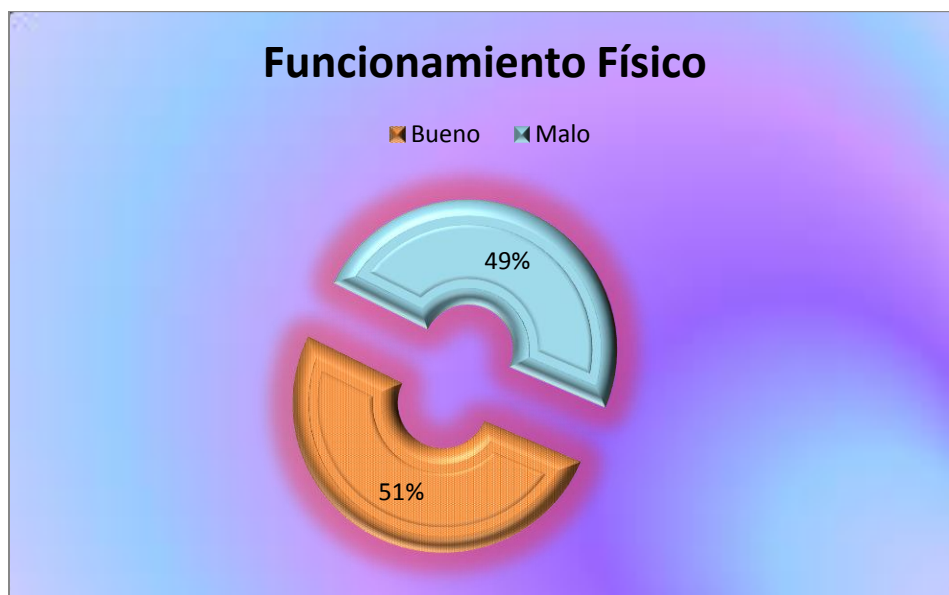
Para la calidad de vida de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide a través del cuestionario SF-36 nos proporcionó el perfil del estado de salud él tiene dos componentes y 8 dimensiones diferentes en el que encontramos:

El primer componente es **La salud física** se mide a través de 4 dimensiones: funcionamiento físico, rol físico, dolor o enfermedad corporal, salud general

En el funcionamiento físico encontramos que 27 pacientes fue bueno con un porcentaje (50.9%) y malo en 26 pacientes con un porcentaje de 49.1%.

Funcionamiento físico		
Funcionamiento físico	Pacientes	Porcentaje
Bueno	27	50.9%
Malo	26	49.1%
Total	53	100%

Tabla 6 Fuente: Cuestionario SF36

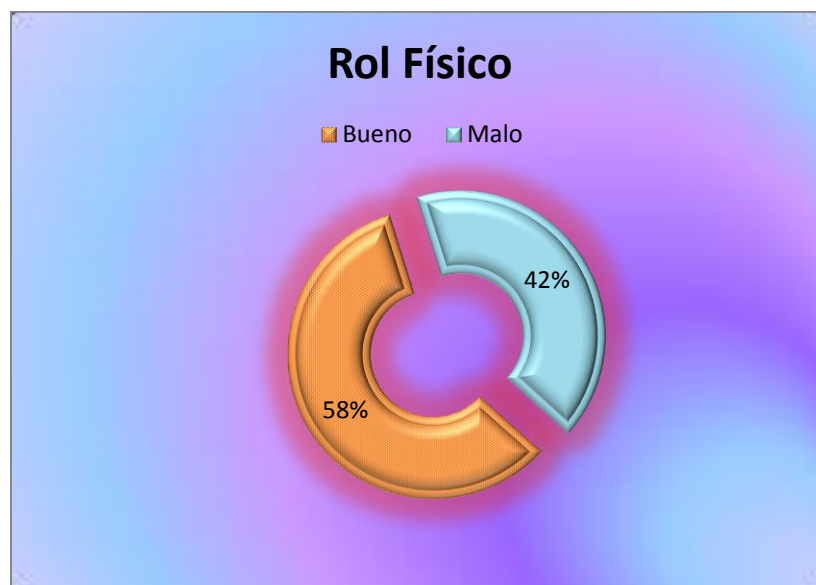


Gráfica 6 Fuente: Cuestionario SF36

En el Rol físico encontramos que fue bueno para 31 paciente con un porcentaje de (58.5%) y malo para 22 pacientes con un porcentaje de (41.55%)

