

**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON DOLOR CRÓNICO
SECUNDARIO A OSTEOARTROSIS EN LA FUNDACIÓN HOGARES LA
CANDELARIA DE LOS MUNICIPIOS MADRID Y TENJO, COLOMBIA,
OCTUBRE 2015**

**LAURA CATALINA PORRAS SUÁREZ
DIANA CAROLINA MÉNDEZ CASADIEGO**

ARTICULO CIENTIFICO

ASESOR: DR JUAN CARLOS MORALES RUIZ

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

BOGOTA

2015

AGRADECIMIENTOS

A nuestros asesores por su colaboración, compromiso y acompañamiento, a nuestros familiares y a todos quienes de una forma u otra intervinieron en la realización de este trabajo.

CONTENIDO

1. RESUMEN.....	4
2. INTRODUCCIÓN	5
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
5. OBJETIVOS	9
5.1. Objetivo general:	9
5.2. Objetivos específicos:.....	9
6. MARCO TEÓRICO	10
6.1 DEFINICIÓN	10
6.1.1 Calidad de vida.....	10
6.1.2 Dolor crónico	11
6.1.3 Osteoartrosis.....	12
6.2 FISIOPATOLOGÍA	13
6.2.1 Dolor	13
6.2.2 Osteoartrosis.....	13
6.3 IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA.....	14
6.4 TRATAMIENTO	15
6.4.1 Dolor	15
6.4.2 Osteoartrosis.....	16
7. METODOLOGÍA.....	18
8. INSTRUMENTO	19
9. RESULTADOS.....	20
10. DISCUSIÓN.....	26
11. CONCLUSIONES.....	30
12. BIBLIOGRAFÍA	32
13. ANEXOS.....	39
13.1 ESCALA QOL-RA.....	40

1. RESUMEN

Este artículo pone en conocimiento una problemática poco investigada como lo es el dolor crónico en los adultos mayores con diagnóstico de osteoartrosis y la calidad de vida de los mismos. Con base en la revisión de artículos científicos se plantean definiciones, las principales causas, manifestaciones, efectos sobre la salud del Adulto mayor y el manejo del dolor inicial que es suministrado, buscando de esta manera conocer los efectos que dicho diagnóstico tiene sobre la calidad de vida de los entrevistados.

Palabras clave: Dolor crónico, osteoartrosis, adulto mayor, calidad de vida.

2. INTRODUCCIÓN

Basados en las revisiones bibliográficas realizadas para la construcción de este trabajo se encontró que el dolor crónico pese a ser un motivo de consulta frecuente y de estar relacionado directamente con un grupo etario al que se debe prestar la suficiente atención, no se realiza la suficiente investigación acerca de la asociación del diagnóstico de dolor crónico relacionado con osteoartrosis, con las repercusiones que este tiene sobre la calidad de vida del adulto mayor. Como hallazgo adicional se encuentra que los estudios realizados en la población colombiana no se presentan en gran cantidad y por esta razón no se evalúa el estado actual de la población de adultos mayores con este diagnóstico y las intervenciones para mejorar los aspectos relacionados con su calidad de vida son pocas.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El dolor crónico relacionado con osteoartrosis es un problema de salud que afecta al individuo generando repercusiones sobre la funcionalidad, la calidad de vida, el equilibrio emocional, generando así mismo afectación en las relaciones familiares, personales y laborales.

Según el análisis de la pirámide poblacional de Colombia encontrado en las PROYECCIONES DE POBLACION del DANE (2008) (1), se evidencia la inversión de la pirámide con un creciente aumento de la población de adultos mayores, donde hay más de 3 millones 800 mil personas con 60 años o más, que forman parte de los más de 600 millones de adultos mayores que estima la Organización Mundial de la Salud (OMS) hay en el planeta (2).

Basados en la experiencia se observa que dentro los motivos de consulta más frecuentes de este grupo etario se encuentra el dolor crónico relacionado con osteoartrosis, asociado a las repercusiones que este trae afectando directamente la calidad de vida del adulto mayor (3).

Dada la situación actual de la salud en Colombia, donde según el Ministerio de la Protección Social el país carece de redes de atención oportuna y no cuenta con una política donde se establezca la prestación adecuada de servicios y evite el abandono de la población de adultos mayores, concluyen que la mayoría de esta población que padece de dolor crónico tiene una atención básica para el manejo del dolor según la escalera analgésica de la OMS, pero no cuenta con un servicio alternativo donde el manejo del dolor se realice de forma no farmacológica. Adicional a esta carencia se presenta el difícil acceso a un manejo interdisciplinario del dolor crónico donde cuenten con apoyo psicológico y se haga manejo de la percepción que tiene el adulto mayor de como este tipo de padecimiento afecta su calidad de vida. Por estos motivos es de gran importancia medir la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de dolor crónico y osteoartrosis (4).

4. JUSTIFICACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno" , por esta razón es importante para el personal de la salud conocer si lo propuesto por OMS se cumple en este grupo de pacientes.

Por otra parte como se ha visto durante la práctica médica, el dolor es una de las quejas más comunes en la consulta de medicina general asociado al proceso de envejecimiento y patologías frecuentes como la osteoartrosis, y vemos que no solo afecta la calidad de vida del adulto mayor sino que también tiene un impacto sobre la calidad de vida de sus familiares y de quienes los rodean, abarcando desde una afectación de la estabilidad económica hasta la pérdida de la funcionalidad del individuo (5). Adicional a esto el dolor crónico se considera un problema de salud pública en esta población. No obstante, en Colombia existen insuficientes estudios orientados a describir el impacto que tiene el diagnóstico de dolor crónico asociado a osteoartrosis no solo en la calidad de vida del adulto mayor sino también sobre sus familias o cuidadores.

Según la segunda Encuesta Nacional del Dolor realizada por la Asociación Colombiana para el estudio del Dolor, en el año 2002, un estudio de 1.320 personas encuestadas por vía telefónica, el 18,6% eran personas de 55 años o más, un 50.4% de los encuestados refirió haber presentado dolor en el último mes, el 33,5% se autoformuló mientras que el 26,8% asistió a consulta médica (6).

Por ultimo si lo que se quiere investigar son todos los aspectos sobre la calidad de vida de los pacientes mencionados también se debe tener en cuenta el impacto económico que acarrea no solo el diagnóstico y tratamiento adecuados para los adultos mayores diagnosticados con dolor crónico y osteoartrosis, sino también el cambio en la economía personal y familiar posterior al diagnóstico proporcionado y a la perdida de la funcionalidad de los pacientes mencionados, es por esta razón que este trabajo aporta información acerca de las principales características del dolor crónico en el adulto mayor con osteoartrosis y de los niveles de afectación de la calidad de vida de los mismos y sus familias en un grupo de ancianos no institucionalizados, de la FUNDACION HOGARES LA CANDELARIA, mediante la aplicación de instrumentos para medición de calidad de vida , durante el periodo octubre 2015.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general:

Medir la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de dolor crónico asociado a osteoartritis, en la FUNDACION HOGARES LA CANDELARIA, en los Municipios de Tenjo y Madrid, octubre 2015.

5.2. Objetivos específicos:

1. Determinar si se generan cambios sobre la calidad de vida de los adultos mayores encuestados, mediados por el diagnóstico de dolor crónico asociado a osteoartritis.
2. Reconocer los principales niveles de calidad de vida (familiares, sociales, económicos u otros), que se encuentran afectados en los adultos mayores encuestados.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 DEFINICIÓN

6.1.1 Calidad de vida

El inicio de la utilización del concepto de calidad de vida se origina en Estados Unidos posterior a la terminación de la Segunda Guerra Mundial, el cual era utilizado por los investigadores para evaluar la percepción de si tenían buena vida los habitantes y se sentían que tenían seguridad financiera (7).

Tabla 1. Definiciones del concepto calidad de de vida

Referencia	Definición Propuesta
Ferrans (1990b)	Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
Hornquist (1982)	Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.
Shaw (1977)	Define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: $QL=NE \times (H+S)$, en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad. Críticas: la persona no evalúa por sí misma, segundo, no puede haber cero calidad de vida.
Lawton (2001)	Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.
Haas (1999)	Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.
Bigelow et al., (1991)	Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.
Calman (1987)	Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar... medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente.
Martin & Stockler (1998)	Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.
Opong et al., (1987)	Condiciones de vida o experiencia de vida.

