



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE
LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA
ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

TESIS

**CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS CON
GONARTROSIS QUE ASISTEN A LA PARROQUIA
CRISTO DE LA PAZ - CHUCUITO EN LA PROVINCIA
CONSTITUCIONAL DEL CALLAO, 2017**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO TECNÓLOGO MÉDICO
EN EL ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

PRESENTADO POR EL BACHILLER

PINDAY HERNANI, EIMMY MARCELL

ASESOR

CUYA CHUMPITAZ, LUIS YSMAEL

LIMA – PERÚ

2017

HOJA DE APROBACIÓN

EIMMY MARCELL PINDAY HERNANI

**“CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS CON GONARTROSIS
QUE ASISTEN A LA PARROQUIA CRISTO DE LA PAZ-
CHUCUITO EN LA PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL
CALLAO, 2017”**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título de
Licenciado en Tecnología Médica en el área de Terapia Física y
Rehabilitación por la Universidad Alas Peruanas.

LIMA – PERÚ

2017

Se Dedicar este trabajo:

A Dios por haberme permitido llegar hasta el final de la carrera y ser la luz guía para lograr uno de mis muchos objetivos trazados en la vida.

A mi padre y madre ambos pilares fundamentales en mi vida, su cariño junto con el apoyo incondicional demostrado en todo este tiempo me hicieron la persona que hoy soy.

A mi hermano por su cariño y apoyo, su comprensión ante las dificultades que le representaba.

Se Agradece por su Contribución para el
Desarrollo de esta Tesis:

Al Dr. Ysmael Cuya Chumpitaz, por compartir sus
conocimientos y su tiempo.

A la Lic.TM.TF. Yanina Soto Agreda, por el tiempo
y consejos acertados en el presente estudio.

A los docentes al compartir su conocimiento y por
la formación académica impartida, en estos cinco
años en la universidad, por ayudar a aumentar mis
intereses académicos en esta hermosa profesión.

A la Universidad Alas Peruanas, Facultad de
Medicina Humana y ciencia de la salud, Escuela
académico profesional de Tecnología Médica por
la formación en sus aulas.

Agradezco a las personas que participaron en el
estudio, por su paciencia y tiempo, al apoyo del
Padre Pablo San de la Parroquia Cristo de la Paz
por los permisos correspondientes.

EPÍGRAFE:

Lo que más desgasta de una enfermedad es el agotamiento sin tregua que esta va produciendo. **J. González.**

RESUMEN

La gonartrosis es una de las principales causas de dolor articular a nivel mundial, además de tener un alto impacto dentro de la economía global debido esencialmente a la producción de discapacidad en el adulto.

El objetivo del estudio fue conocer la calidad de vida en adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz - Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017. El estudio fue descriptivo de tipo transversal. La población fue un total de 672 de los cuales se extrajo la muestra de 156 adultos diagnosticados de gonartrosis, se utilizó el cuestionario de salud SF-36 que permitió conocer la calidad de vida.

Los resultados fueron: respecto a la edad promedio es de 64 años, con desviación estándar de 8,4 años y un rango de edad de 50 a 80 años, con respecto a la calidad de vida por componentes observamos que tanto en Componentes de Salud Física (CSF) y Componentes de Salud Mental (CSM) ambos presentan puntajes por debajo de 50 , lo que indica una calidad de vida mala, con respecto a la calidad de vida por dimensiones las que presentaron un menor deterioro fueron la Vitalidad y Salud Mental ambas con puntajes de 53 y 56 respectivamente, con respecto a las que obtuvieron mayor deterioro fueron el Rol Emocional y Salud General ambos con 41 puntos ,con respecto a la calidad de vida por el grado de artrosis los adultos afectados con grado III obtuvieron un puntaje de 30 lo cual nos representa una calidad de vida mala y una de las puntuación más baja, con respecto a la calidad de vida por la clasificación de IMC los adultos con sobrepeso obtuvieron 47 puntos representando una calidad de vida mala .

En conclusión los adultos con gonartrosis asistentes a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito percibieron su calidad de vida como “Mala”, atribuida a los resultados de los Componentes de Salud Mental con 49 puntos y Componentes de Salud Física con 44 puntos de los cuales se encontraron puntuación por debajo de 50 puntos eso quiere decir que fue percibida como mala según la interpretación del puntaje, debido al deterioro que mostro cada componente en sus respectivas dimensiones de Salud General por la afectación de actividades motoras y el Rol Emocional debido al impacto de la gonartrosis en sus vidas respectivamente; en las patologías asociadas tuvieron como las más representativas a la hipertensión.

Palabras Clave: Gonartrosis; Calidad de vida; SF-36; Hipertensión.

ABSTRACT

Gonarthrosis is one of the main causes of joint pain worldwide, in addition to having a high impact within the global economy by producing disability in the adult.

The objective of the study was to know the quality of life in adults with gonarthrosis attending the Cristo de la Paz - Chucuito Parish in the Constitutional Province of Callao, 2017. The study was descriptive of transversal type. The population was a total of 672 of which the sample was extracted from 156 adults diagnosed with gonarthrosis, the SF-36 health questionnaire was used to know the quality of life.

The results were: regarding the average age is 64 years, with a standard deviation of 8.4 years and an age range of 50 to 80 years, with respect to the quality of life by components we observed that both in Physical Health Components (CSF) and Components of Mental Health (CSM) both have scores below 50, indicating a poor quality of life, with respect to the quality of life by dimensions that presented less deterioration were Vitality and Mental Health both With scores of 53 and 56 respectively, with respect to those that obtained greater deterioration were the Emotional Role and General Health both with 41 points, with regard to the quality of life by the degree of osteoarthritis affected adults with grade III obtained a score of 30 which represents a poor quality of life and one of the lowest score, with respect to quality of life by the classification of BMI overweight adults obtained 47 points representing a poor quality of life..

In conclusion, the adults with gonarthrosis attending the Cristo de la Paz-Chucuito Parish perceived their quality of life as "poor", attributed to the results of the Mental Health Components with 49 points and Components of Physical Health with 44 points of which Were found below 50 points, which means that it was perceived as poor according to the interpretation of the score, due to the deterioration that each component showed in its respective dimensions of General Health by the affectation of motor activities and the Emotional Role due to the impact of the gonarthrosis in their lives respectively; In the associated pathologies had the most representative hypertension.

Keywords: Gonarthrosis; Quality of life; SF-36; Hypertension.

ÍNDICE

CARÁTULA.....	1
HOJA DE APROBACIÓN.....	2
DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTO.....	4
EPÍGRAFE.....	5
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	8
LISTA DE CONTENIDO (ÍNDICE).....	10
LISTA DE TABLAS.....	13
LISTA DE FIGURAS.....	15
INTRODUCCIÓN.....	17

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema.....	19
1.2. Formulación del Problema.....	21
1.2.1. Problema General.....	21
1.2.2. Problemas Específicos.....	21
1.3. Objetivos.....	22
1.3.1. Objetivo General.....	22
1.3.2. Objetivos Específicos.....	23
1.4. Justificación.....	24

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Bases Teóricas.....	26
2.1.1. Osteoartritis.....	26
2.1.1.1. Definición.....	26
2.1.1.2. Epidemiología.....	27
2.1.1.3. Etiología.....	28

2.1.1.3.1. Factores de riesgo no modificables.....	28
2.1.1.3.2. Factores de riesgo generales modificables.....	29
2.1.1.3.3. Factores mecánicos.....	30
2.1.1.4. Patogenia.....	31
2.1.1.4.1. Cartílago articular.....	31
2.1.1.4.2. Cambios en osteoartritis.....	32
2.1.1.4.3. Factores bioquímicos.....	33
2.1.1.4.4. Factores Inflamatorios.....	33
2.1.1.5. Clasificación.....	33
2.1.1.5.1. Osteoartritis primaria o idiopática.....	33
2.1.1.5.2. Osteoartritis secundaria.....	34
2.1.1.6. Cuadro clínico.....	36
2.1.2. Calidad de Vida.....	36
2.1.2.1. Desarrollo histórico del concepto calidad de vida.....	36
2.1.2.2. Concepto de calidad de vida.....	37
2.1.2.3. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).....	38
2.1.2.4. Modelo de calidad de vida Verdugo-Schalock.....	39
2.1.2.5. Dimensiones de calidad de vida.....	40
2.1.2.6. Aspectos de investigación en calidad de vida.....	41
2.1.2.6.1. Subjetividad.....	42
2.1.2.6.2. Objetividad.....	42
2.1.2.7. Instrumentos para medir la calidad de vida.....	43
2.2. Antecedentes de la Investigación.....	44
2.2.1. Antecedentes Internacionales.....	44
2.2.2. Antecedente Nacional.....	47

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño de la Investigación.....	49
--------------------------------------	----

3.2. Población.....	49
3.2.1. Criterios de Inclusión.....	49
3.2.2. Criterios de Exclusión	49
3.3. La Muestra.....	50
3.4. Operacionalización de Variables	50
3.5. Procedimientos y Técnicas	51
3.5.1. El Cuestionario de Salud SF- 36 (Short Form – 36)	52
3.5.2. Procedimientos para obtener el Índice de masa corporal	56
3.5.2.1. Instrumentos.....	56
3.5.2.2. Interpretación de los valores de índice de masa corporal	57
3.5.2.3. Procedimiento para las mediciones.....	58
3.6. Plan de Análisis de Datos	59
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	
4.1. Resultados Estadísticos.....	60
4.2. Discusión de resultados	87
4.3. Conclusiones.....	91
4.4. Recomendaciones.....	94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
ANEXOS.....	116
MATRIZ DE CONSISTENCIA	129

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1: Edad promedio de la muestra.....	60
Tabla N° 2: Distribución por grupos etáreos de la muestra.....	60
Tabla N° 3: Distribución por sexo de la muestra.....	61
Tabla N° 4: Distribución por ocupación.....	62
Tabla N° 5: Peso, talla e IMC de la muestra.....	63
Tabla N° 6: Clasificación de la muestra según IMC.....	64
Tabla N° 7: Distribución de la muestra según patologías asociadas.....	65
Tabla N° 8: Distribución de la muestra según consumo de fármacos.....	66
Tabla N° 9: Distribución según tiempo de evolución de la enfermedad.....	67
Tabla N° 10: Distribución de la muestra según grado de artrosis.....	68
Tabla N° 11: Salud Actual de la muestra.....	69
Tabla N° 12: Salud Actual respecto a la de hace 4 meses.....	70
Tabla N° 13: Componente salud física – Promedio de la muestra.....	71
Tabla N° 14: Componente Salud Mental – Promedio de la muestra.....	72
Tabla N° 15: Calidad de Vida – Promedio por dimensiones.....	73
Tabla N° 16: Calidad de Vida – Promedio por Componentes.....	74
Tabla N° 17: Calidad de Vida por componentes y sexo.....	75
Tabla N° 18: Calidad de Vida por componentes y edad.....	76
Tabla N° 19: Calidad de Vida por componentes y clasificación del IMC.....	78
Tabla N° 20: Calidad de Vida por componentes y grado de artrosis.....	79

Tabla N° 21: Calidad de Vida por componentes y ocupación.....	81
Tabla N° 22: Calidad de Vida por componentes y patologías asociadas.....	82
Tabla N° 23: Calidad de Vida por componentes y consumo de fármacos.....	84
Tabla N° 24: Calidad de Vida por componentes y tiempo de evolución de la enfermedad.....	85

LISTA DE FIGURAS

Figura N° 1: Distribución Etárea de la muestra.....	61
Figura N° 2: Distribución por sexo.....	62
Figura N° 3: Distribución por ocupación.....	63
Figura N° 4: Clasificación de la muestra según IMC.....	64
Figura N° 5: Distribución de la muestra según patologías asociadas.....	65
Figura N° 6: Distribución de la muestra según consumo de fármacos.....	66
Figura N° 7: Distribución según tiempo de evolución de la enfermedad.....	67
Figura N° 8: Distribución de la muestra según grado de artrosis.....	68
Figura N° 9: Salud actual de la muestra.....	69
Figura N° 10: Comparación de la salud actual y la de hace 4 meses.....	70
Figura N° 11: Componente Salud Física – Promedio.....	71
Figura N° 12: Componente Salud Mental – Promedio.....	72
Figura N° 13: Calidad de Vida por dimensiones.....	73
Figura N° 14: Calidad de Vida por componentes.....	74
Figura N° 15: Calidad de Vida por componentes y sexo.....	76
Figura N° 16: Calidad de Vida por componentes y edad.....	77
Figura N° 17: Calidad de Vida por componentes y clasificación del IMC.....	79
Figura N° 18: Calidad de Vida por componentes y grado de artrosis.....	80
Figura N° 19: Calidad de Vida por componentes y ocupación.....	82
Figura N° 20: Calidad de Vida por componentes y patologías asociadas.....	83

Figura N° 21: Calidad de Vida por componentes y consumo de fármacos.....84

Figura N° 22: Calidad de Vida por componentes y tiempo de evolución de la enfermedad.....86

INTRODUCCIÓN

La gonartrosis es la causa más frecuente de dolor e incapacidad en la rodilla, sobre todo con adultos mayores de 50 años, es una enfermedad degenerativa que encuentra un mayor avance en el presente siglo. Razón por la cual se torna con mayor importancia los parámetros presentes en la investigación como son la edad, sexo, IMC, ocupación, patologías asociadas, consumo de fármacos. Contando también con el grado de artrosis y el tiempo de evolución de la enfermedad ayudando a conocer más a fondo la descripción del fenómeno a observar.

En la Provincia Constitucional del Callao se sabe que una de las principales causas de morbilidad en adultos mayores se encuentra en las artropatías seguidas de la hipertensión. Dando como consecuencia la preocupación científica al no encontrar ningún trabajo de investigación referente al área de salud en la zona de Chucuito.

El presente estudio contribuirá como punto de referencia a otras investigaciones interesadas en tomar a los pobladores del barrio de Chucuito como muestra en trabajos futuros, motivo por el cual se escogió como objetivo primordial el adquirir datos recientes de los asistentes de su única parroquia, esto permite obtener una apropiada descripción de la calidad de vida de los adultos con gonartrosis de la zona.

Una de las preocupaciones por la que se realizó el trabajo, es el rápido crecimiento del grupo de adultos mayores en la población del Callao y el tomar en cuenta que la mayoría no puede acceder a un seguro social que le asegure un mejor seguimiento y tratamiento de los casos de artrosis.

Se pretende con esta investigación profundizar los conocimientos en el grupo responsable de velar por la salud de esta población, plantear una estrategia como un programa que contribuya al mejoramiento de la sintomatología y otras actividades para los adultos de Chucuito, para cuidar la salud integral antes de llegar a grados que no permitan la movilidad ayudando a prevenir la aceleración de este tipo de enfermedad degenerativa que aumentan por el sedentarismo desinformado por parte del afectado como de la familia.

Aunque no se pretende erradicar la artrosis de esta población, lo que se busca son programas que ayuden a retardar el proceso natural de la gonartrosis, que sea más accesible para la población afectada y no tenga que recorrer gran distancia o requerir servicio de movilidad aumentando así los costos de la enfermedad para la familia y arrastrando una consecuencia de carga y culpa para el afectado repercutiendo en su calidad de vida.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

La osteoartritis representa un problema de salud a nivel mundial de la cual la paleopatología demostró su presencia, en las culturas primitivas siendo la primera datación de la osteoartritis, llegando hasta hoy como un problema del siglo XXI debido a la limitación física y el dolor en el adulto, adjudicando una discapacidad y sumando una carga económica de salud pública. (1)

En una revisión según la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la osteoartritis afecta al 80% de la población mayor de 65 años, constituyendo la causa más importante de discapacidad del aparato locomotor afectando al 9,6% de hombres y 18% de mujeres. Se prevé que será la cuarta causa de discapacidad en el 2020. Ubicándose como la séptima causa de carga de enfermedad. (2)

En la Comunidad Europea según el Eurobarómetro del 2007 refiere que el 22 % de la población sufre de artrosis afectando sus actividades diarias. (3)

La comisión Europea de Salud refiere que la osteoartritis de rodilla se presenta en un 10% entre las personas de 55 a 74 años. (4)

En España, según encuesta nacional de Salud de 2003, se calculo que los españoles que padecían de artrosis de rodilla sintomática son del 11% en las personas mayores de 65 años. (5)

En EE. UU. La osteoartritis se encuentra en aproximadamente un tercio de los adultos entre 25 y 74 años. Llega a ser casi universal a partir de los 80 años y tiene un 75% en personas mayores de 65 años, en una población entre 70 y 79 años el 85% se encuentra afectado. (6)

En México según la Encuesta Nacional de Salud (ENSA II) ubica a la osteoartritis como la segunda causa de morbilidad con 14% en personas mayores de 60 años de edad. (7)

De acuerdo a los datos de la encuesta nacional de salud realizada por el ministerio de salud de Chile (Minsal) 2003, muestra un 3,8% refiriendo artrosis de rodilla. (8)

En el Perú según los censos realizados por El Instituto Nacional de Estadística (INEI) muestran que las personas con artrosis en el 2004 represento el 7.55% se espera que para el 2025 sea de 13.27%. (9)

En el Callao la Dirección de Salud I (DISA I Callao) el 2006, revelo que de la totalidad de habitantes 860 684 el 7,5% eran mayores de 60 años y de los cuales el 33,6% sufrían de artrosis, ocupando el segundo lugar de enfermedad crónica. (10)

En estados normales la calidad de vida es percibida satisfactoriamente, con la presencia de la gonartrosis se ve alterada la motricidad por limitación, ya sea por el dolor u otra sintomatología que se presenta, conllevando a una alteración no solo funcional también psicosocial en el adulto.

Entonces fue necesario describir la calidad de vida en adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017; el mismo que respondió a las siguientes interrogantes de investigación.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la calidad de vida en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es la calidad de vida respecto a la edad en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017?
- ¿Cuál es la calidad de vida respecto a el sexo en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017?
- ¿Cuál es la calidad de vida respecto al Índice de masa corporal en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017?

- ¿Cuál es la calidad de vida respecto al grado de la artrosis en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017?
- ¿Cuál es la calidad de vida respecto a la ocupación en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017?
- ¿Cuál es la calidad de vida respecto a las patologías asociadas en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017?
- ¿Cuál es la calidad de vida respecto al consumo de fármacos en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017?
- ¿Cuál es la calidad de vida respecto al tiempo de evolución de la enfermedad en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Conocer la calidad de vida en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Conocer la calidad de vida respecto a la edad en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017.
- Conocer la calidad de vida respecto a el sexo en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017.
- Conocer la calidad de vida respecto al Índice de masa corporal en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017.
- Conocer la calidad de vida respecto al grado de la artrosis en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017.
- Conocer la calidad de vida respecto a la ocupación en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017.

- Conocer la calidad de vida respecto a las patologías asociadas en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017.
- Conocer la calidad de vida respecto al consumo de fármacos en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017.
- Conocer la calidad de vida respecto al tiempo de evolución de la enfermedad en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017.

1.4. Justificación

El propósito de este estudio es conocer la calidad de vida en adultos que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz –Chucuito, para que la comunidad lleve un registro actualizado de los individuos que son afectados por la gonartrosis ya que esto conlleva de una manera importante a la alteración de la motricidad, ocasionado por el dolor limitando las actividades, aportando una carga negativa en su percepción de ideal de vida.

La investigación planteada ayudará a la comunidad parroquial a obtener datos de cada adulto asistente a la parroquia con algún grado de gonartrosis y poder sugerir alternativas para poder aplazar, los procesos degenerativos de la patología,

disminuyendo la sintomatología en busca del bienestar que advierte buscar cada individuo.

El estudio ejecutado en la zona de Chucuito demostrará a los integrantes de la comunidad que no solo se puede aportar a su crecimiento con patrimonio material, el intelectual también debe ser tomado en cuenta y estar al servicio y en la búsqueda de diversas alternativas para mejorar la comunidad mediante diversos estudios.

Por otro lado el trabajo de investigación cobra su importancia debido al aporte tangible de una investigación realizada en la zona de Chucuito, de la cual no se encontró antecedentes académicos, situándose como precedente para investigaciones futuras. Permitirá aportar datos actualizados de las variables en estudio lo cual va a facilitar la realización de otros trabajos con mayor grado académico.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Bases Teóricas

2.1.1. Osteoartritis

Esta patología recibe diversos términos como artrosis u osteoartritis (OA) es una artropatía degenerativa. En la actualidad ya que vivimos en una sociedad tan industrializada, la OA es una de las causales de discapacidad física, alterando el estilo de vida de la persona, aumentando el uso del servicio de salud. (11)

Por otro lado encontramos que un cuadro clínico no siempre refleja lo que una evidencia radiológica nos muestra y viceversa, es por eso la incapacidad de la detección, dando como resultado el aumento de la osteoartritis de rodilla en el mundo. (12)

El alemán Friedrich Von Muller fue el primero que uso el término osteoartritis. (13)

Su alto impacto dentro de la economía es una de las principales causas de cargas de enfermedad, en países en vías de desarrollo mucho más es así como el Perú no está exento de este problema en el 2004 se posicionaba en la decimoséptima razón de carga de enfermedad en el Perú. (14)

2.1.1.1. Definición

La artrosis definida por la OMS en 1995 como “Un proceso degenerativo articular que se produce como consecuencia de trastornos mecánicos y biológicos que desestabilizan el equilibrio entre la síntesis y la degradación del cartílago articular, estimulando el crecimiento del hueso subcondral y con la presencia de sinovitis de intensidad leve”. (15)

Para la American College of Rheumatology (ACR), la artrosis puede definirse como “Un grupo heterogéneo de condiciones que conducen a síntomas y signos articulares que se asocian con defectos en la integridad del cartílago articular, además de cambios relacionados con el hueso subcondral y con los márgenes articulares”. (16)

La artrosis perjudica a toda las estructuras de la articulación, incluyendo el hueso subcondral, los meniscos, los ligamentos, la cápsula articular, la membrana sinovial y el musculo periarticular, sin efectos sistémicos y se caracteriza clínicamente por la presencia del dolor y limitación de la función articular, crepitaciones y posibles derrames. (17)

La artrosis afecta con mayor frecuencia a las articulaciones que soportan una gran carga como son la rodilla y cadera aunque también se presenta en las manos y en la columna vertebral, la presencia del dolor, rigidez articular, disminución del rango articular y debilidad muscular conduce a una incapacidad funcional produciendo limitaciones para la realización de actividades cotidianas como bajar de la cama y subir escaleras (18)

2.1.1.2. Epidemiología

En Estados Unidos cerca de 20 millones de personas están afectadas por este mal y dentro de las siguientes 2 décadas esta cifra se duplicará. La prevalencia de OA de rodilla se ha estimado en un 18-25% de los varones de Europa del este, un 24-40% de las mujeres en edades de 60-79 años en Países Bajos y un 28-34% en España. En México, en una encuesta nacional de salud, se estimó que el 26% de la población mexicana presenta algún síntoma de afección reumática; en general, la

rodilla es la articulación inferior más afectada (16%) y su prevalencia aumenta hasta al 35% en la octava década de la vida. (19)

Algunos grupos poblacionales tienen una prevalencia y distribución de articulaciones afectadas, característica; así el pueblo chino tiene una de la más baja incidencia de OA de cadera, igual que los indios y pobladores de Sud África, si los comparamos con los americanos y europeos. Las japonesas en cambio tienen una gran incidencia de OA de rodilla debido al trabajo laborar que realizan desde inicios de sus primeras civilizaciones. (20)

2.1.1.3. Etiología

Son varios los factores que desencadenan la evolución de la OA, estos factores que pueden poner en marcha los procesos degenerativos que afectan al cartílago y demás estructura afectada por la artrosis, los cuales se dividen en los siguientes grupos.

