



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
TECNOLOGÍA MÉDICA
ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACION**

**“EFECTO DEL DOLOR EN CALIDAD DE VIDA DE
PACIENTES CON GONARTROSIS. HOSPITAL VÍCTOR
LAZARTE ECHEGARAY – TRUJILLO 2018”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA
TECNÓLOGO MÉDICO EN EL ÁREA DE TERAPIA
FÍSICA Y REHABILITACION**

AVILA DÍAZ, JULISSA LIZBETH

**ASESOR:
LIC. PEDRO ROJAS VÉLIZ**

Trujillo - Perú

2018

HOJA DE APROBACIÓN

AVILA DÍAZ, JULISSA LIZBETH

**“EFECTO DEL DOLOR EN CALIDAD DE VIDA DE
PACIENTES CON GONARTROSIS. HOSPITAL VÍCTOR
LAZARTE ECHEGARAY- TRUJILLO 2018”**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título de
Licenciada Tecnólogo Médico en el Área de Terapia Física y
Rehabilitación por la Universidad Alas Peruanas.

TRUJILLO – PERÚ

2018

Dedico este Trabajo:

A DIOS, por acompañarme y levantarme siempre en cada momento de mi vida.

A mis Padres, ANA y ROQUE, sin ellos no llegaría hasta donde estoy; gracias por su amor, sacrificio y empuje.

A mis Hermanos, ALEX y MIGUEL, por su apoyo incondicional y por cada sacrificio que hicieron por mí.

Agradezco a mi asesor Lic. Pedro Renato Rojas Veliz, por su orientación y ayuda.

Agradezco a la Universidad ALAS PERUAS y a sus docentes que con sus enseñanzas me guiaron para seguir con mis estudios.

Agradezco al Hospital Víctor Lazarte Echeagaray, por haber permitido realizar mi tesis.

RESUMEN

En la actualidad la gonartrosis es considerada uno de los principales problemas de la salud pública y a la vez factor importante que influye en la calidad de vida relacionada a la salud, por esto es de interés valorar la calidad de vida, la percepción que tiene el paciente respecto a su salud, ya que también repercute en lo social, familiar y económica y no solo en la salud del paciente.

El tipo de estudio realizado es de tipo descriptivo - explicativo, observacional, de corte transversal, de diseño no experimental. El objetivo fue determinar el efecto del dolor en la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes de 50 a 65 años edad, con Gonartrosis, en el área de Medicina Física del Hospital Víctor Lazarte Echegaray – Trujillo- EsSalud 2018., así como también Identificar el efecto del dolor en el estado funcional de pacientes de 50 a 65 años edad, con Gonartrosis, por último, identificar el efecto del dolor en el bienestar emocional de pacientes de 50 a 65 años edad, con Gonartrosis. La población estuvo conformada por 50 pacientes con gonartrosis. El instrumento utilizado fue el de Calidad de Vida SF – 36, validado por juicio de expertos.

Los resultados obtenidos fueron, 58% presentan una regular calidad de vida con un 56% de dolor severo, 60% tienen un bienestar emocional regular con un porcentaje de 56% en nivel de dolor malo, y 66% presentan regular bienestar emocional con un porcentaje del 56% de nivel de dolor malo.

Se constata que mientras mayor dolor crónico, menor será la calidad de vida, por otro lado si existe un nivel de dolor malo, limitara el estado funcional, y también si se presenta mayor nivel de dolor, afectará en el bienestar emocional del paciente con gonartrosis.

Palabras claves: Dolor, calidad de vida, gonartrosis.

ABSTRACT

Currently, gonarthrosis is considered one of the main public health problems and, at the same time, an important factor that influences the quality of life related to health, for this reason it is of interest to evaluate the quality of life, the perception that The patient has his health, since it also affects the social, family and economic and not only the patient's health.

The type of study carried out is descriptive - explicit, retrospective, observational, cross-sectional, non-experimental design. The objective was to determine the effect of pain on the quality of life related to the health of patients from 50 to 65 years of age, with gonarthrosis, in the area of Physical Medicine at the -Trujillo-EsSalud Victor Lazarte Echegaray Hospital 2018. , As well as to identify the effect of pain on the functional status of patients from 50 to 65 years of age, with gonarthrosis, finally, to identify the effect of pain on the emotional well-being of patients from 50 to 65 years of age, with gonarthrosis. The population consisted of 50 patients with gonarthrosis. The instrument used was a data collection format.

The results obtained were: 58% have a regular quality of life with 56% of severe pain, 60% have a regular emotional well-being with a percentage of 56% in bad pain level, and 66% have regular emotional well-being with a percentage 56% of bad pain level.

It is noted that the greater the chronic pain, the lower the quality of life, on the other hand if there is a bad level of pain, it will limit the functional status, and also if there is a higher level of pain, it will affect the emotional well-being of the patient with gonarthrosis.

Key words: Pain, quality of life, gonarthrosis.

LISTA DE FIGURAS

Figura N° 01: Nivel de dolor.....	43
Figura N° 02: Nivel Sensorial.....	44
Figura N° 03: Nivel Afectivo.....	45
Figura N° 04: Calidad de vida relacionada a la salud.....	46
Figura N° 05: Estado funcional.....	47
Figura N° 06: Bienestar emocional.....	48
Figura N° 07: Efecto del dolor en la calidad de vida relacionada a la salud.....	49
Figura N° 08 Efecto del dolor en el estado funcional.....	50
Figura N° 09: Efecto del dolor en el bienestar emocional.....	51

LISTA DE TABLAS

TABLA N°01: Nivel de Dolor.....	43
TABLA N°2: Nivel Sensorial.....	44
TABLA 3: Nivel Afectivo.....	45
TABLA 4: Calidad de vida relacionada a la salud.....	46
TABLA 5: Estado Funcional.....	47
TABLA6: Bienestar Emocional.....	48
TABLA 7: Efecto del dolor en la Calidad de Vida relacionada a la Salud.....	49
TABLA 8: Efecto del dolor en el Estado Funcional.....	50
TABLA9: Efecto del dolor en el Bienestar Emocional.....	51

ÍNDICE

CARÁTULA	I
HOJA DE APROBACIÓN	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
LISTA DE FIGURAS	VII
LISTA DE TABLAS	VIII
INTRODUCCIÓN	XI
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del Problema.....	12
1.2. Formulación del Problema.....	14
1.2.1. Problema General.....	14
1.2.2. Problemas Especifico.....	14
1.3. Objetivos.....	14
1.3.1. Objetivo General.....	14
1.3.2. Objetivos Específicos.....	15
1.4. Justificación.....	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Bases Teóricas.....	16
2.1.1 El Dolor.....	16
2.1.2. Calidad de Vida.....	18
2.1.3. Calidad de vida relacionada con la Salud.....	19
2.1.4 Gonartrosis.....	21
2.1.4.1 Anatomía y fisiología de la Rodilla.....	21
2.1.4.2 Artrosis u osteoartritis (OA):.....	25
2.2. Antecedentes.....	30
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1. Tipo de Investigación.....	33
3.2. Diseño de Investigación.....	33
3.3. Población y Muestra de la Investigación.....	33
3.3.1. Población.....	33
3.3.2. Muestra.....	33
3.4. Variables, dimensiones e indicadores.....	35
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	36
3.5.1. Técnicas.....	36
3.5.2. Instrumento.....	36
3.5.2.1. Medical Outcomes Study Short Form - 36 (SF-36)..	36
3.5.2.2. Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ)...	40
3.6. Método de Análisis de Datos.....	42
CAPÍTULO IV: RESULTADOS ESTADISTICOS	
4.1. Resultados.....	43
4.2. Discusiones de resultados.....	52
4.3. Conclusiones.....	53

4.4	Recomendaciones.....	54
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
	ANEXOS.....	60

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida relacionada a la salud hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva experimentada y declarada por el paciente respecto a su salud, a la vez del impacto de la enfermedad sobre su vida, este enfoque corresponde a la salud auto-percibida y referida por los individuos. Por ello destaco a valorar la salud física y mental del paciente para medir los efectos de las enfermedades crónicas y comprender mejor la manera de cómo una enfermedad interfiere en la vida cotidiana del paciente.

La gonartrosis y/o artrosis de rodilla, es la enfermedad articular más frecuente y de mayor prevalencia, que aumenta progresivamente con la edad, se caracteriza por una pérdida progresiva del cartílago articular, asociada a intentos de reparación y remodelación ósea. El paciente con gonartrosis es un enfermo crónico y como tal padecerá de dolor, en mayor o menor grado; sufre también una limitación funcional que puede ser discreta o invalidante, teniendo dificultades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, ocasionando un fuerte impacto psicológico al enfermo y a su entorno social, unido a su baja mortalidad, es así que constituye un grave problema de salud pública y una carga económica considerable para la sociedad.

Se espera que el presente estudio motive a continuar con esta línea de investigación, tan necesaria para mejorar y valorar nuestra calidad de vida referente a la salud y a tomar un mayor conocimiento de la historia natural del dolor en la gonartrosis y/o artrosis de rodilla.

1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Actualmente uno de los índices de evaluación relacionado a la salud que establece la Organización Mundial de Salud (OMS) es lo concerniente a la calidad de vida, a la percepción que tiene el paciente con respecto a su salud, deseos y motivaciones. Este concepto Si bien el concepto de calidad de vida o de la "buena vida" data de varios siglos, su uso en del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década del 90, que se mantiene hasta la actualidad. Anualmente se publican en revistas médicas más de 2000 artículos, que ponen de manifiesto el gran interés y la amplia gama de acepciones del término (1).

Las medidas de evaluación tradicionales en el sector salud como la morbilidad, mortalidad y las expectativas de vida, nos brindan una información cuantitativa de este pero dejan un enorme vacío con respecto a la información cualitativa (calidad de vida), información que es importante ya que la OMS, estima que para el 2020 el stress pasará a ocupar el primer lugar en causa de muerte asociándola a enfermedades cardiovasculares y a la depresión con su consecuente riesgo suicida (2). Es por este motivo que los estudios actuales relacionados a la salud debe de incluir datos cualitativos de la enfermedad y de esta manera poder determinar como una patología afecta la calidad de vida en el ámbito personal, familiar, social, laboral, etc.

La evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud aporta, a diferencia, de otras evaluaciones, la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, esto se hace más necesario aun si se tiene un incremento progresivo en las prevalencias de enfermedades crónicas (2).

Como ya se ha mencionado uno de los factores que influye en la calidad de vida relacionada a la salud son las algias, dentro de estas las gonartrosis son consideradas actualmente como un problema de salud pública, ya que después de los procesos respiratorios es el motivo más frecuente de consulta en atención primaria, lo que no solamente repercute en la salud del paciente sino que implica también lo personal, familiar, social laboral y económica que conocemos como calidad de vida relacionado con la salud.