Tomada de Alfonso Urzúa, Alejandra Caqueo-Urizar. Calidad de Vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 2012 ; 30(1): 61-71

Existen tres categorías que son utilizadas para la definición práctica de calidad de vida, estas son:

- La calidad de vida como la sumatoria de las condiciones de vida que pueden ser evaluadas como la salud física, condiciones de vida, relaciones sociales, actividades funcionales u ocupación (8).

- La calidad de vida como la sumatoria de la satisfacción personal, este concepto es una autoevaluación donde es importante la percepción y el criterio de cada uno (9).
- La calidad de vida como la sumatoria entre las condiciones de vida y la satisfacción personal, en esta categoría las condiciones que se van a evaluar pueden ser establecidas a través de indicadores biológicos, sociales, materiales, conductuales y psicológicos, estos sumados a la percepción individual de la satisfacción personal, dada por los sentimientos, es el conjunto que más se acerca a la definición de calidad de vida (10).

Según la definición dada por la OMS, donde la calidad de vida es definida como “Un estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y actividades, todas estas mediadas por los valores personales” (11).

6.1.2 Dolor crónico

El dolor crónico constituye un problema de salud que afecta seriamente al individuo, repercutiendo sobre la funcionalidad, el bienestar emocional y la calidad de vida, con consecuencias negativas sobre la familia y el entorno social. Además, tiene impacto en la seguridad social comprometiendo recursos y generando mayores costos (12).

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) definen dolor como “Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular actual o potencial que se describe como causada por esta lesión”. Según la duración se clasifica en dolor crónico aquel que dura tres meses o más y dolor agudo el que dura menos de tres meses (13). Según su fisiopatología se clasifica en dolor nociceptivo que se genera a partir de una estimulación de los receptores del dolor por mediadores de la inflamación y citoquinas; neuropático que se produce por compresión o inflamación de las estructuras nerviosas del sistema nervioso central

o periférico y el dolor mixto que tiene múltiples desencadenantes o son desconocidos (14).

El dolor es la causa más frecuente de consulta. Algunas estadísticas señalan que cerca del 35 al 50% de la población general padece de dolor crónico. Un estudio reciente de Torrance et al, detectó que la prevalencia de dolor crónico de cualquier origen en la población general es del 48%, mientras que el de origen neuropático es del 8% (15). Este último tipo de dolor puede aumentar a un 27% en pacientes atendidos en clínicas de dolor y a 36% en aquéllos con cáncer (16).

En Colombia la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor (ACED) publicó en abril de 2004 la III Encuesta Nacional de Dolor, la cual arrojó las siguientes cifras: el 47.7% de la población aceptó haber tenido algún tipo de dolor en el último mes, siendo más frecuente la cefalea, seguida del dolor lumbar. De éstos, el 50% refirieron una duración mayor a un mes y el 52.4% de los encuestados aceptó que su actividad habitual se había visto interrumpida a causa del mismo. El 64.5% había consultado a un médico, mientras que el 48% se había automedicado (17). En la IV Encuesta Nacional de Dolor de la ACED del año 2008 con 1204 individuos entrevistados de manera telefónica, la prevalencia del dolor en el último mes fue del 53%, predominante en las mujeres, sin hacer alusión a la prevalencia del dolor crónico (18).

6.1.3 Osteoartrosis

Osteoartrosis, Osteoartritis o Artrosis, es la más común de las enfermedades reumáticas crónicas. Se caracteriza por ser una enfermedad crónica degenerativa que produce una destrucción gradual y progresiva del cartílago que recubre la superficie articular de las rodillas, caderas, hombros, manos, tobillos y columna vertebral. Con inflamación de la membrana sinovial, daño de meniscos, tendones, músculos y nervios asociados a la articulación afectada (19).

Tiene una prevalencia en las mujeres entre 45-64 años de 30% y mujeres mayores de 64 años ascienden hasta el 88%. En los hombres se encuentran valores similares aunque más bajas en las edades más avanzadas (20).

Dentro de los factores de riesgo para desarrollar osteoartritis se encuentran ser mayor de 45 años, sexo femenino, predisposición genética, fuerzas mecánicas que comprometen la articulación, uso articular excesivo, antecedente de traumatismo articular, enfermedades articulares previas y sobrepeso (21).

6.2 FISIOPATOLOGÍA

6.2.1 Dolor

Cuando se presenta un daño de un tejido se activan los nociceptores o receptores del dolor. Los nociceptores son las terminaciones periféricas de las fibras aferentes sensoriales primarias y transmiten el estímulo del dolor hacia el asta dorsal de la médula. Desde ese punto hacen llegar el estímulo doloroso por medio de las segundas neuronas hasta la corteza cerebral, donde se percibe el dolor (22).

Se conocen tres grupos de nociceptores: cutáneos, músculo-articulares y viscerales. Dentro del grupo de fibras existentes las A β forman parte del dolor crónico, están son mielinizadas y transmiten impulsos relacionados con el tacto, presión o movimiento de músculos (23).

Cuando se estimula un receptor de dolor, este libera sustancias vasoactivas que generan vasodilatación y extravasación ocasionando edema, entre estas sustancias se encuentran el glutamato, la sustancia P, H⁺, K⁺, serotonina, histamina, citosinas, prostaglandinas, bradicinina, somatostatina y péptido relacionado con el gen de la calcitonina (24).

6.2.2 Osteoartritis

La osteoartritis presenta ruptura del cartílago articular desencadenando la pérdida de la función articular, finalmente genera la destrucción acelerada de la matriz por

enzimas procedentes de los condrocitos y de las células sinoviales, continuando con alteración en los sistemas de reparación del cartílago (25).

La etiología de la osteoartrosis se asocia con el efecto mecánico producido por el sobrepeso y el mal alineamiento articular. Las deformidades en varo y valgo someten a la articulación a cambios en la matriz cartilaginosa por el aumento del estrés local, produciendo un desgaste prematuro del cartílago hialino (26).

6.3 IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

Si dentro del dolor crónico excluimos los pacientes oncológicos, el dolor neuropático, incluidas las cefaleas, queda un grupo de pacientes con características propias y que su principal causa de dolor es la patología degenerativa y/o inflamatoria osteoarticular y musculoesquelética. La osteoartrosis es la enfermedad osteoarticular de mayor prevalencia mundial (27).

La caracterización de los mecanismos que subyacen a la aparición del síntoma, ha permitido mejorar la comprensión del proceso nociceptivo y la calidad de las intervenciones terapéuticas. Una estrategia óptima de manejo debe incluir medidas tendientes a equilibrar las alteraciones orgánicas y abordar los fenómenos psicológicos y sociales, relacionados con el mismo (28).

El dolor crónico afecta a la salud física y psicológica del que lo padece, con repercusiones sobre las actividades diarias, autonomía, el empleo y el bienestar económico. Las personas con dolor crónico no maligno tienen una afectación multidimensional de la calidad de vida, que supera a otras enfermedades médicas crónicas. (29).

La afectación de la calidad de vida en el dolor crónico de origen osteoarticular degenerativo o inflamatorio es evidente por las limitaciones y repercusiones en los aspectos tanto físicos como psíquicos, sociales y económicos de los pacientes que lo padecen. Además del dolor existen diversos factores que repercuten negativamente sobre la calidad de vida de estos pacientes (30,31). En ocasiones

son factores poco modificables como los socioculturales, en cambio sobre otros sí se pueden realizar estrategias de actuación del tipo educativas, preventivas, dietéticas, psicológicas, conductuales etc. Es decir, es preciso conocer el entorno de influencias que rodean a los pacientes con dolor crónico no oncológico para realizar un tratamiento integral desde un punto de vista amplio y multidisciplinar, donde el tratamiento analgésico asociado a medidas no farmacológicas y de promoción de hábitos saludables nos permita una mejora global de la patología dolorosa y de su repercusión personal, social y económica (32).

6.4 TRATAMIENTO

6.4.1 Dolor

Los principios básicos para el manejo del dolor incluyen la valoración de todas las alternativas terapéuticas existentes, el inicio temprano del tratamiento, el seguimiento de la evolución, los ajustes requeridos en el desarrollo del cuadro, la combinación de métodos farmacológicos y no farmacológicos, la selección de un esquema individual de tratamiento y el mantenimiento de la terapia hasta alcanzar la resolución definitiva del cuadro de base (33).

