

UNIVERSIDAD DE DEUSTO  
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
PROGRAMA SALUD Y FAMILIA

**Influencia de los factores psicológicos en la calidad de vida  
relacionada con la salud de pacientes con artrosis y validación  
del cuestionario AMIQUAL**

Tesis doctoral realizada por Dña. Marta Gonzalez Saenz de Tejada  
Dirigida por la Dra. Begoña Matellanes y el Dr. Antonio Escobar

Bilbao, 2010

UNIVERSIDAD DE DEUSTO

Tercer ciclo. Programa Salud y Familia

Influencia de los factores psicológicos en la calidad de vida relacionada con  
la salud de pacientes con artrosis y validación del cuestionario AMIQUAL

Tesis doctoral realizada por

Marta González Sáenz de Tejada

Dirigida por

Dra. Begoña Matellanes Febrero

Departamento de Psicología, Universidad de Deusto

Dr. Antonio Escobar Martinez

Unidad de Investigación. Hospital de Basurto.

Firmada por los Directores,

Firmada por al Doctoranda,

Dra. Begoña Matellanes

Dr. Antonio Escobar

Marta Gonzalez

## Dedicatoria,

A mis padres, Alfonso González y Paquita Sáenz de Tejada, por su apoyo, comprensión y sus palabras de ánimo que han hecho posible que este momento llegara. A toda mi familia González y Sáenz de Tejada, los que están y los que se han ido. A mi hermano Jon por estar tan ilusionado como yo con esta oportunidad.

A Aitor Peña, mi pareja, por haberme hecho más fácil los periodos de dedicación a la tesis valorando tanto mi esfuerzo y mi trabajo.

A todos mis amigos y amigas, especialmente a Iciar Heriz y a Idoia Goti, quienes constantemente se preocupaban por el desarrollo de mi trabajo y me han prestado su aliento y cariño durante el proceso.

## Agradecimientos,

En primer lugar, agradecer al Dr. Antonio Escobar por asesorarme a lo largo de la tesis y acompañarme en este camino que hoy culmina en el presente proyecto, por compartir su conocimiento conmigo e inspirar en mí mucha admiración. Gracias por la confianza y por la oportunidad. También a Begoña Matellanes gracias por tu orientación, tus ideas y tu habilidad para hacérmelo todo más fácil, pero sobretodo, por tu espíritu entusiasta y tu estímulo que me ha animado a seguir en todo momento dedicándome el tiempo que no tenías. A las personas afectadas por la artrosis, que aceptaron participar en este estudio completando los cuestionarios para así poder ayudar a dar alguna luz en la investigación de la calidad de vida relacionada con la salud de las personas afectadas por esta enfermedad crónica.

A los miembros del equipo de investigación, Txema Quintana, Felipe Aizpuru, Carmen Herrera, Cristina Sarasqueta, Lidia García y Eli Reyes, con quienes ha sido un placer trabajar por su dedicación, su esfuerzo y su profesionalidad. A Michael Herdman, por sus directrices y su entrega. A Jordi Alonso, Montserrat Ferrer y todo el equipo del Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM) de Barcelona por haberme prestado su ayuda y su sapiencia y haberme acogido con tanta amabilidad y simpatía durante mi estancia.

A las maravillosas profesionales de la estadística Amaia Bilbao y Kalliopi Vrotsou por su valiosísima aportación a esta tesis.

A mis compañeras de trabajo y amigas Carmen de Toro, Mónica Mínguez, Mainer González de Artaza, Lucía Intxausti, Helena Sánchez, Izaskun Basurto y Ziortxa Trancho, porque siempre me han ayudado con su trabajo, su cariño y su apoyo.

Además, de a las financiaciones obtenidas del Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto Carlos III y del Departamento de Educación gracias a su beca de Formación que posibilitó mi aprendizaje y desarrollo de mi tesis.

# Índice de Contenidos

<b>I.</b>	<b>CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>2</b>
<b>II.</b>	<b>CAPÍTULO 2: SALUD .....</b>	<b>9</b>
	2.1 Conceptualización de la salud .....	10
	2.2 Factores que influyen en la salud .....	12
	2.3 Medición de salud .....	18
	2.4 Modelos teóricos de salud .....	19
	2.4.1 Explicativos de comportamientos individuales .....	22
	2.4.1.1 Modelos .....	22
	2.4.1.2 Teorías .....	30
	2.4.2 De fenómenos interpersonales o grupales .....	36
	2.4.2.1 Teorías Cognitivo Sociales .....	36
	2.4.3 Comunitarios o sociales .....	43
	2.4.3.1 Modelos .....	43
	2.4.3.2 Teorías .....	47
	2.4.4 Un Modelo Integrador (Biopsicosocial) .....	54
<b>III.</b>	<b>CAPÍTULO 3: ARTROSIS .....</b>	<b>60</b>
	3.1 Concepto y definición .....	61
	3.2 Epidemiología .....	62
	3.3 Etiología .....	63
	3.4 Características clínicas .....	65
	3.5 Aspectos psicosociales de la artrosis .....	67
	3.6 Tratamiento .....	75
<b>IV.</b>	<b>CAPÍTULO 4: DEPRESIÓN Y ANSIEDAD .....</b>	<b>85</b>
	4.1 Definición .....	86
	4.2 Síntomas .....	88
	4.3 Tipos .....	90
	4.4 Causas .....	93
	4.5 Tratamiento .....	96
	4.6 Cuestionarios .....	103
<b>V.</b>	<b>CAPÍTULO 5: ESTILOS DE AFRONTAMIENTO .....</b>	<b>107</b>
	5.1 Definición .....	108
	5.2 Tipos .....	111
	5.3 Cuestionarios de estilos de afrontamiento .....	114

<b>VI.</b>	<b>CAPÍTULO 6: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD .....</b>	<b>117</b>
	6.1 Definición de Calidad de Vida Relacionada con la Salud .....	118
	6.2 Componentes .....	120
	6.3 Medición .....	122
	6.4 Cuestionarios .....	123
	6.4.1 Propiedades y atributos de los instrumentos de medida .....	124
	6.4.1.1 Modelo conceptual y de medida .....	125
	6.4.1.2 Validez .....	125
	6.4.1.3 Fiabilidad .....	128
	6.4.1.4 Sensibilidad al cambio .....	130
	6.4.1.5 Interpretabilidad .....	131
	6.4.1.6 Carga .....	132
	6.4.1.7 Formas alternativas .....	133
	6.4.1.8 Adaptaciones culturales y del lenguaje .....	133
	6.4.2 Tipos .....	134
	6.4.2.1 Instrumentos genéricos .....	135
	6.4.2.1.1 Short Form - 36 .....	135
	6.4.2.1.2 EuroQol .....	135
	6.4.2.2 Instrumentos específicos .....	137
	6.4.2.2.1 Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index .....	137
	6.4.2.2.2 Osteoarthritis Knee Hip Quality Of Life .....	138
<b>VII.</b>	<b>CAPÍTULO 7: MARCO TEÓRICO, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS GENERALES .....</b>	<b>140</b>
	7.1 Marco teórico .....	141
	7.2 Justificación .....	142
	7.3 Objetivos generales .....	144
<b>VIII.</b>	<b>CAPÍTULO 8: PLANTEAMIENTO Y REALIZACIÓN DEL ESTUDIO EMPÍRICO .....</b>	<b>145</b>
	<b>8.1 ESTUDIO I: VALIDACIÓN .....</b>	<b>146</b>
	8.1.1. Objetivo .....	147
	8.1.2. Metodología .....	147
	8.1.2.1 Traducción-Retrotraducción .....	147
	8.1.2.2 Estudio Piloto .....	149
	8.1.2.3 Descripción de la Muestra .....	150
	8.1.2.4 Cuestionarios administrados .....	154

8.1.2.5	Análisis de datos .....	154
8.1.2.5.1	Propiedades Psicométricas .....	155
8.1.3.	Resultados .....	162
8.1.4.	Discusión .....	174

## **8.2 ESTUDIO II: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y FACTORES PSICOLÓGICOS ..... 181**

8.2.1	Objetivo .....	182
8.2.2	Hipótesis .....	182
8.2.3	Metodología .....	183
8.2.3.1	Descripción de la muestra .....	183
8.2.3.2	Cuestionarios administrados .....	188
8.2.3.3	Análisis de datos .....	189
8.2.4	Resultados .....	192
8.2.5	Discusión .....	211
8.2.5.1	Relaciones entre los estilos de afrontamiento y la calidad de vida relacionada con la salud .....	211
8.2.5.2	Relaciones entre la ansiedad y la calidad de vida relacionada con la salud .....	213
8.2.5.3	Relaciones entre la depresión y la calidad de vida relacionada con la salud .....	215
8.2.5.4	Relaciones entre la depresión y la ansiedad .....	217

## **IX. CONCLUSIONES GENERALES .....219**

## **X. LIMITACIONES Y LINEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS .....223**

10.1	Limitaciones .....	224
10.2	Lineas de investigación futuras .....	225

## **XI. BIBLIOGRAFÍA .....226**

## **XII. ANEXOS .....307**

# Índice Tablas

## **Tabla 1**

*Características basales clínicas, demográficas y CVRS de la muestra*  
..... 153

## **Tabla 2**

*Estructura factorial del OAKHQOL original*  
..... 156

## **Tabla 3**

*Distribución y coeficiente de fiabilidad para las 5 dimensiones de la versión española del OAKHQOL*  
..... 163

## **Tabla 4**

*Efecto suelo y techo por ítem de la versión original y la española del OAKHQOL*  
..... 164

## **Tabla 5**

*Validez de grupos conocidos en las dimensiones de la versión española del OAKHQOL*  
..... 166

## **Tabla 6**

*Matriz de correlación de Pearson de las dimensiones de la versión española del OAKHQOL con el SF-36, WOMAC y EQ-5D*  
..... 168

## **Tabla 7**

*Resultados del análisis factorial confirmatorio de los tres modelos base*  
..... 169

## **Tabla 8**

*Correlaciones entre factores de los tres modelos base*  
..... 170

## **Tabla 9**

*Análisis factorial exploratorio de 4 factores con rotación varimax ortogonal*  
..... 171

## **Tabla 10**

*Sensibilidad al cambio de las dimensiones de la versión española del OAKHQOL*  
..... 173

<b>Tabla 11</b>	
<i>Tabla descriptiva de la muestra total</i>	
.....	185
<b>Tabla 12a</b>	
<i>Características de la muestra que responde al CAEPO y los que no responden</i>	
.....	186
<b>Tabla 12b</b>	
<i>Características de la muestra que responde al CAEPO y los que no responden</i>	
.....	187
<b>Tabla 13</b>	
<i>CVRS a nivel basal según los estilos de afrontamiento (CAEPO)</i>	
.....	193
<b>Tabla 14</b>	
<i>Nivel de ansiedad, depresión, sexo y edad según el tipo de afrontamiento a nivel basal</i>	
.....	194
<b>Tabla 15</b>	
<i>Estilo de afrontamiento, nivel de ansiedad y depresión según la gavedad de la artrosis a nivel basal</i>	
.....	195
<b>Tabla 16</b>	
<i>Ganancia y CVRS a los 6 meses según el estilo de afrontamiento</i>	
.....	196
<b>Tabla 17</b>	
<i>CVRS a nivel basal según los niveles de ansiedad</i>	
.....	198
<b>Tabla 18</b>	
<i>Nivel de ansiedad según el sexo y los grupos de edad</i>	
.....	199
<b>Tabla 19</b>	
<i>Niveles de ansiedad según la sintomatología depresiva a nivel basal</i>	
.....	200

<b>Tabla 20</b>	
<i>Niveles de ansiedad según la sintomatología depresiva a los 6 meses</i>	
.....	200
<b>Tabla 21</b>	
<i>Puntuaciones del OAKHQOL y WOMAC a los 6 meses según el nivel de ansiedad basal</i>	
.....	201
<b>Tabla 22</b>	
<i>Ganancia en CVRS a los 6 meses según el nivel de ansiedad basal</i>	
.....	202
<b>Tabla 23</b>	
<i>Puntuaciones del OAKHQOL y WOMAC a los 6 meses según el nivel de ansiedad a los 6 meses</i>	
.....	202
<b>Tabla 24</b>	
<i>Relación entre el nivel de ansiedad basal y a los 6 meses</i>	
.....	203
<b>Tabla 25</b>	
<i>CVRS basal según los grupos de sintomatología depresiva</i>	
.....	204
<b>Tabla 26</b>	
<i>Matriz de correlación de Pearson y Spearman de la puntuación del BDI y las dimensiones mentales del SF-36 y del OAKHQOL a nivel basal y a los 6 meses</i>	
.....	206
<b>Tabla 27</b>	
<i>Sintomatología depresiva dependiendo del sexo y la edad</i>	
.....	207
<b>Tabla 28</b>	
<i>CVRS a los 6 meses según la sintomatología depresiva a nivel basal</i>	
.....	208
<b>Tabla 29</b>	
<i>Ganancia en CVRS a los 6 meses según la sintomatología depresiva</i>	
.....	209

**Tabla 30**

*CVRS a los 6 meses según al sintomatología depresiva a los 6 meses*

..... 209

**Tabla 31**

*Relación entre la sintomatología depresiva basal y la de los 6 meses*

..... 210

# Índice Esquemas

## **Esquema 1**

*Determinantes de la salud según Lalonde (1974)*

..... 13

## **Esquema 2**

*Factores que influyen en la salud según San Martín (1983)*

..... 15

## **Esquema 3**

*Modelos teóricos de salud de Cabrera (2004)*

..... 21

## **Esquema 4**

*Modelo de creencias en salud de Becker (1979)*

..... 25

## **Esquema 5**

*Representación de las etapas del cambio tomada de Cabrera (2000)*

..... 27

## **Esquema 6**

*Diagrama de la Teoría de Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975)*

..... 31

## **Esquema 7**

*Diagrama de la Teoría del Comportamiento Planeado de Ajzen (2006)*

..... 35

## **Esquema 8**

*Listado comparativo de la visión atributiva y relacional*

..... 39

## **Esquema 9**

*Un modelo ingrador extraído de Novack et al (2007)*

..... 57

## **Esquema 10**

*Factores de riesgo de padecer artrosis primaria extraído de Hough (2001)*

..... 64

**Esquema 11**

*Aproximación terapéutica a la artrosis desde el esquema modificado de Kwan et al (2002)*

..... 76

**Esquema 12**

*Tipos de ansiedad (Vallejo, 2006)*

..... 90

**Esquema 13**

*Tipos de ansiedad (DSM-IV)*

..... 92

**Esquema 14**

*Tipos de depresión (DSM-IV)*

..... 92

**Esquema 15**

*Tipos de estilos de afrontamiento de Lipowski (1970)*

..... 112

# Índice Figuras

## **Figura 1**

*Descripción del proceso de adaptación del OAKHQOL*

..... 148

## **Figura 2**

*Tamaños muestrales del ESTUDIO I*

..... 151

## **Figura 3**

*Modelo base o “path diagram” de 5 factores*

..... 158

## **Figura 4**

*Modelo base o “path diagram” de 4 factores con ítems del dolor afectados por los dos primeros factores de actividad física y salud mental*

..... 159

## **Figura 5**

*Modelo base o “path diagram” de 4 factores con tres ítems del dolor en el factor de actividad física y uno en el de salud mental.*

..... 160

## **Figura 6**

*Tamaños muestrales del ESTUDIO II*

..... 184

## **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN**

---

## I. CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN

La artrosis, es una enfermedad crónica, importante causa de dolor, discapacidad y deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) del individuo. A medida que la artrosis se hace cada vez más común, debido al envejecimiento de la población y a la creciente prevalencia de obesidad y otros factores de riesgo (Riyazi et al., 2003), la demanda de prótesis de cadera o rodilla continúa incrementándose (Allepuz et al., 2008). El aumento de esta demanda produce una creciente carga en términos de tiempo de trabajo, recursos sanitarios en forma de consultas médicas u hospitalizaciones, originando a su vez un alto coste indirecto producido por el absentismo laboral y la discapacidad (Batlle-Gualda et al., 1998; Loza et al., 2009). Por ello debería ser una prioridad para los profesionales de la salud, investigadores y para aquellos encargados de tomar las decisiones de salud pública.

Para cualquier procedimiento médico y particularmente para aquellos extensamente utilizados, los resultados de los pacientes deberían ser rigurosamente evaluados utilizando instrumentos validados para determinar la efectividad de los procedimientos desde la perspectiva del paciente. Los pacientes son esenciales como primera y más importante fuente de información, por lo tanto, la necesidad de evaluar el impacto de los tratamientos en los aspectos subjetivos de la CVRS en enfermedades crónicas es cada vez más reconocida por clínicos, firmas farmacéuticas y autoridades reguladoras para la evaluación de la efectividad de los tratamientos en ensayos clínicos y como criterio para patentar nuevos medicamentos y decisiones políticas. Este reconocimiento se debe a que en el caso de las enfermedades crónicas, el objetivo

principal es hacer la vida de los pacientes tan confortable, funcional y satisfactoria como sea posible.

La mayoría de estudios de cirugía protésica evalúan estos resultados percibidos por el paciente utilizando instrumentos genéricos de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) como es el caso del “Short Form-36” (SF-36) (Ware et al., 1993; Ware et al., 1994), y también a través de instrumentos específicos como el “Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index” (WOMAC) (Bellamy et al., 1988) que mide capacidad funcional, dolor y rigidez en pacientes con artrosis de cadera o rodilla. Sin embargo, los cuestionarios específicos para estos pacientes, a menudo se limitan a evaluar las dimensiones más físicas de la enfermedad, dejando de lado otros aspectos importantes de la CVRS del paciente (Meenan et al., 1992; Fielden et al., 2003; Fitzgerald et al., 2004; Escobar et al., 2007a).

Con el fin de medir estas otras dimensiones nace el cuestionario francés “Arthrose des Membres Inférieurs et Qualité de Vie” (AMIQUAL) u “Osteoarthritis Knee Hip Quality of Life” (OAKHQOL), como se le ha denominado en otros estudios y como pasaremos a denominarlo de aquí en adelante. El OAKHQOL evalúa además otras esferas de la CVRS del individuo también afectadas por la enfermedad como son: la salud mental, el apoyo social, las actividades sociales, las relaciones personales, la actividad sexual y la vida profesional. El cuestionario original fue desarrollado en francés y ha demostrado poseer las propiedades psicométricas necesarias de validez y fiabilidad para su utilización en ensayos clínicos y estudios observacionales (Rat et al., 2005; Rat et al., 2006).

La artrosis, perjudica la realización de las actividades cotidianas del individuo, influye en su funcionamiento social y mental presentando síntomas de depresión y

ansiedad en el curso de la enfermedad. La investigación psicológica en las enfermedades reumáticas se ha centrado principalmente en analizar cómo se relacionan los factores psicológicos y sociales con los síntomas, con la limitación de la funcionalidad y con la salud mental (principalmente ansiedad y depresión). La incidencia de síntomas depresivos y de la ansiedad es mayor entre individuos con enfermedades reumáticas que en la población general ( Maisiak, 1990; Hawley y Wolfe, 1993; Barlow et al., 1993; Rosemann et al., 2007a). No obstante, la ansiedad y la depresión son enfermedades que generalmente no son reconocidas o que no suelen recibir el tratamiento apropiado (Newman y Mulligan, 2000; Nagyova et al., 2005). Estas variables pueden influir además en el coste sanitario en forma de visitas médicas.

Se ha visto en la literatura que la depresión era un importante predictor de la utilización de asistencia sanitaria. Dexter y Brandt (1994) observaron que las personas con artrosis que recibían asistencia médica estaban significativamente más deprimidas que aquellas que no recibían asistencia. Katz y Yelin (1993) también encontraron que los pacientes con un alto nivel de depresión realizaban un mayor número de visitas médicas y hospitalizaciones en un periodo de 5 años que aquellos pacientes cuyo nivel de depresión estaba en los límites normales. Asimismo, en un reciente trabajo, Julian et al. (2009) hallaron que los pacientes con enfermedades reumáticas y depresión, era menos probable que se adhiriesen a la medicación, comparados con pacientes sin depresión.

Otro factor psicológico de la salud mental que se ha visto afectado por las enfermedades reumáticas ha sido la ansiedad. Al igual que ocurría con la depresión, también se ha observado una mayor incidencia de ansiedad en pacientes con artrosis. Pincus et al. (1996) encontraron que los pacientes con artrosis eran cuatro veces más

proclives a padecer ansiedad que los controles (Pincus et al., 1996). Sin embargo, en este caso, el impacto de la ansiedad ha recibido mucha menos atención que el de la depresión, y se requiere más investigación para explorar la relación entre la ansiedad y la limitación de la funcionalidad. La dificultad de esta tarea reside en la complejidad para la diferenciación de ambas variables psicológicas ya que, generalmente, la sintomatología depresiva suele estar asociada a elevados niveles de ansiedad.

Numerosos estudios han demostrado que los estilos de afrontamiento que desarrollan las personas para hacer frente a estresores como pueden ser las enfermedades reumáticas, influyen en su CVRS. El uso de estilos pasivos o de evitación se ha visto que está negativamente relacionado con el bienestar psicológico, mientras que la utilización de estilos activos se relaciona positivamente. En esta línea, Newman et al. (1990) investigaron los estilos de afrontamiento en 158 personas con artrosis y hallaron que el grupo que presentaba menos dolor, rigidez, limitación de la capacidad funcional y mejor bienestar psicológico tendía a utilizar más estilos de afrontamiento activos y abiertos.

A su vez, también se ha analizado la relación de este tipo de estilos con variables psicológicas como la depresión. Brown et al. (1989) observaron un impacto del dolor en la depresión mayor en aquellos pacientes con artrosis que utilizaban estilos de afrontamiento pasivos que en los que utilizaban estilos de afrontamiento activos. Scharloo et al. (1999) mostraron en otro estudio con pacientes con artrosis, que los estilos de afrontamiento pasivos estaban relacionados con una mayor discapacidad y ansiedad.

La mayoría de los estudios han utilizado cuestionarios auto-administrados para analizar estas variables. El cuestionario de depresión de Beck, "Beck Depresión

Inventory” (BDI), es el más utilizado para analizar la sintomatología depresiva (Beck et al., 1961; Conde y Useros, 1975) y se ha utilizado en pacientes con artrosis (Dickens y Creed, 2001; Palkonyai et al., 2007; Lovisi Neto et al., 2009; Bosch et al., 2009; Kojima et al., 2009). El “State-Trait Anxiety Inventory” (STAI) (Spielberger et al., 1970) se ha empleado para analizar la ansiedad, diferenciando entre dos tipos de ansiedad: estado y rasgo, y ha sido aplicado en pacientes con artrosis (VanDyke et al., 2004; Gur et al., 2006; Lovisi Neto et al., 2009). Davey et al. (2007), recientemente propusieron una pregunta para evaluar la ansiedad en estudios donde se aplican muchos cuestionarios, para reducir la carga de cumplimentación para el paciente, y demostraron una fuerte relación entre esta pregunta y el STAI.

El cuestionario auto-administrado más recientemente desarrollado sobre estilos de afrontamiento, ha sido el “Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos” (CAEPO) (Gonzalez, 2004). Este instrumento clasifica los estilos de afrontamiento en positivos y negativos. Inicialmente fue elaborado para ser utilizado en pacientes con cancer, sin embargo, es válido para pacientes con otro tipo de enfermedades crónicas como es el caso de las enfermedades músculo-esqueléticas (Gonzalez, 2004).

Como hemos visto, el malestar provocado por la artrosis no sólo significa un deterioro en el funcionamiento físico, sino también un deterioro en el funcionamiento social y psicológico. De este modo, todos estos factores psicológicos descritos, ocasionan una reducción mayor de la CVRS de los pacientes con esta enfermedad (Newman et al., 1990; Ozcetin et al., 2007), llegando incluso a influir en los resultados quirúrgicos (Brander et al., 2003).

Así, supusimos, en primer lugar, que la versión española del cuestionario OAKHQOL poseería las propiedades psicométricas necesarias para su utilización en estudios observacionales con pacientes con artrosis de cadera o rodilla. En segundo lugar, hipotetizamos que en el actual trabajo se observaría una relación entre variables psicológicas y CVRS, presentando una peor calidad de vida relacionada con la salud, los pacientes con mayores niveles de ansiedad y depresión que utilizasen estilos de afrontamiento negativos.

Por todo ello, en el presente estudio buscamos un doble objetivo. Por un lado realizar una validación transcultural del OAKHQOL, un cuestionario específico para pacientes con artrosis de extremidades inferiores, que además de evaluar los aspectos clásicos de funcionalidad y dolor, mide aspectos mentales y sociales de la calidad de vida relacionada con la salud del individuo (Estudio I). Por otro lado, describir la relación entre factores psicológicos, como son los estilos de afrontamiento, la ansiedad y la depresión, con la CVRS de los pacientes con artrosis de cadera o rodilla (Estudio II).

## **CAPÍTULO 2: SALUD**

---

## II. CAPÍTULO 2: SALUD

### 2.1 Conceptualización de la salud

La real academia de la lengua española (RAE) define salud desde la perspectiva de la funcionalidad como *“el estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”*.

Remontándonos al siglo XV y XVI, el concepto de salud se entendió como la preservación de la salud, no haciendo tanto énfasis en la curación. En el siglo XVII, pleno apogeo del pensamiento científico, se observa un movimiento desde la perspectiva holística hacia una perspectiva reduccionista del concepto (Rubio, 2008). Por lo tanto, como señalaba San Martín (1990) la definición de salud dependía del plano desde el que estaba formulada, así se podían ver diferentes concepciones de salud:

- Desde una perspectiva subjetiva estaría concebida como la percepción de bienestar
- Desde una visión más funcional como capacidad del individuo para cumplir con las funciones que le son requeridas
- Desde un enfoque adaptativo como la capacidad del organismo para ajustarse adecuadamente a su entorno
- Finalmente desde una perspectiva biomédica como la ausencia de padecimiento de una lesión interna o mal funcionamiento de cualquier órgano.

Más adelante, ya en el siglo XX, se tiende hacia una concepción más holística de la salud, con el consiguiente distanciamiento del modelo biomédico, la salud se considera más que la ausencia de enfermedad.

En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “*el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”. Manifestando como la salud es un estado físicamente, mentalmente y socialmente armonioso. Enfatiza, además, la imposibilidad de separar la salud y la enfermedad. En estos años empezaría a surgir definiciones como la de Dubos (1959) “*la salud como un estado de equilibrio entre factores internos que gobiernan las operaciones del cuerpo y la mente; el equilibrio se alcanza sólo cuando el ser humano vive en armonía con su ambiente externo*”. Terris (1975) siguiendo esta línea de pensamiento, describió la relación entre el proceso salud-enfermedad más como un continuo con diferentes niveles de equilibrio que como una separación de ambos conceptos.

La definición de la OMS ha sido extensamente criticada por diversas razones (Sociedad Argentina de Pediatría, 2006). En primer lugar, debido al concepto de bienestar; se trata de un concepto subjetivo ya que normalmente se basa en una estimación subjetiva del estado de ánimo o nivel de felicidad de una persona en un momento dado. Así se debería buscar una medición más objetiva del concepto de bienestar. Otra limitación de la definición de la OMS a la que se ha descrito como “utópica”, es que la salud es conceptualizada como un constructo estático, siendo, la salud y la enfermedad conceptos dinámicos. Es decir, un individuo no está completamente sano o enfermo. De ahí que algunos autores añaden el concepto dinámico de salud, eliminando el término de “completo”. Finalmente, también se le reprocha a esta definición la ausencia total a la referencia de los estilos de vida del individuo, teniendo sólo en cuenta el bienestar y la ausencia de enfermedad.

Años más tarde, en 1985 la OMS propone una nueva definición ampliando el concepto de salud al incorporar su relación con el medio ambiente. Así, describen el proceso de salud como “la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente”.

Entre las definiciones más recientes, destaca la de Gil Verona (1999), en la cual se hace hincapié en la importancia de los factores sociales como condicionantes del nivel de salud del individuo o de la comunidad. De este modo, salud *“es el logro del máximo nivel de bienestar físico, mental y social y de la capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad”*.

Por lo tanto, de lo dicho anteriormente se deduce que la salud se ve influenciada por condicionantes tanto desde el plano físico como del mental y social.

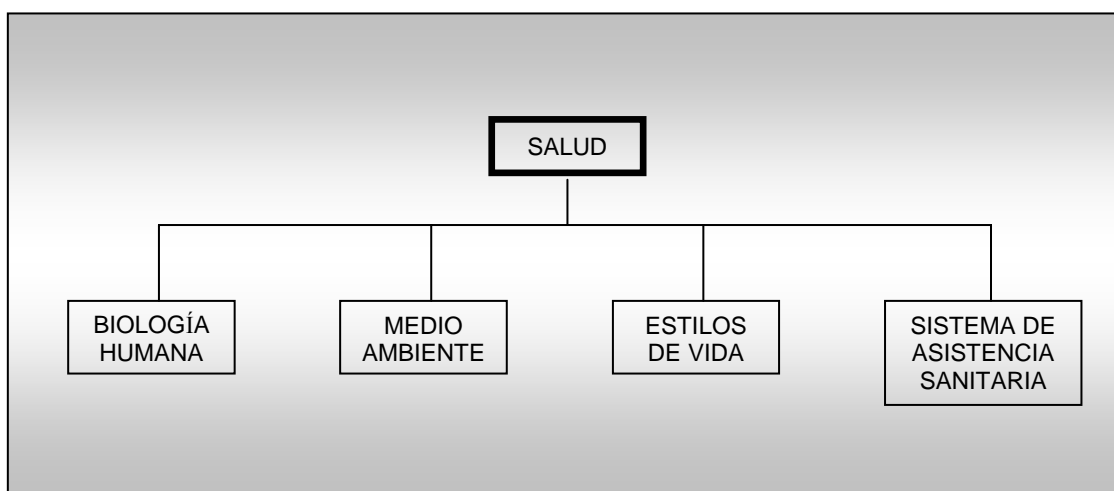
## **2.2 Factores que influyen en la salud**

Factores o determinantes de la salud, son aquellos elementos que presentan mayor incidencia en el proceso de salud-enfermedad de una población (Salleras, 1991; Bianchi et al., 1998).

Se han elaborado diferentes modelos conceptuales sobre los determinantes del proceso salud-enfermedad, como el modelo holístico de Laframboise (1973), el ecológico de Austin y Werner (1973), el de bienestar de Travis (1977) y el de Tarlov (1988-1989) entre otros. Por lo tanto explicar y entender los determinantes de este proceso no es tarea sencilla ya que encontramos diferentes modelos para su análisis a través de múltiples variables.

Cada modelo cuenta con una hipótesis explícita o implícita en relación a los determinantes de la salud (Arredondo, 1992). El modelo biologicista por ejemplo, aislaba los aspectos psíquicos y del entorno social en su afán de búsqueda de indicadores objetivos intervinientes en el proceso. Paulatinamente, los teóricos de la salud han ido viendo la necesidad de incorporar otras variables determinantes provenientes de importantes campos como la psicología, sociología, economía, política e incluso la geografía.

**Esquema 1:** Determinantes de la salud según Lalonde (1974) tomado de Salleras (1985)

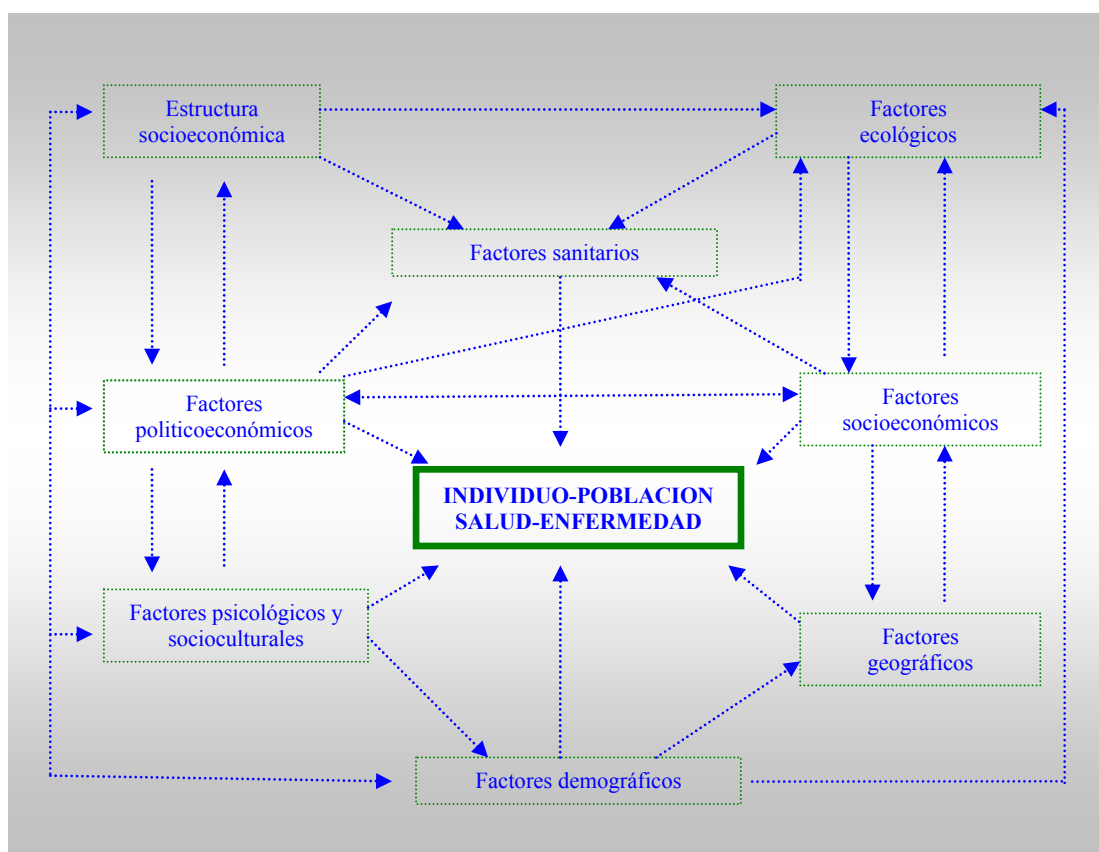


A partir del modelo de Laframboise (1973) en el que proponía un modelo explicativo centrado en el concepto de “*campo de salud*”, Marc Lalonde (1974), Ministro de Sanidad de Canadá, lo aplica al sistema sanitario de su país, convirtiéndose en el mejor sistema sanitario del mundo y estableciendo así la principal agrupación de los determinantes de salud, en 4 grandes grupos (Esquema 1):

- *“Biología Humana”*: es el estudio de la vida del ser humano. Se refiere a la información genética y a los procesos de maduración y envejecimiento.
- *“Medio Ambiente”*: hace referencia al entorno físico, social, cultural y económico en el que los seres humanos desarrollan sus vidas. Dentro de este grupo, encontramos dos subgrupos: el primero, el *“Ambiente”* propiamente dicho, es decir, todos aquellos factores que provienen del exterior y sobre los cuales el ser humano no tiene control; y el segundo, el denominado *“Ambiente Doméstico”* donde se hallan aquellos factores que provienen del exterior y sobre los cuales el ser humano sí tiene control. En la literatura podemos encontrar muestras de la influencia de este factor en la salud, como por ejemplo, el estudio llevado a cabo por Prieto-Flores et al. (2008) en el cual hallaron que las personas de clase social media y alta eran más proclives a experimentar un bienestar emocional más positivo que los pertenecientes a la clase social baja. La importancia de los factores geográficos aquí incluidos han demostrado tener también una clara influencia en el proceso de salud enfermedad.
- *“Estilos de vida”*: es el conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, es decir, pueden ser saludables o nocivas para la salud y además podemos encontrar que son la causa de algunas enfermedades. Incluyen las conductas de salud y los hábitos. Como se puede ver en diferentes estudios, los hábitos de vida sedentarios han demostrado ser uno de los principales desencadenantes de enfermedad (Flegal et al., 1998; Wang et al., 2002; Fogelman et al., 2004; Zhu, 2008;).

- “*Organización del cuidado de la salud o Sistema Sanitario*”: se refiere a los servicios que atienden las necesidades vinculadas al proceso de salud y enfermedad, sus características y accesibilidad. Es decir, consiste en la cantidad, calidad y manejo en la provisión de cuidados de salud. Muestras del creciente interés por el análisis de este factor son: el reciente estudio llevado a cabo por Spiegel (2004) acerca de la “globalización” como determinante de la salud; y la investigación relativa a la “salud electrónica” (e-health) desarrollado por Kirigia et al. (2005) en el cual promueve la mejora de la asistencia sanitaria desde la disponibilidad y acceso a los servicios de “salud electrónica” (e-health).

**Esquema 2:** Factores que influyen en la salud según San Martín (1983) tomado de Rubio (2008)



Otra agrupación más exhaustiva de los factores influyentes en la salud es la llevada a cabo por San Martín (Rubio, 2008)(Esquema 2). Exponía cómo todos estos factores estaban interrelacionados unos con otros e iban ligados a la salud y los clasificaba en:

- Factores de la estructura social de producción: son los modos de producción, las relaciones de producción, la división del trabajo y las clases sociales, la relación de consumo y desigualdades sociales y la distribución de la riqueza.
- Factores médico-sanitarios: nivel de conocimientos, nivel de aplicación de estos conocimientos, cobertura y calidad de los recursos de salud, grado de participación de la colectividad.
- Factores socioeconómicos: como la existencia de desigualdades sociales, calidad de vida, modos de vida (bienestar social).
- Factores ecológicos: el nivel de degradación del ambiente, el grado de polución y contaminación y el grado de protección del ambiente, forman parte de este tipo de factores.
- Factores político-económicos: son el nivel de desarrollo socio-económico, la existencia de planes y programas para este, existencia de planes de salud (cobertura y eficacia).
- Factores sociopsicoculturales: entre estos podemos encontrar el alfabetismo y la escolaridad, la educación sanitaria, los niveles de educación, los hábitos y las creencias. Varios estudios han examinado la relación entre la salud y la cognición y han demostrado que la salud auto-percibida estaba asociada con la capacidad cognitiva ( Christensen et al., 1994; Anstey y Christensen, 2000; Anstey et al., 2001) .

- Factores geográficos: recursos naturales, productividad, fuentes de energía, materias primas, condiciones climáticas, comunicaciones, flora y fauna. En un estudio desarrollado por Soriguer et al. (2004) en España, se describen las diferencias regionales en la prevalencia de obesidad.
- Factores demográficos: estructura dinámica de la población, densidad urbana y rural, migración interna y externa, factores genéticos, existencia de una política nacional de planificación familiar. Un ejemplo que apoya la importancia de este factor como determinante en el proceso de la salud, es el trabajo llevado a cabo por Anderson et al. (1991) en el que se exponía cómo los afroamericanos eran más proclives a sufrir enfermedades crónicas a edades más tempranas que los americanos caucásicos.
- San Martín (1990) añade otro grupo al separar los factores de la dimensión psicológica de los socioculturales. Expone tres factores fundamentales de este tipo: el comportamiento, que regula el contacto del organismo con las variables funcionales del medio ambiente; las competencias, que definen la efectividad de un individuo para interactuar con las situaciones que, directa o indirectamente, afectan el estado de salud; y la forma consistente con la que se entra en contacto inicialmente con las situaciones que pueden afectar su salud (personalidad). En el estudio desarrollado por Prieto-Flores (2008), descubrieron que era alrededor de tres veces más probable que las personas sin problemas de ansiedad o depresión evaluaran su bienestar emocional positivamente que aquellos que mostraban estos problemas.

Pese a todo lo anteriormente citado, el desarrollo teórico-explicativo de los determinantes del proceso salud-enfermedad no se ha detenido y continúa evolucionando en la actualidad.

### **2.3 Medición de salud**

En las pasadas décadas la investigación centrada en la medición de resultados de salud ha experimentado una enorme expansión (Patrick y Erickson, 1993). La medición en salud ha estado ligada a la conceptualización de la salud imperante en la época. Así, hasta hace poco tiempo, su evaluación ha estado centrada en analizar y describir los patrones de mortalidad, enfermedades y malestar, y el objetivo de los servicios de salud ha sido, esencialmente, paliar la enfermedad. Sin embargo, de estas dos primeras eras o revoluciones en salud como las denomina Terris (1983) que fueron la revolución contra las enfermedades contagiosas y contra las enfermedades crónicas, se ha dado paso a una tercera era de salud en la que se busca no sólo aumentar la esperanza de vida sino alcanzar la tercera edad libres de la carga de la enfermedad. El objetivo, por lo tanto, en esta última era sería la longevidad unida al buen funcionamiento. Consecuentemente, se ha pasado a especificar no sólo los aspectos cuantitativos de la salud como estado sino también los aspectos cualitativos de la salud como la capacidad de mantener y mejorar la salud.

Como hemos señalado anteriormente, la OMS ha definido la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Esto tiene que reflejarse al evaluar la salud en el ámbito clínico o de investigación, es decir, es necesario analizarla en cada uno de estos dominios, para representar el concepto de salud holísticamente (Jackowski y Guyatt, 2003). El nuevo concepto establecido en la carta de Ottawa (1986), en el cual

la salud se conceptualiza no como un estado de bienestar sino como un “recurso de vida”, puede ser medido en sus dimensiones física, mental y social. Del mismo modo puede evaluarse en términos de prácticas relacionadas con la salud, ya que se ha demostrado que estas prácticas son importantes recursos de vida que conllevan una gran influencia para la salud futura (Breslow y Breslow, 1993).

Sin embargo, como señala Breslow (2006) para la evaluación sistemática de la salud no sólo es necesario un consenso en cuanto a los elementos que deben ser medidos, sino también los aspectos cuantitativos de cada elemento. Hay algunos elementos, especialmente en la dimensión física, que han sido ampliamente analizados en la asistencia al paciente y las encuestas de salud como son la presión sanguínea, el índice de masa corporal (IMC), el azúcar en la sangre, etc. Así, erróneamente, se suele focalizar la atención en estos “factores de riesgo” en vez de dirigirla hacia unos rangos óptimos puesto que el objetivo no es minimizar estos factores sino maximizar el potencial de vida.

#### **2.4 Modelos Teóricos de salud**

Los modelos y teorías son las bases en las que se sustentan la acción científica y profesional actual en salud. El uso de un marco o teoría facilita la comprensión de una situación o problema de salud, de cómo los individuos o colectivos modifican su comportamiento así como de las características y de la dinámica del contexto en los que estos eventos ocurren (Nutbeam, 1998). Este mejor entendimiento del comportamiento en salud, facilita la implementación y evaluación de estrategias dirigidas a la promoción de la salud.

Una Teoría es todo un conjunto de elementos y variables que mediante conceptos, definiciones y proposiciones interrelacionadas expresan una visión sistemática de un fenómeno y que, además, especifica las relaciones entre estos elementos y variables con el propósito de explicarlo (Kerlinger, 1979; van Ryn y Heaney, 1992).

Marx y Hillix (1963) la definen como el conocimiento sistemáticamente organizado que es aplicable a una variedad relativamente amplia de circunstancias para analizar, prever o explicar la naturaleza o comportamiento de un fenómeno y que además puede ser utilizado como la base para la acción, siendo allí donde se valida.

Otra interesante definición de teoría es la que expone Vagero (2006) utilizando el símil de la construcción de una casa, ya que tal y como describe el autor, es un lento proceso en el cual hay que ir “ladrillo a ladrillo”, repitiendo estudios, corrigiendo errores previos, diseñando nuevos estudios, recogiendo evidencias, añadiendo detalles, cambiando algunos pequeños aspectos y redefiniendo conceptos.

De estas teorías surgen los modelos, conjunto de elementos esenciales que logra representar un aspecto de la realidad (Tones y Tilford, 1994).

Es necesario diferenciar entre modelo y teoría, para ello, nos vamos a valer de la explicación de Guetzkow, que define un modelo como “un sistema de hipótesis que están siendo probadas por un investigador en sus investigaciones. El sistema consiste en variables de las que se hipotetiza que se hallan interrelacionadas de una forma particular”. Este autor, divide el proceso de análisis, empleado en los proyectos de investigación, en tres partes. Primero, exploramos el impacto de la metodología en la construcción de una teoría; segundo, consideramos la relación inversa, es decir, los efectos de la teoría en los métodos; y tercero, tratamos el desarrollo de modelos sobre

metodología (Guetzkow, 1958). Por lo tanto, siguiendo el pensamiento de este autor, modelos, métodos y teorías, estarían interaccionando entre sí.

A pesar de su diversidad, el desarrollo de modelos y teorías involucradas en el análisis de los determinantes del proceso de salud-enfermedad, entendiendo este proceso como un continuo con diferentes niveles de equilibrio (Terris, 1975), no se ha detenido. Esto se debe en gran medida a la búsqueda por encontrar nuevos planteamientos y enunciados científicos que expresen las leyes que determinan este proceso tanto a nivel individual como colectivo, involucrando incluso las formas de organización social y la política estructural de las naciones (Glanz et al., 1997).

A pesar de la variedad de modelos y teorías que se han utilizado para el estudio e intervención de la salud, es clara la influencia de dos marcos teóricos tradicionales como son el biomédico y el socioecológico, que han servido como modelos de referencia para el asentamiento de una gran diversidad de propuestas teóricas del campo de la biología, psicología y del comportamiento, entre otras.

**Esquema 3:** Modelos teóricos de salud de Cabrera (2004) modificado

	<b>Modelos</b>	<b>Teorías</b>
<b>Comportamientos individuales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creencias en salud</li> <li>• Transteórico del cambio de comportamiento</li> <li>• Autorregulación de Karoly</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acción Razonada</li> <li>• Acción Social</li> <li>• Comportamiento Planeado</li> </ul>
<b>Fenómenos interpersonales</b>		Teorías Cognitivo Sociales: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soporte Social en Redes</li> <li>• Comunicación paciente-proveedor</li> </ul>
<b>Comunitarios o sociales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización Comunitaria</li> <li>• Ecológicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difusión de Innovaciones</li> <li>• Cambio Organizacional</li> <li>• Comunicación Masiva</li> </ul>

Para realizar un acercamiento a esta pluralidad teórica nos centraremos en la estructura propuesta por Cabrera (2004) con ciertas modificaciones, en la que se reúnen los marcos teóricos en tres grandes grupos: 1) los explicativos de comportamientos individuales; 2) los interpersonales o grupales, y 3) los comunitarios o sociales. En el primer grupo destacarían tres modelos: el modelo de creencias en salud, el transteórico del cambio de comportamiento y el de autorregulación de Karoly, interrelacionando con tres teorías: la teoría de acción razonada, la de acción social y la del comportamiento planeado. Vinculados con la investigación de fenómenos interpersonales sobresale la contribución de las teorías cognitivas sociales, soporte social en redes y la de comunicación paciente-proveedor. En el grupo de lo comunitario y social, despuntan los modelos de organización comunitaria, los ecológicos y las teorías de difusión de innovaciones, del cambio organizacional y de comunicación masiva. (Esquema 3).

#### **2.4.1. Explicativos de comportamientos individuales**

Dentro de este grupo de modelos teóricos, y siguiendo el esquema anteriormente citado propuesto por Cabrera, encontraríamos los modelos de creencias en salud y el transteórico del cambio de comportamiento junto con las teorías de acción razonada y comportamiento planeado que se detallan a continuación.

##### **2.4.1.1. Modelos**

###### Modelo de Creencias en Salud

Surge de la necesidad de un modelo psicosocial capaz de explicar la conducta preventiva en salud. La idea surgió de un grupo de psicólogos sociales pertenecientes al

servicio de salud pública de los Estados Unidos, que ante la baja tasa de participación de los individuos en programas de prevención o detección de enfermedades y basándose en los trabajos de Hochbaum, quien investigó la “disposición” de 1200 adultos a someterse a rayos X como tratamiento preventivo ante la tuberculosis (Hochbaum, 1958), desarrolló un modelo psicosocial denominado “modelo de creencias en salud”. Su utilización por lo tanto, ha estado intrínsecamente unida al esclarecimiento de los múltiples comportamientos relacionados con la salud como pueden ser: acciones de prevención, respuestas a síntomas y a enfermedades, etc. A pesar de la diversidad de modelos sociales, todos ellos presentan componentes similares, y las creencias en salud suelen aparecer como una importante influencia en todos estos modelos.

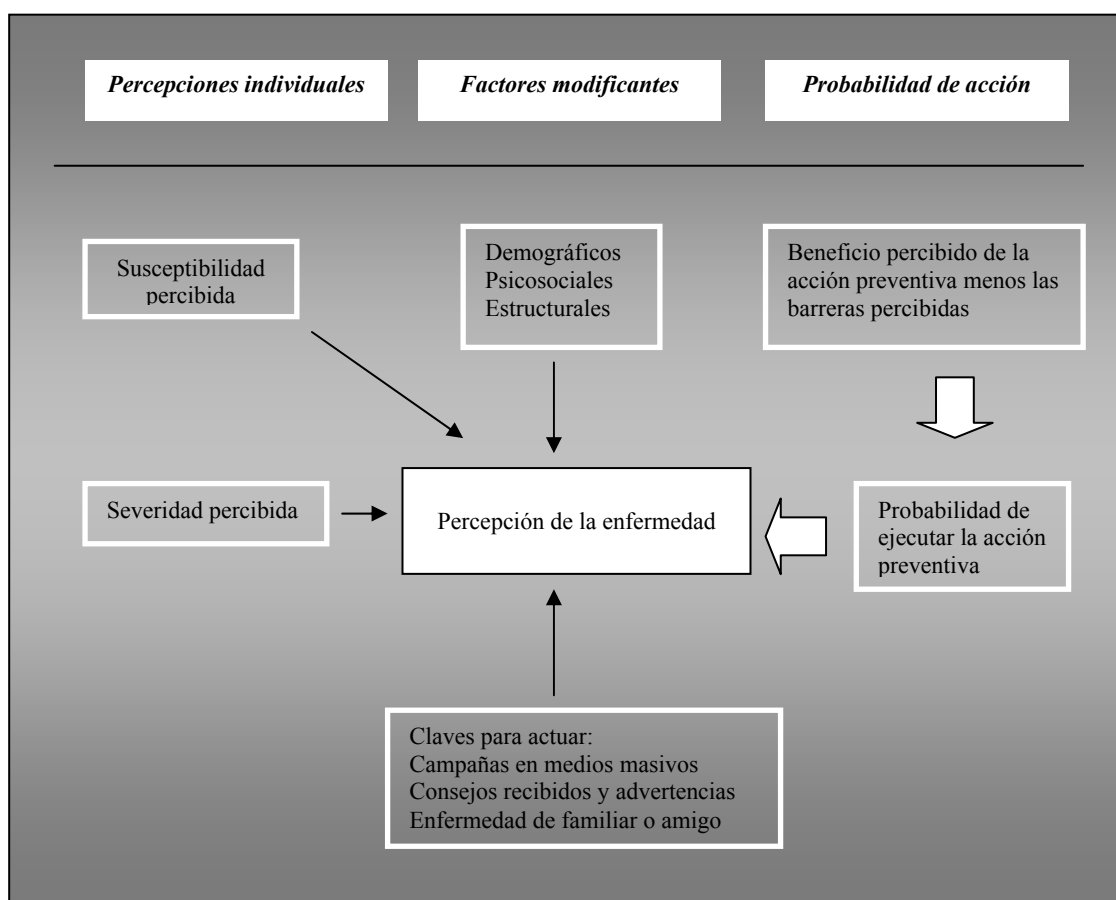
Son claramente relevantes los trabajos relacionados con estos patrones de conducta en salud, de cómo las personas deciden o modifican sus decisiones y acciones individuales o colectivas, ya que estos comportamientos y estilos de vida en salud facilitan la detección de las causas prematuras de mortalidad o morbilidad. Mediante esta detección previa podrían favorecer su prevención. Se ha utilizado para explicar desde los comportamientos preventivos en salud ampliamente relacionados con las creencias personales, hasta las respuestas y comportamientos ante síntomas y enfermedades

Antes de profundizar en el modelo de creencias en salud es necesario definir un comportamiento en salud y en enfermedad como la actividad efectuada por una persona que se cree saludable o que quiere volver a serlo, con el propósito de prevenir o limitar una enfermedad o de detectarla en una etapa aún asintomática (Kasl y Cobb, 1966).

El modelo está considerablemente influenciado por las teorías estímulo-respuesta y la teoría cognitiva que imperaban durante esa época y aplica el modelo de la toma de decisiones y elección de alternativas a la salud pública. Además también se evidencia una influencia desde las teorías de Kurt Lewin con sus concepciones del espacio vital compuesto por regiones de valoración negativa (enfermedades) y positivas (actividades cotidianas) (Lewin, 1951b).

Asimismo, sería necesario para hacer más comprensible el surgimiento del modelo, contextualizarlo, ya que en los años 50 el servicio de salud pública americano estaba volcado en la prevención de enfermedades y era patente la baja tasa de participación obtenida por parte de la población, a pesar de las facilidades proporcionadas por el servicio de salud como unidades móviles, tratamientos gratuitos a enfermedades como la tuberculosis, patología dental, cáncer de cuello uterino, etc. Por todo ello, el contexto favoreció enormemente la labor de esos psicólogos sociales, quienes además por su formación y experiencia, estaban enfocados a generar teorías además de a la solución de problemas prácticos.

Uno de los primeros esquemas explicativos del modelo de creencias en salud exponía cómo debían influir varias creencias a la hora de ejecutar acciones con el fin de evitar una enfermedad (Esquema 4). Así en un primer momento el sujeto tenía que percibir que era “*susceptible*” de padecerla, que la enfermedad podría tener una “*severidad*” moderada en su vida y por último, que tomar una acción eficaz podía ser “*beneficioso*” al reducir la susceptibilidad o la severidad, cobrando mayor importancia que las “*barreras psicológicas*” de los posibles costos, dolor, conveniencia, incomodidad del examen o de la acción preventiva (Cabrera et al., 2001).

**Esquema 4:** Modelo de Creencias en salud de Becker (1974)

El modelo de creencias en salud ha sido aplicado en múltiples trabajos, especialmente en el campo de la salud, pero también ha sido extenso su uso para respaldar tesis, formular estudios y en educación en salud y ciencias aplicadas al comportamiento. Sin embargo, como señalaban Coombes y McPherson en la revisión de modelos del cambio comportamental que realizaron, había una división de opiniones acerca de la utilidad del modelo debido a su limitado efecto predictivo (Coombes Y y McPherson K., 1996).

### Modelo Transteórico del cambio de comportamiento

Las primeras aproximaciones al modelo, tuvieron lugar en Estados Unidos principalmente en el campo de las drogodependencias y fueron realizadas por Prochaska y DiClemente (1984). Prochaska y Velicer (1997), desarrollaron un estudio en el que se consideraban más de 300 propuestas teóricas. Sin embargo, no fue hasta los años 90 donde se consolidó el modelo transteórico del cambio que tomó su nombre de los distintos componentes teóricos de los sistemas de psicoterapia analizados en el estudio.

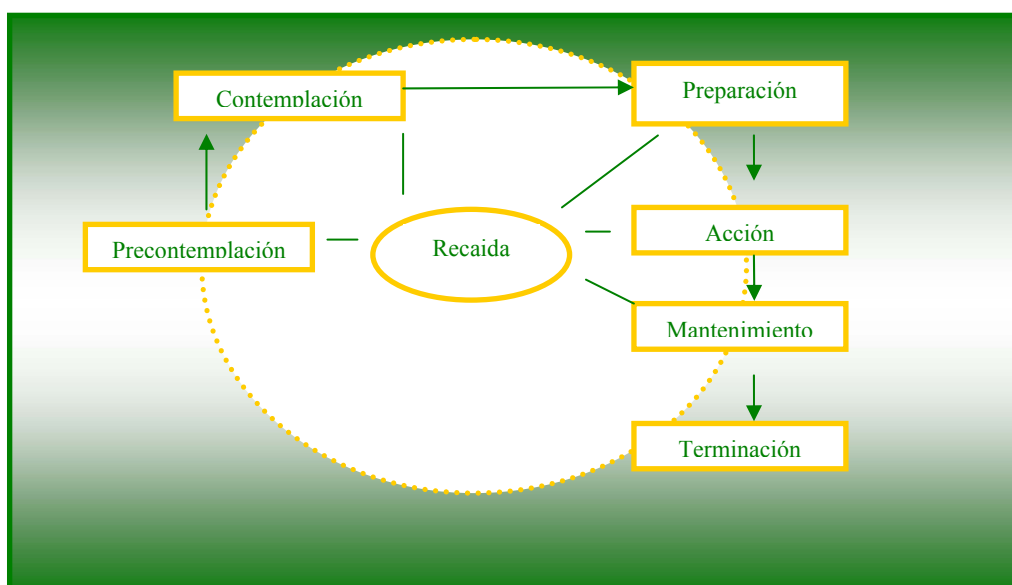
La idea sobre la que se sustenta todo el modelo es la del cambio comportamental como proceso orientado hacia las necesidades determinadas del individuo. Un cambio visto como una secuencia de etapas o estados de cambio que las personas atraviesan. Es decir, no todos los individuos se encuentran en la misma etapa de cambio y por lo tanto es necesario aplicar procesos y principios específicos para cada etapa.

En el modelo se presentan cinco estados de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento (Esquema 5).

1ª) En la etapa de “*Precontemplación*” no hay una intención de cambio en un lapso de tiempo de los siguientes seis meses. En esta etapa se encuentran los sujetos frustrados que han tenido intentos previos fracasados de cambio, o que no disponen de información suficiente. No es un grupo apto para programas de intervención en salud ya que no están lo suficientemente motivados para participar.

2ª) En la etapa de “*Contemplación*” se vislumbra una intención de pasar a la acción en los próximos seis meses aproximadamente, aparece ya una intención de cambio. Sin embargo los contras del cambio son aún demasiado fuertes, por lo tanto consideran la posibilidad de cambiar pero no se deciden a actuar.

**Esquema 5:** Representación de las etapas del cambio tomada de Cabrera (2000)



3ª) Las personas ya toman la decisión de cambiar y se preparan para pasar a la acción en la etapa de “*Preparación*”. Aquí adquieren más peso los beneficios del cambio y las personas planifican la acción. Son un grupo con gran capacidad de cambio y por lo tanto poseen aptitudes para participar en programas orientados a la acción.

4ª) La “*Acción*” es la etapa en la que las personas realizan cambios en un intervalo de tiempo de unos seis meses. En ella los grupos valoran mucho el peso de los pros del cambio y desarrollan un gran sentido de autoeficacia, aunque el peligro de recaída en esta etapa es muy alto. Es una etapa ideal para las intervenciones en salud.

5º) En la etapa de “Mantenimiento”, hay un gran interés por el afianzamiento del cambio comportamental. Han pasado ya unos 6 meses desde el cambio realizado y las personas sienten menos tentación de volver al comportamiento modificado. La duración de esta etapa oscila de los seis meses a los dos años.

Algunos autores incluyen una última etapa del proceso, la “Terminación”, que sería la etapa en la que los individuos no tienen ninguna tentación de volver al comportamiento modificado, y muestran grandes dosis de autoeficacia.

Para pasar de una etapa a otra las personas se valen de los procesos de cambio, que son las herramientas afectivas, cognitivas, comportamentales que utilizan para facilitar el curso de las etapas. Sin embargo, antes de superar una etapa, los sujetos hacen un balance entre los pros y los contras del cambio, es lo que se conoce como “*balance decisorio*”. Este balance está relacionado con la etapa de cambio en la que se sitúa el individuo.

Por último, cada etapa va unida a una sensación de autoeficacia que va creciendo al mismo tiempo que vamos superando las etapas del cambio. Así, los individuos en “*Precontemplación*” presentan los niveles más bajos de autoeficacia mientras que aquellos en las etapas más tardías presentan niveles crecientes.

### Modelo de auto-regulación de Karoly

Paul Karoly empezó sus estudios acerca de la auto-regulación de la mano de Kanfer, pionero en el movimiento de la modificación de conducta y el mayor contribuyente al análisis cognitivo-conductual de los trastornos adaptativos. Kanfer, dirigió sus primeros trabajos sobre el auto-control y la auto-regulación durante los años

1960 y 1970. La primera colaboración entre Kanfer y Karoly sobre el modelo de auto-regulación fue en 1982 (Karoly y Kanfer, 1982).

“Regular” como señala Karoly (1999) significa observar, activar, inhibir, prolongar, abreviar, modificar el diseño o el contenido, organizar o secuenciar selectivamente. La auto-regulación, según este autor (Karoly, 1993), implica el uso de mecanismos o comportamientos para lograr sus objetivos regulatorios alcanzando o evitando así su objetivo u objetivos personales. Pero la auto-regulación, como señala el autor (Karoly, 1999), no es un proceso aislado, sino que se desarrolla conjuntamente con factores inconscientes, junto a una regulación biológica y de entrada controlada.

Para explicar la auto-regulación humana, Karoly se basa en parte en el modelo de principios cibernéticos de Ford (1987), en el que se describía cómo un sistema inteligente se podía mover desde un punto A a un punto Z. El sistema, señala Karoly (1999) necesita tener la capacidad de especificar los objetivos o consecuencias que intenta producir. Describe una serie de funciones que denomina “*funciones directivas*”, “*comandos*” o “*valor objetivo (set-point)*”. Estas funciones son:

- “*Función reguladora o comparadora*”: cuya labor es comparar el objetivo o estado que se intenta alcanzar con el nivel o tasa del estado u objetivo logrado.
- “*Función de control o de acción*”: es la encargada de movilizar las estrategias correctivas del entorno para reducir o eliminar la discrepancia detectada.
- “*Función arousal*”: que proporciona el “combustible” emocional para la actividad del sistema en curso.
- “*Función de recopilación de información*”: es la encargada de devolver al sistema los datos relevantes para el estado actual del objetivo buscado.

Este modelo se ha llevado a la práctica para explicar el abuso de sustancias (Wills et al., 2002) y ha sido aplicado sobretodo en la depresión (Mathews, 1977; Strauman et al., 2006; Lecci et al., 1994) . Haciendo referencia a lo que Sher y Trull (1994) denominaron “*modelo de regulación del afecto de la vulnerabilidad*”, Wills et al. (2002) aplican el modelo al campo del abuso de sustancias, y describen cómo hay individuos que tienen una mayor dificultad en el afrontamiento y regulación de la emoción y que algunos aspectos de esta auto-regulación pueden hacer a las personas más propensas a padecer problemas relacionados con el abuso de sustancias. En un estudio sobre depresión realizado por Lecci et al. (1994) desde la perspectiva del modelo, exponían cómo la mayoría de los estados psicopatológicos, incluida la depresión, podían ser significativamente caracterizados por distintas configuraciones de representación de objetivos.

La mayor crítica que se ha realizado al modelo, ha sido debido a su punto de vista idealista, ya que se asumía que el individuo posee las conductas y estrategias necesarias, que posee el conocimiento de los resultados de la acción y además la actitud necesaria, para el procesamiento de la información disponible (Károlyi, 1999).

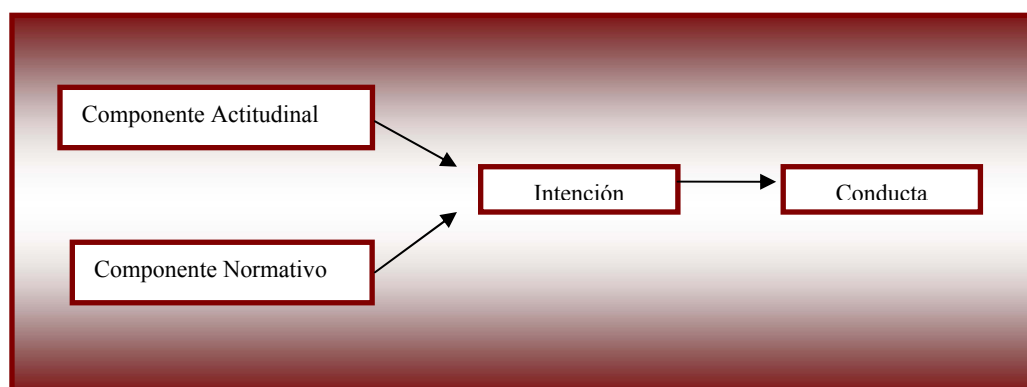
#### **2.4.1.2 Teorías**

##### Teoría de la Acción Razonada

Es una teoría propuesta por Ajzen y Fishbein en los años 70. Expone que la mayoría de comportamientos sociales están bajo el control voluntario del sujeto, que utiliza la información de la que dispone para moldear la intención de realizar o no realizar una conducta determinada (Fishbein y Ajzen, 1975).

La “*intención*” es una de las partes fundamentales para la predicción de la conducta, y hace referencia a la decisión de llevar a cabo o no una conducta específica. Está influenciada por dos componentes fundamentales de la teoría de la acción razonada como son: el “*componente actitudinal*” o actitud hacia la conducta, y el “*componente normativo*” o norma subjetiva. Fishbein define la actitud como la predisposición del sujeto a responder a un objeto de forma positiva o negativa. Por lo tanto el “*componente actitudinal*” está muy relacionado con la valoración que el sujeto establece con respecto a una conducta en particular (Esquema 6).

**Esquema 6:** Diagrama de la Teoría de Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975)



El segundo componente que interviene en la determinación de la intención es el “*componente normativo*”. Hace referencia a la presión social que el entorno, familiares, amigos, etc. ejercen sobre el sujeto para que desempeñe o no desempeñe una determinada conducta.

Por lo tanto, cualquier variable externa puede influir en la intención e incluso en la conducta, siempre y cuando influya en el “*componente actitudinal*” o en el “*componente normativo*”. Así, el propósito último de la teoría sería la predicción del

comportamiento y lo llevaría a cabo mediante la información obtenida de los dos componentes que conforman la intención.

Esta teoría ha sido probada en múltiples y muy variados campos de investigación, desde la nutrición, hasta la educación, pasando por ciertas drogodependencias, incluso ha sido utilizada para predecir el cambio organizacional. Además, de todas estas influencias, de la teoría de Acción Razonada nace la teoría de la Acción Social.

### Teoría de la Acción Social

La Teoría de Acción Social se encuentra íntimamente relacionada con la teoría de la Acción Razonada de la que surge. Según Ewart (1991), nace de la necesidad de una teoría de acción individual que incorpore mecanismos de autoregulación modificables, personales y sociales, desde un modelo medioambiental. Para esta autoregulación, señalan Leventhal et al. (1984), se requiere solucionar una serie de problemas que dificultan la implementación del propio cambio como una estrategia de salud pública. Entre estas dificultades destacaríamos el desarrollo de una definición clara de los objetivos del propio cambio, la identificación de los mecanismos que pueden facilitar la consecución del cambio, el descubrimiento de las influencias socio-contextuales que mejoran el cambio e incluso la aportación de objetivos para el cambio político, económico u organizacional.

