



Original

Conocimiento de la población española de las enfermedades músculo-esqueléticas

Pablo Lázaro^{a,*}, Noelia Alfaro^a, José Ignacio Méndez^a, Rosario Garcia-Vicuña^b, Juan Ángel Jover^c, Jordi Sevilla^d y Giovanna Gabriele^e

^a Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud, Madrid, España

^b Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España

^c Servicio de Reumatología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^d PricewaterhouseCoopers, Madrid, España

^e Fundación Josep Laporte, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 16 de diciembre de 2012

Aceptado el 3 de abril de 2013

On-line el 2 de julio de 2013

Palabras clave:

Conocimiento poblacional

Estudio transversal

Enfermedades músculo-esqueléticas

Encuesta

R E S U M E N

Objetivo: Explorar el conocimiento sobre enfermedades músculo-esqueléticas (EME) en la población española.

Métodos: Estudio transversal, dirigido a la población general española mediante encuesta telefónica a 1.009 sujetos mayores de 18 años estratificados por tamaño del hábitat, edad, género y zona geográfica. Con un cuestionario estructurado, se recogió información de los sujetos, su conocimiento general de las EME (CG), su conocimiento específico de EME concretas (CE) y su conocimiento del impacto social (CIS). Se elaboraron indicadores sintéticos (escala 0-1) de nivel de conocimiento para analizar, mediante análisis univariante y multivariante, las variables asociadas al nivel de conocimiento.

Resultados: El nivel de CIS es medio-alto (media: $0,62 \pm 0,16$) y recoge el reconocimiento mayoritario de las EME como incapacitantes, que afectan a la capacidad laboral y provocan un alto coste personal y social. El nivel de CG es intermedio (media: $0,50 \pm 0,17$), un 60% conoce algo sobre las EME, aunque el 54% califica su información como mala/muy mala. El nivel de CE es bajo (media: $0,18 \pm 0,10$), existiendo EME muy poco conocidas (lupus y espondilitis). Ser hombre, jubilado o presentar una EME, se asocia con más conocimiento sobre las EME.

Conclusión: La población española tiene un nivel medio de conocimiento de la frecuencia y medida en que las EME afectan el desempeño de las actividades de quienes las presentan. Las identifican suficientemente, conociendo a grandes rasgos su sintomatología, aunque saben poco de ellas. El nivel de conocimiento varía según los factores sociodemográficos y la experiencia directa e indirecta de presentación de EME.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Knowledge on musculoskeletal diseases by the Spanish population

A B S T R A C T

Objective: To explore knowledge on musculoskeletal-diseases (MSDs) by the Spanish population.

Methods: This was a cross-sectional study of the general population (> 18 years) using a telephone survey of 1,009 subjects stratified by habitat size, age, sex, and geographic area. A structured questionnaire was used to collect information on the subjects, their general knowledge of MSDs (GK), their specific knowledge of particular MSDs (SK), and their knowledge of their social impact (KSI). Synthetic indicators of the level of knowledge were used to analyze, using univariate and multivariate models, variables associated to the level of knowledge.

Results: The KSI level ranges from medium-high (mean: 0.62 ± 0.16 out of 1), suggesting that most subjects recognize MSDs as disabling conditions which affect the ability to work and have a high personal and social cost. The GK level is intermediate (mean: 0.50 ± 0.17); 60% of subjects know something about MSDs, but 54% state that their information is poor/very poor. The SK level is low (mean: 0.18 ± 0.10), and there are some MSDs that are little known (lupus, spondylitis). Being male or retired or having a MSD is associated to a greater knowledge of MSDs.

Keywords:

Population knowledge

Cross-sectional study

Musculoskeletal diseases

Survey

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: plazaro@taiss.com (P. Lázaro).

Conclusion: The Spanish population has a medium level of knowledge of the frequency and extent to which MSDs affect performance of activities by those who suffer them. They identify them adequately and have a GK of their symptoms, but have little information about them. The level of knowledge varies depending on social and demographic factors and on whether or not the subject has direct or indirect experience of what a MSD means.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Las enfermedades músculo-esqueléticas (EME) son afecciones crónicas, degenerativas, con un gran impacto social, económico y en la calidad de vida de las personas que las presentan y en su entorno familiar. Además, conllevan a un gasto considerable en el sistema sanitario. Sin embargo, pese a su impacto y trascendencia, se desconoce el grado de información que poseen los ciudadanos sobre estas enfermedades y sus consecuencias. Existen pocas publicaciones sobre el conocimiento de la población general sobre estas afecciones. Los resultados de algunos de estos estudios reflejan el escaso conocimiento sobre ellas, en especial de la artritis reumatoide (AR)¹⁻⁷, que también ha sido observado en cuidadores principales de mujeres que las presentan².

Mientras algunos autores coinciden en que tanto la población general³ como los pacientes⁴ sienten un moderado deseo de saber más sobre las EME, persisten en la sociedad creencias que las relacionan con la alimentación, el frío o el clima húmedo, o que identifican artritis como artrosis, o que consideran la AR una enfermedad curable^{3,5,6}. La falta de conocimiento de la población sobre las EME, en especial sobre sus síntomas, puede ocasionar un diagnóstico tardío y conllevar retrasos en el tratamiento, con menor posibilidad de evitar el daño estructural de las articulaciones, una disminución en la calidad de vida y un aumento del gasto sanitario.

