

APLICACIÓN DE ESCALAS DE VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN
INTERVENCIONES FISIOTERAPÉUTICAS POR ALTERACIONES
MÚSCULOESQUELÉTICAS: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA: 2004-2013

LUIS HERNEY CALCHÓN PRIETO
LUZ ADRIANA HERNÁNDEZ ACEVEDO
LINA BETZABÉ MÉNDEZ SÁNCHEZ
LIZETH BEATRIZ SEGURA SOLER

UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
PROGRAMA DE FISIOTERAPIA
CHÍA, CUNDINAMARCA
2013

APLICACIÓN DE ESCALAS DE VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN
INTERVENCIONES FISIOTERAPÉUTICAS POR ALTERACIONES
MÚSCULOESQUELÉTICAS: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA: 2004-2013

LUIS HERNEY CALCHÓN PRIETO
LUZ ADRIANA HERNÁNDEZ ACEVEDO
LINA BETZABÉ MÉNDEZ SÁNCHEZ
LIZETH BEATRIZ SEGURA SOLER

Trabajo de grado para optar al título de fisioterapeutas.

Asesor Temático:
Patricia Otero de Suarez
Fisioterapeuta Especialista en Terapia Manual

Asesor Metodológico:
Gloria Carvajal Carrascal
Doctora en Enfermería

UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
PROGRAMA DE FISIOTERAPIA
CHÍA, CUNDINAMARCA
2013

TABLA DE CONTENIDO

0. INTRODUCCIÓN.....	3
1. DESCRIPCIÓN.....	5
1.1. PALABRAS CLAVES	5
1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	5
1.3. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.3.1. Espacial.....	5
1.3.2. Temporal.....	5
1.3.3. Conceptual.....	5
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	5
1.5. ESTADO DEL ARTE	6
1.6. MODELO TEÓRICO.....	8
1.7. OBJETIVO GENERAL.....	8
1.8. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	8
2 MARCO TEÓRICO	9
3 METODOLOGÍA.....	12
3.2 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	12
3.3 FUENTES DE INFORMACIÓN	12
3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	13
3.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	13
3.6 ANÁLISIS DE DATOS.....	13
4. RESULTADOS.....	15
5. DISCUSIÓN	19
6. CONCLUSIONES.....	22
7. IMPACTO	22
BIBLIOGRAFÍA.....	23

APLICACIÓN DE ESCALAS DE VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN INTERVENCIONES FISIOTERAPÉUTICAS POR ALTERACIONES MÚSCULOESQUELÉTICAS: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA 2004-2013.

0. INTRODUCCIÓN

La Calidad de Vida (CV) ha sido un punto clave para el desarrollo del ser humano. Actualmente, en el área de la salud, se ha empezado a utilizar con el fin de determinar los cambios que algún tipo de enfermedad puede generar en el estilo de vida de una persona (1), ya que, según Cummins y Cahill, el paciente es un ser integral, que debe ser abordado desde los aspectos de la salud, intimidad, bienestar material, productividad, bienestar emocional, seguridad y comunidad.(2)

Las múltiples intervenciones que tiene el área de la salud para ayudar a un paciente a aliviar el dolor apuntan a que se pueda desempeñar de una mejor manera en la sociedad (2). Por tanto, el implemento de las escalas de calidad vida para ver los resultados de las intervenciones y tratamientos realizados ha ido creciendo con el objetivo de determinar la eficacia del tratamiento implementado y observar cómo se refleja el alivio de los síntomas en la funcionalidad de la persona y en su rol familiar y social.

No obstante, es importante resaltar que el soporte bibliográfico que evidencia el uso de instrumentos de valoración y/o medición de calidad de vida relacionada con la Salud desde fisioterapia es insuficiente. De igual manera, cabe destacar la importancia de realizar esta medición, ya que le permite al fisioterapeuta enfatizar el estado funcional del paciente que refleje su salud física, mental, emocional, espiritual y social de manera interdependiente e integrada.

Producto de lo anterior, se desarrolló este proyecto donde se realizó una revisión de la literatura sobre la aplicación de escalas de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) posterior al tratamiento de diferentes alteraciones músculo-esqueléticas en servicios de fisioterapia. Este propósito se logró mediante la búsqueda de artículos en bases de datos disponibles en Colombia como: Ovid, Lilacs, Scielo, ProQuest, Md Consult, Pubmed, Cochrane, Elsevier, PEDro, y Science Direct.

Este proyecto tiene el propósito de determinar cuál puede ser la escala más adecuada para evaluar y/o medir la calidad de vida de los pacientes que reciben tratamiento fisioterapéutico, además de sensibilizar a los profesionales del área de

la rehabilitación física acerca de la importancia de hacer una valoración multidimensional de circunstancias individuales de vida tanto en el contexto cultural como en el personal en el usuario donde se evidencie el nivel de bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción que causó el servicio brindado por el fisioterapeuta y cómo éste impacta en su CVRS.

Este proyecto nace como subtema de la investigación realizada por la Fisioterapeuta Patricia Otero titulado “Efecto de la terapia manual ortopédica en el tratamiento de disfunciones mecánicas de la columna cervical” y de la cual los autores de este proyecto son auxiliares de investigación.

1. DESCRIPCIÓN

1.1. PALABRAS CLAVES (DECS)

Calidad de vida relacionada con la salud (Health-related quality of life), desórdenes músculo-esqueléticos (Musculoskeletal Disorders), escalas de calidad de vida (Quality of Life scales), fisioterapia (Physical Therapy), rehabilitación (rehabilitation).

1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los instrumentos más utilizados para la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) durante el tratamiento fisioterapéutico en alteraciones músculo-esqueléticas?

1.3. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

- 1.3.1. Espacial. Este proyecto será desarrollado en la Universidad de La Sabana ubicada en el Municipio de Chía- Cundinamarca.
- 1.3.2. Temporal. El objeto de este proyecto ha tomado como punto de partida el mes de Junio de 2013 hasta el mes de septiembre de 2013, por considerar ser un periodo que permitirá establecer los objetivos planteados.
- 1.3.3. Conceptual. Este proyecto recopilará y analizará la información referente a la aplicación de instrumentos de evaluación y/o medición de CVRS relacionada con la salud principalmente en los servicios de fisioterapia durante el tratamiento fisioterapéutico.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Actualmente, las alteraciones músculo-esqueléticas, son una de las principales causas de consulta a los servicios de rehabilitación, ya que en las sociedades occidentales, dos terceras partes de las personas adultas sufren dolor a nivel de columna vertebral alguna vez (4). En Colombia se estima que, entre 70% y 80%

de los adultos sufrirán, al menos, un episodio de dolor lumbar en sus vidas, y entre 2% y 5% de la población general consultará alguna vez por causas relacionadas (5). De la misma forma, el dolor cervical de origen mecánico afecta al 10% de la población bogotana. No obstante, en la oficina de la sede Bogotá de la Organización Panamericana de la Salud, se encuentra que esta patología se trata de un problema de salud pública que ha sido subvalorado por la alta prevalencia de dolor lumbar (6).

