



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**Factores de riesgo y comorbilidades en pacientes con dolor articular. Parroquia San
Juan. Riobamba, 2018-2020**

Trabajo de titulación para optar al título de Médico General

Autor:

Carvajal Velasco, Cristian Alexander

Tutor:

Dr. Urbano Solis Cartas

Riobamba, Ecuador. 2021

DERECHOS DE AUTOR

Yo, Cristian Alexander Carvajal Velasco, con cédula de identidad No. 0502955289, por medio de este documento certifico que soy responsable de las opiniones, expresiones, pensamientos y concepciones que se han tomado de varios autores como también del material de internet ubicado con la respectiva autoría para enriquecer el marco teórico en el presente trabajo de investigación, y, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo y puede hacer uso de este documento como conviniere necesario para fines académicos.

Riobamba, Octubre de 2021



FIRMA

Cristian Alexander Carvajal Velasco

CC.: 0502955289


CERTIFICACIÓN DE TUTORÍA

Yo, Dr. Urbano Solís Cartas, con C.I. 0959949181, docente de la carrera de Medicina en calidad de tutor del trabajo de investigación titulado **“FACTORES DE RIESGO Y COMORBILIDADES EN PACIENTES CON DOLOR ARTICULAR. PARROQUIA SAN JUAN. RIOBAMBA, 2018-2020”**, presentado por el estudiante Carvajal Velasco Cristian Alexander, certifico haber revisado el desarrollo del mismo, por lo que autorizo su presentación encontrándose apto para la defensa pública.

Es todo lo que puedo decir en honor a la verdad

Riobamba, 21 octubre de 2021

URBANO
SOLIS
CARTAS



Firmado digitalmente
por URBANO SOLIS
CARTAS
Fecha: 2021.10.22
08:34:06 -05'00'

Dr. Urbano Solís Cartas

TUTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Riobamba, 22 de noviembre del 2021

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL

Miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación con título:

"Factores de riesgo y comorbilidades en pacientes con dolor articular. Parroquia San

Juan. Riobamba, 2018-2020", presentado por la estudiante, **Carvajal Velasco Cristian Alexander**, y dirigido por el Dr. Urbano Solis Cartas. Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación escrito con fines de graduación en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad

Nacional de Chimborazo.

Para constancia de lo expuesto firman:

Dr. Washington Patricio Vasquez Andrade

PRESIDENTE DELEGADO DEL DECANO



FIRMA

Dr. Francisco Robalino Buenaño.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL



FIRMA

Dr. Wilson Nina Mayancela


MIEMBRO DEL TRIBUNAL



FIRMA

Dr. Urbano Solis Cartas

TUTOR



FIRMA

CERTIFICADO ANTIPLAGIO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO CID
Ext. 1133

Riobamba 16 de noviembre del 2021
Oficio N° 261-URKUND-CU-CID-TELETRABAJO-2021

Dr. Patricio Vásconez Andrade
DIRECTOR CARRERA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNACH
Presente.-

Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial saludo, en atención al pedido realizado por el **Dr. Urbano Solís Cartas**, docente tutor de la carrera que dignamente usted dirige, para que en correspondencia con lo indicado por el señor Decano mediante Oficio N° 1898-D-FCS-TELETRABAJO-2020, realice validación del porcentaje de similitud de coincidencias presentes en el trabajo de investigación con fines de titulación que se detalla a continuación; tengo a bien remitir el resultado obtenido a través del empleo del programa URKUND, lo cual comunico para la continuidad al trámite correspondiente.

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos del estudiante	% URKUND verificado	Validación	
					Si	No
1	D- 118691635	Factores de riesgo y comorbilidades en pacientes con dolor articular. Parroquia San Juan. Riobamba, 2018-2020	Cristian Alexander Carvajal Velasco	3	x	

Atentamente,

CARLOS
GAFAS
GONZALEZ
Firmado digitalmente por
CARLOS GAFAS
GONZALEZ
Fecha: 2021.11.16
07:25:39 -0500'

Dr. Carlos Gafas González
Delegado Programa URKUND
FCS / UNACH
C/c Dr. Gonzalo E. Bonilla Pulgar – Decano FCS

Debido a que la respuesta del análisis de validación del porcentaje de similitud se realiza mediante el empleo de la modalidad de Teletrabajo, una vez que concluya la Emergencia Sanitaria por COVID-19 e inicie el trabajo de forma presencial, se procederá a recoger las firmas de recepción del documento en las Secretarías de Carreras y de Decanato.

DEDICATORIA

A lo largo de mí recorrido por las aulas de la universidad anhele este gran momento, momento en el que plasmaría mi dedicatoria con tinta y sentimiento todo el esfuerzo y sacrificio que implica la cúspide de una carrera; mi tesis de grado. Entrelazaba palabras elegantes en mi mente y emociones inquietantes en mi corazón. Ha llegado este momento.

Este presente trabajo está dedicado a mi hijo Cristian Matías Carvajal Trujillo, quien ha sido el motor principal de mí día a día; a pesar de la distancia que separa el lazo continuo de padre e hijo, tu presencia hijo mío, habita en un rincón sublime de mi corazón, he aquí este trabajo es para ti, primogénito de mi vida. Dedico también la presente, a la madre que nunca conocí, quizá no exista otra vida después de ésta, quizá jamás podré conocerte, sin embargo, puedo imaginar el lecho de muerte; tu angustia inevitablemente fue la incertidumbre de mi futuro, y sin duda, si tu existencia hoy caminaría junto a la mía, compartirías con amor sincero mi felicidad. Dedico también a mi otra madre, quien con amor desinteresado me brindó el apoyo y el cariño de una madre incondicional, sé que no hay reemplazo de una madre verdadera, pero, ella ha llegado más allá de aquello. Se lo dedico a mi padre, a mis hermanos; a quien deseo siempre su superación, y que mi esfuerzo sirva de inspiración para el logro de sus metas propuestas. Finalmente dedico a todas aquellas personas que a lo largo de mi carrera confiaron en mí y han estado presentes con su apoyo de alguna manera, siendo partícipes directos o indirectos en el caminar de este grandioso y anhelado sueño.

AGRADECIMIENTO

Quiero ser muy agradecido con la Universidad Nacional de Chimborazo, quien a través del director de carrera de aquel entonces; Dr. Gustavo Rojas, me abrió las puertas para ser parte de la hermosa Carrera de Medicina. Agradezco a todos los docentes quienes me brindaron sus conocimientos, a mis queridos y extrañados compañeros de aula, mi gratitud al Hospital Provincial General Docente de Riobamba, al Hospital General IESS Riobamba por permitirme realizar mis prácticas pre-profesionales. Quiero brindar también un agradecimiento especial a la familia Núñez Arias; Abel, Marina; Flor, Israel, Stalin; por brindarme su apoyo, amistad, aprecio y consideración. Finalmente expreso mi agradecimiento de una manera particular a Tania Maribel Parrales Pérez por ser la persona que ha sido un apoyo incondicional en el último año de mi carrera.

ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTOR

CERTIFICACIÓN DE TUTORÍA

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE FIGURAS

RESUMEN

ABSTRACT

CAPITULO I

1.	INTRODUCCIÓN	1
1.1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2.	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.3.	PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.4.	JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.5.	OBJETIVOS	4
1.5.1.	General.....	4
1.5.2.	Específicos	4

CAPÍTULO II

2.	MARCO TEÓRICO.....	6
2.1.	ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	6
2.1.1.	Antecedentes internacionales.....	6
2.1.2.	Antecedentes nacionales	7
2.2.	BASES TEÓRICAS	7
2.2.1.	Envejecimiento.....	7
2.2.2.	Calidad de vida.....	8
2.2.3.	Capacidad funcional	9
2.2.4.	Instrumentos utilizados para medir calidad de vida y capacidad funcional.....	10
2.3.	MARCO CONCEPTUAL.....	11

CAPÍTULO III

3.	METODOLOGÍA	13
----	-------------------	----

3.1.	TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
3.2.	MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.....	13
3.3.	ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
3.4.	ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
3.5.	UNIDAD DE ANÁLISIS.....	14
3.6.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	14
3.7.	VARIABLES DE ESTUDIO.....	15
3.8.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	16
3.9.	TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS.....	18
3.10.	PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO.....	18
3.11.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	18

CAPÍTULO IV

4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	20
4.1.	RESULTADOS.....	20
4.2.	DISCUSIÓN.....	40

CAPÍTULO IV

5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	44
5.1.	CONCLUSIONES.....	44
5.2.	RECOMENDACIONES.....	44

	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
--	---------------------------------	----

	ANEXOS.....	50
--	-------------	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Distribución de personas con dolor articular según características generales.....	20
Tabla 2.- Distribución de personas con dolor articular según presencia y tipo de comorbilidades.....	22
Tabla 3.- Distribución de personas atendidas por dolor articular según presencia de comorbilidades y grupo de edades.	23
Tabla 4.- Distribución de personas atendidas por dolor articular según presencia comorbilidades y sexo.....	24
Tabla 5.- Distribución de personas atendidas por dolor articular según presencia de comorbilidades y tipo de dolor.....	25
Tabla 6.- Distribución de personas atendidas por dolor articular según presencia y tipo de factores de riesgo.....	26
Tabla 7.- Distribución de personas con diagnóstico de dolor articular según presencia de factores de riesgo y grupos de edades	27
Tabla 8.- Distribución de personas con diagnóstico de dolor articular según presencia de factores de riesgo y sexo	28
Tabla 9.- Distribución de personas con diagnóstico de dolor articular según presencia de factores de riesgo y tipo de dolor articular	29
Tabla 10.- Distribución de adultos mayores según percepción subjetiva de calidad de vida.....	30
Tabla 11.- Distribución de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de calidad de vida, edad, sexo y tipo de dolor.....	31
Tabla 12.- Distribución de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de calidad de vida y presencia de comorbilidades.....	33
Tabla 13.- Distribución de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de calidad de vida y presencia de factores de riesgo	33
Tabla 14.- Distribución de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de capacidad funcional.....	34
Tabla 15.- Distribución de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de capacidad funcional, edad, sexo y tipo de dolor articular	35
Tabla 16.- Distribución de personas atendidas por dolor articular según capacidad funcional y presencia de comorbilidades.....	37
Tabla 17.- Distribución de personas atendidas por dolor articular según capacidad funcional y presencia de factores de riesgo.	37
Tabla 18.- Distribución de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de capacidad funcional y de calidad de vida.	38
Tabla 19.- Resultados de la correlación de Pearson entre variables de investigación.....	39

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.- Porcentaje de personas con diagnóstico de dolor articular según grupo de edades	21
Figura 2.- Porcentaje de personas atendidas con dolor articular según sexo	21
Figura 3.- Porcentaje de personas atendidas con dolor articular según tipo de dolor articular	22
Figura 4.- Porcentaje de personas con diagnóstico de dolor articular según presencia y tipo de comorbilidades	23
Figura 5.- Porcentaje de personas con diagnóstico de dolor articular según presencia de comorbilidades y grupo de edades	24
Figura 6.- Porcentaje de personas con diagnóstico de dolor articular según presencia de comorbilidades y sexo.....	25
Figura 7.- Porcentaje de personas con diagnóstico de dolor articular según presencia de comorbilidades y tipo de dolor articular	26
Figura 8.- Porcentaje de personas con diagnóstico de dolor articular según presencia de factores de riesgo	27
Figura 9.- Porcentaje de personas con diagnóstico de dolor articular según presencia de factores de riesgo y grupo de edades	28
Figura 10.- Porcentaje de personas con diagnóstico de dolor articular según presencia de factores de riesgo y sexo	29
Figura 11.- Porcentaje de personas con diagnóstico de dolor articular según presencia de factores de riesgo y tipo de dolor articular.	30
Figura 12.- Porcentaje de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de calidad de vida	30
Figura 13.- Porcentaje de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de calidad de vida y grupo de edades	31
Figura 14.- Porcentaje de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de calidad de vida y sexo	32
Figura 15.- Porcentaje de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de calidad de vida y tipo de dolor articular	32
Figura 16.- Porcentaje de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de calidad de vida y presencia de comorbilidades	33
Figura 17.- Porcentaje de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de calidad de vida y presencia de factores de riesgo.	34
Figura 18.- Porcentaje de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de capacidad funcional.....	34
Figura 19.- Porcentaje de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de capacidad funcional y grupo de edades	35
Figura 20.- Porcentaje de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de capacidad funcional y sexo.....	36
Figura 21.- Porcentaje de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de capacidad funcional y tipo de dolor articular.....	36
Figura 22.- Porcentaje de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de capacidad funcional y presencia de comorbilidades	37
Figura 23.- Porcentaje de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de capacidad funcional y presencia de factores de riesgo.....	38
Figura 24.- Porcentaje de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de capacidad funcional y de calidad de vida	39

RESUMEN

El dolor articular es considerado una de las manifestaciones clínicas más frecuentes en la práctica médica diaria. Su intensidad puede llegar a provocar disminución de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud y discapacidad funcional. El objetivo de la presente investigación fue determinar la presencia de factores de riesgo y comorbilidades asociadas en los pacientes atendidos por dolor articular en el dispensario “Shobolpamba” perteneciente a la parroquia rural San Juan durante los años 2018 al 2020 y su relación con la percepción de calidad de vida y capacidad funcional de los pacientes. Para esto se realizó una investigación básica, retrospectiva, descriptiva y correlacional que incluyó un total de 321 personas atendidas por dolor articular de las cuales 176 constituyeron la muestra de la investigación. Se realizó revisión de historias clínicas y se utilizó la correlación de Pearson para identificar relación entre las variables del estudio. Los principales resultados mostraron un predominio de personas con presencia de comorbilidades asociadas (51,70%), factores de riesgo para dolor articular (57,39%), calidad de vida inadecuada (53,41%) y sin discapacidad funcional (63,64%). Se concluye que la edad de 60 años o más, el sexo femenino, la presencia de dolor elementos que favorecieron la discapacidad y la calidad de vida inadecuada. Se identificaron varias correlaciones destacando la correlación positiva considerable entre capacidad funcional y calidad de vida y entre esta última y presencia de comorbilidades.

Palabras clave: Comorbilidad; Enfermedades crónicas; Factor de riesgo; Calidad de vida; Capacidad funcional

ABSTRACT

Joint pain is considered one of the most frequent clinical manifestations in daily medical practice. Its intensity can lead to a decrease in the perception of quality of life related to health and functional disability. The objective of this research was to determine the presence of risk factors and associated comorbidities in patients treated for joint pain at the “Shobolpamba” dispensary belonging to the rural San Juan parish during the years 2018 to 2020 and their relationship with the perception of quality of life and functional capacity of patients. For this, a basic, retrospective, descriptive and correlational research was carried out that included a total of 321 people treated for joint pain, of which 176 constituted the research sample. Medical records were reviewed and Pearson's correlation was used to identify a relationship between the study variables. The main results showed a predominance of people with the presence of associated comorbidities (51.70%), risk factors for joint pain (57.39%), inadequate quality of life (53.41%) and without functional disability (63, 64%). It is concluded that the age of 60 years or more, the female sex, the presence of inflammatory joint pain, associated comorbidities and risk factors were elements that favored disability and inadequate quality of life. Several correlations were identified, highlighting the considerable positive correlation between functional capacity and quality of life and between the latter and the presence of comorbidities.

Keywords: Comorbidity; Chronic diseases; Risk factor; Quality of life; Functional ability



DIANA CAROLINA
CHAVEZ GUZMAN

Reviewed by:

Leda. Diana Chávez

ENGLISH PROFESSOR

C.C. 065003795-5

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

El dolor articular es considerado como la manifestación articular más frecuente en el curso de las afecciones del sistema musculoesquelético. Es considerado como la manifestación de alarma que hace que las personas acudan en busca de ayuda a los servicios de salud. Su presencia, y la severidad de su afectación genera un estado displacentero que condiciona la percepción de calidad de vida y a distintos grados de discapacidad física (Goicoechea García, 2021)

El creciente aumento de la esperanza de vida, y por ende de la longevidad de la población han revolucionado los conceptos actuales que establecen la presencia de un dilema ético entre la cantidad de vida y la calidad con que se vive la misma (Hechavarría Ávila, Ramírez Romaguera, García Hechavarría, & García Hechavarría, 2018). Dentro de los principales síntomas que afectan la calidad de vida se enmarca el dolor articular de origen reumático, no relacionado con traumatismos.

El estudio de los distintos tipos de dolor orienta a los profesionales de la salud en torno a las posibles causas de su aparición. Este elemento semiológico reviste gran importancia a la hora de fomentar la sospecha clínica de la enfermedad y orienta sobre el esquema terapéutico a utilizar en cada caso. A partir de estos elementos se pueden trazar acciones encaminadas a mitigar los efectos de las afecciones que generan dolor articular en la calidad de vida y la capacidad funcional de las personas afectas (Velasco Bustamante, Velasco Bustamante, Baquero Vallejo, Gómez Valverde, Villacres Pinza, & Jinez Coca, 2019).

En el contexto ecuatoriano existe una creciente tendencia al envejecimiento. La longevidad de la población trae consigo asociado un aumento de enfermedades degenerativas que indudablemente incluye presencia de dolor articular dentro de su cortejo sintomático. A esta situación se debe añadir la presencia de otras enfermedades de tipo inflamatorias que también condicionan dolor articular en las personas afectadas (Estrada Martínez, & Escobar Salazar, 2020).