Del mismo modo que en la Teoría de la Acción Razonada, aquí también es muy relevante la intención del individuo, su intención de interactuar con el/los otros. Muy unida a la intención, en esta teoría se sitúa otro de los conceptos clave, el de “acción

social”. Se entiende por acción social según Weber (1944) “*a aquella conducta en la que el significado que a ella atribuye el agente o agentes entraña una relación con respecto a la conducta de otra u otras personas y en las que tal relación determina el modo en que procede dicha relación*”. Es decir, es aquella acción que afecta a la conducta de otros.

Weber (1944) establece cuatro tipos de acción social:

- “*La acción racional de acuerdo a fines*”: es la destinada a obtener un fin racional. Se realiza un cálculo de medios para alcanzar un fin valorando racionalmente las probables consecuencias de los actos y comparando la efectividad de los diferentes medios para lograrlo. La persona según sus valores, elige un fin y unos medios para alcanzarlo.
- “*La acción racional de acuerdo a valores*”: es aquella guiada por una norma moral. Aquí la persona actúa por la creencia en un valor absoluto como puede ser la política o la religión, y no tiene en cuenta las consecuencias que le puede acarrear dicha acción. Sin embargo continúa siendo racional debido a la conexión entre medio – fin – valor.
- “*La acción afectiva*”: es la relacionada con las emociones. Aquí la acción se desarrolla bajo la influencia de un estado emotivo, el sujeto actúa movido por unos determinados sentimientos.
- “*La acción tradicional*”: en ella la acción se desarrolla bajo la influencia de la costumbre, es decir, se halla determinada por una costumbre o hábito arraigado.

A diferencia de Weber, Durkheim (1893) habla de la “acción humana” y la vincula con la “sociología positiva”. La “acción humana” para Durkheim es objetiva, es un hecho que aparece como algo condicionado por el entorno social y que no puede explicarse

por referencias a motivos individuales. Pero ambos autores coinciden en considerar a la sociedad como un producto de la “acción humana”.

### Teoría del Comportamiento Planeado

Esta teoría surgió con el fin de mejorar algunas limitaciones de la teoría de la acción razonada. Es por lo tanto una ampliación de la teoría original, añadiendo a ésta un componente de control percibido de la conducta e intentando así solventar el problema de las conductas sobre las cuales las personas no tienen control voluntario (Ajzen, 1991). Ambos modelos se han convertido en modelos dominantes en relación a la conducta-actitud.

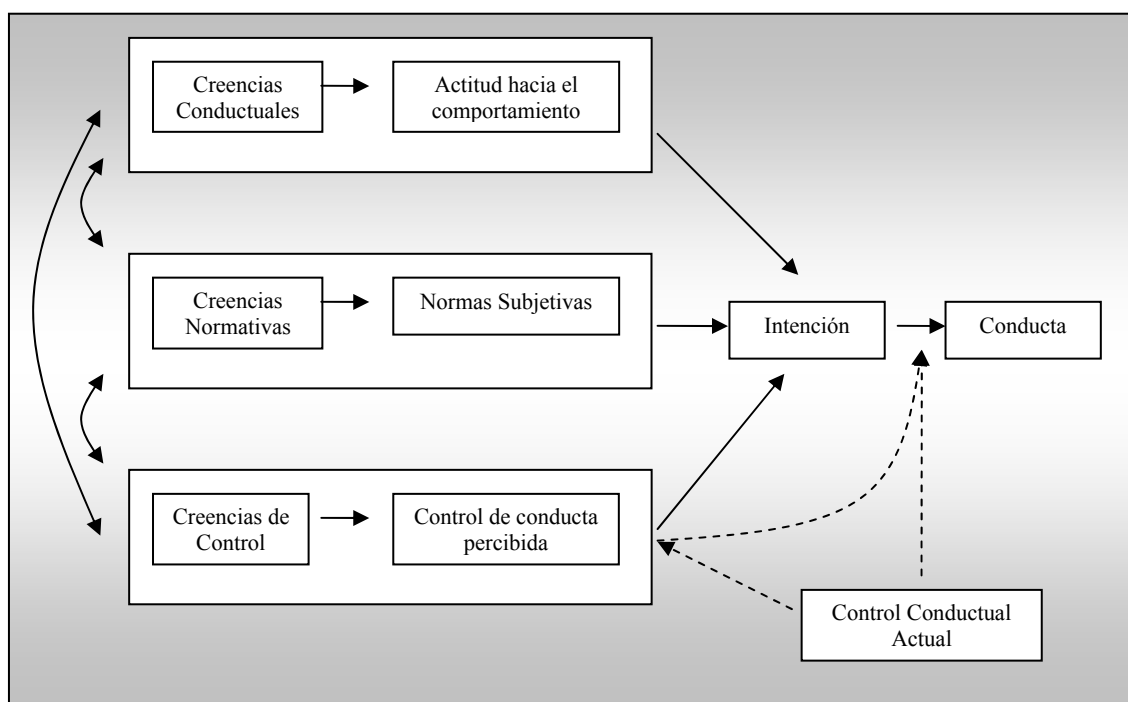
La teoría del comportamiento planeado se fundamenta en la idea de que es posible predecir la realización o no de una conducta por medio de las intenciones de las personas de llevar a cabo esta conducta y de sus percepciones de control sobre dicha conducta (Doll y Ajzen, 1992).

A los determinantes de la intención que se postulaba en la teoría de la acción razonada, aquí se le suma otro antecedente a la intención, el “*control conductual percibido*” (Esquema 7). Se refiere a la facilidad o dificultad percibida de realizar una conducta. Así, cuanto más se incline la actitud y la norma subjetiva hacia la conducta, y mayor sea el control conductual percibido, más fuerte debería ser la intención del individuo de llevar a cabo la conducta.

Muy relevante es también el papel que juegan las creencias en esta teoría ya que postula que la conducta es una función de información saliente o creencias relevantes para la conducta. Son estas creencias por lo tanto, importantes determinantes de la

intención y la acción de las personas. Se pueden encontrar tres tipos diferentes de creencias: las “*creencias conductuales*”, que unen el interés de la conducta a los resultados esperados, es decir, es la probabilidad subjetiva de que la conducta producirá un resultado dado; las “*creencias normativas*”, que hacen referencia a las expectativas de conducta percibidas de cada individuo o grupo de referencia importante, son los determinantes subyacentes de las normas subjetivas; y por último, las “*creencias de control*” relacionadas con la presencia percibida de factores que pueden facilitar o impedir la realización de una conducta.

**Esquema 7:** Diagrama de la Teoría del Comportamiento Planeado de Ajzen (2006)



## **2.4.2 Modelos teóricos de salud de fenómenos interpersonales o grupales**

Los modelos teóricos incluidos en este grupo se encuentran vinculados con las Teorías Cognitivo Sociales.

### **2.4.2.1 Teorías Cognitivo Sociales**

Es harto complicado establecer con exactitud el inicio de la psicología social dado que hay cierta controversia acerca de sus posibles fundadores, incluso se ha considerado ligado a los inicios de la psicología en 1879 con Wilhelm Wundt.

Sin embargo, son numerosos los psicólogos sociales que establecen sus inicios en muy diversos contextos como literatura, la filosofía e incluso la política. Por lo tanto podríamos hablar de múltiples psicologías sociales dependiendo del enfoque imperante, así predominan: interaccionismo simbólico con Mead (1913) y Blumer (1986) de la Escuela de Chicago; las de la influencia social donde destacan Asch (1952), Mugny y Perez (1991) y Moscovici (1986); las antropológicas y etnometodológicas con Goffman (1955) y Garfinkel (1967); las grupalistas con autores como Lewin (1947), Bion (1951) y Anzieu (1986); las conductistas con claros representantes como Allport (1954) y Skinner (1953); las psicoanalíticas encabezadas por Freud (1948) , Pichon Riviere (1983) y Kaes (2000); las gestálticas con Heider (1958) y Newcomb (1943); las institucionalistas con Foucault (1988) y Castoriadis (1989); y las sistémicas con importantes figuras como Watzlawick (1983) y Minuchin (1988).

No obstante podríamos destacar a dos autores, con sus respectivas posturas ante la psicología social. La primera, estaría encabezada por Floy Allport, y constituiría la versión más experimental de la psicología social. En segundo lugar estaría la visión más “colectivista” o “de masas” de Sigmund Freud, con su obra “Psicología de las masas y análisis del yo” (Freud, 1948). Asimismo, es indispensable mencionar entre los creadores de la psicología social a Kurt Lewin, psicólogo alemán considerado el fundador de la psicología social moderna.

Pese a la diversidad de enfoques, bajo todos ellos estaba latente la preocupación por la interacción. Así, una posible definición de psicología social fue la dada por Schvarstein como: “la disciplina que se ocupa del estudio de la interacción humana” (Schvarstein, 1999). Entendiendo así la psicología social, ésta debe abordar las interacciones entre sujetos en ámbitos grupales, organizacionales y comunitarios.

En cuanto a los modelos en psicología social, tradicionalmente se trabajaba con modelos de dos variables: una variable se consideraba predictora de la segunda variable, denominada criterio. Pero estos modelos tenían limitaciones, por ello se fomentó el empleo de predictores y criterios múltiples. Actualmente los psicólogos sociales, tienden a explorar las muy variadas consecuencias obtenidas de las interrelaciones entre personas, debido a que se hallaban cada vez más interesados en el funcionamiento de los grupos y por lo tanto era cada vez más difícil quedarse con una sola faceta de los resultados del comportamiento de grupos.

De esta forma, los nuevos modelos teóricos deben permitir a los psicólogos sociales capturar la naturaleza de los sistemas cambiantes y no de los sistemas en reposo.

Puesto que los psicólogos sociales centran su atención principalmente en la interacción de grupos, necesitan valerse de teorías que posibiliten la metodología adecuada para observar estas interacciones. Así destacan dos teorías cognitivas fundamentales: la teoría de redes o de soporte social en redes y la teoría de comunicación paciente-proveedor.

### Teoría de Soporte Social en Redes

Sus orígenes datan de los años 30 y 40, pero no se desarrolló plenamente hasta finales de los 60 en adelante cuando Harary y su teoría de grafos harían posible su implantación práctica (Harary et al., 1965). Los grafos son una serie de líneas que conectan puntos, los puntos serían los individuos y las líneas las relaciones que hay entre ellos.

Al igual que el ámbito de la psicología social donde se desarrolla, se ve influenciada por múltiples disciplinas como la antropología, la sociología y las matemáticas de donde parte su formalización.

Antes de pasar a analizar la teoría, es necesario describir y definir el concepto de “red social”. Una definición bastante completa sería la de conjunto de actores, que pueden ser sujetos u organizaciones, que se vinculan entre sí por medio de relaciones sociales. Estas relaciones entre individuos pueden ser de parentesco, afectivas, de afiliaciones, etc.

Hay diversas formas de representar las redes sociales: como pares de productos cartesianos, representación jerarquizada, grafos y matrices. Siendo la de grafos la que permite una mayor clarificación del entramado reticular.

Esta teoría ha superado a modelos atributivos precedentes de la psicología social, con su visión de la estructura social organizada por variables de categorías sociales tales como la raza, la edad o el sexo. Establece que las emociones y creencias de los individuos se manifiestan en las pautas relacionales que se dan entre los actores y que no están exclusivamente motivados por sus atributos. De este modo, se encamina hacia una visión más relacional, considerando los hechos sociales como relaciones entre sujetos (Esquema 8). Esta nueva visión relacionista defiende el establecimiento de lo social por medio de vínculos entre los sujetos y no por categorías sociales o atributos de los individuos (Emirbayer, 1997).

**Esquema 8:** Listado comparativo de la visión atributiva y relacional.

Visión Atributiva	Visión Relacional
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El análisis se construye a través de categorías sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El análisis se construye por medio de lazos entre actores</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Considera al actor desde una perspectiva individualista.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las acciones se consideran en cuanto expresen relaciones entre dos actores. Perspectiva estructuralista.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se le descontextualiza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las relaciones se contextualizan</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las propiedades de los sujetos son consideradas como características intrínsecas independientes del contexto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las relaciones no son una característica intrínseca de cada parte sino una propiedad de enlace entre unidades</li> </ul>

La Teoría de Redes está orientada tanto al campo de lo macrosocial como al de lo microsociales, e incluso la relación entre el binomio macro-micro analizando la interacción en pequeños grupos y grupos más grandes. Además ha contribuido a

avances en la teoría de Acción por medio de los trabajos de Burt que centró su investigación en analizar cómo la posición de las redes condicionaba la acción social (Burt, 1982).

Sin embargo presenta algunas limitaciones como serían las derivadas de sus métodos de muestreo debido a la complejidad de elaboración de un método capaz de describir la estructura global de un sistema social o las relaciones de reciprocidad que los sujetos en el establecen. Además muestra también algunos problemas ligados a la codificación en términos binarios de las relaciones, más que en términos de intensidad. Favoreciendo la confusión, estarían las dos orientaciones antes mencionadas: una centrada en pequeños grupos y de carácter más psicológico (microsocial) y la otra enfocada hacia fenómenos macrosociales.

Con respecto a los muy variados campos de aplicación van desde la psicología y sociología hasta la política, pasando por la lingüística, antropología, filosofía, ecología, etc. No obstante, destacan los trabajos en el ámbito organizacional ya sea a pequeña escala como la escuela, o a nivel de grandes organizaciones como las redes en la economía nacional. Igualmente reseñables son sus estudios en las relaciones sentimentales, familiares y de amistad, incluso las relaciones de comunicación.

### Teoría de Comunicación paciente-proveedor

Es extensa la literatura que respalda la teoría de que la comunicación proporcionada en el ámbito de la salud afecta a los resultados del paciente, a su adherencia al tratamiento, a la mejora de su salud y su bienestar, a la satisfacción con respecto a la asistencia en salud, etc. (Degner et al., 1991; Roter et al., 1995; Ong et al.,

1995; Finnema et al., 2005; Clayton et al., 2006). Al mismo tiempo, la comunicación también influye en los resultados de los “proveedores” en términos de satisfacción en el trabajo, síndrome de “burnout” y estrés (Lucas et al., 1993; McGilton et al., 2006).

Tradicionalmente la comunicación paciente-proveedor se ha aplicado en multitud de áreas como la organización, la educación o la salud, pero es en ésta última donde centraremos nuestro interés. La teoría de la comunicación paciente-proveedor en el ámbito de la salud ha tenido una orientación eminentemente unidireccional. Se ha basado en un esquema de comunicación en el que el emisor, en este caso el “proveedor” de salud, emite un estímulo para provocar una respuesta en el receptor, el paciente.

Generalmente, el profesional de salud en esta orientación tradicionalista, desempeña la función de emisor, utiliza tecnicismos difícilmente comprensibles por el receptor, recayendo por completo en el “proveedor” de salud la formulación del mensaje. Además, el contenido del mensaje se centra en las exigencias terapéuticas dejando de lado las necesidades del paciente y la relación entre el paciente y su enfermedad. Por lo tanto sitúa al paciente en una posición totalmente pasiva.

En contraposición a este enfoque previo, surgen modelos educativos (ya que educación y comunicación se hallan estrechamente ligadas aunque sean independientes) que establecen una comunicación horizontal y buscan una mayor participación. En este tipo de comunicación cada miembro del grupo desempeña las funciones de emisor y receptor para tener una mayor colaboración en la creación de los mensajes. Estos modelos de retroalimentación tienden a enfatizar las necesidades de salud reales de los pacientes, ya que tienen como objetivo desarrollar en el sujeto la capacidad para pensar y tomar decisiones acerca de su salud, partiendo de la

información facilitada por el proveedor. Además, aquí observamos esa intensa relación entre educación y comunicación, ya que ambas facilitan a las personas, tomar decisiones en materia de salud. En esta comunicación interactiva vemos a un paciente responsable de su salud, capaz de modificar su conducta y con una posición mucho más activa.

Buller y Buller (1987) hacen una clasificación de lo que ellos denominan dos “estilos de comunicación” del proveedor de salud. Uno es más afectivo, y en él, el profesional de salud desarrolla conductas de simpatía, honestidad, empatía, calidez, compasión, etc. El otro estilo es más dominante y pone en la persona del “proveedor” de salud el control de la interacción, lo que le sitúa en un papel de autoridad o experto por encima del paciente. En un reciente estudio acerca de los estilos de comunicación relacionados con la satisfacción del paciente, se señaló incluso que estos estilos de comunicación son uno de los mayores determinantes de la satisfacción de los pacientes con respecto a sus “proveedores” de salud. Se mostraba cómo aquellos pacientes que veían a su “proveedor” como empático presentaban una mayor satisfacción con respecto a estos profesionales (Kim y Park, 2008).

La calidad de la asistencia en salud depende por tanto, en gran medida, de la interacción entre “proveedor” y paciente, especialmente de la comunicación entre ambos. El diseño de estas estrategias de comunicación en salud es muy complicado ya que cada enfermedad tiene sus peculiaridades. En pacientes sometidos a cirugía y que se encuentren en recuperación hay diferentes necesidades de comunicación que en aquellos pacientes que reciben una asistencia médica puntual. Los pacientes en recuperación necesitan un mayor tiempo para las entrevistas y más interacciones debido a la naturaleza de los problemas que presentan (Kim y Park, 2008). Por ejemplo, en el

caso que nos ocupa de las enfermedades crónicas, existe cierto grado de frustración del paciente ante la incapacidad del médico para resolver el problema de manera definitiva. Por ello hay que considerar las opiniones de los pacientes acerca de sus necesidades y desarrollar su capacidad para pensar y decidir junto con su “proveedor”, cuáles son éstas necesidades.

La investigación en la comunicación paciente-proveedor, sin embargo, se ha desarrollado a un nivel exploratorio, fracasando a la hora de aplicar la teoría (Arora, 2003).

### **2.4.3. Modelos teóricos de salud comunitarios o sociales**

Este último grupo de modelos teóricos quedaría constituido por los modelos comunitarios o sociales, así denominados por la implicación de grupos mayores o comunidades en la elaboración de los programas de salud. Entre ellos destacan el modelo de organización comunitaria y el ecológico, y las teorías de difusión de innovaciones, cambio organizacional y comunicación masiva.

#### **2.4.3.1 Modelos**

##### Modelo de Organización Comunitaria

Este modelo fomenta la implicación de la comunidad en el diseño, la confección y la implementación de programas, buscando por lo tanto, la participación de los miembros de la comunidad como primer objetivo. Enfatiza los roles de sus miembros en este diseño e implementación de programas, creando lazos entre el programa y las personas. Por ello, la comunidad debe jugar un papel activo promoviendo la

participación por medio de multitud de tácticas o campañas publicitarias, clases, grupos de programas, en contraposición con la dependencia a una sola intervención, para de este modo, solventar los problemas de salud y lograr el desarrollo de dicha comunidad.

Fue en la década de los años 50 cuando se comenzó a aplicar esta idea de participación comunitaria como una forma de desarrollo, de introducción de nuevas tecnologías y de mejora de la calidad de vida en las comunidades. Sin embargo, a finales de los 60 ya era obvio que el método adoptado para lograr este desarrollo no estaba produciendo los resultados esperados. Incluso en los 70, con la introducción de nuevas estrategias de organización tampoco lograron la participación generalizada de las comunidades en materia de salud (Figueroa, 2002).

Pero el interés del modelo de organización comunitaria va más allá del mero reclutamiento de redes informales y fuerzas sociales que actúan dentro de la comunidad, ya que se extiende a la comunicación y fomento de los objetivos del cambio conductual.

Con respecto a los programas de reducción de riesgo, destaca la importancia de la comunidad como eje central para su consecución, siendo, al mismo tiempo, la que más se ve afectada en caso de desastre, y por ello es también la que trabaja de manera más efectiva en la búsqueda de soluciones, movilizand o todos sus recursos. Esto también puede deberse al frecuente aislamiento de la comunidad. De ahí la importancia de que posea la información necesaria para actuar en casos de desastre. Pudiendo llegar incluso a colaborar con el Estado, ya que una comunidad dotada de recursos puede cooperar en el desarrollo de una política de gestión de riesgo.

Desafortunadamente, los resultados de los programas en grandes comunidades son limitados (Farquhar et al., 1990) y a menudo decepcionantes ( Luepker et al., 1994;

Lando et al., 1995). Entre las causas de los decepcionantes resultados, estaría la iniciativa local y la flexibilidad, que a pesar de ser vista a menudo como ventajas del modelo, pueden considerarse como obstáculos debido a la necesidad de los científicos de sistematizar la implementación en grandes comunidades y ciudades, a diferencia de las pequeñas comunidades y vecindarios.

### Modelo Ecológico

Fue propuesto a finales de los 80 por Urie Bronfenbrenner y pretendía abarcar el mayor número de variables que pudiesen influir de alguna manera en el paciente. Por tanto, plantea el desarrollo de la conducta humana desde una perspectiva ecológica (Bronfenbrenner, 1987). Describe el ambiente ecológico como un conjunto de estructuras organizadas en niveles, en donde cada nivel contiene a los anteriores. Así, presenta cuatro niveles o sistemas: el “*microsistema*”, el “*mesosistema*”, el “*exosistema*” y el “*macrosistema*”.

El “*microsistema*”, constituye el nivel más cercano en el que se desarrolla el individuo, normalmente la familia; el “*mesosistema*”, abarca las interrelaciones entre dos o más entornos en los que el sujeto participa; el “*exosistema*”, está integrado por contextos más amplios que no incluyen a la persona como sujeto activo; y por último, el “*macrosistema*”, está configurado por la cultura y el momento histórico-social en el que el sujeto y los individuos con los que se relaciona, se desenvuelven.

Bronfenbrenner (1987) expone cómo todos los niveles del Modelo Ecológico dependen unos de otros y por lo tanto es necesaria una participación de los diferentes niveles y una comunicación entre ellos. Este autor, entendía el desarrollo psicológico

como un proceso complejo en el cual influían múltiples factores ligados al ambiente o “entorno ecológico” en el que tiene lugar. Sostenía además, que la observación de la influencia de estos ambientes naturales en la conducta del individuo, no debía llevarse a cabo por lo tanto en situaciones clínicas o de laboratorio.

En 1994, Bronfenbrenner junto con Ceci, modifican el modelo hacia una nueva concepción bio-ecológica del desarrollo humano (Bronfenbrenner y Ceci, 1994). En el nuevo modelo se describe el desarrollo humano desde una perspectiva de continuidad, y enfatiza la importancia de la “*experiencia*”. De este modo, presenta el desarrollo como proceso resultante de las características de las personas y del ambiente, dentro de una continuidad de cambios que ocurren en el tiempo. Así, se constituye un modelo Proceso-Persona-Contexto-Tiempo.

Desde entonces numerosos autores han aplicado el Modelo ecológico de Bronfenbrenner a diferentes campos temáticos. Belsky (1980), aplica el modelo, añadiendo algunas modificaciones en la definición de los sistemas, al ámbito del abuso infantil. En nuestro país, Durá e Ibañez (1987) propusieron un modelo integrado de información al paciente oncológico, donde querían recoger los diferentes niveles o sistemas de análisis. Son muchos más los estudios que actualmente lo aplican al campo del maltrato infantil, pero también hay estudios que lo aplican para el manejo del estrés ocupacional, manejo de desastres, psicooncología e incluso para potenciar el consumo de fruta y verduras (Salazar y Beaton, 2000; Torrico et al., 2002; Beaton et al., 2008; Robinson, 2008).

La novedad que aporta este modelo es la atención que presta a las interrelaciones ambientales entre los diferentes sistemas, y la influencia de estas en el desarrollo psicológico del individuo.

### **2.4.3.2 Teorías**

#### Teoría de Difusión de Innovaciones

Rogers intentó sistematizar el proceso de adopción de las innovaciones, llegando a fundar esta teoría (Rogers, 2003). Pero antes de pasar a una descripción más exhaustiva de la teoría, es necesario definir el término “innovación” como las ideas, métodos u objetos que pasan a considerarse nuevos en un determinado ambiente sociocultural, es decir, la práctica u objeto percibido como nuevo por un grupo o individuo, independientemente de cuándo o dónde se haya generado.

La difusión por tanto, sería el proceso por el cual esta innovación es comunicada a través de ciertos canales durante un tiempo en concreto entre los miembros de un sistema social. Así, cuatro elementos fundamentales en esta teoría serían: la innovación, los canales de comunicación, el tiempo y el sistema social.

Los canales de comunicación utilizados para hacer llegar la información sobre el tema que nos ocupa, es decir la práctica clínica, incluyen publicaciones, bases de datos, los medios de comunicación, etc. Algunos trabajos enfatizan la superior efectividad de las estrategias de comunicación de “cara a cara” frente al resto de estrategias (Bero et al., 1998).

En lo que respecta al contexto social, los sistemas que podrían adaptarse más fácilmente a las innovaciones, son aquellos en los que prima la creatividad y la innovación, sistemas jerárquicos mas bien suaves dotados de un fuerte liderazgo que se comprometa a un cambio efectivo. Sin embargo, la asistencia sanitaria cuenta con un modelo jerárquico con estructuras organizacionales diferenciadas dependiendo del grupo profesional.

Para poder explicar cómo los individuos adoptan una determinada innovación y no otra, Rogers propuso cinco características explicativas de esta variabilidad: ventaja relativa, grado de compatibilidad, complejidad, divisibilidad y observabilidad o comunicabilidad.

- 1) La ventaja relativa, es entendida como superioridad con respecto a lo que suplanta. Esta superioridad puede valorarse desde múltiples perspectivas: superioridad en cuanto a resultados, o durabilidad, predicción, regularidad en el funcionamiento, etc.
- 2) Cierta grado de compatibilidad con los valores imperantes. Así, la no concordancia con los valores presentes pueden provocar la no adopción de dicha innovación.
- 3) La complejidad que conlleva la innovación, con respecto a la dificultad que presenta para su utilización y para la comprensión de dicha innovación.
- 4) La divisibilidad o experiencia de manipulación previa, es decir, llevar su análisis al terreno de la experimentación, que sea tangible y medible.
- 5) Y finalmente la observabilidad de los resultados esperados. Es fundamental que el experimentador pueda finalmente exteriorizar o comunicar a otros las características de la innovación.

Rogers expuso cómo la difusión de tales innovaciones seguía una curva en forma de S horizontal, en un primer momento se mostraba una lentitud en el proceso de su adopción, que paulatinamente se iba haciendo más rápida a medida que se incrementaba el número de adoptantes, para que finalmente disminuyera.

Además, este autor presentaba diferentes formas para lograr que los diversos grupos de personas se interesasen por la tecnología. Para ello clasificaba a los

miembros en 5 grupos: innovadores, adoptadores tempranos, mayoría temprana, mayoría tardía y rezagados.

Sin embargo, pese a lo atractiva que resulta esta teoría, aplicarla al ámbito de la salud y más concretamente al complejo campo de la asistencia sanitaria, conlleva grandes cambios a nivel de roles individuales, relaciones y procedimientos empresariales.

### Teoría del Cambio Organizacional.

Antes de proceder a describir esta teoría, es necesario definir el concepto de “cambio”. Se entiende como tal, cualquier modificación de un estado a otro, donde se dejan atrás procedimientos, estructuras, comportamientos, etc., que pasan a ser reemplazadas por otros que permiten un mayor ajuste al entorno cambiante en el que se encuentra la organización.

Estos cambios surgen debido al choque de dos fuerzas: “*endógenas*” y “*exógenas*”. Las fuerzas “*endógenas*” son aquellas que surgen dentro de la organización como podrían ser la inserción de nuevas tecnologías o cambio en las estrategias de dirección de la empresa. Las fuerzas “*exógenas*” derivan de fuera de la organización y crean la necesidad de cambios internos como podrían ser algunas normas de calidad o nuevas leyes gubernamentales (Cambio Organizacional, 2002).

En esta confluencia de fuerzas cobra gran importancia la noción de “*resistencia al cambio*”, que hace referencia a las fuerzas que tratan de oponerse al cambio debido a la amenaza de inestabilidad percibida. Es una reacción normal, que las personas ante la incertidumbre, ante lo desconocido, traten de oponerse y aferrarse a lo que están

habitados. Aunque algunos autores prefieren mencionar esta actitud de oposición de una forma más positiva, como es el caso de Brenner que la denomina “persistencia activa” (Brenner, 2001), indicando el apego a las estructuras, metodologías, normas, etc., imperantes hasta ese momento.

La organización que se plantea un cambio debe intentar solventar estas resistencias de manera efectiva, para ello, los puntos claves serían:

- Implicar y hacer participar activamente a los individuos integrantes de la organización, para que no vean el cambio como una imposición y de este modo poder plantear un compromiso común.
- Estar dotado del personal de apoyo cualificado para fomentar la credibilidad.
- Informar a las personas en relación a los cambios pertinentes para reducir la incertidumbre.
- Tener una actitud de alerta por parte de los directivos. Deben prestar atención a posibles contratiempos surgidos debido al cambio.

Por consiguiente, aplicando la teoría de cambio de Lewin (1951a), la teoría del cambio organizacional predice que una intervención en la organización que fomente las fuerzas dirigidas al cambio y minimice las resistencias, obtendrá el cambio deseado.

En esta teoría cobra también especial importancia el contexto en el que tiene lugar el cambio. La organización no es un sistema cerrado, sino que por el contrario interactúa con su entorno. Así podemos hablar además de 5 tipos de Cambio Organizacional: el cambio institucional, estructural, tecnológico, cultural y estratégico.

Además del contexto, tanto el medio ambiente externo como interno tienen una gran influencia en el cambio organizacional. En el caso de la fuerza que puede originar el medio ambiente externo, una organización se verá más forzada al cambio en caso de

contar con una desventaja con respecto a sus competidores, ya que las empresas se ven obligadas a estar a la vanguardia, y por esta misma razón deben integrar los cambios tecnológicos que implica la necesidad de actualización. Con respecto a la influencia del medio ambiente interno, que está más relacionado con el factor humano, tiene más peso que el medio ambiente externo para la consecución del éxito en el proceso de cambio. Uno de los factores internos más importantes es la comunicación, que debe estar presente antes y después del cambio.

K. Lewin señala que el proceso de cambio organizacional transcurre a través de tres fases (Lewin, 1951a; Schein, 2004):

1ª) Descongelamiento: en esta etapa el cambio comienza a vislumbrarse. En ella pueden observarse sentimientos de ansiedad por la supervivencia de las creencias previas que ahora son percibidas como “inválidas”.

2ª) Movimiento: etapa de cambio de lo que necesita ser cambiado. Cuando aparece la suficiente insatisfacción con la situación actual y se presenta el deseo de cambio, es necesario identificar lo que necesita ser cambiado. Además se presentan sentimientos de inseguridad, incertidumbre e inestabilidad.

3ª) Recongelamiento: etapa en la que se establece el cambio como permanente, la nueva conducta, estructura, metodología etc., se hace habitual. Reaparece por tanto en equilibrio y hay una mayor adaptabilidad al nuevo entorno.

Por todo ello, como señala Burke (2002): *“nuestra necesidad es entender más a fondo las organizaciones, pero una necesidad mayor sería aprender más sobre cómo cambiarlas”*.

### Teoría de la Comunicación Masiva.

La comunicación masiva es el proceso en el que se emite información de forma colectiva en el cual el emisor no posee capacidad de retroalimentación. Las intervenciones en la población que se valen de programas centrados en esta teoría, dirigen sus esfuerzos a difundir mensajes que provoquen cambios conductuales en poblaciones específicas, a través de los canales de comunicación.

La teoría describe unos elementos intervinientes similares a los de cualquier otro tipo de comunicación. Así, destacan cinco elementos:

- 1) El “*emisor*”: que en este caso, se caracteriza por estar bien identificado y no poseer capacidad de retroalimentación o en caso de que la tenga, ésta ser mínima.
- 2) El “*canal*” o medio de comunicación. Los medios de comunicación de masas están clasificados en prensa, radio, televisión e Internet.
- 3) El “*mensaje*”: que es el producto que se hace llegar a la audiencia o población a la que va destinada.
- 4) El “*contexto*”: es el elemento interviniente en todas las teorías sociales. Aquí también, los medios actúan en un determinado contexto social al que influyen y a su vez son influidos.
- 5) Finalmente, la “*audiencia*” a la que va destinado el mensaje. La comunicación masiva está diseñada para difundirla entre las masas y por ello, el mensaje deberá estar diseñado para que llegue al mayor número de personas. Éste sería el fin último de cualquier publicista pese a la tendencia actual de clasificar a la audiencia, como por ejemplo el caso de John Merrill que la organiza según su

educación o nivel intelectual: iletrados, pragmáticos e intelectuales (Merrill, 1992).

Los medios de comunicación pueden ofrecer prometedoras alternativas para la orientación psicoeducativa en salud a gran escala. La comunicación efectiva de los mensajes de salud juega un papel fundamental en la salud pública. Sin embargo, se conoce más bien poco acerca de cómo se pueden emplear los medios de comunicación masiva como efectivos agentes de orientación psicoeducativa. No obstante, algunos estudios ( McAlister, 1976; McAlister et al., 1980;) sugirieron que la información de expertos, es de hecho un componente esencial en la comunicación masiva, de ahí la importancia de la formación en comunicación de los profesionales. El otro componente esencial sería el apoyo social, que no necesariamente debe ser proporcionado por profesionales.

A nivel sanitario, esta teoría se ha aplicado al campo de la prevención. Recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha empezado a adoptar técnicas de comunicación masiva para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Un claro ejemplo serían las impactantes campañas antitabaco u otras sustancias o las de conductas preventivas contra el SIDA. Además, se ha utilizado para la modificación de estilos de vida relacionados con la salud, e incluso para cambiar la conducta colectiva (Rogers, 1992; Silver, 2001; Bertrand et al., 2006; Abrams y Maibach, 2008).

Del mismo modo, algunas firmas comerciales han promovido estas técnicas, diseñando cursos y seminarios de comunicación masiva orientados hacia los profesionales de la salud pública, para cubrir las necesidades de especialistas entrenados en educación y comunicación de la salud.

Por todo ello, las técnicas de comunicación masiva son una parte importante de la práctica efectiva de la salud pública y el hecho de estar incluidas en los sistemas sanitarios propiciaría una mejor estrategia preventiva.

#### **2.4.4. Un Modelo Integrador (Biopsicosocial)**

El modelo biopsicosocial nace de la necesidad de un modelo integrador de modelos de salud precedentes, como son el biomédico y el psicosocial.

Tradicionalmente el modelo biomédico ha sido el más utilizado en salud. Una de las premisas básicas de este modelo consiste en la dualidad cuerpo y mente percibidas como áreas independientes. Por lo tanto, en relación a las “causas” de la enfermedad sigue un pensamiento lineal: una sola causa y generalmente, un solo tratamiento. En medicina, este modelo focaliza su atención en la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento excluyendo la importancia relacionada a factores psicológicos, sociales o del entorno, y ha sido extensamente aplicado en la conceptualización de los procesos de enfermedad en la práctica clínica. Al aplicar este modelo al campo de la evaluación psicológica, ocurre el proceso contrario, el foco aquí también estaría en una única dimensión del paciente, pero en este caso estaría centrado en su estado mental, minusvalorando la influencia de los factores físicos y biológicos.

Por todo ello, la principal limitación del modelo biomédico es la derivada de la visión reduccionista en la descripción del proceso de salud o enfermedad. Así, la realidad fisiológica no es suficiente para explicar este proceso. Los factores conductuales, biológicos, psicológicos, sociológicos, del entorno, etc. también están íntimamente relacionados con el estado de salud y enfermedad. Engel (1977), principal

impulsor del modelo biopsicosocial, criticó este reduccionismo del pensamiento médico imperante bajo el cual cualquier cosa que no podía ser objetivamente verificable y explicada a nivel celular o molecular, era ignorada o devaluada. Otros autores, también señalaron la importancia de diversos factores en el proceso de salud y enfermedad. Cioffi (1991) por ejemplo, subrayó la importancia de los factores psicosociales y ambientales en el desencadenamiento de algunas enfermedades crónicas. Anteriormente, House et al. (1988), destacaron la importancia del aislamiento social, señalando que podía ser un factor de riesgo tan importante para la enfermedad como lo eran la tensión alta, la obesidad, los estilos de vida sedentarios e incluso el fumar. Finalmente, la objetividad de la cual este modelo biomédico hacía apología, fue otra de las grandes críticas de Engel, ya que describía cómo, tanto en la dimensión humana como a nivel físico, hay una imposibilidad ante la adopción de una postura de “objetividad pura”, debido a que siempre hay una influencia del observador en lo observado. La relación que se establece entre el profesional y el paciente, puede influir en la adherencia al tratamiento, en la elección de un tratamiento y consecuentemente, en los resultados médicos (Borrell-Carrio et al., 2004).

Pese a estas grandes limitaciones, continúa siendo uno de los modelos dominantes en el sistema sanitario. Esto puede ser debido en gran parte a la formación de los profesionales de la salud, ya que han sido entrenados para centrarse en los síntomas físicos y prestar menos atención a los factores psicológicos, sociales o del entorno. Para subsanar este problema la rama de salud del Instituto Nacional de Ciencias del Instituto de Medicina (IOM) de EEUU, recientemente ha promovido la impartición de un mayor número de asignaturas con contenido psicosomático incluyendo así las interacciones mente-cuerpo en la salud y la enfermedad (Vanselow y

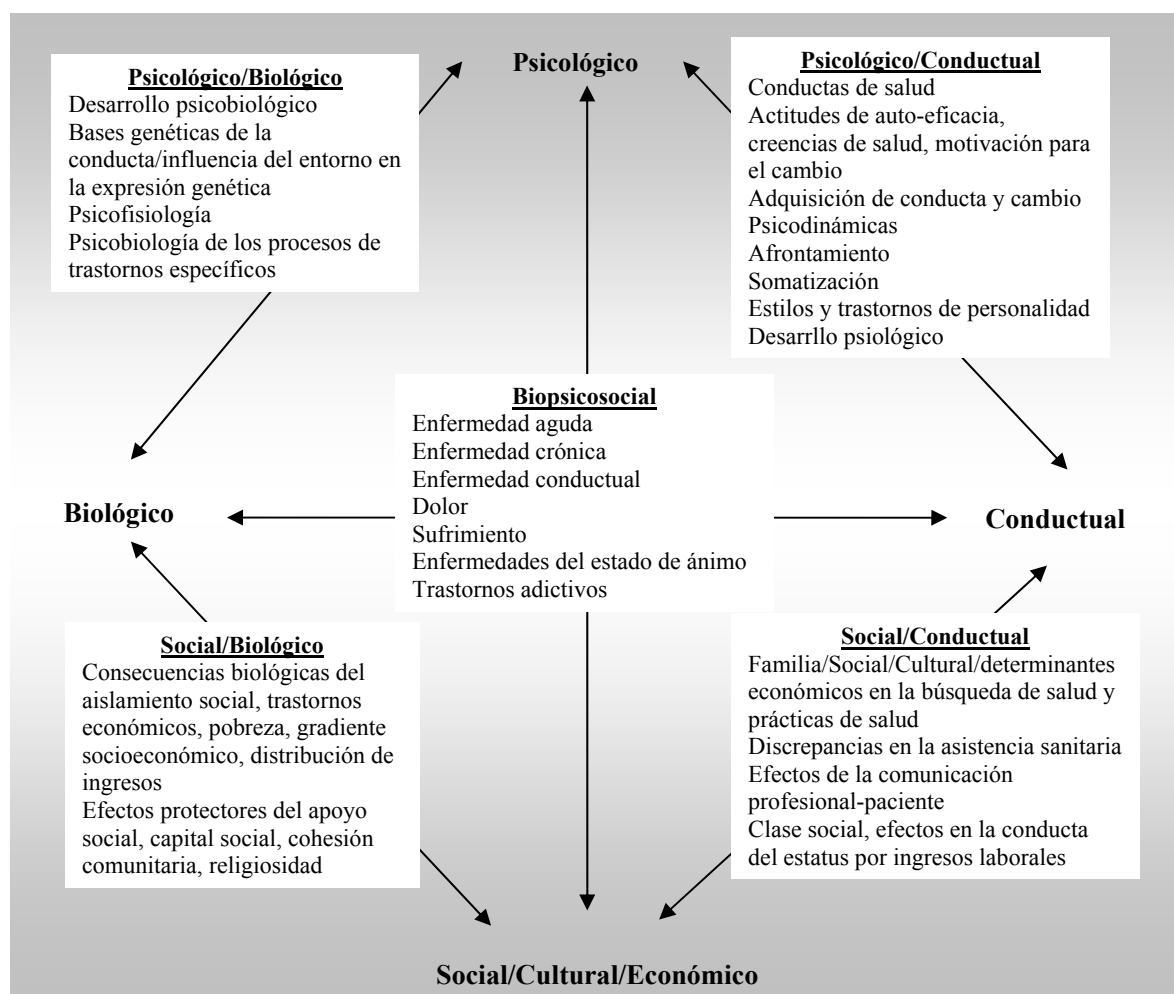
Cuff, 2004; Novack et al., 2007). Lamentablemente, según ponen de manifiesto algunos estudios como el de Astin et al. (2008), hoy en día, los estudiantes y residentes de medicina continúan viendo con escepticismo los beneficios de la integración de factores psicosociales en el diagnóstico y tratamiento médico (Astin et al., 2008). Sin embargo, Engel, impulsor del modelo biopsicosocial, señala la importancia de que los profesionales de salud comprendan la variedad de factores psicosociales que influyen en el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad, ya que de esta forma se podrían realizar intervenciones a varios niveles.

Desde una perspectiva totalmente opuesta, encontramos al modelo psicosocial. A diferencia del modelo biomédico, desde este enfoque se subraya las interrelaciones entre las variables psicológicas y sociales. Lázarus y Folkman (1986) señalan, desde esta perspectiva psicosocial, la importancia del entorno, y más concretamente, de las evaluaciones que el sujeto hace del entorno. Así, los individuos ante una situación determinada, por ejemplo, un cambio, realizan una primera evaluación o “*primary appraisal*” a partir de la cual surgirán las emociones. Está primera estimación va seguida de una evaluación de los recursos personales y ambientales con los que cuenta el sujeto, que Lázarus denomina segunda evaluación o “*secondary appraisal*” donde surgirían las percepciones de control o “locus de control” interno o externo y las creencias, como la de autoeficacia que proponía Bandura (1997). De este modo, ambas valoraciones darán lugar a la emoción.

Ni la perspectiva biomédica ni la psicosocial son suficientes para explicar, tratar o prevenir lo que son en esencia enfermedades biopsicosociales, es decir que se ven afectadas por múltiples factores (Engel, 1977). De este modo, ante la necesidad de un

modelo integrador del biomédico y del psicosocial surge el modelo biopsicosocial (Esquema 9).

**Esquema 9:** Un modelo integrador extraído de Novack et al. (2007)



Engel (1977) manifestaba cómo este modelo otorga una perspectiva holística y sistemática en el entendimiento del ser humano y la relación entre el sistema exterior y el interior de la persona que influye en el proceso de salud y enfermedad. Describe la interacción de múltiples factores en la génesis de la enfermedad, siguiendo la línea de la teoría general de sistemas. Los seres humanos, explica, son al mismo tiempo seres

biológicos, psicológicos y sociales que se comportan de tal modo que pueden promover o perjudicar su salud. De este modo, una alteración en cualquiera de estos factores afecta a la totalidad del funcionamiento humano.

La salud sería el resultado del equilibrio de las interacciones entre factores de tipo biológico, psicológico, social, del entorno, etc.

Otros autores como Sperry (2006) destacan la importancia de la cultura o de la “*dimensión sociocultural*” como un significativo factor para la salud. Por ello las enfermedades no pueden ser entendidas sin tener en cuenta el contexto cultural en el que surgen ya que el mismo concepto de “enfermedad” varía entre culturas. Por lo tanto sería muy importante no menospreciar la cultura en la que se desarrolla.

Hay interacciones psicológicas, biológicas, conductuales y sociales en todas las enfermedades, incluidas las enfermedades crónicas. Numerosos factores físicos, psicológicos, conductuales, bioquímicos, inmunológicos y sociológicos influyen en la respuesta que se da a las enfermedades músculo-esqueléticas como por ejemplo, en la aparición de un tipo de trastorno músculo-esquelético u otro. El creciente interés sobre el papel de los factores biopsicosociales en las enfermedades crónicas ha llevado a investigadores a analizar la influencia del humor negativo en pacientes con dolor crónico (Gatchel et al., 2007) a demostrar una curación más lenta en ancianos con estrés (Kiecolt-Glaser et al., 1995), e incluso a estudiar los efectos del estrés psicosocial en la actividad muscular (Marras et al., 2000). De todos estos estudios podemos concluir que los factores psicológicos, conductuales, sociales y del entorno además de los factores biológicos, pueden tener un profundo efecto en las enfermedades músculo-esqueléticas. A pesar de todo, en la práctica de la medicina músculo-esquelética, todos

estos factores generalmente siguen siendo relegados a un segundo plano (Finestone et al., 2008).

Una razón de esto puede estar en que, como señalan Novack et al. (2007), el énfasis actual en la biología molecular y la genética nos empuja hacia un entendimiento reduccionista del ser humano, dividiéndolo en pequeños componentes. Novack destaca que la salud humana y la enfermedad sólo pueden ser entendidas desde la interacción de todas las disciplinas mencionadas anteriormente en el esquema 9.

Este modelo sin embargo, como describen Bell et al. (2005), conlleva gran dificultad en su implementación. Una de las razones por las cuales no se ha conseguido su implementación en el sistema general de salud hoy en día, es a causa de su complejidad operacional, ya que debemos tener en cuenta múltiples variables provenientes de diferentes dimensiones de salud que interactúan en el individuo, siendo todas estas dimensiones igualmente importantes para lograr el entendimiento del individuo y favorecer el tratamiento de su trastorno.

## **CAPÍTULO 3: ARTROSIS**

---

### III. CAPÍTULO 3: ARTROSIS

#### 3.1 Concepto y definición.

Las enfermedades músculo-esqueléticas son una de las principales causas de discapacidad en el mundo desarrollado y consumen una gran cantidad de recursos tanto sociales, como sanitarios (Ethgen et al., 2004a). Dentro de éstas, la artrosis, es una de las enfermedades más frecuentemente diagnosticada y está caracterizada por cambios estructurales en el cartílago articular y el hueso subyacente, junto con un proceso inflamatorio secundario. Se trata de una patología de progresión lenta, con periodos de exacerbación y de remisión ( McNeill, 1990; McNeill, 1993; Seed et al., 2009).

El término artrosis, ha sufrido la carencia de un consenso con respecto a su definición (Hough, 2001). La palabra artrosis fue originariamente utilizada por Spender en 1886 como sinónimo de artritis reumatoide y no como la enfermedad que hoy día conocemos (Parish, 1963). Sin embargo fue Garrot alrededor de 1910, el primero en acuñar el término en su sentido moderno (Benedek, 1999).

Durante las pasadas dos décadas, la artrosis ha ido conceptualizándose más como una enfermedad que implica a toda la articulación, es decir, hueso, cartílago y elementos de apoyo, que como un problema sólo del cartílago. Así, ha sido considerada como resultado de un desgaste y desgarro articular. Sin embargo, sería más preciso describirla como una condición resultado de varios factores bioquímicos, biomecánicos, inflamatorios e inmunológicos (Lajeunesse y Reboul, 2003).

Debido a este amplio rango de dimensiones implicadas en la enfermedad, es comprensible que su estudio y tratamiento parta desde la perspectiva biopsicosocial.

### **3.2 Epidemiología.**

La artrosis es la principal causa de discapacidad en personas mayores y la forma más común de las enfermedades reumáticas en los EEUU (Centers for Disease Control and Prevention website, 2009).

Esta, es una enfermedad crónica con una alta prevalencia (Melzer et al., 2003; Zhang y Jordan, 2008; Quintana et al., 2008) y fuertemente asociada a la edad (Felson et al., 2000; Moskowitz, 2009). Desde 1995 hasta el 2005, el número de personas afectadas por artrosis ha aumentado de 21 millones a casi 27 millones en los EEUU, posiblemente debido al envejecimiento de la población (Lawrence et al., 2008). Se estima que para el 2020, casi 60 millones de estadounidenses sufrirán alguna forma de enfermedad reumática (Helmick et al., 1995). La variabilidad de los valores de prevalencia presentados depende de la articulación afectada (cadera, rodilla o mano) y también del tipo de diagnóstico utilizado en el estudio, ya sea radiográfico, sintomático, clínico o una combinación de todos.

Con respecto a la población española, aproximadamente el 7.4% de la población de 60 años o mayores, presenta artrosis (radiográfica, sintomática y clínica) de cadera y el 12.2% de rodilla, siendo superior en ambos casos la frecuencia en mujeres que en hombres (Quintana et al., 2008) y aumentando en edades superiores a 70 años (Carmona et al., 2001). Según los datos proporcionados por un Estudio de Prevalencia realizado por la Sociedad Española de Reumatología (EPISER) en el año 2001, el 22.6% de la población española mayor de 20 años han sido diagnosticados de alguna enfermedad reumática crónica, y la prevalencia de la artrosis sintomática de rodilla es del 10.2 % (Carmona et al., 2001).

Pese a la importancia de estas cifras, estas enfermedades no suelen ser objeto de estudio. En España, los estudios epidemiológicos de enfermedades reumáticas son escasos a pesar del claro impacto socioeconómico (Loza et al., 2009). Como señalan Callahan et al. (1996), el impacto de las enfermedades reumáticas es a menudo subestimado debido a la dificultad de cuantificar la mayoría de sus consecuencias y a causa de su alta prevalencia entre personas mayores y población femenina.

Esta enfermedad, es más frecuente en manos, caderas y rodillas y sus consecuencias son enormes, tanto a nivel económico, como social o psicológico (Badley et al., 1994; Verbrugge y Patrick, 1995; Badley y Wang, 1998; Raina et al., 1998; Perruccio et al., 2007). En una nota de prensa de diciembre del 2009 remitida por el proyecto de Salud y Trabajo liderado por la Fundación Ramón Aceres, en colaboración con la Sociedad Española de Reumatología (SER) y el Foro Español de Pacientes, se expone que en 2007 las enfermedades reumáticas supusieron un gasto de 1.678 millones de euros en incapacidades laborales temporales (Proyecto de Salud y Trabajo, 2009).

### **3.3 Etiología.**

La etiología de la artrosis, a pesar de que no se conoce completamente, parece ser el resultado de un complejo sistema de circuitos de retroalimentación mecánicos, biológicos, biomecánicos, moleculares y enzimáticos.

Dentro de esta enfermedad en base a su etiología, podemos diferenciar dos formas: la “*artrosis primaria*” y la “*artrosis secundaria*”. Con respecto a la “*artrosis secundaria*” está asociada a una causa conocida como puede ser la artritis reumatoide,

un traumatismo, enfermedades metabólicas, endocrinas, o factores congénitos (Hough, 2001).

**Esquema 10:** Factores de riesgo de padecer Artrosis primaria extraído de Hough (2001)

- Edad avanzada
- Género femenino
- Predisposición genética
- Sobrepeso
- Ocupaciones (granjero, tejedor, cargador, atletas de élite)
- Biomecanismos de la articulación anormales

En la “artrosis *primaria*”, en cambio su causa es desconocida, no se identifican traumatismos ni predisposiciones similares y se asume como causantes a las alteraciones intrínsecas del tejido articular. Fue definida primeramente como una entidad por Kellgren et al. (Hough, 2001) y es la forma más frecuente de artrosis. Sin embargo, aunque no se conoce su causa, se han identificado una serie de factores (esquema 10), que influyen en la enfermedad. Beary III y Lugen (2006) establecen cuatro grandes grupos de factores en el desarrollo de la artrosis primaria: envejecimiento del hueso y del cartílago, factores mecánicos (de desgaste y desgarr), factores genéticos y factores biomecánicos (como el aumento de rigidez o la disminución de la elasticidad).

La *edad* es el más fuerte determinante de artrosis, generalmente, comienza en un rango de edad entre 45 y 70 años, y aunque la mayoría de los individuos a los 70 años muestran evidencia radiográfica de artrosis, en menos de la mitad es sintomática (Bagge et al., 1991; Quintana et al., 2008). Esta alta prevalencia en la tercera edad es

debida al curso de desarrollo de la enfermedad, ya que tarda aproximadamente 20 años en manifestarse.

Además el riesgo de padecer artrosis está asociado al *sexo femenino* ( Carmona et al., 2001; Lawrence et al., 2008; Quintana et al., 2008), es más, la artrosis es la más común de las enfermedades crónicas presentadas por las mujeres (Danoff-Burg y Revenson, 2005). Las tasas específicas por sexo varían según edad y localización, especialmente en la rodilla y la cadera (Quintana et al., 2008). Así, en un reciente estudio encontraron que el 7.2% de las mujeres mayores de 45 años presentaban artrosis de rodilla, frente a un 5.9% de los hombres mayores de 45 años (Lawrence et al., 2008). En esta misma línea, de acuerdo al estudio de Framingham (Massachussets) sobre artrosis, las mujeres en edades comprendidas entre 63 y 91 años tienen casi el doble de probabilidades que los hombres de padecer artrosis de rodilla (Felson et al., 1995).

Otros factores que influyen en la aparición de la artrosis son la *obesidad* y ciertos *factores genéticos* (Stein et al., 1996; Felson et al., 2000; Lawrence et al., 2008; Centers for Disease Control and Prevention website, 2009). Además, el rol que desempeñan los *factores nutricionales* en el desarrollo de la artrosis continúa siendo examinado en diferentes estudios epidemiológicos (McAlindon y Felson, 1997; Sowers y Lachance, 1999).

### **3.4 Características Clínicas.**

La artrosis está presente en todo el mundo de los seres vertebrados y por ello son numerosos los estudios que se realizan en laboratorios con diferentes clases de

animales para analizar múltiples conceptos patogénicos de la enfermedad (Sokoloff, 1987; Anderson-Mackenzie et al., 1997; Huebner et al., 2002).

Esta enfermedad puede estar limitada a una o dos articulaciones, o puede ocurrir de forma general implicando varias articulaciones. Los síntomas principales que caracterizan a esta enfermedad son: el *dolor*, la *rigidez* y la *limitación de la capacidad funcional*. Generalmente, el primero en aparecer es el *dolor*, que suele comenzar insidiosamente, como un dolor profundo pobremente localizado. Inicialmente, el dolor se experimenta durante la utilización de la articulación afectada y se mitiga en reposo. Sin embargo, a medida que la enfermedad progresa, el dolor se convierte en una característica constante que acompaña los periodos de actividad física y que persiste varias horas después, llegando a presentar dolor nocturno que puede provocar que el paciente permanezca despierto dificultando su sueño. Estos sujetos, suelen mostrar un modo de caminar específico para evitar el dolor lo cual altera su manera de andar habitual y causa dolor en otras articulaciones de las extremidades inferiores o la espalda (Loeser y Bonica, 2001).

Las articulaciones afectadas presentan a su vez, *rigidez* matinal durante un breve lapso de tiempo y después de los periodos de inactividad. La rigidez mejora con actividad pero puede volver más tarde a lo largo del día (Testut et al., 1997). Finalmente se produce una *limitación de la capacidad funcional* (Loeser y Bonica, 2001). Estos pacientes encuentran dificultad para arrodillarse, subir o bajar escaleras y al sentarse o levantarse de una silla, originando de este modo una pérdida de la independencia y disminución de la calidad de vida relacionada con la salud del individuo (Testut et al., 1997).

### 3.5 Aspectos Psicosociales de la Artrosis

El análisis del bienestar psicológico de los individuos con artrosis y su mejoría, es un asunto importante ya que la enfermedad presenta una alta prevalencia y por el momento no tiene cura conocida. Por lo tanto, hay que analizar los diferentes aspectos o dimensiones de funcionamiento que se ven afectadas por la artrosis.

La artrosis puede influir en el funcionamiento físico a través del dolor y del malestar crónico. Pero, las dimensiones de funcionamiento psicológico como pueden ser los síntomas depresivos o ansiosos y sus estilos de afrontamiento, también pueden verse influenciadas por la enfermedad (Penninx et al., 1997; Klinger et al., 1999; Sherman, 2003; Sherman et al., 2006; Ozcetin et al., 2007). Esta visión, refleja la evolución del modelo médico de salud hacia el modelo biopsicosocial, que focaliza su atención en la salud como una interacción de factores individuales, sociales y ambientales.

#### *Relaciones sociales: integración y apoyo social*

Del mismo modo que los síntomas depresivos se ven influidos por la artrosis, las relaciones sociales han demostrado estar relacionadas con la calidad de vida de los individuos afectados por artrosis (DeVellis et al., 1986). Bajo el término “*relaciones sociales*” se incluyen variables como la “*integración social*”, definida por la cantidad de lazos sociales, formales o informales que una persona establece. Dicha “*integración social*”, mide la cantidad, es decir, el número de lazos sociales pero no la calidad de estos lazos. Asimismo, esta integración ha demostrado estar relacionada con mejores conductas de salud (Berkman et al., 2000), sin embargo, también encontramos

argumentos de autores como Sherman et al. (2006) que observaron que la integración social no es un predictor de resultados de salud consistente. Otra variable que aparece incluida bajo este término y que adquiere una gran importancia en este tipo de enfermedades crónicas, es el “*apoyo social*”. Éste, se define como la disponibilidad percibida de apoyo, afecto y ayuda instrumental de las personas importantes para el individuo como la pareja, familia o amigos cercanos (Antonucci, 1994). Es decir, las personas con las que un individuo puede contar tanto a nivel intangible, mostrando afecto o simpatía, mediante la escucha o dando consejos; como a nivel tangible, prestando ayuda material. Además, el “*apoyo social*”, también se refiere a la percepción de un número suficiente de individuos con los que podemos contar, también llamados “*transacciones*”, y el grado de satisfacción relativa al apoyo proporcionado (Ethgen et al., 2004b). Por último, cabría distinguir entre los tipos de apoyo, el “*apoyo diario*” y el “*apoyo orientado al problema*”.

Se ha estudiado extensamente la influencia del “*apoyo social*” en la población general (Achat et al., 1998; Caron et al., 1998), en tercera edad ( Michael et al., 1999; Pinquart y Sorensen, 2000;) y en otras enfermedades crónicas (Sherbourne et al., 1992; Courtens et al., 1996; Swindells et al., 1999; Bosworth et al., 2000) y el hecho de contar con este apoyo, ha probado reducir el impacto psicológico del estrés (Cohen y Wills, 1985), estar relacionado con mayor satisfacción de vida y con menos síntomas depresivos (Sherman, 2003; Ferreira y Sherman, 2007;). Ethgen et al. (2004b) observaron además, que un mayor acompañamiento social está asociado a un mayor funcionamiento físico, vitalidad, y mayor salud general y más concretamente, que el apoyo social puede jugar un beneficioso papel en la calidad de vida relacionada con la salud en la artrosis de cadera y rodilla. Asimismo, Escobar et al. (2007a) encontraron

en una muestra de pacientes con artrosis de rodilla, que la presencia de apoyo social estaba relacionada con una mejora en la calidad de vida relacionada con la salud a los seis meses de la intervención protésica. Además, Felson (1999) comprobó que las llamadas telefónicas periódicas para proporcionar apoyo social a pacientes con artrosis constituían una intervención muy recomendada.

### *Estados afectivos negativos*

Summers et al. (1988) fueron los primeros autores en demostrar que los estados afectivos negativos influían en la disminución de la capacidad funcional experimentada por las personas con artrosis de cadera o rodilla. Los individuos con dolor crónico, como son los pacientes con artrosis, psicológicamente podrían estar más predispuestos a padecer estados afectivos negativos como la “*ansiedad*” o la “*depresión*” (Fernandez y Milburn, 1994). Tales alteraciones en el estado de ánimo, a su vez, suelen estar asociadas a un incremento del dolor y malestar en la artrosis de rodilla y de cadera (Lunghi et al., 1978; Dekker et al., 1993), disminución de la capacidad funcional y sobre-utilización de los servicios médicos (Frank y Hagglund, 1996).

Otro estado afectivo negativo estudiado por su relación con enfermedades crónicas como las enfermedades reumáticas, es la “*ira*” (Moldofsky et al., 1987). En esta línea se sitúan los análisis de Kinder y Curtiss (1988) que sugerían que la experiencia y la expresión de la ira podía afectar al dolor crónico. Estudios más recientes sobre la ira y el dolor, se han centrado especialmente en poblaciones con dolor crónico de espalda. Burns et al. (2008) observaron que el intento de inhibir o suprimir los pensamientos de ira durante una provocación podía aumentar la intensidad

del dolor consecuente en estos pacientes. Además, estos mismos autores en un estudio realizado en el mismo tipo de población en el 2006, hallaron que los pacientes que tendían a suprimir la ira, eran más propensos a experimentar altos niveles de tensión muscular en las zonas cercanas al dolor durante los periodos de ira, pero no durante los de tristeza (Burns et al., 2006). Otros autores, investigaron a los sujetos con enfermedades crónicas y encontraron que aquellos que presentaban un mayor conflicto en la expresión de emociones podían experimentar mayor dolor e ira (Carson et al., 2007).

### *Estrés*

El diagnóstico de una enfermedad crónica como la artrosis es un estresor importante que influye en todos los aspectos de la vida del paciente incluyendo su funcionamiento familiar. De este modo, no sólo afecta al paciente, sino también a todos los miembros de su familia, siendo la pareja el componente más perjudicado (Walsh et al., 1999; Strating et al., 2007). Para describir los mecanismos a través de los cuales un estresor afecta al individuo, Pearlin et al. (1997 y 1990) introdujeron el concepto de “*proliferación del estrés*”. Con este término se refieren al proceso mediante el cual estresores iniciales o “*primarios*” generan otros estresores denominados “*secundarios*” que se diferencian de aquellos de los que surgen. Las interacciones en la pareja, frecuentemente fuente de estrés, no siempre son vistas como apoyo. Por ejemplo, cuando a un paciente se le proporciona más apoyo del que demanda o necesita, puede provocar un sentimiento de “*sobreprotección*” y generar sufrimiento (Martire et al., 2002). Por lo tanto, el “*estrés social*” es un constructo psicológico

diferente del de “apoyo social” y no necesariamente inversamente correlacionado con el “*apoyo social*”. Hay personas dotadas de una gran cantidad de “*apoyo social*” que son a su vez, fuente de un importante “estrés social”.

### *Actividades o roles sociales*

Los individuos que padecen artrosis, quieren mantener su participación en los “*actividades o roles sociales*” que son importantes para ellos a pesar de las limitaciones debidas a su enfermedad (Katz y Yelin, 2001; Gignac et al., 2006; Gignac et al., 2008). A pesar de que la teoría de roles señalaba que la importancia de un rol debería estar menos relacionada con la enfermedad y más con factores como la etapa vital (edad) y recursos como la educación y los ingresos (Carstensen, 1992; Baltes y Carstensen, 1996; Charles y Carstensen, 1999; Herzog y Markus, 1999) , Gignac et al. (2008) hallaron en un estudio llevado a cabo con pacientes con artrosis, que los niveles de satisfacción con respecto al tiempo que dedicaban a estas actividades o roles eran a menudo de bajos a moderados. Además, encontraron que las relaciones sociales constituían uno de los roles más importantes para los participantes del estudio. Igualmente, observaron que la importancia que los participantes asignaban a los roles específicos estaba asociada a la ocupación. Por ejemplo, los participantes cuya ocupación conllevaba establecer relaciones íntimas, evaluaban estos roles como más relevantes que aquellos pacientes cuyos trabajos no implicaban este tipo de relaciones. Asimismo, Gignac et al. (2008) descubrieron que la presencia de más dolor estaba asociada con menos satisfacción en el tiempo dedicado a los roles. Todos estos hallazgos nos permiten vislumbrar la importancia de la influencia que esta enfermedad

puede ocasionar en el desempeño de los roles importantes para los individuos y de su repercusión en la calidad de vida de los pacientes.

### *Sueño*

Los pacientes con enfermedades músculo-esqueléticas frecuentemente muestran alteraciones del sueño. El dolor es la principal causa desencadenante de estas alteraciones en pacientes reumáticos (Wegener, 1996). Además, la ansiedad y la depresión interactúan en este tipo de pacientes favoreciendo las perturbaciones del sueño (Huyser y Parker, 2002).

La asociación entre artrosis y la problemática del sueño, ha sido estudiada (Moldofsky et al., 1987) y continúa siendo documentada (Silva et al., 2008). Como señalan Silva et al. (2008), *“las condiciones de dolor crónico están asociadas con alteraciones del sueño como cambios en la continuidad del sueño, disminución de la eficacia del sueño y fragmentación de los patrones del sueño”* (Moldofsky et al., 1987; Leigh et al., 1988; Landis et al., 1989; Roizenblatt et al., 2001; Andersen y Tufik, 2003; Schutz et al., 2003; Schutz et al., 2004; Andersen et al., 2006; Lautenbacher et al., 2006; Ruiz et al., 2007; Schutz et al., 2007). Además, según indican Silva et al. (2008), la escasez del sueño podría aumentar el dolor en enfermedades de dolor crónico como es la artrosis.

### *Factores Cognitivos*

Hay dos importantes factores que interactúan junto con el resto de los aspectos psicosociales de la enfermedad y que tienen que ver con el estilo de afrontamiento del individuo y son la “*impotencia*” y la “*autoeficacia*”. La “*impotencia*”, como la definen DeVellis y Callahan (1993) se refiere a la situación en la que se encuentra un individuo que cree que carece de los recursos para eliminar y manejar la fuente de su estrés. Este estado se da especialmente en los trastornos reumáticos ya que cursan con una sintomatología variable e impredecible. A su vez, este factor cognitivo se encuentra interrelacionado con otros aspectos psicosociales anteriormente citados como es la sintomatología depresiva, ya que se ha observado en estudios como el llevado a cabo por Keefe y Bonk (1999) que individuos con altos niveles de “*impotencia*” serían más proclives a padecer grados más altos de dolor, mayor depresión y mayor limitación funcional.