2.1.1.3.1. Factores de riesgo no modificables

- Edad

La edad aunque firmemente relacionado con la OA, esta no siempre es una consecuencia inevitable del envejecimiento, aunque claramente el desgaste en el cartílago articular, sufriendo cambios en sus propiedades como la resistencia y la elasticidad. (21)

- Sexo

Aunque es mayor el porcentaje que se da en mujeres, la OA predispone dos veces más a las mujeres pasados los 50 años esto se puede deber a los niveles

hormonales que presentan en esta etapa de la vida, se debe a la menopausia, estudios han demostrado que la localización se da más en ellas en la rodilla esto se debe a que los condrocitos tienen receptores de estrógenos teniendo una baja en las proporciones de síntesis de proteoglicanos pero es aún inconsistente. (22)

- Raza

Es más frecuente en las personas de raza blanca con diferencias básicamente por la forma de artrosis, así tenemos las mujeres africanas y chinas con mayor probabilidad de tener OA de rodilla esto puede ser por el componente genético debido al ambiente e incluso a la actividad laboral con más esfuerzo que realiza esta población.(23)

- Factores genéticos

Básicamente dan como pruebas los nódulos de Heberden siendo esto entendidos por algunos autores como una prueba irrefutable de carga genética, acompañados de las mutaciones genéticas encontradas en la síntesis de colágeno tipo II que se encuentran en la matriz extracelular.(24)

2.1.1.3.2. Factores de riesgo generales modificables

- Obesidad

La obesidad es un factor importante para el desarrollo de la OA siendo este un gran factor del desequilibrio de las fuerzas mecánicas ejercidas en las articulaciones, aplicado por el peso del cuerpo que se ve incrementado. Este incremento se siente con mayor carga en la rodilla, conllevando a la alteración en las actividades y la postura del paciente, el resultado de esta alteración biomecánica se da en los

cambios acelerados que vemos en un cartílago con artrosis, afectando estructuras adyacentes de la articulación.(25)

- Debilidad muscular

Algunos autores señalan que la falta de fuerza muscular es previa a la OA, sobre todo la que se localiza en la rodilla, si el cuádriceps se encuentra débil es más probable acelerar la enfermedad ahora bien si este se encuentre con un buen grado de fuerza muscular controlara mejor la sintomatología pero no quiere decir que no padecerán la patología. (26)

2.1.1.3.3. Factores mecánicos

- La mala alineación

Es la alteración que precede el desarrollo acelerado de la artrosis, ya sea está producida por una enfermedad congénita de cadera por ejemplo o una deformación en varo y valgo o de cualquier tipo de alteración coxofemoral, femorotibial las fuerzas mal distribuidas causando daño en todas las estructuras de la articulación. No siendo algo determinante pero si con una determinada tasa de porcentaje. (27)

- Traumatismos Articulares

Los traumatismos son otro factor para acelerar la aparición de la artrosis, aún más si los traumatismos son directos teniendo como consecuencia el daño del cartílago, ligamento, menisco puede dañar también los saltos de gran impacto como el caso de los deportistas calificados o los paracaidistas.(28)

- Stress Mecánico

Esto sobre todo se da cuando la localización de la artrosis se da en la rodilla, ya sea por un gran esfuerzo físico sobrecargando la capacidad de la articulación, por el uso repetitivo de la misma articulación, producidos por las actividades laborales como ejemplo tenemos a los albañiles, los cargadores de bultos de los mercados o actividades de oficio como los paracaidistas del ejército. (29)

2.1.1.4. Patogenia

2.1.1.4.1. Cartílago articular

En la patología de la osteoartritis ocurren dos cambios morfológicos principales: a) Desintegración focal progresiva del cartílago; b) Formación del hueso nuevo en el piso de la lesión del cartílago (Formación fibrocartilaginosa en el hueso subcondral) y en los márgenes articulares (osteófitos) respuesta inapropiada. (30)

El daño del cartílago articular, como la reacción del resto de la articulación. El cartílago en estados normales se encuentra liso para poder mantener el movimiento fluido debido a la disminución de proteoglicanos por los condrocitos. Estos se encuentran sumergidos en la matriz de proteoglicanos los cuales se unen al ácido hialurónico formando redes que retienen el agua, produciendo el soporte de distribución de cargas mecánicas en el cartílago, ya sea por el envejecimiento o por otro factor el desequilibrio forma un cartílago de mala calidad y fisurado, para afrontar esto el hueso subcondral genera una esclerosis y se da la formación de osteofitos. (31)

El cartílago es un tejido especializado que impide el daño articular generado por la carga mecánica, disminuyendo la tensión, esto es gracias a que el 60 % de su peso

es agua y por su matriz extracelular formada por proteoglicanos y fibras de colágeno tipo II en cerca del 90 %, lo restante corresponde al colágeno tipo IX, X, XI y VI, Sintetizada por la una célula resistente del cartílago el condrocito. (32)

Los proteoglicanos constituyen el 12 % del peso del cartílago mientras que el agua tiene el 65 a 85% de su peso del cual dependen los cambios degenerativos. La resistencia de la carga de presión está sujeta a la presión del agua y el tamaño de la matriz esto se debe a la concentración de proteoglicanos determinando la permeabilidad de este tejido y la resistencia a la fricción. Los condrocitos corresponden al 2 % del peso, su metabolismo es anaeróbico para la síntesis del colágeno y proteoglicanos además de enzimas degradadoras del cartílago importante para la remodelación y regeneración del cartílago articular. (33)

Como resultado de este daño del cartílago articular se transmite una mayor cantidad de fuerzas al hueso subcondral llevando a un engrosamiento y rigidez de la placa subcondral, este incremento en la rigidez del hueso subcondral facilita mayor impacto y estrés en el cartílago restante lo que crea un círculo vicioso entre la degeneración cartilaginosa y la rigidez subcondral, posteriormente se formarían los osteofitos, mientras que el hueso subcondral encontramos la esclerosis. (34)

2.1.1.4.2. Cambios en osteoartritis

La alteración estructural, conllevan a un incremento del contenido de agua, aumentando la permeabilidad, lo que favorece la extractibilidad de los proteoglicanos fuera del cartílago. Las alteraciones biomecánicas que estos cambios originan son: Disminución de la elasticidad y rigidez compresiva y un incremento de la permeabilidad hidráulica. Estos dos hechos determinan

disminución del líquido intersticial y aumento de la difusión molecular por el cartílago. Al fomentarse las fisuras en la superficie del cartílago durante la compresión, esta pérdida de adsorción de agua trae como consecuencia la pérdida de elasticidad propia del cartílago articular. (35)

2.1.1.4.3. Factores bioquímicos

Algún insulto primario desconocido llama a la liberación de enzimas proteolíticas y colagenolítica desde los condrocitos, capaces de degradar todo los componentes de la membrana extracelular. Estas enzimas llamadas metaloproteasas son: Colagenasa y estromelisina. La primera destruye el colágeno y la segunda degrada los proteoglicanos. En contraposición a favor del cartílago, existe un inhibidor tisular de metaloproteasas, que inhibe tanto la colagenasas como estromelisin. El desbalance entre enzimas proteolíticas y los inhibidores, conduce a los cambios en artrosis. (36)

2.1.1.4.4. Factores Inflamatorios

Aunque no se considera que la artrosis sea una enfermedad inflamatoria, los mediadores clásicos asociados a la inflamación (citocinas, prostaglandinas, proteasas) perpetúan la lesión cartilaginosa secundaria a una lesión mecánica repetida. Estos productos de la membrana sinovial y condrocitos son dianas potenciales para el desarrollo de agentes modificadores en la artrosis. (37)

2.1.1.5. Clasificación

2.1.1.5.1. Osteoartritis primaria o idiopática

No tiene factores predisponentes y se asume que se origina por factores intrínsecos. La manifestación característica de esta forma de OA son los nódulos de

Heberden, localizados en las articulaciones interfalángicas distales. Tiene su equivalencia en las articulaciones interfalángicas proximales, los nódulos de Bouchard. Existen evidencias de factores hereditarios para el desarrollo de la OA nodular (nódulo de Heberden) y se presenta particularmente en mujeres. (38)

Hay dos condiciones claramente definidas dentro de la OA primaria: Osteoartritis generalizada y osteoartritis erosiva. En la OA generalizada se encuentra el compromiso de tres o más articulaciones (las interfalángicas distales, proximales y la primera carpometacarpiana, la más comprometida son rodillas, cadera, primera metatarsofalángica). En la localizada afecta solo a una o dos articulaciones. En la OA erosiva el compromiso clínico está en las articulaciones distales y proximales de la mano, sin llegar a generalizada. La radiografía revela erosión subcondral con tendencia a la anquilosis. (39)

2.1.1.5.2. Osteoartritis secundaria

Tiene una causa subyacente conocida, que son los relativos a afecciones sistémicas que afectan a la vez a uno o a múltiples sistemas, incluyendo secundariamente a la articulación. Dentro de estas tenemos desórdenes metabólicos, la enfermedad de Paget, los traumatismos, la artropatía de Charcot, la necrosis avascular del hueso, la artropatía hemofílica. (40)

El uso de la escala de Kellgren y Lawrence usada como herramienta para la clasificación del grado radiológico de la osteoartrosis de rodilla considerado por la Organización Mundial de la Salud desde 1963 que se muestra a continuación. (41)

- Grado 0 Rodilla Normal
- Grado I (OA Dudosa)
 - Osteofitos cuestionables
 - Espacio articular normal
- Grado II (OA Mínima)
 - Osteofitos delineados
 - Espacio articular posiblemente disminuido
- Grado III (OA Moderada)
 - Osteofitos múltiples
 - Definida disminución de espacio articular
 - Esclerosis ósea subcondral
- Grado IV (OA Severa)
 - Osteofitos muy grandes
 - Severa disminución de espacio articular
 - Esclerosis ósea marcada
 - Quistes óseos
 - Deformidades o trastornos de alineamiento.

Criterios diagnósticos del Colegio Americano de Reumatología para la artrosis de rodilla según historia clínica, examen físico y hallazgos radiográficos. (42)

Grupo de criterios:

- Dolor en la rodilla
- Y uno de los siguientes hallazgos:
 - Edad > 50 años y
 - Rigidez matinal ≤ 30 minutos y
 - Crepitaciones articulares en el movimiento activo
- Y osteófitos en la radiografía

2.1.1.6. Cuadro clínico

Los síntomas inician su aparición de una manera gradual y su progresión es lenta, es un dolor profundo y en la etapa inicial del dolor cesa con el descanso, cuando se encuentra en una etapa más avanzada este dolor puede estar incluso en el reposo o durante el sueño. La rigidez matutina después de levantarse o después de un prolongado descanso se presenta pero estos son de cortos periodos algo de diferente en la artritis reumatoidea. (43)

En una etapa más avanzada encontramos una limitación a la función física esto se debe a las deformaciones articulares que producen contracturas y luego atrofia muscular, que contribuyen a la inestabilidad e incongruencia articular, que terminan dañando aún más al cartílago, al hueso y conducen a cuadros clínicos severos, con mayor dolor y restricción de los movimientos. (44)

La articulación duplica su tamaño debido a la proliferación del cartílago y osteofitos, junto con esto se encuentra crepitos a la flexión activa de la articulación esto debido a la falta de congruencia articular, en etapas más avanzadas se puede ver subluxaciones y derrame del líquido sinovial.(45)

2.1.2. Calidad de Vida

2.1.2.1. Desarrollo histórico del concepto calidad de vida

La aparición del concepto es relativamente reciente, aparece en debates públicos en relación a las condiciones de vida urbana durante la década de los 50 y a comienzos de la década de los 60, crece el interés por conocer mejor el bienestar

humano y la preocupación por las consecuencias del término de la Segunda Guerra Mundial, hacen surgir la medición de datos y hechos relacionado con el bienestar social de una población contemplando solo condiciones objetivas. (46)

En 1964 el primero en decir públicamente el término fue presidente norteamericano Lyndon B. Johnson pero la sitúa dentro del contexto económico. (47)

En 1966 la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere como indicador a la calidad de vida este hecho obtienen la atención de muchos profesionales de la salud y científicos en general, ya que ellos pueden medir el resultado expresados por el propio paciente de la terapéutica que se les aplicaba. (48)

En la década de los setenta el término se difunde más ya que muchos investigadores de la época inician la recolección de información socioeconómica del individuo para medir la calidad de vida siendo insuficiente para poder valorar de manera íntegra. (49)

La expresión comienza a definirse como un concepto integrador, considerando un aspecto multidimensional a finales de la década de los 80, ya para la década de los 90 cuando incluyen el término en publicaciones de revistas en EE. UU. Ayudara a su difusión teoría y metodología tomando componentes objetivos y subjetivos de forma integradora. (50)

2.1.2.2. Concepto de calidad de vida

El concepto se ha desarrollado en diferentes enfoques, en la actualidad la mayoría de los autores resalta la gran importancia a como el sujeto evalúa sus propias circunstancias, la cual se califica a partir de de factores personales y ambientales,

aunque no se ha podido llegar a un verdadero consenso acerca de la definición global. (51)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) que lo da a conocer en 1995 luego de que creará un grupo para este fin .El grupo WHOQOL Group define a la calidad de vida como “La percepción que tiene un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con objetivos, expectativas, valores e intereses. (52)

Se trata de un concepto amplio e influenciado por el estado físico del sujeto así como de la psicología, su nivel de independencia y sus diferentes contextos. (53)

Otro concepto interesante es el que brinda La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) expresa un concepto igual de completo, evitando el fraccionamiento de esta, dando a entender que cada individuo es único y tiene sus propios niveles de experiencias personales que le harán tener una percepción diferente de calidad de vida. (54)

Existen más conceptos dependiendo que autor se estudie, lo que comparten en común los autores es tener un concepto integrado siempre tomando en cuenta los indicadores subjetivos. Teniendo las tres dimensiones que construyen la calidad de vida: La dimensión física, social y emocional o también llamada psicológica por otros autores. (55)

2.1.2.3. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

Un objetivo importante en el área de la salud en las últimas décadas ha sido la calidad de vida, llevando una estrategia para los programas terapéuticos, el refuerzo

de los indicadores para la medición del bienestar, el control de síntomas y la expectativa de vida, incorporando la percepción del estado de salud del paciente. (56)

En la década de los noventa presentan un concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), el cual hace referencia a valores de la percepción del estado de salud del individuo acumulando aspectos subjetivos y objetivos. (57)

Tal ha sido su apogeo, que se tiene una denominación específica para el estudio de la calidad de vida en enfermedades con carácter crónico, cuyo objetivo del tratamiento es atenuar, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes.(58)

2.1.2.4. Modelo de calidad de vida Verdugo-Schalock

Calidad de vida “Es la evaluación tanto subjetiva y objetiva sobre el nivel de satisfacción de vida que se alcanza, la cual se pondera a partir de factores personales y ambientales”. (59)

Esta nueva corriente cambia los paradigmas de la calidad de vida que ahora se centra en la actividad diaria del individuo: (a) Ya no se enfoca en los límites del individuo, ahora se enfoca en la situación del entorno y en su correspondiente interacción con el ambiente; (b) Ya no se guía por programas rígidos para personas con algún tipo de limitación, si no por las mejoras realizadas por la persona dentro de su calidad de vida.; (c) Ya no se enfoca en el personal de salud, ahora le da más énfasis al propio paciente y a sus familiares. Destacan la planeación de actividades del individuo por parte del personal encargado con algún tipo de dificultad, para las actividades de su vida diaria. (60)

2.1.2.5. Dimensiones de calidad de vida

El nuevo modelo de calidad se fundamenta en las 8 dimensiones desarrolladas por Shalock y Verdugo ambos autores nos plantean dimensiones en la calidad de vida que proponen indicadores para su evaluación. (61)

1. Dimensión de Bienestar Emocional: Tiene en cuenta los distintos sentimientos personales y de autoconocimiento o de algún factor que pueda perjudicar las emociones o sensaciones de positivismo en la persona ya sea cualquier tipo de emoción negativa. (62)
2. Dimensión de Relaciones Interpersonales: Es como la persona se siente respecto a las interacciones positivas con amigos y familia, teniendo sensaciones de satisfacción con respecto a su bienestar social.(63)
3. Dimensión de Bienestar Material: Aquí se contempla el aspecto económico de adquirir bienes que puedan asegurar una cómoda posición en la salud para el individuo.(64)
4. Dimensión de Desarrollo Personal: Es la oportunidad de cómo el individuo puede evolucionar dentro de un ambiente competitivo y social que le trae satisfacciones a sus necesidades y como se dirigen frente a los desafíos labores, con qué número de estrategias se presenta para afrontarla.(65)
5. Dimensión de Bienestar Físico: Cualquier tipo de aspecto de la salud, ya sea así como la prevención de enfermedades, incluso los reglamentos de salud

pública hasta el malestar que este puede presentar y le haga llevar a cabo cualquier actividad con el desarrollo normal o si bien tiene que llevar algún tipo de ayuda para terminar la tarea.(66)

6. Dimensión de Autodeterminación: Encontramos las decisiones que tenemos para poder elegir opciones que nos favorecen en el cumplimiento de metas u objetivos personales.(67)

7. Dimensión de Inclusión Social: Es el modo de cómo el individuo se integra a su grupo social a las actividades que estos tienen. (68)

8. Dimensión de los Derechos: Contempla el derecho a la privacidad, a como los demás nos respetan y cuanto el individuo sabe de sus derechos.(69)

2.1.2.6. Aspectos de la investigación en calidad de vida.

La calidad de vida ha sido aplicada en diferentes áreas como en la economía, sociología y la salud, todas nos dan diferentes conceptos, aunque todas concuerdan por estudiar al individuo de una manera multidimensional integrando componentes subjetivos y objetivos para tener indicadores más confiables. En el presente estudio se medirá los diferentes dimensiones de vida considerando el impacto que la enfermedad tiene en el estado de salud para lo cual se dará énfasis a estos dos componentes a continuación. (70)

2.1.2.6.1. Subjetividad

En la evaluación de calidad de vida, las medidas son subjetivas ya que son expresiones de autoevaluación que el individuo expresada en los cuestionarios o escalas que se le aplica, con respecto a su situación de salud para él, o de algún tratamiento al cual está siendo expuesto. Creando algo de duda en las mediciones ya que no forman parte de algo estrictamente estructurado, esto queda avalado gracias a que integra aspectos fisiológicos, biológicos, dándole más objetividad desde la clínica por medio del personal de salud sin dejar de lado que todo este paquete clínico tiene que pasar por las emociones, creencias de cada paciente.(71)

Dentro de la definición de calidad de vida encontramos elementos subjetivos estos son: Expresión emocional, Seguridad percibida, Productividad personal, Salud percibida y lo más importante, es que el individuo tiene que experimentar emociones positivas y negativas en su vida para qué el resultado del balance global de placer y displacer, lo lleve a percibir el bienestar subjetivo. (72)

2.1.2.6.2. Objetividad

Como aspectos objetivos se encuentran el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico, social y con la comunidad y la salud fisiológica del sujeto. Con respecto al bienestar materia, es clara la relación que existe entre la calidad de vida y el desarrollo económico aunque no siempre un alto nivel de vida se traduce en un buen grado de calidad de vida, por tanto estas condiciones externas como la satisfacción de las necesidades de relación social y sobre todo la salud. (73)

Es evidente que se comparte la autopercepción de la salud de lo que es la parte objetiva. Esta combinación no siempre se da, como por ejemplo al sentirnos sanos pero al no estarlo física mente y que puede ocurrir a la inversa, sobre todo con las enfermedades crónicas. (74)

2.1.2.7. Instrumentos para medir la calidad de vida

Se han creado diferentes índices desde 1948, en el que se crea el primer índice para medir la calidad de vida de los pacientes oncológicos, básicamente recogía información para la construcción del diagnóstico, valorar el tratamiento aplicado y medir la respuesta clínica pero tenía mucha deficiencia. En la actualidad algunos de los instrumentos exploran diferentes aspectos del estado de salud del paciente es por ello que se les llama instrumentos de valoración de calidad de vida. (75)

Estos instrumentos se van a separar en dos grupos, los cuestionarios genéricos de salud, los cuales evalúan la salud de la población o de enfermos con una misma o diferente enfermedad midiendo los resultados así tenemos la escala de Karnofsky, perfil de salud de Nothinhan, índice de bienestar de Campbell, Medical Outcome Survey y su forma abreviada (SF-36) y los cuestionarios específicos, los cuales nos dan la idea de medición de calidad de vida en una determinada enfermedad, este incluye áreas de la salud afectadas, así tenemos Kidney Disease Questionary, Kidney Disease Quality of Life (KDQOL). (76)

La amplia variedad de instrumentos y las diferentes dimensiones aplicada en cada uno de ellos evidencia que aún falta un instrumento ideal, capaz de englobar todos

los componentes requeridos en un único instrumento para mejorar los estándares de medición. (77)

2.2. Antecedentes de la Investigación

2.2.1. Antecedentes Internacionales

Estudio realizado en España (2012) en un trabajo que lleva como “Efectos del ejercicio físico en la funcionalidad y calidad de vida en mayores institucionalizados diagnosticados de gonartrosis”. El como objetivo de este estudio, fue conocer el efecto de un tratamiento basado en ejercicios físicos aeróbicos en personas mayores institucionalizadas diagnosticadas de gonartrosis. Material y método: estudio experimental, prospectivo y simple ciego. La muestra ($n = 31$), fue dividida en dos grupos. El grupo experimental ($n = 17$) realizó tratamiento basado en ejercicios físicos aeróbicos durante 4 semanas y dos sesiones semanales con una duración cada una de ellas de 50 minutos. Se realizó una valoración pretest y postest empleando como instrumentos de medida la escala visual analógica (EVA), cuestionario WOMAC y SF-36. Para el tratamiento de los datos se empleó el programa estadístico SPSS15.0. Resultados: Se obtiene diferencias significativas en el t-test para muestras apareadas en las tres dimensiones del cuestionario WOMAC $p < 0,001$, en el dolor percibido $p < 0,001$ y en las dimensiones función física, vitalidad y salud mental del cuestionario SF-36 a un intervalo de confianza (IC) del 95%. Conclusión: El ejercicio físico obtiene resultados positivos tanto en aspectos funcionales (dolor, rigidez, función física) como psicológicos (vitalidad y salud mental) en ancianos institucionalizados. (78)