En nuestro medio, no hemos encontrado publicaciones sobre el conocimiento de EME en la población española. Por ello, se decidió elaborar el presente estudio con el fin de explorar lo que conoce la población española sobre las EME e identificar las características del sujeto asociadas a este conocimiento.

Material y métodos

Diseño: estudio transversal, descriptivo-analítico con obtención de datos mediante encuesta telefónica dirigida a la población española. Ámbito de estudio: nacional, excepto Ceuta y Melilla. Sujetos de estudio: personas mayores de 18 años ajenas laboralmente al ámbito sanitario.

La muestra prefijada para una precisión del 3% en alguna variable crítica de conocimiento, en el supuesto de máxima indeterminación ($p = q = 0,5$), y α de 0,05 fue de 1.000 entrevistas. El muestreo fue proporcional a la población y estratificado por cinco variables: tamaño de hábitat (en 5 tramos: < 10.000 habitantes, 10.000-50.000, 50.001-100.000, 100.001-500.000, y > 500.000 habitantes), edad (< 30 años, 30-44, 45-64, y > 64 años), género y zona geográfica (Andalucía, Cataluña, Madrid, Comunidad Valenciana, País Vasco, Resto Norte y Resto Sur).

Se elaboró un cuestionario estructurado a partir de ítems procedentes de otros proyectos similares del equipo investigador (www.taiss.com/pubdisecues.htm), publicaciones⁷⁻¹⁴ y páginas web de pacientes y profesionales relacionadas con el objeto de estudio (www.ser.es, www.eular.org, www.rheumatology.org, www.rheumatology.org.uk, www.nih.gov, www.whittington.nhs.uk, www.patients-association.com, www.lire.es, www.espondilitis.eu). Con la revisión de esta información, se elaboró el cuestionario final que consta de 27 preguntas desarrolladas en 41 ítems. Las variables que incluye son: 1) sociodemográficas: edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral, tipo de actividad

laboral; 2) variables sobre el conocimiento del impacto social de las EME: prevalencia e impacto laboral en bajas e incapacidades de las EME comparadas con otras enfermedades, y sus consecuencias poblacionales en cuanto a carga asistencial, coste social, y repercusión sobre la capacidad; 3) variables sobre el conocimiento general de las EME: interrogan sobre si conoce o no las EME, si reconoce a ellas o a sus síntomas entre una lista de enfermedades y síntomas, si es capaz de precisar hasta 3 EME, si declara conocer nada o poco de las EME más prevalentes, y recoge la valoración respecto a cuánto condicionan la vida diaria, laboral y social, y el poder adquisitivo de quien las presenta; 4) variables sobre el conocimiento específico de 9 EME (lumbalgia, artritis, artrosis, osteoporosis, artritis reumatoide, fibromialgia, lupus, espondilitis y gota): valora el conocimiento de las características epidemiológicas de las EME en cuanto a edad y sexo, y el conocimiento de síntomas propios; 5) variables sobre EME presentadas por el entrevistado o algún familiar, y 6) valoración de la calidad de la información que posee al respecto, globalmente o de su sintomatología, tratamiento y prevención, especificando la fuente de procedencia. El cuestionario puede ser descargado en <http://taiss.net/conocimiento-eme/Cuest-Pob-Gen-EMEs-V-Final.pdf>.

Las entrevistas telefónicas a los sujetos, seleccionados a partir de la Base de datos INFOBEL¹⁵, fueron realizadas entre octubre y noviembre del 2008 por personal entrenado.

Para responder al objetivo del estudio, además de un estudio descriptivo, se decidió agrupar la información en indicadores sintéticos que informaran sobre el nivel de conocimiento de las EME y permitieran comparar dicho nivel entre subgrupos. En la elaboración de estos indicadores, los investigadores fueron asesorados por 2 reumatólogos expertos elegidos por la Sociedad Española de Reumatología. Se construyeron 3 indicadores a partir de los ítems de los apartados del cuestionario correspondientes: de conocimiento sobre el impacto social (CIS), de conocimiento general (CG) y de conocimiento específico (CE) de las EME. Los indicadores expresan en tanto por uno la relación entre la puntuación atribuible a la suma de las respuestas de cada individuo respecto a la puntuación total obtenible para cada indicador. Los criterios para la elaboración de los indicadores sintéticos se recogen en la [tabla 1](#).

Análisis: se realizó un análisis descriptivo y de asociaciones univariadas de los indicadores sintéticos según los apartados de las variables del cuestionario. El nivel de significación utilizado fue $p < 0,05$. Posteriormente, se realizó un análisis multivariante mediante regresiones lineales múltiples. Se hizo un modelo para cada indicador sintético como variable dependiente, incluyendo en el análisis aquellas variables que tuvieron asociación estadística en el análisis univariado.

