BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DELEGACIONAL DE INVESTIGACION MEDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA, CHIAPAS.

TITULO:
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DEL ADULTO ADSCRITAS AL IMSS HGZ1.

FEBRERO 2024

TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

LILI ORTIZ CASTILLO

BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DELEGACIONAL DE INVESTIGACION MEDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA, CHIAPAS.

TITULO:
CALIDAD DE VIDA
EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DEL ADULTO ADSCRITAS AL IMSS HGZ1.

FEBRERO DE 2024

TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:
LILI ORTIZ CASTILLO.

DIRECTOR Y ASESOR METODOLOGICO:
DR JULIO CESAR BARRIOS AGUILAR.

BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DELEGACIONAL DE INVESTIGACION MEDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA, CHIAPAS.

TITULO:
CALIDAD DE VIDA
EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DEL ADULTO ADSCRITAS AL IMSS HGZ1.

AUTORIZACIONES:

DR RICARDO RAMOS MARTINEZ
COORDINADOR DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL

DR PAUL CONSTANTINO SANTIESTEBAN
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACION EN SALUD

IMSS
DELEGACIÓN ESTATAL EN CHIAPAS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR HECTOR ARMANDO RINCON LEON
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD

DR PEDRO SANCHEZ AYALA
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DE LA UMF 11

DRA ADRIANA PALACION STEMPREISS
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR.

AGRADECIMIENTOS

- En primer lugar, a Dios, por permitirme culminar la especialidad en Medicina Familiar.

- A mi familia, ya que sin ellos esta meta no hubiera sido posible, gracias a mis padres y hermanas por ser esa gran red de apoyo.

- A mi esposo e hija, que vivieron el día a día mi residencia médica, no dudaron en apoyarme, se adaptaron a las circunstancias de esta nueva etapa de nuestras vidas demostrando que juntos somos más fuertes.

- Por último, me agradezco por ser resiliente y por querer un mejor futuro.

GRACIAS, GRACIAS, GRACIAS...

INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN…..... (6)

MARCO TEORICO….....(8)

JUSTIFICACION ..... (20)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ..... (21)

OBJETIVOS ..... (22)

HIPOTESIS..... (23)

DISEÑO METODOLOGICO ..... (24)

PROCEDIMIENTOS ..... (25)

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS .....(26)

CRITERIOS DE SELECCION..... (28)

OPERACIÓN DE VARIABLES..... (29)

ANÁLISIS ESTADISTICO. ..... (30)

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA..... (31)

ASPECTOS ETICOS..... (32)

RESULTADOS ..... (35)

ANALISIS DE DATOS..... (43)

DISCUSIÓN…..... (59)

CONCLUSIONES…… (61)

RECOMENDACIONES.....(62)

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES…….. (63)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....(64)

ANEXOS

ANEXO 1 .....(67)

ANEXO 2 .....(68)

ANEXO 3 .....(69)

ANEXO 4 .....(70)

RESUMEN

TITULO.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DEL ADULTO ADSCRITAS AL IMSS HGZ1.

Introducción: El bienestar individual es un aspecto de gran importancia en el ser humano, la pérdida de la capacidad de trabajar, realizar actividades cotidianas y familiares las cuales puede ser ocasionada principalmente por una enfermedad progresiva como la Artritis Reumatoide, supone un gran impacto en cualquier esfera de la calidad de vida de un paciente.

Objetivo: Se determinó la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en el adulto adscritos a la consulta externa de Reumatología en el hospital general zona 1 de Tapachula Chiapas.

Material y métodos: Se realizó un estudio no probabilístico de conveniencia para los investigadores de tipo observacional y transversal con uso de medidas de tendencia central para pacientes que hayan acudido a la consulta externa de reumatología en el Hospital General de Zona No 1 Nueva Frontera del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tapachula Chiapas, durante el periodo de 01 de Marzo 2021 a 31 de Diciembre de 2022., se incluirá al 100% de la población del universo de trabajo en el tiempo especificado, donde se aplica el Cuestionario COOP/WONCA para medir la calidad de vida con un alfa de Cronbach de 0.94

Resultados. Se dio seguimiento a 43 pacientes de los cuales 41 son mujeres y 2 son hombres, el rango de edad predominante fue 54-60 años, con comorbilidades 67% cursan con Diabetes Mellitus y 33 % con Hipertensión Arterial, el tiempo de evolución de la enfermedad observada fue de 5 a 15 años con 79%, en cuanto a familia; el tipo de familia seminuclear y la desintegrada presentaron el 51.10%, la calidad de vida relacionada con la salud fue buena en 11.6%, regular en 37.2%, mala en 30.2%, muy mala en 20.9%.

Conclusiones. Se logró identificar que el grado de afección de la calidad de vida del paciente con AR es regular, así también, se observó relación con el rango de edad, tiempo de evolución de enfermedad y tipo de familia.

Palabras claves: Calidad de vida, Artritis Reumatoide, Función física., Dolor corporal.

MARCO TEORICO.

- ARTRITIS REUMATOIDE

La Artritis reumatoide se considera enfermedad crónico degenerativa, además autoinmune y sistémica de causa desconocida; el principal órgano blanco es también la membrana sinovial, se caracteriza por ser de inflamación poliarticular pero también simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, se ha estudiado además su posible compromiso sistémico estando en cualquier momento de su evolución.[1]

En la gran mayoría de los casos de AR hay relación con una predisposición genética que están relacionados con el complejo mayor de histocompatibilidad clase II. Se señala que los factores de riesgo genético no explican en su totalidad el inicio de esta patología, por lo que se han propuesto teorías que sugieren que mediante la predisposición genética, existe influencia de factores ambientales como también agentes infecciosos, entre estos se encuentra el virus Epstein-Barr, retrovirus, además parvovirus B19, virus de hepatitis C, Mycobacterium tuberculosis, Mycoplasma y proteus; los cuales además pueden ser precursores que lleguen a dar manifestación de enfermedad.[2]

Se encontró también que en esta patología se puede llegar a presentar como una inflamación autoinmune sinovial, la cual se observa por la infiltración de células inflamatorias, en donde predomina la célula T y macrófagos a la membrana sinovial, lo que la predispone a afecciones microvasculares y un ascenso de células de revestimiento sinovial e inflamación perivascular por células mononucleares, posterior a la inflamación está se observa que se extiende hacia el cartílago continuo y al hueso ocasionando así el daño articular.[2]

Se observa que la destrucción ósea-cartilaginosa, se produce muy cerca a la membrana sinovial inflamada la cual además se extiende y cubre el cartílago articular.[2]

En estadios tempranos de la enfermedad es también difícil establecer un diagnóstico ya se observa una clínica muy inespecífica. Además, la incidencia de la AR se observa de 0.6% a 1%, en donde llega a afectar a todos los grupos étnicos y normalmente se ha observado que se presenta en sexo el femenino entre la 4ta y 6ta década de la vida, aunque en edades avanzadas la diferencia de prevalencia entre ambos sexos disminuye.[2]

En un estudio clínico-epidemiológico se demostró que la Artritis Reumatoide tuvo mayor prevalencia en el sexo femenino, en color de piel se inclinó por la piel blanca y en edades medias.[3]

Se entiende que para poder establecer el diagnóstico se requiere no solo un examen clínico integral junto con una evaluación de imagen y de laboratorio (factor reumatoide y/o anticuerpos contra el péptido cíclico citrulinado además de los reactantes de fase aguda); si no que en muchas ocasiones el curso clínico de la enfermedad puede variar desde una leve molestia articular hasta observar una poliartritis crónica, dolor y deformidad articular la cual puede llegar a ser importante.[1]

La AR puede ocasionar lesión articular duradera y provocar dolor crónico, disminución de la funcionalidad e incapacidad. Se ha observado en diversos pacientes que las articulaciones mayormente afectadas llegan a ser las manos, muñecas, los hombros, codos, las rodillas, los tobillos y también los pies.[4]

En 2010 se desarrollaron los siguientes criterios, los cuales están destinados al diagnóstico precoz, en donde se señala que un paciente será clasificado de AR si la suma total es igual o superior a 6.[5]

Afectación articular	
1 articulación grande afectada	0
2-10 articulaciones grandes afectadas	1
1-3 articulaciones pequeñas afectadas	2
4-10 articulaciones pequeñas afectadas	3
> 10 articulaciones pequeñas afectadas	5
Serología	
FR y ACPA negativos	0
FR y/o ACPA positivos bajos (< 3 VN)	2
FR y/o ACPA positivos alto (> 3 VN)	3
Reactantes de fase aguda	
VSG y PCR normales	0
VSG y/o PCR elevadas	1
Duración	
<6 semanas	0
≥6 semanas	1

Como se puede observar en estos criterios se incluye la valoración de los marcadores serológicos de la AR y de los reactantes de fase aguda. En cuanto a los marcadores serológicos, se valora la presencia del factor reumatoide (FR es anticuerpo dirigido contra la fracción constante de la inmunoglobulina G) y se valora por primera vez la presencia de los ACPA (anticuerpos frente a péptidos/proteínas citrulinadas) así mismo se valoran los reactantes de fase aguda, velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína C reactiva (PCR), otorgando una puntuación distinta de aquellos pacientes con ambos marcadores negativos y aquellos que presentan positivos uno o ambos reactantes de fase aguda.

Las lesiones radiológicas típicas de la AR no se incluyen en el sistema de puntuación, ya que el hecho de presentar lesiones típicas de AR hace que el paciente sea diagnosticado directamente como afectado de AR.[5]

La resonancia magnética y la ecografía articular, no se incluyen dentro del sistema de puntuación de las poliartritis indiferenciadas, aunque no se excluye su utilización para confirmar la presencia de sinovitis en aquellos casos que sean dudosos tras la exploración clínica.[5]

La Artritis Reumatoide puede llegar a presentarse con manifestaciones clínicas o de laboratorio de comorbilidades existentes en el paciente por lo que una sola medición difícilmente pueda captar la actividad de la enfermedad.[5]

Se menciona entonces que para poder medir la actividad de la Artritis Reumatoide se han creado diversos índices compuestos en donde a través de pruebas de laboratorio y fórmulas complejas, alguno de estos índices se centran en actividad de la enfermedad (DAS) de 28 articulaciones (DAS 28 con proteína C reactiva PCR o velocidad de eritrosedimentación globular VSG),además a índices más simplificados que se realizan con una sola prueba de laboratorio (SDAI 28 con PCR), el índice clínico de actividad de enfermedad, o CDAI, en donde no se incluye pruebas de laboratorio.[6]

El índice de la actividad de la enfermedad de artritis reumatoide (DAS28), que incluye la valoración de 28 articulaciones con proteica C reactiva (PCR) y eritrosedimentación globular (VSG), se ha utilizado como variable para valorar la actividad de AR siendo la valoración más importante para la toma de decisiones en el tratamiento de esta enfermedad; desde el inicio y el cambio terapéutico, el DAS28 se ha incluido en guías de práctica clínica.[7,8]

En la práctica clínica se da más relevancia al número de articulaciones afectadas que a las dolorosas, son las articulaciones dolorosas las que tienen mayor importancia dentro de la fórmula. La VSG es una técnica sencilla y económica, no se modifica tan rápido como lo hace la PCR, ni al inicio ni en el progreso de la inflamación, es importante valorar las diferentes técnicas de cada laboratorio.[8]

Se menciona que la PCR no resulta tan afectada como la VSG por lo que la hace ser un mejor marcador de inflamación, es una medida de inflamación más exacta la cual se ha llegado a relacionar con daño estructural y es menos influida por otras variables.[8]

El índice clínico de la actividad de la enfermedad (CDAI) tiene una utilidad clínica práctica y es fácil de valorar en la consulta.[9]

Se entiende entonces que el índice simplificado de actividad de la enfermedad (SDAI) utiliza cinco variables (se menciona número de articulaciones dolorosas e inflamadas aunado a 28 articulaciones, la valoración de la actividad por el paciente y el médico utilizando una escala la cual va del 0 a 10 y la PCR en mg/dl).Se observa entonces que este índice es mejor que el DAS28 para valorar remisión pues permite un máximo de 2 articulaciones dolorosas, 2 articulaciones inflamadas o 1 de cada una, lo que expresa menos falsos positivos, tiene valores medios de dolor, valoración de actividad por el paciente y el médico menores que con el DAS28;se observa también que tiene la ventaja sobre el DAS28 de que utiliza PCR en vez de la velocidad de sedimentación glomerular, observando además de ser una variable más sensible y específica de inflamación tiene menos dependencia de otras situaciones como son edad, el sexo aunado también a las características morfológicas o cuantitativas de la sangre y reflejando también la afección de los tobillos y pies.[10]

Dentro del tratamiento de las enfermedades reumatológicas se debe realizar no solo valoración clínica sino también análisis de laboratorio, así mismo diagnóstico radiológico, tomando en cuenta la evaluación de la capacidad funcional, calidad de vida e impacto económico, así como su estilo de vida, vivienda, el empleo sin olvidar la situación económica.[11]

CALIDAD DE VIDA

Calidad de vida y su concepto aparece alrededor de 1975 y se observa que llega a popularizarse en los años ochenta. Su origen se observa de la medicina y se llega a extender hacia la sociología también a psicología, por lo cual desplaza otros conceptos más complejos de medir como son felicidad y bienestar, siendo estos últimos a volverse aspiración humana de todos los tiempos.[13]

La calidad de vida como concepto se ha ido ampliando por lo que puede resultar complejo dar una definición precisa. En 1978 se definió la calidad de vida como: "el goce de los recursos necesarios para el bienestar y/o satisfacción de las necesidades y deseos individuales, la participación en aquellas actividades que permitan el desarrollo personal y la comparación satisfactoria con los demás". En 1980 se define CV como una medida que integra el bienestar físico, mental y social, como lo percibe cada persona y/o grupo y de la felicidad, satisfacción y recompensas, enumerando los siguientes puntos para definir el nivel de vida del individuo y población citando los siguientes puntos 1. Salud, 2. Alimentación, 3. Educación, 4. Trabajo, 5. Vivienda, 6. Seguridad social, 7. Vestidos, 8. Ocio, 9. Derechos humanos.[12,13,15]

Hacen referencia Bigelow et al. En 1991, que la calidad de vida se trata de un equilibrio entre la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.

La OMS en 1994 define calidad de vida como la percepción de la persona de su lugar de vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. [16]

En1999, Haas define la calidad de vida como la evaluación multidimensional de circunstancias que son individuales de vida en el contexto cultural como valórico al que una persona llega a pertenecer.[13]

El término por tanto es multidimensional y se ve influenciado por factores que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, situación económica, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que integran el entorno social y que repercuten sobre el desarrollo humano de una población.