Estudio realizado en Bolivia (2014) en su trabajo titulado "Factores de riesgo asociados a la presencia de artrosis en sujetos mayores de 50 años de la comunidad de Chuma". Cuyo objetivo fue el determinar los Factores de riesgo asociados a la presencia de Artrosis predominantes en sujetos mayores de 50 años de la comunidad de Chuma. Diseño: Estudio básico, descriptivo, de campo, y retrospectivo Métodos: Se proyectó en el último trimestre del 2011. El estudio comprenderá a 576 sujetos mayores de 50 años de la comunidad de Chuma diagnosticados de artrosis. Resultados: Las edades predominantes con artrosis son entre 70-79 años en 50%. El 37% sexo masculino y 63% sexo femenino. El 40% tiene obesidad. El 37% tienen familiar de primer grado con artrosis. El 45 % trabajaban en la casa, el 10% son agricultores. El 60 % practican deportes. Más del 70 %, juegan fútbol. El 74 % respondieron que la menopausia incidió en la presencia de su artrosis. Las articulaciones mayormente afectadas son: en 43% rodillas, en 28% interfalángicas; en 9% tobillos. Conclusiones: Se determinó los factores de riesgo predominantes asociados a la presencia de artrosis, de 9 factores de riesgo que se tomaron en cuenta se presentan 5 de manera predominante; entre estos están la edad de 70-79 años, Sexo a predominio femenino; las ocupaciones más importantes son labores de casa y agricultor, ya que son actividades que con llevan a realizar un esfuerzo físico importante, práctica del deporte principalmente el fútbol y la menopausia que influye en la incidencia de la enfermedad. Se evaluó las articulaciones frecuentemente afectadas. Entre las importantes en orden de frecuencia están: la articulación de rodilla, interfalángicas distales y proximales, tobillo, cadera. (79)

Estudio realizado en Cuba (2014) en su trabajo que lleva como título. “Efectividad del lisado plaquetario en el tratamiento de la osteoartritis de rodilla”. El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad del implante con lisado plaquetario, en el tratamiento la osteoartritis de rodilla, Se realizó un estudio con 285 pacientes adultos con osteoartritis de rodilla, atendidos en la consulta de medicina regenerativa que no respondían a los tratamientos convencionales, desde mayo 2009 hasta mayo 2013 .Se realizó el implante de concentrado de plaquetas autólogas ó alogénicas en el caso de los pacientes que presentaran alguna limitación para realizar la donación de sangre. En todos los casos prevalecía el dolor y la dificultad a la marcha al inicio del tratamiento. A los seis meses se observó mejoría clínica en 267 pacientes (93,6 %), y solo en 18 enfermos (6,3 %) no hubo la respuesta deseada, coincidiendo estos con los que presentaron trastornos de alineación marcados, en los cuales el dolor no desapareció, pero sí existió modificación de la intensidad del mismo. (80)

Estudio realizado en México (2010) en su trabajo “Evolución de las gonartrosis tratadas con electroacupuntura”. Teniendo como objetivo Comparar los efectos analgésicos del tratamiento con electroacupuntura y con medicamentos en enfermos con gonartrosis. Material y métodos: Se realizó un estudio de intervención cuasi experimental en 2 grupos de pacientes con gonartrosis, uno tratado con electroacupuntura y otro con tratamiento farmacológico. En total se trataron 97 pacientes con electroacupuntura y 115 con tratamiento farmacológico. Esta muestra a conveniencia estuvo constituida por los pacientes seleccionados de la consulta de Ortopedia de la Clínica Balbuena, de especialidades del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en la Ciudad de

México. Resultados: Se trataron 97 pacientes con electroacupuntura y 115 con analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINE). El inicio del restablecimiento en los pacientes tratados con electroacupuntura en el primer día fue de 89,9% y el de los tratados con AINE del 3,5%. El restablecimiento total con electroacupuntura en las primeras 10 sesiones se lograron en 79 pacientes (81,4%). Los tratados con AINE no se recuperaron totalmente durante los 20 días en que se cuantificó el tratamiento. El coste del tratamiento fue mayor en los pacientes tratados con AINE. La Chi cuadrado de Pearson fue de 66,24, lo que se interpreta como muy significativo entre tratamiento con electroacupuntura y alivio del dolor. En conclusión con los diferentes fármacos utilizados y el tratamiento con electroacupuntura podemos señalar que el tratamiento con electroacupuntura es más efectivo que el tratamiento con AINE en los casos analizados de gonartrosis. Además que el tratamiento con electroacupuntura es menos costoso. Estos resultados son válidos sólo para nuestro estudio, pero debemos tener en cuenta que en toda la bibliografía consultada se considera la electroacupuntura como una terapéutica efectiva para el alivio del dolor, reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS). (81)

2.2.2. Antecedente Nacional

Estudios realizados en Perú (2009) realizaron el estudio titulado “Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo “.Su objetivo fue evaluar la percepción de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las personas adultas mayores de la ciudad de Chiclayo, e identificar qué características epidemiológicas están relacionadas con ello. Metodología: Se realizó un muestreo por conglomerados, participando 400 sujetos, a los cuales se les aplicó dos instrumentos: una ficha socioepidemiológica y un

cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud SF-36 Health Survey, cuyas dimensiones evaluadas fueron: función física (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (VT), función social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM). Resultados: Se encontró una población con predominio del sexo femenino (56,25%), con una edad media de $70,62 \pm 8,02$ y una media general de $71,29 \pm 7,90$. 52,75% mencionaron presencia de enfermedades sean agudas y/o crónicas y 18,3% mencionó consumir alguna sustancia psicoactiva (alcohol, tabaco, sedantes). Respecto a los resultados del SF-36 se puede observar que las dimensiones FS, SM y la VT obtuvieron las puntuaciones más altas con el 72,75 % o puntaje, 68,74%, y 64,61% respectivamente; y siendo las dimensiones más bajas las relacionadas a SG, RF y DC con el 50,22, 61,18 y 62,22 respectivamente. Conclusiones: el sexo masculino, grado de instrucción, ingreso > a S/. 1 000 son factores protectores; mientras que como factores de riesgo tenemos la edad, estar sin actividad lucrativa, no tener cobertura asistencial y finalmente el tener alguna patología crónica. La escala resumen física que compara con población anciana pre-frágil y no frágil hispano-norteamericana fue de $48,68 \pm 7,56$ y $54,22 \pm 9,56$ respectivamente; y la escala resumen mental fue de $50,94 \pm 12,23$ y $57,43 \pm 11,43$ respectivamente. (82)

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño de la Investigación

Estudio descriptivo de tipo transversal.

3.2. Población

La población objeto de estudio estará constituida por todas las personas que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017. (N=672)

3.2.1. Criterios de Inclusión

- Personas con diagnóstico confirmado de artrosis de rodilla.
- Personas con gonartrosis en todos sus grados.
- Personas mayores de 50 años.
- Personas que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito.
- Personas de ambos sexos
- Personas que acepten firmar el consentimiento informado (Ver anexo N°1)

3.2.2. Criterios de Exclusión

- Personas que no cuenten con un diagnóstico de artrosis de rodilla
- Personas menores de 50 años.
- Personas que no asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito.
- Personas con alteraciones en la comunicación verbal o escrita.

- Personas que se reúsen a firmar el consentimiento informado (Ver anexo N°1)

3.3. La Muestra

Se estudiará personas diagnosticadas con artrosis de rodilla que fluctúan entre los 50 a 80 años y que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017 (N=156). Se utilizará el Muestreo no Probabilístico de Tipo Intencionado.

3.4. Operacionalización de Variables

VARIABLE PRINCIPAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE REGISTRO
Calidad de Vida	Es la percepción que una persona tiene de su lugar en la existencia dentro de su entorno teniendo presente sus valores, normas y sus objetivos de vida.	Cuestionario de salud Short Form-36	Ordinal	Puntaje de 0(peor salud) a 100 (mejor salud)
VARIABLE SECUNDARIA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE REGISTRO
Edad	Tiempo que lleva viviendo una persona desde el nacimiento.	Documento Nacional de Identidad	Ordinal	Números entre el 50 a 80
	Características anatómicas y	Documento		

Sexo	biológicas que definen y diferencia al hombre de la mujer	Nacional de Identidad	Binaria	Femenino Masculino
I.M.C.	Valoración de asociación entre la masa y la talla.	Ficha de Recolección de Datos	Continua	Peso Talla
Grado de Artrosis	Nivel en el que se encuentra la artrosis	Ficha de Recolección de Datos	Ordinal	Grado 0 Grado I Grado II Grado III Grado IV
Ocupación	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo	Ficha de Recolección de Datos	Nominal	Ama de casa Oficinista Obrero Jubilado
Patologías Asociadas	Asociación de patologías secundarias	Ficha de Recolección de Datos	Nominal	Diabetes Hipertensión Arterial Enfermedades al Corazón Gastritis
Consumo de fármacos	Medicamentos que debe ingerir	Ficha de Recolección de Datos	Binaria	Si No
Tiempo de evolución de la enfermedad	Progresión de la enfermedad en el tiempo	Ficha de Recolección de Datos	Discreta	Menor a 5 años Menor a 10 años Menor a 15 años Menor a 20 años Mayor de 20 años a más

3.5. Procedimientos y Técnicas

Se solicitó permiso al padre Pablo Sam Chu encargado de la Parroquia Cristo de la Paz–Chucuito, también se le solicitó permiso a la encargada del local comunitario

parroquial para acceder al espacio en el que desarrollará los cuestionarios Short Form – 36, la Ficha de recolección de datos y toma de medidas antropométricas, facilitando el acceso a los libros de asistencias de las reuniones, campañas médicas y otras actividades que organizó la comunidad parroquial, los cuales permitieron seleccionar la muestra requerida para la investigación. (Ver anexo N°6)

3.5.1. El Cuestionario de Salud SF- 36 (Short Form – 36)

Versión española 1.4

El Cuestionario de Salud SF-36 (Short Form-36 Health Survey) evalúa la Calidad de Vida Relacionada con la Salud y los beneficios producidos por distintos tratamientos médicos, diseñado por el Health Institute, New England Medical Center de Boston Massachusetts. Desarrollada para el estudio de resultados médicos: Medical Outcome Study (MOS), a cargo de Ware JE y Sherbourne CD. en 1992. (83)

Detecta tanto estados positivos como negativos de salud, explora la salud física y la salud mental. (84)

Son 36 ítems exploran 8 dimensiones del estado de salud: Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental. (85)

La versión española que aquí se presenta es la traducción y adaptación para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto Internacional Quality of Life Assessment (IQUOLA) a cargo de Alonso, Prieto y Anto en España (1995), existen dos versiones del cuestionario: estándar evaluando las 4 últimas semana y la aguda

evaluando el periodo de 1 semana. Está recomendada tanto para la población en general como para los pacientes de una edad mínima de 14 años. (86)

El número de opciones de respuestas se presentan en una escala tipo Likert que varía según los ítems, su tiempo de aplicación es de 10 minutos. (87)

La definición conceptual que se tiene por cada dimensión es la siguiente:

- 1) Función Física (ítems 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j) : Es el grado que la salud limita las actividades físicas, como el caminar, correr, saltar, levantar un papel para todas estas cosas necesitamos un nivel de esfuerzo dependiendo de su complejidad. (88)
- 2) Rol Físico (ítems 4a, 4b, 4c, 4d): Ya que la función es el nivel como la salud limita las actividades diarias cuando el puntaje es alto en esta dimensión podemos decir con un buen rendimiento al hacer las actividades. (89)
- 3) Dolor Corporal (ítems 7 y 8): Valora el nivel de dolor y de qué forma este interviene en las tareas diarias. Amas puntaje nos arroje esta sección entraremos ante una persona con menos dolor y esto se traduce en que el dolor no interfiere con sus actividades. (90)
- 4) Salud General (ítems 1, 11a, 11b, 11c, 11d): Mide como la persona se siente con respecto a su propia salud en el presente, pero también como se ve con respecto su salud en el futuro, y el cómo se resiste a la enfermedad.(91)

- 5) Vitalidad (ítems 9a, 9e, 9g, 9i): Sentimiento vigorizante que asume la persona frente a una situación de agotamiento. (92)

- 6) Función Social (ítems 6 y 10): Son las actividades que se realiza limitados por patrones establecidos en su entorno y como su salud física interviene en este tipo de actividades. Un mayor puntaje revelara que la persona evaluada tiene una mejor calidad de vida social. (93)

- 7) Rol Emocional (ítems 5a, 5b, 5c): Se refiere a como los problemas emocionales limitan las diferentes actividades de la vida diaria. A mayor sea la puntuación en esta sección mayor será el desempeño de la persona dentro de las diversas actividades que afronta a diario, nos dice que no lo limita una carga emocional negativa como la depresión, angustia o la ansiedad.(94)

- 8) Salud Mental (ítems 9b, 9c, 9d, 9f, 9h): En esta dimensión se mide la salud mental en general, depresión, ansiedad y control de conductas, nos muestra que sabe manejar emociones y el bienestar general que siente.(95)

El cuestionario SF-36 incluye una pregunta de transición sobre el cambio en el estado de salud general con respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las 8 dimensiones principales. Las puntuaciones de las 8 dimensiones del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor valor mejor es el estado de salud. Para cada dimensión los puntajes van del 0 al 100 donde el 0 representa (el peor estado de salud) y 100 representa (el mejor estado de salud). (96)

Para facilitar la puntuación estandarizada con los valores de 0 a 100, con punto de corte en 50 (desviación estándar de 10) es la medida de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 (deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente). (97)

De las 36 preguntas o ítems que se respondieron con 3 opciones de respuestas, se puntuaron con los valores 0–50–100; las que tuvieron 5 opciones de respuestas: 0–25–50–75–100 respectivamente. (98)

Además, el cuestionario nos permite obtener dos puntuaciones resumen: el componente de salud física (CSF) que está compuesto por las dimensiones de FF, RF, DC y SG; y, el componente de salud mental (CSM) constituido por las de V, FS, RE y SM. (99)

Las propiedades psicométricas del cuestionario de salud SF-36, la fiabilidad y la validez se estructura por el α de Cronbach (consistente interna) y los CCI correlación interclase (reproductibilidad). Para el α de Cronbach se ha establecido el valor de 0,7 superando el valor mínimo recomendado para las comparaciones en grupo en todas las escalas, excepto en la Función social. Las escalas Rol físico, Función física y Rol emocional obtuvieron los mejores resultados de fiabilidad y en la mayoría de ocasiones superaron el valor de 0,90, límite recomendado para las comparaciones individuales. El CCI tiene un valor superior a 0,75 se considera como acuerdo excelente. (100)

3.5.2. Procedimientos para obtener el Índice de masa corporal (IMC)

El índice de masa corporal (IMC) conocido también como índice de Quetelet debido a su creador, el matemático Adolphe J. Quetelet centrando sus investigaciones en las dimensiones corporales exploradas en su periodo de pintor. Quetelet se sentía atraído por la descripción corporal del individuo, el peso y la estatura individualmente no aportan datos específicos para describir a una persona, la combinación de ambos parecía mejorar la descripción. (101)

Se encuentra como el principal indicador utilizado a nivel mundial para establecer riesgos o prevalencia de obesidad y/o trastornos del peso corporal. (102)

Este índice, es la razón entre el peso expresado en kilogramos y la talla expresada en metros ($IMC = \text{Peso} / \text{Talla}^2$). (103)

La clasificación del Índice de masa corporal (IMC) de personas adultas de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) se clasifican en: Delgadez grado III (< 16); Delgadez grado II(16 a < 17); Delgadez grado I (17 a < 18,5); Peso Bajo (<18.50); Normal (18.50 – 24,99); Sobrepeso (25.00 – 29,99); Obesidad Grado I (30.00 – 34,99); Obesidad Grado II (35.00 – 39,99); Obesidad Grado III (≥ 40.00). “Adaptado de OMS, 1995. El Estado físico: Uso e Interpretación de la Antropometría. Informe del Comité de Expertos de la OMS, Serie de Informes técnicos 854, Ginebra, Suiza”. (104)

3.5.2.1. Instrumentos

- Tallímetro fijo de madera: Es un instrumento portátil constituido por 4 piezas plegables, que se emplea en trabajo de campo para medir la estatura de mujeres y varones mayores de 10 años, adolescentes y adultos. Tiene 3

partes: base, tablero y tope móvil, Elaborado en triplay de 9 mm de grosor x 30 cm de ancho y 199 cm de alto. Los bastidores y travesaño deben ser de cedro. Las correderas deben ser de caoba. La pieza de refuerzo del tablero debe ser elaborada en triplay de 15 mm. Debe tener una profundidad de 198 cm de longitud ubicado a 2 cm del borde izquierdo, para la colocación de la cinta métrica. (105)

- Báscula electrónica: El instrumento utilizado para la toma de peso fue la balanza electrónica certificada marca Seca modelo 876, Sirve para pesar tanto niños como adultos ,hasta un peso de 250 kg y una precisión de 0,1Kg (± 100 gramos), Funciona con seis pilas tipo AA, de 1.5V, puede realizarse 120,000 pesadas con cada carga de pilas y permite al observador leer en forma directa el peso del adulto, dicho instrumento fue correctamente calibrado previamente a su uso.(106) (ver anexo N°4)

3.5.2.2. Interpretación de los valores de índice de masa corporal (IMC)

En el caso de los adultos se ha empleado como uno de los recursos para evaluar su estado, de acuerdo con los valores propuestos por la Organización Mundial de la Salud. (107)

- IMC < 18,5 (Delgadez): Cuando los adultos presentan un IMC <18,5 se encuentran en riesgo de comorbilidad para enfermedades no transmisibles, cuando es menor de 16 hay una mayor riesgo a la morbilidad y mortalidad.

- IMC 18,5 a < 25 (Normal): En esta clasificación es individuo tiene el más bajo riesgo de mortalidad y morbilidad
- IMC 25 a < 30 (Sobrepeso): Las personas adultas existe riesgo de comorbilidad, principalmente de las enfermedades crónicas no transmisibles como: diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, enfermedad coronaria, cáncer, entre otras.
- IMC: de 30 (Obesidad): Las personas adultas con valores de IMC mayor o igual a 30 existe un alto riesgo de comorbilidad, principalmente de las enfermedades crónicas no transmisibles como: diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, enfermedad coronaria, cáncer, entre, otras.

Para una mejor y más rápida clasificación la organización mundial de la salud ofrece una tabla facilitando el resultado del índice de masa corporal, pero no es apropiado para medir fisicoculturistas y gestantes. (108) (Ver Anexo n°5)

3.5.2.3. Procedimiento para las mediciones

Medición de talla

El procedimiento se llevará a cabo cumpliendo las siguientes pautas : a) Proceder a explicar el procedimiento ,solicitar que se quite los zapatos y exceso de ropa, .b) En posición erguida, con los talones juntos y las puntas de los pies ligeramente separados, c) Asegurar que los talones, pantorrillas, nalgas, hombros, y parte posterior de la cabeza, se encuentren con el tablero, d) constatar que la línea

horizontal imaginaria que sale del borde superior del conducto auditivo externo hacia la base de la órbita del ojo, se encuentre perpendicular al tablero del tallímetro (plano de Frankfurt), e) Deslizar el tope móvil del tallímetro hasta hacer contacto con la superficie de la cabeza, Leer en voz alta y registrar.(109)

Medición de peso

El procedimiento se llevará a cabo cumpliendo las siguientes pautas : a) La balanza debe de estar ubicada en una superficie lisa, horizontal, plana y debidamente calibrada, b) Solicitar que se retire los zapatos y el exceso de ropa, c) Ajustar la balanza a 0 (cero), d) Solicitar a la persona que se coloque erguido con los brazos a los costados, con las palmas descansando sobre los muslos, los talones ligeramente separados y la punta de los pies separados, e) Esperar a que se estabilice la persona, solicitar el mínimo movimiento esperando unos segundos, f) Leer en voz alta el peso en kilogramos y registrar .(110)

3.6. Plan de Análisis de Datos

Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 24.0. Se determinaron medidas de tendencia central y desviación estándar. Se emplearon tablas de frecuencia, de contingencia y gráficos en la presentación de los resultados.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. Resultados Estadístico

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Edad promedio de la muestra

Tabla N° 1: Edad promedio de la muestra

Características de la edad	
Muestra	156
Edad promedio	63,5
Desviación estándar	8,4
Edad Mínima	50
Edad Máxima	80

Fuente: Elaboración Propia

La muestra, formada por 156 adultos con Gonartrosis de 50 a 80 años de edad que asisten a la Parroquia “Cristo de la Paz” Chucuito – Provincia Constitucional del Callao, que fueron evaluadas respecto a su Calidad de Vida, presentaron una edad promedio de 63,5 años, una desviación estándar o típica de 8,4 años y un rango de edad que iba desde los 50 a 80 años. Este rango de edades fue clasificado en tres grupos Etáreos que se muestran en la tabla N° 2.

Distribución Etárea de la muestra

Tabla N° 2: Distribución por grupos etáreos de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
de 50 a 59 años	62	39,7	39,7
de 60 a 69 años	50	32,1	71,8
de 70 a 80 años	44	28,2	100,0
Total	156	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

Respecto a la conformación de los grupos etáreos de la muestra (tabla N° 2), 62 adultos tenía entre 50 y 59 años; 50 adultos tenían entre 60 a 69 años y 44 adultos tenían entre 70 a 80 años. Se puede observar que la mayor parte de la muestra tenía edades entre 50 y 59 años. Los porcentajes correspondientes se presentan en la figura N° 1.

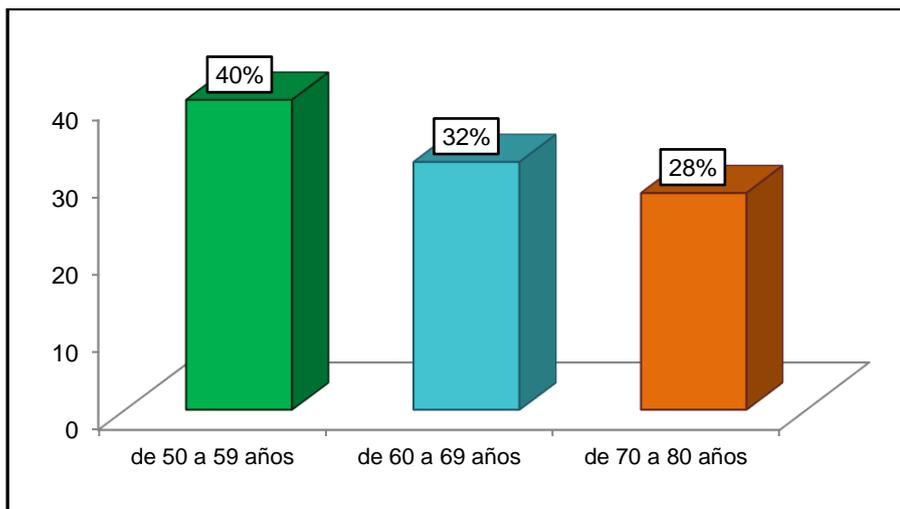


Figura N° 1: Distribución etárea de la muestra

Distribución por sexo de la muestra

Tabla N° 3: Distribución por sexo de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	123	78,8	78,8
Masculino	33	21,2	100,0
Total	156	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

De los adultos con Gonartrosis de 50 a 80 años de edad que asisten a la Parroquia “Cristo de la Paz” Chucuito, 123 eran del sexo femenino y 33 del sexo masculino. La

mayor parte de la muestra estuvo formada por mujeres. Los porcentajes se muestran en la figura N°2.