Resultados

Tras realizar 31.289 llamadas telefónicas y contactar en 13.837 ocasiones, se realizó la entrevista a 1.009 sujetos. La [tabla 2](#) presenta la descripción de los entrevistados según las variables sociodemográficas. El 51% de los entrevistados eran mujeres y el rango de edad más frecuente fue entre 30 y 44 años (29,0%). La proporción de entrevistados fue mayor en el grupo con nivel de estudios secundarios (42,2%); laboralmente activos (48,3%), entre los que la

Tabla 1
Criterios y metodología para la creación de los indicadores sintéticos de conocimiento de las EME

Indicadores sintéticos de conocimiento de las EME		
Conocimiento sobre impacto social	Conocimiento general	Conocimiento específico
Saber clasificar las 2 EME que están entre las más prevalentes en cuanto a: Prevalencia de enfermedad (0 a 2 puntos según n.º de EME identificadas). Número de bajas laborales causadas (0 a 2 puntos según n.º de EME identificadas). Número de incapacidades laborales causadas (0 a 2 puntos según n.º de EME identificadas) Identificar aspectos relativos a la repercusión social (un punto por cada aspecto): Capacidad laboral (4 ítems) Coste social (2 ítems) Carga asistencial (un ítem) Prevalencia mundial (un ítem) Se suma la puntuación y se transforma en tasa, al dividirla por la máxima puntuación obtenible (14)	Reconocer 9 EME de una lista de 13 enfermedades (0 a 2 puntos) Reconocer 8 síntomas de una lista de 11 (0 a 2 puntos) En ambos casos, obtenidos por: (Σ [aciertos] - Σ [errores]) / (Total de aciertos posibles/2) Aportar espontáneamente el nombre de hasta 3 EME (0 a 2 puntos, siendo 2 cuando: aciertos - errores = 3; 1 si es 1 o 2, y 0 en el resto) Declarar conocer «mucho/bastante» una de las 9 EME más prevalentes citadas en el cuestionario: lumbalgia, artritis, artrosis, osteoporosis, artritis reumatoide, fibromialgia, lupus, espondilitis y gota (0 a 2 puntos, siendo 0 cuando lo responden a 0; 1 si lo hacen a 1, 2, 3 o 4; y 2 a más de 4) Reconocer como «mucho/bastante» la limitación sobre la vida diaria, laboral y social, y su poder adquisitivo. (0 a 2 puntos, siendo 2 cuando lo reconocen en más de 2) Se suma la puntuación y se transforma en tasa, al dividirla por la máxima puntuación obtenible (10)	Reconocer en cada una de las 9 EME en qué grupo de edad de los apartados (< 45 años, de 45 a 60, y > 60 años) es más prevalente (0 a 9 puntos) Reconocer en cada una de las 9 EME en qué género es más prevalente (0 a 9 puntos) Aportar hasta 3 síntomas específicos, según el criterio de los expertos, para cada una de las 9 EME (0 a 3 puntos por cada EME, de 0 a 27 puntos en total) Se suma la puntuación y se transforma en tasa, al dividirla por la máxima puntuación obtenible (45)

EME: enfermedades músculo-esqueléticas.

Tabla 2
Descripción de los entrevistados según las variables sociodemográficas

	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer		N	%
	N	%	N	%		
Edad						
18-29	116	51,6	109	48,4	225	22,3
30-44	147	50,2	146	49,8	293	29,0
45-64	136	48,7	143	51,3	279	27,7
65+	91	42,9	121	57,1	212	21,0
Total	490	48,6	519	51,4	1.009	100,0
Hábitat (n.º habitantes)						
Menos de 10.000	108	22,0	127	24,5	235	23,3
De 10.000 a 50.000	127	25,9	121	23,3	248	24,6
De 50.001 a 100.000	50	10,2	61	11,8	111	11,0
De 100.001 a 500.000	130	26,5	109	21,0	239	23,7
Más de 500.000	75	15,3	101	19,5	176	17,4
Total	490	48,6	519	51,4	1.009	100,0
Nivel de estudios terminados						
Sin estudios	21	4,3	32	6,2	53	5,3
Primarios	132	27,0	174	33,5	306	30,4
Secundarios	209	42,7	216	41,6	425	42,2
Universitarios	127	26,0	97	18,7	224	22,2
Total	489	48,5	519	51,5	1.008	100,0
Situación laboral actual						
Activo	294	60,0	193	37,2	487	48,3
En paro	55	11,2	65	12,5	120	11,9
Jubilado/pensionista	116	23,7	96	18,5	212	21,0
Ama de casa	0	0,0	123	23,7	123	12,2
Estudiante	25	5,1	42	8,1	67	6,6
Total	490	48,6	519	51,4	1.009	100,0
Ocupación (entre activos/en paro)						
Manual no cualificado	48	13,8	34	13,2	82	13,5
Manual cualificado	157	45,0	103	39,9	260	42,8
Administrativo	34	9,7	58	22,5	92	15,2
Directivo	8	2,3	7	2,7	15	2,5
Profesional	79	22,6	43	16,7	122	20,1
Empresario	23	6,6	13	5,0	36	5,9
Total	349	57,5	258	42,5	607	100,0

ocupación mayoritaria era manual cualificada (42,8%), y que residían en hábitats de 10.000 a 50.000 habitantes (24,6%).

La enfermedad reconocida por más entrevistados (60,3%) entre las 3 más prevalentes es el infarto de miocardio/angina de pecho, seguida del cáncer (60,0%) y en tercer lugar la lumbalgia (46,5%).