Se entiende que todos estos sistemas de valores varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar, valores en donde se determinan el bienestar que puede ser experimentado por los individuos y que se entiende representan el conjunto de sensaciones subjetivas y personales de sentirse bien, además las muchas necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una buena calidad de vida se diferencian entonces de acuerdo a la etapa evolutiva, eso quiere decir que la percepción de satisfacción se ve además determinada por variables asociadas al factor como lo es la edad. [14 17 18]

Por tal motivo la calidad de vida se origina de la realización de la persona, se observa que tiene aspectos subjetivos y objetivos; en donde aquella sensación que origina en la persona un bienestar físico, psicológico, así como social, incluyendo definitivamente la intimidad, las emociones, la seguridad percibida, la productividad personal así como la salud objetiva sin olvidar el aspecto material, las relaciones armónicas y ambiente físico, social y con la comunidad así también la salud percibida. [19]

El hecho de informar al paciente acerca de la enfermedad que padece puede ayudarlo a lograr metas, no solo en el tratamiento sino en mejorar su calidad de vida, llevándolo entonces a realizar sus actividades diarias, laborales, así como de atención en el hogar.[20]

En ocasiones al momento de la atención medica el enfoque se torna a nivel terapéutico, olvidando muchas veces el enfoque hacia la calidad de vida y aspectos personales como aquellos relacionados con su estilo de vida, exposición a factores de riesgo y su nivel educativo, aspectos importantes al momento de evaluar al adulto .[21]

De la misma manera es importante recordar que en el adulto las enfermedades incapacitantes crónicas pueden llegar a poseer mayor incidencia y si bien, es de importancia la valoración y terapéutica del dolor, si no se toman en cuenta otras esferas del paciente, esto pueda llegar a repercutir en el estado de ánimo, funcionamiento físico y las interrelaciones sociales.[22]

El soporte social es de suma importancia, la interacción y conocimiento que tenga su red de apoyo como son esposa (o) familia y amigos acerca de su enfermedad, puede relacionarse con mayor efectividad para acceder a los servicios de salud y realizar actividades diarias con un impacto positivo en su calidad de vida.[20]

En cuanto a la sexualidad, esta esfera se compromete mucho debido a la disminución de la autoestima y de la autoimagen. Entre mayor es el compromiso funcional menos se conserva a la pareja.[20]

La regulación emocional es de vital importancia, ya que es aquella vinculada con procesos extrínsecos e intrínsecos encargados de evaluar y modificar una reacción emocional, si el paciente llega a presentar dificultades en la regulación de la misma, cabe la posibilidad de aumentar dificultadespsicológicas importantes, tales como trastornos de conducta, problemas de salud física así como también dificultades en el ajuste social repercutiendo en el deterioro de las relaciones interpersonales así como en el funcionamiento de su vida diaria y calidad de vida.[23]

Se entiende que la soledad y el aislamiento se pueden considerar como una característica principal de vida en las personas adultas principalmente en aquellos paciente de la tercera edad, la soledad llega a ser percibida entonces como un estado subjetivo que surge como una respuesta ante la falta de una relación particular por lo que sus consecuencias pueden afrontarse de manera negativa o positiva, dentro de las causas que provocan la soledad en las personas adultas y aquellos de la tercera edad podemos encontrar que son aquellas asociadas al envejecimiento tales como el deterioro físico y la relación también de realizar de manera independiente las actividades diarias; se entiende entonces que la crisis por pérdida de roles en su grupo social y disminución de las capacidades físicas ocasionada en muchas ocasiones por enfermedades crónico degenerativas. [24]

Se hace referencia a que la calidad de vida relacionada con la salud se refiere al estado físico, emocional y también social que llega a tener una persona producto de su estilo de vida, la capacidad funcional y las diversas enfermedades y tratamientos que puedan impactar positiva o negativamente sobre ella, observándo que su estilo de vida, la capacidad funcional y la enfermedad y sus diferentes tratamientos son factores que influyen positivamente en la misma; se entiende entonces que el estar viviendo con una condición de enfermedad crónica degenerativa reduce la calidad de vida relacionada con la salud y si el paciente tiene múltiples enfermedades crónicas la reduce aún más.[25]

Unos de las principales afecciones en la AR es el hecho de realizar actividad física debido al proceso degenerativo cursado, en algunos casos, los pacientes se limitan o incluso evitan realizar dicha actividad, sin embargo, es fundamental que el paciente tenga conocimiento acerca de la importancia de realizar alguna actividad física por los beneficios que puede tener sobre su calidad de vida entendiéndose entonces que puede aumentar la longevidad, mejorar la fuerza muscular y la función cognitiva, así también reduce los niveles de ansiedad y depresión haciendo que impacten en la autoestima; en lo social, promueve una mayor participación en la comunidad y permite el mantenimiento de redes sociales y vínculos entre generaciones, por lo que se ha determinado que, a mayores niveles de actividad física, mejor percepción tiene estos pacientes de la calidad de vida y el bienestar y menor es la sintomatología depresiva en estos pacientes adultos.[26]

Se ha observado que la prevalencia de la depresión en la AR oscila entre el 13% hasta el 20%, se ha documentado, que la depresión en esta enfermedad se asocia con dolor o mayor número de articulaciones dolorosas, así también con una prolongación de la enfermedad, incapacidad laboral y también funcional, el aumento en la utilización de los servicios de salud, pobre adherencia al tratamiento, se ha observado suicidio, distorsiones cognitivas, ausencia de pareja, el estrés diario, ansiedad.[27]

Se cita que la teoría de la actividad del apego provee la relación que hace sentir segura a la persona y es proporcionado en la mayoría de los casos por el cónyuge o pareja, siendo que, en muchas ocasiones la falta de esta compañera de vida puede llegar a generar en el paciente enfermo una sensación de empeoramiento en la percepción de su salud.[24]

Se ha observado que existen maneras de cuantificar la calidad de vida, desde las maneras objetivas y fáciles de medir hasta aquellas en donde podemos hacer juicios subjetivos, por lo que al haber componentes que no pueden observarse de manera directa es muy necesario utilizar instrumentos de medición a través de cuestionarios en donde a través de grupos de preguntas específicas se puede llegar a evaluar cada variable que integra a la calidad de vida midiéndose a través de escalas las cuales se ha observado pueden cuantificarse para formar así una calificación de la calidad de vida. [28]

CUESTIONARIO COOP/WONCA.

El cuestionario COOP/WONCA es un instrumento genérico el cual ha sido utilizado desde hace mucho tiempo para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), es una escala general tipo perfil de salud, traducido y validado en castellano, este cuestionario fue desarrollado originariamente por un grupo de profesionales de atención primaria en Estados Unidos: The Darmonth Primary Care Cooperative Information Proyet of New Hamppshire, con el objetivo pues de medir los aspectos funcionales de los pacientes en la consulta diaria.[30]

En los inicios del desarrollo de este instrumento se nombró a este cuestionario - instrumento COOP charts, por el nombre del grupo y por la escala, la cual desde siempre mostro una serie de dibujos para representar cada una de las opciones de respuesta.

Se tiene conocimiento entonces que los títulos de las dimensiones son los siguientes: forma física, los sentimientos, tomando en cuenta las actividades cotidianas, actividades sociales, el cambio en el estado de salud, dolor, el apoyo social y calidad de vida en general. Se cita que, en 1998 con base en la naturaleza de este instrumento y los datos psicométricos publicados, WONCA seleccionó este cuestionario por ser el más adecuado para llevar a cabo un sistema de medición del estado de funcionalidad a nivel internacional. [30]

Se decidió entonces desde estas épocas revisar Láminas de COOP de una manera más amplia y se eliminaron entonces las correspondientes al apoyo social y calidad de vida, se dejó la del dolor como opcional, además que el tiempo de referencia de las cuestiones de cuatro semanas pasó a dos.

De esta forma entonces las COOP/WONCA Charts genero un nuevo instrumento, convirtiéndolo así a un instrumento genérico, breve y eficiente, puede incluso aplicarse vía telefónica, el cual, a pesar de tener grandes beneficios y la aceptación general de su uso, se deben comenta que también cuenta con limitaciones que se han encontrado en estudios anteriores entre las que se pueden comentar la dificultad en la cuantificaci0n (asignación numérica) y la interpretación exacta de las escalas por parte del paciente.[30]

Su validez y fiabilidad y su fácil aplicación han sido de vital importancia para la extensión de su uso en diferentes poblaciones.

Los componentes que lo integran son: Actividad física, los sentimientos, actividades cotidianas, las actividades sociales, el estado de salud y dolor. [30]

Este instrumento se realizó mediante una escala tipo Likert de1 a 5 puntos , en donde el paciente marco una sola respuesta, exponiéndose una escala numérica tomando en cuanto los hallazgos padecidos alrededor de su calidad de vida en las dos últimas semanas, en donde se calificó al número 1 como excelente ,2 bueno,3 regular,4 mala y 5 muy mala calidad de vida, posterior al resultado de puntajes, se clasifica de acuerdo al puntaje obtenido en cada uno de los 6 items de 5 preguntas cada uno , en donde de 0-6 es un puntaje excelente para la calidad de vida, 7-12 buena calidad de vida, 13-18 regular, 19-24 mala y con puntaje de 25-30 muy mala calidad de vida.

JUSTIFICACION

La Artritis Reumatoide es una enfermedad la cual se sabe de característica progresiva que puede llegar a provocar daño articular duradero y ocasionar dolor crónico, pérdida de la funcionalidad e incapacidad, afectando al 1% de la población general con mayor frecuencia al género femenino, aunque puede aparecer a cualquier edad lo hace mayoritariamente entre los 40 y los 60 años siendo las comorbilidades más comunes Hipertensión Arterial (26.7%), DiabetesMellitus (9.3%) y enfermedad tiroidea (8.7%).

La edad adulta es un grupo que ha aumentado con el pasar de los años y continuara con su alza en diez o treinta años, su salud y la calidad de vida están regidas por la presencia de una enfermedad o su terapéutica, condicionando la satisfacción de un paciente en su esfera fisiológica, emocional y social. Las intervenciones realizadas en la calidad de vida como manejo
Integral de AR son fundamentales para generar un impacto en la buena evolución de la enfermedad.

Se debe hacer este estudio para contribuir a disminuir el desapego y abandono a tratamientos de Artritis Reumatoide principalmente en AM la cual son originados por una mala calidad de vida, esto a través de encuestas realizadas en la consulta externa, para que los pacientes comprendan la importancia de mejores resultados en la evolución de su enfermedad derivada de una red de apoyo y del bienestar individual.

Este estudio explica que es de vital importancia ya que se conocerán 7 esferas que abarca la calidad de vida relacionada con la salud como son: La actividad física, Sentimientos, Actividades habituales, Actividades sociales, Estado de Salud, Salud general, Dolor.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El nivel de conocimiento que tiene el paciente con Artritis Reumatoide acerca de la importancia de la calidad de vida en la evolución de dicha enfermedad es mínimo, por lo que las tasas de desapego o abandono al tratamiento y consultas está en continuo crecimiento generando aumento en las tasas de morbilidad; está última situación se puede prevenir si se realiza el tamizaje correcto es estos pacientes.

La calidad de vida tiene como objetivo proporcionar una mejor valoración de salud de los pacientes y de la población afectada con AR, su medición ofrece una valoración de la salud en estos pacientes la cual nos lleva a valorar el impacto benéfico o de perjuicio que puede ocasionar un desbalance en la misma.

La siguiente pregunta de investigación surge a continuación:

DETERMINAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DEL ADULTO ADSCRITAS AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO 1 NUEVA FRONTERA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE TAPACHULA CHIAPAS HGZ1.

OBJETIVOS

- OBJETIVO GENERAL:

Conocer cómo es la calidad de vida en estos pacientes portadores de artritis reumatoide del adulto, los cuales se encuentran adscritos a la consulta externa de Reumatología en el Hospital General de Zona No 1 Nueva Frontera del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tapachula Chiapas, HGZ1.

- OBJETIVOS ESPECIFICOS:

-Identificar el grado de afección del paciente adulto con Artritis Reumatoide, al realizar actividad física.

-Identificar la frecuencia de problemas emocionales en el paciente adulto con Artritis Reumatoide.

-Identificar el nivel de dificultad en el paciente adulto con Artritis Reumatoide al realizar sus actividades habituales.

-Determinar el nivel de impacto en las actividades sociales del paciente adulto con Artritis Reumatoide.

-Determinar el nivel de percepción del estado de salud del paciente adulto con Artritis Reumatoide.

-Determinar la intensidad de dolor que padece el paciente adulto con Artritis Reumatoide.

HIPÓTESIS

HIPOTESIS GENERAL

Citamos que la calidad de vida del paciente con diagnóstico de Artritis Reumatoide derechohabientes del Hospital General de Zona No 1 Nueva Frontera del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tapachula Chiapas, HGZ1, será de mala calidad como resultado de los efectos biopsicosociales que esta enfermedad reumatológica puede generar.

HIPOTESIS ESPECIFICAS

-La afección del paciente adulto con Artritis Reumatoide, solo le permitirá realizar actividades físicas ligeras.

-Los problemas emocionales en el paciente adulto con Artritis Reumatoide le afectarían bastante en su calidad de vida.

-El paciente adulto con Artritis Reumatoide tendrá mucha dificultad al realizar sus actividades habituales.

-El nivel de impacto en las actividades sociales del paciente adulto con Artritis Reumatoide será bastante.

-El nivel de percepción del estado de salud será un poco peor en el paciente adulto con Artritis Reumatoide.

-La intensidad de dolor que padece el paciente adulto con Artritis Reumatoide será moderada.

DISEÑO METODOLOGICO

MATERIAL Y MÉTODOS

-DISEÑO DEL ESTUDIO

El tipo de estudio es no probabilístico de tipo por conveniencia, observacional y transversal.

-PERIODO DEL ESTUDIO

Periodo de Estudio: 01 de marzo 2021 a 31 de diciembre de 2022.

-LUGAR DE ESTUDIO.

Se llevará cabo en el Hospital General de Zona Núm. 1, Tapachula Chiapas

-UNIVERSO DE ESTUDIO

Se captará a pacientes adultos que acudan únicamente a la consulta externa de Reumatología en Hospital General de Zona No 1 Nueva Frontera del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tapachula Chiapas, HGZ1, durante el periodo de 01 de marzo 2021 a 31 de diciembre de 2022.

-TIPO DE MUESTREO

El estudio se realiza con una muestra no probabilística de tipo por conveniencia.

PROCEDIMIENTOS

La presente investigación se someterá a revisión por el Comité de Investigación en Salud No. 703 y Comité de Ética en Investigación en Salud No.7038 de la UMF 13 el cual está ubicado en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez Chiapas. En caso de ser aceptado será registrado al siguiente sistema: Registro Electrónico del comité de investigación (SIRELCIS), previa autorización y registro de SIRELCIS se solicitará autorización mediante un documento el cual deberá ser dirigido al director del Hospital General de Zona No.1 del IMSS de Tapachula, Chiapas para poder encuestar a los pacientes.

El estudio se realiza con una muestra no probabilística de tipo conveniencia que se incluirá al 100% de la población del universo de trabajo en el tiempo especificado durante el periodo de estudio de 01 de marzo 2021- 31 de diciembre 2022 en todos aquellos pacientes con AR que acudan al HGZ1, en la consulta externa de reumatología, donde se aplicará el Cuestionario COOP/WONCA para medir calidad de vida, cuenta con un índice de fiabilidad de alfa de Cronbach de 0.94.

Se encuesto a cada uno de los pacientes dentro del universo de estudio, se le invitara al paciente a participar, explicando el propósito del estudio y se solicitara firma de consentimiento informado, explicando sobre el trabajo de investigación, se aplicaron dos cuestionarios a aquellos pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, el primer cuestionario es una ficha de identificación donde incluía sexo, religión, edad, estado civil, grado de estudio, conformación familiar, comorbilidades y su tiempo de evolución, el segundo cuestionario es COOP/WONCA donde se realizaron preguntas acerca de actividades físicas, problemas emocionales, actividades cotidianas, actividades sociales, dolor y salud en general.

Posteriormente a la aplicación de cuestionario y recolección de datos, se realizó un análisis a través de tablas y graficas con el programa Microsoft office Excel versión 2013 y el programa BM SPSS Statistics 25.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

El cuestionario COOP/WONCA como se ha venido comentando con anterioridad es un instrumento genérico utilizado para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), se conoce como una escala general tipo perfil de salud, traducido y validado en español, desarrollada originariamente por un grupo de profesionales de atención primaria en Estados Unidos: The Darmonth Primary Care Cooperative Information Proyet of New Hamppshire, con el objetivo de medir los aspectos funcionales de los pacientes en la consulta diaria.

Se conoce que en los inicios llamaron a este instrumento COOP charts, por el nombre del grupo y porque se mostraba una serie de dibujos para ilustrar cada una de las posibles opciones de respuesta.