Rol físico		
Rol físico	Pacientes	porcentaje
Bueno	31	58.5%
Malo	22	41.5%
Total	53	100%

Tabla 7 Fuente: Cuestionario SF36



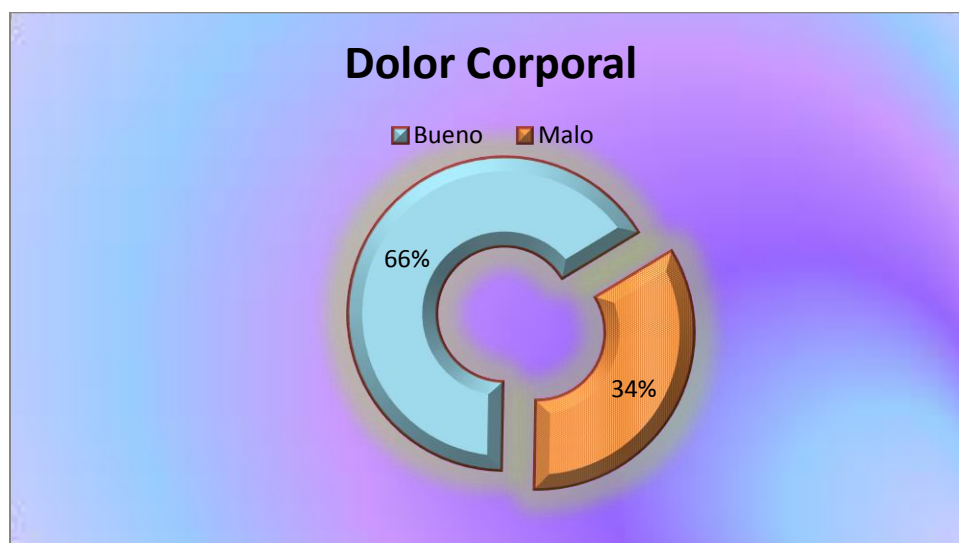
Gráfica 7 Fuente: Cuestionario SF36

Enfermedad o dolor corporal

En dolor o enfermedad corporal encontramos que 35 pacientes no presentaron dolor 66% y 18 pacientes tenían dolor con (34%).

Dolor corporal		
Dolor corporal	Pacientes	porcentaje
Bueno	35	66%
Malo	18	34%
Total	53	100%

Tabla 8 Fuente: Cuestionario SF36

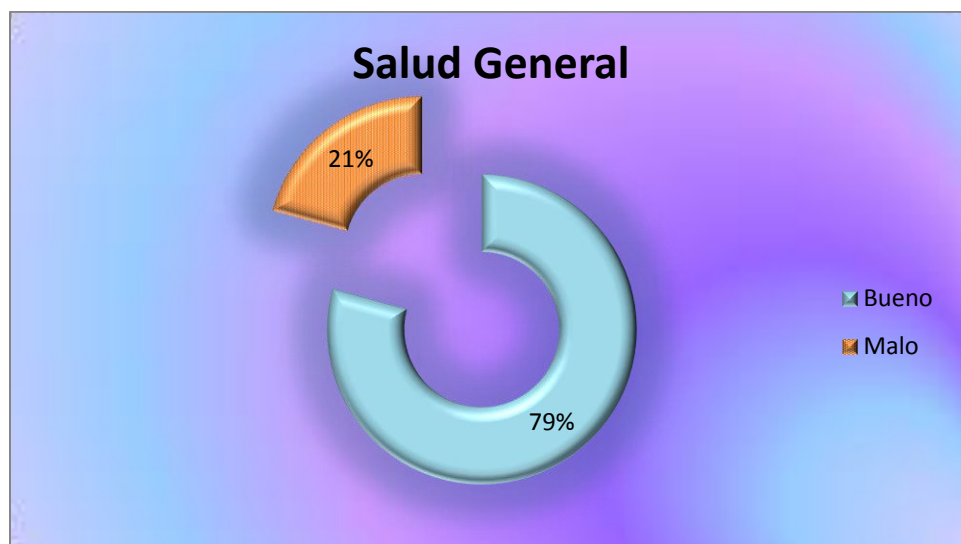


Gráfica 8 Fuente: Cuestionario SF36

En Salud general para la mayoría fue buena en 42 pacientes con un porcentaje de 79.2% y mala en 11 pacientes con un porcentaje de 20.8%.