La artrosis y/o los problemas articulares son reconocidas entre las 3 enfermedades más prevalentes por el 35,6% de los entrevistados y entre las más incapacitantes por el 50,9%, mientras que la lumbalgia la reconocen entre las 3 más incapacitantes el 42,8%. El 79,2% reconoce al lumbago como la principal causa de bajas laborales y el 52,8% a la artrosis. En las respuestas a las variables relativas a la repercusión social, los aspectos más reconocidos de las EME son los relacionados con la afectación de la capacidad laboral (91,5%) y el coste social (72,1%), a la vez que el 52,4% de los encuestados creen que las EME son las enfermedades más frecuentes a nivel mundial.

El 59,5% de los entrevistados respondieron conocer algo sobre las EME, mientras que el 35,5% no pudo nombrar espontáneamente ninguna EME. En cambio, cuando se les preguntó sobre la lista de 9 EME (tabla 3), refirieron tener algún conocimiento sobre alguna de ellas 981 personas (97,2%), aunque el 84,5% de los entrevistados respondieron no conocer nada sobre la espondilitis y el 87,5% sobre el lupus (que ni siquiera fue nombrado espontáneamente). En ese subgrupo de 981 entrevistados que conocían algo de alguna EME, se reconocía mayoritariamente que las EME limitaban mucho o bastante la vida cotidiana (93,6%), la laboral (93,1%) y, en menor medida, la vida social (73,4%) y el poder adquisitivo (64,7%). Ante una lista de sugerida de síntomas, más del 90% asoció a las EME el dolor en las articulaciones, la disminución de la movilidad y la inflamación de las articulaciones, mientras que menos de la mitad las consideró relacionadas con los problemas de ansiedad o depresión.

Estos mismos sujetos contestaron las preguntas sobre aspectos más específicos del conocimiento de las EME, cuya información se ha transformado y cuantificado en la escala del indicador CE. También calificaron la calidad de su información, siendo más quienes la consideraron mala o muy mala (54,5%). La información disponible fue considerada mayoritariamente como suficiente cuando se refería a «en qué consiste» la enfermedad (71,3%), mientras que la referida a los fármacos y sus efectos secundarios solo fue considerada como suficiente por el 37,3 y el 31,6%, respectivamente.

Según la presentación de EME por ellos o sus familiares, el 93,8% de los entrevistados conoce las EME por su propia afección (52,5%) y/o el de un familiar/amigo (84,4%) (tabla 4). De ellos, el 70% afirma que la EME limita la actividad cotidiana de quien la presenta. Preguntados por el profesional que debería tratar las EME, mayoritariamente respondieron que debían ser los reumatólogos (68,8%) seguidos de los traumatólogos (21,3%).

Tabla 3
Identificación y conocimiento de EME

¿Cuál o cuáles EME conoce? Respuestas espontáneas	N.º	%	¿Cuáles reconoce como EME? Respuestas aportadas por el cuestionario						¿Cuánto sabe de ella?			
			Sí		No		NS/NC		Poco/nada		Bastante/mucho	
			N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Lumbalgia	168	28,0	748	74,1	209	20,7	52	5,2	774	70,0	331	30,0
Artrosis	165	27,5	951	94,3	41	4,1	17	1,7	800	70,9	328	29,1
Artritis			888	88,0	85	8,4	36	3,6	729	77,1	217	22,9
Artritis reumatoide	108	18,0	929	92,1	34	3,4	46	4,6	620	78,2	173	21,8
Osteoporosis	75	12,5	765	75,8	163	16,2	81	8,0	678	76,3	211	23,7
Reuma ^a	64	10,7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Fibromialgia	45	7,5	489	48,5	276	27,4	244	24,2	501	77,7	144	22,3
Espondilitis	13	2,2	222	22,0	243	24,1	544	53,9	175	84,5	32	15,5
Hernia discal ^a	13	2,2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ciática ^a	12	2,0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tendinitis ^a	9	1,5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gota	7	1,2	417	41,3	494	49,0	98	9,7	682	78,5	187	21,5
No sabe/otras	213	35,5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lupus	–	–	83	8,2	446	44,2	480	47,6	224	87,5	32	12,5

EME: enfermedades músculo-esqueléticas; NS/NC: no sabe/no contesta.

^a Respuestas espontáneas no inducidas por preguntas del cuestionario.

La **tabla 5** describe los indicadores sintéticos de conocimiento de las EME y su distribución según las variables sociodemográficas. El nivel de CIS es aceptable, estando el 75% de la muestra por encima de la puntuación de 0,5 sobre 1. El nivel medio de conocimiento es $0,62 \pm 0,16$, siendo el indicador en el que se obtienen puntuaciones más altas de conocimiento. El nivel de CG tiene un valor promedio de $0,50 \pm 0,17$ y el de CE de $0,18 \pm 0,10$, que presenta valores bajos en comparación con los otros indicadores sintéticos de conocimiento específico. Los indicadores están correlacionados entre sí, siendo mayor la asociación entre CG y CE ($\rho = 0,547$). El CIS toma valores significativamente mayores en los hombres (0,64 frente a 0,61 en las mujeres) y en los jubilados (0,65). El CG es mayor en las mujeres (0,52), en los de edades de entre 30-44 años (0,53), entre los habitantes de poblaciones con menos de 100.000 de habitantes (0,50), los que tienen mayor nivel educativo (0,52), y los que no tienen como ocupación profesional la de trabajador manual (> 0,50). El CE es mayor en mujeres, personas de edad intermedia, con mayor nivel de estudios y ocupaciones no manuales ($p < 0,001$ en todas ellas). La asociación con la situación laboral se asemeja a la asociación con la edad, siendo menor la puntuación obtenida por los jubilados (más mayores) y los estudiantes (más jóvenes).