Se sabe que originalmente constaba de 9 temas con escala tipo Likert de 5 puntos, en donde se revela que el puntaje alto cuenta con peores niveles de funcionamiento.

Además, los temas a tratar son: forma física, sentimientos, actividades diarias, actividades sociales, cambio en el estado de salud, estado de salud, dolor, apoyo social, así como calidad de vida en general. Se cita que en 1998 la WONCA tomo este cuestionario como el más adecuado para llevar a cabo un sistema de medición del estado funcional a niveles internacionales.

Se quitaron temas como apoyo social y calidad de vida y se dejó dolor como una opción, además que el tiempo de referencia cambio de cuatro semanas a dos.

De esta forma las COOP/WONCA Charts constituyen un nuevo instrumento, considerándose como un instrumento breve y con gran eficiencia, sin embargo, deben señalarse las limitaciones que se ha encontrado en estudios anteriores tales como dificultad en la cuantificación (asignación numérica) y la interpretación exacta de las escalas por parte del paciente.

Se observa que la validez y fiabilidad en cada una de sus medidas y facilidad de aplicación han sido vitales para la extensión generalizada de su uso en diferentes poblaciones. Los Componentes que lo integran son: actividad física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, estado de salud y dolor. Las puntuaciones más altas pueden traducir peores niveles de funcionamiento. Por lo que la puntuación de cada una de los reactivos permite una interpretación directa del estado funcional en la dimensión estudiada, así pues, utilizando una escala tipo Likert de 5 puntos, se expone una escala numérica en donde 1 es excelente ,2 bueno,3 regular,4 mala y 5 muy mala calidad de vida.

1. Durante las 2 últimas semanas ¿Cuál ha sido la actividad física que pudo realizar durante al menos 2 minutos?	
1	Muy intensa (Ej. Correr de prisa)
2	Intensa Ej. (Correr con suavidad)
3	Moderada Ej. (Caminar a paso rápido)
4	Ligera Ej. (Caminar despacio)
5	Muy ligara Ej. (Caminar lentamente o no poder caminar)
2. Durante las 2 últimas semanas ¿En qué medida le han molestado los problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza o desanimo?	
1	Nada en absoluto
2	Un poco
3	Moderadamente
4	Bastante
5	Intensamente
3. Durante las 2 últimas semanas ¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de la casa, a causa de la salud física o problemas emocionales?	
1	Ninguna en absoluto
2	Un poco de dificultad
3	Dificultad moderada
4	Mucha dificultad
5	Todo, no he podido hacer nada
4. Durante las 2 últimas semanas ¿Su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?	
1	No, nada en absoluto
2	Ligeramente
3	Moderadamente
4	Bastante
5	Muchísimo

5. ¿Cómo califica su estado de salud en comparación con el de hace dos semanas?	
1	Mucho mejor
2	Un poco mejor
3	Igual, por el estilo
4	Un poco peor
5	Mucho peor
6. Durante las dos últimas semanas ¿Cómo califica su salud general?	
1	Excelente
2	Muy buena
3	Buena
4	Regular
5	Mala
7. Durante las 2 últimas semanas ¿Cuánto dolor ha tenido?	
1	Nada de dolor
2	Dolor muy leve
3	Dolor ligero
4	Dolor moderado
5	Dolor intenso

CRITERIOS DE SELECCIÓN

- DE INCLUSION

  -Pacientes que cursen con más de 18 años y con diagnóstico de Artritis Reumatoide que acuden a la consulta de reumatología.
  -Género femenino
  -Género masculino
  -Pacientes que acepten participar en el estudio
  -Derechohabientes Hospital General de Zona No 1 Nueva Frontera del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tapachula Chiapas, HGZ1.

- DE EXCLUSION

  -Pacientes que no acepten participar en el estudio

- DE ELIMINACION

  -Cuestionarios incompletos.

OPERACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo, contando a partir de la fecha de su nacimiento.	Número de años.	Cuantitativa discreta	politómica	18-23 24-29 30-35 36-41 42-47 48-53 54-60
SEXO	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Hombre o mujer paciente.	Cualitativa Nominal Dicotómica	dicotómica	Hombre Mujer
ESCOLARIDAD	Periodo de tiempo que se asiste a la escuela para estudiar y aprender.	Grado de estudios del paciente.	Cualitativa ordinal	politómica	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado
OCUPACION	Actividad o trabajo.	Trabajo del paciente.	Cualitativa nominal	politómica	Ama de casa Comerciante Desempleado Otros
FUNCION FISICA	Capacidad de realizar tareas independientemente sin la necesidad de contar con una persona que lo asista.	Evaluación mediante alguna limitante física.	Cualitativa	politómica	-Muy intensa -Intensa -Ligera -Muy ligera
DOLOR CORPORAL	Comprende la afección al sistema musculo esquelético en general.	Evaluación mediante limitantes por dolor	Cualitativa	politómica	-Nada -leve -Ligero -Moderado
SALUD GENERAL	Es un estado de completo bienestar físico, mental y social.	Evaluación mediante interrogación acerca de cómo percibe su salud	Cualitativa	politómica	-Mucho mejor -Un poco mejor -Igual -Mucho peor
FUNCION SOCIAL	Actividad desplegada a favor de sus componentes por un grupo organizado de la sociedad.	Evaluación mediante realización de actividades sociales.	Cualitativa	politómica	-Nada en absoluto -Ligeramente -Bastante -Mucho
PROBLEMAS EMOCIONALES	Una inhabilidad de formar o mantener relaciones interpersonales satisfactorias con personas que lo rodean.	Evaluación mediante problemas emocionales	Cualitativa	politómica	-En lo absoluto -Un poco -Bastante -Intensamente.
CALIDAD DE VIDA	Es la sensación subjetiva de bienestar del individuo	Evaluación mediante esferas biopsicosociales	Cualitativa	politómica	-Excelente -Buena -Regular -Mala
ARTRITIS REUMATOIDE	La artritis reumatoide es un trastorno inflamatorio crónico que puede afectar más que solo las articulaciones, es un trastorno autoinmunitario que ocurre cuando el sistema inmunitario ataca por error los tejidos del cuerpo.	Evaluación mediante estudios de laboratorio y exploración física.	Cualitativa	Dicotómica	-Positivo -Negativo

ANALISIS ESTADISTICO

La técnica estadística que se aplicará para el análisis estadístico es la prueba no paramétrica ya que el análisis de datos se realizará por medio de organización y recuento de las variables plasmadas en operacionalización.

Se aplicará el Cuestionario COOP/WONCA para medir calidad de vida, cuenta con un índice de fiabilidad de alfa de Cronbach de 0.94 por medio de análisis estadístico nominal y numérico, con una escala tipo Likert de 5 puntos en donde se expone una escala numérica en donde 1 es excelente ,2 bueno, 3 regular, 4 mala y 5 muy mala calidad de vida.

Como se ha comentado con anterioridad la escala de Likert es un método de medición utilizado con el objetivo de evaluar la opinión y actitudes llegándolo a usar para cuestionar a una persona sobre su nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración. Se puede observar entonces que llega a servir para realizar mediciones y conocer el grado de conformidad de una persona o encuestado hacia determinada situación ya sea afirmativa o negativa.

Las variables sociodemográficas que se obtengan a través de la aplicación de cuestionarios, se realizara un análisis a través de tablas y graficas con el programa Microsoft office Excel versión 2013 y el programa BM SPSS Statistics 25.

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA.

Físicos

- Sala de espera de consulta externa del servicio de Reumatología del HGZ1
- Expedientes clínicos
- Papel, hojas blancas, lápiz lapiceros.
- Computadora personal.
- Sistemas de cómputo auxiliares y Software estadístico.
- Impresora
- Instrumentos de evaluación

Humanos

- Investigador principal: Lili Ortiz Castillo
- Asesor Metodológico:

Dr. Julio Cesar Barrios Aguilar

Financieros.

- Fueron proporcionados por el residente y asesores.
- Recursos de la unidad Hospital General de Zona No 1 Nueva Frontera del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tapachula Chiapas, HGZ1.

ASPECTOS ETICOS

En el presente Trabajo, todos los procedimientos están de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud, la investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; para desarrollar tecnología mexicana en los servicios de salud y para incrementar su productividad, conforme a las bases establecidas en dicha Ley;

Que el desarrollo de la investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación;

Que el desarrollo de la investigación para la salud requiere del establecimiento de criterios técnicos para regular la aplicación de los procedimientos relativos a la correcta utilización de los recursos destinados a ella;

Que sin restringir la libertad de los investigadores, en el caso particular de la investigación que se realice en seres humanos y de la que utilice materiales o procedimientos que conlleven un riesgo, es preciso sujetarse a los principios científicos, éticos y a las normas de seguridad generalmente aceptadas, y que la investigación en seres humanos de nuevos recursos profilácticos, de diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, debe sujetarse a un control para obtener una mayor eficacia y evitar riesgos a la salud de las personas, he tenido a bien expedir el siguiente

ARTICULO 2º.- Para los fines de este Reglamento, cuando se haga mención a la “Ley” a la “Secretaría” y a la “Investigación”, se entenderá referida a la Ley General de Salud, a la Secretaría de Salud y a la Investigación para la Salud, respectivamente.

ARTICULO 3º.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

I Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;

II Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;

III A la prevención y control de los problemas de salud;

IV Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud;

V Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y

VI A la producción de insumos para la salud.

En Materia de Investigación para la salud, Titulo Segundo, Capítulo I:

ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;

II Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.

III Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;

IV Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;

V Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;

VI Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

VII Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y

VIII Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

ARTICULO 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Este estudio tendrá base en los doce principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; “Guía de recomendaciones para los médicos biomédica en personas” Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989.

Así también, el acuerdo por lo que se dispone el establecimiento de coordinadores de proyectos prioritarios de salud Publica en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984, y los acuerdos 5/95 al 55/95 del 1 o de enero de 1995 del H. Consejo Técnico del IMSS referente a la modernización.

RESULTADOS

ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICO

Para recabar información que pudiera ser importante para el estudio, se añadió un estudio socio-demográfico con tópicos como sexo, edad, religión, tipo de vivienda, comorbilidades, etc., complementando así de mejor manera el contexto general de vida de cada paciente y como afecta en su calidad de vida.

En este estudio denominado “calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del adulto adscritas al IMSS hgz1” la muestra de la población fue de 43 pacientes, es decir, el total de personas que acudieron a cita durante el periodo de estudio de 01 de marzo 2021- 31 de diciembre 2022.

El total de la muestra es 43 personas, en donde 41 son mujeres y 2 hombres, es decir, el 95% y el 5% respectivamente. El rango de edades promedio fue de 54-60 años, que correspondió al 60% de la población, seguido del rango de 42-47 años con el 14%; el rango de 48-53 años con el 12%; luego el rango de 36-41 años con el 7%, el rango de 18-23 años 5%, y por último el de 30-35 años 2%.

El 100% cuenta con vivienda urbana, y el estado civil de la mayoría es de unión libre (42%) casados 37%, viudos 14%, solteros 5% y divorciados el 2%. El grado de estudios predominante en los encuestados fue el nivel secundario completa con 28%, primaria incompleta 23%, bachiller completo 21%, secundaria incompleta 16%, primaria completa 7% y bachiller incompleto 5%.

En relación a la religión se obtuvo que la mayoría de los pacientes encuestados pertenecen a la religión católica con un 60%, seguida de la religión cristiana con un 21%, la religión adventista 12% y testigos de jehová con un 7%.

En cuanto a la tipologia familiar y su integración, se obtuvo que los pacientes con AR cuentan con una familia desintegrada en el 51.10 % e integrada en el 49 %. La mayoría de los pacientes con AR pertenecen a una familia obrera en el 93% de los casos, campesina en el 5% y profesional en el 2%.

Las presentaciones de comorbilidades en pacientes con AR se presentaron 6 de los 43 encuestados, arrojando un porcentaje de 67% con Diabetes Mellitus y un 33 % son portadores de Hipertensión Arterial. El tiempo de evolución más frecuente fue 5 a 15 años con un 79%, el 10% cursa con menos de 5 años de evolución de la enfermedad, de 16 a 26 años el 9% y de 27 a 37 años el 2%.

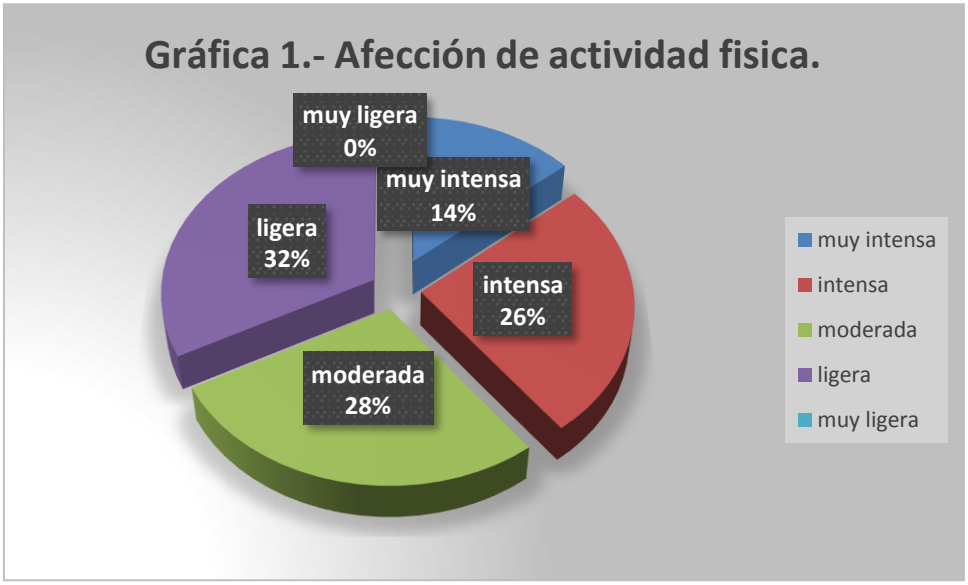
CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS	TAMAÑO DE MUESTRA N=43
GÉNERO	
MUJERES	41
HOMBRES	2
EDADES PROMEDIO18-	
23	2
24-29	0
30-35	1
36-41	3
42-47	6
48-53	5
54-60	26
DEMOGRAFÍA	
VIVIENDA URBANA	43
VIVIENDA RURAL	0
ESTADO CIVIL	
CASADO	16
SOLTERO	2
UNIÓN LIBRE	18
VIUDO	6
DIVORCIADO	1
GRADO DE ESTUDIOS	
PRIMARIA COMPLETA PRIMARIA	3
INCOMPLETA SECUNDARIA	10
COMPLETA SECUNDARIA	12
INCOMPLETA	7
BACHILLERATO COMPLETO	9
BACHILLERATO INCOMPLETO	2
RELIGIÓN	
CATÓLICA	26
CRISTIANA	9
ADVENTISTA	5
TESTIGOS DE JEHOVÁ	3
INTEGRACIÓN FAMILIAR	
DESINTEGRADA	22
INTEGRADA	21
TIPO DE FAMILIA	
SEMINUCLEAR	51
NUCLEAR	37
EXTENSA	11
OCUPACIÓN FAMILIAR	
OBRERA	40
CAMPESINA	2
PROFESIONAL	1
COMORBILIDADES	
DIABETES MELLITUS	4
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	2
AÑOS DE EVOLUCIÓN CON AR	
MENOR A 5	4
DE 5 A 15	34
DE 16 A 26	4
DE 27 A 37	1

Tabla 1. Datos socio-demográficos de los pacientes con AR adscritos al IMSS hgz1.

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO COOP/WONCA

El cuestionario COOP/WONCA es un instrumento utilizado a nivel internacional para calcular la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) a través de una cuestión con 5 opciones de respuesta, la encuestada marca la que considere describa su situación. En este estudio, se realizó el cuestionario con 6 preguntas, cuyas respuestas se trataron como una escala Likert de 5 opciones, con puntajes entre 1= “muy bueno” y 5= “muy malo”. A continuación, se describen los resultados de las 6 preguntas realizadas en el cuestionario.