La “*autoeficacia*”, siguiendo la descripción de Bandura, se refiere a la confianza que tiene el individuo en su capacidad para poder desempeñar una serie de acciones necesarias para manejar las situaciones. Bandura desde la perspectiva de la teoría cognitiva, argumentaba que lo mejor para predecir el comportamiento de las personas eran sus creencias acerca de sus capacidades más que sus capacidades reales (Bandura, 2000).

Las repercusiones de un alto nivel de “*autoeficacia*” en la calidad de vida relacionada con la salud en enfermedades crónicas como la artrosis, han sido similarmente beneficiosas. Comenzando por autores como Cotter y Sherman (2008), que declaran que el ejercicio de esta “*autoeficacia*” mejora la salud y el bienestar de las

personas mayores, pasando por hipótesis como la de otros autores que señalaban que una mejora en la “*autoeficacia*” estaría relacionada con un mejor funcionamiento físico y menos dolor (Wright et al., 2008), o aquella en la que se describía que la baja autoeficacia era un predictor de una disminución de las funciones en la artrosis (Issa y Sharma, 2006). Finalizando con los hallazgos de Cross et al. (2006) acerca de su influencia en el coste económico para el sistema de salud. Estos autores postulaban que una alta “*autoeficacia*” estaba asociada con un mejor estado de salud y por lo tanto con un menor coste para el individuo y para el sistema de salud.

### *Sexualidad*

La sexualidad suele ser a menudo un aspecto psicosocial abandonado en pacientes con enfermedades reumáticas. Sin embargo, continúa siendo un factor importante para los individuos afectados. Como se ha demostrado en la literatura, a pesar de que este tipo de enfermedades crónicas pueden interferir con el funcionamiento sexual, en general la satisfacción sexual y necesidades de pareja con o sin artrosis, no es tan diferente. Majerovitz y Revenson (1994) encontraron que parejas en las que uno de los miembros se hallaba afectado por una enfermedad reumática, no experimentaban menos satisfacción sexual que aquellas parejas sin enfermedad. Sin embargo, uno de los mayores determinantes de la satisfacción sexual en este tipo de parejas ha demostrado ser la severidad del trastorno (Curry et al., 1993; Majerovitz y Revenson, 1994). En un estudio más reciente llevado a cabo por Otensen (2004), se ha analizado el papel que ocupa la sexualidad para el mantenimiento y alivio del dolor y cómo el dolor puede afectar a este tipo de relaciones íntimas.

### 3.6 Tratamiento

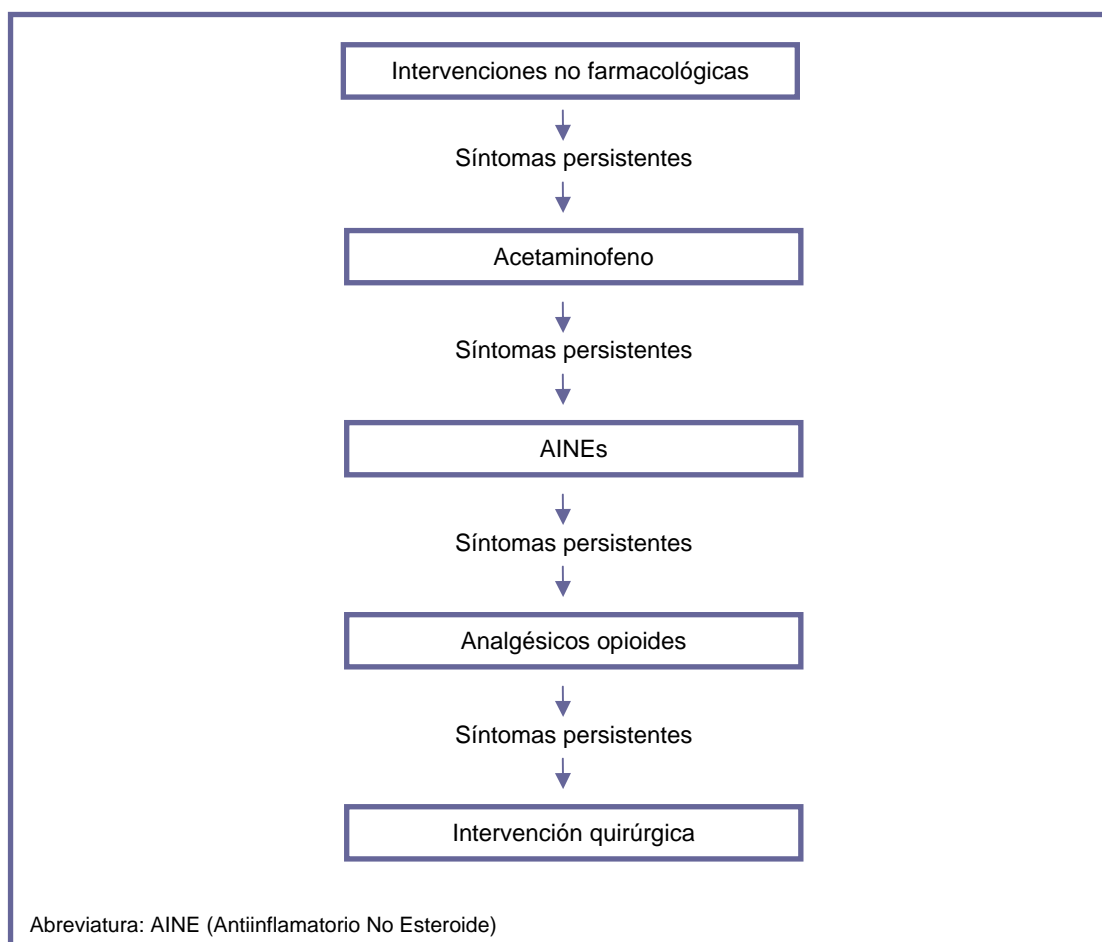
El objetivo de todo tratamiento de artrosis es el control de síntomas, prevenir la progresión de la enfermedad, minimizar el malestar y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud (Seed et al., 2009).

Las personas con artrosis necesitan estar informadas de los tratamientos, ya que constituyen la parte fundamental para el manejo de la enfermedad. Además, deberían conocer la variedad de tratamientos adicionales disponibles (Conaghan et al., 2008).

Conaghan et al.(2008), siguiendo la guía elaborada por el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008), proponen unas recomendaciones básicas que deberían estar incluidas en todo tratamiento de artrosis: el acceso a la información para mejorar el entendimiento de la enfermedad, la actividad y ejercicio, y las intervenciones destinadas a la pérdida de peso.

Estas recomendaciones básicas de Conaghan, pueden ser utilizadas junto a otros tratamientos de tipo no farmacológico, tratamientos farmacológicos e intervenciones quirúrgicas. Tanto las terapias farmacológicas como las no farmacológicas han demostrado reducir los síntomas y la carga funcional de las enfermedades músculo-esqueléticas (Dieppe y Lohmander, 2005; Schnitzer, 2006; Schulberg et al., 1998). Por lo tanto, el tratamiento de la artrosis incluye técnicas y principios de naturaleza tanto farmacológica como no farmacológica (Esquema 11).

**Esquema 11:** Aproximación terapéutica a la artrosis desde el esquema modificado de Kwan et al. (2002) (Seed et al., 2009).



### *Tratamientos no farmacológicos*

Las intervenciones médicas son un componente necesario en el tratamiento de este tipo de enfermedades. Sin embargo, esta intervención a menudo no es suficiente.

Centrándonos en el modelo biopsicosocial, el tratamiento efectivo de las enfermedades reumáticas requiere una atención apropiada e individualizada a las variables psicosociales. En aquellos pacientes que no obtienen buenos resultados de las

intervenciones biomédicas, los tratamientos integradores, donde se combina el tratamiento médico con intervenciones cognitivo-conductuales y ejercicio han resultado ser los más efectivos (Crook y Tunks, 1996).

El tratamiento no farmacológico actual de la enfermedad, especialmente indicado para las formas leves de artrosis, se centra en técnicas cognitivo-conductuales. Con estas terapias se han obtenido buenos resultados en cuanto al descenso del dolor, de la depresión y la ansiedad y un incremento de la auto-eficacia y de la capacidad funcional (Parker et al., 1988; Bouthaugh y Lorig, 1996). A continuación se presentan los recursos cognitivo conductuales más extendidos para el tratamiento de artrosis:

- 1) La educación del paciente. Desde este modelo integrador (biopsicosocial), se han obtenido buenos resultados en la salud de individuos con enfermedades reumáticas utilizando intervenciones centradas en la educación. La educación del paciente relacionada con el manejo del dolor y las conductas de afrontamiento, debería ser siempre el primer paso y parte integral y continuada del tratamiento de artrosis. Debería además proporcionar a los pacientes la información apropiada relativa a los programas de auto-regulación. Esta clase de tratamientos es más probable que tengan éxito si el clínico dedica un tiempo a identificar las preocupaciones del paciente y a adaptar a ellas las intervenciones (Daltroy, 1993).
- 2) Otro tipo de intervenciones orientadas a la acción son los programas de auto-regulación citados anteriormente. De hecho, estas aproximaciones de auto-regulación de la artrosis son la intervención psicosocial más extensamente difundida, que cumple los criterios establecidos por la Asociación Americana de Psicólogos para el tratamiento del dolor entre pacientes con artrosis (Compas et

al., 1998). Son grupos de intervención estructurados, dirigidos por personas no profesionales con enfermedades reumáticas que han sido previamente entrenadas. Estos programas combinan educación sobre la enfermedad con técnicas cognitivo conductuales y técnicas de prevención, y están asociados con resultados positivos en los aspectos psicológicos y otros aspectos relacionados con la enfermedad como la funcionalidad (Fries et al., 1997). Sin embargo, la ganancia en salud con este tipo de intervenciones se sitúa más a largo plazo, por ejemplo, más de 12 meses, especialmente en aquellas personas que continúan realizando las conductas de afrontamiento regularmente (Parker et al., 1995).

- 3) Las medidas de prevención. La limitación de los posibles factores de riesgo como son la obesidad, el fumar, el daño articular, y la ausencia de ejercicio tiene un importante efecto en la disminución del desarrollo de artrosis (Seed et al., 2009). La obesidad continúa siendo el factor de riesgo más importante para el desarrollo de artrosis. En un reciente estudio realizado por Niu et al. (2009) en pacientes con artrosis de rodilla, se observó un mayor riesgo de padecer artrosis en pacientes obesos y muy obesos que en aquellos que tenían un Índice de Masa Corporal (IMC) normal. En la línea de Niu, Wang et al. (2009) establecieron que se multiplicaba por tres o por cuatro el riesgo de ser sometido a cirugía de prótesis de cadera o rodilla asociado con un incremento del IMC y otros indicadores de obesidad. La prevención de recaída a los malos hábitos es también relevante en este tipo de enfermedades ya que los pacientes tienden a disminuir la práctica de los comportamientos cognitivo-conductuales a medida que los síntomas se van atenuando. Otros autores, proponen una serie de pautas para eludir este tipo de recaídas: identificar las situaciones de alto riesgo de

recaída, aprender a identificar los signos tempranos de recaída, ensayar más respuestas adaptativas a cada situación y proporcionar auto-recompensas por cada comportamiento efectivo en respuesta a las situaciones potenciales de recaída (Keefe y Van, 1993).

- 4) La terapia física y ocupacional. La terapia ocupacional ayuda a los pacientes a adaptarse a sus discapacidades y a minimizar el estrés relacionado con la articulación implicada durante la realización de actividades de la vida cotidiana (Beary III y Luggen, 2006). Como complemento a estas terapias se les proporciona a los pacientes dispositivos de asistencia que les permitan realizar más actividades y conservar su independencia funcional. Algunos de estos dispositivos incluyen bastones, muletas, andadores, corsés, collarines, plantillas para zapatos, etc. El bastón o el andador, que facilitan la estabilidad del paciente al incrementar la base de apoyo y disminuyen la carga sobre las articulaciones afectadas, han resultado ser efectivos para el manejo de la artrosis (Kirkley et al., 1999; Baker et al., 2007; Hinman et al., 2003). El Colegio Americano de Reumatología recomienda utilizar un bastón en el lado contrario a la articulación de rodilla afectada por la artrosis (American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guideline, 2000; Pendleton et al., 2000).

La terapia física forma parte integral del tratamiento efectivo para la artrosis. Las recomendaciones para las pautas de ejercicio siempre deberían ser individualizadas y centradas en cada paciente en particular. A su vez, estas pautas o tablas de ejercicios deberían ser iniciadas por médicos o profesionales entrenados (Roddy et al., 2005; Bennell y Hinman, 2005), no obstante los

ejercicios podrían realizarse en casa tras un mínimo entrenamiento del paciente (Thomas et al., 2002). Los programas de ejercicios han mostrado estar asociados a la reducción del dolor y a la mejora de la capacidad funcional, en pacientes con artrosis (Fisher et al., 1991; van Baar et al., 1998). Este tipo de terapias son especialmente útiles para aquellos individuos que no se benefician de los programas de ejercicio en casa o para aquellos en los que precisan de una mayor instrucción (Seed et al., 2009). En un estudio realizado por Deyle et al. (2000) con pacientes aquejados de artrosis de rodilla, se obtuvieron mejores resultados en dolor, rigidez y limitación de la capacidad funcional en aquellos sujetos que habían recibido terapia manual de rodilla que en aquellos individuos del grupo control que habían recibido terapia con ultrasonidos.

Estas estrategias cognitivo-conductuales a menudo abogan por la integración de los miembros de la familia (Martire, 2005). La base de esta implicación de los miembros de la familia proviene del modelo biopsicosocial de salud y enfermedad (Engel, 1977). Desde este modelo se postulaba que la familia, a través de la comunicación y de las actitudes, a menudo tiene un impacto importante en el bienestar psicológico del paciente, en la decisión de seguir las recomendaciones para el tratamiento médico, y la habilidad de iniciar y mantener los cambios en la dietas y el ejercicio (Burg y Seeman, 1994).

En un estudio realizado por Cronan et al. (1989) se observó que el 84% de los pacientes con enfermedades reumáticas utilizaban remedios no convencionales a los 6 meses. Algunas de estas técnicas alternativas constituyen estrategias de tratamiento aceptables para la artrosis, como la acupuntura, que ha probado reducir el dolor y estar asociada a una mejora funcional (Birch et al., 1996; Vas et al., 2004). Los ultrasonidos

terapéuticos, en cambio, no han demostrado ser más efectivos que el placebo pasados 3 meses (Welch et al., 2001). En Europa a menudo se prescribe la terapia de balneario para el tratamiento de artrosis de rodilla, en Francia por ejemplo está cubierta por la seguridad social. Un reciente estudio llevado a cabo por Forestier et al. (2009) demostró que un curso intensivo de terapia de balneario junto con un programa de ejercicio en casa y el tratamiento tradicional para artrosis de rodilla aportaba más beneficios a medio plazo que los programas que únicamente utilizaban el ejercicio en casa y el tratamiento tradicional. Sin embargo este tratamiento no figura entre los tratamientos recomendados por la liga europea contra las enfermedades reumáticas (EULAR) (Jordan et al., 2003; Zhang et al., 2008). También cabría considerar otras terapias como las aplicaciones de frío y calor, la manipulación y el estiramiento, especialmente en el caso de artrosis de cadera, la estimulación eléctrica, etc.(Conaghan et al., 2008).

### *Tratamiento farmacológico*

Antes de iniciar un tratamiento farmacológico, hay que considerar sus riesgos y beneficios, especialmente en ancianos y en personas que presentan comorbilidades. Generalmente se les administra algún analgésico, como es el caso del acetaminofeno, eficaz para el dolor de intensidad media asociado a la artrosis (Towheed et al., 2006). Son fármacos que pueden ser de uso oral (acetaminofeno) o tópico (crema capsaicina) que no precisan receta médica y proporcionan una importante reducción del dolor relacionado con la artrosis (Lin, 2008). Pudiendo llegar incluso a reducir el tiempo

requerido para caminar 50 pasos en pacientes con artrosis, como sucedió en un ensayo clínico realizado por Bradley et al. (1991).

Los anti-inflamatorios no esteroides (AINEs) se utilizan para tratar el dolor y la inflamación, suelen dar mejores resultados que el acetaminofeno, pero presentan más efectos secundarios y por eso como primer tratamiento farmacológico se suele indicar acetaminofeno. Además se suele limitar la utilización de AINEs por sus serios efectos adversos como su alta toxicidad renal y gastrointestinal (Bjordal et al., 2004; Towheed et al., 2006).

Los efectos adversos de los analgésicos narcóticos, opioides como la codeína y la oxicodona, presentan una alta incidencia y por ello deberían utilizarse sólo en el caso de que el resto de métodos tradicionales para el tratamiento del dolor producido por la artrosis hayan resultado ser ineficaces, e incluso en ese caso, deberían administrarse a dosis bajas, especialmente en ancianos (Nuesch et al., 2009; Goodwin et al., 2009). Además, para optimizar los resultados deberían administrarse junto con terapias no farmacológicas y utilizarse sólo a corto plazo (Seed et al., 2009).

Las inyecciones de corticoesteroides se utilizan cuando los pacientes presentan inflamación grave localizada. En este caso han demostrado ser una opción, no quirúrgica, efectiva (Neustadt, 1992; Schumacher y Chen, 2005). Para reducir el riesgo de infección, el Colegio Americano de Reumatólogos recomienda que sean administradas por un médico especialista. La eficacia de estas inyecciones en otras áreas diferentes a la articulación de rodilla son aún cuestionables (Seed et al., 2009).

Por último el tratamiento con glucosamina y condroitín sulfato, sustancias generadas naturalmente por el organismo y que intervienen en la reparación y mantenimiento del cartílago normal, proporciona una mejora moderada en los síntomas

de artrosis (Huskisson, 2008; Dudics et al., 2009; Fox y Stephens, 2009; Lee et al., 2010).

Por lo tanto, las intervenciones farmacológicas se centran en controlar los síntomas y no influyen en los procesos subyacentes. Además, a esto habría que añadir los efectos secundarios producidos por la toma de fármacos a largo plazo, como es el caso de los anti-inflamatorios que podrían ocasionar, como hemos mencionado anteriormente, toxicidad renal y gastrointestinal entre sus muchos efectos secundarios (Huyser y Parker, 2002).

### *Intervención quirúrgica*

Como último recurso de tratamiento no farmacológico de la artrosis se encuentra la cirugía. La intervención quirúrgica no debería indicarse rutinariamente para el tratamiento de la artrosis, tan sólo en el caso de pacientes con un dolor intratable y una importante limitación funcional que no han mejorado después de otros tratamientos más conservadores y que no son candidatos para otros procedimientos como la artroscopia (Ethgen et al., 2004a). Sin embargo, los criterios de derivación no están claros ya que aún no hay un consenso acerca de qué pacientes es más probable que se beneficien del tratamiento quirúrgico (Kane et al., 2005). En un intento por enfatizar la importancia del establecimiento de estos criterios, Quintana et al. (2006) realizaron un estudio acerca del “*uso apropiado*” de la cirugía protésica de pacientes con artrosis de cadera o rodilla, entendiendo como procedimiento apropiado aquel en el que “*los beneficios esperados de salud superan a las consecuencias negativas esperadas por un margen suficientemente amplio para que merezca la pena realizar el*

*procedimiento, independientemente del coste”* (Brook et al., 1986). Estos autores, hallaron, que los pacientes que reunían los criterios de uso apropiado, detallados en el artículo, obtenían mejores resultados en calidad de vida relacionada con la salud que los pacientes con criterios de uso inapropiado o incierto.

Este tipo de cirugía de cadera o rodilla, son intervenciones efectivas que mejoran la calidad de vida relacionada con la salud, reduce el dolor y aumentan la capacidad funcional de los pacientes con artrosis de cadera o rodilla (Jones et al., 2007; Escobar et al., 2009). El impacto de la prótesis total de cadera o rodilla en la calidad de vida relacionada con la salud de estos pacientes, ha sido evaluado en relación a factores (Ethgen et al., 2004a) como los beneficios económicos (Taylor, 1976), cambios en el nivel de dolor, en la movilidad, en las actividades de la vida diaria (Wilcock, 1978; Visuri y Honkanen, 1978), incapacidad laboral (Nevitt et al., 1984) , solicitudes de baja (Hertzman et al., 1988), etc.

Tras describir los principales tratamientos, tanto farmacológicos como no farmacológicos, para la artrosis, queda patente la importancia y efectividad de tratar esta enfermedad desde enfoques multidisciplinarios abordando así cada una de las dimensiones del paciente que se ven afectadas.

## **CAPÍTULO 4: DEPRESIÓN Y ANSIEDAD**

---

## **IV. CAPÍTULO 4: DEPRESIÓN Y ANSIEDAD**

### **4.1 Concepto y definición.**

Ambos conceptos, ansiedad y depresión, suelen aparecer conjuntamente en la literatura (Barlow y Campbell, 2000) y por ello, se hace especialmente difícil discriminar su conceptualización. Sin embargo, algunos autores han hecho esfuerzos por clarificar y diferenciar ambos conceptos. Así, Agudelo et al. (2007) señalan que la depresión se caracteriza por un elevado afecto negativo y un bajo afecto positivo, mientras que la ansiedad podría estar definida por un elevado afecto negativo junto con una elevada activación fisiológica.

En la misma línea, Dornelas (2008) expone cómo la ansiedad frecuentemente aparece descrita en términos de emociones negativas como nerviosismo y preocupación, junto a características fisiológicas como pueden ser aumento de la presión sanguínea, aceleración del ritmo cardiaco, náuseas, vértigo, etc. Según señala este autor, la definición de la ansiedad al igual que la de la depresión, varía dependiendo del tipo de estudio en el que vayan a analizarse. De este modo, la ansiedad ha sido conceptualizada como un rasgo estable de personalidad, un síntoma derivado de una provocación y un trastorno psiquiátrico. En este estudio haremos referencia a la ansiedad como síntoma de malestar derivado de la enfermedad reumática.

Como hemos señalado, generalmente la ansiedad y la depresión coexisten (Barlow y Campbell, 2000), de este modo es difícil evaluarlos por separado. Sin embargo, existen estudios como el llevado a cabo por Smith y Zautra (2008) en pacientes con dolor crónico, donde evaluaron los efectos de la ansiedad y depresión

sobre el dolor crónico, y observaron que los efectos de la ansiedad eran significativamente mayores que los de la depresión.

La prevalencia de estos estados afectivos es elevada (de Beurs et al., 2000; Kessler et al., 2003; Sale et al., 2008). La depresión es el trastorno mental con mayor prevalencia que afecta aproximadamente al 10% de los pacientes de atención primaria (Ormel et al., 1994; Kessler et al., 2003). Rosemann et al., observaron que el 19 % de 1021 pacientes de asistencia primaria con artrosis presentaban depresión de moderada a severa (Rosemann et al., 2007a). Más concretamente, el afecto depresivo es tres veces más probable entre individuos con artrosis que entre individuos sin artrosis (Maisiak, 1990). En estudios poblacionales se ha observado cómo los síntomas de ansiedad son comunes en adultos mayores, llegando a afectar a más del 26% de personas mayores de 65 años (Forsell y Henderson, 1998; Beekman et al., 1998; de Beurs et al., 2000).

Además, la depresión y la ansiedad, han demostrado estar asociadas con enfermedades músculo-esqueléticas, y más concretamente, con la artrosis (Summers et al., 1988; Badley, 1995; Wolfe, 1999; Zautra y Smith, 2001; Lin, 2008). Ozcetin et al. (2007) demostraron que la calidad de vida relacionada con la salud es más baja en pacientes con artrosis cuyos niveles de ansiedad y depresión son altos.

Centrándonos en la tercera edad, la prevalencia de sintomatología depresiva en ancianos con enfermedades reumáticas ya en la década de los 90 era alta, oscilando de un 15% a un 33% (Maisiak, 1990; DeVellis, 1995; Pincus et al., 1996; Blixen y Kippes, 1999). Recientemente, en un estudio realizado en Reino Unido con 428 pacientes de asistencia primaria que presentaban dolor músculo-esquelético, se observó que el 35.5% de los pacientes presentaban síntomas de depresión (Mallen y Peat, 2008). La sintomatología depresiva ha demostrado incluso estar relacionada con los resultados

quirúrgicos, ya que como observó Brander et al. (2003) la depresión pre-quirúrgica también parece estar vinculada a la mayor parte de los casos de dolor crónico tras una intervención de prótesis de rodilla.

La artrosis como hemos visto, también está asociada con la ansiedad y por consiguiente, reduce la calidad de vida relacionada con la salud del paciente (Montin et al., 2007). Una lesión grave o el dolor, provocan ansiedad y evitación del movimiento como respuesta normal, que podría darse como resultado de un mecanismo de protección del organismo, en este caso la cadera o la rodilla, y reducir así las posibilidades de futuras lesiones (Creamer et al., 2000). Sin embargo, el énfasis en los estudios ha estado principalmente en la sintomatología depresiva, mientras que la ansiedad ha quedado relegada a un segundo plano a pesar del elevado nivel de ansiedad que presentan los individuos con enfermedades reumáticas (Newman y Mulligan, 2000).

Actualmente los reumatólogos son más conscientes de la importancia de las alteraciones del estado de ánimo en los resultados de salud de enfermedades reumáticas como hemos podido observar dada la amplitud de estudios que analizan esta asociación (Creamer et al., 2000; Brander et al., 2003; Montin et al., 2007; Ozcetin et al., 2007; Lin, 2008). De ahí la trascendencia de los tratamientos multidisciplinarios y el consecuente enfoque biopsicosocial.

#### **4.2 Síntomas de la ansiedad y depresión**

La sintomatología de las variables psicológicas de la ansiedad y la depresión se suelen dar conjuntamente, pudiendo llegar ambas variables a interaccionar entre sí

produciendo un mayor efecto en la función física de los pacientes (Barlow y Campbell, 2000; Scopaz et al., 2009).

En 1983, McKeegney et al. exponían cómo la mayoría de trastornos que habían sido diagnosticados como depresiones con anterioridad a la creación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III y más tarde DSM-IV-TR), pasaron a ser considerados trastornos adaptativos (McKeegney et al., 1983). Así, los síntomas depresivos asociados a los enfermos somáticos eran diferentes de los de los pacientes psiquiátricos y por consiguiente precisaban de un tratamiento diferente.

A la hora de identificar los síntomas depresivos de tipo físico como pueden ser la fatiga, falta de energía, insomnio, agitación, etc., que aparecen en este tipo de pacientes, se hace especialmente complicado diferenciar si estos síntomas derivan del estado depresivo o de la propia enfermedad física. Consecuentemente, nos centraremos en los síntomas psíquicos de la depresión que presentan los pacientes con enfermedades crónicas como pueden ser las músculo-esqueléticas.

Así, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, los síntomas de tipo psíquico que acompañan a la depresión son la tristeza persistente, los sentimientos de impotencia, de desesperanza o inutilidad, pesimismo e irritabilidad. Las personas con sintomatología depresiva a su vez, pierden el interés por las actividades de la vida diaria o por sus aficiones (National Institute of Mental Health, 2008).

En un reciente trabajo de Leeuw et al. (2007), asociaron la sintomatología ansiosa con la reacción de miedo. Describían que la ansiedad era similar al miedo en que es una reacción emocional asociada al aumento del estado de activación, sin embargo la ansiedad estaba más asociada con la anticipación de una situación que se

percibe como amenazadora. De este modo, la ansiedad desencadenaría toda una serie de conductas de prevención como la evitación de situaciones que el sujeto percibe como amenazantes. Por lo tanto, estos sujetos serían hipervigilantes, y acostumbrarían a analizar el entorno en busca de posibles amenazas.

Para identificar la ansiedad derivada de un trastorno orgánico como es el caso de la artrosis, Dornelas (2008), como hemos mencionado anteriormente, recoge una descripción de la sintomatología de la ansiedad agrupada en dos categorías: emociones negativas y características fisiológicas. Las emociones negativas eran el nerviosismo y la preocupación, y los síntomas fisiológicos enumerados fueron el aumento de la presión sanguínea, aceleración del ritmo cardiaco, sudoración, sequedad de boca, náuseas, vértigo, problemas de respiración, agitación, temblores y sentimientos de debilidad.

### 4.3 Tipos de ansiedad y depresión

Una de las primeras clasificaciones sobre los tipos de ansiedad, fue la realizada por Vallejo (2006) donde se distinguía entre 5 tipos de ansiedad (esquema 12):

#### Esquema 12: Tipos de ansiedad citado en Vallejo (2006)

- Normal - Patológica
- Primaria - Secundaria
- Nuclear - Reactiva
- Estado - Rasgo
- Endógena - Exógena

1. “*Normal o patológica*”. La ansiedad normal es la que acompaña al individuo a lo largo de las diferentes etapas del crecimiento, de cambio, de separación, etc. Se

entiende por ansiedad patológica aquella que desadapta al sujeto y le aporta sufrimiento.

2. “*Primaria o secundaria*”. La primaria como su nombre indica, no deriva de otra enfermedad psíquica u orgánica subyacente. Al contrario que ocurre con la secundaria que suele cohabitar con otras enfermedades primarias.
3. “*Nuclear o Reactiva*”. La ansiedad reactiva constituye una acción neurótica de angustia, y la nuclear que corresponde a trastornos de angustia como crisis de angustia y ansiedad generalizada.
4. “*Estado o Rasgo*”. Al describir la ansiedad como estado nos referimos a las situaciones actuales patológicas, en cambio como rasgo, hacemos referencia a un patrón dentro de la personalidad del individuo en el que repite fenómenos ansiosos.
5. “*Exógena o Endógena*”. La primera es aquella relacionada con causas externas, mientras que la segunda responde a fenómenos internos.

En el caso de la depresión, Vallejo (2006) realiza una clasificación similar dividiendo la depresión principalmente en “*Exógena o Endógena*”, aludiendo a la localización (externa o interna) del estímulo que desencadena depresión.

Sin embargo estas clasificaciones han quedado relegadas a un segundo plano ante la creación de manuales diagnósticos como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1995) o el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000a). Este último manual hace una clasificación (esquema 13) más actual de los principales trastornos de ansiedad:

**Esquema 13:** Tipos de ansiedad citado en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000a)

- Trastorno de Angustia sin Agorafobia
- Trastorno de Angustia con Agorafobia
- Agorafobia sin Historia de Trastorno de Angustia
- Fobias Específicas
- Fobia Social
- Trastorno Obsesivo-Compulsivo
- Trastorno por Estrés Postraumático
- Trastorno por Estrés Agudo
- Trastorno por Ansiedad Generalizada
- Trastorno de Ansiedad debida a una Enfermedad Médica General
- Trastorno de Ansiedad inducido por sustancias
- Trastorno de Ansiedad No Especificado

Con respecto a la clasificación del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000a) dentro de los trastornos de estado de ánimo, podemos encontrar los diferentes tipos de trastornos depresivos:

**Esquema 14:** Tipos de depresión citado en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000a)

- Trastorno depresivo mayor, episodio único
- Trastorno depresivo mayor, recidivante
- Trastorno distímico
- Trastorno depresivo no especificado

Pese a que se han descrito brevemente las clasificaciones de los principales trastornos de ansiedad y depresión, en el presente trabajo no se analiza la ansiedad y depresión como trastornos, sino que se estudia la sintomatología ansiosa y depresiva que acompaña a los pacientes afectados por la artrosis.

#### **4.4 Causas de la ansiedad y depresión**

La ansiedad y la depresión presentan una alta prevalencia en la tercera edad y a menudo, aparecen asociadas a otras enfermedades reduciendo la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes afectados (de Beurs et al., 1999; Charney et al., 2003; Vink et al., 2008).

Los individuos con enfermedades músculo-esqueléticas, especialmente si muestran síntomas de depresión, presentan altos niveles de ansiedad. Niveles, que generalmente superan a los del grupo normativo con edades equivalentes (VanDyke et al., 2004). La artrosis puede afectar significativamente al bienestar psicológico del paciente (Smith y Zautra, 2008). Además, se ha visto que hay una fuerte relación entre la enfermedad física y la depresión y ansiedad (Clarke y Currie, 2009). Otros autores como Penninx et al.(1996) sugirieron incluso que los pacientes con enfermedades reumáticas tenían un mayor riesgo de depresión que los pacientes con otras enfermedades crónicas.

En la literatura encontramos bastantes trabajos acerca de los factores de riesgo de la depresión (Cole y Dendukuri, 2003; Djernes, 2006), sin embargo se presta una atención relativamente limitada a los factores de riesgo de la ansiedad en la tercera edad (Vink et al., 2008). La ansiedad y la depresión, a menudo comparten factores de riesgo comunes, sin embargo aquí analizaremos sus predictores independientemente (Kendler et al., 1987; Andrews et al., 1990; Brown et al., 1996; Beekman et al., 2000).

##### *Causas de depresión*

El dolor y la limitación de la capacidad funcional se sabe que están íntimamente relacionados con el malestar emocional, especialmente con la depresión, a lo largo de la

vida (Bruce, 2000; Parmelee et al., 2007). Estudios recientes confirman la relación entre dolor, malestar y depresión en la artrosis (Sherman, 2003; Ozcetin et al., 2007; Rosemann et al., 2007b; Lin, 2008; Sale et al., 2008). Rosemann et al. (2007a) encontraron que el mayor predictor de sintomatología depresiva en pacientes con artrosis era el dolor percibido.

Parmelee et al. (2007) añaden, que el dolor está en la base de toda limitación funcional en la artrosis, e hipotetizaron que por lo tanto el dolor era un factor desencadenante de malestar emocional y depresión en estos pacientes. A su vez, la limitación de la funcionalidad en la realización de las tareas cotidianas a la que se ven sometidos los pacientes con artrosis es otro importante factor desencadenante de sintomatología depresiva, ya que puede originar dificultades diarias, malestar y en último término también depresión (Tsai, 2005).

Estos hallazgos van en la línea de los descubrimientos de Rovner y Casten (2002) en otra patología reumática, que observaron que la pérdida del desempeño de actividades relevantes para el individuo ocasionadas por la enfermedad estaba asociada con sintomatología depresiva.

La falta de apoyo social y aislamiento social han demostrado estar asociados con malestar psicológico (Sherman, 2003; Tak y Laffrey, 2003; Tsai, 2005; Rosemann et al., 2007a). Otros autores añaden como predictores de sintomatología depresiva, a la edad, el índice de masa corporal (Rosemann et al., 2007a), el sexo (Djernes, 2006), la educación (Parmelee et al., 2007) y las dificultades financieras (Mendes de Leon et al., 1994; Mirowsky y Ross, 2001; Tsai, 2005). En una reciente revisión de los principales estudios relacionados con los factores de riesgo de ansiedad y depresión, Vink et al. (2008) incorporan factores como el mal estado de la salud, la baja auto-percepción de la

salud, el malestar, algunos hábitos, ciertos rasgos de personalidad, los estilos de afrontamiento disfuncionales, la imagen negativa de sí mismo, las redes sociales (cantidad y calidad) y las situaciones estresantes entre otros.

### *Causas de ansiedad*

En la tercera edad, los problemas de ansiedad pueden aumentar en respuesta a estresores de esa etapa de vida como pueden ser las preocupaciones financieras o la enfermedad física crónica. Además, se tiende a minimizar los problemas psicológicos a favor de los problemas físicos. En ocasiones, los médicos pueden incluso llegar a malos diagnósticos al malinterpretar síntomas de enfermedades físicas como signos de ansiedad (Calleo y Stanley, 2008).

Importantes factores desencadenantes de sintomatología ansiosa, como ocurría en el caso de la depresión, han demostrado ser el dolor y la limitación de la capacidad funcional (Salaffi et al., 1991; McWilliams et al., 2003; McWilliams et al., 2004; Smith y Zautra, 2008). El deterioro de la salud física aquí también representa un factor de riesgo destacado en la tercera edad (van Ojen et al., 1995; Beekman et al., 2000). Otros desencadenantes de ansiedad, citados también como causas de depresión, son el deterioro cognitivo, baja salud auto-percibida, algunos rasgos de personalidad, estilos de afrontamiento disfuncionales y algunas enfermedades crónicas (Vink et al., 2008).

Así, algunas enfermedades orgánicas como el hipertiroidismo o la hipoglucemia, pueden causar directamente ansiedad (Gulseren et al., 2006; Boyle y Zrebiec, 2007). Sin embargo, en otras ocasiones, la ansiedad surge como reacción a la enfermedad orgánica como es el caso de las enfermedades reumáticas. No obstante,

según Creed (1988) uno de los mejores predictores de la posible aparición de sintomatología ansiosa, era la existencia de una predisposición personal a padecerlo.

Dada la diversidad de causas biológicas, psicológicas, sociales y ambientales que intervienen en el desencadenamiento de la sintomatología ansiosa y depresiva, es necesario un abordaje integral.

#### **4.5 Tratamiento de la ansiedad y depresión.**

En cualquier tratamiento de alteraciones psicológicas asociadas a enfermedades orgánicas es necesario un abordaje integral como parte del manejo terapéutico del paciente. Para realizar un tratamiento integral del paciente, Memel et al. (2000) señalan que es necesario que el profesional de la salud sea consciente de los aspectos relevantes de la vida del paciente para proporcionar una alta calidad asistencial. En el caso de los pacientes con artrosis, el papel del médico es particularmente importante debido a que generalmente es el único profesional de la salud implicado, sin embargo, como observaron Memel et al., este tipo de sintomatología psicológica en pacientes con artrosis, suele pasar desapercibida por el médico.

En las pasadas décadas, debido a la orientación teórica del modelo biomédico, imperaba la tendencia de tratar en primer lugar la enfermedad orgánica, de la que derivaba la sintomatología ansiosa y depresiva, relegando a un segundo plano las alteraciones psicológicas. Trabajos más recientes demuestran que aún se conserva esta metodología de trabajo, así, Harman et al. (2005) hallaron que cuando la depresión se presenta junto con una enfermedad crónica como es el caso de la artrosis, tan sólo el 34% de los pacientes reciben un adecuado tratamiento para la depresión. Actualmente se empieza a hacer mayor énfasis en los tratamientos conjuntos e integrales ya que

parecen ser más efectivos que los tratamientos estándar (Unutzer et al., 2002; Lin et al., 2003; Kroenke et al., 2007; Unutzer et al., 2008).

A pesar de que la ansiedad y la depresión pueden ser tratadas en la tercera edad, generalmente no lo suelen hacer en la asistencia primaria (Volkers et al., 2004). Sin embargo, su detección y tratamiento precoz, ayuda a que se reduzcan los síntomas, a mejorar la calidad de vida relacionada con la salud y a prevenir un pronóstico desfavorable (Vink et al., 2008).

Hoy en día, hay cierta polémica acerca de causalidad de la sintomatología depresiva y ansiosa, y la enfermedad orgánica. Se ha comprobado ampliamente en la literatura que ambas están relacionadas, sin embargo, no queda claro cual precede a cual (Croft et al., 1996; Goldenberg, 2008). Como señalaba Croft (1996) “... *la unión entre dolor y malestar psicológico nunca puede ser claramente incluida en un proceso lineal de causa y efecto*”.

Esta relación entre alteraciones psicológicas y las enfermedades músculo-esqueléticas ha sido recogida en una reciente revisión realizada por Lin (2008) sobre ancianos con artrosis. En ella, se describía cómo mediante una intervención focalizada en la sintomatología depresiva, no sólo se conseguía disminuir estos síntomas sino también mejorar otras variables asociadas a la artrosis como el dolor y la limitación en la realización de las actividades cotidianas producida por la enfermedad.

Dado que el dolor ha mostrado ser un significativo factor desencadenante tanto de sintomatología ansiosa como depresiva, autores como Axford et al. (2008) demostraron que el tratamiento del dolor junto con el de la depresión ha resultado ser un tratamiento exitoso para la artrosis de rodilla.

En esta línea, Goldenberg (2008) señala cómo todo primer encuentro con un paciente con una enfermedad reumática crónica, debería incluir una evaluación de las alteraciones psicológicas, particularmente de la depresión.

Las terapias farmacológicas y no farmacológicas han probado reducir significativamente los síntomas de depresión, ansiedad (VanDyke et al., 2004; Ozcetin et al., 2007; Hill et al., 2007) y de la artrosis (Schulberg et al., 1998; Dieppe y Lohmander, 2005; Schnitzer, 2006; Lin, 2008).

#### *Tratamiento farmacológico*

Los principales psicofármacos que se utilizan en el manejo de alteraciones emocionales, como la ansiedad y la depresión son los antidepresivos y los ansiolíticos (benzodiacepinas).

El tratamiento farmacológico con antidepresivos, es beneficioso tanto para los síntomas de ansiedad como para los de depresión en la mayoría de pacientes con enfermedades físicas (Tollefson et al., 1994; Davidson et al., 2002; Lepola et al., 2003).

Entre los antidepresivos más utilizados encontramos a los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). La elección del antidepresivo depende de varios factores, incluida la historia, respuestas previas del individuo a la medicación si las hay, familiaridad del médico, y el coste y efectos secundarios de la droga (Cameron, 2010).

Los ISRS están considerados como un tratamiento de primera línea para los trastornos depresivos en adultos debido a su tolerancia, su facilidad de utilización y su seguridad en general, especialmente en sobredosis (Solai et al., 2001). Sin embargo,

algunos estudios han sugerido que los ISRS podrían tener efectos esqueléticos adversos en ancianos (Haney et al., 2007; Diem et al., 2007; Richards et al., 2007).

Los antidepresivos tricíclicos, aunque ya no se consideran agentes de primera ni de segunda línea para el tratamiento de la depresión en ningún grupo de edad, se suelen utilizar ante el fracaso de otros tratamientos farmacológicos. Varios estudios han sugerido la mayor eficacia de estos fármacos en ancianos con ciertos tipos de depresión y son los únicos que parecen reducir el riesgo de recaída tras la terapia electroconvulsiva (Flint et al., 1998; Mittmann et al., 1999; Sackeim et al., 2001). A pesar de ello, los antidepresivos tricíclicos se deberían utilizar con precaución en ancianos y en pacientes con problemas cardíacos (Espinoza y Unützer, 2010).

Con respecto al tercer gran grupo de fármacos antidepresivos, los IMAOS, son raramente utilizados debido a sus severos efectos secundarios, excepto en el caso de que hayan sido previamente utilizados y tolerados, o en el caso de pacientes resistentes al tratamiento con otros antidepresivos (Espinoza y Unützer, 2010). Algunos estudios han probado que este grupo de fármacos, son los más eficaces en el tratamiento de estados mixtos de depresión y ansiedad, sin embargo hay trabajos limitados acerca de su utilización en ancianos a pesar de que han demostrado sorprendentemente buena tolerancia en este tipo de pacientes (Georgotas et al, 1986).

Existe cierta controversia en el uso de las benzodiazepinas para el tratamiento de los síntomas de ansiedad. Las benzodiazepinas producen tolerancia farmacológica para algunos de sus efectos en la mayoría de los individuos que las utilizan regularmente, además algunos sujetos desarrollan dependencia psicológica y problemas de adicción. En ancianos, pueden llegar a reducir el nivel de conciencia produciendo cuadros confusionales. A pesar de ello, en contraposición a otros fármacos ansiolíticos,

las benzodiacepinas son de efecto rápido y sus resultados se perciben con cada dosis. Además, han demostrado ser efectivas para el tratamiento de la ansiedad con o sin presencia de depresión (Cameron, 2010).

Otros fármacos también utilizados en el tratamiento de la depresión y la ansiedad han sido los antipsicóticos, los estabilizadores del humor y los psicoestimulantes. Los antipsicóticos se han recomendado principalmente para el tratamiento de tipos específicos de depresión, como la depresión psicótica, acompañados de antidepresivos (American Psychiatric Association, 2000b). Para aquellos pacientes con cambios de humor y fuerte historia familiar de trastorno bipolar es imprescindible el tratamiento con estabilizadores del humor como es el caso del litio (Katon y Ciechanowski, 2010). Los psicoestimulantes mejoran la atención, la concentración y la representación general en las pruebas neurológicas en los pacientes con enfermedades físicas. Además, los psicoestimulantes, ayudan a los pacientes crónicos a sentirse con la energía suficiente para afrontar su rehabilitación (Passik y Kirsh, 2010).

La medicación antidepresiva muestra efectos no sólo antidepresivos, sino también analgésicos (Fishbain, 2000; Salerno et al., 2002). Especialmente los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de recaptación de serotonina, se ha demostrado que disminuyen el dolor músculo-esquelético (Kroenke et al., 2006; Perrot et al., 2006; Raskin et al., 2007; Lin, 2008).

### *Tratamiento no farmacológico*

A continuación se detallan los principales tratamientos no farmacológicos utilizados para el manejo de la ansiedad y la depresión:

- Psicoterapia de apoyo. Los grupos de apoyo suelen acompañar a otras intervenciones y son especialmente relevantes para este tipo de pacientes crónicos y para sus familiares. Consiste en prestar ayuda al paciente para continuar con el tratamiento sin la ayuda del profesional. Son terapias muy efectivas para orientar al paciente en el afrontamiento de la enfermedad. Además ofrecen un espacio al paciente donde poder hablar sobre su enfermedad, tratamiento, complicaciones, etc.
- Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). Esta terapia combina principios de la terapia cognitiva y de la terapia conductual. Así, es una terapia estructurada, dirigida a una meta y centrada en el problema que se centra simultáneamente en el entorno, en la conducta y en la cognición (Beck, 2006).

La TCC ha demostrado ser una técnica efectiva para el tratamiento de la depresión en pacientes con enfermedades orgánicas (Robinson et al., 1990). Desarrollada por Beck et al. (1979) para el manejo de la depresión, ayuda al paciente a reestructurar sus esquemas cognitivos al mismo tiempo que se le enseñan nuevas conductas y hábitos que permitan un mejor afrontamiento de la enfermedad. Así, una “auto-regulación” por parte del paciente es necesaria para obtener los mejores resultados (Von et al., 1997; Lorig et al., 2001).

Los programas de auto-regulación y de educación también han resultado efectivos en la mejora de la salud mental del individuo con artrosis (Lorig et al., 1987; Lorig et al., 1993; Superio-Cabuslay et al., 1996; Bodenheimer et al., 2002).

Las técnicas de relajación también han resultado ser muy útiles para reducir la ansiedad en pacientes crónicos. En esta línea, Dornelas (2008)

hipotetiza en pacientes crónicos, que la respuesta de relajación podría ser psicológicamente opuesta a la respuesta de estrés. Las principales técnicas de relajación son las técnicas de respiración, la meditación, la visualización, la relajación progresiva de los músculos, etc. y pueden ser muy efectivas para aliviar un episodio ansioso (Passik y Kirsh, 2010).

- Blumenthal et al. (2007) añaden la actividad física para el tratamiento de la ansiedad y la depresión. Al igual que ocurría con el tratamiento de la artrosis, la actividad física también es un componente importante del tratamiento para este tipo de problemas psicológicos. Aunque estos programas de ejercicios parece que funcionan mejor en sesiones grupales que cuando son auto-administrados en casa (McCarthy et al., 2001; Ravaud et al., 2004), enfatizando una vez más como el apoyo psicológico podría jugar un papel importante en el manejo de la artrosis (Axford et al., 2008).
- Terapia electroconvulsiva (TEC). La TEC, continúa siendo una opción de tratamiento importante y viable en ancianos. Se utiliza en aquellos pacientes que no han respondido adecuadamente a los antidepresivos y en pacientes con otro trastorno psiquiátrico resistente junto con su tratamiento oportuno (Tew et al., 1999; Brodaty et al, 2000; O'Connor et al., 2001; van der Wurff et al., 2003; Husain et al., 2004;)

### *Tratamiento integrador*

Son pocos los estudios que evalúan los efectos a largo plazo de los programas en los que se integran el tratamiento de la artrosis junto con sesiones de psicoterapia y

antidepresivos, a pesar de los buenos resultados obtenidos (Unutzer et al., 2002; Lin et al., 2003; Lin, 2008). Así, la mayoría de los estudios en los que se combinan ambos tratamientos han encontrado que la unión de intervenciones farmacológicas y no-farmacológicas es más efectiva que la utilización de una sola de ellas (Cameron, 2010).

Siguiendo el esquema propuesto por Lin (2008), hay 5 elementos clave a tener en cuenta en este tipo de intervenciones integradoras que son:

- 1) Evaluación del dolor y de la depresión al principio y al final del tratamiento,
- 2) Mejorar la auto-regulación del paciente a través de la educación, la activación conductual y el ejercicio,
- 3) Farmacoterapia efectiva de antidepresivos y analgésicos,
- 4) Visitas de seguimiento para mejorar la adherencia a la medicación y a los planes de actividad,
- 5) Todo ello desde una “*aproximación de asistencia ascendente*” como la denomina Lin, es decir, que aumente progresivamente la intensidad del tratamiento para obtener los mejores resultados funcionales, del dolor y la depresión.

#### **4.6 Cuestionarios de ansiedad y depresión.**

La elección del cuestionario a utilizar depende en gran medida del tipo de ansiedad o depresión que se desee evaluar. Por ejemplo, la ansiedad puede evaluarse como un “*rasgo*” de personalidad, o como un “*estado*” resultado de condiciones externas. En el presente estudio, interesa evaluar la ansiedad como estado, es decir, como un síntoma derivado de una enfermedad específica. Identificar la sintomatología

depresiva que acompaña a algunas enfermedades reumáticas también es importante para mejorar su manejo (Sheehy et al., 2006). Aunque están disponibles una gran variedad de instrumentos de medición para la depresión, analizamos los más utilizados para evaluar la sintomatología depresiva en pacientes con enfermedades reumáticas. Así, los cuestionarios de ansiedad y depresión que más aparecen en los trabajos revisados en pacientes con artrosis son:

#### *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)*

El STAI (State-Trait Anxiety Inventory) fue elaborado por Spielberger et al. (1970) para estudiar dos tipos de ansiedad: “*estado*” y “*rasgo*”. Por lo tanto, consta de dos sub-escalas compuestas por 20 enunciados cada una. En la primera sub-escala se evalúa la ansiedad como “*rasgo*” y analiza la tendencia por parte de los pacientes a percibir las situaciones como amenazadoras, en cambio en la segunda se evalúa como “*estado*”, y conceptualiza la ansiedad como un estado o condición emocional transitoria del individuo. Ha sido ampliamente utilizado para analizar la sintomatología ansiosa en pacientes con artrosis (VanDyke et al., 2004; Gur et al., 2006; Lovisi Neto et al., 2009). Sin embargo, ha sido criticado por no ser capaz de discriminar entre síntomas de ansiedad y depresión (Bieling et al., 1998; Caci et al., 2003).

#### *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)*

La HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) fue desarrollada por Zigmond y Sanith (1983) para su uso en hospitales. Consta de dos escalas, una de ansiedad y otra de depresión, cada una de cuales está compuesta por 7 ítems. Fue creada para ser utilizada en pacientes con edades comprendidas entre los 16 y los 65 años, y sus autores recomiendan una mayor investigación para validar su uso en

ancianos (Tang et al., 2007). Esto es debido a que el HADS se centra en la anhedonia (disminución de la capacidad para experimentar placer) y las personas de 65 años o mayores es menos probable que presenten anhedonia comparado con personas más jóvenes (Gallo et al., 1994; Smith, Jr. et al., 2002; Smith et al., 2002; Tang et al., 2007). Esta escala ha sido aplicada en pacientes con artrosis (Dickens y Creed, 2001; Sharpe et al., 2001; Witney et al., 2006).

#### *Cuestionario de depresión de Beck (BDI)*

Beck crea en 1961 el BDI (Beck Depression Inventory), un cuestionario auto-administrado compuesto por 21 ítems. Esta primera versión es la que hemos utilizado en el actual estudio debido a su disponibilidad y a su utilización generalizada (Ofluoglu et al., 2005; Veerman et al., 2009; Ay et al., 2010; Pourcher et al., 2010). También existe una versión más extensa (43 ítems) y otra más breve (13 ítems) (Beck et al., 1961). Ha sido traducida y validada en población española por Conde y Useros (1975).

Mide actitudes y síntomas característicos de la depresión como estado de ánimo, pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción, culpa, sentimientos de castigo, odio a sí mismo, autoacusación, impulsos suicidas, periodos de llanto, irritabilidad, aislamiento social, indecisión, imagen corporal, capacidad laboral, trastorno del sueño, cansancio, pérdida de apetito, pérdida de peso, hipocondría y libido. El marco temporal hace referencia al momento actual. Cada ítem presenta de 4 a 8 alternativas de respuesta que evalúan de 0 a 3 la gravedad/intensidad del síntoma. Finalmente, mediante la suma de las puntuaciones de los ítems, se obtiene una puntuación total. Los puntos de corte usualmente aceptados son; de 0 a 9 se considera sin sintomatología depresiva, de 10 a 18 sugiere que el sujeto presenta una depresión leve, de 19 a 29 el

paciente está moderadamente deprimido, y de más de 30 puntos, el sujeto estaría altamente deprimido (Beck et al., 1988). En pacientes con enfermedades crónicas como el dolor crónico se suele utilizar como punto de corte puntuaciones  $< 21$  para pacientes sin sintomatología depresiva y  $\geq 21$  con sintomatología depresiva (Geisser et al., 1997). Además, se recoge ampliamente en la literatura su uso en pacientes con artrosis (Dickens y Creed, 2001; Palkonyai et al., 2007; Lovisi Neto et al., 2009; Bosch et al., 2009; Kojima et al., 2009).

Beck et al. (1987) presentan más tarde una nueva versión revisada de su cuestionario, que es traducida y validada en población española (Vazquez y Sanz, 1991). Finalmente en 1996, Beck introduce una segunda versión del cuestionario (BDI-II) (Beck et al., 1996).

## **CAPÍTULO 5: ESTILOS DE AFRONTAMIENTO**

---

## V. CAPÍTULO 5: ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

### 5.1 Definición.

Antes de definir el concepto de afrontamiento, es importante describir el término de estrés, ya que son conceptos que se encuentran fuertemente relacionados. Lázarus y Folkman (1986) describen tres nociones diferentes en relación al estrés. Así podemos entender el estrés como un estímulo, como una respuesta y finalmente como una relación. De este modo, estos autores no tienen en cuenta a la persona como un sujeto pasivo que se deja influir por las condiciones externas, sino que consistiría en *“una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”*.

Centrándose en los pacientes con enfermedades físicas, Lipowski (1970) concibe el afrontamiento como *“toda actividad cognitiva y motora que utiliza una persona enferma para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar sus funciones deterioradas de un modo reversible y para compensar, en lo posible, cualquier deterioro irreversible”*.

Más tarde, en la misma línea, Lázarus y Folkman (1986) definen el término afrontamiento como *“aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, encaminados a manejar las demandas externas e internas que han sido evaluadas como que agotan o sobrepasan los recursos personales”*.

Pero este término no sólo fue estudiado desde esta perspectiva integradora, ya en los 50 desde el modelo psicoanalítico también se interesaron por estos tipos de

comportamientos orientados a solucionar problemas (Parsons, 1951). De este modo, Parsons exponía cuatro elementos existentes en toda conducta de afrontamiento:

- 1) *Los rasgos*. Son las unidades básicas de personalidad que influyen en el sujeto a la hora de enfrentarse a las situaciones. Por ejemplo, un rasgo de personalidad de un individuo depresivo sería el afecto negativo.
- 2) *La conducta automática*. En principio, debido a que en ella no interviene una evaluación cognitiva, sino que es una respuesta que se da de manera espontánea, no se consideraría como una conducta de afrontamiento propiamente dicha.
- 3) *Los resultados obtenidos*. Generalmente se intenta lograr un fin de éxito adaptativo, un equilibrio en la adaptación a un acontecimiento, sin embargo el resultado de una conducta de afrontamiento no siempre es óptimo.
- 4) *El control del entorno*. Más que control, sería más correcto hablar de tolerar o ignorar los acontecimientos estresantes provenientes del entorno que no podemos controlar.

Sin embargo, Lázarus y Folkman (1986) señalan que estos elementos descritos por Parsons, no constituían por sí solos una conducta de afrontamiento, ya que según estos autores, el concepto de afrontamiento no se refiere a un rasgo, sino a la conducta cambiante que el sujeto desarrolla cuando surgen situaciones evaluadas como estresantes; ni debe confundirse con los resultados sino con los esfuerzos que realiza el sujeto; ni se identifica con el dominio del entorno puesto que muchas veces intervienen estímulos externos que escapan a su control.

El análisis de los estilos de afrontamiento que desarrollan los individuos es especialmente importante en pacientes con enfermedades crónicas como la artrosis, ya

que tienen que manejar síntomas muy persistentes, como el dolor (Keefe et al., 1987; Allen et al., 2006). Este tipo de enfermedades reumáticas crónicas y progresivas, conllevan además del dolor, otras características difíciles de afrontar como los cambios en la funcionalidad y en la calidad de vida relacionada con la salud. Estos cambios requieren del desarrollo por parte del paciente, de estilos de afrontamiento para poder manejar las limitaciones impuestas por la enfermedad (Savelkoul et al., 2003).

Los pacientes con artrosis tienden a ajustar sus actividades como respuesta a este dolor crónico de las extremidades inferiores (Klinger et al., 1999). De este modo, en la literatura se han descrito conductas de afrontamiento específicas empleadas por los pacientes con artrosis como realizar actividades de diferente forma, reducir la frecuencia e intensidad de la actividad, cambiar de actitud como respuesta a sus limitaciones, buscar ayuda y reestructurar el entorno físico (Laliberté, 1993; Clark et al., 1996; Wood, 1996; Klinger et al., 1999). Además, estos sujetos se adaptan y afrontan el dolor de las actividades que evalúan subjetivamente como más importantes. En un estudio realizado por Klinger et al. (1999) con pacientes con artrosis de las extremidades inferiores, observaron que 7 de las 10 actividades que los pacientes más frecuentemente realizaban de manera diferente, eran actividades que evaluaban como más importantes.

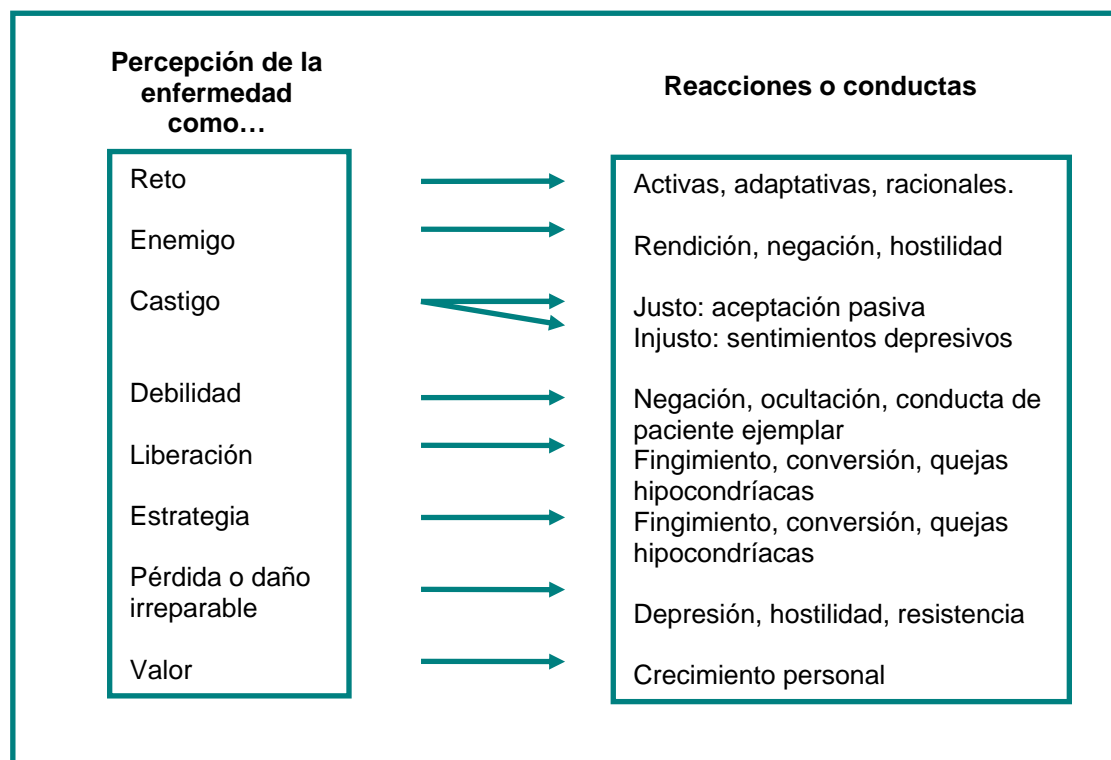
Por lo tanto, estos pacientes desarrollan estilos de afrontamiento cognitivo-conductuales para afrontar, tolerar y manejar su dolor (Hampson et al., 1996; Gignac, 2005; Allen et al., 2006). Por otro lado, estos estilos, han demostrado estar asociados con la sintomatología ansiosa y depresiva (Keefe et al., 1987; Brown et al., 1989; Earle y Kelly, 2005; Klasen et al., 2006; Tuncay et al., 2008; Hamdan-Mansour et al., 2009). Es más, según un estudio realizado por Rivard y Cappeliez (2007) el control percibido

y los estilos de afrontamiento, individualmente pueden predecir los síntomas depresivos y han demostrado estar relacionados con los síntomas ansiosos y depresivos.

## **5.2 Tipos de estilos de afrontamiento.**

Lipowski (1970) establecía 8 modos de percibir la enfermedad física por parte del sujeto y en función a esas percepciones, desarrollaba 8 tipos de conductas de afrontamiento (esquema 15). Los estilos de afrontamiento que proporcionan mejores resultados, según Lipowski, son aquellos en los que se percibe la enfermedad como reto o valor, aunque estos últimos se dan raras veces. En los que se observan peores resultados son aquellos en los que el sujeto la percibe como una pérdida irreparable o como una liberación (Gonzalez, 2004).

Además, este mismo autor diferencia entre estilos de afrontamiento cognitivos y conductuales. Los “*estilos de afrontamiento cognitivos*”, son aquellos patrones más o menos estables que posee el sujeto y que están definidos por sus percepciones, interpretaciones y actitudes, y condicionan en última instancia, su conducta. Dentro de este grupo propone dos estilos cognitivos, la minimización de la importancia de la enfermedad y sus consecuencias, que suele utilizarse en pacientes con enfermedades con un alto grado de limitación funcional para disminuir el peso que provoca la aceptación de la realidad (García y Martínez, 1997); y la vigilancia o hipervigilancia, mecanismo contrario al anterior que hace referencia a la disposición excesivamente activa y atenta a las situaciones de peligro, en este caso, a los detalles de la enfermedad y su tratamiento.

**Esquema 15:** Tipos de conductas de afrontamiento de Lipowski (1970)

Entre los “*estilos de afrontamiento conductuales*” Lipowski destaca la aproximación, relacionada con conductas activas y de lucha ante la enfermedad; la capitulación, asociada con una actitud más pasiva, de dependencia o de rechazo; y la evitación, para liberarse de la carga que implica la aceptación de la enfermedad (Lipowski, 1970; Gonzalez, 2004). En un reciente estudio llevado a cabo por Tsai et al. (2008) en ancianos chinos con artrosis, encontraron que utilizaban más a menudo estilos de afrontamiento conductuales que cognitivos para manejar el dolor.

Otros autores añaden a estos dos estilos, el “*estilo emocional o afectivo*”. Este último, debido a la interpretación que el sujeto hace de las consecuencias de dicha enfermedad, puede predecir respuestas emocionales derivadas como la ansiedad y la depresión (Kiely, 1972).

Las conductas de afrontamiento que pondrá en práctica el sujeto para manejar una determinada situación tendrán que ver con la evaluación cognitiva que realiza de dicha situación, con algunas variables de índole personal y variables ambientales (Gonzalez, 2004). En el caso de los pacientes con enfermedades físicas como la artrosis, a estas variables Lipowski (1970) añade las derivadas de la enfermedad. Todas las reacciones o conductas del sujeto ante la enfermedad, constituyen un estilo de afrontamiento. Estos pacientes tienden a evitar la actividad por miedo a que les cause más dolor, desafortunadamente, esta inactividad contribuye a la debilidad muscular e inestabilidad de las articulaciones (Steultjens et al., 2001), a causar otras enfermedades crónicas (American Geriatric Society Panel on Exercise and Osteoarthritis, 2001) y a que aumente el riesgo de padecer sintomatología depresiva (Sherman, 2003).

Otra clasificación fue la realizada por Lazarus y Folkman (1986) quienes distinguían dos grandes grupos de conductas de afrontamiento: las destinadas a manejar el problema o "*afrontamiento centrado en el problema*" y las orientadas a regular las emociones o "*afrontamiento centrado en la emoción*". Las conductas incluidas dentro del primer grupo son aquellos esfuerzos destinados a resolver o reducir la intensidad de situaciones estresantes y pueden ir dirigidas al entorno o hacia el propio sujeto. Con respecto a las centradas en la emoción, vienen definidas por los esfuerzos dirigidos a reducir o manejar las consecuencias emocionales de una situación estresante y consisten principalmente en conductas cognitivas como pueden ser el pensamiento positivo, la minimización o el distanciamiento, destinadas a reducir el malestar emocional (Gonzalez, 2004).

En el caso de la artrosis, se ha observado en la literatura una mayor frecuencia en la utilización de estilos de afrontamiento centrados en el problema que en la

emoción, (Keefe et al., 2004; Allen et al., 2006;). Además, los estilos de afrontamiento centrados en la emoción obtienen peores resultados en salud, estando asociados a mayores niveles de dolor (Keefe et al., 2004) y se ha demostrado que este estilo es más utilizado por las mujeres que por los hombres (Keefe et al., 2000).

De este modo, la importancia de la elección de uno de estos estilos de afrontamiento que adopta el sujeto con enfermedades crónicas, radica en el hecho de que al ser utilizados durante largos periodos de tiempo, pueden afectar al funcionamiento físico y psicológico del sujeto (Keefe et al., 1987).

### **5.3 Cuestionarios de estilos de afrontamiento.**

Es importante analizar qué estilos de afrontamiento utilizan los pacientes para entender como intentan manejar los síntomas de su artrosis y si estos estilos les ayudan a reducir el dolor o a maximizar su funcionamiento físico. De este modo, los clínicos podrían beneficiarse del conocimiento acerca de los estilos de afrontamiento que utilizan sus pacientes y de su percepción sobre cómo estos estilos les ayudan a manejar el dolor (Allen et al., 2006).

