



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO COMO
UN FACTOR ASOCIADO A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON FIBROMIALGIA

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

AUTORA:

ROSA MARIA LLUEN ARROYO

ASESOR:

MG. DAVID RENE RODRÍGUEZ DÍAZ

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES

TRUJILLO – PERÚ

2019

DEDICATORIA

A Dios porque ha estado conmigo a cada paso dándome
fortaleza para continuar y alcanzar mis metas.

A mis padres Aurelio Lluen y Rosa Arroyo quienes a lo
largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación
siendo un gran apoyo en todo momento

LLUEN ARROYO ROSA MARIA

AGRADECIMIENTO

A Dios A Dios, por iluminar mi vida,
darme la fuerza para salir adelante y
por ayudarme a alcanzar mis metas.

A mi asesor el Mgtr. Rodríguez Díaz
David Rene por su paciencia y
esfuerzo, quien con sus
conocimientos, colaboró para poder
terminar mi desarrollo de tesis.

LLUEN ARROYO ROSA MARIA

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Rosa María Lluen Arroyo con DNI 44335433, estudiante de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias Médicas, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan a la Tesis titulada: La no adherencia al tratamiento farmacológico como un factor asociado a la calidad de vida en pacientes con fibromialgia, son:

1. De mi autoría.
2. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas; por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, 09 Marzo del 2019.

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la Tesis titulada: “La no adherencia al tratamiento farmacológico como un factor asociado a la calidad de vida en pacientes con fibromialgia”, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título Profesional de Médico Cirujano.

La Autora

ÍNDICE

PÁGINAS PRELIMINARES

Página del Jurado	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Declaratoria de autenticidad	iv
Presentación	v
Índice	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática	1
1.2. Trabajos previo	2
1.3. Teorías relacionadas al tema	3
1.4. Formulación del problema	6
1.5. Justificación del estudio	6
1.6. Hipótesis	7
1.7. Objetivos	7

II. METODO

2.1. Diseño de investigación	8
2.2. Variables, operacionalización	9
2.3. Población y muestra	10
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	11
2.5. Métodos de análisis de datos	12
2.6. Aspectos éticos	12

III. RESULTADOS

IV. DISCUSIÓN

V. CONCLUSIONES

VI. RECOMENDACIONES

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

VIII. ANEXOS.....

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar si la no adherencia al tratamiento farmacológico era un factor asociado a la calidad de vida en pacientes con fibromialgia (FM). Se realizó un estudio de casos y controles. Se trabajó con 81 casos y 81 controles. Se obtuvo que la mala adherencia al tratamiento fue factor de riesgo para una mala calidad de vida en pacientes con FM (OR: 12,614; IC al 95%: 5,376 – 29,599; χ^2 : 41,869; $p < 0,001$). En el estudio, la edad promedio de los pacientes fue $70,37 \pm 11,66$ años, 74,7% fueron de sexo femenino, 40,7% tuvieron educación primaria, 58% fueron casados y el tiempo de enfermedad promedio fue $7,23 \pm 3,9$ años. Se concluye que la no adherencia al tratamiento farmacológico es factor de riesgo para una mala calidad de vida en pacientes con fibromialgia.

Palabras claves: adherencia al tratamiento, fibromialgia, calidad de vida.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine if medication non-adherence was a factor associated with quality of life in patients with fibromyalgia (FM). A case-control study was conducted. We worked with 81 cases and 81 controls. It was found that medication non-adherence was a risk factor for poor quality of life in patients with FM (OR: 12.614, 95% CI: 5.376 - 29.599, Chi2: 41.869, $p < 0.001$). In the study, the average age of the patients was 70.37 ± 11.66 years, 74.7% were female, 40.7% had primary education, 58% were married and the average disease time was $7, 23 \pm 3.9$ years. It is concluded that medication non-adherence is a risk factor for a poor quality of life in patients with FM.

Key words: medication adherence, fibromyalgia, quality of life.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. REALIDAD PROBLEMÁTICA

La fibromialgia (FM) es una causa común de dolor musculoesquelético crónico generalizado, a menudo acompañado de fatiga, trastornos cognitivos, síntomas psiquiátricos, y múltiples síntomas somáticos. La etiología del síndrome es desconocida y la fisiopatología es incierta, pues a pesar de los síntomas de dolor de tejido blando que afecta a músculos, ligamentos y tendones, no hay evidencia de inflamación del tejido. (1)

La FM es más frecuente en mujeres entre las edades de 20 y 55 años, la prevalencia internacional aproximada es de 5% y aumenta con la edad. Sin embargo, debemos tener en cuenta que estas cifras pueden ser mayores, ya que el diagnóstico es poco reconocido en la práctica clínica. (2) Se sabe que al menos el 10% de la población general tiene dolor crónico generalizado y la mayoría de estas personas no tienen ninguna enfermedad específica o anormalidad estructural para explicar el dolor y no todos tienen síntomas y signos compatibles con fibromialgia. (3)

A este problema se suma el hecho de la falta de adherencia al tratamiento, los pacientes con diagnóstico pero que incumplen o son irregulares en su tratamiento estarán condenados a llevar una deficiente calidad de vida (4). En este sentido, los estudios han reportado tasas de mala adherencia al tratamiento que pueden llegar hasta el 50%, siendo muy probable que estemos frente a altas tasas de deficiente calidad de vida. (5)

A pesar de la relevancia de la evaluación de la calidad de vida en relación con el factor de la no adherencia al tratamiento de personas que viven con fibromialgia, las publicaciones al respecto son reducidas por lo que esta investigación se centrará en determinar su asociación.

1.2. TRABAJOS PREVIOS

Ruiz M. et al (España, 2015) realizaron un estudio descriptivo con 50 pacientes diagnosticados de fibromialgia. La edad promedio de los participantes fue de 56.83, siendo la edad mínima de 35 años y la edad máxima de 69 años, se observó que un 67.3% que si tiene una buena adherencia en contraste con un 32.7% de la muestra que tuvo una mala adherencia al tratamiento farmacológico.(7)

Lorente G et al (Brasil 2014) realizaron un estudio observacional comparativo que incluyo a 65 personas adultas, de las cuales 30 tenían fibromialgia y el resto padecía de alguna otra enfermedad musculoesquelética, cuyo objetivo fue medir el miedo al movimiento, la adherencia al tratamiento y la evaluación de la calidad relacionada con la salud de la vida de los pacientes con fibromialgia, encontrando que la calidad de vida es más pobre en los pacientes con fibromialgia y que solo el 20% de personas tenían buena adherencia al tratamiento, lo cual fue significativo cuando se comparó el grupo control ($p < 0.05$), concluyendo que los pacientes con peor calidad de vida se asociaban a una baja adherencia farmacológica. (5)

Campos R. et al (Portugal, 2013) realizaron un estudio descriptivo transversal con el objetivo de analizar el impacto de la FM en la calidad de vida en lo que se refiere a la edad de los pacientes y determinar los factores asociados a ello, los autores incluyeron a 76 mujeres adultas de edades entre 22 y 75 años. La calidad de vida la evaluaron a través de la escala abreviada SF-36. Ellos encontraron diferencias entre los grupos de pacientes en cualquiera de las variables clínicas y psicológicas consideradas, determinando que en los grupos el promedio de pacientes con buen tratamiento fue similar al promedio en los controles ($p = 0.115$), por lo tanto, concluyen en la asociación del tratamiento farmacológico sobre la calidad de vida. (6)

Sewitch M. et al (Canadá, 2004) realizaron un estudio observacional analítico con el objetivo de determinar los componentes de la mala adhesión al tratamiento en pacientes con fibromialgia, incluyendo en su trabajo a 127 mujeres adultas de 50 años promedio, en donde encontró que el 73.2% poseía mala calidad de vida y de ellos, el 47.2% no tenían adherencia al tratamiento ($OR = 2.48$), asociándose este último con una calidad de vida desfavorable. (8)

1.3. TEORÍAS RELACIONADAS AL TEMA

La FM es una enfermedad dolorosa, idiopática y crónica caracterizada por dolor musculoesquelético generalizado de más de 12 semanas. Con frecuencia se acompaña de síntomas como rigidez, sueño no reparador, fatiga, problemas cognitivos, trastornos de la conducta y síntomas somáticos múltiples tales como hipersensibilidad cutánea, sensación de hinchazón e intolerancia al frío y síndrome de colon irritable. Esto a menudo conduce a una reducción en la calidad de vida en relación a la salud y en la capacidad de realizar actividades de la vida diaria. (10)

La prevalencia es mayor en mujeres con un 3,4% y en varones muy baja con el 0,5%, predomina en mujeres mayores de 50 años, aumenta con la edad y aumenta la incidencia aproximadamente un 4% en las mujeres de 70 a 79 años. (11)

Su fisiopatología es desconocida, pero tiene varias hipótesis al respecto, una de ellas trata sobre la respuesta amortiguada del cortisol al estrés. El cortisol urinario reducido y la respuesta amortiguada del cortisol a la hormona liberadora de corticotropina sugieren alguna anormalidad en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenales. (11) Una respuesta de las glándulas suprarrenales frente al estrés o una escasa liberación de somatomedina C durante el sueño, que restringiría la capacidad de regenerar microtraumatismos fisiológicos de los músculos, es lo que causaría fatiga y debilidad muscular. Como segunda hipótesis se cree que formaría parte de las enfermedades psiquiátricas, puesto que los pacientes frecuentemente tienen un alto nivel de depresión y ansiedad. Por último, una reciente hipótesis propone que la etiología radica en un trastorno del sistema nervioso autónomo, porque los pacientes presentan taquicardia o hipotensión postural ortostáticas tras maniobras exploratorias, sugestivos de una mayor actividad del sistema nervioso simpático que por lo cual presentaría una reactividad menor frente al estrés (12).

Los principales aspectos terapéuticos de la FM son educación, dolor, astenia, sueño, estrés psicológico, pérdida de la forma física, disfunción endocrina y trastornos asociados. En primer lugar, se tiene que mejorar la calidad del sueño. Los antidepresivos tricíclicos del tipo de amitriptilina (10 a 50 mg), doxepina (10 a 25 mg) y nortriptilina (10 a 75 mg) o la ciclobenzaprina (10 a 40 mg) las dosis deben ir en forma gradual conforme el paciente las requiera, 1 o 2 h antes de acostarse, provoca un sueño reparador, con lo que el paciente tendría una mejoría clínica

significativa. Su uso es limitado por las reacciones adversas de los tricíclicos y la ciclobenzaprina, como xerostosis, estreñimiento, aumento de peso, somnolencia y dificultad para pensar. Los salicilatos y otros antiinflamatorios no esteroideos mejoran los síntomas sólo parcialmente. Los corticoides no se deben utilizar en estos enfermos porque no producen una mejoría notable, los analgésicos opiáceos también se deben evitar. Para reducir el dolor se utiliza Paracetamol o Tramadol, también la gabapentina 300 a 1 200 mg/día divididos en varias dosis disminuye el dolor. Proporcionan alivio temporal las medidas locales como calor, masaje, inyección de esferoides o lidocaína en los puntos dolorosos y acupuntura. Hay que detectar los factores de estrés que influyen en la vida del paciente y comentarlos con él, para ayudarlo a afrontarlos (11)

Los pacientes con fibromialgia refieren un impacto considerable en su calidad de vida, lo cual ocasiona discapacidad y un grado de estrés psicológico mayor que en otras patologías dolorosas. El manejo de la fibromialgia es complejo y requiere un enfoque multidisciplinar e individualizado que incluya tanto medidas farmacológicas como no farmacológicas (13).

La organización mundial de la salud (OMS) define a la adherencia al tratamiento farmacológico como “el grado de conducta del paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional” (14). La adherencia al tratamiento del paciente con fibromialgia es un tema descuidado, este fenómeno es muy común en los pacientes con enfermedades crónicas. La adherencia al tratamiento se ha estudiado como culpable del aumento de la morbilidad y mortalidad en dichas personas (15), siendo relacionado con buenos estándares y controles en salud (16).

La calidad de vida según la OMS, se define “en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales”. (17).

Patrick y Erickson definen a la calidad de vida relacionada la salud (CVRS) como se mide la alteración del valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones sociales, psicológicas, físicas y del descenso de oportunidades por motivo de la enfermedad,

sus secuelas, el tratamiento y las políticas de salud. (9) El conocimiento de las dimensiones de CVRS más afectadas por la fibromialgia resulta de gran importancia para evaluar el funcionamiento de los pacientes en distintas áreas, conocer su estado de salud, realizar detección precoz de problemas, realizar intervención en salud e implementar medidas de salud pública (18).

1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Es la no adherencia al tratamiento farmacológico un factor asociado a la calidad de vida en pacientes con fibromialgia atendidas en el Hospital Belén de Trujillo?

1.5 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La fibromialgia es una enfermedad de evolución crónica que afecta el componente muscular de diversas partes del organismo con repercusiones desfavorables sobre la calidad de vida de las personas que la padecen. Su etiología es hasta el momento desconocida por lo que el tratamiento no es del todo definitivo, esto se traduce en muchas veces en un mal control de la enfermedad en los pacientes, además si las personas con FM llevan con irregularidad o abandonan su tratamiento, podría llevar a un gran número de personas a una mala calidad de vida.

Una mala calidad de vida conlleva a repercusiones en el ámbito emocional y económico, más del 30% de los pacientes con fibromialgia se ven obligados a disminuir la carga de trabajo y pasar a un trabajo con menor demanda física, en el cual podrían recibir menor paga (19).

La evaluación de la calidad de vida mediante cuestionarios ha sido reconocida como área de conocimiento científico importante de la salud y determinar los factores asociados, hará mucho más fácil dirigir la atención para mejorar este problema (20). Por ello, la presente investigación tiene por objetivo analizar si la no adherencia al tratamiento farmacológico es factor asociado a la calidad de vida en pacientes con fibromialgia, cuyos resultados servirán de apoyo a la práctica médica diaria y concientizar a la población en general, más aún si tienen fibromialgia, y así en el futuro se planteen mejores estrategias que puedan dar solución a esta problemática.

1.6 HIPÓTESIS

La no adherencia al tratamiento farmacológico es un factor asociado a la calidad de vida en pacientes con fibromialgia.

1.7. OBJETIVOS

1.7.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar si la no adherencia al tratamiento farmacológico es un factor asociado a la calidad de vida en pacientes con fibromialgia.

1.7.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

1.7.2.1 Determinar el porcentaje de no adherencia al tratamiento con mala calidad de vida.

1.7.2.2 Determinar el porcentaje de no adherencia al tratamiento con buena calidad de vida.

1.7.2.2 Características generales de la población estudiada.

II. MÉTODO

2.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y TIPO DE INVESTIGACIÓN:

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Aplicado

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: casos y controles

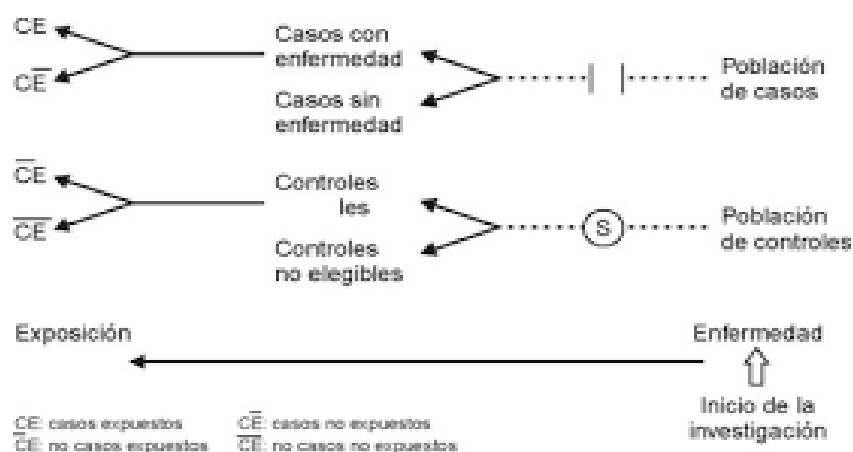


Fig. 3. Esquema del diseño de casos y controles.

FACTOR: ADHERENCIA	EFECTO: MALA CALIDAD DE VIDA	
	SI	NO
No adherencia	a	b
Si adherencia	c	d
	CASO	CONTROL

Caso: Paciente con mala calidad de vida con o sin adherencia al tratamiento farmacológico; (a+c).

Control: Paciente con buena calidad de vida con o sin adherencia al tratamiento farmacológico; (b+d).

2.2. VARIABLES Y OPERALIZACIÓN

2.2.1. V. Independiente: Adherencia al tratamiento farmacológico.

2.2.2. V. Dependiente: Calidad de vida

Operacionalización de variables:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Variable independiente: La no adherencia al tratamiento farmacológico.	Deficiencia en el grado de la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, seguimiento de una dieta o modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional.(16)	Respuesta errada por parte del paciente, de al menos una pregunta en el cuestionario MoriskyGreen, para adherencia farmacológica(21)	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativa Nominal Dicotómica
Variable dependiente: La calidad de vida en fibromialgia.	Se define como la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales.(17)	El cuestionario de salud SF-12.(22) <ul style="list-style-type: none"> • Mayor de 50 puntos buena calidad de vida • Menor de 50 puntos mala calidad de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Buena • Mala 	Cualitativa Nominal Dicotómica

2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACION:

Fue constituida por personas con diagnóstico de Fibromialgia, atendidas en el Hospital Belén de Trujillo.

MUESTRA:

Tamaño muestra:

El tamaño de la muestra se calculó mediante la fórmula de casos y controles. (23)

$$n = \frac{\left[Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Dónde:

$$Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1.96$$

$$Z_{1-\beta} = 0.84$$

$p_1=0.47$; proporción de pacientes con fibromialgia con mala calidad de vida y no adherencia al tratamiento farmacológico, tomada de un estudio previo (8)

$p_2=0.26$; proporción de pacientes con fibromialgia con mala calidad de vida y adherencia al tratamiento farmacológico, tomada de un estudio previo. (8)

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2} = 0.36$$

$n = 81$ casos **(ANEXO 01)**

Se consideró 81 casos (Paciente con mala calidad de vida con o sin adherencia al tratamiento farmacológico) y 81 controles (Paciente con buena calidad de vida con o sin adherencia al tratamiento farmacológico).

Unidad de análisis: Cada paciente con Fibromialgia.

Unidad de muestra: Cada paciente con Fibromialgia.

Muestreo: En este estudio se aplicó el muestreo aleatorio simple.

CRITERIOS DE SELECCIÓN: Se consideró los siguientes criterios

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico médico de fibromialgia.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que acudan por control a consulta externa al servicio de reumatología del Hospital Belén de Trujillo y acepten participar del estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes embarazadas.
- Pacientes que padezcan algunas patologías concomitantes como enfermedades reumáticas inflamatorias, autoinmunes y degenerativas de la columna vertebral.
- Pacientes con cáncer.
- Pacientes con enfermedad psiquiátrica severa

2.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

LA TÉCNICA: Se realizó entrevistas para aplicar encuestas.

PROCEDIMIENTO: Luego de obtener los permisos para la ejecución del proyecto por parte de la Facultad de Medicina de la Universidad César Vallejo y de contar con la autorización del hospital para aplicar la encuesta dentro de sus instalaciones, se solicitó el consentimiento informado (**ANEXO 02**) a cada paciente, quienes acepten serán llamados “participantes”. Luego se realizó una breve entrevista a cada paciente (**ANEXO 03**), en cual se le realizaron preguntas acerca de sus características como edad, sexo, tiempo de enfermedad y luego respondieron dos cuestionarios: Cuestionario de adherencia farmacológico Morsky-Gren y Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud SF-12.

INSTRUMENTO:

La información fue recolectada en el cuestionario de adherencia al tratamiento farmacológico Morisky-Green, que consta de cuatro preguntas de respuestas de si y no (si la primera y las 2 últimas respuestas son “no” y la segunda “si”, se cataloga como buena

adherencia, caso contrario será catalogado como mala adherencia). (14) **(ANEXO 02)**

Finalmente, el paciente respondió al Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud SF-12, compuesto por doce ítems, que evaluó el grado de bienestar y capacidad funcional de las personas mayores de 14 años (22), definiendo un estado positivo y negativo de la salud física y mental, por medio de ocho dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud mental, salud general, vitalidad, función social y rol emocional), cuyas opciones de respuesta son tipo Likert. Si el paciente obtuvo un puntaje por encima de 50 será considerado como buena calidad de vida, si obtuvo menos de 50 entonces se le considera que tiene mala calidad de vida. (24, 25)

VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud SF-12: Las investigaciones que utilizan los doce ítems del SF, han verificado que este instrumento es una medida válida y confiable en su versión en español, encontrándose estimaciones de consistencia interna superiores a 0,70 y correlaciones significativas entre las versiones de la escala. (22)

Cuestionario de Morisky-Green: Posee una consistencia interna o alfa de Cronbach de 0.61. (21)

2.5. MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Luego de la recolección de datos, estos serán ordenados en una hoja de cálculo de Excel 2013, posteriormente serán analizados en el programa SPSS versión 23 para Windows.

El análisis descriptivo se realizará mediante tablas de frecuencias y porcentajes, aplicándose la prueba Ji cuadrado, asumiendo valores de $p < 0,05$ para hallazgos significativos. Luego se calculó el OR, con su respectivo intervalo de confianza al 95%

2.6. ASPECTOS ÉTICOS:

Se solicitarán los permisos necesarios a las autoridades competentes de la Universidad César Vallejo de Trujillo y al Hospital Belén de Trujillo, además se solicitará consentimiento informado de cada paciente respetando los principios 11 y 13 de la declaración de Helsinki (26), por su derecho de autonomía al respecto de participar o no del estudio, así mismo se tendrá en cuenta el artículo 25 de la ley general de salud que establece que toda información relativa al acto médico tiene carácter de reservado (27) y los artículos 42 a 48 del código de ética y deontología del Colegio Médico del Perú. (28)

III. RESULTADOS

TABLA 01. Distribución de los pacientes del estudio de acuerdo a la calidad de vida y la adherencia al tratamiento.

Adherencia al tratamiento	Mala Calidad de vida				Total	
	Si		no		N	%
	N	%	N	%		
No	73	90,1	34	42	107	66
Sí	8	9,9	47	58	55	34
Total	81	100	81	100	162	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

OR: 12,614

IC al 95%: [5,376 – 29,599]

Chi²: 41,869

p < 0,001

TABLA 02. Características de la población estudiada

Variables	Media	DE
Edad	70,37	11,66
Tiempo de enfermedad	7,23	3,9
Variables	N	%
Sexo		
Masculino	41	25,3
Femenino	121	74,7
Grado de instrucción		
Analfabeto	12	7,4
Primaria	66	40,7
Secundaria	64	39,5
Superior	20	12,3
Estado civil		
Soltero	40	24,7
Casado o conviviente	94	58,0
Viudo	28	17,3

IV. DISCUSIÓN

La no adherencia al tratamiento farmacológico es considerada un problema de salud pública puesto que tiene consecuencias negativas en la efectividad de los tratamientos e incrementa los costos del sistema de salud. Se estima que en pacientes de países desarrollados la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas es del 50% y mucho menor en países en vías de desarrollo como el nuestro. (33, 34)

La importancia de la adherencia al tratamiento farmacológico en la calidad de vida de los pacientes se ha estudiado en diversas enfermedades crónicas que incluyen la diabetes, la hipertensión y el sobrepeso. Sin embargo, su impacto en la calidad de vida de los pacientes con FM no ha sido muy investigado, mucho menos en nuestro medio. (35, 36, 37)

Los resultados de nuestro estudio (Tabla 01) muestran que el 90% de pacientes con mala calidad de vida, no eran adherentes al tratamiento, y el 42% con calidad de vida buena, tampoco eran adherentes al tratamiento, obteniéndose un valor de OR: 12,614; IC 95%: [5,376 – 29,599] con χ^2 : 41,869, $p < 0,001$; lo que demuestra que la no adherencia al tratamiento farmacológico incrementa en 12,614 el riesgo de una mala calidad de vida de los pacientes con fibromialgia.

Lorente G et al., en su estudio caso control, también encontró que la adherencia al tratamiento farmacológico y la calidad de vida de los pacientes con FM fue menor al grupo control ($p < 0.05$); aunque Lorente G et al. no realizaron un estudio de asociación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida, sus resultados apoyan parcialmente nuestra hipótesis. (5)

Resultados diferentes muestran Cardona J et al., que al evaluar la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), y los aspectos asociados a esta, evidencia que la adherencia al tratamiento se relacionó significativamente con la presencia de depresión, pero no con la calidad de vida de los pacientes con Fibromialgia. Resulta importante destacar que los autores, emplearon el Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) para evaluar la CVRS, mientras que en nuestro estudio se empleó la SF-12; hasta la actualidad no existen estudios que comparen la SF-12 y la FIQ en pacientes con fibromialgia. (38, 39)

La calidad de vida de los pacientes con FM es un problema emergente. Diversos estudios han demostrado que la CVRS de los pacientes con FM es peor que en otras enfermedades como

artritis reumatoidea, osteoartritis, diabetes, infarto de miocardio e insuficiencia cardiaca. (41) Existen diversos factores adicionales a la adherencia al tratamiento que son determinantes de la calidad de vida de los pacientes con FM como la presencia de depresión y ansiedad, además de factores socioeconómicos. (42)

El conocimiento de los factores que afectan la CVRS de los pacientes con FM es de gran relevancia para realizar detección precoz de los problemas e identificar los focos de intervención en estudios posteriores, tomando en cuenta la necesidad de unir aspectos clínicos, como la presencia de enfermedades y adherencia al tratamiento, con factores socioeconómicos.

Los hallazgos de nuestro estudio evidencian la necesidad de medir la calidad de vida de los pacientes con FM para brindar apoyo y seguimiento a la evolución de la fibromialgia desde una perspectiva multidisciplinaria, dada la afectación de múltiples dominios de la cotidianidad de los pacientes.

Sobre las características de la población estudiada (Tabla 02), se encontró que la edad promedio de los pacientes con FM fue de $70,37 \pm 11,66$ años, mayor al rango de edad reportado a nivel mundial de entre 20 y 55 años (29). A nivel nacional, León F et al. encontraron que la edad promedio fue de $39,7 \pm 13,6$ años en pacientes de Chiclayo (30), Montoya J et al. hallaron una edad promedio de $37,3 \pm 12,3$ años en Lambayeque (31), mientras que Monroy A et al. encontraron una edad promedio de $54,93 \pm 9,96$ años en Lima (32). La diferencia de nuestros resultados con las otras investigaciones probablemente se deba al diferente tamaño de muestra y población estudiada.

Por otra parte al describir la edad, Campos R et al. encontraron que la edad influye en la calidad de vida de los pacientes con FM (6). En nuestro estudio, al comparar el grupo de casos y control, se evidencia diferencia estadísticamente significativa en la edad, el tiempo de enfermedad, el grado de instrucción y el estado civil; por lo que dichas variables podrían influir en la calidad de vida de los pacientes con FM. También Ruiz et al. estudiaron a 50 pacientes con FM mediante un estudio transversal, encontraron que la presencia de problemas psicológicos crónicos, la edad promedio de los participantes fue de 56.83, siendo la edad mínima de 35 años y la edad máxima de 69 años, se observó que un 67.3% que si tiene una

buena adherencia en contraste con un 32.7% de la muestra que tuvo una mala adherencia al tratamiento farmacológico. (7)

La adherencia al tratamiento es un comportamiento complejo y dinámico que se ha relacionado con muchos aspectos, como el estado socioeconómico, el equipo de atención médica, el sistema de atención médica, factores relacionados con la condición, factores relacionados con la terapia y los factores relacionados con el paciente. (8, 33) Existen estudios enfocados en evaluar los factores asociados a la adherencia al tratamiento de los pacientes con FM.

Betancourt B et al. realizaron un estudio transversal con 28 mujeres con FM, hallaron que entre los factores que influyen en la baja adherencia al tratamiento farmacológico se encuentran la creencia que los medicamentos prescritos no son los adecuados y la automedicación. (40) Identificar y prevenir los factores que influyen en la adherencia farmacológica contribuirían al cumplimiento del tratamiento prescrito.

El 74,7% de los pacientes estudiados fueron de sexo femenino, lo cual es compatible con lo encontrado con los diversos estudios en donde se menciona que la FM es más común en mujeres. (29, 30, 31, 32). El tiempo de enfermedad promedio en nuestro estudio fue de 7,23 \pm 3,9 años.

La mayoría de los pacientes (40,7%) tuvieron educación primaria, mientras que en Lima se encontró que la mayoría tuvieron secundaria completa (32) y en Chiclayo se encontró que la mayoría tuvieron educación técnica superior (30), diferencias que pueden ser explicadas por la población de estudio. En relación al estado civil, el 58% de los pacientes fueron casados, similar a lo encontrado por Montoya J et al en Lambayeque y por Monroy A et al, en Lima. (31,32)

V. CONCLUSIONES

- La no adherencia al tratamiento farmacológico es factor asociado a la mala calidad de vida en pacientes con Fibromialgia. Los pacientes con fibromialgia no adherentes al tratamiento tienen 12.614 veces más riesgo de tener mala calidad de vida que los adherentes.
- El doble de los pacientes con fibromialgia que presentaron mala calidad de vida, no fueron adherentes al tratamiento en relación a los que tuvieron buena calidad de vida.

VI. RECOMENDACIONES

- Realizar un estudio multicéntrico para determinar las características de los pacientes con FM de nuestro medio.
- Evaluar otros factores asociados a la calidad de vida de los pacientes con FM en pacientes de nuestro medio.
- Implementar medidas que favorezcan la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con FM.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Clauw D. Fibromyalgia: a clinical review. *JAMA* 2014; 311(15): 1547 – 1555.
2. Walitt B, Nahin R, Katz R, Bergman M, Wolfe F. The Prevalence and Characteristics of Fibromyalgia in the 2012 National Health Interview Survey. *PLoS One* 2015; 10(9): 1 – 16.
3. Vincent A, Lahr B, Wolfe F, Clauw D, Whipple M, Oh T, et al. Prevalence of fibromyalgia: a population-based study in Olmsted County, Minnesota, utilizing the Rochester Epidemiology Project. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2013; 65 (5): 786 – 792.
4. Kim S, Kim S, Lee C, Lee H, Lee S, Park Y, et al. Effect of fibromyalgia syndrome on the health-related quality of life and economic burden in Korea. *Rheumatology (Oxford)* 2013; 52(2): 311 – 320.
5. Lorente G, Bocchi L, Ismael M. Kinesiophobia, adherence to treatment, pain and quality of life in fibromyalgia syndrome patients. *Rev Dor.* 2014; 15(2): 121 – 125.
6. Campos R, Vázquez M. The impact of Fibromyalgia on health-related quality of life in patients according to age. *Rheumatol Int* 2013; 33(6): 1419-24.
7. Ruiz M, Hernández D, Fernández A, López M. Factores implicados en la adherencia terapéutica en pacientes con fibromialgia. *European J Investiga* 2015; 5(2): 165 – 173.
8. Sewitch M, Dobkin P, Bernatsky S, Baron M, Starr M, Cohen M, et al. Medication non-adherence in women with fibromyalgia. *Rheumatology (Oxford)* 2004; 43(5): 648 – 654.
9. Patrick D, Erickson P. Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation. Oxford University Press. New York; 1993;22.
10. Guerrero V, López V, Mejía Y, Parrilla J, Pérez A, Ramos E, et al. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento de fibromialgia en el adulto. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. México 2009.
11. Shah A, Clair W. Artritis reumatoide. En: Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J. Harrison. Principios de Medicina Interna, 19 edición. McGraw-Hil, Barcelona. 2015. p: 2175-2177.
12. Rozman C., Cardellach F. Medicina Interna, 17 edición. Elsevier, España 2012 p: 985, 986.
13. Turk D, Robinson J, Burwinkle T. Prevalence of fear of pain and activity in patients with fibromyalgia syndrome. *J Pain* 2004; 5(9): 483 – 490.
14. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva 2003. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>
15. Rodríguez M, García E, Amariles P, Rodríguez A, Faus M. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria* 2008; 40(8): 413 –

417.

16. Wu S, Huang Y, Lee M, Wang T, Tung H, Wu M. Self-efficacy, self-care behavior, anxiety, and depression in Taiwanese with type 2 diabetes: a cross-sectional survey. *Nurs Health Sci.* 2013; 15(2): 213 – 219.
17. Orley J, Saxena S. Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. ¿Qué calidad de vida? La gente y la salud. *Foro Mundial de la Salud* 1996; 17(4): 385 – 387.
18. Monterde S, Salvat I, Montull S, Fernández J. Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rev Esp Reumatol* 2004; 31(9): 507 – 513.
19. Martins M, Polvero L, Rocha C, Foss M, Santos R. Uso de questionários para avaliar a multidimensionalidade e a qualidade de vida do fibromiálgico. *Rev Bras Reumatol.* 2012; 52(1): 21 – 26.
20. Van Abbema R, Van Wilgen C, Van Der Schans C, Van Ittersum M. Patients with more severe symptoms benefit the most from an intensive multimodal programme in patients with fibromyalgia. *Disabil Rehabil* 2011; 33(9): 743 – 750.
21. Morisky D, Green L, Levine D. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986;24 (1): 67 – 74.
22. Ware J, Kosinski M, Keller S. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 1996; 34(3): 220 – 233.
23. Aguilar S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco* 2005; 11(1-2): 333 – 338.
24. Vilagut G, Valderas J, Ferrer M, Garín O, López E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España. Componentes físico y mental. *Med Clin (Barc)* 2008; 130 (19): 726-35.
25. Okonkwo O, Roth D, Pulley L, Howard G. Confirmatory factor analysis of the validity of the SF-12 for persons with and without a history of stroke. *Qual Life Res* 2010; 19(9): 1323 – 1331.
26. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
27. Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los servicios de la salud Ley N° 29414. Perú 2009.
28. Colegio Médico del Perú. Código de ética y deontología. Lima, 2007. Disponible en: http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2016/07/CODIGO_CMP_ETICA.pdf

29. Goldenberg D. Clinical manifestations and diagnosis of fibromyalgia in adults. Uptodate 2019
30. León F, Loza C. Características clínicas de los pacientes con diagnóstico de fibromialgia en un centro asistencial de Chiclayo. *Rev Soc Peru Med Interna* 2010; 23 (1):10-16
31. Montoya J, Suarez F, León F. Fibromialgia en el distrito de Lambayeque: un estudio preliminar. *Rev Soc Peru Med Interna* 2012; 25(3): 112 – 117.
32. Monroy A, Méndez B, Diestro G. Características clínicas, epidemiológicas y de calidad de vida de pacientes con diagnóstico de fibromialgia en un hospital nacional de Lima, Perú, 2018. Tesis de bachillerato. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018.
33. Pages N, Mangues M, Masip M. Patients' Perspective of Medication Adherence in Chronic Conditions: A Qualitative Study. *Adv Ther* 2016; 33: 1740 – 1754.
34. Brown M, Bussell J. Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clinic Proc.* 2011; 86(4): 304 – 314.
35. Martínez Y, Prado C, Rascón R, Valdivia J. Quality of life associated with treatment adherence in patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2008; 8:164.
36. Alhaddad I, Hamoui O, Hammoudeh A, Mallat S. Treatment adherence and quality of life in patients on antihypertensive medications in a Middle Eastern population: adherence. *Vasc Health Risk Manag* 2016; 12: 407 – 413.
37. Lopes de Sousa P, Gaspar P, Fonseca H, Gaspar F. Association between treatment adherence and quality of life among overweight adolescents. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33 (1): 1 – 9.
38. Cardona J, León V, Cardona A. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con fibromialgia, 2012. *Rev. Colomb. Reumatol.* 2013; 20(1):19 – 29.
39. Nishishinya B. ¿Existen instrumentos capaces de discriminar a pacientes con dolor crónico y fibromialgia (FM) respecto a pronóstico y/o respuesta clínica? *Sociedad Española de Reumatología* 2015; 9: 1 – 21.
40. Betancourt B, Gallego M. Adherencia al tratamiento en mujeres con diagnóstico de fibromialgia y los factores asociados. Tesis de maestría. Santiago de Cali: Pontificia Universidad Javeriana; 2016.
41. Lee J, Lee K, Park D, Kim S, Nah S, Lee J, et al. Determinants of quality of life in patients with fibromyalgia: A structural equation modeling approach. *PLOS ONE* 2017; 12(2): 1 – 12.
42. Rojas A, Zapata A, Anaya J, Pineda R. Predictores de calidad de vida en pacientes con fibromialgia. *Revista Colombiana De Reumatología* 2005; 12 (4): 295 – 300.

VIII. ANEXOS

ANEXO 01

TAMAÑO DE MUESTRA

$$n = \frac{\left[Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$n = \frac{\left[(1.96) \sqrt{2(0.36)(1-0.36)} + (0.84) \sqrt{(0.47)(1-0.47) + (0.26)(1-0.26)} \right]^2}{(0.47 - 0.26)^2}$$

$$n = \frac{\left[(1.96) \sqrt{0.72(0.64)} + (0.84) \sqrt{(0.47)(0.53) + (0.26)(0.74)} \right]^2}{(0.21)^2}$$

$$n = \frac{\left[(1.96) \sqrt{0.4608} + (0.84) \sqrt{0.2491 + 0.1924} \right]^2}{0.0441}$$

$$n = \frac{[1.3304921 + 0.5581418]^2}{0.0441}$$

$$n = 81$$

ANEXO 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO: HOJA INFORMATIVA

Título: No adherencia al tratamiento farmacológico como factor asociado a mala calidad de vida en pacientes con Fibromialgia.

Autor: Rosa Lluen Arroyo

Objetivo principal del estudio: Analizar si la no adherencia al tratamiento farmacológico es factor asociado a mala calidad de vida en pacientes con fibromialgia.

Estimado participante: Para efectos de la investigación se le pedirá llenar una encuesta, en donde deberá responder dos cuestionarios sobre la toma de sus medicamentos y acerca de lo que siente sobre la enfermedad.

RECUERDE:

1. Su participación no conlleva riesgos personales., caso contrario el personal investigador corre con todos los pormenores.
2. Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria y es libre de retirarse de la misma sin previa explicación de los motivos.
3. Su identidad será protegida en todo momento y los resultados serán de uso exclusivo para la investigación.
4. No recibirá ninguna compensación económica por participar.
5. Cualquier información al respecto de la investigación le será brindada.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: ACTA

Yo:

Identificado (a) con DNI N°:

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado (a) y entiendo el bajo riesgo que conlleva y que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, pero se me explicó acerca de la protección de datos. Por lo tanto, convengo en participar en este estudio de investigación.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta acta de consentimiento informado.

Firma del participante

Fecha: ____/____/ 20__

Firma del Investigador

ANEXO 03

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Edad: ____ años

Sexo: Masculino () Femenino ()

Grado de instrucción: Analfabeto () Primaria () Secundaria () Superior ()

Estado civil: Soltero/sin pareja () Casado/convive () Viudo ()

Tiempo de enfermedad: ____ años

CUESTIONARIO DE ADHERENCIA FARMACOLÓGICA MORISKY-GREEN.

Marque con un aspa (X) la casilla en donde corresponda su respuesta.

Preguntas	Si	No
1. Olvida alguna vez tomar los medicamentos		
2. ¿Toma los medicamentos a la hora indicada?		
3. Cuando se encuentra bien ¿Deja de tomar la medicación?		
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿Deja usted de tomarla?		

CUESTIONARIO "SF-12" SOBRE EL ESTADO DE SALUD

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber como se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

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

	1 Sí, me limita mucho	2 Sí, Me limita un poco	3 No, no me limita nada
2. Esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Subir varios pisos por la escalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	1 SÍ	2 NO
4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- | | 1
SÍ | 2
NO | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 8. Durante <u>las 4 últimas semanas</u> , ¿hasta qué punto <u>el dolor</u> le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nada | Un poco | Regular | Bastante | Mucho |

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo...

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Siempre | Casi siempre | Muchas veces | Algunas veces | Sólo alguna vez | Nunca |
| 9. se sintió calmado y tranquilo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. tuvo mucha energía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. se sintió desanimado y triste? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Sólo alguna vez | Nunca |