En cuanto a función física el 33% de los encuestados tuvo afección ligera para realizar actividades físicas, afección moderada el 28%, afección intensa el 26% y afección del 14% muy intensa, el 0% tuvo afección muy ligera, siendo el sexo femenino quien tuvo mayor incidencia en cuanto a afectación de actividad física ligera y moderada. Grafica 1, Tabla 2.

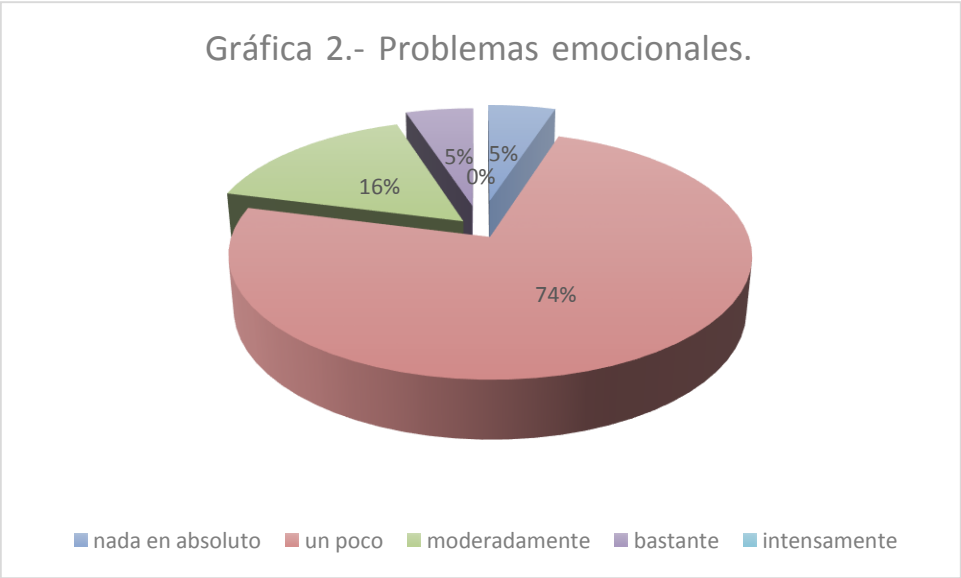


Grafica 1. Grado de afección de la actividad física en pacientes con Artritis Reumatoide adscritos al IMSS.

	Sexo de los encuestados			
Actividad fisica	Masculino	Femenino	Total	PORCENTAJE
Muy intensa	0	6	6	14%
Intensa	1	10	11	26%
Moderada	1	11	12	28%
Ligera	0	14	14	33%
Muy ligera	0	0	0	0%
Total	2	41	43	100%

Tabla 2. Grado de afección de la función física en pacientes con Artritis Reumatoide adscritos al IMSS HGZ1.

Respecto a problemas emocionales, el 74% de los pacientes entrevistados tuvo pocos problemas emocionales, 16% moderadamente, el 5% tuvieron nada y bastantes problemas emocionales y el 0% de paciente con problemas emocionales de manera intensa, siendo el sexo femenino quien tuvo mayor incidencia de presentación con pocos problemas emocionales. Grafica 2, Tabla 3.



Grafica 2. Frecuencia de problemas emocionales en pacientes con Artritis Reumatoide adscritos al IMSS HGZ1.

	Sexo de los encuestados			
Problemas emocio	Masculino	Femenino	Total	PORCENTAJE
Nada en lo absolut	0	2	2	5%
Un poco	2	30	32	74%
Moderadamente	0	7	7	16%
Bastante	0	2	2	5%
Intensamente	0	0	0	0%
Total	2	41	43	100%

Tabla 3. Porcentajes de problemas emocionales en pacientes con Artritis Reumatoide adscritos al IMSS HGZ1.

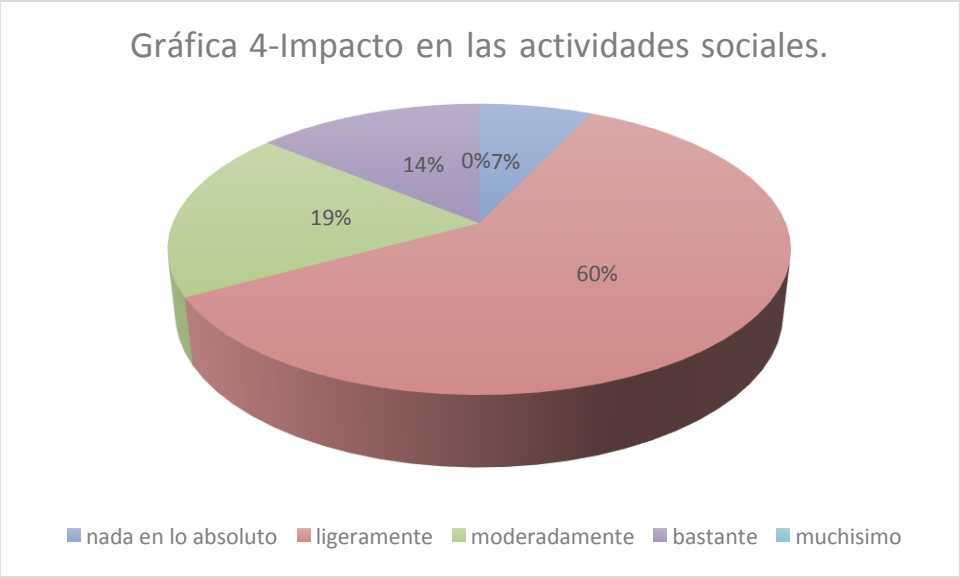
En cuanto al nivel de dificultad para realizar las actividades habituales en los pacientes con Artritis Reumatoide se encontró que el 44% se vieron afectadas, con dificultad moderada el 35%, nada en lo absoluto el 12%, con mucha dificultad el 7% y sin poder hacer ninguna actividad habitual el 2%, el sexo femenino tuvo mayor incidencia de afectación en cuanto a poca dificultad de actividades habituales. Grafica 3, Tabla 4.

Grafica 3. Nivel de dificultad al realizar las actividades habituales en pacientes con Artritis Reumatoide adscritos al IMSS HGZ1.

	Sexo de los encuestados			
Actividades habitu	Masculino	Femenino	Total	PORCENTAJE
Nada en lo absolut	0	5	5	12%
Un poco	1	18	19	44%
Dificultad moderad	1	14	15	35%
Mucha dificultad	0	3	3	7%
Todo	0	1	1	2%
Total	2	41	43	100%

Tabla 4. Nivel de dificultad de las actividades habituales en pacientes con Artritis Reumatoide adscritos al IMSS HGZ1.

Respecto al impacto en las actividades sociales el 60% de los encuestados tuvo ligeramente afección, el 19% moderadamente, bastante el 14%, nada en absoluto el 7% y 0% se vio muy afectado de las actividades sociales, la mayor incidencia en cuanto a afección ligera de actividades sociales fue en el sexo femenino. Grafica 4, Tabla 5.

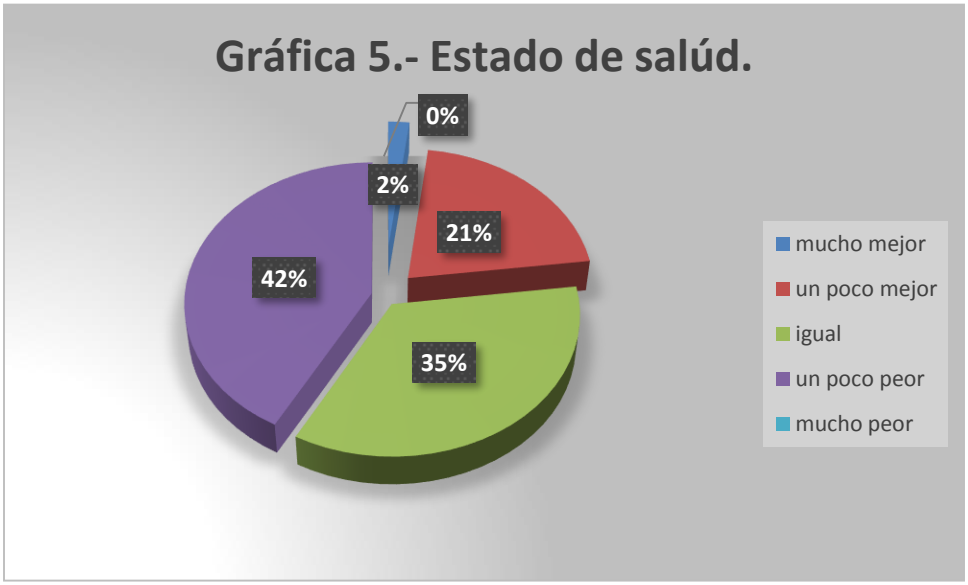


Grafica 4. Impacto en las actividades sociales en pacientes con Artritis Reumatoide adscritos al IMSS HGZ1.

	Sexo de los encuestados			
Actividades sociale	Masculino	Femenino	Total	PORCENTAJE
Nada en lo absolut	1	2	3	7%
Ligeramente	1	25	26	60%
Moderadamente	0	8	8	19%
Bastante	0	6	6	14%
Muchisimo	0	0	0	0%
Total	2	41	43	100%

Tabla 5. Impacto en las actividades sociales en pacientes con Artritis Reumatoide adscritos al IMSS HGZ1.

Respecto al nivel de percepción del estado de salud de los encuestados el 42% respondió que, si percibe afectado su estado de salud, el 35% respondió que percibe igual su estado de salud, un poco mejor el 21%, mucho mejor el 2% y 0% percibió mucho peor su salud, la mayor incidencia en cuanto a afección de la percepción poco peor del estado de salud fue en el sexo femenino. Grafica 5, Tabla 6.

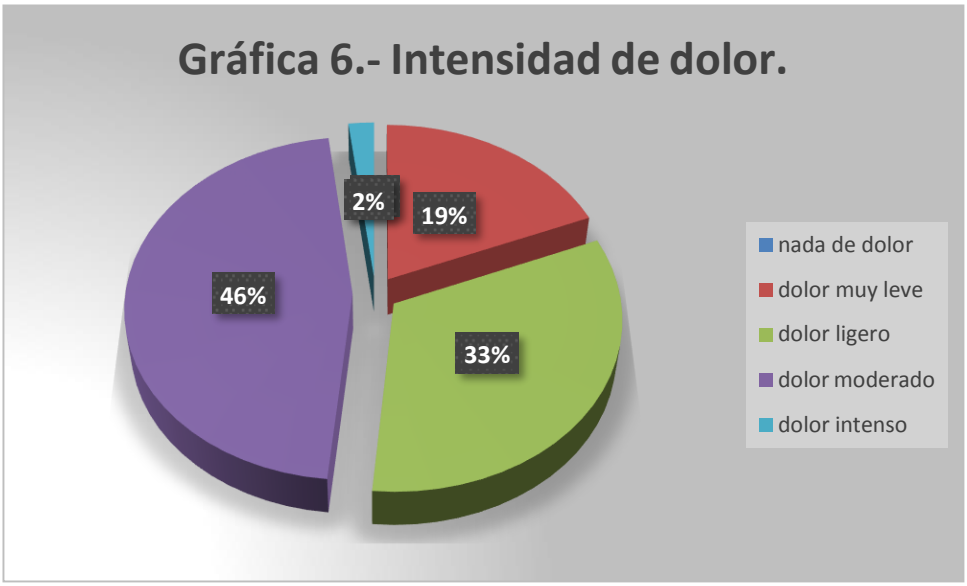


Grafica 5. Nivel de percepción de estado de salud en pacientes con Artritis Reumatoide adscritos al IMSS HGZ1.

	Sexo de los encuestados			
Estado de salud	Masculino	Femenino	Total	PORCENTAJE
Mucho mejor		1	1	2%
Un poco mejor	0	9	9	21%
Igual	1	14	15	35%
Un poco peor	1	17	18	42%
Mucho peor	0	0	0	0%
Total	2	41	43	100%

Tabla 6. Nivel de percepción de estado de salud en pacientes con Artritis Reumatoide adscritos al IMSS HGZ1.

En cuanto a la intensidad de dolor, el 47% de los encuestados respondió que tuvo dolor moderado, 33% dolor ligero, 19% dolor muy leve, dolor intenso el 2% y 0% de los encuestados refirió tener nada de dolor, la mayor incidencia en cuanto percepción de dolor moderado fue en el sexo femenino. Grafica 6, Tabla 7.



Grafica 6. Percepción de intensidad de dolor en pacientes con Artritis Reumatoide adscritos al IMSS HGZ1.

	Sexo de los encuestados			
Intensidad de dolo	Masculino	Femenino	Total	PORCENTAJE
Nada de dolor		0	0	0%
Dolor muy leve	0	8	8	19%
Dolor ligero	2	12	14	33%
Dolor Moderado	0	20	20	47%
Dolor intenso	0	1	1	2%
Total	2	41	43	100%

Tabla 7. Percepción de la intensidad de dolor en pacientes con Artritis Reumatoide adscritos al IMSS HGZ1.

ANÁLISIS DE DATOS

Se obtuvieron las respuestas de cada ítem en los cuestionarios aplicados. El análisis de datos se hizo mediante el programa IBMSPSS Statistics, el cual es un software para análisis estadístico avanzado. La fiabilidad de dicho análisis se basa en el Alfa de Cronbach que cuantifica pues un conjunto de diversas variables o ítems así también mide un aspecto latente único y unidimensional de los individuos a partir de la aplicación de un cuestionario. El alfa de Cronbach se conoce como un coeficiente que toma valores entre 0 y 1. Cuanto más se aproxime al número 1, mayor será la fiabilidad del instrumento existente. Para conocer la fiabilidad de dicho cuestionario se efectuó un análisis estadístico de fiabilidad mediante el programa SPSS, arrojando el siguiente resultado mostrado en las siguientes tablas.

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	43	100.0
	Excluido	0	.0
	Total	43	100.0

Tabla 8. Procesamiento de casos para análisis de Cronbach

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.949	**6**

tabla 9. Resultados de confiabilidad de Cronbach del SPSS para los 6 elementos del cuestionario.

Tomando en cuenta los resultados de la prueba del SPSS, y comparándolos con la siguiente tabla, que nos muestra los rangos y la magnitud de fiabilidad, nos damos cuenta que el cuestionario aplicado tiene un alfa de Cronbach de magnitud muy alta (0.949) es decir, los resultados arrojados son confiables.

Rangos	Magnitud
0,81 a 1,00	Muy Alta
0,61 a 0,80	Alta
0,41 a 0,60	Moderada
0,21 a 0,40	Baja
0,01 a 0,20	Muy Baja

Fuente: Tomado de Ruiz Bolívar (2002)

Tabla 10. Rangos de confiabilidad de Cronbach.

Con base al objetivo general, que plantea describir cual es la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide del adulto, adscritos a la consulta externa de Reumatología en el Hospital General de Zona No 1 Nueva Frontera del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tapachula Chiapas, HGZ1, se detallan a continuación los resultados arrojados por el programa SPSS, con términos estadísticos para su análisis y futura discusión. En primer orden, se muestra el resultado para la problemática del objetivo general y posteriormente de los objetivos específicos.

La muestra final se compone de 43 elementos (41 mujeres y 2 varones), cuyo rango de edad oscila entre 54 a 60 años mayoritariamente. Se sabe entonces que la puntuación de cada una de los reactivos permite una interpretación directa del estado funcional en la dimensión estudiada, así pues, utilizando una escala tipo Likert de 5 puntos, se expone una escala numérica en donde 1 es excelente ,2 bueno,3 regular,4 mala y 5 muy mala calidad de vida. Al ser 6 los reactivos y 5 la máxima puntuación para cada uno, entonces tendremos que la mínima puntuación que un individuo pudiera tener es 6, es decir, una excelente calidad de vida; la máxima puntuación a obtener es de 30, significando una muy mala calidad de vida.