En América Latina, existe también un interés por valorar la calidad de vida relacionada a la salud, desde el año 2004 se han llevado cabo múltiples jornadas científicas dedicadas al tema, teniendo como resultado la formación en el año 2011 del Sociedad Latinoamericana de Calidad de vida de UNI-COM, que en diciembre del año 2013 se llevó a cabo el II Congreso Latinoamericano de calidad de Vida UNI – COM, donde se expuso las últimas investigaciones a nivel de Latinoamérica con respecto a la calidad de vida no solamente relacionado a la salud sino también sus influencias en cuanto a la pobreza extrema (3).

En lo que respecta al Perú, en setiembre del 2013 se presentó un informe de la Red de Soluciones para el Desarrollo Sostenible de la Organización Naciones Unidas (UNO), dirigida por el economista estadounidense Jeffrey Sachs y respaldada por la ONU donde menciona que el Perú es el país menos feliz de América de Sur, teniendo como criterios la expectativa de vida, percepción de la corrupción y soporte social, no obstante contamos con muy pocas investigaciones al respecto que nos permitan saber con claridad cómo es que los dolores crónicos afectan a nuestra calidad de vida siendo prioridad en la ciudad de Trujillo, motivo del presente estudio.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

PG ¿Cuál es el efecto del dolor en la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes de 50 a 65 años edad, con Gonartrosis, en el área de Medicina Física del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray –Trujillo- EsSalud 2018?

1.2.2. Problemas Específicos

PE₁ ¿Cuál es el efecto del dolor en el estado funcional de pacientes de 50 a 65 años edad, con Gonartrosis, en el área de Medicina Física del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray –Trujillo- EsSalud 2018?

PE₂ ¿Cuál es el efecto del dolor en el bienestar emocional de pacientes de 50 a 65 años edad, con Gonartrosis, en el área de Medicina Física del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray –Trujillo- EsSalud 2018?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo General

OG Determinar el efecto del dolor en la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes de 50 a 65 años edad , con Gonartrosis , en el área de Medicina Física del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray –Trujillo- EsSalud 2018.

1.3.2 Objetivos Específicos

OS₁ Identificar el efecto del dolor en el estado funcional de pacientes de 50 a 65 años edad, con Gonartrosis, en el área de Medicina Física del Hospital Víctor Lazarte Echegaray –Trujillo- EsSalud 2018.

OS₂ Identificar el efecto del dolor en el bienestar emocional de pacientes de 50 a 65 años edad, con Gonartrosis, en el área de Medicina Física del Hospital Víctor Lazarte Echegaray –Trujillo- EsSalud 2018.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación, nos va permitir conocer cómo es que la gonartrosis afecta la calidad de vida en cuanto al estado funcional y el bienestar emocional del paciente permitiendo contrastar nuestra realidad con otras sociedades y culturas.

Los resultados de la presente investigación se darán a conocer a los profesionales de la salud, porque de esta manera se logre concientizar que los pacientes que padece de gonartrosis crónica deben ser manejados en un aspecto integral como un ser biopsicosocial, para conseguir su bienestar general.

Una gran mayoría de trabajos de investigación con respecto a gonartrosis, siempre se centran en las causas y tratamientos médicos y no médicos para disminuir el dolor en gonartrosis crónicas, sin embargo no encontramos muchas investigaciones que recojan y procesen información con respecto a cómo afecta el dolor de la gonartrosis en la calidad de vida de los pacientes.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. BASES TEÓRICAS:

2.1.1 EL DOLOR

El dolor es un mecanismo protector del cuerpo humano, ocurre siempre que un tejido está dañado y provoca en el individuo una reacción para evitar el estímulo doloroso. “según la neurofisiología el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociadas a una lesión tisular real o potencial” (4)

El dolor, como percepción de naturaleza única e individual, imposible de transmitir a nuestros semejantes más que con nuestro estado de ánimo y con una gran carga de subjetividad y variabilidad interpersonal, se convierte en un parámetro que solo puede ser cuantificado indirectamente.

Umbral de dolor: es el punto donde el individuo percibe un estímulo como doloroso (5).

Tolerancia: es el nivel más alto del dolor experimental, que sería el punto más intenso de estímulo nociceptivos que el individuo es capaz de soportar.

Escala de sensibilidad: es la diferencia entre la tolerancia y el umbral doloroso.

El dolor crónico no controlado es autodestructivo por sí mismo y afecta drásticamente la calidad de vida. Sin embargo, pese a los avances que se han hecho en el manejo de las enfermedades reumáticas, los pacientes raramente experimentan un completo alivio de su dolor como respuesta a sus medicamentos y otras medidas terapéuticas. Por tal razón el manejo adecuado del dolor es un gran desafío tanto para los pacientes como para las instituciones y profesionales de la salud que se dedican a tratarlo.

Las medidas clínicas del dolor, intentan evaluar el dolor, sobre todo el crónico, así como su alivio por diferentes procedimientos, y cuantifican no solo su intensidad, sino la relación personal y su dimensión emocional. Otro aspecto importante es la severidad de este dolor y la incapacidad que produce (6).

El dolor se clasifica según su localización en (7):

- Dolor localizado, cuando está confinado en el origen,
- Dolor proyectado, es el resultado típico de una compresión proximal de un nervio. Se percibe en el tejido proximal de un nervio
- Dolor irradiado; es un dolor difuso que no se localiza bien, alrededor del origen.
- Dolor referido; se siente en una zona distante del origen del estímulo doloroso.

El dolor por su origen se clasifica en (7):

- Dolor punzante o agudo
- Dolor quemante
- Dolor visceral
- Dolor profundo
- Dolor muscular

2.1.2 CALIDAD DE VIDA

Los términos estado de salud, estado funcionales y calidad de vida con frecuencia se usan para determinar el mismo concepto en la medición de salud, el concepto de salud abarca desde los estados menos deseados de salud con dolor y discapacidad, que incluye la muerte, hasta los estados más deseados, como el bienestar positivo y felicidad. Estos se definen en cinco grandes dominios (7):

i. Características genéticas, que no son modificables y que forman la estructura básica del individuo en los que se basan otros aspectos de salud.

ii. Características bioquímicas: anatómicas y fisiológicas incluyendo la enfermedad, discapacidad y minusvalía, el estado funcional, que incluye la capacidad de realizar AVD, trabajo, estudios y relaciones personales.

iii. El estado mental que incluye el estado de ánimo percibido y

iv. El estado emocional y finalmente

v. El potencial de salud del individuo que incluye la longevidad, el estado funcional potencial individual y el pronóstico de la enfermedad y la incapacidad (7).

En la actualidad la calidad de vida se ha transformado en un auténtico marco de referencias para la vida cotidiana, rico, complejo, y cuya clasificación puede ser de gran utilidad para la comprensión sociológica del mundo, porque cuando se refiere a la calidad de vida se está haciendo referencia a una diversidad de circunstancias que incluyen tanto la satisfacción de las necesidades más básicas, percibidas por las personas, a menudo relacionadas con la salud física y psíquica (8).

2.1.3 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

El significado de calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), se refiere a la valoración que hacen las personas de su propia sensación de bienestar o “percepción de salud general”, con respecto a las dimensiones física, mental y social. Este enfoque corresponde a la salud auto-percibida y referida por los individuos (9).

Dos personas con el mismo estado de salud pueden tener una calidad de vida diferente.

En salud pública y en medicina, el concepto calidad de vida relacionada a la salud se refiere a la manera de como una persona o grupo percibe su salud física y mental con el pasar del tiempo, a menudo los médicos han utilizado este concepto para medir los efectos de las enfermedades crónicas en sus pacientes con el fin de comprender mejor de qué manera una enfermedad interfiere en la vida cotidiana de la persona (10).

- **MEDICIÓN**

La medición de la CVRS excluirá aspectos que no pueden ser percibidos por el individuo como las características bioquímicas o genéticas, al igual que del medio ambiente, hábitat y finanzas que también son determinantes de la salud pero no forman parte del estado de salud del individuo, la inclusión de estos dominios conducen a la medición de la CV mas no de la CVRS (11).

La CVRS intenta ampliar la valoración incorporando una serie de componentes entre los que destacaba la percepción subjetiva -del paciente- del impacto de la enfermedad sobre su vida, aspecto que requería un enfoque multidimensional, más allá de la función, y requería valorar la relación con los cuidados de salud (9).

▪ DIMENSIONES

Las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud La CVRS es un concepto construido a partir de múltiples facetas de la vida y la situación por la que el paciente trasciende, y son las que denominamos dimensiones. (09)

Por tanto, la CVRS es un concepto multidimensional. Estas dimensiones se encuentran normalmente relacionadas entre sí en mayor o menor medida, pero miden aspectos diferentes de la vida y la autonomía del paciente:

a) **Funcionamiento físico:** Incluye aspectos relacionados con la salud y el bienestar físicos, y con la repercusión de la sintomatología clínica sobre la salud. No se debe confundir la presencia o no de sintomatología debida a una enfermedad con la repercusión que dicha sintomatología tiene sobre la CVRS. Se busca evaluar la incomodidad que la sintomatología produce en la vida diaria. Incluye deficiencias de la motilidad fina (destreza), la motilidad gruesa (movilidad) y la autonomía.(09)

b) **Estado emocional:** Suele englobar evaluaciones de la depresión y la ansiedad, es decir, de los componentes de tipo emocional del bienestar psicológico. También suele incluir la medición de las preocupaciones.(9)

c) **Funcionamiento social:** Evalúa la repercusión del estado de salud sobre el desempeño habitual de las relaciones sociales, el aislamiento social debido a incapacidad física y las alteraciones del desempeño de roles sociales en la vida familiar y laboral. (9)

d) Bienestar psicológico: Algunos autores llaman a esta dimensión salud mental. Recoge la repercusión del funcionamiento cognitivo. La vitalidad o energía y la competencia percibida para afrontar problemas derivados de la enfermedad o el tratamiento. (9)

e) Percepción general de la salud: Incluye evaluaciones subjetivas globales del estado de salud de la persona y de las creencias relativas a la salud. Esta dimensión refleja las preferencias, los valores, las necesidades y las actitudes en relación con la salud. Es una dimensión fundamental para poder valorar las diferencias individuales en cuanto a reacciones frente al dolor, percepción de dificultades, nivel de esfuerzo y nivel de preocupación por el estado de salud. Esta dimensión suele correlacionarse con las anteriores. (9)

2.1.4 GONARTROSIS

2.1.4.1 Anatomía y fisiología de la Rodilla.

La rodilla es la articulación más grande del cuerpo humano ubicada en la parte intermedia del miembro inferior de tipo sinovial más complejo que soporta el peso corporal. Debido a que su función va en relación con su anatomía ósea. Está conformada por el extremo distal del fémur y el extremo proximal de la tibia y la rótula que se encuentran recubiertas por cartílago hialino, cápsula sinovial y ligamentos que los mantienen en contacto. Generalmente las superficies articulares se encuentran expuestas con frecuencia desde el punto de vista ambiental y anatómico al dolor y a lesiones traumáticas e inflamatorias.