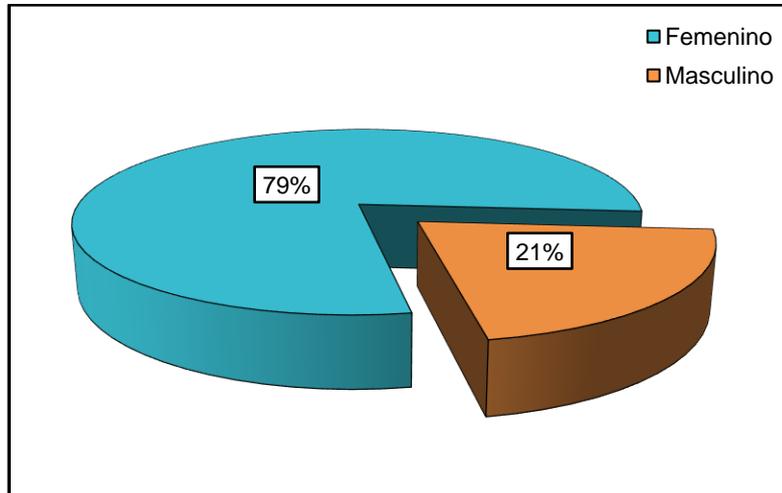


Figura N° 2: Distribución por sexo

Distribución de la muestra por ocupación

Tabla N° 4: Distribución por ocupación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ama de casa	89	57,1	57,1
Oficinista	16	10,3	67,3
Obrero	14	9,0	76,3
Jubilado	37	23,7	100,0
Total	156	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 4 presenta la distribución de la muestra de acuerdo a su ocupación. 89 adultos con gonartrosis eran amas de casa; 16 eran oficinistas; 14 eran obreros y 37 estaban jubilados. La mayor parte de la muestra eran amas de casa. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 3.

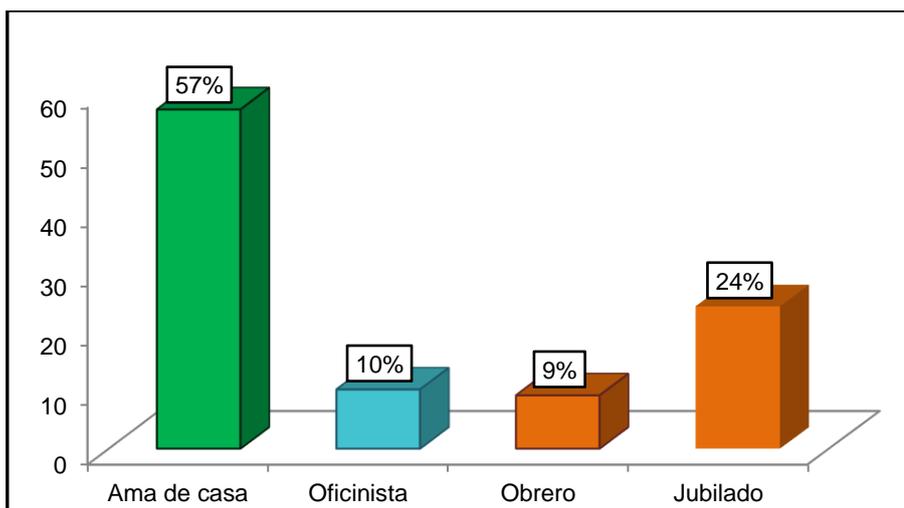


Figura N° 3: Distribución por ocupación

Peso, Talla e IMC de la muestra

Tabla N° 5: Peso, talla e IMC de la muestra

	Peso (kg)	Talla (m)	IMC (kg/m ²)
Media	68,78	1,65	25,33
Desviación estándar	± 12,46	± 0,10	± 4,38
Mínimo	42,10	1,37	18,40
Máximo	102,30	1,96	35,90

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 5 presenta el peso, talla e IMC de la muestra. La muestra tenía un peso promedio de 68,78 kg, con una desviación estándar de ±12,46 kg y un peso mínimo de 42 kg y un máximo de 102 kg. Con relación a la talla, presentó una talla promedio de 1,65 m con una desviación estándar de ±0,10 m y una talla mínima de 1,37 m y una máxima 1,96 m. Asimismo, presentó un IMC promedio de 25,33 kg/m² con una desviación estándar de ±4,38 kg/m² y un IMC mínimo de 18,40 kg/m² y un máximo 35,90 kg/m².

Distribución de la muestra según clasificación del IMC

Tabla N° 6: Clasificación de la muestra según IMC

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo peso	1	0,6	0,6
Peso normal	78	50,0	50,6
Sobrepeso	55	35,3	85,9
Obesidad tipo I	18	11,5	97,4
Obesidad tipo II	4	2,6	100,0
Total	156	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 6 presenta la clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC) de la muestra. Solo un adulto estaba con bajo peso; 78 adultos tenían un peso normal; 55 adultos se encontraban con sobrepeso; 18 adultos presentaron obesidad tipo I y solo 4 adultos presentaron obesidad tipo II. Se observa que la mayor parte de la muestra presentaba un peso normal. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 4.

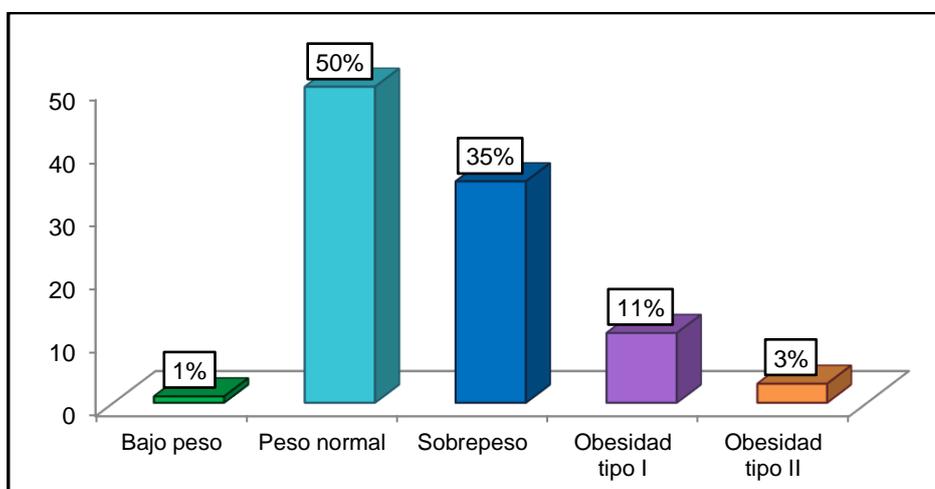


Figura N° 4: Clasificación de la muestra según IMC

Distribución de la muestra según patologías asociadas

Tabla N° 7: Distribución de la muestra según patologías asociadas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Diabetes	24	15,4	15,4
Hipertensión	77	49,4	64,7
Enfermedades al corazón	8	5,1	69,9
Gastritis	13	8,3	78,2
Otras patologías	34	21,8	100,0
Total	156	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 7 presenta la distribución de la muestra de acuerdo a las patologías asociadas que padecía. 24 adultos de la muestra padecían de diabetes; 77 adultos padecían de hipertensión arterial; solo 8 adultos padecían de enfermedades al corazón; 13 adultos sufrían de gastritis y 34 padecían de otras dolencias. Se observa que la mayor parte de la muestra padecía de hipertensión arterial. Los porcentajes se muestran en la figura N° 5.

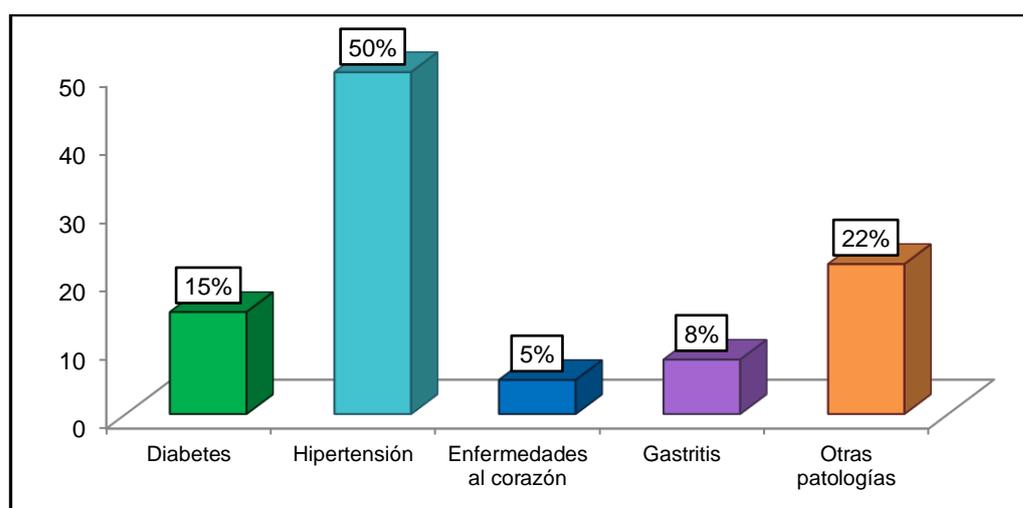


Figura N° 5: Distribución de la muestra según patologías asociadas

Distribución de la muestra según consumo de fármacos

Tabla N° 8: Distribución de la muestra según consumo de fármacos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	45	28,8	28,8
No	111	71,2	100,0
Total	156	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 8 presenta la distribución de la muestra de acuerdo a los fármacos que consumía. Solo 45 adultos consumían fármacos mientras que 111 no consumían fármacos. Los fármacos que consumían los adultos principalmente eran paracetamol, naproxeno y celecoxib. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 6.

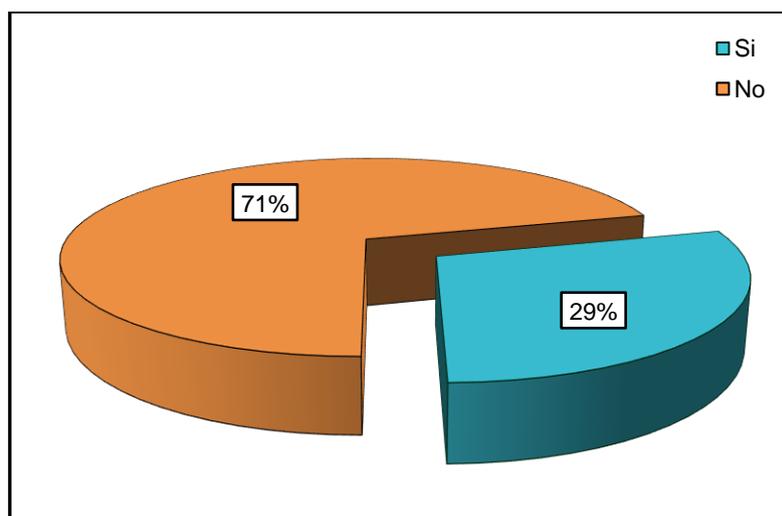


Figura N° 6: Distribución de la muestra según consumo de fármacos

Distribución de la muestra según tiempo de evolución de la enfermedad

Tabla N° 9: Distribución según tiempo de evolución de la enfermedad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menos de 5 años	66	42,3	42,3
Menos de 10 años	45	28,8	71,2
Menos de 15 años	26	16,7	87,8
Menos de 20 años	10	6,4	94,2
Más de 20 años	9	5,8	100,0
Total	156	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 9 presenta el tiempo de evolución de la enfermedad que padecía la muestra. 66 adultos presentaron un tiempo de evolución de menos de 5 años; 45 presentaron un tiempo de evolución de menos de 10 años; 26 presentaron un tiempo de evolución de menos de 15 años; 10 presentaron un tiempo de evolución de menos de 20 años y 9 presentaron un tiempo de evolución de más de 20 años. Se observa que la mayor parte de la muestra presentaba un tiempo de evolución de la enfermedad de menos de 5 años. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 7.

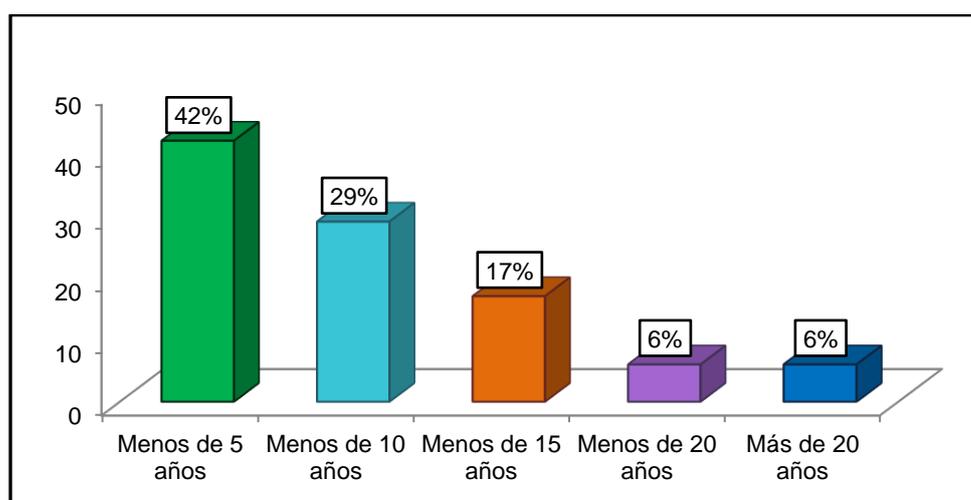


Figura N° 7: Distribución según tiempo de evolución de la enfermedad

Distribución de la muestra según Grado de Artrosis

Tabla Nº 10: Distribución de la muestra según grado de artrosis

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Grado 0	0	0,0	0,
Grado I	84	53,8	53,8
Grado II	53	34,0	87,8
Grado III	17	10,9	98,7
Grado IV	2	1,3	100,0
Total	156	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla Nº 10 presenta la distribución de la muestra según el grado de artrosis que padecía. Ningún adulto presentó un grado de artrosis cero; 84 adultos presentaron grado I; 53 adultos presentaron grado II; 17 adultos presentaron grado III y solo 2 adultos presentaron grado IV. La mayor parte de la muestra presentaba grado I. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura Nº 8.

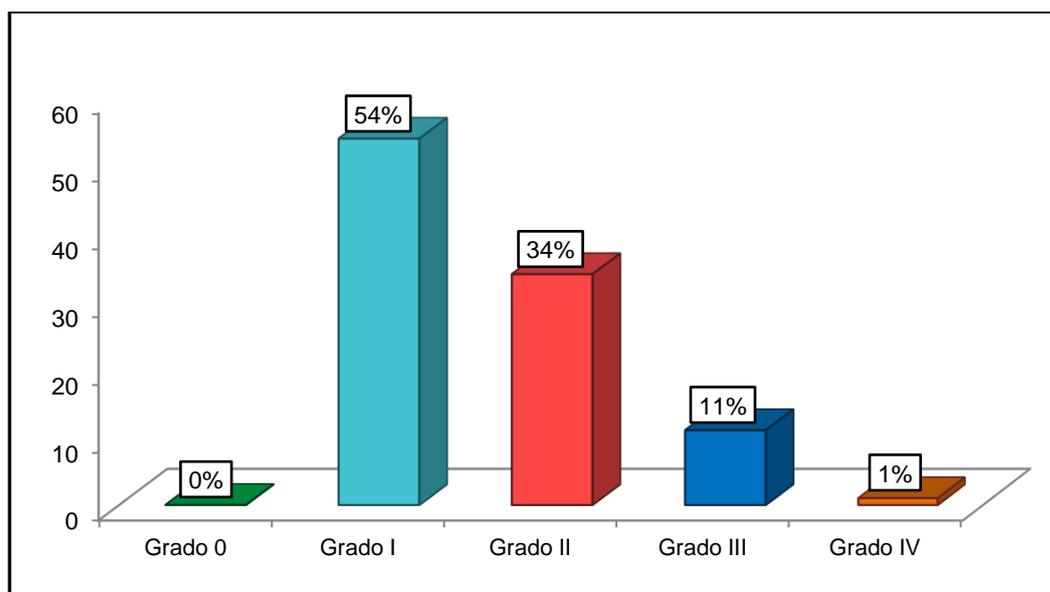


Figura Nº 8: Distribución de la muestra según grado de artrosis

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUESTRA EN TÉRMINOS DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

Salud actual de la muestra

Tabla N° 11: Salud Actual de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Mala	12	7,7	7,7
Regular	85	54,5	62,2
Buena	57	36,5	98,7
Muy Buena	2	1,3	100,0
Excelente	0	0,0	100,0
Total	156	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 11 presenta la percepción que tenía la muestra, respecto a cómo percibían su estado de salud actual. 12 adultos percibían que su salud era mala; 85 percibían que su salud era regular; 57 percibían que su salud era buena; 2 adultos percibían que su salud era muy buena y ninguno percibía que su salud era excelente. La figura N° 9 muestra los porcentajes.

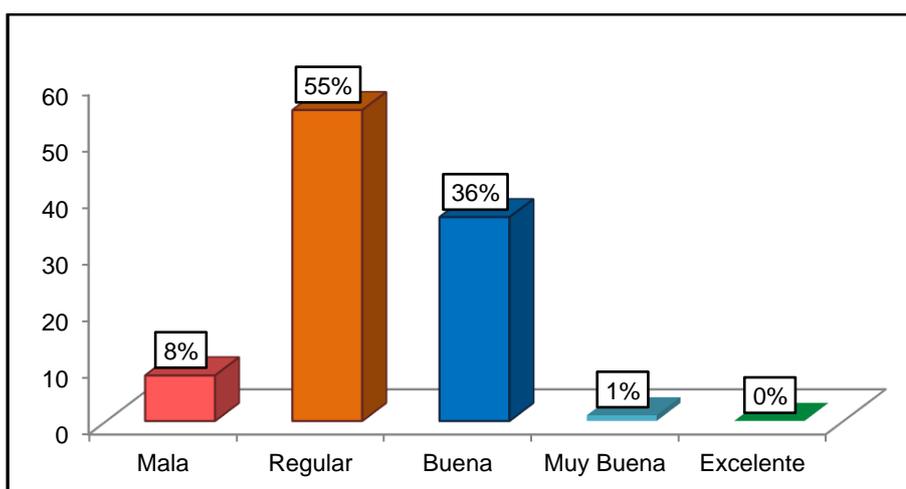


Figura N° 9: Salud actual de la muestra

Comparación de la Salud actual con la de hace 1 año.

Tabla N° 12: Salud Actual respecto a la de hace 1 año

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Mucho mejor ahora	13	8,3	8,3
Algo mejor ahora	36	23,1	31,4
Más o menos igual	50	32,1	63,5
Algo peor ahora	43	27,6	91,0
Mucho peor ahora	14	9,0	100,0
Total	156	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla N° 12 se presenta la percepción que tenía la muestra, al comparar su estado de salud actual, con la que tenía hace 1 año. 13 manifestaron que su estado de salud era mucho mejor ahora; 36 que su estado de salud era algo mejor ahora; 50 que su estado de salud era más o menos igual; 43 que su estados de salud era algo peor ahora y 14 que era mucho peor ahora. La figura N° 10 muestra los porcentajes correspondientes.

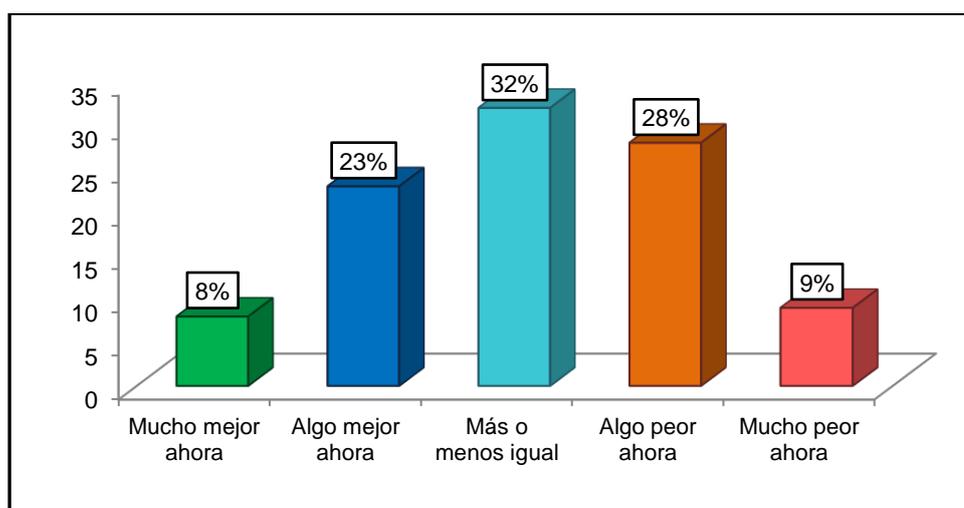


Figura N° 10: Comparación de la salud actual y la de hace 1 año

CALIDAD DE VIDA POR COMPONENTES

Componente Salud Física (CSF) por dimensiones - puntuación promedio de la muestra

Tabla N° 13: Componente salud física – Promedio de la muestra

Componente Salud Física (CSF)				Componente Salud Física (CSF) Promedio
Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud General	
49	42	45	41	44

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 13 presenta la evaluación de la variable Calidad de Vida de la muestra, respecto al Componente Salud Física. En este componente, la dimensión Función Física presentó una puntuación promedio de 49, la dimensión Rol Físico presentó una puntuación promedio de 42, la dimensión Dolor Corporal presentó una puntuación promedio de 45 y la dimensión Salud General presentó una puntuación promedio de 41. El componente Salud Física alcanzó una puntuación promedio de 44 puntos, por lo que se puede decir que la percepción del estado de salud de los adultos en este componente es mala. La figura N° 11 presenta las puntuaciones correspondientes.

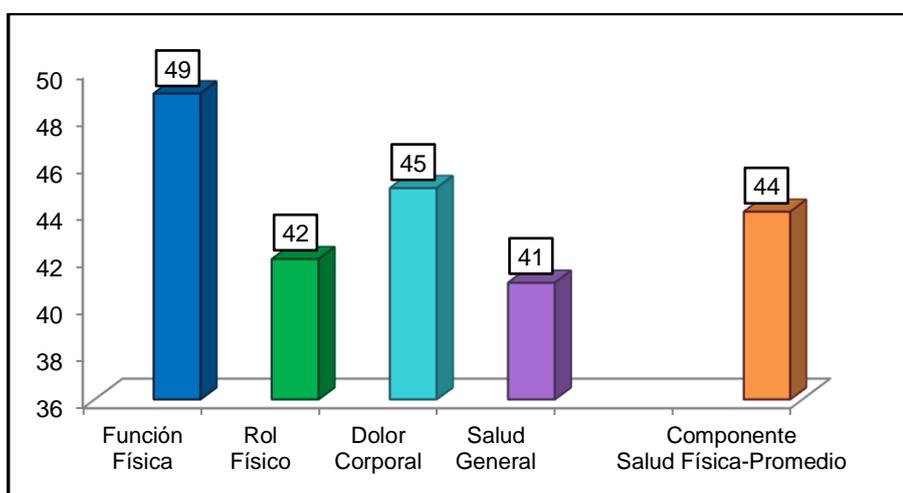


Figura N° 11: Componente Salud Física – Promedio

Componente Salud Mental (CSM) por dimensiones – Puntuación promedio de la muestra

Tabla N° 14: Componente Salud Mental – Promedio de la muestra

Componente Salud Mental (CSM)				Componente Salud Mental (CSM) Promedio
Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental	
53	48	41	56	49

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla N° 14 se presenta la evaluación de la variable Calidad de Vida de la muestra, respecto al Componente Salud Mental. En este componente, la dimensión Vitalidad presentó una puntuación promedio de 53, la dimensión Función Social presentó una puntuación promedio de 48, la dimensión Rol Emocional presentó una puntuación promedio de 41 y la dimensión Salud Mental una puntuación promedio de 56. El componente Salud Mental alcanzó una puntuación promedio de 49 puntos, por lo que se puede decir que la calidad de vida (estado de salud) de los adultos, en este componente, es mala. La figura N° 12 presenta estas puntuaciones promedio por dimensiones.

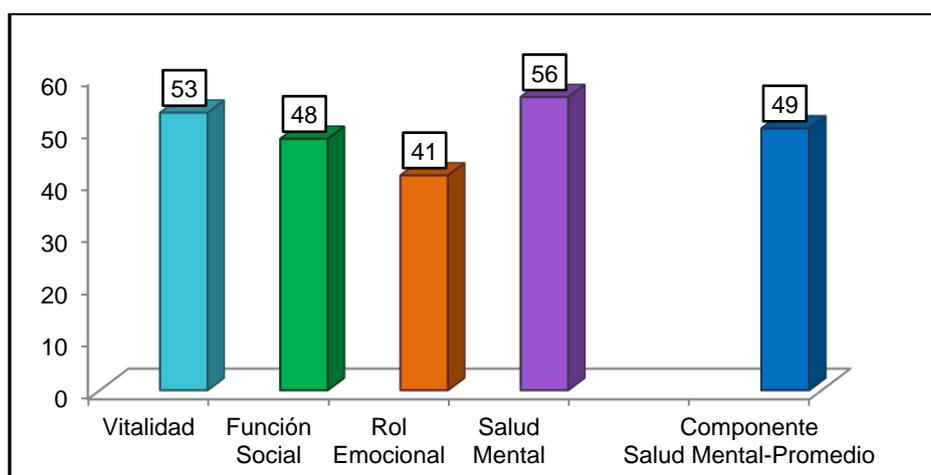


Figura N° 12: Componente Salud Mental – Promedio

CALIDAD DE VIDA (Estado de Salud de la Muestra) – Promedio por dimensiones

Tabla N° 15: Calidad de Vida – Promedio por dimensiones

Componente Salud Física				Componente Salud Mental			
Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud General	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental
49	42	45	41	53	48	41	56

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 15 presenta la evaluación de la variable Calidad de Vida de la muestra, respecto a las dimensiones que la conforman, la dimensión Función Física presentó una puntuación de 49, la dimensión Rol Físico presentó una puntuación de 42, la dimensión Dolor Corporal presentó una puntuación de 45, la dimensión Salud General presentó una puntuación de 41, la dimensión Vitalidad presentó una puntuación de 53, la dimensión Función Social presentó una puntuación de 48, la dimensión Rol emocional presentó una puntuación de 41 y la dimensión Salud Mental una puntuación de 56. Las dimensiones que presentaron mayor deterioro fueron Salud general y Rol Emocional.

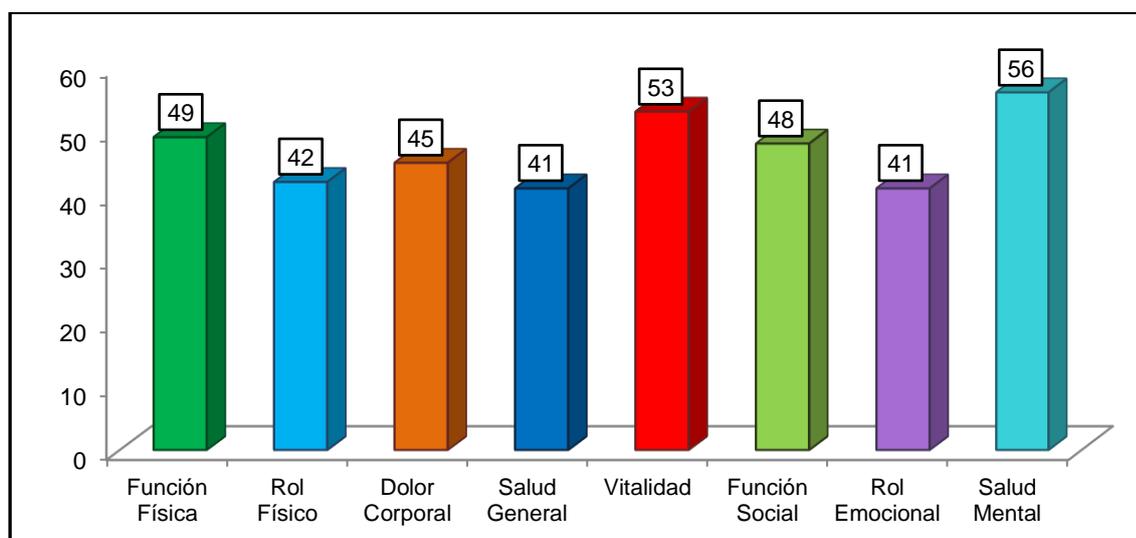


Figura N° 13: Calidad de Vida por dimensiones

CALIDAD DE VIDA (Estado de Salud de la muestra) – Promedio por Componentes

Tabla N° 16: Calidad de Vida – Promedio por Componentes

Componente Salud Física	Componente Salud Mental	CALIDAD DE VIDA (Estado de Salud de la muestra)
44	49	47

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla N° 16 se observa que para la variable Calidad de Vida de la muestra, respecto a los componentes que la conforman, el componente Salud Física presentó una puntuación promedio de 45 y el componente Salud Mental presentó una puntuación de 49. La Calidad de Vida (estado de salud), de la muestra obtuvo una puntuación de 47, por lo que se le puede catalogar como mala. La figura N° 14 muestra las puntuaciones promedio.

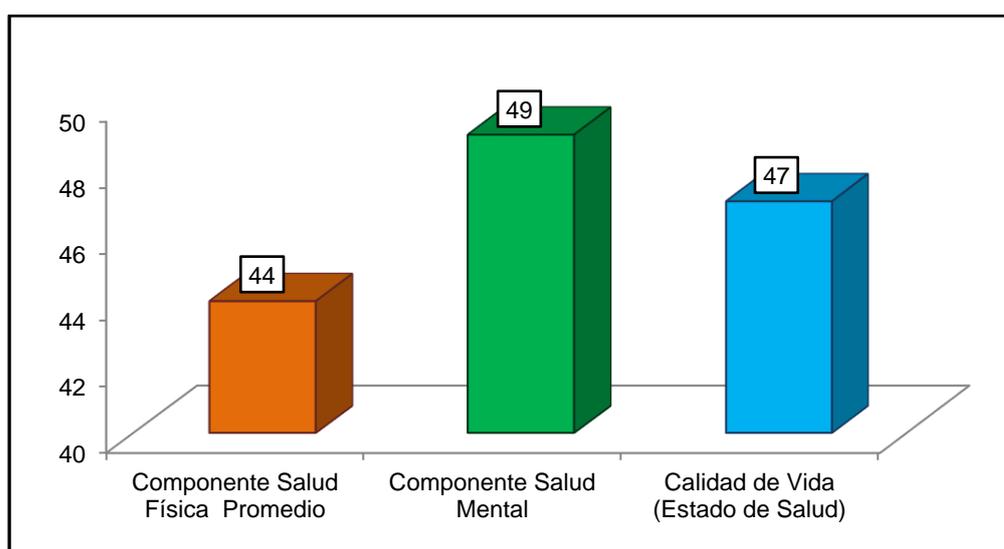


Figura N° 14: Calidad de Vida por componentes

CALIDAD DE VIDA (Estado de Salud de la muestra) – Promedio por componentes y Sexo

Tabla N° 17: Calidad de Vida por componentes y sexo

Sexo	Componente Salud Física	Componente Salud Mental	CALIDAD DE VIDA (Estado de Salud de la muestra)
Femenino	45	52	48
Masculino	40	51	46

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 17 muestra la puntuación promedio de la variable Calidad de Vida de los adultos por componentes y sexo. Los adultos del sexo femenino obtuvieron en el componente Salud Física una puntuación promedio de 35, una puntuación promedio de 45 en el componente Salud Mental y una puntuación promedio de 48 en la variable Calidad de Vida, por lo que se puede decir que los adultos del sexo femenino tenían una mala calidad de vida. Los adultos del sexo masculino obtuvieron en el componente Salud Física una puntuación promedio de 40, una puntuación promedio de 47 en el componente Salud Mental y una puntuación promedio de 46 en la variable Calidad de Vida, por lo que se puede decir que los adultos del sexo masculino también tenían una mala calidad de vida. La figura N° 15 presenta estas puntuaciones promedio por componentes y sexo.

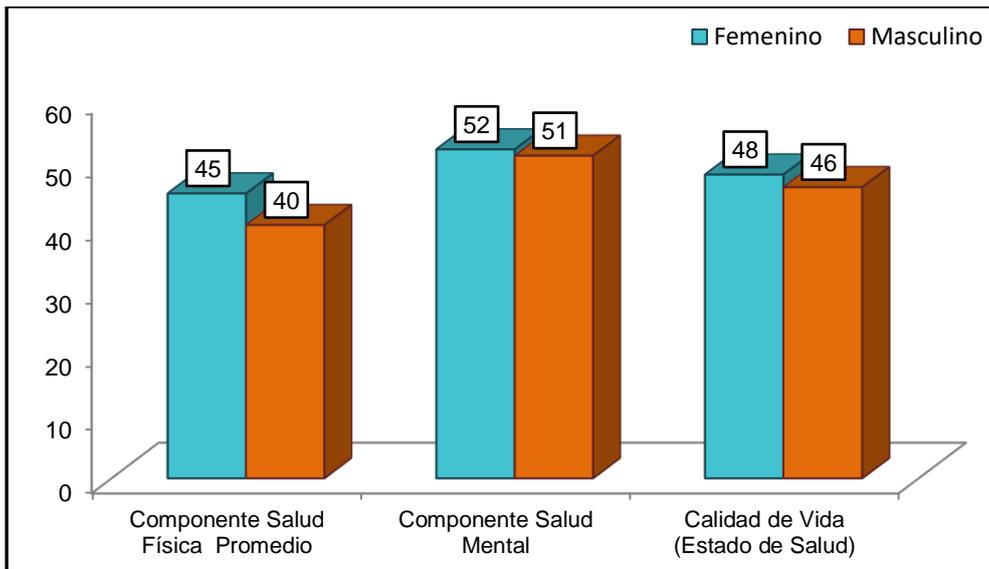


Figura N° 15: Calidad de Vida por componentes y sexo

CALIDAD DE VIDA (Estado de Salud de la muestra) – Promedio por componentes y Edad

Tabla N° 18: Calidad de Vida por componentes y edad

	Componente Salud Física	Componente Salud Mental	CALIDAD DE VIDA (Estado de Salud de la muestra)
de 50 a 59 años	48	50	49
de 60 a 69 años	45	54	49
de 70 a 80 años	37	50	44

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 18 muestra la puntuación promedio de la variable Calidad de Vida de los adultos por componentes y edad. Los adultos que tenían una edad entre 50 y 59 años, obtuvieron una puntuación promedio de 48 en el componente Salud Física, una puntuación promedio de 50 en el componente Salud Mental y una puntuación promedio de 49 en la variable Calidad de Vida.

Los adultos que tenían una edad entre 60 y 69 años, obtuvieron una puntuación promedio de 45 en el componente Salud Física, una puntuación promedio de 54 en el componente Salud Mental y una puntuación promedio de 49 en la variable Calidad de Vida. Los adultos que tenían una edad entre 70 y 80 años, obtuvieron una puntuación promedio de 37 en el componente Salud Física, una puntuación promedio de 50 en el componente Salud Mental y una puntuación promedio de 44 en la variable Calidad de Vida. La figura N° 16 presenta estas puntuaciones promedio por componentes y sexo.

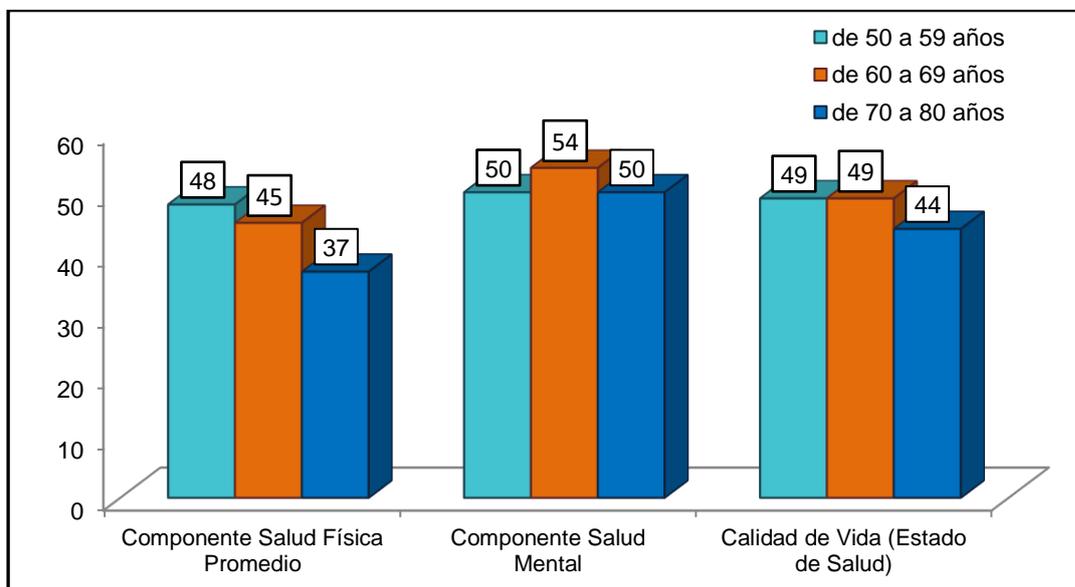


Figura N° 16: Calidad de Vida por componentes y edad

CALIDAD DE VIDA (Estado de Salud de la muestra) – Promedio por componentes y Clasificación del IMC

Tabla N° 19: Calidad de Vida por componentes y clasificación del IMC

Clasificación IMC	Componente Salud Física	Componente Salud Mental	CALIDAD DE VIDA (Estado de Salud de la muestra)
Bajo peso	90	94	92
Peso normal	45	51	48
Sobrepeso	44	51	47
Obesidad tipo I	42	52	46
Obesidad tipo II	45	57	50

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 19 muestra la puntuación promedio de la variable Calidad de Vida de los adultos, por componentes y clasificación del IMC. Los adultos que se encontraban con bajo peso, obtuvieron una puntuación promedio de 90 en el componente Salud Física, una puntuación promedio de 94 en el componente Salud Mental y una puntuación promedio de 92 en la variable Calidad de Vida. Los adultos que tenían un peso normal, obtuvieron una puntuación promedio de 45 en el componente Salud Física, una puntuación promedio de 51 en el componente Salud Mental y una puntuación promedio de 48 en la variable Calidad de Vida. Los adultos que presentaron sobrepeso, obtuvieron una puntuación promedio de 44 en el componente Salud Física, una puntuación promedio de 51 en el componente Salud Mental y una puntuación promedio de 47 en la variable Calidad de Vida. Los adultos con obesidad tipo I, obtuvieron una puntuación promedio de 42 en el componente Salud Física, una puntuación promedio de 52 en el componente Salud Mental y una puntuación promedio de 46 en la variable Calidad de Vida. Los adultos con obesidad

tipo II, obtuvieron una puntuación promedio de 45 en el componente Salud Física, una puntuación promedio de 52 en el componente Salud Mental y una puntuación promedio de 50 en la variable Calidad de Vida. La figura N° 17 presenta las puntuaciones promedio por componentes y clasificación del IMC.

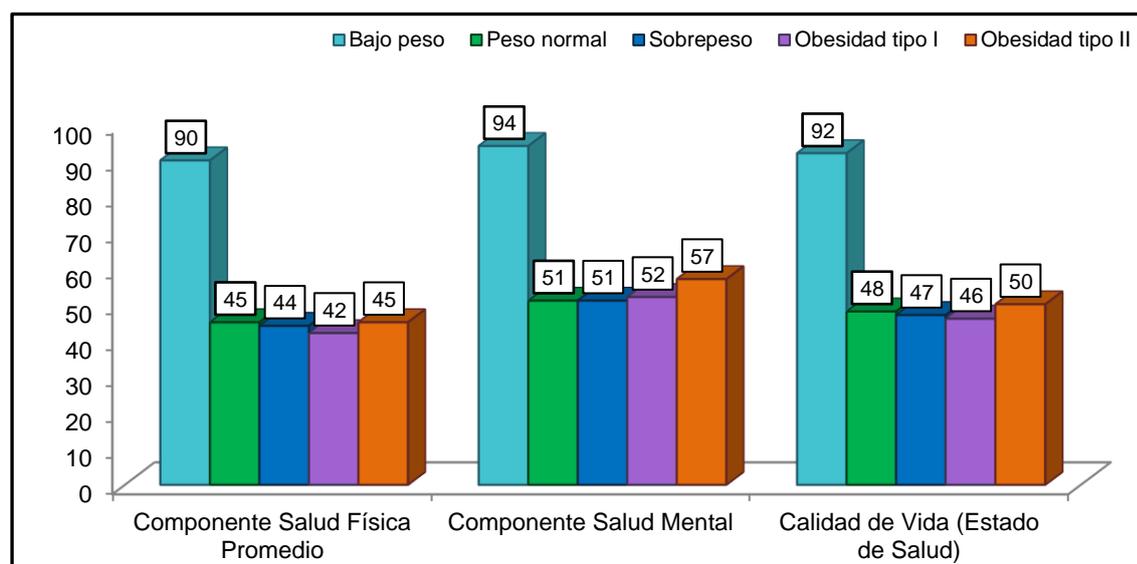


Figura N° 17: Calidad de Vida por componentes y clasificación del IMC

CALIDAD DE VIDA (Estado de Salud de la muestra) – Promedio por componentes y Grado de artrosis

Tabla N° 20: Calidad de Vida por componentes y grado de artrosis

Grado de artrosis	Componente Salud Física	Componente Salud Mental	CALIDAD DE VIDA (Estado de Salud de la muestra)
Grado 0	-	-	-
Grado I	52	54	52
Grado II	42	52	46
Grado III	21	40	30
Grado IV	14	23	19

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 20 muestra la puntuación promedio de la variable Calidad de Vida de los adultos por componentes y grado de artrosis. Ningún adulto presentó artrosis de grado 0. Los adultos que presentaron grado I, obtuvieron una puntuación promedio de 52 en el componente Salud Física, una puntuación promedio de 54 en el componente Salud Mental y una puntuación promedio de 52 en la variable Calidad de Vida. Los adultos que presentaron grado II, obtuvieron una puntuación promedio de 42 en el componente Salud Física, una puntuación promedio de 52 en el componente Salud Mental y una puntuación promedio de 46 en la variable Calidad de Vida. Los adultos que presentaron grado III, obtuvieron una puntuación promedio de 21 en el componente Salud Física, una puntuación promedio de 40 en el componente Salud Mental y una puntuación promedio de 30 en la variable Calidad de Vida. Los adultos que presentaron grado IV, obtuvieron una puntuación promedio de 14 en el componente Salud Física, una puntuación promedio de 23 en el componente Salud Mental y una puntuación promedio de 19 en la variable Calidad de Vida. La figura N° 18 presenta las puntuaciones promedio por componentes y grado de artrosis.

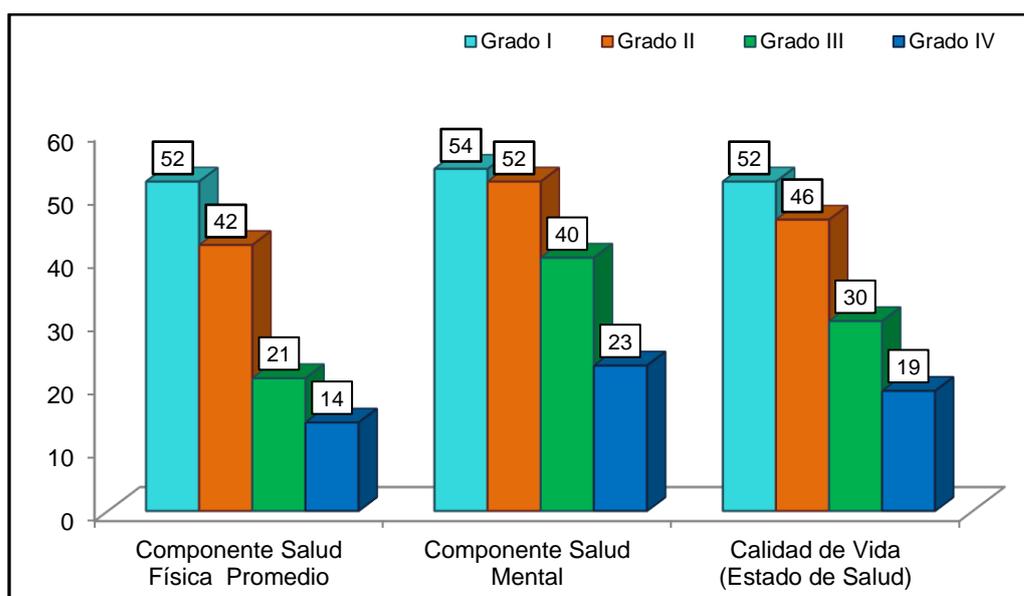


Figura N° 18: Calidad de Vida por componentes y grado de artrosis

CALIDAD DE VIDA (Estado de Salud de la muestra) – Promedio por componentes y Ocupación

Tabla N° 21: Calidad de Vida por componentes y ocupación

Ocupación	Componente Salud Física	Componente Salud Mental	CALIDAD DE VIDA (Estado de Salud de la muestra)
Ama de casa	46	51	47
Oficinista	51	59	54
Obrero	39	49	44
Jubilado	39	50	45

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 21 muestra la puntuación promedio de la variable Calidad de Vida de los adultos por componentes y ocupación. Los adultos que eran amas de casa, obtuvieron una puntuación promedio de 46 en el componente Salud Física, una puntuación promedio de 51 en el componente Salud Mental y una puntuación promedio de 47 en la variable Calidad de Vida. Los adultos que eran oficinistas, obtuvieron una puntuación promedio de 51 en el componente Salud Física, una puntuación promedio de 59 en el componente Salud Mental y una puntuación promedio de 54 en la variable Calidad de Vida. Los adultos que eran obreros, obtuvieron una puntuación promedio de 39 en el componente Salud Física, una puntuación promedio de 49 en el componente Salud Mental y una puntuación promedio de 44 en la variable Calidad de Vida. Los adultos que estaban jubilados, obtuvieron una puntuación promedio de 39 en el componente Salud Física, una puntuación promedio de 50 en el componente Salud Mental y una puntuación promedio de 45 en la variable Calidad de Vida. La figura N° 19 presenta las puntuaciones promedio por componentes y ocupación.