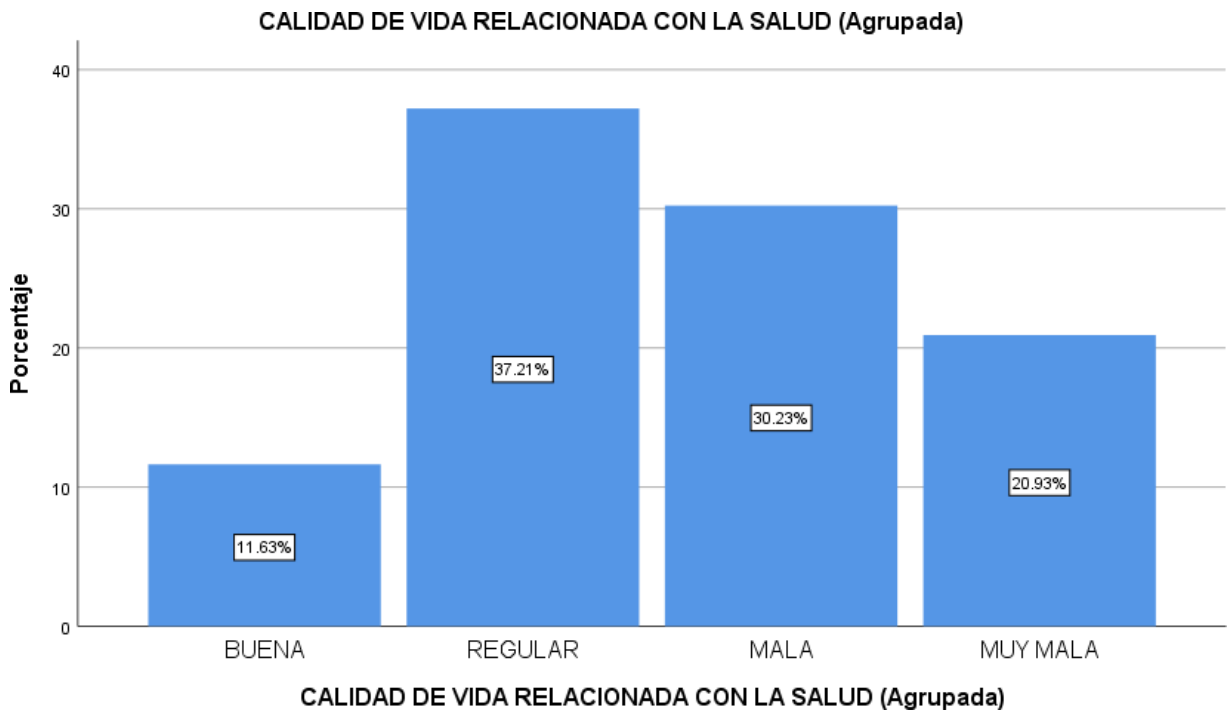
0-6	EXCELENTE
7-12	BUENA
13-18	REGULAR
19-24	MALA
25-30	MUY MALA

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (Agrupada)			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BUENA	5	11.6
	REGULAR	16	37.2
	MALA	13	30.2
	MUY MALA	9	20.9
	Total	43	100.0

Tabla 11 Calidad de vida relacionada con la salud (Agrupada)

Estadísticos		
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (Agrupada)		
N	Válido	43
	Perdidos	0
Media		3.60
Mediana		4.00
Moda		3

Tabla 12 Media, mediana y moda.



Gráfica 7 Calidad de vida relacionada con la salud medida en porcentajes.

Interpretando estos primeros resultados, obtenemos en vista general que la mayoría de las personas (16) tienen una calidad de vida regular, seguidas de una mala calidad de vida con 13, una muy mala calidad de vida con 9 y solo 5 personas tienen una calidad de vida buena. Ninguno de los encuestados obtuvo una calidad de vida excelente. La media, es decir, el promedio de los puntajes divididos entre las 6 cuestiones fue de 3.6, la mediana (valor ubicado en la mitad de los valores) fue de 4 y la moda (dato que más se repite) fue de 3. Lo que coincide con lo mostrado en la gráfica que indica que la mayoría de los encuestados (16 personas) tiene una calidad de vida regular, representando el 37.21% de los individuos.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	7	1	2.3
	8	1	2.3
	10	3	7.0
	11	1	2.3
	12	2	4.7
	13	3	7.0
	14	6	14.0
	15	4	9.3
	16	3	7.0
	17	2	4.7
	18	3	7.0
	20	5	11.6
	21	3	7.0
	22	2	4.7
	23	2	4.7
	24	1	2.3
	26	1	2.3
	Total	43	100.0

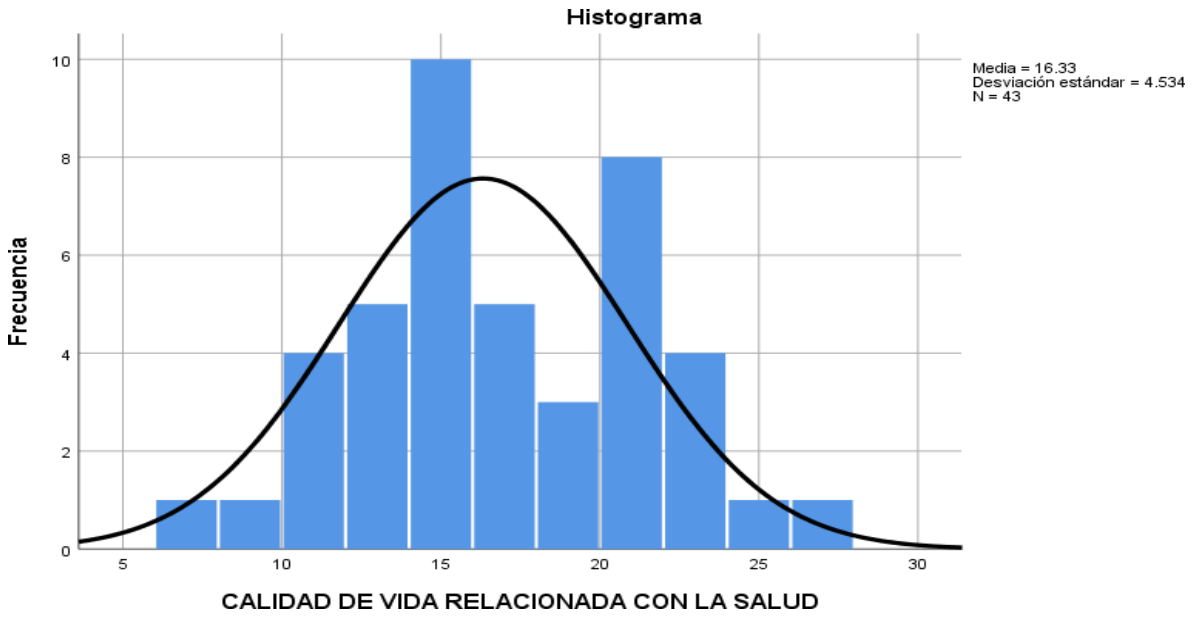
Tabla 13 Frecuencias y porcentajes de los puntajes obtenidos

Descriptivos				
			Estadístico	Desv. Error
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	Media		16.33	.691
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	14.93	
		Límite superior	17.72	
	Media recortada al 5%		16.33	
	Mediana		16.00	
	Varianza		20.558	
	Desv. Desviación		4.534	
	Mínimo		7	
	Máximo		26	
	Rango		19	
	Rango intercuartil		7	
	Asimetría		.062	.361
	Curtosis		-.636	.709

Tabla 14 Descriptivos estadísticos

En la tabla 13, se observan las frecuencias y porcentajes que ocupan las respuestas obtenidas; por ejemplo, el puntaje mínimo obtenido en la encuesta fue de 7, es decir, una buena calidad de vida, y su frecuencia es de 1, significando que solo fue una persona tuvo dicho puntaje, lo que en porcentaje equivale al 2.3% de la muestra. Por el contrario, el mayor puntaje obtenido fue de 26 y también solo fue una persona la que lo obtuvo, por tanto, también significa que la frecuencia es de 1 y el porcentaje 2.3%.

En la tabla 14, vemos términos estadísticos más a detalle como lo son la media, que como ya se dijo, es el promedio del conjunto de datos; el rango, que es la diferencia entre el valor máximo y el mínimo. Así mismo, se observan términos como asimetría, curtosis y desviación, que son propios de una representación gráfica de una curva de normalidad, la cual se muestra a continuación con los datos del cuestionario.



Gráfica 8 Curva de normalidad resultante de la prueba

Una distribución normal es la probabilidad de encontrar el valor de una variable que sea igual o inferior a un cierto valor dado. para conocer si nuestros datos tienden a una normalidad, se realizó un test de normalidad con el software SPSS de IBM, mediante dos pruebas llamadas Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. La condicionante de estas dos pruebas es el número de la muestra. Para la prueba Kolmogorov-Smirnov la muestra debe ser mayor a 50 y para la prueba Shapiro-Wilk, debe ser igual o menor a 50. Como nuestra muestra es de N=43, entonces se optó por usar la prueba Shapiro-Wilk, cuyos resultados se muestran en la siguiente página.

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig. P valor	Estadístico	gl	Sig. P valor
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	.117	43	.161	.980	43	.638
a. Corrección de significación de Lilliefors						

Tabla15 pruebas de normalidad.

Para comprender mejor los resultados y saber si nuestros datos presentan una distribución normal, debemos conocer el significado de algunos valores. Por ejemplo:

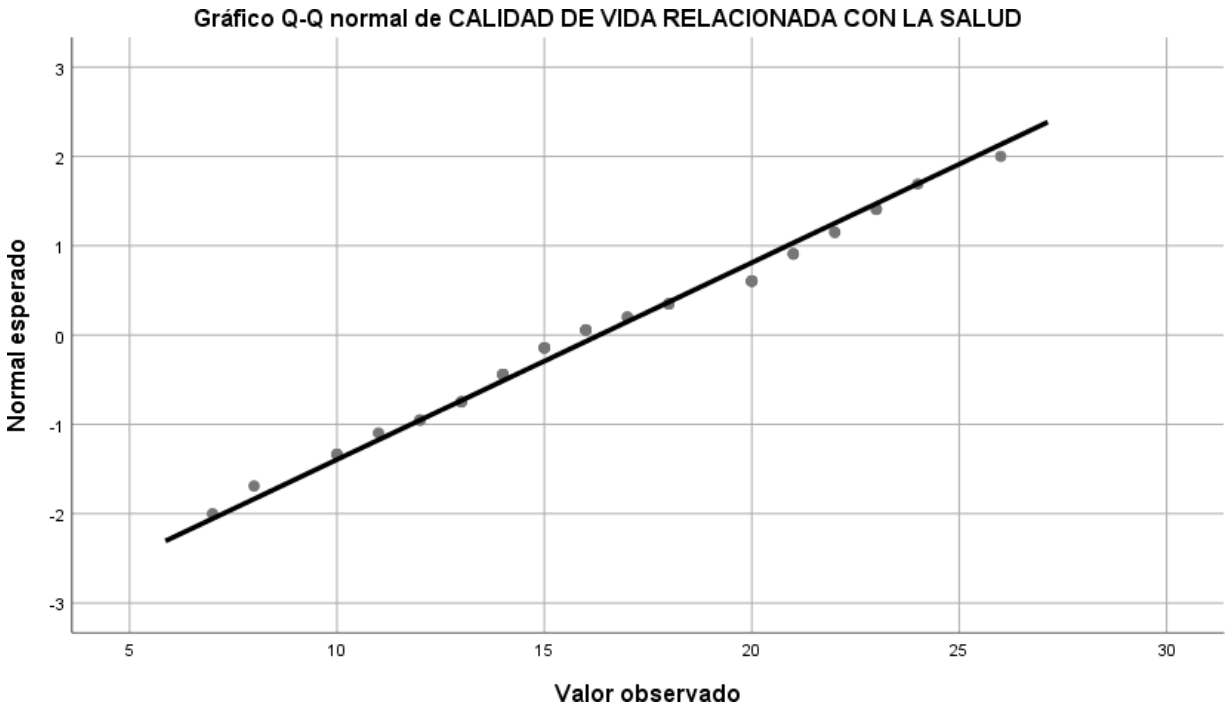
-Sig = p valor
-α (alfa) = 0.05
-P valor = 0.638

Donde p-valor es el valor de probabilidad y α es el nivel de significancia.

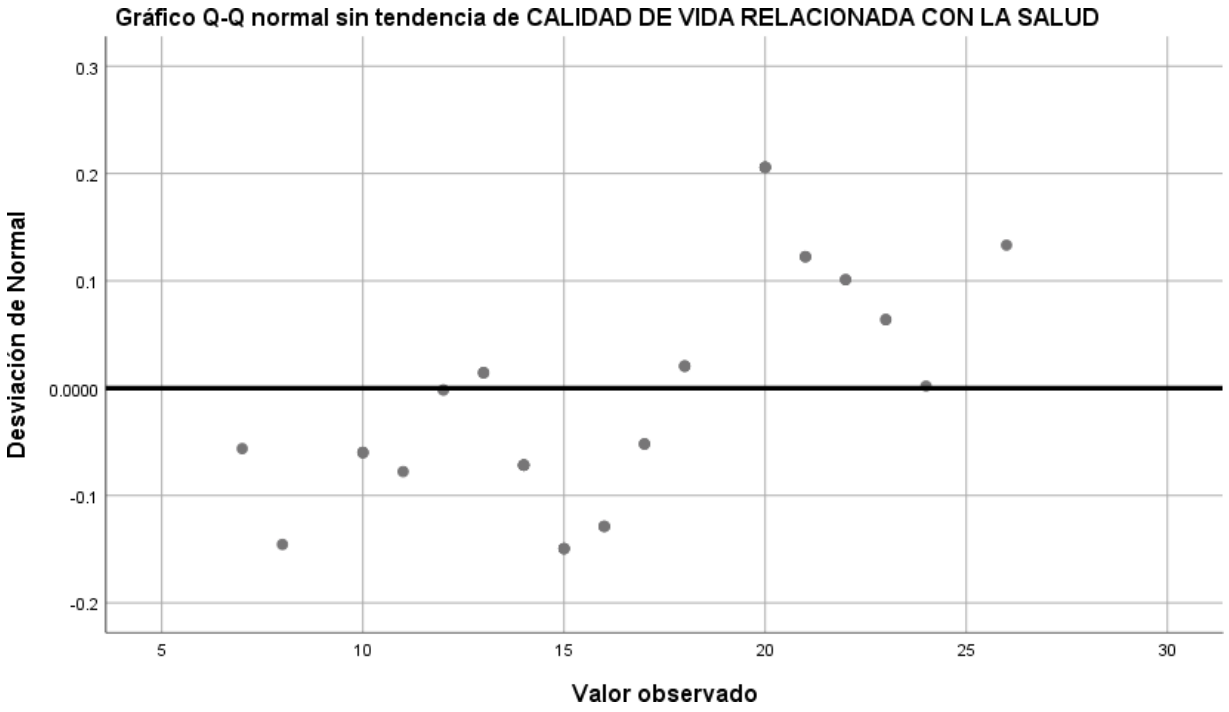
Regla de decisión:

-Si p-valor < α se rechaza la hipótesis nula.
-Si p-valor > α no se rechaza la hipótesis nula.

En vista de que el p-valor obtenido (p=0.638 > 0.05), entonces no existe evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula. Este resultado confirma que los datos siguen una distribución normal.



Gráfica 9 Gráfico normal de la CVRS.



Gráfica 9 Gráfico normal sin tendencia de la CVRS.