La presencia de dolor articular demanda de los profesionales de la salud un actuar rápido y certero. Mitigar el dolor e identificar su origen son parte importante de este accionar (González Terán, 2018). Sin embargo, aún el enfrentamiento del dolor en las áreas rurales es deficiente en comparación con la situación que se vive en áreas urbanas; de ahí la necesidad de realizar investigaciones como esta que se orienten al estudio de los elementos característicos del dolor articular y su influencia sobre el estado de salud general de la población.

La parroquia San Juan se encuentra ubicada en la provincia Chimborazo y dentro del análisis de su situación de salud se muestra la presencia del dolor articular como un motivo frecuente de asistencia a consultas médicas (ASIS 2020). Es por eso, que teniendo en cuenta la creciente demanda por dolor articular en los servicios de salud de la comunidad rural San

Juan, la necesidad de estudiar los elementos relacionados con el dolor articular y su influencia en la calidad de vida y capacidad funcional de las personas con esta afección; se decide realizar esta investigación con el objetivo de

determinar la presencia de factores de riesgo y comorbilidades asociadas en los pacientes atendidos por dolor articular en el dispensario “Shobolpamba” perteneciente a la parroquia rural San Juan durante los años 2018 al 2020 y su relación con la percepción de calidad de vida y capacidad funcional de los pacientes.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La parroquia rural San Juan es una de las parroquias que pertenecen al cantón Riobambade la provincia Chimborazo. Tiene una población que asciende a un total de 6863 habitantes de los cuales 3580 son hombres y 3283 son féminas. El 82,75% de la población total de la parroquia vive en pobreza y de ese total el 57,89% es considerado como población en pobreza extrema (ASIS, 2020).

Existen elementos socioculturales en la población que condicionan problemas de salud; el elevado índice de analfabetismo, poca disponibilidad de servicios básicos, escasas fuentes de trabajo y dificultades con la infraestructura vial y habitacional son algunos de los elementos distintivos. La actividad fundamental es la agricultura cuya tradición se transmite de generación en generación y que no cuenta con planes de desarrollo sostenibles, por lo que se sigue ejerciendo con prácticas tradicionales y anticuadas (ASIS, 2020).

Desde el punto de vista salubrista destaca que durante el análisis de los datos estadísticos del año 2019 se identificó como uno de los primeros problemas de salud la presencia de personas con dolor articular; este problema de salud se presentó en personas de distintas edades y constituyó el segundo problema de salud después de la parasitosis intestinal (ASIS, 2020). A pesar de esto, no existen en el contexto de la investigación estudios encaminados a identificar los elementos relacionados con el dolor articular; es decir no se han estudiado sus posibles causas que incluyen la presencia de comorbilidades asociadas y de factores de riesgo para su aparición, así como su repercusión en la calidad de vida y capacidad funcional de las personas atendidas por dolor articular. El análisis de estos elementos permite llegar a plantear el siguiente problema de investigación.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Se desconoce el comportamiento de la presencia de factores de riesgo de dolor articular y comorbilidades asociadas en los pacientes atendidos por dolor articular en el dispensario “Shobolpamba” perteneciente a la parroquia rural San Juan durante los años 2018 al 2020 y su relación con la percepción de calidad de vida y capacidad funcional de los pacientes?

1.3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuáles son las características generales de las personas residentes en la parroquia rural San Juan atendidas por dolor articular durante el periodo 2018-2020?
- ¿Cómo se comportó la presencia de factores de riesgo y comorbilidades asociadas en las personas consultadas por dolor articular?
- ¿Cuál fue el comportamiento de la calidad de vida y la capacidad funcional de los pacientes atendidos por dolor articular?
- ¿Qué relación existe entre la presencia de comorbilidades y factores de riesgo con la percepción de calidad de vida y la capacidad funcional de los pacientes atendidos por dolor articular en el dispensario “Shobolpamba” perteneciente a la parroquia rural San Juan durante los años 2018 al 2020?

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La identificación de los factores de riesgo y comorbilidades asociadas en pacientes atendidos con dolor articular constituye una prioridad en el interés de identificar precozmente las causas de afectación articular para minimizar el riesgo de afectación articular. Adicionalmente revista gran importancia también conocer cómo los factores de riesgo y las comorbilidades asociadas influyen en la percepción de calidad de vida y en la capacidad funcional de las personas que presentan dolor articular.

La realización de este tipo de estudio permite obtener información sobre elementos relevantes del problema de investigación planteado que incluyen la identificación de factores de riesgo, comorbilidades asociadas, percepción de calidad de vida y capacidad funcional de un grupo poblacional que se caracteriza por presentar una elevada morbilidad osteomioarticular. En el contexto de investigación existe una elevada demanda de atención médica relacionada con dolores articulares y no existen investigaciones orientadas hacia la identificación de los elementos que la condicionan y como el dolor influye en la calidad de vida y capacidad funcional de los pacientes; lo que constituye un elemento de peso para justificar la realización del estudio.

Desde el punto de vista teórico el estudio posibilitó obtener información actualizada en torno a los elementos semiológicos del dolor articular. También se consolidaron conocimientos relacionados con la identificación de factores de riesgo y sobre las principales comorbilidades asociadas presentes en los pacientes con dolor articular de distintas causas. Por último, se analizaron los elementos referativos que rigen la determinación de la percepción de calidad de vida y capacidad funcional; así como la influencia que sobre los mismos tiene la presencia de comorbilidades asociadas y de factores de riesgo.

La justificación práctica incluyó la experiencia adquirida por parte de los integrantes del equipo de investigación en la revisión crítica de las historias clínicas de los pacientes orientados hacia la identificación de los datos relacionados con las variables y objetivos definidos para la investigación. Además, consolidó los elementos relacionados con las

investigaciones de campo y poder contactar directamente con algunos de los pacientes cuyas historias clínicas fueron incluidas en el estudio lo cual constituyó un elemento adicional enriquecedor de la experiencia de los miembros del equipo de investigación.

Desde el punto de vista metodológico, la investigación basada en los elementos contendientes del método científico, permitió a los investigadores poner en práctica y a la vez consolidar los conocimientos relacionados con la implementación de la metodología de la investigación aplicada a las ciencias de la salud. La investigación se rigió por todos los componentes del método científico ya que a partir de una duda o idea de investigación se realizó un estudio basado en los objetivos de investigación determinados, basándose un marco teórico sobre los elementos referativos del problema de investigación y en la adopción de una metodología coherente que facilitó obtener resultados y plantear conclusiones a modo de respuesta de los objetivos identificados.

El aporte social del estudio se basa en la importancia de estudiar todos los elementos relacionados con el dolor articular, así como su influencia en la percepción de calidad de vida y capacidad funcional de los pacientes atendidos por dolor articular. Los beneficiarios directos lo constituyeron las personas cuyas historias clínicas fueron estudiadas ya que se identificó la presencia de factores de riesgo y/o comorbilidades y esto constituye un elemento diagnóstico que facilita la orientación terapéutica y el seguimiento del problema de salud identificado. Los beneficiarios indirectos incluyen, además de los familiares de los pacientes y los profesionales de la salud, a los administrativos que a partir de los resultados del estudio pueden trazar estrategias y planes de acción para corregir las deficiencias de salud y las tendencias de su comportamiento identificadas.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. General

Determinar la presencia de factores de riesgo y comorbilidades asociadas en los pacientes atendidos por dolor articular en el dispensario “Shobolpamba” perteneciente a la parroquia rural San Juan durante los años 2018 al 2020 y su relación con la percepción de calidad de vida y capacidad funcional de los pacientes.

1.5.2. Específicos

- Describir las características generales de las personas residentes en la parroquia rural San Juan atendidas por dolor articular durante el periodo 2018-2020
- Identificar la presencia de factores de riesgo y comorbilidades asociadas en las personas consultadas por dolor articular.
- Describir el comportamiento de la calidad de vida y la capacidad funcional de los pacientes atendidos por dolor articular.
- Identificar la relación existente entre la presencia de comorbilidades y factores de riesgo con la percepción de calidad de vida y la capacidad funcional de los pacientes

atendidos por dolor articular en el dispensario “Shobolpamba” perteneciente a la parroquia rural San Juan durante los años 2018 al 2020

CAPÍTULO II.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

El estudio del dolor articular es un tema de estudio que ha llamado la atención de los investigadores desde tiempos remotos. La comunidad científica ha reconocido el papel que juega el dolor articular en la percepción de calidad de vida y capacidad funcional de las personas afectadas. Distintos ejemplos, nacionales e internacionales demuestran las distintas opciones de estudio de este tipo de afectación, que incluyen desde los elementos semiológicos hasta esquemas terapéuticos tradicionales y avanzados (BenítezPérez, 2017)

2.1.1. Antecedentes internacionales

Dentro de las investigaciones internacionales orientadas al estudio del dolor articular destaca la realizada por Porras (1999) en la cual se orientó al estudio de los elementos semiológicos del dolor referido por niños. El estudio mostró que un porcentaje elevado de niños sufre dolor articular ligero durante la infancia que afecta su calidad de vida, lo que muchas veces esta no es determinada o tomada en cuenta.

También Ruiseco Palomares y colaboradores (2014) estudiaron la relación existente entre el dolor articular y los problemas oclusivos en niños cubanos. Los resultados evidenciaron que en no pocas ocasiones existen factores de riesgos comunes que condicionan ambas afecciones, es decir, el dolor articular y las interferencias oclusales.

Autores como Ros Santana y colaboradores (2013) se proyectaron a estudiar el dolor articular, pero desde el punto de vista terapéutico, en este caso, relacionado directamente con la afectación de la articulación temporomandibular. Se identificó, como parte de los resultados de la investigación, que el dolor de tipo inflamatorio constituye el principal síntoma de afectación de la articulación temporomandibular y que el tratamiento con láser puede ser efectivo en el control del dolor.

Orozco Arango (2017) también investigó sobre el tratamiento del dolor. Orientó su investigación al uso de terapias intervencionistas en el tratamiento del dolor articular como manifestación asociada en el curso de la osteoartrosis de rodilla. El autor plantea que determinadas técnicas, como la cirugía mínima invasiva, representada por la artroscopia, aporta ventajas en el tratamiento del dolor articular.

También Díaz Cevallos y colaboradores (2018) se dieron a la tarea de mapear el dolor articular en la articulación temporomandibular como expresión de varias enfermedades de tipo reumáticas. Los investigadores lograron establecer la correlación entre la intensidad del dolor y el tipo de dolor; sub dividiéndolo en mecánico e inflamatorio. Como resultado del estudio se logró mapear el dolor articular en base a los tipos de dolor y las afecciones que con mayor frecuencia se presentan.

Por su parte Guamba Leiva y colaboradores (2019) también se enfocaron en la utilización de distintas técnicas para aliviar el dolor articular relacionado con las cirugías. Identificaron que después de realizar determinadas cirugías se produce un proceso inflamatorio que condiciona dolor secundario en el sitio de la cirugía. Además, concluyen que el uso de medicación pre anestésica de tipo anti inflamatoria no constituye una alternativa viable para prevenir el dolor asociado a la cirugía

2.1.2. Antecedentes nacionales

En el contexto ecuatoriano destaca la investigación realizada por Ríos Guarango y colaboradores (2020) en la que se estableció una relación entre el estado nutricional de los pacientes con diagnóstico de artrosis y la intensidad del dolor articular. Como principal resultado destacan que la presencia de trastornos nutricionales por exceso empeora el dolor articular y constituyen la principal causa de afectación a la percepción de calidad de vida.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Envejecimiento

El envejecimiento es conceptualizado como el conjunto de modificaciones fisiológicas y morfológicas que surgen como consecuencia de la acción generada por el paso del tiempo en los seres vivos. Existen autores que condicionan estrechamente el envejecimiento con la pérdida de la capacidad de adaptación y de respuesta de los órganos y sistemas de órganos del cuerpo humano (Benítez Pérez, 2017).

En los últimos años la esperanza de vida de los seres humanos ha aumentado considerablemente. Este fenómeno denominado como envejecimiento poblacional es el resultado de lo acertado de la implementación de estrategias de promoción de salud y prevención de enfermedades. Con el envejecimiento, comienza una etapa de la vida caracterizada por la presencia de una serie de cambios resultantes del deterioro progresivo de órganos que disminuyen la calidad y cantidad de sus funciones. Varias enfermedades crónicas no transmisibles han sido asociadas al proceso del envejecimiento. Internacionalmente se estableció como concepto que los adultos mayores serían las personas que tenían 65 años o más, edad coincidente con la jubilación (Sánchez Barrera, Martínez Abreu, Florit Serrate, Gispert Abreu, & Vila Viera, 2019).

Muchos investigadores han aunado esfuerzos para identificar las causas del envejecimiento. Estudios recientes exponen que el centro del envejecimiento se basa en el nivel celular; describiendo que cada célula tiene programado un determinado número de divisiones; al alcanzarse ese número se produce la muerte celular y ese es el fundamento de la teoría de muerte celular programada.

Según la OMS, la revolución de la longevidad comenzó en la segunda mitad del siglo XX. Desde esa época hasta la actualidad la esperanza media de vida al nacer ha aumentado 20 años y se considera que alcance unos 10 años alrededor del año 2050. Según datos

ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud, "el rápido crecimiento de la población significa un aumento del número de personas de más de 60 años, que era de alrededor de 600 millones en el año 2000 y llegará a casi 2000 millones en el 2050".

Aunque se describe que los caracteres externos del envejecimiento dependen de la expresión genética y esta cambia de una persona a otra con distintas formas de expresión. A continuación, se listan algunas características generales del envejecimiento humano:

- Alteración del sueño.
- Pérdida de la agilidad y capacidad de reacción refleja.
- Degeneración de estructuras osteoarticulares.
- Aparición de trastornos cognitivos.
- Pérdida de la capacidad de asociación de ideas.
- Distensión creciente de los tejidos de sostén muscular por efecto de la gravedad terrestre (caída de los senos en la mujer, pérdida de la tonicidad muscular).
- Pérdida progresiva de la fuerza muscular y de la vitalidad.
- Aumento de la presión arterial.
- Aumento, en los varones, de volumen de la Próstata, con riesgo de cáncer.
- Disminución de las respuestas inmunitarias.
- Disminución del colágeno de la piel, aparición de arrugas y flacidez.
- Pérdida progresiva de los sentidos del gusto, la audición y la visión.
- Pérdida progresiva de la libido, andropausia en el hombre, menopausia en la mujer.

2.2.2. Calidad de vida

Es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Este concepto hace alusión a la importancia que tienen otros elementos distintos de los parámetros clínicos relacionados con la salud, como son el aspecto social y la integración de las personas; dejando atrás los antiguos conceptos que basaban la calidad de vida en patrones meramente biológicos (Soto, & Failde, 2004).

Es por eso que se plantea que para poder tener una noción amplia y verdadera de la calidad de vida de cualquier persona es necesario integrar elementos relacionados con la salud, la capacidad funcional y el grado y tipo de integración de las personas al contexto que las rodea. El análisis objetivo y subjetivo de estos factores aportará los elementos necesarios para determinar el verdadero estado de satisfacción de una persona con su calidad de vida (Mesa Barrera, Hernández Rodríguez, & Parada Barroso, 2017).

Las primeras referencias sobre la calidad de vida y la forma de determinarla aparecen a mediados de los años 70 del siglo anterior como respuesta a la necesidad de ampliar los elementos objetivos que se utilizaban para determinar el estado de satisfacción de una persona en torno a su posición en la vida. El concepto de calidad de vida surge como un concepto integrador de varios componentes que convierte la calidad de vida como un

elemento multidimensional cuyo objetivo es valorar el efecto que tienen sobre los individuos las distintas enfermedades que se presentan; analizando el componente individual, familiar y social (Soto, & Failde, 2004).

En la actualidad la diversidad de criterios y opiniones ha conducido a que se utilicen distintos términos que, aunque semánticamente son diferentes se encuentran estrechamente relacionados entre sí. Frecuentemente se observan investigaciones que utilizan el término de "estado de salud", "estado funcional", "calidad de vida" o "calidad de vida relacionada con la salud"; sin embargo, todos ellos tienen como elemento central la determinación de la percepción del individuo de como se ve inmerso en su propia interrelación con el medio que lo rodea y sus determinantes (Mesa Barrera, Hernández Rodríguez, & Parada Barroso, 2017).

Es importante destacar que la calidad de vida se encuentra supeditada a la determinación de elementos sociales, económicos y culturales; a los que se adicionan elementos relacionados con el estado de salud de las personas; solo de esta forma se puede identificar, realmente, la percepción de una persona sobre su situación en la vida. De forma general se agrupan todas las determinantes de la calidad de vida en los siguientes apartados:

- Estado físico y capacidad funcional.
- Estado psicológico y bienestar.
- Interacciones sociales.
- Estado económico y sus factores.

Para medir la percepción de calidad de vida de las personas se han diseñado una serie de instrumentos se clasifican en genéricos y específicos. Los instrumentos genéricos pueden ser utilizados en cualquier tipo de personas, enfermas o no, mientras que los instrumentos específicos son utilizados en grupos de personas que comparten características similares como por ejemplo una enfermedad (Martín Carbonell, Cantera Ocegüera, & Schuman Betancourt, 2017). Se recomienda que siempre se utilice un cuestionario genérico y uno específico. La determinación de la percepción de calidad de vida siempre debe de estar acompañada de la determinación de la capacidad funcional.

2.2.3. Capacidad funcional

El proceso de envejecimiento incluye una serie de transformaciones que afectan distintas esferas, dentro de las que se incluyen las esferas sociales, familiares, psicológicas y fisiológicas, las cuales juegan un papel preponderante en el desarrollo del individuo en el contexto que lo rodea. Estas alteraciones, de manera individual o conjunta, pueden generar deterioro funcional y distintos grados de dependencia para realizar las actividades cotidianas. A esto se adiciona los cambios resultantes de la presencia de determinadas enfermedades crónicas que condicionan mayor afectación al desenvolvimiento humano (Segovia Díaz de León, & Torres Hernández, 2011).

Históricamente se ha señalado la variabilidad como una característica inherente al proceso

degenerativo que caracteriza al envejecimiento normal. Se describe que se relaciona con aspectos culturales, orgánicos, genéticos y los estilos y hábitos de vida de las personas. Durante el paso de los años se producen cambios generales que marcan el desarrollo humano y la satisfacción de sus necesidades básicas (Segovia Díaz de León, & Torres Hernández, 2011).

La capacidad funcional o funcionalidad, es conceptualizada como "la facultad para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad". Según los mismos autores, "la capacidad funcional está estrechamente ligada a la autonomía, definida como el grado en que las personas pueden funcionar como deseen hacerlo; esto implica tomar las propias decisiones, asumir las propias responsabilidades y por tanto reorientar las propias acciones" (Rubio, Comín, Montón, Martínez, Magallón, & García-Campayo, 2013).

Sin embargo, es preciso destacar que no todas las enfermedades son capaces de generar el mismo grado o tipo de afectación de la capacidad funcional. La discapacidad no puede ser valorada como la suma de manifestaciones, efectos o complicaciones de las determinadas enfermedades; no todas las afecciones son capaces de generar alteración funcional. La alteración funcional no cursa paralelamente a la intensidad de la enfermedad, de hecho, se ha demostrado que también se presenta discapacidad y afectación funcional en el curso de enfermedades agudas y durante las hospitalizaciones (Quino-Ávila, & Chacón-Serna, 2018).

Existen distintos instrumentos para determinar la capacidad funcional; cada una de ellas tiene características distintivas y, claramente, limitaciones. Las que con mayor frecuencia se utilizan son el Índice de Katz, la escala de valoración física de Barthel, el Índice de Barthel, la escala de incapacidad de Cruz Roja, PACE II, la escala de Lawton y Brody y la escala de Plutchick de valoración geriátrica (Quino-Ávila, & Chacón-Serna, 2018).

2.2.4. Instrumentos utilizados para medir calidad de vida y capacidad funcional

La determinación de la percepción de calidad de vida y de capacidad funcional de cualquier grupo poblacional se utilizan instrumentos genéricos y específicos. Los instrumentos genéricos son aquellos que pueden ser aplicados a cualquier grupo poblacional; los principales exponentes de este grupo son el *Short Form 36* (SF36), el índice de Katz, el índice de actividades de la vida diaria (AVD), el cuestionario WOMAC y las láminas Coop/Wonca entre otros (Solís Cartas, et al, 2015).

Por su parte los instrumentos específicos son aquellos que se aplican a personas con características similares; destacan dentro de este grupo los cuestionarios de capacidad funcional dentro de los que se encuentran el *Health Assessment Questionnaire* en su versión cubana (HAQ-CU). Se recomienda utilizar en todas las investigaciones relacionadas con la calidad de vida y la capacidad funcional un instrumento genérico y otro específico (Solís

Cartas, Barbón Pérez, & Martínez Larrarte, 2016); por lo que se decide utilizar en este estudio las láminas Coop/Wonca y el HAQ-CU.

El cuestionario de láminas Coop/Wonca o *Coop/Wonca Charter* es un instrumento que surge en Canadá en la universidad de Ontario y que originalmente constaba de 9 ítems, posteriormente se reduce a 7 ítems y se obtiene una consistencia interna y fiabilidad, mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach mayor a 0,70 que es el punto de cohorte señalado por Nunally como aceptable (Solis Cartas, et al, 2015). El cuestionario vincula elementos gráficos con elementos numéricos relacionados con la forma de percepción de determinados elementos durante las dos últimas semanas. Los elementos relacionados con la puntuación se describen en el acápite de metodología de la investigación.

La capacidad funcional fue determinada mediante la aplicación del HAQ-CU. Este es un instrumento autoaplicado que evalúa la dificultad de una persona para realizar determinadas actividades como son vestirse y asearse, levantarse, comer, caminar/pasear, higiene personal y alcanzar objetos. El cuestionario se centra en el grado de dificultad o la necesidad de auxilio que tenga determinada persona para realizar una actividad determinada. Los valores de referencia y la interpretación se describen en la metodología utilizada en el estudio.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Actividades de la vida diaria: son consideradas "son todas aquellas tareas y rutinas típicas que una persona realiza diariamente y que le permiten vivir de forma autónoma e integrada en la sociedad, cumpliendo así su rol dentro de ella" (Idiáquez, Torres, Madrid, Vega, & Slachevsky, 2017).

Adulto mayor: persona que sobrepasa los 65 años cumplidos según datos del registro civil del Ecuador (Calderón, 2018).

Anciano: término que se refiere a las personas que se encuentran en el último periodo de la vida y presentan una edad avanzada. Este periodo se sitúa después del periodo de madurez (Belaunde Clausell, Lluís Ramos, Consuegra Ivars, & Piloto Cruz, 2020).

Calidad de vida: La calidad de vida es considerada como el cúmulo de factores, condiciones o situaciones que determinan la satisfacción del individuo desde el punto de vista emocional y material. Resume todas las condiciones necesarias para que las personas satisfagan sus necesidades básicas (Solis Cartas, & Calvopiña Bejarano, 2018).

Calidad de vida relacionada con la salud: según Solis Cartas y Calvopiña Bejarano (2018) se refiere "a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento".

Capacidad funcional: es definida como la capacidad, o ausencia de ella, que tiene un individuo para poder desempeñar, de forma independiente, las actividades de la vida diaria;

cuando se empieza a depender de otra persona comienza a disminuir la capacidad funcional y a aparecer la discapacidad (Solís Cartas, et al, 2014).

Envejecimiento: es considerado como el "...proceso biológico por el que los seres vivos se hacen viejos, que comporta una serie de cambios estructurales y funcionales que aparecen con el paso del tiempo y no son consecuencia de enfermedades ni accidentes" (Martínez Pérez, González Aragón, Castellón León, & González Aguiar, 2018).

Envejecimiento activo: el envejecimiento activo es "un concepto definido por la Organización Mundial de la Salud como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen" (Ferrada-Bórquez, & Ferrada-Bórquez, 2018).

CAPÍTULO III.

3. METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó una investigación básica, no experimental, que incluyó un diseño descriptivo, retrospectivo y de campo orientado a la identificación de factores de riesgo y comorbilidades en pacientes con dolor articular pertenecientes a la parroquia rural San Juan, del cantón Riobamba, provincia Chimborazo, Ecuador. El estudio comprendió el análisis de los datos correspondiente al período 2018 y 2020 y se realizó durante un lapso de 4 meses, comprendido entre abril y agosto del 2021.

3.2. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

En el transcurso de la realización de la investigación se utilizaron distintos métodos de investigación tanto desde el punto de vista teórico como estadístico que permitieron fundamentar las bases de la investigación con la confección de un marco teórico actualizado y definir la significación estadística de los resultados obtenidos; ambos elementos facilitaron el cumplimiento de los objetivos planteados en el estudio. Los métodos de investigación teóricos utilizados fueron:

- **Histórico lógico:** su aplicación posibilitó realizar un recorrido por los referentes bibliográficos históricos que se relacionan con los distintos componentes del problema de investigación identificado. Se analizó la información actualizada relacionada con los elementos generales y específicos del dolor articular y su relación con la presencia de factores de riesgo y comorbilidades con una relación bidireccional entre ambos. Además, permitió obtener información relacionada con la influencia que tienen estos elementos, de forma individual o conjunta en la percepción de calidad de vida y en la capacidad funcional de las personas.
- **Descriptivo:** a través del estudio individual de los elementos significativos identificados en la situación problema se analizaron sus componentes, su implementación y la influencia o relación existente con los demás factores como fueron calidad de vida, capacidad funcional, tipo de dolor, presencia de comorbilidades y de factores de riesgo. Los resultados obtenidos del análisis individual permitieron hacer una valoración general del problema de investigación para de esta forma poder llegar a conclusiones y plantear recomendaciones para dar solución parcial o total al problema identificado
- **Inductivo deductivo:** la aplicación de este método teórico permitió identificar la relación teórica existente entre los factores de riesgo, el tipo de dolor y la presencia de comorbilidades. Posibilitó realizar deducciones lógicas y asociaciones teóricas sobre la influencia que tienen estos elementos en la disminución de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud

También fueron utilizados métodos del nivel estadísticos que estuvieron relacionados con el

procesamiento de cada una de las variables definidas para el estudio así como con el uso de los elementos referativos de la estadística descriptiva e inferencia. Una mayor información se describe en el acápite de procesamiento de la información

3.3. ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio tuvo un alcance descriptivo y correlacional ya que se describieron, además de las características de los pacientes, los tipos de dolor, las comorbilidades y los factores de riesgo presentes. Se identificó subjetivamente (cualitativamente) la afectación que genera el dolor articular en la percepción de CVRS y en la capacidad funcional, estableciéndose posible correlación y significación estadística entre estos elementos.

3.4. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se centró en un enfoque mixto ya que incluyó elementos cualitativos y cuantitativos

3.5. UNIDAD DE ANÁLISIS

En el presente estudio la unidad de análisis estuvo determinada por las historias clínicas de los pacientes atendidos por dolor articular en el dispensario Shobolpamba perteneciente a la parroquia rural San Juan durante los años 2018 al 2020.

3.6. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por la totalidad de historias clínicas de los pacientes atendidos por dolor articular que ascendieron a un total de 321. Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula de cálculo matemático utilizada con esta finalidad y partiendo de un número conocido de la población:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Se utilizó la siguiente nomenclatura:

- n = muestra
- N = Población
- Z = Porcentaje de confianza
- p = Variabilidad positiva
- q = Variabilidad negativa
- E = Porcentaje de error

Una vez que se concluyó con la realización de los cálculos matemáticos se pudo determinar que la muestra tuvo que ser de 176 historias clínicas. A partir de ese momento se procedió a conformar la muestra mediante muestreo aleatorio simple. Cada una de las historias clínicas que fueron tomadas como parte de la muestra de investigación cumplió con el único requisito de inclusión definido previamente que fue contener toda la información necesaria para dar cumplimiento a los objetivos del estudio.

3.7. VARIABLES DE ESTUDIO

Las variables definidas para este estudio fueron las siguientes:

- Características generales de las personas: incluyó como subvariables la edad, el sexo, el nivel educacional y la autoidentificación étnica.
- Comorbilidades: estuvo determinada por la presencia y tipo de comorbilidades
- Factores de riesgo: se definieron como subvariables de esta variable la presencia de los distintos hábitos tóxicos, la actividad física que realiza y la presencia de alteraciones de la movilidad o estabilidad articular
- Percepción subjetiva de calidad de vida
- Percepción subjetiva de capacidad funcional

La operacionalización de las variables constituyó el elemento de referencia del estudio para poder tabular y representar los resultados en dependencia de las variables y elementos significativos de la investigación. Se tomaron en cuenta los siguientes parámetros: variables, subvariable, tipo de variable, escala utilizada, definición operacional de la variable y los indicadores de expresión.

3.8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	SUBVARIABLE	TIPO	ESCALA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Características generales de personas	Edad	Cuantitativa discreta	Entre 20 y 39 años Entre 40 y 59 años De 60 años y mas	Según años cumplidos en el momento de realizar el estudio	Frecuencia y porcentaje de personas según edad
	Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo determinado biológicamente	Frecuencia y porcentaje de adultos mayores según sexo
	Nivel Educativo	Cualitativa nominal politómica	Analfabeto Primaria Bachiller Superior	Según último años escolar aprobado	Frecuencia y porcentaje de personas según nivel educativo
	Autoidentificación étnica	Cualitativa nominal politómica	Blanco(a) Mestizo(a) Negro(a) Afroecuatoriano(a) Indígena	Según percepción personal de los investigados en relación a la etnia a la que pertenece	Frecuencia y porcentaje de personas según autoidentificación étnica
	Tipo de dolor	Cualitativa nominal politómica	Mecánico Inflamatorio Mixto	Según características semiológicas del dolor articular	Frecuencia y porcentaje de personas según autoidentificación étnica
Comorbilidades	Comorbilidades	Cualitativa nominal dicotómica	Presencia Ausencia	Según identificación de enfermedades en la historia clínica	Frecuencia y porcentaje de personas según presencia de comorbilidades
	Tipo de comorbilidades	Cualitativa nominal politómica	Hipertensión arterial Diabetes mellitus Hipotiroidismo Artritis reumatoide Insuficiencia renal	Según identificación del tipo de enfermedades en la historia clínica	Frecuencia y porcentaje de personas según tipo de comorbilidades

Variab les	Subvariable	Tipo	Escala	Definición operacional	Indicadores
			Insuficiencia cardiaca		
Factores de riesgo	Hábitos tóxicos	Cualitativa nominal dicotómica	Presencia Ausencia	Según datos recogidos en la historia clínica relacionados con hábitos tóxicos	Frecuencia y porcentaje de personas según presencia de hábitos tóxicos
	Práctica de actividad física	Cualitativa nominal dicotómica	Presencia Ausencia	Según datos recogidos en la historia clínica relacionados con práctica de actividades físicas	Frecuencia y porcentaje de personas según práctica de actividades físicas
	Alteraciones movilidad articular	Cualitativa nominal dicotómica	Presencia Ausencia	Según datos recogidos en la historia clínica relacionados con alteraciones de la movilidad articular	Frecuencia y porcentaje de personas con alteraciones de la movilidad articular
	Alteraciones de la estabilidad articular	Cualitativa nominal dicotómica	Presencia Ausencia	Según datos recogidos en la historia clínica relacionados con alteraciones de la estabilidad articular	Frecuencia y porcentaje de personas con alteraciones de la estabilidad articular
Percepción subjetiva de calidad de vida	Percepción subjetiva de calidad de vida	Cualitativa nominal politómica	Buena Regular Mala	Según opinión subjetiva de las personas en relación a la influencia del dolor en su calidad de vida	Frecuencia y porcentaje de personas según calidad de vida
Percepción subjetiva de capacidad funcional	Percepción subjetiva de capacidad funcional	Cualitativa nominal politómica	Sin discapacidad Discapacidad ligera Discapacidad moderada Discapacidad severa	Según opinión subjetiva de las personas en relación a la influencia del dolor en su capacidad funcional	Frecuencia y porcentaje de personas según capacidad funcional

3.9. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Como técnica de investigación se utilizó la revisión documental. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes que acudieron por presentar dolor articular y los elementos bibliográficos de esta afección de salud. La revisión de las historias clínicas posibilitó obtener toda la información necesaria para dar cumplimiento a los objetivos de la investigación. Por su parte, revisar la literatura permitió al equipo de investigación actualizar y consolidar los conocimientos relacionados con el dolor articular y sus características generales y particulares. También permitió profundizar en relación a la relación existente entre el dolor articular, sus factores de riesgo y la presencia de comorbilidades. Por último se identificó como estos elementos influyen en la percepción de CVRS y capacidad funcional de las personas.

La identificación de estos dos últimos elementos (capacidad funcional y percepción de CVRS) se realizó basándose en los elementos contenidos en la historia clínica por lo cual fue una valoración totalmente subjetiva sin que mediara la aplicación de algún cuestionario, genérico o específico, de los que comúnmente se utilizan para determinarlos. Este elemento pudiera ser una de las limitaciones del estudio ya que en la actualidad la medición se basa en elementos cuantitativos expresados por puntuaciones que determinan los resultados de cada instrumento aplicado.

Como instrumento de investigación se utilizó una guía de búsqueda que orientó a los investigadores en torno a los datos que deberían ser identificados. Además, se utilizó un modelo de recolección de información para homogeneizar todos los datos obtenidos.

3.10. PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO

Para realizar el procesamiento de la información recopilada en las historias clínicas se utilizó el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) en su versión 26,0 para Windows. En el procesamiento de las variables cualitativas se determinaron frecuencias absolutas y porcentajes, mientras que en el caso de las variables cuantitativas se determinaron medidas de tendencia central y de dispersión. El nivel de confianza fue definido en el 95%, el margen de error en el 5% y la significación estadística dada por una p menor o igual que 0,05. Se utilizó la prueba de correlación de Pearson para identificar la relación existente de las variables del estudio. Todos los datos que se obtuvieron de este proceso se mostraron en forma de tablas y gráficos estadísticos, lo que permitió garantizar la adecuada interpretación de los resultados.

3.11. CONSIDERACIONES ÉTICAS

A pesar de ser un estudio retrospectivo, en el cual no hubo intercambio directo con las personas, se tuvieron en cuenta las normas y procedimientos determinados en la declaración de Helsinki II para poder llevar a efecto investigaciones que incluyan en seres humanos o información relacionada con los mismos. Se protegió la información relacionada con datos de identidad personal de las personas y los datos obtenidos fueron utilizados únicamente con

finés investigativos. La base de datos que contenía los datos de la investigación fue destruida después de realizar el informe final del estudio.

CAPÍTULO IV.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Los resultados obtenidos de la realización de la presente investigación fueron expresados en forma de tablas y figuras estadísticas que se describen a continuación.

Tabla 1.- Distribución de personas con dolor articular según características generales

Características generales	Muestra total de 176 personas atendidas por dolor articular Frecuencia (por ciento)
Promedio de edad (años)	53,59 *DE: 19,41
Edad	
Entre 20 y 39 años	36 (20,45)
Entre 40 y 59 años	63 (35,80)
De 60 años y más	77 (43,75)
Sexo	
Masculino	69 (39,21)
Femenino	107 (60,79)
Autoidentificación étnica	
Blanco(a)	11 (6,25)
Mestizo(a)	88 (50,00)
Negro(a)	9 (5,11)
Afroecuatoriano(a)	7 (3,98)
Indígena	61 (34,66)
Nivel educacional	
Analfabeto	21 (11,93)
Primaria	110 (62,50)
Bachiller	38 (21,59)
Superior	7 (3,98)
Tipo de dolor	
Mecánico	79 (44,87)
Inflamatorio	41 (23,31)
Mixto	56 (31,82)

Fuente: historias clínicas *DE: desviación estándar

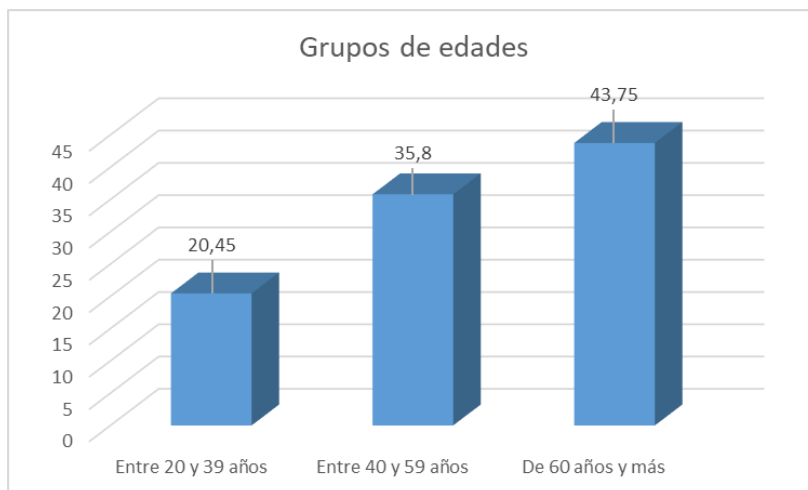


Figura 1.- Porcentaje de personas con diagnóstico de dolor articular según grupo de edades
Fuente: tabla 1

El análisis de las características generales de las personas atendidas por dolor articular en el dispensario Shobolpamba perteneciente a la parroquia rural San Juan durante los años 2018 al 2020 muestra algunos elementos que deben ser tomados en cuenta. El primero de ellos es el resultado que muestra un promedio de edad de 53,59 años con una DE de 19,41 años; adicionalmente se observa un predominio de personas de 60 años y más (43,75%) seguido de las personas entre 40 y 59 años (35,80%) y por último las que refirieron edad entre 20 y 39 años que representaron el 20,45% del total de personas investigadas (tabla y figura 1)

El análisis del nivel educacional mostró predominio de la primaria terminada (62,50%), seguido de las personas que refirieron terminar el bachillerato (21,59%) y las analfabetas (11,93%); solo el 3,98% de las personas atendidas por dolor articular refirió haber culminado estudios universitarios.

La autoidentificación étnica mostró predominio de mestizos(as) (50,00%), el 34,66% refirió considerarse indígenas. Un 6,25% de las personas refirió considerarse blancos(as) y el 5,11% como negros(as). Solo el 3,98% de las personas investigadas se auto identificó como afroecuatorianos (as).

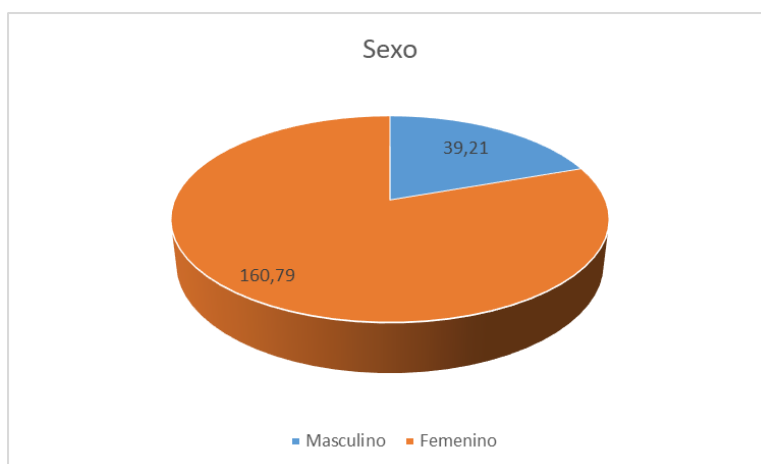


Figura 2.- Porcentaje de personas atendidas con dolor articular según sexo
Fuente: tabla 1

La tabla 1 y figura 2 muestran que predominaron las féminas atendidas por dolor articular, llegando a representar el 60,79%. El restante 39,21% de las personas atendidas correspondieron al sexo masculino.

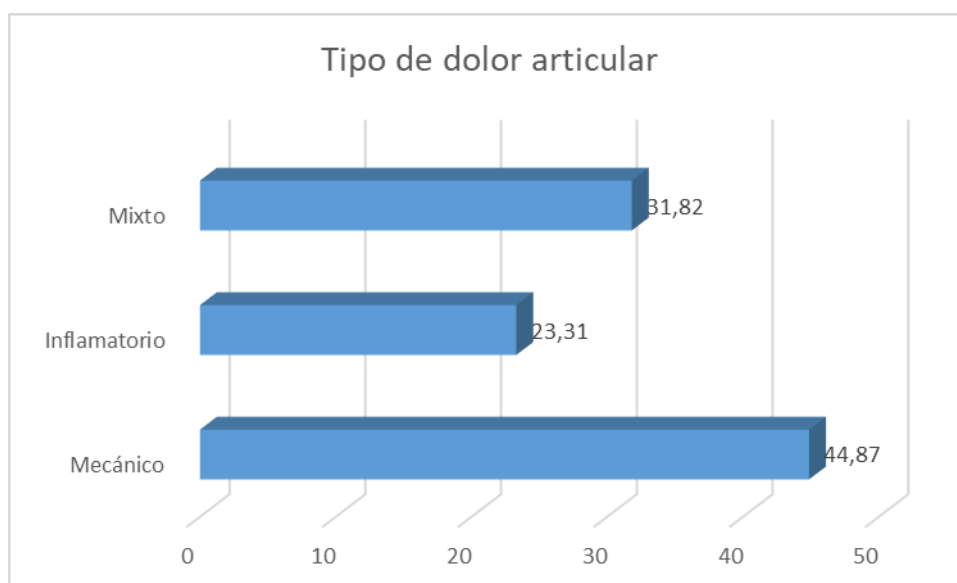


Figura 3.- Porcentaje de personas atendidas con dolor articular según tipo de dolor articular

Fuente: tabla 1

El análisis del tipo de dolor articular mostró que el 44,87% de las personas refirió un dolor de tipo mecánico; mientras que el 31,82% refirió dolor mixto y solo el 23,30% refirió dolor articular de tipo inflamatorio.

Tabla 2.- Distribución de personas con dolor articular según presencia y tipo de comorbilidades

Comorbilidades	Muestra total de 176 personas atendidas por dolor articular		
	Frecuencia	Porcentaje	*p
Presencia	91	51,70	----
Ausencia	85	48,30	----
Muestra de 91 personas con presencia de comorbilidades			
Hipertensión arterial	32	35,16	0,065
Diabetes mellitus	11	12,09	0,088
Hipotiroidismo	26	28,57	0,071
Fibromialgia	17	18,68	0,081
Artritis reumatoide	9	9,89	0,09
Insuficiencia renal	3	3,30	0,097
Gota	3	3,30	0,097
Insuficiencia cardiaca	2	2,20	0,098

Fuente: historias clínicas

*p ≤ 0,05

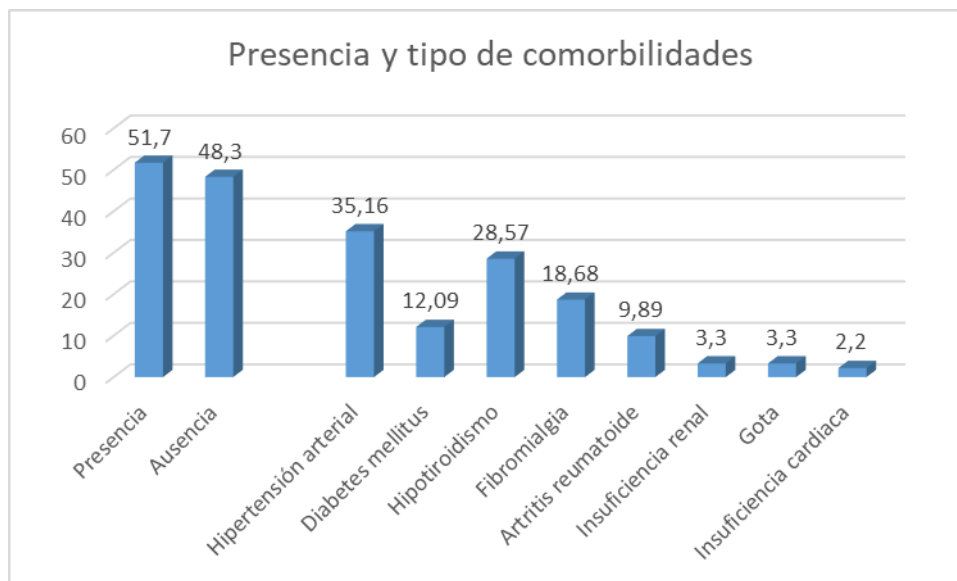


Figura 4.- Porcentaje de personas con diagnóstico de dolor articular según presencia y tipo de comorbilidades

Fuente: tabla 2.

La presencia y tipo de comorbilidades fue una de las variables identificadas en la investigación. Se identificó que el 51,70% de las personas refirió padecer al menos una comorbilidad asociada. Dentro de estas destacó el 35,16% de personas hipertensas, el 28,57% que refirieron diagnóstico de hipotiroidismo y el 18,68% de personas con fibromialgia. Otras comorbilidades presentes fueron la diabetes mellitus (12,09%), la artritis reumatoide (9,89%), la insuficiencia renal (3,30%), la gota (3,30%) y la insuficiencia cardiaca que fue referida por el 2,20% de las personas atendidas por dolor articular (tabla 2, figura 4).

Tabla 3.- Distribución de personas atendidas por dolor articular según presencia de comorbilidades y grupo de edades.

Grupo de edades	Muestra total 176 personas atendidas por dolor articular				
	Con comorbilidades		Sin comorbilidades		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Entre 20 y 39 años	11	30,56	25	69,44	36
Entre 40 y 59 años	27	42,85	36	57,15	63
De 60 años y más	53	68,83	24	31,17	77
Total	91	51,70	85	48,30	176

Fuente: historias clínicas

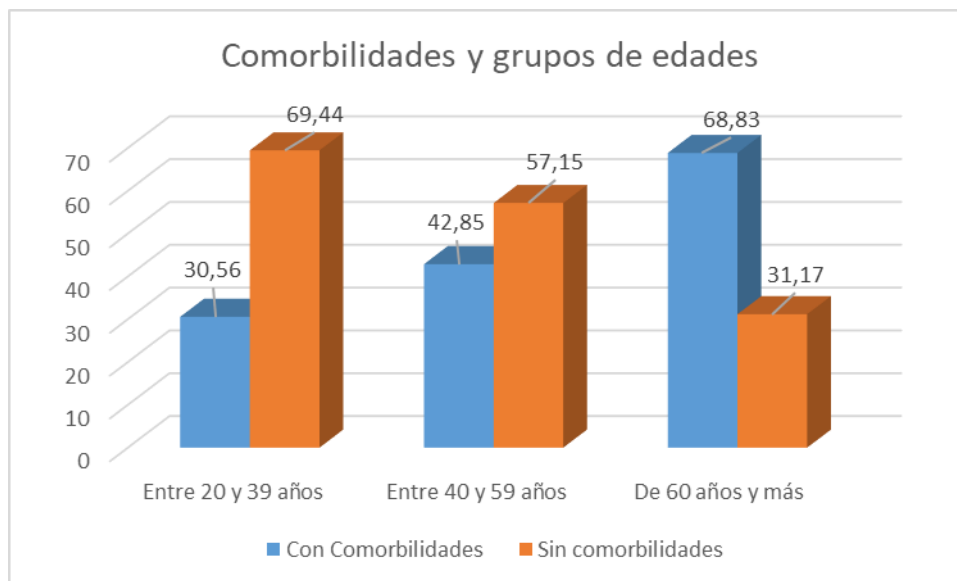


Figura 5.- Porcentaje de personas con diagnóstico de dolor articular según presencia de comorbilidades y grupo de edades

Fuente: tabla 3.

El análisis bivariado que se muestra en la tabla 3 y figura 5 corresponde a las variables grupo de edades y comorbilidades asociadas. En este sentido destacó que los porcentajes de presencia de comorbilidades aumentaron a medida que aumentó la edad de las personas. En el grupo de entre 20 y 39 años las comorbilidades fueron referidas por 30,56%, mientras que en el grupo de personas de 60 años y más las comorbilidades fueron referidas por el 68,83%.

Tabla 4.- Distribución de personas atendidas por dolor articular según presencia comorbilidades y sexo.

Sexo	Muestra total 176 personas atendidas por dolor articular				Total
	Con comorbilidades		Sin comorbilidades		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Masculino	26	37,68	43	62,32	69
Femenino	65	60,75	42	39,25	107
Total	91	51,70	85	48,30	176

Fuente: historias clínicas

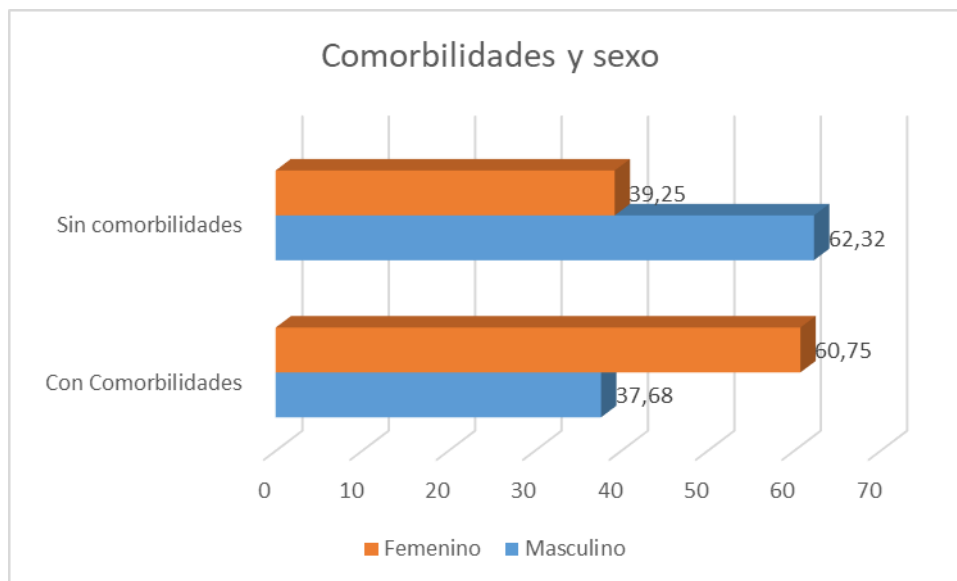


Figura 6.- Porcentaje de personas con diagnóstico de dolor articular según presencia de comorbilidades y sexo

Fuente: tabla 4.

Las comorbilidades fueron referidas en mayor porcentaje por las personas del sexo femenino (60,75%). En el caso de las personas del sexo masculino solo el 37,68% refirió al menos una comorbilidad asociada.

Tabla 5.- Distribución de personas atendidas por dolor articular según presencia de comorbilidades y tipo de dolor.

Tipo de dolor	Muestra total 176 personas atendidas por dolor articular				
	Con comorbilidades		Sin comorbilidades		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Mecánico	32	40,50	47	59,50	79
Inflamatorio	30	73,17	11	26,83	41
Mixto	29	51,78	27	48,22	56
Total	91	51,70	85	48,30	176

Fuente: historias clínicas

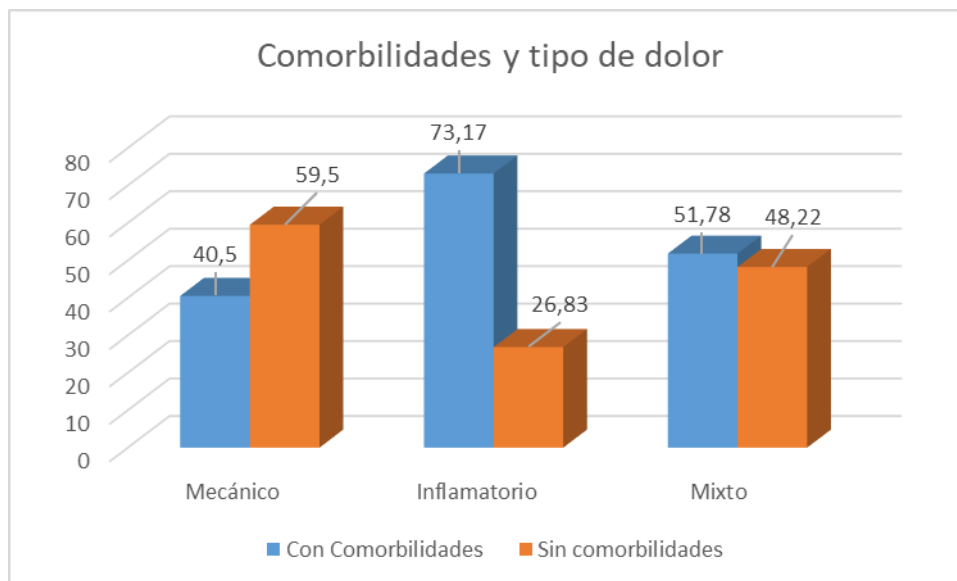


Figura 7.- Porcentaje de personas con diagnóstico de dolor articular según presencia de comorbilidades y tipo de dolor articular

Fuente: tabla 5.

El análisis del tipo dolor y la presencia de comorbilidades mostraron que las personas con dolor de tipo inflamatorio fueron las que en mayor porcentaje refirieron presentar comorbilidades (73,17%); seguido de las que presentaron dolor de tipo mixto (51,78%) y las de dolor mecánico (40,50%) (tabla 5 y figura 7).

Tabla 6.- Distribución de personas atendidas por dolor articular según presencia y tipo de factores de riesgo

Factores de riesgo	Muestra total de 176 personas atendidas por dolor articular		
	Frecuencia	Porcentaje	*p
Presencia	101	57,39	----
Ausencia	75	42,61	----
Muestra de 101 con presencia de factores de riesgo			
Hábitos tóxicos	69	68,32	0,032
Práctica inadecuada de actividades físicas	71	70,30	0,03
Alteraciones movilidad articular	32	31,68	0,06
Alteraciones de la estabilidad articular	45	44,55	0,056

Fuente: historias clínicas

*p ≤ 0,05

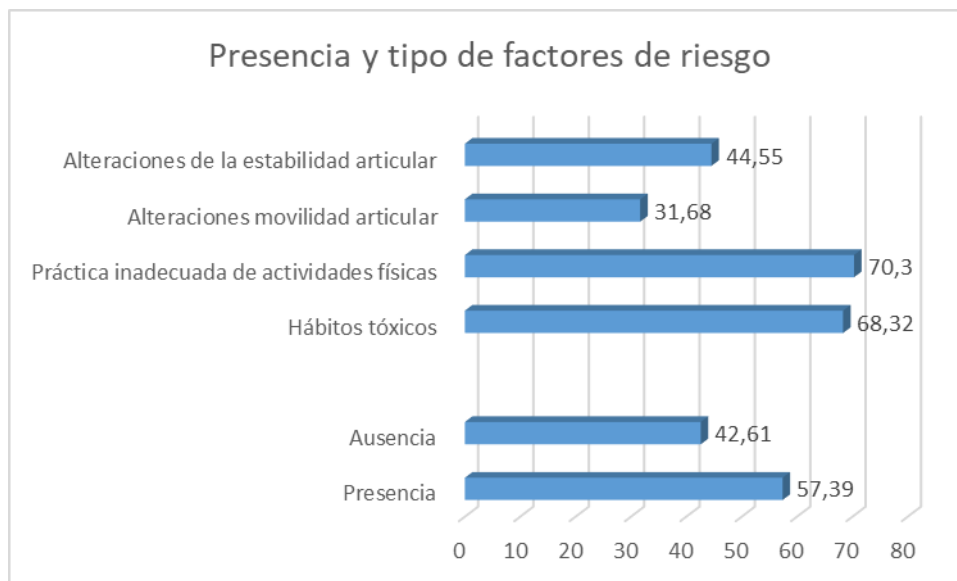


Figura 8.- Porcentaje de personas con diagnóstico de dolor articular según presencia de factores de riesgo

Fuente: tabla 6.

La determinación de factores de riesgo en personas atendidas por dolor articular se muestra en la tabla 6 y figura 8. En ella se observa que el 57,39% de las personas refirió al menos un factor de riesgo asociado. La presencia de práctica inadecuada de actividades físicas (70,30%) y de hábitos tóxicos (68,32%) fueron los de mayor significación estadística. También se identificó un 44,55% de personas con alteraciones de la estabilidad articular y un 31,68% de personas con alteraciones de la movilidad articular.

Tabla 7.- Distribución de personas con diagnóstico de dolor articular según presencia de factores de riesgo y grupos de edades

Grupos de edades	Muestra total de 176 personas atendidas por dolor articular			
	Con factores de riesgo		Sin factores de riesgo	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Entre 20 y 39 años	15	41,67	21	58,33
Entre 40 y 49 años	35	55,56	28	44,44
De 60 años y más	51	62,38	26	37,62
Total	101	57,39	75	42,61

Fuente: cuestionario de investigación

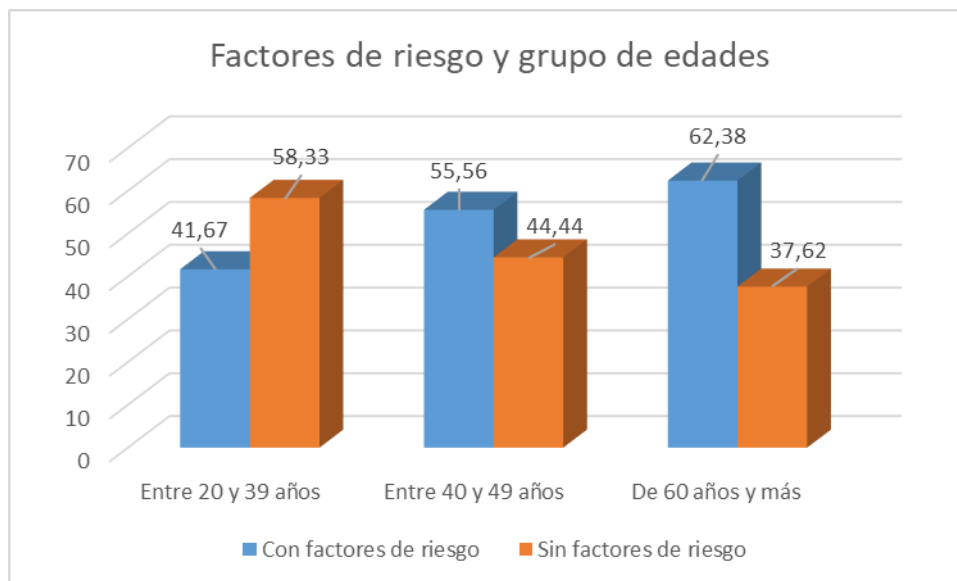


Figura 9.- Porcentaje de personas con diagnóstico de dolor articular según presencia de factores de riesgo y grupo de edades

Fuente: tabla 7.

La tabla 7 y figura 9 muestran que la presencia de factores de riesgo alcanzó un mayor porcentaje a medida que aumentó la edad de las personas. En el grupo de personas entre 20 y 39 años en el 41,67% se identificó presencia de al menos un factor de riesgo; sin embargo, el 62,38% de las personas de 60 años o más refirió presencia de factores de riesgo.

Tabla 8.- Distribución de personas con diagnóstico de dolor articular según presencia de factores de riesgo y sexo

Sexo	Muestra total de 176 personas atendidas por dolor articular			
	Con factores de riesgo		Sin factores de riesgo	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	31	44,93	38	55,07
Femenino	70	69,31	37	30,69
Total	101	57,39	75	42,61

Fuente: cuestionario de investigación

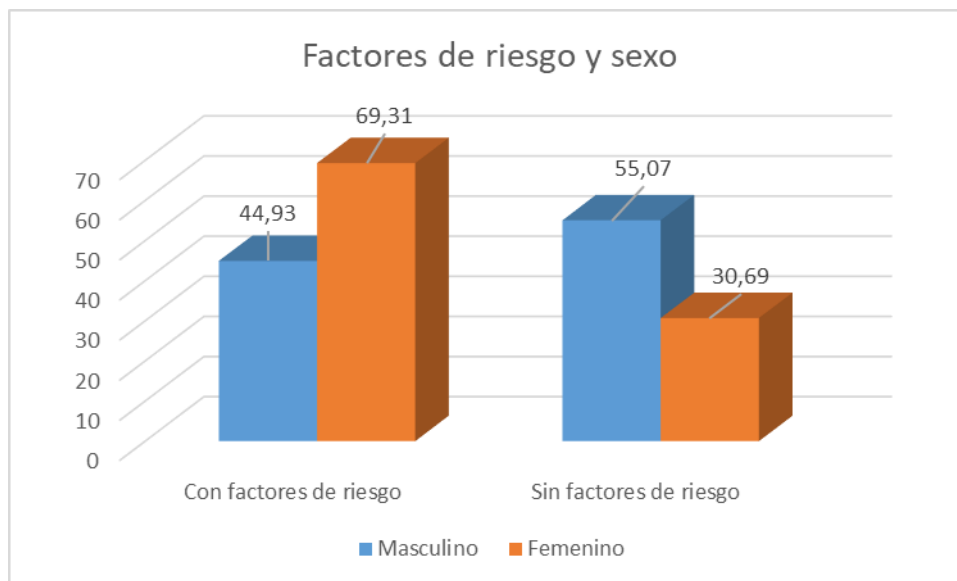


Figura 10.- Porcentaje de personas con diagnóstico de dolor articular según presencia de factores de riesgo y sexo

Fuente: tabla 8.

Los factores de riesgo se identificaron más frecuentemente en el sexo femenino (69,31%). En el caso de los hombres el porcentaje de presencia de factores de riesgo ascendió hasta el 44,93%.

Tabla 9.- Distribución de personas con diagnóstico de dolor articular según presencia de factores de riesgo y tipo de dolor articular

Tipo de dolor articular	Muestra total de 176 personas atendidas por dolor articular			
	Con factores de riesgo		Sin factores de riesgo	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Mecánico	45	56,96	34	43,04
Inflamatorio	28	68,29	13	31,71
Mixto	38	67,86	18	32,14

Fuente: cuestionario de investigación

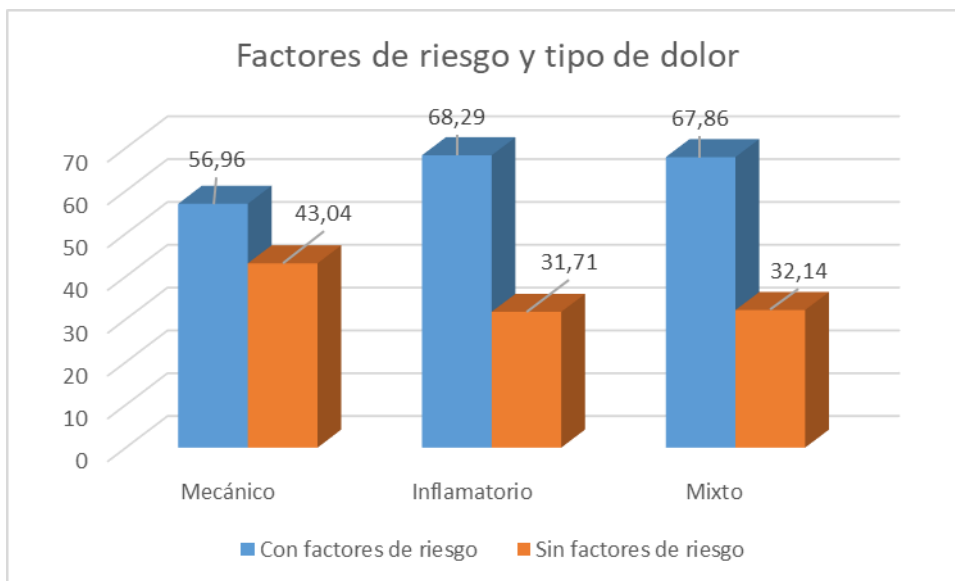


Figura 11.- Porcentaje de personas con diagnóstico de dolor articular según presencia de factores de riesgo y tipo de dolor articular.

Fuente: tabla 9.

La presencia de factores de riesgo en relación con el tipo de dolor mostró un 56,96% de presencia en las personas con dolor articular de tipo mecánico; un 67,29% en las personas con dolor tipo mixto y un 68,29% en las personas con dolor inflamatorio.

Tabla 10.- Distribución de adultos mayores según percepción subjetiva de calidad de vida

Calidad de vida	Muestra total de 106 personas atendidas por dolor articular	
	Frecuencia	Por ciento
Adecuada	82	46,59
Inadecuada	94	53,41
Total	106	100,0

Fuente: cuestionario de investigación



Figura 12.- Porcentaje de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de calidad de vida

Fuente: tabla 10

El análisis de la opinión subjetiva de calidad de vida se muestra en la tabla 10 y figura

Se identificó, mediante información recopilada de las historias clínicas; que el 53,41% de las personas presentaba una calidad de vida inadecuada y el 46,59% una calidad de vida adecuada.

Tabla 11.- Distribución de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de calidad de vida, edad, sexo y tipo de dolor.

Características	personas atendidas por dolor articular			
	Calidad de vida adecuada		Calidad de vida inadecuada	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Grupo de edades				
Entre 20 y 39 años	21	58,33	15	41,67
Entre 40 y 59 años	34	53,96	29	46,04
De 60 años y más	27	35,06	50	64,94
Sexo				
Masculino	37	53,62	32	46,38
Femenino	45	42,06	62	57,94
Tipo de dolor				
Mecánico	45	56,96	34	43,04
Inflamatorio	13	31,71	28	68,19
Mixto	24	42,86	32	57,14

Fuente: cuestionario de investigación

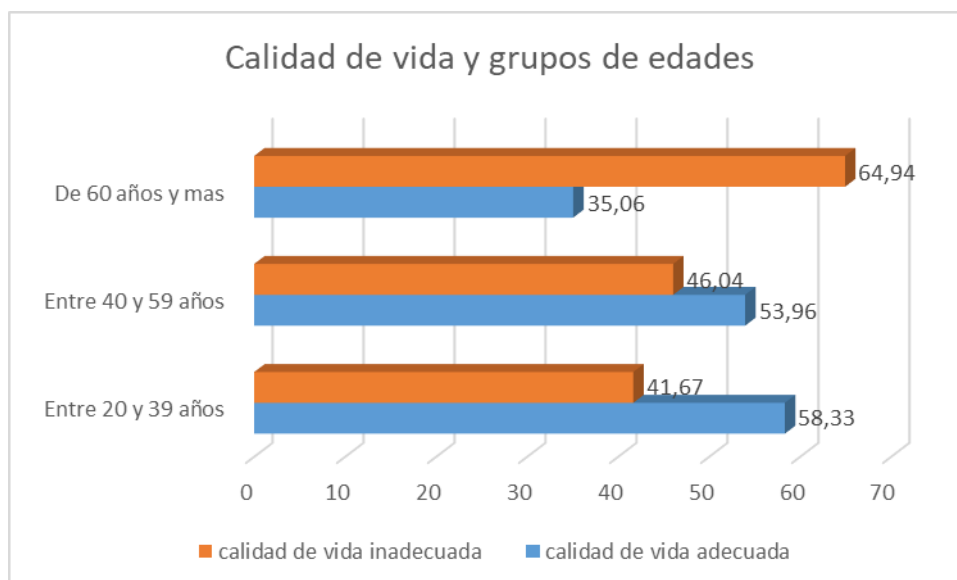


Figura 13.- Porcentaje de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de calidad de vida y grupo de edades

Fuente: tabla 11

El análisis del comportamiento de la calidad de vida en relación a algunas de las características generales de las personas atendidas por dolor articular mostró que en relación

a los grupos de edades los mayores porcentos de calidad de vida inadecuada se encontraron en las personas de 60 años y más (64,94%) (tabla 11, figura 13).

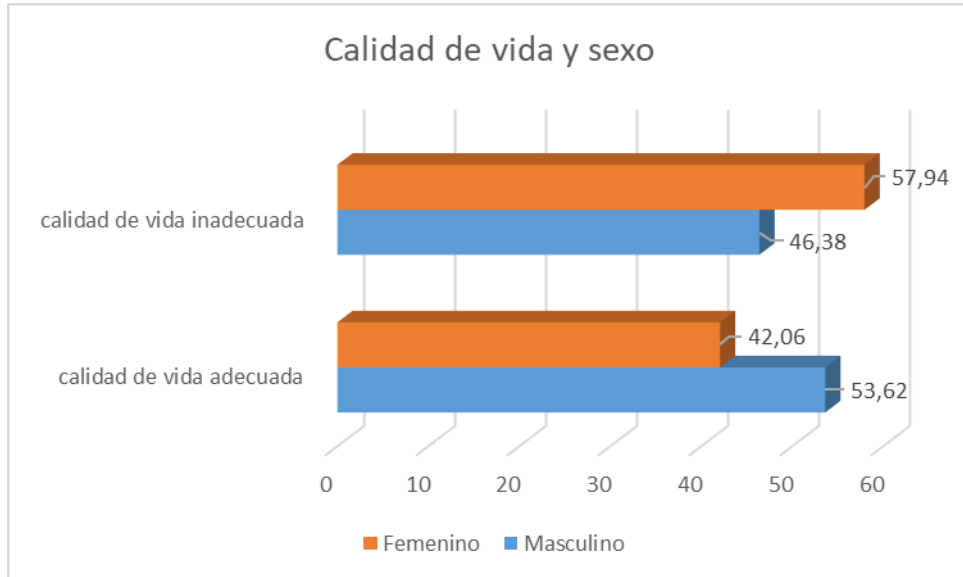


Figura 14.- Porcentaje de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de calidad de vida y sexo

Fuente: tabla 11

En relación al sexo el porcentaje de personas con calidad de vida inadecuada fue mayor en el sexo femenino (57,94%) que en el masculino (46,38%) (tabla 11, figura 14).

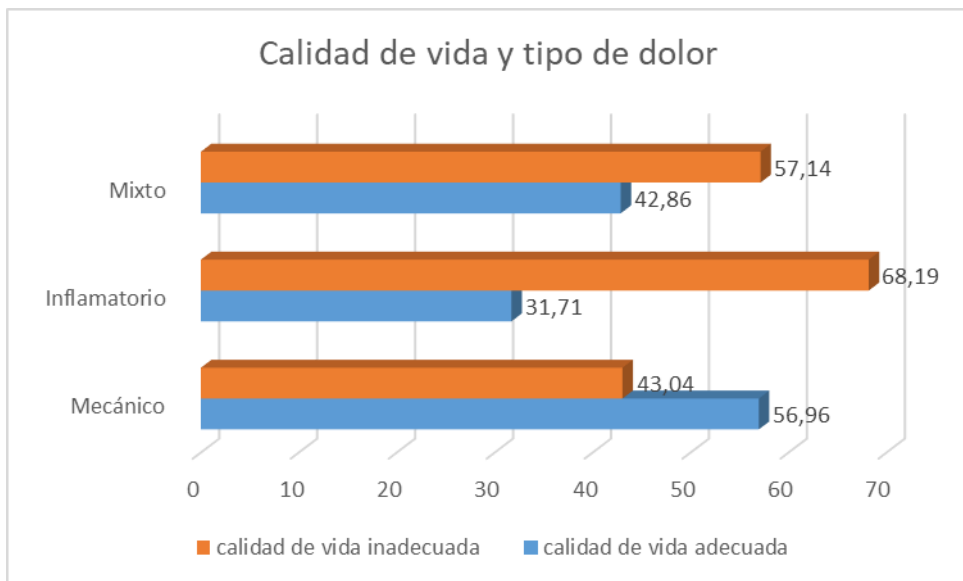


Figura 15.- Porcentaje de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de calidad de vida y tipo de dolor articular

Fuente: tabla 11

Por último, se identificó que el grupo de personas con mayor porcentaje de calidad de vida inadecuada en relación al tipo de dolor fueron las que presentaron dolor de tipo inflamatorio (68,19%), seguido de las que refirieron dolor tipo mixto (57,14%) y por último los de dolor tipo mecánico (43,04%) (tabla 11, figura 15).

Tabla 12.- Distribución de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de calidad de vida y presencia de comorbilidades

Calidad de vida	Muestra total de 176 personas atendidas por dolor articular			
	Con comorbilidades		Sin comorbilidades	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Adecuada	31	37,80	51	62,20
Inadecuada	60	63,83	34	36,17

Fuente: cuestionario de investigación

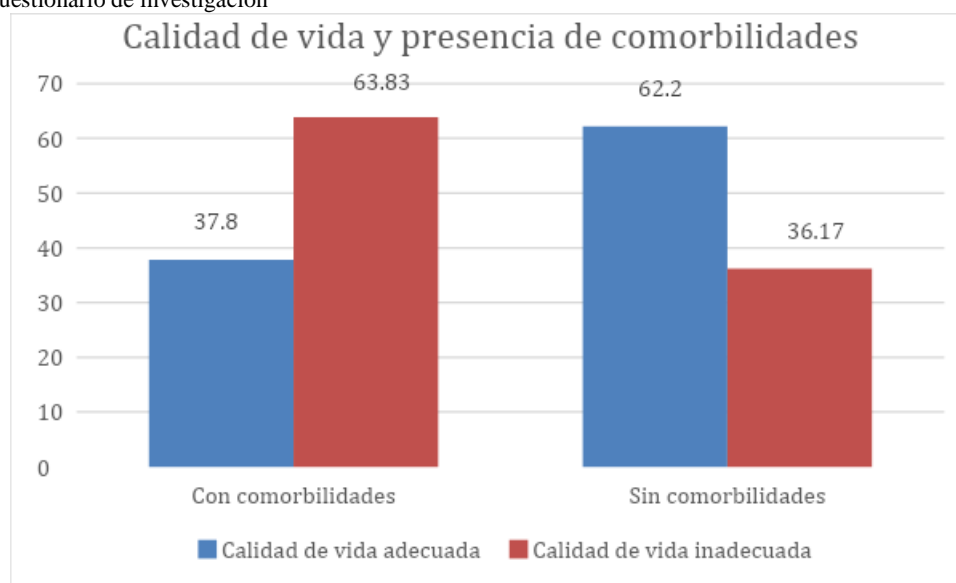


Figura 16.- Porcentaje de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de calidad de vida y presencia de comorbilidades

Fuente: tabla 12

Se puede observar en la tabla 12 y figura 16 la distribución y porcentaje de personas atendidas por dolor articular en relación con la percepción subjetiva de calidad de vida y comorbilidades. En este sentido se muestra que el 63,83% de las personas con calidadde vida inadecuada refirió al menos presencia de una comorbilidad asociada.

Tabla 13.- Distribución de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de calidad de vida y presencia de factores de riesgo

Calidad de vida	Muestra total de 176 personas atendidas por dolor articular			
	Con factores de riesgo		Sin factores de riesgo	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Adecuada	31	37,80	51	62,20
Inadecuada	70	74,65	24	25,35

Fuente: cuestionario de investigación

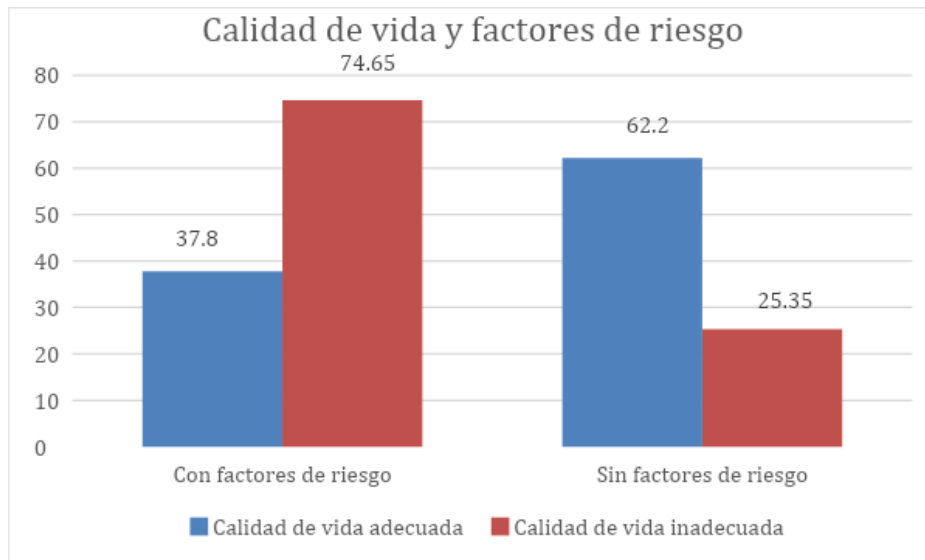


Figura 17.- Porcentaje de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de calidad de vida y presencia de factores de riesgo.

Fuente: tabla 13

De igual manera se muestra que en el 74,65% de las personas investigadas, que consideró que su calidad de vida era inadecuada, se identificó la presencia de factores de riesgos relacionados con el dolor articular. Estos resultados pueden ser observados en la tabla 13 y figura 17.

Tabla 14.- Distribución de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de capacidad funcional

Capacidad funcional	Muestra total de 176 personas atendidas por dolor articular adultos mayores	
	Frecuencia	Por ciento
Sin discapacidad	112	63,64
Con discapacidad	64	36,36

Fuente: cuestionario de investigación



Figura 18.- Porcentaje de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de capacidad funcional

Fuente: tabla 14

El análisis de la capacidad funcional de las personas investigadas se observa en la tabla 14 y figura 18. Se muestra que el 63,64% de las personas atendidas por dolor articular no presentaban discapacidad; mientras que en el 36,36% se pudo determinar la presencia de discapacidad.

Tabla 15.- Distribución de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de capacidad funcional, edad, sexo y tipo de dolor articular

Características	personas atendidas por dolor articular			
	Sin discapacidad		Con discapacidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Grupo de edades				
Entre 20 y 39 años	33	91,67	3	7,33
Entre 40 y 59 años	45	71,43	18	28,57
De 60 años y más	34	44,16	43	55,84
Sexo				
Masculino	48	69,56	21	30,44
Femenino	64	59,81	43	40,19
Tipo de dolor				
Mecánico	66	83,54	13	16,54
Inflamatorio	11	26,83	30	73,17
Mixto	35	62,50	21	37,50

Fuente: historias clínicas

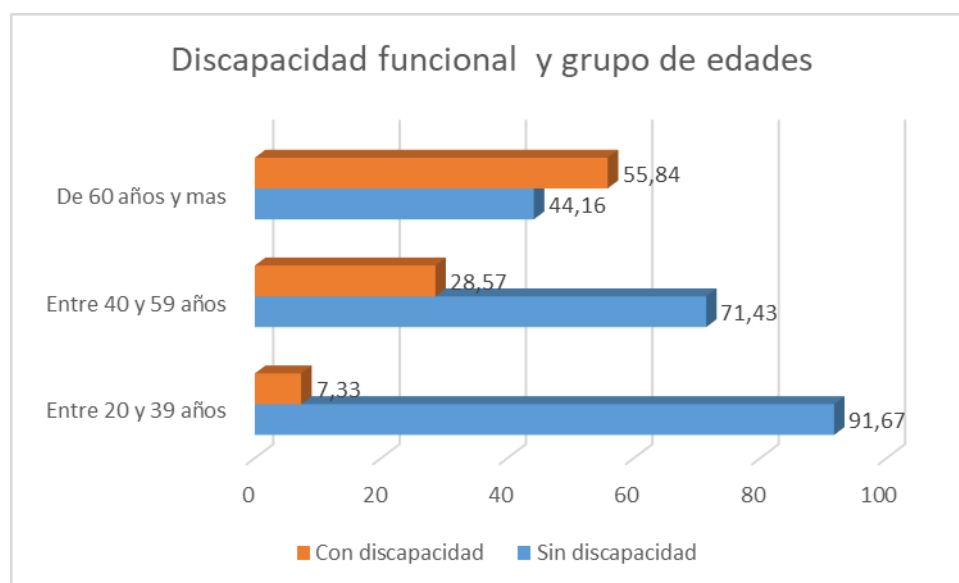


Figura 19.- Porcentaje de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de capacidad funcional y grupo de edades

Fuente: tabla 15

El análisis de la presencia de discapacidad funcional en relación a los distintos grupos de edades conformados para el estudio mostró que el 55,84% de las personas con edad igual o superior a los 60 años refirió algún tipo de discapacidad funcional. En el caso de las personas

entre 40 y 59 años de edad el porcentaje de discapacidad funcional identificado fue de 28,57% y en el grupo de entre 20 y 39 años solo el 7,33% refirió algún tipo de discapacidad funcional (tabla 15, figura 19)

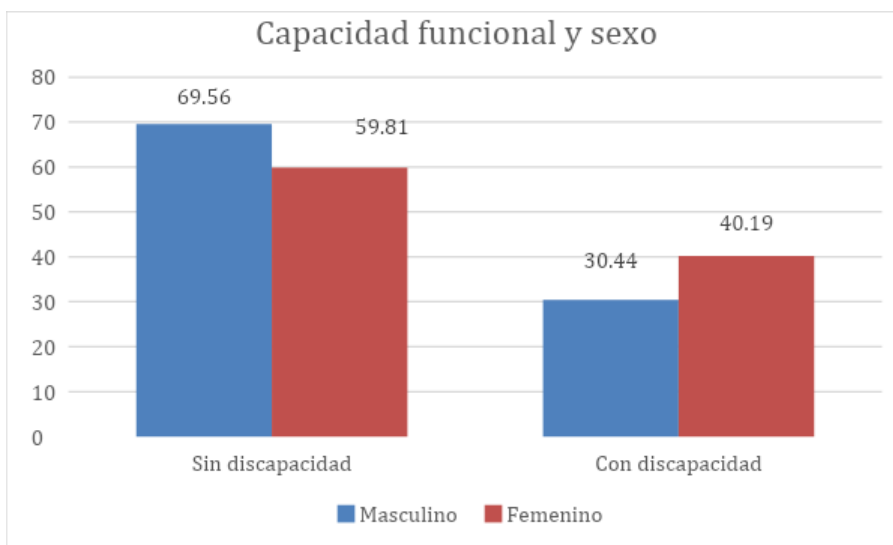


Figura 20.- Porcentaje de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de capacidad funcional y sexo

Fuente: tabla 15

En relación al sexo se identificó que el 40,19% de las fémicas mostró discapacidad funcional en comparación con el 30,44% de pacientes masculinos con igual condición (tabla 15 y figura 20).

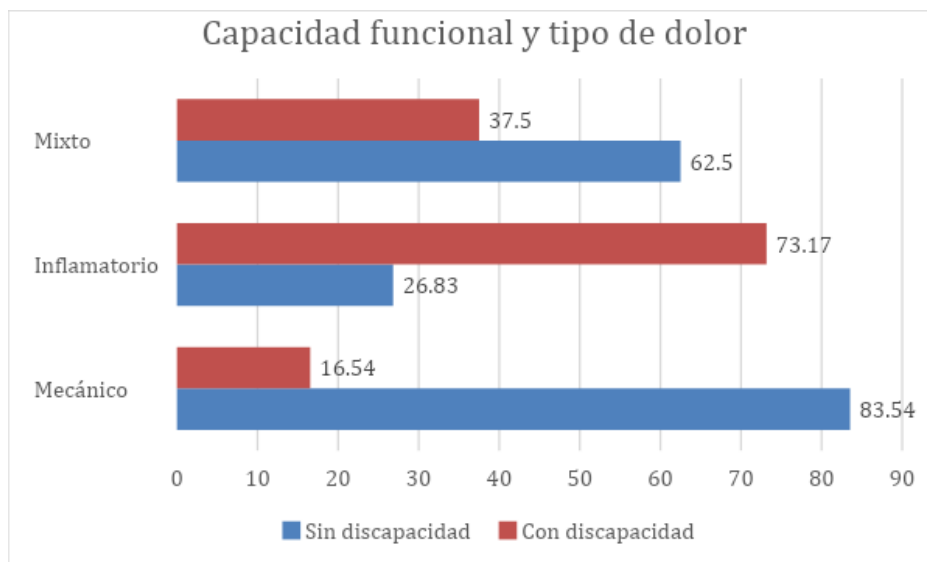


Figura 21.- Porcentaje de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de capacidad funcional y tipo de dolor articular

Fuente: tabla 15

Los resultados del análisis del tipo de dolor referido por las personas y la capacidad funcional de las mismas se muestran en la tabla 15 y figura 21. En ella se observa que el grupo de

pacientes que mayor porcentaje de discapacidad funcional presentaron fueron los que refirieron un dolor de tipo inflamatorio (73,17%); le siguieron los pacientes con dolor articular tipo mixto (37,50%) y mecánico (16,54%).

Tabla 16.- Distribución de personas atendidas por dolor articular según capacidad funcional y presencia de comorbilidades.

Capacidad funcional	personas atendidas por dolor articular			
	Con comorbilidades		Sin comorbilidades	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sin discapacidad	49	43,75	63	56,25
Con discapacidad	42	65,62	22	34,38

Fuente: cuestionario de investigación

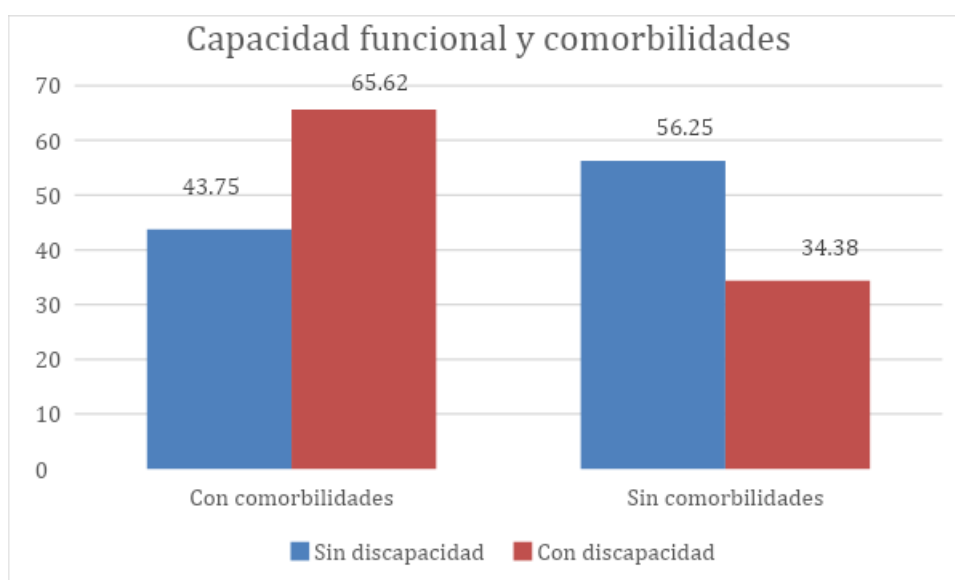


Figura 22.- Porcentaje de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de capacidad funcional y presencia de comorbilidades

Fuente: tabla 16

Se identificó que el 65,62% de los pacientes con discapacidad presentó al menos una comorbilidad asociada; mientras que dentro del grupo de pacientes sin discapacidad el 56,25% no presentó comorbilidades asociadas (tabla 16, figura 22).

Tabla 17.- Distribución de personas atendidas por dolor articular según capacidad funcional y presencia de factores de riesgo.

Capacidad funcional	personas atendidas por dolor articular			
	Con factores de riesgo		Sin factores de riesgo	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sin discapacidad	70	62,50	42	37,50
Con discapacidad	31	57,41	33	42,59

Fuente: cuestionario de investigación

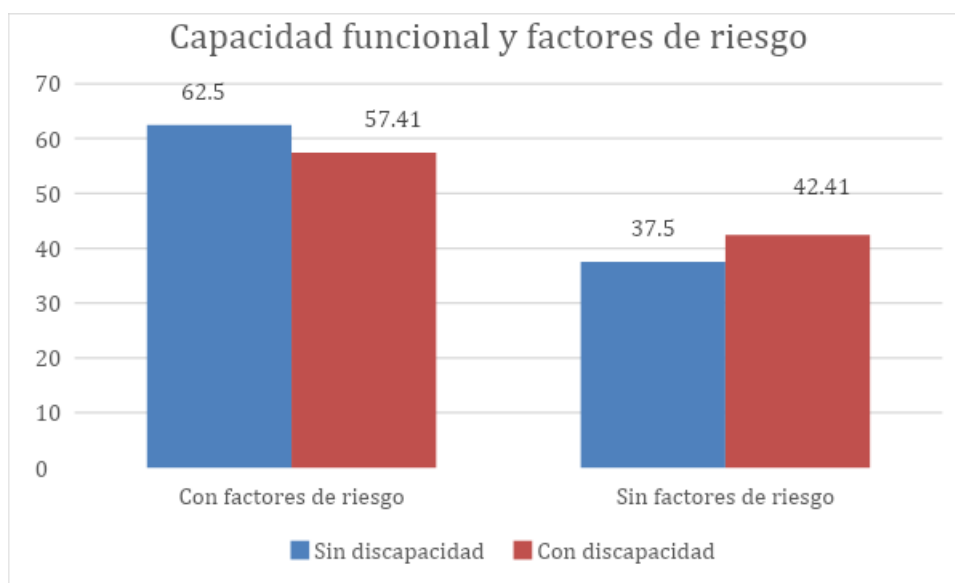


Figura 23.- Porcentaje de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de capacidad funcional y presencia de factores de riesgo

Fuente: tabla 17

En la tabla 17 y figura 23 se muestran los resultados del análisis bivariado entre capacidad funcional y factores de riesgo. En este sentido destaca que tanto en los pacientes con discapacidad, como en aquellos sin discapacidad predominaron las personas con factores de riesgo (57,41% y 62,41% respectivamente). El 37,50% de las personas sin discapacidad tampoco presentó factores de riesgo; mientras que dentro del grupo de personas que refirió discapacidad en el 42,59% no se identificó presencia de factores de riesgo

Tabla 18.- Distribución de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de capacidad funcional y de calidad de vida.

Calidad de vida	Total de 176 personas atendidas por dolor articular adultos mayores			
	Sin discapacidad		Con discapacidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Adecuada	71	86,58	11	13,42
Inadecuada	41	43,62	53	56,38

Fuente: cuestionario de investigación

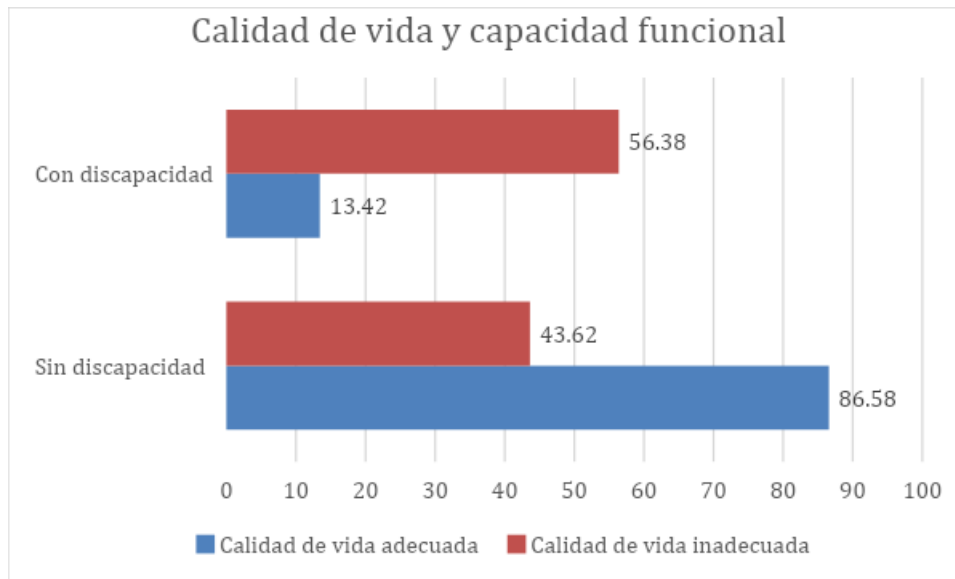


Figura 24.- Porcentaje de personas atendidas por dolor articular según percepción subjetiva de capacidad funcional y de calidad de vida

Fuente: tabla 18

El análisis comparativo entre calidad de vida y capacidad funcional mostró que el 56,38% de las personas atendidas por dolor articular que presentaron una calidad de vida inadecuada también presentaron discapacidad. El 86,58% de las personas con calidad de vida adecuada no presentaron discapacidad.

Tabla 19.- Resultados de la correlación de Pearson entre variables de investigación

Variables		Calidad de vida	Capacidad funcional	Presencia Comorbilidades	Presencia factores de riesgo
Capacidad funcional	Resultado	0,761	1,00	0,621	0,423
	Significación	0,02	----	0,02	0,02
	n	176	176	176	176
Calidad de vida	Resultado	1,00	0,761	0,711	0,501
	Significación	----	0,02	0,02	0,02
	n	176	176	176	176
Presencia Comorbilidades	Resultado	0,711	0,621	1,00	0,239
	Significación	0,02	0,02	----	0,02
	n	176	176	176	176
Presencia factores de riesgo	Resultado	0,423	0,501	0,239	1,00
	Significación	0,02	0,02	0,02	----
	n	176	0,02	0,02	176

Fuente: procesamiento estadístico

Los resultados de la prueba de correlación de Pearson para establecer correlación entre las variables de investigación mostraron las siguientes correlaciones: se obtuvo una correlación positiva considerable entre las variables calidad de vida y capacidad funcional, dada por un valor de 0,761 y una p de 0,02. Correlación positiva considerable entre calidad de vida y presencia de comorbilidades (0,711 y 0,02). Se identificaron correlaciones positivas medias

entre presencia de comorbilidades y capacidad funcional (0,621 y p de 0,02) y entre calidad de vida y presencia de factores de riesgo (0,501 y p de 0,02). La correlación entre presencia de comorbilidades y de factores de riesgo fue débil y alcanzó puntuación de 0,239 y p de 0,02.

4.2. DISCUSIÓN

El dolor articular es considerado una de las manifestaciones osteomioarticulares que con mayor frecuencia se presentan en la práctica médica diaria. Adicionalmente condicionan afectación a las actividades de la vida diaria lo que se traduce en disminución de percepción de calidad de vida relacionada con la salud y aparición de distintos grados de discapacidad funcional. Es por esto que realizar investigaciones orientadas hacia la identificación de elementos relacionados con el dolor articular, así como sus causas y consecuencias, revisten gran importancia con el objetivo de lograr índices de calidad de vida superiores en la población ecuatoriana.

El estudio de las características generales mostró un predominio de personas atendidas por dolor articular de los 60 años y más que influyó en la obtención de una media de edad superior a los 53 años. Este resultado puede estar influenciado por el hecho de que una de las afecciones que con mayor frecuencia genera dolor articular son los procesos degenerativos; que tienen una mayor incidencia por encima de los 60 años de edad.

En este sentido Solis Cartas y colaboradores (2018) describen predominio de pacientes con osteoartrosis por encima de los 60 años de edad. Resultado que también reportan Mora Casares y colaboradores (2017) en su investigación en la que evaluaron la presencia de dolor articular en pacientes con coxartrosis y su influencia en la calidad de vida. Otras investigaciones también describen porcentajes de pacientes con dolor articular por encima de los 60 años como es el caso del estudio de Espinosa de Santillana y colaboradores (2019).

En relación al sexo existen varias investigaciones que reportan predominio de féminas con dolor articular como es el caso del estudio de Padilla-Sánchez y colaboradores (2017). También Corugedo Rodríguez y colaboradores (2014) describen un mayor porcentaje de pacientes femeninas atendidas por afecciones que generan dolor articular.

Los resultados obtenidos en cuanto a la identificación del tipo de dolor articular son muy particulares de este estudio y por lo tanto son difíciles de comparar con otras investigaciones. Sin embargo, es importante destacar que el predominio de personas con dolor de tipo mecánico se relaciona directamente con procesos de tipo degenerativo, que son más frecuentes en personas mayores de 60 años de edad y por lo tanto también condicionan predominio de pacientes de este grupo etáreo.

Destaca también cómo fueron identificados pacientes con dolor de tipo inflamatorio; el proceso inflamatorio mantenido es considerado como un factor de riesgo local o sistémico para la aparición o aumento de la gravedad de los procesos degenerativos. Es entonces que se considera, teniendo en cuenta los elementos semiológicos del cuadro doloroso, como un

dolor de tipo mixto.

La identificación de un elevado por ciento de presencia de comorbilidades es un elemento que puede ser interpretado como significativo, no desde el punto de vista estadístico pero sí desde el punto de vista clínico. El hecho de que más del 50% de los pacientes hayan referido al menos una comorbilidad asociada llama considerablemente la atención y es un reflejo de cómo se ha incrementado la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en la edad adulta. Este hecho condiciona elevados índices de morbilidad a partir de complicaciones.

Autores como Solís Cartas y colaboradores (2018) describen dentro de los resultados de su investigación un por ciento elevado de presencia de enfermedades crónicas en personas mayores de 60 años con osteoartritis y otras enfermedades crónicas; este reporte, además de coincidir con el de otras investigaciones, es una muestra de la necesidad de trabajar en él detección precoz de los factores de riesgo de aparición de este tipo de afecciones.

Las comorbilidades que con mayor frecuencia se identificaron fueron la hipertensión arterial, el hipotiroidismo y la fibromialgia. Aunque vale la pena destacar que fueron identificadas otras enfermedades de tipo inflamatorias como fueron la artritis reumatoide y la gota y con componente inflamatorio como la diabetes mellitus.

La hipertensión arterial es considerada como una enfermedad cuya incidencia aumenta progresivamente junto con la edad. Factores como la disminución de la elasticidad de las paredes de los vasos sanguíneos, los trastornos nutricionales y las dislipidemias han sido señalados como elementos que favorecen el aumento de su incidencia (González Rodríguez, et al, 2017). Otros elementos relacionados con la conducta de los seres humanos y que han sido señalados como factores de riesgo de aparición de hipertensión lo constituyen el aumento del índice de masa corporal, del sedentarismo, de la obesidad y del consumo de alimentos ricos en grasas (González Popa, González Rodríguez, Toirac Castellano, & Milanés Pérez, 2018).

Los estados de resistencia a la insulina que se evidencia en la diabetes mellitus y la hiperuricemia característica de la artropatía gotosa son otros factores que también condicionan aumento de la incidencia y prevalencia de los trastornos de la presión arterial (González Rodríguez, Lozano Cordero, Aguilar Méndez, Gómez Domínguez, & Llanes, 2017). La presencia individual o combinada de varios de estos factores incidirá en mayor o menor grado no solo en la aparición de la enfermedad, sino también en su gravedad (González Popa, González Rodríguez, Toirac Castellano, & Milanés Pérez, 2018).

A pesar de que a nivel mundial y nacional el hipotiroidismo no es considerado como una de las enfermedades crónicas que con mayor frecuencia se presentan, en el contexto de la investigación, basado en la experiencia médica que ofrece el ejercicio de la profesión diariamente se observa un aumento de la incidencia de esta afección. El hipotiroidismo no solo incluye dentro de sus manifestaciones clínicas la presencia de dolor articular, sino que

condiciona un proceso inflamatorio sistémico mantenido que también condiciona dolor y degeneración articular (Garcés Salazar, Paredes Cuesta, & Martínez Gualpa, 2019).

La fibromialgia es un desorden reumático que incluye como elemento fundamental para su diagnóstico la presencia de un dolor generalizado en forma de mialgias; por lo tanto, el hecho en sí de su diagnóstico ya condiciona la presencia de dolor de tipo inflamatorio; aunque en su etiopatogenia no se pueda llegar a comprobar la presencia de componente inflamatorio (García-Rivero, 2017). Esta enfermedad siempre ha sido descrita como con predominio de afectación en el sexo femenino y en personas jóvenes fundamentalmente; sin embargo, en los últimos años ha existido un desplazamiento del patrón edad hacia pacientes de edad más avanzada, lo que condiciona diagnósticos a partir de los 50 años de edad (Chavez Hidalgo, 2013)

Por su parte, relacionado con la diabetes mellitus es necesario mencionar que se reporta un aumento de la prevalencia de la enfermedad a partir de la sexta década de vida (Poll Pineda, Rueda Macías, Poll Rueda, Mancebo Villalón, & Arias Moncada, 2017). Dentro del compromiso sistémico que genera la enfermedad se incluyen diversas manifestaciones de tipo articulares como son la pericapsulitis adhesiva, la enfermedad de Dupuytren, las mialgias, los cuadros de fibromialgia secundaria y las artralgias entre otras (Petermann, et al, 2018).

Enfermedades inflamatorias como la artritis reumatoide y la gota incluyen dentro del espectro clínico la presencia de dolor articular inflamatorio aunque con características semiológicas distintas en cuanto al patrón de afectación articular se refiere. La artritis reumatoide se caracteriza por un patrón de afectación poliarticular de predominio en pequeñas articulaciones de manos y pies (Armas Rodríguez, Alarcón Medina, Ocampo Dávila, Arteaga, & Arteaga Paredes, 2019) y la artropatía gotosa afecta de forma monoarticular preferentemente articulaciones de los miembros inferiores (poner cita gota). Sin embargo, ambas afecciones tienen cierta presencia a presentarse en pacientes mayores de 50 años como promedio.

El resultado obtenido relacionado con la presencia de factores de riesgo relacionados con el dolor articular muestra al sedentarismo y la presencia de hábitos tóxicos como los que con mayor frecuencia se identificaron en las historias clínicas. Estos resultados pudieran estar condicionados por inadecuadas costumbres relacionadas con el desconocimiento de la población sobre la importancia de mantener hábitos y estilos de vida saludables y un adecuado régimen de actividad física sistemáticas (Arévalo-Avecillas, Game, Padilla-Lozano, & Wong, 2019)

Por su parte las alteraciones de la movilidad y estabilidad articular, al igual que los procesos inflamatorios locales o sistémicos mencionados anteriormente, son considerados como factores de riesgo de la aparición de osteoartrosis; la cual es considerada por Solís Cartas y colaboradores (2017) como la enfermedad reumática más frecuente y que condiciona dolor, daño y deformidad articular. Este resultado muestra la necesidad urgente de implementar

acciones que conduzcan a la identificación precoz de este tipo de factores de riesgo ya que suelen estar presentes desde el nacimiento y son perfectamente corregibles durante la primera infancia o la edad escolar.

La determinación de la percepción de calidad de vida y capacidad funcional constituye un elemento indispensable en las investigaciones que incluyen personas con dolor articular. El dolor articular es considerado, por sí solo, un factor que condiciona limitación para realizar distintas actividades, por lo que directa o indirectamente influyen en la percepción subjetiva de calidad de vida de las personas. La determinación de la capacidad funcional en relación a las actividades de la vida diaria fue otro de los elementos incluidos en el estudio, es considerado como factor íntimamente relacionado a la percepción de calidad de vida (Quino-Ávila, & Chacón-Serna, 2018).

Su determinación, basada en las descripciones realizadas en las historias clínicas, permitió identificar un predominio de adultos con percepción de calidad de vida inadecuada, resultado que es similar al reportado por otros investigadores que estudiaron la calidad de vida de personas con promedio de edad igual o superior a los 60 años (Padilla-Sánchez, Saucedo-Campos, Ponce-Rosas, & González-Pedraza, 2017). La edad igual o superior a 60 años, el sexo femenino, la presencia de dolor de tipo inflamatorio, de comorbilidades asociadas y de factores de riesgos, constituyeron los elementos que se identificaron como resultantes de mayor porcentaje de calidad de vida inadecuada y de discapacidad funcional.

Autores como Villafuerte Reinante y colaboradores (2017) reportan dentro de su estudio muchos de estos elementos considerándolos como elementos influyentes en la calidad de vida de las personas y principalmente de los adultos mayores. Autores como Martín Aranda (2018) y Gálvez Olivares y colaboradores (2020), señalan resultados similares al reportar disminución de percepción de calidad de vida en personas de edad aumentada.

Se encontraron distintos tipos de correlaciones entre las variables estudiadas, estos resultados demuestran la necesidad de estudiar de manera integral los elementos relacionados con el dolor articular que lo condicionan, pero también que lo caracterizan y de los que él es responsable en cuanto al accionar de las personas en su quehacer diario.

CAPÍTULO IV.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Existió un predominio de personas femeninas, de 60 o más años de edad, con nivel educacional primario y con dolor articular tipo mecánico dentro de las personas residentes en la parroquia rural San Juan atendidas por dolor articular durante el periodo 2018-2020
- Predominaron las personas atendidas por dolor articular con presencia de comorbilidades asociadas y factores de riesgo. Dentro de las comorbilidades asociadas las de mayor frecuencia de presentación fueron la hipertensión arterial, el hipotiroidismo y la fibromialgia. Los hábitos tóxicos y la práctica inadecuada de actividades físicas fueron los factores de riesgo de dolor articular más frecuentemente identificados
- Predominaron las personas con calidad de vida inadecuada y se identificó un porcentaje considerable de pacientes con discapacidad funcional. La edad de 60 años o más, el sexo femenino, la presencia de dolor articular inflamatorio, de comorbilidades asociadas y de factores de riesgo constituyeron elementos que favorecieron la discapacidad y la calidad de vida inadecuada.
- Se identificaron varias correlaciones entre las variables utilizadas en el estudio; destaca la correlación positiva considerable encontrada entre capacidad funcional y calidad de vida y entre esta última y presencia de comorbilidades.

5.2. RECOMENDACIONES

- Incentivar la realización de investigaciones relacionadas con el estudio de los elementos afines al dolor articular.
- Planear acciones encaminadas a la identificación de factores de riesgo generales y relacionados con el dolor articular para disminuir la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y las consecuencias que para la salud humana generan.
- Consolidar el funcionamiento de los grupos gerontológicos como unidad de salud encargada de la valoración geriátrica integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arévalo-Avecillas, D., Game, C., Padilla-Lozano, C., & Wong, N. (2019). Predictores de la Calidad de Vida Subjetiva en Adultos Mayores de Zonas Urbanas y Rurales de la Provincia del Guayas, Ecuador. *Información tecnológica*, 30(5), 271-282. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642019000500271>
- Armas Rodríguez, W.E., Alarcón Medina, G.A., Ocampo Dávila, F.D., Arteaga, C.M., & Arteaga Paredes, P.A. (2019). Artritis reumatoide, diagnóstico, evolución y tratamiento. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(3), e114. Epub 01 de diciembre de 2019. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962019000300013&lng=es&tlng=es
- Análisis Situacional de Salud (ASIS). (2020). Situación epidemiológica parroquia rural San Juan. Cantón Riobamba, Chimborazo, Ecuador.
- Belaunde Clausell, A., Lluís Ramos, G.E., Consuegra Ivars, G., & Piloto Cruz, A. (2020). Factores predictores de mortalidad en ancianos frágiles. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(1), e447. Epub 01 de marzo de 2020. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572020000100009&lng=es&tlng=pt
- Benítez Pérez, M. (2017). Envejecimiento poblacional: actualidad y futuro. *MediSur*, 15(1), 8-11. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000100003&lng=es&tlng=es
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Medica Herediana*, 29(3), 182-191. Recuperado de <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- Chavez Hidalgo, D. (2013). Actualización en fibromialgia. *Medicina Legal de Costa Rica*, 30(1), 83-88. Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-0015201300010_0011&lng=en&tlng=es
- Corugedo Rodríguez, M.C., García González, D., González Arias, V.I., Crespo Lechuga, G.A., González García, G., & Calderín Hernández, M. (2014). Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(2) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000200006&lng=es&tlng=es
- Díaz Cevallos, A.C., Gustavo Vinuesa, N., Paredes Jara, C.A., & Bolívar Quinga, D. (2018). Mapeo del dolor de la articulación temporomandibular en adolescentes que hayan recibido tratamiento de ortodoncia. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 37(4), 1-7. Recuperado en 15 de septiembre de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002018000400014&lng=es&tlng=pt
- Espinosa de Santillana, I.A., Álvarez Rodríguez, J., & Romero Ogawa, T. (2019). Calidad de vida en adultos mayores con trastornos temporomandibulares. *Revista Información Científica*, 98(3), 319-331. Epub 23 de julio de 2019. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332019000300319&lng=es&tlng=
- Estrada Martínez, M.E., & Escobar Salazar, D.C. (2020). Desarrollo de

- huertos familiares por los adultos mayores guabeanos de la provincia El Oro, Ecuador. *Cooperativismo y Desarrollo*, 8(2), 349-361. Epub 20 de agosto de 2020.
Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2310-340X2020000200349&lng=es&tlng=
- Ferrada-Bórquez, L.M., & Ferrada-Bórquez, M.A. (2018). Calidad del empleo de los adultos mayores en Chile, un factor de envejecimiento activo. *Papeles de población*, 24(95), 43-63. Recuperado de <https://doi.org/10.22185/24487147.2018.95.03>
- Garcés Salazar, M.C., Paredes Cuesta, D.M., & Martínez Gualpa, L.R. (2019). Relación entre hipotiroidismo y artritis reumatoide. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(2), e86. Epub 01 de agosto de 2019. Recuperado en 15 de septiembre de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962019000200002&lng=es&tlng=es
- Goicoechea García, C. (2021). Nuevas dianas terapéuticas en dolor por artrosis. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 28(Supl. 1), 57-63. Epub 08 de marzo de 2021. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2021.3863/2020>
- González Popa, M., González Rodríguez, M., Toirac Castellano, Y., & Milanés Pérez, J. (2018). Caracterización de hipertensión arterial en adultos mayores. *El Polígono*. Policlínico Jimmy Hirzel. 2014. MULTIMED, 19(4). Recuperado de <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/366>
- González Rodríguez, R., Martínez Cruz, M., Castillo Silva, D., Rodríguez Márquez, O., & Hernández Valdés, J. (2017). Caracterización clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en adultos mayores. *Revista Finlay*, 7(2), 74-80. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000200002&lng=es&tlng=es
- González Terán, V.R. (2018). Educating elders to face aging derived problems. *Transformación*, 14(1), 70-80. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-29552018000100007&lng=es&tlng=en
- Guamba Leiva, J.M., Herrera García, R.J., Gallardo Aluisa, S.G., Morales Cajas, E.L., & Pazmiño Jara, J.D. (2019). Pain management in joint surgeries postoperative period. New approach. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(1), e59. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.2555861>
- Hechavarría Ávila, M.M., Ramírez Romaguera, M., García Hechavarría, H., & García Hechavarría, A. (2018). El envejecimiento. Repercusión social e individual. *Revista Información Científica*, 97(6), 1173-1188. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-9933201800060117_3&lng=es&tlng=es
- Idiáquez, J., Torres, F., Madrid, E., Vega, J., & Slachevsky, A. (2017). Cuestionario de actividades de la vida diaria (T-ADLQ): utilidad en pacientes con accidente cerebrovascular menor. *Revista médica de Chile*, 145(2), 188-193. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000200006>

- Martín Aranda, R. (2018). Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Unarevisión narrativa. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(5), 813-825.
Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000500813&lng=es&tlng=es
- Martín Carbonell, M., Cantera Ocegüera, D., & Schuman Betancourt, D. (2017). Estructura familiar, dolor y capacidad funcional en adolescentes con enfermedades reumáticas. *Revista Cubana de Pediatría*, 89(1), 30-39.
Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312017000100005&lng=es&tlng=es
- Martínez Pérez, T., González Aragón, C., Castellón León, G., & González Aguiar, B. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Revista Finlay*, 8(1), 59-65. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000100007&lng=es&tlng=es
- Mesa Barrera, Y., Hernández Rodríguez, T.E., & Parada Barroso, Y. (2017). Factores determinantes de la calidad de vida en pacientes sobrevivientes a un ictus. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 16(5), 735-750.
Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000500007&lng=es&tlng=es
- Mora Casares, N., Bravo Acosta, T., Mora Alfonso, N., & Álvarez de Armas, A. (2017). Calidad de vida en adultos mayores con coxartrosis tratados con microondas y ejercicios físicos. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 6(2). Recuperado de <http://www.revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/170>
- Orozco-Arango, J.A. (2017). Interventional therapies for pain management in symptomatic knee osteoarthritis. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 24(6), 324-332.
<https://dx.doi.org/10.20986/resed.2016.3508/2016>
- Padilla-Sánchez, M.L., Saucedo-Campos, G., Ponce-Rosas, E.R., & González-Pedraza, A. (2017). Estado de dentición y su impacto en la calidad de vida en adultos mayores. *CES Odontología*, 30(2), 16-22. Recuperado de <https://doi.org/10.21615/cesodon.30.2.2>
- Petermann, F., Troncoso-Pantoja, C., Martínez, M.A., Leiva, A.M., Ramírez-Campillo, R., Poblete-Valderrama, F., et al, (2018). Asociación entre diabetes mellitus tipo 2, historia familiar de diabetes y deterioro cognitivo en adultos mayores chilenos. *Revista médica de Chile*, 146(8), 872-881.
Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000800872>
- Poll Pineda, J.A., Rueda Macías, N.M., Poll Rueda, A., Mancebo Villalón, A., & Arias Moncada, L. (2017). Factores de riesgo asociados a la enfermedad renal crónica en adultos mayores. *MEDISAN*, 21(9), 2010-2017.
Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000900006&lng=es&tlng=es

- Porras, O. (1999). Dolor articular en la niñez. *Revista Médica del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera*, 34(Supl.1), 61-68. Retrieved September 11, 2021, from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1017-8546199900010007&lng=en&tlng=es
- Quino-Ávila, A.C., & Chacón-Serna, M.J. (2018). Capacidad funcional relacionada con actividad física del adulto mayor en Tunja, Colombia. *Horizonte sanitario*, 17(1), 59-68. Recuperado de <https://doi.org/10.19136/hs.a17n1.1870>
- Ríos Guarango, Patricia Alejandra, López Proaño, Glenis Florangel, & Parreño Urquizo, Angel Floresmilo. (2020). Nutritional evaluation in older adults with a diagnosis of osteoarthritis and its relationship with pain intensity. *Revista Cubana de Reumatología*, 22(Supl. 1), e148. Epub 01 de marzo de 2021. Recuperado en 15 de septiembre de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962020000400002&lng=es&tlng=en
- Ros Santana, M., Moreno Chala, Y., Salso Morell, R., & Morales Cordoví, L. (2016). Eficacia y seguridad de la laserterapia en el tratamiento del dolor articular temporomandibular. *MULTIMED*, 17(3). Recuperado de <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/309>
- Rubio, E., Comín, M., Montón, G., Martínez, T., Magallón, R., & García-Campayo, J. (2013). Determinantes de la capacidad funcional en personas mayores según el género. *Gerokomos*, 24(2), 69-73. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000200004>
- Ruiseco Palomares, A., Llanes Rodríguez, M., Rodríguez Calzadilla, O.L., & Rodríguez Aparicio, A. (2014). El dolor articular y su relación con las interferencias oclusales. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 13(3), 417-424. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000300007&lng=es&tlng=es
- Sánchez Barrera, O., Martínez Abreu, J., Florit Serrate, P., Gispert Abreu, E., & Vila Viera, M. (2019). Envejecimiento poblacional: algunas valoraciones desde la antropología. *Revista Médica Electrónica*, 41(3), 708-724. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000300708&lng=es&tlng=es
- Segovia Díaz de León, M.G., & Torres Hernández, E.A. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos*, 22(4), 162-166. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2011000400003>
- Solis Cartas, U., Torres Carballeira, R., & Milera Rodríguez, J. (2014). Impacto de la artroscopia en la percepción de la calidad de vida de los pacientes con osteoartritis de rodilla. *Revista Cubana de Reumatología*, 16(2), 115-129. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962014000200007&lng=es&tlng=es
- Solis Cartas, U., Prada Hernández, D.M., Crespo Somoza, I., Gómez Morejón, J.A., de Armas Hernández, A., García González, V., & Hernández Yane, A. (2015). Percepción de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis de manos. *Revista Cubana de Reumatología*, 17(2),

- 112-119.
Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962015000200003&lng=es&tlng=pt
- Solis Cartas, U., Barbón Pérez, O.G., & Martínez Larrarte, J.P. (2016). Determinación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis de columna vertebral. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20(3), 235-243. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300003&lng=es&tlng=es
- Solis Cartas, U., & Calvopiña Bejarano, S.J. (2018). Comorbilidades y calidad de vida en Osteoartritis. *Revista Cubana de Reumatología*, 20(2), e17. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1188918>
- Solis-Cartas, U., Calvopiña-Bejarano, S.J., Martínez-Larrarte, J.P., Paguay-Moreno, Á.R., & Saquipay-Duchitanga, G.I. (2018). Percepción de calidad de vida en pacientes con osteoartritis. Características sociodemográficas y clínicas. Estudio de 5 años. *Revista Colombiana de Reumatología*, 25(3), 177-183. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2018.05.002>
- Soto, M., & Failde, I. (2004). La calidad de vida relacionada con la salud como medidada resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(8), 53-62. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-804620040008000_04&lng=es&tlng=es
- Velasco Bustamante, J.A., Velasco Bustamante, D.L., Baquero Vallejo, G.A., Gómez Valverde, J.L., Villacres Pinza, M.A., & Jinez Coca, K.A. (2019). Monoartritis aguda. Urgencia en la atención reumatológica. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(2), e92. Epub 01 de agosto de 2019. Recuperado en 15 de septiembre de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962019000200010&lng=es&tlng=es
- Villafuerte Reinante, J., Alonso Abatt, Y., Alonso Vila, Y., Alcaide Guardado, Y., LeyvaBetancourt, I., & Arteaga Cuéllar, Y. (2017). Elderly well-being and quality of life, a challenge for inter-sectoral action. *MediSur*, 15(1), 85-92. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000100012&lng=es&tlng=en

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de láminas Coop/Wonca

Durante las 2 últimas semanas ¿Cuál ha sido la actividad física que pudo realizar durante al menos 2 minutos?	
1	Muy intensa (Ej. Correr de prisa)
2	Intensa Ej. (Correr con suavidad)
3	Moderada Ej. (Caminar a paso rápido)
4	Ligera Ej. (Caminar despacio)
5	Muy ligera Ej. (Caminar lentamente o no poder caminar)
Durante las 2 últimas semanas ¿En qué medida le han molestado los problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza o desánimo?	
1	Nada en absoluto
2	Un poco
3	Moderadamente
4	Bastante
5	Intensamente
Durante las 2 últimas semanas ¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de la casa, a causa de la salud física o problemas emocionales?	
1	Ninguna en absoluto
2	Un poco de dificultad
3	Dificultad moderada
4	Mucha dificultad
5	Todo, no ha podido hacer nada
Durante las 2 últimas semanas ¿Su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?	
1	No, nada en absoluto
2	Ligeramente
3	Moderadamente
4	Bastante
5	Muchísimo
¿Cómo califica su estado de salud en comparación con el de hace dos semanas?	
1	Mucho mejor
2	Un poco mejor
3	Igual, por el estilo
4	Un poco peor
5	Mucho peor
Durante las dos últimas semanas ¿Cómo califica su salud general?	
1	Excelente
2	Muy buena
3	Buena
4	Regular
5	Mala
Durante las 2 últimas semanas ¿Cuánto dolor ha tenido?	
1	Nada de dolor
2	Dolor muy leve
3	Dolor ligero
4	Dolor moderado
5	Dolor intenso

Anexo 2. Cuestionario de Capacidad Funcional HAQ-CU

Actualmente puede UD:

Usted es capaz de		Sin dificultad 0 ptos.	Alguna dificultad 1 pto.	Mucha dificultad 2 ptos.	Imposible hacerlo 3 ptos.
Vestirse y arreglarse	Vestirse y arreglarse por si mismo. Incluso abrocharse los botones y cordones de los zapatos				
Levantarse	Acostarse y levantarse de la cama				
Comida	Llevarse una copa o vaso lleno a la boca.				
Caminar	Caminar en las afueras de la casa en terreno plano.				
Higiene	Bañarse y secarse todo el cuerpo				
Alcanzar	Abrir y cerrar pilas o llaves				
Agarrar	Agacharse y recoger ropa del suelo				
Otras actividades	Entrar y salir de un carro				