Salud general		
Salud general	Pacientes	porcentaje
Bueno	42	79.2 %
Malo	11	20.8%
Total	53	100%

Tabla 9 Fuente: Cuestionario SF36

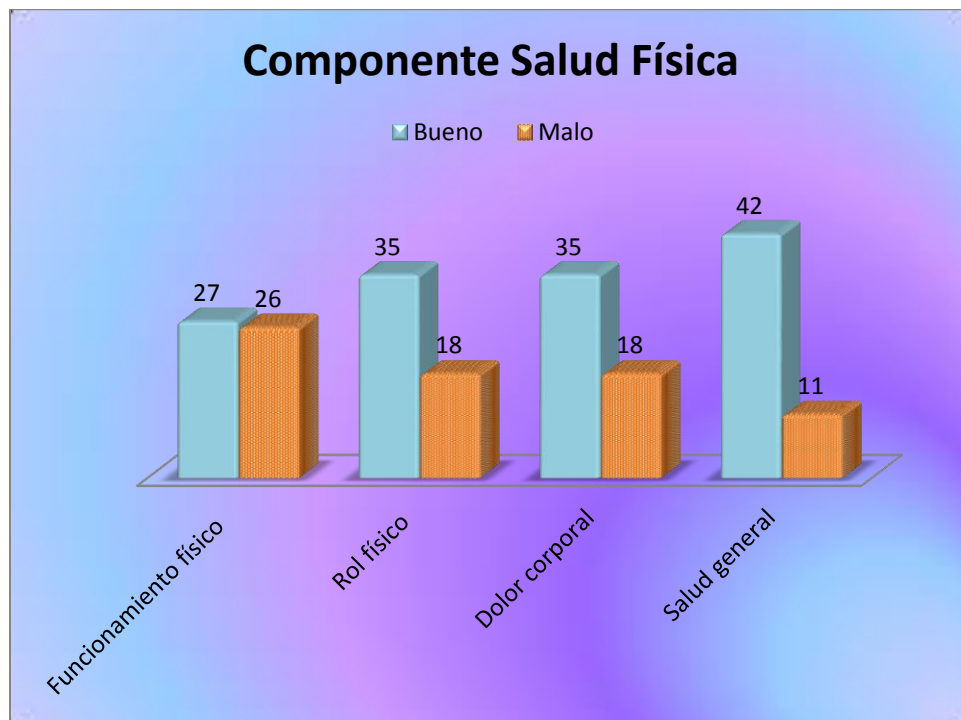


Gráfica 9 Fuente: Cuestionario SF36

Con respecto al primer componente: salud física nos encontramos que en su mayoría todos tienen buena calidad de vida con el 65% y malo 34.5 %

Componente Salud física					
	Funcionamiento físico	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Total en porcentaje
Bueno	27	35	35	42	65.5%
Malo	26	18	18	11	34.5%
Total	53	53	53	53	100%

Tabla 10 Fuente: Cuestionario SF36



Gráfica 10 Fuente: Cuestionario SF36

El segundo componente **es la salud mental** se mide a través de 4 dimensiones salud mental, vitalidad, funcionamiento social y rol emocional

En salud mental encontramos que fue bueno para 37 pacientes con un porcentaje de 69.8% y malo para 16 pacientes con un porcentaje de 30.2%.

Salud mental		
Salud mental	Pacientes	porcentaje
Bueno	37	69.8%
Malo	16	30.2%
Total	53	100%

Tabla 11 Fuente: Cuestionario SF36



Gráfica 11 Fuente: Cuestionario SF36

Con respecto a la vitalidad encontramos que fue bueno solo para 22 pacientes con un porcentaje del 41.5% y malo para 31 pacientes con el 58.5% lo que nos indica la importancia del sentir del paciente ante la enfermedad.

Vitalidad		
Vitalidad	Pacientes	porcentaje
Bueno	22	41.5%
Malo	31	58.5%
Total	53	100%

Tabla 12 Fuente: Cuestionario SF36



Gráfica 12 Fuente: Cuestionario SF36

En la Funcionamiento social encontramos que fue bueno para 38 pacientes con un porcentaje de 73.6% y malo para 14 pacientes con 26.4% con lo que se demuestra que el ámbito social es importante en la vida del paciente con artritis reumatoide.