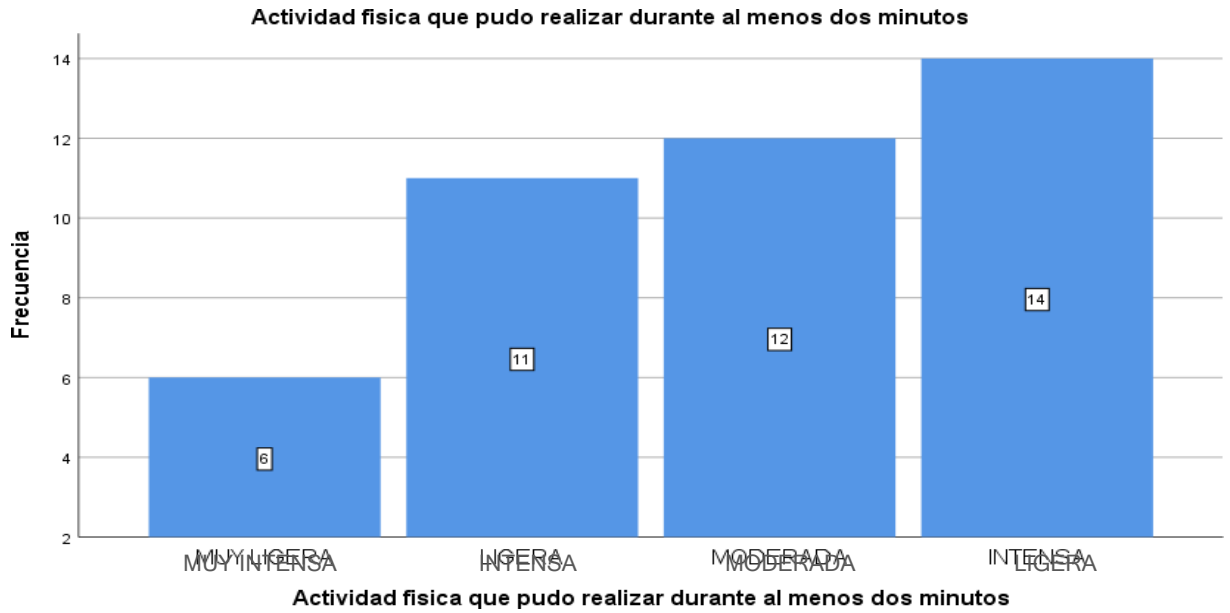
Con base a los objetivos específicos planteados para la presente tesis, a continuación, se describen los resultados del software SPSS para cada uno de los 6 reactivos del cuestionario, mostrando términos estadísticos como frecuencia, media, mediana y moda.

Actividad física que pudo realizar durante al menos dos minutos				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	MUY INTENSA	6	14.0	14.0
	INTENSA	11	25.6	25.6
	MODERADA	12	27.9	27.9
	LIGERA	14	32.6	32.6
	Total	43	100.0	100.0

Tabla 16 Actividad física

Estadísticos		
Actividad física que pudo realizar durante al menos dos minutos		
N	Válido	43
	Perdidos	0
Media		2.79
Mediana		3.00
Moda		4

Tabla 17 Estadísticos de actividad física



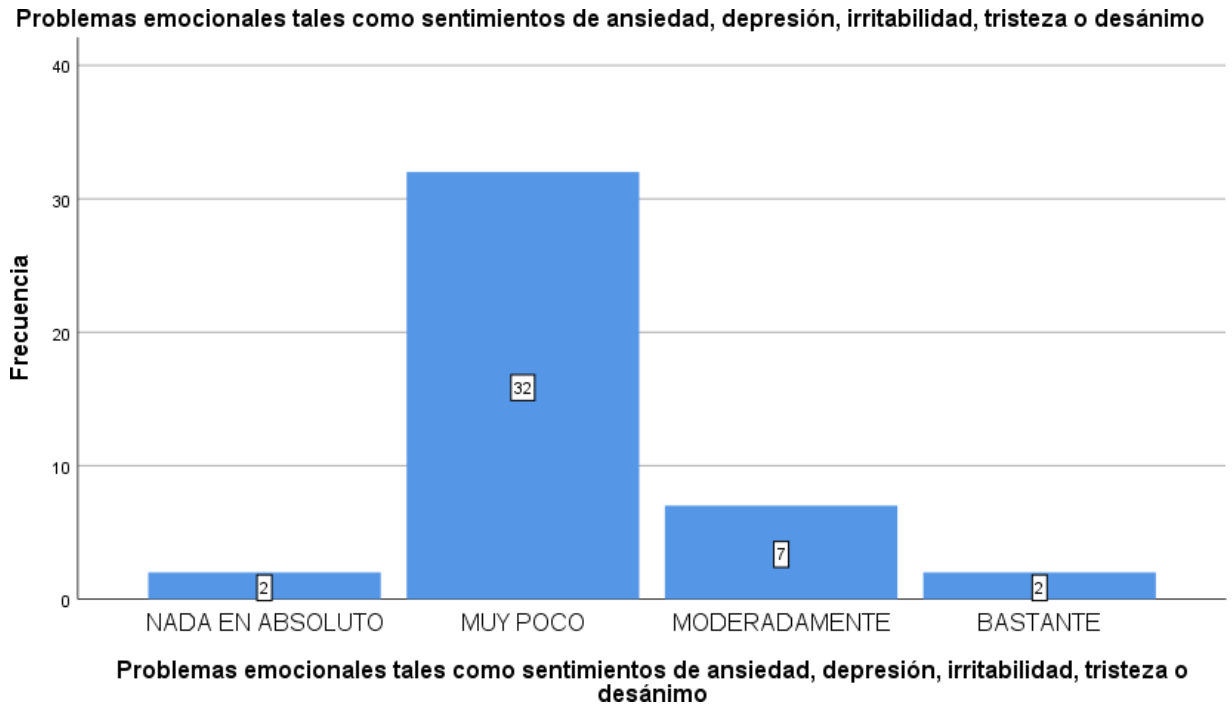
Gráfica 10 Actividad física

Problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad, tristeza o desánimo				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	NADA EN ABSOLUTO	2	4.7	4.7
	MUY POCO	32	74.4	74.4
	MODERADAMENTE	7	16.3	16.3
	BASTANTE	2	4.7	4.7
	Total	43	100.0	100.0

Tabla 18 Problemas emocionales

Estadísticos		
Problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad, tristeza o desánimo		
N	Válido	43
	Perdidos	0
Media		2.21
Mediana		2.00
Moda		2

Tabla 19 Estadísticos de Problemas emocionales



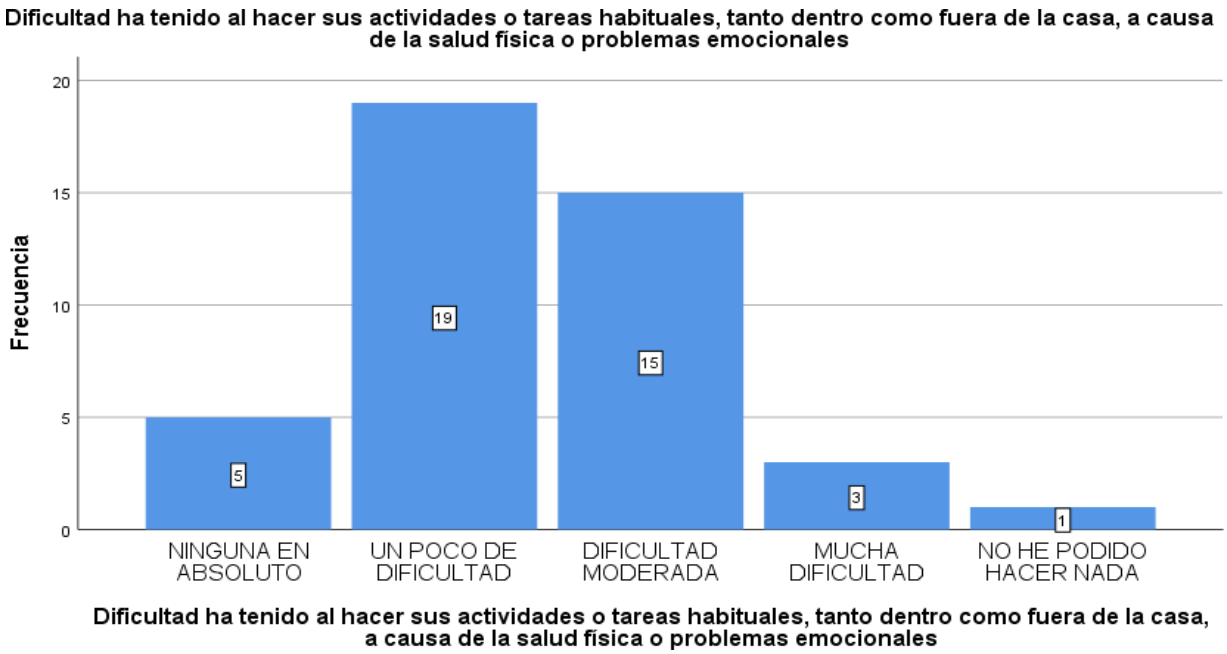
Grafica 11 Problemas emocionales

Dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de la casa, a causa de la salud física o problemas emocionales				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	NINGUNA EN ABSOLUTO	5	11.6	11.6
	UN POCO DE DIFICULTAD	19	44.2	44.2
	DIFICULTAD MODERADA	15	34.9	34.9
	MUCHA DIFICULTAD	3	7.0	7.0
	NO HE PODIDO HACER NADA	1	2.3	2.3
	Total	43	100.0	100.0

Tabla 20 Dificultades para tareas habituales

Estadísticos		
Dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de la casa, a causa de la salud física o problemas emocionales		
N	Válido	43
	Perdidos	0
Media		2.44
Mediana		2.00
Moda		2

Tabla 21 Estadísticos de Dificultades para tareas habituales



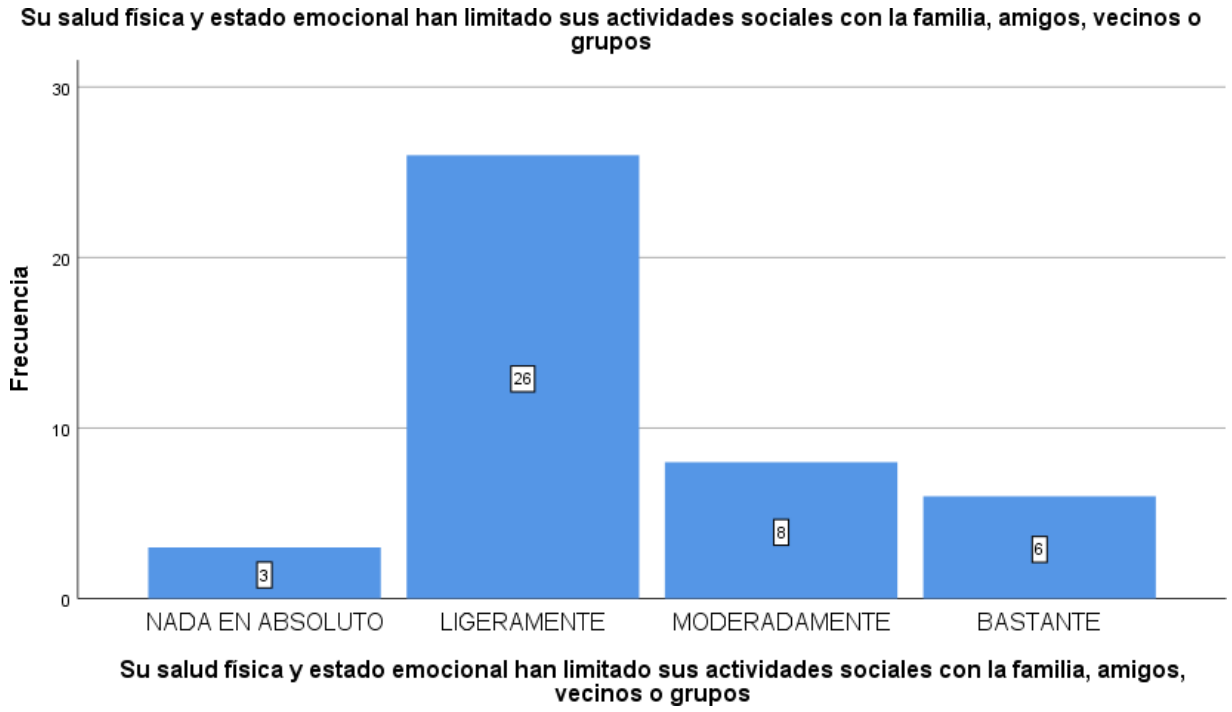
Gráfica 12 Dificultades para tareas habituales

Su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	NADA EN ABSOLUTO	3	7.0	7.0
	LIGERAMENTE	26	60.5	60.5
	MODERADAMENTE	8	18.6	18.6
	BASTANTE	6	14.0	14.0
	Total	43	100.0	100.0

Tabla 22 Actividades sociales

Estadísticos		
Su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos		
N	Válido	43
	Perdidos	0
Media		2.40
Mediana		2.00
Moda		2

Tabla 23 Estadísticos de Actividades sociales



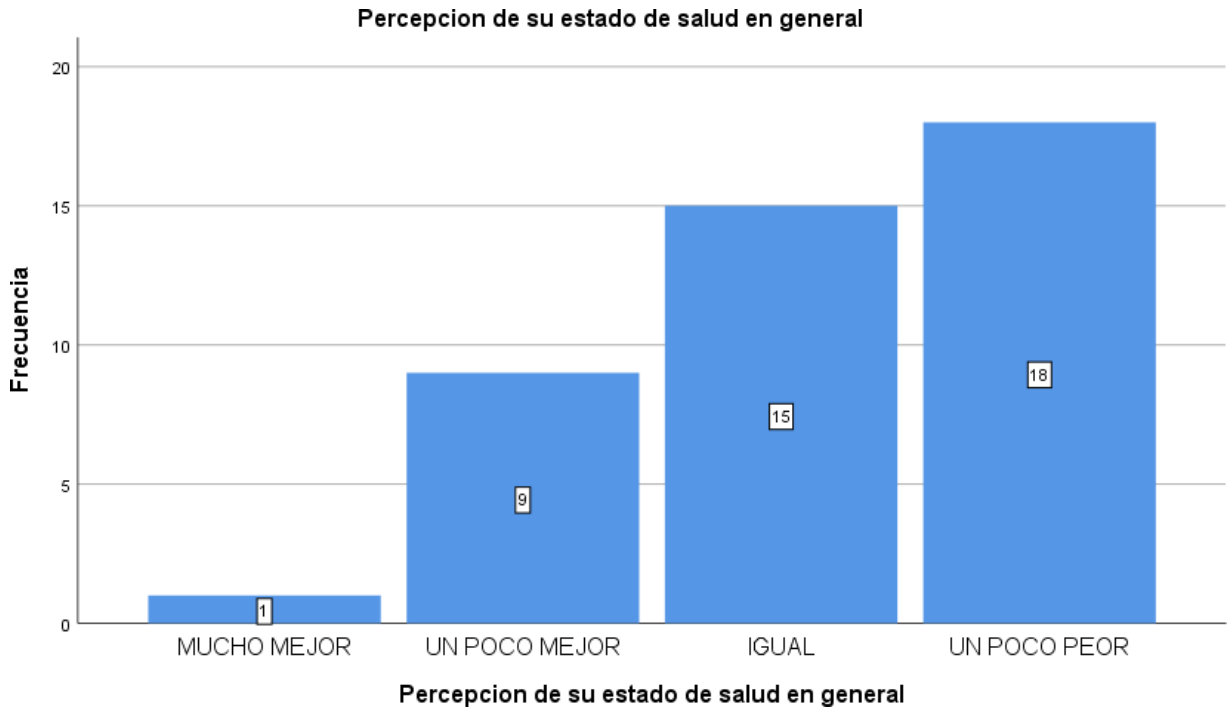
Gráfica 13 Actividades sociales

Percepción de su estado de salud en general				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	MUCHO MEJOR	1	2.3	2.3
	UN POCO MEJOR	9	20.9	20.9
	IGUAL	15	34.9	34.9
	UN POCO PEOR	18	41.9	41.9
	Total	43	100.0	100.0