La parte inferior del fémur presenta una superficie articular denominada tróclea separada por una hendidura en forma de U llamada fosa intercondilea que separa el cóndilo externo e interno con una superficie en semicírculo destinada a girar sobre el platillo tibial correspondiente (denominadas también cavidades glenoideas). En el espacio interglenoideo se encuentra la espina tibial reforzada por una saliente levantada (tuberosidad anterior de la tibia) por la inserción del tendón con dos tubérculos (externo e interno). La rótula se sitúa en la región anterior de la rodilla. Con forma triangular con vértice inferior, se articula con la tróclea femoral en su cara posterior. En su vértice se inserta el ligamento rotuliano y en su base el tendón del cuádriceps. (12, 13, 14)

Desde el punto de vista fisiológico, en la rodilla existe una sola articulación conformada a la vez por otras dos, la articulación Femorrotuliana y la tibiofemoral con un solo grado de movimiento de flexo extensión que regula la distancia que separa al cuerpo del suelo. De manera complementaria la rodilla posee un segundo sentido de movimiento: rotación sobre el eje longitudinal de la pierna. Que solo se produce cuando la rodilla está en flexión.

Desde el punto de vista mecánico la rodilla posee una característica sorprendente que es la de conjugar dos aspectos contradictorios como: Poseer gran estabilidad en extensión completa: posición en la que la rodilla soporta presiones muy importantes debidas al peso del cuerpo y la gran longitud de los brazos de palanca.

Alcanzar una gran movilidad a partir de cierto ángulo de flexión y movilidad necesaria, por ejemplo, para correr y para orientar de una manera óptima la adaptación del pie en terrenos irregulares

La rodilla resuelve esta contraindicación a merced de los dispositivos mecánicos de los que dispone, sin embargo, presenta una debilidad de acoplamiento de las superficies articulares que hace que esta articulación esté expuesta a esguinces y luxaciones. Construida normalmente con un cierto grado de genuvalgo (15, 16)

La unión en la articulación de la rodilla se presenta gracias a:

- **Cápsula sinovial:** es un manguito fibroso que envuelve el extremo distal del fémur y el extremo proximal de la tibia manteniéndolas en contacto, se inserta en el fémur cerca de los márgenes del cartílago articular, en el sitio de los epicondilos se une a la tibia en la porción distal en la inserción de los ligamentos colaterales, constituyendo las paredes no óseas de la cavidad articular, está interrumpido en dos puntos: en la parte anterior, en donde se inserta la rótula, en la parte posterior en la escotadura intercondilea. Los bordes resultantes de esta interrupción vertical, interna y externa. Penetran en la escotadura para ir al encuentro de los ligamentos cruzados correspondientes. (15, 17)

- **Ligamentos:** son segmentos que contribuyen fuertemente a la estabilidad e integridad de la articulación, reforzando la capsula articular en donde encontramos. Los Ligamentos Posteriores que se encuentra formado por el Ligamento Lateral Interno (LLI) se inserta en el epicóndilo femoral medio y debajo del cartílago articular en la tibia, está formada por una cinta fibrosa triangular aplanada en donde las fibras anteriores son paralelas y las posteriores oblicuas y más delgadas es un medio de fijación del menisco interno. El Ligamento Lateral Externo (LLE). Va desde el epicóndilo lateral del fémur a la cabeza del peroné.

- **Los Ligamentos Cruzados:** en donde encontramos el Ligamento cruzado anterior (LCA) corre anterior y posteriormente desde su inserción en la cara antero interna de la tibia hasta su unión con la cara interna del cóndilo femoral lateral. El

Ligamento Cruzado Posterior (LCP) está situado en la escotadura intercondilea, nace en la parte posterior de la espina tibial separando las dos cavidades glenoideas y se inserta en la parte anterior de la cara externa del cóndilo femoral interno. Este ligamento es más fuerte, más corto y más vertical reforzado por un fascículo menisco femoral. (15, 18)

- Meniscos: La asimetría entre los cóndilos femorales y tibiales esta compensada por la interposición de los meniscos, estos son laminas semilunares de fibrocartílago compuesto por colágeno en forma de cuña situadas en las superficies articulares opuestas, estas distribuyen la presión entre el fémur y la tibia, aumenta la elasticidad de la articulación y ayudan a su lubricación. El menisco interno tiene 10 mm de ancho, posee una curva amplia que el menisco lateral. El menisco lateral tiene 12 a 13mm de ancho su curvatura es mayor al del menisco interno por lo que se asemeja a un círculo cerrado ambos extremos del menisco se insertan a la fosa intercondilea. (17, 18)

- Membrana sinovial. Recubre toda la cápsula en su cara profunda, rodeando la rodilla y formando fondos de saco en el contorno de la superficie femoral y tibial. Por delante recubre el paquete adiposo de Hoffa, Su misión principal es la secreción y reabsorción del líquido sinovial que baña el interior articular y constituye el medio de lubricación de todo el engranaje articular. (17)

Forma por delante un fondo de saco subcuadricipital a ambos lados de la rótula. Por detrás tapiza la cara anterior y lateral de los ligamentos cruzados dejándolos fuera de la cavidad articular. El fondo de saco subcuadricipital se distiende cuando hay derrame o sinovitis importante, dando una tumefacción con forma de herradura por encima de la rótula.

2.1.4.2 Artrosis u osteoartritis (OA): es la patología reumática con mayor prevalencia en donde la presencia del componente inflamatorio se aceptaba en estadios tardíos, es una artropatía degenerativa que se produce al alterarse las propiedades mecánicas del cartílago y del hueso subcondral.

Los trastornos osteoartrosicos son un grupo frecuente de procesos relacionados con la edad que afectan a las articulaciones sinoviales, por sus características la artrosis no puede ser descrita como una única enfermedad, sino como un grupo heterogéneo de patologías que afectan a la articulación y que se caracterizan por la pérdida progresiva del cartílago asociada a intentos de remodelación y reparación en todos los tejidos de la articulación, entre los que se incluyen el cartílago, el hueso subcondral, el tejido sinovial, la cápsula articular y los tejidos blandos periarticulares. (19)

Clasificación de la artrosis: la OA se clasifica

- **Primaria o Idiopática:** Que es secundaria a alguna anomalía anatómica con incongruencia articular y degeneración cartilaginosa.

Osteoartritis generalizada. . Osteoartritis inflamatoria erosiva.

- **Secundaria:** Se produce en respuesta a algún factor sistémico o local subyacente.
- **Traumática:** Aguda y crónica.
 - **Local:** como Fractura antigua, Necrosis aséptica, Infección aguda o crónica.
 - **Difusa:** como Artritis reumatoide, Hemartrosis asociada a discrasias sanguíneas.

a) Etiología de la artrosis: la etiología es desconocida, hay ciertos factores predisponentes de origen múltiple que desarrollan la enfermedad, en ciertas ocasiones estos factores se pueden unir en una misma persona, permitiendo que la enfermedad sea más agresiva. También la artrosis forma parte del proceso de envejecimiento, por lo tanto, la aparición de esta patología puede variar de un factor a otro, pero entre las posibles causas tenemos: (19)

- La edad: sabiendo que la prevalencia aumenta con la edad, la vejez no es la causa de la enfermedad, pero sí que el cartílago se vuelve más frágil y está más expuesto a la destrucción producida por la artrosis.
- Género. - la prevalencia es mayor en las mujeres a partir de los 55 años, siendo similar en ambos sexos por debajo de los 50 años.
- Obesidad. - en personas que sobrepasan el 10 % del peso considerado normal, hay una mayor incidencia de artrosis en las que soportan la sobrecarga, Existe relación entre el grado de obesidad y la probabilidad de desarrollar artrosis.
- Factores hormonales.- La forma poli articular es más frecuente en mujeres menopáusicas y posmenopáusicas o histerectomizadas probablemente relacionado con una disminución de los niveles de estrógenos.
- Factores mecánicos. - Como intervenciones quirúrgicas, traumatismos severos, determinados hábitos laborales y actividades físicas que provoquen sobrecarga articular la disminución del peso mejora claramente los síntomas.
- Actividad física y traumatismo: los estudios realizados en deportistas han demostrado una relación entre el “abuso” articular y artrosis. Los traumatismos pueden ser la causa de artrosis, los traumatismos severos, luxaciones e intervenciones favorecen la aparición de cambios articulares.

b) Patogenia de la artrosis: la principal característica patogénica implica procesos de alteración del cartílago donde intervienen factores como.

- Trastorno de colágeno: el inicio de la artrosis puede ser una pérdida de proteoglicanos por mecanismos enzimático con lesión secundaria del colágeno o una anomalía primaria de la matriz del mismo. Cuando se produce una fibrilación del cartílago los proteoglicanos escapan a la superficie articular y el colágeno se desorganiza. Y aparece la pérdida en grosor del cartílago con defectos más evidentes en su superficie, y a medida que la enfermedad progresa puede perderse el cartílago, quedando expuesto el hueso subyacente. (19)
- Cambios óseos subcondral: la fuerza del impacto de la sobrecarga puede producir osteoartritis.
- Cambios óseos: El hueso subcondral muestra aumento de la vascularización, incremento de la actividad celular y esclerosis en la osteoartritis, Todo esto se asocia al crecimiento de los osteofitos marginales por debajo de la superficie cartilaginosa erosionada convirtiéndose en la superficie articular, el nuevo hueso se alisa, abrillanta y esclerosa. Debido a que el hueso trabecular se desintegra, la estructura ósea se debilita e incluso desmorona.
- Tejidos blandos: En la osteoartritis se aprecia un grado variable de reacción sinovial y capsular pueden mostrar una inflamación de leve a moderado y un engrosamiento fibroso en las articulaciones deterioradas por los daños producidos en el cartílago y hueso, estos cambios son causados por el esfuerzo, la tensión e irritación mecánica, secundarios a los cambios degenerativos.

La enfermedad artrósico se desarrolla en dos etapas:

La Primera: es clínicamente silencioso y de duración desconocida porque solo hay alteraciones metabólicas del cartílago que será el origen de su desintegración.