#### *Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ)*

El CSQ (Coping Strategies Questionnaire) desarrollado por Rosenstiel y Keefe (1983) se ha empleado para analizar las conductas de afrontamiento que utilizan los pacientes y su percepción acerca de la efectividad de estas conductas en el control y disminución del dolor. El cuestionario consta de 48 ítems y evalúa 6 conductas de afrontamiento cognitivas (desviar la atención, reinterpretar las sensaciones de dolor,

ignorarlas, afrontar las autoafirmaciones, rezar y pensamiento catastrófico) y una conductual (incrementar el nivel de actividad).

#### *Cuestionario de afrontamiento diario*

Este instrumento fue elaborado por Stone y Neale (1984) y adaptado más tarde por Affleck et al. (1992) para pacientes con artrosis. En él, se pide a los pacientes que a través de respuestas de “sí” o “no”, describan si han utilizado alguna de las 7 actividades o pensamientos específicos que exponen, para afrontar el dolor relacionado con la artrosis: intentar reducir el dolor mediante una acción directa, relajación, distracción, redefinición del dolor, descargar las emociones, buscar consuelo espiritual y buscar apoyo emocional.

#### *Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO)*

Este es el cuestionario más reciente acerca de estilos de afrontamiento, desarrollado por M.T. Gonzalez (2004) y por ello fue el instrumento seleccionado para evaluar los estilos de afrontamiento en el actual trabajo. Es un instrumento autoaplicado y analiza los estilos cognitivos y conductuales que utilizan los pacientes ante situaciones de estrés derivadas del diagnóstico de su enfermedad. A pesar de que originariamente fue desarrollado en pacientes con cáncer, la autora señala que puede ser un instrumento válido para sujetos que padezcan otro tipo de enfermedades crónicas.

Consta de 40 ítems con 4 opciones de respuesta, que valoran el grado en el que el ítem describe su manera de pensar, para ello utilizan escalas tipo Likert de 0 (nunca coincide) a 3 (el enunciado coincide en gran medida o casi siempre). Se distribuyen en

7 dimensiones cada una de las cuales representa un estilo de afrontamiento. De estos 40 ítems, 20 forman parte de las tres primeras dimensiones (dimensiones positivas): enfrentamiento y lucha activa, autocontrol y control emocional, y búsqueda de apoyo social. Estas dimensiones describen conductas adaptativas que buscan solucionar la situación. Los otros 20 ítems, se agrupan en las cuatro dimensiones restantes (dimensiones negativas): ansiedad y preocupación ansiosa, pasividad y resignación pasiva, huida y distanciamiento, y negación. Estas cuatro últimas dimensiones describen en cambio conductas no adaptativas que buscan eludir los problemas originados por la enfermedad.

Presenta una puntuación para cada dimensión o estilo de afrontamiento, que se halla sumando las puntuaciones de los ítems que pertenecen a esa dimensión. A continuación, se agrupan las puntuaciones de las dimensiones positivas por un lado y las negativas por otro y se calculan sus decatipos (porcentaje del grupo normativo al que un sujeto determinado es superior en la variable analizada en el cuestionario) para proceder finalmente a hallar el tipo de afrontamiento (positivo, preferentemente positivo, no definido, preferentemente negativo y negativo) restando el decatipo de las escalas negativas al decatipo de las positivas (Gonzalez, 2004).

**CAPÍTULO 6: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD**

---

## **VI. CAPÍTULO 6: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD**

### **6.1 Definición de Calidad de Vida Relacionada con la Salud.**

Inicialmente, se observó que las medidas objetivas tradicionales en medicina como el análisis de sangre o las exploraciones con imágenes digitalizadas, no proporcionaban respuestas definitivas acerca de la utilidad del tratamiento desde la perspectiva del paciente. Así, correlacionaban mal con los sentimientos de bienestar del paciente. Por esta razón, varios autores empezaron a analizar la importancia de la valoración individual como indicador subjetivo de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) (Campbell y Converse, 1972; Andrews y Whitney, 1976; Campbell et al., 1976).

Antes de describir el concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) se hace indispensable una diferenciación del concepto más general de Calidad de Vida (CdV). Ambos términos presentan claras diferencias, el concepto de CdV se ha definido como una respuesta afectiva ante la situación y los valores personales, como un “valor final”, como una discrepancia entre las circunstancias deseadas y actuales y por último, como el bienestar o malestar del individuo y/o de su ambiente (Bowling, 2001; Brülde, 2007).

Con respecto al concepto de CVRS aunque no hay una definición consensuada, la mayoría de los autores expresan la misma idea utilizando diferente terminología (Spitzer, 1987; Schipper et al., 1990; Sullivan et al., 1999). Además, todas las definiciones derivan en mayor o menor medida de la conceptualización de la salud

desarrollada por la Organización Mundial de la Salud citada anteriormente (Chassany et al., 2002).

Una de las definiciones más detalladas de CVRS, fue la expuesta por Patrick y Ericsson (1993) como *“el valor asignado por individuos, grupos de individuos y la sociedad a la duración de la vida modificada por las deficiencias, los estados funcionales, las percepciones y las oportunidades sociales, que están influidas por las enfermedades, las lesiones, el tratamiento médico o la política de salud”*.

Años más tarde, Revicky et al. (2000) definen la CVRS como una *“evaluación subjetiva que hace la persona del impacto que su enfermedad y su tratamiento tienen en los dominios físicos, psicológicos y sociales del funcionamiento y del bienestar”*. Esta multidimensionalidad del término se explicaría debido a que los instrumentos de CVRS pretenden medir los aspectos del concepto global de salud (Jackowski y Guyatt, 2003). Tal característica además, sería congruente con el modelo biopsicosocial propuesto por Wilson y Cleary (1995), descrito en el capítulo 1, en el que integraban factores biológicos con experiencias subjetivas de la vida del paciente relacionadas con su enfermedad y su entorno.

Por lo tanto, todos los autores coinciden en señalar que la CVRS es un concepto multidimensional, subjetivo, que incluye sentimientos positivos y negativos y debe registrar la variabilidad en el tiempo (WHOQOL Group, 1995).

Las medidas de CVRS han ido introduciéndose paulatinamente en la práctica clínica para ayudar a los profesionales de la salud a establecer las prioridades del paciente sistemáticamente, para mejorar la implicación del paciente en la toma de decisiones y facilitar la comunicación con los pacientes (Wolfe y Pincus, 1999; Detmar et al., 2002; Russak et al., 2003; Velikova et al., 2004; Greenhalgh, 2009). Estas

medidas son especialmente importantes cuando evaluamos el impacto de enfermedades crónicas dolorosas e incapacitantes como puede ser la artrosis, que ocasiona una importante disminución de la CVRS (Badley et al., 1994; Verbrugge y Patrick, 1995; Raina et al., 1998; Perruccio et al., 2007).

## **6.2 Componentes de la CVRS**

Hay numerosas clasificaciones de los componentes de la calidad de vida relacionada con la salud, dependiendo de cómo esté definida.

Partiendo del concepto global de CdV, una de las primeras y más exhaustivas clasificaciones de sus componentes fue la desarrollada por Flanagan (1978). Describía 15 componentes de calidad de vida derivados de las experiencias de un grupo heterogéneo de personas. Estos componentes se englobaban en 5 grandes grupos:

- Bienestar físico y material:
  - A. Bienestar material y seguridad financiera
  - B. Seguridad personal y de salud
- Relaciones interpersonales
  - C. Relación de pareja
  - D. Tener y criar niños
  - E. Relaciones con los familiares (padres, hermanos...)
  - F. Relaciones con amigos
- Actividades sociales, cívicas y en la comunidad
  - G. Actividades relacionadas con ayudar o animar a otros
  - H. Actividades relacionadas con el gobierno local o nacional

- Desarrollo personal y realización
  - I. Desarrollo intelectual
  - J. Entendimiento personal y planificación
  - K. Ocupación (trabajo)
  - L. Creatividad y expresión personal
- Ocio
  - M. Socialización
  - N. Actividades recreativas pasivas y observacionales
  - O. Actividades recreativas activas y participativas

Antes de pasar a analizar los componentes de la CVRS, Flecher et al. (1987) señalaba la existencia de unos factores moduladores que actuarían sobre los componentes de la CVRS. Entre ellos, podemos encontrar la edad, el sexo, el tipo de enfermedad, etc.

Céntrndonos en los componentes de la CVRS, partiendo del modelo de las necesidades básicas de Maslow (1968), Aggernaes (1988) describe la CVRS en función de la satisfacción de las siguientes necesidades básicas: necesidades biológicas, necesidad de contactos humanos cálidos, necesidad de actividades y necesidad de una vida variada.

Años más tarde, Ruiz-Ros (1992) en esta misma línea propone cuatro factores dominantes para describirla:

- función física
- estado psicológico
- sociabilidad
- somatización

Además de estas necesidades o componentes objetivos, hay dos factores subjetivos que han demostrado influir en la CVRS (González et al., 1993).

1. Las relaciones sociales positivas, estables e íntimas (Campbell et al., 1976; Wilkening y McGranahan, 1978; Quan et al., 2006; Vatne y Bjorkly, 2008).
2. La ausencia de distancia entre las expectativas y los logros alcanzados (Orden y Bradburn, 1968; Rodgers, 1977; Near et al., 1978).

Por lo tanto, en la CVRS la importancia radica en el impacto de la enfermedad en el estado funcional y bienestar referido por el individuo. De este modo, abarca aspectos subjetivos, emocionales, físicos, psicológicos y sociales de bienestar que reflejan la valoración subjetiva del individuo y la reacción a su enfermedad.

### **6.3 Medición de CVRS**

El tipo de medición de CVRS está basada en la definición de calidad de vida relacionada con la salud como un concepto multidimensional que incorpora salud social, psicológica y física (Schipper, 1990; Langeveld et al., 1996; Merlijn et al., 2006). Revicki et al. (2000) también destacan la multidimensionalidad del concepto de CVRS y por tanto recomiendan una evaluación global del mismo ya que *“ofrece una evaluación equilibrada de múltiples áreas de funcionamiento y bienestar”*.

Según Kaplan (2003), la medición de la CVRS en el sistema de salud desde el modelo de resultados, persigue conseguir que los pacientes vivan lo mejor posible durante el mayor número de años. En el caso de las enfermedades crónicas como la artrosis, este modelo considera que lo importante es conocer la percepción del paciente

acerca de su situación, y se centra en evaluar y mejorar la adaptación del individuo a su enfermedad.

De este modo, la perspectiva del paciente puede ser capturada mediante la administración de instrumentos de resultados percibidos por el paciente o “patient reported outcomes” (PROs). Los resultados percibidos por el paciente han sido definidos como *“la medición subjetiva realizada por el paciente acerca de su salud y su tratamiento”* (Alonso, 2000; U.S.Department of Health and Human Services FDA Centre for Drug Evaluation and Research et al., 2006). Así, en los últimos 30 años la investigación en resultados percibidos por el paciente se ha ido consolidando, especialmente en el ámbito de la CVRS (Alonso, 2000) debido a su gran utilidad en el ámbito médico. La CVRS es un importante indicador de resultados y del impacto en la población de nuestras medidas terapéuticas en este tipo de enfermedades crónicas (Hill et al., 1999; Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust, 2002).

#### **6.4 Cuestionarios de CVRS**

Un cuestionario es “un instrumento para la recogida de información, diseñado para cuantificarla y universalizarla” (Martín, 2004). Tradicionalmente los resultados de salud de CdV se limitaban a evaluar los aspectos físicos de la enfermedad y fallaban en identificar los demás aspectos influyentes. Por lo tanto se han desarrollado las medidas de CVRS para complementar las medidas tradicionales. Estas medidas abarcan una amplia variedad de ítems, como por ejemplo, los asociados con actividades de la vida diaria, con el trabajo, ocio, manejo de tareas del hogar y relaciones con familiares, amigos y grupos sociales (Jackowski y Guyatt, 2003).

El interés por el impacto de la enfermedad sobre la CVRS de los pacientes se ha incrementado progresivamente, y de ahí la creciente tendencia al desarrollo de cuestionarios de CVRS. Una reciente revisión sistemática identificó 1.275 instrumentos diferentes para evaluar CVRS y otras variables relacionadas (Garratt et al., 2002).

Para poder ser utilizados en investigación y aplicados en el ámbito clínico, estos cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud deben presentar una serie de propiedades psicométricas.

#### **6.4.1 Propiedades y atributos de los instrumentos de medida**

La psicometría, es la ciencia que evalúa las características de medida de las escalas (Staquet et al., 1998). Las principales propiedades psicométricas a evaluar en los instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud son: la validez, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio.

El Comité Asesor Científico (Scientific Advisory Committee, SAC) del “Medical Outcomes Trust”(MOT) (Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust, 2002) estableció 8 criterios para analizar la aceptabilidad de los instrumentos de CVRS:

- Modelo conceptual y de medida
- Validez
- Fiabilidad
- Sensibilidad al cambio
- Interpretabilidad
- Carga
- Formas alternativas

- Adaptaciones culturales y del lenguaje

#### **6.4.1.1 Modelo conceptual y de medida**

Se debe realizar una justificación y descripción del concepto a analizar y de las poblaciones donde se va a aplicar el instrumento. El modelo de medida es la aplicación del modelo conceptual que queda plasmado en la escala del instrumento, su estructura y en su sistema de puntuación (Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust, 2002).

Para evaluar la adecuación del Modelo de Medida se suele analizar (Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust, 2002):

- Si la escala mide un único concepto
- Si múltiples escalas miden distintos conceptos
- Si la escala representa adecuadamente la variabilidad del concepto
- Si queda justificado el nivel de medida elegido y su sistema de puntuación

#### **6.4.1.2 Validez**

La validez expresa el grado en que una medición mide aquello para lo que está destinada. Está relacionada con el error sistemático, de tal forma que cuanto menos válida sea una medida mayor es la probabilidad de cometer un error sistemático (Badia y Lizán, 2003). Dentro de esta propiedad encontramos tres subtipos de validez:

##### *Validez de contenido*

Se refiere a si el cuestionario elaborado, abarca todas las dimensiones del fenómeno que se quiere medir (Badia y Lizán, 2003). Por lo tanto, es indispensable

tener una idea clara del concepto que se pretende medir al construir un instrumento y evaluar su validez de contenido. Esta evaluación tiende a ser subjetiva, aunque idealmente incluiría una comparación sistemática del nuevo instrumento con las definiciones teóricas establecidas, las opiniones de expertos y las entrevistas con los pacientes para evaluar la claridad, comprensibilidad y aceptabilidad de las preguntas y opciones de respuesta y asegurar que todas las dimensiones del trastorno están representadas en el instrumento (Lohr et al., 1996; Jackowski y Guyatt, 2003).

La validez aparente o “face validity” es una forma de validez de contenido que se centra en el grado en que los ítems parecen medir lo que pretenden (Badia y Lizán, 2003). Los ítems deben ser necesarios, repetibles, comprensibles, etc.

#### *Validez de constructo*

Un constructo es un esquema teórico que representa una idea. Cuando medimos la calidad de vida relacionada con la salud, el constructo es la salud. Teniendo en cuenta, que la salud no puede medirse directamente, lo evaluamos mediante factores relacionados como pueden ser el dolor, la capacidad para trabajar o de interactuar con la familia y amigos (Chassany et al., 2002).

La validez de constructo se refiere al grado en el cual un instrumento se relaciona con otro de forma consistente, en la línea de las hipótesis teóricas que definen el fenómeno o constructo que se quiere medir. De este modo, en primer lugar se deberían enunciar las hipótesis teóricas sobre el comportamiento del instrumento en diversas situaciones (Badia y Lizán, 2003).

La validez de constructo se puede evaluar utilizando diferentes métodos:

1) El análisis multirasgo-multimétodo: consiste en una matriz de correlaciones entre dimensiones e ítems de diferentes instrumentos (Badia y Lizán, 2003). Se basa, por tanto, en las correlaciones entre el ítem y la dimensión (Testa y Nackley, 1994; Marquis et al., 1995; Chassany et al., 2002).

2) El análisis factorial: es un procedimiento estadístico mediante el cual se analiza si los ítems que reflejan el mismo concepto están asociados en el mismo factor (Badia y Lizán, 2003).

3) Validez de grupos conocidos: mide la capacidad del instrumento para discriminar entre grupos de pacientes diferentes en CVRS, por ejemplo, discriminar entre grupos con diferentes grados de severidad del trastorno, entre los que presentan comorbilidades y los que no, etc. (Valero et al., 2007). Para evaluarla, se suele utilizar el análisis de la varianza, la prueba de la t de Student o la prueba no paramétrica de Mann-Whitney.

4) Validez convergente/divergente: analiza las relaciones lógicas que deberían existir con otras medidas (Bergner y Rothman, 1987). Se establece a través del desarrollo de hipótesis sobre el comportamiento de las puntuaciones de los cuestionarios de CVRS en varias situaciones. Por validez convergente, se entiende el grado hasta el cual, diferentes formas de medir un mismo atributo correlacionan entre sí. Validez divergente o discriminante, por el contrario, implica demostrar que una medida no correlaciona fuertemente con otras medidas que intentan medir diferentes dimensiones de CVRS (Streiner y Norman, 1989).

### *Validez de criterio*

La validez de criterio consiste en la correlación del instrumento con otra medida de la variable a estudio considerada estándar o patrón oro (gold standard), generalmente utilizada y aceptada en el campo de estudio (Badia y Lizán, 2003). Desafortunadamente, no existe ningún patrón oro en los instrumentos de CVRS (Jackowski y Guyatt, 2003), salvo en el caso en el que acordamos un instrumento de CVRS, en esta ocasión, el original sería el patrón oro. A pesar de ello, se suelen utilizar instrumentos genéricos o específicos validados que evalúen conceptos similares (Bergner y Rothman, 1987; Marquis et al., 1995).

Cuando las correlaciones se establecen en el mismo momento temporal, se está analizando la validez concurrente. Sin embargo, cuando la validez de criterio es un acontecimiento futuro que se intenta predecir mediante el resultado del instrumento, la validez analizada es la predictiva (Badia y Lizán, 2003).

### **6.4.1.3 Fiabilidad**

Se refiere al grado en que pueden reproducirse los resultados obtenidos por un procedimiento de medición en las mismas condiciones. Por lo tanto, representa el grado en el cual un instrumento está libre de error aleatorio (Badia y Lizán, 2003). Algunos factores que pueden influir en la fiabilidad de una medida son: las diferencias en las condiciones de administración, los efectos ocasionados por las medidas repetidas, variaciones del instrumento de medida, manejo de los datos, cambios de entrevistadores, factores específicos que afectan al paciente o el tiempo entre administraciones (Comin, 1990; Jackowski y Guyatt, 2003).

Diferentes métodos para evaluar la fiabilidad son:

1) La *consistencia interna*, hace referencia a la estabilidad de las puntuaciones entre los diferentes elementos que componen el instrumento de medición (Badia y Lizán, 2003). Esta homogeneidad entre los ítems nos indica el grado de acuerdo entre los mismos (Jackowski y Guyatt, 2003). Puede evaluarse de dos formas: a) a través del estadístico alpha de Cronbach cuyos valores oscilan de 0 (ausencia de homogeneidad) a 1 (máxima homogeneidad). Generalmente se recomienda un valor mínimo de 0.70 para comparaciones de grupos (Cronbach, 1951; Scientific Advisory Committee, 1995; Marquis et al., 1995; Hays et al., 1998), y b) por el porcentaje de ítems que correlacionan más con su dominio hipotético que con el resto de dominios (scaling success rates).

2) La *reproducibilidad o fiabilidad test-retest*, es la habilidad de un instrumento de producir resultados similares en medidas repetidas y condiciones similares (Badia y Lizán, 2003). La reproducibilidad se evalúa por medio del test-retest a través del coeficiente de correlación intraclase (CCI). Un coeficiente de fiabilidad superior de 0.7 se consideraba aceptable para comparaciones de grupos (Testa y Nackley, 1994; Scientific Advisory Committee, 1995; Lohr et al., 1996). Shrout y Fleiss (1979) sugerían que un CCI mayor de 0.90 era considerado “excelente”, entre 0.71 y 0.90 “bueno”, de 0.51 a 0.70 “moderado”, de 0.31 a 0.50 “mediocre” y por debajo de 0.30 “pobre”. El intervalo de tiempo entre las dos administraciones estaría en general entre una y cuatro semanas dependiendo del trastorno (Scientific Advisory Committee, 1995; Lohr et al., 1996; Hays et al., 1998). De este modo, el test-retest puede implicar algunos problemas, así, cuanto más tiempo transcurriese entre las pruebas, mayor sería la probabilidad de producirse cambios en el estado de salud de los sujetos, con lo cual la

fiabilidad estaría infravalorada. Del mismo modo se podría dar el caso de un intervalo de tiempo demasiado breve entre las dos pruebas, en esta ocasión el resultado podría verse influido por el aprendizaje obtenido de la primera prueba y la fiabilidad estaría sobreestimada (Badia y Lizán, 2003).

3) Cuando un cuestionario es administrado por entrevistadores, se debe evaluar además la *fiabilidad intra e interobservador*. La fiabilidad intraobservador evalúa el grado de concordancia de un observador consigo mismo. Por otro lado, la fiabilidad interobservador hace referencia a la concordancia entre dos observadores independientes aplicando el mismo cuestionario en el mismo individuo y en las mismas condiciones. Para analizar el grado de acuerdo entre los observadores se suele utilizar el índice Kappa que corrige la concordancia observada por la que se esperarían por azar (Badia y Lizán, 2003). Se recomienda una kappa de 0.80 o superior entre los entrevistadores (Chassany et al., 2002).

#### **6.4.1.4 Sensibilidad al cambio**

Es la capacidad de un instrumento para detectar cambios en la salud de los pacientes cuando mejora o empeora su CVRS después de un tratamiento o intervención (Badia y Lizán, 2003).

La sensibilidad al cambio de un instrumento nuevo, se puede comparar con la de otros instrumentos a través de la prueba de la t para datos relacionados, del tamaño del efecto I o Tamaño del Efecto Estandarizado (Standard Effect Size, SES), del tamaño del efecto II o Media de Respuesta Estandarizada (Standardised response mean, SRM) y del Tamaño del efecto III o estadístico de Guyatt. La prueba de la t para datos relacionados analiza la hipótesis de ausencia de cambio en la respuesta media de una

medida entre dos momentos en un mismo sujeto. El tamaño del efecto I, analiza la relación entre la media de las diferencias entre la puntuación basal y la de seguimiento, dividida por la desviación estándar (DE) de la medida basal. Un tamaño del efecto I de 0.20 indica un cambio pequeño, valores de 0.50 se consideran un cambio moderado y a partir de 0.80 un cambio importante (Beaton et al., 1997). El tamaño del efecto II, se calcula dividiendo el cambio medio por su DE. Los valores de 0.20, 0.50 y 0.80 indican instrumentos con escasa, moderada y elevada sensibilidad al cambio (Husted et al., 2000; Stratford y Riddle, 2005). Finalmente, el tamaño del efecto III, consiste en el cociente entre la “*mínima diferencia clínicamente importante*” (que definiremos en el apartado de Interpretabilidad) y el error de medida cuadrática en un análisis de la varianza de medidas repetidas en pacientes clínicamente estables (García de Yébenes et al., 2008).

Un instrumento evaluativo tiene que tener la capacidad de detectar la diferencia en la puntuación que significa un cambio clínico mínimamente importante.

#### **6.4.1.5 Interpretabilidad**

Valderas (2005) la define como el grado en que es posible asignar un significado comprensible a las puntuaciones de un instrumento de CVRS y que se facilita por la posibilidad de relacionar las puntuaciones con otras medidas inteligibles. Una “*diferencia mínima clínicamente importante*” (DMCI) debería estar definida para poder interpretar el cambio de las puntuaciones en la población diana. La DMCI se define como: “*el cambio en la puntuación del instrumento de CVRS que, en ausencia de efectos adversos graves y costes considerables, debería hacer que el médico*

*instaurara un tratamiento, y que el paciente y la familia lo aceptaran”* (Badia y Lizán, 2003)

Aparte de la DMCI, en el artículo del 2002 desarrollado por el Comité de Consejo Científico, se describen otros tipos de informaciones que podrían facilitar la interpretación de las puntuaciones (Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust, 2002):

- Información de datos comparativos de la distribución de las puntuaciones en diferentes grupos de población.
- Información de resultados del cuestionario en aplicaciones en otros estudios.
- Información de la relación entre las puntuaciones y ciertas situaciones clínicas, y entre las puntuaciones y la necesidad de tratamientos concretos o intervenciones eficaces.
- Información acerca de la relación entre la puntuación o de alteraciones entre las puntuaciones y la ocurrencia de un evento vital importante.
- Información relativa a la relación entre la puntuación o de alteraciones entre puntuaciones valoradas subjetivamente como el cambio mínimamente importante.
- La información relacionada con la capacidad predictiva de una puntuación también puede facilitar la interpretación.

#### **6.4.1.6 Carga**

Se refiere al tiempo, el esfuerzo y otras demandas requeridas que soporta el paciente al completar el cuestionario (Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust, 2002). Una pesada carga para el paciente al completar el cuestionario,

puede afectar a su buena disposición para participar y a la calidad de los datos aportados. Además, el número de instrumentos a completar debería ser el mínimo necesario para reducir esta carga y el riesgo de datos perdidos (Chassany et al., 2002).

#### **6.4.1.7 Formas alternativas**

Algunas formas alternativas de administración pueden ser las autoadministradas, las administradas por un entrevistador, las realizadas por un observador entrenado, etc.(Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust, 2002)

Además, en algunas ocasiones, como por ejemplo en aquellas en las que el instrumento es extenso, se desarrollan formas alternativas del cuestionario, como versiones más cortas, que deben seguir conservando las propiedades psicométricas del cuestionario original.

#### **6.4.1.8 Adaptaciones culturales y del lenguaje**

Cómo experimentan los sujetos su salud varía dependiendo de su entorno cultural. Está influido por sus experiencias sociales y culturales. Por lo tanto, para que un instrumento siga siendo válido en otra cultura, los ítems de los cuestionarios deberían ser conceptualmente y lingüísticamente equivalentes entre las dos culturas consideradas (Jackowski y Guyatt, 2003).

La adaptación transcultural de un instrumento implica dos pasos principales: la evaluación de la equivalencia lingüística y conceptual, y la evaluación de las propiedades psicométricas (Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust, 2002). La metodología que se sigue generalmente utiliza al menos a dos

traductores que realizan dos traducciones independientes al idioma deseado, que son comparadas para llegar a un consenso y obteniendo así la primera traducción provisional. A continuación, se lleva a cabo una retro-traducción de esta primera traducción al idioma original, desarrollada por otros dos traductores diferentes que realizan dos traducciones independientes las cuales se comparan con el original llegando a un consenso y dando lugar a la segunda versión del cuestionario. Todo el proceso queda documentando.

#### **6.4.2 Tipos de cuestionarios**

La CVRS puede ser evaluada a través de instrumentos genéricos o específicos. Los *instrumentos genéricos* miden diferentes dimensiones de la CVRS y están diseñados para evaluar y comparar estados de salud en un amplio rango de pacientes con diferentes condiciones y enfermedades (Patrick y Deyo, 1989; Fletcher et al., 1992; Testa y Simonson, 1996; Chassany et al., 2002). Sin embargo, este tipo de instrumentos son poco sensibles a la hora de detectar pequeños cambios en la puntuación de CVRS (Coons et al., 2000).

Por otro lado, los *instrumentos específicos* evalúan menos dimensiones, pero las dimensiones que valoran son muy importantes para la enfermedad diana y, por tanto, presentan una mayor sensibilidad al cambio que los instrumentos genéricos y pueden detectar pequeños cambios en las puntuaciones de CVRS (Soto et al., 2009). Sin embargo, al incluir únicamente las dimensiones relevantes para el trastorno, a menudo no tienen en cuenta el impacto global percibido de la enfermedad (Chassany et al., 2002; Lima et al., 2009).

Por ello, se recomienda administrar ambos tipos de cuestionarios conjuntamente, para cubrir las limitaciones que presentan al ser aplicados individualmente.

#### **6.4.2.1 Instrumentos genéricos**

En este apartado pasaremos a describir los principales cuestionarios genéricos vistos en la literatura estudiada y aplicados en el presente estudio.

##### **6.4.2.1.1 Short Form 36 (SF-36)**

El SF-36, es uno de los cuestionarios genéricos más extensamente utilizados para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (Ware et al., 1993; Ware et al., 1994). Está constituido por 36 ítems agrupados en 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Las puntuaciones varían de 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud). El SF-36 genera además, dos puntuaciones sumario: el componente sumario físico (physical component summary, PCS) y el mental (mental component summary, MCS).

También, ha sido traducido y validado en población española (Alonso et al., 1995). En 1996, Ware et al. desarrollaron una versión reducida del cuestionario para minimizar la carga para los pacientes, y crearon el SF-12 (Ware, Jr. et al., 1996).

##### **6.4.2.1.2 EuroQol (EQ-5D)**

El EQ-5D es un cuestionario auto-administrado que puede aplicarse tanto en población general como en grupos de pacientes con diferentes patologías. En este cuestionario, el individuo valora su estado de salud primero en niveles de gravedad por

dimensiones (sistema descriptivo) y luego en una escala visual analógica de evaluación más general (EVA).

El sistema descriptivo analiza la CVRS en 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades diarias, dolor o malestar, y ansiedad o depresión; cada una de las cuales presenta 3 niveles de gravedad. Las tarifas sociales de este sistema descriptivo, se obtienen mediante la utilización del método de la equivalencia temporal (tarifa ET) y por medio de una escala visual analógica que pasaremos a denominar “tarifa EVA” para diferenciarla de la escala visual analógica de evaluación más general (EVA).

La EVA, evalúa la percepción del individuo de su estado de salud. Esta escala se evalúa por separado y se presenta en forma de termómetro de 20 cm, milimetrado, que va de “peor estado de salud imaginable” a “mejor estado de salud imaginable” con puntuaciones de 0 a 100 respectivamente. En ella el individuo debe marcar el punto en la línea vertical que mejor refleje la valoración de su estado actual de salud global (Rabin y de Charro, 2001; Herdman et al., 2001).

Se diseñó como un cuestionario sencillo que pudiera ser administrado en condiciones muy variadas de medición y que facilitara además la obtención de valores de preferencia de los individuos por una serie de estados de salud, para su inclusión en estudios de coste-efectividad o coste-utilidad (Herdman et al., 2001).

Entre las patologías en las que se ha aplicado, hay numerosos estudios en pacientes crónicos con artrosis (Fransen y Edmonds, 1999; Wolfe y Hawley, 1997; Xie et al., 2007; Ruchlin y Insinga, 2008; Rolfson et al., 2009; Tukker et al., 2009; Bekkers et al., 2009). Ha sido traducido y validado en población española (Badia et al., 1999).

### **6.4.2.2 Instrumentos específicos**

Al igual que en la anterior, en esta sección se describirán únicamente los cuestionarios específicos para artrosis de extremidades inferiores utilizados en el presente trabajo.

#### **6.4.2.2.1 Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC)**

Se han desarrollado varios instrumentos para evaluar la sintomatología y la función en la artrosis de cadera y rodilla (Meenan et al., 1980; Lequesne et al., 1987; Bellamy et al., 1988; Wright y Young, 1997). Sin embargo, el WOMAC es el más extensamente utilizado (Anderson et al., 1996; Hawker et al., 1998).

Es un cuestionario específico de CVRS, auto-administrado, para pacientes con artrosis de las extremidades inferiores. Es una escala multidimensional (Bellamy et al., 1988) formada por 24 ítems agrupados en 3 dimensiones: dolor (5 ítems), rigidez (2 ítems) y limitación de la capacidad funcional (17 ítems). Cada ítem presenta 5 niveles de respuesta que representan diferentes grados de intensidad (ninguna, media, moderada, severa, extrema) graduado en una escala tipo Likert de 0 a 4. La puntuación final se obtiene sumando el conjunto de puntuaciones de las dimensiones de dolor, rigidez y limitación de la capacidad funcional. A mayor puntuación, peor es la calidad de vida relacionada con la salud del paciente, por lo tanto, la mejora se consigue por medio de una reducción en la puntuación global. Los datos se estandarizan a un rango de valores de 0 (mejor estado de salud) a 100 (peor estado de salud). El WOMAC ha sido traducido al español y validado en población española (Batlle-Gualda et al., 1999; Escobar et al., 2002).

#### **6.4.2.2.2 Arthrose des Membres Inférieurs et Qualité de Vie (AMIQUAL)**

El AMIQUAL, u “Osteoarthritis Knee Hip Quality of Life” (OAKHQOL) como pasaremos a citarlo, fue desarrollado en 2005 por Rat para capturar la percepción del paciente de su artrosis de cadera y rodilla y que poseyera las propiedades psicométricas requeridas para su uso en ensayos clínicos y estudios observacionales (Rat et al., 2005). Este cuestionario introduce aspectos descritos por los pacientes en diferentes estados de la enfermedad. Por lo tanto, participaron en su creación un gran número de pacientes y profesionales de la salud que utilizaron diversas técnicas de entrevista para obtener un cuestionario comprensible de las necesidades, intereses y valores de los pacientes (Rat et al., 2006). Así, fue desarrollado de acuerdo a la idea de que cuantos más datos similares se obtengan para el mismo concepto utilizando diferentes aproximaciones, los hallazgos serán de mayor riqueza y validez (Greene y McClintoch, 1985; Maggs-Rapport, 2000).

Es un cuestionario específico para pacientes con artrosis de cadera o rodilla compuesto por 43 ítems, 40 de los cuales constituyen 5 dimensiones: actividad física, salud mental, dolor, apoyo social y funcionamiento social. A su vez, el cuestionario incluye 3 ítems independientes acerca de relaciones, actividad sexual y vida profesional. Las escalas de respuesta tipo Likert de los ítems oscilan de 0 a 10. La dirección de la escala es diferente según los ítems. Los ítems de las dimensiones de actividad física, dolor, y salud mental, junto con los ítems sueltos, tienen una dirección contraria respecto de los otros ítems. En el caso de las tres primeras dimensiones y de los 3 ítems sueltos, a mayor puntuación peor calidad de vida, mientras que en las otras dos dimensiones, a mayor puntuación mejor calidad de vida. Por último, en cada

dimensión, se calcula la puntuación media de los ítems, generando de este modo una puntuación para cada dimensión. Más tarde se estandariza la puntuación de cada una de las dimensiones en una escala de 0 (peor calidad de vida) a 100 (mejor calidad de vida) (Rat et al., 2005; Rat et al., 2006).

**CAPÍTULO 7: MARCO TEÓRICO, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS  
GENERALES**

---

## **VII. CAPÍTULO 7: MARCO TEÓRICO, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS GENERALES**

### **7.1 Marco teórico**

Para el presente trabajo, partimos de la definición de salud realizada por la OMS en 1946, donde se concibe como “*el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”. El abordaje de la enfermedad desde el tradicional modelo biomédico, debido a su visión reduccionista del proceso de salud y enfermedad, limitaría el análisis de los posibles factores que influyen en la enfermedad.

Así, el modelo teórico que mejor se ajusta a esta multidimensionalidad del concepto es el modelo biopsicosocial. Desde este modelo, la artrosis, se analiza como una enfermedad crónica que influye en una amplia variedad de ámbitos, asociados a la CVRS del individuo. De este modo, factores conductuales, biológicos, psicológicos, sociológicos y del entorno se ven influidos por la artrosis.

Se hace indispensable por tanto, una medición de todos estos factores intervinientes en la CVRS de los sujetos con artrosis para lograr un entendimiento del individuo más profundo y favorecer el tratamiento de la enfermedad. En el caso de las enfermedades crónicas como la artrosis donde la curación total aún no es posible, la identificación de cada uno de los ámbitos afectados y la percepción de la enfermedad por parte del paciente, es fundamental para un tratamiento integral.

## 7.2 Justificación

La revisión de la literatura y del estado actual del tema ha mostrado la relevancia de las enfermedades músculo- esqueléticas como la artrosis. Esto es debido a que se trata de una enfermedad crónica, con una elevada prevalencia (Melzer et al., 2003; Zhang y Jordan, 2008; Quintana et al., 2008) que aumenta con la edad (Felson et al., 2000; Moskowitz, 2009). En España, este tipo de enfermedades son una significativa fuente de dolor y una importante causa de incapacidad laboral (Tornero et al., 1992). Además, la artrosis también genera un coste de recursos sanitarios ya que al reducir la CVRS del individuo, ocasiona el consumo de una gran cantidad de recursos como hospitalizaciones o visitas médicas (Batlle-Gualda et al., 1998; Loza et al., 2009).

La calidad de vida relacionada con la salud, es un importante indicador del impacto de esta enfermedad en la población y ofrece un enfoque adecuado para analizar los efectos de los distintos tratamientos (Hill et al., 1999). Para este fin, se han desarrollado numerosos cuestionarios de CVRS, algunos de ellos genéricos y otros específicos.

Entre los instrumentos específicos para artrosis de extremidades inferiores, el WOMAC ha sido el más extensamente utilizado (Bellamy et al., 1988). Sin embargo, estos instrumentos, se centran en los síntomas y la capacidad funcional, pero no proporcionan información relativa al impacto global percibido de la enfermedad por parte del paciente. La artrosis también afecta a la salud mental (ansiedad y depresión), al funcionamiento social, el sueño, la sexualidad, el apoyo social y otros aspectos de la vida (Meenan et al., 1992; Fielden et al., 2003; Fitzgerald et al., 2004; Escobar et al., 2007b) .

Así, el OAKHQOL, nace de la necesidad de un cuestionario específico diseñado para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con artrosis de cadera o rodilla. El instrumento original fue desarrollado en francés y ha demostrado ser capaz de captar la percepción que tiene el paciente de su enfermedad, evaluando de una forma integradora los diferentes factores intervinientes. Asimismo, en su versión original, ha probado poseer las propiedades psicométricas necesarias de fiabilidad y validez para su uso en ensayos clínicos y estudios observacionales (Rat et al., 2005; Rat et al., 2006). De ahí deriva el interés del presente trabajo en ofrecer la versión española validada del OAKHQOL, ya que este instrumento nunca antes había sido utilizado en población española.

Hay diferentes estudios que apoyan la relación entre factores psicológicos como la ansiedad, la depresión y los estilos de afrontamiento, y la CVRS de los pacientes afectados de artrosis (Summers et al., 1988; Laliberté, 1993; Badley, 1995; Clark et al., 1996; Wood, 1996; Wolfe, 1999; Klinger et al., 1999; Zautra y Smith, 2001; Lin, 2008). Su análisis es especialmente importante en ancianos con artrosis ya que presentan una elevada sintomatología depresiva (Maisiak, 1990; DeVellis, 1995; Pincus et al., 1996; Blixen y Kippes, 1999). Actualmente los profesionales de la salud son más conscientes de la importancia de estas variables en las enfermedades reumáticas como se ha podido ver reflejado en la variedad de estudios que las analizan (Hampson et al., 1996; Creamer et al., 2000; Brander et al., 2003; Gignac, 2005; Allen et al., 2006; Montin et al., 2007; Ozcetin et al., 2007; Lin, 2008).

Así, teniendo en cuenta todo lo comentado se desarrollaron los objetivos generales del presente trabajo.

### **7.3 Objetivos generales**

Los objetivos generales del presente trabajo son:

- 1) Un primer objetivo sería desarrollar una adaptación trans-cultural del cuestionario Osteoarthritis Knee Hip Quality of Life (OAKHQOL) para su utilización en España y validar la versión española en términos de sus propiedades psicométricas de fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio (ESTUDIO I).
- 2) Realizar un análisis comparativo de la relación existente entre las variables independientes de depresión, ansiedad y estilos de afrontamiento, en la CVRS de los sujetos con artrosis (ESTUDIO II).

**CAPÍTULO 8: PLANTEAMIENTO Y REALIZACIÓN DEL ESTUDIO  
EMPÍRICO**

---

**– ESTUDIO I: VALIDACIÓN –**

## **VIII. CAPÍTULO 8: PLANTEAMIENTO Y REALIZACIÓN DEL ESTUDIO EMPÍRICO**

### **8.1 ESTUDIO I: VALIDACIÓN**

#### **8.1.1 Objetivo**

El objetivo de este estudio fue desarrollar una adaptación trans-cultural del cuestionario Osteoarthritis Knee Hip Quality of Life (OAKHQOL) para su utilización en España y validar la versión española en términos de sus propiedades psicométricas de fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio.

#### **8.1.2 Metodología**

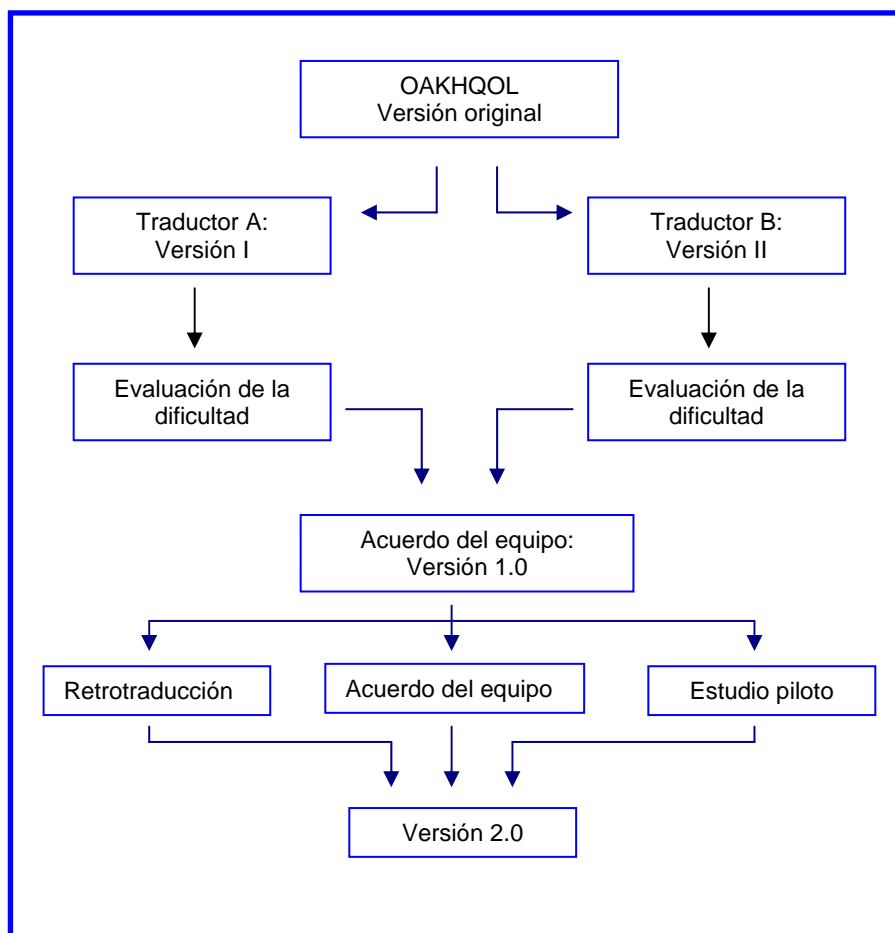
Este es un estudio prospectivo llevado a cabo entre pacientes diagnosticados de artrosis de rodilla o cadera. Los sujetos fueron reclutados entre Enero del 2007 y Enero del 2008, en 7 hospitales que forman parte del Sistema Nacional de la Salud en España: 4 en el País Vasco, 2 en las Islas Canarias y 1 en Andalucía. El Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del hospital de Basurto (Bilbao) aprobó el estudio.

##### *8.1.2.1 Traducción-Retrotraducción*

Para este primer paso en la adaptación del cuestionario, seguimos el método de traducción y retro-traducción llevada a cabo por traductores profesionales recomendado por Guillemin et al.(1993) y Beaton et al. (2000), y realizamos un estudio piloto con los pacientes en estudio (Figura 1).

El cuestionario francés original fue traducido independientemente al español por dos traductores (un reumatólogo y un traductor profesional) cuyo lenguaje nativo era el español y contaban con una alta fluidez en el manejo del francés. Los dos traductores poseían diferentes perfiles; el reumatólogo, conocía los conceptos analizados en el cuestionario que estaba siendo traducido, de este modo su adaptación proporcionaría una equivalencia desde una perspectiva más clínica; el traductor profesional en cambio no tenía conocimientos acerca de los conceptos que iban a ser evaluados, ni poseía formación clínica estando así menos influenciado por los objetivos teóricos y proporcionando una traducción que reflejase el lenguaje coloquial.

**Figura 1:** Descripción del proceso de adaptación del OAKHQOL.



Ambos traductores, puntuaron la dificultad de hallar expresiones españolas que fuesen conceptualmente equivalentes con las expresiones originales. Se compararon y se debatieron las dos traducciones en una reunión que incluía a todo el equipo de investigadores y a los traductores, hasta llegar a alcanzar una versión adaptada consensuada (versión 1.0).

Para evaluar la equivalencia de la versión 1.0 con la original, se realizaron dos retro-traducciones independientes desarrolladas por otros dos traductores profesionales cuyo lenguaje nativo era el francés y contaban con una alta fluidez en el manejo del español. Se compararon las dos retro-traducciones con la versión francesa original y se llegó a un consenso con respecto a las modificaciones necesarias en la versión 1.0.

#### *8.1.2.2 Estudio Piloto*

La versión revisada del OAKHQOL en español, se probó en 17 pacientes con artrosis de cadera o rodilla con el fin de evaluar la comprensibilidad de los ítems, y la aceptabilidad y viabilidad del cuestionario. Se realizaron las modificaciones acorde con los resultados de este estudio piloto, conduciendo a la versión final del cuestionario en español.

Obtuvimos algunas dificultades en el estudio piloto con la versión 1.0 del OAKHQOL traducido. Algunos pacientes describían problemas de comprensión de ciertas expresiones o palabras como “dosificar”, “discapacidad física” o “efectos secundarios”. Asimismo, se observó cierta confusión con respecto a las opciones de respuesta, ya que algunos pacientes interpretaban “completamente de acuerdo – completamente en desacuerdo” al revés. Las dificultades en la estructura de las opciones de respuesta encontradas en los ítems 11, 12, 22 y 23 se resolvieron mediante

el cambio del diseño original de la respuesta “no se aplica”, como se expone en el siguiente ejemplo.

Ejemplo del ítem 11:

En el cuestionario original aparecía:

“Tengo dificultad para utilizara los transportes públicos (autobús, tren, metro,...)”

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

No los utilizo

Se resolvió:

“Tengo dificultad para utilizara los transportes públicos (autobús, tren, metro,...)”

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

No los utilizo

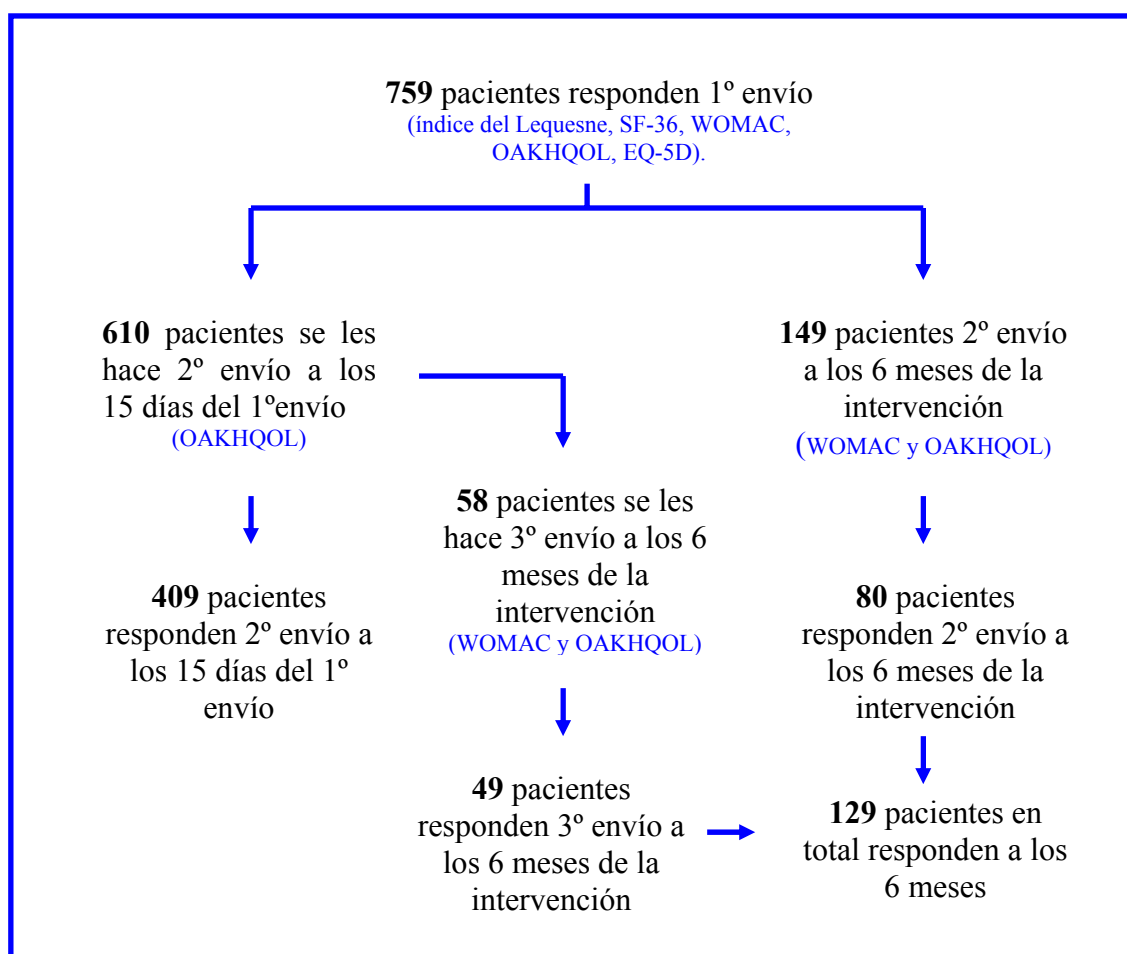
Los participantes necesitaron un tiempo medio de 15 minutos para completar el cuestionario OAKHQOL.

### 8.1.2.3 Descripción de la Muestra

En el presente estudio de validación, los pacientes reclutados poseían los siguientes criterios de selección:

- ser pacientes con artrosis primaria de cadera o rodilla,
- estar en la lista de espera para ser operados de prótesis total de cadera (PTC) o rodilla (PTR),
- no poseer enfermedades psiquiátricas que pudieran dificultarles la cumplimentación de los cuestionarios incluidos.

Se pidió a los sujetos que rellenaran el OAKHQOL, el WOMAC, el SF-36, el índice del Lequesne, el EQ-5D y algunas preguntas sociodemográficas como el sexo, la edad, la articulación afectada, el peso y la altura.

**Figura 2:** Tamaños muestrales del ESTUDIO I

De la muestra total de 759 pacientes que completaron el OAKHQOL y el resto de cuestionarios en un primer envío (figura 2), 409 (67.0%) de 610 pacientes contactados por correo, completaron el OAKHQOL una segunda vez dos semanas después de la primera evaluación, junto con una pregunta acerca de si habían tenido algún cambio en su situación clínica. A 58 pacientes de esta submuestra de 610 pacientes, se les hizo un 3° envío a los 6 meses de la intervención y respondieron 49 (84.5%). A una submuestra de 149 pacientes intervenidos de prótesis de cadera o rodilla se les envió de nuevo por correo postal el WOMAC y el OAKHQOL 6 meses después de la intervención y respondieron 80 (53.7%). De este modo, obtuvimos una

muestra de 129 pacientes que respondieron a los 6 meses de la intervención. El tamaño muestral del total de la muestra así como de las dos submuestras superaba el tamaño muestral mínimo establecido en la literatura para los estudios de validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio (Terwee et al., 2006).

Con relación a los pacientes incluidos, un total de 409 (53.9%) de la muestra total de 759, presentaban artrosis de rodilla. La edad media de los pacientes fue de 69.81 años (DE 9.29), y el 62.8% eran mujeres. Dependiendo de la articulación afectada, encontramos diferencias estadísticamente significativas en relación al sexo ( $p < 0.001$ ) con más mujeres con artrosis de rodilla; la edad ( $p < 0.001$ ), con pacientes de artrosis de rodilla 3 años mayores y el IMC ( $P < 0.001$ ) siendo más alto para pacientes con artrosis de rodilla. En cuanto al índice del Lequesne, encontramos diferencias en relación a la articulación afectada, con un 89% de pacientes con artrosis de rodilla situados en los dos grupos de mayor gravedad comparado con un 83% de los pacientes con artrosis de cadera.

Con respecto a las puntuaciones basales de CVRS, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las articulaciones en ninguna de las dimensiones del OAKHQOL. En el caso del WOMAC y del SF-36 solamente hubo diferencias en la dimensión de limitación de la capacidad funcional ( $p = 0.023$ ) y el componente sumario físico ( $p = 0.024$ ) respectivamente, presentando peores puntuaciones los pacientes con artrosis de cadera (tabla 1). Con respecto al EQ-5D, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en la escala visual analógica (EVA), sin embargo si se obtuvieron al comparar por articulación la tarifa ET ( $p = 0.011$ ) y la tarifa EVA ( $p = 0.007$ ), obteniendo peores puntuaciones los pacientes con artrosis de cadera.

**Tabla 1:** Características basales clínicas, demográficas, y CVRS de la muestra

	<b>Muestra total (n= 759) n (%)*</b>	<b>Artrosis rodilla (n= 409) n (%)*</b>	<b>Artrosis cadera (n= 350) n (%)*</b>	$\chi^2$ <i>Valor p</i>
<b>Número</b> (% mujeres)	477 (62.8%)	302(63.3%)	175 (36.7%)	< 0.001
<b>Edad</b>				
<=59	109 (14.4%)	31 (7.6%)	78 (22.3%)	
60 – 69	226 (29.8%)	127 (31.1%)	99 (28.3%)	< 0.001
70 – 79	343 (45.2%)	205 (50.1%)	138 (39.4%)	
>=80	81 (10.7%)	46 (11.2%)	35 (10.0%)	
<b>INDICE LEQUESNE</b>				
Ninguna/media/moderada gravedad	24 (4.2%)	8 (2.6%)	16 (6.0%)	
Grave	53 (9.3%)	24 (7.9%)	29 (10.8%)	0.003
Muy grave	118 (20.7%)	51 (16.8%)	67 (25.0%)	
Extremadamente grave	376 (65.8%)	220 (72.6%)	156 (58.2%)	
	<b>Mean (DE)</b>	<b>Mean (DE)</b>	<b>Mean (DE)</b>	<b>t test Valor p</b>
<b>Edad media</b> (DE)	69.81 (9.29)	71.25 (7.71)	68.13 (10.61)	< 0.001
<sup>a</sup> <b>IMC</b>	29.36 (4.37)	30.04 (4.27)	28.57 (4.35)	< 0.001
<sup>b</sup> <b>SF – 36</b>				
Función física	23.15 (20.35)	23.55 (19.97)	22.68 (20.80)	0.558
Rol físico	29.77 (25.10)	30.64 (24.50)	28.75 (25.79)	0.310
Dolor corporal	27.79 (21.38)	29.07 (21.55)	26.28 (21.11)	0.075
Salud general	44.10 (20.25)	44.47 (19.88)	43.68 (20.70)	0.603
Vitalidad	42.90 (23.60)	41.60 (22.60)	44.46 (24.70)	0.108
Función social	53.73 (29.94)	54.66 (29.31)	52.62 (30.68)	0.354
Rol emocional	65.37 (31.55)	64.58 (31.63)	66.30 (31.48)	0.470
Salud mental	55.23 (21.91)	55.60 (21.10)	54.79 (22.87)	0.642
<sup>c</sup> CSF	26.37 (7.75)	27.03 (7.82)	25.57 (7.61)	0.024
<sup>d</sup> CSM	43.78 (13.13)	43.48 (12.69)	44.14 (13.66)	0.545
<sup>e</sup> <b>WOMAC</b>				
Dolor	52.25 (19.36)	52.82 (19.61)	51.59 (19.07)	0.389
Rigidez	51.02 (24.33)	51.30 (24.34)	50.69 (24.36)	0.731
<sup>f</sup> LCF	57.26 (20.02)	55.72 (20.16)	59.07 (19.73)	0.023
<sup>g</sup> <b>OAKHQOL</b>				
Actividad física	26.38 (19.39)	27.57 (19.33)	24.96 (19.40)	0.069
Dolor	30.39 (24.00)	30.93 (24.22)	29.76 (23.75)	0.513
Salud mental	50.06 (23.48)	49.16 (22.71)	51.14 (24.36)	0.259
Apoyo social	73.29 (22.54)	72.89 (23.25)	73.77 (21.70)	0.605
Actividades sociales	56.29 (26.05)	55.04 (26.67)	57.76 (25.26)	0.167
<b>EQ – 5D</b>				
<sup>h</sup> Tarifa EVA	0.430 (0.208)	0.449 (0.203)	0.408 (0.213)	0.007
<sup>i</sup> Tarifa ET	0.368 (0.329)	0.397 (0.319)	0.335 (0.339)	0.011
<sup>j</sup> EVA	45.68 (19.64)	46.25 (19.28)	45.07 (20.03)	0.457

<sup>a</sup>IMC = Índice de Masa Corporal; <sup>b</sup>SF-36 = Short-Form 36; <sup>c</sup> CSF = Componente Sumario Físico; <sup>d</sup>CSM= Componente Sumario Mental; <sup>e</sup>WOMAC = Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index; <sup>f</sup>LCF = Limitación de la Capacidad Funcional; <sup>g</sup>OAKHQOL= Osteoarthritis Knee Hip Quality of Life; <sup>h</sup>Tarifa EVA= tarifa social obtenida mediante la escala visual analógica; <sup>i</sup>Tarifa ET= tarifa social obtenida por el método de equivalencia temporal; <sup>j</sup>EVA = escala visual analógica  
\*Los porcentajes para el sexo son de fila, para los grupos de edad, y el índice del Lequesne, son porcentajes de columna.

#### *8.1.2.4 Cuestionarios administrados*

Los pacientes completaron dos cuestionarios genéricos de CVRS: el SF-36 y el EQ-5D, y además del OAKHQOL, otro cuestionario específico para pacientes con artrosis de extremidades inferiores: el WOMAC. Todos ellos descritos en el capítulo de calidad de vida relacionada con la salud.

Asimismo, se les pidió que cumplimentaran el índice del Lequesne para evaluar el grado de severidad del trastorno. Este índice está compuesto por 15 preguntas agrupadas en 3 apartados: dolor y malestar, máxima distancia caminada, y otras dificultades. La puntuación para cada apartado oscila de 0 a 8, siendo 0 el menor grado de severidad y 8 el mayor. La puntuación global se calcula mediante la suma de las puntuaciones de cada ítem. Además, este índice está categorizado en 6 niveles de severidad: ninguna gravedad, gravedad media, gravedad moderada, grave, muy grave y extremadamente grave (Lequesne et al., 1987; Lequesne, 1991).

#### *8.1.2.5 Análisis de datos*

La distribución de las puntuaciones de la versión española del OAKHQOL se evaluó mediante el cálculo de la media, la desviación típica, la proporción de pacientes con uno o más ítems perdidos, el rango observado y el efecto techo y suelo (porcentaje de pacientes con la puntuación máxima y mínima respectivamente, considerado aceptable si es <15%) (McHorney y Tarlov, 1995). Para realizar los análisis estadísticos utilizamos la versión 16 del SPSS, “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

#### 8.1.2.5.1 *Propiedades Psicométricas*

##### *Validez*

La validez, es la capacidad de un instrumento de medir lo que intenta medir (Mokkink et al., 2009). La evaluamos siguiendo el proceso llevado a cabo en el estudio francés original. Primero, analizamos la validez de contenido (incluyendo la validez aparente). Para ello, colaboramos con un reumatólogo y 3 traumatólogos que evaluaron la comprensibilidad y relevancia de los ítems del cuestionario.

Para analizar la validez de constructo, llevamos a cabo una validación en grupos conocidos utilizando el índice del Lequesne. Debido al bajo porcentaje de pacientes en los tres niveles más bajos, agrupamos los 6 niveles de gravedad en 4: ninguna/media/moderada, grave, muy grave y extremadamente grave. La hipótesis correspondiente fue que los grupos de mayor gravedad obtendrían peores puntuaciones en la versión española del cuestionario OAKHQOL en las dimensiones de actividad física, dolor y salud mental. Además, analizamos las diferencias entre grupos conocidos dependiendo del sexo, la articulación afectada y el índice de masa corporal (IMC) dividido en tres grupos (<25 IMC normal; 25-30 sobrepeso; y >30 obesidad). Utilizamos el test de Mann-Whitney para analizar las diferencias por sexo y articulación y el análisis de la varianza con el test de Scheffé para comparaciones múltiples en el caso del índice del Lequesne y de los grupos según el IMC.

Examinamos la validez convergente y divergente del instrumento hipotetizando que la dimensión de actividad física del OAKHQOL en español, correlacionaría mejor con las dimensiones físicas del SF-36 (función física, rol físico, dolor, salud general, y componente sumario físico) y con el WOMAC (dolor y limitación de la capacidad

funcional), correlacionando peor con las dimensiones mentales del SF-36. Del mismo modo, la dimensión del dolor del OAKHQOL, correlacionaría mejor con el dolor y otras dimensiones físicas del SF-36, y con la dimensión del dolor y limitación de la capacidad funcional del WOMAC, que con las dimensiones mentales. La dimensión de salud mental del OAKHQOL a su vez correlacionaría mejor con las dimensiones mentales del SF-36 (vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y componente sumario mental) y peor con las dimensiones físicas. Para el resto de las dimensiones, se esperaron correlaciones bajas. La validez convergente y divergente fue analizada a través del coeficiente de correlación de Pearson.

La validez estructural del instrumento es decir, aquella en la que la estructura de las dimensiones refleja el modelo conceptual subyacente, fue evaluada para valorar si el lugar de los ítems dentro de cada dimensión sigue la distribución del cuestionario original. Los ítems del cuestionario original se resumían en 5 áreas temáticas, quedando 3 ítems sueltos. Sin embargo, los análisis factoriales del cuestionario francés no demostraron la existencia de 5, sino de 4 factores. A pesar de esto, los autores del cuestionario original decidieron considerar la dimensión del dolor por separado, debido al elevado peso factorial de los ítems de esta dimensión tanto en la dimensión de actividad física, como en la de salud mental (tabla 2).