Tabla 24 Percepción de salud

Estadísticos		
Percepción de su estado de salud en general		
N	Válido	43
	Perdidos	0
Media		3.16
Mediana		3.00
Moda		4

Tabla 25 Estadísticos de Percepción de salud



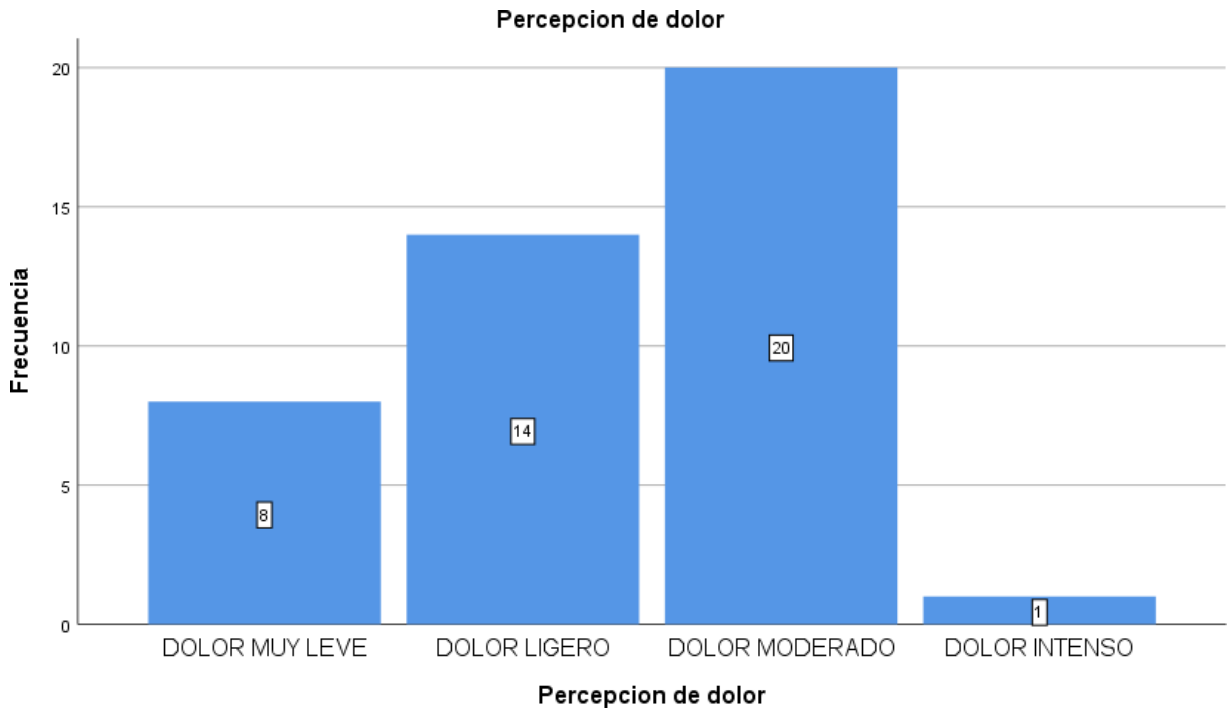
Gráfica 14 Percepción de salud

Percepción de dolor				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	DOLOR MUY LEVE	8	18.6	18.6
	DOLOR LIGERO	14	32.6	32.6
	DOLOR MODERADO	20	46.5	46.5
	DOLOR INTENSO	1	2.3	2.3
	Total	43	100.0	100.0

Tabla 26 Percepción de dolor

Estadísticos		
Percepción de dolor		
N	Válido	43
	Perdidos	0
Media		3.33
Mediana		3.00
Moda		4

Tabla 27 Estadísticos de Percepción de dolor



Gráfica 15 Percepción de dolor

Dentro del análisis socio-demográfico, existen variables que pudieran tener un impacto en los resultados de la calidad de vida de los pacientes encuestados. Para tener una mejor información, se tomaron en cuenta las siguientes seis variables, que por sus características pudieran tener dicho impacto en la calidad de vida, las cuales son: género sexual, rango de edades, años de evolución con AR, comorbilidades, tipo de familia y tipo de familia de acuerdo a su integración.

Se analizaron de manera cruzada cada una de estas seis variables con la calidad de vida dividida como ya vimos en muy mala, mala, regular, buena y excelente. Las tablas son el resultado del análisis de datos con el programa IBM SPSS Statistics. Los resultados son los siguientes:

TABLA CRUZADA: GENERO SEXUAL DE LOS ENCUESTADOS/CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Recuento

		CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (Agrupada)				
		BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	Total
Genero sexual de los encuestados	HOMBRE	1	1	0	0	2
	MUJER	4	15	13	9	41
Total		5	16	13	9	43

En la tabla sobre el género sexual podemos ver que la mayoría de las mujeres con AR tienen una calidad de vida regular, pero no muy distante de las que tienen una mala calidad de vida. En cuanto al sexo masculino, solo son dos individuos los cuales tienen una calidad de vida buena y regular. El que sean dos individuos no nos da una certeza de que el género sexual tenga que ver con que la calidad de vida sea mejor o peor en los hombres que en las mujeres.

TABLA CRUZADA: RANGO DE EDADES DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS/CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD						
Recuento						
		CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (Agrupada)				
		BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	Total
Rango de edades de las personas encuestadas	18-23	2	0	0	0	2
	30-35	1	0	0	0	1
	36-41	2	1	0	0	3
	42-47	0	6	0	0	6
	48-53	0	5	0	0	5
	54-60	0	4	13	9	26
Total		5	16	13	9	43

En la tabla sobre rango de edades podemos observar que la mayoría tiene una calidad de vida regular en donde se puede ver que la mayoría de los encuestados cursa con rango de edades entre 54 y 60 años de edad, lo cual nos puede orientar que a mayor edad la calidad de vida se puede ver afectada.

TABLA CRUZADA: AÑOS DE EVOLUCIÓN CON AR DEL PACIENTE/CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD						
Recuento						
		CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (Agrupada)				
		BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	Total
Años de evolución con AR del paciente	1-5	3	0	0	1	4
	5-15	2	16	13	3	34
	16-26	0	0	0	4	4
	27-37	0	0	0	1	1
Total		5	16	13	9	43

En la tabla sobre años de evolución de AR, podemos observar que la mayoría tiene una calidad de vida regular y que el mayor puntaje de los encuestados se encuentra en aquellos con 5 a 15 años de evolución de la enfermedad, lo cual nos orienta a que la calidad de vida se ve afectada ya, dentro de los 10 primeros años de evolución.

TABLA CRUZADA: COMORBILIDADES DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS/CALIDAD DE VIDARELACIONADA CON LA SALUD						
Recuento						
		CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (Agrupada)				
		BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	Total
Comorbilidades de lospacientes con AR	NINGUNA	5	16	13	3	37
	DIABETES MELLITUS	0	0	0	4	4
	HIPERTENSION	0	0	0	2	2
Total		5	16	13	9	43

En la tabla sobre comorbilidades podemos observar que la mayoría tiene una calidad de vida regular y no hubo significancia en cuanto a relación con la calidad de vida.

TABLA CRUZADA: TIPO DE FAMILIA DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS/CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD						
Recuento						
		CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (Agrupada)				
		BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	Total
Tipo de familia de los pacientes con AR	SEMINUCLEAR	4	16	2	0	22
	NUCLEAR	1	0	11	4	16
	EXTENSA	0	0	0	5	5
Total		5	16	13	9	43

En la tabla sobre tipo de familia observamos que la calidad de vida es regular y cuenta con relación a una familia seminuclear, donde podemos apreciar calidad de vida regular y ausencia de cónyuge.

TABLA CRUZADA: TIPO DE FAMILIA DE ACUERDO A SU INTEGRACION /CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD						
Recuento						
		CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (Agrupada)				
		BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	Total
Tipo de familia de acuerdo a su integración	DESINTEGRADA	4	15	3	0	22
	INTEGRADA	1	1	10	9	21
Total		5	16	13	9	43

En la tabla sobre familia y su integración observamos que la calidad de vida es regular y no cuenta con relación alguna.

DISCUSIÓN

Tomando en cuenta la hipótesis general de la presente tesis que enuncia lo siguiente: “La calidad de vida del paciente con diagnóstico de Artritis Reumatoide derechohabiente del Hospital General de Zona No 1 Nueva Frontera del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tapachula Chiapas, HGZ1, será de mala calidad como resultado de los efectos biopsicosociales que esta enfermedad reumatológica puede generar”, se demostró que los resultados concuerdan con la misma de manera parcial, ya que si bien se concluye que la mayoría de los pacientes tienen una calidad de vida regular, no es mucha la diferencia con el nivel que marca una calidad de vida mala, es decir, la diferencia es de 7 puntos porcentuales, lo que significa que 3 personas más tienen una calidad de vida regular que las que tienen mala calidad, ocupando este rango el segundo lugar en una escala del 1 al 5.

Las estimaciones se realizaron mediante herramientas especializadas, como el cuestionario COOP/WONCA, cuyo diseño garantiza la seguridad en los resultados. Con una fiabilidad en la escala Cronbach de 0.949 para las preguntas específicas y mediante el apoyo de una escala tipo Likert para las respuestas del cuestionario, se permite controlar las distribuciones de las respuestas obtenidas en cada ítem, con lo que se pudo estimar de forma más apropiada la consistencia de la prueba.

Los puntajes obtenidos en el presente trabajo no distan mucho de la hipótesis planteada, la calidad de vida de las personas tiende a ser regular o mala en la mayoría de los casos por las limitantes inherentes a un padecimiento tan complejo como la Artritis Reumatoide, la cual complica de manera significativa el día a día de los pacientes que la padecen.

Para la primera hipótesis secundaria, se cumple lo previsto ya que la mayoría (32.6%) asegura poder realizar solo actividad ligera debido a su condición.

En la segunda hipótesis la gran mayoría muy asegura que los problemas emocionales les afectan “muy poco” en su calidad de vida, si bien no se cumple lo predicho, es importante señalar entonces que el estado de ánimo es predominantemente bueno en la mayoría de las personas que padecen AR, y esto contribuye positivamente en la evolución del paciente.

En cuanto a la tercera hipótesis secundaria es parecido en la frecuencia de personas que aseguran tener solo un poco de dificultad a la hora de realizar sus actividades diarias, tal vez pudiera tratarse de la combinación de actitud y buen estado de ánimo señalado en el punto anterior lo que detone el poder hacer actividades cotidianas sin mayores complicaciones.

Basados en la cuarta hipótesis secundaria nos topamos de nuevo con casos similares a las hipótesis secundarias dos y tres, ya que el nivel de impacto en las actividades sociales del paciente es solo de manera ligera, aseguran los encuestados. La explicación a esto pudiera también coincidir con lo mencionado en los dos puntos anteriores.

En la quinta hipótesis secundaria, sin embargo, se cumple el criterio que dice que las personas tendrían una percepción de su estado de salud en un nivel “un poco peor” con una frecuencia de 18 personas (41.9%).

Al igual que la quinta hipótesis secundaria, la sexta también cumple con lo previsto, señalando que la mayoría de las personas con AR perciben el dolor de manera moderada con una frecuencia de 20 personas (46.5%).

El que se cumplan el 50% de las hipótesis secundarias, significa que se puede plantear una hipótesis nueva para las que no se cumplan y se vuelve a recurrir al método para demostrar su validez o no, teniendo la posibilidad de evaluar errores y formular nuevas con los resultados obtenidos. Además, la hipótesis general que es la base de este apartado, se verifica y cumple acorde a los datos obtenidos, comprobando que gran parte de los pacientes con AR tienen una mala calidad de vida en general.

La utilidad del cuestionario en la estimación de la CRVS, está acreditada por un número significativo de estudios previos, demostrando su confiabilidad, aparte de otras características a su favor como lo son, poca inversión en materiales y poco tiempo gastado en su aplicación, por lo que representa una buena alternativa a otro tipo de estudios estadísticos que son más complejos y requieren una inversión mayor.

CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo fue conocer cómo es la calidad de vida en pacientes con AR del adulto, los cuales se encuentran adscritos a la consulta de Reumatología en H G Z 1 Nueva Frontera del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tapachula Chiapas, HGZ1.

Para ello fue necesario implementar una serie de procedimientos y métodos acorde a los resultados a los que se quería llegar, como lo son recursos físicos, humanos y financieros, así como instrumentos de evaluación estadísticos y software especializado. Esto nos permitió lograr los objetivos de medir la calidad de vida de una muestra poblacional basados en métodos científicos que cuantifican de manera clara y breve los resultados y que nos dan un panorama amplio de las limitantes a las que se enfrenta el paciente con AR.

En conclusión, el cuestionario COOP/WONCA, nos puede ayudar a determinar percepción de calidad de vida de los pacientes, teniendo en cuenta, su fácil administración y las adecuadas propiedades de fiabilidad y validez que presenta.

Si bien, la muestra seleccionada no es tan alta en cuanto a número de participantes, si demuestra una generalización a la población de pacientes con AR, ya que el COOP/WONCA ha mostrado evidencias de validez en muestras representativas a nivel internacional, a parte de la consistencia interna, con lo que se puede deducir que los números obtenidos serían posiblemente similares a una muestra de mayor escala, porque existe la tendencia según lo expresado por los resultados, hacia una calidad de vida de regular a mala en general observándose relación con edad del paciente, años de evolución de la enfermedad y tipo de familia.

Con base a todo ello, hemos logrado identificar el grado de afección de calidad de vida de los pacientes, así como su relación con otras variables como tiempo de evolución de la enfermedad, rango de edad y tipo de familia, con esto pues, tenemos más claro hacia dónde dirigirnos como médicos a la hora de tratarlos, como abordar su situación y como desarrollar con base a cada uno, un seguimiento personal que vaya acorde a sus necesidades. Esperando que esta tesis ayude a mejorar en la medida de lo posible la calidad de vida de los derechohabientes a través de métodos científicos, estudios basados en la estadística y la retroalimentación que ellos nos dan, haciendo que se conozca cada vez más un padecimiento como lo es la Artritis Reumatoide, y tratando de hacer más llevadera susituación.