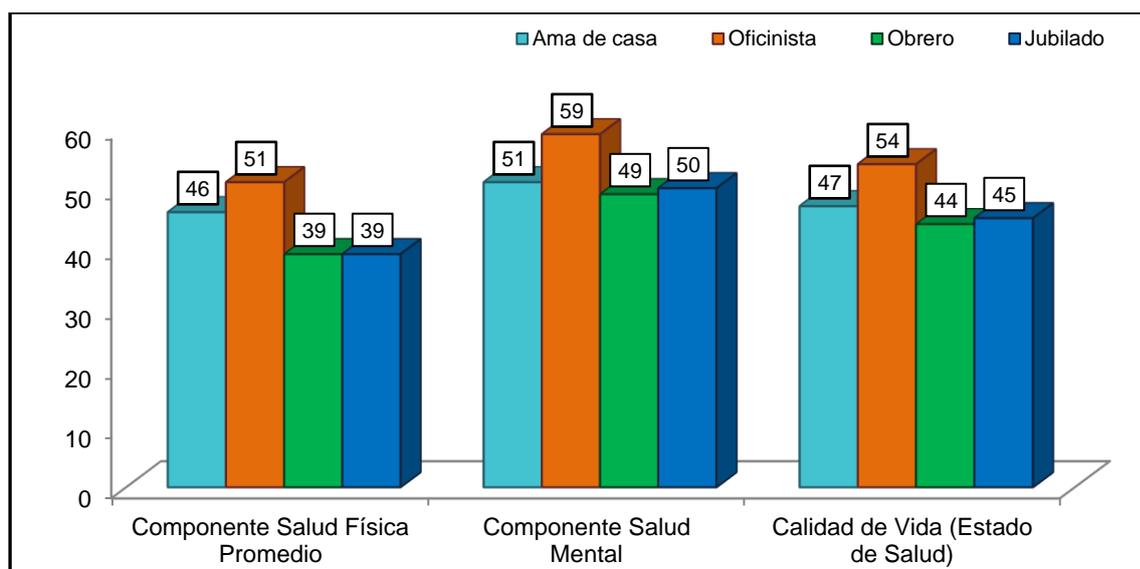


Figura N° 19: Calidad de Vida por componentes y ocupación

CALIDAD DE VIDA (Estado de Salud de la muestra) – Promedio por componentes y Patologías asociadas

Tabla N° 22: Calidad de Vida por componentes y patologías asociadas

Patologías asociadas	Componente Salud Física	Componente Salud Mental	CALIDAD DE VIDA (Estado de Salud de la muestra)
Diabetes	50	58	53
Hipertensión	43	50	46
Enfermedades al corazón	44	52	48
Gastritis	47	54	50
Otras patologías	42	50	46

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 22 muestra la puntuación promedio de la variable Calidad de Vida de los adultos por componentes y patologías asociadas. Los que padecían de diabetes, obtuvieron una puntuación promedio de 50 en el componente Salud Física, una

puntuación promedio de 58 en el componente Salud Mental y una puntuación promedio de 53 en la variable Calidad de Vida. Los que eran hipertensos, obtuvieron una puntuación promedio de 43 en el componente Salud Física, una puntuación promedio de 50 en el componente Salud Mental y una puntuación promedio de 46 en la variable Calidad de Vida. Los que padecían de enfermedades al corazón, obtuvieron una puntuación promedio de 44 en el componente Salud Física, una puntuación promedio de 52 en el componente Salud Mental y una puntuación promedio de 48 en la variable Calidad de Vida. Los que padecían de gastritis, obtuvieron una puntuación promedio de 47 en el componente Salud Física, una puntuación promedio de 54 en el componente Salud Mental y una puntuación promedio de 50 en la variable Calidad de Vida. Los que padecían de otras patologías, obtuvieron una puntuación promedio de 42 en el componente Salud Física, una puntuación promedio de 50 en el componente Salud Mental y una puntuación promedio de 46 en la variable Calidad de Vida. La figura N° 20 presenta estas puntuaciones promedio por componentes y patologías asociadas.

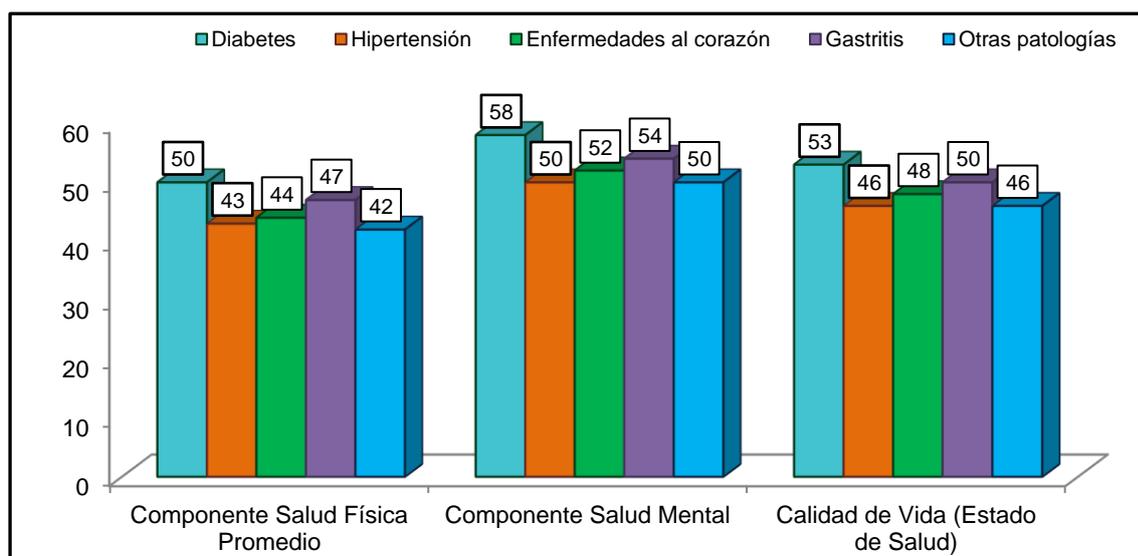


Figura N° 20: Calidad de Vida por componentes y patologías asociadas

CALIDAD DE VIDA (Estado de Salud de la muestra) – Promedio por componentes y consumo de Fármacos

Tabla N° 23: Calidad de Vida por componentes y consumo de fármacos

Consumo de fármacos	Componente Salud Física	Componente Salud Mental	CALIDAD DE VIDA (Estado de Salud de la muestra)
Si	36	48	42
No	48	53	49

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 23 muestra la puntuación promedio de la variable Calidad de Vida de los adultos por componentes y consumo de fármacos. Los adultos que consumían fármacos, obtuvieron una puntuación promedio de 36 en el componente Salud Física, 48 en el componente Salud Mental y una puntuación promedio de 42 en la variable Calidad de Vida. Los que no consumían fármacos, obtuvieron una puntuación promedio de 48 en el componente Salud Física, 53 en el componente Salud Mental y una puntuación promedio de 49 en la variable Calidad de Vida. La figura N° 21 presenta las puntuaciones promedio por componentes y consumo de fármacos.

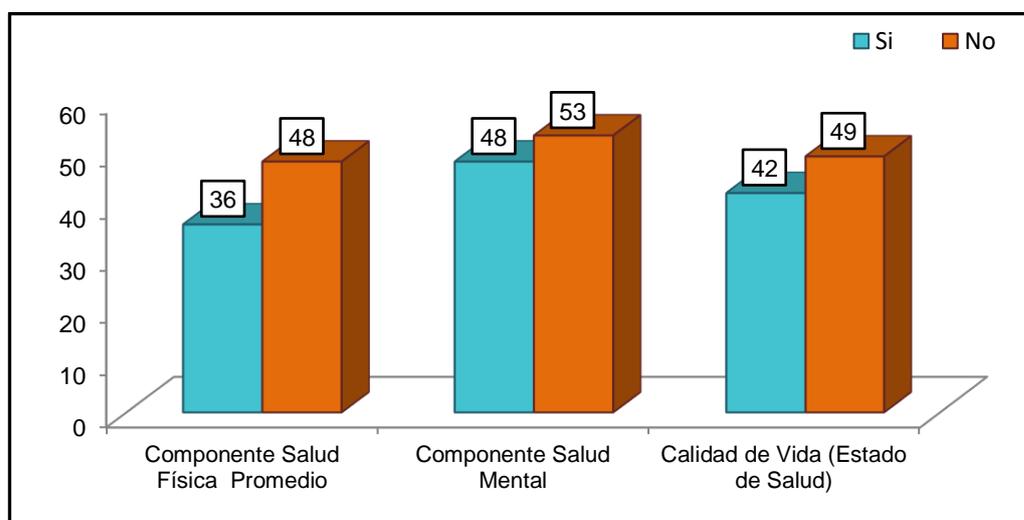


Figura N° 21: Calidad de Vida por componentes y consumo de fármacos

CALIDAD DE VIDA (Estado de Salud de la muestra) – Promedio por componentes y Tiempo de evolución de la enfermedad

Tabla N° 24: Calidad de Vida por componentes y tiempo de evolución de la enfermedad

Tiempo de evolución de la enfermedad	Componente Salud Física	Componente Salud Mental	CALIDAD DE VIDA (Estado de Salud de la muestra)
Menos de 5 años	51	54	52
Menos de 10 años	48	56	51
Menos de 15 años	32	45	38
Menos de 20 años	31	42	36
Más de 20 años	27	43	35

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 24 muestra la puntuación promedio de la variable Calidad de Vida de los adultos por componentes y tiempo de evolución de la enfermedad. Los adultos cuyo tiempo de evolución de su enfermedad era menos de 5 años, obtuvieron una puntuación promedio de 51 en el componente Salud Física, una puntuación promedio de 54 en el componente Salud Mental y una puntuación promedio de 52 en la variable Calidad de Vida. Los adultos cuyo tiempo de evolución de su enfermedad era menos de 10 años, obtuvieron una puntuación promedio de 48 en el componente Salud Física, una puntuación promedio de 56 en el componente Salud Mental y una puntuación promedio de 51 en la variable Calidad de Vida. Los adultos cuyo tiempo de evolución de su enfermedad era menos de 15 años, obtuvieron una puntuación promedio de 32 en el componente Salud Física, una puntuación promedio de 45 en el componente Salud Mental y una puntuación promedio de 38 en la variable Calidad de Vida. Los adultos cuyo tiempo de evolución de su enfermedad era menos de 20 años, obtuvieron una puntuación promedio de 31 en el

componente Salud Física, una puntuación promedio de 42 en el componente Salud Mental y una puntuación promedio de 36 en la variable Calidad de Vida. Los adultos cuyo tiempo de evolución de su enfermedad era más de 20 años, obtuvieron una puntuación promedio de 27 en el componente Salud Física, una puntuación promedio de 43 en el componente Salud Mental y una puntuación promedio de 35 en la variable Calidad de Vida. La figura N° 22 presenta las puntuaciones promedio por componentes y tiempo de evolución de la enfermedad.

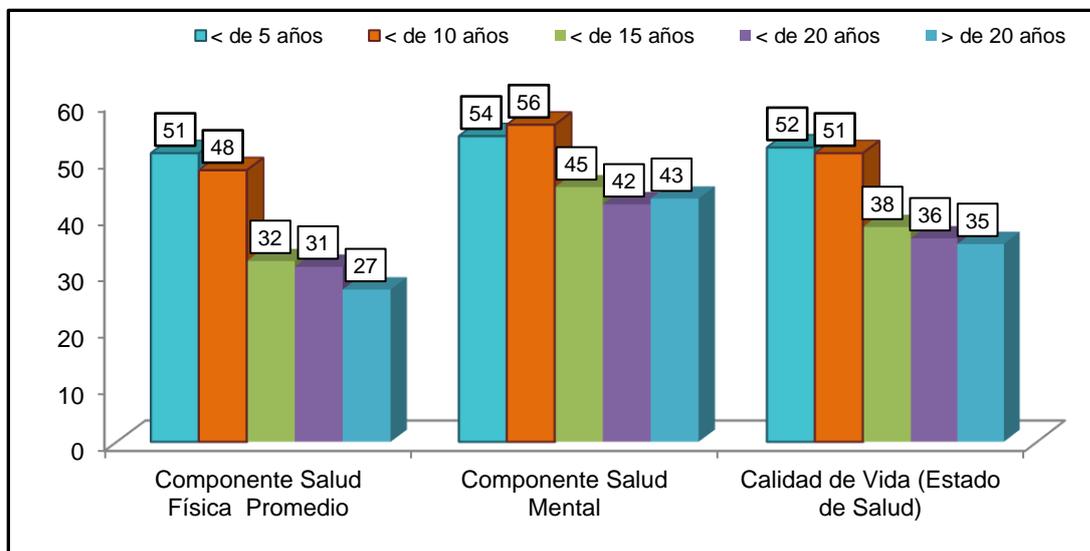


Figura N° 22: Calidad de Vida por componentes y tiempo de evolución de la enfermedad

4.2. Discusión

- La gonartrosis tiene un alto impacto socioeconómico y por ser una enfermedad degenerativa conlleva una serie de cambios físicos y emocionales en la persona que lo padece, repercutiendo en la percepción de vida y cambios social resaltando la enorme carga de enfermedad que representa para el estado como señala la literatura consultada en el estudio, el cual ubica a la artrosis en el decimoséptima razón de aumento de gasto en el sector salud debido a las limitaciones para las actividades lucrativas del adulto y el aumento en gasto del sector publico producidos por el costo del tratamiento y de las complicaciones.
- En el estudio realizado en Perú (2009) titulado “Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo”. La condición según genero concuerda con el presente estudio en el predominio del sexo femenino en el presente estudio tiene un 79% del total de la muestra y los resultados de dicho estudio con un 56% de su total ,evaluada con el mismo cuestionario de salud SF-36; en otro aspecto se observa que la dimensión de VT y SM son las puntuaciones más altas en ambos estudios con 68 y 64 puntos respectivamente y en el presente estudio las mismas dimensiones de VT y SM con 56 y 53 puntos respectivamente, de su estudio se desprende que la dimensión SG con 50 puntos representando un mal resultado, en el presente estudio se encuentra con un puntaje bajo con 41 puntos en SG; en CSM y CSF en ambos estudios no se supero el

límite de 50 puntos resultando una mala percepción de calidad de vida para ambos estudios.

- En el estudio realizado en Bolivia (2014) en su trabajo titulado “Factores de riesgo asociados a la presencia de artrosis en sujetos mayores de 50 años de la comunidad de Chuma”. El cual muestra el predominio del sexo femenino con un 63% así como la presencia de la artrosis en personas mayores de 50 años, a los cuales se le atribuye como factor detonante a la menopausia, una constante que se repite en diversas investigaciones y no es exento de la presente investigación con un 79 % de dominio femenino del total de la muestra de lo cual el grupo etario predominante es el de 50 a 59 años con un 40%, relación que no es de extrañar, predomina en el estudio la ocupación de ama de casa con 45% en afinidad con el 57% de la presente investigación teniendo este grupo como mayoría.
- En el estudio en España (2012) en un trabajo que lleva como “Efectos del ejercicio físico en la funcionalidad y calidad de vida en mayores institucionalizados diagnosticados de gonartrosis”. Se encontró de interés que el SF-36 aplicado sin tratamiento de ejercicios institucionalizado se encontrará las dimensiones de VT y SM en ambos estudios con puntajes mayores de 50 puntos, en estas dimensiones, en las otras dimensiones no se encontró cambios significativos adjudicados a la interacción de las diferentes patologías padecidas. La hipótesis expuesta sería cuantas enfermedades tendría que presentar el paciente que interfiera en su valoración por dimensiones, ya que el estudio realizado en Chucuito se encontró a la

mayoría de los participantes con más de una patología y de la cual si se obtuvieron resultados.

- Se encontró un total desacuerdo con lo expuesto en la literatura consultada en el marco teórico con respecto a la edad y los resultados obtenidos por el estudio , ya que el autor nos expresa que la edad no es símbolo de degeneración sufrida por el cartílago, en este caso se demostraría radiológicamente y clínicamente por el diagnostico medico que los grados más severos de la gonartrosis (grado III y grado IV) se dieron en su mayoría en el grupo de 70 a 80 años , obteniendo un marcado deterioro de su calidad de vida.
- Los resultados alcanzados por el estudio hecho en Cuba (2014) con el título. “Efectividad del lisado plaquetario en el tratamiento de la osteoartritis de rodilla” el cual busca ver la efectividad del tratamiento para mejorar la calidad de vida de los pacientes con gonartrosis en especial entre los 40-59 años , demostrando un tratamiento relativamente novedoso para mejorar lo sintomatología, sobre todo es de interés ya que se presenta en la edad etaria predominante en el presente trabajo con un 40% de la muestra total y el cual ya cuenta con pregunta de algunos participantes, dando un concepto errado de primera opción de tratamiento, dicho tratamiento solo se sugiere cuando la terapéutica convencional no ha funcionado según sustenta el estudio cubano, cabe recalcar que no obtuvieron una respuesta deseada de dicho estudio pero sí lograron modificar la intensidad de la clínica.

- El estudio realizado en México (2010) en su trabajo “Evolución de las gonartrosis tratadas con electroacupuntura”. El cual compara efectos analgésicos producidos por la electroacupuntura y los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), en dicha investigación se puede medir como altamente efectiva la electroacupuntura respecto a los AINE demostrando la justificada razón por la que los participantes de la presente investigación tan solo el 29% del total de la muestra toma medicamentos recetados como Naproxeno el cual en reiteradas ocasiones se menciona entre los participantes.
- Por medio del presente estudio se pudo conocer la calidad de vida de las personas con gonartrosis asistentes a la única Parroquia de Chucuito, las cuales al momento del estudio tenían una percepción “Mala” de su calidad de vida empleando el cuestionario de salud SF-36, sin embargo su validez fuera de los límites señalados, se verían afectados debido a que se encuentra enfocado en una población aislada. La información encontrada constituye un aporte importante al conocimiento científico, debido que se trataría del primer estudio realizado en la población de Chucuito con el cuestionario de salud SF-36.

4.3. Conclusiones

- Se concluye con respecto al objetivo general y con los resultados presentados anteriormente que del total de los adultos de la muestra que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz –Chucuito, al momento del estudio presentaron una “Mala” percepción de calidad de vida en términos del cuestionario de salud SF-36, esto se debería al bajo puntaje obtenido primordialmente en el Componente de Salud Física.
- En base a los resultados se puede concluir la edad promedio de la muestra es de 64 años, según la clasificación etárea, predominó el grupo conformado por adultos entre los 50 a 59 años con un 40%, aumentando las posibilidades que permitió ver a no solo jubilados, también a personas con actividades lucrativas y gran número de amas de casa.
- Con los resultados presentados se demostró que el sexo femenino dominó con un 79% del presente estudio del total de la muestra, en su mayoría amas de casa con el 57%, lo cual se debería a los cambios hormonales ocurridos en la menopausia, evidenciando que gran parte de las amas de casa se encuentran padeciendo gonartrosis de grado I al momento del estudio.
- Los resultados del estudio concluyeron que la hipertensión se presenta con una mayor tendencia con un 50% del total, dominando como patología asociada al momento del estudio.

- Se concluye que en términos del cuestionario de salud SF-36, un 55% del total de la muestra perciben su salud actual como “Regular” al momento del estudio, esto se debería al gran impacto de la enfermedad en sus vidas.
- De los adultos que no consumían fármacos para la artrosis son el 71% del total de la muestra, la mayoría refería como excusa un dolor que se podía sobrellevar, en el caso de los que sentían mucho dolor preferían otra estrategia terapéutica, mostrando gran desconfianza por el tratamiento farmacológico.
- De los adultos con un total de la muestra manifiesta con un 42%, que padece de gonartrosis “Menos de 5 años” diagnosticada, llegando a la conclusión que no es mayor debido que muchos adultos esperan que el dolor sea muy intenso para asistir a consulta; Si bien el grado de artrosis que predomina en el estudio con un 54 % es el grado I, muchos pacientes llevan con este diagnóstico más de 10 años, esto también debido a la disociación clínico-radiológica.
- Con respecto a los resultados presentados en el componentes de salud física (CSF) con 44 puntos y el componente de salud mental (CSM) con 49 puntos se encuentra puntajes por debajo de los 50 puntos, que se debería al bajo puntaje obtenido en el componente físico debido a la gonartrosis presente en cada uno de los participantes, concluyendo como mala la percepción de la calidad de vida de los adultos con gonartrosis al momento del estudio.

- Las dimensiones que se vieron más favorecidas con puntajes altos son la Vitalidad (VT) y Salud Mental (SM) con 53 y 56 respectivamente, se concluye que tomando en cuenta que la gran parte de la muestra son personas muy activas socialmente participando en diversos grupos parroquiales influirían en estas dos dimensiones.
- Las dimensiones menos favorecidas por el grupo son la salud general (SG) y el Rol Emocional (RE) los cuales no sobrepasaron los 50 puntas con un puntaje de 41 para ambos, una explicación que se puede formar es debido al ritmo de vida de la mayoría que consta de actividades grupales limitando actividades tanto con sus grupos de amigos cercanos como con familiares y su desempeño dentro de sus patrones sociales.

4.4. Recomendaciones

- Se sugiere el seguimiento de la investigación tomando en cuenta los factores culturales y propios del sector en futuras investigación con el fin destacar los resultados del fenómeno observado.
- Se recomienda que el presente estudio se utilice para motivar e incentivar la curiosidad investigadora en el sector de Chucuito del cual no se encontró registro de estudios, y así proporcionar a la población recursos en la prevención y promoción de diversas patologías crónicas que aqueja a su población, así como investigaciones completas enfocadas en acciones terapéuticas.
- Es importante la puesta en marcha de un programa que ayude tanto a la información del paciente como de la familia, así como disminuir la velocidad de la degeneración de la gonartrosis, debido a que no hay una atención en modificar factores que incurre el adulto en su vida diaria.
- Se sugiere la evaluación minuciosa de los diagnósticos en la muestra del estudio para poder brindar un certero diagnóstico que permita clasificar mejor los grados de gonartrosis, garantizando el éxito del tratamiento que se brinde.
- Fomentar que las casas de estudios lleven ayuda psicológica y se presten a guiar programas de bienestar social de manera permanente en a los pobladores de Chucuito afectados por problemas de salud crónicos.

- Se sugiere que los pacientes que pertenezcan al grupo de adultos mayores , sean favorecidos con registros clínicos geriátricos para poder atender las demandas de las enfermedades que presentan más carga económica para la comuna, interviniendo en la prevención así como atenerse a una mayor repercusión en el futuro.
- Se sugiere tomar medidas por la alta prevalencia de hipertensión arterial en los adultos y el sobrepeso que presentan, referidos dentro de los resultados de la presente investigación.
- Actualizar la guía para el manejo de la artrosis en adultos mayores evitando la centralización en este caso de Callao cercado, buscando una línea terapéutica más integradora, multidisciplinaria y pareja para toda su población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Belmonte M, Beltrán J, Lema J. Artrosis. En: Belmonte M, Castellano J, Román J, Rosas J. Actualización Sociedad valenciana Reumatología. Valencia: Ibáñez y Plaza S.A.; 2013. p.705.
2. Solis U, Hernández I, Prada D, De Armas A. Evaluación de la capacidad funcional en pacientes con osteoartritis. Rev. Cub de Reu. 2014; 16(1):23-24.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. Estrategias en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas. Madrid: Ministerio de sanidad; 2014.
4. Comisión Europea de salud. Afecciones musculoesqueléticas. Eur J Phys Rehabil Med [internet] 2017 [citado el 10 de Enero del 2017]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/major_chronic_dses/diseases/musculoskeletal_en
5. Benito P, Cupeiro R, Calderón F. Ejercicio Físico como terapia no farmacológica en la artrosis de rodilla. Reumatol Clin [internet] 2010 [citado 20 de Febrero de 2017]; 6(3):153-160. Disponible en : <http://www.reumatologiaclinica.org/es/ejercicio-fisico-como-terapiaX09001272>
6. Dr. Vidal L, Dr. Chávez J, Dr. Quevedo H, Dr. Castañeda L. Editores .Bases y principios, Reumatología. 1ª ed. Lima, Perú: Boehringer Ingelheim; 1993.

7. Dr. Lavalle C. Osteoartritis. Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex [internet] 2010.[citado 10 de Enero 2017];(4):1-20.Disponible en :http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2010/06_jun_2k10.pdf
8. Ministerio de salud del gobierno de Chile .Guía clínica 2009 tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y rodilla, leve, moderada. Chile: Subsecretaría de Salud Pública; 2009.
9. Valera L. Perfil del adulto mayor Perú- INTRA II 2004.Desarrollando respuestas integradas del sistema de salud para la población en rápido envejecimiento INTRA II-Perú .Lima: Ministerio de Salud; 2004.
10. Ruiz L, Campos M, Peña N. Situación socio-familiar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006. Rev Perú Med Exp [Internet] 2008 [citado 20 Oct. 2016]; 25(4):374-375.Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v25n4/a05v25n4.pdf>
11. Harris E, Budd R, Firestein G, Genovese M, Sergent J, Rubby S, et al. Kelley Tratado de Reumatología.7ªed. Madrid, España: Elsevier España S.A.; 2006.
12. Reyes A. M, Almora W, Ortega R. M, Cuello A. Efectividad del tratamiento termal en pacientes con gonartrosis. Atención de enfermería. Rev Cubana Enfermer [internet] 2002 [citado 22 de Febrero de 2017] ;18(1):6-23.Disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0

13. H Hernández D, Molinero C, De Armas A, García V, Hernández A. Rasgos demográficos de la osteoartritis de rodilla. Rev Cub Reumatol [internet] 2015 [citado 22 de Febrero de 2017] ; 17(1):32-39 .Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcur/v17n1/rcur06115.pdf>
14. Velásquez A, Cachay C, Munayco C, Poquioma E, Espinoza R, Seclén Y. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú. 1ª ed. Lima-Perú: Ministerio de salud; 2009.
15. Mas X. Definición, etiopatogenia, clasificación y formas de presentación. Aten Primaria [internet] 2014 [citado 22 de Febrero de 2017] ; 46 Supl 1:32-39. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revistapresentacion-S020037X>
16. Cruz Y, Hernández I, Montero B. Comportamiento clínico epidemiológico de la osteoartritis en pacientes femeninas. R CuR [internet] 2014 [citado 22 de Febrero de 2017]; 16(2):90-96.Disponible en : <http://scielo.sld.cu/pdf/rcur/v16n2/rcur04214.pdf>
17. Bernad M. Situación actual de los SYSADOA en España. Reumatol Clin [internet] 2016 [citado 17 de Febrero de 2017] ; 12(4):181-183.Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/situacion-actual-los-sysadoa-esp00067/>
18. Jiménez P, Meléndez A. Efectos contradictorios del Tai Chi Chuan sobre la osteoartrosis de rodilla. Apunts Med Esport [internet] 2016 [citado 12 de

Febrero de 2017] ; 48(180):123-130.Disponible en:
<http://www.raco.cat/index.php/Apunts/article/viewFile/271153/358796>

19. Espinosa R.; Pérez M. Existen los fármacos modificadores en la osteoartritis. Reumatol Clin [internet] 2007 [citado 25 de Febrero de 2017] ; 3 Supl :39-43 .Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/existen-60/>
20. Peña A., Fernández C. Prevalencia y factores de riesgo de la osteoartritis. Reumatol Clin. [Internet] 2007 [citado 25 de Febrero de 2017] ; 3 Supl 6: 6-12.Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/prevalenciste1157/>
21. Bernad M.; Actualización en artrosis .Barcelona: Sanidad y Ediciones, S. L.; 2007.
22. Rodríguez J, Palomo V, Bartolomé S, Hormillos M. Osteoartrosis. En: Alcocer A. Tratado de Geriátría para Residentes .Madrid: International Marketing & Communication S.A.; 2006. p. 689-696.
23. Gutfraind E. La Artrosis. En: Actualización en Reumatología .Buenos Aires: mv Comunicación & Marketing; 2001.p.13-50.
24. Rodríguez C, González A. Genética de la artrosis .Reumatol Clin [internet] 2015 [citado 27 de Febrero de 2017] ; 311(1):33–40.Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/genetica-artrosis/articulo/14001>

25. Sánchez M. Artrosis. Etiopatogenia y Tratamiento. An Real Acad Med Cir Vall [internet] 2013 [citado 27 de Febrero de 2017]; (50):181-203.Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4820759>
26. Salveraglio C, Moyano M. Principios de Reumatología Clínica .En: Cátedra de Reumatología .Montevideo-Uruguay: Clínica Médica B; 2003.p.135-153.
27. Nieto E. Manejo medico de la osteoartrosis con glucosamina y condroitin sulfato. Rev Arg Reumatol [internet] 2014 [citado 26 de Febrero de 2017] ; 25(3): 32-38 .Disponible en: http://www.revistasar.org.ar/revistas/2014/numero_3/actuali2.pdf
28. Bennell K, Hunter D, Hinman R. Tratamiento de la Artrosis de Rodilla. Intra Med [internet] 2009 [citado 26 de Febrero de 2017] ; 17(4):3-7 .Disponible en: <http://www.intramed.net/log.asp?retorno=/conte>
29. Molina J. Fundamentos de medicina, Reumatología. 7ª ed. Medellín, Colombia: CIB; 2012.
30. Dr. Contreras. Osteoartrosis. Reumatol Clin. [internet] 2015 [citado 23 de Febrero de 2017] ; 3 Supl: 1-7.Disponible en: <http://medicina-ucr.com/quinto/wp-content/uploads/2015/04/2.-Osteoartrosis.pdf>
31. Longo D, Kasper D, Jameson L, Fauci A, Hauser S, Loscalzo J. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18ª ed. New York: McGraw-Hill; 2012.

32. Sánchez J, López D. Fisiopatología celular de la osteoartritis: el condrocito articular como protagonista. *Iatreia* [internet] 2011 [citado 26 de Febrero de 2017]; 24(2):167-168. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180522556008>
33. Dr. Álvarez A, Dr. Casanova C, Dra. García Y. Fisiopatología, clasificación y diagnóstico de la osteoartritis de rodilla. *Rev Cubana Ortp y Traumatol* [internet] 2004 [citado 26 de Febrero de 2017] ; 18(1):41-46. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ort/vol18_1_04/ort08104.htm
34. Bustos R, Marino I, Romero V, Mendoza F, Lara J, De La Garza S. Análisis Histopatológico del Cartílago Articular Expuesto a Metilprednisolona, Ropivacaína y Ácido Hialurónico en un Modelo Animal de Osteoartrosis. *Int J Morphol* [internet] 2014 [citado 23 de Febrero de 2017] ; 32(4):1199-1206. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-900013
35. Dr. Wainstein E. Patogénesis de la artrosis. *Rev. Med. Clin. Condes* [internet] 2014 [citado 22 de Febrero de 2017] ; 25(5) 723-727. Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista
36. Mamani C, Ramírez T. Osteoartrosis. *Rev Med Act Clin* [internet] 2012 [citado 26 Febrero de 2017]; 17(1):829-833. Disponible en: <http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682010004>

37. Dra. Prodanov A. Osteoartrosis: etiopatogenia y tratamiento. Farm Hosp. 2010; 5(4):67-73.
38. Álvarez B. Artrosis, todo lo que necesita saber .1ª ed. España: Libros En Sed; 2005.
39. Chávez J. De la enfermedad articular degenerativa a la osteoartrosis: avances en el conocimiento de su patogénesis y tratamiento. Rev. Perú Reum [internet] 2010 [citado 28 Febrero de 2017] : 4(2):77-1.Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/reuma/v04_n2/enfermedadart.htm
40. Dr. Paolasso A. Artrosis ocupacional y postraumática. Empresalud [internet] 2006 [citado 28 Febrero de 2017] : 48(29):24-27.Disponible en: <http://trabajosdrpaolasso.com/libros/ARTROSIS-OCUPACIONAL.pdf>
41. Unidad de atención médica, coordinación de unidades medicas de alta especialidad división de excelencia clínica. Prevención, Diagnóstico y tratamiento de Rehabilitación en el paciente con osteoartrosis de rodilla en los tres niveles de atención. México: Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social. 2014
42. Morgado A, Pérez C, Moguel F, Pérez J, Torres M. Guía de manejo clínico de la artrosis de cadera y rodilla. Rev Soc Esp [internet] 2005 [citado 22 Febrero

- de 2017] ; 12 (5): 289-302. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-00500006
43. Pérez M. Artritis y artrosis, Clínica y tratamiento. Farm Catalana [internet] 2003 [citado 28 Febrero de 2017] ; 17(11):50-54. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profsis-13056238>
44. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Manejo del dolor crónico en osteoartritis. Argentina: Ministerio Publico; 2016.
45. Martínez R. Osteoartritis (artrosis) de rodilla. Rev Chil Ortop Traumatol [internet] 2015 [citado 25 Febrero de 2017] ; 56(3):45-51. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-ortopedia>
46. Gómez M, Sabeh E. Calidad de vida, evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. España: INICO; 2001.
47. Dra. Góngora Y, Dr. Friol J, Dra. Rodríguez E, Dr. Gonzales J, Dra. Castellano M, Dr. Acosta R. Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de cadera y rodilla. Centro Nacional de Rehabilitación "Julio Díaz ".Rev. Cub de Reu [internet]. 2006 [citado 04 de Febrero. 2017] ; 7(9) : 10. Disponible en: http://www.socr/bvrmlg_revista_electronica/v8_n9y_2006/calidad_vida.pdf.

48. Fenco M. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión 2010. [Tesis Doctoral].Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
49. Urzúa A, Caqueo A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Depto. De filosofía y psicología. Universidad de Tarapacá, Chile. Terapia psicológica [internet] 2012 [citado 08 de Sept. 2016] ; 30(1):61-71.Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-4808000100006
50. Varela L. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev Peru Med Exp Salud Publica [internet] 2016 [citado 27 Febrero de 2017] ; 33(2):199-201. Disponible en: <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.phppp/article/view/2196/2156>
51. Manrique B. Calidad de vida relacionada con la salud y esperanza en adulto mayores residentes del hogar geriátrico de lima metropolitana [Tesis doctoral].Lima, Perú: Universidad Nacional de San Marcos; 2014
52. Ruvalcaba N, Salazar J, Fernández P. Indicadores sociales, condiciones de vida y calidad de vida en jóvenes mexicanos. Rev Iberoam [internet] 2012 [citado 24 Febrero de 2017] : 5(1): 71-80 .Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130140611001082>
53. Rodríguez C, Martín A, Frades B, París M, Martínez I, Forjaz M. Calidad de vida y estado de salud en personas mayores de 60 años con demencia institucionalizadas. Rev Esp [internet] 2015 [citado 22 Febrero de 2017] ;

89(1): 51-60 .Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000100012

54. Dr. Pérez O. Calidad de vida en pacientes con artrosis de rodilla en el primer nivel de atención.[Tesis Doctoral]. Zacatecas, México: Universidad Autónoma de México; 2007.
55. Pansza E. Espacios abiertos y calidad de vida en conjuntos habitacionales organizados en condominios.[Tesis].Chihuahua, México: Universidad de Colina; 2007.
56. Prada D, Hernández C, Gómez J, Armenteros III R, Reyes Y, Solís U, Molinero C. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología .Rev. Cub. De Reu [internet] 2015 [citado 20 Febrero de 2017] ; 17(1): 48-60 .Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18100008
57. Bisbe M, Santoyo C, Segarra T. Fisioterapia en Neurología, procedimiento para restablecer la capacidad funcional .1ª ed. Madrid-España: Editorial Médica Panamericana. S.A.; 2012.
58. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y Enfermería [internet] 2003 [citado 26 Febrero de 2017] ; 9(2): 8-21 .Disponible en: <http://www.scielo.cl/scieloxt&pi0717-955000200002>

59. Schalock R.; Verdugo M. El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. Siglo Cero: Siglo Cero [internet] 2007 [citado 10 de Febrero 2017]; 38(4) :21-36.Disponible en: http://www.plenaincl/files/224_articulos2.pdf
60. Mañós F, coordinador. Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo, la toma de decisiones para el desarrollo de su proyecto de vida. Madrid, España: IMSERSO S.A.; 2011.
61. Verdugo M. A. Autodeterminación y calidad de vida de las personas con discapacidad, propuestas de actuación Int J Clin Health Psychol [internet] 2004 [citado 25 Febrero de 2017] ; 42(1): 2-17 .Disponible en: <http://inico.usal.es/v4/miguel-angel-verdugo-alonso.aspx>
62. Abay .Primer panel de indicadores de calidad de vida de personas con discapacidad intelectual en Aragón .Madrid: Analistas Económicos y Sociales; 2013.
63. López J, Manghi D, Olguin L, Monterrey C. Calidad de vida y experiencias de inserción laboral en Valparaíso: percepciones de personas con discapacidad intelectual y su mesosistema. Rev Enferm [internet] 2006 [citado 25 Febrero de 2017] ; 19(2): 107-124 .Disponible en:<http://revistas.userena.cl/index.php/teduacion/article/view/450>

64. Verdugo M.A, Rodríguez A. Guía de Intervención y Apoyo a Familias de Personas con Discapacidad. CIRDIS [internet] 2011 [citado 26 Febrero de 2017] ; 22(2): 107-124 .Disponible en: <http://www.pasoapaso.com.ve/index.php/paso-a-paso-e-boletin/icas-sept-2015>
65. Castro L, Casas A, Sánchez S, Vallejo V, Zúñiga D. Percepción de la calidad de vida en personas con discapacidad y su relación con la educación. Estudios Pedagógicos [internet] 2016 [citado 22 Febrero de 2017] ; 42(2): 39-49 .Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid00003
66. Morocho I, Ceballos I, Fillat Y. Modelo en calidad de vida en salud aplicada en AVIFES. Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. 1ª ed. España: Xertatu ADI; 2014.
67. Grupo de PCP de ANFAS. Planificación centrada en la persona.1ª ed. Navarra: Edita ANFAS; 2012.
68. Verdugo M.A, Vicent C. El significado de la calidad de vida.[Internet] 2004 [citado 28 Febrero de 2017] ; 45(1): 21-25 .Disponible en: <https://es.scribd.com/document/3233142/El-Significado-de-La-Calidad-de-Vida>
69. Arellano A, Peralta F. Calidad de vida y autodeterminación en personas con discapacidad. Valoraciones de los padres. Rev. Iberoam. Educ [internet] 2013

- [citado 25 Febrero de 2017] ; 63(2): 145-160 .Disponible en:
http://www.academia.edu/5461739/Arellano_A._y_Peralta_F._2013_padres
70. Bayarre H. Calidad de vida en la tercera edad y su abordaje desde una perspectiva cubana. Rev. cub salud pública [internet] 2009 [citado 24 Febrero de 2017] ; 35(4): 110-116 .Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-346620000010
71. Dapuetto J. Calidad de vida, marco conceptual, Operacionalización y aplicaciones clínicas. 1ª ed. Montevideo-Uruguay: Unidad de comunicación de la Universidad de la Republica (UCUR); 2013.
72. Ardila R. Calidad de Vida: Una definición integradora. Rev. Latinoam. psicol.2003; 35(2):161-164.
73. Sarabia C. Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento.[Internet] 2009 [citado 25 Febrero de 2017] ; 20(4): 172-174 .Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pi8X2009000400005
74. Dra. García C. El bienestar psicológico: Dimensión subjetiva de la calidad de vida. Rev Electron psicología Iztacala.[Internet] 2005 [citado 22 Febrero de 2017] ;8(2): 1-20 .Disponible en:
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/19260/18262>

75. Ferriols L, Almiñana A, Gil M. Calidad de vida en oncología clínica. Farm Hosp [internet] 1995 [citado 27 Febrero de 2017] ; 19(6): 315-322 .Disponible en: http://www.sefh.es/revistas/vol19/n6/315_322.PDF
76. Capote E, Dra. Casamayor Z., Dr. Castañer C. Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. Rev Cubana Med Mil [internet] 2012 [citado 25 Febrero de 2017] ; 41(3): 237-247. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01300003
77. Higueta L, Cardona J. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud del adolescente. Hacia promoc salud [internet] 2015 [citado 20 Febrero de 2017] ; 20(2): 27-42. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-6557201200003
78. Espejo L, Cardero M, CaroB, Téllez G. Efectos del ejercicio físico en la funcionalidad y calidad de vida en mayores institucionalizados diagnosticados de gonartrosis. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet] 2012 [citado 19 de Febrero 2017]; 47(6):262-265. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-efectos-del-ejercicio-fisico>
79. Dra. Rojas S. Factores de riesgo asociados a la presencia de artrosis en sujetos mayores de 50 años de la comunidad de Chuma. Scientifica [internet] 2014 [citado 16 de Enero de 2017]; 12 (1): 2313-7843. Disponible en: <http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S1813-00542014>

80. Rodríguez C, Cruz P, Gámez A, Cruz Y, Blanco S, Pérez I, et al .Efectividad del lisado plaquetario en el tratamiento de la osteoartritis de rodilla. Rev Cub Med [internet] 2014 [citado 22 de Febrero 2017];16 Suppl 1 ; 365-372.Disponible en: http://scielo.sld.hp?script=sci_abstract&pid=S1817-599620
81. Almeyda L, Sánchez R, Lizcano F, Grenier E. Evolución de las gonartrosis tratadas con electroacupuntura. Rev Int Acupuntura [internet] 2010 [citado 19 de Enero de 2017]; 4(1):59-63. Disponible en:<http://www.elsevier.es/pt-revista-revista-internacional-acupu0156>
82. Coronado J, Díaz C, Apolaya M, Manrique L, Arequipa J. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. Acta Med Per[internet] 2009 [citado 19 de Febrero de 2017]; 26(4):11. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172009000400008&script=sci_arttext
83. Pino M, Bezerra F, Portela J. Calidad de vida en personas mayores. Apuntes para un programa de educación para la salud. Revista de Investigación en Educación [internet] 2009 [citado 22 Febrero de 2017] : 13(6): 70-78. Disponible en: <http://reined.webs.uvigo.es/ojs/index.php/reined/article/view/54>
84. García M. A, Mansilla J, Nieto E, Cereto S, Vallejo M, Martínez J. Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes infectados por VIH medida por el Cuestionario de Salud SF-36. An Med Interna [internet] 2001 [citado 20

Febrero de 2017] ; 18(2): 74-79 .Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v18n2/original4.pdf>

85. Universidad Complutense de Madrid. Proyecto de apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica. [Internet]1999 [citado 20 Febrero de 2017]; (2):1-2
Disponibile en:
<http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psevalu02006/INSTRUMENTOS>

86. Páez D. Psicología de la Salud: Social. Euskal Herriko Unibertsitatea [internet] 2015 [citado 23 Enero de 2016]; 34(2):1-94 Disponible en:
[http://www.ehu.eus/docCuaderno+Psicolog%C3%ADa+de+la+Salud+2015+\(1\).pdf](http://www.ehu.eus/docCuaderno+Psicolog%C3%ADa+de+la+Salud+2015+(1).pdf)

87. García H, Vera C, Lugo L. Calidad de vida relacionada con la salud en Medellín y su área metropolitana, con aplicación del SF-36. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [internet] 2013 [citado 20 Febrero de 2017] ; 32(1): 26-39 .Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n1/v32n1a04.pdf>

88. García M. A, Santibáñez M. Soriano G. Utilización de un cuestionario de salud percibida (SF-36) en vigilancia de la salud de los trabajadores. Arch Prev Riesgos Labor [internet] 2004 [citado 27 Febrero de 2017] ; 27(3): 88-98
Disponibile en: http://www.archivosdeprevenciw_docpd=2&i=1345

89. Grao C. EL Perfil de salud de Nottingham y el cuestionario de salud SF-36 como instrumentos de medida de la calidad de vida en mujeres gestantes.[Tesis Doctoral] .Valencia: Servei de Publicacions; 2007.
90. Dirección general de planeación del Estado de baja California. Cuestionario de Salud SF-36.México: Secretaria de salud; 2008.
91. Dr. Ruelas E .Cuestionario de salud SF-36 .Rev. Salud [internet] 2006 [citado 23 Febrero de 2017] ; 8(2): 1-6 .Disponible en: <http://www.users/Usuario/Desktop/Nuevo%20sf/%20REB/dimensiones>
92. Pacci C, De la Cruz C, Alzamora A, Nureña L, Olórtegui A, Fernández R. Impacto de la rehabilitación cardiaca en la calidad de vida de los pacientes del Instituto Nacional Cardiovascular del Perú. Rev peru epidemiol [internet] 2011 [citado 23 Febrero de 2017] ; 15(1): 1-4 .Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/epidemiologia/v15_n2/pdf/a10.pdf
93. Lugo L, García H, Gómez C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública [internet] 2006 [citado 23 Febrero de 2017] ; 24(2): 37-50 .Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v24n2/v24n2a05.pdf>
94. Vera P, Silva J, Celis K, Pavez P. Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala salud mental. Rev Med Chile [internet]

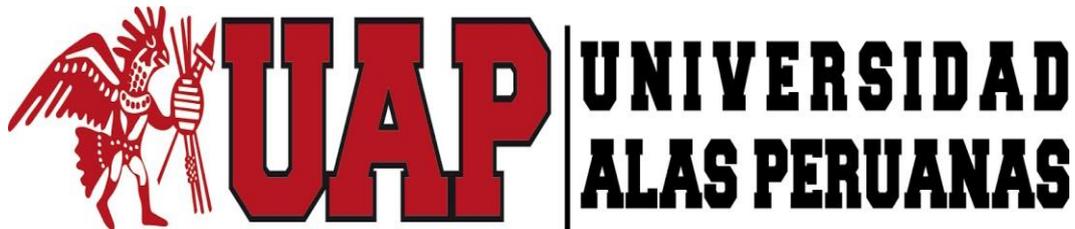
- 2014 [citado 25 Febrero de 2017] ; (142): 1275-1283 .Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-988720147&script=sci_arttext
95. Martín F, Reig A, Sarró F, Ferrer R, Arenas D, González F, Gil T. Evaluación de la calidad de vida en pacientes de una unidad de hemodiálisis con el cuestionario Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF). Diálisis y Trasplante. [Internet] 2004 [citado 23 Febrero de 2017] ; 25(2): 79-92 .Disponible en: http://www.sedyt.org/revistas/2004_252/2502_079_o_martin.pdf
96. Arostegui I.; Núñez V. Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form–36. Estadística Española.[Internet] 2008 [citado 25 Febrero de 2017] ; 50(167): 147-192 .Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2593867>
97. SECOT, Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y traumatología, Manual de cirugía Ortopédica y traumatología. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2010.
98. Trujillo W, Román J, Lombard A, Remior E, Arredondo O, Martínez E, Jova Y. et al. Adaptación del cuestionario SF-36 para medir calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores cubanos adaptación. Revista Cubana de Salud y Trabajo.[Internet] 2014 [citado 25 Febrero de 2017] ; 15(1): 62-706 .Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol15_1_14/rst10114.htm

99. Vilaguta G, Valderasa J, Ferrera M, Garina O, López E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Med Clin (Barc)* [Internet] 2008 [citado 25 Febrero de 2017]; 130(19): 726-735 .Disponible en: <http://www.elsevier.-articulo-interpretacion-los-cuestionarios-alud-sf-36-13121076>
100. Vilaguta G, Ferrera M, Rajmilb L, Rebolloc P, Permanyer G, Quintanae J.et al. El Cuestionario de Salud SF-36: Una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* [internet] 2005 [citado 27 Febrero de 2017] ; 19 (2): 135-150 .Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/gs/v19n2/revision1.pdf>
101. Puche R. El índice de masa corporal y los razonamientos de un astrónomo. *Rev. san. aeronaut., B. Air.* [Internet] 2005 [citado 24 Febrero de 2017] ; 26 (65): 361-365 .Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v65n4/v65n4a16.pdf>
102. Argente H, Álvarez M. *Semiología Médica Fisiopatología, Semiotecnia y Propedéutica. Enseñanza - aprendizaje basada en la persona. 2ª ed.* España: Editorial Médica Panamericana; 2008.
103. Dr. Yupanqui H. Evaluación y clasificación de la obesidad. En: Dr. Yupanqui H. *Adulto Mayor. 2ª ed.* Colombia; 2015.p.26-31.
104. Jiménez A. *Entrenamiento personal: bases, fundamentos y aplicaciones.* España: INDE publicaciones; 2005.

105. Contreras M, Palomino C. Elaboración y mantenimiento de infantómetros y tallímetros de madera. 3ª ed. Lima: Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud, UNICEF; 2007.
106. Frederik Vogel. Manual Seca 876. Hamburg: Geschäftsführer Technik; 2015.
107. Aguilar L, Contreras M, Canto J, Vílchez D. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta. 1ª ed. Lima-Perú: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud; 2012.
108. Contreras M. Tabla de valoración nutricional según IMC adultas/os [folleto]. Lima: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud; 2012.
109. Dr. Velázquez O, Dr. Lara A, Dr. Tapia F, Romo L, Carrillo J, Colín M. Manual de procedimientos, Toma de Medidas Clínicas y Antropométricas en el Adulto y Adulto Mayor. 2ª ed. México: Subsecretaría de Salud I.N.T.; 2002.
110. Contreras M, Valenzuela R. La medición de la talla y el peso: guía para el personal de la salud del primer nivel de atención. Lima: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud; 2004.

ANEXOS

ANEXO N° 1



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: “CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS CON GONARTROSIS QUE ASISTEN A LA PARROQUIA CRISTO DE LA PAZ-CHUCUITO EN LA PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO, 2017”

Introducción

Siendo egresada de la universidad Alas Peruanas, declaro que en este estudio se pretende conocer la calidad de vida en adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz –Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, para lo cual Usted está participando voluntariamente. Para tal efecto se le realizará un cuestionario de Salud Short Form – 36 que consta de 36 ítems y el llenado de una ficha de recolección de datos.

Riesgo

No hay riesgo para usted ya que no se realizará ninguna evaluación física o clínica que comprometa su integridad, solo se realizara el respectivo llenado del cuestionario y la ficha.

Beneficios

Los resultados obtenidos serán aplicados en la estadística del presente trabajo de investigación para poder relacionar la capacidad funcional y la calidad de vida estudiadas en el trabajo de investigación.

Número de Participantes

Este es un estudio a nivel local el cual participan como un mínimo de 156 personas voluntariamente.

¿Por qué se me invito a participar?

Su participación en el trabajo de investigación es porque usted forma parte de la población de personas que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz –Chucuito de en la Provincia Constitucional del Callao y se encuentra con el diagnóstico de artrosis de rodilla necesaria para el estudio.

Donde conseguir información

Si Ud. Tiene alguna pregunta o duda, gustosamente serán absueltas o si deseas algún tipo de información adicional favor comunicarse con la Bachiller Eimmy Pinday Hernani al teléfono fijo 4201373 o celular 986067183 también puede escribir al correo pinday44@hotmail.com donde con mucho gusto serán atendidos.

Yo....., en pleno uso de mis facultades mentales, consiento por el presente, se me realice la entrevista y reconozco participar en el proyecto de investigación. Doy consentimiento para el almacenamiento y conservación de la información, para revisiones posteriores. Se me ha explicado la naturaleza y el objetivo del presente estudio, afirmo que estoy satisfecho(a) con las explicaciones y las he comprendido.

Callao.....de.....de 2017

Firma del Participante.....

DNI:.....

ANEXO N° 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS CON GONARTROSIS QUE ASISTEN A LA PARROQUIA CRISTO DE LA PAZ-CHUCUITO EN LA PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO, 2017”

DATOS PERSONALES

Apellido paternos

Apellido materno

Nombres(s)

Edad: _____

Sexo: Femenino Masculino

Ocupación: Ama de Casa Oficinista

Obrero Jubilado

Peso actual: ____KG Estatura: _____ IMC=P/E ⁽²⁾ =

(Bajo Peso <18.5) (Peso Normal 18,5-24.9) (Sobre peso 25-29.9)

(Obesidad tipo I 30-34.9) (Obesidad tipo II 35-39.9) (Obesidad tipo III ≥ 40)

ANTECEDENTES PERSONALES

➤ Patologías Asociadas

Diabetes

Hipertensión Arterial

Enfermedades al corazón

Gastritis

Otras (especifique) _____

En relación a con su rodilla

➤ ¿Consumes Fármacos? Si No

➤ Tiempo de evolución de la enfermedad (artrosis):

✓ Menor a 5 años

✓ Menor de 10 años

✓ Menor de 15 años

✓ Menor de 20 años

✓ Mayor a 20 años a más

➤ Grado de la artrosis que usted presenta:

Grado I

Grado II

Grado III

Grado IV

ANEXO N° 3

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 VERSIÓN 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 usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está segura de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

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

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

Actividades	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No me limita
a. Esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)	1	2	3
b. Esfuerzos moderados (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora)	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g. Caminar 1 kilómetro o más	1	2	3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

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

Actividades	Sí	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus Actividades cotidianas?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (p.ej. costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante las 4 últimas semanas ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún

problema emocional (estar triste, Deprimido o nervioso)?

Actividades	Sí	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún Problema emocional?	1	2
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2

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

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

7. ¿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

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

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

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que más se

parezca a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo...

Actividades	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. Se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. Estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. Se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?	1	2	3	4	5	6
d. Se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. Tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. Se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g. Se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h. Se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

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

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

11. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases:

Actividades	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
b. .Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

ANEXO N°4

DEUTSCHER KALIBRIERDIENST DKD Kalibrierlaboratorium / Calibration laboratory Akkreditiert durch die / accredited by the Akkreditierungsstelle des Deutschen Kalibrierdienstes															
		<table border="1"> <tr><td>B-60</td></tr> <tr><td>DKD-K-11801</td></tr> <tr><td>10-01</td></tr> </table>	B-60	DKD-K-11801	10-01										
B-60															
DKD-K-11801															
10-01															
Älteste europäische Feinwaagen und Gewichtefabrik seit 1844 Oldest European Manufacturer of Precision Balances since 1844															
Kalibrierschein Calibration Certificate	Kalibrierzeichen Calibration mark														
Gegenstand Object	Präzisionswaage Precision Balance	Dieser Kalibrierschein dokumentiert die Rückführung auf nationale Normale zur Darstellung der Einheiten in Übereinstimmung mit dem internationalen Einheitensystem (SI). Der DKD ist Unterzeichner der multilateralen Übereinkommen der European cooperation for Accreditation (EA) und der International Laboratory Accreditation Cooperation (ILAC) zur gegenseitigen Anerkennung der Kalibrierscheine. Für die Einhaltung einer angemessenen Frist zur Wiederholung der Kalibrierung ist der Benutzer verantwortlich. This calibration certificate documents the													
Hersteller Manufacturer	KERN & Sohn GmbH Ziegelei 1 72336 Balingen GERMANY														
Typ Type	Seca 873														
Fabrikat/Serien-Nr. Serial number															
Auftraggeber Customer	Max Mustermann GmbH Teststr. 1 42446 Musterstadt														
Messergebnisse / Measurement results 1. Wiederholbarkeit / Repeatability															
<table border="1"> <tr> <td>Messung</td> <td>Prüflast</td> <td>Waagenanzeige</td> </tr> </table>	Messung	Prüflast	Waagenanzeige												
Messung	Prüflast	Waagenanzeige													
Prüfer <i>Müller</i> Datum/Unterschrift <i>17.06.99 Müller</i>															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Autor</th> <th>Prüfung</th> <th>Freigabe</th> <th>Dokument-Nr.</th> <th>Rev.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pl.</td> <td>17.06.99</td> <td>Ju.</td> <td>17.06.99</td> <td>Gr.</td> <td>17.06.99</td> <td>SBC-1.DS</td> <td>DO</td> </tr> </tbody> </table>	Autor	Prüfung	Freigabe	Dokument-Nr.	Rev.	Pl.	17.06.99	Ju.	17.06.99	Gr.	17.06.99	SBC-1.DS	DO		
Autor	Prüfung	Freigabe	Dokument-Nr.	Rev.											
Pl.	17.06.99	Ju.	17.06.99	Gr.	17.06.99	SBC-1.DS	DO								

ANEXO N°5

TABLA DE PESOS Y TALLAS CORRESPONDIENTES A LOS VALORES LÍMITES RECOMENDADOS DE IMC SEGÚN CLASIFICACIÓN DE LA VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA PARA PERSONAS ADULTAS*

IMC Talla (m)	CLASIFICACION							
	Delgadez		Normal	Sobrepeso	Obesidad			
	III <16	II ≥16	I ≥17	≥18,5	≥25	I ≥30	II ≥35	III ≥40
Pesos (kg) ^{1,2}								
1,35		29,1	30,9	33,7	45,5	54,6	63,7	72,9
1,36		29,5	31,4	34,2	46,2	55,4	64,7	73,9
1,37		30,0	31,9	34,7	46,9	56,3	65,6	75,0
1,38		30,4	32,3	35,2	47,6	57,1	66,6	76,1
1,39		30,9	32,8	35,7	48,3	57,9	67,6	77,2
1,40		31,3	33,3	36,2	49,0	58,8	68,6	78,4
1,41		31,8	33,7	36,7	49,7	59,6	69,5	79,5
1,42		32,2	34,2	37,3	50,4	60,4	70,5	80,6
1,43		32,7	34,7	37,8	51,1	61,3	71,5	81,7
1,44		33,1	35,2	38,3	51,8	62,2	72,5	82,9
1,45		33,6	35,7	38,8	52,5	63,0	73,5	84,1
1,46		34,1	36,2	39,4	53,2	63,9	74,6	85,2
1,47		34,5	36,7	39,9	54,0	64,8	75,6	86,4
1,48		35,0	37,2	40,5	54,7	65,7	76,6	87,6
1,49		35,5	37,7	41,0	55,5	66,6	77,7	88,8
1,50		36,0	38,2	41,6	56,2	67,5	78,7	90,0
1,51		36,4	38,7	42,1	57,0	68,4	79,8	91,2
1,52		36,9	39,2	42,7	57,7	69,3	80,8	92,4
1,53		37,4	39,7	43,3	58,5	70,2	81,9	93,6
1,54		37,9	40,3	43,8	59,2	71,1	83,0	94,8
1,55		38,4	40,8	44,4	60,0	72,0	84,0	96,1
1,56		38,9	41,3	45,0	60,8	73,0	85,1	97,3
1,57		39,4	41,9	45,6	61,6	73,9	86,2	98,5
1,58		39,9	42,4	46,1	62,4	74,9	87,3	99,8
1,59		40,4	42,9	46,7	63,2	75,8	88,4	101,1
1,60		40,9	43,5	47,3	64,0	76,8	89,6	102,4
1,61		41,4	44,0	47,9	64,8	77,7	90,7	103,6
1,62		41,9	44,6	48,5	65,6	78,7	91,8	104,9
1,63		42,5	45,1	49,1	66,4	79,7	92,9	106,2
1,64		43,0	45,7	49,7	67,2	80,6	94,1	107,5
1,65		43,5	46,2	50,3	68,0	81,6	95,2	108,9
1,66		44,0	46,8	50,9	68,8	82,6	96,4	110,2
1,67		44,6	47,4	51,5	69,7	83,6	97,6	111,5
1,68		45,1	47,9	52,2	70,5	84,6	98,7	112,8
1,69		45,6	48,5	52,8	71,4	85,6	99,9	114,2
1,70		46,2	49,1	53,4	72,2	86,7	101,1	115,6
1,71		46,7	49,7	54,0	73,1	87,7	102,3	116,9
1,72		47,3	50,2	54,7	73,9	88,7	103,5	118,3
1,73		47,8	50,8	55,3	74,8	89,7	104,7	119,7
1,74		48,4	51,4	56,0	75,6	90,8	105,9	121,1
1,75		49,0	52,0	56,6	76,5	91,8	107,1	122,5
1,76		49,5	52,6	57,3	77,4	92,9	108,4	123,9
1,77		50,1	53,2	57,9	78,3	93,9	109,6	125,3
1,78		50,6	53,8	58,6	79,2	95,0	110,8	126,7
1,79		51,2	54,4	59,2	80,1	96,1	112,1	128,1
1,80		51,8	55,0	59,9	81,0	97,2	113,4	129,6
1,81		52,4	55,6	60,6	81,9	98,2	114,6	131,0
1,82		52,9	56,3	61,2	82,8	99,3	115,9	132,4
1,83		53,5	56,9	61,9	83,7	100,4	117,2	133,9
1,84		54,1	57,5	62,6	84,6	101,5	118,4	135,4
1,85		54,7	58,1	63,3	85,5	102,6	119,7	136,9
1,86		55,3	58,8	64,0	86,4	103,7	121,0	138,3
1,87		55,9	59,4	64,6	87,4	104,9	122,3	139,8
1,88		56,5	60,0	65,3	88,3	106,0	123,7	141,3
1,89		57,1	60,7	66,0	89,3	107,1	125,0	142,8
1,90		57,7	61,3	66,7	90,2	108,3	126,3	144,4
1,91		58,3	62,0	67,4	91,2	109,4	127,6	145,9
1,92		58,9	62,6	68,1	92,1	110,5	129,0	147,4
1,93		59,5	63,3	68,9	93,1	111,7	130,3	148,9
1,94		60,2	63,9	69,6	94,0	112,9	131,7	150,5
1,95		60,8	64,6	70,3	95,0	114,0	133,0	152,1
1,96		61,4	65,3	71,0	96,0	115,2	134,4	153,6
1,97		62,0	65,9	71,7	97,0	116,4	135,8	155,2
1,98		62,7	66,6	72,5	98,0	117,6	137,2	156,8

ANEXO N° 6

Callao, 10 de Junio de 2017

Sr. Párroco
Pablo Sam Chu
Presente



Estimado Padre

Es grato dirigirme a Uds. Y presentarme como la Bachiller EIMMY MARCELL PINDAY HERNANI con D.N.I. N° 41746277 del área de terapia física y rehabilitación de la Escuela de Tecnología Médica de la Universidad Alas Peruanas, en ocasión de pretender aspirar al debido permiso para realizar el proyecto de tesis, para lo cual necesito acceso al centro parroquial, con la finalidad de obtener una herramienta fundamental que me permita desarrollar el proyecto de investigación de grado.

Es de mi interés que esta investigación se pueda desarrollar con adultos mayores de 50 años que asisten a su parroquia Cristo de la Paz. El proyecto de tesis contribuirá positivamente debido a su objetivo el cual sería conocer la calidad de vida en adultos con gonartrosis entre los asistentes de la parroquia antes mencionada.

Es importante señalar que esta actividad no conlleva ningún gasto para su parroquia. De igual manera, se entregará a los participantes un consentimiento informado donde se les invita a participar del proyecto y se les explica en qué consistirá.

Con saludos cordiales y a tiempo de agradecerles su atención a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para reiterarles mi más alta consideración y estima, y mi apoyo en lo que se me requiera.

Atentamente,

EIMMY Marcell Pinday Hernani
Investigadora
Tel.: 9986067183, pinday44@hotmail.com

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: “CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS CON GONARTROSIS QUE ASISTEN A LA PARROQUIA CRISTO DE LA PAZ-CHUCUITO EN LA PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO, 2017”

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>GENERAL</p> <p>¿Cuál es la calidad de vida en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017?</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <p>P1 ¿Cuál es la calidad de vida respecto a la edad en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017?</p> <p>P2 ¿Cuál es la calidad de vida respecto a el sexo en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017?</p> <p>P3 ¿Cuál es la calidad de vida respecto al Índice de masa corporal en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017?</p> <p>P4 ¿Cuál es la calidad de vida respecto al grado de la artrosis en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017?</p> <p>P5 ¿Cuál es la calidad de vida respecto a la ocupación en los adultos con gonartrosis que asisten a la parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017?</p> <p>P6 ¿Cuál es la calidad de vida respecto a las patologías asociadas en los adultos con gonartrosis que asisten a la parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017?</p> <p>P7 ¿Cuál es la calidad de vida respecto al consumo de fármacos en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017?</p> <p>P8 ¿Cuál es la calidad de vida respecto al tiempo de evolución de la enfermedad en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017?</p>	<p>GENERAL</p> <p>Conocer la calidad de vida en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017.</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <p>O1 Conocer la calidad de vida respecto a la edad en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017.</p> <p>O2 Conocer la calidad de vida respecto a el sexo en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017.</p> <p>O3 Conocer la calidad de vida respecto al Índice de masa corporal en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017.</p> <p>O4 Conocer la calidad de vida respecto al grado de la artrosis en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017.</p> <p>O5 Conocer la calidad de vida respecto a la ocupación en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017.</p> <p>O6 Conocer la calidad de vida respecto a las patologías asociadas en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017.</p> <p>O7 Conocer la calidad de vida respecto al consumo de fármacos en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017.</p> <p>O8 Conocer la calidad de vida respecto al tiempo de evolución de la enfermedad en los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017.</p>	<p>Calidad de vida</p> <p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>I.M.C.</p> <p>Grado de la Artrosis</p> <p>Ocupación</p> <p>Patologías Asociadas</p> <p>Consumo de fármacos</p> <p>Tiempo de Evolución de la enfermedad</p>	<p>Función Física</p> <p>Rol Físico</p> <p>Dolor Corporal</p> <p>Salud General</p> <p>Vitalidad</p> <p>Función Social</p> <p>Rol Emocional</p> <p>Salud Mental</p> <p>Números entre el 50 a 80</p> <p>Femenino Masculino</p> <p>Peso Talla</p> <p>Grado 0 Grado I Grado II Grado III Grado IV</p> <p>Ama de casa Oficinista Obrero Jubilado</p> <p>Diabetes Hipertensión Arterial Enfermedades al Corazón Gastritis</p> <p>Si No</p> <p>Menor a 5 años Menor a 10 años Menor a 15 años Menor a 20 años Mayor de 20 años a más</p>	<p>Puntaje de 0 a 100 obtenido de la encuesta SF-36.</p> <p>Documento Nacional de Identidad</p> <p>Bajo Peso Peso Normal Sobrepeso Obesidad tipo I Obesidad tipo II Obesidad tipo III</p> <p>Ficha de Recolección de Datos</p>	<p>DISEÑO DE ESTUDIO:</p> <p>Estudio descriptivo de tipo transversal.</p> <p>POBLACIÓN:</p> <p>Los adultos con gonartrosis que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017. (N=672)</p> <p>MUESTRA:</p> <p>Se pretende estudiar adultos diagnosticadas con artrosis de rodilla que fluctúan entre los 50 a 80 años y que asisten a la Parroquia Cristo de la Paz-Chucuito en la Provincia Constitucional del Callao, 2017. Conformado por N=156 personas, se utilizara el muestreo no probabilístico de tipo intencionado.</p>