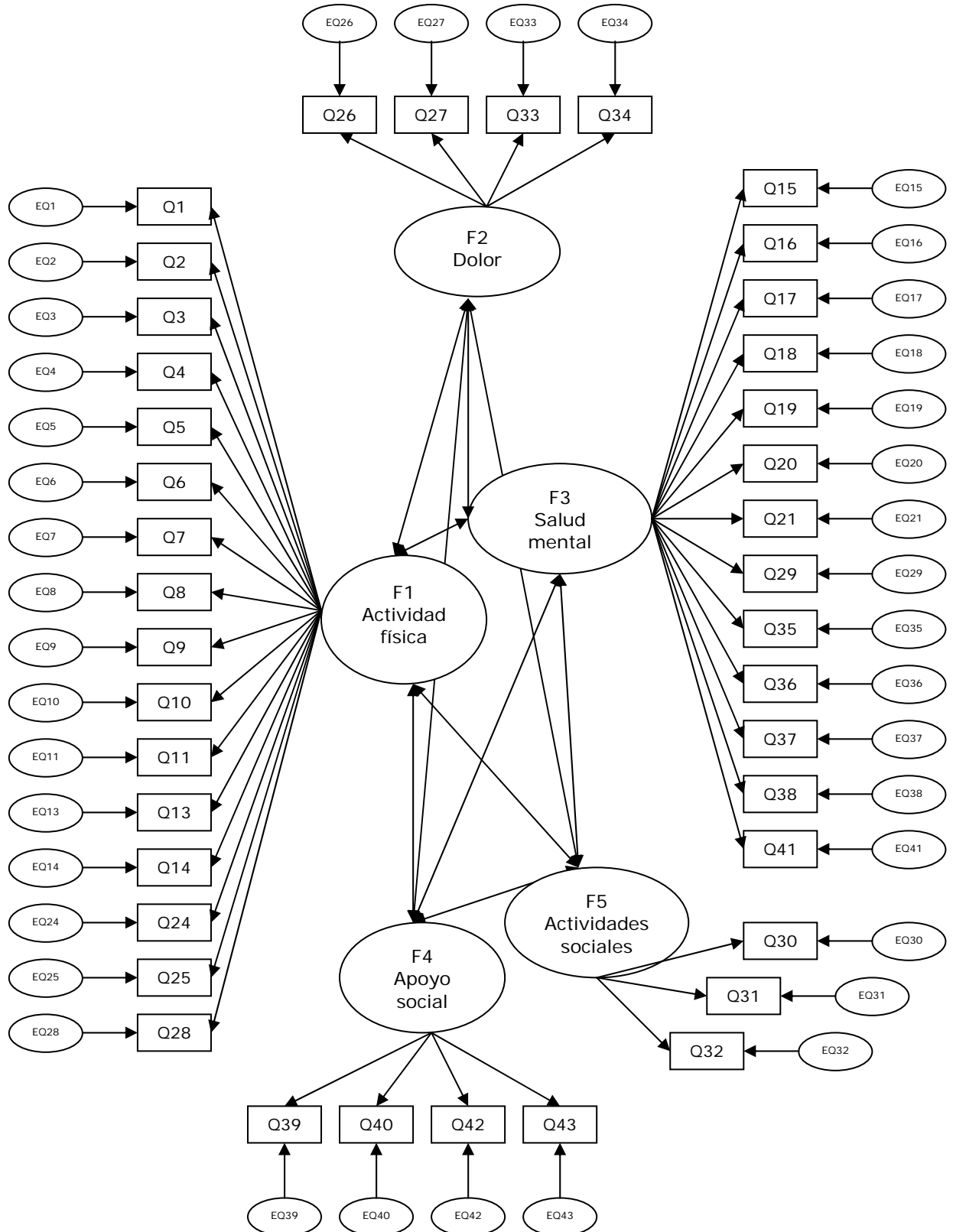
**Tabla 2:** Estructura factorial del OAKHQOL original (Rat et al., 2005)

5 Factores	Nº ítems	Ítems
1. Actividad física	16	Q1, Q2, Q3, Q4, Q5, Q6, Q7, Q8, Q9, Q10, Q11, Q13, Q14, Q24, Q25, Q28
2. Dolor	4	Q26, Q27, Q33, Q34
3. Salud mental	13	Q15, Q16, Q17, Q18, Q19, Q20, Q21, Q29, Q35, Q36, Q37, Q38, Q41
4. Apoyo social	4	Q39, Q40, Q42, Q43
5. Actividades sociales	3	Q30, Q31, Q32
Ítems independientes	3	Q12, Q22, Q23

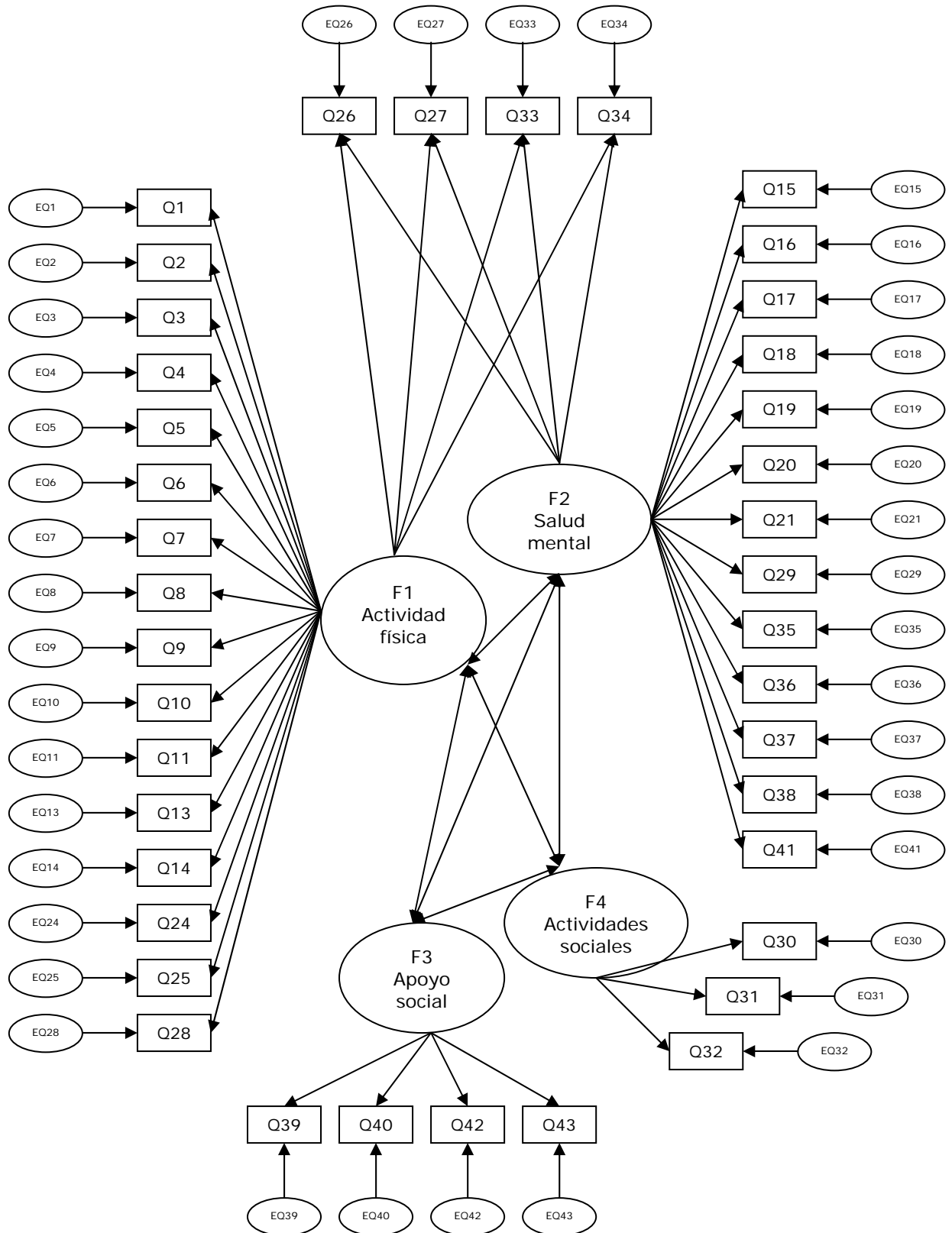
Para analizar la validez estructural realizamos dos análisis: un análisis factorial confirmatorio (AFC) y un análisis factorial exploratorio (AFE). Llevamos a cabo un AFC con el fin de comprobar si la solución factorial obtenida por los autores en el cuestionario original se confirmaba tras la adaptación transcultural. Para evaluar los resultados de los análisis utilizamos los siguientes índices de ajuste: el estadístico chi-cuadrado dividido por los grados de libertad (se consideran aceptables valores  $\leq 2$ ); el “root mean squared error of approximation” (RMSEA) (se consideran aceptables valores  $< 0.08$ ); el “non-normed fit index” (NNFI) y el “comparative fit index” (CFI) (se consideran aceptables valores  $> 0.90$ ); y los pesos factoriales (se consideran aceptables valores  $\geq 0.40$ ). No forzamos los modelos haciendo correlaciones entre errores ya que nuestra intención era replicar la metodología original de los autores.

Analizamos 3 modelos base. El primer modelo base analizado, constaba de 5 factores siguiendo la decisión final de los autores de considerar el dolor como un factor independiente (Figura 3). De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio francés original, un segundo modelo base constaría de 4 factores con ítems del dolor afectados por los dos primeros factores (actividad física y salud mental) (Figura 4). El último modelo base analizado estaría formado por 4 factores donde tres de los ítems del dolor irían a la dimensión de actividad física (Q26, Q27, Q33) y uno a la mental (Q34) tal y como sugerían los autores. Ya que en el estudio francés hallaron correlaciones en los dos primeros factores (actividad física y salud mental), analizamos correlaciones entre todos los factores (Figura 4).

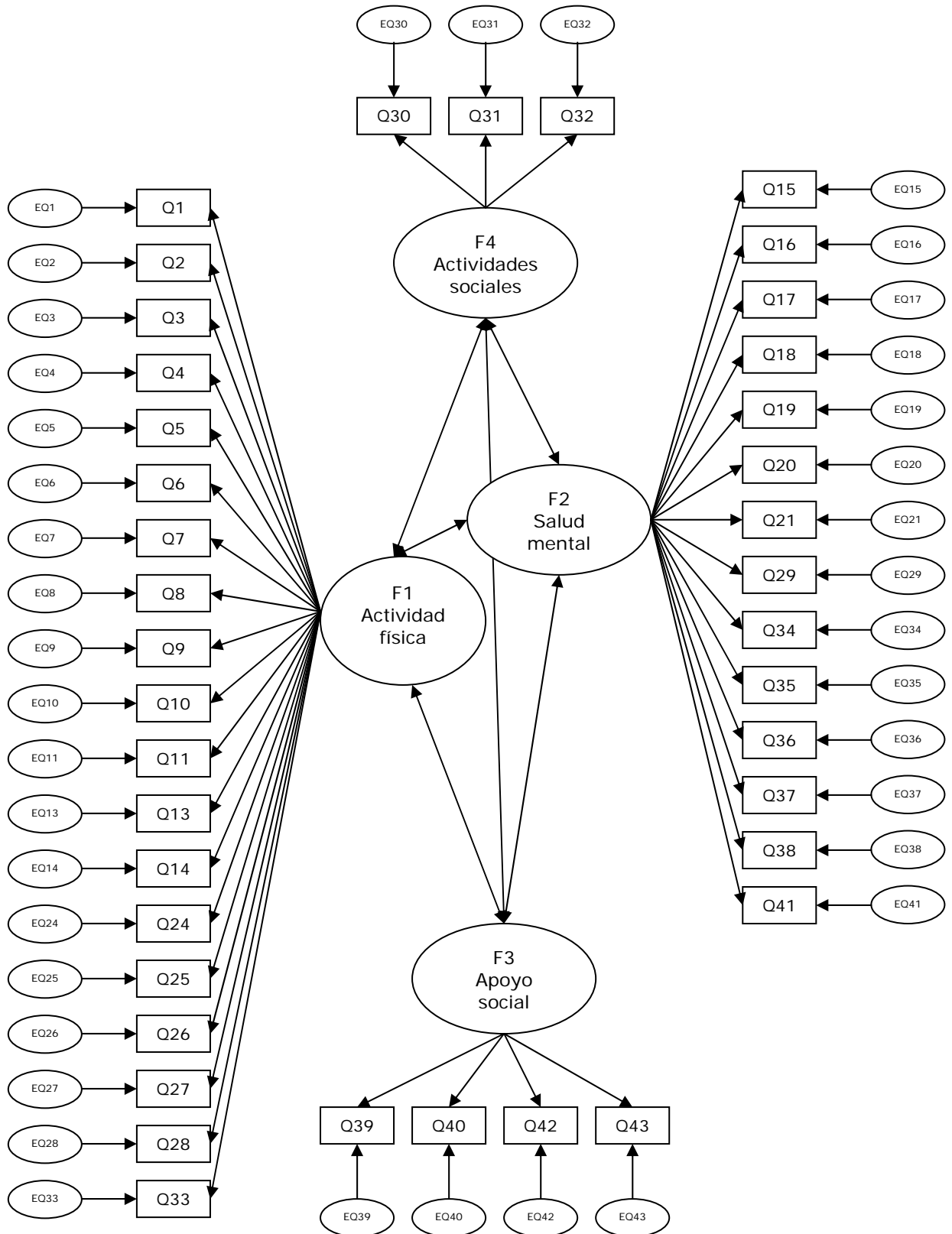
Figura 3: modelo base o “path diagram” de 5 factores.



**Figura 4:** modelo base o “path diagram” de 4 factores con ítems del dolor afectados por los dos primeros factores de actividad física y salud mental



**Figura 5:** modelo base o “path diagram” de 4 factores con tres ítems del dolor en el factor de actividad física y uno en el de salud mental.



Para el análisis factorial exploratorio (AFE) se han utilizado diferentes métodos de rotación: rotación ortogonal varimax (factores no relacionados) y rotación oblicua promax (factores relacionados). En cuanto al número de factores a considerar hemos retenido 3 y 4 factores con el fin de poder compararlos con la solución de los autores del cuestionario original. Los factores fueron seleccionados por la varianza máxima acumulada explicada con un eigenvalue  $\geq 1$  (criterio de Kaiser).

### *Fiabilidad*

La fiabilidad se analizó a través de dos métodos: 1) La consistencia interna, que se evaluó por medio del alpha de Cronbach, considerándose aceptables valores iguales o superiores a 0.70 (Cronbach, 1951), y por el porcentaje de ítems que correlacionan más alto con su dimensión hipotética que con el resto de dimensiones (“scaling success rates”); y 2) la reproducibilidad, es decir, habilidad de un instrumento de producir resultados similares en medidas repetidas y condiciones similares (Badia y Lizán, 2003), que se analizó por medio del test-retest. A los pacientes se les volvió a enviar el cuestionario a las dos semanas del primer envío y se les preguntó explícitamente si habían experimentado algún cambio en su estado de salud desde que completaron el cuestionario anterior. Cuando no se detectó ningún cambio, calculamos el coeficiente de correlación intraclass (CCI). Según sugiere la literatura (Shrout y Fleiss, 1979), un CCI  $>0.90$  es considerado excelente, bueno entre 0.71–0.90, moderado entre 0.51-0.70, mediocre entre 0.31-0.50, y pobre si es  $<0.30$ .

### *Sensibilidad al cambio*

Para evaluar la habilidad de la versión española del OAKHQOL para detectar cambios después de una intervención de PTC o PTR, pedimos a los pacientes que cumplimentaran los cuestionarios WOMAC y OAKHQOL seis meses después de la operación (Jones et al., 2000; Brazier et al., 1999). Los cambios se evaluaron mediante tres métodos: la prueba de la t para datos relacionados, el tamaño del efecto I (o tamaño del efecto estandarizado, TEE) y el tamaño de efecto II (o media de respuesta estandarizada, MRE) (Husted et al., 2000). Se ha propuesto en la literatura que los valores mayores de 0.8 representan una alta sensibilidad al cambio (Garratt et al., 1994; Beaton et al., 1997).

### **8.1.3 Resultados**

#### *Distribución de la versión española del OAKHQOL*

En la tabla 3 se muestra la distribución de valores de la versión española del OAKHQOL. Podemos observar cómo las puntuaciones más bajas se situaban en las dimensiones de actividad física (media, 26.38; DE, 19.39) y dolor (media, 30.39; DE, 24.00); y las puntuaciones más elevadas se encontraron en la dimensión de apoyo social (media, 73.29; DE, 22.54). El porcentaje de ítems perdidos no superaba el 9% en ninguna de las dimensiones. Los rangos observados coincidían para todas las puntuaciones (de 0 a 100) y se distribuían dentro de los valores del rango teórico. Asimismo, podemos ver un bajo efecto suelo que varía de 0.1 % en la dimensión de salud mental al 8.7% en la de dolor, del mismo modo, observamos un bajo efecto techo

que oscilaba del 0.4% en la dimensión de actividad física al 12.8% en la de apoyo social. Todos se situaban dentro del rango considerado aceptable (<15%).

**Tabla 3:** Distribución y coeficientes de fiabilidad para las 5 dimensiones de la versión española del OAKHQOL.

OAKHQOL	Actividad física (n= 737)	Dolor (n= 726)	Salud mental (n=720)	Apoyo social (n=717)	Actividades sociales (n=705)
Numero de ítems	16	4	13	4	3
Media (DE)	26.38 (19.39)	30.39 (24.00)	50.06 (23.48)	73.29 (22.54)	56.29 (26.05)
Ítems perdidos (%) <sup>a</sup>	34 (4.4)	45 (5.8)	51 (6.6)	54 (7.0)	66 (8.6)
Rango observado	0 - 100	0 - 100	0 - 100	0 - 100	0 - 100
Rango teórico <sup>b</sup>	0 - 100	0 - 100	0 - 100	0 - 100	0 - 100
Efecto suelo (%) <sup>c</sup>	4.2	8.7	0.1	1.5	3.3
Efecto techo (%) <sup>c</sup>	0.4	1.5	1.1	12.8	7.0
% "Scaling success" <sup>d</sup>	100	100	100	100	100
Alpha de Cronbach	0.93	0.83	0.91	0.78	0.60
CCI (n) <sup>e</sup>	0.81 (361)	0.75 (358)	0.80 (349)	0.39 (353)	0.42 (343)

DE, desviación estándar;<sup>a</sup> Número y porcentaje de pacientes con algún ítem perdido en la dimensión.

<sup>b</sup> El rango teórico en el cuestionario OAKHQOL es de 0 (peor CVRS) a 100 (mejor CVRS), a excepción de los ítems 12, 22, y 23, donde el rango de la escala va de 0 (mejor estado de salud) a 10 (peor estado de salud);<sup>c</sup> Porcentaje de pacientes con la peor (efecto suelo) y mejor (efecto techo) CVRS;<sup>d</sup> "Scaling success rates" es el porcentaje de ítems que correlaciona más con su dimensión hipotética que con el resto de dimensiones en el cuestionario;<sup>e</sup> CCI: Coeficiente de correlación intraclase.

En la tabla 4, se presentan los porcentajes por ítem del efecto suelo y techo del cuestionario original junto con los de la versión española. Se observan porcentajes mucho más elevados de efecto suelo en la versión española en casi todos los ítems de la dimensión de actividad física y de la del dolor. Sin embargo, ésta versión presenta porcentajes de efecto techo más altos en prácticamente todos los ítems de la dimensión de salud mental y en los ítems independientes de actividad sexual y relaciones. Las dimensiones de apoyo social, actividades sociales y el ítem independiente de vida profesional muestran porcentajes muy similares entre ambas versiones.

**Tabla 4:** Efecto suelo y techo por ítem de la versión original y la española del OAKHQOL.

Dimensiones	Ítems	versión española		Versión original	
		efecto suelo (%)	efecto techo (%)	efecto suelo (%)	efecto techo (%)
Actividad física	q1	19.9	1.8	4.9	9.5
	q2	26.7	2.4	3.6	13.6
	q3	41.4	0.7	4.6	12.8
	q4	29.1	1.7	9.5	9.9
	q5	28.9	1.0	4.5	11.3
	q6	14.3	9.3	18.7	12.1
	q7	22.2	6.8	14.5	9.9
	q8	47.6	3.5	9.1	21.4
	q9	25.7	1.9	2.7	12.2
	q10	20.5	3.0	10.9	9.5
	q11	17.3	6.9	29.2	9.5
	q13	22.6	2.04	6.0	7.8
	q14	27.2	1.9	5.5	8.7
	q24	33.8	2.8	4.5	12.7
Dolor	q25	41.7	26.8	59.7	8.1
	q28	26.9	8.8	44.4	6.5
	q26	38.9	1.9	1.8	12.4
	q27	16.0	2.8	3.2	5.9
Salud Mental	q33	25.7	10.7	21.5	8.7
	q34	23.5	12.6	22.4	9.1
	q15	21.6	6.4	26.3	5.5
	q16	37.8	7.1	15.4	23.2
	q17	50.6	6.1	14.5	25.4
	q18	5.3	42.3	58.9	3.6
	q19	6.3	23.2	24.3	8.7
	q20	6.7	26.0	37.6	4.1
	q21	2.8	40.3	36.0	4.2
	q29	14.0	22.8	26.8	11.4
	q35	20.0	21.8	26.4	9.1
Apoyo social	q36	6.2	30.5	23.2	1.4
	q37	11.3	29.5	29.6	2.3
	q38	14.4	18.3	28.0	8.3
	q41	14.4	22.5	25.7	20.1
Actividades sociales	q39	7.8	25.3	0.9	36.7
	q40	6.5	23.5	3.7	31.3
	q42	3.5	51.6	3.6	49.8
Vida profesional	q43	5.7	36.5	6.9	35.9
	q30	16.9	15.3	15.1	16.4
Actividad sexual	q31	13.8	24.6	7.2	36.5
	q32	10.5	27.1	5.4	36.8
Relaciones	q12	29.4	5.5	25.5	9.8
	q22	4.9	45.6	42.9	8.0
	q23	10.6	34.4	38.7	6.7

*Validez de contenido*

El reumatólogo y los traumatólogos que evaluaron la comprensibilidad y relevancia de los ítems del cuestionario, subrayaron la simplicidad de la terminología, la claridad de las preguntas y el hecho de que incluía dimensiones que frecuentemente se veían afectadas por la artrosis. Estos profesionales no sugirieron añadir o suprimir ningún ítem. Sin embargo, señalaron que la pregunta relacionada con la actividad sexual podía resultar incómoda para algunos pacientes.

*Validez de grupos conocidos*

En la versión española del OAKHQOL, las puntuaciones en las dimensiones de actividad física, dolor y salud mental disminuían (indicando menor CVRS) a medida que aumentaba la gravedad de la enfermedad medida por medio del índice del Lequesne (tabla 5). Esto confirma nuestra hipótesis inicial, ya que encontramos diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.001$ ) entre los diferentes grupos de gravedad, verificando que los grupos de mayor gravedad del trastorno presentaban peores puntuaciones. Para el resto de variables analizadas, encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los grupos del IMC en las dimensiones de actividad física ( $p = 0.003$ ) y salud mental ( $p = 0.040$ ) presentando una peor CVRS los pacientes con mayor IMC. A su vez, hallamos diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.001$ ) según el sexo en todas las dimensiones a excepción de las dos dimensiones sociales mostrando mejores puntuaciones en CVRS en el caso de los hombres. No se observó ninguna diferencia con respecto a la articulación afectada en ninguna de las dimensiones del cuestionario.

**Tabla 5:** Validez de grupos conocidos en las dimensiones de la versión española del OAKHQOL.

		OAKHQOL															
		Actividad física			Dolor			Salud mental			Apoyo social			Actividades sociales			
		N	Media	DS	p*	Media	DS	p*	Media	DS	p*	Media	DS	p*	Media	DS	p*
**IMC	<25 <b>(a)</b>	107	29.34 <sup>c</sup>	21.28	0.003	32.07	25.07	0.242	50.34	25.06	0.040	70.29	25.57	0.252	57.00	26.90	0.928
	25-30 <b>(b)</b>	311	28.45 <sup>c</sup>	19.90		31.71	24.57		52.40 <sup>c</sup>	23.36		73.25	22.35		56.81	26.18	
	>30 <b>(c)</b>	295	23.65 <sup>ab</sup>	17.81		28.71	23.00		47.51 <sup>b</sup>	22.82		74.55	21.34		56.08	25.53	
Sexo	Femenino	463	23.89	17.97	<0.001	27.46	22.72	<0.001	46.35	22.27	<0.001	74.46	22.24	0.069	55.19	26.51	0.144
	Masculino	274	30.59	20.95		35.38	25.30		56.33	24.17		71.28	22.96		58.17	25.16	
Articulación	Cadera	337	24.96	19.40	0.069	29.76	23.75	0.513	51.14	24.36	0.259	73.77	21.70	0.605	57.76	25.26	0.271
	Rodilla	400	27.57	19.33		30.93	24.22		49.16	22.71		72.89	23.25		55.04	26.67	
Gravedad (Lequesne)	Ninguna/media/moderada <b>(a)</b>	24	51.02 <sup>cd</sup>	21.32	<0.001	64.27 <sup>cd</sup>	22.05	<0.001	67.95 <sup>d</sup>	21.12	<0.001	65.62	24.33	0.202	56.67	29.53	<0.001
	Grave <b>(b)</b>	53	47.68 <sup>cd</sup>	19.66		51.70 <sup>cd</sup>	26.50		65.46 <sup>d</sup>	23.25		72.29	24.98		65.03 <sup>d</sup>	28.75	
	Muy grave <b>(c)</b>	117	34.03 <sup>abd</sup>	14.19		38.80 <sup>abd</sup>	21.20		56.22 <sup>d</sup>	21.31		72.99	20.72		63.78 <sup>d</sup>	22.80	
	Extremadamente grave <b>(d)</b>	371	18.62 <sup>abc</sup>	13.68		22.40 <sup>abc</sup>	18.23		43.66 <sup>abc</sup>	21.30		74.75	20.89		52.61 <sup>bc</sup>	25.59	

\*\*IMC= Índice de Masa Corporal

\* El valor-*p* se calculó para las puntuaciones de las dimensiones del OAKHQOL entre los diferentes grupos de IMC y de gravedad por medio de la ANOVA con el test de Scheffé., y según el sexo y la articulación a través de la prueba de la *t* de Student.

Nota: Las letras en negrita, indican diferencias estadísticamente significativas entre los grupos marcados. Por ejemplo, (ab) en el grupo (c) significa que ese grupo (c) es significativamente diferente de los grupos (a) y (b).

---

*Validez convergente y divergente*

Como hipotetizamos, la dimensión de actividad física del OAKHQOL estaba de moderada a altamente correlacionada con las dimensiones físicas del SF-36 (función física,  $r = 0.58$ ; rol físico,  $r = 0.61$ ; dolor,  $r = 0.64$ ; salud general,  $r = 0.41$ ; y el componente sumario físico,  $r = 0.59$ ) y la dimensión de dolor ( $r = -0.63$ ) y limitación de la capacidad funcional ( $r = -0.80$ ) del WOMAC (tabla 6). Hallándose correlaciones más bajas con las dimensiones mentales. Del mismo modo, la dimensión de dolor del OAKHQOL estaba altamente correlacionada con la dimensión del dolor ( $r = 0.61$ ) y otras dimensiones físicas del SF-36 y con la dimensión del dolor ( $r = -0.69$ ) y limitación de la capacidad funcional ( $r = -0.66$ ) del WOMAC, obteniendo correlaciones más bajas con las dimensiones mentales. La dimensión de salud mental del OAKHQOL presentó correlaciones de moderadas a altas con las dimensiones mentales del SF-36 (vitalidad,  $r = 0.53$ ; función social,  $r = 0.59$ ; rol emocional,  $r = 0.59$ ; salud mental,  $r = 0.61$ ; y componente sumario mental,  $r = 0.65$ ), encontrándose peores correlaciones con las dimensiones físicas del cuestionario. En la dimensión de apoyo social del OAKHQOL todas las correlaciones con las dimensiones del SF-36 fueron bajas. Lo mismo ocurría en el caso de la dimensión de actividades sociales del OAKHQOL, aunque en este caso se observaron correlaciones algo más altas con las dimensiones sociales y mentales del SF-36. Además, las tres dimensiones del OAKHQOL de actividad física, dolor y salud mental presentaban correlaciones de moderadas a altas con las dos tarifas sociales del EQ-5D (tarifa ET y tarifa EVA), obteniendo valores inferiores con la EVA.

**Tabla 6:** Matriz de correlación de Pearson de las dimensiones de la versión española del OAKHQOL con el SF-36, WOMAC y EQ-5D.

	OAKHQOL				
	Actividad física	Dolor	Salud mental	Apoyo social	Actividades sociales
<b>SF - 36</b>					
Función física	0.58**	0.42**	0.34**	-0.04	0.12**
Rol físico	0.61**	0.44**	0.40**	-0.10**	0.17**
Dolor corporal	0.64**	0.61**	0.47**	-0.14**	0.10**
Salud general	0.41**	0.39**	0.53**	-0.01	0.20**
Vitalidad	0.42**	0.43**	0.53**	-0.01	0.17**
Funcionamiento social	0.52**	0.39**	0.59**	-0.06	0.18**
Rol emocional	0.38**	0.36**	0.59**	0.01	0.22**
Salud mental	0.36**	0.31**	0.61**	-0.04	0.16**
CSF	0.59**	0.46**	0.25**	-0.12**	0.09*
CSM	0.36**	0.29**	0.65**	0.01	0.22**
<b>WOMAC</b>					
Dolor	-0.63**	-0.69**	-0.46**	0.15**	-0.09*
Rigidez	-0.48**	-0.46**	-0.34**	0.10*	-0.07
LCF	-0.80**	-0.66**	-0.50**	0.16**	-0.12**
<b>EQ-5D</b>					
Tarifa EVA	0.64**	0.56**	0.50**	-0.10*	0.12**
Tarifa ET	0.62**	0.54**	0.48**	-0.10**	0.11**
EVA	0.36**	0.34**	0.34**	-0.11**	0.10*

SF-36 = Short-Form 36; CSF = Componente Sumario Físico; CSM = Componente Sumario Mental; WOMAC = Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index; LCF = Limitación de la Capacidad Funcional

Tarifa ET = tarifas sociales obtenidas por el método de equivalencia temporal; Tarifa EVA = tarifas sociales obtenidas mediante la escala visual analógica; EVA = escala visual analógica.

\*\* . La correlación es significativa a nivel de 0.01. \* . La correlación es significativa a nivel de 0.05

### Validez estructural

Con respecto al análisis factorial confirmatorio para la estructura de los 3 modelos, en general, no se cumplen los requisitos establecidos para considerar un modelo aceptable. La  $\chi^2/_{gl}$  presenta valores superiores a 2 en los tres modelos base; el RMSEA expone valores mayores de 0.08; y el CFI y el NNFI muestran valores inferiores a 0.90 (tabla 7). Las correlaciones entre los factores se presentan en la tabla 8.

**Tabla 7:** Resultados del análisis factorial confirmatorio de los tres modelos base

	$\chi^2 / gl$	RMSEA	CFI	NNFI
Modelo base de 5 factores	4.09	0.0861	0.7780	0.7628
Modelo base de 4 factores con ítems del dolor relacionados con los dos primeros factores	4.34	0.0896	0.7600	0.7436
Modelo base de 4 factores con tres ítems del dolor en el factor de actividad física y uno en el de salud mental	4.46	0.0910	0.7507	0.7350

La estructura factorial de 4 factores, resultante del análisis factorial exploratorio de la versión española del OAKHQOL explica el 54% de la varianza. En la tabla 9 se presentan los resultados de la estructura factorial de 4 factores obtenida a través del método de rotación varimax ortogonal puesto que es la rotación que mejor se ajustaba a la utilizada por los autores franceses en el análisis exploratorio original. Encontramos algunas diferencias con respecto a la estructura factorial de los autores. En la dimensión de actividad física hay tres ítems (q6, q7, q8) que presentan unos pesos factoriales más elevados en un tercer factor, y además, el ítem q25, que presenta un peso similar en el factor físico y en un tercer factor. Con respecto a la dimensión del dolor, encontramos 2 ítems (q26 y q27) que puntúan alto en la dimensión de actividad física y los otros dos (q33 y q34) en un tercer factor. La dimensión de salud mental queda igual que en el cuestionario original, sin embargo también se observan pesos factoriales elevados (>0.4) de tres ítems (q15, q16, q17) en la dimensión de actividad física. Finalmente las dimensiones de apoyo social y actividades sociales aparecen agrupadas en un solo factor. Cabe destacar el bajo peso factorial del ítem q30, que presenta valores <0.4 en todos los factores.

**Tabla 8:** Correlaciones entre los factores de los tres modelos base.

<u>Modelo de 5 factores</u>			
<b>Var1</b>	<b>Var2</b>	<b>Parámetro</b>	<b>Cálculo</b>
<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>COVF1F2</b>	<b>0.79854</b>
<b>F1</b>	<b>F3</b>	<b>COVF1F3</b>	<b>0.59237</b>
<b>F2</b>	<b>F3</b>	<b>COVF2F3</b>	<b>0.63281</b>
F1	F4	COVF1F4	0.17866
F2	F4	COVF2F4	0.20056
F3	F4	COVF3F4	0.02725
F1	F5	COVF1F5	-0.15857
F2	F5	COVF2F5	-0.00355
F3	F5	COVF3F5	-0.25961
<b>F4</b>	<b>F5</b>	<b>COVF4F5</b>	<b>0.45365</b>

<u>Modelo de 4 factores con items del dolor afectados por los dos primeros factores de actividad física y salud mental</u>			
<b>Var1</b>	<b>Var2</b>	<b>Parámetro</b>	<b>Cálculo</b>
<b>F1</b>	<b>F3</b>	<b>COVF1F3</b>	<b>0.59341</b>
F1	F4	COVF1F4	0.18902
F3	F4	COVF3F4	0.03407
F1	F5	COVF1F5	-0.14562
F3	F5	COVF3F5	-0.25653
<b>F4</b>	<b>F5</b>	<b>COVF4F5</b>	<b>0.45169</b>

<u>Modelo de 4 factores con 3 items del dolor en el factor de actividad física y uno en el de salud mental</u>			
<b>Var1</b>	<b>Var2</b>	<b>Parámetro</b>	<b>Cálculo</b>
<b>F1</b>	<b>F3</b>	<b>COVF1F3</b>	<b>0.62947</b>
F1	F4	COVF1F4	0.18597
F3	F4	COVF3F4	0.03595
F1	F5	COVF1F5	-0.14950
F3	F5	COVF3F5	-0.26301
<b>F4</b>	<b>F5</b>	<b>COVF4F5</b>	<b>0.45206</b>

**Tabla 9:** Análisis factorial exploratorio de 4 factores con rotación varimax  
ortogonal

	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	
q1	73 *	14	18	4	
q2	60 *	12	49 *	7	
q3	75 *	11	9	-4	
q4	84 *	15	2	0	
q5	81 *	8	17	9	
q6	53 *	24	58 *	-4	
q7	32	20	75 *	2	
q8	33	16	72 *	8	
q9	73 *	20	27	4	
q10	66 *	15	42 *	1	
q11	69 *	25	36	-5	
q13	79 *	23	6	-4	
q14	80 *	19	12	-5	
q24	59 *	26	13	10	
q25	38	8	39	-6	
<b>Actividad física</b>	q28	59 *	29	30	3
-----					
	q26	64 *	29	25	12
	q27	60 *	34	24	18
<b>Dolor</b>	q33	25	41 *	43 *	6
	q34	27	36	47 *	11
-----					
	q15	53 *	61 *	14	7
	q16	49 *	46 *	9	6
	q17	40 *	43 *	-2	11
	q18	11	51 *	28	-5
	q19	23	79 *	7	-3
	q20	20	81 *	3	-12
	q21	8	69 *	16	-19
	q29	21	67 *	17	-5
	q35	27	71 *	10	10
	q36	3	80 *	10	-8
	q37	9	75 *	15	-10
<b>Salud mental</b>	q38	17	52 *	-5	6
	q41	23	40 *	18	-5
-----					
	q39	17	14	2	66 *
	q40	20	4	3	67 *
<b>Apoyo social</b>	q42	4	0	2	73 *
	q43	10	-3	5	73 *
-----					
	q30	-10	-11	21	28
<b>Actividades sociales</b>	q31	-26	-19	-2	48 *
	q32	-4	-14	-5	66 *

Los valores presentados están multiplicados por 100 y redondeados al número entero más cercano. Valores mayores de 0.4 aparecen marcados con un “\*”.

### *Fiabilidad*

Los resultados de fiabilidad se detallan en la tabla 3. El cuestionario presenta buena consistencia interna con un alpha de Cronbach  $\geq 0.78$  en todas las dimensiones a excepción de la de actividades sociales con un valor de 0.60. El porcentaje de ítems del OAKHQOL que correlaciona mejor con su dimensión hipotética que con el resto de dimensiones es el 100%. En relación con el test- retest en la tabla 3 observamos un CCI  $\geq 0.75$  en todas las dimensiones menos en las de apoyo social (ICC = 0.39) y actividades sociales (ICC = 0.42).

### *Sensibilidad al cambio*

Un total de 129 pacientes completaron el cuestionario OAKHQOL antes de ser intervenidos de PTC o PTR y a los 6 meses de la intervención: 77 (59.7%) de los pacientes presentaban artrosis de rodilla; la edad media era de 69.82 años (DE = 8.74); y 76 (58.9%) eran mujeres. Como puede observarse en la tabla 10, las puntuaciones de las dimensiones de actividad física, dolor y salud mental del OAKHQOL mejoran tras la cirugía. Este cambio es estadísticamente significativo en todas las dimensiones a excepción de la dimensión de actividades sociales ( $p=0.211$ ). Las dos dimensiones más sensibles fueron la del dolor (TEE=1.37; MRE=1.02) y la de actividad física (TEE=1.20; MRE=0.98). Se observaron valores negativos en las dimensiones de apoyo social y actividades sociales.

**Tabla 10:** Sensibilidad al cambio de las dimensiones de la versión española del OAKHQOL.

OAKHQOL	N	Pre intervención media(DE)	6 meses media (DE)	*Diferencia media (DE)	*Valor p	*TEE	*MRE
<b>Actividad física</b>	122	26.56 (17.49)	47.63 (26.35)	21.08 (21.59)	<0.001	1.20	0.98
<b>Dolor</b>	120	31.47 (23.43)	63.51 (30.33)	32.03 (31.52)	<0.001	1.37	1.02
<b>Salud mental</b>	120	50.95 (22.57)	64.83 (23.98)	13.88 (22.14)	<0.001	0.61	0.63
<b>Apoyo social</b>	118	75.16 (19.39)	68.16 (26.35)	-7.00 (25.80)	<0.001	-0.36	-0.27
<b>Actividades sociales</b>	118	59.36 (26.15)	55.85 (30.14)	-3.52 (37.54)	0.211	-0.13	-0.09

\*Diferencia = 6 meses – Pre intervención.

\*Valor p: comparación de medias pre-intervención – 6 meses (ts pareadas)

\*TEE= Tamaño de efecto estandarizado (Standardized Effect Size, SES): la diferencia entre la media de las puntuaciones basales y las puntuaciones de seguimiento, dividido por la desviación estándar de las puntuaciones basales

\*MRE= Media de respuesta estandarizada (Standardized Response Mean, SRM): la puntuación media del cambio dividido por la desviación estándar de esta puntuación de cambio.

#### **8.1.4- Discusión**

En este estudio de validación, encontramos que nuestra versión del OAKHQOL presenta buen contenido, buena aceptabilidad, facilidad de administración, una consistencia interna de moderada a alta, y una excelente reproducibilidad para las dimensiones físicas (actividad física y dolor) y la dimensión de salud mental, en una extensa muestra de pacientes con artrosis de cadera o rodilla. A su vez, la versión española del OAKHQOL discrimina bien entre los diferentes grupos de severidad de la enfermedad. Además, presenta una elevada sensibilidad al cambio en estas dimensiones.

El cuestionario muestra un bajo efecto suelo y techo, así como un bajo porcentaje de ítems perdidos. La fiabilidad del cuestionario queda reflejada en la buena consistencia interna observada, con un  $\alpha$  de Cronbach  $\geq 0.78$  en todas las dimensiones, a excepción de la de actividades sociales. Esto sugiere que todas las escalas pueden ser utilizadas para comparaciones de grupos, y algunas de ellas, como la de actividad física y salud mental, podrían incluso utilizarse a nivel individual. Del mismo modo, se observaron buenos resultados con respecto al ICC en todas las dimensiones salvo las dimensiones de apoyo social y actividades sociales. Las dimensiones sociales por lo tanto, se encuentran claramente diferenciadas del resto, concordando con los resultados obtenidos en la validación original en francés (Rat et al., 2005).

Con respecto a la validez de grupos conocidos, deberían señalarse dos cuestiones. La primera, es la capacidad del cuestionario de diferenciar entre grupos de diferente severidad. Sin embargo, las dimensiones de actividades sociales y apoyo social, no diferencian. Esto puede ser debido al hecho de que las actividades sociales y el apoyo social, no se encuentran relacionados con la gravedad del trastorno. En

segundo lugar, habría de destacarse el similar impacto que presentan para la validez de grupos conocidos en nuestro estudio, variables como el IMC, el sexo, y la articulación afectada con respecto a los obtenidos en la validación original en francés. Las pequeñas diferencias encontradas entre nuestros resultados y los del estudio original de Rat et al. podrían deberse a diferencias en la muestra. El estudio francés original incluía tres tipos diferentes de severidad (pacientes tratados médicamente, pacientes en lista de espera para reemplazo articular, y pacientes intervenidos de prótesis articular) (Rat et al., 2005), en cambio nuestra muestra era mucho más homogénea, estaba constituida por pacientes que iban a ser intervenidos de reemplazo articular, con criterios de selección mucho más delimitados y por lo tanto con un menor error de medición que en la muestra francesa más heterogénea.

En relación a la validez convergente, el OAKHQOL correlaciona bien con las dimensiones pertinentes del WOMAC y del SF-36. La excepción se encuentra en la dimensión de actividades sociales donde hallamos una correlación débil. Una tendencia similar se observó en el estudio de validación francés. Esto puede ser debido al hecho de que la dimensión de actividades sociales del OAKHQOL no mide los mismos aspectos de la CVRS que las correspondientes dimensiones del SF-36. Nuestros resultados se hallan en la línea de los obtenidos por Rat et al. (2006), donde encontraron correlaciones del OAKHQOL buenas o moderadas con el SF-36, en todas las dimensiones a excepción de la dimensión de actividades sociales.

La estructura factorial resultante en el análisis factorial exploratorio de la versión española del OAKHQOL, al igual que la obtenida por los autores del cuestionario original, muestra 4 factores. Sin embargo como señalamos en el apartado de resultados, encontramos algunas diferencias en la dimensión de actividad física y las dos dimensiones sociales. En la dimensión de actividad física hallamos tres ítems (q6, q7 y

q8) que también presentaban unos pesos factoriales elevados en otro factor. Esto puede ser debido a que son tres ítems fuertemente inter-relacionados, asociados al cuidado personal; “tengo dificultad para bañarme”, tengo dificultad para vestirme” y “tengo dificultad para cortarme las uñas de los pies”. Las dos dimensiones sociales a su vez aparecen agrupadas en un solo factor, probablemente por presentar ambas ítems de naturaleza social. Además, la fusión de estas dos dimensiones sociales podría explicarse porque en nuestra cultura ambas dimensiones están íntimamente relacionadas. Las actividades sociales en España se realizan dentro de nuestra red de apoyo social de amigos y familiares. En cambio, en la cultura francesa hay una profunda diferenciación de estas dos dimensiones sociales ya que los franceses disponen de redes de apoyo externas a las familiares o de amistades y así mismo las personas mayores allí son mucho más independientes que en España siendo más proclives a desarrollar actividades sociales fuera de su círculo de apoyo social.

Estas diferencias con respecto al modelo original podrían atribuirse además a diferencias muestrales. El alto nivel de severidad de la artrosis en nuestra muestra, ya que son pacientes reclutados de las listas de espera para ser intervenidos de prótesis de cadera o rodilla, podría ser una dificultad para la comparación con el estudio francés original. Como hemos señalado anteriormente, nuestra muestra se caracterizaba por ser pacientes con un elevado nivel de gravedad, sin embargo la muestra de los autores estaba compuesta por tres niveles diferentes de severidad. Además, los efectos suelo y techo por ítem de las muestras son muy diferentes, nuestra muestra presenta a nivel basal, porcentajes más elevados de efecto suelo que los de la muestra original en los ítems de casi todas las dimensiones, es decir que presentan una peor CVRS que la muestra original a nivel basal.

Entre los pacientes intervenidos de prótesis de cadera o rodilla, observamos una mejora en las puntuaciones del OAKHQOL en las dimensiones de actividad física, dolor y salud mental, a los 6 meses de la intervención. Esto era de esperar, ya que la intervención afecta más directamente a la función física y mental que a las actividades sociales, no teniendo porqué influir en el apoyo social. El cambio en las puntuaciones en la dimensión del apoyo social, podría estar relacionado con los 4 ítems que la constituyen. De estos, dos se hallan relacionados con el apoyo específico para la artrosis mientras que los otros dos son ítems acerca del apoyo en general. El descenso en la puntuación posquirúrgica de la dimensión de apoyo social del OAKHQOL fue en gran medida debido a los cambios en estos ítems generales. Esto podría deberse a la percepción del paciente de la disminución en el apoyo global tras la cirugía, mientras que el apoyo que el paciente tiene debido a la enfermedad permanece estable. Además en pacientes de edad avanzada es probable que su red de apoyo social tienda a verse disminuida debido al fallecimiento de su pareja o amigos. Estos datos concuerdan con los obtenidos por Rat et al. (2006), quienes encontraron una media de respuesta estandarizada (MRE)  $< 0.2$  para las dimensiones sociales.

Otra variable que podría estar influyendo en la sensibilidad al cambio de la dimensiones de actividades sociales del cuestionario a los 6 meses, es la edad elevada de los participantes. En la tercera edad, los sujetos presentan una alta resistencia al cambio, son rutinarios, pueden introducir cambios a corto plazo pero a largo plazo tienden a volver a los hábitos antiguos.

Estas dimensiones de actividades sociales y apoyo social son bastante relevantes para entender a la familia del paciente y la atmósfera social, así como para conocer las redes de apoyo con las que cuenta el sujeto.

Además de estas dimensiones, el OAKHQOL presenta otros factores importantes influyentes en la CVRS de estos pacientes. Así, dado que nuestros resultados son similares a los del estudio francés original, al igual que hicieron estos autores podemos destacar algunas ventajas de este cuestionario de CVRS frente al resto (Rat et al., 2006). De este modo, el OAKHQOL además de las dimensiones propias de los cuestionarios específicos de actividad física y dolor, analiza otras dimensiones igualmente importantes e influyentes en la CVRS del individuo con artrosis como son la salud mental, las actividades sociales, la sexualidad, el sueño, los efectos secundarios, etc. Asimismo, este cuestionario recoge algunos otros aspectos importantes como el apoyo social que cuestionarios genéricos de CVRS como el SF-36 no evalúan, por lo tanto obtiene una visión más global de la CVRS del individuo.

Al comparar los resultados de fiabilidad (alpha de Cronbach) y sensibilidad al cambio (TEE y MRE) de las dimensiones de actividad física y dolor del OAKHQOL, con las dimensiones de limitación de la capacidad funcional y dolor del WOMAC respectivamente en la muestra de este estudio, se observaron resultados muy similares. El alpha de Cronbach para la dimensión del dolor presenta valores de 0.86 (WOMAC) y de 0.83 (OAKHQOL). En cuanto a la funcionalidad, el alpha de Cronbach toma valores de 0.96 (WOMAC) y 0.93 (OAKHQOL). Con respecto a la sensibilidad al cambio, la dimensión del dolor del WOMAC muestra un TEE de 1.32 siendo de 1.37 en la del OAKHQOL, y una MRE de 0.99 y de 1.02 para el WOMAC y el OAKHQOL respectivamente. En la dimensión de funcionalidad, la sensibilidad al cambio en el WOMAC presenta un TEE de 0.89 y de 1.20 en el OAKHQOL; y una MRE de 0.81 para el WOMAC y de 0.98 para el OAKHQOL.

Por lo tanto, el OAKHQOL además de poseer propiedades psicométricas de fiabilidad y sensibilidad al cambio similares a las del WOMAC, incluye dimensiones

como la de salud mental, igualmente relevantes para la CVRS de estos pacientes. La dimensión de salud mental del OAKHQOL, asimismo, presenta mejores resultados de fiabilidad en la muestra de pacientes de este estudio, que la dimensión de salud mental del SF-36, extrayendo estos resultados de los artículos donde se validó el cuestionario (Escobar et al., 2007b; Quintana et al., 2005) en una muestra de pacientes que también padecían de artrosis de cadera o rodilla. Así, el OAKHQOL presenta un alpha de Cronbach de 0.90 y 0.92 en los pacientes con artrosis de rodilla y cadera respectivamente, siendo esta de 0.87 en el SF-36 tanto para pacientes de rodilla como para los de cadera en esta dimensión. La sensibilidad al cambio de la dimensión de salud mental en el OAKHQOL muestra un TEE de 0.51 y 0.78 para los pacientes de rodilla y de cadera, presentando TEE inferiores, de 0.32 y 0.54, para los pacientes de rodilla y cadera en el SF-36. En la MRE del OAKHQOL se observan valores de 0.47 y 1.0 en los pacientes con artrosis de rodilla y cadera respectivamente, exponiendo MRE de 0.33 y 0.54 en pacientes con artrosis de rodilla y cadera en el SF-36.

De este modo, podemos señalar que el OAKHQOL presenta una mayor sensibilidad al cambio en dimensiones como la de salud mental, captando así aspectos de la CVRS del individuo que el cuestionario genérico SF-36 no es capaz de captar.

El presente estudio posee varios puntos fuertes. Estos incluyen el cuidadoso proceso de adaptación llevado a cabo siguiendo las recomendaciones internacionales (Guillemin et al., 1993; Beaton et al., 2000), el amplio tamaño muestral, la inclusión de pacientes con artrosis de cadera o rodilla reclutados en varios hospitales de España y la utilización de diferentes instrumentos de resultados percibidos por el paciente (patient reported outcomes, PROs) para evaluar la validez de la versión española del OAKHQOL, y comprobar su sensibilidad al cambio tras una intervención de eficacia clínica reconocida. Por esta razón nuestros hallazgos sugieren una buena comprensión

y, por lo tanto, no fue necesario modificar ningún ítem. La única modificación menor realizada fue en la disposición de las opciones de respuesta de los ítems 11, 12, 22 y 23.

En conclusión, nuestros resultados confirman las propiedades psicométricas de la versión española del cuestionario OAKHQOL. Comparando con el cuestionario original, obtuvimos resultados similares de validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio. Así, estos hallazgos indican que la versión española del cuestionario OAKHQOL es una herramienta válida para su utilización en estudios transversales para evaluar CVRS en pacientes con artrosis de extremidades inferiores.

**— ESTUDIO II: CVRS Y FACTORES PSICOLÓGICOS —**

## **8.2 ESTUDIO II: Calidad de vida relacionada con la salud y factores psicológicos**

### **8.2.1 Objetivo**

La finalidad de este segundo estudio fue analizar la relación existente entre las variables independientes de depresión, ansiedad y estilos de afrontamiento, con la CVRS de los sujetos con artrosis.

### **8.2.2 Hipótesis**

Los pacientes con artrosis de cadera o rodilla desarrollan frente a su enfermedad diferentes estilos de afrontamiento asociados con la sintomatología ansiosa y depresiva (Keefe et al., 1987; Brown et al., 1989; Earle y Kelly, 2005; Klasen et al., 2006; Tuncay et al., 2008; Hamdan-Mansour et al., 2009). De este modo, nuestra primera hipótesis fue que:

- 1) El estilo de afrontamiento adoptado por el sujeto para afrontar su artrosis afectaría a su CVRS, obteniendo mejores resultados en CVRS los pacientes con estilos de tipo positivo que los pacientes que adoptan estilos de tipo negativo, medidos mediante el cuestionario CAEPO.

La calidad de vida relacionada con la salud de estos pacientes, ha demostrado estar asociada con alteraciones en el estado de ánimo como son los síntomas de ansiedad y depresión (Creamer et al., 2000; Brander et al., 2003; Montin et al., 2007; Lin, 2008; Clarke y Currie, 2009). Así, siguiendo la línea de los trabajos de Ozcetin (2007) y Brander et al. (2003), hipotetizamos que:

- 2) Las puntuaciones en los cuestionarios SF-36, EQ-5D, WOMAC y OKHQOL de CVRS serían peores en los pacientes con artrosis y altos niveles de ansiedad, evaluados por medio de un ítem de ansiedad.
- 3) Las puntuaciones en los cuestionarios SF-36, EQ-5D, WOMAC y OKHQOL de CVRS serían peores en los pacientes con artrosis que presenten síntomas de depresión, evaluados por medio del cuestionario BDI.

Se ha visto en la literatura la intensa relación existente entre la ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades crónicas (VanDyke et al., 2004; Clarke y Currie, 2009), por ello, nuestra última hipótesis fue que:

- 4) Los pacientes con artrosis y altos niveles de ansiedad, presentarían a su vez síntomas de depresión.

### **8.2.3 Metodología**

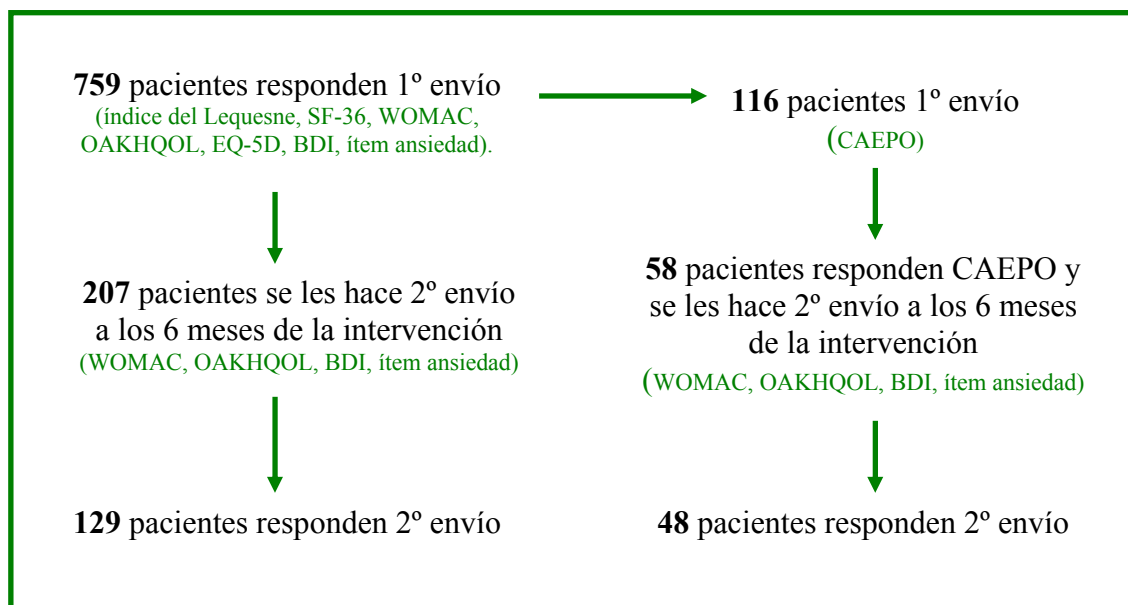
Dentro del estudio global, se sitúa este estudio prospectivo llevado a cabo con pacientes diagnosticados de artrosis de cadera y rodilla reclutados entre Enero del 2007 y Enero del 2008, en 7 hospitales del Sistema Nacional de la Salud en España.

#### *8.2.3.1 Descripción de la muestra*

Utilizamos una muestra de pacientes reclutados de las listas de espera para ser operados de prótesis total de cadera (PTC) o prótesis total de rodilla (PTR) en los 7 hospitales participantes. Se pidió a los sujetos que cumplimentaran los cuestionarios OAKHQOL, WOMAC, EQ-5D, SF-36, el índice del Lequesne y preguntas sociodemográficas sobre el sexo, la edad, la articulación afectada, el peso y la altura. Para analizar los síntomas depresivos, el estilo de afrontamiento y la ansiedad, los

pacientes cumplimentaron el BDI, el CAEPO y una pregunta para analizar el nivel de ansiedad, respectivamente.

**Figura 6:** Tamaños muestrales del ESTUDIO II



Una muestra total de 759 pacientes reclutados de las listas de espera para reemplazo articular aceptaron participar en el estudio y cumplimentaron los cuestionarios: WOMAC, índice del Lequesne, SF-36, OAKHQOL, EQ-5D, BDI y un ítem de ansiedad. Se realizó un segundo envío del OAKHQOL, del WOMAC, del BDI y del ítem de ansiedad a 207 pacientes 6 meses después de la cirugía protésica. A este segundo envío respondieron 129 (62.3%) pacientes. A 116 pacientes de la muestra total, se les envió el CAEPO antes de ser intervenidos, de los cuales 58 (50.0%) cumplimentaron el cuestionario. Además, a estos 58 pacientes que cumplimentaron el CAEPO a nivel basal, se les realizó un segundo envío del WOMAC, del OAKHQOL, del BDI y del ítem de ansiedad a los 6 meses de la intervención, de los cuales respondieron 48 (82.8%) (figura 6).

**Tabla 11:** Tabla descriptiva de la muestra total.

	Muestra total (n=759) n (%)		Muestra total (n=759) media (DE)
<b>Grupos de edad</b>		<b><sup>c</sup>IMC</b>	29.36 (4.37)
≤ 59	109 (14.4%)	<b>Edad</b>	69.81 (9.29)
60 - 69	226 (29.8%)	<b><sup>d</sup>SF-36</b>	
70 -79	343 (45.2%)	Función física	23.15 (20.35)
≥ 80	81 (10.7%)	Rol físico	29.77 (25.10)
<b>Sexo</b>		Dolor	27.79 (21.38)
Hombre	282 (37.2%)	Salud general	44.10 (20.25)
Mujer	477 (62.8%)	Vitalidad	42.90 (23.60)
<b>Articulación</b>		Función social	53.73 (29.94)
Cadera	350 (46.1%)	Rol emocional	65.37 (31.55)
Rodilla	409 (53.9%)	Salud mental	55.23 (21.91)
<b>Índice Lequesne</b>		<b><sup>e</sup>CSF</b>	26.37 (7.75)
Ninguna /media/moderada gravedad	24 (4.2%)	<b><sup>f</sup>CSM</b>	43.78 (13.13)
Grave	53 (9.3%)	<b><sup>g</sup>WOMAC</b>	
Muy grave	118 (20.7%)	Dolor	52.25 (19.36)
Extremadamente grave	376 (65.8%)	Rigidez	51.02 (24.33)
<b><sup>a</sup>BDI</b>		<b><sup>h</sup>LCF</b>	57.26 (20.02)
Presentan síntomas de depresión	76 (15.2%)	<b><sup>i</sup>OAKHQOL</b>	
No presentan síntomas de depresión	424 (84.8%)	Actividad física	26.38 (19.39)
<b>Ítem ansiedad</b>		Dolor	30.39 (24.00)
Nada ansioso	211 (28.9%)	Salud mental	50.06 (23.48)
Un poco ansioso	200 (27.4%)	Apoyo social	73.29 (22.54)
Moderadamente ansioso	218 (29.9%)	Actividades sociales	56.29 (26.05)
Muy/extremadamente ansioso	100 (13.7%)	<b>EQ-5D</b>	
<b><sup>b</sup>CAEPO</b>		<b><sup>j</sup>Tarifa EVA</b>	0.430 (0.208)
Estilo negativo	18 (36.67%)	<b><sup>k</sup>Tarifa ET</b>	0.368 (0.329)
Estilo positivo	31 (63.3%)	<b><sup>l</sup>EVA</b>	45.68 (19.64)

<sup>a</sup>BDI= Beck Depression Inventory; <sup>b</sup>CAEPO= Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos; <sup>c</sup>IMC= Índice de Masa Corporal ; <sup>d</sup>SF-36 = Short-Form 36; <sup>e</sup>CSF = Componente Sumario Físico; <sup>f</sup>CSM = Componente Sumario Mental; <sup>g</sup>WOMAC = Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index; <sup>h</sup>LCF = Limitación de la Capacidad Funcional; <sup>i</sup>OAKHQOL= Osteoarthritis Knee Hip Quality of Life; <sup>j</sup>Tarifa EVA = tarifas sociales obtenidas mediante la escala visual analógica.; <sup>k</sup>Tarifa ET = tarifas sociales obtenidas mediante el método de equivalencia temporal; <sup>l</sup>EVA= escala visual analógica\*

La edad media de la muestra total era de 69.81 (DE= 9.29), el 62.8% eran mujeres, el 53.9% de los pacientes estaban afectados de artrosis de rodilla y mostraban un IMC medio de 29.36 (DE= 4.37). De acuerdo con el índice del Lequesne, el 65.8% de los pacientes se encontraban en el grupo de mayor gravedad. El 84.8 % no presentaban síntomas de depresión y un 63.3 % presentaban un estilo de afrontamiento

positivo. Los porcentajes de pacientes en los grupos de ansiedad fueron similares salvo en el grupo de mayor ansiedad donde se encontraba el menor porcentaje de pacientes (13.7%) Otros datos como las puntuaciones en la CVRS de los cuestionarios SF-36, WOMAC, OAKHQOL y EQ-5D basales se incluyen en la tabla 11.

**Tabla 12a:** Características de la muestra que responde al CAEPO y los que no responden.

	No responden <sup>a</sup> CAEPO (n=58) n (%) <sup>*</sup>	Responden <sup>a</sup> CAEPO (n =58) n (%) <sup>*</sup>	$\chi^2$ Valor p
<b>Edad grupos</b> ≤ 59	9 (31.9%)	14 (60.9%)	0.060
60 - 69	18 (52.9%)	16 (47.1%)	
70 - 79	19 (43.2%)	25 (56.8%)	
≥ 80	12 (80.0%)	3 (20.0%)	
<b>Sexo</b>			1
Hombres	30 (49.2%)	31 (50.8%)	
Mujeres	28 (50.9%)	27 (49.1%)	
<b>Articulación</b>			1
Cadera	33 (49.3%)	34 (50.7%)	
Rodilla	25 (51.0%)	24 (49.0%)	
<b>Índice Lequesne</b>			0.150
Ninguna/media/moderada gravedad	1 (25.0%)	3 (75.0%)	
Grave	2 (25.0%)	6 (75.0%)	
Muy grave	8 (40.0%)	12 (60.0%)	
Extremadamente grave	31 (58.5%)	22 (41.5%)	
<b><sup>b</sup>BDI</b>			1
Presentan síntomas de depresión	3 (50.0%)	3 (50.0%)	
No presentan síntomas de depresión	34 (46.6%)	39 (53.4%)	
<b>Ítem ansiedad</b>			0.559
Nada ansioso	16 (48.5%)	17 (51.5%)	
Un poco ansioso	16 (50.0%)	16 (50.0%)	
Moderadamente ansioso	20 (55.6%)	16 (44.4%)	
Muy/extremadamente ansioso	3 (30.0%)	7 (70.0%)	

<sup>a</sup>CAEPO= Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos; <sup>b</sup>BDI= Beck Depression Inventory;

\*Se presentan porcentajes de fila

**Tabla 12b:** Características de la muestra que responde al CAEPO y los que no responden.

	No responden <sup>a</sup> CAEPO (n=58)	Responden <sup>a</sup> CAEPO (n =58)	<i>t test Valor p</i>
	Media (DE)	Media (DE)	
<b>Edad</b>	70.57 (8.85)	68.07 (10.05)	0.157
<sup>b</sup> IMC	29.92 (3.99)	28.60 (4.15)	0.673
<sup>c</sup> SF-36			
Función física	22.02 (16.66)	25.78 (19.06)	0.262
Rol físico	32.70 (22.62)	35.34 (30.43)	0.599
Dolor	30.79 (19.99)	33.22 (22.51)	0.541
Salud general	41.79 (18.14)	45.98 (18.57)	0.226
Vitalidad	45.61 (24.77)	48.92 (23.29)	0.465
Función social	54.61 (27.00)	57.11 (30.09)	0.639
Rol emocional	74.21 (24.47)	72.84 (27.69)	0.784
Salud mental	62.07 (19.92)	62.12 (19.56)	0.991
<sup>d</sup> CSF	25.31 (7.24)	26.67 (7.86)	0.403
<sup>e</sup> CSM	47.47 (11.07)	47.39 (11.80)	0.975
<sup>f</sup> WOMAC			
Dolor	51.56 (15.92)	46.47 (17.01)	0.102
Rigidez	49.55 (22.82)	48.92 (21.24)	0.881
<sup>g</sup> LCF	56.13 (16.83)	51.11 (19.06)	0.135
<sup>h</sup> OAKHQOL			
Actividad física	26.66 (16.16)	32.31 (18.72)	0.094
Dolor	30.32 (20.92)	37.01 (24.68)	0.127
Salud mental	56.71 (20.02)	55.65 (23.27)	0.799
Apoyo social	70.28 (20.66)	71.95 (22.11)	0.686
Actividades sociales	57.65 (23.31)	57.38 (28.84)	0.958
<b>EQ-5D</b>			
<sup>i</sup> Tarifa EVA	0.455 (0.206)	0.485 (0.187)	0.412
<sup>j</sup> Tarifa ET	0.406 (0.327)	0.461 (0.285)	0.338
<sup>k</sup> EVA	45.78 (20.06)	49.40 (18.97)	0.368

<sup>a</sup>CAEPO= Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos; <sup>b</sup>IMC = Índice de Masa Corporal; <sup>c</sup>SF-36 = Short-Form 36; <sup>d</sup>CSF = Componente Sumario Físico; <sup>e</sup>CSM = Componente Sumario Mental; <sup>f</sup>WOMAC = Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index; <sup>g</sup>LCF = Limitación de la Capacidad Funcional; <sup>h</sup>OAKHQOL= Osteoarthritis Knee Hip Quality of Life; <sup>i</sup>Tarifa EVA = tarifa social obtenida por medio de la escala visual analógica; <sup>j</sup>Tarifa ET = tarifa social obtenida mediante el método de equivalencia temporal; <sup>k</sup>EVA= escala visual analógica.

En la tabla 12 (a y b) se comparan los datos descriptivos de los pacientes que responden al CAEPO con los que no responden. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables analizadas.

### 8.2.3.2 Cuestionarios administrados

Los pacientes, además de los cuestionarios de CVRS descritos anteriormente (WOMAC, OAKHQOL, SF-36 Y EQ-5D), cumplimentaron el cuestionario de depresión BDI y el cuestionario de estilos de afrontamiento CAEPO, ambos tratados en sus correspondientes capítulos.

Además, se añadió una pregunta para evaluar la ansiedad cuya valor para evaluar la ansiedad ha sido comparado con el cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) (Davey et al., 2007). Davey et al. (2007) demostraron una fuerte relación entre ambos instrumentos de medida de la ansiedad. Este ítem fue desarrollado para poder ser utilizado en estudios donde se administran numerosos cuestionarios y preguntas, con el fin de reducir la carga de cumplimentación para el paciente, y más concretamente en estudios longitudinales donde el paciente es evaluado varias veces. Puede presentarse de dos formas: de escala visual analógica o de escala Likert. La forma de escala visual analógica consiste en una línea horizontal de 10 cm en cuyos extremos aparecen etiquetados con “nada ansioso en absoluto” y “extremadamente ansioso”, y se pide a los pacientes que señalen con una cruz cómo de ansiosos se sienten en ese momento, a mayor puntuación indicaría mayor ansiedad. En el ítem con escala de respuesta tipo Likert, que ha sido el utilizado en este estudio, los pacientes deben señalar cómo de ansiosos se sienten en ese momento, en una escala que va de 1 a 5, correspondiendo cada puntuación a 5 niveles de ansiedad: “nada ansioso”, “un poco ansioso”, “moderadamente ansioso”, “muy ansioso” y “extremadamente ansioso”. Por lo tanto una mayor puntuación indica mayor nivel de ansiedad.

### 8.2.3.3 *Análisis de datos*

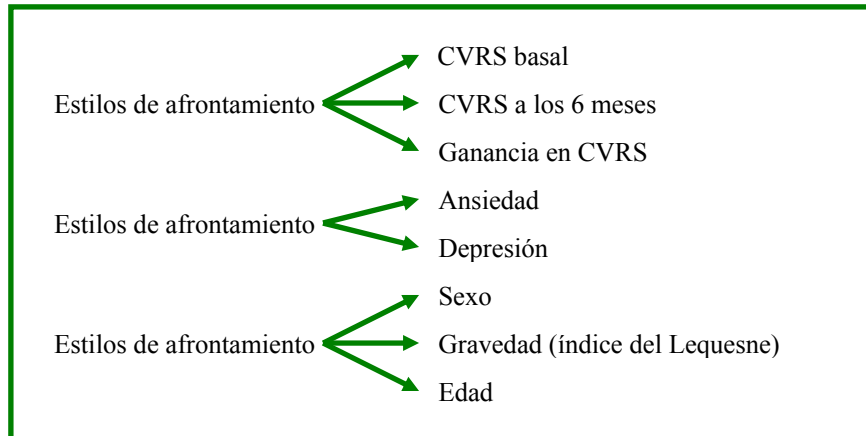
Los datos descriptivos se analizaron en la muestra total (N = 759), presentándose en forma de porcentajes y medias junto con la desviación estándar. Además utilizamos la prueba de la t de Student para comparaciones con variables continuas y la de la “chi-cuadrado” para variables categóricas.

La variable dependiente analizada fue la CVRS, evaluada a través de los cuestionarios SF-36, EQ-5D, WOMAC y OAKHQOL. Como principales variables independientes se examinaron la ansiedad, los síntomas depresivos y el estilo de afrontamiento utilizado por el paciente con artrosis de cadera o rodilla.