RECOMENDACIONES

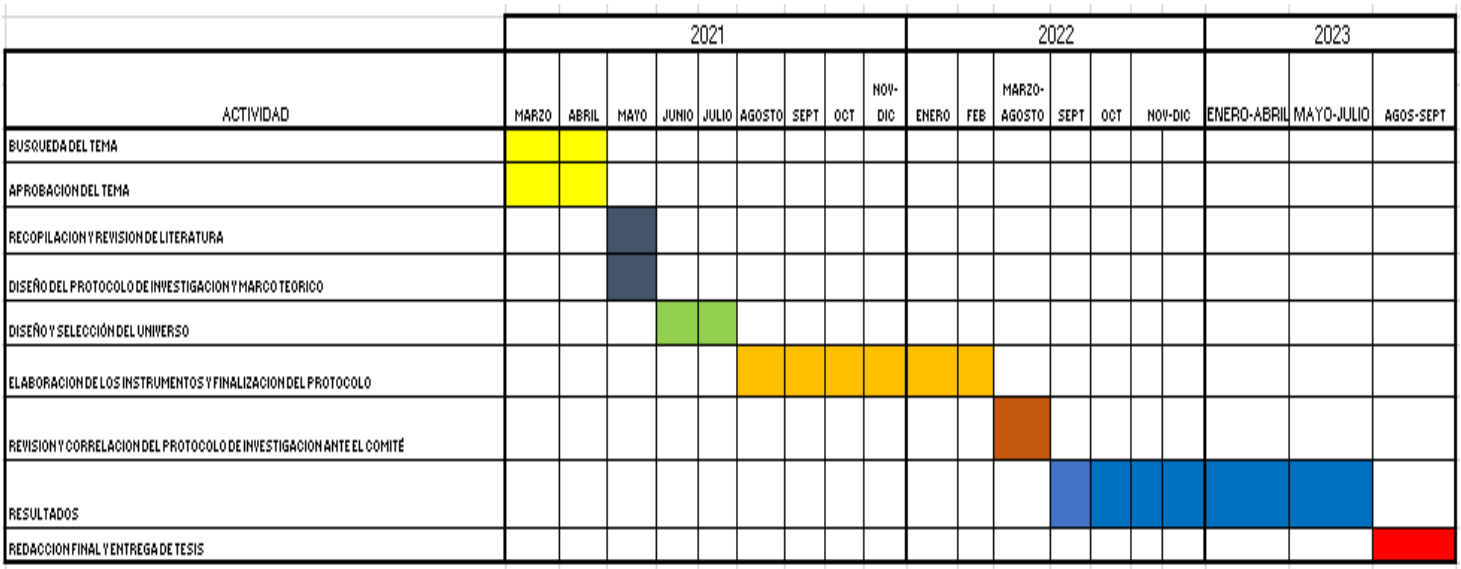
- Diagnóstico precoz y certero de Artritis Reumatoide para referencia oportuna.

- Todo paciente con Artritis Reumatoide debe ser evaluado por los servicios de psicología para evaluar de manera oportuna afectación en estado de ánimo que pueda tener impacto en sus actividades sociales y cotidianas.

- El apoyo de servicios como trabajo social puede ser de gran ayuda para realizar test de calidad de vida entre otros para beneficio del paciente.

- Manejo multidisciplinario para pacientes con Artritis Reumatoide.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.-Guia de práctica clínica GPC, Diagnóstico y Tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto ISBN: 978-607-7790-77-8.

2.- Morales López Ariana, Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXX 2013; (607) 523 - 528.

3.- González Otero Zoé Alina, Egüez Mesa Jorge Luis, Fusté Jiménez Celestino, et al, Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con Artritis Reumatoide, Artículo Original, 2015-12 (09): 264-274.

4.- Guía de la A-Z para pacientes con Artritis Reumatoide,1-15.

5.-Gómez Antonio, Nuevos criterios de clasificación de artritis reumatoide, Revista de Reumatología Clínica, marzo 2011, páginas 33-37.

6.- Gómez Antonio, Nuevos criterios de clasificación de Artritis Reumatoide, Reumatología clínica, Reumatol clin.2011;6(3): 33-37.

7.- Belmonte Serrano Miguel Ángel, ¿Es la puntuación DAS28 el método más adecuado para estimar la actividad de la Artritis Reumatoide? Consideraciones clinimétricas y escenarios de simulación, artículo original Reumatol Clin. 2008;4(5):183-90.

8.- Moya Alvarado Patricia y Laiz Ana, ¿Es rentable la utilización del DAS en el seguimiento clínico de los pacientes con Artritis Reumatoide?, Reumatol clin.2011;7(5):336-338.

9- Dr. Mercado Ulises, Evaluación de la actividad de Artritis Reumatoide en la práctica diaria utilizando el índice clínico de actividad de enfermedad (CDAI), Artículo original Med Int Méx. 2016 julio;32(4):415-419.

10.- Balsa Alejandro, Definiendo la remisión en la Artritis Reumatoide: nuevos criterios de la ACR/EULAR, Reumatol clin.2011;6(s3): s12-s15.

11.- Linares-Arellano Karla Lizeth, Hoyos-López Ana Patricia, Ramírez-Ramos Arturo Gibran, et al, Discapacidad funcional en pacientes con Artritis Reumatoide y su relación con el sistema RANK/RANKL/OPG, Articulo Septiembre-diciembre 2018 / Volumen 13 (3). p. 93-97.

12.-Moreno JB, Ximénez GC." Evaluación de la Calidad de Vida". Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid: Siglo XXI. 1996: 1045-1070.

13.-Urzúa MA, Caqueo UA., "Calidad de Vida: Una Revisión Teórica del Concepto" Terap Psicolog, 2012; 30(1):61-71.

14.-Cardona AD, Agudelo GHB., "Construcción Cultural del Concepto Calidad de Vida" Rev Fac Nac Salud Pub, 2005; 23(1): 79-90.

15.-Nava GMG, "La Calidad de Vida: Análisis Multidimensional" Enf Neurol (Mex) 2012; 11(3):129-137.

16.-Organización Mundial de la Salud, División de Salud Mental, "Medición de la Calidad de Vida, Instrumentos de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-100 Y WHOQOL-BREF).

17.-Velarde JE, Ávila FC, "Evaluación de la Calidad de Vida", Sal Pub Mex., 2002; 44 (4): 349-361.

18.-Botero MBE, Pico MME. "Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Adultos Mayores de 60 Años: Una Aproximación Teórica" Hacia la Promoción de la Salud, 2007; 12: 11-24.

19.-Ruben Ardila, Calidad de vida: una definición integradora, Revista latinoamericana de psicología 2003 Volumen 35 - no 2 161-16.

20.- Dra. Lugo a Luz Helena., Dr. Arbeláez Jesús Alberto, Dra. Payares Álvarez Kelly, et al, Guías de práctica clínica basada en evidencia, Libro rehabilitación en Artritis Reumatoide: 1-40.

21.-Gallarda Clara, Sánchez Margarita, Rodríguez Mery, La calidad de vida del adulto mayor con Artritis Reumatoidea, Número 1; ISSN 2477,9172 AMBATO, ECUADOR. AÑO 2016:14-19.

22.- Urzúa Alfonso, Caqueo-Urízar Alejandra, Araya Gabriela, et al, Calidad de vida y dificultades de regulación emocional en la vida adulta, Revista Argentina de Clínica Psicológica 2016, Vol. XXV, N°2, 135-144.

23.-Sevilla Caro Maricela, Salgado Soto María del Consuelo, Osuna Millán Nora del Carmen, Envejecimiento activo. Las TIC en la vida del adulto mayor, Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo ISSN 2007 – 7467, Julio - diciembre 2015, Vol. 6, Núm. 11,1-15.

24.- Hernández-Murúa José Aldo, Salazar-Landeros María Magdalena, Salazar Ciria Margarita, et al, Influencia del estilo de vida y la funcionalidad sobre la calidad de vida relacionada con la salud en población mexicana con salud comprometida, Educación Física y Ciencia, junio 2015. ISSN 2314-2561, vol. 17, nº 1, 1-11.

25.-Martín Aranda Roberto; Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa, Rev haban cienc méd vol.17 no.5 La Habana set.-oct. 2018.

26.- Quiceno, Japcy Margarita; Vinaccia, Stefano, Artritis Reumatoide: consideraciones psicobiológicas, Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portuga ivers.: Perspect. Psicol. / ISSN: 1794-9998 /2006; Vol. 7 (1) pp. 27-41.

27.- Rojo-Pérez Fermina, Fernández Mayoralas Gloria, CALIDAD DE VIDA Y ENVEJECIMIENTO, fundación BBVA,2011,398 p;24cm, ISBN:978-84-92937-12-7.

28.-Romero MRS, Romero ZH, “Reflexiones Sobre Calidad de Vida Relacionada con la Salud”. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2010; 48 (1):91-102.

29.-Azpiazu GM, Cruz JA, Villagrasa FJR, Abanades HC, García MN, Valero BFA. “Factores Asociados a mal Estado de Salud Percibido o a Mala Calidad de Vida en Personas Mayores de 65 Años” Rev Esp Salud Publica, 2002; 76:683-699.

30.- Urbano S C, Hernández CIM, de Armas HAI, Alberto Ulloa A., Cuestionario COOP/WONCA, validez y fiabilidad de su utilización en pacientes con osteoartritis, Revista Cubana de Reumatología, 2014 ISSN: 1817-5996.

ANEXO 1

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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DEL ADULTO ADCRITAS AL IMSS HGZ1**
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno
Lugar y fecha:	Tapachula, Chiapas
Número de registro:	R-2022-703-017
Justificación y objetivo del estudio:	Justificación: Se debe hacer este estudio para contribuir a disminuir el desapego y abandono a tratamientos en pacientes adultos con Artritis Reumatoide como consecuencia de una mala calidad de vida, esto a través de encuestas realizadas en la consulta externa, para que los pacientes entiendan y comprendan la importancia de mejores resultados en la evolución de su enfermedad derivada de una red de apoyo y del bienestar individual. Objetivo: Conocer la calidad de vida en pacientes adultos con Artritis Reumatoide en Hospital General de Zona No 1 Nueva Frontera del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tapachula Chiapas, HGZ1, ya que la Artritis Reumatoide es la principal enfermedad reumatológica prevalente.
Procedimientos:	Se aplicará el cuestionario COOP /WONCA el cual ayuda a valorar diversas áreas de la salud y la relación que estas tienen en la calidad de vida del paciente con Artritis Reumatoide.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Tener mayor información acerca de la Artritis Reumatoide, así mismo conocerán la importancia del impacto que tiene su entorno biopsicosocial y la evolución de la enfermedad.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Información acerca de alternativas para mejorar la calidad de vida en Artritis Reumatoide.
Participación o retiro:	Conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente sin que ello afecte mi desempeño laboral en el instituto mexicano del seguro social.
Privacidad y confidencialidad:	La información proporcionada se mantendrá en total confidencialidad.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

	No autoriza que se tome la muestra.
	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

	Difusión de resultados al médico y en caso de un nivel aptitud bajo se proporcionará
Beneficios al término del estudio:	Sesiones clínicas impartida por un médico especialista en el tema.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:	LILI ORTIZ CASTILLO MATRICULA 97070885 liorca29@hotmail.com tel. 9621062239
Investigador adjunto:	ASESOR METODOLOGICO: DR JULIO CESAR BARRIOS AGUILAR, MEDICO FAMILIAR, MATRICULA 10914781, CORREO ELECTRONICO: BARRIOS1965@YAHOO.ES, CELULAR: 9621371604. ASESOR DE CONTENIDO: DRA ESTHER MEOÑO MORALES, MEDICO NO FAMILIAR, MATRICULA: 11623713, CORREO ELECTRONICO: ESERMEM@HOTMAIL.COM, CELULAR: 9621210215.

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

Nombre y firma del entrevistado	**LILI ORTIZ CASTILLO** Nombre y firma del Investigador
Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2

GOBIERNO DE MÉXICO

IMSS

Tapachula de Cordova y Ordoñez , Chiapas a 24 de junio de 2021.

ATN: Dra. Esther Meoño Morales.
Reumatóloga.

Dr. Julio Cesar Barrios Aguilar
Medico Familiar

Por medio de la presente me permito notificarle de la NO INCONVENIENCIA de realizar su protocolo de investigación bajo el título "calidad de vida en pacientes con artritis reumatòide del adulto adscritos al IMSS HGZ1 ", por lo que esperamos vernos favorecidos de la información que emane de esta.

Sin otro particular, le envió un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Dr Fernando Domínguez Salgado.

Director del HGZ1 "Nueva Frontera"

c.c.p Lili Ortiz Castillo Residente de primer año de la especialidad de Medicina Familiar.

ANEXO 3

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD

COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD.

INSTRUCCIONES: El presente cuestionario es aplicable de manera voluntaria, es una recolección de datos, la cual le solicitamos sea llenada con su información, esta será absolutamente confidencial y para su uso exclusivo de investigación. Marque con un X la respuesta que considere que se adapta en relación a los últimos 7 días de su vida, si llega a tener alguna duda será apoyado por el medico responsable de la investigación, así como asesorado en sus dudas en todo momento.

FICHA DE IDENTIFICACION:_____**APARTADO 1**

1.-Sexo					
a). -Mujer	b). -Hombre				
2.- Religión:					
a). -católica	b). -cristiana	c). -adventista	d). -testigo de Jehová	e). -Otra.	
3.- ¿Cuantos años tiene?					
a). -18-28	b). -29-39	c). – 40-50	d). -51-61	e). -62-72	f). -73-83
4.- ¿Cuál es su estado civil?					
a). - Casado	b). -Soltero	c). - Unión libre	d). -Viudo	e). -Divorciado	
5.- ¿Cuál es su grado de estudio?					
a). -Analfabeta (ningún estudio)	b). -Primaria completa	c). - Primaria incompleta	d). - Secundaria completa	e). Secundaria incompleta	f). - Bachillerato completo
g). -Bachillerato incompleto	h). - Licenciatura	i). - Posgrado			
6.- ¿Tipo de familia?					
a). -Semi nuclear	b). - Nuclear	c). Extensa			
7.- ¿Tipo de familia de acuerdo a su desarrollo?					
a). -Tradicional	b). -Moderna	c). -Primitiva			
8.- ¿Tipo de familia de acuerdo a su integración?					
a). Desintegrada	b). -Semi integrada	c). -Integrada			
9.- ¿Tipo de familia de acuerdo a su ocupación?					
a). -Obrera	b). - Campesina	c). -Profesional			
10.- ¿Tipo de familia de acuerdo a su demografía?					
a). -Urbana	b). - Semiurbana	c). -Rural			
11.- ¿Comorbilidad asociada?					
a). -Diabetes Mellitus	b). - Hipertensión	c). -Enfermedad Renal	d)-Otros		
12.- ¿Tiempo de evolución de Artritis Reumatoide?					
a.- menos de 5 años	b.- De 5 a 15 años	c.- De 16 a 26 años	d.- De 27 a 37 años	e.- De 38 a 48 años	

ANEXO 4

INSTRUMENTO COOP /WONCA

Marque una sola respuesta.

a) Durante las 2 últimas semanas ¿Cuál ha sido la actividad física que pudo realizar durante al menos 2 minutos?

1) Muy intensa (ej. Correr de prisa)
2) Intensa (ej. Correr con suavidad)
3) Moderada (ej. Caminar a paso rápido)
4) Ligera (ej. Caminar despacio)
5) Muy ligera (ej. Caminar lentamente o no poder caminar)

b) Durante las 2 últimas semanas ¿En qué medida le han molestado los problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión irritabilidad o tristeza o desanimo?

1) Nada en lo absoluto
2) Un poco
3) Moderadamente
4) Bastante
5) Intensamente

c) Durante las 2 últimas semanas ¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de la casa, a causa de la salud física o problemas emocionales?

1)Ninguna en lo absoluto
2)Un poco de dificultad
3)Dificultad moderada
4)Mucha dificultad
5)Todo, no he podido hacer nada.

d) Durante las 2 últimas semanas ¿Su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

1)No, nada en absoluto
2)Ligeramente
3)Moderadamente
4)Bastante
5)Muchísimo

e) ¿Cómo califica su estado de salud en comparación con el de hace dos semanas?

1)Muchos mejor
2)Un poco mejor
3)Igual, por el estilo
4)Un poco peor
5)Mucho peor

f) Durante las dos últimas semanas ¿Cómo califica su salud en general?

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

g) Durante las dos últimas semanas ¿Cuánto dolor ha tenido?

1)Nada de dolor
2)Dolor muy leve
3)Dolor ligero
4)Dolor moderado
5)Dolor intenso

Resultados: Mediante una escala tipo Likert de 5 puntos se expone una escala numérica en donde al marcar el numero 1 indica excelente ,2 indica bueno,3 indica regular,4 indica mala y 5 muy mala calidad de vida, la máxima puntuación a obtener es de 30, significando una muy mala calidad de vida.

0-6	EXCELENTE
7-12	BUENA
13-18	REGULAR
19-24	MALA
25-30	MUY MALA