La tendencia actual en la práctica farmacológica del dolor está orientada hacia el control de los factores orgánicos y psicológicos, involucrados en la génesis del cuadro. Los medicamentos aplicados con mayor frecuencia en la práctica cotidiana son los analgésicos no opiáceos, los analgésicos opiáceos y los agentes coadyuvantes (34).

Entre los primeros, se destacan los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), agentes farmacológicos indicados en el manejo del dolor agudo y crónico no maligno, de leve a moderada intensidad, que constituyen la primera opción, en forma aislada o en combinación, de la escalera terapéutica de la Organización Mundial de la Salud, en el manejo del dolor asociado con cáncer (35).

En aquellos pacientes que no responden en forma adecuada a la terapia farmacológica, se recomienda el uso de técnicas invasivas de control del dolor, entre

las cuales, se reconocen los bloqueos nerviosos, la infiltración local con anestésicos o esteroides, la administración epidural y/o intratecal de opiáceos y la estimulación neural, mediante la implantación de electrodos en áreas adyacentes a los nervios periféricos o a la médula espinal (36).

Las acciones no farmacológicas del dolor comprende la implementación de medidas de autocuidado y la aplicación de técnicas y de procedimientos enfocados a minimizar el impacto biológico, psicológico y social del cuadro. Entre las actividades que han demostrado ser útiles en el procedimiento del paciente con dolor, se encuentran la promoción del auto cuidado, la sensibilización del paciente y su familia en relación con las características de la enfermedad y con la utilización de procesos que garanticen la recuperación funcional la independencia del paciente (37).

6.4.2 Osteoartrosis

Las manifestaciones clínicas de a osteoartrosis se encuentra dolor que se localiza en la articulación afectada, el cual inicialmente se desencadena con la movilización de la articulación y se va volviendo más continuo apareciendo en reposo y durante el sueño. Otro de los síntomas característicos que se presentan es la rigidez articular el cual aparece después de un periodo de inactividad y puede existir rigidez matutina, su duración normalmente es corta. Y como consecuencia se encuentra la incapacidad funcional (38).

El objetivo del tratamiento es disminuir los síntomas, mantener la función articular, reducir la progresión de la enfermedad y generar una mejor calidad de vida. Inicialmente el tratamiento no farmacológico, una adecuada educación al paciente dando indicaciones encaminadas a la reducción de carga que pueden soportar las articulaciones, el uso del bastón, el ejercicio aeróbico que mejora el flujo sanguíneo e incrementa la fuerza muscular, el uso de calzado adecuado; estas son las medidas no farmacológicas que se indican al principio del tratamiento (39).

El tratamiento farmacológico el cual se divide en dos, los fármacos modificadores de síntomas encaminados al manejo del dolor, y los fármacos modificadores de la

estructura, dirigidos a preservar el cartílago articular y frenar la evolución de la enfermedad (40).

Dentro de los fármacos modificadores de síntomas se encuentran los de acción rápida como los AINES y de acción lenta los llamados SYSADOA (Symtomatic Slow Action Drugs for Osteoarthritis) los cuales tienen se caracterizan por tener un inicio de efecto a las 2 a 3 semanas de tratamiento y persiste de 2 a 6 meses después de dejar de tomarlos, forman parte de este grupo el Ácido Hialurónico, Condroitin Sulfato, Diacereína, Sulfato de Glucosamina (41).

Los fármacos modificadores de la estructuras son los llamados DMOAD (Disease Modifing Osteoarthritis Drugs), que son capaces de reducir o detener la destrucción del cartílago articular (42).

Por último el tratamiento quirúrgico que está indicado en los casos donde existen signos radiológicos, que tienen un dolor refractario al tratamiento e importante discapacidad. En el manejo quirúrgico se encuentra lavado articular, osteotomías y prótesis (43).

7. METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal, aplicado a una muestra de personas escogidos al azar entre hombres y mujeres mayores de 60 años, con diagnóstico de dolor crónico asociado a osteoartrosis de una o varias articulaciones, en manejo del dolor crónico con métodos farmacológicos y no farmacológicos, funcionales, sin alteraciones mentales, institucionalizados en la FUNDACION HOGARES LA CANDELARIA de los Municipios Madrid y Tenjo, en el periodo octubre 2015, mediante la aplicación de la escala **QOL-AR (Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis)** modificada, teniendo en cuenta variables que representan la capacidad física, el desempeño físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, desempeño social, desempeño emocional y salud mental. Se realizó una prueba piloto en un grupo de personas elegidas al azar y por medio de validación del instrumento mediante Alfa de cronbach tenemos que al aplicar la prueba piloto el resultado del alfa de cronbach fue de 0,72 por lo tanto se puede decir que es fiable la aplicación del instrumento para la recolección de los datos de la investigación planteada.

Se realizaran medidas de frecuencia absoluta y relativa con el fin de medir la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de dolor crónico asociado a osteoartrosis mediante el análisis y la síntesis de los resultados obtenidos.

8. INSTRUMENTO

Se empleó la versión española del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en Colombia, modificado, de aplicación gratuita y disponible para el uso del público sin restricciones de derechos de autor. Este instrumento se compone de 7 ítems, dentro de una escala tipo likert con diez posibilidades de respuesta, que van desde (1) que equivale a una “muy mala calidad de vida” hasta (10) que equivale a una “excelente calidad de vida”. El desarrollo del cuestionario se realizó teniendo en cuenta variables que representan la capacidad física, el desempeño físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, desempeño social, desempeño emocional y salud mental.

9. RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 24 adultos mayores de 60 años, de una población de 40 adultos mayores institucionalizados en la Fundación Hogares La Candelaria de los municipios de Madrid y Tenjo, en el mes de Octubre del año 2015, correspondiendo al 60% de la población; el 40% restante no cumplió con los criterios de inclusión por el grado de deterioro cognitivo que presentaban no podían responder el instrumento de medición o no tenían diagnóstico de osteoartrosis.

En cuanto a los datos obtenidos (n=24), se encontró que el grupo poblacional con más representación correspondiente a adultos mayores de 85 años en un 42%, seguido de los adultos entre los 80 a 85 años con el 33%, finalizando con el grupo etario entre los 60 a 80 años con el 25% de la muestra; de los cuales el 63% son mujeres y el 38% son hombres (figuras 1 y 2).

