



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MÉXICO**

---



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**“Evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar de los pacientes  
portadores de Artritis Reumatoide en el HGZ con UMF No. 8 “**

**T E S I S**

**QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TITULO DE POSTGRADO EN  
LA ESPECIALIDAD DE:**

**MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A**

**DRA. MORALES AMAYA LIZBETH**

**ASESOR CLINICO**

**DR. SOLORZANO ACOSTA RICARDO**

**ASESOR EXPERIMENTAL**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO**

**JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DEL HGZ Y UMF No.8**

**GILBERTO FLORES IZQUIERDO I.M.S.S.**

**Número de registro: R-2012-3605-26**

**CD. DE MÉXICO, D. F., 2013.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## EVALUACIÓN DE LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR DE LOS PACIENTES PORTADORES DE ARTRITIS REUMATOIDE EN EL HGZ CON UMF No. 8

**AUTORES:** Dra. Morales Amaya Lizbeth. Dr. Gilberto Espinoza Anrubio. Dr. Solorzano Acosta Ricardo. Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No 8. México, D. F.

**OBJETIVO:** Evaluar la cohesión y adaptabilidad familiar de los pacientes portadores de Artritis Reumatoide en el HGZ con UMF No. 8

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Tipo de investigación: Prospectivo, Transversal, No comparativo, Descriptivo, Observacional. Criterios de inclusión: portadores de Artritis Reumatoide de la consulta de Reumatología del HGZ No.8, que acudan regularmente a consulta. Criterios de exclusión: Pacientes que no acepten firmar consentimiento informado y que no conteste completamente el cuestionario. Criterios de eliminación: Pacientes que no acudan a su cita, fallecimiento. Tamaño de la muestra: 93 pacientes. Variable dependiente: Artritis Reumatoide. Variable independiente: Folio, nombre, edad, sexo, estado civil, cohesión y adaptabilidad familiar.

**RESULTADOS:** Se estudio a 93 pacientes, con predominio del sexo femenino de 79.6%. Se obtuvo una edad mínima de 24 años, máxima de 81, y edad media de 55 años. Se observó en la Cohesión se obtuvo Familia Apegada 49 (52.7%), Conectada 19 (20.4%), Separada 18 (19.4%), Despegada 7 (7.5%). En la adaptabilidad se observo a familia Rígida 11 (11.8%), Estructuradas 12 (12.9%), Flexibles 15 (16.1%), Caóticas 55 (59.1%).Se obtuvo indicador de tipo funcional, extremo 38 (40.9%), rango medio 46(49.7%), Balanceada 9 (9.7%).

**CONCLUSION:** Se concluye que en pacientes portadores de Artritis Reumatoide predominan las familias con alto grado de cohesión (Apegadas), y alto grado de adaptabilidad (caótica), así como predominio de familia tipo funcional de rango medio, orientando a una funcionalidad moderada.

**PALABRAS CLAVE:** Artritis reumatoide, Cohesión y adaptabilidad familiar.

**“EVALUACIÓN DE LA COHESIÓN Y  
ADAPTABILIDAD FAMILIAR DE LOS  
PACIENTES PORTADORES DE ARTRITIS  
REUMATOIDE EN EL HGZ CON UMF No. 8 “**

## **AUTORIZACIONES**

---

Dr. Francisco Javier Padilla del Toro

**DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR No 8 “GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio

**COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICIN**

---

Dr. Jesús Andrés González Zepeda

**PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 8  
“DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

DIRECTOR DE TESIS

---

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 8  
“DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

ASESOR

---

Dr. Ricardo Solórzano Acosta

**REUMATOLOGO  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 8  
“DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A MI FAMILIA.**

**Por su apoyo y comprensión, por acompañarme por una meta más en mi vida.**

### **A MI HIJO.**

**Por ser el estímulo de mi día a día, por ser mi vida.**

### **A MI MADRE.**

**Porque me dejaste una sabiduría invaluable.**

### **A MI PADRE.**

**Por acompañarme aún en los momentos en los que no puedo corresponderte.**

### **A MIS HERMANAS.**

**Por apoyar mi sueño, mis ilusiones, por no dejarme caer, y estar incondicionalmente.**

### **A HECTOR.**

**Por apoyarme en mi vida, y en esta meta.**

<b>INDICE</b>	
MARCO TEORICO.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
JUSTIFICACIÓN.....	15
OBJETIVOS.....	16
HIPÓTESIS.....	17
MATERIALES Y METODOS.....	18
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
POBLACIÓN Y UNIVERSO.....	20
UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN.....	20
MUESTRA.....	21
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.....	22
VARIABLES.....	23
DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.....	24
DISEÑO ESTADISTICO.....	19
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	30
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS.....	32
CRONOGRAMA.....	33
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO.....	35
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	36
RESULTADOS.....	37
DISCUSIÓN.....	38
CONCLUSIONES.....	39
BIBLIOGRAFIA.....	40
ANEXOS.....	42



## MARCO TEORICO

La artritis reumatoide es una enfermedad sistémica caracterizada por inflamación articular crónica, es autoinmune, de curso lento e invariablemente progresivo, que compromete primordialmente las articulaciones diartrodiales en forma simétrica, con remisiones y exacerbaciones, y cuyas manifestaciones clínicas (articulares y extraarticulares) varían desde formas muy leves a otras muy intensas, destructivas y mutilantes. La *prevalencia* oscila entre 0,3 y el 1,2%, mayor en mujeres que en hombres 2-3:1, entre los 30 y 50 años. *Incidencia*: menos de 0,5 nuevos casos por cada 1000 personas al año, con una tasa de mortalidad estandarizada entre 1 y 2 (enfermedades cardiovasculares, infecciones, neoplasias malignas y patología gastrointestinal). El principal predictor de muerte es el grado de capacidad funcional medido mediante el Health Assessment Questionnaire. Así como el impacto socioeconómico: que produce discapacidad y disminución de la calidad de vida. Por lo tanto se considera la segunda enfermedad reumática que origina un mayor gasto económico tras la artrosis, conllevan el triple coste de atención médica, doble tasa de hospitalización y cuatro veces más visitas médicas que otras enfermedades. Es más frecuente en individuos con anticuerpos HLA-DR4 y HLA-DR1 (presentes en blancos y japoneses).<sup>(1)</sup>

La Artritis Reumatoide afecta a ambos sexos, pero es más frecuente en la mujer en la proporción de 3-4 a 1; sin embargo en los pacientes en los cuales la enfermedad se inicia después de los 60-65 años, esta proporción tiende a igualarse. Su comienzo es más frecuente entre los 20 y 45 años de edad, pero hay un grupo importante de comienzo tardío después de los 60-65 años. Se presenta en todas las razas y en todos los climas y empeora con el aumento de la humedad atmosférica; también se ha demostrado que su prevalencia es mayor en individuos de bajos recursos socioeconómicos y de un nivel educativo precario. Desde el punto de vista familiar, es más frecuente cuando existen antecedentes de esta enfermedad o de otras enfermedades reumáticas, lo mismo que en gemelos univitelinos.<sup>(2)</sup>

En un estudio realizado sobre 2.000 pacientes con Artritis Reumatoide por uno de los autores, se encontró que esta enfermedad se presentó en todas las edades, desde los 18 hasta los 80 años con un promedio de 40.3; su comienzo fue más frecuente en la cuarta década (33.80%) seguida por la quinta con un 25.89%; 80% de los pacientes pertenecía al sexo femenino y 20% al masculino, con una proporción de 4 a 1.<sup>(3)</sup>

Dentro del diagnóstico debo mencionar los criterios del Colegio Americano de Reumatología (ACR) de 1987, se comportan bien en pacientes con enfermedad establecida, considerando artritis reumatoide probable cuando están presentes 4 o más de los 7 criterios de clasificación ( ver anexo 1 ). En la artritis reumatoide temprana los criterios 1 a 4 son sensibles pero poco específicos, mientras que la presencia de nódulos y el factor reumatoide tienen buena especificidad pero baja sensibilidad. El diagnóstico debe basarse en la

exploración física, en el que corrobore la presencia de artritis de al menos 3 articulaciones, involucro simétrico de articulaciones metacarpofalángicas o metatarsofalángicas y rigidez matinal de más de 30 minutos. <sup>(4)</sup>

En el desarrollo se distinguen tres fases: Una primera fase: Inflamación sinovial y perisinovial, está caracterizada por: edema del estroma sinovial, proliferación de células sinoviales, gran infiltración de células redondas, exudado fibrinoso en la superficie sinovial, daño de pequeños vasos, microfocos de necrosis. En la segunda fase: proliferación o desarrollo de pannus (desarrollo de tejido granuladorio, exuberante). El daño del cartílago y de los tejidos vecinos (cápsula, tendones, ligamentos y hueso) se produce por dos mecanismos: desarrollo de tejido granuladorio. con destrucción directa del cartílago articular. y liberación de enzimas lisosomales de sinoviocitos, polimorfonucleares y macrófagos. En la tercera fase: fibrosis y anquilosis, produciendo deformación e inmovilidad articular, el tejido granuladorio se convierte en tejido fibroso. La desaparición del cartílago articular y fibrosis del espacio articular conducen a la inmovilización articular (anquilosis). Son características: deformaciones en ráfaga de los dedos de las manos en esta etapa. <sup>(5)</sup>

Dentro de la clasificación de la Artritis Reumatoide, se divide en: Artritis Reumatoide de inicio: aquella que se encuentra dentro de los 2 primeros años de evolución. La Artritis Reumatoide Grave/Leve: se caracteriza presencia o no de erosiones y el número de articulaciones tumefactas. La Artritis Reumatoide tardía: no tiene actividad inflamatoria y presenta una destrucción completa de las articulaciones. Clínicamente se caracteriza por dolor articular ante mínimos esfuerzos o en reposo, deformidades articulares, atrofia muscular importante, gran incapacidad funcional y demostración radiográfica de importante destrucción articular (erosiones, subluxaciones y anquilosis). La Artritis Reumatoide Pseudo-polimiálgica: aparece en pacientes mayores de 60 años y que se caracteriza por el comienzo brusco de los síntomas, que afectan fundamentalmente a articulaciones proximales (hombros y caderas), así como a rodillas y carpos. Se acompaña de importante rigidez matinal, FR negativo y un aumento marcado de los reactantes de fase aguda. No suele desarrollar erosiones y en general el pronóstico es bueno, pudiendo remitir espontáneamente en 6-24 meses. <sup>(6)</sup>

Las manifestaciones clínicas tienen un comienzo gradual; síntomas prodrómicos frecuentes de debilidad, astenia y anorexia Su presentación inicial: afectación simétrica de múltiples articulaciones, la mayoría de las veces en manos y pies. Es frecuentes los derrames articulares, la hipersensibilidad y la limitación del movimiento desde las primeras fases de la evolución. Tiene las siguientes características: deformidades eventuales: subluxaciones y contracturas articulares, manifestaciones extraarticulares, nódulo reumatoideo sobre prominencias óseas, como el codo, y la diáfisis del cúbito, alveolitis fibrosante, angiítis de pequeños vasos, Síndrome de Felty, esplenomegalia, pericarditis y endocarditis, compromiso renal, amiloidosis secundaria, Síndrome de Sjögren. Dentro de los criterios diagnóstico de acuerdo al Colegio Americano de Reumatología, se diagnostica de AR cuando existe al menos 4 de los 7 criterios, y los criterios 1 al 4 están presentes durante al menos 6 semanas, estos criterios son los siguientes: 1) Rigidez matinal mayor a 1 hora, 2)

Artritis en tres o más articulaciones (Tumefacción articular, en las siguientes áreas: IFP, MCF, muñeca, codo, rodilla, tobillo, MTF , 3) Artritis de manos (Tumefacción articular de muñeca, MCF o IFP), 4) Artritis simétrica (Afectación simultánea bilateral de las articulaciones mencionadas en el punto dos), 5) Nódulos reumatoideos (Nódulos sub-cutáneos), 6) Factor reumatoide positivo, 7) Cambios radiológicos (erosiones óseas ú osteopenia de muñeca y manos. Los exámenes complementarios son marcadores inmunológicos (Factor reumatoide en el 80% de los casos, Anticuerpo anticitrulina con especificidad de 90-96%, Reactantes de fase aguda como la VES Y PCR, ).<sup>(7)</sup>

Algunas alteraciones de laboratorio: ellas se refieren a reactantes de fase aguda (sirven para monitorear actividad de la enfermedad) factor reumatoide y anticuerpos anti péptido citrulinado (anti-CCP). El Factor reumatoide está presente entre el 70 al 80% de los pacientes con Artritis Reumatoide. Sin embargo también es frecuente el síndrome de Sjogren (70%), LES (20%) y entre un 5 a 10% de la población general sana. Los anticuerpos anti-CCP, si bien son altamente específicos, su sensibilidad en pacientes con artritis indiferenciada de reciente comienzo no se conoce con exactitud, pero puede ser tan baja como el 14%. Por tanto, un resultado negativo no descarta el diagnóstico.<sup>(8)</sup>

La elección de la opción de tratamiento para el paciente individual requiere de una evaluación del pronóstico. Los siguientes son índices de mal pronóstico: edad de inicio (< 20 años y >75 años), mala capacidad funcional inicial, nódulos reumatoideos, títulos de FR elevados, VHS y/o PCR persistentemente elevados, inflamación de más de 20 articulaciones, compromiso extraarticular, como síndrome de Sjogren, epiescleritis o escleritis, enfermedad pulmonar intersticial, compromiso pericárdico, vasculitis sistémica, síndrome de Felty, presencia de erosiones (radiografías de manos y/o pies dentro de los dos primeros años de enfermedad), marcadores genéticos. Alelos HLA-DRB1 (DRB1\*04, DRB1\*01), bajo nivel de instrucción y bajo nivel socioeconómico, mala respuesta a metotrexato, ausencia de red de apoyo social. <sup>(9)</sup>