La **tabla 6** recoge los modelos de regresión lineal múltiple de los indicadores sintéticos. El modelo del CIS explica cerca del 10% de la variabilidad del indicador ($r^2 = 0,095$). El CIS es mayor cuanto mayor sea el CG y el CE (se mantiene esta variable en el modelo por mejorar el poder explicativo, aún cuando su nivel de significación exceda de 0,05). Es mayor en los hombres, en los jubilados y en los

residentes en localidades menos pobladas (mantenido en el modelo por mejorar el poder explicativo). También es mayor entre quienes se consideran suficientemente informados en cuanto a «todo en general» referente a las EME, quienes han experimentado que limita la vida cotidiana a los que las presentan y quienes tienen alguna EME y, más concretamente, si presentan artrosis y/o conocen a alguien que la presente (mantenido en el modelo por mejorar el poder explicativo).

El modelo del CG explica el 35,5% de su variabilidad. El CG aumenta con el mayor CE y CIS. También si presentan alguna de las 6 EME que aparecen en la **tabla 4**, y más aún si han presentado o conocen a alguien que haya presentado lumbalgia, dolor crónico de espalda o artritis. Es mayor entre los que son conscientes de que presentar una EME limita la vida cotidiana. Sin embargo, el nivel de conocimiento disminuye en los hombres, en los residentes en localidades más pobladas y en los que opinan que es el médico de primaria quien trata las EME.

El modelo del CE explica el 42,6% de la variabilidad. El CE mejora al mejorar el CG y el CIS y es mayor cuanto mayor sea la edad o el nivel educativo, si el encuestado conoce a alguien que haya presentado alguna de las EME incluidas en la **tabla 3**, y más si esa enfermedad es fibromialgia, ya sea presentada por él o por sus conocidos. El CE es peor en los hombres, en los jubilados, cuando la enfermedad presentada por él o sus relativos es el dolor crónico de espalda o si no contestan respecto a quien deba tratar las EME u opinan que deben ser los traumatólogos los que tienen que tratar las EME.

Tabla 4
EME presentadas por el entrevistado o familiares (N.º = 1.009)

	¿Conoce a alguien que presenta o ha presentado...?							
	No		Solo a usted mismo		Solo a algún amigo/familiar		Usted y amigo/familiar	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Lumbalgia	294	29,1	218	21,6	357	35,4	140	13,9
Artritis	562	55,7	62	6,1	351	34,8	34	3,4
Artrosis	363	36,0	117	11,6	478	47,4	51	5,1
Fibromialgia	745	73,8	23	2,3	237	23,5	4	0,4
Dolor de espalda crónico	482	47,8	158	15,7	321	31,8	48	4,8
Gota	612	60,7	32	3,2	354	35,1	11	1,1
Otras	–	–	–	–	–	–	11	1,1
Cualquiera de las anteriores ^a	63	6,2	94	9,3	416	41,2	436	43,2

EME: enfermedades músculo-esqueléticas.

^a Se refiere a las 7 EME de la tabla consideradas conjuntamente.

Tabla 5
Indicadores sintéticos del nivel de conocimiento de las EME. Distribución según las variables sociodemográficas

Indicador sintético de conocimiento	N.º	Media	DE	Mín.	P25	Mediana	P75	Máx.	Correlaciones			
									IS		CG	
									ρ	p	ρ	p
<i>Impacto social (CIS)</i>	1.009	0,62	0,16	0,14	0,50	0,64	0,71	1,00	–	–	–	–
<i>General (CG)</i>	1.009	0,50	0,17	0,00	0,38	0,51	0,61	0,93	0,229	0,000	–	–
<i>Específico (CE)</i>	1.009	0,18	0,10	0,00	0,11	0,18	0,24	0,51	0,165	0,000	0,547	0,000
	Impacto social				Conocimiento general				Conocimiento específico			
	N	Media	DE	p	N	Media	DE	p	N	Media	DE	p
<i>Sexo^a</i>												
Hombre	490	0,64	0,15	0,001	490	0,47	0,18	0,000	490	0,17	0,10	0,000
Mujer	519	0,61	0,16		519	0,52	0,17		519	0,19	0,10	
<i>Edad, años^b</i>												
18-29	225	0,62	0,15	NS	225	0,46	0,17	0,000	225	0,16	0,10	0,000
30-44	293	0,62	0,16		293	0,53	0,16		293	0,20	0,10	
45-64	279	0,62	0,15		279	0,51	0,17		279	0,21	0,10	
65 +	212	0,64	0,18		212	0,47	0,18		212	0,14	0,09	
<i>Hábitat^b</i>												
Menos de 10.000	235	0,63	0,16	NS	235	0,50	0,16	0,051	235	0,17	0,10	0,046
De 10.000 a 50.000	248	0,63	0,15		248	0,52	0,18		248	0,18	0,10	
De 50.000 a 100.000	111	0,64	0,17		111	0,51	0,15		111	0,20	0,10	
De 100.000 a 500.000	239	0,62	0,16		239	0,47	0,19		239	0,17	0,10	
Más de 500.000	176	0,61	0,16		176	0,49	0,17		176	0,19	0,10	
<i>Nivel de estudios^b</i>												
Sin estudios	53	0,62	0,17	NS	53	0,41	0,18	0,000	53	0,11	0,09	0,000
Primarios	306	0,64	0,16		306	0,48	0,18		306	0,15	0,09	
Secundarios	425	0,62	0,16		425	0,50	0,17		425	0,19	0,10	
Universitarios	224	0,62	0,15		224	0,52	0,15		224	0,22	0,10	
<i>Situación laboral^b</i>												
Activo	487	0,62	0,15	0,037	487	0,51	0,17	NS	487	0,19	0,10	0,000
En paro	120	0,61	0,15		120	0,49	0,17		120	0,18	0,10	
Jubilado o pensionista	212	0,65	0,17		212	0,48	0,19		212	0,15	0,10	
Ama de casa	123	0,62	0,17		123	0,51	0,16		123	0,19	0,09	
Estudiante	67	0,59	0,14		67	0,45	0,18		67	0,16	0,11	
<i>Ocupación (si activo/en paro)^b</i>												
Manual no cualificado	82	0,62	0,14	NS	82	0,45	0,19	0,001	82	0,15	0,09	0,000
Manual cualificado	260	0,63	0,16		260	0,49	0,16		260	0,18	0,10	
Administrativo	92	0,60	0,17		92	0,54	0,17		92	0,21	0,10	
Directivo	15	0,63	0,16		15	0,58	0,13		15	0,23	0,09	
Profesional	122	0,62	0,15		122	0,53	0,16		122	0,21	0,11	
Empresario	36	0,62	0,13		36	0,52	0,17		36	0,21	0,09	

DE: desviación estándar; EME: enfermedades músculo-esqueléticas; Máx.: máximo; Mín.: mínimo; NS: no significativo; P25: percentil 25; P75: percentil 75; p: nivel de significación estadística; ρ : coeficiente de correlación de Pearson.

^a Contraste de hipótesis por diferencia de medias.

^b Contraste de hipótesis por análisis de la varianza.

Discusión

Este estudio constituye una aproximación para valorar el nivel de conocimiento de la población española sobre las EME. La información recogida se refiere al conocimiento de aspectos sociales y de conocimiento general del conjunto de las EME, o específico de las EME más prevalentes. Con ella se construyeron indicadores secundarios de nivel de conocimiento que lo cuantificaban en 3 planos diferentes, CIS, CG y CE, utilizados para estudiar su asociación con otras variables.

Según los resultados, el nivel de conocimiento de la población española sobre el CIS de las EME puede ser considerado medio-alto, el del CG corresponde a un nivel medio, y el del CE es un nivel limitado. El nivel de conocimiento depende de factores sociodemográficos del individuo y de la experiencia personal de presentación de EME, propia o a través de conocidos.

Así, entre los factores sociodemográficos, los hombres puntúan más en el CIS, quizá porque este indicador inquiera sobre aspectos laborales y la situación laboral es una variable asociada al género. En cambio, las mujeres saben más de las EME a nivel de

CG y CE, probablemente porque, en conjunto, presentan EME en mayor medida. La edad se asocia de manera directa a un mayor CE, ya que la probabilidad de haber experimentado una EME o conocer a alguien que lo haya hecho aumenta con la edad, y de manera indirecta, a los planos CIS y CE a través de la significación del efecto de ser jubilado. El mayor nivel educativo se asocia con mejor CE, lo que es consistente con otros trabajos^{4,6} y con el hecho de que las preguntas que componen este indicador son muy precisas, no pertenecientes a la cultura general y requieren de un grado de educación o experiencia. Finalmente, residir en poblaciones de menor tamaño se asocia a mayores CIS y CG.

Respecto a la experiencia personal, los niveles de CIS y CG son mayores entre quienes presentan EME, aumentando conforme se experimenten más, y para quienes ven limitada su vida cotidiana debido a ellas. El CE no se asocia a la experiencia personal quizá porque es poco probable la exposición a más de 2 EME (casi la mitad de los encuestados no presenta ninguna, y poco más de la quinta parte tiene más de una). En cambio, el CE aumenta al incluir al entorno del encuestado, aumentando