Por otra parte, estudios de corte epidemiológico han mostrado que la Osteoartrosis de rodilla es una de las más frecuentes enfermedades músculo-esqueléticas, afectando un poco más del 10 % de la población en todas las latitudes (7). Es allí, donde el fisioterapeuta es uno de los principales protagonistas dentro del equipo interdisciplinario, y es quien entra a analizar sus causas y los diferentes métodos de intervención para dar solución al problema, dejando muchas veces de lado el análisis del impacto de este problema en la CVRS de los usuarios y cómo repercute en sus diferentes actividades tanto laborales, como personales, familiares y sociales.

Durante los últimos años se han llevado a cabo numerosas investigaciones en CVRS y se han puesto a disposición de los profesionales de la salud cuestionarios o instrumentos de evaluación que permiten tener idea acerca de los diferentes aspectos en que se desenvuelve el ser humano. El fisioterapeuta de la Universidad de la Sabana, quien está llamado a ser consecuente con su formación en valores, a promover el respeto a la dignidad trascendente de la persona humana, a la justa convivencia y la cooperación entre los hombres y a la realización de su trabajo como medio de perfeccionamiento personal y social, de crecimiento y trascendencia del hombre(8) , no sólo debe pensar en disminuir el dolor que refiere el paciente sino que también debe procurar que su tratamiento logre impactar positivamente de una u otra forma en sus niveles de CVRS.

1.5. ESTADO DEL ARTE

El concepto de CVRS ha comenzado a utilizarse cada vez más en el campo de las evaluaciones en salud o como medida de bienestar. Pese a esto, no existe una definición única del concepto ni una completa diferenciación con otros conceptos similares, siendo frecuentemente mal utilizada (9). Ya la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1994, define CVRS como la “percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que

vive, en relación con sus objetivos, expectativa, estándares y preocupaciones” (10).

La Fisioterapia, como profesión del área de la Salud, tiene por objeto el estudio, comprensión y manejo del movimiento corporal humano, como elemento esencial de la salud y el bienestar del hombre. El movimiento corporal humano, en toda su dimensión, es un indicador del bienestar y de la CVRS de un individuo y por ende de un país, y como tal, es un elemento primordial para promover oportunidades sociales para los individuos (11). Por esta razón, el Fisioterapeuta, debería liderar los procesos que propendan por el logro de una mejora en la CVRS de los pacientes a través de la valoración y posterior tratamiento.

A nivel mundial, y de acuerdo con lo investigado, actualmente son pocos los estudios realizados en cuanto a la evaluación de CVRS en la aplicación de procedimientos fisioterapéuticos en alteraciones músculo-esqueléticas.

En el estudio realizado por Seco Calvo y cols. (2008) se analizó la eficacia de la actuación fisioterapéutica y mejora de la CVRS en pacientes con VIH. Se encontró que los métodos y procedimientos fisioterapéuticos empleados en minimizar los efectos de la sintomatología propia del VIH en el organismo, como la fatiga y el dolor, se muestran eficaces en orden a mantener y/o mejorar la CVRS en estos pacientes (12).

Por otra parte, en el estudio realizado por Cuesta y Rodríguez (2008) se analizó la prevalencia de los diferentes tipos de escalas validadas de dolor, incapacidad física y CVRS, como indicadores documentales de idoneidad, para su posterior recomendación en intervenciones fisioterapéuticas en lumbalgias mecánicas inespecíficas. Se encontró que las escalas más utilizadas en los estudios de máximo nivel de evidencia en intervenciones fisioterapéuticas sobre la lumbalgia son la escala visual analógica para el dolor, el Roland Morris Questionare para la incapacidad física y la SF-36 para la CVRS o el estado de salud general (13).

Adicionalmente, en el estudio realizado por Sancho y Martín-Nogueras (2011) se evaluó la eficacia de un tratamiento de fisioterapia sobre rigidez, dolor y CVRS en pacientes reumáticos. Se concluyó que el tratamiento de fisioterapia para la rigidez, el dolor y la CVRS de los pacientes artríticos puede reducir la rigidez matinal en más del 30% de los sujetos y el dolor en más del 50% de los mismos. Esta es una estrategia terapéutica interesante que debe ser analizada a través de futuros estudios en los que se traten de solventar las limitaciones obtenidas en éste (14).

1.6. MODELO TEÓRICO

El Modelo del Movimiento Continuo de Fisioterapia, busca definir la práctica de la Fisioterapia. En esencia, el propósito de la teoría consiste en proporcionar un marco de referencia para la profesión, la educación y la investigación. Teniendo en cuenta, que los fisioterapeutas conceptualizan el movimiento como un continuo donde se incorporan aspectos físicos y patológicos del movimiento con consideraciones sociales y psicológicas.

Teniendo en cuenta lo anterior, este proyecto está basado en el mencionado modelo teórico, enfocándose en el tercer principio general, que propone que el movimiento no ocurre aislado; el control de los movimientos depende de factores internos (estructuras anatómicas y sistemas fisiológicos) y factores externos (factores físicos y sociales), ya que, la calidad de vida de una persona necesita de la interacción entre dichos factores, permitiendo mantener un equilibrio de los mismos (15).

1.7. OBJETIVO GENERAL

Documentar cuáles son las escalas de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) más utilizadas durante intervenciones fisioterapéuticas por alteraciones músculoesqueléticas.

1.8. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.8.1. Identificar en la literatura diversas escalas de calidad de vida relacionada con la salud aplicadas a desórdenes músculo-esqueléticos.
- 1.8.2. Reconocer cual es la escala de calidad de vida que se utiliza con más frecuencia en patologías músculo-esquelética.

2 MARCO TEÓRICO

La calidad de vida relacionada con la salud representa uno de los avances más importantes en materia de evaluaciones en salud. La valoración de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente acerca de su bienestar (16).