La segunda es cuando aparecen los síntomas que son la consecuencia de la disfunción biomecánica generada por el deterioro cartilaginoso. (19)

Los principales síntomas son:

- Rigidez articular
- Dolor
- Limitación y disminución de movilidad articular
- Derrame sinovial
- Deformación articular
- Crepitación
- Sensibilidad alterada
- Tumefacción de tejidos blandos
- Atrofia muscular
- Calor local
- Inestabilidad articular

Artrosis de Rodilla (Gonartrosis): es el Cuadro clínico producido por el proceso degenerativo del cartílago articular de la rodilla y los cambios secundarios que se producen tras ello. La artrosis de rodilla (gonartrosis) es una de las localizaciones más frecuentes de la artrosis. (19)

Clínicamente el proceso cursa con dolor localizado en el compartimiento de la rodilla que está afectada, rigidez y dificultad en el movimiento, especialmente para

subir y bajar escaleras. La crepitación articular es un signo característico que progresa a medida que avanza la enfermedad. En procesos más avanzados se observa derrame articular y hasta insensibilidad de los ligamentos. (19)

La rodilla es una de las localizaciones más frecuente de la artrosis, siendo el riesgo de sufrir incapacidad en los casos de poliartrosis primaria, unida a artrosis de mano, normalmente es bilateral. Si es unilateral suele ser secundaria a un proceso mecánico y aparece en personas más jóvenes. (13)

Clínica de la gonartrosis: las manifestaciones clínicas varían dependiendo del compartimiento afectado. En la fase de inicio se manifiesta un dolor de tipo mecánico localizado en la cara anterior. Cuando está afectado el compartimiento femuropatelar el paciente refiere dolor al subir, bajar escaleras o al incorporarse a la bipedestación a veces puede sentir y oír crepitación al mover la articulación, y un dolor más extenso en la cara interna del compartimiento tibio femoral, si existe predominio del compartimiento medial y en la cara externa si es lateral después del periodo de descanso existe una rigidez menores a 30 minutos. En una fase avanzada la rodilla se va deformando de manera progresiva en varo o valgo aumentando así la incapacidad para la marcha y bipedestación. (21)

Diagnóstico de la Gonartrosis: la artrosis sintomática de rodilla es la combinación de patología con dolor, el cual se produce al utilizar la articulación. Para realizar un buen diagnóstico de artrosis de rodilla hay que tener en cuenta la unificación de manifestaciones clínicas, hallazgos exploratorios y signos radiológicos, junto a valores de laboratorio. (13)

Hallazgos de la exploración física: presencia de:

- Dolor a la presión en los márgenes articulares.

- Engrosamiento articular.
- Calor local
- Deformidad articular
- Derrame articular
- Tumefacción,
- Inestabilidad articular
- Disminución de la movilidad
- Crujidos.

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

López S, Sánchez E, et al. 2007 “calidad de vida y dolor en atención primaria”. España. La valoración C.V es un aspecto del proceso patológico, fue planteado realizar el estudio con un doble objetivo: Comprobar si existen diferencias en la calidad de vida por cuadros dolorosos respecto a las que consultan por otras patologías. Se reclutaron pacientes de Atención .Primaria de la provincia de Lugo. La recogida de datos consta de una parte común, (edad, sexo, antecedentes personales de interés y datos antropométricos) y de otra específica para el grupo de personas que consultaron por proceso doloroso, con (EVA). A todos se les realizó la encuesta de calidad de vida SF-36. La muestra comprende 347 personas con edad media de 63 años (+/- 31). Hubo diferencias estadísticamente significativas en el análisis de Calidad de Vida. El diagnóstico más frecuente de proceso doloroso fue gonartrosis/coxartrosis con el 12.69 %: Las personas con procesos dolorosos tienen su calidad de vida más deteriorada que las que consultan por otro tipo de procesos (21).

Noceda J. Moret C., et al. 2006. "Calidad de vida en el dolor osteomuscular crónico". España. Estudio en la cual tuvieron como objetivo valorar la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico osteomuscular usuarios de dos centros de atención primaria, mediante la aplicación del cuestionario COOP-WONCA adaptado al español durante el segundo semestre de 2003 y el primero de 2004. El resultado fue que la percepción subjetiva de salud de la gran mayoría de dicha población es regular o mala. Mayor deterioro del estado físico que del mental. Mal control farmacológico del dolor. El dolor osteomuscular crónico tiene una marcada repercusión sobre la calidad de vida (22).

Según Góngora cuenca, Friol Gonzáles.2006, Calidad de vida en pacientes con osteoartrosis de rodilla. La osteoartrosis es la más común de las enfermedades articulares. Es un síndrome anatomoclínico caracterizado por dolor mecánico que con frecuencia se asocia a rigidez y progresivamente a una pérdida o disminución de la función articular. Siendo una enfermedad que cursa con dolor y limitación funcional progresiva, además de un motivo habitual de consulta médica y elevados costos para su atención y tratamiento, una causa frecuente de deterioro del estilo de vida que influye en la CVRS. Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y observacional para evaluar la Calidad de Vida en pacientes con OA de cadera y rodilla en el Centro Nacional de Rehabilitación "Julio Díaz" en un período comprendido entre enero de 2004 y 2005. Se aplicó el Índice WOMAC de valoración funcional y la Escala de evaluación de Calidad de Vida denominada EUROQuol-5D. Con análisis cualitativo por métodos descriptivos empleándose los paquetes estadísticos SPSS, versión 10.0. Se determinó además la existencia de asociación entre las escalas empleadas y las variables a través de la prueba no paramétrica de independencia Chi cuadrado. El

nivel de significación preestablecido fue de 0,05. Ningún paciente refirió estado óptimo de salud. No hubo diferencias entre la evaluación funcional del examinador y la percepción de los pacientes acerca de su estado de salud. (23)

En estudios realizados por, Prada Hernández, Gómez Morejón, et al. 2011; Evaluación de la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y tratamiento rehabilitador. Cuba: Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, experimental de 50 pacientes con OA de rodilla que ingresaron al servicio nacional de reumatología durante el período de enero a junio de 2008, para integrarse al programa de rehabilitación, Se evaluó la calidad de vida relacionada con la respuesta al tratamiento mediante el cuestionario Western Ontario and Mc Máster Universities (WOMAC) para evaluar el dolor, la rigidez y la capacidad funcional de los pacientes estudiados antes y después del tratamiento (1 mes). En la muestra predominaron los pacientes entre 60 y 70 años, sexo femenino, el tiempo de evolución más frecuente fue menos de 5 años, en la evaluación inicial el promedio de afectaciones significativas y de una intensidad similar. El éxito del esquema terapéutico excede el 50% (WOMAC) luego de la aplicación del tratamiento. (24)

Coronado G, Díaz V, et al. 2009. En su estudio sobre “Percepción de la calidad de vida relacionada a la salud del adulto mayor”, Perú. Refiere que la CVRS es una forma objetiva de medir la salud, proporciona una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud. El propósito fue evaluar la percepción de (CVRS) del adulto mayor de la ciudad de Chiclayo, e identificar las características epidemiológicas se realizó un muestreo de 400 pacientes a los cuales se les aplicó dos instrumentos: una ficha socio epidemiológica y un cuestionario de CVRS SF-36,

se encontró un predominio del sexo femenino con edad media de 70. Respecto a los resultados del SF-36 se puede observar que las dimensiones LS, SM y la VT obtuvieron las puntuaciones más altas con el 72- 75 % (25).

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de Investigación

Se realizó un estudio descriptivo – explicativo, observacional

3.2. Diseño de Investigación

El diseño de esta investigación, es no experimental - de corte transversal.

3.3. Población y Muestra de la Investigación

3.3.1. Población

La población comprende 50 pacientes aproximadamente con Gonartrosis que acuden al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del hospital Víctor Lazarte Echeagaray. Enero - Marzo 2018.

3.3.2. Muestra

El tamaño de la muestra seleccionada para la investigación está constituido por la totalidad de la población, 50 pacientes.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- ❖ Pacientes con diagnóstico de Gonartrosis.

- ❖ Pacientes de ambos sexos.
- ❖ Pacientes derivados de consultorios externos.
- ❖ Pacientes con edad comprendida entre 50 y 65 años.
- ❖ Pacientes que firmen el consentimiento informado.
- ❖ Pacientes que asistan de forma ambulatoria al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

Criterios de exclusión:

- ❖ Pacientes con deterioro cognitivo.
- ❖ Pacientes no asegurados.
- ❖ Pacientes que no asistan al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.
- ❖ Pacientes que no firmen el consentimiento informado.

3.4 Variables, Dimensiones e Indicadores. (23)

Variables	Dimensiones	Indicadores
Dolor	Nivel sensorial	1. Pulsaciones
		2. Sacudida
		3. Latigazo
		4. Pinchazo
		5. Calambre
		6. Retorcijón
		7. Ardiente
		8. Entumecimiento
		9. Pesado
		10. Escozor
		11. Desgarro
	Nivel afectivo	12. Consume
		13. Marea
		14. Terrible
		15. Que atormenta
Calidad de vida relacionada a la salud CVRS	Estado Funcional	Limitación del rol por problemas
		Vitalidad
	Bienestar Emocional	Salud mental
		Limitación por problemas
		Percepción de la salud

3.5 Técnica e Instrumentos de recolección de datos

3.5.1 Técnicas

Análisis documental: para el presente estudio se llevó a cabo la revisión de libros, tesis, revistas que contienen la descripción de mis variables, dimensiones e indicadores a estudiar.

Cuestionarios: para la presente investigación se utilizaron cuestionarios que obtienen una evaluación de las variables, dimensiones e indicadores a evaluar. Que se aplica a cada uno de los pacientes a evaluar, Para obtener los resultados esperados.

3.5.2 Instrumento

3.5.2.1 Medical Outcomes Study Short Form-36 (SF-36).(26):

La calidad de vida relacionada a la salud se evaluó mediante el cuestionario de salud SF-36 desarrollado por Ware y Sherbourne en el año 1992, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS).

Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud, en términos positivos y negativos, y es aplicable tanto a los pacientes como a la población en general. Permite comparar el impacto de diversas enfermedades, detecta los

beneficios de diversos tratamientos en la salud y valora el estado de salud de pacientes individuales en términos de su funcionamiento físico y psicológico.

Traducido y adaptado al español siguió el protocolo utilizado por los países que participaron en el proyecto y se basó en la traducción y retro traducción de la versión original para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto International Quality of Life Assessment (IQUOLA). Luego de su traducción, Alonso, Prieto y Antó (1995) realizaron estudios pilotos con la prueba.

El SF-36 es un instrumento auto aplicado que contiene 36 ítems con una escala Likert de cinco puntos. Este evalúa la C.V a través de las siguientes dimensiones: Funcionamiento Físico, Rol Físico, Salud General, Vitalidad, Funcionamiento Social, Rol Emociona, Salud Mental y evolución declarada de la salud (valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás).

Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados, utilizando los algoritmos e indicaciones que ofrece el manual de puntuación e interpretación del cuestionario, en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud)

a. Funcionamiento físico: que evalúan el grado en que la salud del individuo limita una serie de actividades físicas, tales como ejercicios intensos, caminar, subir escaleras, coger pesos y esfuerzos, etc.

b. Rol físico: grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias

c. Salud general: valora la percepción personal del estado de salud, así como a una serie de creencias respecto a la salud del paciente.

d. Vitalidad: valoran el nivel de energía y vitalidad del paciente, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento

e. Funcionamiento social: evalúa en grado en que los problemas de salud física y emocional interfieren en la vida socio-familiar por problemas de salud.

f. Rol emocional: evalúan hasta qué punto los problemas emocionales interfirieron con el funcionamiento, incluyendo reducción del tiempo dedicado a actividades, menor rendimiento, disminución del esmero.

g. Salud mental: evalúa el estado de ánimo del paciente (inquietud, intranquilidad, depresión, ansiedad y bienestar en general).

Ware y colaboradores, 1993 propusieron agrupar estas dimensiones en dos áreas el bienestar emocional y estado físico o funcional. Los indicadores del estado funcional se obtienen a partir de los puntajes obtenidos en las dimensiones de Funcionamiento Físico, Rol Físico, Salud General. Los indicadores del bienestar emocional, a partir de los puntajes obtenidos en las dimensiones de Vitalidad, Funcionamiento Social, Rol Emocional y Salud Mental. Esta agrupación ha sido utilizada en diversas investigaciones. (27).

En cuanto a su modelo de medida, fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio del instrumento. Se encontró que 79 artículos, 17 de los cuales describían características métricas del cuestionario.

En el 96% las escalas superaron el estándar propuesto de fiabilidad (α de Cronbach) de 0,7. En cuanto a los valores psicométricos de la versión española, encontraron que el coeficiente de consistencia interna α de Cronbach supera el valor mínimo recomendado para las comparaciones de grupos (α de Cronbach = 0.7) en todas las escalas, excepto en la Funcionamiento Social. Obtuvieron los mejores resultados de fiabilidad y en la mayoría de ocasiones superaron el valor de 0.90. Las dimensiones de Funcionamiento Físico, Rol físico y Dolor corporal tuvieron correlaciones más elevadas con el Componente de estado funcional o Físico ($r \geq 0.74$), y las dimensiones Salud mental, Rol emocional y Funcionamiento Social se correlacionaron más con el Componente de bienestar Emocional ($r \geq 0.62$). (26)

En el ámbito latinoamericano se ha utilizado el SF-36 de forma exitosa en países como Colombia, México y Venezuela, para realizar diversas investigaciones en donde se hace una valoración de la calidad de vida.

En nuestro medio se utilizó la versión española 1.4 del cuestionario en pacientes con dolor crónico. En esas investigaciones las diferentes dimensiones de la versión española de la prueba alcanzaron índices adecuados de confiabilidad. Esta es la versión que va a ser la utilizada en la presente investigación. Para asegurar que las personas puedan entender con facilidad los ítems de la prueba.

Por último, al realizar la aplicación del instrumento en la muestra se obtuvo un coeficiente interno; Alfa de Cronbach, de 0.79. Al hacer el análisis de confiabilidad por cada dimensión, se encontró que el valor de los coeficientes varía entre 0.75 y 0.82 (25).

3.5.2.2 SHORT-FORM MCGILL PAIN QUESTIONNAIRE(SF- MPQ). (26):

El cuestionario de dolor de McGill, fue desarrollado para proporcionar información no solo sobre la intensidad de dolor sino también calidad o interferencia sobre las actividades cotidianas del individuo, ayuda a determinar la repercusión del dolor y el tipo de dolor del paciente.

El formato convencional del Cuestionario de Dolor de McGill (long-form McGill Pain Questionnaire, LF-MPQ) es una herramienta ampliamente utilizada para evaluar las dimensiones de la experiencia de dolor. Debido al tiempo de implementación (más de 20 minutos) se ha desarrollado una forma abreviada del mismo (short-form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ). El mismo incluye 15 palabras o frases que describen la dimensión sensorial 11 y 4 afectiva del dolor y una escala visual análoga (Visual Analogue Scale, VAS) para medir la intensidad de dolor.

Para su diseño se eligieron palabras o frases referidas por el 33% o más de los pacientes que experimentaron diferentes tipos de dolor.

El SF-MPQ ha sido ampliamente aplicado para estudiar la experiencia de dolor en diferentes tipos de pacientes. Se ha utilizado para evaluar pacientes con dolor crónico. También se aplica en la evaluación de la eficacia de tratamiento y más, recientemente en pruebas experimentales. Al igual que la otra versión, ha sido traducido. Si bien clínicos e investigadores lo utilizan continuamente, sólo un estudio ha analizado la validez factorial de los componentes sensoriales y afectivos del dolor.

Los hallazgos de Burckhardt y Bjelle, 2007 muestran la necesidad de realizar un estudio profundo de la validez factorial del SF-MPQ. Estudiaron 188 pacientes, la mayoría de sexo masculino, afectados por dolor lumbar crónico que fueron derivados para una evaluación funcional a un centro de rehabilitación. Con un rango de edad entre 17 y 69 años con duración de dolor mayor a 3 meses. A los participantes se les aplicó el cuestionario versión inglesa del SF-MPQ para evaluar la experiencia de dolor. El objetivo fue evaluar la validez factorial del SF-MPQ. Los resultados obtenidos mediante la utilización del CFA apoyan la estructura original de 2 factores sugerida por Melzack. Los resultados confirman la validez factorial de la versión inglesa del SF-MPQ.

Las estimaciones de consistencia interna para las dimensiones sensoriales y afectivas fueron satisfactorias para el modelo de Melzack, que resultó finalmente utilizado. Es necesario confirmar la validez factorial dentro de distintas poblaciones afectadas por dolor y con diferencias lingüísticas y culturales.

En el cuestionario la suma de los rangos de valores correspondientes de cada dimensión dan lugar a un índice cuantitativo de las dimensiones sensorial, afectiva y evaluativa del dolor el efecto que conlleva y el dolor.

Este instrumento ha sido utilizado recientemente en el trabajo de “Efectos del dolor en la calidad de vida de pacientes con artrosis”, siendo validado en esa ocasión por juicio de expertos.

3.6 Método de Análisis de Datos

Los datos obtenidos en la recolección serán procesados mediante el programa SPSS versión 20.0, para las inferencias estadísticas se utilizará **la fórmula de Chi-Cuadrado** que es adecuada para analizar los resultados, esta prueba nos indica si existe o no relación entre las variables para así decidir las conclusiones de la investigación.

4. RESULTADOS ESTADÍSTICOS

4.1. RESULTADOS

NIVEL DE DOLOR

TABLA N°01: NIVEL DE DOLOR

NIVEL DE DOLOR		
NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJES
LEVE	9	18%
MODERADO	13	26%
SEVERO	28	56%
TOTAL	50	100%

La tabla N°1 Se observa una frecuencia de 50 pacientes con gonartrosis, 18% presentan un dolor de nivel leve, 26% dolor moderado y 56% dolor de nivel severo.

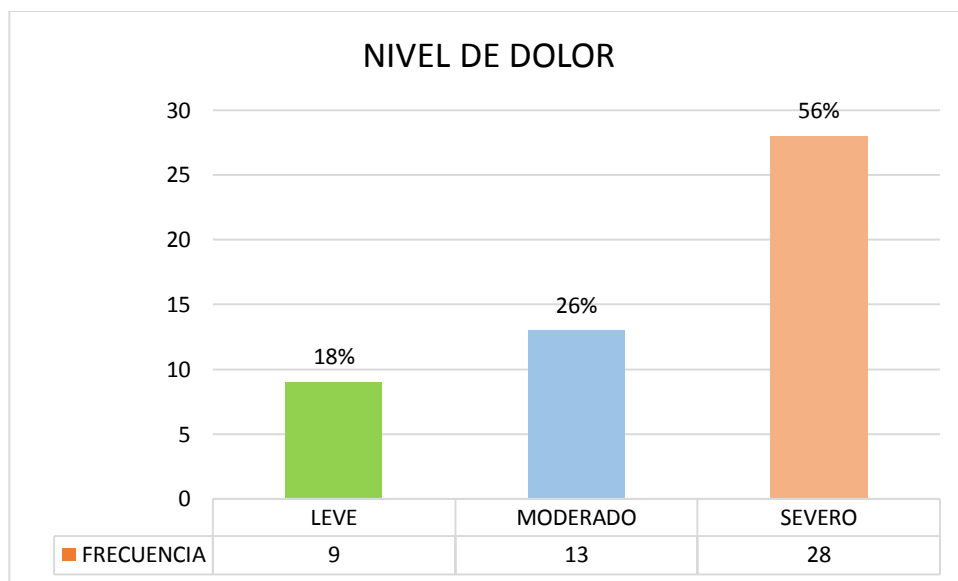


Figura N° 01: Nivel de dolor

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 01

NIVEL SENSORIAL

TABLA N°02: NIVEL SENSORIAL

NIVEL SENSORIAL		
NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJES
LEVE	8	16%
MODERADO	14	28%
SEVERO	28	56%
TOTAL	50	100%

La tabla N°2 Se observa una frecuencia de 50 pacientes con gonartrosis, de los cuales 16% presentan un nivel sensorial leve, 28% moderado y 56% de nivel severo.

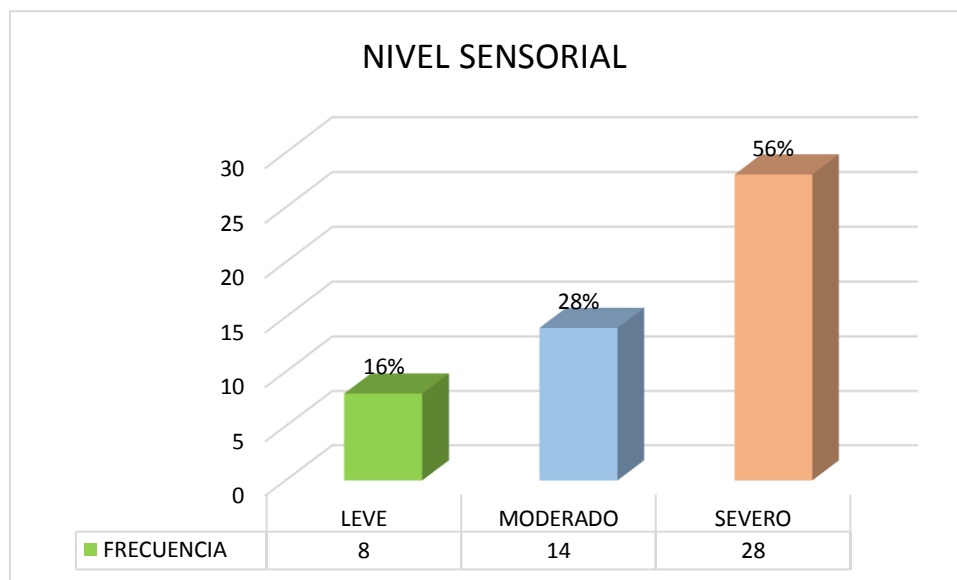


Figura N° 02: Nivel Sensorial

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 02

NIVEL AFECTIVO

TABLA N°03: NIVEL AFECTIVO

NIVEL	NIVEL AFECTIVO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJES
LEVE	12	24%
MODERADO	22	44%
SEVERO	16	32%
TOTAL	50	100%

Tabla N°3 Se observa que de los 50 pacientes con gonartrosis, 24% presentan un nivel afectivo leve, 44% dolor moderado y 32% dolor de nivel severo.

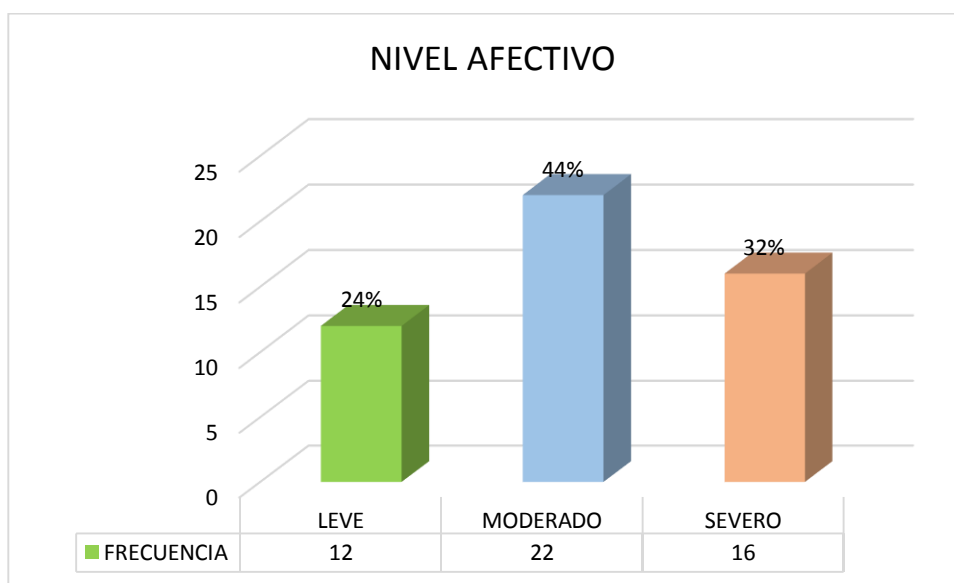


Figura N° 03: Nivel Afectivo

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 03.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD

TABLA N°04: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD

	CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD	
	FRECUENCIA	PORCENTAJES
BUENO	12	24%
REGULAR	29	58%
MALA	9	18%
TOTAL	50	100%

Tabla N°4 Se observa una frecuencia de 50 pacientes con gonartrosis, de los cuales 24% presentan buen nivel de calidad de vida, 58% de nivel regular y 18% de una mala calidad de vida.

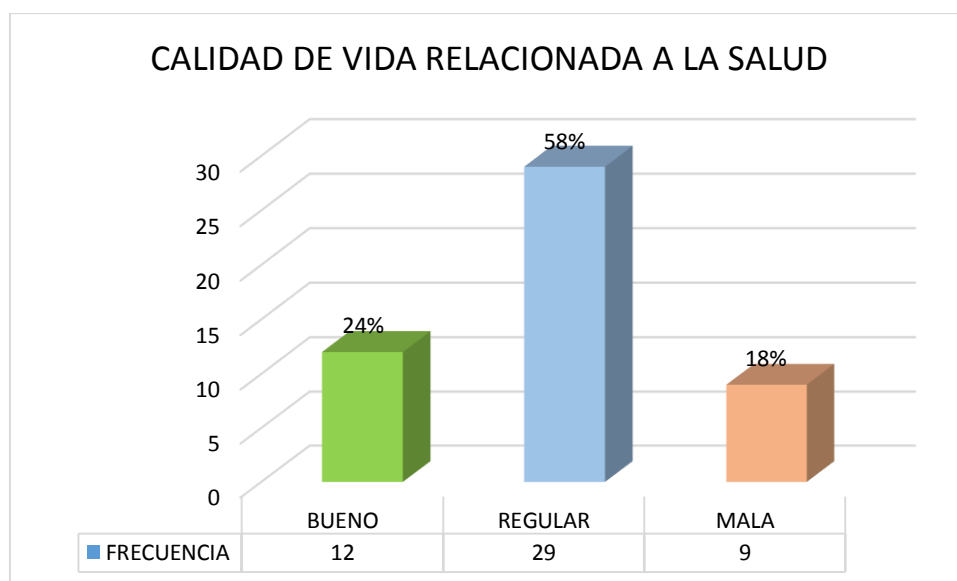


Figura N° 04: Calidad de vida relacionada a la salud

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 04.

ESTADO FUNCIONAL

TABLA N°05: ESTADO FUNCIONAL

	ESTADO FUNCIONAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJES
BUENO	11	22%
REGULAR	30	60%
MALA	9	18%
TOTAL	50	100%

Tabla N°5 Se observa que de los 50 pacientes con gonartrosis, 22% presentan buen estado funcional, 60% de nivel regular y 18% de un mal estado funcional.

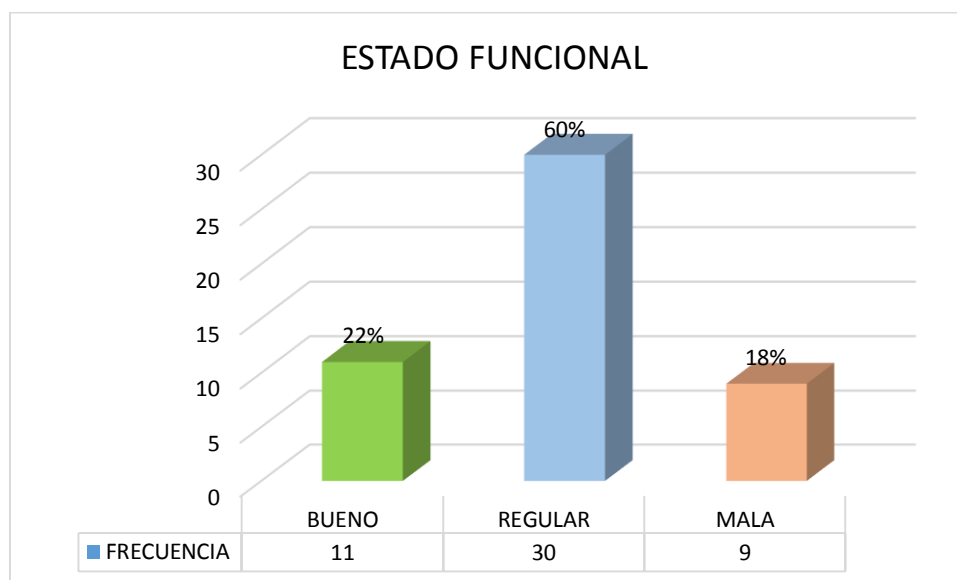


Figura N° 05: Estado funcional.

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 05.

BIENESTAR EMOCIONAL

TABLA N°06: BIENESTAR EMOCIONAL

	BIENESTAR EMOCIONAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJES
BUENO	11	22%
REGULAR	33	66%
MALA	6	12%
TOTAL	50	100%

Tabla N°6 Se observa una frecuencia de 50 pacientes con gonartrosis, 22% presentan buen nivel de bienestar emocional, 66% de nivel regular y 12% presentan un bienestar emocional malo.

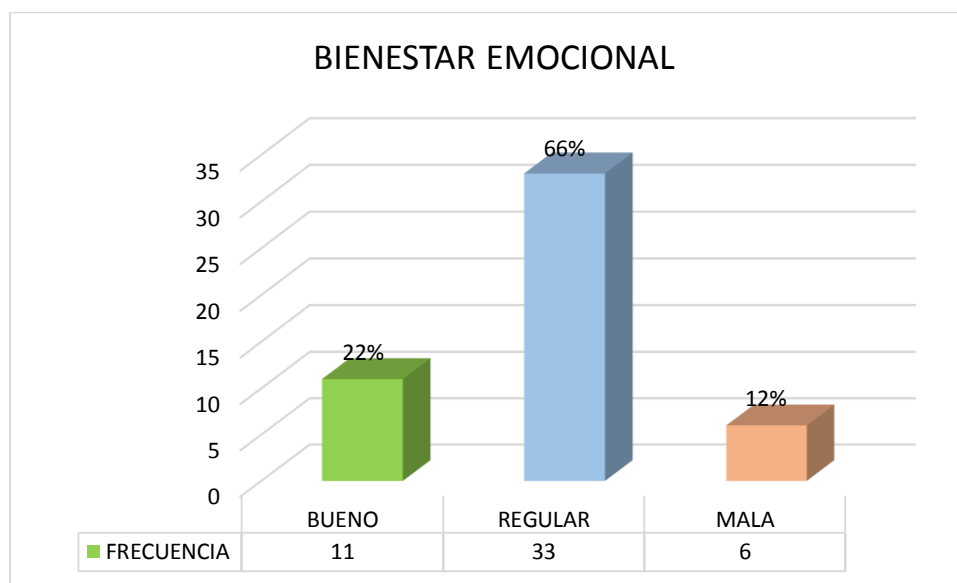


Figura N° 06: Bienestar emocional.

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 06.

EFFECTO DEL DOLOR EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD DE PACIENTES DE 50 A 65 AÑOS EDAD , CON GONARTROSIS , EN EL ÁREA DE MEDICINA FÍSICA DEL HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE –TRUJILLO- ESSALUD 2018.

TABLA N°07: EFECTO DEL DOLOR EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD

EFFECTO DEL DOLOR EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD								
CALIDAD DE VIDA	DOLOR						TOTAL	
	Leve		Moderado		Severo			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Bueno	6	12%	4	8%	2	4%	12	24%
Regular	2	4%	6	12%	21	42%	29	58%
Malo	1	2%	3	6%	5	10%	9	18%
Total	9	18%	13	26%	28	56%	50	100%

Tabla N°7 Se observa que el 24% de los pacientes con gonartrosis presentan una buena calidad de vida, 58% regular y un 18% una calidad de vida malo. Demuestra que el dolor tiene un efecto significativo en la calidad de vida relacionada a la salud del paciente con gonartrosis.

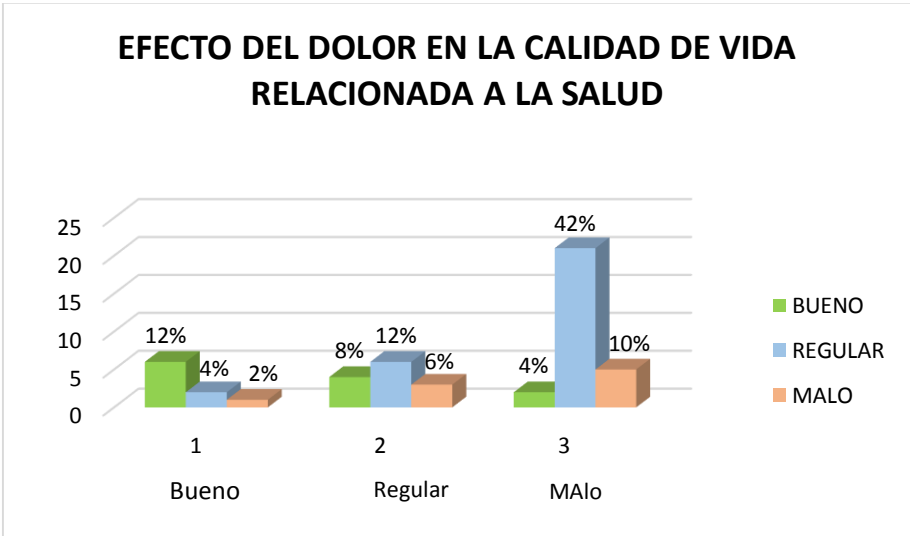


Figura N° 07: Efecto del dolor en la calidad de vida relacionada a la salud.

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 07.

EFFECTO DEL DOLOR EN EL ESTADO FUNCIONAL DE PACIENTES DE 50 A 65 AÑOS EDAD, CON GONARTROSIS, EN EL ÁREA DE MEDICINA FÍSICA DEL HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE –TRUJILLO- ESSALUD 2018

TABLA N°08: EFECTO DEL DOLOR EN EL ESTADO FUNCIONAL

EFECTO DEL DOLOR EN EL ESTADO FUNCIONAL								
ESTADO FUNCIONAL	DOLOR							
	Leve		Moderado		severo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Bueno	5	10%	3	6%	3	6%	11	22%
Regular	3	6%	8	16%	19	38%	30	60%
Malo	1	2%	2	4%	6	12%	9	18%
Total	9	18%	13	26%	28	56%	50	100%

Tabla N°8 se observa que el 22% de los pacientes con gonartrosis presentan un estado funcional bueno, un 60 % regular y un 18% un estado funcional malo. Los resultados muestran que los pacientes presentan un nivel de dolor severo alto y que influye en su estado funcional.

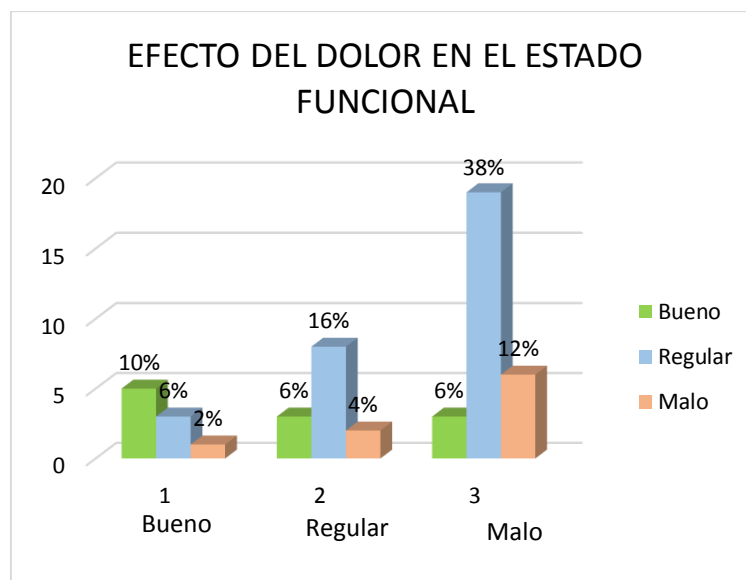


Figura N° 08 Efecto del dolor en el estado funcional

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 08.

EFFECTO DEL DOLOR EN EL BIENESTAR EMOCIONAL DE PACIENTES DE 50 A 65 AÑOS EDAD, CON GONARTROSIS, EN EL ÁREA DE MEDICINA FÍSICA DEL HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE –TRUJILLO- ESSALUD 2018.

TABLA N°09: EFECTO DEL DOLOR EN EL BIENESTAR EMOCIONAL

EFECTO DEL DOLOR EN EL BIENESTAR EMOCIONAL								
DOLOR								
BIENESTAR EMOCIONAL	Leve		Moderado		Severo		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Bueno	6	12%	3	6%	2	4%	11	22%
Regular	2	4%	9	18%	22	44%	33	66%
Malo	1	2%	1	2%	4	8%	6	12%
Total	9	18%	13	26%	28	56%	50	100

Tabla N°9 se observa que el 22% de los pacientes con gonartrosis presentan un estado de bienestar emocional bueno, un 66 % regular y un 12% estado de bienestar malo. Los datos encontrados muestran que los pacientes presentan un nivel de dolor severo y que afectan regularmente en el bienestar emocional.

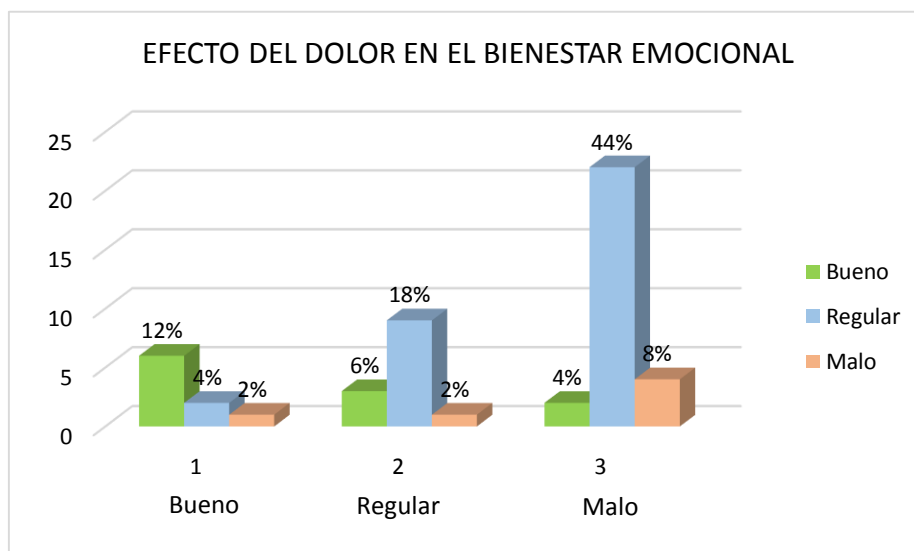


Figura N° 09: Efecto del dolor en el bienestar emocional.

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 09.

4.2 DISCUSIONES DE RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación en comparación con el estudio realizado por López S, Sánchez E. existe una diferencia respecto a los resultados del efecto del dolor en la calidad de vida relacionada a la salud, demostrando que el dolor severo de los pacientes con gonartrosis afecta a un nivel regular en la calidad de vida, mientras que en su estudio demuestra que el dolor afecta en su totalidad a la calidad de vida del paciente.

En la investigación realizada por Noceda J. Moret C. “Calidad de vida en el dolor osteomuscular crónico”. España. Encontramos una similitud en los resultados, ya que demuestra que el dolor crónico de los pacientes con gonartrosis, afecta a un nivel regular en la calidad de vida relacionada a la salud.

En el estudio realizado por Góngora cuenca, Friol Gonzáles. Según ello refirió estado óptimo de salud en los pacientes con osteoartritis de rodilla, no hubo diferencias entre la evaluación funcional del examinador y la percepción de los pacientes acerca de su estado de salud, en cambio en nuestros resultados encontramos una influencia significativa del 22% en la buena calidad de vida del paciente con gonartrosis.

Prada Hernández, Gómez Morejón. En Cuba analizaron la Calidad de Vida en pacientes con osteoartritis de rodilla en relación al tratamiento de rehabilitación física

utilizando otro instrumento de medición que era el WOMAC, en nuestra investigación se ha utilizado el de Calidad de Vida SF-36 y SF-MPQ, en su evaluación inicial el encuentra que los pacientes en promedio una afectación significativa, pero que al final del tratamiento el 50% tuvo mejorías, en nuestra investigación podemos apreciar que se tomó una sola medida (evaluación) durante el tratamiento en cual entramos que el 60% presentaba estado funcional regular, aunque nuestro estudio no tuvo dos mediciones, si podemos coincidir en que ambos grupos estudiados presentaron en su mayoría limitación funcional.

En la investigación realizada por Coronado G, Díaz V, “Percepción de la calidad de vida relacionada a la salud del adulto mayor residentes en la ciudad de Chiclayo”, Perú. Encontró un predominio del sexo femenino con edad media de 70, respecto a los resultados obtuvieron las puntuaciones más altas con el 72- 75 %. Mientras que en nuestra investigación el porcentaje más alto fue un 60% de nivel regular en la calidad de vida del paciente con gonartrosis.

4.3 CONCLUSIONES

1. El efecto del dolor en la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes de 50 a 65 años edad, con Gonartrosis, en el área de Medicina Física del Hospital Víctor Lazarte Echegaray –Trujillo- EsSalud 2018, es de un 58% a un nivel regular, es decir, mientras más dolor crónico, menor calidad de vida se hallara en los pacientes con gonartrosis.

2. El efecto del dolor en el estado funcional de pacientes de 50 a 65 años edad, con Gonartrosis, en el área de Medicina Física del Hospital Víctor Lazarte – Trujillo Echeagaray - EsSalud 2018, es de un 60% en un nivel regular, el dolor severo que se encuentra en los pacientes influye significativamente en su estado funcional.

3. El efecto del dolor en el bienestar emocional de pacientes de 50 a 65 años edad, con Gonartrosis, en el área de Medicina Física del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray –Trujillo- EsSalud 2018, es de un nivel regular con un porcentaje de 58%, el dolor severo en los pacientes con gonartrosis afecta considerablemente en su bienestar emocional.

4.4 RECOMENDACIONES:

1. Por el tamaño de la muestra, se recomienda que en futuras investigaciones se utilice una muestra más grande para otorgar mayor validez a los nuevos hallazgos que se puedan encontrar.

2. Dar a conocer los resultados a las autoridades del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray a fin de preservar la calidad de vida y concientizar al servicio de tomar mayor importancia al dolor y el deterioro del estado funcional en las distintas enfermedades crónicas

3. Finalmente, se recomienda que se siga investigando sobre la relación de la calidad de vida con el dolor, para brindar a los pacientes con artrosis de rodilla herramientas que les permitan afrontar de una manera efectiva las diferentes dificultades que trae consigo el diagnóstico y tratamiento de dicha enfermedad, con el objetivo de prevenir su posible aislamiento y evitar que vean interrumpido su proyecto de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Pacheco Rodríguez Maritza Dania, Michelena González María de los Ángeles, Mora González Roberto Salvador, Miranda Gómez Osvaldo. Calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes universitarios. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2014 Jun [citado 2018 abril 30]; 43(2): 157-168. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000200004&lng=es.
- 2) Informe sobre la salud en el mundo 2002 -- Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002
- 3) II Congreso de UNI COM. "Calidad de Vida en América Latina y El Caribe. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de las Lomas de Zamora. Argentina Setiembre 2013.
- 4) Jiménez Tello M. Valoración del dolor de espalda en el anciano mediante análisis de la calidad de vida. Tesis doctoral [Internet]. Salamanca, España; 2011-Oct [citado 11 enero 2013]. Disponible desde fuente: <http://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/115558>
- 5) Sánchez Blanco, Ferrero Méndez, et al. MANUAL SERMEF DE REHABILITACION Y MEDICINA FISICA, Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana.S.A, 2006
- 6) Montes M, Ruiz Y. Estado actual de la gonartrosis en la población de Jaén. España. 2007
- 7) Saldívar A; Joffre V; Barrientos M. Factores de Riesgo y Calidad de vida de los enfermos que sufren lumbalgia. Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad [Internet]. 2010 Sep-Dic. [citado 22 oct 2013]; Vol.1 (1). Disponible en: http://www.medicinasaludysociedad.com/site/images/stories/1_1/FACTORES%20DE%20RIESGO.pdf

- 8) Julio Jorge Fernández. Determinantes De La Calidad De Vida Percibida Por Los Ancianos De Una Residencia De Tercera Edad En Dos Contextos Socioculturales Diferentes, España Y Cuba. Tesis doctoral. Valencia, España. 2009. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10297/fgarrido.pdf;jsessionid=02C1043E7F377FFF6A244AAA9289D41D?sequence=1>
- 9) M. Ruiz, A. Pairdo. Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. Madrid, España, 2005
- 10) Salas Zapata C, Grisales Romero H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. Rev. Panamá Salud Pública. 2010.
- 11) Celina J. evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en personas que viven con VIH/SIDA, tesis doctoral, facultad de ciencias médicas, SEDICI, UNLP, 2010.
- 12) Góngora Lh, Rosales CM, et al. Articulación de la rodilla y su mecánica articular, Medisan 2003 junio ,7 (2):100-109.
- 13) Hoppenfeld S. Exploración física de la rodilla. En exploración física de la CV y las extremidades. México: 2007.
- 14) Rene cailliet, síndromes dolorosos rodilla. 2º ed. México 11 d.F: el manual moderno S.A, 1975
- 15) Ministerio de salud. guía clínica Tratamiento Médico en Personas de 55 años a mas con artrosis de rodilla, leve o moderada. Santiago: 2007 guía clínica Minsal, 2009. 10 (1):8.
- 16) Kapandji IA. Cuadernos fisiología articular, tomo II, Madrid: masson: 1997. P.78-158.
- 17) Villarreal B, Ibrahim L, Vargas Gloria. lesiones meniscales, medigrafig [internet]enero-marzo,2009 [citado, 4, marzo,2017]vol. 5.(1)

- 18) Palomar Gallego MA, Linares García-Valdecasas R. Anatomía de la articulación de la rodilla. En: VVAA. Tratamiento fisioterápico de la rodilla. Madrid: McGraw-Hill interamericana; 2003. p. 1-15
- 19) Blanco F.J., Fernández-Sueiro J.L... Artrosis: concepto, clasificación epidemiología y patogenia. En Reumatología: Enfermedades del Aparato Locomotor, vol 1. Eds: Pascual E., Rodríguez Valverde, Carbonell J., Gómez-Reino J. Madrid: Editorial Aran, 1998: 1609-1642
- 20) Altman R, Asch E, Bloch D y col. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis: classification of osteoarthritis of the knee. Arthritis Rheum 1986; 29: 1039-49
- 21) López S, Sánchez E, et al. Calidad de vida y dolor en atención primaria, REV.Soc.Esp: dolor 2007-ene; 14.
- 22) Noceda J; Moret C; et al. Calidad de vida en el dolor osteomuscular crónico. Reumatología Clínica. España [Internet]. 2006 nov. [citado 2 oct 2013]; Vol.2 (6) P. 298–301. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1699258X06730650>
- 23) Góngora cuenca, Friol Gonzáles, et al. Centro de rehabilitación “julio Díaz” Calidad de vida en pacientes con osteoartrosis de cadera y rodilla, Rev. Cubana de reumatología 2006;VIII(9- 10)
- 24) Prada Hernández, Gómez Morejón, et al. Evaluación de la calida de vida relacionada a la salud en pacientes con osteoartritis de rodilla y tratamiento rehabilitador. RCR. 2011;13.
- 25) Coronado Gálvez, Díaz Vélez, et al. Percepción de la calidad de vida relacionada a la salud del adulto mayor residentes en la ciudad de Chiclayo. Act. Medic. Per 26(4)2009.

- 26) Vilagut Gemma, Montse Ferrer, Rajmil Luis, et al. El cuestionario de la salud SF – 36 español: Gac Sanit v.19 n.2. Barcelona mar.-abr. 2005.
- 27) Zúniga MA, Carrillo-Jiménez GT, Fos PJ, Gandek B, Medina-Moreno MR. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. Salud Publica Mex 2008

ANEXOS

ANEXO I

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....fui

invitado(a) a participar voluntariamente a la investigación: **“Efecto Del Dolor En La Calidad De Vida Relacionada A La Salud De los Pacientes Con Gonartrosis”**, realizada en **el Área de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Víctor Lazarte Echegaray** por la bachiller **Julissa Lizbeth Avila Díaz**, de la **Universidad Alas Peruanas**. Filial-Trujillo.

Yo certifico que he leído y me han explicado el objetivo de la investigación que se realizara en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray y los beneficios si participo en el estudio, me han hecho saber que mi participación es voluntaria y comprendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Fui informado que se realizara el estudio a pacientes que reciben tratamiento fisioterapéutico por artrosis de rodilla (gonartrosis), además que se realizará una evaluación tipo cuestionario, si decido retirarme no tendré ningún tipo de sanción o perdida de mis sesiones programadas y que mi nombre no aparecerá en ningún informe.

Si tiene alguna duda o necesita información adicional puede comunicarse con:

➤ JULISSA AVILA **Celular:**

N° de Historia Clínica:..... Sexo..... DNI.....

Dirección:.....

Firma.....

ANEXO II

CUESTIONARIO DE SALUD SF- 36

VERSION ESPAÑOLA 1.4

INSTRUCCIONES: las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud.

Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra Ud. Y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales, conteste cada pregunta tal como se indica.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA:

1. en general usted diría que su salud es:
 Excelente Muy buena
 Buena Regular
 Mala
2. ¿Como diría que su salud actual, comparada 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 que hace un año.
 Mucho peor ahora que hace un año.

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES QUE UD. PODRIA HACER EN UN DIA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
 Sí, me limita mucho. Sí, me limita poco.
 No, me limita nada.
4. Su salud actual ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar o caminar más de una hora?
 Sí, me limita mucho. Sí, me limita poco.
 No, me limita nada.
5. Su salud actual ¿le limita para coger o llevar la bolsa de compra?
 Sí, me limita mucho. Sí, me limita poco.
 No, me limita nada.
6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos de escalera?
 Sí, me limita mucho.
 Sí, me limita poco.
 No, me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso de escalera?
- Sí, me limita mucho. Sí, me limita poco.
- No, me limita nada.
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
- Sí, me limita mucho. Sí, me limita poco.
- No, me limita nada.
9. Su salud actual, ¿le limita caminar 1 km o más?
- Sí, me limita mucho. Sí, me limita poco.
- No, me limita nada.
10. Su salud actual, ¿le limita caminar varias manzanas o metros?
- Sí, me limita mucho. Sí, me limita poco.
- No, me limita nada.
11. Su salud actual, ¿le limita caminar una sola manzana?
- Sí, me limita mucho.
- Sí, me limita poco.
- No, me limita nada.
12. Su salud actual, ¿le limita bañarse o vestirse por sí mismo?
- Sí, me limita mucho.
- Sí, me limita poco.
- No, me limita nada.

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A LAS LIMITACIONES DE SU ROL SOCIAL A CAUSA DE PROBLEMAS FÍSICOS O PROBLEMAS EMOCIONALES.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
- Si No
14. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado a sus actividades, a causa de su salud física?
- Si No
15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- Si No
16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o actividades (le costó más de lo normal) a causa de su salud física?
- Si No
17. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, nervioso)?
- Si No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado a sus actividades, a causa de su salud física?
- Sí No
19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o actividades cotidianas como de costumbre, a causa de un problema emocional?
- Sí No
20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física han afectado sus actividades sociales habituales con familia, amigos, vecinos u otras personas?
- Nada poco
 Regular bastante
 Mucho
21. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto sus problemas emocionales han afectado sus actividades sociales habituales con familia, amigos, vecinos u otras personas?
- Nada poco
 Regular bastante
 Mucho
22. ¿hasta qué punto su estado actual ha dificultado su trabajo habitual y actividades del hogar?
- Nada poco
 Regular bastante

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A COMO SE HA SENTIDO Y COMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. En cada pregunta responda lo que se parezca más a como se ha sentido usted.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?
- Siempre casi siempre
 Muchas veces algunas veces
 nunca
24. ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?
- Siempre casi siempre
 Muchas veces algunas veces
 nunca
25. ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarlo?
- Siempre casi siempre
 Muchas veces algunas veces
 nunca
26. ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
- Siempre casi siempre
 Muchas veces algunas veces
 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?
- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> algunas veces |
| <input type="checkbox"/> nunca | |
28. ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> algunas veces |
| <input type="checkbox"/> nunca | |
29. ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?
- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> algunas veces |
| <input type="checkbox"/> nunca | |
30. ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?
- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> algunas veces |
| <input type="checkbox"/> nunca | |
31. ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?
- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> algunas veces |
| <input type="checkbox"/> nunca | |
32. ¿con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos of familiares)?
- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> algunas veces |
| <input type="checkbox"/> nunca | |

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

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Totalmente cierta | <input type="checkbox"/> bastante cierta |
| <input type="checkbox"/> bastante falsa | <input type="checkbox"/> Totalmente falsa |
34. Estoy tan sano como cualquiera.
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Totalmente cierta | <input type="checkbox"/> bastante cierta |
| <input type="checkbox"/> bastante falsa | <input type="checkbox"/> Totalmente falsa |
35. Creo que mi salud va a empeorar.
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Totalmente cierta | <input type="checkbox"/> bastante cierta |
| <input type="checkbox"/> bastante falsa | <input type="checkbox"/> Totalmente falsa |
36. Mi salud es excelente.
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Totalmente cierta | <input type="checkbox"/> bastante cierta |
| <input type="checkbox"/> bastante falsa | <input type="checkbox"/> Totalmente falsa |

ANEXO IIA

VERSION ESPAÑOLA DE LA FORMA ABREVIADA DE LA ESCALA DE DOLOR DE Short – Form – McGill Pain Questionnaire (SF - MPQ)

Nombre del paciente:

DNI:

EDAD:

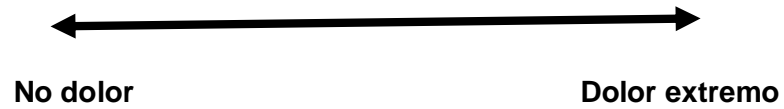
Nº HCL

SEXO (F) (M)

A. DESCRIBA SU DOLOR DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA (marque una casilla en cada línea)

		0 - No	1 - Leve	2 - Moderado	3 - Severo
1	Como pulsaciones	()	()	()	()
2	Como una sacudida	()	()	()	()
3	Como un latigazo	()	()	()	()
4	Pinchazo	()	()	()	()
5	Calambre	()	()	()	()
6	Retorcijón	()	()	()	()
7	Ardiente	()	()	()	()
8	Entumecimiento	()	()	()	()
9	Pesado	()	()	()	()
10	Escozor	()	()	()	()
11	Como desgarro	()	()	()	()
12	Que consume	()	()	()	()
13	Que marea	()	()	()	()
14	Temible	()	()	()	()
15	Que atormenta	()	()	()	()

B. VALORE SU DOLOR DURANTE LA ULTIMA SEMANA: la línea presentada a continuación representa el dolor en orden creciente de intensidad desde “no dolor” hasta “dolor extremo”. Marque con una línea, la posición que mejor describa su dolor durante la última semana



C. Intensidad del dolor en este momento.

- 0 nada de dolor
- 1 leve
- 2 molesto
- 3 intenso
- 4 horrible