El tratamiento farmacológico: el pilar central es la utilización de fármacos antirreumáticos modificadores de la Enfermedad” (FAME), están indicados en la forma más temprana de la enfermedad, para llegar a una remisión de la enfermedad rápidamente para evitar un daño estructural. En conjunto con los FAME es necesario combinar un tratamiento complementario con AINEs y glucocorticoides. Los primeros fármacos son los inductores de la remisión). Controles frecuentes clínicos y analíticos (Hemograma, plaquetas y pruebas con objetivo de eliminarla inflamación, para esto se obtiene mediante la administración de los FAME, dentro de los cuales se encuentra el Metotrexate, (antagonista del ácido fólico, con tiempo de acción de 3-4 semanas de iniciado el tratamiento, con una máxima respuesta a los 2-4 meses, con dosis (7,5-25 mg) semanales por vía oral o parenteral de función hepática) para descartar posibles efectos secundarios. Efectos secundarios son: intolerancia digestiva, fiebre, astenia, exacerbadón breve de la sintomatología articular, cirrosis hepática. La toxicidad pulmonar (tos seca, distrés respiratorio agudo y fiebre). Se

suspende ante la presencia de estos efectos. Dentro de este grupo se encuentra la Leflunomida ( se administra a dosis 10-20 mg/24hrs VO, en caso de no tolerar al metotrexate. Los efectos secundarios (en menos del 10 a 20%): diarrea, nauseas, alopecia reversible, hipertensión rash cutáneo, aumento de transaminasas. <sup>(10)</sup>

Diferentes estudios han evaluado el beneficio comparativo del paracetamol con los AINEs. En una RS que incluyó 4 estudios de cross-over los AINEs fueron preferidos por los pacientes o el investigador más frecuentemente que el paracetamol. En el estudio con mayor tamaño de muestra, 37% de los pacientes prefirieron el ibuprofeno y 13% el paracetamol. Los diferentes AINEs tienen eficacias similares en cuanto al alivio del dolor y la inflamación articular que presentan los pacientes con Artritis Reumatoide. Si bien son eficaces, múltiples estudios han demostrado que su uso se asocia a un mayor riesgo de sufrir eventos gastrointestinales, que van desde síntomas menores a eventos serios (ulceras, perforaciones y sangrado) con mortalidad asociada. Se consideran factores de mayor riesgo para presentar eventos GI serios la edad > 65 años, historia de ulcera péptica previa, historia de sangrado GI, o enfermedad cardiovascular. Los pacientes con AR con 1 factor de riesgo tienen aproximadamente un riesgo de 1% de tener un evento serio (perforación, ulcera o sangrado) en 6 meses. Si tienen los 4 factores, el riesgo aumenta a 9% en 6 meses. <sup>(11)</sup>

En el tratamiento con antipalúdicos se encuentran: la Cloroquina que se indica como monoterapia o combinado a otro FAME, para disminuir la actividad de la enfermedad o para estabilizar la inactividad de la enfermedad, a dosis: cloroquina: 250 mg/día, hidroxicloroquina: 200-400 mg/día. Los efectos secundarios son poco frecuentes y el principal es la toxicidad retiniana, obligando controles oftalmológicos frecuentes Dentro de este grupo también se contempla a la Azatioprina, con un efecto secundario adverso más importante es la aplasia medular, fundamentalmente de linfocitos y monocitos. La Ciclofosfamida a dosis de 2mg/Kg./día indicada en la Artritis Reumatoide refractaria. Hemograma de control cada 2 semanas y con los cambios de dosis, luego cada 3 meses por el riesgo de sus efectos secundarios. Los efectos secundarios son muy importantes razón porque está limitado su uso. Neutropenia y cistitis hemorrágica y ocasionalmente, degeneración maligna. <sup>(12)</sup>

Los afectados tienen un índice de mortalidad que duplica el de la población sana; lo que supone un acortamiento de la esperanza de vida entre 5 y 10 años. Además, en las formas más activas y agresivas de AR, la mortalidad alcanza valores similares a la de los pacientes con linfoma de Hodgkin en estadio IV o enfermedad coronaria de tres vasos. La calidad de vida relacionada con la salud está muy deteriorada en los pacientes con AR, llegando a situarse por debajo de la apreciada por quienes padecen otras enfermedades consideradas graves, como el lupus eritematoso sistémico, el infarto agudo de miocardio o la colitis ulcerosa. A ello contribuyen el dolor articular, la frus-tración derivada de la pérdida de habilidades manuales, la incapacidad laboral, las dificultades para el desempeño de las actividades diarias, los problemas de movilidad, la restricciones en la esfera de las relaciones sociales y la dependencia de otras personas. La depresión es una de las consecuencias psicológicas más relevantes

de esta constelación de circunstancias y requiere frecuentemente el empleo de psicofármacos. <sup>(13)</sup>

La pérdida de la capacidad laboral en la AR tiene una especial trascendencia, ya que cerca de la mitad de los casos se inician durante la edad laboral y transcurridos 10 años, entre el 26 y el 60% de los enfermos se ven obligados a abandonar su trabajo. La magnitud de la repercusión socioeconómica de la AR es difícil de valorar y plantea problemas metodológicos importantes. Deben considerarse tres tipos de costes: directos, indirectos e intangibles. Los costes directos se subdividen en dos tipos, los sanitarios, que derivan del consumo de recursos asistenciales (consultas, monitorización de la enfermedad con controles radiológicos y pruebas de laboratorio, gasto farmacéutico, hospitalización, medidas ortésicas y prótesis) y los parasanitarios, como los gastos para realizar adaptaciones en el domicilio, entorno laboral y medios de transporte. Estos costes no son homogéneos a lo largo de la duración de la Artritis Reumatoide y tienden a ser especialmente elevados durante los primeros dos años que siguen al diagnóstico. <sup>(14)</sup>

Desde el Modelo Circumplejo de Sistemas familiares y Maritales, el cual ha tenido una gran difusión en los últimos años en el mundo académico y profesional, se sostiene que la *cohesión*, la *flexibilidad* y la *comunicación* son las tres dimensiones que principalmente definen el constructo *funcionamiento familiar*. La *cohesión* se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia. La *Flexibilidad* familiar se define como la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia. El grado de cohesión y flexibilidad que presenta cada familia puede constituir un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema: extremo, de rango medio o balanceado (ver Tabla 1). Los sistemas maritales o familiares balanceados tienden a ser más funcionales y facilitadores del funcionamiento, siendo los extremos más problemáticos mientras la familia atraviesa el ciclo vital. La *comunicación* familiar es la tercera dimensión del modelo y facilita el movimiento dentro de las otras dos dimensiones. Dado que en este artículo se presenta el resultado de la aplicación del instrumento que operacionaliza los dos primeros constructos, no nos ocuparemos aquí de la tercera dimensión del modelo medida con escalas especialmente diseñadas para evaluarla. <sup>(15)</sup>

La cohesión es el vínculo emocional que los miembros de un sistema (la familia, en nuestro caso) tienen entre sí y la adaptabilidad sería la habilidad de dicho sistema para cambiar. Cada una de estas dimensiones está compuesta por diferentes variables que contribuyen a su comprensión (Olson, 1988). Los conceptos vinculados con la cohesión serían: lazos familiares, implicación familiar, coaliciones padres hijos, fronteras internas y externas. Los conceptos específicos vinculados con la adaptabilidad son: liderazgo, disciplina, negociación, roles y reglas. Inicialmente, en las primeras versiones del modelo (Olson, Russell y Sprenkle, 1980) también se incluyeron en esta dimensión la asertividad, el control o el feedback. Tanto la cohesión como la adaptabilidad son curvilíneas, esto implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales, siendo los niveles moderados los relacionados con un buen funcionamiento familiar. Es por ello que cada una de las dimensiones está dividida en 4 niveles. Para la validez de constructo se determinó utilizar la técnica estadística multivariada de análisis factorial (AF), con fines confirmatorios. El criterio general para considerar válido el cuestionario FACES III en español (México) fue que los 10 ítems que evaluaron la cohesión familiar debieron «cargar» o «saturar» un factor único en los resultados, siendo la misma condición para la adaptabilidad familiar pero en un factor independiente (ortogonal) al de cohesión. <sup>(16)</sup>

En el caso de la cohesión: familias apegadas (cohesión muy alta), familias conectadas (cohesión moderada-alta), familias separadas (cohesión moderada-baja) y familias desapegadas (cohesión baja). La adaptabilidad, por su parte, constituye los siguientes tipos de familias: familias rígidas (adaptabilidad muy baja), familias estructuradas (adaptabilidad moderada-baja), familias flexibles (adaptabilidad moderada-alta) y familias caóticas (adaptabilidad alta). La comunicación es una dimensión facilitadora, cuya relación con el funcionamiento familiar es lineal; es decir, a mejor comunicación familiar mejor funcionamiento familiar. Entre los conceptos considerados se encuentran: empatía y escucha activa por parte del receptor, habilidades del emisor, libertad de expresión, claridad de expresión, continuidad y respeto y consideración.<sup>(17)</sup>

Una vez construido el modelo los autores desarrollaron el *FACES*, un instrumento dirigido a analizar las dos dimensiones iniciales, cohesión y adaptabilidad. La primera versión de este instrumento surgiría en 1980 (Bell, 1980; Portner, 1981) y constaba de 111 ítems. Posteriormente se desarrollarían otras tres versiones tratando de superar, cada una de ellas, las limitaciones de las anteriores. La segunda versión, *FACES II*, apareció en 1982 (Olson, Portner y Bell, 1982) y la tercera versión, *FACES III*, en 1985 (Olson, Portner y Lavee, 1985), de 30 y 20 ítems, respectivamente.<sup>(18)</sup>

Como la Artritis Reumatoide en sus inicios suele ser difícil de reconocer y es complejo decidir quiénes necesitan tratamientos más potentes desde el comienzo, resulta relevante que el diagnóstico se haga lo más tempranamente posible, lo que se puede lograr mediante una mejor información al público y a los médicos que trabajan en atención primaria. Se necesitaría además establecer una mejor organización de la forma de prestar atención de salud a esta población, de modo de romper las brechas que hoy dificultan el acceso a medicamentos y a atención por especialistas. Es deseable que en la atención a estos pacientes se utilice una evaluación con índices objetivos, cuantitativos y periódicos en el curso de la enfermedad.<sup>(19)</sup>

La familia es considerada como un sistema dinámico viviente que está sometido a un continuo establecimiento de reglas y de búsqueda de acuerdo a ellas. La definición de sistemas es el conjunto de reglas o principios sobre una materia, relacionados entre sí. Conjunto de cosas que ordenadamente relacionadas entre sí contribuyen a un fin determinado. Dentro de la “teoría general de sistemas”, bajo la concepción de Von Bertalanffy, caracteriza al sistema por un estado estable, dinámico, que permite un cambio constante de componentes mediante asimilación y desasimilación. La familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, a medida en la que cumpla con sus funciones básicas. Consideramos a la familia como un sistema integrador multigeneracional, caracterizado por múltiples subsistemas de funcionamiento interno e influido por una variedad de sistemas externos relacionados. En el grupo familiar, el comportamiento de cada sujeto está conectado de un modo dinámico con el de los otros miembros de la familia y al equilibrio del conjunto. Por lo tanto la



familia ha de ser contemplada como una red de comunicaciones entrelazadas en la que todos los miembros influyen en la naturaleza del sistema, a la vez que todos se ven afectados por el propio sistema. La familia es al mismo tiempo, un sistema abierto y por lo tanto, en continua transformación, viviendo cambios y modificaciones que son distintos en cada momento de su evolución.<sup>(20)</sup>

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La artritis reumatoide es una enfermedad sistémica caracterizada por inflamación articular crónica, es autoinmune, de curso lento y progresivo presentando remisiones y exacerbaciones, y cuyas manifestaciones clínicas (articulares y extraarticulares) varían desde formas muy leves a intensas, destructivas y mutilantes. Con una prevalencia entre 0,3 y el 1,2%, mayor en mujeres que en hombres 2-3:1, y una tasa de mortalidad estandarizada entre 1 y 2. Con una incidencia de menos de 0,5 nuevos casos por cada 1000 personas al año. Los afectados tienen un índice de mortalidad que duplica el de la población sana; lo que supone un acortamiento de la esperanza de vida entre 5 y 10 años. Por lo que se concluye en la siguiente pregunta a investigar: **¿Cuál es la cohesión y adaptabilidad familiar de los pacientes portadores de Artritis Reumatoide en el HGZ y UMF No. 8?**



## JUSTIFICACIÓN

La Artritis Reumatoide es una enfermedad sistémica que se caracteriza por inflamación articular crónica progresiva, que termina disminuyendo la funcionalidad del área afectada y por consiguiente esto se reflejara en la esperanza de vida, por lo tanto es importante evaluar la cohesión y adaptabilidad familiar obteniendo un resultado el cual nos permitirá conocer la percepción de la enfermedad del paciente y de los integrantes de la familia, los roles que han modificado para llevar a cabo la adaptación, y el apoyo integral en el control y tratamiento del portador. A partir de esta evaluación identificare los aspectos en los cuales podemos interferir, orientar al paciente y su entorno familiar, así como enfrentar y resolver las crisis que puedan obstaculizar la cohesión y la adaptación familiar del paciente de manera conjunta con el equipo de salud.

## **OBJETIVO**

### **GENERAL:**

- Evaluar la cohesión y adaptabilidad familiar de los pacientes portadores de Artritis Reumatoide en el HGZ y UMF No. 8.

## HIPÓTESIS

### HIPÓTESIS ALTERNA: H1

**En los pacientes portadores de Artritis Reumatoide del HGZ con UMF No .8 no existe cohesión y adaptabilidad familiar.**

### HIPÓTESIS NULA: H0

**En los pacientes portadores de Artritis Reumatoide del HGZ con UMF No. 8 existe cohesión y adaptabilidad familiar.**

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### TIPO DE INVESTIGACIÓN:

a).- Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO

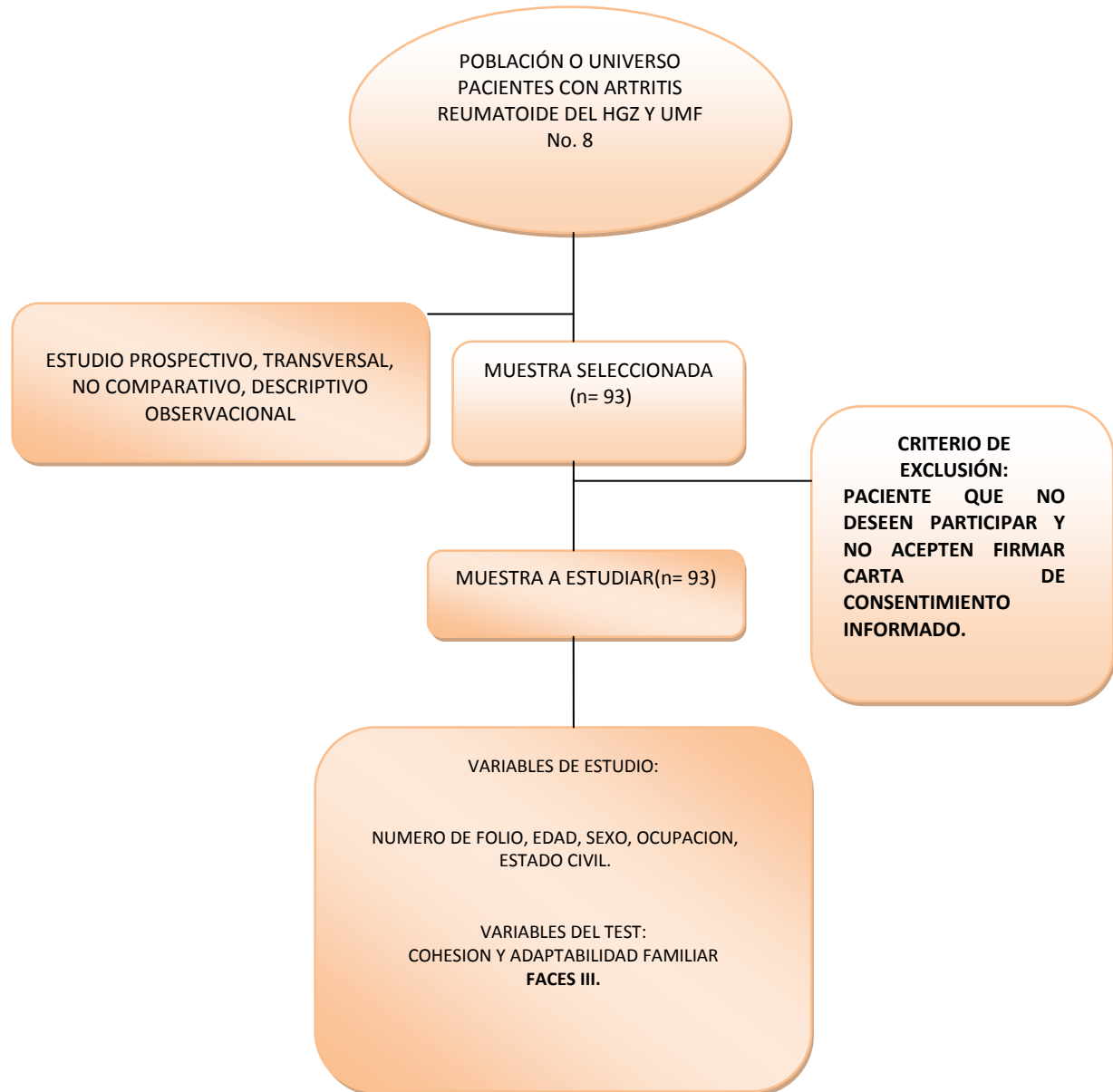
b).- Según el número de una misma variable ó el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL

c).- Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO

d).- Según el control del las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO

e).- De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: OBSERVACIONAL.

**DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:**



ELABORO: LIZBETH MORALES AMAYA 2010. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**POBLACION Ó UNIVERSO:** El estudio se realizo a derechohabientes en el Hospital General de Zona con UMF No. 8, en el Distrito Federal. Esta es una población urbana.

**UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:** La investigación se realizo en la sala de espera de consulta externa de Reumatología del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina familiar No.8 con domicilio en Av. Magdalena 289, Col. Tizapan San Ángel Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01090.

## MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con variable dicotómica para una población finita necesaria será de 93 pacientes con una proporción del 0.5.

### Definición de conceptos del tamaño de la muestra

**N**= Total de individuos requeridos

**n**= Tamaño muestral

**Z alfa**= Valor correspondiente a la distribución de Gauss 1.96 para alfa = 0.05 y 2.58 para alfa =0.01

**P**= Prevalencia esperada del parámetro a evaluar

**i**= Error que se prevé cometer

**q**=1-P

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot \frac{N}{i^2} \cdot P \cdot q}{(N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot \frac{2771}{(0.1)^2} \cdot (0,5) \cdot (1-0,5)}{(2771-1) + (1.96)^2 \cdot (0,5) \cdot (1-0,5)}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot \frac{2771}{(0.01)^2} \cdot (0,5) \cdot (0,5)}{(2770) + (3.8416) \cdot (0.25)}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot \frac{2771}{(0.01)^2} \cdot (0,5) \cdot (0,5)}{(2770) + (3.8416) \cdot (0.25)}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 692.75}{27.7 + 0.9604}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 692.75}{28.6604}$$

$$n = 3.8416 \cdot (24.1679)$$

$$n = 92.8$$

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN**

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** La población que se estudio, fueron pacientes portadores de Artritis Reumatoide que acudieron regularmente a la consulta externa de Reumatología del HGZ con UMF No.8. Se incluirá pacientes portadores de AR, sin distinción de sexo, y edad.

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** Se excluyo a pacientes que no desearon participar y no aceptaron firmar la carta de consentimiento informado, y aquel paciente que no contesto completamente el cuestionario.

**CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:** Se elimino al paciente que no acudió a su cita, falleció o algún otro motivo por el que ya no pudo acudir a la institución.



## **VARIABLES**

### **Variables de identificación**

- 1.- NUMERO DE FOLIO
- 2.- EDAD
- 3.- SEXO
- 4.- ESTADO CIVIL

### **Variables del instrumento**

- 1) FACES III ( 20 ítems)
  - a) Cohesión
  - b) adaptabilidad

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

- ARTRITIS REUMATOIDE: Enfermedad sistémica caracterizada por inflamación articular crónica, es autoinmune, de curso lento e invariablemente progresivo.
- COHESIÓN FAMILIAR: evalúa el grado por el cual los miembros están *conectados* o *separados* del resto de la familia. Esta dimensión se define por los vínculos emocionales que cada miembro tiene con el otro.
- ADAPTABILIDAD FAMILIAR: La capacidad de un sistema (la familia) de cambiar.
- FACES III: Es un estudio instrumental que evalúa la cohesión y la adaptabilidad familiar.
- SEXO: El género de un individuo ( masculino y femenino)
- EDAD: Número de años cumplidos
- ESTADO CIVIL: Es la calidad de un individuo en orden a sus relaciones de familia en cuanto le confiere o le impone determinados derechos y obligaciones civiles.

**TABLA DE VARIABLES SEGÚN LA INFLUENCIA QUE SE ASIGNE**

---

**VARIABLE DEPENDIENTE**

- **COHESIÓN FAMILIAR**
- **ADAPTABILIDAD FAMILIAR**

**VARIABLE INDEPENDIENTE**

- **ARTRITIS REUMATOIDE**

**DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES  
“CARACTERISTICAS GENERALES”**

<b>NOMBRE DE LAS VARIABLES</b>	<b>TIPO DE LAS VARIABLES</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>VALORES DE LAS VARIABLES</b>
<b>Sexo</b>	Cualitativa	Nominal	1.Masculino 2.Femenino
<b>Edad</b>	Cuantitativa	Continua	Números enteros
<b>Ocupación</b>	Cualitativa	Nominal	1. Empleado 2. Desempleado
<b>Estado Civil</b>	Cualitativa	Nominal	1.Soltero(a) 2.Casado(a) 3.Union libre 4. Divorciado 5.Viudo
<b>Cohesión Familiar (FACES III)</b>	Cualitativa	Nominal	1.Apegada 2. Conectadas 3. Separadas 4. Despegadas.
<b>Adaptabilidad Familiar (FACES III)</b>	Cualitativa	Nominal	1. Rígida 2. Estructurada 3.Flexible 4.caótica

**DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES  
“INVENTARIO DE ACTIVIDADES”**

<b>NOMBRE DE LAS VARIABLES</b>	<b>TIPO VARIABLE</b>	<b>DE ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>DE VALORES DE LAS VARIABLES</b>
<b>COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR (FACES III)</b>	<b>CUALITATIVA</b>	<b>PUNTUACION EN LA ESCALA DE FACES III</b>	<b>1.APEGADA 2. CONECTADA 3. SEPARADA 4. DESPEGADA</b>
<b>ADAPTABILIDAD FAMILIAR (FACES III)</b>	<b>CUALITATIVA</b>	<b>PUNTUACION DE LA ESCALA DE FACES III</b>	<b>1.RIGIDA 2. ESTRUCTURADA 3.FLEXIBLE 4. CAOTICA</b>
<b>FACES III</b>	<b>CUALITATIVA</b>	<b>PUNTUACION DE ESCALA</b>	<b>1. EXTREMA 2. RANGO MEDIO 3. BALANCEADA</b>

## **DISEÑO ESTADISTICO**

El análisis estadístico se llevo a cabo a través del programa SPSS 20 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y con una proporción de 0.5 frecuencias y porcentajes.

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento que se utilizó para evaluar la cohesión familiar en pacientes portadores de Artritis Reumatoide es el FACES III 20esp.

- La evaluación final del modelo indicó que FACES III en español (México) demostró un proceso de medición fiable y válida. Esta afirmación se fundamenta en el hecho de haber obtenido resultados satisfactorios en 8 supuestos de los 12 establecidos; sin embargo, los 4 supuestos no superados y señalados en la tabla 3 son entendidos como limitaciones de este modelo de validación.
- FACES III en español es fiable (70%) y válido; 8 de los 12 criterios rebasaron satisfactoriamente los valores mínimos de referencia y 4 criterios no lo hicieron.
- Las cuatro limitaciones señaladas (la existencia de interacción lineal entre los ítems, la obtención de un modelo que no fue totalmente puro, las estimaciones no adecuadas de las diferencias entre las correlaciones observadas y las estimadas y los dos ítems en cohesión y cuatro en adaptabilidad que «cargaron » en dimensiones no conocidas a las esperadas) son características que deben considerarse en futuros estudios.
- Es necesario seguir probando FACES III en diferentes escenarios para tener más elementos que contribuyan a la evaluación de su validez. Esto constituye una línea de investigación y, a su vez, una directriz de futuras investigaciones.

Antes de usar la tabla para evaluar la cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes portadores de Artritis Reumatoide, se recopiló la siguiente información:

- Nombre
- Sexo
- Edad
- Estado civil
- ocupación
- Presencia de Artritis Reumatoide

Se diseñó una hoja de recolección de datos que sirvió para vaciar la información obtenida del instrumento de recolección de datos aplicado a cada paciente portador de Artritis Reumatoide que acude a Consulta Externa de Reumatología del HGZ con UMF No. 8 Del Instituto Mexicano del Seguro Social, (Ver anexo 5).

Las acciones de los participantes de la presente investigación fueron:

- 1) Entrevista clínica a cada participante, que fue realizada por el investigador responsable, así como la aplicación del instrumento de evaluación de la cohesión familiar.

Una vez obtenida esta información, se procedió a la evaluación de la cohesión familiar en pacientes portadores de AR de la siguiente manera:

- Paso 1: Se eligió el cuadro según edad del paciente en cuestión
- Paso 2: Se eligió el cuadro del sexo del paciente en cuestión.
- Paso 3: Se eligió el cuadro según el estado civil del paciente.
- Paso 4: Se eligió el cuadro según la ocupación del paciente.
- Paso 4: Se eligió el cuadro según el resultado del test FACES III.

El instrumento de evaluación se observa en el **Anexo 3**.



### MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

- Se aplicó el instrumento de evaluación de cohesión y adaptabilidad de forma individual.
- Se aplicó a adultos sin distinción de edad, que sean portadores de Artritis Reumatoide, pero que puedan leer.
- Si en algún momento el administrador de la prueba sospechó que el nivel de lectura no era adecuado, le pidió al paciente que lea el primer enunciado en voz alta y seleccionando en voz alta algunas alternativas. Si durante este ejercicio el paciente tuvo dificultades para leer la pregunta, se interrumpió la aplicación de la prueba.
- La prueba se realizó en no más de 5 minutos. Los sujetos fueron informados de que no necesitaban responder a una pregunta que no quisieran o no supieran contestar.
- El examinador no discutió ninguna pregunta y por lo tanto ninguna respuesta con el sujeto, para no cambiar percepciones u opiniones. Si el sujeto preguntó el significado de una palabra, si fue posible, se dio la definición del cuestionario.
- Se verificó que solamente una respuesta de las alternativas ha quedado señalada para cada una de las preguntas.
- Se especificaron las características mínimas que sirvieron como parámetros de referencia del modelo de validación de los resultados; de esta forma, el lector pudo comparar con elementos de juicio más objetivos con rigor y precisión. De no ser así, es fácil que se llegara a conclusiones sesgadas y posiblemente falsas.



## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8  
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DEL PROYECTO:

“EVALUACIÓN DE LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRIITS REUMATOIDE EN EL HGZ CON UMF No. 8”

### 2010-2011

FECHA	MAR 2010	ABR 2010	MAY 2010	JUN 2010	JUL 2010	AGO 2010	SEP 2010	OCT 2010	NOV 2010	DIC 2010	ENE 2011	FEB 2011
<b>TITULO</b>	X	X										
<b>ANTECEDENTES</b>		X	X									
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>			X									
<b>OBJETIVOS</b>			X									
<b>HIPOTESIS</b>			X									
<b>PROPOSITOS</b>				X								
<b>DISEÑO METODOLOGICO</b>							X					
<b>ANALISIS ESTADISTICO</b>							X					
<b>CONSIDERACIONES ETICAS</b>							X					
<b>RECURSOS</b>							X					
<b>BIBLIOGRAFIA</b>		X	X				X	X				
<b>ASPECTOS GENERALES</b>		X	X	X	X	X	X	X				
<b>ACEPTACION</b>									X	X		

ELABORO: LIZBETH MORALES AMAYA 2010. PROTOCOLO DE INVESTIGACION



### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8  
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TITULO DEL PROYECTO:  
 EVALUACIÓN DE LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DIAGNÓSTICO DE ARTRIITS REUMATOIDE EN EL HGZ Y UMF No. 8

FECHA	MAR 2011	ABR 2011	MAY 2011	JUN 2011	JUL 2011	AGO 2011	SEP 2011	OCT 2011	NOV 2011	DIC 2011	ENE 2012	FEB 2012
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO		X	X	X								
RECOLECCIÓN DE DATOS		X	X	X	X	X	X	X	X			
ALMACENAMIENTO DE DATOS									X	X		
ANÁLISIS DE DATOS										X		
DESCRIPCIÓN DE DATOS										X		
DISCUSIÓN DE DATOS										X		
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL										X	X	
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO											X	
PUBLICACIÓN												X

ELABORO: LIZBETH MORALES AMAYA 2010. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

## **RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO**

Para la realización de este proyecto se conto con un investigador, un aplicador de cuestionarios, un recolector de datos, obteniendo la participación en cuanto a orientación de la realización de la investigación del asesor de investigación.

Para la realización de esta investigación se conto con una computadora hp, con procesador AMD Athlon-x2, USB para almacenar la información de la investigación. Servicio de fotocopiado para reproducir el inventario y cuestionario de presentación, lápices, borradores. Los gastos en general se absorbieron por residente de segundo grado de medicina familiar Lizbeth Morales Amaya.

## CONSIDERACIONES ETICAS

El presente protocolo de investigación no desobedeció la declaración de Helsinki de 1975 promulgada por la Asociación Médica Mundial. Además que la aplicación del instrumento de FACES III y la recolección de datos se realizó previamente con el consentimiento informado por escrito de los derechohabientes del HGZ con UMF No. 8 que fueron entrevistado, de acuerdo al reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud en México, de acuerdo al título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Así mismo como del código de Nuremberg que recoge una serie de principios que rigen la experimentación con seres humanos publicado el 20 de agosto de 1947.

Se integro la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación: “Evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar de los pacientes portadores de Artritis Reumatoide en el HGZ con UMF No. 8 “. **Ver en anexo 4.**

## RESULTADOS

Se estudio 93 pacientes portadores de artritis reumatoide del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No 8, observando predominio de 74 (79.6%) sexo femenino, 19 (20.4%) sexo masculino, **(Ver anexo 6)**. La media de edad 55 años, mínimo de 24 años y máximo de 81 años con una desviación estándar de 12.3.

En ocupación se observo a pacientes empleados 38 (40.9%), desempleados 55 (59.1%). **(Ver anexo 7)**. En el estado civil se encontró a 3 pacientes solteros (3.2%), casados 71 (76.3%), divorciados 8 (8.6%), viudos 11 (11.8%) y ninguno en unión libre. **(Ver anexo 8)**.

Por otro lado en Cohesión se obtuvo Familia Apegada 49 (52.7%), Conectada 19 (20.4%), Separada 18 (19.4%), Despegada 7 (7.5%), **(Ver anexo 9)**. En la adaptabilidad se observo a familia Rígida 11(11.8%), Estructuradas 12(12.9%),Flexibles 15(16.1%),Caóticas 55 (59.1%). **(Ver anexo 10)**.

Se encontró en rangos de edad de 20 a 35 años 5 (5.4%), 36 a 51 años 25 (26.9%), de 52 años 67 años con 44 (47.3%), de 68 a 82 años con 19 (20.4%). **(Ver anexo 11)**.

Se observo dentro del grupo de pacientes del sexo femenino en relación con la Cohesión, familias Apegadas 45 (48.4%), conectadas 16 (17.2%), separadas 13 (14%). En el grupo de pacientes del sexo masculino, familias Apegadas 4 (4.3%), Conectadas 3 (3.2%), Separadas 5 (5.4%), Despegadas 7 (7.5%). **(Ver anexo 12)**

Se encontró dentro del grupo de pacientes del sexo femenino en relación con la Adaptabilidad Familiar, Familias Rígidas 9 (9.7%), Estructuradas 4 (4.3%), Flexible 8 (8.6%), Caóticas 53 (57%). En el grupo de pacientes masculinos, Familias Rígidas 2 (2.2%), Estructuradas 8 (8.6%), Flexibles 7 (7.5%), Caóticas 2 (2.2%). **(Ver anexo 13)**

La distribución de la Cohesión familiar con el estado civil arrojó los siguientes datos: Soltero, con familia apegada 1 (1.1%), conectada 2 (2.2%); Casado, familia apegada 39 (41.9%), conectada 13 (12.9%), separada 13 (14%), despegada 7 (7.5%); Divorciado, familia apegada 5 (5.4%), conectada 1 (1.1%), separada 2 (2.2%); Viudo, familia apegada 4 (4.3%), Conectada 4 (4.3%), separada 3 (3.2%). **(Ver anexo 14)**.

En la distribución de la Adaptabilidad familiar con el estado civil se analizaron los siguientes datos: Soltero, familia caótica 3 (3.2%); casado, familia rígida 9 (9.7%), estructurada 10 (10.8%), flexible 10 (10.8%), Caótica 42 (45.2%); divorciado, familia rígida 1 (1.1%), flexible 1 (1.1%), Caótica 6 (6.5%); Viudo, familia rígida 1 (1.1%), estructurada 2 (2.2%), flexible 4 (4.3%), Caótica 4 (4.3%). **(Ver anexo 15)**.

Dentro del rango de edad en relación con la cohesión se observó en el rango de 20 a 35 años con familia apegada 4 (4.3%), Conectada 1 (1.1%), Separada y despegada 0 (0%). En cuanto al rango de 36 a 51 años con familia apegada 18 (19.4%), conectada 5 (5.4%), separada 2 (2.2%), y desapegada 0 (0%). En el rango de 52 a 67 años con familia apegada 21 (22.6%), conectada 9 (9.7%), separada 10 (10.8%) y despegada 4 (4.3%). En rango de 68 a 82 años con familia apegada 6 (6.5%), conectada 4 (4.3%), separada 6 (6.5%), y despegada 3 (3.2%). **(Ver anexo 16).**

En cuanto al rango de edad en relación con la adaptabilidad familiar se obtuvo en rango de 20 a 35 años con familia rígida 0(0%), flexible 0 (0%), Estructurada 2(2.2%), Caótica 3 (3.2%). En rango de 36 a 51 años en familia rígida 6 (6.5%), estructurada 1 (1.1%), Flexible 2 (2.2%), Caótica 16 (17.2%). En cuanto al rango de 52 a 67 años con familia rígida 3 (3.2%), estructurada 7 (7.5%), Flexible 8 (8.6%), caótica 26(28%). En rango de 68 a 82 años con familia rígida 2 (2.2%), estructurada 2 (2.2%), Flexible 5 (5.4%), Caótica 10(10.8%). **(Ver anexo 17).**

Dentro de la relación de adaptabilidad y la cohesión se encontró a la familia rígida y apegada 9 (9.7%), rígida y conectada 0 (0%), rígida y separada 1 (1.1%), rígida y despegada 1(1.1%). En la familia estructurada y apegada 6 (6.5%), estructurada y conectada 1 (1.1%), estructurada y separada 1 (1.1%), estructurada y despegada 4(4.3%). En la familia Flexible y apegada 6 (6.5%), flexible y conectada 4 (4.3%), flexible y separada 3 (3.2%), flexible y despegada 2 (2.2%). En las familias caótica y apegada 28 (30.1%), caótica y conectada 14 (15.1%), caótica y separada 13 (14%), caótica y despegada 0 (0%). **(Ver anexo 18).**

Se obtuvo en indicador de tipo de funcionamiento en Familia extrema 38 (40.9%), Rango medio 46 (49.7%), Balanceada 9 (9.7%). **(Ver anexo 19).**

## DISCUSIÓN

En el estudio de Burgos (2006) observó un predominio de sexo femenino de 80%. Coincidiendo con nuestro estudio de 79.6% mujeres, esto debido a la predisposición genética y hormonal de este género.

Por otra parte con respecto al rango de edad en el que el mínimo fue de 24 años y el máximo de 81, se observó que se relaciona con el inicio de la enfermedad, ya que este se observa de los 20 a 45 años, sin embargo puede presentarse en todas las edades desde los 18 años hasta los 80 años, según estudios Chad L, Gary, LB (2002).

La Artritis reumatoide es más frecuente en la cuarta década dato mencionado en estudios del Peña, et al (1997), dato que no se obtuvo en el estudio debido a que se presenta en 5 (5.4%), sin embargo se observa un predominio del rango de edad de 52 a 67 años con 44 (47.3%), resultado que se puede explicar debido a que el inicio tardío se presenta a partir de los 60 años.

Se debe mencionar que los pacientes casados predominan con 71 (76.3%), mientras que los pacientes soltero solo presentan el 3 (3.2%), debido a que esta patología generalmente se presenta en personas de entre 30 y 50 años, edad en la probablemente se encuentre en la etapa de matrimonio hasta la independencia del ciclo de vida.

Se observó que por ocupación predomina con 55(59.1%) el grupo de desempleados en comparación con 38 (40.9 %) de empleados, es importante mencionar que esta enfermedad se presenta dentro de los años laborales y con una evolución de 10 años entre el 26% y 60% de los pacientes se ven obligados a abandonar su trabajo debido a la repercusión de su capacidad funcional, mencionado en estudios de Vinaccia, et al (2005).

No existen trabajos previos que relacionen cohesión y adaptabilidad con artritis reumatoide, se observó en el estudio presente que la familia predominante fue la caótica-apegada,

Resultado que marca una tendencia a la disfunción debido a que entra en clasificación de extrema, sin embargo en el orientador de funcionalidad se observó predominio de familias en rango medio, probablemente debido a que las familias que entran a crisis por el diagnóstico de la enfermedad y deban aprender a ser flexibles así como reforzar sus vínculos emocionales.



## CONCLUSIÓN

Se concluye que la Artritis reumatoide es una enfermedad que afecta frecuentemente al sexo femenino, con resultado en este estudio del 79.6%.

Se observo que la mayoría de los pacientes son desempleados, es importante mencionar que se incluyen amas de casa, jubilados y pensionados. En el rango de edad se observo el predominio de 52 a 67 años.

En este estudio se cumplió con el objetivo analizando en Cohesión Familiar que existe un predominio de familias con alto grado de cohesión (Apegadas), y un alto grado de Adaptabilidad (Caótica), resultado que rechaza la hipótesis alterna y acepta la hipótesis nula.

Dentro de la Cohesión familiar se analizo que predominan las familias apegadas, obteniendo el grado de unión emocional percibido por los pacientes portadores de Artritis Reumatoide, reflejando un alto grado.

Se encontró un predominio de familias en rango medio, orientando a una moderada funcionalidad.

Este estudio refleja que las familias de los pacientes portadores de Artritis Reumatoide tienen una adecuada cohesión y funcionalidad familiar. Sin embargo para futuros trabajos sería útil agregar dentro de las variables, los años con diagnóstico de esta patología y repercusión en la funcionalidad física, y así obtener información que nos conduzcan a un plan integral.

## REFERENCIAS

- 1.- Burgos, R.; Artritis Reumatoide, Actualización. Rev Pacea Med Fam 2006; 3(4): 62-66
- 2.- Chad L, Gary LB. Guidelines for the Management of Rheumatoide Arthritis. American Collage of Rheumatology Subcomité on Rheumatoid Arthritis Guidelines. 2002; 46 (2): 328.
- 3.- Peña M. Artritis Reumatoidea. 30 años de experiencia. 1ª. Edición. Bogotá. Editorial Servioffset 1997.
- 4.- *Guía de Referencia Rápida. Diagnóstico y Tratamiento de Artritis Reumatoide en el Adulto. Instituto Mexicano del Seguro Social. Julio 2009.*
- 5.- Alperi-López,; Ballina-García, F.; Queiro-Silva.; Riestra-Noriega.; Moreno-GIL.; López - Robles A.; et al. Tratamiento en la Artritis Reumatoide. Precoz Semin Fund Esp Reumatol. 2006;38-46.
- 6.- Gómez-Vaquero N.; Roig-Vilaseca, R.; Mateo L.; Rozadilla A. Glucocorticoides en la Artritis Reumatoidea. Semin Fund Esp Reumatol, 2009, 10 (2)44-47.
- 7.- NEIRA ET AL. *Tratamiento del dolor en la artritis reumatoide fundamentado en medicina basada en la evidencia.* Rev. Soc. Esp. del Dolor, 2006, Vol. 13 (8).
- 8.- Riedemann P, Muñoz S, Kavanaugh A. The role of anti-CCP antibodies in Rheumatoid Arthritis: A systematic review. Clin Exper Rheumatol 2005; 23:Suppl 39: 64-71.
- 9.- Guías de Tratamiento de la Artritis Reumatoide. Sociedad Chilena de Reumatología. Reumatología 2004; 20:112-124)
- 10.- Sinzer RA. *Tratamiento Farmacológico de la Artritis Reumatoidea.* Medicina XXI. 2002
- 11.- Wienecke, T; Gotzsche, PC: Paracetamol versus nonsteroidal anti-inflammatory drugs for rheumatoid arthritis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 3, 2005.

- 12.- De La Mata Llord. *Tratamiento de la artritis reumatoide con anakira: revisión sistemática*. Reumatol Clin. 2007; Vol 3(4):153-8
- 13.- Gómez Rodríguez N;. *Repercusión socioeconómica de la artritis reumatoide*. An Med Interna (Madrid) 2003; 20: 111-113.
- 14.- Vinaccia, S.; Tobón, S.; Moreno-San Pedro, E.; Cadena, J.; Anaya, J. *Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide*. Intern. Jour Psych Psychol 2005. Vol 5 (1) pp47-61.
- 15.- Schmidt, V.; Barreyro, J.; Maglio. *Family Functioning Evaluation Scale FACES III: Model of two or three factors?* . Escritos de Psicología , Vol 3, No. 2, pp 30-36.
- 16.- Ponce Rosas, Gómez Clavelina, M.; Terán Trillo, A.; Irigoyen Coria; Landgrave Ibáñez. *Validez del constructo del cuestionario FACES III en español (México)*. Aten Primaria 2002. (10). 625-630.
- 17.- López-Larrosa, S.; EL FACES III EN LA EVALUACIÓN DE LA COHESIÓN Y LA ADAPTABILIDAD FAMILIAR *Psicothema* 2002. Vol. 14, nº 1, pp. 159-166.
- 18.-Zegers Beatriz, Larraín M. Elena, Polaino-Lorente Aquilino, Trapp Alejandro, Diez Isabel. *Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y adaptabilidad Familiar de Olson, Russell & sprenkle*. Rev chilena neuro psiquiat 2005. Vol 41 No. 1.
- 19.- Calvo-Alen J, Corrales A, Sanchez S, Fernandez M. *Outcome of late onset rheumatoid arthritis*. Clin Rheumatol. 2005; 24:485-489.
- 20.-Gonzales G. LA FAMILIA COMO SISTEMA. *Rev Pacea Med Fam* 2007; 4(6): 111-114.

# ANEXOS

## ANEXO 1

Criterios de la Clasificación de la Artritis Reumatoide Colegio Americano de Reumatología (ACR).

Rígidez matutina	Rigidez matutina articular que dura al menos una hora.
Artritis de 3 o más grupos articulares	Al menos 3 grupos articulares deben estar inflamados simultáneamente. Los grupos articulares son: interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, muñecas, codos, rodillas, tobillos y metatarsfalángicas.
Artritis de articulaciones de las manos	Al menos una articulación de las manos debe estar inflamada (carpo, metacarpofalángicas, interfalángicas proximales)
Artritis simétrica	Afectación simultánea del mismo grupo articular en ambos lados del cuerpo.
Nódulos reumatoides	Nódulos subcutáneos en prominencias óseas, superficies de extensión o en zonas yuxta-articulares.
Factor reumatoide en suero	Presencia de valores elevados de factor reumatoide por cualquier método con un resultado en controles inferior a 5%
Alteraciones radiológicas	Alteraciones radiológicas típicas de artritis reumatoide en radiografías posteroanteriores de las manos. Debe existir erosión u osteoporosis yuxta-articular clara y definida en articulaciones afectadas.

## **ANEXO 2**

### **DATOS A RECOLECTAR PREVIAMENTE A LA EVALUACIÓN DEL FACES III**

“Evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar de los pacientes portadores de Artritis Reumatoide en el HGZ con UMF No. 8 “

NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

NUMERO DE FILIACIÓN: \_\_\_\_\_

TURNO DEL PACIENTE: 1( ) MATUTINO 2( ) VESPERTINO

EDAD: \_\_\_\_\_ años.

SEXO: 1( ) MASCULINO 2( ) FEMENINO

OCUPACION: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: 1( ) SOLTERO 2( ) CASADO 3( ) UNION LIBRE 4( ) DIVORCIADO

5( ) VIUDO 6( ) OTROS ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

### **ANEXO 3**

**FACES III (D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee)**  
**Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen**

**Instrucciones:** Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:

<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

	Describa su familia:
	1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.
	2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
	3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
	4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
	5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
	6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
	7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia
	8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
	9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
	10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
	11. Nos sentimos muy unidos
	12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones
	13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente
	14. En nuestra familia las reglas cambian
	15. Con facilidad podemos planear actividades en familia
	16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
	17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones
	18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad
	19. La unión familiar es muy importante
	20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar

**ANEXO 4**  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
HGZ CON UMF No. 8  
ASPECTOS ETICOS: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:  
Para la participación en el proyecto:

“Evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar de los pacientes portadores de Artritis Reumatoide en el HGZ con UMF No. 8 “

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ . FECHA: \_\_\_\_\_

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “Evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar de los pacientes portadores de Artritis Reumatoide en el HGZ y UMF No. 8 “

El objetivo de este estudio es: evaluar la cohesión y adaptabilidad familiar de los pacientes portadores de Artritis Reumatoide en el HGZ con UMF No. 8

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder una entrevista, y acudir a consulta para tomar datos de identificación. Declaro que se ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes: Beneficios mayor vigilancia y acceso a estudios de gabinete que normalmente no están disponibles para la atención rutinaria de los pacientes, inconvenientes y molestias como: responder a la entrevista dirigida. El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna, así como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee a cerca de los que se llevara a cabo. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se identificara en la presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, y aunque este pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Dra. Morales Amaya Lizbeth  
Residente de 1er grado de Medicina Familiar

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de testigo



## **ANEXO 5**

### **HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

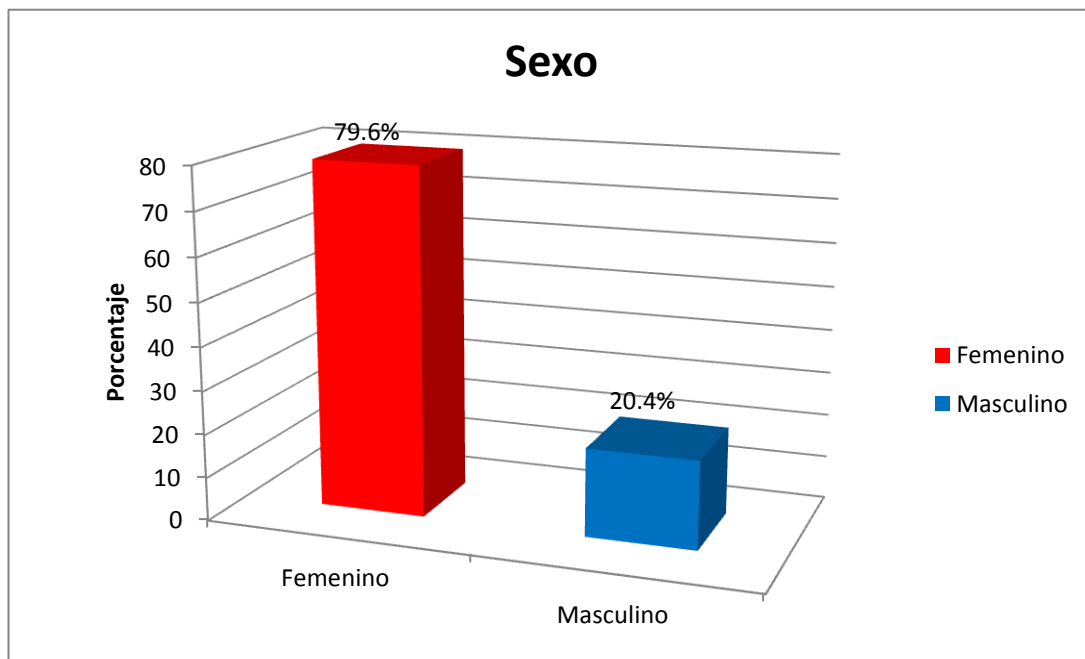
	<b>Numero de Folio</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Artritis Reumatoide</b>	<b>Clasificación de según FACES III</b>	<b>Clasificación de adaptabilidad según FACES III</b>
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

ELABORO: LIZBETH MORALES AMAYA 2010. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

## **ANEXO 6**

<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Femenino</b>	74	79.6%
<b>Masculino</b>	19	20.4%
<b>Total</b>	93	100%

**Cuadro 1. Variable sexo.**

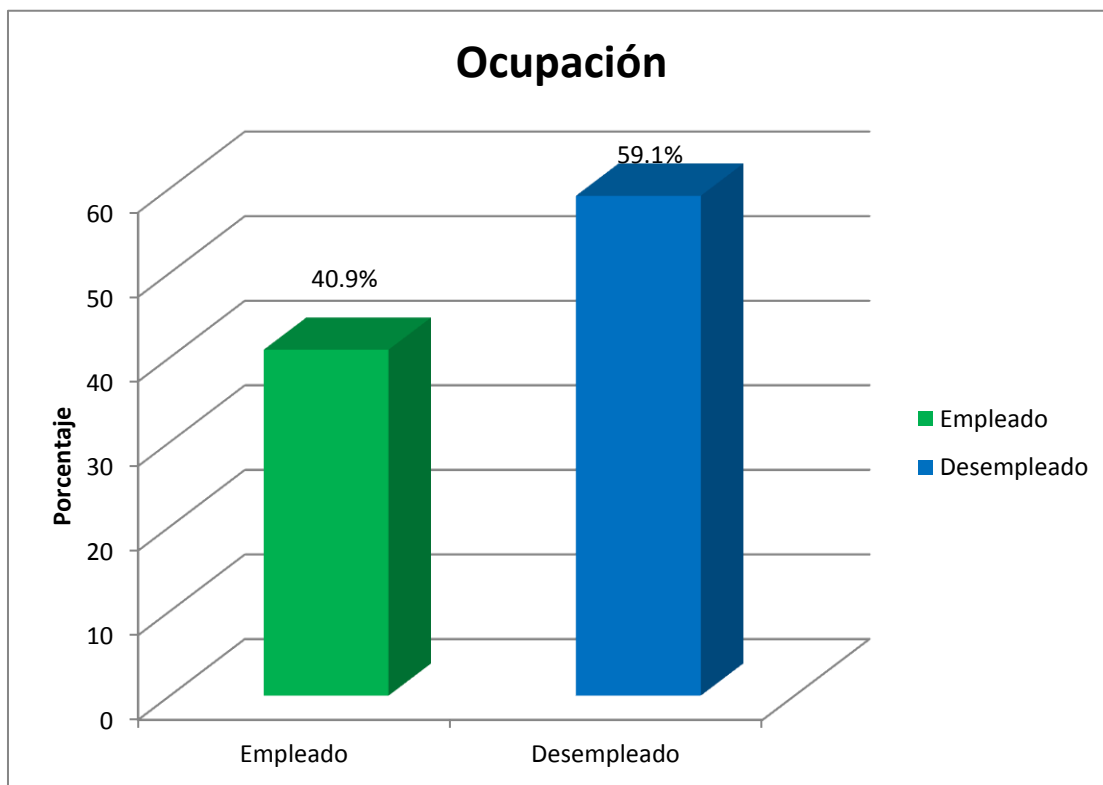


**Gráfico 1. Variable Sexo**

## ANEXO 7

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Empleado	38	40.9%
Desempleado	55	59.1%
Total	93	100%

**Cuadro 2. Variable Ocupación**

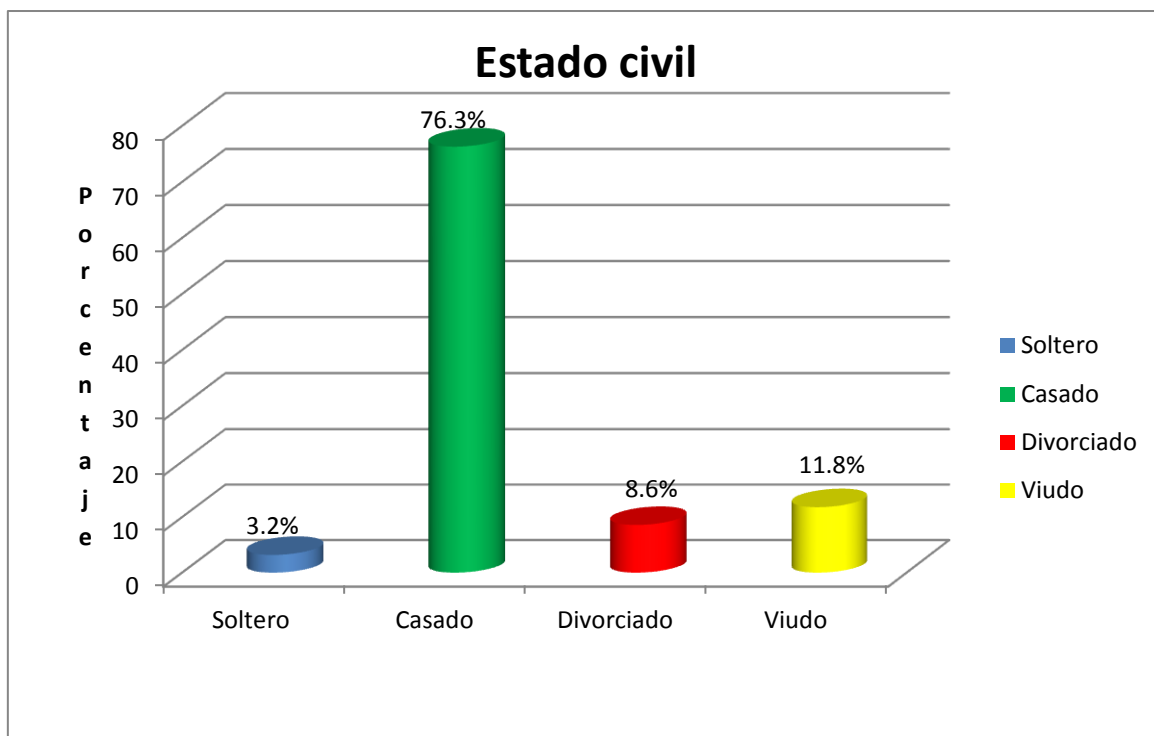


**Gráfico 2. Variable Ocupación**

**ANEXO 8**

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	3	3.2%
Casado	71	76.3%
Divorciado	8	8.6%
Viudo	11	11.8%

**Cuadro 8. Variable Estado civil**

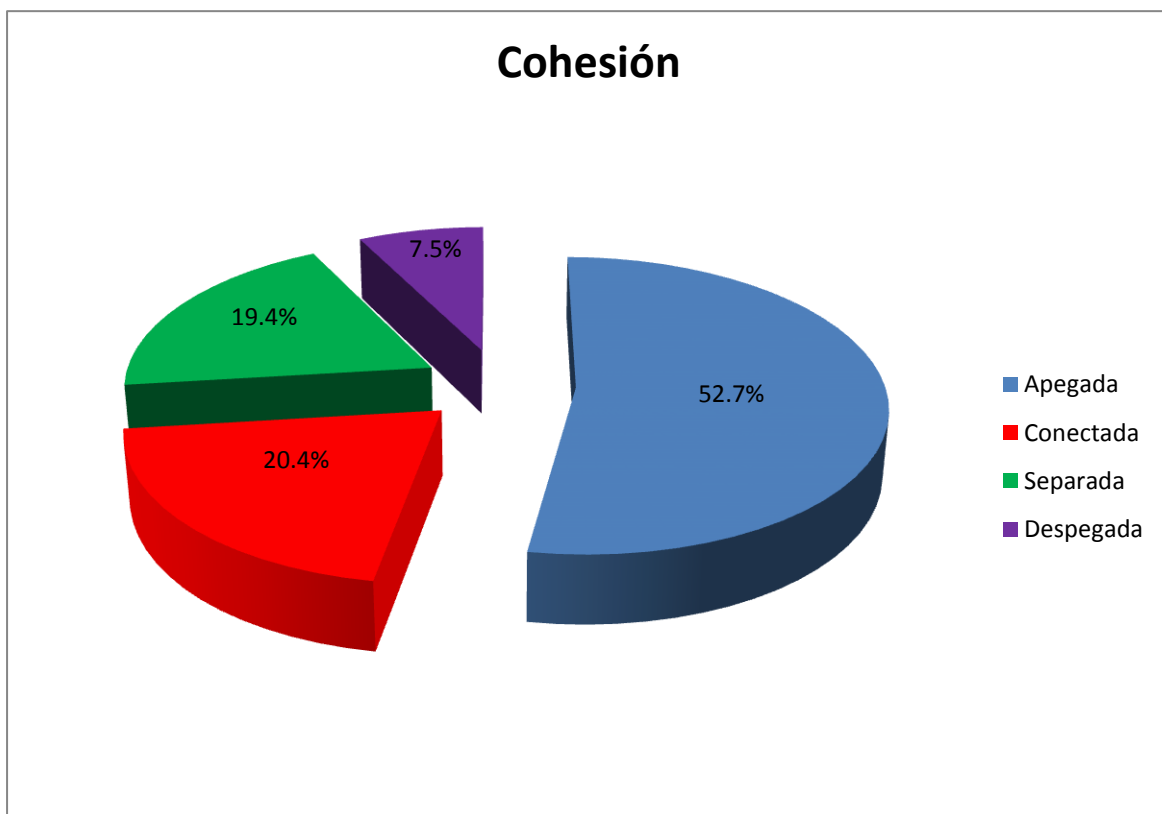


**Gráfico 8. Variable Estado civil**

### **ANEXO 9**

<b>Cohesión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Apegada</b>	49	52.7%
<b>Conectada</b>	19	20.4%
<b>Separada</b>	18	19.4%
<b>Despegada</b>	7	7.5%
<b>Total</b>	93	100%

**Cuadro 9. Cohesión Familiar**

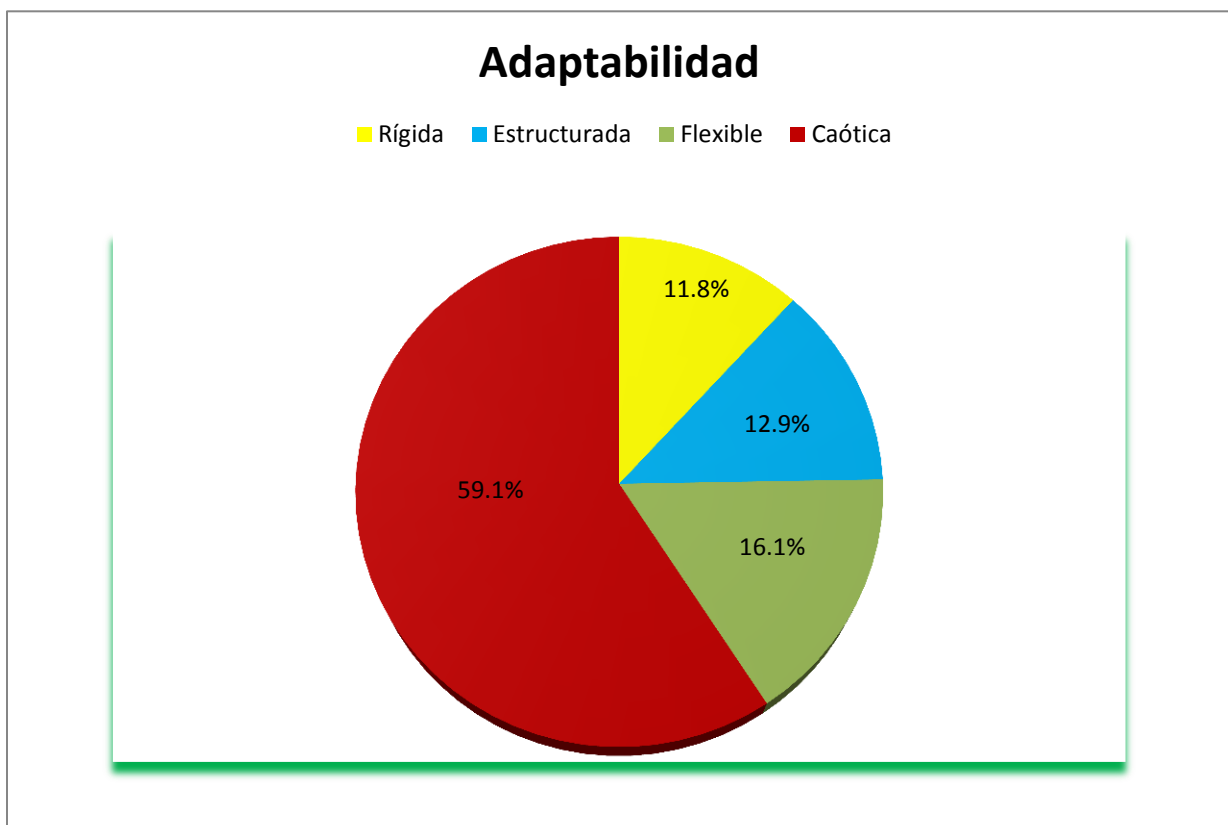


**Gráfico 9. Cohesión Familiar**

### ANEXO 10

Adaptabilidad	Frecuencia	Porcentaje
Rígida	11	11.8%
Estructurada	12	12.9%
Flexible	15	16.1%
Caótica	55	59.1%
Total	93	100%

**Cuadro 10. Adaptabilidad Familiar**

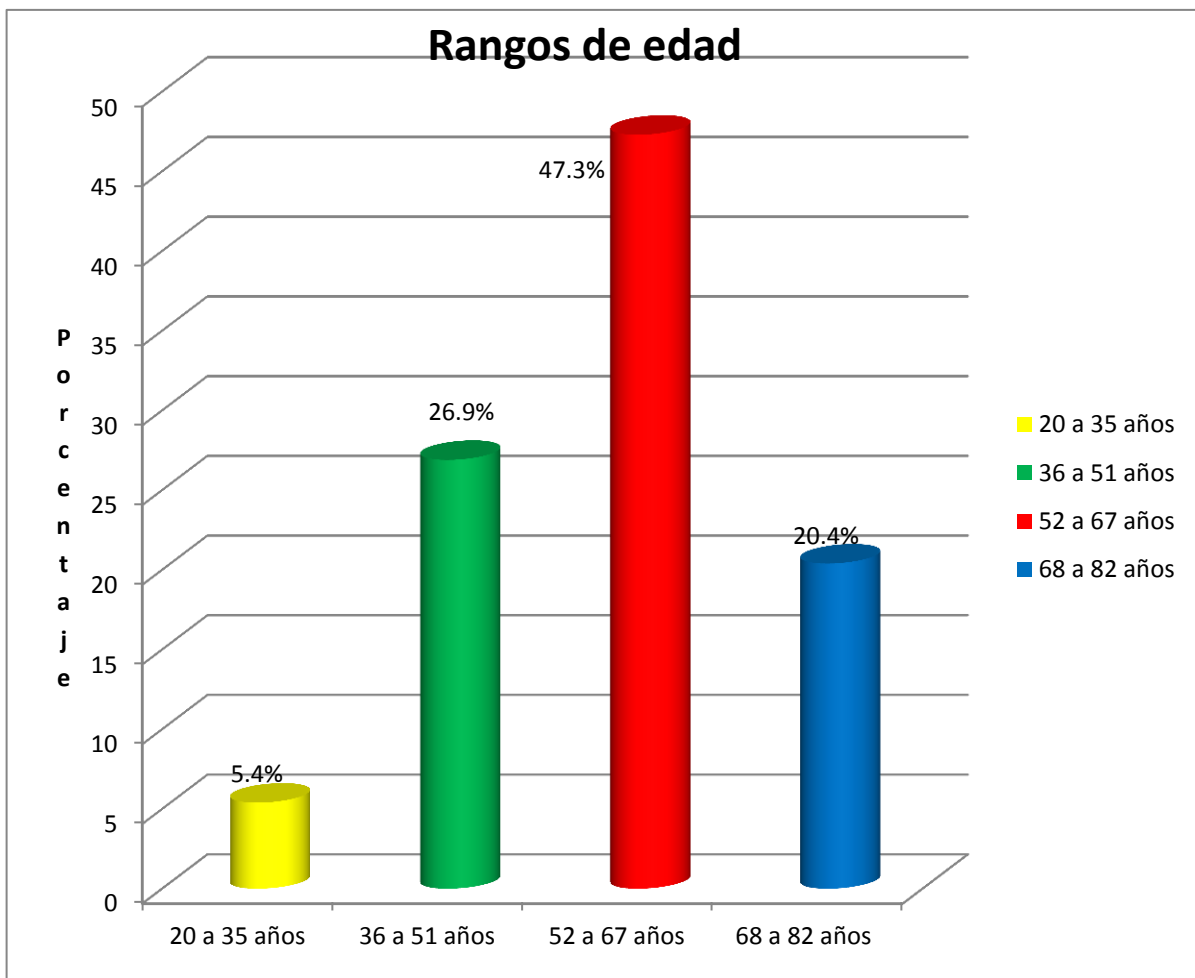


**Gráfico 10. Adaptabilidad Familiar**

### **ANEXO 11**

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
20 a 35 años	5	5.4%
36 a 51 años	25	26.9%
52 a 67 años	44	47.3%
68 a 82 años	19	20.4%

**Tabla 11 . Rangos de edad**

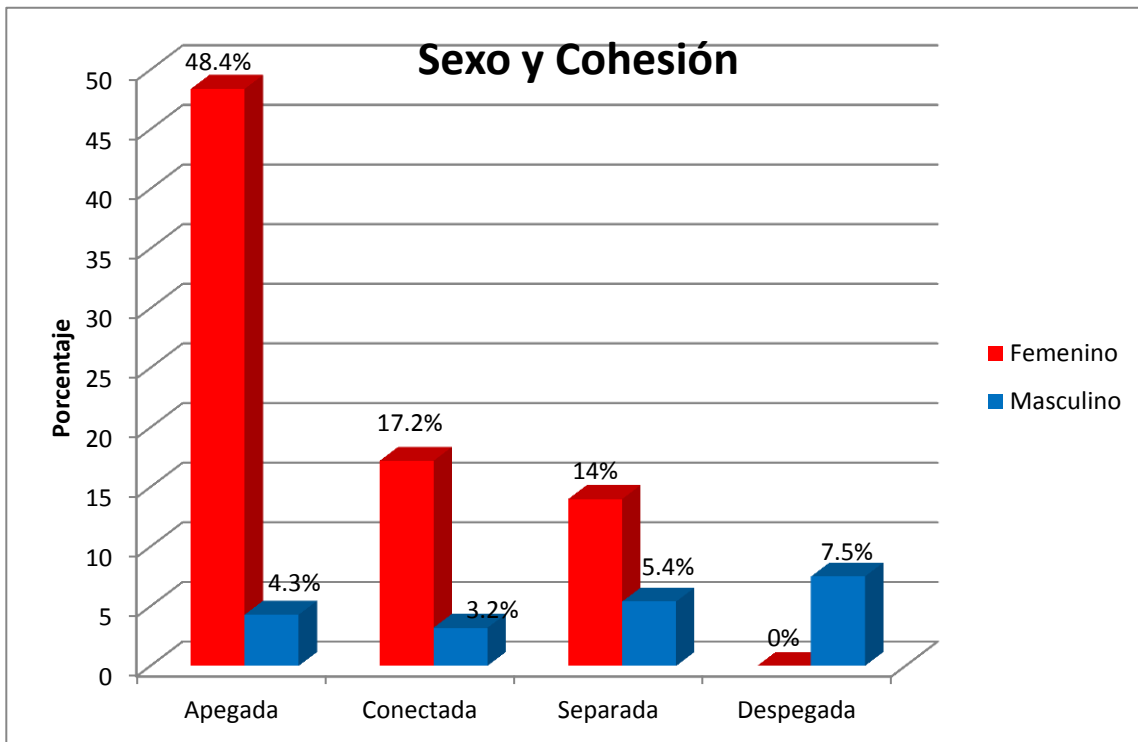


**Gráfico 11. Rangos de edad**

**ANEXO 12**

		Cohesión			
		Apegada	Conectada	Separada	Despegada
<b>Femenino</b>	Porcentaje	48.4%	17.2%	14%	0%
	Frecuencia				0
<b>Masculino</b>	Porcentaje	4.3	3.2	5.4	7.5%
	Frecuencia				
<b>Total</b>	Porcentaje	52.7	20.4	19.4	7.5
	Frecuencia				

**Cuadro 12. Sexo Vs Cohesión**



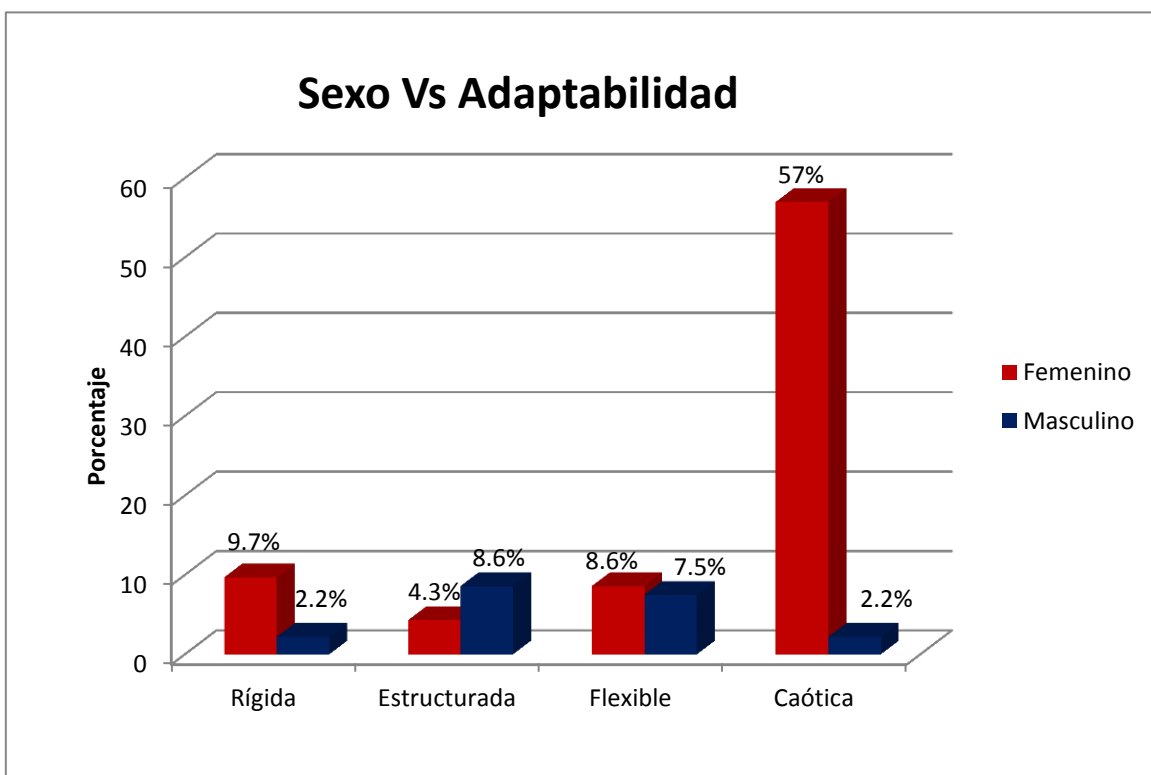
**Gráfico 12. Sexo Vs Cohesión**



**ANEXO 13**

		Adaptabilidad			
Sexo		Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica
<b>Femenino</b>	Porcentaje Frecuencia	9.7%	4.3	8.6	57
<b>Masculino</b>	Porcentaje Frecuencia	2.2	8.6	7.5	2.2
<b>Total</b>	Porcentaje Frecuencia	11.8	12.9	16-1	59.1

**Cuadro 13. Sexo Vs Adaptabilidad**



**Gráfico 13. Sexo Vs Adaptabilidad**

### ANEXO 14

		Cohesión			
Sexo		Apegada	Conectada	Separada	Despegada
<b>Soltero</b>	Porcentaje	1.1%	2.2%	0%	0%
	Frecuencia	1	2	0	0
<b>Casado</b>	Porcentaje	41.9	12.9	14	7.5
	Frecuencia				
<b>Divorciado</b>	Porcentaje	5.4%	1.1%	2.2%	0%
	Frecuencia	5	1	2	0
<b>Viudo</b>	Porcentaje	4.3%	4.3%	3.2%	0%
	Frecuencia	4	4.3	3	0
<b>Total</b>	Porcentaje	52.7%	20.4%	19.4%	7.5%
	Frecuencia				

Cuadro 14. Estado civil Vs Cohesión

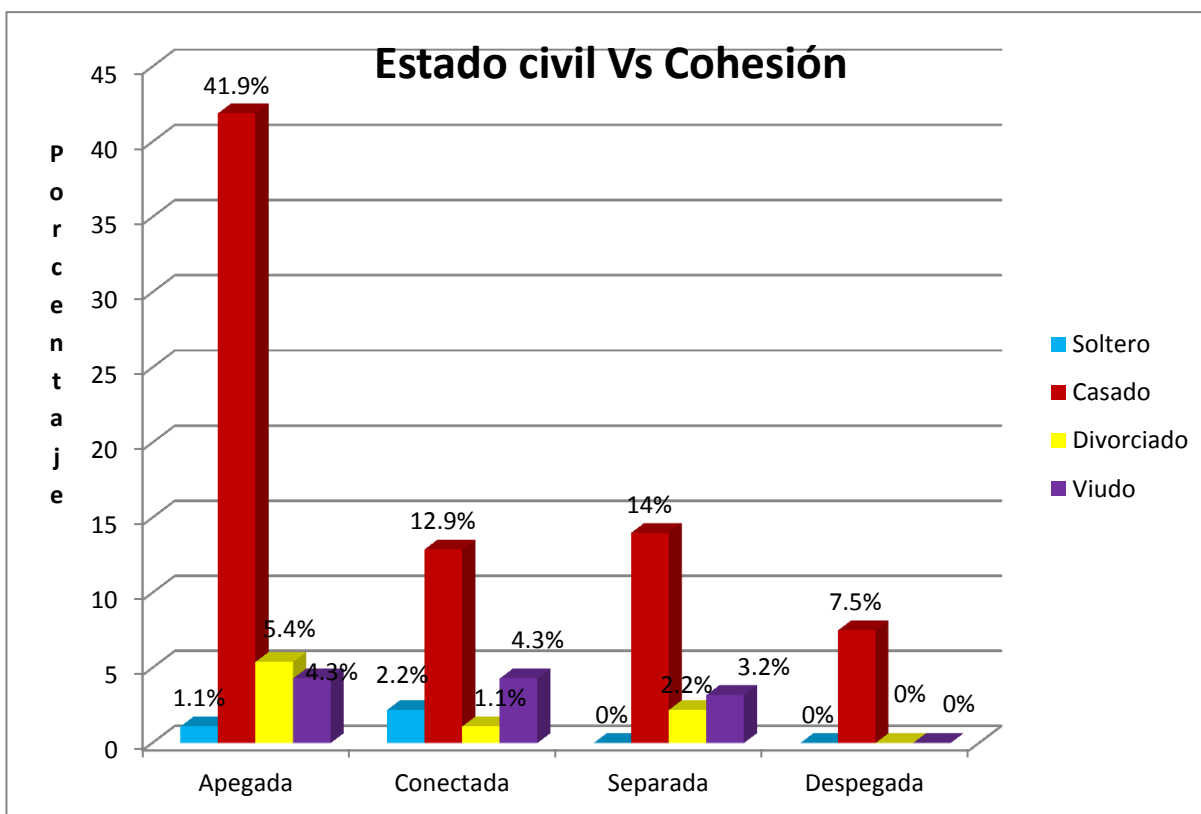
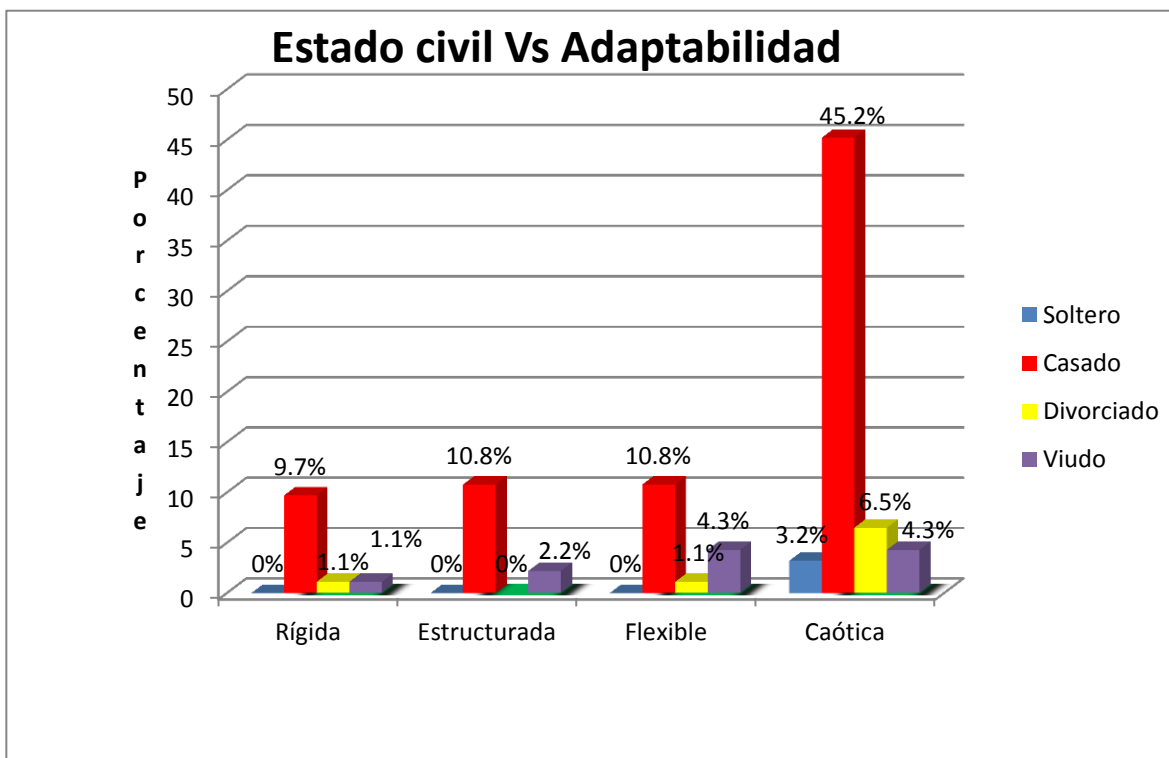


Gráfico 14. Estado civil Vs Cohesión

### ANEXO 15

		Adaptabilidad			
Estado civil		Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica
Soltero	Porcentaje	0%	0%	0%	3.2%
	Frecuencia	0	0	0	3
Casado	Porcentaje	9.7%	10.8%	10.8%	45.2%
	Frecuencia	9	10	10	42
Divorciado	Porcentaje	1.1%	0%	1.1%	6.5%
	Frecuencia	1	0	1	6
Viudo	Porcentaje	1.1%	2.2%	4.3%	4.3%
	Frecuencia	1	2	4	4
Total	Porcentaje	11.8%	12.9%	16.1%	59.1%
	Frecuencia	11	12	15	55

**Cuadro 9. Estado civil Vs Adaptabilidad**

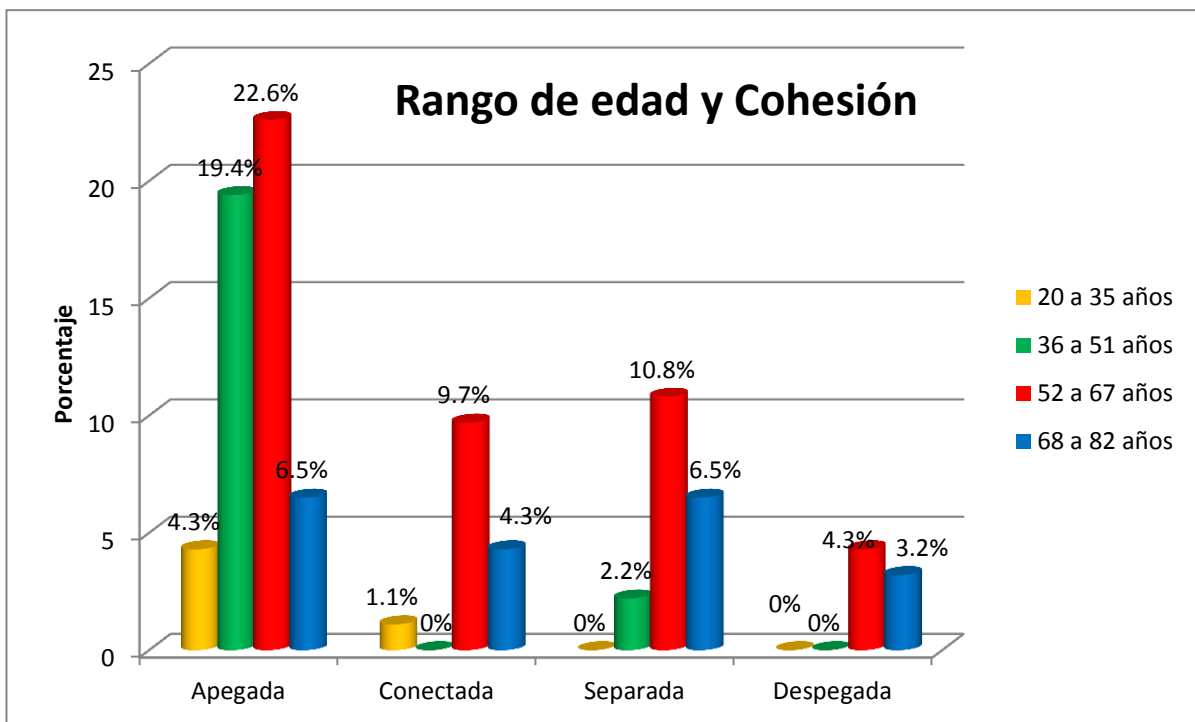


**Gráfico 9. Estado civil Vs adaptabilidad**

**ANEXO 16**

Rango de edad	Cohesión			
	Apegada	Conectada	Separada	Despegada
<b>20 a 35 años</b>	4.3% 4	1.1% 1	0% 0	0% 0
<b>36 a 51 años</b>	19.4% 18	5.4% 5	2.2% 2	0% 0
<b>52 a 67 años</b>	22.6% 21	9.7% 9	10.8% 10	4.3% 4
<b>68 a 82 años</b>	6.5% 6	4.3% 4	6.5% 6	3.2% 3

**Tabla 16. Rangos de edad y Cohesión**

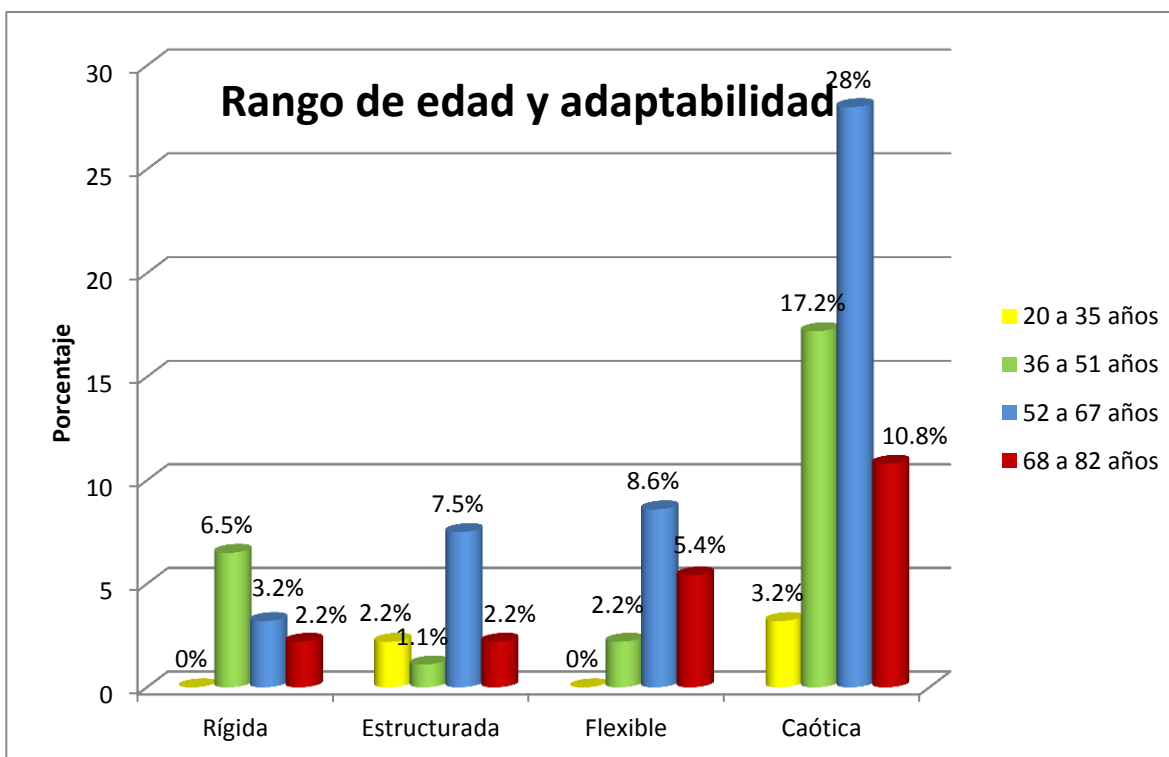


**Gráfico 16. Rangos de edad y Cohesión**

**ANEXO 17**

		Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica
<b>20 a 35 años</b>	Porcentaje	0%	2.2%	0%	3.2%
	Frecuencia	0	2	0	3
<b>36 a 51 años</b>	Porcentaje	6.5%	1.1%	2.2%	17.2%
	Frecuencia	6	1	2	16
<b>52 a 67 años</b>	Porcentaje	3.2%	7.5%	8.6%	28%
	Frecuencia	3	7	8	26
<b>68 a 82 años</b>	Porcentaje	2.2%	2.2%	5.4%	10.8%
	Frecuencia	2	2	5	10
<b>Total</b>	Porcentaje	11.8%	12.9%	16.1%	59.1%
	Frecuencia	11	12	15	55

**Tabla 17. Rangos de edad y Adaptabilidad**

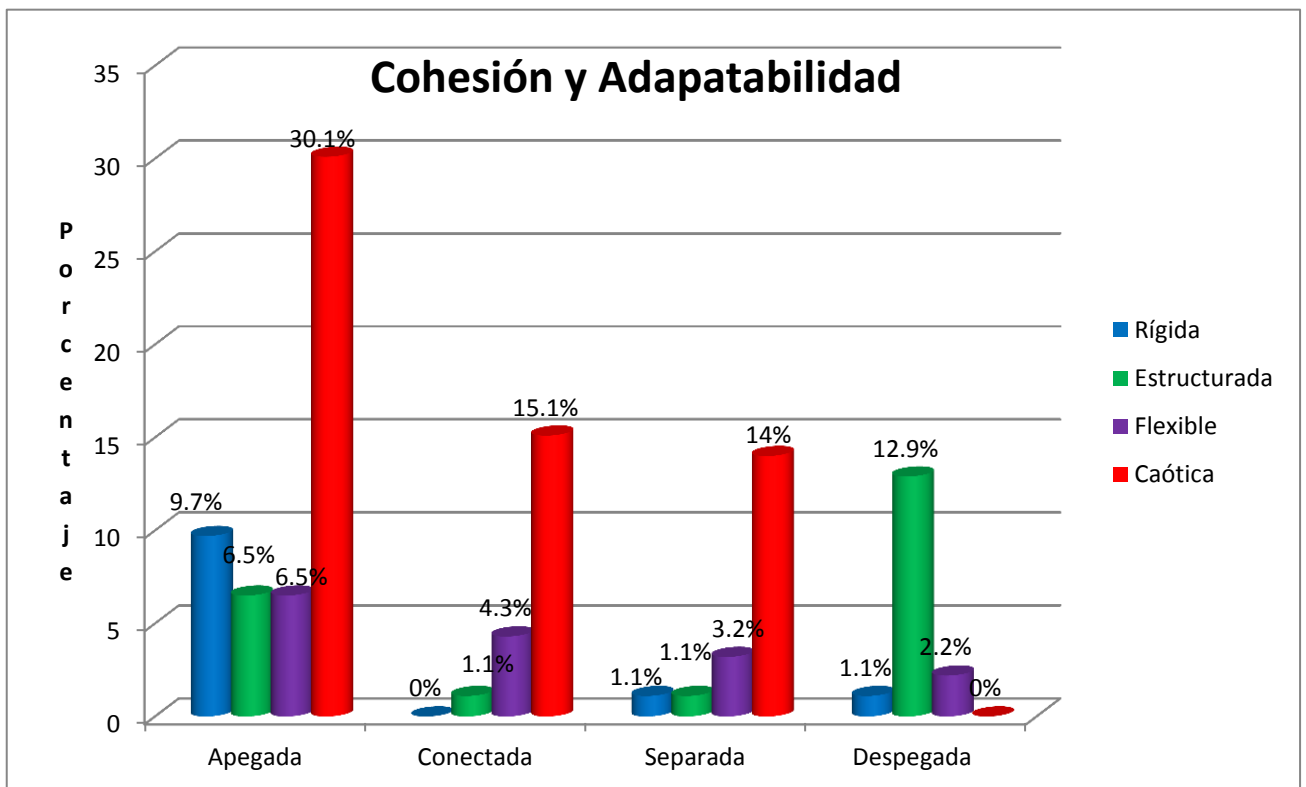


**Gráfico 17. Rangos de edad y Adaptabilidad**

**ANEXO 18**

		COHESIÓN			
ADAPTABILIDAD		Apegada	Conectada	Separada	Despegada
<b>Rígida</b>	Porcentaje	9.7%	<b>0%</b>	<b>1.1%</b>	<i>1.1%</i>
	Frecuencia	9	<b>0</b>	<b>1</b>	<i>1</i>
<b>Estructurada</b>	Porcentaje	<b>6.5%</b>	1.1%	1.1%	<b>4.3%</b>
	Frecuencia	<b>6</b>	1	1	<b>4</b>
<b>Flexible</b>	Porcentaje	<b>6.5%</b>	4.3%	3.2%	<b>2.2%</b>
	Frecuencia	<b>6</b>	4	3	<b>2</b>
<b>Caótica</b>	Porcentaje	30.1%	<b>15.1%</b>	<b>14%</b>	0%
	Frecuencia	28	<b>14</b>	<b>13</b>	0

**Tabla 18. Cohesión y Adaptabilidad.**

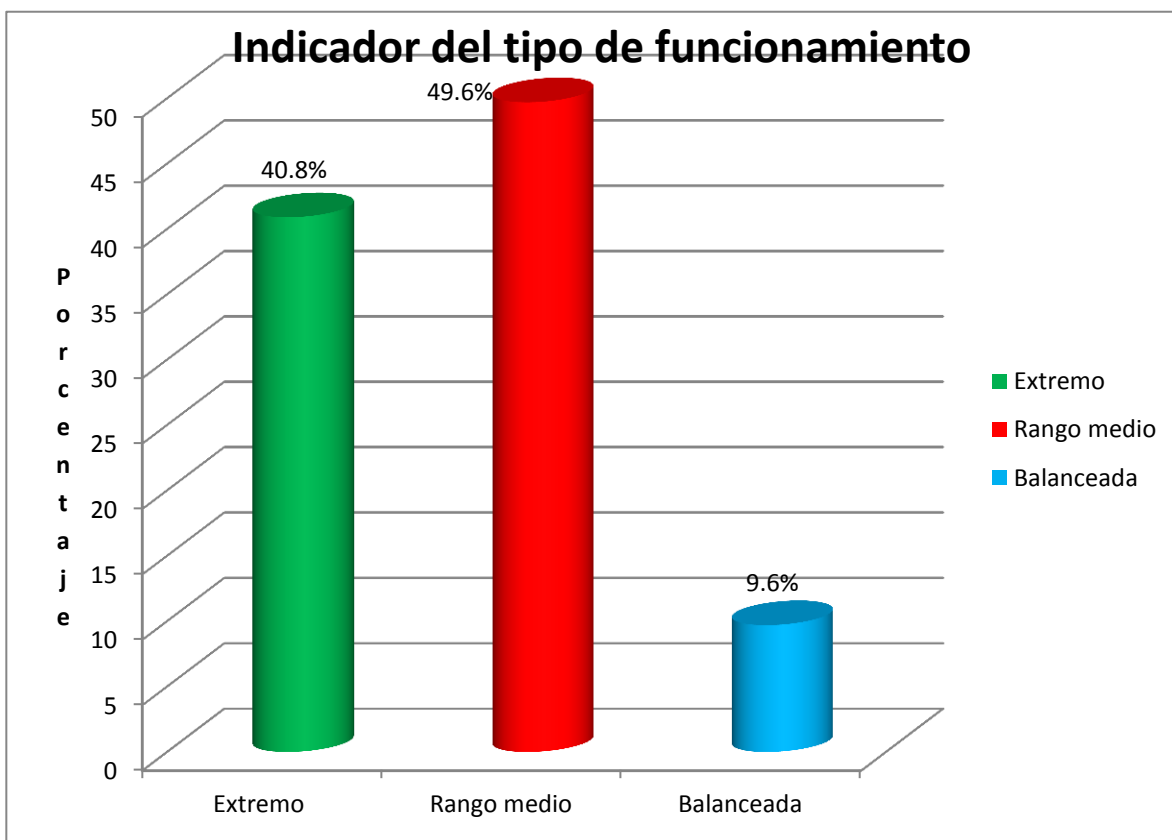


**Gráfico 18. Cohesión y Adaptabilidad.**

**ANEXO 19**

Indicador de tipo de funcionamiento	Frecuencia	Porcentaje
Extremo	38	40.9%
Rango medio	46	49.7%
Balanceada	9	9.7%

**Tabla 19 . Indicador de tipo de funcionamiento.**



**Gráfico 19. Indicador de tipo de funcionamiento.**