Funcionamiento social		
Funcionamiento social	Pacientes	Porcentaje
Bueno	39	73.6 %
Malo	14	26.4 %
Total	53	100%

Tabla 13 Fuente: Cuestionario SF36



Gráfica 13 Fuente: Cuestionario SF36

Con respecto al rol emocional encontramos que en 36 pacientes fue bueno con el 67.9% y malo para 17 pacientes con 32.1%.

Rol Emocional		
Rol Emocional	Pacientes	porcentaje
Bueno	36	67.9 %
Malo	17	32.1 %
Total	53	100%

Tabla 14 Fuente: Cuestionario SF36

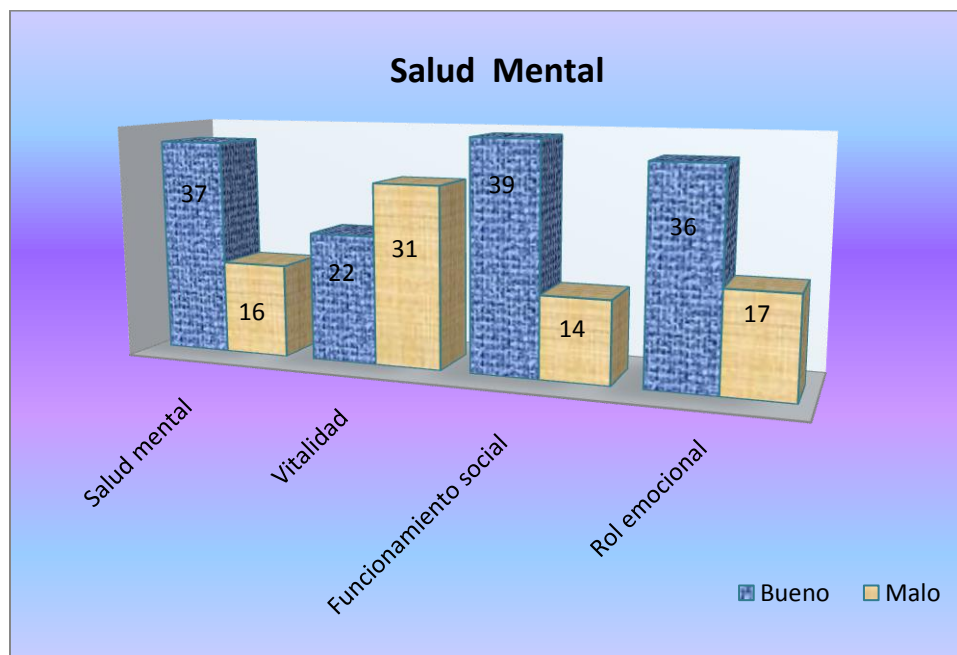


Gráfica 14 Fuente: Cuestionario SF36

Con respecto al segundo componente de salud mental encontramos que en el 63.2 % de los pacientes fue bueno y 35.8% fue malo predominio sexo femenino.

Salud mental					
	Salud mental	Vitalidad	Funcionamiento social	Rol emocional	Total en porcentaje
Bueno	37	22	39	36	63.2%
Malo	16	31	14	17	36.8%
Total	53	53	53	53	100%

Tabla 15 Fuente: Cuestionario SF36

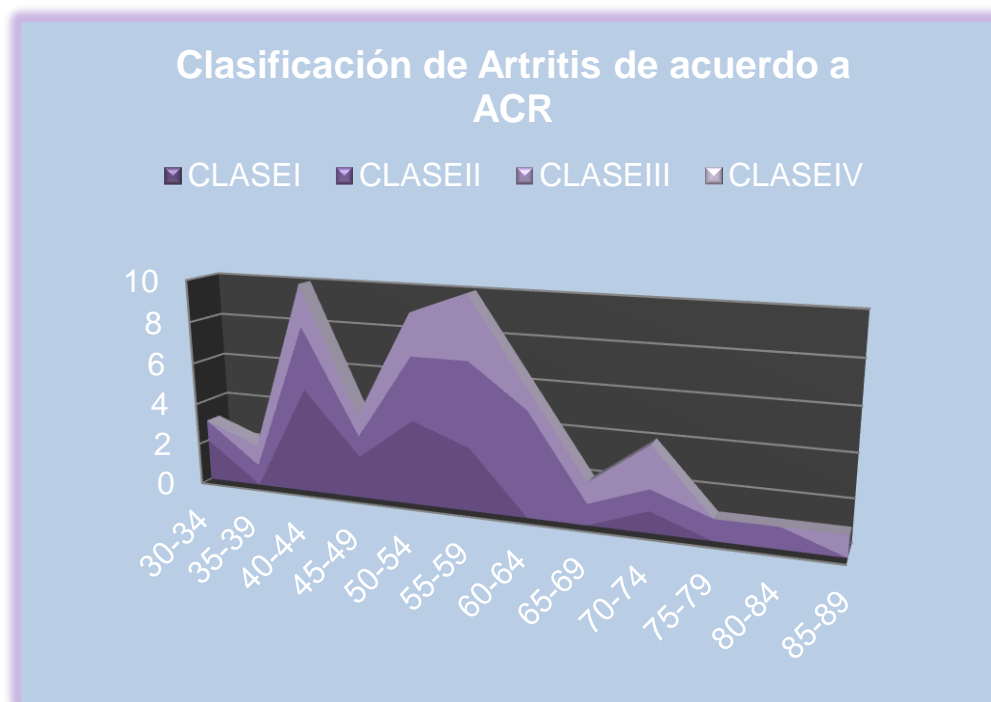


Gráfica 15 Fuente: Cuestionario SF

Con respecto a la clasificación ACR(American Collage of Rheumatology) que la clase I en edades de 40-44 con un 9.4%,y en 50-54 con 7.5%, clase II en la edad de 55-59 con un 7.5% predominio en mujeres, la clase III un predominio en las edades 55 a 59 con un porcentaje de 5.6% clase ,IV no se presentó ningún caso

	CLASEI	CLASEII	CLASEIII	CLASEIV
30-34	2	1	0	0
35-39	0	1	1	0
40-44	5	3	2	0
45-49	2	1	1	0
50-54	4	3	2	0
55-59	3	4	3	0
60-64	0	5	1	0
65-69	0	1	1	0
70-74	1	1	2	0
75-79	0	1	0	0
80-84	0	1	0	0
85-89	0	0	1	0

Tabla 16 Fuente: Cuestionario SF36



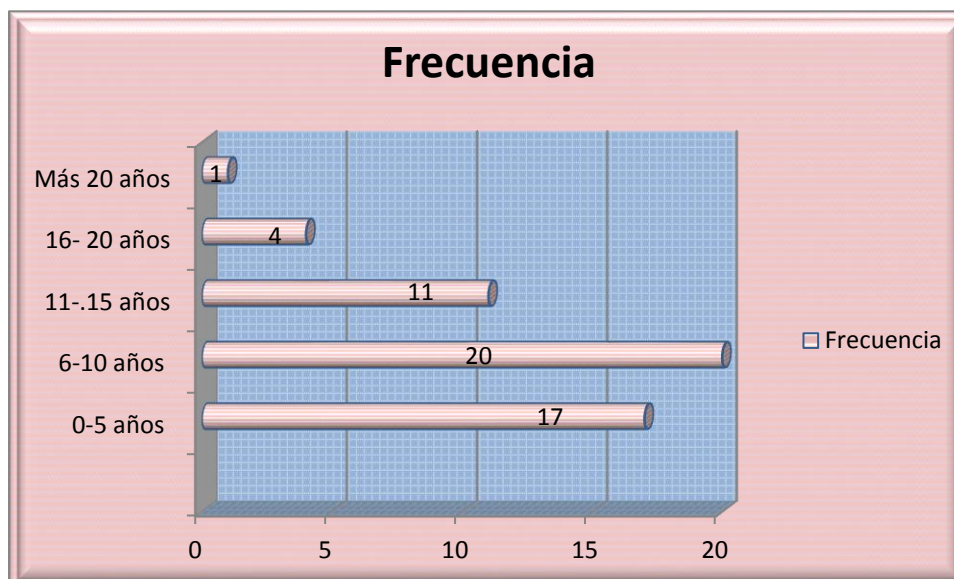
Gráfica 16 Fuente: Cuestionario SF36

El tiempo de evolución se realizó con 5 opciones donde la opción uno hace referencia de un tiempo de 0 a 5 años, tuvo una frecuencia de 17 y un porcentaje de 32% de predominio en la mujer, de 6 a 10 años una frecuencia de 20 con un porcentaje de 37.6%, de 11 a 15 años una frecuencia de 11 con un porcentaje de 20.5%, de 16 a 20 años una frecuencia de 4 con un porcentaje de 7.6%, y de 20 años y más con una frecuencia de 1 y un porcentaje de 1.8%.

Tiempo de evolución de Artritis reumatoide

Evolución años	Frecuencia	Porcentaje
0-5 años	17	32.5%
6-10 años	20	37.6%
11-.15 años	11	20.5%
16- 20 años	4	7.6%
Más 20 años	1	1.8%
Total	53	100%

Tabla 17 Fuente: Cuestionario SF36



Gráfica 17 Fuente: Cuestionario SF36

4. DISCUSIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica, de naturaleza autoinmune, y etiología desconocida que produce un gran deterioro de la capacidad funcional, disminución de la calidad de vida y aumento de la mortalidad, siendo más común en mujeres.

La artritis reumatoide es una enfermedad incapacitante que generalmente produce daño e incapacidad funcional; la edad, el sexo, la evolución de la enfermedad, la clase en la que se clasifique, el nivel educativo y la ocupación han sido identificados como factores predictivos de la enfermedad, por lo que existe mucha relación entre la enfermedad y la calidad de vida.

Al analizar las variables sociodemográficas este coincide con los resultados encontrados en la literatura donde el sexo predominante fue el femenino en el 65% con respecto a los hombres, Aunque la artritis reumatoide puede aparecer a cualquier edad, el pico de incidencia de esta se encontró entre 50 a 59 años, encontramos que estos pacientes son casados cuentan con escolaridad media, predominado amas de casa, y empleado con predominio en la clase II Y III.

De acuerdo al tiempo de evolución encontramos que los pacientes de 0 a 5 años son pacientes jóvenes con menos afectación de calidad de vida en comparación con los pacientes de 11 a 15 años quienes tienen mala calidad de vida en las edades de 40 a 59 años de edad.

Uno de los serios problemas que genera la artritis reumatoide es la pérdida de la capacidad laboral que incluso puede ocasionar el abandono del trabajo; en este sentido, cuando se consideró la ocupación de los pacientes, el 24%, refirieron ser jubilados, con el consecuente peso que la discapacidad a una edad adulta les genera una mala calidad de vida.

La artritis reumatoide por su carácter crónico puede actuar de forma negativa en la calidad de vida, el paciente requiere de ayuda para llevar a cabo actividades de la vida diaria cuando la calidad de vida declina.

La salud física en los pacientes con artritis reumatoides en funcionamiento físico, rol, dolor, y salud en general 42 pacientes fue bueno con un porcentaje 79.2% y malo en 11 pacientes con 20.8% todos tienen buena calidad de vida con el 65% y malo con el 34.5%.

En salud mental, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional los pacientes de este estudio encontramos que el 63.2% fue bueno y el 35.8% fue malo determinado que a mayor calificación mejor salud tendrán; y por lo tanto su calidad de vida será la adecuada cuando están integrados al ámbito social y en área laboral no existe ausentismo.

La información fue recogida a través del cuestionario para calidad de vida en el paciente con artritis reumatoide SF36.

5. CONCLUSIONES

La artritis reumatoide sigue siendo muy frecuente en el sexo femenino como se ha demostrado en varios artículos, con lo que se vuelve a comprobar en este estudio de investigación.

Sigue siendo una enfermedad que tiende a ser recidivante con exacerbaciones frecuentes, generando incapacidad para realizar funciones básicas de la vida diaria, la presencia de la enfermedad altera la calidad de vida del paciente, en cuanto a salud física los resultados que se encontraron en los pacientes estudiados demuestran que todos tienen una buena calidad de vida con un porcentaje de 65% bueno y con 34% malo predominado en las mujeres las cuales cuentan con una educación intermedia, casadas que se dedican al hogar predominado en rango de edad de 40 a 59 años ,con una evolución de 0 a 5 años en clase I Y II.

La presencia de patología crónica degenerativa puede afectar el cumplimiento de las funciones y tener grandes repercusiones en la calidad de vida del paciente en donde prevalece que la edad, el sexo , la escolaridad, nivel de educación, y la clase determinan los factores de riesgo para tener una buena calidad de vida.

En cuanto a salud mental el paciente portador de artritis reumatoide presenta que la vitalidad, funcionamiento social y el rol emocional juegan un papel importante en cuanto a su desempeño en la sociedad , demostrando que cuando hay comunicación en su entorno conyugal, familiar, laboral, y social puede tener una mejor calidad de vida , esto se observa principalmente en los pacientes activos .

