

ADAPTACIÓN CULTURAL Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO COPCORD
PARA LA DETECCIÓN DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN LA POBLACIÓN
INDIGENA MISAK.

JUAN DAVID OROZCO BURBANO
ALEX JHONIER IMBACHI SALAMANCA

TRABAJO DE GRADO

ESTUDIANTES POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA

Asesor científico:

Dra. ANA ISABEL OSPINA CAICEDO
Esp. en Medicina Interna- Reumatología

Asesor metodológico:

Dra. BEATRIZ EUGENIA BASTIDAS
Esp. en Epidemiología General. Esp. en Salud Familiar

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA
POPAYÁN - CAUCA
2021

ADAPTACIÓN CULTURAL Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO COPCORD
PARA LA DETECCIÓN DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN LA POBLACIÓN
INDIGENA MISAK.

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA INTERNA**

Investigadores principales:

JUAN DAVID OROZCO BURBANO
ALEX JHONIER IMBACHI SALAMANCA
Estudiantes Especialización en Medicina Interna

Asesor científico:

Dra. ANA ISABEL OSPINA CAICEDO
Esp. En Medicina Interna- Reumatología

Asesor metodológico:

Dra. BEATRIZ EUGENIA BASTIDAS
Esp. en Epidemiología General. Esp. en Salud Familiar

Coinvestigadores:

Dra. Ingris Peláez Ballestas
Ft. María Verónica Torres
Antrop. Edgar Alfonso Castro

Semilleros: Diana Karolina Rodríguez, Jorge Andrés Rosero Narváez, Brayan
Reyes Burgos, Giovanna Maritza Cortés Bolaños.
Taita Floro Tunubalá

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA
2021

NOTA DE ACEPTACIÓN

Asesor científico:
Dra. ANA ISABEL OSPINA CAICEDO

Asesor metodológico:
Dra. BEATRIZ EUGENIA BASTIDAS

Popayán, agosto 2021

DEDICATORIA

A Dios por la vida y por regalarnos el don de la motivación y esfuerzo para sacar adelante este proyecto.

A nuestros padres y hermanos, pilar fundamente para el desarrollo de este proyecto y motivación en cada momento de esta Carrera.

A Karen y María Camila nuestros pilares en momentos agradables y difíciles durante todo este trayecto formativo, investigativo y de vida.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer primero a Dios por el suspiro con el que nos otorgó la vida y la esperanza de lograr un mejor mundo, a nuestra familia por ser el motor que nos impulsa a alcanzar nuestros sueños y objetivos. Agradecer también a la Universidad del Cauca, alma mater que nos acogió como estudiantes y nos brindó el camino hacia la profesión que nos apasiona y motiva. A la Vicerrectoría de Investigaciones por la oportunidad de realizar nuestro proyecto y por el financiamiento para llevarlo a cabo. Al departamento de Medicina interna, Medicina social y salud familiar y fisioterapia quienes han conformado todo un equipo de trabajo que ha procurado este trabajo de grado. Al semillero de investigación Posteris Lumen, por permitirnos trabajar con algunos de sus mejores estudiantes que han puesto todo su esfuerzo en cumplir los objetivos de este trabajo.

Asimismo, extendemos nuestro profundo agradecimiento al Hospital Mamá Dominga y a todos sus funcionarios, quienes nos recibieron con amabilidad, respeto y cariño, dispusieron su trabajo, esfuerzo y gestión para poder desarrollar este gran proyecto. Sin duda a toda la comunidad Misak, resguardo indígena de Guambia, al cuerpo de docentes y especialmente a Taita Floro Tunubalá y Mama Ascensión Velasco, quienes nos abrieron la puerta de su milenaria comunidad, extendiéndonos su ayuda y amistad.

TABLA DE CONTENIDO

	pág.
1. RESUMEN	7
2. INTRODUCCIÓN	8
3. MARCO TEORICO	10
4. OBJETIVOS	15
5. METODOLOGÍA	16
5a. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	16
5b. POBLACIÓN Y MUESTRA	16
5c. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN	
5d. ANÁLISIS DE DATOS	
5e. CONSIDERACIONES Y AVAL ÉTICO	
6. RESULTADOS	24
7. DISCUSIÓN	29
8. CONCLUSIONES	31
9. BIBLIOGRAFÍA	33
10. ANEXOS	38

1. RESÚMEN:

Introducción: Los malestares musculo esqueléticos (MSK) y las enfermedades reumatológicas son un conjunto de patologías, que generan una importante limitación en la funcionalidad de quienes padecen esta condición, con un alto impacto en la calidad de vida. **Objetivo:** Validar la metodología del Programa orientado a la comunidad para el control de enfermedades reumáticas (COPCORD) en la Población MISAK de una manera culturalmente sensible. **Materiales y métodos:** Para realizar una validación del cuestionario COPCORD en español, se realizó una traducción al nam trik wam, (lenguaje nativo del pueblo Misak) y posterior retro traducción, con el apoyo de traductores bilingües. La encuesta se aplicó a los participantes con dolor, rigidez o hinchazón en cualquier articulación en los 7 días previos, o en cualquier momento de la vida. Al confirmarse el diagnóstico de una enfermedad musculoesquelética los participantes fueron examinados por médicos internistas o residentes de Medicina interna y al final por un reumatólogo. **Resultados:** De 106 personas, un 58,5% fueron mujeres, con una edad promedio de 45,4 años. En los últimos 7 días 51 personas (48,1%) manifestaron tener dolor musculoesquelético y solo 7 (44,3%) reportaron dolor en algún momento de su vida. Para el manejo de dolor asociado a esta condición, solo un 53,1 % de la población uso algún medicamento, siendo los medicamentos tradicionales los mayoritariamente usados (34,4%). El cuestionario COPCORD Misak evidenció una sensibilidad del 63,3%, una especificidad del 80,3%, una razón de verosimilitud positiva de 3,2 y un área bajo la curva de 0,71 para la detección de trastornos musculoesqueléticos. **Conclusiones:** La estrategia COPCORD es una herramienta válida culturalmente sensible para el cribado de MSK y enfermedades reumatológicas en el pueblo Misak.

2. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades reumáticas constituyen una causa importante de morbilidad en la población general. Son más de 150 padecimientos que producen grados variables de dolor, deformidad e incapacidad (1). En general estas enfermedades no aumentan la mortalidad a corto plazo y por ello no se toman en cuenta en las prioridades de salud y educación. Sin embargo, se reconoce cada vez más su influencia en el deterioro de la calidad de vida de los individuos afectados, de las familias involucradas y la afectación a la sociedad en general. Siendo elevados los costos directos e indirectos al sistema de salud producidos por las enfermedades reumáticas (2).

Durante la década de 1980, la OMS y la ILAR (liga internacional contra el reumatismo) llevaron a cabo el Programa de Control de las Enfermedades Reumáticas Orientado hacia la Comunidad (COPCORD), un estudio práctico de gran amplitud que se originó dentro de la región atendida por la Liga contra el Reumatismo en Asia y el Pacífico. El estudio abarcó Australia, Filipinas, Indonesia y Malasia, y tuvo por finalidad evaluar la frecuencia del dolor e incapacidad causados por el reumatismo, como también la historia natural de las enfermedades reumáticas en más de 10000 personas de zonas rurales y urbanas (3). Existe interés respecto al comportamiento de las enfermedades reumáticas en pueblos indígenas u originarios, dado el conocimiento de un peor pronóstico de algunos MSK y enfermedades reumatológicas, como el lupus eritematoso sistémico (LES) y Artritis reumatoide (AR) en esta población (4). Por lo cual, en 2009, el Doctor Bernardo Pons y su equipo inician el trabajo de exploración con la estrategia COPCORD en el pueblo QOM de Argentina, y en sucesiva México y Venezuela se unen al objetivo de conocer la epidemiología, datos antropológicos y genéticos relacionados con las enfermedades reumáticas en otros pueblos indígenas. En Colombia, se ha aplicado la estrategia COPCORD, estableciendo una prevalencia de MSK y enfermedades reumatológicas entre un 48% y 73%, no obstante, no se incluyó población indígena (5). Según el censo nacional colombiano del 2018, esta población tuvo un crecimiento de 36,8%, constituyendo el 4,4% del total del país, y el Cauca es el segundo departamento que alberga la mayor cantidad de ellos (6), lo cual hace necesario la evaluación de los MSK y enfermedades reumatológicas en esta población.

La comunidad Misak está representada por aproximadamente 22.000 personas de las cuales el 65% manifiesta hablar la lengua local *nam trik wam* de manera fluida (6,7), lengua en peligro de extinción que necesita fortalecerse, como lo propone la ley 1381 de 2010 (ley de lenguas nativas) (8). Por ende, se requiere un proceso de adaptación de instrumentos como el COPCORD, al contexto sociocultural, ya que la percepción de salud/enfermedad puede variar por la incidencia de patrones culturales, creencias, preferencias en el cuidado médico o por la dificultad para acceder a los diferentes niveles de atención médica (9), además se requiere ampliar la información epidemiológica sobre enfermedades reumáticas en la población indígena del país.

El presente estudio tiene como propósito adaptar con sensibilidad cultural y validar el instrumento COPCORD en la población Misak, debido a la alta frecuencia de los MSK previamente reportados. Esto con el fin de contribuir a la realización de un tener un registro de los trastornos más prevalentes, realizar un diagnóstico precoz y así poder realizar su posterior tratamiento, además, generar un referente nacional para los procesos afines en otros grupos nativos de Colombia, reforzando la importancia de la cultura y legado de estas poblaciones en la actualidad.

Pregunta de investigación

¿Es factible realizar una adaptación al lenguaje *nam trik wam* y una validación culturalmente sensible de la estrategia COPCORD en la población Misak para lograr una caracterización de los trastornos musculoesqueléticos y enfermedades reumatológicas más frecuentes de esta población?

3. MARCO TEORICO

Los MSK y las enfermedades reumáticas son un grupo diverso de enfermedades que comúnmente afectan las articulaciones pero que pueden afectar a cualquier órgano del cuerpo. Existen más de 200 MSK que producen grados variables de dolor, deformidad e incapacidad, las cuales son originados principalmente por alteraciones a nivel inmunológico (autoinmune). Aunque también se han asociado a condiciones inflamatorias, infecciosas o degenerativas, las cuales tienden a cronificar y empeorar con el tiempo (10,11).

Los MSK y las enfermedades reumáticas, se caracterizan por la presencia de dolor y pérdida de la función física en el cuerpo, que limita las actividades de una persona y restringe su participación en la sociedad. Aproximadamente el 10% de la población general padece alguna enfermedad reumática. En Estados Unidos, son las responsables de más de cinco millones de personas con alguna limitación funcional, dos millones sean incapaces de llevar a cabo actividades físicas importantes y más de un millón tengan incapacidad total para desarrollar sus actividades diarias. Estas enfermedades ocupan uno de los primeros 10 motivos de invalidez total en países como EUA, Canadá y México. A su vez incurren en una carga global de aproximadamente 150,000 años de vida ajustados por discapacidad (por sus siglas en ingles DALYs: disability-adjusted life years). Por otro lado, afectan a las sociedades por la pérdida del trabajo, las pensiones de invalidez, la jubilación anticipada y la creciente necesidad de apoyo social (1,12,13).

La Encuesta de Salud de Ontario de 1990 consistió en la realización de una muestra domiciliaria estratificada en 45,650 individuos mayores de 16 años que completaron una entrevista y un cuestionario autoadministrable. Los principales resultados indican que las enfermedades músculo-esqueléticas fueron las más comunes entre las enfermedades crónicas. Del 55% de sujetos quienes informaron padecer una enfermedad crónica, el 40% eran enfermedades músculo-esqueléticas. Estas enfermedades fueron identificadas como la causa más frecuente de discapacidad crónica con una prevalencia de 4.6%.

En el estudio de 2010 de la Organización Mundial de la Salud Global Burden of Disease, el dolor lumbar, fue la principal causa de años vividos con discapacidad en el mundo, el dolor de cuello la cuarta causa y otros trastornos musculoesqueléticos la quinta; La osteoartritis (OA) pasó del puesto 15 en 1990 al 11 en 2010 en Europa occidental (14,15).

Para el conocimiento de estas condiciones, se ha desarrollado la metodología COPCORD, el cual es un acrónimo que significa "programa orientado a la comunidad para el control de enfermedades reumáticas". Esta metodología surgió en Filipinas, como iniciativa de ILAR (Liga Internacional de Asociaciones de Reumatología) / OMS hacia 1980, con el fin de recopilar datos sobre 'dolor y discapacidad' de las MSK y enfermedades reumatológicas, con un enfoque en las economías de base en desarrollo. El énfasis en las encuestas de población es registrar los síntomas (en particular el dolor y la discapacidad) en lugar de las enfermedades y los síndromes. Las habilidades clínicas y epidemiológicas de campo, más que una investigación elaborada, han sido la base del enfoque diagnóstico. Por lo tanto, la misión de esta estrategia es la de medir la carga de dolor, artritis y discapacidad en la comunidad con el objetivo de mejorar la salud musculoesquelética a través de la educación para la salud y la estrategia médica preventiva y de control (16,17).

Esta metodología, ha sido usada previamente en otros grupos poblacionales con el fin de establecer un registro epidemiológico estandarizado de las enfermedades reumáticas, el cual consta de tres etapas: 1) aplicación de una encuesta comunitaria para detectar a los pacientes con sospecha de MSK y enfermedades reumatológicas (COPCORD positivos), a fin de que sean evaluados por médicos, así como detectar enfermedades reumáticas; 2) creación de estrategias educativas y divulgación de tratamiento de las patologías más prevalentes; y 3) generación de estrategias de control y prevención con enfoque en los factores de riesgo identificados.

El cuestionario tiene varias secciones, las cuales incluyen: explicación del estudio y consentimiento informado, información demográfica, dolor reciente (últimos siete días), dolor histórico (alguna vez en su vida), localización anatómica del dolor sobre una figura del cuerpo humano, severidad del dolor (evaluado mediante las categorías intenso, fuerte, moderado, poco o suave, nada de dolor), duración del dolor, búsqueda de atención, diagnóstico previo, tratamiento recibido, limitación funcional, capacidad funcional medida por el cuestionario HAQ-DI (acrónimo en

inglés HAQ-DI: The Health Assessment Questionnaire Disability Index), historia de comorbilidades, situación económica y, finalmente, un apartado sobre la evaluación del cuestionario y sugerencias (16).

Una de las condiciones importantes en la estrategia COPCORD, es la evaluación de la funcionalidad, para la cual existen diversas escalas. Una de ellas, el HAQ-DI, consta de 20 elementos que miden las discapacidades físicas durante la última semana previa a la aplicación del cuestionario, divididas en ocho áreas: vestirse y arreglarse, levantarse, comer, caminar, higiene, alcance, agarre y actividades. Cada ítem se califica en una escala de calificación de 4 puntos: 0 (sin dificultad), 1 (con alguna dificultad), 2 (con mucha dificultad) y 3 (no se puede hacer) (9). En cada una de las 8 áreas se escoge el ítem de mayor puntuación; posteriormente se suman las puntuaciones y se dividen entre ocho para obtener el resultado final del índice de discapacidad (Tabla 1).

Para Colombia, en el año 2018 se aplicó la estrategia COPCORD, incluyendo un total de 6.528 personas encuestadas de las 6 ciudades principales, dado que representan el 80% de la población del país, entre las incluidas estaba Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga y Cúcuta, con un mayor grupo de población para la ciudad de Bogotá (2336 encuestados). Del total de la muestra un 64% fueron mujeres, el dolor no asociado con trauma fue reportado por el 48% de los participantes, siendo los sitios más frecuentes de dolor manifiesto; rodillas (35%), manos (26%), columna lumbar (20%) y hombros (16%). Para los MSK y enfermedades reumatológicas se ha establecido una prevalencia entre 48% y 73% por medio de esta metodología. Por otro lado, La artritis reumatoide y la lumbalgia crónica inflamatoria fueron las condiciones inflamatorias más comunes (5).

La mayoría de los registros, se han obtenido de población no indígena, con un importante déficit de publicaciones sobre el impacto epidemiológico y los determinantes de las enfermedades reumáticas en las poblaciones indígenas de América Latina, limitando el desarrollo e implementación de intervenciones específicas para reducir la carga que imponen las enfermedades reumáticas en estas poblaciones. Actualmente se ha tomado un interés sobre la población indígena y la presencia de estas condiciones, dado por previos registros genéticos y epidemiológicos, donde se ha documentado que algunas de estas enfermedades, como la AR, ocurren con mayor prevalencia y/o gravedad en estas poblaciones (17).

Previamente estas estrategias se han aplicado en comunidades indígenas por parte de GLADERPO, con características y hallazgos relevantes y diferentes a cada población estudiada. En México, en 2012, se realizó con población indígena maya-yucatecos mayores de 18 años con un total de 1523 sujetos evaluados. De esta población, la edad media fue de 45,2 años, siendo 917 (60,2%) mujeres, 592 personas (38,8%; IC del 95%: 36,3-41,3%) habían experimentado dolor en los últimos 7 días. Por otro lado, los diagnósticos más comunes fueron los síndromes de dolor regional reumático en 165 (10,8%; IC 95% 9,4-12,5), lumbalgia en 153 (10,0%; IC 95% 8,5-11,6), osteoartritis en 144 (9,4%; IC 95% 8,0– 11,0), fibromialgia en 35 (2,2%; IC 95% 1,6-3,1), artritis reumatoide en 17 (1,1%; IC 95% 0,6-1,7), artritis indiferenciada en 8 (0,5%; IC 95% 0,2-0,8), y gota en 1 (0,06%; IC 95% 0,001-0,3) pacientes. Respecto a los factores socioeconómicos, la edad avanzada, el sexo femenino, la discapacidad y el trabajo físicamente exigente se asociaron con una mayor probabilidad de tener una enfermedad reumática (18).

En Venezuela en 2016, también se aplicó esta estrategia, mediante un estudio transversal, analítico y comunitario, se aplicó la estrategia COPCORD a 1537 sujetos indígenas ≥ 18 años pertenecientes a las poblaciones indígenas Warao, Kariña y Chaima del estado Monagas, Venezuela, con una previa validación transcultural. De esta población un 38,6% fueron hombres para una edad media $41,4 \pm 17,5$ años. De los pacientes reportados como COPCORD positivos, el dolor se presentó con mayor frecuencia en rodilla, espalda y las manos. Respecto a las MSK y enfermedades reumáticas más frecuentes se destacaron la osteoartritis (14,1%), dolor de espalda (12,4%), síndromes de dolor regional reumático (9,7%), artritis indiferenciada (1,5%), artritis reumatoide (1,1%) y fibromialgia (0,5%) (19).

En Ecuador, se realizó un estudio observacional, para evaluar la calidad de vida se usó el cuestionario EQ-5D-3L (EuroQoL). En el estudio se evaluaron 2687 individuos mayores de 18 años de la población Saraguro. En los resultados, se documentó una edad media de 44 años, el 62,9% de los participantes eran mujeres. Del total de evaluados, 1244 (46,3%) manifestaron dolor MSK y enfermedades reumatológicas, siendo las condiciones más prevalentes; el dolor lumbar (9,3%), osteoartritis de la mano (OA, 7,2%), artrosis de rodilla (6,5%), síndrome de dolor regional reumático (5,8%), fibromialgia (1,8%) y artritis reumatoide (1,3%). Dentro de los factores socioeconómicos, en esta población se asoció una menor calidad de vida y la presencia de estas condiciones con un menor nivel educativo, el desempleo y cocinar con leña (20).

Colombia es el 10 país con mayor población indígena en Latinoamérica, según CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), estimando un aproximado de 102 comunidades indígenas (21). El Cauca es el segundo departamento colombiano con mayor población indígena (6,22). Los Misak o guámbianos, uno de los pueblos indígenas más numerosos del territorio caucano, los cuales habitan en seis resguardos indígenas: Ambalá, Guambia, Kisgó, Pitayó, Quichaya y Tumburao. La mayoría de estos viven en el resguardo indígena de Guambia, ubicado al Nororiente del Municipio de Silvia Cauca, en la vertiente occidental de la cordillera central. Región lluviosa y fría, con altitud entre 2.500 y 3.500 metros sobre el nivel del mar, temperatura promedio de 12°C y 22.000 habitantes. Se auto definen como *Piurek o Hijos del Agua* (mito Misak), es decir, nacidos de la naturaleza. *La Madre Tierra* para ellos es el eje central de su cultura y de hecho son agricultores andinos (22,23,24). Como parte de sus tradiciones han generado conocimientos y procedimientos para el tratamiento de diferentes enfermedades, una de ellas la AR.

Existen investigaciones sobre enfermedades reumáticas en el pueblo Misak. En una de ellas estudiaron ocho familias con AR y encontraron la presencia del alelo caucásico DRB1*0404 que no se había informado en otros amerindios de Colombia ni de América Latina (25). Otro estudio, hecho por Fernández M. en un centro hospitalario de referencia del departamento del Cauca, caracterizó clínica y sociodemográfica los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) entre 2011-2012, y encontró que, de un total de 72 pacientes, 7 (9.7%) eran indígenas (26).

Ante la necesidad de ampliar información epidemiológica sobre enfermedades reumáticas en la población indígena del país, GLADERPO Colombia tiene como objetivo adaptar y validar el instrumento COPCORD en la población Misak, y generar un referente nacional para los procesos afines en otros grupos nativos.

4. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

- Adaptar y validar, de forma culturalmente sensible, la metodología del Programa orientado a la comunidad para el control de enfermedades reumáticas (COPCORD) en la comunidad indígena Misak de Colombia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Adaptar la metodología COPCORD a través de una traducción del cuestionario al lenguaje nam trik wam y posteriormente una retro traducción al español
- Caracterizar los aspectos sociodemográficos, clínicos y funcionales de la población a estudio.
- Establecer la sensibilidad y especificidad del cuestionario COPCORD, para detectar MSK y enfermedades reumáticas en la población Misak
- Determinar la validez interna del cuestionario COPCORD para la detección de MSK y enfermedades reumáticas en la población Misak.

5. METODOLOGÍA

a. Diseño de investigación

Investigación cuantitativa con diseño descriptivo, retrospectivo (por la valoración del dolor en los últimos siete días) y de corte transversal (por la valoración en el momento de la aplicación del instrumento). Se encuentra enmarcado dentro de los estudios de tamizaje con adaptación y validación del instrumento a lengua nativa de la población donde se realiza la investigación.

b. **Población y muestra:** Población > a 18 años pertenecientes al pueblo Misak, pertenecientes al resguardo de Guambia, municipio de Silvia, Cauca. El tamaño muestral se calculó a conveniencia con población de 11 veredas de una de las zonas de Guambia (Guambia Nueva); se estimó la inclusión de al menos 100 encuestas, basados en las menciones propuestas por Terwee et al. para la validación de cuestionarios sobre el estado de salud.

Criterios de inclusión

- Sujetos mayores de 18 años pertenecientes a la comunidad Misak, residentes en el resguardo de Guambia con la capacidad de aceptar de manera voluntaria la aplicación del cuestionario COPCORD.
- Individuos con capacidad cognitiva suficiente para aceptar la participación del cuestionario y para la comprensión adecuada de los interrogantes del cuestionario.

Criterios de exclusión

- Sujetos que aceptaran de manera verbal la realización del cuestionario, pero no firmaran el consentimiento informado.
- Sujetos pertenecientes a la comunidad Misak, pero que habitaran temporalmente en el resguardo de Guambia o planearan a corto plazo trasladarse a una zona diferente de residencia.

- Paciente con cuestionario positivo en el filtro 1, pero que no aceptará a seguir siendo evaluado por filtro 2 y 3.

c. Técnicas de recolección

Se realizaron una serie de pasos con el fin de lograr el objetivo de la retro traducción. La versión inicial para adecuar y traducir al español colombiano se obtuvo de la versión COPCORD en español mexicano usado en el pueblo maya yucateco, además, se estableció incluir el contexto cultural del pueblo Misak. Para ellos, se realizaron algunos ajustes, entre ellos el lenguaje, escalas de valoración del dolor, opciones terapéuticas y algunas recomendaciones de la comunidad, posteriormente se realizó la operacionalización de las variables (Anexo 3).

Al realizarse el ajuste y finalizar la versión en español colombiano, se inició el proceso de siete pasos para la consecución de la versión final, con base en las propuestas de Beaton; los cuales comprenden 1) traducción; 2) síntesis de la traducción; 3) retro traducción; 4) revisión por un comité experto; 5) evaluación de la versión pre-final; 6) revisión del documento por investigadores y personas de la comunidad; y 7) establecimiento de una versión final del cuestionario.

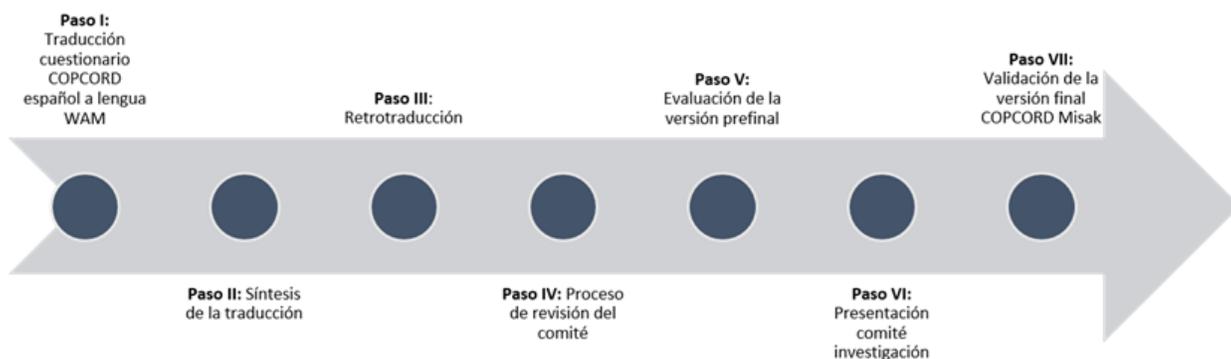


Figura 1. Pasos del proceso de validación de la estrategia COPCORD en la población Misak.

A continuación, se con amplia con detalle de los pasos aplicados:

Paso 1: Traducción del cuestionario: Se seleccionaron tres traductores bilingües pertenecientes a la comunidad Misak de manera aleatoria, quienes realizaron de manera independiente una traducción escrita y oral del español al nam trik wam del documento COPCORD Maya/Mixteco.

Paso 2: Síntesis de la traducción: Se realizó una reunión entre los tres traductores y representantes del grupo de investigación, se analizaron las tres traducciones realizadas y se resolvieron dudas. Posteriormente estableció una versión 1 del cuestionario COPCORD Misak mediante consenso. Esta versión se aplicó a 5 personas monolingües de la comunidad para verificar su comprensión.

Paso 3: Retro traducción: dos traductores bilingües pertenecientes a la comunidad Misak (diferentes a los traductores del paso 1), realizaron de forma independiente una retro traducción de la versión 1 del cuestionario COPCORD Misak de la lengua nam trik wam al español.

Paso 4: Proceso de revisión del comité: Se realizaron sesiones de discusión entre representantes del grupo de investigación, los traductores del paso 1 y 3, un lingüista de la comunidad y un antropólogo para obtener la versión 3 del cuestionario, verificando una semántica culturalmente apropiada, equivalencia idiomática, conceptual y cultural.

Paso 5: Evaluación de la versión pre final: Se encuestaron 20 personas monolingües nam trik wam con la versión 3 del cuestionario, para revisar que durante el proceso de diligenciamiento del instrumento se asegurará la accesibilidad y el respeto por las tradiciones y costumbres de los Misak.

Paso 6: Presentación de comité de expertos e investigadores participantes: Se realizó una reunión de los traductores, lingüista de la comunidad, antropólogo y grupo investigador, se tuvieron en cuenta los comentarios, sugerencias y recomendaciones para establecer una versión final del documento.

Paso 7: Validación de la versión final: El propósito de esta fase del proyecto fue evaluar todas las características físico-métricas del COPCORD Misak. Se aplicó la versión final del cuestionario a una muestra de 100 individuos seleccionados por conveniencia dentro de la comunidad indígena. El tamaño muestral fue establecido para alcanzar la medición de la consistencia interna y validez del cuestionario.

Se obtuvieron al final dos cuestionarios, la versión en español y en nam trik wam (Anexo 1 y 2)

Para la aplicación del cuestionario final se hicieron tres grupos de trabajo, cada uno compuesto por 3 encuestadores que eran profesores bilingües de la comunidad Misak, quienes fueron entrenados en la aplicación del cuestionario y en la metodología COPCORD. Cada grupo hizo las correspondientes entrevistas casa por casa, a individuos mayores de 18 años que voluntariamente decidieron participar apoyados por un estudiante de medicina, quienes conformaban el grupo de investigación 1 o Filtro 1, quienes posterior a la realización de la encuesta estipulaban si este era COPCORD positivo o negativo. Los positivos, eran aquellas personas que al realizar el cuestionario manifestaban: dolor, inflamación o rigidez durante los últimos 7 días, en cualquier momento durante su vida.

Si estos eran positivos, eran evaluados posteriormente por un internista o residente de medicina interna entrenado junto con un fisioterapeuta (Filtro 2), quienes analizaban la información determinando si era negativo o positivo para MSK o enfermedad reumatológica. Al final los positivos eran evaluados por un reumatólogo (filtro 3), quienes estipulaban si el caso era negativo o sospechoso (Figura 2).

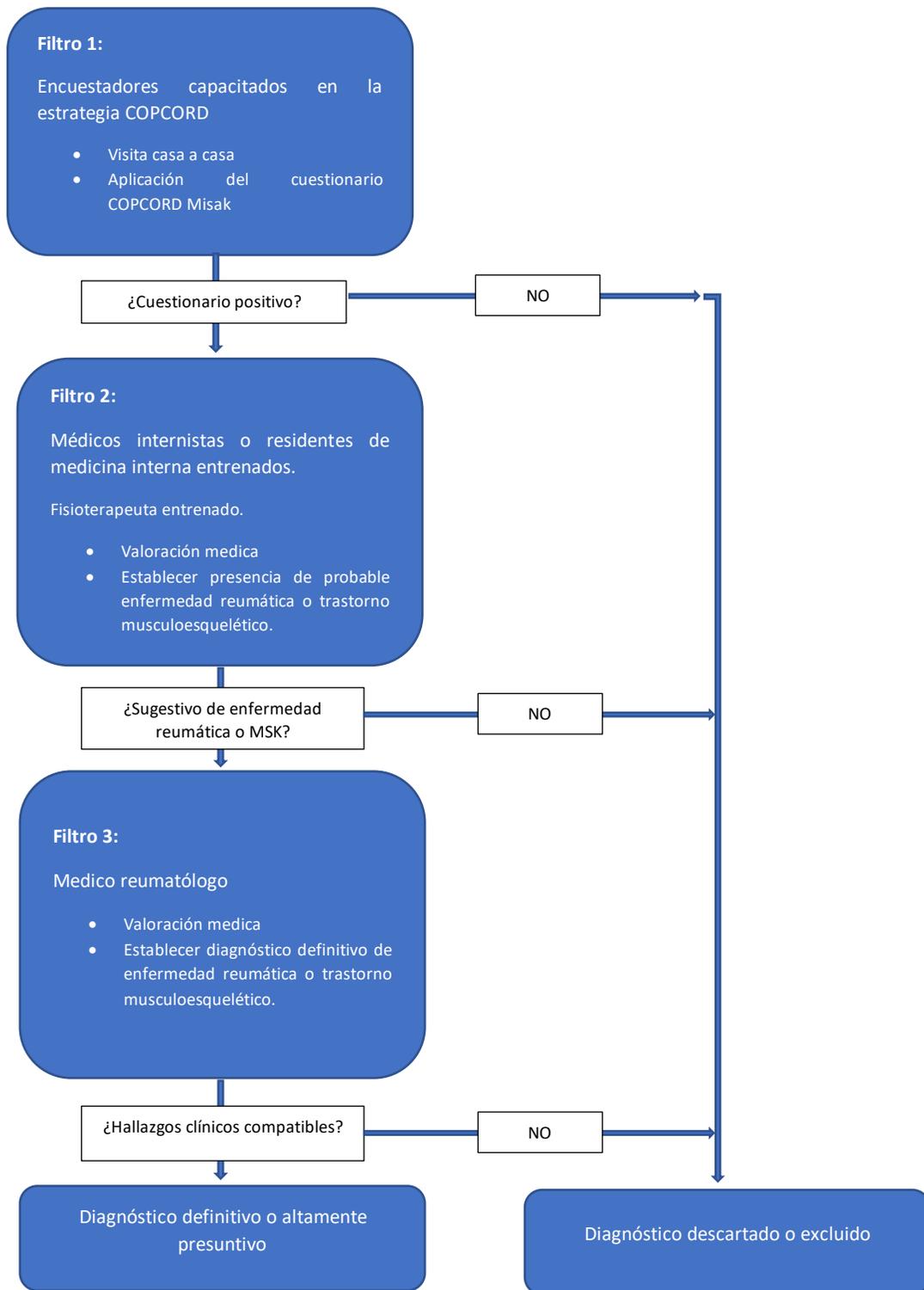


Figura 2. Flujo de pasos aplicados para el cuestionario COPCORD Misak.

d. Análisis de los datos

En el presente trabajo se realizó el análisis por medio de estadísticas descriptivas de todas las variables del estudio, las cuales se informaron como medidas de tendencia central, dispersión y proporciones para las variables dicotómicas u ordinales. Por otra parte, para medir la consistencia interna y la dimensionalidad se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach; los valores superiores a 0,70 se tomaron como unidimensionales, y los menores a este punto de corte se interpretaron como multidimensionales. Para las dimensiones del cuestionario, se elaboraron matrices de correlación.

Para la validez de constructo, se realizó una comparación entre los MSK y las enfermedades reumatológicas con el tratamiento médico y la valoración clínica del reumatólogo o filtro 3. Además, para evaluar el desempeño del COPCORD Misak como prueba de tamización, se realizó una comparación entre la sintomatología del dolor (en los últimos 7 días y el dolor histórico) con la valoración clínica y el diagnóstico final proporcionado por el filtro 3 o reumatólogo. Esto por medio de la valoración de la sensibilidad, la especificidad, el cociente de probabilidad, las áreas bajo la curva (ABC) y sus intervalos de confianza del 95% (IC). Todos estos análisis, se realizaron por medio del programa estadístico Stata v.12.0 (Stata Corp, College Station, TX, EE. UU.).

e. Consideraciones éticas, consentimiento informado y aval ético

La presente investigación respetó las normativas vigentes para la aplicación de estudios con población, entre ellos el Código de Núremberg y la Declaración de Helsinki. Se tuvo en cuenta, además los principios de bioética: la beneficencia y la justicia. Por medio de la resolución 13437 de octubre de 1991 del Ministerio de Salud en su artículo 8, que enaltece el derecho a que se le respete al paciente la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar, así como al compromiso por parte de los investigadores a respetar el derecho a desistir de su participación en el presente estudio, situaciones que fueron explicadas antes de aplicar a realizar todo el cuestionario COPCORD. Se tuvo en cuenta también, la Resolución 8430 de 1993

del Ministerio de Salud de Colombia, quien establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Este proyecto se encuentra registrado en la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad del Cauca (ID 5083 - Resolución 0329 de marzo del 2019) y fue avalado por el comité de ética en sesión de abril del 2019. Para su realización recibió el aval y la divulgación de los resultados por parte del Cabildo Indígena el Resguardo de Guambia, mediante formato de aspectos éticos para investigaciones en comunidades/grupos étnicos, comunicado a la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad del Cauca mediante oficio del día 14 de noviembre del 2018, en el que, además, se exhibe el compromiso de la comunidad para la participación en el proyecto de investigación.

Riesgos:

El presente trabajo, es de bajo riesgo para los participantes al tratarse de un estudio observacional, en el cual no se realizará intervenciones sobre los pacientes y se limitará a recolectar la información del cuestionario COPCORD. El riesgo de manejo de la información es bajo, la información será manejada y custodiada exclusivamente por el grupo de investigación y no se utilizará para fines fuera de los del presente estudio.

Confidencialidad:

No se utilizará los datos de identificación del paciente para el presente estudio, dentro del instrumento de recolección de información se incluirá un número de identificación y teléfono personal o contacto, pero estos no serán incluidos dentro del análisis de datos ni será publicado con los resultados. La información recolectada será de uso exclusivo para la presente investigación y no podrá ser usada con otros fines o en investigaciones diferentes y será resguardada por el grupo de investigación.

A continuación, se menciona el consentimiento informado plasmado en el cuestionario para obtener el consentimiento y posterior aplicación:

Los reumatismos se definen como las enfermedades que afectan a las articulaciones o coyunturas. Estas afectan a un grupo importante de la población general. El objetivo de este proyecto de investigación es obtener información sobre la frecuencia con la que se presentan los malestares musculoesqueléticos (como la Artritis Reumatoide), en los indígenas Misak mayores de 18 años que

viven de base en el resguardo de Guambia. Esto ayudará a entender la manera en que estas enfermedades afectan las actividades diarias de las personas y el tipo de atención y servicios que pudieran ser más útiles para mejorar su calidad de vida. Este cuestionario está diseñado para proporcionar información acerca del grado de dolor e incomodidad que haya tenido en las articulaciones (coyunturas) en caso de haber tenido molestias así, la capacidad para funcionar diariamente, sus antecedentes, su historia de trabajo, y tratamientos que haya recibido. Toda información obtenida será confidencial. Su participación es voluntaria y puede hacer todas las preguntas sobre las dudas que tenga. Puede retirarse del estudio en el momento que desee. En caso de tener algún reumatismo se le orientará sobre lo que debe hacer para recibir una atención médica para que inicie tratamientos para su enfermedad.

¿Desea usted libremente participar en esta Encuesta?

Si _____ No _____

Nombre _____

Firma _____

6. RESULTADOS

Se entrevistaron y valoraron un total de 106 personas pertenecientes al resguardo de Guambia. La población encontrada tuvo una edad promedio de 45,5 años (DE 16,72; 16-80 años), 62 personas (58,5%) pertenecientes al sexo femenino y los restantes 44 (41,5%) del masculino. Veinticuatro personas (23,5%) no habían recibido ningún tipo de educación, 43 personas (42,2%) estudiaron educación primaria, 25 personas (24,51%) llegaron a la educación secundaria, 3 personas (2,94%) estudiaron un carrera técnica y 4 personas (3,92%) alcanzaron un nivel de educación profesional. El 63% de los encuestados hablaba y escribía la lengua nam trik wam y un 80,2% de la población hablaba y escribía en español.

El total de los encuestado residían en la zona guambia nueva del resguardo indígena de Guambía, de ellos, 24 (23,1%) eran provenientes de la vereda Guambía nueva, 14 (13,5%) de la vereda las delicias, 13 (12,5%) de las veredas puente arriba y tapias cada una y 11 (10,6%) de las veredas san Fernando y Trejo cada una, las restantes 17 personas (17,3%) eran procedentes de las veredas Santiago, Agua blanca, Sierra morena, Pueblito y Bujíos. Entre los encuestados 48 (46,7%) estaban casados o vivían en unión libre y 21 (20,39%) eran solteros. Las ocupaciones más frecuentes fueron: trabajador independiente, agricultor, oficios domésticos y empleado de empresa particular con una proporción del 37,3%, 33,85%, 26,9%, 10,45% respectivamente. Del total de la población el 90,3% estaban asegurados por medio del régimen subsidiado, el 8,7% por el régimen contributivo y 0,97% no tenía afiliación al sistema de salud.

Las comorbilidades encuestadas fueron reportadas por 74 participantes y en orden descendente en frecuencia fueron: gastritis en 25 personas (23,6%), ansiedad en 14 (13,2%), enfermedad cardiaca en 10 (9,4%), hipertensión arterial en 7 (6,6%), insuficiencia venosa crónica en 7 (6,6%), dislipidemia en 6 (5,7%), enfermedad cerebrovascular en 3 (2,8%), obesidad en 1 (0,9%) y diabetes mellitus en 1 persona (0,9%).

Del total de encuestados, 102 personas contestaron al interrogante de dolor o molestia musculoesquelética en los últimos 7 días, entre estos, 51 personas (48,1%) reportaron padecerlo. La pregunta acerca de dolor o molestia musculoesquelética en cualquier momento de la vida fue contestada por 101 personas, de las que 47 (44,3%) manifestaron haberlas presentado. El interrogante acerca de la presencia de limitación funcional actual fue contestado

por 61 participantes, siendo reportada por 17 (28,87%), con una duración cuantificada en días por 3 (4,9%), semanas por 3 (4,9%), meses por 2 (4,28%) y años por 9 personas (14,75%). Cincuenta y cinco personas respondieron al interrogante de la presencia de limitación funcional previa (histórica), entre estas, 22 personas (40%) expresaron presentarla, siendo tasada en días por 5 personas (9,1%), semanas por 7 (12,7%), meses por 3 (5,45%) y años por 7 personas (12,73%).

Treinta y dos personas manifestaron haber recibido algún tipo de tratamiento, siendo tratamiento convencional (occidental) en 8 participantes (25%), homeopático en 11 participantes (34,38%) y tratamiento tradicional en 17 (53,13%). Los medicamentos utilizados para el dolor fueron analgésicos no esteroideos (AINE's) en 1 (12,5%), otros analgésicos en 2 (25%) y esteroides en 2 personas (25%). El 1,56% de los participantes tuvieron una cirugía ortopédica y 18 personas (26,47%) recibieron algún tipo de terapia física.

El cuestionario HAQ DI fue aplicado en 70 participantes, esta herramienta reportó que 12 participantes (17,14%) tuvieron algún tipo de dificultad para vestirse solo, 16 (22,85%) manifestaron dificultad para acostarse y levantarse de la cama, 7 (10%) dificultad para llevar elementos a la boca o enjuagarse, 14 (22,9%) dificultad para pararse de una silla, 6 (8,6%) dificultad para cortar la comida, 7 (10%) dificultad para agarrar una taza o vaso lleno, 10 (14,3%) dificultad para caminar en terreno plano, 13 (18,6%) dificultad para abrir una botella, 13 (18,6%) dificultad para subir escalones, 6 (8,6%) dificultad para lavar o secar todo su cuerpo, 11 (15,71%) dificultad para agarrar y bajar elementos mayores a 1 kg que se encuentran por encima de su cabeza, 17 (24,29%) dificultad para inclinarse y levantar cosas del suelo, 11 (15,71%) dificultad para agarrar la puerta de un vehículo, 12 (17,14%) reportaron dificultad para agarrar un frasco, 8 (11,43%) dificultad para abrir o cerrar la llave del agua, 6 (8,6%) dificultad para ir de compras, 7 (10%) dificultad para entrar y salir de un carro, 16 (22,87%) reportaron dificultad para realizar las labores caseras, finalmente 12 participantes (17,14%) reportaron dificultades para tejer o hilar.

Se encontró el diagnóstico de una enfermedad reumatológica en el 33 (31,1%), 16 (15,09%) recibieron diagnóstico de un síndrome regional doloroso apendicular, con la presencia de una enfermedad reumática inflamatoria en 9 personas (8,5%) posterior a la aplicación del cuestionario COPCORD y la valoración por reumatología. Los MSK y enfermedades reumatológicas más reportadas fueron: artralgia no especificada en 8 (7,5%), osteoartrosis 7 (6,6%) artrosis de artrosis de

rodilla 5 (4,72%) y artrosis de mano 4 pacientes (3,77%). La artritis reumatoide fue diagnosticada en 2 pacientes (1,89%).

La validez interna del cuestionario COPCORD se determinó mediante la medición del alfa de Cronbach que resultó en orden decreciente en 0,95 para los componentes del HAQ-DI, 0,64 para los componentes de trayectoria del dolor musculoesquelético (dolor en los últimos 7 días, dolor histórico, intensidad del dolor histórico, intensidad del dolor actual), 0,61 para las secciones relacionadas con el trabajo y 0,58 en el caso de las comorbilidades auto reportadas. Se encontró una correlación positiva entre el diagnóstico de enfermedad reumatológica y la presencia de dolor actual e histórico con un coeficiente de Pearson de 0,38 ($p=0,001$) y 0,35 ($p=0,003$) respectivamente. Las tablas 1 y 2 resumen los datos de consistencia interna y correlación del cuestionario COPCORD Misak.

Tabla 1. Consistencia interna del cuestionario COPCORD		
Dimensiones del COPCORD	Alfa de Cronbach	Items
Trayectoria del dolor MSEQ ¹	0,64	4
Comorbilidad ²	0,58	10
Trabajo ³	0,61	18
Capacidad funcional HAQ-DI ⁴	0,95	19
*** $p<0,001$		
<p>1. Trayectoria del dolor: dolor en los últimos 7 días, dolor histórico, intensidad del dolor histórico, intensidad del dolor actual.</p> <p>2. Todas las comorbilidades (DM2, HTA, cardiopatía, ECV, ansiedad, Gastritis, obesidad, dislipidemia, insuficiencia venosa, cáncer)</p> <p>3. Todas las preguntas referentes a trabajo y actividad</p> <p>4.-Todas las preguntas del HAQ-DI y de limitación funcional</p>		

Tabla 2. Correlación de las variables de dolor del cuestionario COPCORD y el proxy

de estándar de oro.	
Dimensiones del COPCORD	Diagnóstico reumatológico
Dolor 7 días	0,38 (0,001)
Dolor histórico	0,35 (0,003)
Nota: 1. Cualquier diagnóstico de enfermedad reumática	
*p<0,001	

El desempeño del cuestionario COPCORD para la detección de enfermedades reumatológicas y MSK, comparando con el diagnóstico de enfermedad reumatológica hecho por reumatólogo, demostró sensibilidad del 63,3%, especificidad del 80,2%, una razón de verosimilitud positiva (RV+) 3,2 y un área bajo la curva de 0,71. Respecto a la artritis reumatoide la sensibilidad del cuestionario fue del 100%, la especificidad del 69,23%, la razón de verosimilitud positiva de 3,25 con un área bajo la curva de 0,84. El rendimiento frente a otros diagnósticos reumatológicos se presenta en la tabla 3.

Tabla 3. Desempeño como prueba de tamizaje del cuestionario COPCORD para detección de enfermedades reumáticas						
DX	S%	E%	LR+	LR-	AUC	IC
Artrosis Rodilla	40	68,32	1,26	0,87	0,54	0.29-0.78
Artritis reumatoide	100	69,23	3,25	0,00	0,84	0.80-0.89
síndrome Sjögren	100	69,23	3,25	0,00	0,84	0.80-0.89

Artritis indiferenciada	80	70,30	2,69	0,28	0,75	0.55-0.95
Artralgia no especificada	25	67,35	0,76	1,11	0,46	0.29-0.62
Artrosis de mano	75	69,61	2,47	0,35	0,72	0.47-0.97
Osteoartrosis	57,14	69,70	1,88	0,61	0,63	0.43-0.83
Síndromes apendiculares	64,29	72,83	2,36	0,49	0,68	0.54-0.82
Enfermedad reumática	63,33	80,26	3,20	0,45	0,71	0.61-0.81
Enfermedad reumática inflamatoria	85,71	71,72	3,03	0,19	0,78	0.64-0.93

**** S: sensibilidad, E: especificidad, LR: likelihood ratio, ABC: área bajo la curva. IC: intervalo de confianza**

7. DISCUSIÓN

El cuestionario COPCORD adaptado y validado a la población Misak es la primera estrategia aplicada en población indígena colombiana, situación que resalta la importancia de los MSK y enfermedades reumáticas en esta población y algunas condiciones que se equiparan los estudios previamente realizados en otras poblaciones indígenas latinoamericanas. Cabe destacar que tanto los MSK y las enfermedades reumáticas son más prevalentes en mujeres, datos similares encontrados en los estudios realizados en México, Argentina y Venezuela (18,19,27).

Si bien este estudio no tuvo como objetivo estimar la prevalencia de MSK y enfermedades reumáticas, debido a que la muestra incluyó solo 106 personas con el fin de validar la estrategia, llamativamente, la presencia de enfermedad reumatológica fue relevante comparado con otras poblaciones indígenas estudiadas, encontrando la presencia de 2 casos de artritis reumatoide (1,89%), mayor a lo encontrado en el estudio COPCORD en las poblaciones indígenas Kariña y Chaima en Venezuela (19), pero inferior a la prevalencia reportada en el grupo indígena Qom en Rosario, Argentina (27). Es importante destacar que la totalidad de la población encuestada es procedente de zona rural, sumado a la limitación de acceso a la educación, diferencias idiomáticas, suponen la presencia de una fuerte brecha en la atención de necesidades básicas y una suma de factores de riesgo para malos resultados en presencia de enfermedad reumáticas, situación similar a la que ocurrió en la población del estudio COPCORD realizado en Ecuador (28).

Respecto a la funcionalidad, evaluada por la escala HAQ-DI, se ha evidenciado que el impacto de las enfermedades reumatológicas y los MSK, tiene una fuerte asociación con las limitaciones de las actividades diarias tanto en la población indígena y no indígena. Sin embargo, en la población indígena Misak un bajo porcentaje aquejaba tener limitación para las actividades cotidianas, situación que puede retrasar la consulta habitual y generar una mayor cronicidad de estas afecciones.

La aplicación de la adaptación del cuestionario COPCORD en la población Misak evidenció una capacidad óptima para la detección de MSK y enfermedades reumáticas. Aunque la sensibilidad fue inferior a lo reportado en estudios de validación de la estrategia COPCORD en otras poblaciones indígenas

latinoamericanas (9,29,30), la especificidad de este cuestionario fue equiparable con estudios de validación en poblaciones no indígenas en el continente americano (29,30) y superior a la encontrada en otros grupos indígenas (9,29,30). Situación que toma importancia, dado que la positividad en el cuestionario genera una alta probabilidad de que el individuo puede padecer un MSK o enfermedad reumatológica. Esta especificidad del COPCORD en el pueblo Misak, respecto a los estudios similares en Colombia y Latinoamérica, puede ser el resultado de la exclusión de casos de dolor musculoesquelético histórico o actual asociados a traumatismo auto reportado por los participantes. Aunque, lastimosamente, esta modificación generó una notable disminución de la sensibilidad del cuestionario.

Así mismo, la razón de verosimilitud positiva obtenida con la aplicación del cuestionario COPCORD Misak, fue superior a lo esperado según los resultados de otros estudios de validación en Latinoamérica tanto en población indígena como en no indígena, la cual se ha estimado entre 1,09 y 2,73(9,29,30).

Por otro lado, la consistencia interna del cuestionario COPCORD adaptado en la población Misak en todos sus componentes es óptima, encontrando coincidencia en términos de consistencia interna con estudios latinoamericanos de validación, como ocurrió en el estudio de poblaciones indígenas latinoamericanas y población indígena de Venezuela (9,29).

La encuesta COPCORD ya ha sido validada en población no indígena colombiana en el estudio de Peláez et al. (30) en el año 2018, reportando una sensibilidad del 70,83%, especificidad 35%, una razón de verosimilitud positiva de 1,09 y un área bajo la curva de 0,53. Frente a estos datos la validación Misak de la estrategia COPCORD fue menos sensible, pero demostró mayor especificidad, mayor razón de verosimilitud positiva y un área bajo la curva mayor. Todo lo anterior, hace que la estrategia validada en la población Misak, sea aplicable y reproducible, para dar continuidad a la fase 2, con una mayor muestra poblacional, logrando obtener una ampliación en diferentes datos.

Este estudio reporta el uso de la lengua nativa nam trik wam en el 63% de los participantes, suponiendo un importante estado de apropiación cultural, similar al 62% reportado en el estudio COPCORD realizado en el grupo indígena Qom en Rosario, Argentina (27), y superior a lo encontrado en los grupos indígenas Chaima y Kariña en Venezuela (19). Es importante resaltar que el grupo indígena Warao en Venezuela reporte el uso de su lengua nativa en el 97,2% de los participantes (19).

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El cuestionario COPCORD es una herramienta válida para su aplicación en población colombiana como prueba de tamización de malestares musculoesqueléticos y enfermedades reumáticas. Es el primer estudio de validación de la estrategia COPCORD en población indígena colombiana y se le han realizado adaptaciones semánticas para mejorar su comprensión y asegurar su rendimiento.

Los trastornos musculo esqueléticos y las enfermedades reumáticas tiene una prevalencia pobremente descrita en nuestra población, principalmente en las comunidades indígenas. Dada la necesidad de describirlos, el cuestionario COPCORD Misak es una herramienta adaptada y validada para su detección.

8.1 Limitaciones

Las amplias diferencias idiomáticas entre el español y la lengua nam trik wam generaron algunas dificultades en la comprensión de la dinámica del cuestionario COPCORD Misak, generando en algunos apartados la perdida de datos que se ha evidenciado en la presentación de resultados.

El establecimiento de traumatismo auto reportado asociado al dolor musculoesquelético actual o histórico como criterio de exclusión para la valoración médica de segunda fase, significó una pérdida de sensibilidad del cuestionario de validación COPCORD Misak a pesar de la ganancia considerable en especificidad.

El presente documento es el resultado de un trabajo de adaptación y validación de la estrategia COPCORD Misak, por lo que representa a una pequeña muestra de la población, de esta manera, la descripción de las condiciones sociodemográficas y los resultados respecto a la descripción de las patologías encontradas, pueden variar frente a estudios descriptivos con una muestra significativa.

8.2 Recomendaciones

En futuros estudios descriptivos utilizando la estrategia COPCORD aplicada a diferentes poblaciones incluido el grupo indígena Misak, debe considerarse eliminar como criterio de exclusión de la valoración médica, al criterio de presencia de traumatismo asociado al dolor o molestia musculoesquelética, con ello, generar

una ganancia de sensibilidad como es lo esperado para una prueba o test de detección o cribado.

El uso de la lengua indígena nam trik wam está presente en más del 60% de la población indígena Misak, por lo que es importante que en futuras investigaciones y estudios poblacionales se incluya la validación y adaptación de los instrumentos a la lengua nativa, de esa manera facilitar su aplicación, aumentar la fiabilidad y validez de los datos encontrados.

BIBLIOGRAFÍA

1. MURRAY CJL, BARBER RM, FOREMAN KJ, OZGOREN AA, ABD-ALLAH F, ABERA SF, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: Quantifying the epidemiological transition. *Lancet*. 2015;386(10009):2145–91.
2. The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millennium. *World Health Organ Tech Rep Ser*. 2003;919:i-x, 1-218.
3. Manahan L, Caragay R, Muirden KD, Allander E, Valkenburg HA, Wigley RD. Rheumatic pain in a Philippine village. A WHO-ILAR COPCORD Study. *Rheumatol Int*. 1985;5(4):149-153. doi:10.1007/BF00541515
4. MCDUGALL C, HURD K, BARNABE C. Systematic review of rheumatic disease epidemiology in the indigenous populations of Canada, the United States, Australia, and New Zealand. *Semin Arthritis Rheum*. 2017;46(5):675–86. DOI: 10.1016/j.semarthrit.2016.10.010
5. LONDOÑO J, PELÁEZ BALLESTAS I, CUERVO F, ANGARITA I, GIRALDO R, RUEDA JC, ET AL. Prevalence of rheumatic disease in Colombia according to the Colombian Rheumatology Association (COPCORD) strategy. Prevalence study of rheumatic disease in Colombian population older than 18 years. *Rev Colomb Reumatol*. 2018;25(4):245–56. DOI: 10.1016/j.rcreue.2018.08.003
6. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Población indígena de Colombia. Resultados del censo nacional de población y vivienda 2018. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/presentacion-grupos-etnicos-2019.pdf>
7. Mapa Sonoro - Lenguas Nativas de Colombia. Datos Abiertos Colombia. Disponible en: <https://www.datos.gov.co/Cultura/Mapa-Sonoro-Lenguas-Nativas-de-Colombia/734h-gxtn/data>

8. BREU F, GUGGENBICHLER S, WOLLMANN J. Ley 1381 de 2010. 2010;603:1–13. Disponible en: <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>
9. PELÁEZ BALLESTAS I, GRANADOS Y, SILVESTRE A, ALVAREZ N, EMEGYEI J, VALLS E, QUINTANA R, ET AL. Culture-sensitive adaptation and validation of the Community-Oriented Program for the Control of Rheumatic Diseases methodology for Rheumatic disease in Latin American indigenous populations. *Rheumatol Int.* 2014; 34:1299–309, <https://doi.org/10.1007/s00296-014-2997-z.23>.
10. The tripartite EU agency providing knowledge to assist in the development of better social, employment and work-related policies. Eurofound. https://eurofound.europa.eu/doceo/document/E-9-2021-000044_EN.html
11. GORDON J, ROME K, PADHIAR N. *Neale's Disorders of the Foot and Ankle.* Elsevier. 2020.
12. PALAZZO C, RAVAUD JF, PAPELARD A, RAVAUD P, POIRAUDEAU S. The burden of musculoskeletal conditions. *PLoS One.* 2014;9(3).
13. VOS T, FLAXMAN AD, NAGHAVI M, LOZANO R, MICHAUD C, EZZATI M, ET AL. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2012;380(9859):2163–96.
14. CHOPRA A. The COPCORD world of musculoskeletal pain and arthritis. *Rheumatol.* 2013;52(11):1925–8.
15. HERRÁEZ DL, MARTÍNEZ-BUENO M, RIBA L, DE LA TORRE IG, SACNÚN M, GOÑI M, et al. Rheumatoid arthritis in latin americans enriched for amerindian ancestry is associated with loci in chromosomes 1, 12, and 13, and the HLA Class II region. *Arthritis Rheum.* 2013;65(6):1457–67.

16. COPCORD, Freedom from Pain, Disability and Arthritis. <http://copcord.org/>. (citado:12 de agosto de 2021).
17. MASSARDO L, PONS-ESTEL BA, WOJDYLA D, CARDIEL MH, GALARZA-MALDONADO CM, SACNUN MP, et al. Early rheumatoid arthritis in Latin America: Low socioeconomic status related to high disease activity at baseline. *Arthritis Care Res.* 2012;64(8):1135–43.
18. PELÁEZ-BALLESTAS I, ALVAREZ-NEMEGYEI J, LOYOLA-SÁNCHEZ A, ESCUDERO ML. Prevalence and factors associated with musculoskeletal disorders and rheumatic diseases in indigenous Maya-Yucateco people: a cross-sectional community-based study. *Clin Rheumatol.* 2016;35:15–23. DOI: 10.1007 / s10067-015-3085-9.
19. GRANADOS, YSABEL et al. “Prevalence of musculoskeletal disorders and rheumatic disease in the Warao, Kariña, and Chaima indigenous populations of Monagas State, Venezuela.” *Clinical rheumatology* vol. 35 Suppl 1,Suppl 1 (2016): 53-61. doi:10.1007/s10067-016-3194-0
20. GUEVARA-PACHECO S, FEICÁN-ALVARADO A, SANÍN LH, et al. Prevalence of musculoskeletal disorders and rheumatic diseases in Cuenca, Ecuador: a WHO-ILAR COPCORD study. *Rheumatol Int.* 2016;36(9):1195-1204. doi:10.1007/s00296-016-3446-y
21. Las 102 comunidades indígenas en Colombia. Ayuda en Acción. 2018 [citado el 10 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://ayudaenaccion.org/ong/blog/derechos-humanos/comunidades-indigenas-colombia/>
22. Cabildo. Taitas y Comisión de Trabajo del Pueblo Guambiano. Diagnóstico y Plan de Vida. Ed cabildo del Pueblo Guambiano. Departamento del Cauca; 1994.
23. Colombia una nación multicultural. DANE 2005. https://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/colombia_nacion.pdf

24. Misak (Guambianos), la gente del agua, del conocimiento y de los sueños. Min Cultura 2010. Disponible: <https://docplayer.es/74789986-Ministerio-de-cultura-republica-de-colombia.html>.
25. YUNIS E, SALAZAR M, DEULOFEUT R, IGLESIAS A, NATE JT, ET AL. DRB 1 + *404 allele rheumatoid arthritis in the guambiano Amerindian tribe of Colombia. *Arthritis Rheum* 1997; 37: 52.
26. FERNÁNDEZ M, BASTIDAS B, NATES J, ENRÍQUEZ J. Caracterización Clínica y Sociodemográfica de los Pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico, que se Hospitalizaron en la Sala de Medicina Interna del Hospital Universitario San José de Popayán Desde abril de 2011 a abril 2012.
27. QUINTANA R, SILVESTRE A, GOÑI M, GARCÍA V, MATHERN N, JORFEN M, et al. Prevalence of musculoskeletal disorders and rheumatic diseases in the indigenous Qom population of Rosario, Argentina. *Clin Rheumatol*. 2016;35:5–14.
28. VICENTE S, PACHECO G, ASTRID E, ALVARADO F, AUGUSTA M, NEIRA M, et al. Estudio descriptivo: detección del dolor músculo-esquelético y enfermedades reumáticas aplicando el Copcord en la población indígena de Saraguro-Ecuador. *Rev Med HJCA*. 2018;10:126–32,<http://dx.doi.org/10.14410/2018.10.2.ao.20>.
29. BELEÑO-EPIEYU N, GRANADOS Y, GARCÍA E, MÁRQUEZ D, GUERRA ME, PELÁEZ BALLESTAS I. Transcultural adaptation and validation of the methodology of the Community Oriented Programme for Control of Rheumatic Disease (Copcord) in the indigenous Wayuu population, Venezuela. *Reumatol Clin*.2021;17:82–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2019.02.002>
30. GUEVARA S, FEICÁN A, PELÁEZ I, OCHOA V, VINTIMILLA F, VINTIMILLA J. Validación del cuestionario Copcord para detección de enfermedades reumáticas. *Rev Fac Med Univ Cuenca*.2014;32:1–63.26.

31. PELÁEZ BALLESTAS I, et Al. Adecuación y validación transcultural del cuestionario COPCORD: Programa Orientado a la Comunidad para el Control de las Enfermedades Reumáticas en Colombia. Rev Colomb Reumatol. 2019;26(2):88-96. DOI: 10.1016/j.rcreu.2019.01.004

ANEXOS:

Anexo 1: cuestionario COPCORD Misak en español.

	CUESTIONARIO COPCORD MISAK - GUAMBIA	 Universidad del Cauca
---	---	---

Fecha: _____	Hora de inicio: _____
Número de Grupo ____ y caso: _____	

Nombre: _____	_____	_____
Primer apellido	Segundo Apellido	Nombre
Vereda: _____	Zona: _____	
Teléfono: _____		
Teléfono de alguien cercano: _____		
Edad ____	Fecha de Nacimiento Día ____ Mes ____ Año ____	
Hombre ____	Mujer ____	

SECCIÓN A: EXPLICACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Los reumatismos se definen como las enfermedades que afectan a las articulaciones o coyunturas. Estas afectan a un grupo importante de la población general. El objetivo de este proyecto de investigación es obtener información sobre la frecuencia con la que se presentan los reumatismos (como la Artritis Reumatoide), en los indígenas Misak mayores de 18 años que viven de base en el resguardo de Guambia. Esto ayudará a entender la manera en que estas enfermedades afectan las actividades diarias de las personas y el tipo de atención y servicios que pudieran ser más útiles para mejorar su calidad de vida. Este cuestionario está diseñado para proporcionar información acerca del grado de dolor e incomodidad que haya tenido en las articulaciones (coyunturas) en caso de haber tenido molestias así, la capacidad para funcionar diariamente, sus antecedentes, su historia de trabajo, y tratamientos que haya recibido. Toda información obtenida será confidencial. Su participación es voluntaria y puede hacer todas las preguntas sobre las dudas que tenga. Puede retirarse del estudio en el momento que desee. En caso de tener algún reumatismo se le orientará sobre lo que debe hacer para recibir una atención médica para que inicie tratamientos para su

enfermedad.

¿Desea usted libremente participar en esta Encuesta? Si _____ No _____

Nombre _____ Firma _____

SECCIÓN B: DATOS GENERALES

B1. Estado civil

- No casado
- Casado
- Juntado (unión libre)
- Viudo(a)
- Separado
- Otro, ¿cuál? _____

B2. Religión

- Católico
- Evangélico
- Testigo de Jehová
- Protestante
- Ninguna
- Otro, ¿cuál? _____

B3. Sabe leer y escribir:

- En Nam trik Wam, si _____, no _____
- En español si _____, no _____

B4. ¿Hasta qué nivel estudió?

- No estudió
- Primaria
- Secundaria
- Técnico o tecnólogo
- Universidad
- Especialización, maestría y/o doctorado

B5. Que seguro de salud tiene

- Ninguno
- Subsidiado
- Contributivo

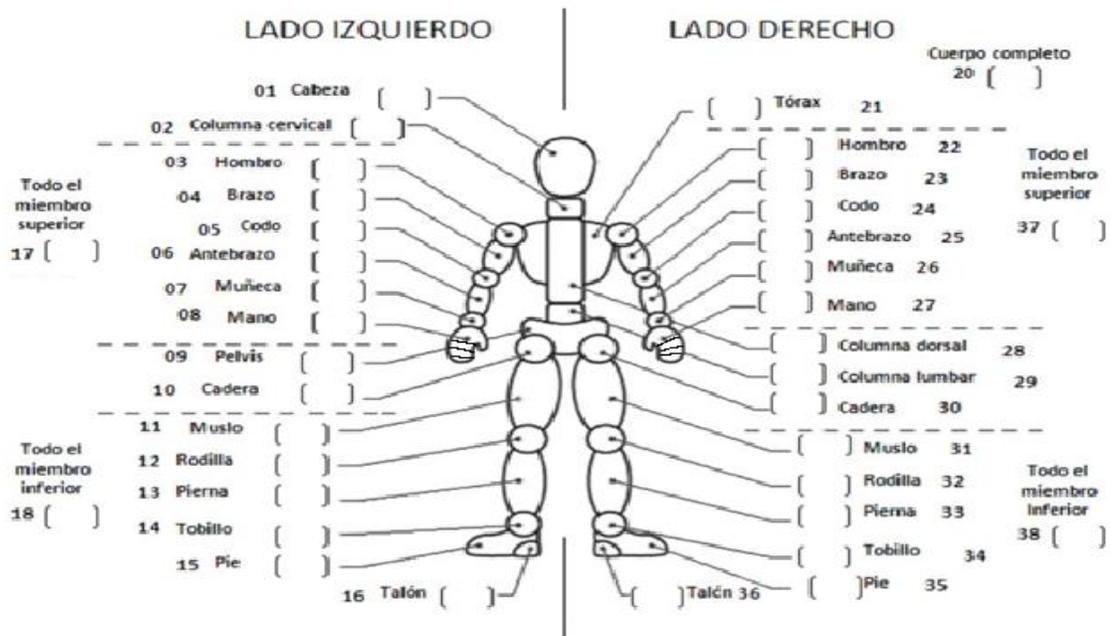
- Vinculado
- B6. Si respondió que sí tiene afiliación en salud en B5, ¿a qué EPS está afiliado?
- Mallamas
 - AIC
 - Emssanar
 - ASMET
 - Saludvida
 - Nueva EPS
 - Cosmitet
 - Otros, cuál_____

SECCIÓN C. DOLOR INFLAMACIÓN Y RIGIDEZ O TIESERA DE LAS ARTICULACIONES

C1. ¿USTED ha tenido dolor, hinchazón o rigidez (tiesera) en sus articulaciones (coyunturas) en los ÚLTIMOS 7 DÍAS?

- **Si (entonces responda las preguntas C2 a C4)**
- **No (Pase a la pregunta C5)**

C2. Señale con una X ¿dónde tiene el dolor?



C3. ¿El dolor le pasó por golpe, torcedura, fractura o caída (Trauma)?

- Sí
- No

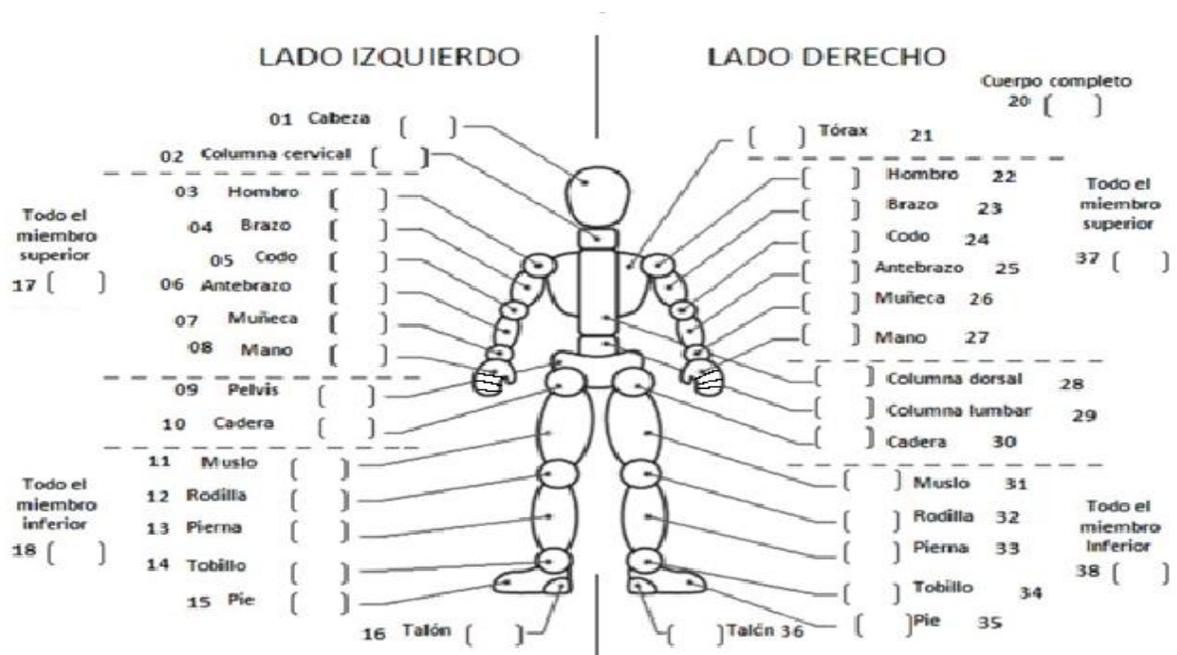
C4. ¿Cuánto dolor ha tenido por su enfermedad articular en éstos ÚLTIMOS 7 DÍAS?

- Intenso o insoportable
- Fuerte
- Moderado
- Poco o suave
- Nada de dolor

C5. ¿Usted ha tenido dolor, hinchazón o rigidez (tiesera) en sus articulaciones (coyunturas) en ALGÚN MOMENTO DE LA VIDA distinto al de la última semana?

- Sí (entonces responda las preguntas C7 a C8)**
- No (Pase a la siguiente sección)**

C6. ¿Señale con una X donde tiene el dolor y escriba hace cuánto tiempo lo tiene?



C7. ¿El dolor antiguo le pasó por golpe, torcedura, fractura o caída (Trauma)?

- Sí
- No

C8. ¿Cuánto dolor ha tenido por su enfermedad antigua?

- Intenso o insoportable
- Fuerte
- Moderado
- Poco o suave
- Nada de dolor

SECCIÓN D. CAUSA NO TRAUMÁTICA DEL DOLOR O MOLESTIA DE LAS ARTICULACIONES

- D1. ¿Su doctor le dijo el nombre de la enfermedad que le causa el dolor o molestia articular?
- Si
 - No
 - No ha asistido al médico
- D2. Si la respuesta en D1 fue si, ¿fue el médico occidental o tradicional?
- Médico occidental
 - Médico tradicional
- D3. Si la respuesta en D1 es SI, ¿Cuál fue el nombre de la enfermedad?
- Gota o artritis por ácido úrico
 - Espondilitis anquilosante
 - Osteoporosis
 - Artrosis
 - Artritis reumatoide
 - Fibromialgia
 - Lupus eritematoso
 - Otra, especifique: _____
 - No recuerda

SECCIÓN E. HISTORIA DE TRABAJO

	E1. ¿Normalmente ahora qué hace?	E2. ¿Antes que hacía?
Oficios domésticos		
Empleado de una empresa		
Patrón o empleador		
Estudiante		
Jornalero, peón o agricultor		
Jubilado, pensionado, retirado		
Trabajador independiente o por su propia cuenta		
Trabajador ambulante		
Ninguno		
Otro, ¿cuál?		

SECCIÓN F. INCAPACIDAD PARA TRABAJAR

¿Ha estado limitado por la molestia o dolor articular, cuánto tiempo?	Marque con X			
	Días	Sem	meses	años
Actualmente limitado				
Sin limitación actual, pero estuvo limitado en el pasado				
Nunca ha estado limitado				

SECCIÓN G. CARGA BIOMECÁNICA LABORAL – CARGAS PARA TRABAJAR

Cuando hace el trabajo al que se dedica o hace algo para distracción ¿tiene que hacer las siguientes cosas?

Tejer o hilar por más de una hora de manera continua	Si	No
Cargar algo de 25 kg o más (dos arrobas)	Si	No
Empujar cosas de más de 25 kg (dos arrobas)	Si	No
Subir o bajar escaleras a cada rato	Si	No
Estar parado más de media hora de manera continua	Si	No
Estar agachado más de media hora de manera continua	Si	No
Estar caminando más de media hora de manera continua	Si	No
Pararse y sentarse a cada rato	Si	No

SECCIÓN H. DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

H1. ¿Cuánta dificultad le dio hacer las siguientes actividades en los ÚLTIMOS 7 DÍAS?

	No me costó trabajo	Un poco de trabajo	Me dio mucho trabajo	No pude hacerlo	No aplica
VESTIRSE O CAMBIARSE:					
Vestirse, ponerse zapatos y abotonarse la ropa.					
Enjuagar el cabello					
PARARSE:					
Pararse de una silla sin apoyarse.					
Acostarse o levantarse de la cama					
COMER:					
Cortar en trozos la comida					
Agarrar una taza o un vaso lleno					
Abrir una botella de una bebida					
CAMINAR:					
Caminar alrededor de la casa en un lugar plano					
Subir 5 escalones					
BAÑARSE:					
Bañarse y secarse					
Cuando va al baño					

ALCANZAR:					
Agarrar y bajar algo que tiene un poco más de un kilo que está por encima de su cabeza.					
Inclinarse y levantar las cosas del suelo.					
AGARRAR:					
Abrir la puerta de un carro					
Abrir un frasco					
Abrir y cerrar la llave del agua					
COSAS QUE HACE:					
Ir a comprar cosas					
Entrar y salir de un carro					
Hacer algo en la casa, lavar, lavar trastes, hacer comida, arar Terreno, cultivar					
Tejer o hilar					

H2. ¿Necesita ayuda con alguna de las siguientes cosas para vestirse, pararse, comer, moverse, bañarse, etc?

- Andadera o caminador
- Bastón o bordón
- Muletas
- Silla de ~~u~~ca
- Silla arreglada
- Objetos para agarrar cosas
- Otros, ¿cómo qué?
- No necesita

SECCIÓN I. TRATAMIENTO

I1. ¿Con quién ha ido para buscar alivio para su dolencia articular?

- Con un doctor occidental
- Con otro (medico tradicional, alternativo, yerbero, curandero, espiritista. (Quitamos el especifico)
- Con varios, cuales _____

I2. ¿Ha usado medicamentos para el dolor? Si sí pase a la pregunta I3, si no, pase a la I4

- Si
- No
- No recuerda

13. Cuál es el nombre del medicamento que usa para el dolor.

- No recuerda
- Si recuerda llene la siguiente tabla

Nombre del medicamento	¿Te la recetó un doctor?	¿Fue medico tradicional u occidental?	¿Se auto medicó?	¿Otras personas se lo dieron?	¿Le ayuda al alivio?	¿Por qué escogió esta manera de Medicar ?
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tradicional <input type="checkbox"/> Occidental	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tradicional <input type="checkbox"/> Occidental	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tradicional <input type="checkbox"/> Occidental	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tradicional <input type="checkbox"/> Occidental	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tradicional <input type="checkbox"/> Occidental	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No	

14. Ha usado la Fisioterapia y Rehabilitación

- Si No

¿Le ayudó?

- Si No

¿Por qué escogió este tratamiento?: _____

15. ¿Ha estado en Cirugía por la enfermedad de las articulaciones? (quitamos la palabra reumatismo)

- Sí No

- ¿Le ayudó?

- Sí No

¿Por qué escogió este tratamiento?: _____

SECCIÓN J. HISTORIA DE ENFERMEDADES Y EXPOSICIONES

- Diabetes _____
- Presión alta _____
- Enfermedad del corazón _____
- Trombosis cerebral _____
- ¿Toma alcohol ____cuál _____ ¿Cantidad en botellas _____ ¿Durante cuántos

- años ____ ¿Actualmente ____ si no, hasta hace cuánto? ____
- Padecer de los nervios (pensadera) o nerviosismo, depresión o tristeza profunda ____
 - Fumar ____ Ahora ____ Ya lo dejó ____ Hace cuánto ____ Cuántos cigarrillos al día ____ Durante cuántos años ____
 - Cocina o cocinó con leña ____ Durante cuántos años ____
 - Drogadicción ____
 - Gastritis ____
 - Obesidad ____
 - Colesterol ____
 - Várices ____
 - Golpes en el cuerpo o caídas con lesiones en el cuerpo ____
 - Cáncer ____ cuál ____
 - Otros, especifique _____

SECCIÓN K. ECONÓMICAS

K1. ¿Tiene en su hogar...? (Lea las opciones y marque con una X)

Radio o grabadora		Computador		Calentador	
Televisión		Bicicleta		Moto	
Máquina de coser		Nevera		Automóvil	
DVD		Lavadora		Camioneta	
Teléfono		Estufa de gas / eléctrica		Energía eléctrica	
Servicio Acueducto		Celular		Servicio alcantarillado	

K2. El lugar donde vive es:

- Propio ____
- Vive en arriendo ____

SECCIÓN L. EVALUACIÓN

L1. ¿Entendió todo lo que se preguntó?

- Si
- No

L2. ¿Tiene otras ideas para mejorar estas preguntas?

- Si
- No

Especifique: _____

Horade finalización: ____ hrs. ____ mins.
Nombre del encuestador: _____
Observaciones del encuestador:

Anexo 2. Cuestionario COPCORD Misak en lengua nam trik wam

	PAIP KILKA COPCORD MISAK - GUAMBIA	 Universidad del Cauca
Chi utøwei: Kualèm _____ pel _____ pilá _____	Chuuras pelpasrik _____	
Chi utøyu nepuik _____		
Munchimera: Meskawei, usrai srølmera: _____ Munchi: _____ Waraik chak _____ Nu waraik chak _____ Wamtsi _____ Yaelai wamtsi _____ Mam pilaik _____ Mana kal-laik kualèm: _____ Pel _____ Pila _____ Ishuk _____ Møk _____		

A UTØYU: Wete puntrap paya maramikwan tøm marøpik

Pishi kuan tømmerape namui tsutsik kurishipyupa, tømmerayupa kømtrø pusrkuapte yante maikken kømøntrap kaimaik misrøpik ken, yante ketriku tulú kesruik tsuntrei kuchip kuantrø ken. Ik kuantrøpe chutøkucha, møpa pirø kuik purap mu miskwantøkucha metrøtrap pasran.

Incha ik tru pishi kuantrø purap paya kusremtrap isua marikpe, chukatik mur kepachip attashchap nepua ashchap mariik køm, tuyukutrimpe mántøtø ik kuantrøwan nepua ashape pestø mántøtø mø maramtiik kømashchap isua marik ken. Incha namui misakwan yu Wampiau pirøyu lincha warapele, kualèm mørik tapchik lincha øsik warentaimap isua marik ken. Ik paya kusrentrap perikpe, tru pishikuantrøyu pusrkuapele, chukatik mur pusrkuapele kuik nepua ashchap isua marik køm, mántø kømøntrap kaima amønaikwan, kurishipyu, tømmerayu, mantø kualchap kaima amøneikwan, kape chi mø trawa mø marøp amøneikwan, inchippa ñikucha ik kuantrø tømkaik kepene, ik paya kusreikwane mun wam møsrkamik kømøn, ñui kuantrøwane ñite kusrewa unamik ken.

Inchákutri ik paya kusreikwan lømamikwane ñuinetø isua lømamik ken mu karuik kømøtø, inchippa ik kuantrø purap chi payamik tømka kuape payamik ken. katøkan purappe ik paya kusrep amtruikløyu tap møramupene ik paip sètøyu uñakucha menta misrøkkøpene menta misramik ken.

Inchentø ñi tru pishinkuantre tekaik kəpene kuantre aship setəyukutrimpe asha me martrapele kən.

Ñuinetø isua, ik paya kusrep amtruiknuk linchap isuntraku'? θ_____ Ka'_____

Munchi_____

Munchi Katsik_____

B UTØYU: LUTØ KUTRI LØTIKWAN PØRAMIK.

B1: Maik tsupik kuik

-Netiik

-Kasharawaik

-Linchatik

-Kuchakuaik.

-Mentamisraik

-Katekane meik?_____

B2 Srəmpalaikwan waminchipyu, meiku uñipik kuku?

-Misha mərəpele

-Misha mərmeele

-Nu məskawan pure pasra wam pirishipele

- Kale kənchipele

-Meikwankucha

- Pishimisak

-Katekane meik_____

B3: Kilka aship, perəp inchipik kuku'

-Namui wam mai? θ_____ Ka'_____

-Pule wam mai? θ_____ Ka'_____

B4: Chi pila katik kilka asam kusrewaik kuku?

-Manaken kusreik yau wamiik.

-Tratttre pilawan nemaraik.

-Tsi kan pilawan nemaraik.

-Chiyu lame nepua ashipik.

-Nu kusreik yau nemaraik.

-Nu kusrei yau katekuchi nemaraik.

B5: Chish esik unamyu chi kilka tekaik kuku?

- Meikkucha
- Lame keta purukuik
- Naken purukuik
- Teka puruku

B6: yu 0nchape, meikyu uñipik kuku?

-Mallamas

-AIC

-Emssanar

-ASMET.

- Saludvida.

- NUEVA EPS

-Cosmitet.

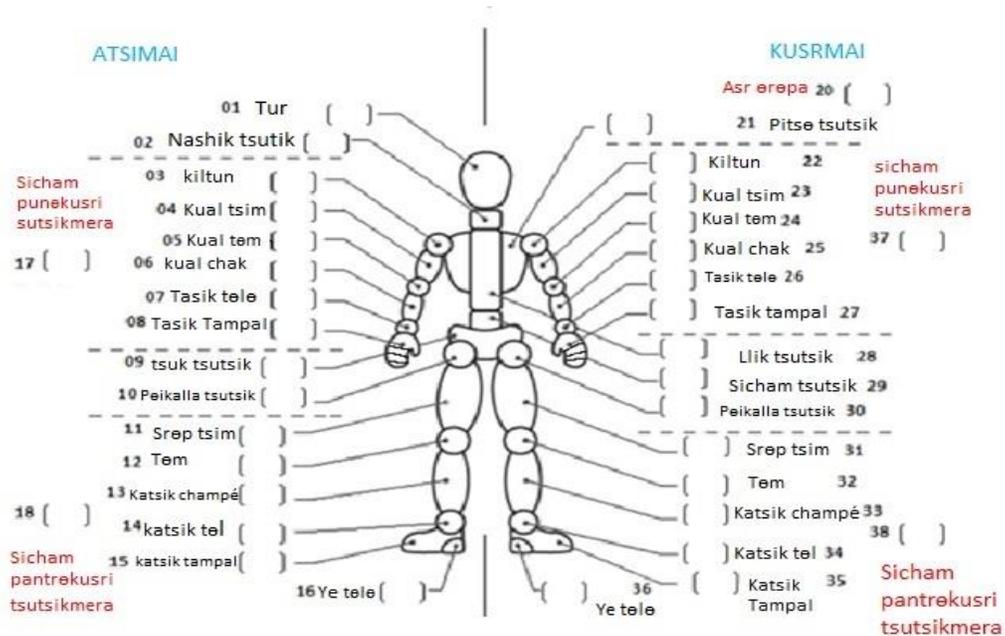
-Katekane

C UT0YU: T0MMERA M0RIK KURISAMKAIK MISR0P PARAP, SR0L KESRUP PUSRKUAPIK.

C1) Ñikucha pishinkuantre teka, pusrkuapik, parapik, temmeran kurishintrap kaima uñmetitru mei ik trune, tra pa kulemmera atrinuk.

- 0, 0nchipene, C2 YU KUTRI C4 KATIK paiklan lete
- Ka', Kachipene, (C4 sre puraintre)

C2) Ik misak pisha pasrinuk, ñun chu pusrkueikwan pintreke pera pasr, manakutri pusrkueik unikwankucha



C3. Pishinkuantrø mai pusркуата? mei ik trune, tra pa kulømmøra atrinuk. ?

-pure ketrø pusркуата'__

-Mur pusркуата'__

-Møretø pusркуата'

-Palátøte'__

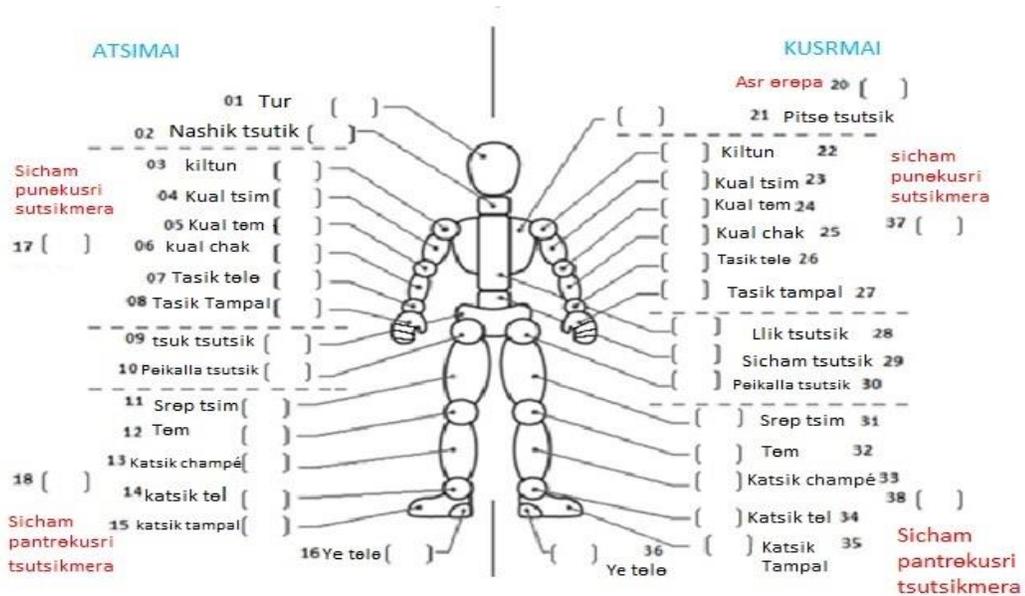
-Kape pusркуamøta'. __

C4. Ñi øsik uninuk mana, pusркуeui mørep pareinap kesruik møra ketitru?

-ønchipene C6 yu kutri C8 katik letøtruntrik.

-Ka chipene, yantø køntrun.

C5: Misak pisha pasrinuk ñun chu pusркуeikwan pintøreke pøra pasr, manakutri pusркуaik unikwankucha.



C6. Ñi øsik uninuk pishinkuantre mai pusrkuata?

- Pure kotre pusrkuata'
- Mur pusrkuata'
- Møretø pusrkuata'
- Palátøte
- Kape pustkuameta'.

D. UTØYU: PISHINKUANTRØ TØKAIK KØPENTØ MENTRA PUSRKUAINAMIK.

D1. Ñui kuantre ashipik chi kuantre køncha eshkaita?

- Ø
- Ka'
- Mø marøp, ashcha chintrap imuik køn

D2. D1 paiknuk øncha lètøpene mu mømæreþik kui eshkamik.

- Puliik mømæreþik te'__
- Møøþik__
- katøkan

D3. D1 Paipikwan øncha lètøpene (Chi kuantre kuikwan eshkau)

- Pi kuawa katsik tampal, pachip, pusrkuap, parap pishinkuantre.
- Llik pachip, tuna misrøp, pishinkuantre
- Tsutsik Trapur misrøp pishinkuantre.
- kullak tsutsik patsap pishinkuantre
- Tsutsik Møp pusrkuap parap pishinkuantre
- Asr øre pusrkuap kuantre
- Asr parap, ani pimisrøp pishinkuantre

-Katekan kuantrømera, meikle? _____
 - isumøshi

E. UTØYU:. MANTØ ASHA MØMARØP KUIK

E1. Pishinkuantrø puraintrai isuape, muinuk ipik kuku?

- Puliik me marepikpate'
- katekan namui merøpikpate'
- Kau tsile tranøpikpate'
- kaik musikmerapa memarepik te'
- katøkane meik

E2. Pusrkuapikwei me muchipik ketitru?

- ø
- Kachape (1.4 srø puraintrø)

E3- Nui pusrkuapikwei mepe chi munchike?

Chi munchi me kuik	Pulik me marepik karuik	Pulik memarep, kape merøpik?	Ni isuate me marik	Katekan misakmera tranik	Pishiram Purukuita?	Chinti mpa eyek me markú ?
	ø ka	merøpik Puliik	ø ka	ø ka	ø ka	
	ø Ka	merøpik Puliik	ø ka	ø ka	ø ka	
	ø Ka	merøpik Puliik	ø ka	ø ka	ø ka	
	ø ka	merøpik Puliik	ø ka	ø ka	ø ka	
	ø ka	merøpik Puliik	ø ka	ø ka	ø ka	

E4. Ik kuantrewan purukuntraptik latitru? (Tallapele)

θ Ka'

- Mθik tallapik weinukiku

Tallapik umpuik ____ Tallapik wampik kusreweik ____ Mθipa kθpen ____

-Truikpe ñun purukuta'

θ Ka'

E.5. Pishinkuantre kutrinte ñui asrwan parik ketitru?

θ Ka'

Tru parene ñui kuantre kuchi puraita'?

θ ka'

F. UTθYU: KUANTRθ KUTRI LUTθ MARTRAP KAIMA UÑIPIK

	X-trawa eshkau			
Pishinkuantrekutre maya yana kaima uñku?	Kualem	Trune	Peł	Pila
Mei eya ketriku chi martrap kaimaik				
Meimpe tapik, inchente, metrappe kaimatik uñipik kuik ken,				
Manaken kaimape uñmikkur.				

G. UTθYU: CHI LUTθ MARθPIK KUIKWAN WAMINCHIPIK.

Per = θ - Ka'	G1-Mei yampe chi lute marep uñkú?	G2 metrappe chi marepik kuikke?
Kan yau Purukup mekapik	θ_____ Ka'_____	θ_____ Ka'_____
Chi kepen yam lincha marinuk	θ_____ Ka'_____	θ_____ Ka'_____
Lute tranepik	θ_____ Ka'_____	θ_____ Ka'_____
Kilká asam kusrepik	θ_____ Ka'_____	θ_____ Ka'_____
Anwei lute marepik, kape kuallipik	θ_____ Ka'_____	θ_____ Ka'_____

Anwei lutə marəpyu kutre wəpiaik	θ _____ Ka' _____	θ _____ Ka' _____
Nuintik lutə marəpik	θ _____ Ka' _____	θ _____ Ka' _____
Chikəpentə lutəmarəpik	θ _____ Ka' _____	θ _____ Ka' _____
Chiyukucha marmik	θ _____ Ka' _____	θ _____ Ka' _____
katəkanne	θ _____ Ka' _____	θ _____ Ka' _____

H. UTƏYU: ƏSIK KUINUK KUATSIK KUIK MƏRENTƏ, KIRI MƏRENTƏ, MARƏPIK MARINUK.

Lutəmeran maren, kape pestə katəkan marinuk, iklan təkə marəp puraya kəmuku?

Sra kup isrθomo kan utθ pumne	θ	Ka'	
25Kg kuatsik nikap. Mutap	θ	Ka'	
25kg kuatsik mentreiklan trawakuchip	θ	Ka'	
Nemtsiku katə katə nepip kətreip	θ	Ka'	
Təpə utəkətik pasrənate	θ	Ka'	
Təpə utəkətik utşəpasra pasraik	θ	Ka'	
Təpə utəkətik katsikkətə ip pasraik	θ	ka'	
Wamisrikte pasramisrikte inchip	θ	ka'	

I. UTƏYU: TRENTƏ MARƏP UNIKLAN KAIMAP ATRUKU'

11. Ik srape truan chi maramelan maramik mántə mur kuita?

	Maikken kaimamup	lamə kaimap	Ke kaimap	Ketriku kaimap	Trekpe mamele
YUNƏMARƏP KEMIK WAN					

Pucha ilap, kep, keyatap					
Tur pirap, muinkalep					
PASRAMISRAMI K					
Pankuyukutri chiyu kemorme pasramisrep					
Kiaik tsikalyu tsumisrep pasramisrep					
MAPYU					
Mamikwan tuinte parep					
Map mutsik nitakmeran nétsikwan mutapik					
Nétse teka limetan kurepik					
KATSIKKATØ UNINUK					
Ya petekatan uñipik					
Nemtsiku Trattre kate nepunapik					
PIRAPYU					
Pira kelap					
Truchintrap ipip					
NEPUMIKU					

Pasruk mentra kuatsikikwan pala kutri kemera pinesrupik					
Chikøpen piraukutri utsepasrá kusrupik					
KEMØRØP					
Yatsaulli yaskapmeran kurep					
Limeta unan kurep					
Pi kasreikwan kurep kasrep					
CHIKØPENTØ MARIKNUK					
Chikøpen penøtrap ip					
Yatsaulliyu kutri kepip wepip					
Yau chikøpente marep: nintak pillmap,mamik nenøp, wekuanøp, ellmarep.					
Kup, srap, pasrik pasrep, kuari marep					

12. Chi kemeleyu, pasramisramik, mamyu, kenamyu, piramyu chi pøtename marepik ketitru?

- Trap punap metrana yaik
- Pere tsik
- Mekamisra trap punik
- Waya sruik
- Panku nui netik marik
- Chikopen kemera srumik
- katokane chi? _____
- chi palaimik

J. UTÖYU: KUANTRÖMERA MÁNTÖ TÖKA KUIWAN ESHKAPIK

- Pi mulap kuantre (aniyu mentra kui tekaik)
- Ani lulöpyu kuantre
- Isram sruku kuantre
- Tur sramyu ani katapik
- Pachikpi muchipikuku_____ meikwan_____Mam limetas_____Mam pilake ñi
muchip mentik.____ meipe ____ maya yanakiatik ____
- kerap lulep kuantre tekaik ketitru (isupiku) Asr minchipik, ketre pesrekèpik
- Kentsè muchipik ketitru,_____ Meiya?_____ mawa mam kentsè?_____ mam pila
muchiku?_____ pesanatitru?_____maya yana ke?_____
- Trar trawa nenèpik ketitru_____ mam pilake, treek nenèpikkuik_____
- Chi, kaik mamera keesrapik ketitru?_____
- Patsè pachip kuantre (Trerap)_____
- Tsalap kuantre.
- Aniyu èntser tekaik.
- Champeyu karunchi pusraik.
- Asryu mur kepacha aniraikle
- Trerapik_____ Meik:_____
- Katekan kuantremera meik?_____

-K UTÖYU: CHI TÖKA KUILÖ

K1. Ñuy yaupe chite teka kuku? (Teka kuape Xwan pera pasr)

Anexo 3. Operacionalización de variables

Wam kemerepik		Perash		Pachik tsankash	
Merash		Tsaulli		Naktsaulli	
Tsusaik tsankal		Pui marepik		Lame yatsaulli	
Wantrappete		Tsarep tsankach		Nu nikap yatsaulli	
Wam tsi		Nakish trawa, nak tsi trawa nenik		Naktsi	
Sruimpi		Wam srupik		Chillik pi tuliship srupik	

K2.Ñi tsuinukpe :

-Ñui kuiktatru _____

-Anwai Pepintik _____

L. UTØYU: MAIKKØTASHCHAP ASAMIK

L1. ¿Paiklan chishte tØr ketremisrtitru?

Ø

Ka'

L2. ¿ik paikle tØr kØta kape chu tamaramtik kui mØrku?

Ø

Ka'

-Treek kØpene eshkau. _____

Chuuras patsekaik: Ute _____ Lame ute _____

Paipikwei Munchi: _____

Kuantremeran tap wam mØra peramik:

Anexo 3. Operacionalización de variables						
Variable	Nombre Variable	Naturaleza Variable	Nivel Medición Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Ítem- Sección
Variable 1	Procedencia	Cualitativa	Nominal	Lugar donde reside	Municipio/Vereda/Zona	A
Variable 2	Edad	Cuantitativa	Continua	Tiempo que un individuo ha vivido desde su nacimiento hasta un momento determinado.	Dato de la edad en años anotado en el cuestionario	A
Variable 3	Fecha Nacimiento	Cuantitativa	Continua	Año en que nació la persona	Día /Mes/ Año de Nacimiento	A
Variable 4	Genero	Cualitativa	Nominal	Construcción social y cultural binaria, comúnmente asociada al sexo biológico.	Masculino /Femenino	A
Variable 5	Estado Civil	Cualitativa	Nominal	Situación jurídica concreta de un individuo con respecto a la familia, estado o nación a la que pertenece.	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Unión Libre • Viudo • Separado • Otro. 	B1
Variable 6	Religión	Cualitativa	Nominal	Conjunto de creencias religiosas, normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que	<ul style="list-style-type: none"> • Católico • Evangélico • Testigo De Jehová 	B2

				son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Protestante • Ninguna Religión. 	
Variable 7	Alfabetismo	Cualitativa	Nominal	Cualidad o estado de las personas que saben leer y escribir	SI/NO: <ul style="list-style-type: none"> • Lengua Nam Trik Wam • Bilingüe (Nam Trik Wam Y español) 	B3
Variable 8	Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento o docente.	<ul style="list-style-type: none"> • Sin Estudio • Primaria • Secundaria • Técnico o tecnólogo • Universitario • Especialización • Maestría • Doctorado 	B4
Variable 9	Sistema de Salud	Cualitativa	Nominal	Conjunto de componentes (instituciones, recursos, organización, etc.) y sus relaciones, organizadas y coordinadas, para desarrollar actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Subsidiario • Contributivo • Vinculado 	B5

				con miras a conseguir ciertos objetivos en salud.		
Variable 10	EPS (Entidad Prestadora de Salud)	Cualitativa	Nominal	Entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía.	EPS presentes en la región: Mallamas, AIC, Emssanar, Asmet, Saludvida, Nueva Eps, Cosmitet, Otras Eps	B6
Variable 11	Dolor articular actual	Cualitativa	Nominal	Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo.	Si/ No presentó dolor referido a nivel articular en los últimos 7 días.	C1
Variable 12	Localización del dolor articular actual	Cualitativa	Nominal	Localización anatómica del dolor	Lugar de anatomía corporal con dolor referido en últimos 7 días tanto lateralidad derecha como izquierda: Cabeza, Columna Cervical, Hombro, Brazo, Codo, Antebrazo Derecho, Muñeca, Mano, Pelvis, Cadera, Muslo, Rodilla, Pierna, Tobillo, Pie, Talón,	C2

					Miembro Superior, Miembro Inferior, Nalga, Cuerpo Completo, Tórax.	
Variable 13	Traumatismo asociado al dolor actual	Cualitativa	Nominal	Presencia de un factor traumático asociado al dolor actual incluido: golpe, torcedura, fractura o caída.	Golpe, torcedura, fractura o caída asociado al dolor actual.	C3
Variable 14	Intensidad Del Dolor	Cualitativa	Ordinal	Grado de percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo	Escala De 0 A 10 (Eva): Ajustado Así: <ul style="list-style-type: none"> • Intenso insuportable (9 A 10) • Fuerte (6 - 8) Moderado (4-6) • Poco O Suave (1- 3) • Nada De Dolor (0) 	C4
Variable 15	Dolor en algún momento de la vida	Cualitativa	Nominal	Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo.	Si/No: Dolor a nivel articular en cualquier momento de la vida excepto los últimos 7 días.	C5
Variable 16	Lugar Del Dolor	Cualitativa	Nominal	Localización anatómica del	Partes de anatomía corporal con dolor referido	C6

				dolor	en algún momento de su vida: tanto lateralidad derecha como izquierda: Cabeza, Columna Cervical, Hombro, Brazo, Codo, Antebrazo Derecho, Muñeca, Mano, Pelvis, Cadera, Muslo, Rodilla, Pierna, Tobillo, Pie, Talón, Miembro Superior, Miembro Inferior, Nalga, Cuerpo Completo, Tórax.	
Variable 17	Traumatismo asociado al dolor histórico	Cualitativa	Nominal	Presencia de un factor traumático asociado al dolor actual incluido: golpe, torcedura, fractura o caída.	SI/NO presentó golpe, torcedura, fractura o caída asociado al dolor actual.	C7
Variable 18	Intensidad Del Dolor	Cualitativa	Ordinal	Grado de percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo	Escala De 0 A 10 (Eva): Ajustado Así: <ul style="list-style-type: none"> • Intenso insoportable (9 A 10) • Fuerte (6 - 8) Moderado (4-6) • Poco O Suave (1-3) • Nada De Dolor (0) 	C6
Variable	Causa	Cualitativa	Nominal	Causa de la excitación o	Enfermedad reumatológica o	D1-

19	del dolor			estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas que provocan la sensación de dolor	malestar musculoesquelético o documentado por un médico (Si/No)	D2
Variable 20	Nombre de la enfermedad que causa el dolor articular	Cualitativa	Nominal	Entidad nosológica causal del dolor articular	SI/NO: <ul style="list-style-type: none"> • Gota • Espondilitis anquilosante • Osteoporosis • Artrosis • Artritis reumatoide • Fibromialgia • Lupus 	D3
Variable 21	Ocupación Actual	Cualitativa	Nominal	Actividad laboral que actualmente realiza	SI/NO: <ul style="list-style-type: none"> • Oficios Domésticos • Empleado de una empresa • Patrón o Empleador, Estudiante • Jornalero • Peón o Agricultor • Pensionado 	E1

					<ul style="list-style-type: none"> • Retirado • Trabajador independiente • Trabajador Ambulante • Ninguno. 	
Variable 22	Ocupación Anterior	Cualitativa	Nominal	Actividad laboral que realizaba anterior a la limitación funcional por el dolor.	SI/NO: <ul style="list-style-type: none"> • Oficios Domésticos • Empleado de una empresa • Patrón o Empleador, Estudiante • Jornalero • Peón o Agricultor • Pensionado • Retirado • Trabajador independiente • Trabajador Ambulante • Ninguno. 	E1
Variable	Limitación Por	Cualitativa	Nominal	Presencia de limitación del	SI/NO	F1

23	Dolor Articular			movimiento relacionado con el dolor.		
Variable 24	Tiempo de limitación por dolor	Cualitativa	Ordinal	Tiempo de limitación funcional asociada al dolor reportado por los participantes	Semanas, Días, Meses, Años	F1
Variable 25	Carga Biomecánica Laboral	Cualitativa	Nominal	Movimientos realizados por varios segmentos corporales durante una actividad que deba realizar esfuerzos manuales de trabajo	SI/NO: <ul style="list-style-type: none"> • Tejer o hilar por más de una hora de manera continua Cargar algo de 25 kg o más (dos arrobas) Empujar cosas de más de 25 kg (dos arrobas) • Subir o bajar escaleras a cada rato • Estar parado más de media hora de manera continua. • Estar agachado más de media hora de manera 	G

					<p>continua.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estar caminando o más de media hora de manera continua. • Pararse y sentarse a cada rato. 	
Variable 26	Actividades básicas de la vida diaria	Cualitativa	Nominal	<p>Son actividades que realizamos todos los días y que responden a una "rutina" personal que cada uno de nosotros ha creado a lo largo de los años.</p>	<p>Le Costó poco o mucho trabajo o no le costó trabajo (SI/NO):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pararse de una Silla sin apoyarse • Acostarse o levantarse de la cama • Cortar en trozos la comida • Agarrar una taza o vaso lleno • Abrir una botella de una bebida • Caminar alrededor de la casa en un lugar plano • Subir 5 escalones 	H1

					<ul style="list-style-type: none"> • Ir al baño • Bañarse y secarse • Agarrar y bajar algo que tiene poco más de 1 kg, por encima de su cabeza • Inclinarsse y levantar las cosas del suelo • Abrir la puerta de un carro • Abrir un frasco • Abrir y cerrar la llave del agua • Lavar trastes, hacer comida, arar terreno, cultivar • Ir a comprar cosas • Entrar y salir de un carro • Tejer o hilar • Vestirse, Comer, Bañarse 	
--	--	--	--	--	---	--

Variable 27	Medico con Quien Buscó Tratamiento	Cualitativa	Nominal	Personal prestador de servicio de salud a quien ha acudido en busca de alivio	Medico Occidental (SI/NO) Medico Alternativo (SI/NO)	11
Variable 28	Medicamento	Cualitativa	Nominal	Uso de Medicamentos para aliviar el dolor	Si/No	12
Variable 29	Nombre Medicamento	Cualitativa	Nominal	Nombre comercial o conocido popularmente del medicamento usado	Medicina occidental o Medicina Alternativa.	13
Variable 30	Responsable de la receta de medicamento	Cualitativa	Nominal	Persona responsable de la indicación del medicamento analgésico	(SI/NO): <ul style="list-style-type: none"> • Medico occidental • Medico alternativo • Automedicado • Sugerido por otra persona 	13
Variable 31	Alivio con el medicamento	Cualitativa	Nominal	Percepción de alivio con el medicamento.	SI/NO	13
Variable 32	Uso De Fisioterapia	Cualitativa	Nominal	Uso de terapia física para aliviar el dolor	SI/NO	14

Variable 33	Beneficio De Fisioterapia	Cualitativa	Nominal	Percepción de alivio con terapia física	SI/NO	I4
Variable 34	Requerimiento de Cirugía	Cualitativa	Nominal	Acto quirúrgico para resolver, tratar o paliar el problema articular o musculoesquelético.	SI/NO	I5
Variable 35	Alivio con la cirugía	Cualitativa	Nominal	Percepción de mejoría o alivio con el procedimiento quirúrgico	SI/NO	I5
Variable 36	Antecedentes médicos	Cualitativa	Nominal	Recopilación de la información sobre la salud de una persona lo cual permite manejar y darle seguimiento a su propia información de salud.	SI/NO <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Hipertensión arterial • Enfermedad cardiovascular • Trombosis Cerebral • Ansiedad • Gastritis • Cáncer • Obesidad • Dislipidemia • Enfermedad variceal • Otras 	J1

					patologías	
Variable 37	Antecedentes toxicológicos y exposicionales.	Cualitativa	Nominal	Recopilación de la información sobre sustancias que producen diferentes xenobióticos y generan un daño el organismo	SI/NO: <ul style="list-style-type: none"> • Alcoholismo • Tabaquismo • Exposición a biomasa verde • Drogadicción 	J1
Variable 38	Antecedentes traumáticos	Cualitativa	Nominal	Historia de golpes en el cuerpo o caídas que generan lesiones.	SI/NO	J1
Variable 39	Desarrollo económico	Cualitativa	Nominal	Capacidad que tienen las personas de producir y obtener riqueza mediante la adquisición de productos comerciales.	SI/NO: <ul style="list-style-type: none"> • Radio o grabadora • Televisión • Máquina de coser • DVD • Teléfono • Servicio de acueducto 	K1

					<p>Computador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bicicleta • Nevera • Lavadora • Estufa de Gas/Eléctrica • Celular • Calentador • Moto • Automóvil • Camioneta • Energía eléctrica • Servicio de alcantarillado. 	
Variable 40	Vivienda.	Cualitativa	Nominal	Lugar protegido o construcción acondicionada para que vivan personas	Casa Propia, Arrendado, Otro	K2

Anexo 4. Criterios diagnósticos utilizados para la clasificación de las enfermedades reumáticas más frecuentes, usados para el diagnóstico en los filtros 2 y 3.

Artritis reumatoide

En el año 2010 un consenso del colegio americano de Reumatología y la liga europea contra el reumatismo estableció los siguientes criterios de clasificación.

<p>Aplicables a pacientes quienes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tienen al menos una articulación con sinovitis clínica. 2. Sinovitis no explicada mejor por otra enfermedad.
<p>A. Articulaciones comprometidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 articulación grande (0 puntos) 2-10 articulaciones grandes (1 punto) 1-3 articulaciones pequeñas (2 puntos) 4-10 articulaciones pequeñas (3 puntos) > 10 articulaciones pequeñas (5 puntos)
<p>B. Serología (Al menos una prueba es necesaria para la clasificación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Factor reumatoide y ACPA negativos (0 puntos) Baja positividad de factor reumatoide o baja positividad de ACPA (2 puntos) Alta positividad de factor reumatoide o alta positividad de ACPA (3 puntos)
<p>C. Reactantes de fase aguda (Al menos un resultado es necesario para la clasificación)</p> <ul style="list-style-type: none"> PCR y VSG normales (0 puntos) PCR anormal o VSG anormal (1 punto)
<p>D. Duración de los síntomas</p> <ul style="list-style-type: none"> < 6 semanas (0 puntos) > 6 semanas (1 punto)

La positividad de los criterios de clasificación se establece con un puntaje > 6 puntos.

Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: An American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum.* 2010;62(9):2569–81.

Esclerosis sistémica

Criterios de clasificación de la esclerosis sistémica del colegio americano de reumatología y la liga europea contra el reumatismo (2013).

Engrosamiento cutáneo de los dedos de ambas manos extendiéndose proximal a las articulaciones metacarpofalángicas (9 puntos).
Engrosamiento de la piel de los dedos A. hinchazón de los dedos (2 puntos). B. Esclerodactilia de los dedos (4 puntos).
Lesiones en las yemas de los dedos A. Ulceras digitales (2 puntos) B. Cicatrices con picaduras en las yemas de los dedos (3 puntos)
Telangiectasias (2 puntos)
Capilares ungulares anormales (2 puntos)
hipertensión arterial pulmonar y/o Enfermedad pulmonar intersticial A. hipertensión arteria pulmonar (2 puntos). B. Enfermedad pulmonar intersticial (2 puntos).
fenómeno de Raynaud (3 puntos).
Anticuerpos relacionados con esclerosis sistémica [anti centrómero, anti-topoisomerasa I, anti RNA polimerasa III] (3 puntos)

Estos criterios de clasificación son positivos con la suma de 9 o más puntos.

Van Den Hoogen F, Khanna D, Fransen J, Johnson SR, Baron M, Tyndall A, et al. 2013 classification criteria for systemic sclerosis: An american college of rheumatology/European league against rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum.* 2013;65(11):2737–47.

Lupus eritematoso sistémico

El colegio americano de Reumatología y la liga europea contra el reumatismo estableció en 2019 los nuevos criterios de clasificación para el lupus.

Criterio de entrada Anticuerpos antinucleares (ANA) a un título mayor o igual de 1:80 en células
--

HEp-2 o una prueba equivalente positiva.
Dominios clínicos
Constitucional Fiebre (2 puntos)
Hematológico Leucopenia (3 puntos) Trombocitopenia (4 puntos) Hemolisis autoinmune (4 puntos)
Neuropsiquiátrico Delirium (2 puntos). Psicosis (3 puntos) Convulsiones (5 puntos)
Mucocutáneos Alopecia no cicatricial (2 puntos) Ulceras orales (2 puntos) Lupus discoide o cutáneo subagudo (4 puntos) Lupus cutáneo agudo (6 puntos)
Serosas Derrame pleural o pericárdico (5 puntos) Pericarditis aguda (6 puntos)
Musculoesquelético Compromiso articular (6 puntos)
Renal Proteinuria >0,5 gramos en 24 horas (4 puntos) Biopsia renal Nefritis lupica clase II o V (8 puntos) Biopsia renal nefritis lupica clase III o IV (10 puntos)
Dominios inmunológicos
Anticuerpos antifosfolípidos Anticuerpos anti cardiolipina o anti B2 glicoproteína 1 o anticoagulante lúpico (2 puntos)
proteínas del complemento C3 bajo o C4 bajo (3 puntos) C3 bajo y C4 bajo (4 puntos)
Anticuerpos específicos del lupus Anticuerpos anti doble cadena de ADN o anticuerpos anti Smith (6 puntos)

Los criterios de clasificación del lupus del consenso del colegio americano de reumatología y la liga europea contra el reumatismo son positivos cuando se obtiene un puntaje mayor o igual a 10 puntos, solo si el criterio de entrada es positivo.

Aringer M, Costenbader K, Daikh D, Brinks R, Mosca M, Ramsey-Goldman R, et al. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Rheumatol.* 2019;71(9):1400–12.

Gota

<p>Paso 1 Criterio de entrada Al menos 1 episodio de hinchazón, dolor o sensibilidad en una articulación o bursa periférica</p>	
<p>Paso 2 Criterio suficiente Presencia de cristales de UMS en una articulación o bursa sintomática (es decir, en líquido sinovial) o tofo</p>	
<p>Paso3:</p>	
<p>Criterios clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eritema en la articulación afectada (informado por el paciente u observado por el médico). - No puede soportar el tacto o la presión en la articulación afectada. - Gran dificultad para caminar o incapacidad para usar la articulación afectada. 	<p>Una característica (1 punto)</p> <p>Dos características (2 puntos)</p> <p>Tres características (3 puntos)</p>
<p>Curso de tiempo del episodio(s) Presencia (siempre) de ≥ 2, independientemente del tratamiento antiinflamatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de dolor máximo, <24 horas - Resolución de síntomas en ≤ 14 días - Resolución completa (al nivel inicial) entre episodios sintomáticos 	<p>Un episodio (1 punto)</p> <p>Episodios típicos recurrentes (2 puntos)</p>

Evidencia clínica de tofos Nódulo subcutáneo símil tiza o drenado o debajo de la piel transparente, a menudo con vascularización suprayacente, localizado en ubicaciones típicas: articulaciones, orejas, bursas de olécranon, almohadillas de dedos, tendones (por ej., Aquiles)	Presente (4 puntos)
Urato sérico: medido por el método uricase	< 4 mg/dl (-4 puntos)
	6-8 mg/dl (2 puntos)
	8<10 mg/dl (3 puntos)
	>O = 10 mg/dl (4 puntos)
Análisis de líquido sinovial de una articulación o bursa sintomática	UMS negativo (-2 puntos)
Evidencia de imagen de depósitos de urato en la articulación (bursa) sintomática: evidencia ecográfica de signo de doble contorno# o DECT que demuestra depósito de urato	Presente (4 puntos)
Imagen de evidencia de daño en las articulaciones relacionado con la gota: la radiografía convencional de manos y/o pies muestra al menos 1 erosión	Presente (4 puntos)

Un puntaje igual o mayor de 8 puntos es capaz de establecer que un individuo sea portador de gota.

Neogi T, Jansen TLTA, Dalbeth N, Fransen J, Schumacher HR, Berendsen D, et al. 2015 Gout Classification Criteria: An American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Collaborative Initiative. Arthritis Rheumatol. 2015;67(10):2557–68.

Fibromialgia

1) Índice de dolor generalizado (WPI): anote las áreas numéricas en las que el paciente ha tenido dolor durante la última semana. ¿En cuántas áreas ha tenido dolor el paciente? El puntaje estará entre 0 y 19.

Tabla 1 WPI			
• Cintura escapular, izquierda		• Parte inferior de la pierna izquierda	
• Cintura escapular, derecha		• Parte inferior de la pierna derecha	
• Parte superior del brazo, izquierdo		• Mandíbula, izquierda	
• Parte superior del brazo, izquierdo		• Mandíbula, derecha	
• Parte baja del brazo, izquierdo		• Pecho	
• Parte baja del brazo, derecho		• Abdomen	
• Cadera (trocánter, nalga), izquierdo		• Espalda superior	
• Cadera (trocánter, nalga), derecho		• Espalda inferior	
• Parte superior de la pierna derecha		• Cuello	
• Parte superior de la pierna izquierda			

2) Score de escala de gravedad de los síntomas (SS) PARTE 1:

Por cada uno de los síntomas anteriores, indicar el nivel de severidad en la semana pasada usando la siguiente escala:			
	FATIGA	Sueño no reparador	Síntomas cognitivos
0= Problemas leves o ligeros u ocasionales			
1= Moderado, siempre o casi Siempre			
2= grave, persistente			
SUBTOTAL			
TOTAL			

El puntaje de la escala SS es la suma de la severidad de los tres síntomas (fatiga, despertar sin descansar, síntomas cognitivos), más la extensión de síntomas somáticos en general. El puntaje final está entre 0 y 12.

3. Score de escala de gravedad de los síntomas (SS) PARTE 2:

Considerando los síntomas somáticos en general, indique si el paciente tiene:

Tabla de síntomas somáticos en general			
Dolor muscular	Depresión	Fenómeno de Raynaud	
Síndrome de intestino irritable	Estreñimiento	Ronchas	
Fatiga/cansancio	Dolor epigástrico	Zumbido en los oídos	
Problemas para pensar o recordar	Náuseas	Vómitos	
Debilidad muscular	Nerviosismo	Acidez estomacal	
Dolor de cabeza	Dolor en el pecho	Úlceras orales	
Dolor/calambres en el abdomen	Visión borrosa	Pérdida o cambios en el gusto(sabor)	
Entumecimiento/hormigueo	Fiebre	Convulsiones	
Mareos	Diarrea	Sequedad ocular	
Insomnio	Boca seca	Falta de aliento	
Sensibilidad al sol	Picazón	Pérdida de apetito	
Dificultades de audición	sibilancias	Erupción cutánea	
Moretones con facilidad	Pérdida de cabello	Micción frecuente	
Micción dolorosa	Espasmos vesicales		
TOTAL			

0= Asintomático

1= entre 1 a 10 síntomas

2= entre 11 y 24 síntomas

3= 25 o más síntomas

POSITIVO para fibromialgia si cumple una de las siguientes 3 condiciones:

1) **Índice de dolor generalizado (WPI)** ≥ 7 y puntuación de la sumatoria de gravedad de los síntomas (SS Parte 1 + parte 2) ≥ 5 o WPI 3–6 y puntuación de la sumatoria de SS ≥ 9

2) Los síntomas han estado presentes a un nivel similar durante al menos 3 meses.

3) El paciente no tiene un trastorno que de otra manera explique el dolor.

Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res.* 2010;62(5):600–10