El concepto de calidad de vida ha sido definido por diferentes autores. Hornquist (1982) la define como “la satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica y social, de actividades”(9). Patrick y Erickson (1993) la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. Para Schumaker & Naughton (1996) es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo (16). Más recientemente, Lawton (2001) la define como una “evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios interpersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo” (9).

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se puede inferir que el profesional de la salud debe ver al paciente como un ser humano integral (lo que implica los factores, psicológicos, sociales), y no solo desde el factor físico, pues en el área de la rehabilitación, estos factores juegan un papel importante en el funcionamiento humano, en el contexto de la enfermedad o la percepción de la misma y sus posibilidades de recuperación. Así se puede lograr un balance entre la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva positiva de bienestar.

La medición de la CVRS implica con frecuencia la utilización de un cuestionario desarrollado originalmente en otro contexto cultural. Los perfiles de salud son instrumentos que evalúan el estado de salud englobando diferentes aspectos referentes a la CVRS de las personas. Uno de los instrumentos genéricos más conocidos y comúnmente aplicados en estudios clínicos es el cuestionario SF-36 el cual fue originalmente diseñado a partir de una extensa batería de preguntas utilizadas en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study), realizado en Barcelona. En la actualidad es uno de los dos cuestionarios que más se utilizan debido a su simplicidad y corto tiempo de aplicación. Consiste en 36 ítems subdivididos en ocho dominios: capacidad funcional (10 ítems), vitalidad (4 ítems), aspectos físicos (4 ítems), dolor (2 ítems), estado general de salud (5 ítems), aspectos sociales (2 ítems), aspectos emocionales (3 ítems) y salud mental (5 ítems) (17).

En Colombia, estudios poblacionales realizados tales como las Encuestas Nacionales de Calidad de Vida, las Encuestas de Pobreza y Calidad de Vida y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, abordan el concepto de calidad de vida como la equiparación del nivel de vida y lo explican a través de indicadores, porcentajes y estadísticas de cómo vive la gente y la satisfacción de sus necesidades básicas; se mide en términos físicos de vivienda, servicios públicos, área construida, etc (17).

Por otra parte, una de las principales causas por las que se modifican negativamente los niveles de calidad de vida en los pacientes son las alteraciones musculoesqueléticas, asociadas principalmente a realización de movimientos repetitivos, posiciones incorrectas y/o fatiga muscular, generalmente durante la actividad laboral (18). Habitualmente, estas alteraciones se presentan en las manos, las muñecas, los codos y los hombros, pero también pueden ocurrir en el cuello, la espalda, las caderas, las rodillas, los pies, las piernas y los tobillos. La sintomatología incluye: dolor, hormigueo, entumecimiento, hinchazón o enrojecimiento de la zona afectada, pérdida de sensibilidad y fuerza; y esto con el tiempo, puede causar incapacidad temporal o permanente debido al daño producido a tejidos blandos como músculos, nervios, tendones y ligamentos por compresión (19).

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en Colombia, para el año 2003, las alteraciones musculoesqueléticas constituyeron el 80% de todas las enfermedades profesionales; en el año 2004 aumentó al 82%. Las alteraciones musculoesqueléticas con mayor prevalencia son: el síndrome del túnel del carpo, lumbalgia, trastornos del disco intervertebral, síndrome del manguito rotador, tendinitis y tenosinovitis, epicondilitis y tenosinovitis de Quervain (20). A partir de lo anterior, el papel del fisioterapeuta se encuentra ligado a su objeto de estudio al estudiar, analizar, prevenir y tratar estas alteraciones, disminuyendo los índices de lesión que puedan comprometer la productividad del paciente y afecten su CVRS.

La fisioterapia en Colombia, es definida como una profesión liberal del área de la salud, con formación universitaria, cuyos sujetos de atención son el individuo, la familia y la comunidad, en el ambiente en donde se desenvuelven orienta sus acciones al mantenimiento, optimización o potencialización del movimiento así como a la prevención y recuperación de sus alteraciones y a la habilitación y rehabilitación integral de las personas, con el fin de optimizar su calidad de vida y contribuir al desarrollo social (21). De igual manera, la Asociación Americana de Fisioterapia (APTA), define ésta como una “profesión de la salud cuyo principal

objetivo es la promoción de la salud y la función óptima, a través de la aplicación de los principios científicos, para prevenir, identificar, evaluar, corregir o aliviar las disfunciones del movimiento, ya sean agudas o prolongadas en el tiempo” (22).

Según Roberts (2012), los profesionales de la salud tienen que asistir no sólo a la enfermedad, sino también al impacto de su condición y lo que es realmente importante: el paciente. Dentro de la práctica profesional en fisioterapia, infortunadamente, se ha centrado toda la atención en la enfermedad y no en el paciente. Este autor sostiene además que, es esencial que los tratamientos tanto clínicos como fisioterapéuticos sean evaluados a través de los ojos de sus usuarios, identificando las áreas de buena práctica y en cuáles se necesitan mejoras. Esta iniciativa de mejora demuestra el valor de retroalimentación de los pacientes y cómo esto puede impulsar el cambio y el impacto positivo en las experiencias de salud (23).

3 METODOLOGÍA

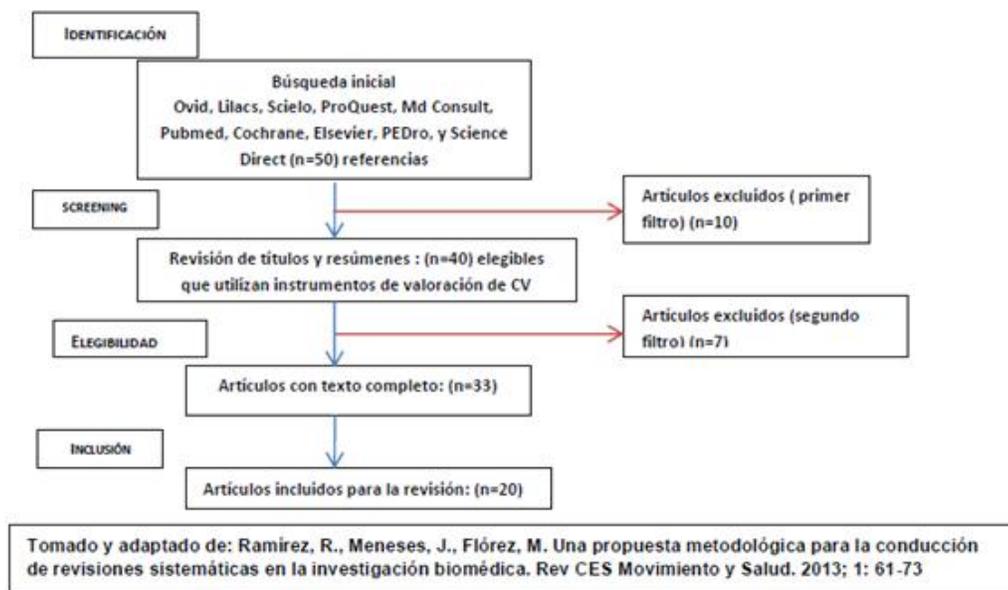
3.2 DISEÑO DEL ESTUDIO

Este estudio es una revisión de la literatura que busca establecer los instrumentos de valoración de CVRS disponibles en bases de datos.

3.3 FUENTES DE INFORMACIÓN

Este estudio se llevó a cabo mediante la revisión de fuentes de tipo primario encontradas en bases de datos disponibles en Colombia como: Ovid, Lilacs, Scielo, ProQuest, Md Consult, Pubmed, Cochrane, Elsevier, PEDro, y Science Direct. Se realizó una búsqueda entre 1 de Junio de 2013 al 13 de Septiembre de 2013, empleando como palabras claves en español, y su correspondiente en inglés descritas en el Decs: calidad de vida (Quality of Life), servicios de salud (Health Services), fisioterapia (Physical Therapy), desórdenes músculo-esqueléticos (Musculoskeletal Disorders), escalas de calidad de vida (Quality of Life scales), Calidad de vida relacionada con la salud (Health related of quality of life)

Imagen 1 Diagrama de flujo sobre la Metodología



3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- 3.4.1 Estudios publicados en inglés o en español.
- 3.4.2 Estudios donde se realicen intervenciones fisioterapéuticas en algún tipo de desorden musculoesquelético.
- 3.4.3 Estudios que incluyan la aplicación de un instrumento de valoración de CVRS del usuario antes y después del tratamiento.
- 3.4.4 Artículos de revisión acerca de escalas validadas de CVRS

3.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- 3.5.1 Estudios sin descripción específica del cuestionario de salud.
- 3.5.2 Estudios que no estén disponibles en texto completo.

3.6 ANÁLISIS DE DATOS

Se consultó la literatura y se analizaron los datos en busca de relaciones con los objetivos expuestos, por medio de elaboración de bitácoras (Tabla 1) para la revisión de artículos científicos. Se seleccionaron y revisaron los artículos científicos relacionados con el tema a partir de la bitácora, a partir de la cual se eligieron los artículos que cumplían con los criterios de inclusión para establecer los resultados descritos a través de una tabla y explicación de la misma. Con base en los resultados se establecieron las conclusiones que aportan información sobre el uso de escalas de valoración de CVRS en el desarrollo de tratamientos en fisioterapia.

Tabla 1. Bitácora de revisión de artículos científicos

UNIVERSIDAD DE LA SABANA																		
FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION																		
FORMATO DE BITÁCORAS - REVISIÓN DE ARTICULOS CIENTIFICOS																		
#	FECHA DE BÚSQUEDA	MOTOR DE BÚSQUEDA	TÉRMINOS D BÚSQUEDA	TITULO DEL ARTICULO	IDIOMA	POBLACION	TIPO DE ARTICULO	TIEMPO DE PUBLICACION	AUTOR	AÑO	MUESTRA	TIPO DE ESTUDIO	ESCALA DE CALIDAD DE VIDA	TEMA DE ESTUDIO	ÁREA QUE REALIZA EL ESTUDIO	RESULTADO CLAVE	CONCLUSION	REFERENCIA VAN COUWER
1	6/25/2013	Science Direct	Calidad de vida, Fisioterapia	Calidad de vida relacionada con la salud tras un programa comunitario de hidrocinesiterapia para embarazadas	Español	Mujeres embarazadas que se encuentren en el segundo trimestre del periodo de gestación.	Cuasi experimental pre y post intervención	Septiembre de 2008 y Junio de 2009	Cuesta Vargas A.I. y González Sánchez M.	2012	26 mujeres embarazadas	Cuantitativo	Cuestionarios SF-12 y EuroQol	Embarazo	Servicio de Fisioterapia, Universidad de Málaga, Málaga, España	El objetivo de este estudio queda satisfecho al poder demostrar cómo tanto el estado general de salud como la calidad de vida de mujeres embarazadas, que se someten a un PCHCE, de 8 semanas de duración permite el mantenimiento de ambas variables, quedando demostrada a la hipótesis de inicio.	A modo de conclusión podemos determinar que un PCHCE permite el mantenimiento de la calidad de vida y el estado general de salud en mujeres que se encuentran en estado de gestación. Este hecho, es importante para minimizar el impacto negativo que sobre la vida de una mujer tanto presente como futuro, pueda tener, ya sea desde un punto de vista físico como mental	Cuesta Vargas A.I. y González Sánchez M. Calidad de vida relacionada con la salud tras un programa comunitario de hidrocinesiterapia para embarazadas. [revista en la Internet]. 2012 Ago 25 ; 13(1): 22-26 Disponible en http://al.elsevier.es/es/revista-revista-iberoamericana-fisioterapia-kinesiologia-176/calidad-vida-relacionada-salud-un-programa-comunitario-13152250-originales-2011
2	6/25/2013	Scielo	Calidad de vida, rehabilitación	Creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular	Español	asistentes al programa de rehabilitación cardiovascular de la Fundación Cardiovascular de Colombia, con sede en Bucaramanga	Ex post facto	2009 a 2010	Silva Femiádez C.S., Agudelo Vélez D.M.	2011	80 pacientes con enfermedad cardiovascular	Cuantitativo	Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud S-36	Enfermedad Cardiovascular	Psicología	Influencia del empleo de las estrategias de afrontamiento pasivas sobre la baja calidad de vida en la muestra valorada, así como de las creencias focalizadas en las limitaciones que conlleva a la patología; asimismo, muestra a la religión como una estrategia protectora en el afrontamiento de la enfermedad cardiovascular	Se evidencia la clara influencia de las estrategias de afrontamiento pasivas sobre la baja calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular, así como de las creencias sobre la enfermedad de carácter negativo (al focalizarse en las limitaciones emocionales).	Silva Femiádez C.S., Agudelo Vélez D.M. Creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular. Act. Colom. Psicol. [online]. 2011, vol.14, n.1 ISSN 0123-9155. En: http://portalw.b.uctolica.edu.co/easyWeb2/files/23_6882_v14n1-art4.pdf

4. RESULTADOS

Se encontraron 50 referencias con las expresiones establecidas de búsqueda, de los cuales 10 estudios no pertenecían al área musculoesquelética. De estos 40, 5 no estaban dentro del rango de año de publicación y 2 no eran artículos originales. Posterior a la revisión de títulos y resúmenes, 33 eran estudios elegibles y sólo 20 se encontraban a texto completo y describieron detalladamente el instrumento utilizado. Finalmente, de los 20 productos, 14 emplearon una sola batería de valoración de calidad de vida, mientras que 5 emplearon comparativamente 2 instrumentos y en un artículo se utilizaron 3 cuestionarios.

Los instrumentos más empleados fueron, en primer lugar, el SF-36 en un 53,8% como única escala y en un 20% como escala comparativa. El Cuestionario SF-12 en un 7,6% como único perfil de salud y como escala comparativa en un 20%. El instrumento EuroQol-5D fue utilizado en un 7,6% como único instrumento de medición y 26.6% como escala comparativa. Por último, instrumentos específicos para una enfermedad (tales como Osteoporosis, Artritis, entre otros) fueron administrados en un 30,7% como escala única y en un 33,3% como escala comparativa. Se emplearon, en los 20 artículos seleccionados, 28 cuestionarios o instrumentos de valoración de la CVRS de los cuales el cuestionario SF-36 fue empleado en un 35%; y el cuestionario SF-12 (el cual es una modificación del SF-36) fue aplicado en un 14,2%.

Tabla 2. Artículos seleccionados

No	ESTUDIO	MUESTRA	DISEÑO	AÑO	ESCALA DE CVRS
1	Prada, D, et al (7)	50 pacientes, mayores de 60 años con diagnóstico de gonartrosis.	Estudio Longitudinal Prospectivo de corte experimental	2011	WOMAC/SF 36
2	Cuesta, A., García, J., Labajos, M., González, M. (25)	43 sujetos con lumbalgia mecánica inespecífica crónica	Estudio experimental prospectivo	2009	SF 12 EuroQol-5D
3	Garcia, L (4)	10 pacientes con cervicalgia mecánica.	Estudio prospectivo	2012	SF 36

4	Rezai, M, Cote, P, Cassidy, D, Carroll, L. (26)	1131 sujetos de la ciudad de Saskatchewan (Canadá) con cervicalgia crónica	Estudio de cohorte	2008	SF 36
5	Salo, P, Hakkinen, A, Kautiainen, H, Ylinen, J. (27)	180 mujeres finlandesas de 25 a 35 años con cervicalgia crónica	Ensayo Clínico Aleatorizado	2010	15D
6	Cuesta, A., Galán, A.(28)	62 Personas mayores de 60 años, que desarrollan un programa de AF siguiendo las pautas del Colegio Americano de Medicina Deportiva	Estudio transversal analítico	2009	EuroQol 5D
7	Navarro, M., Peiro, S., Ruiz,L., Payá,A., Hervás,M., López,P. (29)	89 pacientes intervenidos de prótesis total de cadera que recibieron posteriormente tratamiento rehabilitador	Estudio de Cohorte prospectivo	2001	SF 36
8	Picavet,J., Hoeymans, N.(30)	Habitantes holandeses de 25 o más años (n = 3664) quienes participaron en un cuestionario		2004	SF 36 EuroQol 5D
9	Vinaccia S, Tobón S, Moreno Sanpedro E, Cadena J, Anaya JM. (31)	124 participantes con diagnóstico de artritis reumatoide acorde a los criterios del Colegio Americano de Reumatología	Estudio descriptivo	2005	Cuestionario de Calidad de Vida en la Artritis Reumatoidea (QoL-RA)
10	De Dios Sancho E.P.	29 sujetos diagnosticados	Estudio experimental,	2011	SF-36

	y Martín Noguerras A.M. (14)	con la artritis reumatoide, la artritis psoriásica o la artritis idiopática juvenil	prospectivo, longitudinal		
11	Roberts, L. (23)	1095 pacientes referidos por el personal médico del servicio de reumatología, ortopedia, clínica del dolor y los departamentos de salud ocupacional.	Estudio transversal	2013	Chartered Society of Physiotherapy's standardised 'Patients feedback' questionnaire.
12	Rivera Navarro, J. Fernández de las Peñas, C. Alonso Blanco, C. Miangolarra Page, J.C (33)	29 pacientes diagnosticados de Espondilitis Anquilosante (EA) según los criterios modificados de Nueva York.	Estudio de tipo descriptivo correlacional	2005	Cuestionario SF-36 para la valoración de la CV.
13	Guido Schröder, Andreas Knauerhase, Guenther Kundt, Hans-Christof Schober. (35)	50 pacientes del área de consulta externa del Klinikum Südstadt hospital y el Hospital Universitario de Rostock, diagnosticados con Osteoporosis.	Estudio prospectivo aleatorizado	2012	Cuestionario de calidad de vida (Qualeffo-41)
14	Zidarov, D. Swaine, B. Gauthier-Gagnon, C. (36)	19 personas con amputación unilateral de miembro inferior admitido consecutivamente en el Instituto de Rehabilitación de Montreal en Quebec, Canadá.	Estudio exploratorio longitudinal	2009	-Subjective Quality of Life Profile (SQLP), -Prosthesis evaluation questionnaire (PEQ), -Amputee Body Image Scale

					(ABIS).
15	Martín-Nogueras AM, Calvo-Arenillas JI.(38)	29 mujeres con diagnóstico de Fibromialgia	Ensayo clínico aleatorizado	2012	Cuestionario de Salud SF-36 aplicado de forma auto administrada.
16	Cuesta-Vargas, A.I.; García Romero, J.C.; Labajos Manzanares, M.T. y González-Sánchez, M. (39)	92 sujetos con lumbalgia mecánica, cervicalgia crónica, osteoartritis, fibromialgia.	Cuasiexperimental I Descriptivo	2010	SF 12-EuroQol 5D
17	Murciano, R., Yöchler, A., Fernández, A., Derecho, E., Felkar, A., Bouret, D., Risk, M. (40)	126 mujeres adultas con más de 55 años con OA de rodilla	Ensayo Clínico Aleatorizado	2010	SF 36
18	Escortell, E. (41)	90 pacientes con cervicalgia mecánica	Ensayo Clínico Aleatorizado	2011	SF 12
19	Espejo, L., Cardero, M., Caro, B., Tellez, G. (42)	31 adultos mayores con diagnóstico de gonartrosis	Estudio experimental, prospectivo y simple ciego	2012	SF 36
20	Cuesta-Vargas, A., González-Sánchez, M., Casuso-Holgado, M. (43)	244 participantes con alteraciones músculoesqueléticas crónicas como dolor lumbar crónico, dolor crónico de cuello y osteoartritis.	Análisis de cohorte prospectivo de datos	2013	SF 12 EuroQoL-5D

En la Tabla 2 se presentan los resultados, relacionados con las escalas utilizadas durante los procesos de medición de la CVRS de los usuarios con patología músculo-esquelética abordados desde fisioterapia, donde se evidencia el uso frecuente del cuestionario SF 36, desarrollado en Estados Unidos, el cual incluye 36 ítems agrupados en 8 escalas: funcionamiento físico (ff), desempeño físico (df), dolor corporal (dl), desempeño emocional (de), salud mental (sm), vitalidad (vt), salud general (sg) y funcionamiento social (fs) y uno adicional, el cambio de la salud en el tiempo. En la validación realizada en España se obtuvo una versión en español que mostró coincidencia completa con la original. En Colombia, fue validada en la ciudad de Medellín, donde se demostró que el SF-36 es confiable para evaluar CVRS después de adaptarse lingüísticamente en adultos colombianos (24)

De acuerdo a lo expresado por Vilagut G, et al. (2005), en una revisión sobre este cuestionario, donde cita “es el cuestionario genérico para la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) que goza de mayor vitalidad. Desde su aparición en el inicio de la década de los noventa no ha cesado el diseño de nuevas herramientas de ayuda a la interpretación (valores de referencia poblacionales, valores sumarios y diferencia mínima clínicamente relevante, entre otras), así como de nuevas versiones para solucionar algunos de los problemas detectados (32).

Otro cuestionario, empleado es el SF-12 el cual es una modificación del SF-36, está formado por un subconjunto de 12 ítems del SF-36 obtenidos a partir de regresión múltiple, incluidos 1-2 ítems de cada una de las 8 escalas del SF-36. La información de estos 12 ítems se utiliza para construir las medidas sumario física y mental (32).

5. DISCUSIÓN

Los aportes de esta revisión incorporan diferentes trabajos acerca de la importancia de la aplicación de escalas de valoración de CV posteriormente a la intervención fisioterapéutica en los pacientes con alteraciones músculoesqueléticas, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud. Para ello se realizó una revisión de la literatura, aun asumiendo el riesgo de que no sólo se encontraran estudios relacionados con alteraciones músculoesqueléticas sino también con alteraciones o patologías neuromusculares, cardiovascular/pulmonares, entre otros.

De los conocimientos obtenidos con el enfoque propuesto, se puede partir no sólo a implementar en el área de Fisioterapia una medición y/o valoración de la CVRS posterior al tratamiento en los pacientes, sino también a elaborar estrategias para el logro del bienestar de los mismos. Cabe resaltar que en los estudios encontrados se evidencia que las comparaciones establecidas en la calidad de vida de los pacientes antes y después de las intervenciones fisioterapéuticas indican que el empleo de la fisioterapia por sí misma, mejora sustancialmente la CVRS de los pacientes, sobre todo en las dimensiones de rol físico, salud general y función social.

Los instrumentos de medición de la CVRS, permiten conocer los efectos de la enfermedad a lo largo de su evolución, la imagen social e individual que se tiene de la enfermedad y sus tratamientos, los efectos del tratamiento en los estados de ánimo y las expectativas del paciente y las formas en que se percibe todo este complejo proceso (17). En los estudios realizados por Schröder et al. (2012) (35), sobre los efectos de la fisioterapia en la CV en pacientes con osteoporosis, se evidenció que, con el diseño de ejercicios intensivos y la implementación de cuidados individuales para cada paciente por parte del fisioterapeuta, se puede ejercer un impacto positivo en la movilidad y la CV de los mismos sobre esta condición, la cual ejerce un impacto negativo sobre la psique de las personas que la padecen.

Así mismo, en el estudio realizado por Zidarov et al. (2009) (36) acerca de la calidad de vida en pacientes con amputación de miembro inferior durante la rehabilitación y a los 3 meses del alta, se encontró que aunque el proceso de rehabilitación se centra principalmente en el funcionamiento físico, incluyendo adaptación protésica, los resultados ponen de relieve la importancia de que también se debe centrar la atención en problemas como el dolor y los problemas psicosociales, en particular, de la imagen corporal y la adaptación a la amputación y la prótesis durante el proceso de rehabilitación. De esta manera se pone de manifiesto que al implementar el enfoque holístico en la intervención fisioterapéutica se puede mejorar notablemente la CV de los pacientes.

De igual manera, en un estudio de Martín-Nogueras AM y Calvo-Arenillas JI(2012), muestra como un programa de fisioterapia que incluye ejercicios aeróbicos, de fortalecimiento, de flexibilización y estiramiento junto a técnicas de relajación y técnicas analgésicas específicas aplicadas de forma individualizada, puede constituir una herramienta útil y eficaz en la mejora del dolor y la CVRS en sujetos con fibromialgia (38).

Un hallazgo de suma importancia para esta revisión es lo propuesto por Roberts (2013) (23) acerca de la implementación de estrategias por parte de los fisioterapeutas en su intervención para motivar a los pacientes a realizar cambios

saludables en su estilo de vida y comportamiento, poniendo de manifiesto el valor de la retroalimentación de los pacientes en la prestación de la atención, mejorando ostensiblemente su CV.

Las potenciales limitaciones que tuvo esta investigación fueron el acceso restringido a determinados artículos en bases de datos debido a que tenían costo. Otra de las limitaciones fue la falta de completo dominio en el idioma inglés por parte de los investigadores quienes, si bien aun así realizaron la búsqueda en ese idioma, la mayoría de artículos encontrados fueron predominantemente en idioma español. Además, el número de artículos analizados son escasos, lo que sesga un poco el análisis y resultados.

La revisión de la literatura y los resultados obtenidos permite reafirmar que el uso de instrumentos de valoración de la CVRS destaca el estado funcional del paciente que refleja su salud física, mental y social.

6. CONCLUSIONES

Durante la revisión de la literatura es evidente que la escala más utilizada para evaluar la CVRS en usuarios con alteraciones músculo-esqueléticas es el cuestionario SF 36, el cual se encuentra validado en el país desde el año 2005 con buenos índices de fiabilidad y reproducibilidad.

Por lo anterior, los autores del presente trabajo de investigación recomiendan su uso y aplicación, (sin excluir necesariamente, otras escalas que también se encuentran debidamente validadas), para valorar la CVRS de los usuarios asistentes a los servicios de rehabilitación, donde se hace indispensable abordar al usuario de manera integral, logrando impactar en todos los aspectos de su vida diaria y no solamente desde el ámbito físico. Es por esto que se hace un llamado especial a los fisioterapeutas y todos los profesionales del área de la rehabilitación, a implementar instrumentos de evaluación de CV en su quehacer diario e incluir este aspecto dentro de la valoración normal que se realiza a un usuario cuando inicia su proceso de rehabilitación y dentro de la revaloración que se hace constantemente, hasta que se da el alta.

Por otro lado, también se sugiere a los profesionales profundizar e indagar más acerca de los procesos relacionados con valoración de CVRS en la intervención fisioterapéutica y otras disciplinas del área de la rehabilitación.

Debido a las pocas investigaciones existentes sobre la CVRS en alteraciones músculoesqueléticas, y menos aún, en relación a los tratamientos fisioterapéuticos aplicadas a las mismas, particularmente en Colombia, se considera absolutamente necesaria la realización de estudios que profundicen en este ámbito, para evaluar la eficacia del tratamiento fisioterapéutico, con mayor número de artículos y mayor homogeneidad de los tratamientos. En conclusión, se hace indispensable seguir utilizando instrumentos de CVRS para la medición del impacto de las intervenciones fisioterapéuticas, y procurar su estandarización en la práctica clínica.

7. IMPACTO

Mediante la investigación de las diferentes escalas utilizadas para evaluar la CVRS, se busca generar inquietud en la implementación de las mismas en el área de fisioterapia para evidenciar de esta manera, los cambios que se generan en el paciente y en su calidad de vida los diferentes procesos rehabilitadores en los que se apoya el fisioterapeuta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oblitas L. Psicología de la salud y calidad de vida. Segunda edición. Editorial Thomson. 2006. En: http://books.google.com.co/books?id=h88qXwTQ9tIC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
2. Herranz I, Lirio J, Portal E. La actividad física como elemento de participación y calidad de vida en las personas mayores, escritos de psicología, 2013; 6(2): 13-19. En: http://www.erevistas.csic.es/ficha_articulo.php?url=oai_revista521:141&oai_ide_n=oai_revista521
3. Vera-villarroel P, Urzúa A, Silva J, Escala de bienestar de Ryff: análisis comparativo de los modelos teóricos en distintos grupos de edad, Psicología: reflexão e crítica. 2013; 26(1):106-112. En: <http://redalyc2.uaemex.mx/articulo.oa?id=18826165012>
4. García, L., Campos, M. Intervención fisioterapéutica con vendaje neuromuscular en pacientes con cervicalgia mecánica. Un estudio piloto. Fisioterapia. 2012; 34 (5). En: <http://zl.elsevier.es/es/revista/fisioterapia-146/articulo/intervencion-fisioterapica-con-vendaje-neuromuscular-90153312>
5. Uribe, R. Dolor lumbar: una aproximación general basada en la evidencia. Univ. Méd. Bogotá. 2008; 49 (4): 509-520. En: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v49n4/5-DOLOR%20LUMBAR.pdf>
6. Hernández , A., González, A., Rocha, C. Manejo del dolor en una cervicalgia a través de la acupuntura como un coadyuvante en la intervención fisioterapéutica. Umbral Científico 2008; 12: 81-89. En: <http://www.redalyc.org/pdf/304/30401207.pdf>
7. Prada, D, Molinero C, Gómez A, Hernández M, Porro J, López G, Gil Y. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y tratamiento rehabilitador. Rev Cub Reum. 2011; 13 (17). En: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/32>
8. Universidad de la Sabana [Homepage en internet] Chía: Universidad de la Sabana; 2013 [actualizado 24 agosto 2013; consultado 24 agosto 2013]. Disponible en: <http://www.unisabana.edu.co/la-sabana/proyecto-educativo-institucional/pagina-principal/>
9. Urzua M., Caqueo, A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Rev Ter Psicolog. 2012; 30: (1) 61-71. En: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0718-48082012000100006.
10. Lucas-Carrasco r. Versión española del WHOQOL. Majadahonda (Madrid): Ergón, d.l. 1998.
11. Universidad del Cauca. Proyecto educativo del programa de fisioterapia. Facultad de ciencias de la salud Popayán, 2010
12. Seco Calvo, J Et al. Procedimientos fisioterapéuticos aplicados en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con sida. Rev. Fisioterapia [Revista en Internet]. 2008 [citado 2013 Mayo 05]; 30 (2):96-104. En:

<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.unisabana.edu.co/science/article/pii/S0211563808729638>

13. Cuesta Vargas, A.I. Rodríguez Moya, A. Frecuencia de uso de escalas de dolor, incapacidad física y calidad de vida en el estudio de lumbalgia con intervenciones fisioterápicas. *Revista Fisioterapia* 2008;30(4):204–208. En: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211563808000084>
14. Sancho, E. Martín-Nogueras, A., Influencia de la fisioterapia sobre el estado de salud y la calidad de vida del paciente reumático. *Revista Reumatología Clínica*. 2011; 7(4):224–229. En: [http://www.elsevier.es/ficheros/eop/S1699-258X\(10\)00244-5.pdf](http://www.elsevier.es/ficheros/eop/S1699-258X(10)00244-5.pdf)
15. Cott, C. Finch, E. & Cols. The movement continuum theory of physical therapy. *Therapy Canadá. Physiotherapy Canada*. 1995; 47(2).
16. Schwartzmann, L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc. enferm.* [Revista en la Internet]. 2003 Dic [citado 2013 Ago 24] ; 9(2): 09-21. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es) <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>
17. Ramírez, R. Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. *Rev. Colombiana de Cardiología* [revista en Internet]. 2007 [citado 2013 Agosto 21]; 14 (4): 207-222. En: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-56332007000400004&script=sci_arttext
18. Norma ISO/DIS 11228-3. Disponible en: <http://www.semec.org.mx/archivos/congreso11/Pres09.pdf>
19. Orozco Acosta, R., Modelo de intervención fisioterapéutica en desórdenes músculo-esqueléticos. Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano. Grupo de Investigación Salud, Cognición y Trabajo. Universidad del Rosario. Bogotá, 2008. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/10336/3695/1/17941318-2008-34.pdf>
20. Fondo de Riesgos Profesionales. Disponible en: http://www.fondoriesgosprofesionales.gov.co/publicaciones/publicaciones_Tec/NFOEP2003_2005_completo.pdf
21. CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 528 de 1999. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105013_archivo_pdf.pdf
22. American Physical Therapy Association. [Citado 2013 Ago 24], 2013. Disponible en <http://www.apta.org/>
23. Roberts, L., Improving quality, service delivery and patient experience in a musculoskeletal service. *Journal Manual Therapy* [Revista en Internet]. 2013 [citado 2013 Mayo 05]; 18:77-82. En: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1356689X12000963>
24. Lugo, L., García, H., Gómez, C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud sf-36 en Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2005; 24(2): 37-50. En:
25. Cuesta, A., García, J., Labajos, M., González, M. Efectividad clínica de un programa de fisioterapia multimodal complementado con carrera acuática de alta intensidad sobre la lumbalgia. Un estudio con evaluación previa en el