Encontramos que la salud mental en este estudio es bueno porque se representa con un porcentaje de 63.2% bueno y un porcentaje de 35.8% malo.

6. RECOMENDACIONES

Como médicos Familiares tenemos el compromiso de visualizar al paciente no solo como individuo, sino como un componente de núcleo familiar perteneciente a una sociedad demandante en cuanto a salud física y mental.

En el paciente que padece artritis reumatoide es importante que cuente con una red de apoyo la cual no existe, y no recibe información necesaria acerca de su padecimiento, no se cuenta con actividades que lo ayuden a estar activo evitando las complicaciones.

En nuestra labor diaria sería importante contar con el apoyo de segundo nivel en cuanto a un tratamiento de rehabilitación específico donde se les otorgara de acuerdo a clase y evolución en que se encuentra el paciente para evitar la incapacidad funcional con ello mejorar la calidad de vida en el paciente

Contar con un apoyo terapéutico como lo es el psicológico , ya que en el estudio de los pacientes con artritis reumatoide es muy importante su estado de ánimo cuando presentan limitaciones en estado agudo del dolor , se sienten solos , se deprimen ,y su convivir en lo social se restringe.

Que el servicio de Reumatología tuviera más capacidad para valoración de los pacientes en cuanto se diagnostica en primer nivel fueran tratados ya con un régimen farmacológico, Psicológico ,y de rehabilitación evitando que el paciente llegue a su valoración ya con complicaciones tardías, y comprometiendo sus actividades laborales con ausentismo o bajas definitivas.

Que los médicos familiares eduquen al paciente y su familia para que no suspendan el tratamiento, para que el paciente este integrado a su familia y con ello tenga una mejor calidad de vida.

7. Bibliografía

1. García V. Artritis Reumatoide: fisiología y tratamiento .Marzo 2004, CIMED. Universidad de Costa Rica.
2. Barragán J. Artritis Reumatoide en el paciente mayor. Act. Med. Grupo Ángeles 2011
3. Capriotti A. Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide Universidad abierta interamericana 2008.
4. López, H. El perfil de minusvalía como la medida de calidad en pacientes reumáticos Rev. Colomb.Reumatol. 1993.
5. Cardiel MM; Rojas –Serrano J.,Community base Study to estimate prevalence, borden of ill Ness anel help seeking behavior in rheumatic diseases in Mexico city.cop cord study.clin Exp. Rheumatol 2002; 20:617-24
6. Study. clin.Exp. Rheumatol 2002; 20: 617-24 Spector TD: Rheumatoid arthritis. Rheum DIS clin North Am 1990 AUG; 16(3): 513-37.
7. Kasper, D. principios de Medicina interna Harrison 16 edición.
8. Freire M. Artritis Reumatica Guía clínica 2004.
9. Villaverde V. Factores pronósticos de la artritis Reumatoide. Rev. Esp. Reumatol 2002
10. Serna E.R De Barrios AI, Silva EO. Et al. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: A study using the cop CORD appioach. J. Rheumatol 2004; 31: 594- 7
11. Vanaccio. S. Cadena Relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide int. J. clin Health psychol. 2004 4 (1) 91-103
12. Ardila,R.(2003). Calidad de vida::Una definición integradora .Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 35, número 002,vol. 35(002),161-64
13. Ballina J. Medición de la calidad de vida en la artritis Reumatoides Rev. esp. Reumatoi 2002 (2) 56-64
14. Sosa Espinoza P. Manejo de la terapia biológica: evolución de la Artritis reumatoide y su tratamiento. Reumatología.

15. Tornero Molina Jesús: Los Reumatismos; mayo 2003 publicación oficial de la sociedad española de Reumatología; artritis reumatoide: autodestrucción donde más duele .n° 1. <http://www.lbanezylata.com/Biblio/PDFs/LR1.pdf>.
16. Álvarez Nemegyei José, Nuño Gutiérrez Bertha L. Alcocer Sánchez Jorge Andrés Enfermedades reumáticas y discapacidad laboral en población adulta rural. Revista médica IMSS 2005; 43(4):287-292.
17. Vinaccia Stefano, Cadena José, Juárez Fernando Contreras, Francoise Anaya Juan Manuel Relación entre variable sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. Internacional Journal of clinical and health psychology, enero año/vol.4 número 001.Asociación Española de psicología conductual (AECP) Granada España pp.91-103
18. Ministerio de Salud, guía clínica de artritis reumatoide .Santiago: Minsal 2007.Vinaccia Stefano. Fernández Hamilton,Revista Colombia de Reumatología ,Aplicación de la versión española del cuestionario quality of life measure for rheumatoid arthritis (QOL-RA) en Colombia vol.13 n°4, diciembre 2006, pp. 264-270, 2006, asociación colombiana de reumatología.
20. Ramírez Robinson, Cali, Colombia. Revista colombiana de cardiología del adulto, Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en la salud julio/agosto 2007; col.4 ISSN 0120-5633.
21. Vinaccia S. Orozco LM Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Diversitas. Perspectiva en Psicología. 2005; 1.2.1125-137.
22. Silman A. J Hochberg Mc Epidemiology of the rheumatic diseases,2 end. Oxford; Oxford university press, 2001.

8. ANEXOS

Anexo 1: Cronograma de actividades

NOMBRE INVESTIGADOR: MARCELA DIAZ ALVINES				
PROGRAMADO		ACTIVIDAD A DESARROLLAR	REAL	
2014-2015			2014-2015	
1ER. SEMESTRE	2DO. SEMESTRE		1ER. SEMESTRE	2DO. SEMESTRE
		Planteamiento del problema		
		Revisión y análisis de bibliografía		
		Selección Director de Tesis		
		Justificación		
		Formulación de objetivos		
		Material y métodos		
		Resumen del proyecto		
		Presentación del protocolo al CLI		
		Elaboración de correcciones sugeridas por CLI		
		Presentación de correcciones al CLI		
		Recolección de datos		
		Codificación de los datos		
		Análisis estadístico de los datos		
		Elaboración de cuadros y graficas de los datos		
		Redacción de resultados		
		Redacción de Discusión conclusiones		
		Informe Final al CLI		
		Difusión de los resultados		
		Redacción del escrito científico		
		Publicación de los resultados		
ELABORO:		MARCELA DIAZ ALVINES		

CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD

Anexo 2: carta consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE
Patrocinador externo (si aplica):	ENERO A FEBRERO DEL 2014
Lugar y fecha:	
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 224 DEL IMSS
Procedimientos:	OBSERVACIONAL
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNA
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA CON UN DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	LAS NECESARIAS
Participación o retiro:	DECISIÓN DEL PACIENTE
Privacidad y confidencialidad:	COMPLETA
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<p>No autoriza que se tome la muestra.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</p>
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	NO APLICA ES OBSERVACIONAL
Beneficios al término del estudio:	MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA CON UN DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	MARCELA DIAZ ALVINES
Colaboradores:	

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ANEXO 3 encuesta SF36

Nombre _____ NSS _____
Sexo _____ Edad _____ Estado civil _____
Ocupación _____ Tiempo de evolución _____

Tabla 1. Cuestionario de Salud SF-36

Marque una sola respuesta

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

1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala

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

1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año

3 Más o menos igual que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año

5 Mucho peor ahora que hace un año

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1 Sí 2 No

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

1 Sí 2 No

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

1 Sí 2 No

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

1 Sí 2 No

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

1 Sí 2 No

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

1 Sí 2 No

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

1 Sí 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

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

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

6 Sí, muchísimo

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

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.

EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

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

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

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

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

6 Nunca

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

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

6 Nunca

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

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

6 Nunca

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

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

6 Nunca

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

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

6 Nunca

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

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

6 Nunca

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

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

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

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

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

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

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

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

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

34. Estoy tan sano como cualquiera.

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

35. Creo que mi salud va a empeorar.

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

36. Mi salud es excelente.

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

Asignación de puntaje.

Enfoque Rand es simple.

Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100).

Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100.Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100.

Los ítems no respondidos no se consideran.

El enfoque del Health Institute, que da diferentes ponderaciones, es el más recomendado; hay un software para hacerlo

La Encuesta del Estado de Salud SF-36 para su uso en México se puede reproducir con permiso del Health Assessment Lab, New England Medical Center, 750 Washington Street, NEMC #345, Boston, MA, 02111. Derecho Reservados © Health Assessment Lab. El permiso para el uso de la encuesta puede ser solicitado al primer autor de este artículo.

Instrucciones: esta encuesta le pide su opinión acerca de su salud.

Esta información permitirá saber cómo se siente y qué tan bien puede hacer usted sus actividades normales.

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