#### *Estilos de Afrontamiento*

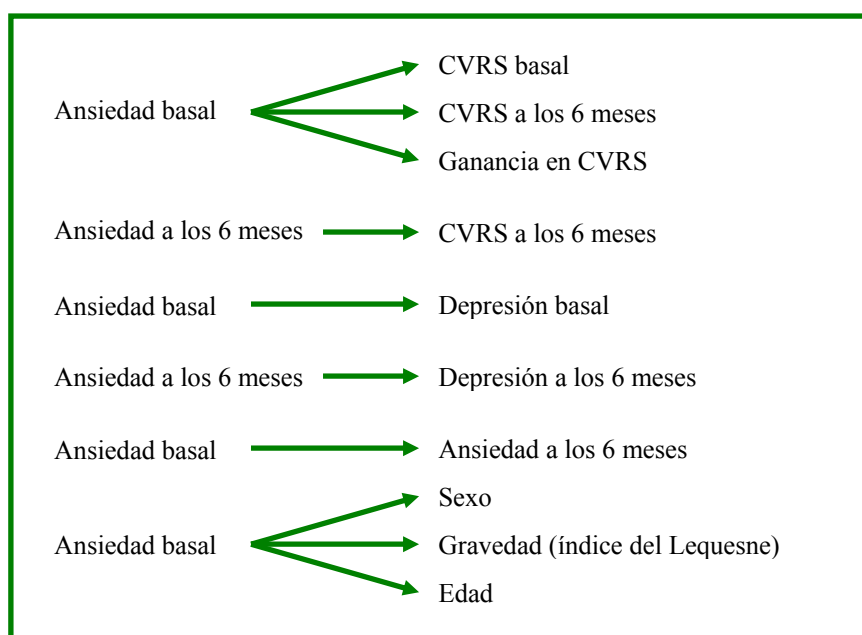
Con respecto al estilo de afrontamiento de los pacientes, recodificamos los 5 estilos de afrontamiento (negativo, preferentemente negativo, no definido, preferentemente positivo y positivo) en 2 estilos: negativo y positivo, mediante la agrupación de los dos estilos negativos (negativo y preferentemente negativo) y los dos positivos (positivo y preferentemente positivo). Debido al reducido número de pacientes que presentaban el estilo de afrontamiento indefinido (n=3), lo excluimos de los análisis comparativos. A continuación, evaluamos las relaciones entre el tipo de afrontamiento de los pacientes y la CVRS a nivel basal, a los 6 meses, y la diferencia entre ambas. Esta diferencia fue calculada con la muestra de pacientes que responden al CAEPO y que tienen la evaluación a nivel basal y a los 6 meses, para obtener la ganancia en CVRS 6 meses después de la cirugía. Para analizar todas estas relaciones utilizamos la prueba de la t de Student. También fueron analizadas las relaciones basales entre los estilos de afrontamiento y la ansiedad, la depresión y variables como el sexo, los niveles de gravedad medidos por el índice del Lequesne recodificados en los mismos 4 grupos

utilizados en el estudio de validación (ninguna/media/moderada; grave; muy grave; y extremadamente grave) y la edad recodificada también en los 4 grupos del estudio anterior ( $\leq 59$ , 60-69, 70-79 y  $\geq 80$ ). Estas relaciones fueron analizadas mediante la prueba de la “chi-cuadrado”.



### *Ansiedad*

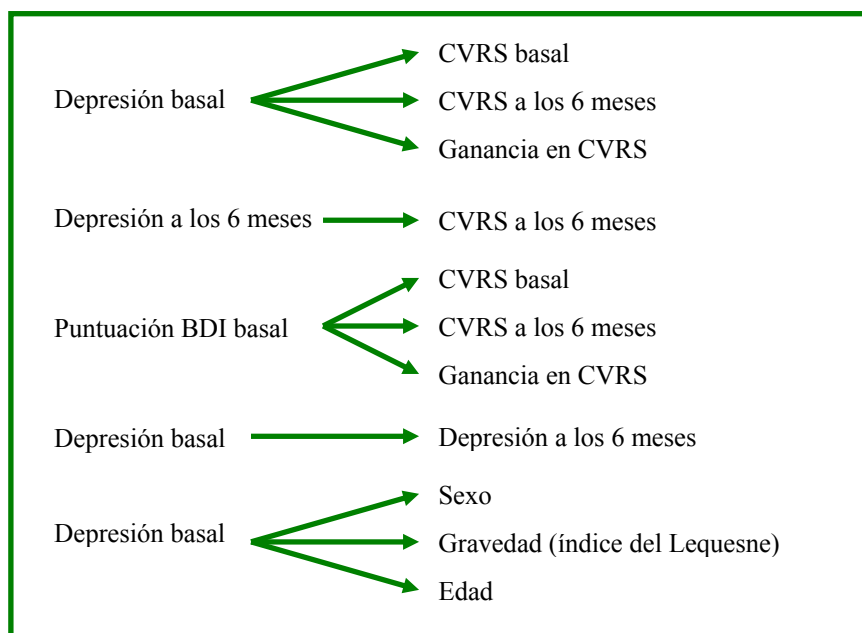
Observamos las diferencias entre los grupos de ansiedad basal (nada ansioso, un poco ansioso, moderadamente ansioso y muy/extremadamente ansioso) y las puntuaciones de los cuestionarios de CVRS basales, a los 6 meses y la ganancia en CVRS. Además evaluamos las relaciones entre la CVRS y el nivel de ansiedad ambas a los 6 meses de la intervención. Estos análisis los realizamos mediante la ANOVA con el test de Scheffé para comparaciones entre grupos. A su vez se estudiaron las relaciones entre la ansiedad basal y otras variables (sexo, los niveles de gravedad y la edad). Asimismo, analizamos la relación entre los niveles de ansiedad y depresión a nivel basal y a los 6 meses; y la relación entre ansiedad basal y ansiedad a los 6 meses. Para llevar a cabo todos estos análisis utilizamos la prueba de la “chi-cuadrado”.



### *Depresión*

Según los grupos de depresión (presentan síntomas depresivos y no presentan síntomas depresivos) se analizaron las diferencias en la CVRS a nivel basal, a los 6 meses y la ganancia en CVRS, así como las relaciones entre la CVRS y la sintomatología depresiva ambas a los 6 meses de la intervención. Todos estos análisis se llevaron a cabo a través de la prueba de la t de Student. Además se estudió la correlación entre la puntuación en el cuestionario de depresión y las puntuaciones en las dimensiones mentales y sociales del SF-36 y del OAKHQOL a nivel basal, a los 6 meses de la intervención y la ganancia en CVRS. Del mismo modo se analizó la relación entre la sintomatología depresiva a nivel basal y a los 6 meses, evaluada por medio de los coeficientes de correlación de Pearson y de Spearman. Un coeficiente de correlación de 0 indica que no hay relación lineal; de 1 indica una relación lineal positiva perfecta; -1 indica una relación lineal negativa perfecta; valores entre 0 y 0.3 (0 y -0.3) indican una relación lineal positiva (negativa) débil; valores entre 0.3 y 0.7 (-0.3

y -0.7) indican una relación lineal positiva (negativa) moderada; y entre 0.7 y 1.0 (-0.7 y -1.0) indican una relación lineal positiva (negativa) fuerte. Se estudió también las relaciones entre depresión y otras variables (sexo, gravedad, edad) mediante la prueba de la “chi-cuadrado”.



#### 8.2.4 Resultados

Los resultados de CVRS según las variables psicológicas de estilos de afrontamiento, ansiedad y depresión en nuestra muestra de pacientes afectados de artrosis de cadera o rodilla, fueron los siguientes:

##### *Estilos de Afrontamiento*

A nivel basal, hallamos diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de CVRS según el estilo de afrontamiento (tabla 13). Estas diferencias entre los estilos de afrontamiento negativo y positivo se presentan principalmente en las dimensiones mentales: funcionamiento social ( $p= 0.003$ ), rol emocional ( $p= 0.013$ ), el

componente sumario mental ( $p=0.016$ ) y la salud general ( $p=0.049$ ) en el SF-36; y en el OAKHQOL en la dimensión de salud mental ( $p=0.002$ ). Los mejores estados de salud en estas cinco dimensiones, se obtienen con los estilos de afrontamiento positivo. No se observaron diferencias en las dimensiones del WOMAC, del EQ-5D (tabla 13), en el nivel de ansiedad ni en los síntomas depresivos dependiendo de los estilos de afrontamiento (tabla 14).

**Tabla 13:** CVRS a nivel basal según los estilos de afrontamiento (CAEPO).

	<sup>a</sup> CAEPO		<i>t de Student</i> valor <i>p</i>
	Negativo n = 18 Media (DS)	Positivo n = 31 Media (DS)	
<b><sup>b</sup>SF-36</b>			
Función Física	24.51 (16.71)	24.80 (19.09)	0.958
Rol Físico	28.47 (23.70)	34.68 (32.63)	0.484
Dolor	30.39 (16.57)	32.58 (22.30)	0.719
Salud General	37.72 (20.69)	48.71 (16.88)	0.049
Vitalidad	40.05 (19.78)	51.88 (24.21)	0.085
Funcionamiento Social	38.89 (20.96)	62.10 (31.70)	0.003
Rol Emocional	58.80 (25.80)	79.30 (27.29)	0.013
Salud Mental	57.45 (21.67)	65.27 (17.21)	0.205
<sup>c</sup> CSF	27.27 (6.23)	24.79 (8.11)	0.290
<sup>d</sup> CSM	42.17 (11.37)	51.08 (11.11)	0.016
<b><sup>e</sup>OAKHQOL</b>			
Actividad Física	28.46 (14.94)	31.70 (19.32)	0.545
Dolor	30.56 (20.93)	39.17 (24.97)	0.226
Salud Mental	40.68(17.30)	60.81 (22.91)	0.002
Apoyo Social	72.08 (18.88)	69.89 (25.01)	0.753
Actividades Sociales	54.81 (25.52)	55.22 (30.56)	0.962
<b><sup>f</sup>WOMAC</b>			
Dolor	44.44 (15.71)	47.42 (18.21)	0.565
Rigidez	50.69 (22.47)	49.19 (21.87)	0.820
<sup>g</sup> LCF	51.71 (17.26)	51.23 (20.79)	0.934
<b>EQ-5D</b>			
<sup>h</sup> Tarifa EVA	0.508 (0.190)	0.455 (0.186)	0.351
<sup>i</sup> Tarifa ET	0.498 (0.266)	0.415 (0.295)	0.331
<sup>j</sup> EVA	46.18 (18.07)	49.42 (19.30)	0.583

<sup>a</sup>CAEPO= Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos; <sup>b</sup>SF-36 = Short-Form 36; <sup>c</sup>CSF = Componente Sumario Físico; <sup>d</sup>CSM = Componente Sumario Mental; <sup>e</sup>OAKHQOL= Osteoarthritis Knee Hip Quality of Life; <sup>f</sup>WOMAC = Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index; <sup>g</sup>LCF = Limitación de la Capacidad Funcional; <sup>h</sup>Tarifa EVA = obtenida mediante la escala visual analógica; <sup>i</sup>Tarifa ET = tarifa social obtenida mediante el método de equivalencia temporal; <sup>j</sup>EVA= escala visual analógica.

Al estudiar las diferencias entre los distintos estilos de afrontamiento según el sexo, los grupos de edad y la gravedad del trastorno (tablas 14 y 15), tan sólo encontramos diferencias estadísticamente significativas dependiendo del sexo. Hallamos mayor porcentaje de mujeres (54.2%) con estilo de afrontamiento negativo

**Tabla 14:** Nivel de ansiedad, depresión, sexo y edad según el tipo de afrontamiento a nivel basal.

	<sup>a</sup> CAEPO		<sup>c</sup> Valor p
	Negativo n (%) <sup>*</sup>	Positivo n (%) <sup>*</sup>	
<b>Sexo</b>			
Hombre	5 (20.0%)	20 (80.0%)	0.014
Mujer	13 (54.2%)	11 (45.8%)	
<b>Grupos de edad</b>			
≤ 59	2 (16.7%)	10 (83.3%)	0.064
60 - 69	8 (61.5%)	5 (38.5%)	
70 - 79	6 (28.6%)	15 (71.4%)	
≥ 80	2 (66.7%)	1 (33.3%)	
<b>Ítem Ansiedad</b>			
Nada ansioso	2 (14.3%)	12 (85.7%)	0.175
Un poco ansioso	6 (46.2%)	7 (53.8%)	
Moderadamente ansioso	6 (42.9%)	8 (57.1%)	
Muy/Extremadamente ansioso	4 (57.1%)	3 (42.9%)	
<b><sup>b</sup>BDI</b>			
Presentan síntomas depresivos	2 (66.7%)	1 (33.3%)	0.241
No presentan síntomas depresivos	10 (29.4%)	24 (70.6%)	

<sup>a</sup>CAEPO= Cuestionario de afrontamiento al estrés para Pacientes Oncológicos; <sup>b</sup>BDI= Beck Depression Inventory; <sup>c</sup>Evaluado por medio de la chi-cuadrado.

\* Se presentan porcentajes de fila

**Tabla 15:** Estilo de afrontamiento, nivel de ansiedad y depresión según la gravedad de la artrosis a nivel basal

	Índice Lequesne			
	Gravedad ninguna/ media/ moderada	Grave	Muy grave	Extremadamente grave
	N (%) <sup>*</sup>	N (%) <sup>*</sup>	N (%) <sup>*</sup>	N (%) <sup>*</sup>
<b><sup>a</sup>BDI</b>				
No presentan síntomas depresivos	20 (5.7%)	42 (12.0%)	78 (22.2%)	211 (60.1%)
Presentan síntomas depresivos	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6 (9.2%)	59 (90.8%)
	<sup>c</sup> Valor p <0.001			
<b>Ítem Ansiedad</b>				
Nada ansioso	14 (8.8%)	26 (16.4%)	36 (22.6%)	83 (52.2%)
Un poco ansioso	5 (3.3%)	15 (9.9%)	35 (23.2%)	96 (63.6%)
Moderadamente ansioso	3 (1.8%)	10 (6.1%)	34 (20.6%)	118 (71.5%)
Muy/Extremadamente ansioso	2 (2.4%)	2 (2.4%)	11 (13.4%)	67 (81.7%)
	<sup>c</sup> Valor p <0.001			
<b><sup>b</sup>CAEPO</b>				
Estilo negativo	2 (14.3%)	1 (7.1%)	3 (21.4%)	8 (57.1%)
Estilo positivo	0 (0.0%)	5 (21.7%)	8 (34.8%)	10 (43.5%)
	<sup>c</sup> Valor p 0.152			

<sup>a</sup>BDI= Beck Depresión Inventory; <sup>b</sup>CAEPO = Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos; <sup>c</sup> Valor p evaluado a través de la prueba de la “chi-cuadrado”

\* Se dan los porcentajes de fila

A los 6 meses de la intervención, observamos diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de actividad física y en la de salud mental del OAKHQOL según el tipo de afrontamiento, hallando en ambas dimensiones una peor puntuación en los pacientes que utilizaban un estilo de afrontamiento negativo (tabla 16). A pesar de no observarse diferencias significativas en el resto de dimensiones, las puntuaciones de CVRS a los 6 meses en el estilo de afrontamiento negativo indican una peor CVRS que en el estilo de afrontamiento positivo.

**Tabla 16:** Ganancia y CVRS a los 6 meses según el estilo de afrontamiento.

		<sup>a</sup> CAEPO			
		Negativo n = 15 media (DE)	Positivo n = 24 media (DE)	*valor p	
CVRS a los 6 meses	<sup>b</sup> OAKHQOL				
		Actividad física	45.63 (22.17)	64.01 (28.37)	0.045
		Dolor	60.39 (29.30)	77.50 (31.79)	0.103
		Salud mental	55.02 (22.66)	78.61 (23.77)	0.004
		Apoyo social	64.17 (22.37)	66.09 (36.16)	0.841
		Actividades sociales	42.44 (27.56)	62.90 (36.27)	0.071
		<sup>c</sup> WOMAC			
		Dolor	31.00 (20.20)	21.04 (25.83)	0.213
		Rigidez	33.33 (21.48)	23.96 (22.70)	0.208
		<sup>d</sup> LCF	41.18 (17.41)	29.62 (23.72)	0.112
Ganancia a los 6 meses	<sup>b</sup> OAKHQOL				
		Actividad física	18.01 (18.12)	28.80 (23.55)	0.151
		Dolor	30.06 (26.22)	36.14 (34.85)	0.570
		Salud mental	15.80 (14.49)	12.02 (22.49)	0.569
		Apoyo social	-8.83 (20.15)	-0.87 (25.42)	0.318
		Actividades sociales	-14.22 (34.81)	7.58 (44.62)	0.121
		<sup>c</sup> WOMAC			
		Dolor	14.33 (15.68)	26.04 (29.03)	0.161
		Rigidez	20.83 (21.99)	23.96 (27.56)	0.713
		<sup>d</sup> LCF	11.76 (15.53)	20.75 (24.02)	0.206

<sup>a</sup>CAEPO= Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos; <sup>b</sup>OAKHQOL= Osteoarthritis Knee Hip Quality of Life; <sup>c</sup>WOMAC = Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index; <sup>d</sup>LCF = Limitación de la Capacidad Funcional;

\*valor p: obtenido mediante la prueba de la t de Student

Teniendo en cuenta la ganancia en CVRS a los 6 meses (tabla 16), no encontramos diferencias estadísticamente significativas en ninguna dimensión. Sin embargo, en la dimensión de actividades sociales, pese a no presentar diferencias estadísticamente significativas, cabe destacar una pérdida media de 14.22 puntos (DE=34.81) en el estilo de afrontamiento negativo, encontrando una ganancia media de 7.58 puntos (DE=44.62) en esta dimensión para el estilo de afrontamiento positivo.

### *Ansiedad*

En la tabla 17, se exponen las diferencias basales en la CVRS según los niveles de ansiedad. Observamos diferencias estadísticamente significativas en casi todas las dimensiones de los cuestionarios de CVRS, de forma que, en general, a medida que aumenta el nivel de ansiedad de los pacientes descubrimos peores puntuaciones en CVRS a nivel basal. Los cuestionarios genéricos (SF-36 y EQ-5D), muestran diferencias estadísticamente significativas en CVRS en todas las dimensiones a excepción del componente sumario físico ( $p=0.575$ ) del SF-36. Estas diferencias se observan entre prácticamente todos los grupos de ansiedad. En el caso de los cuestionarios específicos, en el WOMAC también hayamos diferencias estadísticamente significativas en sus tres dimensiones. Sin embargo, el cuestionario específico OAKHQOL además de presentar diferencias estadísticamente significativas en todas sus dimensiones, salvo en la dimensión de apoyo social ( $p=0.875$ ), presenta diferencias entre casi todos los grupos de ansiedad y además, cabe destacar que la dimensión de salud mental del OAKHQOL muestra diferencias entre todos los grupos de ansiedad.

**Tabla 17:** CVRS a nivel basal según los niveles de ansiedad

	Media (DE)	Ítem Ansiedad basal				*valor p
		Nada ansioso(a) n = 211	Un poco ansioso (b) n = 200	Moderadamente ansioso (c) n = 218	Muy/Extremadamente ansioso (d) n = 100	
<b>SF-36</b>						
Función física		29.41 (21.99) <sup>bcd</sup>	24.02 (19.37) <sup>ad</sup>	19.04 (16.81) <sup>a</sup>	15.99 (18.80) <sup>ab</sup>	<0.001
Rol físico		39.32 (27.91) <sup>bcd</sup>	31.42 (24.21) <sup>ad</sup>	24.88 (21.28) <sup>a</sup>	18.10 (21.25) <sup>ab</sup>	<0.001
Dolor		34.87 (24.02) <sup>cd</sup>	29.41 (21.44) <sup>d</sup>	24.11 (17.72) <sup>ad</sup>	16.74 (16.48) <sup>abc</sup>	<0.001
Salud general		53.70 (19.88) <sup>bcd</sup>	46.26 (19.70) <sup>acd</sup>	38.98 (17.84) <sup>abd</sup>	30.76 (16.90) <sup>abc</sup>	<0.001
Vitalidad		53.76 (24.21) <sup>bcd</sup>	46.90 (20.27) <sup>acd</sup>	37.16 (20.51) <sup>abd</sup>	24.38 (21.14) <sup>abc</sup>	<0.001
Funcionamiento social		70.45 (28.65) <sup>bcd</sup>	57.17 (27.20) <sup>acd</sup>	45.10 (25.88) <sup>abd</sup>	28.70 (22.29) <sup>abc</sup>	<0.001
Rol emocional		83.33 (26.63) <sup>bcd</sup>	69.98 (28.48) <sup>acd</sup>	57.44 (27.61) <sup>abd</sup>	38.42 (29.03) <sup>abc</sup>	<0.001
Salud mental		66.25 (21.34) <sup>cd</sup>	64.10 (18.74) <sup>cd</sup>	51.23 (17.15) <sup>abd</sup>	32.50 (17.70) <sup>abc</sup>	<0.001
CSF		27.04 (8.76)	26.55 (8.40)	25.82 (7.04)	26.15 (6.50)	0.575
CSM		51.83 (12.74) <sup>cd</sup>	48.42 (10.87) <sup>cd</sup>	41.09 (10.42) <sup>abd</sup>	30.27 (10.15) <sup>abc</sup>	<0.001
<b>WOMAC</b>						
Dolor		45.69 (18.92) <sup>cd</sup>	49.88 (19.40) <sup>cd</sup>	55.23 (16.77) <sup>abd</sup>	63.99 (18.38) <sup>abc</sup>	<0.001
Rigidez		43.18 (24.66) <sup>bcd</sup>	51.14 (23.25) <sup>ad</sup>	53.88 (21.70) <sup>a</sup>	61.25 (26.32) <sup>ab</sup>	<0.001
LCF		50.23 (20.74) <sup>cd</sup>	55.03 (19.72) <sup>cd</sup>	60.29 (16.98) <sup>abd</sup>	69.44 (18.56) <sup>abc</sup>	<0.001
<b>OAKHQOL</b>						
Actividad física		33.77 (21.82) <sup>cd</sup>	29.02 (19.60) <sup>cd</sup>	22.91 (15.19) <sup>abd</sup>	14.56 (13.34) <sup>abc</sup>	<0.001
Dolor		40.86 (25.35) <sup>bcd</sup>	32.06 (24.84) <sup>acd</sup>	24.96 (19.62) <sup>abd</sup>	17.23 (16.91) <sup>abc</sup>	<0.001
Salud mental		66.58 (20.50) <sup>bcd</sup>	56.10 (19.42) <sup>acd</sup>	41.30 (18.38) <sup>abd</sup>	24.75 (13.05) <sup>abc</sup>	<0.001
Apoyo social		72.69 (23.90)	73.34 (22.21)	72.93 (22.59)	74.89 (19.13)	0.875
Actividades sociales		60.39 (27.83) <sup>d</sup>	57.74 (25.81)	54.17 (23.28)	49.59 (26.05) <sup>a</sup>	0.004
<b>EQ-5D</b>						
Tarifa EVA		0.528 (0.189) <sup>bcd</sup>	0.453 (0.197) <sup>acd</sup>	0.372 (0.193) <sup>abd</sup>	0.293 (0.183) <sup>abc</sup>	<0.001
Tarifa ET		0.513 (0.297) <sup>bcd</sup>	0.403 (0.300) <sup>acd</sup>	0.284 (0.314) <sup>abd</sup>	0.158 (0.323) <sup>abc</sup>	<0.001
EVA		51.76 (19.15) <sup>cd</sup>	48.34 (19.14) <sup>d</sup>	43.56 (17.87) <sup>ad</sup>	32.79 (18.47) <sup>abc</sup>	<0.001

\*valor p: Se calculó a través del análisis de la varianza (ANOVA); SF-36 = Short-Form 36; CSF = Componente Sumario Físico; CSM = Componente Sumario Mental; OAKHQOL= Osteoarthritis Knee Hip Quality of Life; WOMAC= Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index; LCF = Limitación de la Capacidad Funcional; Tarifa ET = tarifa social obtenida mediante el método de equivalencia temporal; Tarifa EVA= tarifa social obtenida por medio de la escala visual analógica; EVA= escala visual analógica.\* Nota: Las letras en negrita, indican diferencias estadísticamente significativas entre los grupos marcados. Por ejemplo, (ab) en el grupo (c) significa que ese grupo (c) es significativamente diferente de los grupos (a) y (b).

A nivel basal, como se observa en la tabla 15, hallamos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las relaciones entre la ansiedad y los niveles de gravedad del trastorno. El 81.7% de los pacientes “extremadamente ansiosos” se encontraban en el grupo de mayor gravedad. Según los grupos de edad también encontramos diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad (tabla 18). Además, encontramos diferencias estadísticamente significativas en los niveles de gravedad según el sexo, con un mayor porcentaje de mujeres (16.5%) que de hombres (9.1%) en el grupo de mayor ansiedad.

**Tabla 18:** Nivel de ansiedad según el sexo y los grupos de edad.

	Ítem Ansiedad basal				<i>*Valor p</i>
	Nada ansioso n (%)	Un poco ansioso n (%)	Moderadamente ansioso n (%)	Muy/Extremadamente ansioso n (%)	
<b>Sexo</b>					
Hombre	104 (38.0%)	64 (23.4%)	81 (29.6%)	25 (9.1%)	<0.001
Mujer	107 (23.5%)	136 (29.9%)	137 (30.1%)	75 (16.5%)	
<b>Grupos de edad</b>					
≤ 59	22 (20.6%)	24 (22.4%)	49 (45.8%)	12 (11.2%)	0.034
60 - 69	72 (32.7%)	62 (28.2%)	55 (25.0%)	31 (14.1%)	
70 - 79	97 (29.8%)	95 (29.1%)	90 (27.6%)	44 (13.5%)	
≥ 80	20 (26.3%)	19 (25.0%)	24 (31.6%)	13 (17.1%)	

Se presentan los porcentajes de fila

\*El valor p se calculó a través de la prueba de la chi-cuadrado

Al estudiar la relación entre el nivel de ansiedad y la sintomatología depresiva a nivel basal encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (tabla 19). Así hallamos que el 51.3% de los pacientes que presentaban síntomas depresivos describían encontrarse “muy/extremadamente ansiosos”. Por el contrario, el 31.3% de los pacientes que no presentaban síntomas depresivos, describían encontrarse “nada ansiosos”.

**Tabla 19:** Niveles de ansiedad según la sintomatología depresiva a nivel basal.

	Ítem Ansiedad basal				<sup>b</sup> Valor p
	Nada ansioso	Un poco ansioso	Moderadamente ansioso	Muy/Extremadamente ansioso	
	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	
<b><sup>a</sup>BDI basal</b>					
No presentan síntomas depresivos	131 (31.3%)	130 (31.0%)	123 (29.4%)	35 (8.4%)	
Presentan síntomas de depresión	8 (10.5%)	5 (6.6%)	24 (31.6%)	39 (51.3%)	<0.001

<sup>a</sup>BDI= Beck Depresión Inventory ; <sup>b</sup>el valor p se calculó por medio de la prueba de la chi-cuadrado

\*Aparecen los porcentajes de fila

Del mismo modo, a los 6 meses también encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de ansiedad según los grupos de depresión (tabla 20), hallando que un 40.0% de los pacientes que presentan síntomas de depresión, se encontraban “muy/extremadamente ansiosos” y un 48.6% de los pacientes que no presentaban síntomas depresivos, se describían como “nada ansiosos”.

**Tabla 20:** Niveles de ansiedad según la sintomatología depresiva a los 6 meses.

	Ítem Ansiedad (6 meses)				*Valor p
	Nada ansioso	Un poco ansioso	Moderadamente ansioso	Muy/Extremadamente ansioso	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>BDI (6 meses)</b>					
No presentan síntomas depresivos	34 (48.6%)	18 (25.7%)	16 (22.9%)	2 (2.9%)	
Presentan síntomas de depresión	1 (10.0%)	2 (20.0%)	3 (30.0%)	4 (40.0%)	<0.001

BDI= Beck Depresión Inventory

Aparecen los porcentajes de fila

\*El valor p se calculó a través de la prueba de la chi-cuadrado.

En cuanto a las relaciones entre la ansiedad basal y la CVRS a los 6 meses (tabla 21), encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de ansiedad en la dimensión de actividad física y salud mental del OAKHQOL y la dimensión de rigidez del WOMAC donde, en general, a medida que aumentaba en nivel de ansiedad empeoraba la puntuación en la dimensión.

**Tabla 21:** Puntuaciones del OAKHQOL y WOMAC a los 6 meses según el nivel de ansiedad basal

Media (DS)	Ítem Ansiedad basal				<sup>d</sup> valor p
	Nada ansioso (a) n = 38	Un poco ansioso (b) n = 33	Moderadamente (c) ansioso n=40	Muy/ Extremadamente ansioso (d) n =13	
<sup>a</sup> OAKHQOL					
Actividad Física	58.01 (27.40)	44.23 (25.05)	44.32 (27.12)	39.87 (20.85)	0.045
Dolor	72.24 (29.05)	57.65 (31.94)	61.91 (28.91)	55.45 (30.33)	0.143
Salud Mental	74.80 (23.31) <sup>cd</sup>	67.02 (20.30)	59.15 (25.00) <sup>a</sup>	48.76 (20.89) <sup>a</sup>	0.002
Apoyo Social	61.73 (33.98)	71.11 (26.49)	65.09 (22.69)	80.28 (14.85)	0.166
Actividades Sociales	55.05 (35.15)	57.83 (29.98)	53.00 (26.93)	60.00 (27.01)	0.872
<sup>b</sup> WOMAC					
Dolor	21.86 (20.04)	33.75 (26.63)	29.03 (21.35)	26.00 (21.32)	0.195
Rigidez	21.07 (21.17) <sup>c</sup>	34.27 (27.00)	38.13 (22.46) <sup>a</sup>	30.00 (25.14) <sup>a</sup>	0.018
<sup>c</sup> LCF	31.19 (22.37)	41.66 (23.94)	42.77 (23.83)	40.15 (19.21)	0.146

<sup>a</sup>OAKHQOL= Osteoarthritis Knee Hip Quality of Life; <sup>b</sup>WOMAC = Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index; <sup>c</sup>LCF = Limitación de la Capacidad Funcional; el <sup>d</sup>valor p se calculó a través del análisis de la varianza (ANOVA);

Nota: Las letras en negrita, indican diferencias estadísticamente significativas entre los grupos marcados. Por ejemplo, (ab) en el grupo (c) significa que ese grupo (c) es significativamente diferente de los grupos (a) y (b).

Con relación a la ganancia en CVRS a los 6 meses, no se observaron diferencias estadísticamente significativas según el nivel de ansiedad basal (tabla 22). Al comparar las diferencias en CVRS a los 6 meses según los niveles de ansiedad a los 6 meses (tabla 23), obtuvimos diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de ansiedad en todas las dimensiones ( $p < 0.001$ ), salvo las dos dimensiones sociales del OAKHQOL. Mostrando el mismo gradiente descendente en casi todas las dimensiones a medida que se incrementa el nivel de ansiedad. En la tabla 23 se especifican las diferencias entre grupos a través del test de Scheffé.

**Tabla 22:** Ganancia en CVRS a los 6 meses según el nivel de ansiedad basal.

	Ítem Ansiedad basal				*valor p
	Nada ansioso n = 36 Media (DS)	Un poco ansioso n = 33 Media (DS)	Moderadamente ansioso n = 40 Media (DS)	Muy/ Extremadamente ansioso n = 13 Media (DS)	
<b>Ganancia</b>					
<b><sup>a</sup>OAKHQOL</b>					
Actividad Física	23.62 (22.17)	16.91 (23.11)	20.78 (20.03)	21.54 (16.77)	0.628
Dolor	28.47 (37.28)	30.53 (34.16)	34.89 (24.30)	34.68 (26.86)	0.824
Salud Mental	7.31 (24.33)	16.61 (22.78)	15.94 (19.52)	17.38 (19.56)	0.231
Apoyo Social	-9.36 (26.24)	-5.71 (28.18)	-8.18 (23.60)	2.99 (25.71)	0.535
Actividades Sociales	-6.67 (39.82)	-2.68 (37.55)	-1.95 (35.18)	3.21 (38.73)	0.868
<b>Ganancia</b>					
<b><sup>b</sup>WOMAC</b>					
Dolor	24.00 (25.92)	19.80 (22.98)	24.72 (22.06)	33.50 (25.17)	0.461
Rigidez	15.36 (28.29)	16.94 (31.55)	11.25 (29.12)	32.50 (34.96)	0.261
<sup>c</sup> LCF	20.29 (24.52)	16.09 (20.35)	14.87 (21.35)	26.47 (21.81)	0.418

<sup>a</sup>OAKHQOL= Osteoarthritis Knee Hip Quality of Life; <sup>b</sup>WOMAC = Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index; <sup>c</sup>LCF = Limitación de la Capacidad Funcional; \*valor p: calculado a través del análisis de la varianza (ANOVA).

**Tabla 23:** Puntuaciones del OAKHQOL y WOMAC a los 6 meses según el nivel de ansiedad a los 6 meses

	Ítem Ansiedad (6 meses)				*valor p
	Nada ansioso (a) n=42 Media (DS)	Un poco ansioso (b) n=32 Media (DS)	Moderadamente ansioso (c) n=31 Media (DS)	Muy/ Extremadamente ansioso (d) n=8 Media (DS)	
<b><sup>a</sup>OAKHQOL (6 meses)</b>					
Actividad Física	58.07 (24.39) <sup>d</sup>	53.34 (24.13) <sup>d</sup>	42.83 (25.83)	16.23 (12.44) <sup>ab</sup>	<0.001
Dolor	75.62 (26.26) <sup>d</sup>	69.22 (23.41) <sup>d</sup>	62.44 (31.25) <sup>d</sup>	17.81 (17.14) <sup>abc</sup>	<0.001
Salud Mental	80.77 (15.46) <sup>bcd</sup>	64.76 (22.73) <sup>ad</sup>	56.67 (22.64) <sup>ad</sup>	33.57 (21.15) <sup>abc</sup>	<0.001
Apoyo Social	65.14 (32.12)	66.80 (24.13)	62.82 (28.04)	76.25 (21.59)	0.688
Actividades Sociales	60.37 (32.69)	50.32 (30.75)	53.62 (30.30)	56.25 (25.04)	0.579
<b><sup>b</sup>WOMAC (6 meses)</b>					
Dolor	23.48 (19.34) <sup>d</sup>	23.91 (19.50) <sup>d</sup>	30.04 (23.74) <sup>d</sup>	63.13 (24.49) <sup>abc</sup>	<0.001
Rigidez	20.24 (18.09) <sup>cd</sup>	27.34 (20.93) <sup>d</sup>	41.94 (25.32) <sup>a</sup>	59.38 (23.86) <sup>ab</sup>	<0.001
<sup>c</sup> LCF*	32.58 (20.01) <sup>d</sup>	34.83 (19.69) <sup>d</sup>	41.04 (25.21) <sup>d</sup>	69.50 (15.78) <sup>abc</sup>	<0.001

<sup>a</sup>OAKHQOL= Osteoarthritis Knee Hip Quality of Life; <sup>b</sup>WOMAC = Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index; <sup>c</sup>LCF = Limitación de la Capacidad Funcional; \*valor p: Se calculó a través del análisis de la varianza (ANOVA)

Nota: Las letras en negrita, indican diferencias estadísticamente significativas entre los grupos marcados. Por ejemplo, (ab) en el grupo (c) significa que ese grupo (c) es significativamente diferente de los grupos (a) y (b).

Al examinar la relación entre los niveles de ansiedad basales y a los 6 meses (tabla 24), descubrimos que el mayor porcentaje de pacientes en el nivel “nada ansioso” a nivel basal, permanecían en el mismo nivel a los 6 meses; el mayor porcentaje de los pacientes incluidos en el grupo “un poco ansioso” se clasificaban como “nada ansiosos” a los 6 meses; el mayor porcentaje de los pacientes “moderadamente ansiosos” continuaban en el mismo grupo; y el mayor porcentaje de los “muy/extremadamente ansiosos” describían estar “moderadamente ansiosos” a los 6 meses. Por lo tanto, el nivel de ansiedad se reducía o se mantenía estable a los 6 meses de la intervención.

**Tabla 24:** Relación entre el nivel de ansiedad basal y a los 6 meses

	Ítem Ansiedad (6meses)			
	Nada ansioso	Un poco ansioso	Moderadamente ansioso	Muy/Extremadamente ansioso
	N (%)*	N (%)*	N (%)*	N (%)*
<b>Ítem Ansiedad basal</b>				
Nada ansioso	20 (58.8%)	10 (29.4%)	3 (8.8%)	1 (2.9%)
Un poco ansioso	15 (50.0%)	10 (33.3%)	4 (13.3%)	1 (3.3%)
Moderadamente ansioso	5 (13.9%)	9 (25.0%)	18 (50.0%)	4 (11.1%)
Muy/Extremadamente ansioso	1 (10.0%)	2 (20.0%)	5 (50.0%)	2 (20.0%)

\*Se presentan los porcentajes de fila

Valor  $p < 0.001$ , obtenido por medio de la prueba de la chi-cuadrado.

### *Depresión*

En el caso de los resultados de CVRS basales según los pacientes presenten o no síntomas depresivos (tabla 25), hallamos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos a nivel basal en todas las dimensiones de los cuestionarios, a excepción de la dimensión de apoyo social ( $p=0.098$ ). Los pacientes con sintomatología depresiva presentaban unas peores puntuaciones de CVRS que los pacientes sin síntomas de depresión.

**Tabla 25:** CVRS basal según los grupos de sintomatología depresiva

	<sup>a</sup> BDI basal		<i>*valor p</i>
	No presenta síntomas depresivos (BDI < 21) n = 424 Media (DS)	Presenta síntomas depresivos (BDI ≥ 21) n = 76 Media (DS)	
<b><sup>b</sup>SF-36</b>			
Función Física	23.99 (19.53)	12.29 (17.79)	<0.001
Rol Físico	32.10 (25.57)	14.80 (18.31)	<0.001
Dolor	29.09 (21.30)	12.45 (11.69)	<0.001
Salud General	47.41 (20.01)	26.44 (15.64)	<0.001
Vitalidad	46.96 (22.55)	18.78 (17.80)	<0.001
Funcionamiento Social	57.18 (29.01)	27.50 (22.23)	<0.001
Rol Emocional	71.64 (19.76)	37.61 (25.70)	<0.001
Salud Mental	60.10 (20.14)	33.88 (20.13)	<0.001
<sup>c</sup> PCS	26.40 (7.93)	24.08 (6.13)	0.020
<sup>d</sup> MCS	46.86 (12.36)	30.55 (10.29)	<0.001
<b><sup>e</sup>OAKHQOL</b>			
Actividad Física	29.39 (19.29)	13.92 (14.79)	<0.001
Dolor	33.83 (23.57)	15.30 (16.70)	<0.001
Salud Mental	55.16 (22.31)	25.94 (14.72)	<0.001
Apoyo Social	75.29 (21.63)	70.83 (20.98)	0.098
Actividades Sociales	59.55 (25.59)	45.77 (24.74)	<0.001
<b><sup>f</sup>WOMAC</b>			
Dolor	49.80 (18.44)	66.07 (18.37)	<0.001
Rigidez	48.45 (24.41)	66.61 (19.83)	<0.001
<sup>g</sup> LCF	54.68 (19.62)	73.37 (16.71)	<0.001
<b>EQ-5D</b>			
<sup>h</sup> Tarifa EVA	0.457 (0.201)	0.231 (0.164)	<0.001
<sup>i</sup> Tarifa ET	0.409 (0.311)	0.050 (0.298)	<0.001
<sup>j</sup> EVA	47.09 (19.24)	30.36 (16.47)	<0.001

<sup>a</sup>BDI= Beck Depresión Inventory; <sup>b</sup>SF-36 = Short-Form 36; <sup>c</sup>CSF = Componente Sumario Físico; <sup>d</sup>CSM = Componente Sumario Mental; <sup>e</sup>OAKHQOL= Osteoarthritis Knee Hip Quality of Life; <sup>f</sup>WOMAC = Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index; <sup>g</sup> LCF = Limitación de la Capacidad Funcional; <sup>h</sup>Tarifa EVA = tarifa social obtenida por medio de la escala visual analógica; <sup>i</sup>Tarifa ET = tarifa social obtenida por el método de equivalencia temporal; <sup>j</sup>EVA= escala visual analógica. *\*valor p*: Se calculó a través de la prueba de la t de Student.

Por otro lado, las correlaciones entre la puntuación del BDI como variable continúa y las dimensiones mentales del SF-36 y del OAKHQOL a nivel basal fueron desde -0.701 a -0.027 (tabla 26). El signo negativo indica que a medida que aumentaba la puntuación del BDI disminuía la puntuación de las dimensiones de los cuestionarios. Así, encontramos el coeficiente de correlación más elevado en la dimensión de salud mental del OAKHQOL (coeficiente de correlación = -0.701), seguido del componente

sumario mental del SF-36 (coeficiente de correlación = -0.648). Los resultados del OAKHQOL son similares a los obtenidos a los 6 meses (tabla 26) hallando también la correlación más elevada del BDI con la dimensión de salud mental del OAKHQOL. Aquí las correlaciones continúan siendo de signo negativo, es decir a mayor puntuación en el cuestionario de depresión a nivel basal, menos puntuación en las dimensiones de CVRS analizadas a los 6 meses, salvo en el caso del apoyo social donde observamos una correlación de signo positivo aunque casi nula.

Con respecto a las correlaciones entre la ganancia en CVRS a los 6 meses de la intervención y la puntuación basal del cuestionario de depresión (tabla 26), son prácticamente nulas en las tres dimensiones.

**Tabla 26:** Matriz de Correlación de Pearson y Spearman de la puntuación BDI y las dimensiones mentales del SF-36 y del OAKHQOL a nivel basal y a los 6 meses.

	Puntuación <sup>a</sup> BDI basal								
	N basal	CVRS Basal		N 6 meses	CVRS 6 meses		N ganancia	CVRS ganancia 6 meses	
		Pearson	Spearman		Pearson	Spearman		Pearson	Spearman
<b><sup>b</sup>SF-36</b>									
Vitalidad	489	-0.572**	-0.543**	-	-	-	-	-	-
Función social	489	-0.528**	-0.529**	-	-	-	-	-	-
Rol emocional	489	-0.579**	-0.604**	-	-	-	-	-	-
Salud mental	427	-0.583**	-0.582**	-	-	-	-	-	-
<sup>c</sup> CSM	409	-0.636**	-0.648	-	-	-	-	-	-
<b><sup>d</sup>OAKHQOL</b>									
Salud mental	494	-0.678**	-0.701**	87	-0.545**	-0.581**	87	0.228*	0.224
Apoyo social	493	-0.027	-0.040	85	0.114	-0.065	85	-0.004	-0.018
Actividades sociales	490	-0.256**	-0.264**	85	-0.128	-0.221*	85	0.179	0.222*

<sup>a</sup>BDI= Beck Depresión Inventory ; <sup>b</sup>SF-36 = Short-Form 36; <sup>c</sup>CSM = Componente Sumario Mental; <sup>d</sup>OAKHQOL= Osteoarthritis Knee Hip Quality of Life;

\*\* La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

\* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

Nota: El SF-36 no presenta datos a los 6 meses ya que no se administró tras la intervención.

Al analizar a nivel basal las relaciones entre depresión y los niveles de gravedad del trastorno (tabla 15), observamos que el 90.8% de los pacientes que presentan síntomas depresivos se encontraban en el grupo de los “extremadamente graves”. Teniendo en cuenta la variable del sexo (tabla 27), se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos, observándose un mayor porcentaje de mujeres (18.4%) que de hombres (10.2%) en el grupo de los pacientes que presentan síntomas depresivos. Sin embargo, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en los grupos de sintomatología depresiva según grupos de edad.

**Tabla 27:** Sintomatología depresiva dependiendo del sexo y la edad.

	<sup>a</sup> BDI basal		<sup>b</sup> Valor p
	No presentan síntomas depresivos (BDI < 21) n (%)*	Presentan síntomas depresivos (BDI ≥ 21) n (%)*	
<b>Sexo</b>			
Hombre	176 (89.8%)	20 (10.2%)	0.015
Mujer	248 (81.6%)	56 (18.4%)	
<b>Grupos de edad</b>			
≤ 59	66 (79.5%)	17 (20.5%)	0.468
60 - 69	139 (86.9%)	21 (13.1%)	
70 - 79	172 (84.7%)	31 (15.3%)	
≥ 80	47 (87.0%)	7 (13.0%)	

<sup>a</sup>BDI= Beck Depresión Inventory

<sup>b</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de la chi-cuadrado

\*Aparecen los porcentajes de fila.

Con respecto a los resultados a los 6 meses (tabla 28), encontramos diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de actividad física ( $p= 0.037$ ) y salud mental ( $p= 0.007$ ) del OAKHQOL a los 6 meses según los grupos de sintomatología depresiva a nivel basal, presentando mayores puntuaciones en estas dimensiones los pacientes sin síntomas depresivos.

**Tabla 28:** CVRS a los 6 meses según la sintomatología depresiva a nivel basal.

<sup>a</sup> BDI basal			
	No presentan síntomas depresivos (BDI < 21) n = 79 Media (DS)	Presentan síntomas depresivos (BDI ≥ 21) n = 9 Media (DS)	*valor p
<b>CVRS (6 meses)</b>			
<sup>b</sup> OAKHQOL			
Actividad Física	51.81 (26.33)	32.64 (19.34)	0.037
Dolor	67.56 (29.21)	53.61 (30.47)	0.180
Salud Mental	67.52 (23.32)	44.69 (22.86)	0.007
Apoyo Social	67.30 (28.86)	78.98 (18.16)	0.240
Actividades Sociales	57.70 (31.24)	56.67 (30.00)	0.925
<sup>c</sup> WOMAC			
Dolor	24.31 (21.59)	30.71 (19.02)	0.451
Rigidez	29.77 (21.21)	30.36 (27.82)	0.946
<sup>d</sup> LCF*	34.63 (21.11)	45.17 (18.98)	0.207

<sup>a</sup>BDI= Beck Depression Inventory; <sup>b</sup>OAKHQOL= Osteoarthritis Knee Hip Quality of Life; <sup>c</sup>WOMAC = WesternOntario and McMaster Universities Osteoarthritis Index; <sup>d</sup>LCF = Limitación de la Capacidad Funcional;

\*valor p: Se calculó a través de la prueba de la t de Student.

En cambio no hallamos diferencias estadísticamente significativas en la ganancia en CVRS entre estos grupos (tabla 29). No obstante, en las dimensiones de actividad física ( $p= 0.026$ ), dolor ( $p=0.014$ ) y salud mental ( $p<0.001$ ) del OAKHQOL y la de limitación de la capacidad funcional ( $p=0.023$ ) del WOMAC a los 6 meses, sí observamos diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de sintomatología depresiva a los 6 meses, alcanzando mejores puntuaciones en CVRS los pacientes que no presentan síntomas depresivos a los 6 meses (tabla 30).

**Tabla 29:** Ganancia en CVRS a los 6 meses según la sintomatología depresiva a nivel basal

<b><sup>a</sup>BDI basal</b>			
	No presentan síntomas depresivos (BDI < 21) n = 79 Media (DS)	Presentan síntomas depresivos (BDI ≥ 21) n = 9 Media (DS)	<i>*valor p</i>
<b>Ganancia CVRS (6 meses)</b>			
<b><sup>b</sup>OAKHQOL</b>			
Actividad Física	23.59 (20.48))	22.14 (23.84)	0.843
Dolor	35.07 (27.84)	42.50 (29.42)	0.453
Salud Mental	13.54 (21.07)	23.14 (26.78)	0.211
Apoyo Social	-6.43 (27.45)	-4.07 (19.47)	0.804
Actividades Sociales	-2.68 (34.77)	13.33 (33.42))	0.193
<b><sup>c</sup>WOMAC</b>			
Dolor	26.82 (22.61)	35.71 (21.10)	0.320
Rigidez	16.43 (25.85)	39.29 (40.46)	0.036
<sup>d</sup> LCF*	20.67 (18.50)	32.56 (24.39)	0.111

<sup>a</sup>BDI= Beck Depression Inventory ; <sup>b</sup>OAKHQOL= Osteoarthritis Knee Hip Quality of Life; <sup>c</sup>WOMAC = Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index; <sup>d</sup>LCF = Limitación de la Capacidad Funcional;

*\*valor p*: Se calculó a través de la prueba de la t de Student.

**Tabla 30:** CVRS a los 6 meses según la sintomatología depresiva a los 6 meses.

<b><sup>a</sup>BDI (6 meses)</b>			
	No presentan síntomas depresivos (BDI < 21) n = 71 Media (DS)	Presentan síntomas depresivos (BDI ≥ 21) n = 10 Media (DS)	<i>*valor p</i>
<b>CVRS (6 meses)</b>			
<b><sup>b</sup>OAKHQOL</b>			
Actividad Física	53.49 (25.45)	34.13 (23.84)	0.026
Dolor	70.93 (27.84)	47.00 (31.90)	0.014
Salud Mental	71.05 (23.08)	41.54 (22.34)	<0.001
Apoyo Social	67.39 (29.97)	66.33 (19.36)	0.914
Actividades Sociales	60.14 (31.46)	43.00 (30.08)	0.109
<b><sup>c</sup>WOMAC</b>			
Dolor	24.81 (19.82)	36.00 (29.23)	0.120
Rigidez	28.70 (21.17)	33.75 (27.67)	0.499
<sup>d</sup> LCF*	34.51 (20.11)	50.74 (25.06)	0.023

<sup>a</sup>BDI= Beck Depression Inventory ; <sup>b</sup>OAKHQOL= Osteoarthritis Knee Hip Quality of Life; <sup>c</sup>WOMAC = Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index; <sup>d</sup>LCF = Limitación de la Capacidad Funcional

*\* valor p*: Se calculó a través de la prueba de la t de Student.

Finalmente examinamos la relación entre los niveles de depresión basales y a los 6 meses, y observamos que no hay diferencias entre grupos. Los resultados se presentan en la tabla 31.

**Tabla 31:** Relación entre la sintomatología depresiva basal y la de los 6 meses

	<sup>a</sup> BDI (6 meses)	
	N (%)	
	No presenta síntomas depresivos (BDI < 21)	Presenta síntomas depresivos (BDI ≥ 21)
<b>BDI basal</b>		
No presenta síntomas depresivos	47 (88.7%)	6 (11.3%)
Presenta síntomas depresivos	6 (85.7%)	1 (14.3%)

<sup>a</sup>BDI= Beck Depresión Inventory% de fila

\*Valor p = 1.000, obtenido a través de la prueba de la chi-cuadrado

## 8.2.5 Discusión

Los resultados de este estudio prospectivo con pacientes con artrosis de cadera y rodilla, muestran la relación entre las variables de depresión, ansiedad y estilos de afrontamiento, y la calidad de vida relacionada con la salud.

### 8.2.5.1 Relaciones entre los estilos de afrontamiento y la calidad de vida relacionada con la salud

Nuestra primera hipótesis decía que:

*El estilo de afrontamiento adoptado por el sujeto para afrontar su artrosis afectaría a su CVRS, obteniendo mejores resultados en CVRS los pacientes con estilos de tipo positivo que los pacientes que adoptan estilos de tipo negativo, medidos mediante el cuestionario CAEPO.*

Así, hallamos que los pacientes con estilos de afrontamiento positivos como enfrentamiento y lucha activa, autocontrol y control emocional y búsqueda de apoyo social, tenían una mejor CVRS que aquellos pacientes que utilizaban estilos de afrontamiento negativos como ansiedad y preocupación ansiosa, pasividad y resignación pasiva, huida y distanciamiento, y negación antes de ser intervenidos de cirugía protésica. En la misma línea, a los 6 meses encontramos diferencias estadísticamente significativas en la actividad física y la salud mental de los pacientes según el tipo de afrontamiento, observándose peores resultados en los pacientes con estilos de afrontamiento negativos. Además, pese a no hallarse diferencias

estadísticamente significativas en la dimensión de actividades sociales, observamos que los pacientes con estilos de afrontamiento positivos presentaban mejores puntuaciones que los pacientes con estilos de afrontamiento negativo en esta dimensión, con 20 puntos de diferencia. Al igual que ocurría con la ganancia en CVRS a los 6 meses, donde tampoco hallamos diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, si que observamos, en general, una mayor ganancia en CVRS tanto en las dimensiones del WOMAC como en las del OAKHQOL en los pacientes con estilos de afrontamiento positivos. Estos hallazgos podrían explicarse siguiendo las ideas de Steultjens et al. (2001) que señalaban cómo los pacientes con artrosis que tienden a evitar las actividades por miedo a que les provoque más dolor (afrontamiento negativo), consecuentemente contribuyen a generar debilidad muscular e inestabilidad de las articulaciones debido a esa inactividad, e incluso pueden aumentar el riesgo de padecer sintomatología depresiva (Sherman, 2003), lo que a su vez ocasiona un deterioro de la CVRS del individuo (American Geriatric Society Panel on Exercise and Osteoarthritis, 2001).

Con respecto a la relación entre la ansiedad, la depresión y los estilos de afrontamiento, Vink et al. (2008) en una revisión acerca de factores de riesgo de ansiedad y depresión encontraron que los estilos de afrontamiento disfuncionales estaban íntimamente relacionados con la ansiedad y la depresión. En contraposición a los descubrimientos de Vink, en nuestra muestra de pacientes no se observó ninguna relación entre estas variables. Esto puede ser debido a que la clasificación que realiza el CAEPO de estilos negativos, no corresponda con lo que Vink denomina “estilos de afrontamiento disfuncionales”.

### **8.2.5.2 Relaciones entre la ansiedad y la calidad de vida relacionada con la salud**

Ya a principios de la década de los 80, Burish y Bradley (1983), exponían que la ansiedad a menudo surge como reacción a enfermedades orgánicas como son las enfermedades reumáticas. Siguiendo esta línea de investigación surge nuestra segunda hipótesis:

*Las puntuaciones en los cuestionarios SF-36, EQ-5D, WOMAC y OAKHQOL de CVRS serían peores en los pacientes con artrosis y altos niveles de ansiedad, evaluados por medio de un ítem de ansiedad.*

En este trabajo, queda patente la relación inversa entre la CVRS de los pacientes con artrosis y la ansiedad. En la muestra analizada, a nivel basal, la CVRS de los pacientes era peor a medida que aumentaba su nivel de ansiedad. Además, al analizar las diferencias en la CVRS basal entre los grupos de ansiedad, observamos que el cuestionario OAKHQOL detectaba diferencias entre más grupos de ansiedad que el WOMAC. Asimismo, la dimensión mental del OAKHQOL reflejaba diferencias entre más grupos de ansiedad que la dimensión mental del cuestionario genérico SF-36. Por lo tanto, el OAKHQOL es un cuestionario específico que a pesar de no detectar bien los cambios en la dimensión de actividades sociales en estudios longitudinales, detecta cambios entre tantos grupos como el cuestionario genérico SF-36, y además su dimensión mental parece recoger mejor las diferencias entre los grupos de ansiedad en este tipo de pacientes con artrosis que la dimensión mental del SF-36.

A los 6 meses de la intervención quirúrgica, la ansiedad basal continuaba influyendo básicamente en la actividad física y la salud mental de los pacientes, de forma que los pacientes a medida que presentaban un mayor nivel de ansiedad basal presentaban peores resultados en actividad física y salud mental, después de ser intervenidos. Más relación mostraba el nivel de ansiedad a los 6 meses con la CVRS del paciente tras la cirugía, ya que, a medida que aumentaba la ansiedad a los 6 meses, empeoraba la CVRS de los pacientes en todas sus dimensiones, a excepción de la de actividades sociales.

Estos hallazgos van en la línea de los recientes trabajos de Ozcetin et al. (2007) en pacientes con artrosis quienes demostraron que la CVRS evaluado por el cuestionario SF-36, era más baja en pacientes cuyo nivel de ansiedad, analizado por el cuestionario de ansiedad de Beck, era alto. Smith y Zautra (2008) en sus estudios sobre la ansiedad y depresión (evaluadas por el Inventario de Salud Mental) con mujeres con artrosis, añadían que los efectos de la ansiedad en pacientes con dolor crónico, han demostrado ser incluso mayores que los efectos provocados por la depresión.

Nuestros resultados además muestran los posibles beneficios psicológicos derivados de la intervención quirúrgica ya que observamos cómo el nivel de ansiedad de los pacientes tras los 6 meses de la operación podía llegar a reducirse. Hallamos que los pacientes presentaban un nivel de ansiedad menor a los 6 meses tras la intervención.

En la literatura, también se ha demostrado la relación entre la ansiedad y otras variables como el sexo femenino (Vink et al., 2008), la edad avanzada (van et al., 1995; Beekman et al., 2000), la baja CVRS (Vink et al., 2008), etc. Confirmando estos descubrimientos, hallamos que los pacientes más ansiosos eran mujeres, de 80 años o mayores y en los pacientes con mayor gravedad de artrosis según el índice del Lequesne.

### 8.2.5.3 Relaciones entre la depresión y la calidad de vida relacionada con la salud

En 1990, Maisiak señalaba que padecer sintomatología depresiva era tres veces más probable en pacientes con artrosis, que en sujetos que no padecían esta enfermedad (Maisiak, 1990). Desde entonces hasta ahora, numerosos autores se han esforzado en estudiar la relación entre la CVRS y la sintomatología depresiva. Así, Rosemann et al. (2007a) en una muestra de 1021 pacientes con artrosis observaron que un 19% de estos pacientes presentaba depresión moderada o severa (medida por medio del cuestionario de la salud del paciente, PHQ-9). Así, otra de nuestras hipótesis decía:

*Las puntuaciones en los cuestionarios SF-36, EQ-5D, WOMAC y OAKHQOL de CVRS serían peores en los pacientes con artrosis que presenten síntomas de depresión, evaluados por medio del cuestionario BDI.*

Confirmando la hipótesis inicial, el hecho de presentar sintomatología depresiva estaba asociado a la CVRS de nuestra muestra de pacientes con artrosis. Al igual que ocurría con la ansiedad, los pacientes con síntomas de depresión presentaban una peor CVRS antes de ser intervenidos, tanto en las dimensiones físicas como en las mentales o sociales. La única dimensión en la que no hay diferencias entre los dos grupos de depresión es en la de apoyo social.

Por otro lado, la dimensión más relacionada con los síntomas depresivos a nivel basal, fue la dimensión mental del OAKHQOL, ya que lógicamente es la dimensión que

más puede verse influida por la sintomatología depresiva. En esta dimensión encontramos una correlación más elevada incluso que en la dimensión mental del SF-36. Esto podría deberse a que la dimensión mental del OAKHQOL, al ser un cuestionario específico, recoge mejor que el cuestionario genérico SF-36, los problemas de depresión y ansiedad que presentan este tipo de pacientes.

En nuestra muestra, encontramos que la mayoría de pacientes con síntomas depresivos presentaban una artrosis extremadamente grave (90.8%) medido por el índice del Lequesne, y hallamos más mujeres (18.4%) que hombres (10.2%) con síntomas depresivos. Como vimos en los resultados del estudio de validación anterior, la CVRS de los pacientes en los niveles más graves de la enfermedad, suele verse deteriorada debido a que sufren una mayor limitación de la capacidad funcional, más dolor, peor salud mental y tienen menos actividades sociales. El empeoramiento en todas estas esferas de la vida del individuo constituye un importante factor de riesgo de depresión (Heun y Hein, 2005; Vink et al., 2008; Weyerer et al., 2008). Además, en concordancia con nuestros resultados relativos al sexo, numerosos estudios han descrito el género femenino como uno de los más relevantes factores de riesgo de depresión (Gater et al., 1998; Heun y Hein, 2005; Vink et al., 2008; Weyerer et al., 2008).

A los 6 meses, observamos diferencias en la actividad física y en la salud mental de los pacientes dependiendo de los grupos de depresión basales, de forma que los pacientes que presentaban síntomas de depresión antes de la intervención, tenían peor CVRS a los 6 meses. Por otro lado, hallamos que la sintomatología a los 6 meses tenía una mayor influencia en la CVRS que tenían en ese momento, ya que contemplamos peores resultados en la actividad física, el dolor, la salud mental y la capacidad funcional en los pacientes que presentan síntomas depresivos a los 6 meses de la operación, que en los que no lo hacían.

El hecho de que las actividades sociales y el apoyo social no se vean afectadas por la sintomatología depresiva ya se ha observado anteriormente en la literatura. Así, Bazzichi et al. (2005) analizando el malestar y la sintomatología depresiva en pacientes con artrosis, hallaron que la depresión estaba relacionada con un deterioro de las dimensiones físicas y mentales, sin embargo, al igual que nosotros, no encontraron relación con la dimensión de las actividades sociales.

Cabe destacar un dato curioso derivado del presente estudio. Parece ser, que pese a no haber diferencias estadísticamente significativas, cuanto más deprimidos están los pacientes a nivel basal, presentan ligeramente más ganancia en CVRS. Esto es debido a que los pacientes más deprimidos a nivel basal también presentan peor CVRS a nivel basal que los no deprimidos, de este modo su ganancia a los 6 meses es mayor.

#### **8.2.5.4 Relaciones entre la depresión y la ansiedad**

La ansiedad y la depresión, como hemos señalado anteriormente, suelen aparecer conjuntamente en la literatura (Barlow y Campbell, 2000; Smith y Zautra, 2008; Ozcetin et al., 2007). VanDyke et al. (2004) señalaban que las enfermedades como la artrosis, sobretodo si van acompañadas de sintomatología depresiva, presentan altos niveles de ansiedad. De este modo, nuestra última hipótesis decía:

*Los pacientes con artrosis y altos niveles de ansiedad, presentarían a su vez síntomas de depresión.*

Igualmente, Clarke y Currie (2009), mostraban la existencia de una fuerte relación entre la enfermedad física, la depresión y la ansiedad. En el presente estudio se corrobora esta relación entre las variables de ansiedad y depresión. Tanto a nivel basal

como a los 6 meses, los pacientes con los mayores niveles de ansiedad (muy/extremadamente ansiosos), presentaban síntomas depresivos y en cambio, los que no presentaban ansiedad, no presentaban sintomatología depresiva.

Un punto fuerte del presente estudio es su diseño longitudinal, ya que el diseño de la mayoría de estudios sobre factores psicológicos que influyen en la CVRS de los pacientes con enfermedades músculo-esqueléticas ha sido de tipo transversal (Creamer et al., 2000; Vandyke et al., 2004; Klasen et al., 2006; Ozcetin et al., 2007). El problema de este último diseño, es que no permite determinar las relaciones causales entre variables. Los estudios longitudinales sí posibilitan el análisis de este tipo de relaciones, aunque aún quedaría por determinar si estos resultados varían al modificar el intervalo de tiempo entre mediciones. Con este fin, se requerirían más estudios longitudinales para clarificar la relación causal entre estas variables y para analizar los posibles cambios debidos a variaciones en el intervalo de tiempo entre mediciones.

La relación entre el nivel de ansiedad, depresión, estilo de afrontamiento y la CVRS de los pacientes con artrosis de cadera o rodilla, señala la importancia de detectar estas variables por los profesionales de la salud. Ya que, como es el caso de la sintomatología depresiva, además de reducir la CVRS del paciente, puede incrementar la percepción de la mala salud por parte del individuo (Wells y Burnam, 1991), aumentar la utilización de los servicios médicos (Katon et al., 1992) y consecuentemente incrementar los costes de asistencia sanitaria (Unutzer et al., 1997; Cole y Dendukuri, 2003).

Resumiendo, este estudio prospectivo muestra la relación existente entre las variables de ansiedad, sintomatología depresiva y estilo de afrontamiento en la CVRS de los pacientes con artrosis de extremidades inferiores.

## **IX. CONCLUSIONES GENERALES**

---

## IX. CONCLUSIONES GENERALES

- La versión española del OAKHQOL presenta una elevada aceptabilidad y facilidad de administración.
- Las dimensiones físicas y mentales del OAKHQOL presentan las propiedades psicométricas adecuadas de validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio.
- Las propiedades psicométricas de las dimensiones de actividades sociales y apoyo social de la versión española del OAKHQOL se comportan de manera diferente al resto de dimensiones. En el estudio francés estas 2 dimensiones también se hallan diferenciadas del resto, mostrando una baja correlación con el resto de dimensiones
- La muestra utilizada para la validación de la versión española del OAKHQOL se diferenciaba en la severidad de la artrosis con respecto a la muestra de la versión francesa. La muestra de la versión española se caracterizaba por ser pacientes en lista de espera para ser intervenidos de PTR o PTC, sin embargo la muestra de los autores franceses incluía tres niveles diferentes de severidad: pacientes en tratamiento médico, pacientes en lista de espera para PTC o PTR y pacientes ya intervenidos de reemplazo articular como nuestra muestra.
- La versión española del OAKHQOL presenta una estructura factorial de 4 factores al igual que lo hacía el cuestionario francés original. Aunque se advierten diferencias sobre todo en las dos dimensiones sociales que aparecen agrupadas.

- Los pacientes intervenidos de PTC o PTR presentan una mejora en las dimensiones de actividad física, dolor y salud mental, de la versión española del OAKHQOL.
- La dimensión de actividades sociales de la versión española del OAKHQOL permanece estable a los 6 meses de la intervención de reemplazo articular, al igual que ocurría en el estudio original francés.
- Los pacientes con artrosis que utilizan estilos de afrontamiento positivos, tienen una mejor CVRS que los pacientes que utilizan estilos de afrontamiento negativos.
- A medida que aumenta el nivel de ansiedad basal de los pacientes con artrosis de extremidades inferiores, empeora su CVRS a nivel basal y a los 6 meses de la intervención, en casi todas las dimensiones de los cuestionarios analizados.
- Los pacientes con mayor nivel de ansiedad son mujeres, de 80 años o mayores y en los niveles más graves de artrosis evaluada por el índice del Lequesne.
- La intervención quirúrgica reduce el nivel de ansiedad de la mayoría de los pacientes.
- Los pacientes que muestran síntomas depresivos, presentan una peor CVRS que aquellos pacientes sin sintomatología depresiva a nivel basal y en algunas dimensiones de los cuestionarios analizados a los 6 meses de la intervención.

- La dimensión de los cuestionarios analizados más correlacionada con los síntomas depresivos a nivel basal y a los 6 meses es la dimensión mental del OAKHQOL.
- La mayoría de los pacientes que presentan síntomas depresivos son generalmente mujeres, con un nivel de artrosis grave.
- Los pacientes que presentan síntomas depresivos a los 6 meses de la intervención de PTC o PTR, mostraban más dolor, peor salud mental y mayor limitación de la capacidad funcional a los 6 meses de la cirugía, comparados con los pacientes sin síntomas depresivos.
- Existe relación entre la ansiedad y la sintomatología depresiva, ya que los pacientes que presentan ansiedad, presentan síntomas de depresión tanto a nivel basal, como a los 6 meses de la intervención de reemplazo articular.
- La dimensión de apoyo social del OAKHQOL no se ve afectada por factores psicológicos como la ansiedad, la sintomatología depresiva o el estilo de afrontamiento al estrés en pacientes con artrosis de extremidades inferiores.
- La dimensión mental del OAKHQOL detecta mejor los cambios entre grupos de ansiedad que la dimensión mental del SF-36 en pacientes con artrosis.