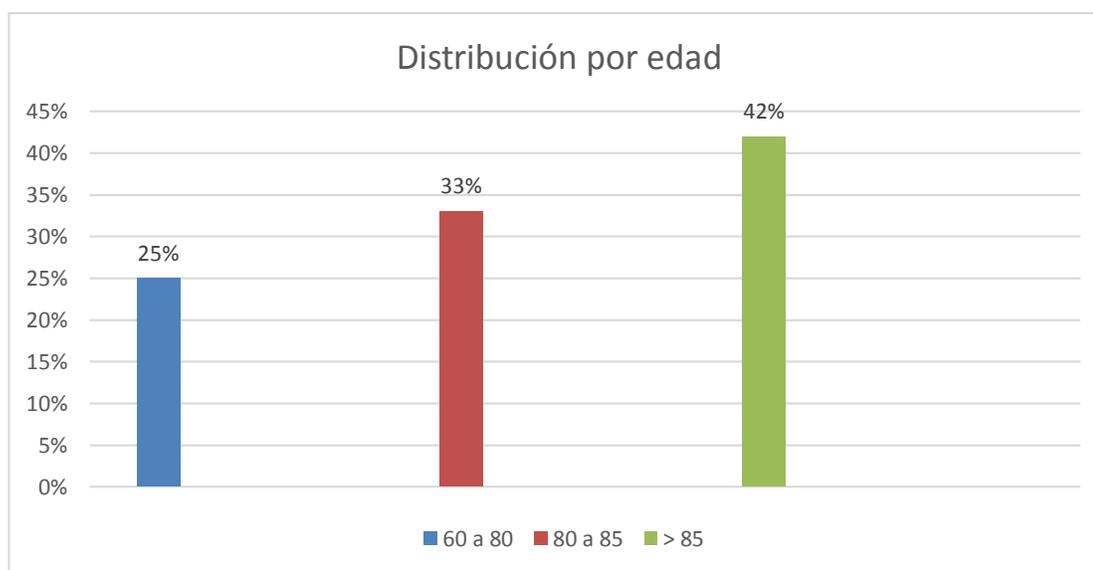


Figura 1. Distribución por edad

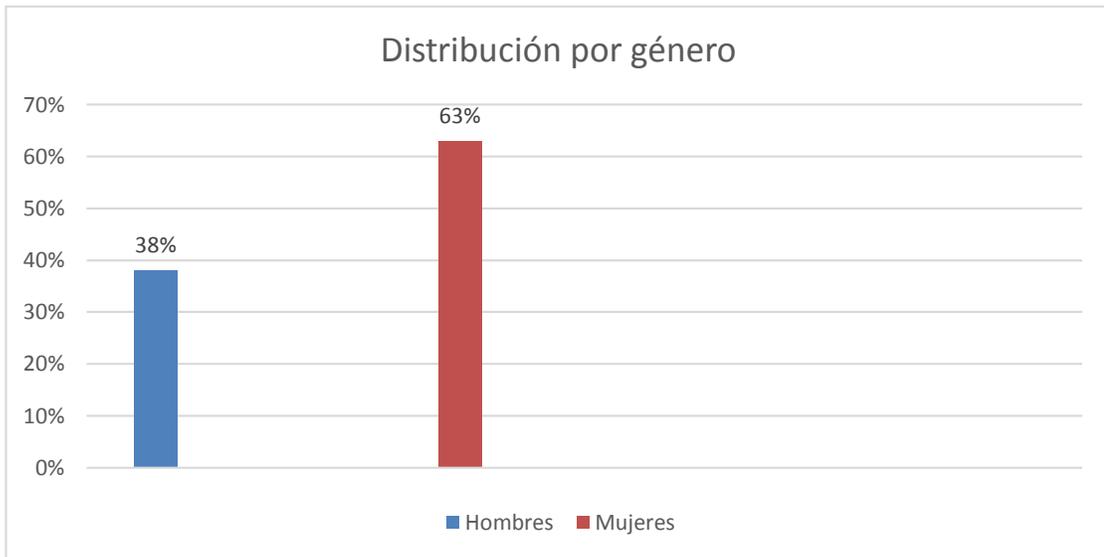


Figura 2. Distribución por género

De acuerdo con la variable habilidades físicas evaluada en la escala QOR-LA, el 42% califica como mala (rango 1 a 5) su calidad de vida, el 50% como regular y buena (rango 6 a 9), como excelente (valor 10) el 33% (Figura 3), concluyendo así que la percepción de la calidad de vida desde el punto de vista de las habilidades físicas en el 83% es aceptada como buena a excelente.

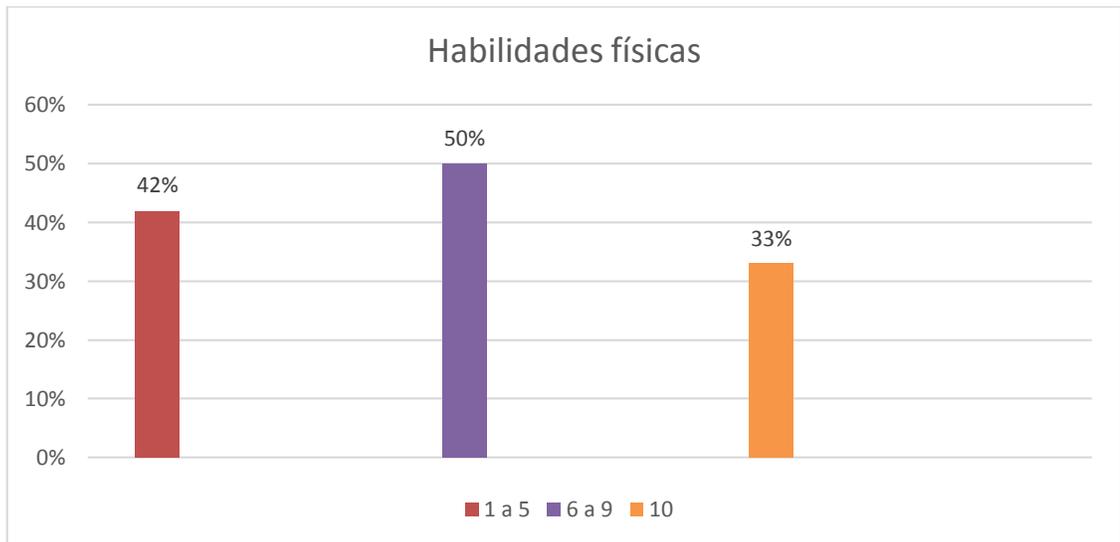


Figura 3. Habilidades físicas

Según la ayuda recibida por parte de amigos y familiares la calidad de vida del 17% del grupo poblacional es percibida como mala (rango 1 a 5), el 50% la califica como buena (rango 6 a 9) y el 33% la califica como excelente (valor 10), es decir que la mayoría de la población percibe su calidad de vida como buena o excelente teniendo en cuenta el apoyo y la ayuda por sus amigos y/o familiares (figura 4).

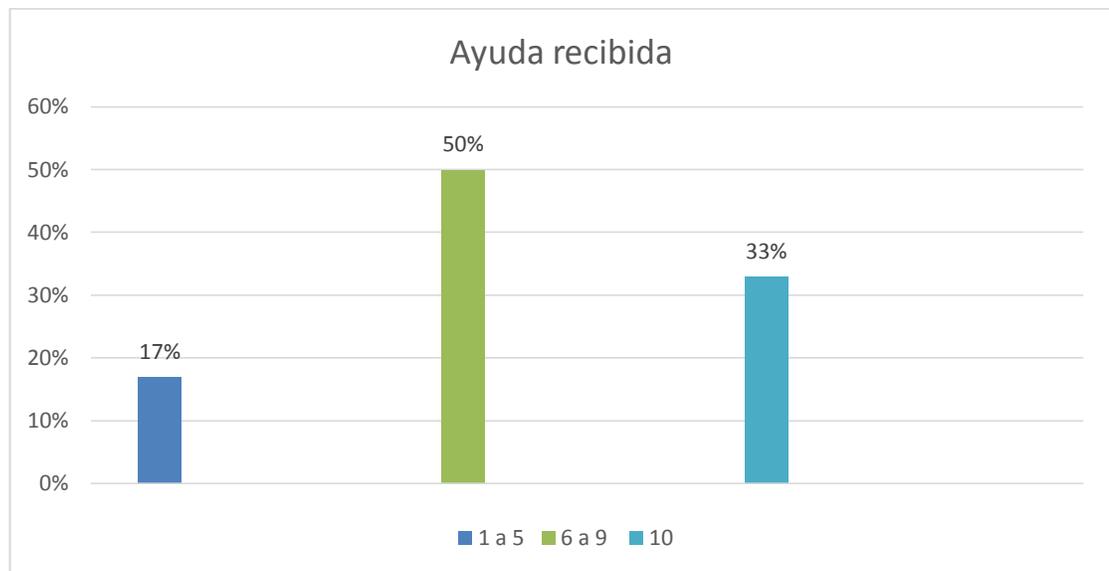


Figura 4. Ayuda recibida por parte de amigos y familiares

Según el dolor osteoarttrítico, la calidad de vida del 38% del grupo poblacional tiene una calificación de mala (rango 1 a 5), el 50% % califica como buena (rango 6 a 9) y el restante 13% la califica como excelente (valor 10), se encontró que la mayor parte de los encuestados perciben su calidad de vida como buena según la importancia que le dan al dolor osteoarttrítico (figura 5).

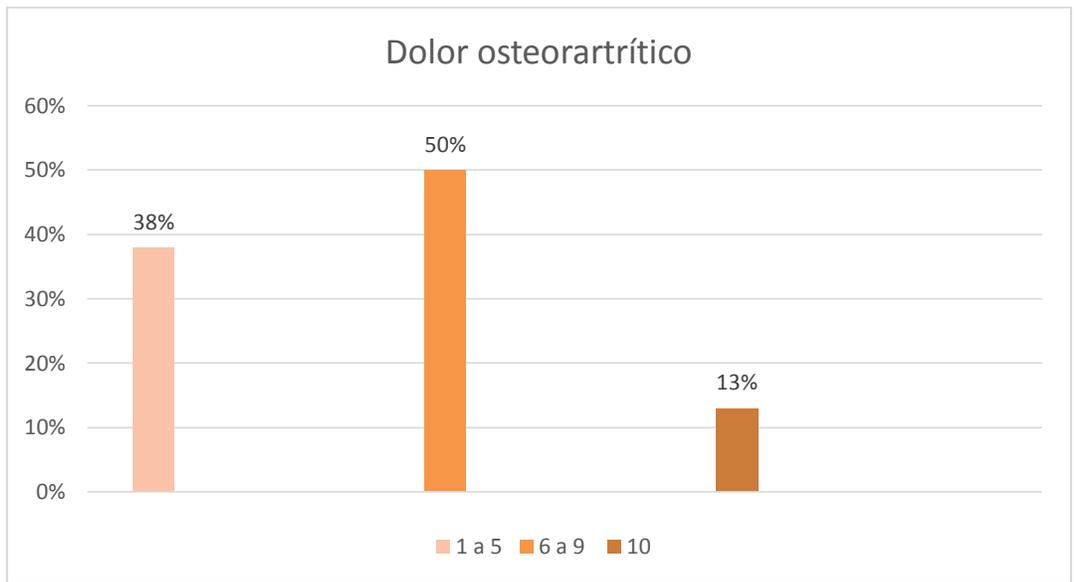


Figura 5. Dolor Osteoartrítico

En cuanto a la variable de tensión nerviosa nos muestra que la calidad de vida del 12% de los encuestados es calificada como mala (rango 1 a 5), el 67% como buena (rango 6 a 9) y el 21% en excelente (valor 10), se puede decir que la mayor parte de la población encuestada considera su calidad de vida buena o excelente cuando se trata de la tensión nerviosa (figura 6).

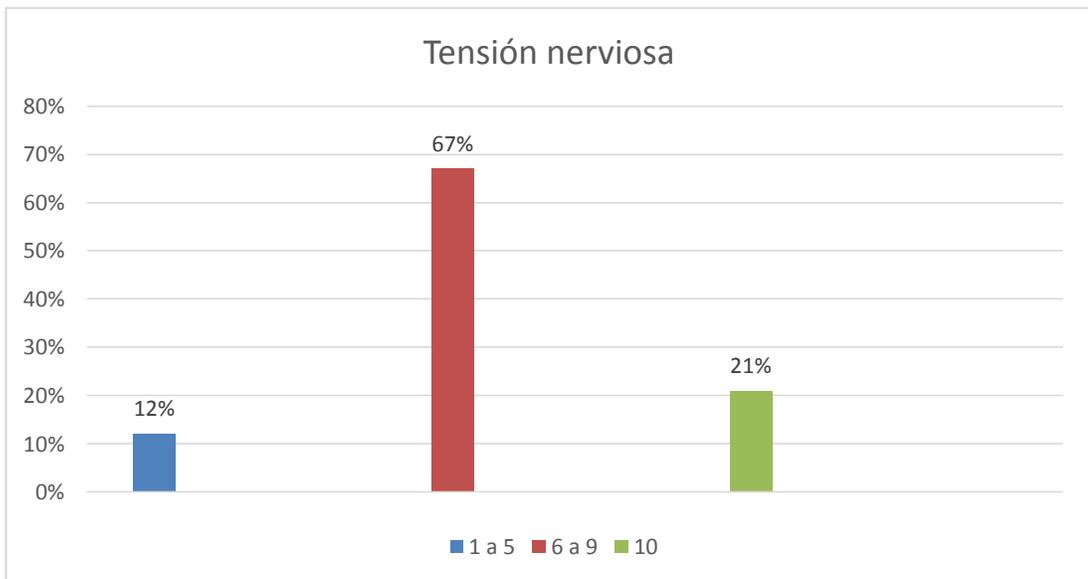


Figura 6. Tensión Nerviosa

Solo teniendo en cuenta el estado de salud del grupo poblacional, la calidad de vida del 12% es calificada como mala (rango 1 a 5), el 67% consideran su calidad de vida como buena (rango 6 a 9) y el 21% como excelente (valor 10) teniendo en cuenta su estado de salud en general, considerando las múltiples comorbilidades que son características en esta población (figura 7).

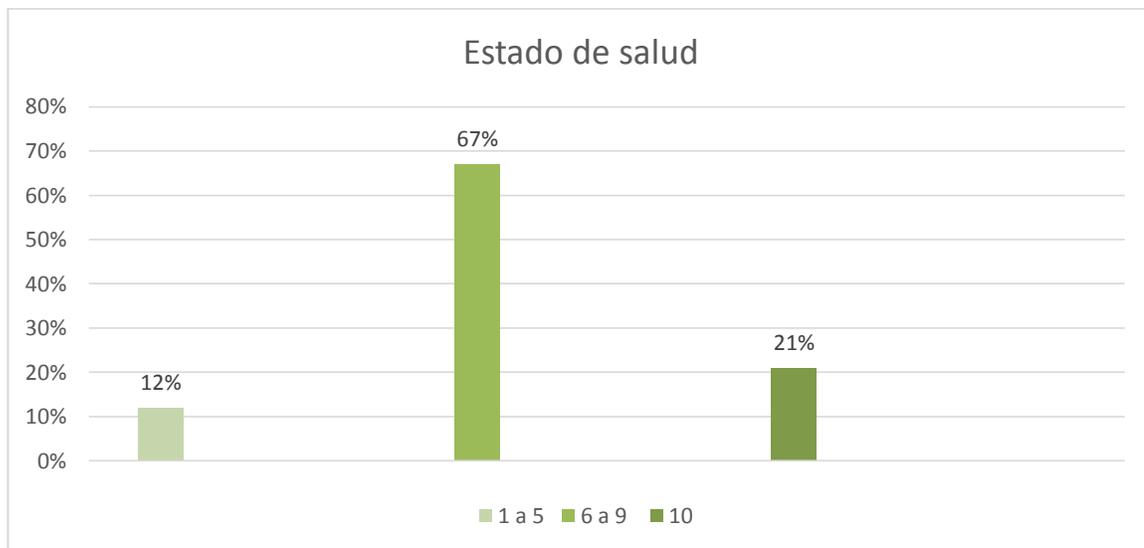


Figura 7. Estado de salud

Según la interacción social el 21% del grupo poblacional califica su calidad de vida como mala (rango 1 a 5), un 37% califica como buena (rango 6 a 9) y el restante 42% como excelente (valor 10) (figura 8), concluyendo con esto que 79% de la muestra consideran su calidad de vida como buena a excelente teniendo en cuenta la interacción social.

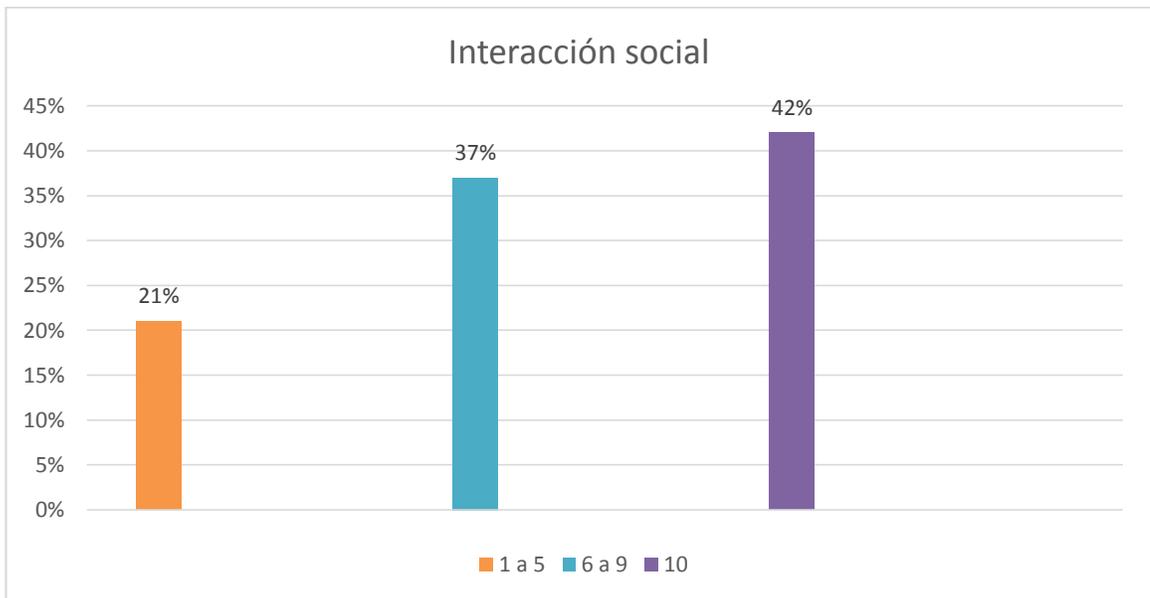


Figura 8. Interacción Social

Y por último si solo vemos el estado de ánimo el 75% grupo poblacional califica su calidad de vida como buena (rango 6 a 9) y en un 25% califica en excelente (valor 10) (figura 9), observando que ninguno de los entrevistados considera su calidad de vida como mala dependiendo de su estado de ánimo.

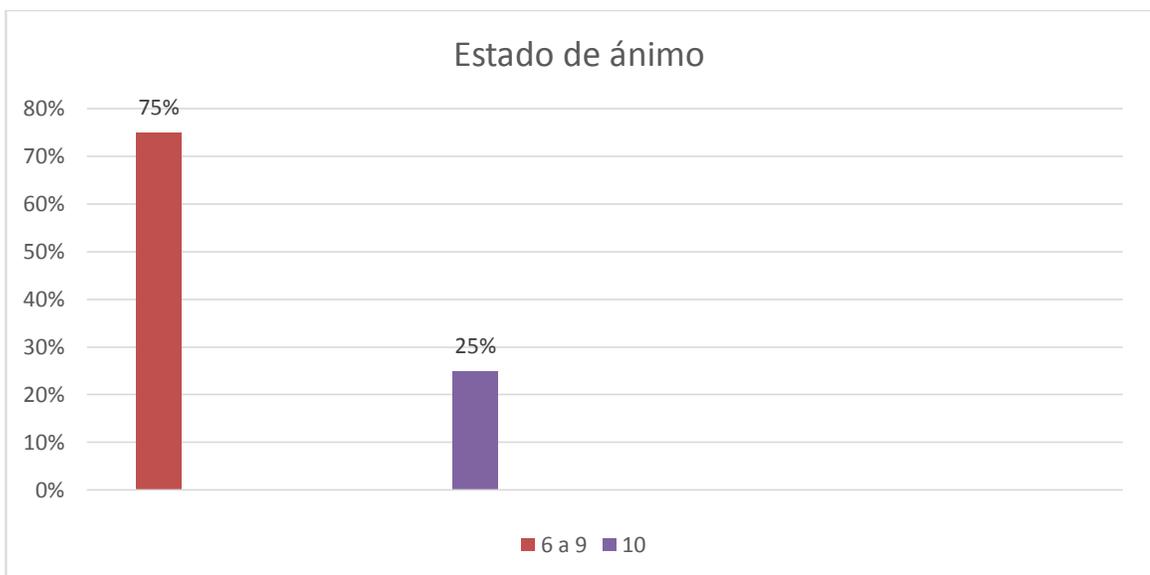


Figura 9. Estado de ánimo

10. DISCUSIÓN

En los datos obtenidos a partir de la aplicación de la escala QOL-RA (n=24), se encontró que la mayoría de la muestra son mayores de 85 años con un 42% y con predominancia del sexo femenino sobre el masculino con 63% sobre un 38%.

Dentro de los ítems valorados en la encuesta, se encuentra habilidad física dando como resultado que el 50% de la muestra considera que su calidad de vida es buena y un 8% consideran que su calidad de vida es excelente, con una media de 5,95 (tabla 1) comparada con el estudio Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en Colombia (44), el en cual para el ítem de habilidad física obtuvieron una media de 6,15, se puede inferir que los adultos mayores que padecen de dolor osteoarticular no ven alterada su calidad de vida por sus habilidades físicas y tiene una buena percepción de la misma.

A pesar de tratarse de adultos mayores institucionalizados en una fundación donde habitan la mayoría del tiempo, estos en su mayoría aun cuentan con el apoyo y respaldo de sus familiares y amigos, en especial familiares, con un 83% que considera como buena a excelente el apoyo que reciben de terceras personas, obteniendo una media de 7,35 (tabla 2) comparada con el estudio Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en Colombia (45) con una media poblacional de 7,38; observando esto como un refuerzo positivo para el manejo no solamente del dolor crónico sino de sus múltiples comorbilidades, mejorando su calidad de vida.

En la evaluación del dolor osteoartrítico se obtuvo 63% de la muestra considera que su calidad de vida teniendo en cuenta solamente el dolor osteoarticular es de buena a excelente con una media de 5,37 (tabla 2), comparado con el estudio Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en Colombia (46) donde obtuvieron una media de 5,37; se ve la

similitud de la percepción de la calidad de vida dependiendo del dolor osteoarticular como buena en las dos poblaciones estudiadas .

En el análisis de la influencia de la tensión nerviosa sobre la calidad de vida se obtuvo que el 88% de la muestra considera que su calidad de vida es buena a excelente con una media 7,54 (tabla 2), en comparación con el estudio Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en Colombia (47) que obtuvieron una media de 6,63; infiriendo con esto que en las dos muestras estudiadas tienen una percepción de calidad de vida buena desde el punto de vista de la tensión nerviosa.

De acuerdo con el estado de salud general de la muestra se obtuvo que el 88% considera que su calidad de vida es de buena a excelente teniendo en cuenta sus múltiples comorbilidades, con una media de 6.91(tabla 2) comparada con Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en Colombia (48) con una media de 5,80; concluyendo que la muestra estudiada de la Fundación Hogares La Candelaria tiene mejor percepción de la calidad de vida influenciada por su estado de salud en general, incluyendo todas sus comorbilidades.

Basados en la interacción social el 79% considera que si calidad de vida es de buena a excelente con una media 7,08 comparado con la media de Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en Colombia (49) de 7,55 se observa que en las dos muestras estudiadas se tiene una buena percepción de la calidad de vida.

El estado de ánimo influye notablemente sobre la percepción de la calidad de vida, en la muestra estudiada el 100% considera que es de buena a excelente con una media de 8,66 que al comparar con la media de Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en Colombia (50) que es de 6,79, obtenemos que la muestra evaluada de La Fundación

Hogares La Candelaria tiene un excelente estado de ánimo el cual influye positivamente en la percepción de su calidad de vida.

Al realizar la aplicación del instrumento de medición se encontró como principal dificultad el entendimiento del cuestionario y fue necesario la explicación en lenguaje de más fácil entendimiento.

Tabla 2. Comparación de medias de las puntuaciones en la Quality of Life Rheumatoid Arthritis Scale (QOL-RA) en dos grupos, uno proveniente de la Fundación Hogares La Candelaria de los municipios de Madrid y Tenjo y otro una muestra de Latinos provenientes de Colombia tomada del estudio Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en Colombia.

QOL-RA ÍTEM	MEDIA (HOGARHHCES LA CANDELARIA)	MEDIA (LATINOS)	DIFERENCIA DE MEDIAS
Habilidades físicas	5,95	6,15	0,2
Ayuda de familiares y amigos	7,37	7,38	0,01
Dolor osteoartrítico	5,37	5,37	0
Nivel de tensión nerviosa	7,54	6,63	0,91
Estado de salud	6,91	5,80	1,11
Interacción social	7,08	7,55	0,47
Estado de ánimo	8,66	6,79	1,69

Al comparar las medias entre los datos obtenidos en la aplicación de la encuesta QOL-RA en La Fundación Hogares La Candelaria de los municipios de Madrid y Tenjo con los datos que fueron recogidos en el estudio realizado en Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en Colombia (51) es notable que la diferencia entre las medias obtenidas no es de mayor de 1,69 demostrando que los adultos mayores que tienen como

diagnostico dolor crónico secundario a enfermedad osteoarticular tienen una percepción buena de su calidad de vida.

11. CONCLUSIONES

1. El grupo poblacional con más representación corresponde a la población mayor de 85 años con un 42%, el 58% restante de la muestra poblacional se encuentran entre los 60 y 84 años.
2. Con relación al género se encontro una distribución del 63% correspondiente a mujeres y el 38% restante hombre.
3. Teniendo en cuenta las habilidades físicas, la ayuda recibida por terceros ya sea familiares y/o amigos, evaluando como estas influyeron en la percepción de la calidad de vida se encontro que el 83% de la muestra poblacional considero que es mayor de 6, representando esto una percepción de calidad de vida de buena a excelente, concluyendo que el nivel de calidad de vida no vio influenciado por la osteoartritis.
4. En el ítem evaluado de la percepción de calidad de vida teniendo en cuenta el dolor osteoartrítico se concluyo que el 63% de la muestra población considero que su calidad de vida es de buena a excelente, con un rango de valores de 6 a 10 en la escala.
5. Según el nivel de tensión nerviosa y el estado de salud en general teniendo en cuenta las comorbilidades que padece cada uno de los entrevistados, se obtuvo que el 88% de la muestra poblacional considero que su calidad de vida es de buena a excelente, con un rango de valores de 6 a 10 en la escala.
6. Según la interacción social el 79% de la muestra poblacional considero que su calidad de vida es de buena a excelente, relacionando estos datos con lo obtenidos en el ítem de ayuda recibida por familiares y/o amigos se concluyo que es de gran importancia el respaldo que les brinda interactuar y compartir con otras personas, para tener una percepción buena de su calidad de vida sin importar el dolor crónico asociado a la osteoartritis.

7. El 100% de la muestra poblacional considero que su calidad de vida no se ve afectada por su estado de animo.
8. En comparación con el estudio Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Live Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en Colombia (52), se concluyo que las medias poblacionales evaluando la percepcion de la calidad de vida en cada uno de los items es mayor de 5,37 demostrando que la calidad de vida en los entrevistados no se vio afectada y tiene una buena calidad de vida.
9. En general la percepción de calidad de vida por parte de los adultos mayores encuestados, desde todos los puntos de vista es buena.
10. Se encontró que aunque en porcentajes menores, si se generan cambios sobre la calidad de vida de los adultos mayores encuestados, mediados por el diagnóstico de dolor crónico asociado a osteoartrosis
11. Los principales niveles sobre los que se podría llegar a intervenir basados en el análisis de los datos recolectados están en relación con las habilidades físicas y el mismo padecimiento de dolor osteoarticular puesto que en estas dos variables es donde mayor proporción de la población encuestada percibe como mala su calidad de vida con un 41,67% y 37,5% respectivamente.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Edgar Sardi Perea. Cambio Sociodemográficos en Colombia: periodo intercensal 1993-2005. Revista de la información básica. 2013; 2 (2).
2. OMS. Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud: El maltrato de las personas mayores. Capítulo 5: 135-158
3. Nancy Stella Landinez Parra, Katherine Contreras Valencia, Ángel Castro Villamil. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Scielo. 2012; 38 (4): 562-580. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v38n4/spu08412.pdf>
4. Diego Palacio Betancourt, Blanca Cajigas de Acosta. Política Nacional de Envejecimiento y Vejez. Ministerio de la Protección Social. 2007: 6-45
5. Morales Ruiz Juan Carlos, Cote Rojas Edgar Orlando. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL DOLOR EN ADULTOS MAYORES DE LA FUNDACIÓN SANTA SOFÍA EN BOGOTÁ D.C. rev.udcaactual.divulg.cient. [serial on the Internet]. 2010 Dec [cited 2014 Oct 20] ; 13(2): 7-14. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-42262010000200002&lng=en.
6. Carlos Francisco Fernandez R. Dolor en el Adulto Mayor. Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor. Disponible en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/aced-dolor-01.pdf>
7. Alfonso Urzúa, Alejandra Caqueo-Urizar. Calidad de Vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia psicológica, 2012 ; 30(1): 61-71
8. Alfonso Urzúa, Alejandra Caqueo-Urizar. Calidad de Vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia psicológica, 2012 ; 30(1): 61-71
9. Alfonso Urzúa, Alejandra Caqueo-Urizar. Calidad de Vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia psicológica, 2012 ; 30(1): 61-71
10. Alfonso Urzúa, Alejandra Caqueo-Urizar. Calidad de Vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia psicológica, 2012 ; 30(1): 61-71

11. Alfonso Urzúa, Alejandra Caqueo-Urizar. Calidad de Vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 2012 ; 30(1): 61-71
12. Diaz Ricardo, Marulanda Felipe. Dolor crónico nociceptivo y neuropático en población adulta de Manizales (Colombia). *Acta Med Colomb*. 2011; 36(1):10-17
13. Nancy Stella Landinez Parra, Katherine Contreras Valencia, Ángel Castro Villamil. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Scielo*. 2012 (consultado 01 Octubre 2014); 38 (4): 562-580. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v38n4/spu08412.pdf>
14. Diaz Ricardo, Marulanda Felipe. Dolor crónico nociceptivo y neuropático en población adulta de Manizales (Colombia). *Acta Med Colomb*. 2011; 36(1):10-17
15. Morales Ruiz Juan Carlos, Cote Rojas Edgar Orlando. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL DOLOR EN ADULTOS MAYORES DE LA FUNDACIÓN SANTA SOFÍA EN BOGOTÁ D.C. *rev.udcaactual.divulg.cient.* [serial on the Internet]. 2010 Dec [cited 2014 Oct 20] ; 13(2): 7-14. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-42262010000200002&lng=en
16. Diaz Ricardo, Marulanda Felipe. Dolor crónico nociceptivo y neuropático en población adulta de Manizales (Colombia). *Acta Med Colomb*. 2011; 36(1):10-17
17. Mora M, Villalobos D, Araya G, Ozols A. PERSPECTIVA SUBJETIVA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR, DIFERENCIAS LIGADAS AL GÉNERO Y A LA PRÁCTICA DE LA ACTIVIDAD FÍSICO RECREATIVA. *MHSalud* 200411-12. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=237017928002>. Fecha de consulta: 20 de octubre de 2014.
18. Diaz Ricardo, Marulanda Felipe. Dolor crónico nociceptivo y neuropático en población adulta de Manizales (Colombia). *Acta Med Colomb*. 2011; 36(1):10-17
19. Dr. Carlos Lavallo Montalvo. Osteoartritis. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2010/06_jun_2k10.pdf. Fecha de consulta: 30 de Septiembre de 2015

20. Guía de atención manejo de osteoartrosis.. Disponible en: http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS_MEDICINA_ESPECIALIZADA/GUIA%20OSTEOARTROSIS%202014.pdf. Fecha de consulta: 30 de Septiembre de 2015
21. Guía de atención manejo de osteoartrosis.. Disponible en: http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS_MEDICINA_ESPECIALIZADA/GUIA%20OSTEOARTROSIS%202014.pdf. Fecha de consulta: 30 de Septiembre de 2015
22. Cesáreo Alonso, Rodríguez José, Mongil Rosa, Trigo José, Viloría María. Guía de buena práctica clínica en geriatría: Dolor crónico en el anciano. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Disponible en www.segg.es . fecha de consulta: 24 de octubre
23. Cesáreo Alonso, Rodríguez José, Mongil Rosa, Trigo José, Viloría María. Guía de buena práctica clínica en geriatría: Dolor crónico en el anciano. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Disponible en www.segg.es . fecha de consulta: 24 de octubre
24. Cesáreo Alonso, Rodríguez José, Mongil Rosa, Trigo José, Viloría María. Guía de buena práctica clínica en geriatría: Dolor crónico en el anciano. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Disponible en www.segg.es . fecha de consulta: 24 de octubre
25. Guía de atención manejo de osteoartrosis.. Disponible en: http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS_MEDICINA_ESPECIALIZADA/GUIA%20OSTEOARTROSIS%202014.pdf. Fecha de consulta: 30 de Septiembre de 2015
26. Edgar Estrada Serrato. Resultados del tratamiento homotoxicológico en pacientes con artrosis de rodilla: 5 años de experiencia. Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología 2010; 24 (1)
27. Casals M., Samper D.. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico: Estudio ITACA. Rev. Soc. Esp. Dolor [revista en la Internet]. 2004 Jul [citado 2014 Oct 21] ; 11(5): 260-269. Disponible en:

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000500002&lng=es.
28. Casals M., Samper D.. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico: Estudio ITACA. Rev. Soc. Esp. Dolor [revista en la Internet]. 2004 Jul [citado 2014 Oct 21] ; 11(5): 260-269. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000500002&lng=es.
29. Casals M., Samper D.. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico: Estudio ITACA. Rev. Soc. Esp. Dolor [revista en la Internet]. 2004 Jul [citado 2014 Oct 21] ; 11(5): 260-269. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000500002&lng=es.
30. Cesáreo Alonso, Rodríguez José, Mongil Rosa, Trigo José, Viloría María. Guía de buena práctica clínica en geriatría: Dolor crónico en el anciano. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Disponible en www.segg.es . fecha de consulta: 24 de octubre
31. Carlos Francisco Fernandez R. Dolor en el Adulto Mayor. Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor. Disponible en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/aced-dolor-01.pdf>
32. Casals M., Samper D.. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico: Estudio ITACA. Rev. Soc. Esp. Dolor [revista en la Internet]. 2004 Jul [citado 2014 Oct 21] ; 11(5): 260-269. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000500002&lng=es.
33. Morales Ruiz Juan Carlos, Cote Rojas Edgar Orlando. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL DOLOR EN ADULTOS MAYORES DE LA FUNDACIÓN SANTA SOFÍA EN BOGOTÁ D.C. rev.udcaactual.divulg.cient. [serial on the Internet]. 2010 Dec [cited 2014 Oct 20] ; 13(2): 7-14. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-42262010000200002&lng=en.

34. Morales Ruiz Juan Carlos, Cote Rojas Edgar Orlando. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL DOLOR EN ADULTOS MAYORES DE LA FUNDACIÓN SANTA SOFÍA EN BOGOTÁ D.C. rev.udcaactual.divulg.cient. [serial on the Internet]. 2010 Dec [cited 2014 Oct 20] ; 13(2): 7-14. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-42262010000200002&lng=en.
35. Morales Ruiz Juan Carlos, Cote Rojas Edgar Orlando. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL DOLOR EN ADULTOS MAYORES DE LA FUNDACIÓN SANTA SOFÍA EN BOGOTÁ D.C. rev.udcaactual.divulg.cient. [serial on the Internet]. 2010 Dec [cited 2014 Oct 20] ; 13(2): 7-14. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-42262010000200002&lng=en.
36. Morales Ruiz Juan Carlos, Cote Rojas Edgar Orlando. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL DOLOR EN ADULTOS MAYORES DE LA FUNDACIÓN SANTA SOFÍA EN BOGOTÁ D.C. rev.udcaactual.divulg.cient. [serial on the Internet]. 2010 Dec [cited 2014 Oct 20] ; 13(2): 7-14. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-42262010000200002&lng=en.
37. Morales Ruiz Juan Carlos, Cote Rojas Edgar Orlando. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL DOLOR EN ADULTOS MAYORES DE LA FUNDACIÓN SANTA SOFÍA EN BOGOTÁ D.C. rev.udcaactual.divulg.cient. [serial on the Internet]. 2010 Dec [cited 2014 Oct 20] ; 13(2): 7-14. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-42262010000200002&lng=en.
38. Dr. Carlos Lavalle Montalvo. Osteoartritis. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2010/06_jun_2k10.pdf. Fecha de consulta: 30 de Septiembre de 2015
39. Dr. Carlos Lavalle Montalvo. Osteoartritis. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2010/06_jun_2k10.pdf. Fecha de consulta: 30 de Septiembre de 2015

40. Dr. Carlos Lavallo Montalvo. Osteoartritis. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2010/06_jun_2k10.pdf. Fecha de consulta: 30 de Septiembre de 2015
41. Dr. Carlos Lavallo Montalvo. Osteoartritis. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2010/06_jun_2k10.pdf. Fecha de consulta: 30 de Septiembre de 2015
42. Dr. Carlos Lavallo Montalvo. Osteoartritis. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2010/06_jun_2k10.pdf. Fecha de consulta: 30 de Septiembre de 2015
43. Dr. Carlos Lavallo Montalvo. Osteoartritis. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2010/06_jun_2k10.pdf. Fecha de consulta: 30 de Septiembre de 2015
44. Stefano Vinaccia, Hamilton Fernández, Emilio Moreno San Pedro, Geraldine V. Padilla. Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en Colombia. Revista Colombiana de Reumatología. 2006; Vol 13 (14): 264-270.
45. Stefano Vinaccia, Hamilton Fernández, Emilio Moreno San Pedro, Geraldine V. Padilla. Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en Colombia. Revista Colombiana de Reumatología. 2006; Vol 13 (14): 264-270.
46. Stefano Vinaccia, Hamilton Fernández, Emilio Moreno San Pedro, Geraldine V. Padilla. Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en Colombia. Revista Colombiana de Reumatología. 2006; Vol 13 (14): 264-270.
47. Stefano Vinaccia, Hamilton Fernández, Emilio Moreno San Pedro, Geraldine V. Padilla. Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en Colombia. Revista Colombiana de Reumatología. 2006; Vol 13 (14): 264-270.
48. Stefano Vinaccia, Hamilton Fernández, Emilio Moreno San Pedro, Geraldine V. Padilla. Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Life

- Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en Colombia. Revista Colombiana de Reumatología. 2006; Vol 13 (14): 264-270.
49. Stefano Vinaccia, Hamilton Fernández, Emilio Moreno San Pedro, Geraldine V. Padilla. Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en Colombia. Revista Colombiana de Reumatología. 2006; Vol 13 (14): 264-270.
50. Stefano Vinaccia, Hamilton Fernández, Emilio Moreno San Pedro, Geraldine V. Padilla. Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en Colombia. Revista Colombiana de Reumatología. 2006; Vol 13 (14): 264-270.
51. Stefano Vinaccia, Hamilton Fernández, Emilio Moreno San Pedro, Geraldine V. Padilla. Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en Colombia. Revista Colombiana de Reumatología. 2006; Vol 13 (14): 264-270.
52. Stefano Vinaccia, Hamilton Fernández, Emilio Moreno San Pedro, Geraldine V. Padilla. Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en Colombia. Revista Colombiana de Reumatología. 2006; Vol 13 (14): 264-270.

13. ANEXOS

13.1 ESCALA QOL-RA

Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale (QOL-RA Scale): Versión inglesa

1. Considering your physical ability, how would you rate your quality of life?
Very poor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excellent
2. Considering the help that you receive from family and friends, how would you rate your quality of life?
Very poor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excellent
3. Considering your arthritis pain, how would you rate your quality of life?
Very poor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excellent
4. Considering your level of tension, how would you rate your quality of life?
Very poor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excellent
5. Considering only your health, how would you rate your quality of life?
Very poor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excellent
6. Considering only your arthritis, how would you rate your quality of life?
Very poor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excellent
7. Considering your level of interaction with your family and friends, how would you rate your quality of life?
Very poor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excellent
8. Considering your mood, how would you rate your quality of life?
Very poor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excellent

Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale (QOL-RA Scale): Versión española

1. Si Ud. considera sólo sus habilidades físicas, diría que su "CALIDAD DE VIDA" es:
Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente
2. Si Ud. sólo considera la ayuda que le han dado su familia y sus amistades, diría que su "CALIDAD DE VIDA" es:
Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente
3. Si Ud. sólo considera su dolor artrítico, diría que su "CALIDAD DE VIDA" es:
Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente
4. Si Ud. sólo considera su nivel de tensión nerviosa, diría que su "CALIDAD DE VIDA" es:
Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente
5. Si Ud. sólo considera su salud, diría que su "CALIDAD DE VIDA" es:
Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente
6. Si Ud. sólo considera su artritis, diría que su "CALIDAD DE VIDA" es:
Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente
7. Si Ud. sólo considera su nivel de interacción entre Ud. y su familia y amigo(a)s, diría que su "CALIDAD DE VIDA" es:
Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente
8. Si Ud. sólo considera lo que Ud. dijo acerca de su estado de ánimo, diría que su "CALIDAD DE VIDA" es:
Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente