



TRABAJO DE FIN DE GRAO EN PODOLOGÍA

Curso académico 2022/2023

**“PREVALENCIA DEL DOLOR CRÓNICO EN LOS PIES Y SU INFLUENCIA EN
LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE LA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE
PODOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE A CORUÑA”**

CRISTINA VIDAL BECEIRO

Director(es): FRANCISCO ALONSO TAJES

LAURA DELGADO LOBETE

ÍNDICE

1. RESUMEN ESTRUCTURADO	4
1.1 Introducción.....	4
1.2 Objetivos	4
1.3 Metodología.....	4
1.4 Resultados	5
1.5 Conclusiones.....	5
2. SIGLAS Y ACRÓNIMOS	6
3. INTRODUCCIÓN: antecedentes y estado actual del tema.....	7
4. JUSTIFICACIÓN.....	10
5. HIPÓTESIS.....	11
6. OBJETIVOS.....	12
6.1. Objetivo general	12
6.2. Objetivos específicos.....	12
7. METODOLOGÍA	13
7.1. Búsqueda bibliográfica: bases de datos y palabras clave	13
7.2. Diseño del estudio	13
7.2.1. Tipo de diseño	13
7.2.2. Ámbito de estudio	13
7.2.3. Población de estudio	13
7.2.4. Período de estudio.....	14
7.2.5. Criterios de inclusión	14
7.2.6. Criterios de exclusión	14
7.2.7 Selección de la muestra	14
7.2.8. Justificación del tamaño muestral	15
7.2.9. Variables y metodología de medición.....	15
7.3 Protocolo de recogida de datos	17
7.4 Análisis estadístico	17
7.5 Aspectos éticos	17
8. RESULTADOS	19
9. DISCUSIÓN.....	23
9.1 Limitaciones del estudio	26
9.2 Implicaciones para la práctica.....	27
10. CONCLUSIONES	28
11. BIBLIOGRAFÍA.....	29
12. ANEXOS.....	31
ANEXO 1 - INFOGRAFÍA PARA PACIENTES	31

ANEXO 2 - DOCUMENTO DE INFORMACIÓN GENERAL Y COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD	32
ANEXO 3 - HOJA DE CODIFICACIÓN	37
ANEXO 4 - HOJA DE RECOGIDA DE DATOS	38
ANEXO 5 - PROTOCOLO DE ATENCION TELEFÓNICA DE LA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE PODOLOGÍA (CUP).....	39
ANEXO 6 - ESCALA EVA	40
ANEXO 7 - FOOT FUNCTION INDEX.....	41
ANEXO 8 - CUESTIONARIO SALUD (SF36) MODIFICADO.....	43

1. RESUMEN ESTRUCTURADO

1.1 Introducción

El dolor es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “una experiencia emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial”. Esta experiencia es reconocida por casi todo el mundo y es considerada un problema frecuente en la sociedad actual. El dolor tiene, además, repercusiones a nivel económico y asistencial.

En España, el dolor está presente en un 26,9% de la población general no hospitalizada, siendo el 17,6% dolor crónico. La prevalencia del dolor crónico va desde un 17% hasta un 70%, siendo más frecuente en mujeres que en hombres y estando asociada a enfermedades degenerativas y personas de más de 65 años.

Aunque esté demostrado que el dolor crónico presenta una relación directa con la calidad de vida, existen escasos estudios que traten específicamente sobre la prevalencia del dolor crónico en el complejo anatómico tobillo-pie y su relación con la calidad de vida y funcionalidad.

Es por ello por lo que la orientación este estudio se enfoca a poder conocer la prevalencia del dolor crónico en el complejo anatómico tobillo-pie en el contexto de una clínica podológica y como este afecta al día a día, a la calidad de vida y a la funcionalidad de los pacientes.

1.2 Objetivos

El objetivo principal del presente estudio ha sido determinar la prevalencia de dolor crónico en el complejo anatómico tobillo-pie en pacientes que acuden a la Clínica Universitaria de Podología de la Universidad de A Coruña (CUP) así como analizar la relación entre la intensidad del dolor y el funcionamiento diario en pacientes que acuden a la CUP y presentan dolor crónico en el complejo anatómico tobillo-pie. La hipótesis general es que existe dolor crónico en la población que acude a una clínica podológica y que este dolor tiene un impacto en la calidad de vida de los pacientes que lo sufren.

1.3 Metodología

Este es un estudio cuantitativo, observacional y analítico, de diseño longitudinal prospectivo. El ámbito de estudio fue la población del área sanitaria de Ferrol que acude a consulta a la Clínica Universitaria de Podología. La población de estudio fueron los pacientes que acudieron a consulta a la Clínica Universitaria de Podología de la Universidad de A Coruña en el periodo del 20 al 24 de abril del 2023. El tamaño muestral fue de 100

pacientes, este tamaño muestral permitió estimar la prevalencia de dolor crónico en el complejo anatómico tobillo-pie con una confianza del 95% y una precisión de $\pm 7\%$. Se utilizaron cuestionarios validados como son la escala visual analógica del dolor (EVA), el Foot Function Index (FFI) y el SF36.

1.4 Resultados

La prevalencia del dolor crónico en el complejo anatómico tobillo-pie fue del 22%, la media del dolor según la escala EVA fue de 6,2, y el dolor fue correlacionado significativamente con las limitaciones emocionales y la función social.

1.5 Conclusiones

La prevalencia de dolor crónico en una muestra de 100 pacientes en la clínica podológica de la Universidad de A Coruña fue de un 22%. El dolor crónico sí presenta un impacto estadísticamente significativo en la calidad de vida, pero no se estableció relación significativa con la discapacidad ni la limitación de la actividad. Respecto a la evolución del dolor, sí hay cambios estadísticamente significativos en el dolor crónico después de 15 días de evolución. En cuanto a la evolución de la discapacidad, limitaciones de la actividad y calidad de vida, sí hay cambios estadísticamente significativos después de 15 días de evolución.

2. SIGLAS Y ACRÓNIMOS

EVA	Escala visual analógica del dolor
FFI	Foot function index
SF36	Cuestionario de salud
CUP	Clínica Universitaria de Podología

3. INTRODUCCIÓN: antecedentes y estado actual del tema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el dolor es “una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial” (1). Esta experiencia es reconocida por casi todo el mundo, y es considerada un problema frecuente en la sociedad actual. Sin embargo, la capacidad para tolerar y responder al dolor varía de una persona a otra, así como varían las respuestas a los diferentes tratamientos.

El dolor tiene, además, repercusiones a nivel económico y asistencial. Las poblaciones de los países más desarrollados tienden cada vez más a un aumento de la longevidad, lo que conlleva sociedades de más edad con su consecuente avance de las enfermedades en los pacientes. Esto puede corresponder al 2,5% de PIB en los países industrializados. (2)

A la vez, la definición de la OMS tiene presente que el dolor no solo tiene una repercusión física sino también social. Estrechamente relacionado con afecciones del estado de ánimo, problemas de autoestima e, incluso, la imposibilidad de participar en eventos sociales. Los trastornos más frecuentes que provoca el dolor son depresión, fatiga, ansiedad e ira (3).

Fisiológicamente percibimos el dolor mediante el sistema neural sensitivo (nociceptores), y las vías nerviosas aferentes, que responden a los estímulos nociceptivos de los tejidos, pero la percepción del dolor puede verse también influenciada por otros factores como los psicológicos (1). Para realizar una valoración correcta del dolor, debemos tener en cuenta los siguientes aspectos: temporalidad, patogenia, localización, intensidad y curso clínico (1).

Siguiendo esta valoración, la clasificación más utilizada es en función de la temporalidad desde su aparición, dividiendo el dolor en agudo y crónico. El dolor agudo es aquel que aparece de manera repentina debido a un factor externo como puede ser una enfermedad, lesión o inflamación (4). Por el contrario, el dolor crónico es aquel que lleve presente más de 6 meses, aunque la experiencia clínica permite distinguir dolores crónicos de tipo continuo e intermitente siempre y cuando la presencia de este dolor haya empeorado la calidad de vida de la persona que lo padece. Este tipo de dolor representa un problema de salud en muchos países del mundo y su diagnóstico y su tratamiento en ocasiones plantean un gran reto debido a su etiología multifactorial. Por este motivo, el tratamiento siempre debe adoptar una visión multidisciplinar, incluyendo tratamiento farmacológico, psicológico y rehabilitación (5).

En España, el dolor está presente en un 26,9% de la población general no hospitalizada, siendo el 17,6% dolor crónico (3). La prevalencia del dolor crónico va desde un 17% hasta un 70%, siendo más frecuente en mujeres que en hombres y estando asociada a enfermedades degenerativas y personas de más de 65 años (6).

Otra manera de clasificar el dolor es según la patogenia; se puede dividir en neuropática o nociceptiva. La nociceptiva es la estimulación de los nociceptores del dolor y es la más habitual. Se divide a su vez en somática, visceral o psicogénica si intervienen componentes psico-sociales en el individuo. La neuropática está producida por un estímulo directo del sistema nervioso central o una lesión en las vías nerviosas periféricas. (1)

En la clasificación atendiendo a la localización, se divide en dolor somático cuando se produce por una excitación anormal de los nociceptores somáticos superficiales o profundos, y dolor visceral cuando hay una excitación anormal de los nociceptores viscerales. Ambos tipos pueden producir dolor crónico (1).

En función de la intensidad y del impacto que tiene sobre la calidad de vida de las personas que lo padecen, el dolor se divide en dolor leve, si puede realizar las actividades habituales, dolor moderado si interfiere en dichas actividades y precisa de opioides menores, y dolor severo si interfiere con el descanso y precisa de opioides mayores (1).

Según el curso clínico, puede darse un dolor continuo si está presente a lo largo del día y no desaparece, o irruptivo si se produce exacerbación transitoria del dolor en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable (1).

Aunque el dolor es una experiencia compleja debido en gran parte a su subjetividad, se han desarrollado a lo largo de los años, dada la necesidad para conocer el grado y/o el impacto del dolor, diferentes herramientas para medir su intensidad o el impacto en la calidad de vida, por ejemplo, la escala visual analógica del dolor (EVA), el Cuestionario Internacional de la actividad física (IPAQ 7) y el cuestionario de salud (SF36), que relaciona el dolor con la calidad de vida y la funcionalidad.

Para valorar el tratamiento del dolor se suele emplear la escala analgésica de la OMS. Se obtiene un buen control del dolor en aproximadamente un 80% de los casos (1).

Para realizar un buen manejo y seguimiento es esencial la cuantificación de la intensidad del dolor, para lo que generalmente se usan escalas unidimensionales como la visual analógica o la verbal numérica.

La intensidad del dolor y el grado de afección en la calidad de vida de los pacientes está íntimamente relacionada. Se aprecia una mayor afección a nivel físico que mental en la calidad de vida de la población, pero la mental también repercute en esta (2). Cuando el dolor es crónico, la relación aumenta. Hay estudios que confirman que la rehabilitación psicológica en pacientes que sufren dolor crónico reduce la ansiedad y la depresión y, por lo tanto, mejoran su calidad de vida (7). El uso de antidepresivos como parte del tratamiento para el dolor crónico también intenta frenar el componente psicológico del dolor, sin embargo, aunque su uso esté extendido a nivel global, no existen evidencias que muestren una diferencia clara del impacto del dolor con o sin su prescripción (8).

En una breve aproximación a los datos del dolor y su impacto en los miembros inferiores, entre el 2 y el 40% de la población adulta presenta dolor crónico de causa no oncológica (2), y un 34,5% de estos lo presenta en el miembro inferior, donde a su vez es más frecuente en el sexo femenino (3:1) (9). En el pie afecta aproximadamente a un 40%, siendo el dolor más habitual el de tipo moderado a intenso.

Aunque esté demostrado que el dolor crónico presenta una relación directa con la calidad de vida, existen escasos estudios que tratan específicamente sobre la prevalencia del dolor crónico del pie y tobillo y su relación con la calidad de vida y funcionalidad.

Es por ello por lo que la orientación este estudio se enfoca a poder conocer la prevalencia del dolor crónico en el complejo anatómico tobillo-pie en el contexto de una clínica podológica y como este afecta al día a día, a la calidad de vida y a la funcionalidad de los pacientes.

4. JUSTIFICACIÓN

Este estudio se centra en averiguar el número de personas afectadas por dolor crónico en el complejo anatómico tobillo-pie en una clínica podológica, y como estas personas ven afectada su vida diaria y su funcionalidad a causa de este dolor.

El intentar determinar las relaciones entre el dolor crónico y variables como la función social o el bienestar emocional, ayudará a entender el dolor no como algo aislado, sino como un conjunto que puede afectar a nuestros pacientes en diversos aspectos de su vida y que podemos asistir en todos, ya sea mediante un tratamiento o la derivación.

Dada la escasez de estudios científicos que aborden la presencia de dolor crónico en el complejo anatómico tobillo-pie en el contexto de una población que acude a una clínica podológica, la principal justificación de este estudio es aportar nuevos conocimientos y/o complementar los anteriores, siendo este objetivo el principal pilar de la relevancia científica del estudio.

Por otra parte, las conclusiones que se puedan obtener de los resultados del estudio podrán abrir un camino en la toma de decisiones que traten de mejorar la calidad de vida y la funcionalidad de aquellos pacientes en los que la presencia de dolor crónico tenga un peso determinante en la calidad de vida de sus actividades diarias, constituyendo este objetivo de aplicabilidad del estudio su relevancia social.

5. HIPÓTESIS

La hipótesis general del estudio es que existe dolor crónico en la población que acude a una clínica podológica y que este dolor tiene un impacto en la calidad de vida de los pacientes que lo sufren. De esta hipótesis conceptual se derivan las siguientes hipótesis estadísticas:

Respecto a la relación del dolor crónico en el complejo anatómico tobillo-pie con el impacto en la calidad de vida:

- **Hipótesis nula** (H_{10}): el dolor crónico no presenta impacto estadísticamente significativo en la discapacidad, limitaciones de la actividad y calidad de vida.
- **Hipótesis alternativa** (H_{11}): el dolor crónico presenta un impacto estadísticamente significativo en la discapacidad, limitaciones de la actividad y calidad de vida.

Respecto a la evolución en 15 días del dolor crónico en el complejo anatómico tobillo-pie:

- **Hipótesis nula** (H_{20}): no hay cambios estadísticamente significativos en el dolor crónico después de 15 días de evolución.
- **Hipótesis alternativa** (H_{21}): hay cambios estadísticamente significativos en el dolor crónico después de 15 días de evolución.

Respecto a la evolución en 15 días de la discapacidad, limitaciones de la actividad y calidad de vida provocadas por el dolor crónico en el complejo anatómico tobillo-pie:

- **Hipótesis nula** (H_{30}): no hay cambios estadísticamente significativos en la discapacidad, limitaciones de la actividad y calidad de vida después de 15 días.
- **Hipótesis alternativa** (H_{31}): hay cambios estadísticamente significativos en la discapacidad, limitaciones de la actividad y calidad de vida después de 15 días.

6. OBJETIVOS

6.1. Objetivo general

El objetivo principal del presente estudio ha sido determinar la prevalencia de dolor crónico en el complejo anatómico tobillo-pie en pacientes que acuden a la Clínica Universitaria de Podología de la Universidad de A Coruña (CUP), así como analizar la relación entre la intensidad del dolor y en funcionamiento diario en pacientes que acuden a la CUP y presentan dolor crónico en el complejo anatómico tobillo-pie.

6.2. Objetivos específicos

- Determinar la intensidad del dolor crónico presente en los pacientes que acuden a la CUP
- Determinar los niveles de discapacidad, limitaciones en la actividad y calidad de vida en personas con dolor crónico en el complejo anatómico tobillo-pie
- Determinar la evolución de la discapacidad, limitaciones en la actividad y calidad de vida en 15 días.

7. METODOLOGÍA

7.1. Búsqueda bibliográfica: bases de datos y palabras clave

La búsqueda bibliográfica se realizó en los meses de marzo, abril y mayo de 2023. Tuvo como objetivo reunir información sobre el dolor crónico a nivel general, a nivel específico del complejo anatómico tobillo-pie y su relación con la calidad de vida.

Para ello se utilizaron las siguientes bases: Google Académico, Medline a través de Pubmed y Web of Science.

Se usaron los siguientes términos: dolor crónico, pie, calidad de vida, prevalencia, foot, chronic pain, quality of life, prevalence.

No se aplicaron límites de tipo de publicación, idioma o temporalidad. Se utilizó el operador booleano "AND". La estrategia de búsqueda fue la siguiente:

- "Chronic pain"
- "Chronic pain" AND "Foot"
- "Chronic pain" AND quality of life
- "Chronic pain" AND "prevalence"
- "Chronic pain" AND FFI
- "Dolor crónico"
- "Dolor crónico" AND "Pie"
- "Dolor crónico" AND calidad de vida
- "Dolor crónico" AND "Prevalencia"

7.2. Diseño del estudio

7.2.1. Tipo de diseño

Este es un estudio cuantitativo, observacional y analítico, de diseño longitudinal prospectivo.

7.2.2. Ámbito de estudio

Población del área sanitaria de Ferrol que acude a consulta a la Clínica Universitaria de Podología

7.2.3. Población de estudio

Pacientes que han acudido a consulta a la Clínica Universitaria de Podología de la Universidad de A Coruña en el periodo del 20 al 24 de abril del 2023.

7.2.4. Período de estudio

De febrero de 2023 a mayo de 2023

7.2.5. Criterios de inclusión

Fueron incluidos en este estudio aquellas personas que cumplieran estos criterios:

- Ser pacientes de la Clínica Universitaria de Podología de la Universidad de A Coruña.
- Ser mayor de edad.
- Tener una cita presencial en la CUP en el periodo de captación de sujetos de estudio.
- Haber firmado el documento de consentimiento informado.

7.2.6. Criterios de exclusión

Fueron excluidos de la participación aquellas personas que cumplieran estos criterios:

- Presentaban dolor crónico postquirúrgico.
- No contestaron al menos a un 80% de los ítems de los cuestionarios.
- Presentaron un cambio de situación que afectó las condiciones fisiopatológicas del miembro inferior durante el período del estudio.

7.2.7 Selección de la muestra

Los participantes fueron seleccionados a lo largo de cinco días durante el horario de mañana a medida que iban acudiendo a la CUP a cualquiera de los dos servicios. Se realizó este procedimiento hasta llegar a 100 participantes, tuvieran o no dolor crónico. Se les realizaba una entrevista donde se les daban tres características principales del dolor crónico para ver si se identificaban con ellas y al mismo tiempo se les entregaba una infografía (ANEXO 1) con la información por escrito para mayor claridad. Las características que se buscaron fueron que el dolor llevara presente más de tres meses, que se sufriera mínimo tres veces a la semana y que afectara a la realización de alguna actividad cotidiana (deporte, ir a la compra, caminar...). Aquellos que no se sentían identificados con las características del dolor crónico se recogía su respuesta como "NO", además de su edad, su sexo y el servicio al cual habían acudido, y se les explicaba que su participación había concluido. A aquellos que si se sentían identificados se les explicaba las características del estudio y se les entregó un documento informativo con los detalles del estudio y un formulario para recoger la firma del consentimiento informado (ANEXO 2) en caso de que aceptaran participar. Todos los datos fueron recogidos en una hoja de codificación

siguiendo el modelo del Anexo 3 con el fin de proteger la identificación de los pacientes durante el proceso. De los 100 participantes, 22 afirmaron padecer dolor crónico y firmaron el consentimiento informado para pasar a la siguiente fase del estudio. Uno de ellos lo revocó unos días más tarde, dejando la muestra de pacientes con dolor crónico en 21.

En la primera entrevista telefónica, tres participantes no contestaron a la llamada, otro de ellos no fue capaz de responder con claridad a ninguna de las preguntas del cuestionario, y otro manifestó su deseo de no continuar en el estudio, quedando 16 pacientes que sí contestaron al primer cuestionario. En la segunda entrevista telefónica, dos de los 16 participantes no respondieron a la llamada, quedando, finalmente, una muestra de 14 pacientes que completaron ambas entrevistas.

7.2.8. Justificación del tamaño muestral

Por cuestiones de viabilidad temporal, esta primera edición del estudio alcanzó la cifra de 100 pacientes. Considerando que la proporción de dolor crónico en el complejo anatómico tobillo-pie reportada en estudios previos es del 13,8% (9), este tamaño muestral permitió estimar la prevalencia de dolor crónico en el complejo anatómico tobillo-pie con una confianza del 95% y una precisión de $\pm 7\%$

En cuanto al segundo objetivo principal, de los 22 pacientes que cumplían criterios de dolor crónico en el complejo anatómico tobillo-pie, se recogieron las mediciones de 14 participantes que aceptaron participar y respondieron a las dos mediciones. Este tamaño muestral permitía detectar como significativas correlaciones mayores a $r=0,700$ entre el funcionamiento y la intensidad del dolor con un 95% de confianza y un 80% de potencia estadística.

7.2.9. Variables y metodología de medición

En el siguiente estudio se incluyeron las siguientes variables:

Variables sociodemográficas

- Edad. Expresada en años
- Sexo. Femenino o masculino

Variable de perfil de interconsulta clínica

- **Servicio de derivación a la CUP:**

Se ha registrado en esta variable recogiendo el servicio de donde procedía el paciente (traumatología, rehabilitación, atención primaria)

Cuestionarios que relacionan el dolor con la calidad de vida:

- **Escala EVA:**

Permite medir la intensidad del dolor. Consiste en una línea horizontal en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas del dolor; en el lado izquierdo ubicamos la ausencia de dolor y en el derecho la mayor intensidad. El paciente sitúa el dolor que siente habitualmente en el complejo anatómico tobillo-pie en el punto que considere adecuado de la línea y se mide con una regla milimétrica. La intensidad del dolor se expresa en centímetros o milímetros.

- Interpretación (10):

- Leve 0-2
 - Moderado 4-7
 - Severo ≥ 8

- **Cuestionario Foot Function Index (FFI):**

Permite medir el impacto que tiene la patología del pie sobre la funcionalidad en términos de dolor, discapacidad y restricción de la actividad. Consiste en un índice autoadministrado que consta de 23 ítems divididos en tres subescalas (11)

- Interpretación: En un rango de 0-100%, que se obtiene de la ecuación $(X/207) \times 100$ en la que X es la suma de la puntuación de todos los ítems. Los puntajes más altos indican un empeoramiento de la salud de los pies y una peor calidad de vida. En el FFI-sp se sumarían las puntuaciones de cada ítem, siendo 23 la mínima puntuación y 69 la máxima puntuación.

- **Cuestionario SF36 modificado:**

Permite valorar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) (12)

- Interpretación: a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).

A la versión original del SF36 se le han realizado modificaciones en aquellas preguntas que no estaban dirigidas hacia el dolor en el pie para así hacerlo específico para este estudio.

7.3 Protocolo de recogida de datos

La recogida de datos generales se realizó siempre mediante el formulario correspondiente con el anexo 4 y se contactó con los pacientes de forma telefónica siguiendo la primera parte del protocolo de la CUP (ANEXO 5) con el objetivo de identificar correctamente al participante. En esta fase era imprescindible que todos los participantes hubieran firmado el consentimiento informado.

Una vez identificado el paciente se les preguntó a todos a que servicio acudían a la CUP y que tratamientos se les habían realizado a lo largo del tiempo que llevaran acudiendo. Se realizó una valoración del dolor mediante la escala EVA y se recogieron los datos sobre calidad de vida y funcionalidad mediante los cuestionarios FFI y SF36. La primera llamada se realizó el día 27 de mayo días y la segunda se realizó con 15 días de diferencia.

Al inicio de la segunda medición se les preguntó a los pacientes si había experimentado algún cambio en su pie, y en caso afirmativo se le solicitó que explicaran en que consistían dichos cambios para que el equipo investigador pudiera determinar si se había producido un cambio significativo que pudiera modificar el dolor y su afectación a la calidad de vida

7.4 Análisis estadístico

Los datos fueron recogidos en el Procesador Microsoft Excel y después pasados al programa IBM SPSS Statistics versión 28.0.1.1 (15) para el análisis estadístico.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de los datos recogidos acerca de los 100 pacientes muestreados y después se realizó el mismo tipo de análisis para los datos de los 14 pacientes a los que se les realizó el seguimiento. La variable cuantitativa fue la edad, y las variables cualitativas el sexo y el servicio de procedencia.

A continuación, se llevó a cabo un análisis bivalente de los datos para comprobar la correlación entre las variables dolor (mediante escala EVA y FFI dolor) y las variables de funcionalidad y calidad de vida.

7.5 Aspectos éticos

Los aspectos éticos del estudio fueron supervisados por los profesores tutores responsables de la dirección del estudio. La supervisión se ha realizado conforme a los requisitos éticos de los trabajos de fin de grado de la titulación en Podología siguiendo el protocolo establecido por el Comité de ética y la docencia de la Universidad de A Coruña..

Se respetaron los aspectos éticos de la Declaración de Helsinki (64ª Asamblea General, Brasil, octubre 2013). Se tomaron las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad de los datos personales, conforme a lo que dispone la LO 3/2018, del 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, del 27/04/2016, relativo a la protección de las personas físicas en el que respeta al tratamiento de los datos personales y a la libre circulación de esos datos y por lo que se deroga la Directiva 95/46CE (Reglamento general de protección de datos).

Para ello, los datos del estudio fueron codificados asignándoles un código a cada participante del 0 al 100 añadiendo delante las siglas ESTDC23-, de tal modo que sólo el equipo investigador ha tenido acceso a esta información.

Se informó que la responsable en materia de protección de datos de la Universidad de A Coruña para cualquier consulta relacionada con la rectificación de datos o revocación del consentimiento informado es Dña. Luz María Puente Alba, adjunta a la Secretaría General de la Universidad de A Coruña con la que puede contactar a través de los teléfonos 881011605 / 881011161 o en el correo electrónico dpd@udc.gal.

8. RESULTADOS

Descripción de los participantes

Los estadísticos descriptivos que se muestran a continuación (Tabla 1) pertenecen al total de 100 pacientes a los que se les realizó una entrevista para saber si padecían o no dolor crónico en el complejo anatómico tobillo-pie y describen las características de cada uno recogidas mediante la hoja de codificación de datos (ANEXO 3)

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra inicial (n=100)

	Media (DT)	N (%)
Edad	60,9 (17,2)	
Sexo		
Hombres		30 (30%)
Mujeres		70 (70%)
Servicio		
Traumatología		11 (11%)
Rehabilitación		0 (0%)
At. Primaria		34 (34%)
Dermatología		1 (1%)
Reumatología		4 (4%)
UDC		3 (3%)
Privado		6 (6%)
Asociación diabéticos		1 (1%)
No datos		40 (40%)

La Tabla 2 muestra los datos recogidos en las entrevistas iniciales mediante la hoja de codificación de datos (Anexo 3) de los 14 pacientes que respondieron a ambas entrevistas telefónicas y que si padecían dolor crónico en el complejo anatómico tobillo-pie.

Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra de seguimiento (n=14)

	Media (DT)	N (%)
Edad	57,6 (17,9)	
Sexo		
Hombres		4 (28,6)
Mujeres		10 (71,4)
Servicio		
Traumatología		2 (14,3%)
Rehabilitación		0 (0%)
At. Primaria		4 (28,6%)
Dermatología		0 (0%)
Reumatología		3 (21,4%)
UDC		1 (7,1)
Privado		1 (7,1%)
Asociación diabéticos		0 (0%)
No datos		3 (21,4)

Intensidad de dolor, funcionamiento y calidad de vida

La media de dolor registrado con la escala EVA en la muestra de 14 pacientes en la primera entrevista telefónica, fue de $6,2 \pm 17,9$ y con el apartado del FFI "dolor" fue de $60,5 \pm 13,7$ por lo que se observa coherencia entre ambos resultados.

En la Tabla 3 se describen los resultados de las variables de discapacidad y calidad de vida de ambas entrevistas

Tabla 3. Evolución de la discapacidad y calidad de vida relacionada con el pie (n=14)

	Primera medición (Media [DT])	Seguimiento quincenal (Media [DT])
FFI Discapacidad	40,0 (21,2)	38,6 (21,8)
FFI Actividades	11,0 (12,3)	12,1 (11,8)
SF36 Función física	62,9 (21,5)	63,6 (23,9)
SF36 Limitaciones físicas	28,6 (32,3)	44,6 (41,8)

Tabla 3 (continuación). Evolución de la discapacidad y calidad de vida relacionada con el pie (n=14)

		Primera medición (Media [DT])	Seguimiento quincenal (Media [DT])
SF36	Limitaciones emocionales	57,1 (44,2)	64,3 (42,3)
SF36	Energía	43,2 (17,9)	48,9 (20,3)
SF36	Bienestar	61,7 (14,7)	64,3 (19,8)
SF36	Función social	83,4 (21,3)	82,0 (26,9)
SF36	Dolor	42,3 (23,3)	43,0 (23,4)
SF36	Salud general	22,9 (12,0)	24,6 (17,6)

Relación entre el dolor, el funcionamiento y la calidad de vida

La Tabla 4 y Tabla 5 muestran las correlaciones entre el dolor y la funcionalidad y calidad de vida en el complejo anatómico tobillo-pie en la primera y segunda entrevista telefónica. Se observa correlación entre el dolor según la escala EVA y las limitaciones emocionales, así como entre el dolor según en FFI y la función social en los resultados de la primera entrevista telefónica. En cuanto a la segunda evaluación mediante entrevista telefónica, se observa correlación entre la escala EVA y el ítem “dolor” del cuestionario SF36 y entre el dolor según el FFI y la función social

Tabla 4. Correlación entre el dolor, funcionamiento y calidad de vida en la evaluación inicial

	FFI Discapacidad.	FFI Actividades.	SF36 Función física	SF36 Limitaciones salud física	SF36 Limitaciones emocionales	SF36 Energía	SF36 Bienestar	SF36 Función social	SF36 Dolor	SF36 Salud general
EVA	0,036	-0,026	-0,014	-0,408	-0,594*	0,135	-0,285	-0,307	- 0,248	0,027
FFI Dolor	0,509 ^a	0,232	-0,384	-0,456	-0,253	0,434	-0,314	-0,568*	- 0,161	-0,074

Nota: a $p=0,063$; * $p<0,05$.

Tabla 5. Correlación entre el dolor, funcionamiento y calidad de vida en el seguimiento quincenal

	FFI Discapacidad.	FFI Actividades.	SF36 Función física	SF36 Limitaciones salud física	SF36 Limitaciones emocionales	SF36 Energía	SF36 Bienestar	SF36 Función social	SF36 Dolor	SF36 Salud general
EVA	0,358	0,110	-0,077	-0,152	-0,231	-0,195	-0,455	-0,344	- 0,588*	-0,267
FFI Dolor	0,465	0,066	-0,120	-0,284	-0,316	0,186	-0,576*	-0,545*	-0,309	-0,176

Nota. * $p<0,05$.

Evolución del dolor, discapacidad, actividades y salud general

En la tabla 6 se muestra la concordancia entre las variables más destacables de la primera y segunda entrevista

Tabla 6. *Correlación intraclase entre la primera y la segunda medición de las variables principales*

	CCI (95% IC)	p
EVA	0,831 (0,474-0,946)	<0,001
FFI Dolor	0,974 (0,919-0,992)	<0,001
FFI Discapacidad	0,976 (0,924-0,992)	<0,001
FFI Actividades	0,931 (0,786-0,978)	<0,001
SF36 Salud General	0,939 (0,810-0,980)	<0,001

9. DISCUSIÓN

En el estudio sobre el dolor crónico en ancianos realizado por Pereira et al. en 2014 con una muestra de 934 pacientes, se obtuvo una prevalencia del 13,8% para dolor crónico del miembro inferior (9). Según un estudio de Casals et al. De 2001, el dolor crónico de causa no oncológica está presente en el 40% de la población adulta (2). En este estudio, con una muestra de 100 pacientes, el dolor crónico estaba presente en el 22% de la muestra. La diferencia porcentual entre el estudio de Pereira et al. y el aquí realizado, probablemente es debido a la diferencia entre ambos tamaños muestrales, por ello es importante resaltar que este estudio tendrá una continuación futura en la que se reevaluarán los porcentajes a medida que se amplía la muestra. Hay que tener en cuenta que, en dicho estudio, los participantes fueron seleccionados dentro del censo poblacional mediante un muestreo aleatorio simple, mientras que en este estudio se han recogido pacientes en un entorno clínico de dolor, lo que es posible que explique que en nuestro estudio haya mayor presencia de pacientes con dolor crónico.

En el mismo estudio, se mostraba como el dolor crónico estaba relacionado con el sexo femenino (2). Estos datos son corroborados en este estudio, siendo mujeres un 71,4% de la muestra de 14 pacientes con dolor crónico.

En la Tabla 3 se muestran los resultados medios de aquellas partes de los cuestionarios que corresponden con la funcionalidad del pie y la calidad de vida. En ambas entrevistas se obtuvieron resultados similares, por ejemplo, los resultados del ítem FFI "discapacidad" de la primera entrevista obtuvieron de media una puntuación de 40/100, que es similar al resultado obtenido con el SF36 "Función Física" 62,9/100. Así podemos decir que, para esta muestra de pacientes, ambos cuestionarios evalúan con la misma precisión los ítems en común. Es destacable el cambio de la media en el ítem del SF36 "Limitaciones por salud física" que pasó de 28,6 a 44,6, habiendo por lo tanto una mejora considerable en 15 días.

Relacionando las distintas variables con el dolor, solo se apreció significación en la primera entrevista entre las limitaciones emocionales y la función social, lo que corrobora la investigación llevada a cabo por Truyols et al. en 2008 acerca de los aspectos psicológicos relevantes para el dolor crónico. En ese estudio se relaciona el dolor crónico con la depresión y la ansiedad (3), problemas que se relacionan íntimamente con la función social, y que son en sí mismos, limitaciones emocionales.

En un estudio realizado en Canadá en el año 2010 con una muestra de 449 pacientes, el dolor crónico de intensidad elevada fue asociado con una peor autopercepción de la salud general (13), así como en el presente estudio, donde la media más alta del ítem SF36 “Salud general” fue de 24,6.

Aunque no se han hallado correlaciones estadísticamente significativas con las demás variables como puede ser la función física, o la discapacidad, esto puede ser debido al tamaño muestral de este estudio, ya que ha habido variables que tenían un tamaño del efecto muy cercano a correlación significativa. Estas son por ejemplo la variable de discapacidad del FFI con el dolor del FFI. En futuras ediciones de este estudio se podría comprobar si hay una relación entre estas dos variables al aumentar la muestra.

La media de dolor según la escala EVA en este estudio fue de 6,2 en la primera entrevista, experimentando una ligera subida en la segunda y coincidiendo ambas mediciones en valores con el ítem FFI “dolor”. Esto indica que ambas escalas son coherentes en sus resultados y evalúan con igual precisión la media de dolor. Dicha media coincide también con los resultados de otros estudios como el Pereira et al. De 2014. Esta media implica que un número de pacientes respondieron que su dolor era de valor 8 o 9 y aunque era de esperar que las personas que tuvieran un valor alto en la escala EVA vieran afectadas la discapacidad y la función física, esto no ocurre así en el presente estudio, como se puede observar en las Tablas 4 y 5. En las entrevistas telefónicas fue corroborado, incidiendo en los valores de la escala EVA y preguntando si con ese resultado tenían limitaciones en las actividades físicas diarias, a lo que los pacientes respondían que no. Esta es una de las cuestiones complejas de un estudio que pretende valorar el dolor, que el carácter subjetivo de este frente a valores numéricos puede tener diferentes interpretaciones.

A la hora de evaluar la correlación intraclase de las variables dolor, discapacidad, actividades y salud general en la primera y segunda entrevista, se encuentra un CCI muy bajo para la escala EVA en comparación con los ítems del FFI, sobre todo con el ítem FFI “Dolor” y el FFI “Discapacidad”, que tienen unos intervalos de confianza con una diferencia de 0,073 y del 0,068 respectivamente. Estos datos indican que las respuestas de los participantes son más estables con estas variables que, por ejemplo, con la escala EVA, que es la que tiene una mayor diferencia entre resultados. Con esto se puede deducir que, a la hora de evaluar el dolor en el pie, sería interesante utilizar la escala FFI “Dolor” y abrir nuevas líneas de investigación sobre si la escala EVA sería el Gold Standar en este caso concreto frente al FFI. Aun con todo, los resultados de esta correlación indican que todas

las variables tienen gran estabilidad y, por lo tanto, también las respuestas aportadas por los pacientes lo que es lógico al no haber habido intervención por parte del equipo investigador.

En general, los aspectos que rodean el dolor crónico son complejos y multifactoriales, pero como se ha podido observar, los pacientes con dolor crónico en el complejo anatómico tobillo-pie no parecen estar afectados de manera grave en cuestiones de funcionalidad. Este trabajo no es conclusivo, si no que futuros alumnos de la CUP pueden aportar nuevas muestras basándose en él, abriendo así las puertas a una investigación mucho más extensa que pueda dar nuevos resultados acerca del tema. Además, todos los resultados anteriormente expuestos están condicionados por las características del estudio, que tienen sus propias limitaciones y serán explicadas a continuación.

9.1 Limitaciones del estudio

- Sesgo de selección

Este sesgo se relaciona con el procedimiento de selección de participantes. Existe un sesgo asociado a un muestreo no aleatorio no probabilístico. Se realizó un muestro por conveniencia en el que como medidas de reducción de este sesgo se introdujeron criterios de inclusión y exclusión para homogeneizar la muestra e incrementar la representatividad de los resultados

- Sesgo de información

Sesgo relacionado con la forma de obtención de los datos del estudio. Para reducir los posibles sesgos derivados del proceso de obtención de datos, durante este estudio se han utilizado cuestionarios de medición—validados. Hay que destacar el hecho que el cuestionario SF36 fue modificado para orientar las preguntas hacia el miembro inferior, tratando de orientar la información recogida al objetivo del estudio.

- Sesgo de confusión

Sesgo asociado a la interpretación de causalidad entre dos variables en un análisis estadístico bivariado. Este sesgo se reduce realizando análisis estadísticos multivariados, mediante regresiones logísticas o lineales según corresponda. Este análisis multivariado no ha sido realizado en este estudio.

9.2 Implicaciones para la práctica

A la vista de los resultados, es posible afirmar que el dolor crónico presente en los pacientes de una clínica podológica no afecta a sus actividades cotidianas ni a su funcionalidad. Sin embargo, tiene una implicación directa en el estado emocional y en su función social. Esta carga emocional puede ser evaluable y solucionable realizando un seguimiento adecuado en el proceso de atención podológica y, caso de ser necesario, realizar las pertinentes derivaciones a profesionales de la salud mental.

En futuras ediciones del estudio sería de interés analizar si la presencia de dolor crónico está relacionada con las decisiones terapéuticas, bien por no agotar todas las terapias posibles aplicables al caso o bien porque el paciente no las haya aceptado o realizado adecuadamente, o reevaluar las hipótesis diagnósticas ante una clara evaluación desfavorable en la mejora de la calidad de vida con el tratamiento prescrito.

10. CONCLUSIONES

Las conclusiones que se derivan de las hipótesis planteadas son las siguientes:

- La prevalencia de dolor crónico en una muestra de 100 pacientes en la clínica podológica de la Universidad de A Coruña fue de un 22%.
- El dolor crónico presenta un impacto estadísticamente significativo en la calidad de vida, pero no se estableció relación significativa con la discapacidad ni la limitación de la actividad.
- Respecto a la evolución del dolor, hay cambios estadísticamente significativos en el dolor crónico después de 15 días de evolución.
- En cuanto a la evolución de la discapacidad, limitaciones de la actividad y calidad de vida, hay cambios estadísticamente significativos después de 15 días de evolución.

Como ya se ha señalado, la significación estadística de algunos resultados del estudio se han visto afectados por el tamaño muestral por lo que serán necesarias futuras ediciones de este estudio que permitan una ampliación del tamaño de la muestra.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Puebla F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. Oncología (Barc.); [Internet]. 2005 [citado 2023 Abril 9]. 28(3), Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006
2. Casals M., Samper S. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA*. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2004 [citado 2023 Abril 9];11:260–9. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v11n5/original1.pdf>
3. Truyols M., Perez J., Medinas M., Palmer A. Aspectos psicologicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor cronico. Clin Salud. [Internet]. 2008. [citado 2023 Mayo 10]. 19(3) Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300003
4. Dolor: MedlinePlus en español [Internet]. [citado 2023 Marzo 9]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/pain.html>
5. Russo C, Brose W. Chronic Pain. Annu. Rev. Med. [Internet]. 2003 [citado 2023 Abril 9];49:123–33. Disponible en: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.med.49.1.123>
6. Sánchez B, Santiago J, Guillermo S. Epidemiology of Chronic Pain Correspondencia. Arch en Medicina Familiar. 2014;16(4), 69 -72.
7. Xxv V, Hao L, Li G, Yang L, Yang L. Influence of psychological rehabilitation training on the negative emotions and life quality of patients with chronic pain. Rev Argentina Clin. Psicol. 2016;25:99–106.
8. Brooks M. No reliable evidence antidepressants help chronic pain [Internet]. Medscape. 2023 [citado el 26 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.medscape.com/viewarticle/991796?ecd=wnl_edit_tpal&uac=279807CK&impID=5420634&faf=1
9. Pereira L, de Vasconcelos P, Souza L, Pereira G, Nakatani A, Bachion M. Prevalencia, intensidad de dolor crónico y autopercepción de la salud entre ancianos: estudio de base poblacional. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2014 [citado 2022 Abril 14];22(4):662–9. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/rlae/a/jGKGpY86W433NV36dwjXqnx/abstract/?lang=es>

10. Heller G, Manuguerra M, Chow R. How to analyze the Visual Analogue 34 Scale: Myths, truths and clinical relevance. Scand J Pain [Internet]. 2016 [citado 2023 Mayo 16];13:67–75. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28850536/>
11. Paez J, Budiman E, Cuesta A. Cross-cultural adaptation and validation of the Foot Function Index to Spanish. Foot Ankle Surg. 2014;20(1):34–9.
12. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Quintana J, Santed R, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gat anit. 2005. 19(2): 135 – 50
13. Perruccio AV, Badley EM, Hogg-Johnson S, Davis AM. Characterizing self-rated health during a period of changing health status. Soc Sci Med [Internet]. 2010 [citado el 29 de mayo de 2023];71(9):1636–43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20832154/>
14. 36-item short form survey (SF-36) scoring instructions [Internet]. Rand.org. [citado el 26 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form/scoring.html
15. Croft J. Researchers locate signals in brain related to chronic pain [Internet]. Medscape. 2023 [citado el 29 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.medscape.com/viewarticle/992406?ecd=wnl_edit_tpal&uac=279807CK&impID=5463205&faf=1
16. Herrero V, Bueno D, Moyá B, de la Torre R, García C, Herrero T. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2018 [citado 2023 Mayo 9];25(4):228–36. Disponible en <http://www.1aria.com/docs/sections/areaDolor/escalasValoracion/EscalasValoracionDolor.pdf>

12. ANEXOS

ANEXO 1 - INFOGRAFÍA PARA PACIENTES



ESTUDIO
EL DOLOR CRÓNICO EN LOS PIES

Mi nombre es Cristina Vidal Beceiro, y estoy realizando mi Trabajo de Fin de Grado sobre el dolor crónico en los pies y como afecta a la vida de nuestros pacientes.

¿SUFRES DE DOLOR CRÓNICO EN LOS PIES?

El dolor crónico es aquel que es prolongado en el tiempo y afecta a las actividades diarias. **si lo sufres**, nos harías un gran favor participando en este estudio

¿EN QUE CONSISTE?

Es voluntario, si aceptas te haremos un seguimiento telefónico durante 6 semanas. Las llamadas estarán protocolizadas, y consistirán en una serie de preguntas con duración aproximada de 10 minutos.

SI NO LO SUFRES

Puedes participar igualmente, se te contabilizará como la parte de la población que NO sufre dolor crónico, y nos ayudarás a saber con más precisión que porcentaje SI lo sufre. En este caso no te haremos ningún seguimiento y tu participación finalizará hoy.

 **Clinica Universitaria de Podología**
Facultade de Enfermería e Podoloxía
UNIVERSIDADE DA CORUÑA
Nº de rexistro sanitario: C-15-000896

ANEXO 2 - DOCUMENTO DE INFORMACIÓN GENERAL Y COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

ESTUDIO SOBRE EL DOLOR CRÓNICO EN LOS PIES

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN GENERAL Y COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

El objetivo de este documento es informarle sobre las características del estudio en el que se le invita a participar, así como solicitar su consentimiento en caso de estar interesado/a en participar. Es importante que lea detenidamente este documento y aclare todas sus dudas con el equipo de investigación. Puede hacerlo personalmente, por teléfono o por correo electrónico a través de los datos de contacto que se facilitan en el apartado **“Datos de contacto de los/las investigadores/as para aclaraciones o consultas”** (página 3).

1. DOCUMENTO INFORMATIVO

La investigación del estudio para el cual le pedimos su participación se titula: **“PREVALENCIA DEL DOLOR CRÓNICO EN LOS PIES Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE LA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE PODOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE A CORUÑA”**. Francisco Alonso Tajés, tutor del presente trabajo de fin de grado, podólogo y profesor de la Facultad de Enfermería Y Podología de la Universidad de A Coruña, ha supervisado que los aspectos éticos de este estudio cumplen los criterios establecidos por el Comité de Ética de la Investigación y la Docencia de dicha universidad.

a) Equipo investigador:

Cristina Vidal Beceiro, alumna de 4º de Podología en la Universidad de A Coruña, autora del trabajo de fin de grado. Participará en todas las fases de la elaboración del estudio y es la persona responsable de la recogida de datos.

Francisco Alonso Tajés, podólogo y profesor titular de la Universidad de A Coruña, tutor y responsable de la supervisión del trabajo. Responsable del diseño del estudio y análisis de los datos.

Laura Delgado Lobete. Terapeuta Ocupacional. Doctora por la universidad de A Coruña. Profesora ayudante doctora de la Universidad de Murcia, tutora del trabajo y responsable del diseño del estudio y análisis de datos.

b) Objetivo y utilidad del estudio:

El objetivo principal del estudio es conocer el número de pacientes que presentan dolor crónico causado por alteraciones en los pies. y cómo afecta dicho dolor a su calidad de vida.

La utilidad del estudio es analizar las posibles causas de la presencia del dolor crónico que permanece tras recibir atención clínica para estudiar alternativas que, en la medida de lo posible, reduzcan el dolor y mejoren la calidad de vida.

c) Selección de las personas participantes en el estudio

La selección de los participantes se realizará entre los pacientes que acudan a la Clínica Universitaria de Podología de la Universidad de A Coruña durante el mes de marzo y abril

de 2023. La selección se realizará invitando individualmente a cada paciente siguiendo los siguientes criterios de inclusión:

- Tener una cita en la clínica en el periodo de fechas indicadas (marzo / abril).
- Ser mayor de 18 años.

d) Metodología del estudio; tipo de colaboración de la persona participante y duración de dicha colaboración:

Su participación en el estudio consistirá en responder a una primera cuestión sobre si convive habitualmente con dolor causado por alteraciones en los pies. En caso negativo su participación finalizará en ese momento (contabilizándose este dato entre las personas que no conviven con dolor crónico).

En caso positivo se le realizará un seguimiento a lo largo de 6 semanas mediante preguntas que valorarán la presencia del dolor en el día a día y cómo afecta a la calidad de vida y/o a la funcionalidad de los pies. El seguimiento consistirá en contactar con usted por vía telefónica cada 15 días durante estas 6 semanas para realizar un cuestionario de preguntas sobre el dolor. **El tiempo estimado de la llamada será de 10 minutos.**

Los datos obtenidos sobre el dolor se cruzarán con las pruebas clínicas resultantes de su consulta de atención en la clínica, especialmente aquellas que estén relacionadas con la alteración que padece y con la morfología y la función del pie.

e) Tipo de información:

La información que se le solicitará en el cuestionario está relacionada con el tipo de dolor, el tiempo de presencia del dolor durante el día y su intensidad, así como el efecto que el dolor tiene en la calidad de vida en función de cómo afecta a sus actividades diarias

f) Posibles molestias y riesgos para la persona participante:

Los datos clínicos que se utilizarán para este estudio se obtendrán de los datos que forman parte del historial clínico del paciente (datos recogidos en las consultas a las que haya acudido a la clínica) por lo que la única molestia que este estudio puede presentar es el tiempo que invertirá en contestar las preguntas de los cuestionarios que forman parte del seguimiento.

g) Medidas para responder a los acontecimientos adversos:

Dado que el estudio consiste en responder cuestionarios por teléfono no se esperan acontecimientos adversos de ningún tipo.

h) Posibilidad de compensación:

No existe contraprestación económica por la participación. Al finalizar el seguimiento se le facilitará, si así lo desea, un informe con la valoración de su caso.

i) Decisión de no participar:

La participación en el estudio es completamente voluntaria. Puede usted negarse a participar en el estudio en el momento en el que se le proponga o abandonar el estudio, si ha decidido participar, en el momento que así lo desee. Para ello debe comunicarlo verbalmente o por escrito (en el apartado "Datos de contacto de los/las investigadores/as para aclaraciones o consultas" en la página 3) a las personas responsables del estudio

j) Retirada del estudio:

Las personas participantes en el estudio tienen el derecho a retirar sus datos de la investigación en cualquier momento, sin dar explicaciones y sin que tenga consecuencia alguna. Para ello, únicamente tiene que solicitar la revocación del consentimiento mediante el procedimiento que se incluye al final del documento del consentimiento informado (página 6). De no ser así, esos datos podrían ser utilizados por el equipo investigador

k) Previsión de uso posterior de los resultados:

Los resultados obtenidos en el estudio se utilizarán con fines de docencia e investigación científica, pudiendo derivarse de la investigación la divulgación de los resultados generales en una publicación, una conferencia o comunicación a un congreso. En el caso de publicación en artículo en una revista científica, este podrá ser de acceso restringido, o de acceso libre en internet, pudiendo, en este último supuesto, ser leído por personas ajenas al ámbito científico. En caso de que este estudio sea publicado, las participantes tendrán la posibilidad de acceder a la publicación realizada. **En ningún momento se divulgarán ni publicarán resultados o datos individuales que pudiesen ser identificados con las personas que han participado en el estudio.**

l) Acceso a la información y resultados de la investigación:

En caso de que la persona participante en el estudio esté interesada en acceder a los resultados personales, deberá contactar con el investigador responsable del estudio en la dirección de correo electrónico [REDACTED]

m) Aspectos económicos. Financiación, remuneración y explotación:

Este estudio no tiene ninguna fuente de financiación y no existe ningún tipo de remuneración económica para los integrantes del equipo investigador.

n) Datos de contacto de los investigadores para aclaraciones o consultas:

Cristina Vidal Beceiro: [REDACTED]

Francisco Alonso Tajés [REDACTED]

2. COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

a) Medidas para asegurar el respeto a la intimidad y a la confidencialidad de los datos personales

El presente estudio recoge las medidas para garantizar la completa confidencialidad de sus datos personales, conforme a lo que dispone la LO 3/2018, del 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, del 27/04/2016, relativo a la protección de las personas físicas en el que respeta al tratamiento de los datos personales y a la libre circulación de esos datos y por lo que se deroga la Directiva 95/46CE (Reglamento general de protección de datos).

Para ello, los datos necesarios para llevar a cabo este estudio serán **recogidos y conservados de manera codificada** (se asignará un código alfanumérico al número de la historia clínica de cada participante). **Solo el equipo investigador tendrá acceso a la información que permita relacionar dicho código con la identidad de la persona participante con el fin de poder trasladar los resultados personales de la investigación.**

En el uso que se haga de los resultados del estudio con fines de docencia, investigación, publicación y/o divulgación se respetará siempre la debida confidencialidad de los datos de carácter personal, de modo que las personas participantes no resultarán identificadas o identificables

Le informamos que la responsable en materia de protección de datos de la Universidad de A Coruña para cualquier consulta relacionada con la rectificación de datos o revocación del consentimiento informado es Dña. Luz María Puente Alba, adjunta a la Secretaría General de la Universidad de A Coruña con la que puede usted contactar a través de los teléfonos [REDACTED] p en el correo electrónico [REDACTED]

b) Cesión, reutilización y período de retención de los datos

Los datos recogidos en el estudio serán conservados por un periodo de diez años por el investigador responsable, tutor y supervisor del trabajo, Francisco Alonso Tajés. La reutilización de los datos en posteriores estudios que continúen la línea de investigación del presente estudio durante el periodo de conservación mencionado será siempre con las mismas garantías de respeto a la intimidad y de confidencialidad recogidas en este estudio, y que se rigen por los criterios establecidos en la disposición adicional decimoséptima previstos en la Ley orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

3. CONSENTIMIENTO

Don/doña _____ mayor de edad, con
DNI _____

DECLARO que:

He sido informado/a por escrito de las características del estudio

He dispuesto de un procedimiento para realizar observaciones o preguntas y, de haberlas realizado, me fueron aclaradas dichas dudas

He comprendido las explicaciones que se me facilitaron y en qué consiste mi participación en el estudio

Sé cómo y a quién dirigirme para realizar preguntas sobre el estudio en el presente o en el futuro

He sido informado/a de los riesgos asociados a mi participación

Confirmando que mi participación es voluntaria

Comprendo que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y sin que repercuta negativamente en mi persona

CONSIENTO

Participar en el estudio

Que se utilicen los datos facilitados para la investigación

Que se utilicen los datos facilitados en publicaciones científicas

Que se utilicen los datos facilitados en reuniones y congresos

Que se utilicen los datos facilitados para la docencia

Que contacten conmigo para obtener nuevos datos

Que se conserven los datos al finalizar el estudio para su uso en futuras investigaciones

En prueba de conformidad firma el presente documento en el lugar y fecha que se indican a continuación en _____, a _____ de _____ de 2023

NOMBRE Y APELLIDOS DE:

Participante en el estudio: Firma:	Representante de una persona sin capacidad para tomar por sí misma Firma:	Investigador principal: Firma:
---	--	---------------------------------------

La persona sin capacidad para tomar por sí misma la decisión de participar ha de ser informada con la mayor claridad posible, y el consentimiento de sus representantes ha de tener en cuenta sus deseos y objeciones (Ley 14/2007, artículo 20).

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado el día _____ de _____ de 2023 para participar en la investigación/ o el estudio titulado "PREVALENCIA DEL DOLOR CRÓNICO EN LOS PIES Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE LA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE PODOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE A CORUÑA"

Consiento que los datos recogidos hasta este momento sean utilizados conforme se explicó en el documento de información (y consentimiento) Sí No

Para que así conste, firmo la presente revocación.

En _____, a _____ de _____ de 20

NOMBRE Y APELLIDOS DE:

Participante en el estudio: Firma:	Representante de una persona sin capacidad para tomar por sí misma Firma:	Investigador principal: Firma:
---	--	---------------------------------------

La persona sin capacidad para tomar por sí misma la decisión de participar ha de ser informada con la mayor claridad posible, y el consentimiento de sus representantes ha de tener en cuenta sus deseos y objeciones (Ley 14/2007, artículo 20)

ANEXO 3 - HOJA DE CODIFICACIÓN

FECHA	Nº HISTORIA	CODIFICACIÓN	DOLOR CRÓNICO		EDAD	SEXO		DERIVACIÓN				PARTICIPA EN EL ESTUDIO	
			SI	NO		M	H	TRAUMA	REHAB	ATPRIM	Otro:	SI	NO
		ESTDC23-001	SI	NO		M	H	TRAUMA	REHAB	ATPRIM	Otro:	SI	NO
		ESTDC23-	SI	NO		M	H	TRAUMA	REHAB	ATPRIM	Otro:	SI	NO
		ESTDC23-	SI	NO		M	H	TRAUMA	REHAB	ATPRIM	Otro:	SI	NO
		ESTDC23-	SI	NO		M	H	TRAUMA	REHAB	ATPRIM	Otro:	SI	NO
		ESTDC23-	SI	NO		M	H	TRAUMA	REHAB	ATPRIM	Otro:	SI	NO
		ESTDC23-	SI	NO		M	H	TRAUMA	REHAB	ATPRIM	Otro:	SI	NO
		ESTDC23-	SI	NO		M	H	TRAUMA	REHAB	ATPRIM	Otro:	SI	NO
		ESTDC23-	SI	NO		M	H	TRAUMA	REHAB	ATPRIM	Otro:	SI	NO
		ESTDC23-	SI	NO		M	H	TRAUMA	REHAB	ATPRIM	Otro:	SI	NO
		ESTDC23-	SI	NO		M	H	TRAUMA	REHAB	ATPRIM	Otro:	SI	NO
		ESTDC23-	SI	NO		M	H	TRAUMA	REHAB	ATPRIM	Otro:	SI	NO
		ESTDC23-	SI	NO		M	H	TRAUMA	REHAB	ATPRIM	Otro:	SI	NO
		ESTDC23-	SI	NO		M	H	TRAUMA	REHAB	ATPRIM	Otro:	SI	NO
		ESTDC23-	SI	NO		M	H	TRAUMA	REHAB	ATPRIM	Otro:	SI	NO
		ESTDC23-	SI	NO		M	H	TRAUMA	REHAB	ATPRIM	Otro:	SI	NO
		ESTDC23-	SI	NO		M	H	TRAUMA	REHAB	ATPRIM	Otro:	SI	NO
		ESTDC23-	SI	NO		M	H	TRAUMA	REHAB	ATPRIM	Otro:	SI	NO

ANEXO 4 - HOJA DE RECOGIDA DE DATOS**CUESTIONARIOS DOLOR CRÓNICO**

FECHA	CÓDIGO DEL PACIENTE

1. Tratamiento que está recibiendo en la CUP:

QUIROPODOLOGÍA		ORTOPODOLOGÍA		
Quiropodia	Cirugía	Ortesis plantares	Ortesis silicona	Terapia física

2. Escala EVA:

0 No dolor	1	2 Poco dolor	3	4 Dolor moderado	5	6 Dolor fuerte	7	8 Dolor muy fuerte	9	10 Dolor insoponible

ANEXO 5 - PROTOCOLO DE ATENCION TELEFÓNICA DE LA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE PODOLOGÍA (CUP)

PROTOCOLO DE ASISTENCIA CLÍNICA TELEMÁTICA (ATC) EN LA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE PODOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE A CORUÑA

ANEXO 1

PROTOCOLO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA PARA LA ATC

Para la realización de la ATC por vía telefónica se recomienda seguir el siguiente protocolo (en el **Anexo 3**, se presenta este protocolo en formato guion):

1. Saludo e identificación de la persona que realiza la ACT

“Buenos días / Buenas tardes, Don / Doña (nombre completo); le llamo de la Clínica Universitaria de Podología para atender la cita telefónica que tiene usted concertada hoy. Mi nombre es (indicar el nombre completo) alumna/o en prácticas del (tercer/cuarto) curso de Podología y encargada/o de realizar esta consulta telefónica que estará supervisada por el/la profesor/a (nombre completo del profesor/a)”.

2. Identificación del paciente

“Antes de empezar con la consulta y por motivos de confidencialidad, es necesario realizar una confirmación de que estoy hablando con la persona que ha solicitado la consulta. Para esta confirmación necesito que responda a la/s siguientes pregunta/s: (escoger una, o dos en caso de duda):

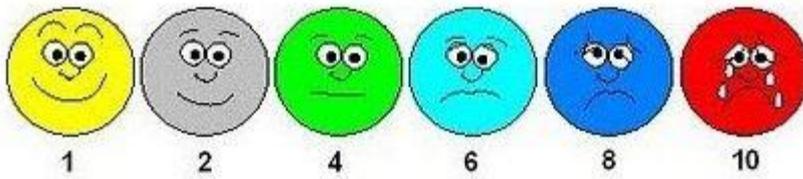
Usted nació el año XXXX, ¿me puede confirmar el día y el mes de su fecha de nacimiento?

Usted vive en la calle (nombre de la calle) ¿me puede confirmar en el número del portal y el piso?

¿Podría indicarme los tres últimos números de su DNI?

Muchas gracias don / doña (nombre) por confirmar estos datos. Comenzamos con la consulta”.

ANEXO 6 - ESCALA EVA

Escalas de dolor

ANEXO 7 - FOOT FUNCTION INDEX

Nº de días con dolor de pie (ponga 0 si no ha tenido dolor reciente):

Por favor conteste todas las preguntas. Puntúe la función de su pie durante la SEMANA pasada de 1 (ausencia total de dolor o dificultad) a 10 (máximo dolor imaginable). Por favor lea cada pregunta y escriba un número del 1 al 10 en la casilla correspondiente.

Escala del dolor

Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Máximo dolor imaginable

1.	¿Intensidad del máximo dolor del pie?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2.	¿Le duele el pie por la mañana?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3.	¿Dolor del pie al caminar?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4.	¿Dolor al estar de pie?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5.	¿Dolor al caminar con zapatos?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6.	¿Dolor al permanecer de pie con zapatos?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7.	¿Dolor al caminar con plantillas?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8.	¿Dolor al permanecer de pie con plantillas?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9.	¿Nivel de dolor al final del día?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Escala de discapacidad

Sin dificultad 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Dificultad extrema que imposibilita la función*

10.	¿Tiene dificultad al andar en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11.	¿Tiene dificultad al andar por la calle?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
12.	¿Tiene dificultad al andar 500 metros?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13.	¿Tiene dificultad al subir escaleras?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
14.	¿Tiene dificultad al bajar escaleras?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
15.	¿Tiene dificultad al estar de puntillas?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
16.	¿Tiene dificultad al levantarse de la silla?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
17.	¿Tiene dificultad al subir el bordillo de la acera?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
18.	¿Tiene dificultad al andar rápido?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Escala de Limitación de la Actividad*Nunca* 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Siempre*

19.	¿Permaneció en casa todo el día debido a los pies?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
20.	¿Permaneció en la cama todo el día a causa de los pies?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
21.	¿Limitó sus actividades debido a sus pies?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
22.	¿Hizo uso de un dispositivo de ayuda (bastón, andador, muleta, etc.) dentro de casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
23.	¿Hizo uso de un dispositivo de ayuda (bastón, andador, muleta, etc.) fuera de casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ANEXO 8 - CUESTIONARIO SALUD (SF36) MODIFICADO

Marcar una sola respuesta

1) En general, usted diría que la salud de sus pies es:

- a. Excelente
- b. Muy buena
- c. Buena
- d. Regular
- e. Mala

2) ¿Cómo diría que es su salud actual de los pies, comparada con la de hace un año?

- a. Mucho mejor ahora que hace un año
- b. Algo mejor ahora que hace un año
- c. Más o menos igual que hace un año
- d. Algo peor ahora que hace un año
- e. Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal

3) Su salud actual de los pies, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

4) Su salud actual de los pies, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

5) Su salud actual de los pies, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

6) Su salud actual de los pies, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

7) Su salud actual de los pies, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco

c. No, no me limita nada

8) Su salud actual de los pies, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

9) Su salud actual de los pies, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

10) Su salud actual de los pies, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

11) Su salud actual de los pies, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

12) Su salud actual de los pies, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias

13) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud de los pies?

- a. Sí
- b. No

14) Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud de los pies?

- a. Sí
- b. No

15) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud de los pies?

- a. Sí
- b. No

16) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud de los pies?

- a. Sí
- b. No

17) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso), a causa de su salud de los pies?

- a. Sí
- b. No

18) Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso), a causa de su salud de los pies??

- a. Sí
- b. No

19) Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso), a causa de su salud de los pies?

- a. Sí
- b. No

20) Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud de los pies o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- a. Nada
- b. Un poco
- c. Regular
- d. Bastante
- e. Mucho

21) ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- a. No, ninguno
- b. Sí, muy poco
- c. Sí, un poco
- d. Sí, moderado
- e. Si, mucho
- f. Sí, muchísimo

22) Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor de los pies le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- a. Nada
- b. Un poco

- c. Regular
- d. Bastante
- e. Mucho

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted

23) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

24) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso debido a su salud de los pies?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

25) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle debido a su salud de los pies?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

26) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

27) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces

- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

28) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste debido a su salud de los pies?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

29) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

30) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

31) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado debido a su salud de los pies?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

32) Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia su salud de los pies o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases

33) Creo que tengo dolor en los pies más fácilmente que otras personas

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

34) Tengo los pies tan sanos como cualquiera

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

35) Creo que mi salud de los pies va a empeorar

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

36) Mi salud de los pies es excelente

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa