



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO



***“PERCEPCION DEL APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON
ARTRITIS REUMATOIDE DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No.21 DEL IMSS”***

No. De Registro R-2012-3703-9

**T E S I S
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A:

DRA. KARINA CABRERA ARCOS

**RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR**

ASESORES:

Dr. JORGE MENESES GARDUÑO

Dr. FERNANDO COBOS VILLANUEVA



MÉXICO DF 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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO



**“PERCEPCION DEL APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDE DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.21 DEL IMSS”**

No. de Registro R-2012-3703-9

PRESENTA

DRA. KARINA CABRERA ARCOS

ASESORES

Dr. JORGE MENESES GARDUÑO

MEDICO FAMILIAR
JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICO
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR, UMF No.21

Dr. FERNANDO COBOS VILLANUEVA

MEDICO ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA
ADSCRITO AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 30, IMSS.

Unidad de Medicina Familiar No. 21. Teléfono 57 68 60 00 ext. 21407. Avenida
Francisco del Paso y Troncoso No. 281, Colonia Jardín Balbuena, Delegación
Venustiano Carranza D.F. Código Postal 15900.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO



**“PERCEPCION DEL APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDE DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.21 DEL IMSS”**

No. de Registro R-2012-3703-9

PRESENTA

DRA. KARINA CABRERA ARCOS

AUTORIZACIONES

DR. JOSÉ LUIS ORTIZ FRÍAS

DIRECTOR MEDICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGÓN

COORDINADORA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DR. JORGE MENESES GARDUÑO

JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICO
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DRA. PATRICIA ALCANTARA HERNANDEZ

PROFESOR ADJUNTO DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

A **Dios**, gracias por hacer esto posible y por permitirme trascender.

A **mis padres**, por haberme dado la vida, con la mayor gratitud por los esfuerzos realizados para que yo lograra llegar a este momento, siendo para mí la mejor herencia.

A mi padre **Marcelino**, porque ha sido un hombre grande y maravilloso, por guiar mi vida con amor, firmeza, seguridad y humildad.

A mi madre **Elsa**, mujer ejemplar, por el apoyo moral, amor y comprensión que siempre me has brindado.

Mi amor, respeto y admiración siempre.

A **mis hermanos**, por ser mis compañeros de juegos y crecimiento. **Elizabeth**, por ser mi mejor amiga, enseñarme que el éxito es el resultado del esfuerzo constante y el reconocimiento es la capacidad de darse cuenta que día a día se es capaz de ser mejor. **Oscar**, por ser mi seguridad y enseñarme a ser perseverante, gracias por tus esfuerzos, que me han hecho llegar hasta este momento... ¡¡jajá! Los amo hermanos gracias por crecer a mí lado.

A **mis sobrinas**, *Vania y Ximena*, por ser una extensión de mí ser, por ustedes soy tolerante, a su lado todo es sonreír.

A **mis ángeles y padres en el cielo**, *Ana Lilia y Sergio*... su partida me dio fortaleza y sé que mi camino siempre estará lleno de luz gracias a ustedes.

A **mi abuelita Josefina, G.R.S** y resto de **familia** por confiar en mí para entrar en sus vidas, gracias por cada enseñanza, sin duda en mi corazón y oraciones están eternamente.

A cada uno de mis **maestros** por hacer de mí, la profesionalista que soy hoy en día.

A **mis amigos**, que son la familia que me permití escoger, gracias por su apoyo incondicional.

Y por último, y no menos importante, **a cada uno de mis pacientes**, quienes a través de su cuerpo fueron mi mejor libro, y confiaron en mí para sanar sus heridas.

Karina Cabrera Arcos



INDICE

Resumen	.....	6
Planteamiento del Problema	.....	8
Justificación	.....	10
Marco Teórico	.....	12
Objetivos	.....	19
Hipótesis	.....	20
Material y Métodos	.....	21
Aspectos Éticos	.....	27
Resultados	.....	29
Discusión	.....	39
Conclusión	.....	41
Sugerencias	.....	42
Anexos	.....	43
Bibliografía	.....	46

RESUMEN

“PERCEPCION DEL APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21 DEL IMSS”

Autores: Jorge Meneses Garduño, Fernando Cobos Villanueva**, Karina Cabrera Arcos****

INTRODUCCIÓN: La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria, crónica, autoinmune y sistémica. El tratamiento con Terapia Biológica (TB) contribuye al control de la actividad inflamatoria, evitar la progresión de la lesión estructural articular y prevenir la invalidez de los pacientes. Cuando se padece una enfermedad crónica y/o degenerativa, como la AR se afectan los dominios del funcionamiento emocional, instrumental y social de la familia. El apoyo social (AS) se ha señalado como útil para el mantenimiento de la salud y mejora de estas enfermedades. **OBJETIVOS:** Determinar la percepción del AS en los pacientes con AR en tratamiento con TB adscritos a la UMF 21, e identificar sus variables sociodemográficas. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Realizamos un estudio descriptivo, observacional y transversal en pacientes con AR en TB, aplicando el cuestionario de AS de Duke-UNC-11. **RESULTADOS:** El AS percibido en este estudio es bajo en un 56.25%. **CONCLUSIONES:** El 65% de nuestra población con AR en tratamiento con TB cuenta con redes de apoyo intrafamiliares, donde solo el 43.75% percibe un apoyo social normal y no existe significancia en la asociación de estas variables.

PALABRAS CLAVE: *Artritis Reumatoide (AR), Apoyo Social (AS) ó Apoyo Social Funcional (ASF), Terapia Biológica (TB)*

* Médico Especialista en Familiar, Profesor Titular de la Residencia en Medicina Familiar, Jefe de departamento Clínico en UMF No.21del IMSS.

**Medico Especialista en Reumatología Adscrito al HGZ 30 del IMSS.

***Medica Cirujana, Residente de Tercer Año de la Especialidad en Medicina Familiar.

SUMMARY

"PERCEPTION OF SOCIAL SUPPORT IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS MEDICINE UNIT FAMILY No. 21 IMSS"

Authors: Jorge Meneses Garduño *, ** Fernando Cobos Villanueva, Karina Cabrera Arcos ***

INTRODUCTION: Rheumatoid arthritis (RA) is an inflammatory, chronic, systemic autoimmune. Biological Therapy treatment (TB) contributes to the control of inflammatory activity, prevent the progression of structural joint damage and prevent disability of patients. When you have a chronic and / or degenerative disease, such as RA are affected domains of emotional functioning, and social instrumental family. Social support (AS) has been identified as useful for maintenance of health and improvement of these diseases. **OBJETIVES:** To determine the perception of AS in patients with RA treated with TB attached to UMF 21, and identify sociodemographic variables. **MATERIALS AND METHODS:** We performed a descriptive, cross-sectional observational TB patients with RA, AS questionnaire using the Duke-UNC-11. **RESULTS:** The perceived AS in this study is low at 56.25%. **CONCLUSIONS:** The 65% of our population with RA treated with TB has support networks within families, where only 43.75% perceive normal social support and no significance in the association of these variables.

KEY WORDS: Rheumatoid Arthritis (RA), Social Support (AS) or Social Support (ASF), Biological Therapy (TB)

* Specialist in Family Professor of Family Medicine Residency, Clinical Department Head ,UMF No.21del IMSS.

**Rheumatology Specialist Medical Assigned to HGZ 30 IMSS.

*** Surgeon Medica, Third Year Resident Specialty in Family Medicine.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las Enfermedades Reumáticas, como el caso de la Artritis Reumatoide llegan a volverse tan comunes en la vida cotidiana de las personas que en muchos de los casos no reciben la atención adecuada.

Y aunque la AR es un padecimiento crónico degenerativo un tratamiento multidisciplinario oportuno puede mejorar la calidad de vida del paciente.

Aliviar el dolor, evitar la incapacidad funcional y hacer más lenta la evolución de la enfermedad, son objetivos fundamentales en el tratamiento de la AR.

El AS se ha señalado como útil para el mantenimiento de la salud, mejora de la enfermedad.

Se conoce que el AS brindado para adaptarse a una enfermedad crónica puede provenir de un entorno natural (familiares y amigos), o bien de profesionales sanitarios o grupos de apoyo formales, por tal motivo, algunas investigaciones han sugerido que el AS reduce las consecuencias negativas de los acontecimientos estresantes que se producen en los enfermos crónicos.

Por su efecto en la generación de carga, la subjetividad del cuidado familiar se está convirtiendo en un asunto cada vez más relevante y de interés en el estudio del pronóstico y tratamiento de enfermedades crónico degenerativas.

Dentro del campo de la investigación sobre las necesidades de servicios sanitarios, la falta de soporte o AS se ha asociado con el aumento de riesgo de mortalidad, con el retraso en la recuperación de una enfermedad, con bajo estado de ánimo y con mala salud, a pesar de que ni todas las personas siguen patrones idénticos ni todas las investigaciones resultan completamente coherentes.

Por ello en este estudio se desea identificar la percepción del apoyo social en pacientes con Artritis Reumatoide en tratamiento con Terapia Biológica

adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.21 así como sus características sociodemográficas.

Por lo que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción del apoyo social en pacientes con Artritis Reumatoide en tratamiento con Terapia Biológica adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.21?