Estas conclusiones constituyen relevantes puntos de partida y no de llegada. Por ello, a continuación, en el capítulo de limitaciones, analizaremos las posibles líneas de investigación futuras.

**X. LIMITACIONE SY LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS**

---

## X. LIMITACIONES Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

### 10.1 Limitaciones

- El cuestionario OAKHQOL ha sido probado sólo en Francia y España, por ello, se desconocen su relevancia conceptual y sus propiedades psicométricas en otros países.
- El intervalo de tiempo para el “retest” en este estudio (dos semanas) fue algo más largo que el recomendado (no más de una semana). Se podría suponer que el acuerdo entre los resultados disminuye en cuanto el intervalo de tiempo para el “retest” aumenta.
- El elevado porcentaje de pacientes que no responden al segundo envío o tienen valores perdidos a los 6 meses de la intervención. De los pacientes a los que se les realiza el segundo envío, solo el 62.3% cumplimentan el cuestionario a los 6 meses. Además, cabe señalar que únicamente el 50% de los pacientes a los que se les envía el cuestionario de afrontamiento al estrés (CAEPO), responden. Probablemente debido a la extensión de los cuestionarios, la carga para el paciente al cumplimentarlos podría ser importante. Sin embargo al comparar los datos descriptivos de los pacientes que responden al CAEPO con los que no lo hacen, no se hallaron diferencias entre ambas muestras.

## 10.2 Líneas de investigación futuras

- Para futuros estudios, cabría la posibilidad de analizar las dimensiones de actividades sociales y apoyo social agrupadas por aspectos culturales. Esto es debido a que en nuestra cultura, ambas dimensiones aparecen íntimamente relacionadas, no siendo el caso de Francia.
- Aún quedaría por analizar los posibles cambios en los resultados producidos al modificar el intervalo de tiempo entre mediciones. Con este fin, se requerirían más estudios longitudinales para clarificar la relación causal entre estas variables y para analizar las variaciones producidas por diferentes intervalos de tiempo.
- Nuestros resultados muestran la gran influencia de los factores psicológicos en la CVRS de los pacientes afectados de artrosis de cadera o rodilla, sin embargo nos limitamos a evaluar pacientes con tratamientos quirúrgicos. De este modo, sería interesante analizar la ganancia en CVRS de estos pacientes, si se acompaña su tratamiento quirúrgico con un tratamiento psicológico.

## **XI. BIBLIOGRAFÍA**

---

## XI. BIBLIOGRAFÍA

Abroms, L. C. y Maibach, E. W. (2008). The effectiveness of mass communication to change public behavior. *Annual Review of Public Health*, 29, 219-234.

Achat, H., Kawachi, I., Levine, S., Berkey, C., Coakley, E., y Colditz, G. (1998). Social networks, stress and health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 7, 735-750.

Affleck, G., Urrows, S., Tennen, H., y Higgins, P. (1992). Daily coping with pain from rheumatoid arthritis: patterns and correlates. *Pain*, 51, 221-229.

Aggernaes, A. (1988). *The connection between the Concepts of Quality of Life , Health, Needs. Emotions and Reason* (manuscrito). Aarhus.

Agudelo, D., Buela-Casal, G., y Spielberg, Ch. D. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30, 33-41.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

Ajzen, I. (2006). Teoría del comportamiento planeado. Disponible en : <http://people.umass.edu/aizen/tpb.diag.html#null-link>. Recuperado el 4 de marzo del 2009

Allen, K. D., Golightly, Y. M., y Olsen, M. K. (2006). Pilot study of pain and coping among patients with osteoarthritis: a daily diary analysis. *Journal of Clinical Rheumatology*, 12, 118-123.

- Allepuz, A., Serra-Sutton, V., Espallargues, M., Salvador, X., y Pons, J. M. (2008). Hip and knee arthroplasties in Catalonia [Spain] from 1994 to 2005. *Gaceta Sanitaria*, 22, 534-540.
- Allport, G. W. (1954). The historical background of modern social psychology. In G.Lindzey (Ed.), *Handbook of social psychology* (pp. 6-56). Addison-Weasley.
- Alonso, J. (2000). The measurement of health related-quality of life in clinical research and practice. *Gaceta Sanitaria*, 14, 163-167.
- Alonso, J., Prieto, L., y Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines (2000) Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update.. *Arthritis & Rheumatism*, 43, 1905-1915.
- American Geriatric Society Panel on Exercise and Osteoarthritis (2001). Exercise prescription for older adults with OA pain: consensus practice recommendations. *Journal of American Geriatrics Society*, 49, 808-823.
- American Psychiatric Association (2000a). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Forth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington,DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000b). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *American Journal of Psychiatry*, 157, 1-45.

- Andersen, M. L., Nascimento, D. C., Machado, R. B., Roizenblatt, S., Moldofsky, H., y Tufik, S. (2006). Sleep disturbance induced by substance P in mice. *Behavioural Brain Research*, 167, 212-218.
- Andersen, M. L. y Tufik, S. (2003). Sleep patterns over 21-day period in rats with chronic constriction of sciatic nerve. *Brain Research*, 984, 84-92.
- Anderson, J. G., Wixson, R. L., Tsai, D., Stulberg, S. D., y Chang, R. W. (1996). Functional outcome and patient satisfaction in total knee patients over the age of 75. *The Journal of Arthroplasty*, 11, 831-840.
- Anderson, N. B., McNeilly, M., y Myers, H. (1991). Autonomic reactivity and hypertension in blacks: a review and proposed model. *Ethnicity & Disease*, 1, 154-170.
- Anderson-Mackenzie, J. M., Hulmes, D. J., y Thorp, B. H. (1997). Degenerative joint disease in poultry--differences in composition and morphology of articular cartilage are associated with strain susceptibility. *Research in Veterinary Science*, 63, 29-33.
- Andrews, F. M. y Whitney, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality*. New York, NY: Plenum Press.
- Andrews, G., Stewart, G., Morris-Yates, A., Holt, P., y Henderson, S. (1990). Evidence for a general neurotic syndrome. *The British Journal of Psychiatry*, 157, 6-12.
- Anstey, K. y Christensen, H. (2000). Education, activity, health, blood pressure and apolipoprotein E as predictors of cognitive change in old age: a review. *Gerontology*, 46, 163-177.

- Anstey, K. J., Luszcz, M. A., Giles, L. C., y Andrews, G. R. (2001). Demographic, health, cognitive, and sensory variables as predictors of mortality in very old adults. *Psychology & Aging, 16*, 3-11.
- Antonucci, T. C. (1994). A life-span view of women's social relations. In B.F.Turner y L.E.Troll (Ed.), *Wome growing older* (pp. 239-269). Thousand Oaks,CA: Sage Publications.
- Anzieu, D. (1986). *El grupo y el inconsciente o imaginario grupal*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Arora, N. K. (2003). Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Social Science & Medicine, 57*, 791-806.
- Arredondo, A. (1992). Analisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cadernos de Saúde Pública, 8*, 254-261.
- Asch, S. E. (1952). *Social psychology*. New York, NY: Prentice Hall.
- Astin, J. A., Sierpina, V. S., Forys, K., y Clarridge, B. (2008). Integration of the biopsychosocial model: perspectives of medical students and residents. *Academic Medicine, 83*, 20-27.
- Axford, J., Heron, C., Ross, F., y Victor, C. R. (2008). Management of knee osteoarthritis in primary care: pain and depression are the major obstacles. *Journal of Psychosomatic Research, 64*, 461-467.

- Ay, S., Evcik, D. y Tur, B.S. (2010). Comparison of injection methods in myofascial pain syndrome: a randomized controlled trial. *Clinical Rheumatology*, 29, 19-23.
- Badia, X. y Lizán, T. (2003). Estudios de calidad de vida. In A.Martín y F. J. Cano (Eds.), *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. (pp. 250-261). Madrid: Elsevier España ediciones.
- Badia, X., Roset, M., Montserrat, S., Herdman, M., y Segura, A. (1999). The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. European Quality of Life scale. *Medicina Clínica*, 112, 79-85.
- Badley, E. M. (1995). The effect of osteoarthritis on disability and health care use in Canada. *Journal of Rheumatology - Supplement*, 43, 19-22.
- Badley, E. M., Rasooly, I., y Webster, G. K. (1994). Relative importance of musculoskeletal disorders as a cause of chronic health problems, disability, and health care utilization: findings from the 1990 Ontario Health Survey. *Journal of Rheumatology*, 21, 505-514.
- Badley, E. M. y Wang, P. P. (1998). Arthritis and the aging population: projections of arthritis prevalence in Canada 1991 to 2031. *Journal of Rheumatology*, 25, 138-144.
- Bagge, E., Bjelle, A., Eden, S., y Svanborg, A. (1991). Osteoarthritis in the elderly: clinical and radiological findings in 79 and 85 year olds. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 50, 535-539.

- Baker, K., Goggins, J., Xie, H., Szumowski, K., LaValley, M., Hunter, D. J. et al. (2007). A randomized crossover trial of a wedged insole for treatment of knee osteoarthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 56, 1198-1203.
- Baltes, M. M. y Carstensen, L. L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing Society*, 16, 397-422.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W.H.Freeman.
- Bandura, A. (2000). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. In P.Norman, Ch. Abraham, y M. Conner (Eds.), *Understanding and changing health behaviour from health beliefs to self-regulation* (pp. 299-339). Amsterdam, Netherlands: Harwood academic.
- Barlow, D. H. y Campbell, L. A. (2000). Mixed anxiety-depression and its implications for models of mood and anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 55-60.
- Barlow, J. H., Macey, S. J., y Struthers, G. R. (1993). Health locus of control, self-help and treatment adherence in relation to ankylosing spondylitis patients. *Patient Education and Counseling*, 20, 153-166.
- Battle-Gualda, E., Esteve Vives, J., Piera Roera, M., Hargreaves, R., y Cutts, J. (1999). Traducción y adaptación al español del cuestionario WOMAC específico para artrosis de rodilla y cadera. *Revista Española de Reumatología*, 26, 38-45.
- Battle-Gualda, E., Jovani, V., Ivorra, J., y Pascual, E. (1998). Musculoskeletal diseases in Spain: magnitude and specialised human resources. *Revista Española de Reumatología*, 25, 91-105.

- Bazzichi, L., Maser, J., Piccinni, A., Rucci, P., Del, D. A., Vivarelli, L. et al. (2005). Quality of life in rheumatoid arthritis: impact of disability and lifetime depressive spectrum symptomatology. *Clinical & Experimental Rheumatology*, 23, 783-788.
- Beary III, J. F. y Luggen, M. E. (2006). Osteoarthritis. In S.A.Paget, A. Gibofsky, J. F. Beary, y T. P. Sculco (Eds.), *Hospital for Special Surgery Manual of Rheumatology and Outpatient Orthopedic Disorders: Diagnosis and Therapy*. (5th ed., pp. 382-393). Philadelphia, PA: Lippincott Williams y Wilkins.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., y Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25, 3186-3191.
- Beaton, D. E., Hogg-Johnson, S., y Bombardier, C. (1997). Evaluating changes in health status: reliability and responsiveness of five generic health status measures in workers with musculoskeletal disorders. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50, 79-93.
- Beaton, R., Bridges, E., Salazar, M. K., Oberle, M. W., Stergachis, A., Thompson, J. et al. (2008). Ecological model of disaster management. *American Association of Occupational Health Nurses Journal*, 56, 471-478.
- Beck, A. T. (1987). *Manual for Revised Beck Depression inventory*. San Antonio, TX.: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: The Guilford Press.

- Beck, A. T., Seer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A.T. (2006). How an anomalous finding led to a new system of psychotherapy. *Natural Medicine*, 12, 1139-1141.
- Becker, M. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 326-327.
- Beekman, A. T., Bremmer, M. A., Deeg, D. J., van Balkom, A. J., Smit, J. H., de, B. E. et al. (1998). Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 717-726.
- Beekman, A. T., de Beurs, E., van Balkom, A. J., Deeg, D. J., van Dyck, R., y van Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 89-95.
- Bekkers, J. E. J., de, W. T., Raijmakers, N. J. H., Dhert, W. J. A., y Saris, D. B. F. (2009). Validation of the Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) for the treatment of focal cartilage lesions. *Osteoarthritis and Cartilage*, 17, 1434-1439.

- Bell, C. J., Hood, S. D., y Nutt, D. J. (2005). Acute tryptophan depletion. Part II: clinical effects and implications. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 565-574.
- Bellamy, N., Buchanan, W. W., Goldsmith, C. H., Campbell, J., y Stitt, L. W. (1988). Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *The Journal of Rheumatology*, 15, 1833-1840.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: an ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320-335.
- Benedek, T. G. (1999). When did "osteo-arthritis" become osteoarthritis? *The Journal of Rheumatology*, 26, 1374-1376.
- Bennell, K. y Hinman, R. (2005). Exercise as a treatment for osteoarthritis. *Current Opinion of Rheumatology*, 17, 634-640.
- Bergner, M. y Rothman, M. L. (1987). Health status measures: an overview and guide for selection. *Annual Review of Public Health*, 8, 191-210.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., y Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51, 843-857.
- Bero, L. A., Grilli, R., Grimshaw, J. M., Harvey, E., Oxman, A. D., y Thomson, M. A. (1998). Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research

- findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. *British Medical Journal*, 317, 465-468.
- Bertrand, J. T., O'Reilly, K., Denison, J., Anhang, R., y Sweat, M. (2006). Systematic review of the effectiveness of mass communication programs to change HIV/AIDS-related behaviors in developing countries. *Health Education Research*, 21, 567-597.
- Bianchi, D., Loarche, G., y Pierri, L. (1998). Sald y enfermedad. Higia y Panacea por las calles de Montevideo. *Revista de Investigación*, 1.1, 65-77.
- Bieling, P. J., Antony, M. M., y Swinson, R. P. (1998). The State-Trait Anxiety Inventory, Trait version: structure and content re-examined. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 777-788.
- Bion, W. R. (1951). *Experiences in groups*. London, England: Tavistock.
- Birch, S., Hammerschlag, R., y Berman, B. M. (1996). Acupuncture in the treatment of pain. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2, 101-124.
- Bjordal, J. M., Ljunggren, A. E., Klovning, A., y Slordal, L. (2004). Non-steroidal anti-inflammatory drugs, including cyclo-oxygenase-2 inhibitors, in osteoarthritic knee pain: meta-analysis of randomised placebo controlled trials. *British Medical Journal*, 329, 1317.
- Blixen, C. E. y Kippes, C. (1999). Depression, social support, and quality of life in older adults with osteoarthritis. *Image - Journal of Nursing Scholarchip*, 31, 221-226.

- Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Doraiswamy, P. M., Watkins, L., Hoffman, B. M., Barbour, K. A. et al. (2007). Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder. *Psychosomatic Medicine*, 69, 587-596.
- Blumer, H. (1986). *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*. London, England: University of California Press.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., y Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 2469-2475.
- Borrell-Carrio, F., Suchman, A. L., y Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2, 576-582.
- Bosch, P. R., Traustadottir, T., Howard, P., y Matt, K. S. (2009). Functional and physiological effects of yoga in women with rheumatoid arthritis: a pilot study. *Alternative Therapies in Health & Medicine*, 15, 24-31.
- Bosworth, H. B., Siegler, I. C., Olsen, M. K., Brummett, B. H., Barefoot, J. C., Williams, R. B. et al. (2000). Social support and quality of life in patients with coronary artery disease. *Quality of Life Research*, 9, 829-839.
- Boutaugh, M. L. y Lorig, K. R. (1996). Patient education. In S.T.Wegener, B. L. Belza, y E. P. Gall (Eds.), *Clinical care in the rheumatic diseases* (pp. 53-58). Atlanta,GA.: American College of Rheumatology.

- Bowling, A. (2001). Health related quality of life: conceptual meaning use and measurement. In *Measuring disease* (Second ed. ed., pp. 1-19). Philadelphia, PA 19106, USA: Open University Press.
- Boyle, P.J.y Zrebiec, J.M.S.W. (2007). Management of Diabetes-related hypoglycemia. *Southern Medical Journal*, 100, 183-194.
- Bradley, J.D., Brandt, K.D., Katz, B.P., Kalasinski, L.A., Ryan, S.L. (1991). Comparison of an antiinflammatory dose of ibuprofen, an analgesic dose of ibuprofen, and acetaminophen in the treatment of patients with osteoarthritis of the knee. *The New England Journal of Medicine*, 325, 87-91.
- Brander, V. A., Stulberg, S. D., Adams, A. D., Harden, R. N., Bruehl, S., Stanos, S. P. et al. (2003). Predicting total knee replacement pain: a prospective, observational study. *Clinical Orthopaedic Related Research*, 27-36.
- Brazier, J. E., Harper, R., Munro, J., Walters, S. J., y Snaith, M. L. (1999). Generic and condition-specific outcome measures for people with osteoarthritis of the knee. *Rheumatology (Oxford)*, 38, 870-877.
- Brenner, R. (2001). Is It Really Resistance?. Disponible en:  
<http://www.chacocanyon.com/pointlookout/010124.shtml>. Recuperado el 4 de junio de 2009.
- Breslow, L. (2006). Health measurement in the third era of health. *American Journal of Public Health*, 96, 17-19.
- Breslow, L. y Breslow, N. (1993). Health practices and disability: some evidence from Alameda County. *Preventive Medicine*, 22, 86-95.

- Brodaty, H., Hickie, I., Mason, C. y Prenter, L.A.(2000). A prospective follow-up study of ECT outcome in older depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 60, 101-111.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona, España.: Paidós.
- Bronfenbrenner, U. y Ceci, S. J. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. *Psychological Review*, 101, 568-586.
- Brook, R.H., Chassin, M.R., Fink, A., Solomon, D.H., Kosecoff, J. y Park, R.E. (1986) A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 2, 53-63.
- Brown, G. K., Nicassio, P. M., y Wallston, K. A. (1989). Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 57, 652-657.
- Brown, G. W., Harris, T. O., y Eales, M. J. (1996). Social factors and comorbidity of depressive and anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry Supplement*, 50-57.
- Bruce, M. L. (2000). Depression and disability. In G.M.Williamson, D. R. Shaffer, y P. A. Parmelee (Eds.), *Physical Illness and Depression in Older Adults: Handbook of Theory, Research, and Practice* (pp. 11-29). New York, NY: Plenum.

- Brülde, B. (2007). Happiness and the good life. Introduction and conceptual framework. *Journal of Happiness Studies*, 8, 1-14.
- Buller, M. K. y Buller, D. B. (1987). Physicians' communication style and patient satisfaction. *Journal of Health Social Behavior*, 28, 375-388.
- Burg, M. M. y Seeman, T. E. (1994). Families and health: The negative side of social ties. *Annals of Behavioral Medicine*, 16, 109-115.
- Burish, T.G. y Bradley, L.A. (1983). Coping with chronic disease: definitions and issues. In T.G. Burish y L.A. Bradley (Eds), *Coping with Chronic Disease: Research and applications* (pp. 3-12). New York, NY: Academic Press.
- Burke, W. W. (2002). *Organization Change: Theory and practise*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Burns, J. W., Bruehl, S., y Quartana, P. J. (2006). Anger Management Style and Hostility Among Patients With Chronic Pain: Effects on Symptom-Specific Physiological Reactivity During Anger-and Sadness- Recall Interviews. *Psychosomatic Medicine*, 68, 786-793.
- Burns, J. W., Quartana, P., Gilliam, W., Gray, E., Matsuura, J., Nappi, C. et al. (2008). Effects of anger suppression on pain severity and pain behaviors among chronic pain patients: Evaluation of an ironic process model. *Health Psychology*, 27, 645-652.
- Burt, R. S. (1982). *Toward a Structural Theory of Action: Network Models of Social Structure, Perception and Action*. New York, NY: Academic Press.

- Cabrera, G. A. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 18*, 129-138.
- Cabrera, G. A. (2004). Teorías y modelos en salud pública del siglo XX. *Colombia Médica, 35*, 164-168.
- Cabrera, G. A., Tascón J., y Lucumí D. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. 1. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 19*, 91-101.
- Caci, H., Bayle, F. J., Dossios, C., Robert, P., y Boyer, P. (2003). The Spielberger Trait Anxiety Inventory measures more than anxiety. *European Psychiatry, 18*, 394-400.
- Callahan, L. F., Rao, J., y Boutaugh, M. (1996). Arthritis and women's health: prevalence, impact, and prevention. *American Journal of Preventive Medicine, 12*, 401-409.
- Calleo, J. y Stanley, M. (2008). Anxiety disorder in later life: Differentiated Diagnosis and Treatment Strategies. *Psychiatric Times 26*. Disponible en: <http://www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/1166976?verify=0#>. Recuperado el: 17 de noviembre de 2009.
- Cambio Organizacional. (2002) Disponible en: [www.monografias.com/trabajos10/cambio-/cambio-.shtml](http://www.monografias.com/trabajos10/cambio-/cambio-.shtml). Recuperado el 3 de mayo de 2009.
- Cameron, O.G. (2010). The comorbidity of anxiety and depression. Disponible en: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com). Recuperado el 14 de abril del 2010.

- Campbell, A. y Converse, P. (1972). Social change and human change. In A.Campbell y P. Converse (Eds.), *The human meaning of social change* (pp. 20-38). New York, NY: Russell Sage Foundation.
- Campbell, A., Converse, P. E., y Rogers, W. L. (1976). *The quality of American life*. New York, NY: Russell Sage Foundation.
- Carmona, L., Ballina, J., Gabriel, R., y Laffon, A. (2001). The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Annals of Rheumatic Diseases*, 60, 1040-1045.
- Caron, J., Tempier, R., Mercier, C., y Leouffre, P. (1998). Components of social support and quality of life in severely mentally ill, low income individuals and a general population group. *Community Mental Health Journal*, 34, 459-475.
- Carson, J. W., Keefe, F. J., Lowry, K. P., Porter, L. S., Goli, V., y Fras, A. M. (2007). Conflict about expressing emotions and chronic low back pain: Associations with pain and anger. *The Journal of Pain*, 8, 405-411.
- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: support for socioemotional selectivity theory. *Psychology & Aging*, 7, 331-338.
- Castoriadis, C. (1989). *La institución imaginaria de la sociedad* (volumen 2). Barcelona, España: Truquetes.
- Centers for Disease Control and Prevention website. (2009). Arthritis types Osteoarthritis. Disponible en: <http://www.cdc.gov/arthritis/arthritis/osteoarthritis.htm>. Recuperado el 14 de octubre de 2009.

- Charles, S. T. y Carstensen, L. L. (1999). The role of time in the setting of social goals across the life span. In T.M.Hess y F. Blanchard-Fields (Eds.), *Social Cognition and Aging* (pp. 319-342). Orlando, Florida.: Academic Press.
- Charney, D. S., Reynolds, C. F., III, Lewis, L., Lebowitz, B. D., Sunderland, T., Alexopoulos, G. S. et al. (2003). Depression and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. *Archives of General Psychiatry*, 60, 664-672.
- Chassany, O., Sagnier, P., Marquis, P., Fullerton, S., y Aaronson, N. (2002). Patient-reported outcomes: The example of health related quality of life- A european guidance document for the improvement integration of health related quality of life assessment in the drug regulatory process. *Drug Information Journal*, 36, 209-238.
- Christensen, H., Jorm, A. F., Henderson, A. S., Mackinnon, A. J., Korten, A. E., y Scott, L. R. (1994). The relationship between health and cognitive functioning in a sample of elderly people in the community. *Age Ageing*, 23, 204-212.
- Cioffi, D. (1991). Beyond attentional strategies: cognitive-perceptual model of somatic interpretation. *Psychological Bulletin*, 109, 25-41.
- Clark, F., Carlson, M., Zemke, R., Frank, G., Patterson, K., Ennevor, B. L. et al. (1996). Life domains and adaptive strategies of a group of low-income, well older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 50, 99-108.

- Clarke, D. M. y Currie, K. C. (2009). Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *The Medical Journal of Australia*, 190, S54-S60.
- Clayton, M. F., Mishel, M. H., y Belyea, M. (2006). Testing a model of symptoms, communication, uncertainty, and well-being, in older breast cancer survivors. *Research in Nursing & Health*, 29, 18-39.
- Cohen, S. y Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cole, M. G. y Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1147-1156.
- Comin, E. (1990). Validación de encuestas. *Atencion Primaria*, 7, 386-390.
- Compas, B. E., Haaga, D. A. F., Keefe, F. J., Leitenberg, H., y Williams, D. A. (1998). Sampling of empirically supported psychological treatments from health psychology: Smoking, chronic pain, cancer, and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 89-112.
- Conaghan, P. G., Dickson, J., y Grant, R. L. (2008). Care and management of osteoarthritis in adults: summary of NICE guidance. *British Medical Journal*, 336, 502-503.
- Conde, V. y Useros, E. (1975). Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y America*, 12, 217-236.

- Coombes Y y McPherson K. (1996). *Review of models of health related behavior change*. London, England: Health promotion sciences unit, London School of Hygiene and tropical medicine.
- Coons, S.J., Rao, S., Keininger, D.L. y Hays, R.D. (2000). A comparative review of generic quality of life questionnaires. *Pharmacoeconomics*, 17, 13-35.
- Cotter, K. A. y Sherman, A. M. (2008). Love hurts: The influence of social relations on exercise self-efficacy for older adults with osteoarthritis. *Journal of Aging and Physical Activity*, 16, 465-483.
- Courtens, A. M., Stevens, F. C., Crebolder, H. F., y Philipsen, H. (1996). Longitudinal study on quality of life and social support in cancer patients. *Cancer Nursing*, 19, 162-169.
- Creamer, P., Lethbridge-Cejku, M., y Hochberg, M. C. (2000). Factors associated with functional impairment in symptomatic knee osteoarthritis. *Rheumatology (Oxford)*, 39, 490-496.
- Creed, F. (1988). Anxiety in general medical patients. In R.Jr.Noyes, M. Roth, y G. D. Burrows (Eds.), *Hanbook of anxiety. vol 2: Classification etiological factors and associated disturbances* (pp. 239-268). London, England: Elsevier Science Publishers, B.V.
- Croft, P., Burt, J., Schollum, J., Thomas, E., Macfarlane, G., y Silman, A. (1996). More pain, more tender points: is fibromyalgia just one end of a continuous spectrum? *Annals of Rheumatic Diseases*, 55, 482-485.

- Cronan, T. A., Kaplan, R. M., Posner, L., Blumberg, E., y Kozin, F. (1989). Prevalence of the use of unconventional remedies for arthritis in a metropolitan community. *Arthritis & Rheumatism*, 32, 1604-1607.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psichometrika*, 16, 297-334.
- Crook, J. y Tunks, E. (1996). Pain clinics. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 22, 599-611.
- Cross, M. J., March, L. M., Lapsley, H. M., Byrne, E., y Brooks, P. M. (2006). Patient self-efficacy and health locus of control: Relationships with health status and arthritis-related expenditure. *Rheumatology*, 45, 92-96.
- Curry, S. L., Levine, S. B., Jones, P. K., y Kurit, D. M. (1993). Medical and psychosocial predictors of sexual outcome among women with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care & Research*, 6, 23-30.
- Daltroy, L. H. (1993). Doctor-patient communication in rheumatological disorders. *Baillieres Clinical Rheumatology*, 7, 221-239.
- Danoff-Burg, S. y Revenson, T. A. (2005). Benefit-finding among patients with rheumatoid arthritis: positive effects on interpersonal relationships. *Journal of Behavioral Medicine*, 28, 91-103.
- Davey, H. M., Barratt, A. L., Butow, P. N., y Deeks, J. J. (2007). A one-item question with a Likert or Visual Analog Scale adequately measured current anxiety. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60, 356-360.

- Davidson, J.R., Meoni, P., Haudiquet, V., Cantillon, M. y Hackett, D. (2002).  
*Depression & Anxiety, 16*, 4-13.
- de Beurs, E., Beekman, A. T., Deeg, D. J., Van Dyck, R., y van Tilburg, W. (2000).  
Predictors of change in anxiety symptoms of older persons: results from the  
Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Psychological Medicine, 30*, 515-527.
- de Beurs, E., Beekman, A. T., van Balkom, A. J., Deeg, D. J., Van Dyck, R., y van  
Tilburg, W. (1999). Consequences of anxiety in older persons: its effect on  
disability, well-being and use of health services. *Psychological Medicine, 29*,  
583-593.
- Degner, L. F., Gow, C. M., y Thompson, L. A. (1991). Critical nursing behaviors in  
care for the dying. *Cancer Nursing, 14*, 246-253.
- Dekker, J., Tola, P., Aufdemkampe, G., y Winckers, M. (1993). Negative affect, pain  
and disability in osteoarthritis patients: the mediating role of muscle weakness.  
*Behaviour Research and Therapy, 31*, 203-206.
- Detmar, S. B., Muller, M. J., Schornagel, J. H., Wever, L. D., y Aaronson, N. K. (2002).  
Health-related quality-of-life assessments and patient-physician communication:  
a randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*,  
288, 3027-3034.
- DeVellis, B. M. (1995). The physiological impact of arthritis: prevalence of depression.  
*Arthritis Care & Research, 8*, 284-289.

- DeVellis, R. F. y Callahan, L. F. (1993). A brief measure of helplessness in rheumatic disease: the helplessness subscale of the Rheumatology Attitudes Index. *The Journal of Rheumatology*, 20, 866-869.
- DeVellis, R. F., DeVellis, B. M., Sauter, S. V. H., Harring, K., y Cohen, J. L. (1986). Predictors of pain and functioning in arthritis. *Health Education Research*, 1, 61-67.
- Dexter, P. y Brandt, K. (1994). Distribution and predictors of depressive symptoms in osteoarthritis. *The Journal of Rheumatology*, 21, 279-286.
- Deyle, G. D., Henderson, N. E., Matekel, R. L., Ryder, M. G., Garber, M. B., y Allison, S. C. (2000). Effectiveness of manual physical therapy and exercise in osteoarthritis of the knee. A randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 132, 173-181.
- Dickens, C. y Creed, F. (2001). The burden of depression in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 40, 1327-1330.
- Diem, S.J., Blackwell, T.L., Stone, K.L, Yaffe, K., Haney, E.M., Bliziotis, M.M. et al. (2007). Use of antidepressants and rates of hip bone loss in older women: the study of osteoporotic fractures. *Archives of Internal Medicine*, 167, 1240-1245.
- Dieppe, P. A. y Lohmander, L. S. (2005). Pathogenesis and management of pain in osteoarthritis. *Lancet*, 365, 965-973.
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 372-387.

- Doll, J. y Ajzen, I. (1992). Accessibility and stability of predictors in the theory of planned behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 754-765.
- Dornelas, E. A. (2008). Anxiety. *Psychotherapy with cardiac patients: Behavioral cardiology in practice*. (pp. 67-86). Washington DC, US: American Psychological Association (APA.),
- Dubos, R. (1959). *Mirage of Health: Utopias, Progress and Biological Change*. New York, NY: Doubleday Anchor.
- Dudics, V., Kunstar, A., Kovacs, J., Lakatos, T., Geher, P., Gomor, B. et al. (2009). Chondrogenic potential of mesenchymal stem cells from patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis: Measurements in a microculture system. *Cells Tissues Organs*, 189, 307-316.
- Durá, E. y Ibañez, E. (1987). Algunas consideraciones y un modelo acerca de la información en Psicología Oncológica. *Boletín de Psicología*, 16, 7-31.
- Durkheim, E. (1893). *La división del trabajo social*. Buenos Aires.
- Earle, L. y Kelly, L. (2005). Coping strategies, depression, and anxiety among Ontario family medicine residents. *Canadian Family Physician*, 51, 242-243.
- Emirbayer, M. (1997). Manifesto for a Relational Sociology. *American Journal of Sociology*, 103, 281-317.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

- Escobar, A., Gonzalez, M., Quintana, J. M., Bilbao, A. y Ibañez, B. (2009). Validation of a prioritization tool for patients on the waiting list for total hip and knee replacements. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15, 97-102.
- Escobar, A., Quintana, J. M., Bilbao, A., Azkárate, J., Güenaga, J.I., Arenaza, J.C. et al. (2007a). Effect of patient characteristics on reported outcomes after total knee replacement. *Rheumatology*, 46, 112-119.
- Escobar, A., Quintana, J. M., Bilbao, A., Arostegui, I., Lafuente, I., y Vidaurreta, I. (2007b). Responsiveness and clinically important differences for the WOMAC and SF-36 after total knee replacement. *Osteoarthritis and Cartilage*, 15, 273-280.
- Escobar, A., Quintana, J. M., Bilbao, A., Azkarate, J., y Guenaga, J. I. (2002). Validation of the Spanish version of the WOMAC questionnaire for patients with hip or knee osteoarthritis. Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index. *Clinical Rheumatology*, 21, 466-471.
- Espinoza, R.T. y Unützer, J. (2010) Diagnosis and management of late-life depression. Disponible en: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com). Recuperado el 13 de abril de 2010.
- Ethgen, O., Bruyere, O., Richy, F., Dardennes, C., y Reginster, J. Y. (2004a). Health-related quality of life in total hip and total knee arthroplasty. A qualitative and systematic review of the literature. *The Journal of Bone and Joint Surgery - American Volume*, 86-A, 963-974.

- Ethgen, O., Vanparijs, P., Delhalle, S., Rosant, S., Bruyere, O., y Reginster, J. Y. (2004b). Social support and health-related quality of life in hip and knee osteoarthritis. *Quality of Life Research*, 13, 321-330.
- Ewart, C. K. (1991). Social action theory for a public health psychology. *American Psychologist*, 46, 931-946.
- Farquhar, J. W., Fortmann, S. P., Flora, J. A., Taylor, C. B., Haskell, W. L., Williams, P. T. et al. (1990). Effects of communitywide education on cardiovascular disease risk factors. The Stanford Five-City Project. *The Journal of the American Medical Association*, 264, 359-365.
- Felson, D. T. (1999). *Sleeping away from OA: A scientific conference on the prevention of onset, progression, and disability of osteoarthritis*. Boston, Massachusetts: National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases.
- Felson, D. T., Lawrence, R. C., Dieppe, P. A., Hirsch, R., Helmick, C. G., Jordan, J. M. et al. (2000). Osteoarthritis: new insights. Part 1: the disease and its risk factors. *Annals of Internal Medicine*, 133, 635-646.
- Felson, D. T., Zhang, Y., Hannan, M.T., Naimark, A., Weissman, B. N., Aliabadi, P. y Levy, D. (1995). The incidence and natural history of knee osteoarthritis in the elderly. The Framingham Osteoarthritis Study. *Arthritis & Rheumatism*, 38, 1500-1505.
- Fernandez, E. y Milburn, T. W. (1994). Sensory and affective predictors of overall pain and emotions associated with affective pain. *The Clinical Journal of Pain*, 10, 3-9.

- Ferreira, V. M. y Sherman, A. M. (2007). The relationship of optimism, pain and social support to well-being in older adults with osteoarthritis. *Aging & Mental Health*, *11*, 89-98.
- Fielden, J. M., Gander, P. H., Horne, J. G., Lewer, B. M., Green, R. M., y Devane, P. A. (2003). An assessment of sleep disturbance in patients before and after total hip arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty*, *18*, 371-376.
- Figueroa, D. (2002). Participación comunitaria y salud. *Revista Salud Pública y Nutrición*, *3*.
- Finestone, H. M., Alfeeli, A., y Fisher, W. A. (2008). Stress-induced physiologic changes as a basis for the biopsychosocial model of chronic musculoskeletal pain: a new theory? *Clinical Journal of Pain*, *24*, 767-775.
- Finnema, E., Droes, R. M., Ettema, T., Ooms, M., Ader, H., Ribbe, M. et al. (2005). The effect of integrated emotion-oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on nursing assistants: a randomized clinical trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *20*, 330-343.
- Fishbain, D. (2000). Evidence-based data on pain relief with antidepressants. *Annals of Medicine*, *32*, 305-316.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior. An introduction to theory and research*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
- Fisher, N. M., Pendergast, D. R., Gresham, G. E., y Calkins, E. (1991). Muscle rehabilitation: its effect on muscular and functional performance of patients with

knee osteoarthritis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 72, 367-374.

Fitzgerald, J. D., Orav, E. J., Lee, T. H., Marcantonio, E. R., Poss, R., Goldman, L. et al. (2004). Patient quality of life during the 12 months following joint replacement surgery. *Arthritis & Rheumatism*, 51, 100-109.

Flanagan, J. C. (1978). A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist*, 33, 138-147.

Flegal, K. M., Carroll, M. D., Kuczmarski, R. J., y Johnson, C. L. (1998). Overweight and obesity in the United States: prevalence and trends, 1960-1994. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*, 22, 39-47.

Fletcher, A., Gore, S., Jones, D., Fitzpatrick, R., Spiegelhalter, D., y Cox, D. (1992). Quality of life measures in health care. II: Design, analysis, and interpretation. *British Medical Journal*, 305, 1145-1148.

Fletcher, A. E., Hunt, B. M., y Bulpitt, C. J. (1987). Evaluation of quality of life in clinical trials of cardiovascular disease. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 557-569.

Flint, A.J.y Rifat, S.L.(1998). The treatment os psychotic in later life: a comparison of pharmacotherapy and ECT. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 23-28.

Fogelman, Y., Bloch, B., y Kahan, E. (2004). Assessment of participation in physical activities and relationship to socioeconomic and health factors. The

controversial value of self-perception. *Patient Education and Counseling*, 53, 95-99.

Ford, DH. (1987). *Humans and self-constructing living systems: A developmental perspective on behavior and personality*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.

Forestier, R., Desfour, H., Tessier, J. M., Francon, A., Foote, A. M., Genty, C. et al. (2009). Spa therapy in the treatment of knee osteoarthritis, a large randomised multicentre trial. *Annals of Rheumatic Diseases*, doi: 10.1136/ard.2009.113209.

Forsell, Y. y Henderson, A. S. (1998). Epidemiology of paranoid symptoms in an elderly population. *The British Journal of Psychiatry*, 172, 429-432.

Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*, 50, 3-20.

Fox, B. A. y Stephens, M. M. (2009). Glucosamine/chondroitin/primorine combination therapy for osteoarthritis. *Drugs of Today*, 45, 32-45.

Frank, R. G. y Hagglund, K. J. (1996). Mood Disorders. In ST.Wegener, BL. Belza, y EP. Gall (Eds.), *Clinical Care in rheumatic disease* (pp. 125-130). Atlanta, GA: American College of Rheumatology.

Fransen, M. y Edmonds, J. (1999). Reliability and validity of the EuroQol in patients with osteoarthritis of the knee. *Rheumatology*, 38, 807-813.

Freud, S. (1948). *Psicología de las masas y análisis del yo (1921)*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.

- Fries, J. F., Carey, C., y McShane, D. J. (1997). Patient education in arthritis: randomized controlled trial of a mail-delivered program. *The Journal of Rheumatology*, 24, 1378-1383.
- Gallo, J. J., Anthony, J. C., y Muthen, B. O. (1994). Age differences in symptoms of depression: a latent trait analysis. *Journal of Gerontology*, 49, 251-264.
- García de Yébenes, M.J., Rodríguez, F. y Carmona, L. (2008). Sensibilidad al cambio de las medidas de desenlace. *Reumatología Clínica*, 4, 240-247.
- García, P. y Martínez, F. R. (1997). Reacciones psicológicas en pacientes somáticos. Conducta de enfermedad. In S.Cervera, V. Conde, A. Espino, J. Giner, C. Leal, y F. Torres (Eds.), *Manual del Residente de Psiquiatría* (pp. 639-666). Madrid.
- Garfinkel, E. (1967). *Studies in Ethnomethodology*. New Jersey, USA: Prentice Hall.
- Garratt, A., Schmidt, L., Mackintosh, A., y Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *British Medical Journal*, 324, 1417.
- Garratt, A. M., Ruta, D. A., Abdalla, M. I., y Russell, I. T. (1994). SF 36 health survey questionnaire: II. Responsiveness to changes in health status in four common clinical conditions. *Quality in Health Care*, 3, 186-192.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., y Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133, 581-624.

- Gater, R., Tansella, M., Korten, A., Tiemens, B. G., Mavreas, V. G., y Olatawura, M. O. (1998). Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorders in general health care settings: report from the World Health Organization Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *Archives of General Psychiatry*, 55, 405-413.
- Geisser, M. E., Roth, R. S., y Robinson, M. E. (1997). Assessing depression among persons with chronic pain using the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale and the Beck Depression Inventory: a comparative analysis. *The Clinical Journal of Pain*, 13, 163-170.
- Georgotas, A., McCue, R.E., Hapworth, W., Friedman, E., Kim, O.M., Welkowitz, J. et al. (1986). Comparative efficacy and safety of MAOIs versus TCAs in treating depression in the elderly. *Biological Psychiatry*, 21, 1155-1166.
- Gignac, M. A. (2005). Arthritis and employment: an examination of behavioral coping efforts to manage workplace activity limitations. *Arthritis & Rheumatism*, 53, 328-336.
- Gignac, M. A., Backman, C. L., Davis, A. M., Lacaille, D., Mattison, C. A., Montie, P. et al. (2008). Understanding social role participation: what matters to people with arthritis? *The Journal of Rheumatology*, 35, 1655-36.
- Gignac, M. A., Davis, A. M., Hawker, G., Wright, J. G., Mahomed, N., Fortin, P. R. et al. (2006). "What do you expect? You're just getting older": A comparison of perceived osteoarthritis-related and aging-related health experiences in middle- and older-age adults. *Arthritis & Rheumatism*, 55, 905-912.

- Gil Verona, J. A. (1999). *Problemas médicos en la escuela y su entorno* (2º ed.). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Glanz, K., Lewis, F., y Rimer, B. (1997). *Health behaviour and health education: theory, research and practice* (2nd ed.). San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Goffman, E. (1955). On face-work; an analysis of ritual elements in social interaction. *Psychiatry, 18*, 213-231.
- Goldenberg, D. L. (2008). The Interface of Pain and Mood Disturbances in the Rheumatic Diseases. *Seminars in Arthritis and Rheumatism doi:10.1016/j.*
- González, M. T. (2004). *Cuestionario de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos*. Madrid, España: TEA Ediciones S.A.
- González, P., Bouñoso, M., Gonzalez-Quirós, M., Pérez de Albeniz, C., y Bobes, J. (1993). Evaluación de la calidad de vida. *Psiquiatria, 5*, 20-31.
- Goodwin, J. L., Kraemer, J. J., y Bajwa, Z. H. (2009). The use of opioids in the treatment of osteoarthritis: when, why, and how? *Current Rheumatology Reports, 11*, 5-14.
- Greene, J. y McClintoch, C. (1985). Triangulation in evaluation, design, and analysis issues. *Evaluation Review, 9*, 523-545.
- Greenhalgh, J. (2009). The applications of PROs in clinical practice: what are they, do they work, and why? *Quality of Life Research, 18*, 115-123.
- Guetzkow, H. (1958). Interaction Between Methods and Models in Social Psychology. In R.A.Patton (Ed.), *Current trends in the description and analysis of behavior*.

*Current trends in psychology* (pp. 142-174). Pittsburg, Pennsylvania: University of Pittsburg Press.

Guillemin, F., Bombardier, C., y Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, *46*, 1417-1432.

Gulseren, S., Gulseren, L., Hekimsoy, Z., Cetinay, P., Ozen, C., y Tokatlioglu, B. (2006). Depression, anxiety, health-related quality of life, and disability in patients with overt and subclinical thyroid dysfunction. *Archives of Medical Research*, *37*, 133-139.

Gur, A., Sarac, A. J., Burkan, Y. K., Nas, K., y Cevik, R. (2006). Arthropathy, quality of life, depression, and anxiety in Behcet's disease: relationship between arthritis and these factors. *Clinical Rheumatology*, *25*, 524-531.

Hamdan-Mansour, A. M., Puskar, K., y Bandak, A. G. (2009). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on depressive symptomatology, stress and coping strategies among Jordanian university students. *Issues in Mental Health Nursing*, *30*, 188-196.

Hampson, S. E., Glasgow, R. E., y Zeiss, A. M. (1996). Coping with osteoarthritis by older adults. *Arthritis Care & Research*, *9*, 133-141.

Haney, E.M., Chan, B.K., Diem, S.J., Ensrud, K.E., Cauley, J.A., Barrett-Connor, E., et al. (2007). Association of low bone mineral density with selective serotonin reuptake inhibitor use by older men. *Archives of Internal Medicine*, *167*, 1246-1251.

- Harary, F., Norman, R. Z., y Cartwright, D. (1965). *Structural Models: An Introduction to the Theory of Directed Graphs*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Harman, J. S., Edlund, M. J., Fortney, J. C., y Kallas, H. (2005). The influence of comorbid chronic medical conditions on the adequacy of depression care for older Americans. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 2178-2183.
- Hawker, G., Wright, J., Coyte, P., Paul, J., Dittus, R., Croxford, R. et al. (1998). Health-related quality of life after knee replacement. *The Journal of Bone and Joint Surgery - American Volume*, 80, 163-173.
- Hawley, D. J. y Wolfe, F. (1993). Depression is not more common in rheumatoid arthritis: a 10-year longitudinal study of 6,153 patients with rheumatic disease. *The Journal of Rheumatology*, 20, 2025-2031.
- Hays, R., Anderson, R., y Revicki, D. A. (1998). Assessing Reliability and Validity of Measurement in Clinical Trials. In M.J.Staquet, R. D. Hays, y P. M. Fayers (Eds.), *Quality of Life Assessment in Clinical Trials* (pp. 169-182). New York, NY: Oxford University Press.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York, NY: Wiley.
- Helmick, C. G., Lawrence, R. C., Pollard, R. A., Lloyd, E., y Heyse, S. P. (1995). Arthritis and other rheumatic conditions: who is affected now, who will be affected later? National Arthritis Data Workgroup. *Arthritis Care & Research*, 8, 203-211.

- Herdman, M., Badia, X., y Berra, S. (2001). EuroQol-5D: a simple alternative for measuring health-related quality of life in primary care. *Atención Primaria*, 28, 425-430.
- Hertzman, P., Johnsson, R. y Lindgren, B. (1988). Cost of sick leave for total hip replacement. *Acta orthoedica scandinavica*, 59, 266-269.
- Herzog, A. R. y Markus, H. R. (1999). The self-concept in life span and aging research. In V.L.Bengtson y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging*. New York, NY: Springer Publishing Co.
- Heun, R. y Hein, S. (2005). Risk factors of major depression in the elderly. *European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists*, 20, 199-204.
- Hill, C. L., Parsons, J., Taylor, A., y Leach, G. (1999). Health related quality of life in a population sample with arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 26, 2029-2035.
- Hill, S., Dziedzic, K., Thomas, E., Baker, S. R., y Croft, P. (2007). The illness perceptions associated with health and behavioural outcomes in people with musculoskeletal hand problems: findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP). *Rheumatology*, 46, 944-951.
- Hinman, R. S., Crossley, K. M., McConnell, J., y Bennell, K. L. (2003). Efficacy of knee tape in the management of osteoarthritis of the knee: blinded randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 327, 135.

- Hochbaum, G. (1958). *Public participation in medical screening programs: a socio-psychological study* (572 ed.). Washington, D.C.: US Government printing office.
- Hough, AJ. (2001). Pathology of osteoarthritis. In WJ.Koopman (Ed.), *Arthritis & Allied Conditions* (14 ed., pp. 2167-2194). Philadelphia, USA: Lippincott Williams y Wilkins.
- House, J. S., Landis, K. R., y Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545.
- Huebner, J. L., Hanes, M. A., Beekman, B., TeKoppele, J. M., y Kraus, V. B. (2002). A comparative analysis of bone and cartilage metabolism in two strains of guinea-pig with varying degrees of naturally occurring osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage*, 10, 758-767.
- Husain, M.M., Ruch, A.J., Fink, M., Knapp, R., Petrides, G. et al. (2004). Speed of response and remission in major depressive disorder with acute electroconvulsive therapy (ECT): a Consortium for Research in ECT (CORE) report. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 485-491.
- Huskisson, E. C. (2008). Glucosamine and chondroitin for osteoarthritis. *Journal of International Medical Research*, 36, 1161-1179.
- Husted, J. A., Cook, R. J., Farewell, V. T., y Gladman, D. D. (2000). Methods for assessing responsiveness: a critical review and recommendations. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 459-468.

- Huyser, B. A. y Parker, J. C. (2002). Rheumatic diseases. In T.J.Boll, S. B. Johnson, N. W. Jr. Perry, y R. H. Rozensky (Eds.), *Handbook of clinical health psychology. Volume 1. Medical disorders and behavioral applications.* (pp. 399-441). Washington DC, United States: American Psychological Association.
- Issa, S. N. y Sharma, L. (2006). Epidemiology of osteoarthritis: An update. *Current Rheumatology Reports*, 8, 7-15.
- Jackowski, D. y Guyatt, G. (2003). A guide to health measurement. *Clinical Orthopaedic Related Research*, 80-89.
- Jones, C.A., Beaupre, L.A., Johnston, D.W.C. y Suarez-Almazor, M.E. (2007). Total Joint Arthroplasties: Current Concepts of Patients Outcomes after Surgery. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 33, 71-86.
- Jones, C. A., Voaklander, D. C., Johnston, D. W., y Suarez-Almazor, M. E. (2000). Health related quality of life outcomes after total hip and knee arthroplasties in a community based population. *The Journal of Rheumatology*, 27, 1745-1752.
- Jordan, K. M., Arden, N. K., Doherty, M., Bannwarth, B., Bijlsma, J. W., Dieppe, P. et al. (2003). EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Annals of Rheumatic Diseases*, 62, 1145-1155.
- Julian, L. J., Yelin, E., Yazdany, J., Panopalis, P., Trupin, L., Criswell, L. A. et al. (2009). Depression, medication adherence, and service utilization in systemic lupus erythematosus. *Arthritis & Rheumatism*, 61, 240-246.

- Kaes, R. (2000). *Las teorías psicoanalíticas del grupo*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Kane, R.L., Saleh, K.J., Wilt, T.J. y Bershady, B. (2005). The functional outcomes of total knee arthroplasty. *Journal of Bone & Joint Surgery - American Volume*, 87, 1719-1724.
- Kaplan, R. M. (2003). The significance of quality of life in health care. *Quality of Life Research*, 12 Suppl 1, 3-16.
- Karoly, P. (1993). Mechanism of self-regulation: A systems view. *Annual Review of Psychology*, 44, 23-52.
- Karoly, P. (1999). A Goal Systems-Self-Regulatory Perspective on Personality, Psychopathology, and Change. *Review of General Psychology*, 3, 264-291.
- Karoly, P. y Kanfer, F.H. (1982). *Self-Management and Behavior Change: From Theory to Practice*. New York, NY: Pergamon Press.
- Kasl, S. V. y Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. I. Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health*, 12, 246-266.
- Katon, W., Von, K. M., Lin, E., Bush, T., y Ormel, J. (1992). Adequacy and duration of antidepressant treatment in primary care. *Medical Care*, 30, 67-76.
- Katon, W. y Ciechanowski, P. (2010). Initial treatment of depression in adults. Disponible en: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com). Recuperado el 13 de abril del 2010.

- Katz, P. P. y Yelin, E. H. (1993). Prevalence and correlates of depressive symptoms among persons with rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 20, 790-796.
- Katz, P. P. y Yelin, E. H. (2001). Activity loss and the onset of depressive symptoms: do some activities matter more than others? *Arthritis & Rheumatism*, 44, 1194-1202.
- Keefe, F. J., Affleck, G., France, C. R., Emery, C. F., Waters, S., Caldwell, D. S. et al. (2004). Gender differences in pain, coping, and mood in individuals having osteoarthritic knee pain: a within-day analysis. *Pain*, 110, 571-577.
- Keefe, F. J. y Bonk, V. (1999). Psychosocial assessment of pain in patients having rheumatic diseases. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 25, 81-103.
- Keefe, F. J., Caldwell, D. S., Queen, K. T., Gil, K. M., Martinez, S., Crisson, J. E. et al. (1987). Pain coping strategies in osteoarthritis patients. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 55, 208-212.
- Keefe, F. J., Lefebvre, J. C., Egert, J. R., Affleck, G., Sullivan, M. J., y Caldwell, D. S. (2000). The relationship of gender to pain, pain behavior, and disability in osteoarthritis patients: the role of catastrophizing. *Pain*, 87, 325-334.
- Keefe, F. J. y Van Horn, Y. (1993). Cognitive-behavioral treatment of rheumatoid arthritis pain: maintaining treatment gains. *Arthritis Care & Research*, 6, 213-222.

- Kendler, K. S., Heath, A. C., Martin, N. G., y Eaves, L. J. (1987). Symptoms of anxiety and symptoms of depression. Same genes, different environments? *Archives of General Psychiatry*, 44, 451-457.
- Kerlinger, F. (1979). *Behavioral research: a conceptual approach*. New York, NY: Harcourt School..
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R. et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289, 3095-3105.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Marucha, P. T., Malarkey, W. B., Mercado, A. M., y Glaser, R. (1995). Slowing of wound healing by psychological stress. *Lancet*, 346, 1194-1196.
- Kiely, W. F. (1972). Coping with severe illness. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 8, 105-118.
- Kim, S. S. y Park, B. K. (2008). Patient-perceived communication styles of physicians in rehabilitation: the effect on patient satisfaction and compliance in Korea. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 87, 998-1005.
- Kinder, B. N. y Curtiss, G. (1988). Assessment of anxiety, depression and anger in chronic pain patients: Conceptual and methodological issues. In C.D.Spielberg y J. N. Butcher (Eds.), *Advances in personality assessment* (pp. 161-174). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Kirigia, J. M., Seddoh, A., Gatwiri, D., Muthuri, L. H., y Seddoh, J. (2005). E-health: determinants, opportunities, challenges and the way forward for countries in the WHO African Region. *BMC Public Health*, 5, 137.
- Kirkley, A., Webster-Bogaert, S., Litchfield, R., Amendola, A., MacDonald, S., McCalden, R. et al. (1999). The effect of bracing on varus gonarthrosis. *The Journal of Bone and Joint Surgery - American Volume*, 81, 539-548.
- Klasen, B. W., Bruggert, J., y Hasenbring, M. (2006). Role of cognitive pain coping strategies for depression in chronic back pain. Path analysis of patients in primary care. *Schmerz*, 20, 398, 400-2, 404-6.
- Klinger, L., Spaulding, S. J., Polatajko, H. J., MacKinnon, J. R., y Miller, L. (1999). Chronic pain in the elderly: occupational adaptation as a means of coping with osteoarthritis of the hip and/or knee. *Clinical Journal of Pain*, 15, 275-283.
- Kojima, M., Kojima, T., Suzuki, S., Oguchi, T., Oba, M., Tsuchiya, H. et al. (2009). Depression, inflammation, and pain in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 61, 1018-1024.
- Kroenke, K., Bair, M., Damush, T., Hoke, S., Nicholas, G., Kempf, C. et al. (2007). Stepped Care for Affective Disorders and Musculoskeletal Pain (SCAMP) study: design and practical implications of an intervention for comorbid pain and depression. *General Hospital Psychiatry*, 29, 506-517.
- Kroenke, K., Messina, N., III, Benattia, I., Graepel, J., y Musgnung, J. (2006). Venlafaxine extended release in the short-term treatment of depressed and

- anxious primary care patients with multisomatoform disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 72-80.
- Kwan, D. (2002). Osteoarthritis. In Repchinsky (Ed.), *Patient Self-Care: Helping Patients Make Therapeutic Choices* (pp. 434). Ottawa, Canada: Canadian Pharmacist Association.
- Lajeunesse, D. y Reboul, P. (2003). Subchondral bone in osteoarthritis: a biologic link with articular cartilage leading to abnormal remodeling. *Current Opinion in Rheumatology*, 15, 628-633.
- Laliberté, E. (1993). *An exploration of the meaning seniors attach to activity (unpublished master's thesis)*. University of Western Ontario, London, Canada.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. Disponible en: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/lalonde-eng.php>. Recuperado el 17 de febrero de 2009.
- Landis, C. A., Levine, J. D., y Robinson, C. R. (1989). Decreased slow-wave and paradoxical sleep in a rat chronic pain model. *Sleep*, 12, 167-177.
- Lando, H. A., Pechacek, T. F., Pirie, P. L., Murray, D. M., Mittelmark, M. B., Lichtenstein, E. et al. (1995). Changes in adult cigarette smoking in the Minnesota Heart Health Program. *American Journal of Public Health*, 85, 201-208.
- Langeveld, J. H., Koot, H. M., Loonen, M. C., Hazebroek-Kampschreur, A. A., y Passchier, J. (1996). A quality of life instrument for adolescents with chronic headache. *Cephalalgia*, 16, 183-196.

- Lautenbacher, S., Kundermann, B., y Krieg, J. C. (2006). Sleep deprivation and pain perception. *Sleep Medicine Reviews*, 10, 357-369.
- Lawrence, R. C., Felson, D. T., Helmick, C. G., Arnold, L. M., Choi, H., Deyo, R. A. et al. (2008). Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part II. *Arthritis & Rheumatism*, 58, 26-35.
- Lázarus, R. S. y Folkman, S. (1986). El proceso de afrontamiento. Una alternativa a las formulaciones tradicionales. In *Estrés y procesos cognitivos*. (pp. 164-102). Barcelona: Martinez y Roca S.A.
- Lecci, L., Karoly, P., Briggs, C., y Kuhn, K. (1994). Specificity and generality of motivational components in depression: a personal projects analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 404-408.
- Lee, Y.H., Woo, J.H., Choi, S.J., Ji, J.D. y Song, G.G. (2010). Effects of glucosamine or chondroitin sulfate on the osteoarthritis progression: a meta-analysis. *Rheumatology International*, 30, 357-363.
- Leeuw, M., Goossens, M.E., Linton, S.J., Crombez, G., Boersma, K. y Vlaeyen, J.W. (2007). The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *Jornal of Behavioral Medicine*, 30, 77-94.
- Leigh, T. J., Hindmarch, I., Bird, H. A., y Wright, V. (1988). Comparison of sleep in osteoarthritic patients and age and sex matched healthy controls. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 47, 40-42.

- Lepola, U., Arato, M., Zhu, Y. y Austin, C. (2003). Sertraline versus imipramine treatment of comorbid panic disorder and major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 654-662.
- Lequesne, M. (1991). Indices of severity and disease activity for osteoarthritis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism doi:10.1016/j., 20*, 48-54.
- Lequesne, M. G., Mery, C., Samson, M., y Gerard, P. (1987). Indexes of severity for osteoarthritis of the hip and knee. Validation--value in comparison with other assessment tests. *Scandinavian Journal of Rheumatology - Supplement*, 65, 85-89.
- Leventhal, H., Zimmerman, R., y Gutman, M. (1984). Compliance: a self-regulation perspective. In W.D.Gentry (Ed.), *Handbook of behavioral medicine* (pp. 369-436). New York, NY: Guilford.
- Lewin, K. (1947). Group decision and social change. In R.y.W.Holt (Ed.), *Readings in social psychology* (pp. 197-211). New York.
- Lewin, K. (1951a). *Field theory in social science; selected theoretical papers*. New York, NY: Harper y Row.
- Lewin, K. (1951b). The nature of field theory. In M.H.Marx (Ed.), *Psychological theory*. New York, NY: Macmillan.
- Lima, M. G., Barros, M. B., Cesar, C. L., Goldbaum, M., Carandina, L., y Ciconelli, R. M. (2009). Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of Sao Paulo, Brazil: a population-based study. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25, 314-321.

- Lin, E. H. (2008). Depression and osteoarthritis. *American Journal of Medicine*, 121, S16-S19.
- Lin, E. H., Katon, W., Von, K. M., Tang, L., Williams, J. W., Jr., Kroenke, K. et al. (2003). Effect of improving depression care on pain and functional outcomes among older adults with arthritis: a randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 290, 2428-2429.
- Lipowski, Z. J. (1970). Physical illness, the individual and the coping processes. *Psychiatry in Medicine*, 1, 91-102.
- Loeser, J. D. y Bonica, J. J. (2001). *Bonica's Management of Pain* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lohr, K. N., Aaronson, N. K., Alonso, J., Burnam, M. A., Patrick, D. L., Perrin, E. B. et al. (1996). Evaluating quality-of-life and health status instruments: development of scientific review criteria. *Clinical Therapeutics*, 18, 979-992.
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (1995). *Clasificación Internacional de Enfermedades (10ª Rev.). Modificación Clínica (5ª ed.)*. Washington, DC., USA: OPS/OMS.
- Lorig, K., Konkol, L., y Gonzalez, V. (1987). Arthritis patient education: a review of the literature. *Patient.Educ.Couns.*, 10, 207-252.
- Lorig, K. R., Mazonson, P. D., y Holman, H. R. (1993). Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. *Arthritis & Rheumatism*, 36, 439-446.

- Lorig, K. R., Ritter, P., Stewart, A. L., Sobel, D. S., Brown, B. W., Jr., Bandura, A. et al. (2001). Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care*, 39, 1217-1223.
- Lovisi Neto, B. E., Jennings, F., Barros, O. C., Silva, P. G., y Natour, J. (2009). Evaluation of the efficacy of an educational program for rheumatoid arthritis patients. *Clinical & Experimental Rheumatology*, 27, 28-34.
- Loza, E., Lopez-Gomez, J. M., Abasolo, L., Maese, J., Carmona, L., Batlle-Gualda, E. et al. (2009). Economic burden of knee and hip osteoarthritis in Spain. *Arthritis & Rheumatism*, 61, 158-165.
- Lucas, M. D., Atwood, J. R., y Hagaman, R. (1993). Replication and validation of anticipated turnover model for urban registered nurses. *Nursing Research*, 42, 29-35.
- Luepker, R. V., Murray, D. M., Jacobs, D. R., Jr., Mittelmark, M. B., Bracht, N., Carlaw, R. et al. (1994). Community education for cardiovascular disease prevention: risk factor changes in the Minnesota Heart Health Program. *American Journal of Public Health*, 84, 1383-1393.
- Lunghi, M. E., Miller, P. M., y McQuillan, W. M. (1978). Psycho-social factors in osteoarthritis of the hip. *Journal of Psychosomatic Research*, 22, 57-63.
- Maggs-Rapport, F. (2000). Combining methodological approaches in research: ethnography and interpretive phenomenology. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 219-225.

- Maisiak, R. (1990). Arthritis and risk of depression: An epidemiological case control study. *Arthritis Care and Reserach Abstract*, 3.
- Majerovitz, S. D. y Revenson, T. A. (1994). Sexuality and rheumatic disease: the significance of gender. *Arthritis Care & Research*, 7, 29-34.
- Mallen, C.D.y Peat, G. (2008). Screening older people with musculoskeletal pain for depressive symptoms in primary care. *British Journal of General Practice*, 58, 688-693.
- Marquis, P., Fayol, C., Joire, J. E., y Lepage, A. (1995). Psychometric properties of a specific quality of life questionnaire in angina pectoris patients. *Quality of Life Research*, 4, 540-546.
- Marras, W. S., Davis, K. G., Heaney, C. A., Maronitis, A. B., y Allread, W. G. (2000). The influence of psychosocial stress, gender, and personality on mechanical loading of the lumbar spine. *Spine*, 25, 3045-3054.
- Martín, M. C. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*, 5, 23-29.
- Martire, L. M. (2005). The "Relative" Efficacy of Involving Family in Psychosocial Interventions for Chronic Illness: Are There Added Benefits to Patients and Family Members? *Families, Systems, & Health*, 23, 312-328.
- Martire, L. M., Stephens, M. A., Druley, J. A., y Wojno, W. C. (2002). Negative reactions to received spousal care: predictors and consequences of miscarried support. *Journal of Health Psychology*, 21, 167-176.

- Marx, M. H. y Hillix, W. A. (1963). *Systems and theories in psychology*. New York, NY: McGraw-Hill Higher Education.
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a Psychology of Being*. Princeton, NJ: Van Nostrand.
- Mathews, C. (1977). A review of behavioral theories of depression and a self-regulation model for depression 1. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 14, 79-86.
- McAlindon, T. y Felson, D. T. (1997). Nutrition: risk factors for osteoarthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 56, 397-400.
- McAlister, A. (1976). *Toward the mass communication of behavioral counseling*. (Unpublished doctoral dissertation), Stanford University.
- McAlister, A., Puska, P., Koskela, K., Pallonen, U., y Maccoby, N. (1980). Psychology in action. Mass communication and community organization for public health education. *American Psychologist*, 35, 375-379.
- McCarthy, C. J., Mills, P. M., Pullen, R., Richardson, G., Hawkins, N., Roberts, C. R. et al. (2001). Supplementation of a home-based exercise programme with a class-based programme for people with osteoarthritis of the knees: a randomised controlled trial and health economic analysis. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 8, iii-iiiv.
- McGilton, K., Irwin-Robinson, H., Boscart, V., y Spanjevic, L. (2006). Communication enhancement: nurse and patient satisfaction outcomes in a complex continuing care facility. *Journal of Advanced Nursing*, 54, 35-44.

- McHorney, C. A. y Tarlov, A. R. (1995). Individual-patient monitoring in clinical practice: are available health status surveys adequate? *Quality of Life Research*, 4, 293-307.
- McKegney, F. P., McMahon, T., y King, J. (1983). The use of DSM-III in a general hospital consultation-liaison service. *General Hospital Psychiatry*, 5, 115-121.
- McNeill, C. (1990). *Craneomandibular disorders. Guideline for evaluation, diagnosis and managemet. The American Academy of Craneomandibular Disorders*. Chicago, IL: Quintessence Publishing Co.Inc.
- McNeill, C. (1993). *Temporomandibular disorders.Guideline for classification, assesment and management. The American Academy of Orofacial Pain*. Chicago, IL: Quintessence Publishing Co.Inc.
- McWilliams, L. A., Cox, B. J., y Enns, M. W. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*, 106, 127-133.
- McWilliams, L. A., Goodwin, R. D., y Cox, B. J. (2004). Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample. *Pain*, 111, 77-83.
- Mead, G. H. (1913). The Social Self. *The Journal of Philosophy, Psychology and Scientific Methods*, 10, 374-380.
- Meenan, R. F., Gertman, P. M., y Mason, J. H. (1980). Measuring health status in arthritis. The arthritis impact measurement scales. *Arthritis & Rheumatism*, 23, 146-152.

- Meenan, R. F., Mason, J. H., Anderson, J. J., Guccione, A. A., y Kazis, L. E. (1992). AIMS2. The content and properties of a revised and expanded Arthritis Impact Measurement Scales Health Status Questionnaire. *Arthritis & Rheumatism*, 35, 1-10.
- Melzer, D., Guralnik, J. M., y Brock, D. (2003). Prevalence and distribution of hip and knee joint replacements and hip implants in older Americans by the end of life. *Aging - Clinical and Experimental Research*, 15, 60-66.
- Memel, D. S., Kirwan, J. R., Sharp, D. J., y Hehir, M. (2000). General practitioners miss disability and anxiety as well as depression in their patients with osteoarthritis. *The British Journal General Practice*, 50, 645-648.
- Mendes de Leon, C. F., Rapp, S. S., y Kasl, S. V. (1994). Financial strain and symptoms of depression in a community sample of elderly men and women: a longitudinal study. *Journal of Aging and Health*, 6, 448-468.
- Merlijn, V. P., Hunfeld, J. A., van der Wouden, J. C., Hazebroek-Kampschreur, A. A., Passchier, J., y Koes, B. W. (2006). Factors related to the quality of life in adolescents with chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 22, 306-315.
- Merrill, J. C. (1992). *Medios de comunicación social*. Madrid, España: Fundación Germán Sánchez Ruipérez.
- Michael, Y. L., Colditz, G. A., Coakley, E., y Kawachi, I. (1999). Health behaviors, social networks, and healthy aging: cross-sectional evidence from the Nurses' Health Study. *Quality of Life Research*, 8, 711-722.

- Minuchin, P. (1988). Relationship within the family: a systems perspective on development. In R.A.Hinde y J. Stevenson-Hinde (Eds.), *Relationship within the family: Mutual influences* (pp. 8-25). Oxford, UK: Clarendon Press and University Press.
- Mirowsky, J. y Ross, C. E. (2001). Age and the effect of economic hardship on depression. *Journal of Health Social Behavior*, 42, 132-150.
- Mittmann, N., Herrmann, N., Shulman, K.I., Silver, I.L., Busto, U.E., Borden, E.K. et al (1999). The effectiveness of antidepressant in elderly depressed outpatients: a prospective case series study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 690-697.
- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Stratford, P. W., Alonso, J., Patrick, D. L., Riphagen, I. et al. (2009). Evaluation of the methodological quality of systematic reviews of health status measurement instruments. *Quality of Life Research*, 18, 313-333.
- Moldofsky, H., Lue, F. A., y Saskin, P. (1987). Sleep and morning pain in primary osteoarthritis. *The Journal of Rheumatology*, 14, 124-128.
- Montin, L., Leino-Kilpi, H., Katajisto, J., Lepisto, J., Kettunen, J., y Suominen, T. (2007). Anxiety and health-related quality of life of patients undergoing total hip arthroplasty for osteoarthritis. *Chronic Illness*, 3, 219-227.
- Moscovici, S. (1986). *Psicología social*. Barcelona, España: Paidós.
- Moskowitz, R.W. (2009). The Burden of Osteoarthritis: Clinical and Quality of Life Issues. *American Journal of Managed Care*, 15, S223-S229.

- Mugny, G. y Perez, J. A. (1991). *The social psychology of minority influence*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Nagyova, I., Stewart, R. E., Macejova, Z., van Dijk, J. P., y van den Heuvel, W. J. (2005). The impact of pain on psychological well-being in rheumatoid arthritis: the mediating effects of self-esteem and adjustment to disease. *Patient Education and Counseling*, 58, 55-62.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2008). Osteoarthritis: national clinical guideline for care and management in adults. London, NICE. Disponible en: [www.nice.org.uk/CG059](http://www.nice.org.uk/CG059). Recuperado el 22 de octubre de 2009.
- National Institute of Mental Health (2008). Depression. Available in: <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>.
- Near, J. P., Rice, R.W. y Hunt, R.G.(1978). Work and Extra-Work Correlates of Life and Job Satisfaction. *Academy of Management Journal*, 21, 248-264.
- Neustadt, D. H. (1992). Intraarticular steroid therapy. In R.W.Moscowitz, D. S. Howel, V. M. Goldberg, y H. Mankin (Eds.), *Osteoarthritis: Diagnosis and Medical/Surgical Management* (pp. 493). Philadelphia, PA: WB Saunders Co.
- Nevitt, M.C., Epstein, W.V., Masem, M. y Murray, W.R. (1984). Work disability before and after total hip arthroplasty. Assessment of the effectiveness in reducing disability. *Arthritis & Rheumatism*, 27, 410-421.
- Newcomb, T. M. (1943). *Personality and social change: attitude formation in a student community*. New York: Holt.

- Newman, S., Fitzpatrick, R., Lamb, R., y Shipley, M. (1990). Patterns of coping in rheumatoid arthritis. *Psychology & Health, 4*, 187-200.
- Newman, S. y Mulligan, K. (2000). The psychology of rheumatic diseases. *Baillieres Best Practice & Research Clinical Rheumatology, 14*, 773-786.
- Niu, J., Zhang, Y. Q., Torner, J., Nevitt, M., Lewis, C. E., Aliabadi, P. et al. (2009). Is obesity a risk factor for progressive radiographic knee osteoarthritis? *Arthritis & Rheumatism, 61*, 329-335.
- Novack, D. H., Cameron, O., Epel, E., Ader, R., Waldstein, S. R., Levenstein, S. et al. (2007). Psychosomatic medicine: the scientific foundation of the biopsychosocial model. *Acadademic Psychiatry, 31*, 388-401.
- Nuesch, E., Rutjes, A. W., Husni, E., Welch, V., y Juni, P. (2009). Oral or transdermal opioids for osteoarthritis of the knee or hip. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD003115.
- Nutbeam, D. (1998). *Theory in a nutshell: a practitioner's guide to community used theories and models in health promotion*. Sydney, Australia: National Centre for Health Promotion.
- O'Connor, M.K., Knapp, R., Husain, M., Rummans, T.A., Petrides, G., Smith, G. et al. (2001). The influence of age on the response of major depression to electroconvulsive therapy: a CORE report. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 9*, 382-390.

- Ofluoglu, D., Berker, N., Guven, Z., Canbulat, N., Yilmaz, I.T., y Kayhan, O. (2005). Quality of life in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 24, 490-492.
- Ong, L. M., de Haes, J. C., Hoos, A. M., y Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40, 903-918.
- Orden, S. R. y Bradburn, N. M. (1968). Dimensions of marriage happiness. *Asociacion Juristas de la Salud*, 73, 715-731.
- Ormel, J., VonKorff, M., Ustun, T. B., Pini, S., Korten, A., y Oldehinkel, T. (1994). Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *The Journal of the American Medical Association*, 272, 1741-1748.
- Otensen, M. (2004). New insights into sexual functioning and fertility in rheumatic diseases. *Best Practice and Research in Clinical Rheumatology*, 18, 219-232.
- Ottawa charter for health promotion (1986). *Canadian Journal of Public Health*, 77, 425-430.
- Ozcetin, A., Ataoglu, S., Kocer, E., Yazici, S., Yildiz, O., Ataoglul, A. et al. (2007). Effects of depression and anxiety on quality of life of patients with rheumatoid arthritis, knee osteoarthritis and fibromyalgia syndrome. *West Indian Medical Journal*, 56, 122-129.

- Palkonyai, E., Kolarz, G., Kopp, M., Bogye, G., Temesvari, P., Palkonyay, L. et al. (2007). Depressive symptoms in early rheumatoid arthritis: a comparative longitudinal study. *Clinical Rheumatology*, 26, 753-758.
- Parish, L. C. (1963). An historical approach to the nomenclature of rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 6, 138-158.
- Parker, J. C., Frank, R. G., Beck, N. C., Smarr, K. L., Buescher, K. L., Phillips, L. R. et al. (1988). Pain management in rheumatoid arthritis patients. A cognitive-behavioral approach. *Arthritis & Rheumatism*, 31, 593-601.
- Parker, J. C., Smarr, K. L., Buckelew, S. P., Stucky-Ropp, R. C., Hewett, J. E., Johnson, J. C. et al. (1995). Effects of stress management on clinical outcomes in rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 38, 1807-1818.
- Parmelee, P. A., Harralson, T. L., Smith, L. A., y Schumacher, H. R. (2007). Necessary and discretionary activities in knee osteoarthritis: do they mediate the pain-depression relationship? *Pain Medicine*, 8, 449-461.
- Parsons, T. (1951). *The social System*. London, England: Routledge.
- Passik, S.D. y Kirsh, K.L. (2010). Management of psychiatric and psychologic disorders in patient with cancer. Disponible en: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com). Recuperado el 14 de abril del 2010.
- Patrick, D. L. y Deyo, R. A. (1989). Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Medical Care*, 27, S217-S232.

- Patrick, D. L. y Erickson, P. (1993). *Health status and health policy*. New York: Oxford University Press.
- Pearlin, L. I., Aneshensel, C. S., y LeBlanc, A. J. (1997). The forms and mechanisms of stress proliferation: the case of AIDS caregivers. *Journal of Health Social Behavior*, 38, 223-236.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., y Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30, 583-594.
- Pendleton, A., Arden, N., Dougados, M., Doherty, M., Bannwarth, B., Bijlsma, J. W. et al. (2000). EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis: report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Annals of the Rheumatic Diseases*, 59, 936-944.
- Penninx, B. W., Beekman, A. T., Ormel, J., Kriegsman, D. M., Boeke, A. J., van Eijk, J. T. et al. (1996). Psychological status among elderly people with chronic diseases: does type of disease play a part? *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 521-534.
- Penninx, B. W., van Tilburg, T., Kriegsman, D. M., Deeg, D. J., Boeke, A. J., y van Eijk, J. T. (1997). Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *American Journal of Epidemiology*, 146, 510-519.

- Perrot, S., Maheu, E., Javier, R. M., Eschalier, A., Coutaux, A., LeBars, M. et al. (2006). Guidelines for the use of antidepressants in painful rheumatic conditions. *European Journal of Pain*, 10, 185-192.
- Perruccio, A. V., Power, J. D., y Badley, E. M. (2007). The relative impact of 13 chronic conditions across three different outcomes. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61, 1056-1061.
- Pichon Riviere, E. (1983). *La Psiquiatría, una nueva problemática del Psicoanálisis a la Psicología Social*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Pincus, T., Griffith, J., Pearce, S., y Isenberg, D. (1996). Prevalence of self-reported depression in patients with rheumatoid arthritis. *British Journal of Rheumatology*, 35, 879-883.
- Pinquart, M. y Sorensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. *Psychology & Aging*, 15, 187-224.
- Pourcher, E., Remillard, S. y Cohen, H. (2010). Affect in Parkinson's disease: validation of the two factor approach. *Journal of Neurological Sciences*, 289, 27-31.
- Prieto-Flores, M. E., Fernandez-Mayoralas, G., Rojo-Perez, F., Lardies-Bosque, R., Rodriguez-Rodriguez, V., hmed-Mohamed, K. et al. (2008). Sociodemographic and health factors explaining emotional wellbeing as a quality of life domain of older people in Madrid, Spain. 2005. *Revista Española de Salud Publica*, 82, 301-313.

Prochaska, J. y DiClemente, C. (1984). *The transtheoretical approach*. New York, NY: Dow Jones.

Prochaska, J. O. y Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.

Proyecto de Salud y Trabajo (2009) El proyecto Salud y Trabajo reúne a pacientes, médicos y políticos para mejorar el abordaje de las enfermedades reumáticas. Disponible en:

<http://www.discapnet.es/Castellano/actualidad/Discapacidad/paginas/detalle.aspx?Noticia=203928> . Recuperado el 15 de octubre de 2009.

Quan, D.-M., Li, H.-J., Li, G., Lin, H.-C., y Guo, G.-Q. (2006). Quality of life and the characteristics of its influencing factors in community elderly people. [Chinese]. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation*, 10, 56-58.

Quintana, J. M., Arostegui, I., Escobar, A., Azkarate, J., Goenaga, J. I., y Lafuente, I. (2008). Prevalence of knee and hip osteoarthritis and the appropriateness of joint replacement in an older population. *Archives of Internal Medicine*, 168, 1576-1584.

Quintana, J.M., Escobar, A., Arostegui, I., Bilbao, A., Azkarate, J., Goenaga, I. et al. (2006). Health-Related Quality of Life and Appropriateness of Knee or Hip Joint Replacement. *Archives of Internal Medicine*, 166, 220-226.

Quintana, J.M., Escobar, A., Bilbao, A., Arostegui, I., Lafuente, I., Vidaurreta, I. (2005). Responsiveness and clinically important differences for the WOMAC and SF-36 after hip joint replacement. *Osteoarthritis and Cartilage*, 13, 1076-1083.

- Rabin, R. y de Charro, F. (2001). EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Annals of Medicine*, 33, 337-343.
- Raina, P., Dukeshire, S., Lindsay, J., y Chambers, L. W. (1998). Chronic conditions and disabilities among seniors: an analysis of population-based health and activity limitation surveys. *Annals of Epidemiology*, 8, 402-409.
- Raskin, J., Wiltse, C. G., Siegal, A., Sheikh, J., Xu, J., Dinkel, J. J. et al. (2007). Efficacy of duloxetine on cognition, depression, and pain in elderly patients with major depressive disorder: an 8-week, double-blind, placebo-controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 900-909.
- Rat, A. C., Coste, J., Pouchot, J., Baumann, M., Spitz, E., Retel-Rude, N. et al. (2005). OAKHQOL: a new instrument to measure quality of life in knee and hip osteoarthritis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58, 47-55.
- Rat, A. C., Pouchot, J., Coste, J., Baumann, C., Spitz, E., Retel-Rude, N. et al. (2006). Development and testing of a specific quality-of-life questionnaire for knee and hip osteoarthritis: OAKHQOL (OsteoArthritis of Knee Hip Quality Of Life). *Joint Bone Spine*, 73, 697-704.
- Ravaud, P., Giraudeau, B., Logeart, I., Larguier, J. S., Rolland, D., Treves, R. et al. (2004). Management of osteoarthritis (OA) with an unsupervised home based exercise programme and/or patient administered assessment tools. A cluster randomised controlled trial with a 2x2 factorial design. *Annals of Rheumatic Diseases*, 63, 703-708.

- Revicki, D. A., Osoba, D., Fairclough, D., Barofsky, I., Berzon, R., Leidy, N. K. et al. (2000). Recommendations on health-related quality of life research to support labeling and promotional claims in the United States. *Quality of Life Research*, 9, 887-900.
- Richards, J.B., Papaioannou, A., Adachi, J.D., Joseph, L., Whitson, H.E., Prior, J.C. et al. (2007). Effect of selective serotonin reuptake inhibitors on the risk of fracture. *Archives of Internal Medicine*, 167, 188-194.
- Rivard, V. y Cappeliez, P. (2007). Perceived control and coping in women faced with activity restriction due to osteoarthritis: relations to anxious and depressive symptoms. *Canadian Journal on Aging*, 26, 241-253.
- Riyazi, N., Spee, J., Huizinga, T. W., Schreuder, G. M., de Vries, R. R., Dekker, F. W. et al. (2003). HLA class II is associated with distal interphalangeal osteoarthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 62, 227-230.
- Robinson, L. A., Berman, J. S., y Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 30-49.
- Robinson, T. (2008). Applying the socio-ecological model to improving fruit and vegetable intake among low-income African Americans. *Journal of Community Health*, 33, 395-406.
- Roddy, E., Zhang, W., y Doherty, M. (2005). Aerobic walking or strengthening exercise for osteoarthritis of the knee? A systematic review. *Annals of Rheumatic Diseases*, 64, 544-548.

- Rodgers, W. (1977). Work Status and the Quality of Life. *Social Indicators Research*, 4, 267-287.
- Rogers, E. M. (1992). Communication campaigns to change health-related lifestyles. *Hygie*, 11, 29-35.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.) New York, NY: Free Press.
- Roizenblatt, S., Moldofsky, H., Edito-Silva, A. A., y Tufik, S. (2001). Alpha sleep characteristics in fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 44, 222-230.
- Rolfson, O., Dahlberg, L. E., Nilsson, J.-A., Malchau, H., y Garellick, G. (2009). Variables determining outcome in total hip replacement surgery. *Journal of Bone and Joint Surgery -, Series B*.91, 157-161.
- Rosemann, T., Backenstrass, M., Joest, K., Rosemann, A., Szecsenyi, J., y Laux, G. (2007a). Predictors of depression in a sample of 1,021 primary care patients with osteoarthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 57, 415-422.
- Rosemann, T., Gensichen, J., Sauer, N., Laux, G., y Szecsenyi, J. (2007b). The impact of concomitant depression on quality of life and health service utilisation in patients with osteoarthritis. *Rheumatology International*, 27, 859-863.
- Rosenstiel, A. K. y Keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33-44.
- Roter, D. L., Hall, J. A., Kern, D. E., Barker, L. R., Cole, K. A., y Roca, R. P. (1995). Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional

- distress. A randomized clinical trial. *Archives of Internal Medicine*, 155, 1877-1884.
- Rovner, B. W. y Casten, R. J. (2002). Activity loss and depression in age-related macular degeneration. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 305-310.
- Rubio, V. (2008). Salud. Disponible en:  
[http://www.uam.es/personal\\_pdi/psicologia/victor/SALUD/Transparencias/SALUD\\_archivos/frame.htm](http://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/victor/SALUD/Transparencias/SALUD_archivos/frame.htm). Recuperado el 9 de febrero de 2009
- Ruchlin, H. S. y Insinga, R. P. (2008). A review of health-utility data for osteoarthritis: Implications for clinical trial-based evaluation. *PharmacoEconomics*, 26, 925-935.
- Ruiz, F. S., Andersen, M. L., Zager, A., Martins, R. C., y Tufik, S. (2007). Sleep deprivation reduces the lymphocyte count in a non-obese mouse model of type 1 diabetes mellitus. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 40, 633-637.
- Ruiz-Ros, V. (1992). Bases Conceptuales para el Diseño de un Instrumento de Medida de Calidad de Vida en los Afectados por Problemas de Salud: el Index de Qualitat de Vida de l'Escola Universitaria d'Infermeria dela Universitat de Valencia (IQV-EUIV). *Medicina Clínica*, 98, 41-48.
- Russak, S. M., Croft, J. D., Jr., Furst, D. E., Hohlbauch, A., Liang, M. H., Moreland, L. et al. (2003). The use of rheumatoid arthritis health-related quality of life patient questionnaires in clinical practice: lessons learned. *Arthritis & Rheumatism*, 49, 574-584.

- Sackeim, H.A., Haskett, R.F., Mulsant, B.H., Thase, M.E., Man, J.J., Pettinati, H.M. et al. (2001). Continuation pharmacotherapy in the prevention of relapse following electroconvulsive therapy: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 285, 1299-1307.
- Salaffi, F., Cavalieri, F., Nolli, M., y Ferraccioli, G. (1991). Analysis of disability in knee osteoarthritis. Relationship with age and psychological variables but not with radiographic score. *The Journal of Rheumatology*, 18, 1581-1586.
- Salazar, M. K. y Beaton, R. (2000). Ecological model of occupational stress. Application to urban firefighters. *American Association of Occupational Health Nurses Journal*, 48, 470-479.
- Sale, J. E., Gignac, M., y Hawker, G. (2008). The relationship between disease symptoms, life events, coping and treatment, and depression among older adults with osteoarthritis. *Journal of Rheumatology*, 35, 335-342.
- Salerno, S. M., Browning, R., y Jackson, J. L. (2002). The effect of antidepressant treatment on chronic back pain: a meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 162, 19-24.
- Salleras, L. (1985). *Educación sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid, España: Diaz de Santos.
- Salleras, L. (1991). La salud y sus determinantes. *Revista Anthropos*, 118-119, 32-38.
- San Martín, H. (1990). *Salud y Enfermedad* (7ª ed.) México: La Prensa Mexicana.

- Savelkoul, M., de Witte, L., y Post, M. (2003). Stimulating active coping in patients with rheumatic diseases: a systematic review of controlled group intervention studies. *Patient Education and Counseling*, 50, 133-143.
- Scharloo, M., Kaptein, A. A., Weinman, J. A., Hazes, J. M., Breedveld, F. C., y Rooijmans, H. G. (1999). Predicting functional status in patients with rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 26, 1686-1693.
- Schein, E. H. (2004). Kurt Lewin's change theory in the field and in the classroom: Notes toward a model of managed learning. Disponible en: [http://www.a2zpsychology.com/articles/kurt\\_lewin's\\_change\\_theory.htm](http://www.a2zpsychology.com/articles/kurt_lewin's_change_theory.htm). Recuperado el 4 de junio de 2009.
- Schipper, H. (1990). Quality of life: principles of the clinical paradigm. *Journal of Psychosocial Oncology*, 8, 171-185.
- Schipper, H., Clinch, J., y Powell, V. (1990). Definition and Conceptual Issues. In B.Spilker (Ed.), *Quality of Life Assessments in Clinical Trials* (pp. 11-24). Ney York, NY: Raven Press.
- Schnitzer, T. J. (2006). Update on guidelines for the treatment of chronic musculoskeletal pain. *Clinical Rheumatology*, 25 Suppl 1, S22-S29.
- Schulberg, H. C., Katon, W., Simon, G. E., y Rush, A. J. (1998). Treating major depression in primary care practice: an update of the Agency for Health Care Policy and Research Practice Guidelines. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1121-1127.

- Schumacher, H. R. y Chen, L. X. (2005). Injectable corticosteroids in treatment of arthritis of the knee. *American Journal of Medicine*, 118, 1208-1214.
- Schutz, T. C., Andersen, M. L., y Tufik, S. (2003). Sleep alterations in an experimental orofacial pain model in rats. *Brain Research*, 993, 164-171.
- Schutz, T. C., Andersen, M. L., y Tufik, S. (2004). Influence of temporomandibular joint pain on sleep patterns: role of nitric oxide. *Journal of Dental Research*, 83, 693-697.
- Schutz, T. C., Andersen, M. L., y Tufik, S. (2007). Effects of COX-2 inhibitor in temporomandibular joint acute inflammation. *Journal of Dental Research*, 86, 475-479.
- Schvarstein, L. (1999). La psicología social de las organizaciones. Disponible en: <http://www.ufba.br/~conpsi/conpsi1999/F003.html>. Recuperado el 28 de mayo de 2009.
- Scientific Advisory Committee (1995). Instrument Review Criteria. *Medical Outcomes Trust Bulletin*, 3, I-IV.
- Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust (2002). Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. *Quality of Life Research*, 11, 193-205.
- Scopaz, A., Piva, S.R., Wisniewski, S. y Fitzgerald, K. (2009). Relationship of fear, anxiety and depression with physical function in patients with knee osteoarthritis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90, 1866-1873.

- Seed, S. M., Dunican, K. C., y Lynch, A. M. (2009). Osteoarthritis: a review of treatment options. *Geriatrics*, *64*, 20-29.
- Sharpe, L., Sensky, T., y Allard, S. (2001). The course of depression in recent onset rheumatoid arthritis: the predictive role of disability, illness perceptions, pain and coping. *Journal of Psychosomatic Research*, *51*, 713-719.
- Sheehy, C., Murphy, E., y Barry, M. (2006). Depression in rheumatoid arthritis--underscoring the problem. *Rheumatology (Oxford)*, *45*, 1325-1327.
- Sher, K. J. y Trull, T. J. (1994). Personality and disinhibitory psychopathology: alcoholism and antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*, 92-102.
- Sherbourne, C. D., Meredith, L. S., Rogers, W., y Ware, J. E., Jr. (1992). Social support and stressful life events: age differences in their effects on health-related quality of life among the chronically ill. *Quality of Life Research*, *1*, 235-246.
- Sherman, A. M. (2003). Social relations and depressive symptoms in older adults with knee osteoarthritis. *Social Science & Medicine*, *56*, 247-257.
- Sherman, A. M., Shumaker, S. A., Rejeski, W. J., Morgan, T., Applegate, W. B., y Ettinger, W. (2006). Social support, social integration, and health-related quality of life over time: Results from the Fitness and Arthritis in Seniors Trial (FAST). *Psychology & Health*, *21*, 463-480.
- Shrout, P. E. y Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, *86*, 420-428.

- Silva, A., Andersen, M. L., y Tufik, S. (2008). Sleep pattern in an experimental model of osteoarthritis. *Pain, 140*, 446-455.
- Silver, M. Z. (2001). Efficacy of anti-tobacco mass media campaigns on adolescent tobacco use. *Pediatric Nurs, 27*(3), 293-296.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and Human Behaviour*. New York, NY: Free Press.
- Smith, A. B., Selby, P. J., Velikova, G., Stark, D., Wright, E. P., Gould, A. et al. (2002). Factor analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale from a large cancer population. *Psychology and Psychotherapy, 75*, 165-176.
- Smith, B. W. y Zautra, A. J. (2008). The effects of anxiety and depression on weekly pain in women with arthritis. *Pain, 138*, 354-361.
- Smith, E. V., Jr., Conrad, K. M., Chang, K., y Piazza, J. (2002). An introduction to Rasch measurement for scale development and person assessment. *Journal of Nursing Measurement, 10*, 189-206.
- Sociedad Argentina de Pediatría. (2006). Definición de la Salud. Disponible en: [http://www.sap.org.ar/staticfiles/actividades/congresos/congre2006/conarpe34/material/se\\_petroff.pdf](http://www.sap.org.ar/staticfiles/actividades/congresos/congre2006/conarpe34/material/se_petroff.pdf). Recuperado el 9 de febrero de 2009.
- Sokoloff, L. (1987). Osteoarthritis as a remodeling process. *The Journal of Rheumatology, 14 Spec No*, 7-10.
- Solai, L.K., Mulsant, B.H. y Pollock, B.G. (2001). Selective serotonin reuptake inhibitors for late-life depression: a comparative review. *Drugs Aging, 18*, 355-368.

- Soriguer, F., Rojo-Martinez, G., Esteva, d. A., I, Ruiz de Adana, M. S., Catala, M., Merelo, M. J. et al. (2004). Prevalence of obesity in south-east Spain and its relation with social and health factors. *European Journal of Epidemiology*, 19, 33-40.
- Soto, J., Rejas, J., Ruiz, M. y Pardo, A. (2009). Estudios de calidad de vida relacionada con la salud incluidos en ensayos clínicos: valoración de su calidad metodológica mediante una lista-guía. *Medicina Clínica*, 133, 314-320.
- Sowers, M. y Lachance, L. (1999). Vitamins and arthritis. The roles of vitamins A, C, D, and E. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 25, 315-332.
- Sperry, L. (2006). Biopsychosocial Model of Chronic Illness. In L. Sperry (Ed), *Psychological treatment of chronic illness: The biopsychosocial therapy approach* (pp. 25-39). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Spiegel, J. M., Labonte, R., y Ostry, A. S. (2004). Understanding "globalization" as a determinant of health determinants: a critical perspective. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 10, 360-367.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto, CA.: Consulting Psychologists Press.
- Spitzer, W. O. (1987). State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 465-471.

- Staquet, M. J., Hays, R. D., y Fayers, P. M. (1998). *Quality of life assessment in clinical trials: methods and practice*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Stein, C., Griffin, M., y Brandt, K. (1996). Osteoarthritis. In ST.Wegener, BL. Belza, y EP. Gall (Eds.), *Clinical Care in the rheumatic diseases* (pp. 177-181). Atlanta GA: American College of Rheumatology.
- Stultjens, M. P., Dekker, J., y Bijlsma, J. W. (2001). Coping, pain, and disability in osteoarthritis: a longitudinal study. *The Journal of Rheumatology*, 28, 1068-1072.
- Stone, A. A. y Neale, J. M. (1984). Effects of severe daily events on mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 137-144.
- Stotland, N. L. y Garrick, T. R. (1990). *Manual of Psychiatric Consultation*. Washington DC, USA: American Psychiatric Press.
- Stratford, P.W. y Riddle, D.L. (2005). Assessing sensitivity to change: choosing the appropriate change coefficient. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 23.
- Strating, M. M. H., Van Duijn, M. A. J., Van Schuur, W. H., y Suurmeijer, T. P. B. M. (2007). The differential effects of rheumatoid arthritis on distress among patients and partners. *Psychology & Health*, 22, 361-379.
- Strauman, T. J., Vieth, A. Z., Merrill, K. A., Kolden, G. G., Woods, T. E., Klein, M. H. et al. (2006). Self-System Therapy as an Intervention for Self-Regulatory Dysfunction in Depression: A Randomized Comparison With Cognitive Therapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 74, 367-376.

- Streiner, D. y Norman, G. (1989). *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*. United States: Oxford University Press.
- Sullivan, M., Karlsson, J., y Taft, C. (1999). How to Assess Quality of Life in Medicine: Rationale and Methods. In B.Guy-Grand y G. Ailhaud (Eds.), *Progress in Obesity Research:8* (pp. 749-755). London, England: Libbey.
- Summers, M. N., Haley, W. E., Reveille, J. D., y Alarcon, G. S. (1988). Radiographic assessment and psychologic variables as predictors of pain and functional impairment in osteoarthritis of the knee or hip. *Arthritis & Rheumatism*, 31, 204-209.
- Superio-Cabuslay, E., Ward, M. M., y Lorig, K. R. (1996). Patient education interventions in osteoarthritis and rheumatoid arthritis: a meta-analytic comparison with nonsteroidal antiinflammatory drug treatment. *Arthritis Care & Research*, 9, 292-301.
- Swindells, S., Mohr, J., Justis, J. C., Berman, S., Squier, C., Wagener, M. M. et al. (1999). Quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection: impact of social support, coping style and hopelessness. *International Journal of STD & AIDS*, 10, 383-391.
- Tak, S. H. y Laffrey, S. C. (2003). Life satisfaction and its correlates in older women with osteoarthritis. *Orthopaedic Nursing*, 22, 182-189.
- Tamiya, N., Araki, S., Ohi, G., Inagaki, K., Urano, N., Hirano, W. et al. (2002). Assessment of pain, depression, and anxiety by visual analogue scale in

- Japanese women with rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 137-141.
- Tang, W. K., Wong, E., Chiu, H. F., y Ungvari, G. S. (2007). Rasch analysis of the scoring scheme of the HADS Depression subscale in Chinese stroke patients. *Psychiatry Research*, 150, 97-103.
- Taylor, D.G. (1976). The cost of arthritis and the benefits of joint replacement surgery. *Proceedings of the Royal Society of London. Series B, Containing Papers of a Biological Character*, 192, 145-155.
- Terris, M. (1975). Approaches to an epidemiology of health. *American Journal of Public Health*, 65, 1037-1045.
- Terris, M. (1983). The complex tasks of the second epidemiologic revolution: the Joseph W. Mountin lecture. *Journal of Public Health Policy*, 4, 8-24.
- Terwee, C. B., Mokkink, L. B., Steultjens, M. P., y Dekker, J. (2006). Performance-based methods for measuring the physical function of patients with osteoarthritis of the hip or knee: a systematic review of measurement properties. *Rheumatology.(Oxford)*, 45, 890-902.
- Testa, M. A. y Nackley, J. F. (1994). Methods for quality-of-life studies. *Annual Review of Public Health*, 15, 535-559.
- Testa, M. A. y Simonson, D. C. (1996). Assesment of quality-of-life outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 334, 835-840.

- Testut, L., Latarjet, M., y Latarjet, A. (1997). *Compendio de anatomía descriptiva*. Buenos Aires, Argentina: Salvat.
- Tew, J.D. Jr., Mulsant, B.H., Haskett, R.F. y Prudic, J. (1999). Acute efficacy of ECT in the treatment of major depression in the old-old. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1865-1870.
- Thomas, K. S., Muir, K. R., Doherty, M., Jones, A. C., O'Reilly, S. C., y Bassey, E. J. (2002). Home based exercise programme for knee pain and knee osteoarthritis: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 325, 752.
- Tollefson, G.D., Holman, S.L., Saylor, M.E.y Potvin, J.H.(1994). Fluoxetine, placebo,, and tricyclic antidepressants in major depression with and without anxious features. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 50-59.
- Tones, K. y Tilford, S. (1994). *Health education: effectiveness, efficiency and equity* (2nd ed.). London, England: Chapman y Hall.
- Tornero, J., Rodriguez, U., Massip, M., Vidal, J., y Fernandez Echevarria (1992). Rheumatic disease as the cause of permanent work disability in Spain. *Revista Española de Reumatología*, 19, 294-297.
- Torrico, E., Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S., y López, M. J. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, 18, 45-59.
- Towheed, T. E., Maxwell, L., Judd, M. G., Catton, M., Hochberg, M. C., y Wells, G. (2006). Acetaminophen for osteoarthritis. *Cochrane Database Systematic Review*, CD004257.

- Tsai, P. F. (2005). Predictors of distress and depression in elders with arthritic pain. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 158-165.
- Tsai, Y. F., Chu, T. L., Lai, Y. H., y Chen, W. J. (2008). Pain experiences, control beliefs and coping strategies in Chinese elders with osteoarthritis. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2596-2603.
- Tukker, A., Visscher, T. L. S., y Picavet, H. S. J. (2009). Overweight and health problems of the lower extremities: Osteoarthritis, pain and disability. *Public Health Nutrition*, 12, 359-368.
- Tuncay, T., Musabak, I., Gok, D. E., y Kutlu, M. (2008). The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. *Health & Quality of Life Outcomes*, 6, 79.
- U.S.Department of Health and Human Services FDA Centre for Drug Evaluation and Research, U.S.Department of Health and Human Services FDA Center for Biologics Evaluation and Research, y U.S.Department of Health and Human Services FDA Center for Devices and Radiological Health (2006). Guidance for industry: patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims: draft guidance. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4:79.
- Unutzer, J., Hantke, M., Powers, D., Higa, L., Lin, E., Vannoy, D. et al. (2008). Care management for depression and osteoarthritis pain in older primary care patients: a pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1166-1171.

- Unutzer, J., Katon, W., Callahan, C. M., Williams, J. W., Jr., Hunkeler, E., Harpole, L. et al. (2002). Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 2836-2845.
- Unutzer, J., Patrick, D. L., Simon, G., Grembowski, D., Walker, E., Rutter, C. et al. (1997). Depressive symptoms and the cost of health services in HMO patients aged 65 years and older. A 4-year prospective study. *The Journal of the American Medical Association*, 277, 1618-1623.
- Vagero, D. (2006). Where does new theory come from? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60, 573-574.
- Valderas, J. M., Ferrer, M., y Alonso, J. (2005). Health-related quality of life instruments and other patient-reported outcomes. *Medicina Clínica*, 125 Suppl 1, 56-60.
- Valero, A., Alonso, J., Antepara, I., Baro, E., Colas, C., Del, C. A. et al. (2007). Development and validation of a new Spanish instrument to measure health-related quality of life in patients with allergic rhinitis: The ESPRINT questionnaire. *Value in Health*, 10, 466-477.
- Vallejo, J. (2006). Trastornos de angustia. In J.Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (6ª ed., pp. 340-354). Barcelona, España: Masson SA.
- van Baar, M. E., Dekker, J., Oostendorp, R. A., Bijl, D., Voorn, T. B., Lemmens, J. A. et al. (1998). The effectiveness of exercise therapy in patients with osteoarthritis

of the hip or knee: a randomized clinical trial. *The Journal of Rheumatology*, 25, 2432-2439.

van der Wurff, F.B., Steak, M.L., Hoogendijk, W.G.y Beekman, A.T. (2003). The efficacy and safety of ECT in depressed older adults, a literature review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 894-904.

van Ojen, R., Hooijer, C., Bezemer, D., Jonker, C., Lindeboom, J., y van Tilburg, W. (1995). Late-life depressive disorder in the community. II. The relationship between psychiatric history, MMSE and family history. *British Journal of Psychiatry*, 166, 316-319.

van Ryn, M. y Heaney, C. A. (1992). What's the use of theory? *Health Education Quarterly Journal Articles*, 19, 315-330.

VanDyke, M. M., Parker, J. C., Smarr, K. L., Hewett, J. E., Johnson, G. E., Slaughter, J. R. et al. (2004). Anxiety in rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 51, 408-412.

Vanselow, N. y Cuff, P. (2004). *Improving Medical Education: Enhancing the Behavioral and Social Science Content of Medical School Curricula*. Washington DC., USA: National Academic Press.

Vas, J., Mendez, C., Perea-Milla, E., Vega, E., Panadero, M. D., Leon, J. M. et al. (2004). Acupuncture as a complementary therapy to the pharmacological treatment of osteoarthritis of the knee: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 329, 1216.

- Vatne, S. y Bjorkly, S. (2008). Empirical evidence for using subjective quality of life as an outcome variable in clinical studies. A meta-analysis of correlates and predictors in persons with a major mental disorder living in the community. *Clinical Psychology Review*, 28, 869-889.
- Vazquez, C. y Sanz, J. (1991). Fiabilidad y validez factorial de la versión española del inventario de depresión de Beck. Barcelona, III Congreso de Evaluación Psicológica.
- Veerman, J.L., Dowrick, C., Ayuso-Mateos, J.L., Dunn, G. y Barendregt, J.J. (2009). Population prevalence of depression and mean Beck Depression Inventory score. *British Journal of Psychiatry*, 195, 516-519.
- Velikova, G., Booth, L., Smith, A. B., Brown, P. M., Lynch, P., Brown, J. M. et al. (2004). Measuring quality of life in routine oncology practice improves communication and patient well-being: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 22, 714-724.
- Verbrugge, L. M. y Patrick, D. L. (1995). Seven chronic conditions: their impact on US adults' activity levels and use of medical services. *American Journal of Public Health*, 85, 173-182.
- Vink, D., Aartsen, M. J., y Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *Journal of Affective Disorders*, 106, 29-44.
- Visuri, T. y Honkanen, R. (1978). The influence of total hip replacement on selected activities of daily living and the use of domestic aid. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 10, 221-225.

- Volkers, A. C., Nuyen, J., Verhaak, P. F., y Schellevis, F. G. (2004). The problem of diagnosing major depression in elderly primary care patients. *Journal of Affective Disorders*, 82, 259-263.
- Von, K. M., Gruman, J., Schaefer, J., Curry, S. J., y Wagner, E. H. (1997). Collaborative management of chronic illness. *Annals of Internal Medicine*, 127, 1097-1102.
- Walsh, J. D., Blanchard, E. B., Kremer, J. M., y Blanchard, C. G. (1999). The psychosocial effects of rheumatoid arthritis on the patient and the well partner. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 259-271.
- Wang, G., Zheng, Z. J., Heath, G., Macera, C., Pratt, M., y Buchner, D. (2002). Economic burden of cardiovascular disease associated with excess body weight in U.S. adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 1-6.
- Wang, Y., Simpson, J. A., Wluka, A. E., Teichtahl, A. J., English, D. R., Giles, G. G. et al. (2009). Relationship between body adiposity measures and risk of primary knee and hip replacement for osteoarthritis: a prospective cohort study. *Arthritis Research and Therapy*, 11, R31.
- Ware, J., Jr., Kosinski, M., y Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34, 220-233.
- Ware, J. E., Kosinski, M., y Keller, S. D. (1994). *SF-36 physical and mental summary scales: a user's manual*. Boston, England: New England Medical Center, The health Institute.

- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M., et al. (1993). *SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation guide*. Boston MA: New England Medical Center.
- Watzlawick, P., Beavin, I. H., y Jackson, D. D. (1983). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona, España: Herder.
- Weber, M. (1944). *Economía y sociedad*. Mexico : Fondo de Cultura Económica.
- Wegener, S. T. (1996). Sleep disturbance. In ST.Wegener, BL. Belza, y EP. Gall (Eds.), *Clinical care in the rheumatic diseases* (pp. 121-124). Atlanta,GA: American College of Rheumatology.
- Welch, V., Brosseau, L., Peterson, J., Shea, B., Tugwell, P., y Wells, G. (2001). Therapeutic ultrasound for osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database Systematic Review*, CD003132.
- Wells, K. B. y Burnam, M. A. (1991). Caring for depression in America: lessons learned from early findings of the medical outcomes study. *Psychiatric Medicine*, 9, 503-519.
- Weyerer, S., Eifflaender-Gorfer, S., Kohler, L., Jessen, F., Maier, W., Fuchs, A. et al. (2008). Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. *Journal of Affective Disorders*, 111, 153-163.
- WHOQOL Group (1995). The World health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). *Social Science & Medicine*, 41, 1403-1409.
- Wilcock, G.K. (1978). Benefits of total hip replacements to older patients and the community. *British Medical Journal*, 2, 37-39.

- Wilkening, E. y McGranahan, D. (1978). Correlates of Subjective Well-Being in Northern Wisconsin. *Social Indicators Research*, 5, 211-234.
- Wills, T. A., Sandy, J. M., y Yaeger, A. M. (2002). Moderators of the relation between substance use level and problems: test of a self-regulation model in middle adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 3-21.
- Wilson, I. B. y Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *The Journal of the American Medical Association*, 273, 59-65.
- Witney, A. G., Treharne, G. J., Tavakoli, M., Lyons, A. C., Vincent, K., Scott, D. L. et al. (2006). The relationship of medical, demographic and psychosocial factors to direct and indirect health utility instruments in rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*, 45, 975-981.
- Wolfe, F. (1999). Determinants of WOMAC function, pain and stiffness scores: evidence for the role of low back pain, symptom counts, fatigue and depression in osteoarthritis, rheumatoid arthritis and fibromyalgia. *Rheumatology (Oxford)*, 38, 355-361.
- Wolfe, F. y Hawley, D. J. (1997). Measurement of the quality of life in rheumatic disorders using the EuroQol. *British Journal of Rheumatology*, 36, 786-793.
- Wolfe, F. y Pincus, T. (1999). Listening to the patient: a practical guide to self-report questionnaires in clinical care. *Arthritis & Rheumatism*, 42, 1797-1808.

- Wood, W. (1996). Delivering occupational therapy's fullest promise: clinical interpretation of "life domains and adaptive strategies of a group of low-income, well older adults". *American Journal of Occupational Therapy*, 50, 109-112.
- Wright, J. G. y Young, N. L. (1997). The patient-specific index: asking patients what they want. *The Journal of Bone and Joint Surgery - American Volume*, 79, 974-983.
- Wright, L. J., Zautra, A. J., y Going, S. (2008). Adaptation to early knee osteoarthritis: The role of risk, resilience, and disease severity on pain and physical functioning. *Annals of Behavioral Medicine*, 36, 70-80.
- Xie, F., Li, S.-C., Luo, N., Lo, N.-N., Yeo, S.-J., Yang, K.-Y. et al. (2007). Comparison of the EuroQol and short form 6D in Singapore multiethnic Asian knee osteoarthritis patients scheduled for total knee replacement. *Arthritis Care and Research*, 57, 1043-1049.
- Zautra, A. J. y Smith, B. W. (2001). Depression and reactivity to stress in older women with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Psychosomatic Medicine*, 63, 687-696.
- Zhang, W., Moskowitz, R. W., Nuki, G., Abramson, S., Altman, R. D., Arden, N. et al. (2008). OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis Cartilage*, 16, 137-162.
- Zhang, Y. y Jordan, J. M. (2008). Epidemiology of Osteoarthritis. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 34, 515-529.

Zhu, W. (2008). Let's keep walking. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 40, S509-S511.

Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

## **XII. ANEXOS**

---

## Indice del Lequesne

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud. Las siguientes preguntas van referidas a su cadera o rodilla.

### 1. Dolor o molestia

#### A. Nocturno

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| Ninguno                                    | <input type="checkbox"/> 0 |
| Solamente al moverse o en ciertas posturas | <input type="checkbox"/> 1 |
| Hasta sin moverse                          | <input type="checkbox"/> 2 |

#### B. Rigidez matinal

- |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| Ninguna                    | <input type="checkbox"/> 0 |
| Menos de un cuarto de hora | <input type="checkbox"/> 1 |
| Un cuarto de hora o más    | <input type="checkbox"/> 2 |

#### C. ¿Se incrementó el dolor al estar de pié o al caminar durante 30 minutos?

- |    |                            |
|----|----------------------------|
| No | <input type="checkbox"/> 0 |
| Sí | <input type="checkbox"/> 1 |

#### D. Dolor al andar

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| Ninguno                                  | <input type="checkbox"/> 0 |
| Después de cierta distancia              | <input type="checkbox"/> 1 |
| Desde el principio y de manera creciente | <input type="checkbox"/> 2 |

#### E. Dolor o molestia para levantarse de un asiento, sin la ayuda de los brazos

- |    |                            |
|----|----------------------------|
| No | <input type="checkbox"/> 0 |
| Si | <input type="checkbox"/> 1 |

### 2. Distancia Máxima recorrida

#### a. Distancia máxima que puede caminar

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| Ilimitada                              | <input type="checkbox"/> 0 |
| Limitado, pero superior a 1 km         | <input type="checkbox"/> 1 |
| Aproximadamente 1 km (unos 15 minutos) | <input type="checkbox"/> 2 |
| 500 a 900 m (de 8 a 15 minutos)        | <input type="checkbox"/> 3 |
| 300 a 500 m                            | <input type="checkbox"/> 4 |
| 100 a 300 m                            | <input type="checkbox"/> 5 |
| Menos de 100 m                         | <input type="checkbox"/> 6 |

#### b. Apoyo necesario para caminar

- |                                 |                            |
|---------------------------------|----------------------------|
| Ninguno                         | <input type="checkbox"/> 0 |
| Necesita un bastón o una muleta | <input type="checkbox"/> 1 |
| Necesita dos bastones o muletas | <input type="checkbox"/> 2 |

### 3. Otras dificultades

	Fácilmente	Con algo de dificultad	Con moderada dificultad	Con bastante dificultad	Imposible
a. ¿Puede subir un piso?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0.5	<input type="checkbox"/> 1.0	<input type="checkbox"/> 1.5	<input type="checkbox"/> 2.0
b. ¿Puede bajar un piso?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0.5	<input type="checkbox"/> 1.0	<input type="checkbox"/> 1.5	<input type="checkbox"/> 2.0
c. ¿Puede agacharse completamente o permanecer de rodillas?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0.5	<input type="checkbox"/> 1.0	<input type="checkbox"/> 1.5	<input type="checkbox"/> 2.0
d. ¿Puede andar sobre un terreno irregular?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0.5	<input type="checkbox"/> 1.0	<input type="checkbox"/> 1.5	<input type="checkbox"/> 2.0

	Fácilmente	Con algo de dificultad	Con moderada dificultad	Con bastante dificultad	Imposible
e. ¿Puede ponerse los calcetines?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0.5	<input type="checkbox"/> 1.0	<input type="checkbox"/> 1.5	<input type="checkbox"/> 2.0
f. ¿Puede recoger un objeto del suelo?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0.5	<input type="checkbox"/> 1.0	<input type="checkbox"/> 1.5	<input type="checkbox"/> 2.0
g. ¿Puede subir y bajar un piso?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0.5	<input type="checkbox"/> 1.0	<input type="checkbox"/> 1.5	<input type="checkbox"/> 2.0
h. ¿Puede entrar y salir del coche?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0.5	<input type="checkbox"/> 1.0	<input type="checkbox"/> 1.5	<input type="checkbox"/> 2.0

## EuroQol (EQ-5D)

*Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY. No marque más de una casilla en cada grupo.*

### 1. Movilidad

- 1  No tengo problemas para caminar
- 2  Tengo algunos problemas para caminar
- 3  Tengo que estar en la cama

### 2. Cuidado Personal

- 1  No tengo problemas con el cuidado personal
- 2  Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- 3  Soy incapaz de lavarme o vestirme

### 3. Actividades Cotidianas (*Ejemplo: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre*)

- 1  No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- 2  Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- 3  Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

### 4. Dolor/Malestar

- 1  No tengo dolor ni malestar
- 2  Tengo moderado dolor o malestar
- 3  Tengo mucho dolor o malestar

5. Ansiedad/Depresión

- 1  No estoy ansioso ni deprimido
  - 2  Estoy moderadamente ansioso o deprimido
  - 3  Estoy muy ansioso o deprimido
- 

6. Comparando con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es:

- 1  Mejor
- 2  Igual
- 3  Peor

7. Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse.

**Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice “Su estado de salud hoy” hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.**

**El mejor estado de salud imaginable**

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

**Su estado de salud hoy**

**El peor estado de salud imaginable**

## WOMAC

1. Las siguientes preguntas tratan sobre la **intensidad del dolor** que ha tenido durante el **último mes** en la **rodilla/cadera**. Si no realiza alguna de las actividades, contéstela pensando como cree Ud. que podría realizarla.

*(Para cada pregunta, elija sólo una respuesta y márquela poniendo una X sobre el cuadrado). (Conteste todas las preguntas).*

**Pregunta: ¿Cuánto dolor tiene?**

- a. Al **andar por un terreno llano**.

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

- b. Al **subir o bajar escaleras**.

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

- c. **Por la noche en la cama**.

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

- d. Al estar **sentado o tumbado**.

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

- e. Al estar **de pie**.

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

2. Las siguientes preguntas tratan sobre la **RIGIDEZ** articular (se refiere a la dificultad para mover la rodilla/cadera, no al dolor) que usted ha tenido durante **el último mes** en la **rodilla**.

*(Para cada pregunta, elija sólo una respuesta y márquela poniendo una X sobre el cuadrado). (Conteste todas las preguntas).*

- a.) ¿Cuánta **rigidez** nota **después de despertarse por la mañana**?

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Ninguna	Poca	Bastante	Mucha	Muchísima

- b.) ¿Cuánta **rigidez** nota durante el **resto del día después de estar sentado, tumbado o descansado**?

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Ninguna	Poca	Bastante	Mucha	Muchísima

3. Las siguientes preguntas se refieren a la **DIFICULTAD** que usted ha **tenido para hacer ciertas cosas durante el último mes**. Si no realiza alguna de las actividades, contéstela pensando cómo cree Vd. que podría realizarla.

*(Para cada pregunta, elija sólo una respuesta y márquela poniendo una X sobre el cuadrado). (Conteste todas las preguntas).*

**Pregunta: ¿Que grado de dificultad tiene al...?**

- a.) **Bajar escaleras.**

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Ninguna	Poca	Bastante	Mucha	Muchísima

- b.) **Subir las escaleras.**

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Ninguna	Poca	Bastante	Mucha	Muchísima

**c.) Levantarse después de estar sentado.**

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Ninguna	Poca	Bastante	Mucha	Muchísima

**d.) Estar de pie.**

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Ninguna	Poca	Bastante	Mucha	Muchísima

**e.) Agacharse para coger algo del suelo.**

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Ninguna	Poca	Bastante	Mucha	Muchísima

**f.) Andar por un terreno llano.**

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Ninguna	Poca	Bastante	Mucha	Muchísima

**g.) Entrar y salir de un coche.**

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Ninguna	Poca	Bastante	Mucha	Muchísima

**h.) Ir de compras.**

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Ninguna	Poca	Bastante	Mucha	Muchísima

---

**Pregunta: ¿Que grado de dificultad tiene al...?**

**i.) Ponerse los calcetines / medias.**

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Ninguna	Poca	Bastante	Mucha	Muchísima

**j.) Levantarse de la cama.**

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Ninguna	Poca	Bastante	Mucha	Muchísima

**k.) Quitarse los calcetines / medias.**

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Ninguna	Poca	Bastante	Mucha	Muchísima

**l.) Estar tumbado en la cama.**

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Ninguna	Poca	Bastante	Mucha	Muchísima

**m.) Entrar y salir de la ducha / bañera.**

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Ninguna	Poca	Bastante	Mucha	Muchísima

**n.) Estar sentado.**

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Ninguna	Poca	Bastante	Mucha	Muchísima

---

o.) **Sentarse y levantarse del retrete, inodoro.**

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Ninguna	Poca	Bastante	Mucha	Muchísima

p.) **Hacer tareas o actividades pesadas.**

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Ninguna	Poca	Bastante	Mucha	Muchísima

q.) **Hacer tareas o actividades sencillas.**

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Ninguna	Poca	Bastante	Mucha	Muchísima

## SF-36

*Instrucciones: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta que punto es capaz de hacer sus actividades habituales.*

*Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.*

1.- **En general, usted diría que su salud es:** (marque un solo número)

<input type="checkbox"/> 1 Excelente	<input type="checkbox"/> 2 Muy buena	<input type="checkbox"/> 3 Buena	<input type="checkbox"/> 4 Regular	<input type="checkbox"/> 5 Mala
---	---	-------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

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

(Marque un solo número)

Mucho mejor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> 1	Algo mejor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> 2	Mas o menos igual que hace un año <input type="checkbox"/> 3	Algo pero ahora que hace un año <input type="checkbox"/> 4	Mucho peor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> 5
---	--	---	---	--

- 3.- Las siguientes preguntas se refieren a **actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas?** Sí esa así, **¿cuánto?** Si no realiza alguna de las actividades, contéstela pensando cómo cree Vd. que podría realizarla. *(En cada pregunta, elija sólo una respuesta).* *(Conteste todas las preguntas).*

a.) Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.

Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
---------------------	-----------------------	-----------------------

1       2       3

b.) Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.

Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
---------------------	-----------------------	-----------------------

1       2       3

c.) Coger o llevar la bolsa de la compra.

1       2       3

d) Subir varios pisos por la escalera.

1       2       3

e.) Subir un sólo piso por la escalera.

1       2       3

f.) Agacharse o arrodillarse.

1       2       3

g.) Caminar 1 km. o más.

1       2       3

h.) Caminar varias manzanas (varios centenares de metros).

1       2       3

i.) Caminar una sola manzana (unos 100 metros).

1       2       3

j.) Bañarse o vestirse por sí mismo.

1       2       3

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

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b) ¿ <u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c) ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
d) ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costo más de lo normal)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5.- Durante las 4 últimas semanas ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b) ¿ <u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer, <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

c) ¿ Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
---------	--------------	---------------	-----------------	-------

1       2       3       4       5

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

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7.- ¿Tuvo **dolor en alguna parte del cuerpo** durante las **4 últimas semanas**?

No, ninguno	Si, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

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

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9.- Las preguntas que siguen se refieren a **cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...**

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	<i>Nunca</i>
a.) se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b.) estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c.) se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d.) se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e.) tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
f.) se sintió desanimado y triste?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
g.) se sintió agotado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
h.) se sintió feliz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
i.) se sintió cansado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

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

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11.- Por favor, diga si le parece **CIERTA o FALSA** cada una de **las siguientes frases**:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a.) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b.) Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c.) Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d.) Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## OAKHQOL

**Por favor, lea detenidamente las instrucciones siguientes:**

Las frases que figuran a continuación tratan sobre los cambios provocados por la artrosis de rodilla y/o cadera en su calidad de vida. La información recopilada nos permitirá conocer mejor cómo afecta la artrosis a su vida diaria.

- Marque con una cruz la casilla que mejor describa su situación en función de las frases que figuran a continuación:

entre “No/ Ninguno (a)” y “Muchísimo (a)”

entre “Nunca” y “siempre”

entre “Totalmente en desacuerdo” y “Totalmente de acuerdo”

No hay respuestas buenas o malas.

- Marque solo una casilla por frase (☒)

Ejemplo:

	No/Ninguno (a)	Muchísima
(o) Tengo dificultad para subir escaleras	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Por favor, lea detenidamente las frases, una por una, pensando en su calidad de vida DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS.**

**Marque la casilla que mejor corresponda a su experiencia diaria con la artrosis:**

	No/ Ninguno (a)					Muchísimo (a)					
1. Tengo dificultad para andar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Tengo dificultad para agacharme o levantarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Tengo dificultad para llevar cosas pesadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Tengo dificultad para bajar escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Tengo dificultad para subir escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Tengo dificultad para bañarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Tengo dificultad para vestirme (calcetines, zapatos, medias, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Tengo dificultad para cortarme las uñas de los pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Tengo dificultad para moverme después de permanecer mucho tiempo en la misma postura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Tengo dificultad para entrar o salir del coche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Tengo dificultad para utilizar los transportes públicos (autobús, tren, metro,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
											No los utilizo
12. La artrosis afecta a mi vida laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
											No trabajo
13. Tengo que dosificar mi actividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Tardo más tiempo en hacer las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Estoy desanimado/a por el dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Temo tener que depender de los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Me asusta la idea de sufrir una discapacidad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Me molesta que me miren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	No/ Ninguno (a)	Muchísimo (a)
19. Estoy ansioso/a	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
20. Me siento deprimido/a	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
21. Me siento incómodo/a en mi vida familiar	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
22. Me siento incómodo/a en mi vida de pareja	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> No tengo pareja
23. Tengo limitaciones durante las relaciones sexuales	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> No he tenido relaciones sexuales en las últimas 4semanas

	Nunca	Siempre
24. Me cuesta permanecer en la misma postura durante mucho tiempo (sentado/a, de pie, inmóvil... )	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
25. Necesito un bastón (o muletas) para caminar	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
26. Tengo dolor (frecuencia)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	

	Ninguno	Insoportable
27. Tengo dolor (intensidad)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	

	Totalmente <u>en desacuerdo</u>	Totalmente <u>de acuerdo</u>
28. Necesito ayuda (tareas domésticas, compras,...)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
29. Tengo la sensación de envejecer prematuramente	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
30. Soy capaz de hacer proyectos a largo plazo	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
31. Salgo de casa cuando me apetece	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
32. Recibo visitas en casa cuando me apetece	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	



---

## BDI

*Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación actual.*

### 1. Estado de ánimo

- 2  Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
- 0  No me encuentro triste
- 1  Me siento algo triste y deprimido
- 3  Ya no puedo soportar esta pena
- 2  Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

### 2. Pesimismo

- 1  Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
- 2  Creo que nunca me recuperaré de mis penas
- 0  No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
- 2  No espero nada bueno de la vida
- 3  No espero nada. Esto no tiene remedio

### 3. Sentimientos de fracaso

- 3  He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
- 1  He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
- 2  Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
- 0  No me considero fracasado
- 2  Veo mi vida llena de fracasos

## 4. Insatisfacción

- 2  Ya nada me llena
- 1  Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
- 1  Ya no me divierte lo que antes me divertía
- 0  No estoy especialmente insatisfecho
- 3  Estoy harto de todo

## 5. Sentimientos de culpa

- 1  A veces me siento despreciable y mala persona
- 2  Me siento bastante culpable
- 2  Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
- 3  Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
- 0  No me siento culpable

## 6. Sentimientos de castigo

- 1  Presiento que algo malo me puede suceder
- 3  Siento que merezco ser castigado
- 0  No pienso que esté siendo castigado
- 2  Siento que me están castigando o me castigarán
- 3  Quiero que me castiguen

## 7. Odio a sí mismo

- 1  Estoy descontento conmigo mismo
- 1  No me aprecio
- 2  Me odio (me desprecio)
- 2  Estoy asqueado de mí
- 0  Estoy satisfecho de mí mismo

### 8. Autoacusación

- 0  No creo ser peor que otros
- 2  Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
- 3  Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
- 2  Siento que tengo muchos y muy graves defectos
- 1  Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

### 9. Impulsos suicidas

- 1  Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
- 2  Siento que estaría mejor muerto
- 2  Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
- 3  Tengo planes decididos de suicidarme
- 2  Me mataría si pudiera
- 0  No tengo pensamientos de hacerme daño

### 10. Periodos de llanto

- 0  No lloro más de lo habitual
- 3  Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
- 2  Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
- 1  Ahora lloro más de lo normal

### 11. Irritabilidad

- 0  No estoy más irritable que normalmente
- 1  Me irrito con más facilidad que antes
- 2  Me siento irritado todo el tiempo
- 3  Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba

## 12. Aislamiento social

- 3  He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
- 1  Me intereso por la gente menos que antes
- 0  No he perdido mi interés por los demás
- 2  He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos

## 13. Indecisión

- 1  Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
- 0  Tomo mis decisiones como siempre
- 3  Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
- 2  Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda

## 14. Imagen corporal

- 1  Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
- 3  Me siento feo y repulsivo
- 0  No me siento con peor aspecto que antes
- 2  Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)

## 15. Capacidad laboral

- 0  Puedo trabajar tan bien como antes
- 1  Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
- 3  No puedo trabajar en nada
- 2  Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
- 1  No trabajo tan bien como lo hacía antes

## 16. Trastorno del sueño

- 0  Duermo tan bien como antes
- 1  Me despierto más cansado por la mañana
- 2  Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
- 2  Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
- 2  Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
- 3  Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
- 3  Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
- 3  No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas

## 17. Cansancio

- 1  Me canso más fácilmente que antes
- 2  Cualquier cosa que hago me fatiga
- 0  No me canso más de lo normal
- 3  Me canso tanto que no puedo hacer nada

## 18. Pérdida de apetito

- 3  He perdido totalmente el apetito
- 1  Mi apetito no es tan bueno como antes
- 2  Mi apetito es ahora mucho menor
- 0  Tengo el mismo apetito de siempre

## 19. Pérdida de peso

- 0  No he perdido peso últimamente
- 1  He perdido más de 2,5 kg
- 2  He perdido más de 5 kg
- 3  He perdido más de 7,5 kg

## 20. Hipocondría

- 2  Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
- 1  Estoy preocupado por dolores y trastornos
- 0  No me preocupa mi salud más de lo normal
- 3  Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro

## 21. Libido

- 1  Estoy menos interesado por el sexo que antes
- 3  He perdido todo mi interés por el sexo
- 2  Apenas me siento atraído sexualmente
- 0  No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

## Ítem Ansiedad

1. *Por favor, marque la casilla que indique cómo de ansioso se siente actualmente:*

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Nada ansioso	Un poco ansioso	Moderadamente ansioso	Muy ansioso	Extremadamente ansioso

## CAEPO

A continuación aparecen una serie de frases que se refieren a distintas formas de actuar frente a situaciones difíciles o problemáticas. La situación en la que usted se encuentra podría considerarse que tiene estas características. Indique, rodeando con un círculo, con cual de dichas formas se identifica más su manera de comportarse en esta situación. No hay respuestas buenas ni malas ya que cada persona puede resolver sus problemas de la forma que considere más conveniente. Procure contestar con la mayor sinceridad.

Hay cuatro opciones posibles en cada cuestión:

0	Si no coincide absolutamente en nada	Nunca
1	Si la coincidencia se da en alguna medida	Algunas veces
2	Si coincide bastante	Muchas veces
3	Si coincide en gran medida	Casi siempre

*Instrucciones: Rodee con un círculo la alternativa que mejor se adecue a su forma de pensar o actuar*

Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
0	1	2	3

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1. Habitualmente cuando me siento nervioso, procuro hacer cosas que me tranquilicen tales como pasear, leer, ver la televisión u otras cosas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Estoy dispuesto a plantarle cara a esta situación, aunque esté preocupado o nervioso.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Cuando estoy preocupado como ahora, procuro pensar en algo agradable y positivo.   | 0 | 1 | 2 | 3 |

---

4. Si estoy preocupado suelo pensar en cosas que me hacen sentir peor.	0	1	2	3
5. He procurado hablar con aquellas personas que pueden ayudarme en mi situación.	0	1	2	3
6. Pienso que esto que me sucede es porque no me he preocupado adecuadamente de mi salud.	0	1	2	3
7. Pienso que, respecto a lo que me ocurre ahora, las cosas me van a salir bien.	0	1	2	3
8. Prefiero olvidarme de lo que me ocurre y no pensar en ello.	0	1	2	3
9. Evito hablar de lo que me pasa porque no me gusta ese tema.	0	1	2	3
10. Hablo de mis preocupaciones con personas que me son cercanas: familia, amigos, etc.	0	1	2	3
11. Pienso que en este caso no puedo hacer nada y lo mejor es aceptar las cosas como son.	0	1	2	3
12. Trato de convencerme a mi mismo de que todo va a salir bien.	0	1	2	3
13. Creo que esta situación pasará pronto y volveré cuanto antes a mi vida habitual.	0	1	2	3
14. Pienso constantemente en el problema que tengo con mi salud.	0	1	2	3
15. Creo que voy a necesitar la ayuda de otras personas para superar esto.	0	1	2	3
16. Siento que lo que me está sucediendo me ayuda a saber de verdad las cosas que son importantes en la vida.	0	1	2	3
17. Estoy dispuesto a luchar para que todo salga bien.	0	1	2	3
18. Me gusta pensar que lo que me sucede no es real, que no me pasa nada.	0	1	2	3
19. Intento compartir mis emociones con algunas personas.	0	1	2	3
20. Creo que los demás exageran y que en realidad lo que me sucede carece de importancia.	0	1	2	3
21. Procuero ser fuerte y plantar cara a mi problema de salud.	0	1	2	3
22. Siempre que estoy solo, pienso en lo que me está sucediendo ahora.	0	1	2	3
23. Pienso que lo mejor es dejar que las cosas sigan su curso.	0	1	2	3
24. Confío en mi fuerza de voluntad para que todo salga bien.	0	1	2	3
25. Procuero controlar mis emociones.	0	1	2	3
26. Pienso que no voy a ser capaz de soportar esta situación.	0	1	2	3

---

27. Pienso que pueden haberse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud.	0	1	2	3
28. Intento mostrarme sereno y animado.	0	1	2	3
29. Pienso constantemente lo que sería mi vida si no hubiera enfermado.	0	1	2	3
30. Creo que la mejor solución para que todo salga bien es rezar.	0	1	2	3
31. Hago todo lo que me mandan porque creo que es bueno para mi recuperación.	0	1	2	3
32. Creo que aunque supere esta situación, quedará muy afectado y nada será como antes.	0	1	2	3
33. Muestro mis sentimientos y estado de ánimo ante las personas importantes para mí.	0	1	2	3
34. Me doy por vencido en esta situación y pienso que “lo que tenga que ser será”.	0	1	2	3
35. Pienso que las cosas ocurren y que nada puedo hacer para cambiar los acontecimientos.	0	1	2	3
36. La verdad es que estoy muy preocupado por mi salud.	0	1	2	3
37. Creo que en esta situación lo mejor es aceptar las cosas como vienen.	0	1	2	3
38. Procuro evadirme y no pensar en lo que me pasa.	0	1	2	3
39. Creo que si en otras ocasiones he superado mis problemas, ahora también lo lograré.	0	1	2	3
40. Prefiero distraerme y no pensar en cosas negativas respecto a mi situación actual.	0	1	2	3

---