- postest. Rev Fisioter. 2010; 32 (1): 17–24. En: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211563809001643>
26. Rezai, M, Cote, P, Cassidy, D, Carroll, L. The association between prevalent neck pain and health-related quality of life: a cross-sectional analysis. Rev Eur Spine J. 2009;18(3): 371–381. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2899412/>
27. Salo, P, Hakkinen, A, Kautiainen, H, Ylinen, J. Effect of neck strength training on health-related quality of life in females with chronic neck pain: a randomized controlled 1-year follow-up study. Health and Quality of Life Outcomes 2010, 8(48). En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2877013/>
28. Cuesta, A., Galan, A. Relación entre variables físicas y calidad de vida en personas mayores de un programa comunitario de ejercicio físico para la salud. Rev Fisioter. 2009; 8(2): 5 - 14. En: http://www.ucam.edu/revistafisio/numeros/volumen-8/copy_of_numero-1-junio-2009/diagnostico-tratamiento-y-pronostico-del-sindrome-de-latigazo-cervical.-8-1-5-28
29. Navarro, M., Peiro, S., Ruiz, L., Payá, A., Hervás, M., López, P. Calidad de vida tras artroplastia de cadera. Rev Rehab. 2001;35(5):263-269. En: <http://zl.elsevier.es/es/revista/rehabilitacion-120/calidad-vida-artroplastia-cadera-13019561-originales-2001>
30. Picavet, J., Hoeymans, N. Health related quality of life in multiple musculoskeletal diseases: SF-36 and EQ-5D in the DMC3 study. Ann Rheum Dis 2004; June; 63(6): 63:723–729. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1755044/>
31. Vinaccia S, Tobón S, Moreno Sanpedro E, Cadena J, Anaya JM. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. International Journal of Psychology and Psychological Therapy 2005; 545-59. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56050104>.
32. Vilagut G, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos Gac Sanit. 2005;19(2):135-50. En: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13074370&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=138&ty=52&accion=L&origen=zonadelectura&web=http://zl.elsevier.es&lan=es&fichero=138v19n02a13074370pdf001.pdf
33. Rivera Navarro, J Et al. Repercusiones en la calidad de vida en pacientes con espondilitis anquilosante mediante tratamiento fisioterápico. Rev. Fisioterapia [revista en Internet]. 2005 [citado 2013 Septiembre 2]; 27(3):138-145. En: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211563805734295
34. S.-E. Soh et al. Measuring quality of life in Parkinson's disease: selection of an appropriate health-related quality of life instrument. Rev. Physiotherapy [revista en Internet]. 2011 [citado 2013 Septiembre 2]; (97):83–89. En: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031940610000623>
35. Schröder, G Et al. Effects of physical therapy on quality of life in osteoporosis patients - a randomized clinical trial. Journal Health and Quality of Life Outcomes [revista en Internet]. 2012 [citado 2013 Septiembre 5]; 10:101) En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3511275/>

36. Zidarov, D., Swaine, B., Gauthier-Gagnon, C. Quality of Life of Persons With Lower-Limb Amputation during Rehabilitation and at 3-Month Follow-Up. *Journal Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* [revista en Internet]. 2009 [citado 2013 Septiembre 5]; (90):634-645. En: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000399930900077X>
37. Tuesta Molina, R. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. *Revista Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* [revista en Internet]. 2005 [citado 2013 septiembre 5]; 21:76-86. En: http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/21/8_La%20Calidad%20de%20Vida.pdf
38. Martín-Nogueras AM, Calvo-Arenillas JI. Eficacia del tratamiento de fisioterapia en la mejora del dolor y la calidad de vida en pacientes con fibromialgia. [revista en Internet. 2012 Julio [citado 2013 Ago 25] ;46 (3): 199-206. En: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S004871201200062X
39. Cuesta, A., García, J., Labajos, M., González, M. Patología musculoesquelética y ejercicio terapéutico: eficacia e implantación. *Rev.int.med.cienc.act.fís.deporte*. 2010; 10:(40)594-608.
40. Murciano, R., Yöchler, A., Fernández, A., Derecho, E., Felkar, A., Bouret, D., Risk, M. Programa de rehabilitación en artrosis avanzada de rodilla. *Rev Arg Reum*. 20(2): 29.
41. Escortell, E. Efectividad de la Terapia Manual y de la Electro estimulación Nerviosa Transcutánea en la reducción del dolor en pacientes con cervicalgia mecánica: Ensayo clínico aleatorio en atención primaria. 2012
42. Espejo, L., Cardero, M., Caro, B., Tellez, G. Efectos del ejercicio físico en la funcionalidad y calidad de vida en mayores institucionalizados diagnosticados de gonartrosis. *Rev Esp Geriat*. 2012; 47(6): 262-265. En: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X11002113>
43. Cuesta, A., González, M., Casuso, M. Effect on health-related quality of life of a multimodal physiotherapy program in patients with chronic musculoskeletal disorders. *Journal Health and Quality of Life Outcomes* [revista en Internet]. 2013 [citado 2013 Septiembre 5]; 11:19. En: <http://search.proquest.com.ezproxy.unisabana.edu.co/docview/1289076637/fulltextPDF/1412DBD6AFA5153C64C/2?accountid=45375>