JUSTIFICACION

Se realiza el presente estudio ya que la AR es una enfermedad autoinmune, sistémica caracterizada por inflamación articular crónica, de curso lento e invariablemente progresivo, que compromete primordialmente las articulaciones en forma simétrica, con remisiones y exacerbaciones, y cuyas manifestaciones clínicas (articulares y extraarticulares) varían desde formas muy leves a otras muy intensas y destructivas.

Tiene un impacto socioeconómico importante, ya que la edad de presentación es edad productiva, produce discapacidad y disminución de la calidad de vida.

Es la segunda enfermedad reumática que origina un mayor gasto económico tras la artrosis, conllevan el triple costo de atención médica, doble tasa de hospitalización y cuatro veces más visitas médicas que otras enfermedades.¹

En la actualidad, se viven cambios fundamentales dentro de las causas de muerte y discapacidad, de hecho, han disminuido notablemente los decesos por enfermedades infectocontagiosas y se han incrementado aquellos por enfermedades crónico degenerativas.

Ante una enfermedad crónica degenerativa como lo es la Artritis Reumatoide, dicho trastorno orgánico-funcional obliga a modificar el modo de vida del paciente y de su familia, que probablemente persistirán a lo largo del transcurso de la enfermedad, siendo causa potencial de fenómenos estresantes dentro del sistema familiar.

El tratamiento de un enfermo con AR no solo involucra a éste, sino también en forma fundamental a los demás integrantes de la familia.

En ocasiones el tratamiento dependerá de la capacidad que la familia tenga para realizar los cuidados preventivos en casa, llevar a cabo el uso correcto de medicamentos, atención a sus efectos secundarios (como en el caso de inmunosupresores), citas y control médico.

De no ser tratado correctamente o no contar con el apoyo familiar, el enfermo no tendrá un adecuado control, por lo que el médico deberá valorar si las

condiciones del entorno social y familiar del paciente son propicias dentro y fuera del hospital para su tratamiento.

Es muy importante cómo y a quién se recurre durante el proceso de la enfermedad, pues de ello dependerá las acciones y cambios que ocurran; pues no solo es el paciente quien recibe el diagnóstico de una enfermedad, sino también su familia, la que se verá afectada tanto emocional como en su funcionamiento.

La familia se convierte así en la principal red de apoyo para el paciente, que a la vez influirá en las estrategias de afrontamiento que adopte el enfermo. La familia también se ve envuelta en una serie de sentimientos ambivalentes ante un familiar enfermo, lo que en ocasiones lleva a la mayoría de los familiares a alejarse de éste, evitando y delegando en algún otro integrante o institución la función de cuidador.

Por consiguiente, el interés de este trabajo es abordar al enfermo de AR en terapia biológica en relación a la percepción de su apoyo social así como identificar sus características sociodemográficas.

MARCO TEORICO

La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad.²

La familia perteneciente a un sistema en transformación, que mantiene su continuidad y crecimiento a través de un equilibrio dinámico entre homeostasis y el cambio.³ Cuando se presenta una enfermedad en la familia, se modifica su estructura y dinámica, lo que genera un desequilibrio en la familia.⁴

La confrontación de un diagnóstico de enfermedad crónica degenerativa, como es el caso de la Artritis Reumatoide, crea dentro de la familia un nuevo sistema de demandas y restricciones en el comportamiento, con la necesidad de desarrollar otras habilidades y capacidades frente a problemas no conocidos hasta entonces por la familia.⁵

Estas demandas varían dependiendo de factores propios de la enfermedad, como la severidad del proceso, del grado y tipo de incapacidad, del pronóstico de vida, del curso de la enfermedad, de los protocolos de tratamiento y sus efectos secundarios, del dolor y de los síntomas de impotencia e inhabilidad experimentados por la enfermedad.⁶

Cuando se padece una enfermedad crónica y/o degenerativa, se afectan los dominios del funcionamiento emocional, instrumental y social de la familia; lo que pondrá a prueba la efectividad de la familia para reorganizarse, adaptarse y utilizar los recursos que estén a su disposición.

Los servicios de salud realizan diversas intervenciones frente a la enfermedad; debido a la falta de prevención y diagnóstico oportuno los retos para brindar atención tanto individual como familiar son mayores. Las principales intervenciones están enfocadas a dar tratamiento médico, mejorar la calidad de

vida del paciente, proporcionar cuidados paliativos y controlar el dolor; sin embargo, pocas veces se involucra directamente a la familia.⁷

Epidemiología

La Artritis Reumatoide es una enfermedad inflamatoria, crónica, autoinmune y sistémica de etiología desconocida; su principal órgano es la membrana sinovial, se caracteriza por inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, con posible compromiso sistémico en cualquier momento de su evolución.

Afecta del 0.2 a 2 % de la población mundial, principalmente el grupo etario con mayor capacidad laboral o productiva dentro de la sociedad, la edad de inicio es a los 40 +/- 10 años (25-50 años de edad, aunque puede iniciar en cualquier edad).⁸

Las mujeres son tres veces más propensas a la enfermedad que los hombres probablemente por la influencia de los estrógenos. La variación disminuye con la edad. En las mujeres, la enfermedad suele iniciarse entre los 30 y los 50 años, mientras que en los hombres se produce generalmente unos años más tarde y la prevalencia aumenta con la edad para ambos sexos.⁹

La Artritis Reumatoide presenta un problema de Salud Pública en los Estados Unidos de América y otros países desarrollados, debido a su prevalencia, consecuencias funcionales, el impacto socioeconómico e incremento en el uso de servicios de salud.⁷

En México, un millón 700 mil personas, de entre 20 y 50 años padecen artritis reumatoide, lo que representa un grave problema de salud pública, al alcanzar costos anuales por más de 600 dólares por paciente.

La doctora Fedra Irazoque Palazuelos, jefa del servicio de Reumatología del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE, informó en su estudio sobre estadística actual de la enfermedad, que en el país 1.6 por ciento de los 112 millones de la población general tiene artritis reumatoide.

En las entidades del país es donde existe mayor prevalencia de dicha enfermedad, es Yucatán con 2.6 por ciento, casi lo doble que el promedio nacional que es de 1.6 por ciento.¹⁰

En la Unidad de Medicina Familiar según el Diagnóstico de Salud 2011- 12 cuenta con una población de 2286 pacientes con artritis reumatoide adscritos a la UMF 21. De éstos durante dicho periodo de tiempo el 3.23% de la población se encuentra en tratamiento con agentes biológicos del tipo anti-TNF. De los cuales el 95.9% son mujeres y el 4.1% son hombres.¹¹

Definición.

Artritis Reumatoide:

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad caracterizada por la inflamación crónica de las articulaciones. En la mayoría de los casos, el curso es progresivo y conduce al daño articular irreversible, lo que tiene como consecuencia el deterioro funcional de los pacientes, la disminución de la calidad de vida y una mortalidad prematura. Sin embargo, en los últimos años ha habido avances de gran trascendencia en el tratamiento de esta enfermedad, lo que está contribuyendo a modificar el pronóstico de la enfermedad.

El tratamiento de la Artritis Reumatoide debe dirigirse a controlar la actividad inflamatoria, evitar la progresión de la lesión estructural articular y prevenir la invalidez de los pacientes.

Los antiinflamatorios no esteroideos proporcionan un alivio sintomático, su eficacia es sólo marginal, de manera que el tratamiento de esta enfermedad se basa en la utilización de los denominados fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME). Éstos son los únicos agentes que en estudios controlados han mostrado capacidad para actuar contra las diferentes manifestaciones de la Artritis Reumatoide. Existen dos grandes grupos de fármacos que reúnen estas características: los FAME tradicionales y las denominadas terapias biológicas. Los primeros son un grupo de pequeñas moléculas de síntesis química, cuyo mecanismo de acción en ocasiones está mal definido o no actúan contra una diana terapéutica específica implicada en

el proceso patogénico de la respuesta inmunitaria. El término FAME se refiere específicamente a este tipo de medicamentos.

Terapia biológica:

Las terapias biológicas son, según la Agencia Europea del Medicamento (EMA), los productos utilizados en el tratamiento de enfermedades elaborados a partir de células cultivadas de bancos celulares, con la excepción de metabolitos microbianos como, por ejemplo, antibióticos, aminoácidos, hidratos de carbono y otras sustancias de bajo peso molecular. Estas terapias han sido diseñadas de manera que actúan específicamente contra una diana terapéutica considerada importante en el proceso patogénico de la enfermedad. Uno de los mayores avances que se han producido en los últimos años en la Artritis Reumatoide es la modificación de la estrategia terapéutica. Los dos elementos clave de este cambio son la utilización precoz de FAME y establecer un objetivo terapéutico concreto, como alcanzar la remisión o grados de actividad baja.

La aplicación de estas nuevas estrategias, junto con la disponibilidad cada vez mayor de agentes biológicos, ha mejorado sensiblemente la capacidad de inducir remisión en muchos pacientes con Artritis Reumatoide y de modificar sensiblemente su evolución en otros. Sin embargo, hay que tener en cuenta que incluso los nuevos agentes biológicos no logran la respuesta necesaria en más de un 40–50% de los pacientes, y es frecuente que dejen de ser eficaces con el tiempo. De ahí que resulte esencial disponer de todos ellos dentro del arsenal terapéutico para esta enfermedad. El alto costo de estos medicamentos y la todavía escasa información sobre seguridad a largo plazo obligan a utilizarlos racionalmente. Por ello es aconsejable integrar su uso dentro de una estrategia terapéutica integral de la enfermedad.¹²

El Estudio Percepción del Paciente con diagnóstico de Artritis Reumatoide (AR), realizado por la fundación Mexicana para Enfermos Reumáticos, AC (FUMERAC) y avalado por el Colegio Mexicano de Reumatología, revela que el costo de la AR se mide, además del precio del tratamiento farmacológico, por la forma que ésta afecta el entorno social del enfermo.

En México, sólo el 5% del total de pacientes con AR tienen acceso a la terapia biológica, Por eso, es importante que nuevas terapias farmacológicas sean incluidas en el sistema de salud para optimizar los recursos existentes.¹³

Percepción del Apoyo Social:

El término percepción estudiado por Bruner y Goodman en 1947, lo definen como el proceso del sistema nervioso dentro de las funciones mentales superiores, que permite al organismo, en este caso al individuo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno y de uno mismo. Es subjetiva ya que las reacciones varían de un individuo a otro.¹⁴

El concepto de apoyo social es relativamente reciente y nace en la década de los años setenta en la escuela de antropología británica de la Universidad de Manchester.

Según Thoits, el apoyo social es el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros, entendiendo por necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación.

Gottlieb concibe el apoyo social como: información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por los otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos para el receptor.

Lin define apoyo social como provisiones instrumentales o expresivas reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales o amigos íntimos.

Por lo tanto es importante definir la red social, como el entramado de relaciones sociales identificables que rodean a un individuo y que le permite recibir apoyo emocional, instrumental y afectivo. Existiendo una estrecha relación entre red y apoyo social, de tal forma que, cuando se produce un descenso o disminución en la red se aprecia una reducción en la percepción del apoyo social.

El apoyo social se ha señalado como útil para el mantenimiento de la salud, mejora de la enfermedad, prevención de psicopatologías y enfermedades en

general ¹⁵ ; a través de la hipótesis amortiguadora que describe su efecto como atenuante de los estresores sociales. ¹⁶

Los individuos que cuentan con apoyo social se enfrentan mejor a las situaciones vitales estresantes que los que carecen de él.

El apoyo social brindado para adaptarse a una enfermedad crónica puede provenir de un entorno natural (familiares y amigos), o bien de profesionales sanitarios o grupos de apoyo formales. Como se menciono con anterioridad, algunas investigaciones han sugerido que el apoyo social reduce las consecuencias negativas de los acontecimientos estresantes que se producen en los enfermos crónicos.¹⁷

Por su efecto en la generación de carga, la subjetividad del cuidado familiar se está convirtiendo en un asunto cada vez más relevante y de interés en el estudio del pronóstico y tratamiento de enfermedades crónico degenerativas.

El término apoyo social funcional (ASF) fue definido por Wethington y Kessler como la percepción hipotética que tiene una persona sobre los recursos sociales disponibles para ser asesorada o ayudada en caso de necesitarlo. Se refiere a la dimensión de carácter subjetivo que se establece como resultado de la relación del enfermo con el entorno más cercano, sobre la percepción de la posibilidad de contar con ayuda en caso de necesitarla, tanto para realizar actividades de la vida cotidiana, como para resolver situaciones de emergencia. Para esto, el apoyo social funcional es dividido para su estudio en: afectivo y confidencial.

El apoyo afectivo se entiende como un tipo de soporte en el cual el individuo, a través de la comunicación, satisface necesidades emocionales y de afiliación (compartiendo sus sentimientos, sintiéndose querido, valorado y aceptado por los demás). Cuando las personas consideran que otro les ofrece soporte se dedican a buscarlo y a mantener una relación interpersonal que lo facilite y lo fomente.^{17, 18}

El apoyo confidencial representa la posibilidad de contar con personas a quien poderles referirles problemas, situaciones conflictivas o asuntos que requieran comprensión y ayuda.

Dentro del campo de la investigación sobre las necesidades de servicios sanitarios, la falta de soporte o apoyo social se ha asociado con el aumento de riesgo de mortalidad, con el retraso en la recuperación de una enfermedad, con bajo estado de ánimo y con mala salud, a pesar de que ni todas las personas siguen patrones idénticos ni todas las investigaciones resultan completamente coherentes.

Instrumento: Cuestionario de Apoyo Social de Duke-UNC 11

Teniendo en cuenta que la calidad del apoyo social es el mejor predictor de salud que el apoyo estructural; en la actualidad, disponemos de una escala denominada Cuestionario de Apoyo Social de Duke -UNK, modificada en 1988 por Broadhead en el Department of Community and Family Medicine, Duke University Medical Center, Durham, North Carolina, como método de medición del apoyo social cualitativo o funcional.¹⁹ Evalúa como la percepción del apoyo social confidencial y afectivo.

Fue validado al español por Bellón en 1996 con el nombre de Cuestionario de Apoyo Social de Duke UNC-11, con un índice alfa de Cronbach de 0,90. Consta de 11 ítems con un rango de respuesta estilo likert del 1 (“mucho menos de lo que deseo”) al 5 (“tanto como lo deseo”). Comprende dos subescalas que se refieren al apoyo social confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse) en los ítems 1, 2, 6, 7, 8, 9 y 10, y afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía) en los ítems 3, 4, 5 y 11.¹⁷

Es un test autoaplicable, pudiéndose realizar en sujetos mayores de 14 años, con un rango de tiempo de entre 5-10 minutos. El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo.^{17, 18}

OBJETIVOS

Objetivo general:

Evaluar la percepción del Apoyo Social e identificar las características sociodemográficas en pacientes con Artritis Reumatoide adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 21

Objetivos específicos

1. Determinar la Percepción del Apoyo Social en pacientes con Artritis Reumatoide en tratamiento con terapia biológica adscritos a la UMF No.21 en el 2012, por medio del cuestionario de apoyo social de Duke-UNC-11.
2. Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con Artritis Reumatoide en tratamiento con terapia biológica adscritos a la UMF 21 en el 2012

HIPOTESIS

- Del total de pacientes con AR en terapia biológica adscritos a la UMF No.21, solo un 50% cuentan con apoyo social óptimo.
- De este 50%, el 90% de los pacientes con Artritis Reumatoide se encuentra en etapa económicamente activa.

MATERIALES Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO:

- * Descriptivo
- * Observacional
- * Transversal

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO DE ESTUDIO:

- * Lugar de estudio: Unidad de Medicina Familiar No. 21 con referencia al Servicio de Reumatología del Hospital General de Zona 30, en la unidad de terapia avanzada (consultorio adaptado en la consulta externa de especialidades de dicha institución), que presta su servicio los días viernes. Compuesto por : 4 reposet y 2 sillas cómodas, 6 tripés, 1 bomba de infusión continua, tarja para mantener los estándares de higiene y lavado de manos, un carro rojo de reanimación con los medicamentos necesarios en caso de reacción adversa a terapia biológica, es atendido por una enfermera general y una auxiliar de enfermería de la institución y supervisado por el médico adscrito al servicio de Reumatología y por los residentes de segundo año rotantes de la especialidad de medicina familiar, cuenta además con una mesa de mayo donde se preparan las soluciones con los medicamentos(terapia biológica) que trae cada paciente en refrigeración previa desde casa y en su hielera individual.
- * Descripción General del estudio: Se realizó una investigación descriptiva, observacional y transversal, mediante la aplicación del cuestionario sociodemográfico y de apoyo social de Duke-UNC-11 a pacientes con diagnóstico de AR mayores de 18 años de edad con vigencia de derechos adscritos a la Unidad Medicina Familiar No. 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social; en un periodo de tiempo de septiembre a noviembre de 2012 (ver cronograma anexo).
De los pacientes que se encontraban registrados en ARIMAC con dicho diagnóstico, el tamaño de la muestra se obtuvo mediante el censo proporcionado por el Servicio de Reumatología y valorando la vigencia

de derechos en archivo clínico y bajo la revisión de expedientes electrónicos en la UMF no.21, encontrando así una muestra a conveniencia de 64 pacientes.

Se solicitó en el registro de citas de HGZ 30, la programación para aplicación de terapia biológica. Una vez que se dio el encuentro, se explico de qué se trata el presente estudio de investigación, se aplicaron los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, y previa autorización del consentimiento informado, se aplicó el instrumento para la recolección de datos, con el cual se obtuvo la ficha de identificación del paciente, el número de seguridad social, edad, genero, escolaridad, ocupación, estado civil, años de portar la enfermedad; referente a la estructura familiar se preguntó si lo acompaña alguna persona al momento de la cita. Posteriormente, se dio a contestar el cuestionario de apoyo social de Duke – UNC – 11. Una vez recolectados todos los cuestionarios, el procesamiento de la información se realizó través de métodos computarizados.

- * Aspectos Estadísticos: Se utilizó el paquete de análisis estadístico de SPSS 20, análisis univariado con medidas de tendencia central, análisis de frecuencias expresadas en por ciento; así como, para el análisis bivariado se utilizo Prueba de X^2 y tablas de contingencia.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- ✓ Adultos mayores de 18 años de edad
- ✓ Hombres y mujeres
- ✓ Que cuenten con número de afiliación vigente durante el 2012 en la UMF No.21
- ✓ De ambos turnos
- ✓ Con diagnóstico de Artritis Reumatoide actualmente en tratamiento con terapia biológica.

Criterio de exclusión:

- ✓ Que no estén actualmente en tratamiento con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) tipo terapia biológica.

Criterios de eliminación:

- ✓ Que el paciente pierda periodo de vigencia durante el estudio
- ✓ Que se suspenda el tratamiento con FAME biológico durante el periodo de estudio.
- ✓ Que no desee participar en el estudio.

ESTRATEGIA DE MUESTREO:

- a) Tamaño de la población: 64 pacientes (MUESTRA A CONVENIENCIA)
- b) Tipo de muestreo: población finita.

Para determinar el tamaño de muestra se obtuvo la información del Censo de pacientes del Servicio de Reumatología en tratamiento con Terapia Biológica a cargo del Hospital General de Zona No.30 Iztacalco adscritos a la UMF No.21 y revisando cada uno de los pacientes de este listado mediante el expediente electrónico de la UMF No. 21 para determinar vigencia en el 2012, diagnóstico y tratamiento biológico.

Se determina el tamaño de muestra por medio de la formula de población finita de la siguiente manera:

$$n = \frac{N * Z\alpha^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z\alpha^2 * p * q}$$

Donde:

N= 64 pacientes

Z α = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 50% = 0.50)

q = 1 – p (en este caso 1-0.5 = 0.5)

d = precisión (en su investigación use un 5% = 0.05)

Resolviendo de la siguiente manera:

$$n = \frac{64 \times 3.84 \times 0.5 \times 0.5}{0.0025 (64-1) + 3.84 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{61.44}{0.999}$$

$$n = 62.02 = 62$$

FACTIBILIDAD.

RECURSOS HUMANOS.

1.-Pacientes que aceptaron participar en estudio.

2.-El propio investigador.

3.-Asesor metodológico.

RECURSOS MATERIALES.

- Computadora, papelería de oficina.
- Software Windows vista, paquete estadístico SPSS 20.
- Cuestionarios y base de datos.

RECURSOS FINANCIEROS.

Financiado por el propio investigador

El presente estudio se realizó en las instalaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La utilización y costos de recursos materiales, como papelería, fotocopiado, impresión, planeación de organigrama corrió a cargo del residente de segundo año encargado de este estudio. La aplicación de las escalas de evaluación será realizado por el residente de medicina familiar.

DEFINICION DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDICION

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CUANTITATIVA	ORDINAL	INDEPENDIENTE	UNIDADES
			CUALITATIVA	NOMINAL	DEPENDIENTE	
Artritis Reumatoide (AR)	Es una enfermedad caracterizada por la inflamación crónica de las articulaciones. En la mayoría de los casos, el curso es progresivo y conduce al daño articular irreversible.	-----	CUALITATIVA	-----	-----	-----
Apoyo Social (AS)	Percepción hipotética que tiene una persona sobre los recursos sociales disponibles (red de apoyo) para ser asesorada o ayudada en caso de necesitarlo satisfaciendo sus necesidades básicas (afiliación, afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación) mediante la interacción con estos recursos.	Se mide mediante una escala de medición tipo likert con puntuaciones del 1-5*, consta de 11 items**. Rango de puntuación: >32 puntos : AS percibido Normal < 32 puntos : AS percibido Bajo	CUALITATIVA	NOMINAL	Dependiente	1. Normal 2. Bajo

<p>**ITEMS</p> <p>*LIKERT</p> <p>1: Mucho menos de lo que deseo 2: Menos de lo que deseo. 3: Ni mucho ni poco. 4: Casi como deseo. 5: Tanto como deseo.</p>		<p>1. Recibo visitas de mis amigos y familiares. 2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa. 3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi traba 4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede.</p>	<p>5. Recibo amor y afecto. 6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa 7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares. 8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.</p>	<p>9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas. 10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida 11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama</p>
---	--	--	--	---

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CUANTITATIVA CUALITATIVA	ORDINAL NOMINAL	UNIDADES
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona, hasta un momento determinado de su vida.	Años cumplidos que refiere él/la paciente y los registrados en el expediente electrónico.	CUANTITATIVA discreta	-----	Años cumplidos
Genero	Construcción simbólica que alude al conjunto de atributos socioculturales asignados a las personas a partir del sexo biológico.	Sexo biológico que refiere él/la paciente y está registrado en el expediente electrónico	CUALITATIVA	Nominal dicotómica	1.-Femenino 2.-Masculino
Escolaridad	Grado de estudios terminados y realizados dentro de un centro docente.	Nivel escolar referido por el paciente y el registrado en el expediente electrónico	CUALITATIVA	Ordinal	1.-Analfabeta 2.-Primaria 3.-Secundaria 4.-Bachillerato 5.-Licenciatura 6.-Postgrado
Ocupación	Acción o función que se desempeña para ganar un sustento.	Trabajo que desempeña y el que está registrado en el expediente electrónico.	CUALITATIVA	Nominal	1.-Hogar 2.-Obrero 3.-Empleado 4.-Profesionista 5.-Jubilado-Pensionado 6.-Comerciante 7.-Desempleado
Estado civil	Situación jurídica de una persona física determinada por sus relaciones de familia.	Situación civil el que refiere el paciente y el que está registrado en el expediente electrónico	CUALITATIVA	Nominal	1.-Soltero 2.-Unión libre 3.-Casado 4.-Divorciado 5.-Viudo
Acompañado A Valoración	Acción que realiza la persona con la que acude a valoración médica, ambos vinculados ya sea por lazos consanguíneos, legales y/o afinidad.	Función de acompañar al paciente a su valoración médica.	CUALITATIVA	Nominal dicotómica	1. Si 2. No
Años De Evolución De enfermedad	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el momento de la última valoración médica	Años cumplidos que refiere él/la paciente y están registrados en el expediente electrónico respecto al momento de diagnóstico de la enfermedad hasta la actualidad	CUANTITATIVA discreta	-----	Años cumplidos

ASPECTOS ETICOS

El siguiente proyecto de investigación cumple con los principios básicos de Investigación Médica de acuerdo a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial:

Pues se buscara proteger la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

Estar apoyados en revisión de literatura científica acerca del Diagnóstico y Tratamiento de la Artritis Reumatoide así como de la Importancia del Apoyo Social en las enfermedades crónicas degenerativas como factor predictor de salud, de diversas bases de datos como medigraphic, ovid, redalyc entre otras.

Ya que los conocimientos obtenidos de la presente investigación tienen el fin de promover la salud de los pacientes, así como mejorar los procedimientos terapéuticos para que sean eficaces, efectivos y accesibles.

Cada individuo potencial recibirá información adecuada acerca de los objetivos y métodos de mi protocolo de estudio, siendo informadas de su derecho de participar o no en dicha investigación y de retirarse en cualquier momento sin exponerse a represalias; así como haciendo referencia de la confidencialidad de los datos, cuidando se privacidad e integridad de los pacientes. Después de asegurarme que el paciente ha comprendido la información, se obtendrá por escrito, de forma voluntaria el consentimiento informado y la aplicación de cuestionarios de recolección de datos.

Así como con los principios del Tribunal Internacional de Núremberg, 1947 en cuanto a experimentos permitidos:

1) El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. La persona implicada debe tener capacidad legal para dar su consentimiento; que debe estar en una situación tal que pueda ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo o coactivo; y que debe tener el suficiente conocimiento y comprensión del asunto en sus distintos aspectos para que pueda tomar una decisión consciente. Esto último requiere que antes de

aceptar una decisión afirmativa del sujeto que va a ser sometido al experimento hay que explicarle la naturaleza, duración y propósito del mismo, el método y las formas mediante las cuales se llevará a cabo, todos los inconvenientes y riesgos que pueden presentarse, y los efectos sobre su salud o persona que puedan derivarse de su participación en el experimento.

2) El experimento debe realizarse con la finalidad de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad que no sean asequibles mediante otros métodos o medios de estudio, y no debe ser de naturaleza innecesaria.

3) El experimento debe diseñarse y basarse en los resultados obtenidos mediante la experimentación previa y el pleno conocimiento de la historia natural de la enfermedad o del problema en estudio, de modo que los resultados anticipados justifiquen la realización del experimento.

4) El experimento debe ser conducido de manera tal que evite todo sufrimiento o daño innecesario físico o mental.

5) Se deben tomar las precauciones adecuadas y disponer de las instalaciones óptimas para proteger al sujeto implicado de las posibilidades incluso remotas de lesión, incapacidad o muerte.

6) El experimento debe ser conducido únicamente por personas científicamente calificadas.

7) Durante el curso del experimento el sujeto humano debe tener la libertad de poder finalizarlo si llega a un estado físico o mental en el que la continuación del experimento le parece imposible.

RESULTADOS

ANÁLISIS UNIVARIADO

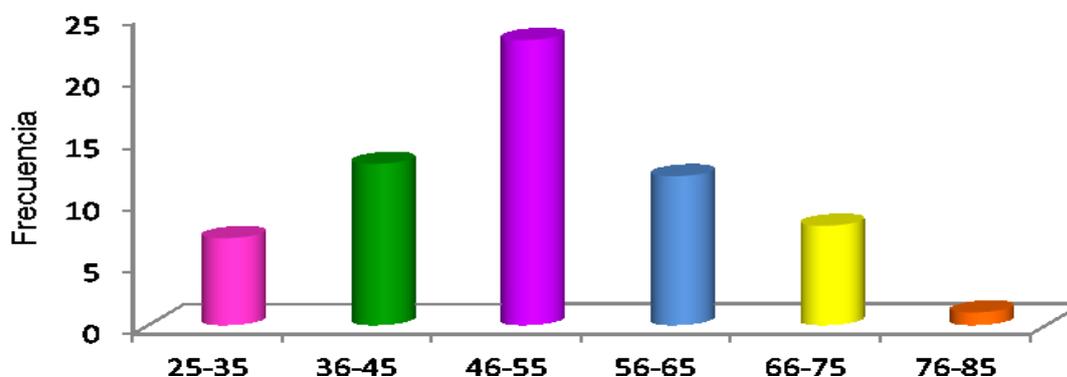
Tabla 1. Medidas de Tendencia Central para Edad del paciente en años cumplidos.

Válidos	64
Perdidos	0
Media	50,89
Mediana	51
Moda	43

Fuente: Encuesta Aplicativa del Protocolo de Investigación de Percepción de Apoyo Social en pacientes con AR, UMF 21, IMSS.2012

Grafico 1. Percepción del Apoyo Social en Pacientes con AR de la UMF No.21 del IMSS.

Resultados Grupos por Edad del Paciente N=64 pacientes



Fuente: Encuesta Aplicativa del Protocolo de Investigación de Percepción de Apoyo Social en pacientes con AR, UMF 21, IMSS.2012

Tabla 2. Porcentaje de Edad en Pacientes con AR en TB

Edad (rango) años	Frecuencia	Porcentaje %
25-35	7	10.93
36-45	13	20.31
46-55	23	35.93
56-65	12	18.75
66-75	8	12.5
76-85	1	1.56

Fuente: Encuesta Aplicativa del Protocolo de Investigación de Percepción De Apoyo Social en pacientes con AR, UMF 21, IMSS.2012

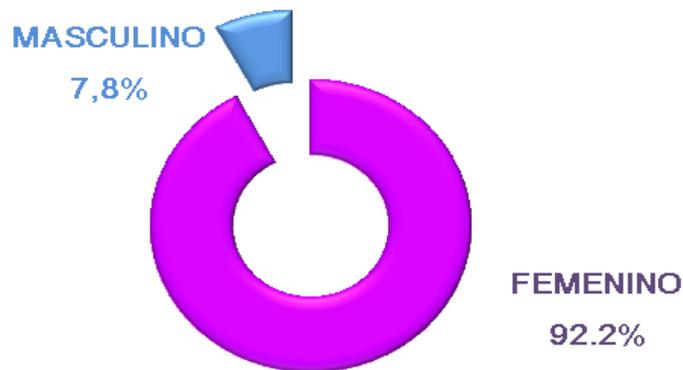
En el presente estudio se incluyeron 64 pacientes de los cuales un 35.9% de la población corresponde a edades entre los 46-55, 20.3% de entre 36-45 años y un 18.75% entre los 56 y 65 años. Observando que la media para la edad en nuestra población con AR en TB es de 50.89 años.

Grafico 2. Percepción del Apoyo Social en Pacientes con AR de la UMF

No.21 del IMSS.

Resultados por Género

N= 64 pacientes



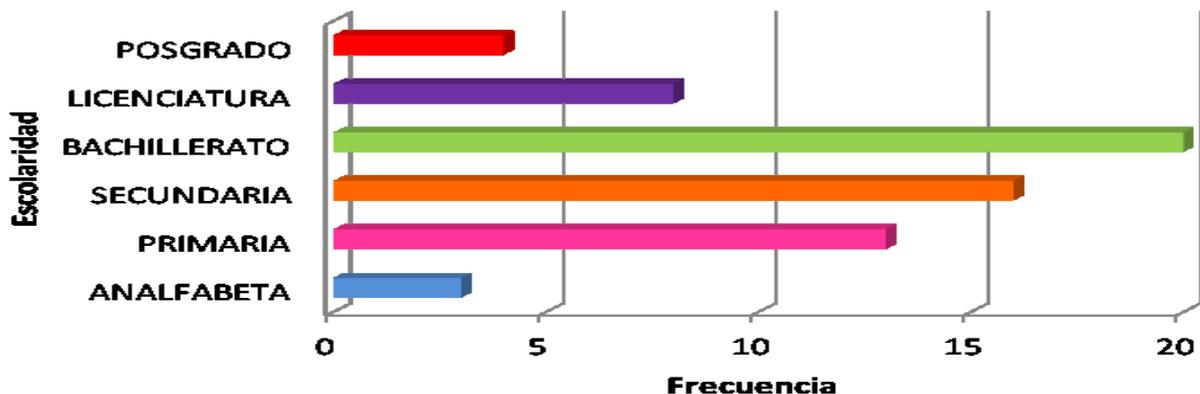
Fuente: Encuesta Aplicativa del Protocolo de Investigación de Percepción de Apoyo Social en pacientes con AR, UMF 21, IMSS.2012

En la grafica 2, Respecto al sexo de los 64 pacientes participantes en este estudio, el 92.2% de corresponde al sexo femenino y un 7,8% al sexo masculino, presentando una relación hombre/ mujer mayor para el sexo femenino.

Grafico 3. Percepción del Apoyo Social en Pacientes con AR de la UMF

No.21 del IMSS.

Escolaridad del paciente



Fuente: Encuesta Aplicativa del Protocolo de Investigación de Percepción de Apoyo Social en pacientes con AR, UMF 21, IMSS.2012

Los pacientes incluidos en el presente estudio cuentan con escolaridad en nivel medio superior en mayor frecuencia con un número de 20 pacientes, seguidos de secundaria y en tercer lugar educación primaria.

Tabla 3. Nivel de Escolaridad y Porcentajes de los Pacientes con AR en TB

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	Nivel de Educación	Porcentaje* Nivel
		%		%
ANALFABETA	3	4.68	SIN NIVEL	4.68
PRIMARIA	13	20.31	BASICO	45.31
SECUNDARIA	16	25.00		
BACHILLERATO	20	31.25	MEDIO SUPERIOR	31.25
LICENCIATURA	8	12.50	SUPERIOR	12.5
POSGRADO	4	6.25	POSGRADO	6.25

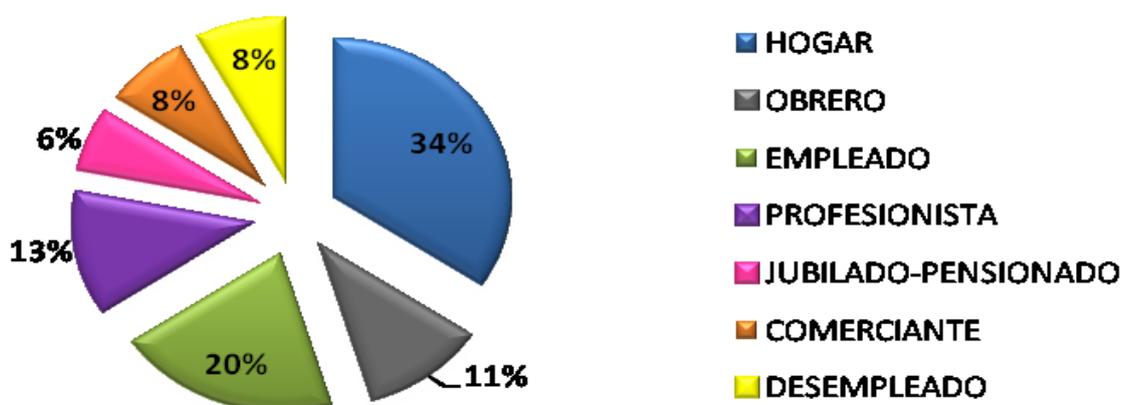
Fuente: Encuesta Aplicativa del Protocolo de Investigación de Percepción de Apoyo Social en pacientes con AR, UMF 21, IMSS.2012

Esta tabla nos muestra que el mayor porcentaje con un 45.31% es para el nivel básico de educación, y con un segundo puesto el medio superior con 31.25%.

Grafico 4. Percepción del Apoyo Social en Pacientes con AR de la UMF No.21 del IMSS.

Resultados de Ocupación

N= 64 pacientes

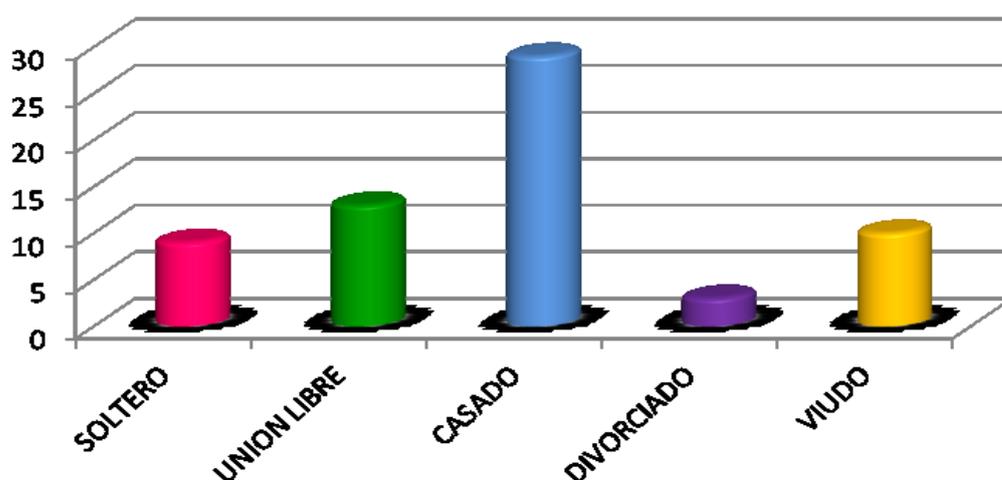


Fuente: Encuesta Aplicativa del Protocolo de Investigación de Percepción de Apoyo Social en pacientes con AR, UMF 21, IMSS.2012

El gráfico 4, Presenta que la mayor parte de los pacientes incluidos en nuestro estudio alrededor del 52% son económicamente activos, mientras que un 34% se dedica al Hogar y un 6% goza de una jubilación / pensión.

Grafico 5. Percepción del Apoyo Social en Pacientes con AR de la UMF No.21 del IMSS.

Estado Civil del Paciente



Fuente: Encuesta Aplicativa del Protocolo de Investigación de Percepción de Apoyo Social en pacientes con AR, UMF 21, IMSS.2012

Tabla 4. Porcentaje de Estado Civil de Pacientes con AR en TB

Edo. Civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje %
		%	Red Social IntraFam.
SOLTERO	9	14.06	65.6
UNION LIBRE	13	20.31	
CASADO	29	45.31	
DIVORCIADO	3	4.68	
VIUDO	10	15.62	

Fuente: Encuesta Aplicativa del Protocolo de Investigación de Percepción de Apoyo Social en pacientes con AR, UMF 21, IMSS.2012

Tal como lo muestra la Gráfica 5 y Tabla 4; en cuanto al estado civil de los participantes el 65.6% sostienen una relación interpersonal, con una frecuencia de 29 pacientes casados (45.3%) y 13 pacientes en unión libre (20.3%), lo que evidencia que cuentan con una red de apoyo de tipo familiar.

Grafico 6. Percepción del Apoyo Social en Pacientes con AR de la UMF No.21 del IMSS.



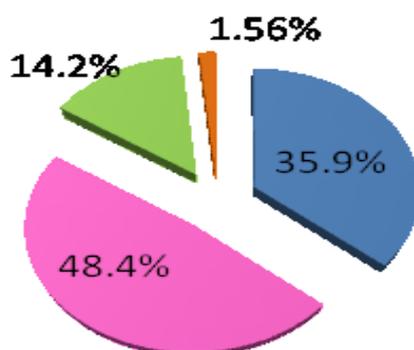
Fuente: Encuesta Aplicativa del Protocolo de Investigación de Percepción de Apoyo Social en pacientes con AR, UMF 21, IMSS.2012

Se aprecia que del total de pacientes incluidos en nuestro estudio, 34 pacientes no fueron acompañados a su valoración médica, equivalente al 53.2% y un 46.8% si acudió acompañado de algún familiar.

Grafico 7. Percepción del Apoyo Social en Pacientes con AR de la UMF No.21 del IMSS.

Años de Evolución de la Enfermedad

■ 1 - 4 años ■ 5 - 8 años ■ 9 - 12 años ■ >13 años

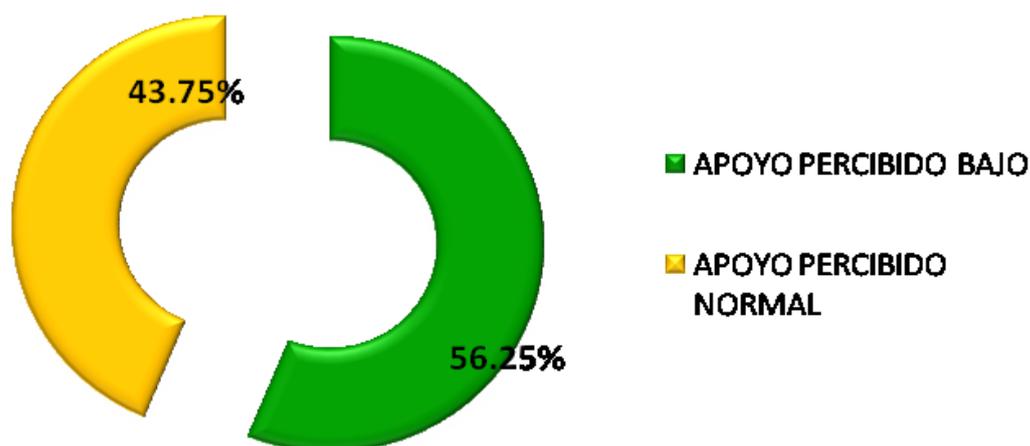


Fuente: Encuesta Aplicativa del Protocolo de Investigación de Percepción de Apoyo Social en pacientes con AR, UMF 21, IMSS.2012

En cuanto a los años de evolución de AR en los pacientes con terapia biológica se identifica una mayor proporción en un rango de 5-8 años con un 48.4%, en segundo orden de 1-4 años equivalente a 35.9%, y en tercer orden con más de 9 años un 15.2%.

Grafico 8. Percepción del Apoyo Social en Pacientes con AR de la UMF No.21 del IMSS.

Percepción de Apoyo Social del Paciente



Fuente: Cuestionario De Duke-UNC -11 en pacientes con AR, UMF 21, IMSS.2012

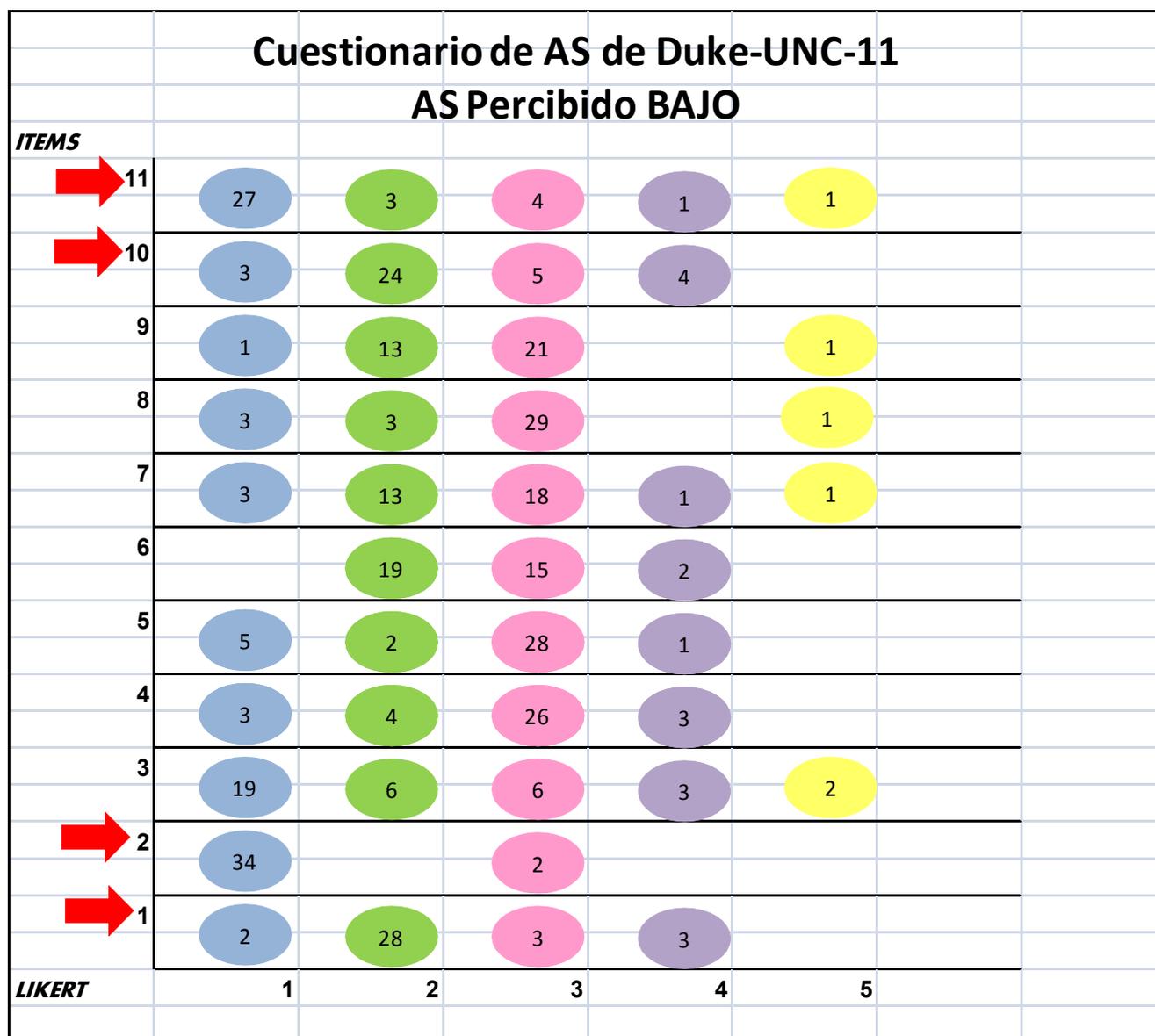
Tabla 5. Porcentaje de Pacientes según Percepción AS

AS	Puntaje Duke-UNC-11	Número Pacientes	Porcentaje %
BAJO	<32 puntos	36	56.25
NORMAL	>32 puntos	28	43.75

Fuente: Cuestionario De Duke-UNC -11 en pacientes con AR, UMF 21, IMSS.2012

El gráfico describe que 36 de los 64 pacientes (56.25%) de este estudio perciben un apoyo social BAJO mediante el Cuestionario de Duke-UNK 11, el resto (43.75%) lo percibe como NORMAL.

Grafico 9. Percepción del Apoyo Social en Pacientes con AR de la UMF No.21 del IMSS.

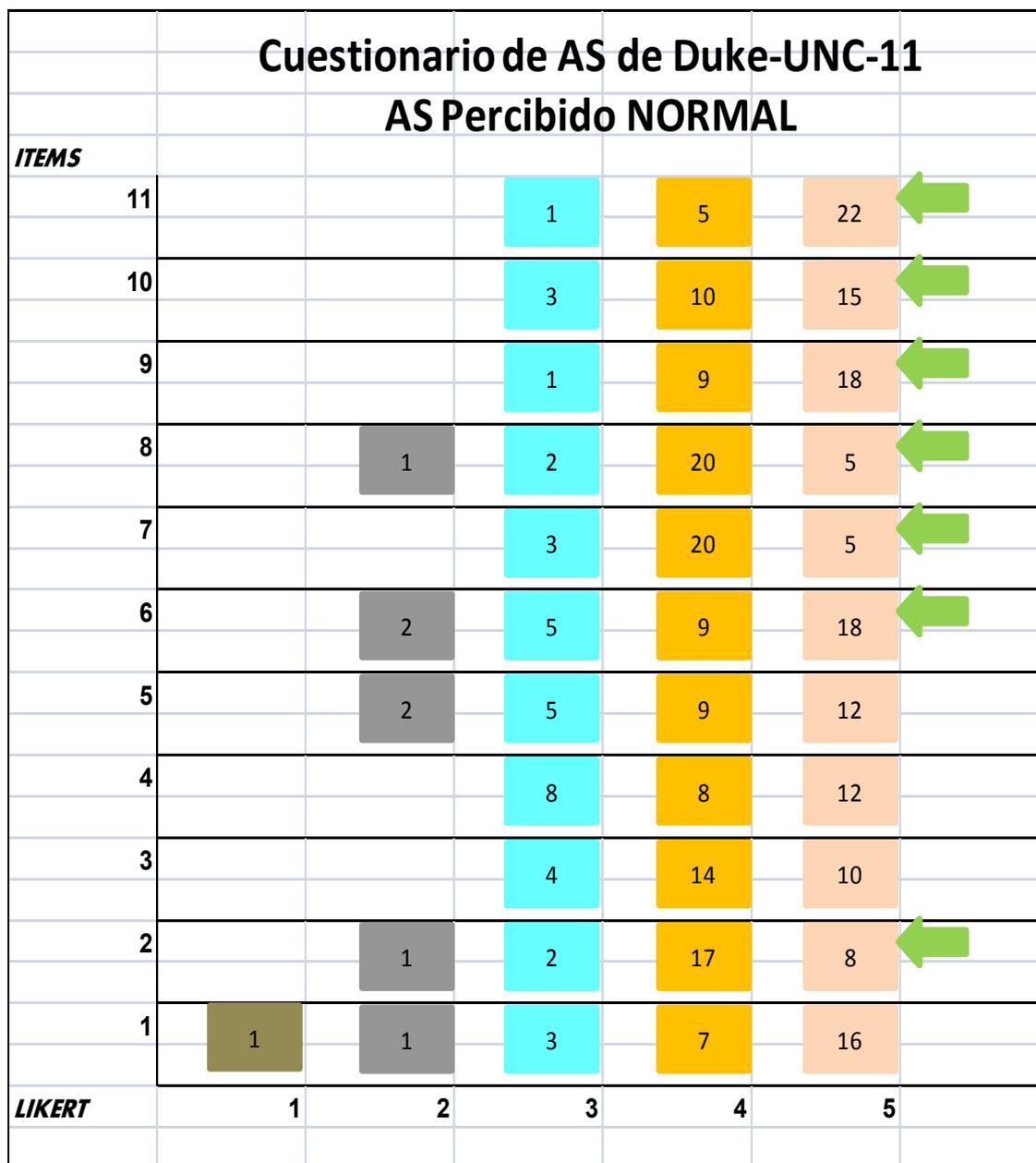


Fuente: Cuestionario De Duke-UNC -11 en pacientes con AR, UMF 21, IMSS:2012

En el gráfico 9 , se representa en el eje de las X= la escala tipo Likert según el Cuestionario de AS de Duke-UNC-11, y en el eje Y = los ITEMS de dicho cuestionario, dentro de cada ovalo se colocó el número o frecuencia de pacientes que contestaron a ese likert en cada ítem; encontrando que la calificación más baja percibida (señalado con flechas) es para los items 1 (Recibo visitas de mis amigos y familiares), 2 (Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa), 10 (Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida) y 11 (Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama).

Grafico 10. Percepción del Apoyo Social en Pacientes con AR de la UMF

No.21 del IMSS



Fuente: Cuestionario De Duke-UNC -11 en pacientes con AR, UMF 21, IMSS.2012

En el gráfico 10, Muestra el AS Percibido como normal. Representa en el eje de las X= la escala tipo Likert según el Cuestionario de AS de Duke-UNC-11, y en el eje Y = los ITEMS de dicho cuestionario, dentro de cada cuadro se colocó el número o frecuencia de pacientes que contestaron a ese likert en cada ítem; encontrando que la calificación más alta percibida (señalado con flechas) es para los items 2 (Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa)6 (Tengo

la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa), 7 (Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares), 8 (Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos), 9 (Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas), 10 (Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida), y 11 (Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama).

Las últimas Gráficas (9 y 10) muestran que tanto para los pacientes con AS percibido bajo y normal, los items 2, 10 y 11 son los que se encuentran más afectados o con mayor puntaje respectivamente a la percepción.

ANÁLISIS BIVARIADO

TABLA DE CONTINGENCIA APOYO PERCIBIDO DEL PACIENTE * ESTADO CIVIL DEL PACIENTE							
		ESTADO CIVIL DEL PACIENTE					Total
		SOLTERO	UNION LIBRE	CASADO	DIVORCIADO	VIUDO	
APOYO PERCIBIDO DEL PACIENTE	NORMAL	5	3	15	0	5	28
	BAJO	4	10	14	3	5	36
Total		9	13	29	3	10	64

Fuente: SPSS de Encuesta Aplicativa del Protocolo de Investigación de Percepción de Apoyo Social en pacientes con AR, UMF 21, IMSS.2012

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,009 ^a	4	,198
Razón de verosimilitudes	7,279	4	,122
Asociación lineal por lineal	,011	1	,917
N de casos válidos	64		
a. 4 casillas (40,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,31.			

Fuente: SPSS de Encuesta Aplicativa del Protocolo de Investigación de Percepción Apoyo Social en los pacientes con AR, UMF21, IMSS.2012

En estas tablas se muestra que la presencia de una red de apoyo como lo son las relaciones interpersonales en un 65.6% de los 64 pacientes incluidos en el estudio, sin embargo, no hay asociación significativa entre el apoyo social y estado civil, ya que el valor de X^2 es de 6.009 con un grado de libertad de 4 y un valor de referencia por arriba de 9.488 para una significancia estadística $p < 0.05$; por lo tanto a pesar de que se cuente con redes de apoyo el apoyo percibido en los pacientes con AR en TB no depende de ésta característica.

DISCUSIÓN

En el presente estudio, encontramos que la mayoría de los pacientes que se incluyeron en el mismo, fueron mujeres, constituyendo un 92.2% de los casos totales en relación al 7.8 % compuesto por el sexo masculino, este dato coincide con lo citado en el libro de AR descrito por Álvarez Lario⁹, donde las mujeres son propensas a esta enfermedad hasta 3 veces por encima de los hombres. Esto puede estar relacionado a que en general las mujeres tienen influencia hormonal, estrógenos; como predisponente para esta enfermedad; así como son las que acuden más frecuentemente a recibir atención médica.

En relación al grupo de edad de los pacientes, en nuestro estudio, fue más frecuente este padecimiento en el grupo de edad comprendido entre los 45 y los 55 años de edad, con un 35.9% de los casos en este grupo, con una media de 50.8 años de edad; siendo así el grupo de edad económicamente activa la de mayor incidencia de esta enfermedad, tal como lo cita la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de AR del adulto. Evidencias y Recomendaciones. Catálogo maestro de GPC: IMSS -195-08.⁸

Respecto a los datos obtenidos en este estudio no existe literatura con los que pueda compararse por lo que pasaremos a describir cada uno de los hallazgos obtenidos en esta investigación.

Con respecto al tiempo de evolución de la enfermedad en nuestro estudio encontramos que el 48.4% de los pacientes tenían entre 5-8 años de diagnóstico, un 35.9% de entre 1 y 4 años de diagnóstico, y solamente el 15.2% tenían más de 9 años de diagnóstico.

En relación a la ocupación alrededor del 52% son económicamente activos, del resto un 34% se dedica al Hogar y solo un 6% goza de una jubilación / pensión.

En cuanto al factor Social; del total de pacientes incluidos en nuestro estudio, 34 pacientes no fueron acompañados a su valoración médica, equivalente al 53.2% y un 46.8% si acudió acompañado de algún familiar.

Es así que el 65.6% del total del pacientes participantes en el estudio, cuenta con una red de apoyo familiar (29 pacientes casados, 13 en unión libre).

El 56.25% de los hombres y mujeres con AR en terapia biológica perciben un apoyo social bajo mediante el Cuestionario de Duke-UNK 11, el resto, 43.75% lo percibe como NORMAL. Sin embargo, en el análisis bivariado no existe asociación significativa entre el apoyo social y estado civil, ya que el valor de X^2 es de 6.009 con un grado de libertad de 4 y un valor de referencia por arriba de 9.488 para una significancia estadística de $p < 0.05$; por lo tanto a pesar de que se cuente con redes de apoyo como lo es el estado civil ; el apoyo percibido en los pacientes con AR no depende de ésta característica.

El análisis por cada ítem y su respectivo likert otorgado el Cuestionario de Apoyo Social de Duke-UNC-11 de los pacientes que participaron en este estudio, mostró que tanto para los pacientes con AS percibido bajo y normal, los ítems 2, 10 y 11 son los que se encuentran más afectados o con mayor puntaje respectivamente a la percepción.

CONCLUSION

Como lo demuestra la literatura, aunque escasa para este tema, la AR como enfermedad crónica degenerativa tiene mayor frecuencia de presentación en mujeres, y respecto a la población general, con una prevalencia puntual en edad económicamente activa para nuestro medio.^{8,9}

La escolaridad más frecuente de los pacientes participantes es el bachillerato, la ocupación más frecuente es el hogar.

Los años de evolución de la enfermedad para estos pacientes es en promedio de 5-8 años con un 48.4%.

Más de un 65% de nuestra población con AR en tratamiento con terapia biológica cuenta con redes de apoyo intrafamiliares por el estado civil, donde solo el 43.5% percibe un apoyo social normal, y del total de población estudiada solo el 46.8% acudió a valoración acompañada por un familiar.

Mediante el análisis bivariado no existe asociación significativa entre el estado civil (contar con una red de apoyo social intrafamiliar) y un apoyo percibido normal.

Respecto a los datos otorgados por el análisis puntual de cada ítem y su respectivo likert otorgado por el cuestionario de AS de Duke-UNC-11 realizado por los pacientes que participaron en este estudio, mostró que tanto para los pacientes con AS percibido bajo y normal, coinciden en los ítems 2, 10 y 11: percibiendo alteraciones en cuanto a recibir ayuda relacionada con su casa, un consejo útil ante algún acontecimiento importante en su vida o ayuda cuando se encuentra enfermo (a) en cama; es así como le otorgan menor o mayor puntaje respectivamente, según su percepción.

SUGERENCIAS

Tras la realización de este estudio donde solo nos permitió identificar las características sociodemográficas de nuestro medio para los pacientes con AR en tratamiento con terapia biológica así como la determinación de la percepción del apoyo social en ellos. Se identificó que menos del 50% de los pacientes con características de inclusión para este evento perciben un apoyo social Normal, pudiendo aventurarnos a decir, que, en el curso de su enfermedad, se enfrentan empobrecidamente a las situaciones vitales estresantes por carecer de él.

Así mismo se identificó que no existe asociación significativa entre contar con redes de apoyo familiares y que el AS se perciba óptimo.

Por lo tanto se sugiere realización de estudios que tomen éste como referencia para identificar si el apoyo social percibido es un predictor de salud, y mediante la evaluación de los productos de fase aguda de inflamación se determine el estado clínico de los pacientes con AR en tratamiento con agentes biológicos y se determine si existe mejoría clínica a mayor o menor percepción de apoyo social.

CUESTIONARIO DE DUKE-UNC-11

<p>EN LA SIGUIENTE LISTA SE MUESTRAN ALGUNAS COSAS QUE OTRAS PERSONAS HACEN POR NOSOTROS O NOS PROPORCIONAN. ELIJA PARA CADA UNA LA RESPUESTA QUE MEJOR REFLEJE SU SITUACIÓN, SEGÚN LOS SIGUIENTES CRITERIOS:</p>	1: Mucho menos de lo que deseo	2: Menos de lo que deseo.	3: Ni mucho ni poco.	4: Casi como deseo.	5: Tanto como deseo.
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares.					
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.					
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo.					
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede.					
5. Recibo amor y afecto.					
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.					
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.					
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.					
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
PUNTUACION TOTAL					

Bellón JA, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Ate Primaria, 1996; 18 p. 153.63



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha México Distrito Federal Unidad Medicina Familiar No 21 IMSS Año 2012

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

Percepción del Apoyo Social en Pacientes con Artritis Reumatoide de la U.M.MF No.21

El objetivo del estudio es:

Conocer la percepción de apoyo social en los pacientes con artritis reumatoide y las características sociodemográficas de cada paciente.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Realizar un cuestionario de Apoyo Social de Duke-UNC-11 y contestar un cuestionarios con aspectos sociodemográficos.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

Identificar si el apoyo social es un factor predictor de salud en Artritis Reumatoide

El Investigador Responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Números telefónico en los que puede comunicarse en caso de dudas y preguntas relacionadas al estudio: unidad de Medicina Familiar 21 tel. 57686000 ext. 21428 o 5544767865 Dr. José Ángel Cuenca Sánchez.

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y Firma de Familiar Responsable o Testigo

Dr. Jorge Meneses Garduño
Investigador Titular

Dr. Fernando Cobos Villanueva
Investigador Asociado

Dra. Karina Cabrera Arcos
Residente Medicina Familiar

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Col. Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: conise@cis.gob.mx

BIBLIOGRAFÍA

¹ Burgos, R et al. Artritis Reumatoidea Actualizaciones. Rev Peceña Med Fam, 2006; 3(4): pp. 62-66.

² Conceptos básicos para el estudio de familias. Archivos en Medicina Familiar, 2005, Vol 7, Sup 1, p.15-19.

³ Andolfi, M y Angelo, C. Detrás de la máscara familiar, la familia rígida un modelo de psicoterapia racional. Buenos Aires: Amorrortu, 2007. pp.192

⁴ Velasco, M. L y Sinibaldi, J. Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias). México: Manual Moderno. 2001. pp. 338

⁵ Baider, L. Cáncer y Familia: Aspectos teóricos y terapéuticos. International Journal of Clinical and Health Psychology, 2003, Vol 3, p. 505-52

⁶ Rolland, J. Familias, Enfermedad y Discapacidad. Una propuesta desde la Terapia Sistémica. Barcelona: Gedisa, 2000. pp. 416

⁷ Barrios, M.A. Funcionamiento Familiar ante una enfermedad: Una propuesta de evaluación y sus implicaciones en el tratamiento psicológico de familias con un enfermo crónico. México; Facultad de Psicología, UNAM

⁸ Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto. Evidencias y Recomendaciones. Catálogo maestro de GPC: IMSS - 195-08. ISBN: 978-607-7790-77-8

⁹ Álvarez Lario, Bonifacio. El libro de la Artritis Reumatoide. Madrid: Ediciones Diaz de Santos, 2003. Pp.205

¹⁰http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2005/mayo/b130_2005.html

¹¹ Diagnóstico de Salud 2011-2012 de la Unidad de Medicina Familia No.21 IMSS Francisco del Paso y Troncoso

¹² J. Tornero Molina et al. Actualización del documento de consenso de la sociedad española de reumatología sobre el uso de terapias biológicas en la Artritis Reumatoide. Reumatol clin. 2010; 6(1):23–36.

¹³ <http://www.medicinadigital.com/index.php/investigaci%C3%B3n/21193-en-mexico-el-5-de-los-pacientes-con-artritis-reumatoide-reciben-terapia-biologica-segun-estudio.html>

-
- ¹⁴ Bruner, J. S. Y Goodman, C. C. Value as need as organizing factors in perception, *Journal of Abnormal and Social Psychology*: 1947, Vol 43,p.33-44.
- ¹⁵ Cassel J. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *Am J Pub Health* 1974; Vol. 64, p. 1040-1043.
- ¹⁶ Cohen S, Mckay G. Social support, stress and the buffering hypothesis a theoretical analysis. E: Baum A, Singer J, Taylor S, editors. *Handbook of psychology and health*. Hillsdale, Erlbaum, 1984.
- ¹⁷ Vega Angarita, O. Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos. *AQUICHAN COLOMBIA* diciembre 2011, Vol. 11 n° 3, p. 274-286.
- ¹⁸ Grao, Margarita. Tesis Doctoral: *El Perfil de Salud de Nottingham y el Cuestionario de Salud SF-36 como instrumentos de medida de la calidad de vida en mujeres gestantes. Medición del apoyo social mediante el cuestionario de Apoyo Social Funcional de Duke-Unc*, Valencia: 2007. Presentada en el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Publica para la obtención de Grado de Doctorado en Salud Publica.
- ¹⁹ Bellón JA, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Ate Primaria*, 1996; 18 p. 153.63
- ²⁰ Sampieri, Roberto et al. *Metodología de la Investigación*. Ed. Mc Graw Hill. México, 2006.
- ²¹ García, Alfonso. *Estadística Básica*. Ed. UNED, 2010
- ²² ImreLakatos, et al. *Metodología de los programas de investigación científica*, España :1993
- ²³ Hernández, Fernández Baptista. *Metodología de la Investigación*. Ed.McGraw Hill. Colombia 1994.
- ²⁴ Tomayo y Tomayo Mario, *El proceso de la investigación científica* 4° ed. México,1998.
- ²⁵ Salkind, Neil J. *Métodos de Investigación*.Ed. Prentice Hall. México, 1990.