Tabla 6
Modelos de regresión lineal múltiple de los indicadores sintéticos

Variables	Coeficiente beta	p	IC del 95% para beta		R ²
			LI	LS	
<i>Modelo para la variable dependiente indicador sintético de conocimiento del impacto social de las EME (CIS)</i>					
(Constante)	0,476	0,000	0,435	0,516	0,095
Indicador sintético de conocimiento general	0,128	0,001	0,054	0,201	
Indicador sintético de conocimiento específico	0,108	0,075	-0,011	0,227	
Hombre	0,044	0,000	0,024	0,063	
Jubilado	0,032	0,019	0,005	0,058	
¿Ud. o quien ha presentado alguna EME ha visto limitada su vida cotidiana?	0,028	0,014	0,006	0,050	
Se considera suficientemente informado en cuanto a todo en general de las EME que conoce	0,022	0,042	0,001	0,042	
Presentan o conocen a alguien que presente artrosis	0,018	0,098	-0,003	0,040	
Presentan ellos alguna de las 6 EME	0,010	0,049	0,000	0,020	
Hábitat ^a	-0,006	0,086	-0,013	0,001	
<i>Modelo para la variable dependiente indicador sintético de conocimiento general de las EME (CG)</i>					
(Constante)	0,234	0,000	0,191	0,277	0,355
Indicador sintético de conocimiento específico	0,783	0,000	0,690	0,876	
Indicador sintético de conocimiento del impacto social	0,107	0,000	0,050	0,165	
¿Ud. o quien ha presentado alguna EME ha visto limitada su vida cotidiana?	0,033	0,001	0,014	0,053	
Presentan o conocen alguien que presente lumbalgia	0,023	0,036	0,002	0,044	
Presentan o conocen alguien que presente dolor de espalda crónico	0,023	0,015	0,004	0,041	
Presentan alguna de las 6 EME	0,020	0,000	0,011	0,028	
Presentan o conocen alguien que presente artritis	0,017	0,062	-0,001	0,035	
Hábitat ^a	-0,006	0,050	-0,012	0,000	
Hombre	-0,016	0,076	-0,034	0,002	
Opina que el médico de AP es quien debe tratar las EME	-0,029	0,099	-0,064	0,006	
<i>Modelo para la variable dependiente indicador sintético de conocimiento específico de las EME (CE)</i>					
(Constante)	-0,044	0,003	-0,072	-0,015	0,426
Indicador sintético de conocimiento general	0,243	0,000	0,212	0,274	
Indicador sintético de conocimiento del impacto social	0,054	0,001	0,022	0,086	
Máximo nivel de estudios terminados ^b	0,027	0,000	0,021	0,033	
Presentan o conocen alguien que presente fibromialgia	0,025	0,000	0,013	0,038	
Edad recodificada ^c	0,013	0,000	0,007	0,020	
Conocen a alguien que presente alguna de las 6 EME	0,009	0,000	0,005	0,013	
Presentan o conocen alguien que presente dolor de espalda crónico	-0,010	0,067	-0,020	0,001	
Hombre	-0,016	0,002	-0,026	-0,006	
Opina que es el traumatólogo quien debe tratar las EME	-0,026	0,000	-0,038	-0,014	
No sabe/no contesta a qué médico debe tratar las EME	-0,035	0,014	-0,063	-0,007	
Jubilado	-0,035	0,000	-0,051	-0,019	

EME: enfermedades músculo-esqueléticas; IC del 95%: intervalo de confianza del 95%; LI: límite inferior; LS: límite superior; p: nivel de significación estadística.

^a Como escala ordinal: siendo 0 <10.000, 1 de 10.000 a 50.000, 2 de 50.000 a 100.000, 3 de 100.000 a 500.000 y 4 > 500.000 habitantes.

^b Como escala ordinal, siendo 0 = sin estudios, 1 = primaria, 2 = secundaria, y 3 = estudios universitarios.

^c Como escala ordinal, siendo 0 de 18 a 29 años, 1 de 30 a 44, 2 de 45 a 64, y 3 ≥ 65 años.

el número de EME conocidas indirectamente, a personas que las han presentado. De hecho, 2 tercios de los encuestados conocen al menos a 2 personas que presentan EME diferentes, y algo menos de la mitad conocen a pacientes de al menos 3 EME distintas.

Según la EME de la que se trate, la experiencia, directa e indirecta, de su presentación se asocia a los planos de conocimiento de manera diferente. La artrosis se asocia a un mayor nivel de CIS; la artritis, la lumbalgia y el dolor de espalda crónico se asocian a un mejor nivel de CG, y la fibromialgia se asocia a niveles más altos de CE, quizá porque las EME cuyo conocimiento es menos común discriminan más en este indicador. Paradójicamente, la experiencia relacionada con el dolor de espalda crónico está asociada con niveles más bajos de CE, quizá debido a la vaguedad en el enunciado de esa EME o a que el dolor de espalda es tan prevalente que forma parte del acervo popular.

Los planos de conocimiento estudiados están correlacionados, sin que exista colinealidad, y cubren aspectos diferentes con distinto alcance. El conocimiento más vago, más extendido, y que alcanza mayores puntuaciones es el CIS. En contraposición, el CE, que refiere un mejor conocimiento y es más concreto, está menos extendido y obtiene peores puntuaciones.

La comparación con otros estudios resulta difícil debido a los diferentes diseños y metodologías empleados en la literatura. En este estudio, su diseño y metodología están determinados por

un planteamiento de partida diferente. Por ejemplo, la población diana es población general, con y sin EME, mientras que la mayoría de los estudios encontrados se centran en pacientes con EME concretas^{1,2,4}, EME en general o, por el contrario, en población libre de EME³. Hay algún estudio realizado en población general, pero responden a un diseño de evaluación de una intervención educativa⁵. La diferencia fundamental con otros estudios es la definición operativa del «conocimiento de las EME» y, consecuentemente, la naturaleza de los resultados. El conocimiento explorado en este estudio se refiere al impacto socio-laboral y al conocimiento que la población tiene de las EME como fenómeno epidemiológico (poblacional) y de sus síntomas y consecuencias. Otros estudios, en cambio, por dirigirse a pacientes, han explorado el conocimiento de aspectos más clínicos (etiopatogenia, lesiones, métodos diagnósticos, tratamiento y profilaxis)^{2,3,5,7}.

La construcción de indicadores sintéticos de nivel de conocimiento respecto a los que no hay precedentes en la literatura limita la posibilidad de comparación de los resultados. Sin embargo, la utilidad de los indicadores la da la medida en la que sirven para sintetizar, describir e interpretar la información recabada y permiten estudiar la variabilidad de la población conforme a ellos. Los indicadores se han construido con una metodología descrita suficientemente para permitir su replicación, conforme a los criterios de expertos en EME y describen satisfactoriamente a la población conforme a los objetivos propuestos. No obstante, la variabilidad

explicada por los modelos multivariantes es limitada. Esto sugiere que la variabilidad residual puede deberse a otras variables no incluidas en los modelos o a determinantes diferentes sobre los que no se ha recogido información.

En resumen, la población española tiene un nivel medio de conocimiento de la relevancia de las EME en cuanto a su frecuencia y a la medida en que afectan al desempeño de las actividades de quienes las presentan, y las identifican suficientemente, conociendo a grandes rasgos su sintomatología, aunque saben poco de ellas individualmente. El nivel de conocimiento varía según factores sociodemográficos y de la experiencia directa e indirecta de presentación de EME.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

La investigación fue financiada por Fundación Abbott. El trabajo de Juan Ángel Jover y Rosario García-Vicuña fue financiado parcialmente por el programa de investigación RETICS, RD08/0075 (RIER) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

Conflicto de intereses

Ningún autor tiene conflicto de intereses.

Bibliografía

- Mäkeläinen P, Vehviläinen-Julkunen K, Pietilä AM. Rheumatoid arthritis patient's knowledge of the disease and its treatment: A descriptive study. *Musculoskeletal Care*. 2009;7:31–44.
- Minnock P, Fitzgerald O, Bresnihan B. Quality of life, social support, and knowledge of disease in women with rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheum*. 2003;49:221–7.
- Van Der Wardt EM, Taal E, Rasker JJ. The general public's knowledge and perceptions about rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis*. 2000;59:32–8.
- Werner AM, Kaliski S, Salazar K, Bustos L, Rojas MT, Baumert C, et al. Nivel de conocimiento de los pacientes con artritis reumatoide acerca de su enfermedad y tratamiento. *Rev Med Chile*. 2006;134:1500–6.
- Cadena J, Álvarez A, Correa M, Bonilla LM, Gómez MP, Montoya MA, et al. Encuesta de conocimiento sobre artritis reumatoide: ¿vale la pena educar? *Rev Col Reumatología*. 2002;9:262–9.
- Ríos SA. Los argentinos saben poco de la artritis reumatoidea. Nota de prensa, sábado 12 de abril del 2008 [consultado 16 Dic 2008]. Disponible en: http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=1003580
- Hennell SI, Brownsell C, Dawson K. Development, validation and use of a patient knowledge questionnaire (PKQ) for patients with early rheumatoid arthritis. *Rheumatology*. 2004;43:467–71.
- Hill J, Bird H. Patient knowledge and misconceptions of osteoarthritis assessed by a validated self-completed knowledge questionnaire (PKQ-OA). *Rheumatology*. 2007;46:796–800.
- Filippetto FA, Modi DS, Weiss LB, Ciervo CA. Patient knowledge and perception of upper respiratory infections, antibiotic indications and resistance. *Patient Preference Adherence*. 2008;2:35–9.
- Dracup K, McKinley S, Doering LV, Riegel B, Meischke H, Moser DK, et al. Acute coronary syndrome. What do patients know? *Arch Intern Med*. 2008;168:1049–54.
- Jennings F, Toffolo S, de Assis MR, Natour J. Brazil Patient Knowledge Questionnaire (PKQ) and evaluation of disease-specific knowledge in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol*. 2006;24:521–8.
- Blalock SJ, Norton LL, Patel RA, Dooley MA. Patient knowledge, beliefs, and behavior concerning the prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis. *Arthritis Rheum*. 2005;53:732–9.
- Claudepierre P, Flipo RM, Sibilia J, Berthelot JM, Goupille P, Cortinovis S, et al. Patient knowledge of their disease: A French multicenter study in ankylosing spondylitis. *Joint Bone Spine*. 2004;71:550–6.
- Edworthy SM, Devins GM, Watson MM. The arthritis knowledge questionnaire. A test for measuring patient knowledge of arthritis and its self-management. *Arthritis Rheum*. 1995;38:590–600.
- Guía telefónica de España para hogares en soporte informático. Infobel corporate, KAPITOL S.A., Bruselas, Bélgica [consultado 23 Sept 2008]. Disponible en: <http://www.infobel.com/es/spain/>