

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

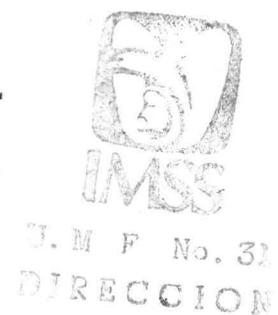
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #31 DE LA
DELEGACION IZTAPALAPA



IMPACTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN LA FUNCION FAMILIAR.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR.

PRESENTA:
DRA. ESTRELLA TELLEZ ISABEL PATRICIA.

0352254

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: Isabel Patricia Estrella
Tellez
FECHA: 10/11/2005
FIRMA: [Signature]



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

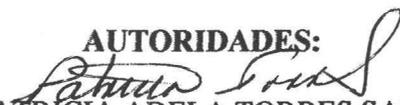
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

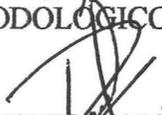
**IMPACTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN LA FUNCION FAMILIAR
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR.**

PRESENTA:
ESTRELLA TELLEZ ISABEL PATRICIA.

AUTORIDADES:


DRA. PATRICIA ADELA TORRES SALAZAR.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALISACION MÉDICA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES


DRA. ALTAGRACIA GARCIA HERNANDEZ
ASESOR METODOLÓGICO DE LA TESIS


DR. MARIO ALBERTO VALÈNCIA CEREZO
ASESOR DEL TEMA DE TESIS.


DAVID BERNABE ANGULO NAJERA
COORDINADOR CLINICO

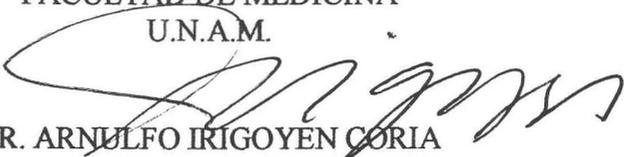
**IMPACTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN LA FUNCION FAMILIAR
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR.**

PRESENTA:

DRA. ESTRELLA TELLEZ ISABEL PATRICIA.

AUTORIDADES:

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA.
U.N.A.M.

INDICE GENERAL	
1.-MARCO TEORICO	6
2.- PLANIFICACION DEL PROBLEMA	9
3.-JUSTIFICACION	10
4.-OBJETIVOS	11
- GENERAL	
- ESPECIFICOS	
5.-METOLOGIA.	12
- Población.	
- Muestra.	
- Método de muestreo.	
- Criterios de inclusión.	
- Criterios de eliminación.	
- Criterios de exclusión.	
- Método Estadístico:	
- Recolección y recuento.	
- Recursos humanos.	
- Recursos financieros.	
- Logística.	
- Consideraciones Éticas.	
6.- RESULTADOS.	13
- Descripción de los resultados.	
7.- DISCUSIÓN (Interpretación Analítica de los resultados encontrados).	13
8.- CONCLUSIONES (Incluye sugerencias o recomendaciones del investigador).	17
9.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA.	18

1.-MARCO TEÓRICO:

La artritis reumatoide: Es una enfermedad auto inmune inflamatoria y sistemática cuya causa no se ha precisado aun pero es de suponer varios factores ambientales, genéticos (asociados con el complejo de histocompatibilidad y con los genes que codifican la síntesis de inmunoglobulina de receptor de las células T, citosina y moléculas de adhesión) estos factores interactúan y median sellado articular propio de la enfermedad (1).

En la artritis reumatoide en los gemelos idénticos, la enfermedad ocurre con una frecuencia de un %60 en el humano, en gemelos no idénticos y en el hermano gemelo la frecuencia de presentación es del %70 de los pacientes con formación particular del antígeno principal de histocompatibilidad, en donde se tiene una estructura tridimensional similar entre varios tipos diferentes de HLA -DR B1 muy precisa, llamada epitope compartido, estas evidencias apoyan la participación de un factor hereditario como Génesis y mantenimiento de las manifestaciones de la artritis reumatoide(2), de los factores genéticos se puede decir que en el 90% de los casos hay relación con HLA-DR4 y en menor por enfermedad mas grave.

Además varios factores ambientales incluyendo agentes infecciosos como Micoplasma, Parvo virus, Retrovirus de Epstei-Barr entre otros se han citado como posibles precipitantes.

El resultado es a través de la intervención de la respuesta inmunitaria celular, particularmente los linfocitos T CD4, se inicia un proceso en el cual las moléculas mediadoras de la inflamación (derivados del ácido araquidónico), citosina, factores de crecimiento, moléculas de adhesión y metalo proteinazas, atrae y activa células de sangre periféricas produciendo proliferación y activación de los sinoditos e invadiendo y derruyendo el cartilago articular, al hueso subcondral, los tendones y los ligamentos(2).

La artritis reumatoide de distribución mundial es una condición de relativa prevaencia y distribución mundial que afecta a mujeres y a hombres adultos, tiene el potencial de afectar severamente la supervivencia capacidad funcional y calidad de vida del individuo que las padece, así como la capacidad de mantener un ejemplo satisfactorio, la artritis reumatoide de distribución mundial, su prevaencia tanto a nivel mundial como en México es de %1, Como en los indios prima de los estados unidos de norte América, y los Otomí en México; alrededor del %85 son mujeres; se inicia entre los 20 a los 35 años de edad, el impacto económico derivado de esta patología ha sido subestimado en nuestros países latino americanos

En estados unidos esta considerada una de las principales causas de pensión por invalides y perdidas económicas directas e indirectas.

La artritis reumatoide y calidad de vida la lesión anatomopatológica más importante es el dolor e inflamación articular con una frecuencia mas principalmente en mujeres entre 20 a 35 años de edad, aunque la presencia es alrededor de 25 a 50 años en la población en

general, la lesión mas importante en la artritis reumatoide es la inflamación de la sinovial que posteriormente afecta a huesos subcondral y los sitios de implantación de la cápsula articular proviniendo mas tarde la desnutrición del cartilago y por ende de la articulación en su conjunto. Esta inflamación sinovial se caracteriza en etapas tempranas por proliferación de las células de revestimiento y depósitos de mononucleares peri vasculares con predomina de las células CD4+. Posteriormente se encuentran células como acúmulos peri vasculares .

La artritis reumatoide lesiona todas las articulaciones y tendones de mano y muñeca lo que repercute en las actividades cotidianas del paciente los tendones frecuentemente afectados extensos propio y común del meñique, del extensor del anular, el extensor común del medio. El extensor propio del índice es el que selecciona con menor frecuencia (3).

La deformación de boutonniere de los dedos es la artritis reumatoide afecta en un %90 en las manos de los pacientes con una frecuencia de %36 en deformidad de boutonniere, alcanzando un %18 en deformaciones no corregibles, esta deformidad se caracteriza por extensión de las articulaciones en metacarpofalángicas, de la ínter falangia próxima, e hiperextención de la articulación interfalángica distal de acuerdo a la clasificación de Malebuf y Millender la cual por grados percibe la deformación y se propone el tratamiento tipo I deformidad leve: pérdida de 10-15 grados de la extensión en articulaciones interfalángicas próximas requieren tratamiento conservador, con medicación anti reumática, infiltración con esteroides, inmovilización en extensión fisioterápica. Si la flexión pasiva esta limitada se recomienda denotomía del aparato extensor a nivel de la falange media.

Tipo II Deformidad moderada, flemón de la articulación interfalángica próxima de 30 a 40 grados con cierto grado de pérdida en la función e hiperextención de la metacarpofalángica; la radiografía no muestra daño articular y pasivamente la deformidad es corregible. Su tratamiento incluye reconstrucción anatómica, sinovectomía, avance dorsal de las vandeleta laterales, reconstrucción de la bandeleta central extenderosa y tenotomía I del aparato extensor, utilizando técnicas como las de Fowler –Dolphin. Matev, Hellman o Litter-Eaton. Tipo III Deformidad severa, flexión fija de la articulación interfalángica proximal que no se corrige con la extensión pasiva: la radiografía muestra cambios con desnutrición del cartilago. El tratamiento consiste en artrodosis o artroplastia con prótesis.

Es un hecho que la medicina conforma una compleja profesión que es ejercida de mejor manera y con la profundidad y la habilidad para conocer y dominar los avances en los aspectos emocionales de la enfermedad juega un papel importante y la manera en que la gente siente y se comporta en la respuesta al medio ambiente y a las influencias culturales dependen de gran medida de la forma y duración e intensidad de sus síntomas e incapacidades (9).

El hombre es el ser mas evolucionado de la escala biológica el mas desvalido e incapaz de subsistir por si mismo ya que para lograrlo necesita depender de su relación con otros seres humanos que satisfagan sus necesidades básicas, tanto físicas como emocionales (10).

La enfermedad crónica o terminal puede definirse como un trastorno con una característica insoslayable: no se cura nunca y sus repercusiones familiares están en función de su progresión y pronóstico.

La familia es un sistema abierto donde las interacciones de sus miembros varían gradualmente para adaptarse a los cambios internos en los elementos que la componen, así como a los cambios producidos en su entorno. Las enfermedades, sobre todo las crónicas o terminales, ocasionan una serie de procesos que afecta no solo al individuo que la padece, sino que da lugar a cambios radicales en el interior de la familia, fundamentalmente influidos por el sufrimiento y la posible limitación de las capacidades del enfermo que requiere ser atendido, cuidado y medicado. Estos cambios dependen en gran medida de las características propias de cada familiar de la etapa del ciclo vital en que se encuentre, del momento en la vida del paciente, del lugar que ocupe en el grupo familiar y de los requerimientos de la enfermedad y su tratamiento. Dependiendo del grado de funcionalidad familiar, estos cambios pueden provocar reacciones crónicas que exacerben la situación, prolongando un círculo vicioso difícil de romper.

Es de esperarse que la estructura familiar del paciente crónico cambie, ya que como en otras consecuentemente, las interacciones en la familia giran en torno a él. Los niveles de jerarquías se modifican, de tal manera que por ejemplo, si el padre es el afectado, su función paternal es delegada en otro miembro de la familia: así mismo, pueden aparecer alianzas y coaliciones que, aunadas a los sentimientos del paciente pueden obstaculizar el manejo eficaz de la enfermedad.

El tratamiento de la artritis reumatoide es muy costoso, el miembro de la familia que se ocupa del enfermo tiende sobrecargarse de trabajo lo cual puede volverse periférico para el sistema familiar, disminuyendo, por lo tanto, su interacción con los demás miembros del grupo. La regresión y la depresión que tienden a darse en el enfermo, así como la centralidad asumida por este favorecen dichas sobre cargas que puede ocasionar la parición de un rol paren tal auxiliar en algún otro miembro de la familia. (9)(7).

Ante las recaídas exacerbaciones de la enfermedad artritis reumatoide, la familia debe reajustar su estructura, la distribución de los roles y su mecanismo de solución de problemas afín de adaptarse a las situación de la crisis en un breve lapso de tiempo y bajo una gran presión que bien puede ser económica, moral o económica, por lo que se requiere de la flexibilidad para lograrlo y así continuar funcionando como familia. Sin embargo, con los cambios adoptivos que los miembros de la familia vayan asumiendo, aparecerán nuevos riesgos para ellos mismos que pueden afectar a sus ves a la familia del enfermo. Los individuos de las familias en que existe un enfermo crónico presentan tasas de enfermedad más elevadas que las personas de familias sin tales enfermos (8)

Es un hecho que la familia con una dinámica disfuncional es más susceptible a los eventos críticos y que en cambio la influencia de una familia funcional condiciona favorablemente la integridad del grupo antes situaciones adversas.

La flexibilidad en una familia permiten una gran diversidad de interacciones e intercambios de opinión entre sus miembros, que favorece el surgimiento de nuevas y más útiles soluciones que incrementen las opiniones para adaptarse y hacer frente al evento de tener en casa un enfermo crónico.

El conservar con el paciente sobre su problema y ansiedades, considerando tanto sus necesidades psicológicas como las de sus familiares y amigos, pueden modificar de alguna

forma su manera de pensar, sus preocupaciones y sus sentimientos negativos. Así puede contribuirse a hacer menos difícil y perturbador el proceso de la enfermedad.

Una evaluación integral de la familia que incluya la etapa de desarrollo en que se encuentra, sus antecedentes patológicos, sus reacciones ante la crisis, el rol del enfermo antes de la aparición de la enfermedad y el paradigma relacionado con el control, conducirán a un tratamiento más adecuado de la enfermedad, lo cual es el objetivo de toda práctica terapéutica, (7).

Facilitara la comprensión de la serie de eventos críticos que acausa de la enfermedad se hayan suscitado en el interior de la familia.

Para el equipo de salud, considerar a la familia como principal recurso terapéutico, le permite auxiliarla multidisciplinariamente, para que esta a su vez, contribuya a que su enfermo viva en las mejores condiciones posibles y llegando el momento, puede enfrentar con esperanza y dignidad la experiencia última de la vida: la muerte. El trato con la muerte forma parte del arte médico y no es necesario en muchos casos, retrasarla en unidades de terapia intensiva y con métodos artificiales de alta tecnología. Debemos permitir la presencia de familiares, el diálogo postmortem, el apoyo espiritual y religioso y ofrecer así al paciente terminar una actitud humanista de autenticidad y cuidado ético, como directrices que guíen en estos casos nuestras acciones.(9).

En las últimas décadas, la investigación ha demostrado una estrecha relación entre el funcionamiento familiar y el bienestar físico y emocional del individuo (11). Los sistemas de medicina familiar han promovido una orientación familiar para la atención del paciente desarrollo diversos instrumentos de evaluación que incorpora información familiar y psicosocial a la atención médica. La familia es una unidad biopsicosocial que tiene un comportamiento como tal frente a la salud y a la atención sanitaria, de manera que, mediante la transmisión de creencias y valores de padres a hijo, todo el proceso que acontece desde que se reconoce una enfermedad hasta que se cura o desaparece está influido por las decisiones que se adoptan en el seno familiar (11).

El impacto de la función familiar sobre la enfermedad se ha comprobado sobre muchas variables resultado: la mortalidad de los viudos, el control de la presión arterial o la diabetes, los resultados obstétricos o las adherencias a los tratamientos (12). Se define a la familia sana como aquella que desempeña adecuadamente sus funciones, y es por tanto norma funcional. Una familia disfuncional es aquella que no cumple sus funciones, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentra y en relación con las demandas que percibe de su entorno (13). Este equilibrio funcional de la familia puede alterarse en determinadas circunstancias, y ese hecho puede producir manifestaciones patológicas en algún miembro de la familia, ante lo cual se ha recomendado recoger información que sirva de apoyo para el conocimiento y comprensión de las crisis familiares (14). La existencia de conflictos familiares y otras situaciones que modifican la dinámica familiar, ya que la cooperación y la participación de los miembros de la familia, ya que la cooperación y la participación de todos los miembros de la familia es necesaria para alcanzar de nuevo el equilibrio de la salud familiar. En todas estas situaciones, el Apgar- familiar es un instrumento útil para conocer si la familia puede considerarse un recurso para los individuos del grupo, o si por el contrario influirá empeorando su situación.

El Apgar- familiar es una técnica rápida y sencilla para explorar la función familiar, que fue desarrollada por Smilkstein en 1978 (15). Este instrumento se ha venido ocupando incorporando a la práctica clínica del médico de familia como una herramienta para el

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

abordaje de los problemas familiares, y en otros medios éste se ha demostrado válido y fiable.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La familia es un sistema abierto donde las interacciones de sus miembros varían gradualmente para adaptarse a los cambios internos en los elementos que la componen, así como los cambios producidos en su entorno, en la artritis reumatoide no solo afecta al individuo que la padece, sino dan lugar a cambios radicales en el interior de la familia fundamentalmente influidos por el sufrimiento y la posible limitación de las capacidades del enfermo que requiere ser atendido, cuidado y medicado.

Es de esperarse que la estructura familiar del paciente crónico en la artritis reumatoide cambie, ya que como en otras enfermedades crónicas, su figura se torna central por la tendencia de los límites tienden a diluirse, ocasionando que consecuentemente, las interacciones en la familia giren en torno a él. Los niveles de jerarquía se modifican. De tal manera que por ejemplo, si el padre es el afectado, su función parenteral es delegada en otro miembro de la familia; así mismo, puede aparecer alianzas y coaliciones que, aunadas a los sentimientos del paciente. Pueden obstaculizar el manejo eficaz de la enfermedad. El tratamiento de la artritis reumatoide es complicado y costoso el miembro de la familia que se ocupa del enfermo tiende a sobrecargarse de trabajo, al grado de volverse periférico para el sistema familiar, disminuyendo por lo tanto, su interacción con los demás miembros del grupo. La regresión y la depresión que tienden a darse en el enfermo, así como la centralidad asumida por este, favorece dicha sobrecarga que puede ocasionar la aparición de un rol parenteral auxiliar en algún otro miembro de la familia (7).

La artritis reumatoide afecta la funcionalidad familiar en distintos grados dependiendo del miembro afectado y el tipo de discapacidad que produce.

2.- PREGUNTAS DE INVESTIGACION:

2.1-¿Cuál es la relación entre el tipo de artritis reumatoide y grado de funcionalidad familiar?

2.2-¿Cuál es la relación entre el tipo de miembro de la familia afectada y el grado de funcionalidad familiar?

2.3-¿Cuál es la relación entre el tipo de discapacidad por artritis reumatoide y el grado de funcionalidad familiar?

3.- JUSTIFICACION

La artritis reumatoide es una enfermedad de distribución mundial, su prevalencia tanto en la población mexicana y mundial es del 1%. Hay algunos grupos étnicos donde la frecuencia es mayor, como en los indios de los Estados Unidos y los Otomí de México, alrededor de 85% son mujeres; e inicia entre los 20 y los 35 años de edad; se caracteriza por inflamación y dolor articular y posteriormente por deformación y limitación e incluso anquilosis, deterioro individual así como, de las familias (1). Los miembros de las familias desarrollan una serie de alteraciones que afecta a múltiples esferas (emocionales, sociales, estructurales) se consideran como síntomas que es importante detectar para una función familiar adecuada previniendo la presencia de una disfunción familiar. La artritis reumatoide con alteraciones anatomopatológicas en la inflamación de la sinovial que posteriormente afecta a los huesos y sus sitios de implantación de la cápsula articular, promoviendo más tarde de la destrucción del cartilago y por ende la articulación como en su conjunto la deformación progresiva y incapacitante e invalidante dentro del desempeño individual, familiar, laboral se ve afectado la cual pasa de acuerdo al miembro afectado (2).

Con artritis reumatoide tipo I leve, tipo II moderada, tipo III severa, los miembros de la familia desarrollan una serie de alteraciones que afecta a múltiples esferas (emocional, social y estructurales) se consideran síntomas que es importante detectar para una función familiar adecuada para prevenir la presencia de la disfunción familiar lleva a la familia a la funcionalidad con el apoyo familiar con aportaciones que terapia familiar para resolver la funcionalidad familiar y adaptabilidad al padecimiento tanto del paciente como de su núcleo familiar el tratamiento adecuado para disminuir las altagias y deformaciones propias del padecimiento como la terapia y tratamiento quirúrgico a consecuencia de la artritis reumatoide se podría subyugar por medio de apoyo familiar para resolver esta problemática por medio de esta especialidad de medicina familiar como bondad específica para especificar la disfunción familiar y actuar en consecuencia y resolver y atender la problemática de disfunción familiar de adaptación y disfunción familiar bajo este padecimiento.

4.- OBJETIVOS:

4.1.- Identificar como se relaciona, la presencia de artritis reumatoide y grado de funcionalidad familiar.

4.2.- Identificar la relación entre tipo de miembro afectado y grado de funcionalidad familiar por la artritis reumatoide.

4.3.- Identificar la relación entre el tipo de discapacidad en la artritis reumatoide y el grado de funcionalidad familiar.

5.- METODOLOGIA:

Población: Derechohabientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar # 43 del turno matutino, unidad perteneciente al IMSS que pertenece a la delegación 03 y 04 suroeste en la ciudad de México. Trabajo desarrollado en el lapso de enero del 2003 a enero del 2005.

Muestra: 44 pacientes de la Unidad de Medicina Familiar # 43 con artritis reumatoide.

Método de muestreo: No probabilística por conveniencia.

Criterios de inclusión: La población perteneciente a la Unidad de Medicina Familiar # 43 con el diagnóstico de artritis reumatoide, del turno matutino, voluntarios.

Criterios de exclusión: Pacientes y familias que no puedan colaborar con el presente estudio como son: los invidentes, analfabetas, los discapacitados mentalmente, que no puedan cooperar en el presente estudio, los que no se encontraban en su domicilio por diferentes causas, el derecho habiente dado de baja en el servicio médico del IMSS, en el periodo comprendido de enero del 2003 a enero del 2005.

Criterios de eliminación: Los pacientes los cuales no deseen participar en el presente estudio, los que decidan retirarse del presente estudio 24 son los eliminados por los criterios de exclusión e inclusión.

Método Estadístico:

Recolección: En este estudio trasversal se realizó con la población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar # 43 perteneciente a la delegación de Iztapalapa entidad federativa del Distrito Federal, Perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social de la delegación 03 y 04 sureste del Distrito Federal con los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide del turno matutino de todos los consultorios los cuales dan un total de 10 consultorios, en el cual se contó con la autorización de la directora de la Unidad de Medicina Familiar # 43, y con el apoyo de todos los médicos del turno matutino para la información sobre este estudio que fue una participación fundamental para la realización del mismo, en el periodo comprendido de enero del 2003 a enero del 2005, en el cual de 68 pacientes con el diagnóstico de artritis reumatoide solo quedo una población de 44 de acuerdo a las criterio de exclusión y eliminación, se realizaron diferentes estrategias para la recolección de las encuestas (Ficha de identificación, Apgar familiar, y Consentimiento informado), se particularizo de acuerdo a las diferentes actividades y horarios de los pacientes y sus familias, esto es se citaron algunos en la unidad de medicina familiar # 43, y otros se

acudió a su domicilio para resolver las diferentes encuestas y el Apgar familiar a cada uno de los integrantes de las familias, en una sola ocasión, el recuento se elaboro por medio del programa de información de documentos SPSS, se empleo computadora para su realización. Sometida a revisión, clasificación, y computo numérico.

Método de muestreo: No probabilística por conveniencia.

Recursos humanos: Propios.

Recursos materiales: Consultorio # 7 de la Unidad de Medicina Familiar # 43, del turno matutino, escritorio, sillas, cien lápices #2 a 3.00pesos cada uno corresponde a 300.00pesosmoneda nacional, cuarenta gomas cada una cuesta 3.00 pesos corresponde a120.00 pesos moneda nacional, cuarenta sacapuntas a 1.50 cada uno corresponde a 60.00 pesos moneda nacional, 500 hojas tamaño carta a .30 centavos cada una corresponde a 150.00 pesos moneda nacional, impresora 1,500.00 pesos moneda nacional, computadora lacto 18,000.00 moneda nacional, gasolina 2,000.00pesos moneda nacional para el transporte del vehículo para los diferentes domicilios por medio de citas previamente concertadas para las diferentes encuestas a realizarse, es un total de 22,130.00 pesos moneda nacional.

Recursos financieros: Propios de investigador.

Logística: Cronograma de actividades (Grafica de Gant).

Consideraciones Éticas: En base a la declaración de Helsinki de las pautas éticas para realizar investigación biomédica clínica y no clínica, como el consentimiento informado. Respeto a las personas y la justicia. Así como protegerlos de daños, acrecentar los beneficios y que la información será confidencial dentro de los criterios de la ley general de la salud.

6.- RESULTADOS:

Chi-Square Test

Sexo

De los 44 pacientes estudiados treinta y nueve son del sexo femenino, y cinco son hombres.

Estado civil

	Observad N	Expected N	Residual
soltero(a)	2	11.0	-9.0
viudo(a)	9	11.0	-2.0
casado(a)	32	11.0	21.0
unión libre	1	11.0	-10.0
Total	44		

Fuente: n = 44 pacientes con artritis reumatoide de la UMF # 43.

Capacitación familiar sobre artritis reumatoide

capacfamAR

	Observad N	Expected N	Residual
si	8	22.0	-14.0
no	36	22.0	14.0
Total	44		

Fuente: n = 44 pacientes con artritis reumatoide de la UMF # 43.

Lugar trabajo

	Observad N	Expected N	Residual
Hogar	25	11.0	14.0
pensionado	5	11.0	-6.0
comerciante	7	11.0	-4.0
Otros	7	11.0	-4.0
Total	44		

Fuente: n = 44 pacientes con artritis reumatoide de la UMF # 43.

Tipo de discapacidad por la presencia de artritis reumatoide.

Tipo discapacidad

	Observad N	Expected N	Residual
tipo I leve	21	13.3	3.7
tipo II moderada	12	13.3	-1.3
tipo III severa	11	13.3	-2.3
Total	44		

Fuente: n = 44 pacientes con artritis reumatoide de la UMF # 43.

Adaptación

	Observad N	Expected N	Residual
8-6 casi siempre	26	15.0	11.0
3-5 algunas veces	16	15.0	1.0
0-2 casi nunca	3	15.0	-12.0
Total	45		

Fuente: n = 44 pacientes con artritis reumatoide de la UMF # 43.

Compañerismo

	Observad N	Expected N	Residual
8-6 casi siempre	23	15.0	8.0
3-5 alguna veces	15	15.0	.0
0-2 casi nunca	6	15.0	-8.0
Total	44		

Fuente: n = 44 pacientes con artritis reumatoide de la UMF # 43.

Crecimiento

	Observad N	Expected N	Residual
8-6 casi siempre	21	15.0	6.0
3-5 alguna veces	19	15.0	4.0
0-2 casi nunca	4	15.0	-10.0
Total	44		

Fuente: n = 44 pacientes con artritis reumatoide de la UMF # 43.

Afectos

	Observad N	Expected N	Residual
8-6 casi siempre.	23	15.0	8.0
3-5 algunas veces	15	15.0	.0
0-2 casi nunca	6	15.0	-8.0
Total	44		

Fuente: n = 44 pacientes con artritis reumatoide de la UMF # 43

Acuerdos

	Observad N	Expected N	Residual
8-6 casi siempre	23	14.7	8.3
3-5 algunas veces	17	14.7	2.3
0-2 casi nunca	4	14.7	-10.7
Total	44		

Fuente: n = 44 pacientes con artritis reumatoide de la UMF 43.

Apgar familiar

	Observad N	Expected N	Residual
Altamente funcional	31	15.0	16.0
Moderadamente funcional	10	15.0	-5.0
severamente disfuncional	4	15.0	-11.0
Total	45		

Fuente: n = 44 con artritis reumatoide de la UMF # 43.

7.- Discusión:

Dentro de los 44 pacientes en este estudio se encontraron 39 mujeres, y solo 5 hombres con artritis reumatoide, por lo tanto la literatura se ratifica la prevaencia de sexo femenina en comparación al masculino que presentan artritis reumatoide.

El estado civil de los 44 pacientes estudiados 2 son solteros, 9 son viudos, 32 son casados, uno vive en unión libre.

En cuanto a la capacitación familiar sobre artritis reumatoide de los 44 pacientes sus familiares 36 desconocen las características en cuanto que es una enfermedad auto inmune saben que es inflamatoria pero sistémica desconocen la predisposición genética, y los factores ambientales que la causan.

Lugar trabajo de los 44 pacientes con artritis reumatoide 25 están en el hogar, 5 son pensionados, 7 son comerciantes, 7 se dedican a trabajos diversos de auto empleo.

Tipo de discapacidad de los 44 pacientes estudiados con artritis reumatoide tipo I leve se encontraron 21 pacientes, con artritis reumatoide tipo II moderada se encontraron 12, con artritis reumatoide tipo III severa se encontraron 11, en realidad las características de estos pacientes los cuales se manejan en etapas tempranas del padecimiento se debe su evolución favorable dentro de este proceso crónico degenerativo progresivo en esta población estudiada en realidad son pocos los que se encuentran con una artritis tipo III severa los cuales son dependientes de sus familiares.

Adaptación dentro de los 44 pacientes estudiados con artritis reumatoide y sus familias 26 se adaptan casi siempre a este padecimiento, y 16 algunas veces se adaptan a este padecimiento, y 3 no se adaptan a este padecimiento tanto paciente como sus familiares dentro de este padecimiento por la artritis reumatoide.

Compañerismo dentro de la población en estudio los 44 pacientes con artritis reumatoide y sus familias estudiados 23 familias casi siempre se adaptan, 15 algunas veces existe solidaridad ante el paciente y sus familiares por la presencia de artritis reumatoide, y solo 6 casi nunca tienen un compañerismo secundario a la artritis reumatoide tanto del paciente como de sus familiares.

Crecimiento de los 44 pacientes con artritis reumatoide y sus familias 21 casi siempre se permite un crecimiento tanto en los familiares como en el paciente, 19 pacientes y sus familias tiene algunas veces les permiten un crecimiento, y solo 4 pacientes y familiares casi nunca se permiten un crecimiento.

Afectos dentro de los 44 pacientes y sus familias estudiadas 23 casi siempre se expresan sus afectos, y 15 algunas veces se expresan sus afectos, y solo 6 casi nunca se expresan sus afectos los cuales son los menos dentro de este estudio.

Acuerdos de los 44 pacientes estudiados con artritis reumatoide con sus familias 23 casi siempre llegan a acuerdos, y 17 algunas veces llegan a acuerdos, y 4 casi nunca llegan a acuerdos.

Apgar familiar de los 44 pacientes estudiados y sus familias 31 son altamente funcional, 10 son moderadamente funcional, y solo cuatro son severamente disfuncional en realidad de total de la población estudiada en realidad la gran mayoría realiza una adecuado manejo de sus crisis no normativas.

8.- CONCLUSIONES:

De la población en estudio en los 44 pacientes con artritis reumatoide la presencia de este padecimiento no afecto el grado de funcionalidad familiar en su gran mayoría 31 son altamente funcionales 10 son moderadamente funcionales, y solo 4 son severamente disfuncionales en su gran mayoría estas familias han realizado un adecuado manejo de sus crisis no normativas.

En cuanto al conocimiento del padecimiento existe una falta de información en cuanto a la capacitación en artritis reumatoide en los 44 pacientes y sus familias solo 8 saben sus características auto inmune inflamatoria y sistémica cuya causa no se ha precisado pero son varios los factores ambientales los cuales intervienen en su desarrollo, por lo que es necesario realizar platicas con una información hacia los pacientes y su núcleos

familiares tomando en cuenta la predisposición genética, auto inmune inflamatoria sistémica de evolución crónica invalidante e incapacitante si el tratamiento no es llevado adecuadamente, aunque ya se concluyo que debido al apego a su tratamiento y la edad de la presencia de artritis reumatoide son de los 44 pacientes 21 pacientes presentan tipo I leve, y solo 12 tipo II moderada y solo 11 tipo III severa, las cuales desde el punto de vista del medico familiar de primer contacto se pueden realizar directamente con la población en estudio.

9.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.-Gral Brig M. C. Celaya R. Gral. Brig. M. C. Huerte D. Terapéutica y Procedimientos Medico 2 ED México: ediciones del texto mexicano, 2002.p. 498-501.
- 2.-Nespor GT. Byers P Seythied C. Et all HLA genes associated whit rheumatoid.
- 3.-Galarza D Flores D. arthritis Reumatoide: conceptos actuales, Medicina Universitaria 1999; 2:9-17.
- 4.-Fernández V Poncell V. Fernández: ruptura de tendones extensores de los dedos en la artritis reumatoides, Anales médicos 200 45:82-86.
- 5.-Fernández V. Schenk P Juaréz R. Deformidad en boutonniere de los dedos en la artritis reumatoide. Trabajo de investigación. Anales médicos. 2000; 45:78-81
- 6.-Navarro C. Galarza D. esquivel V. Skinner T. Garza E et el complicaciones oftálmicas en pacientes con artritis reumatoide que an tomado corticoesteroides durante más de seis meses medicina universitaria 2000; 4:64-69.
- 7.-Robles FT Eustace JR. Fernádes CM. El enfermo crónico y su familia. México: Ediciones Nuevo Mar CEMIC: 1987.
- 8.-McWhinney IR. Medicina de Familia. Barcelona: Mosby/Doyma Libros, 1995.
- 9.-Rojo PJ Bioética. Bol Med Fam. Facultad de Medicina. UNAM 1995; 11:4-6.
- 10.- Kornblit A. Somática familiar. Barcelona:Gedisa,1984.
- 11.- Fuentes Biggi J. El sistema, la comunicación y la familia. En: Suárez T; Rogero GF. Paradigma sistémico y terapia de familia Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1983.
- 12.- Campbell TL. Family's impacton health: a critical review. Fam Systems Med 1986; 4: 136-200.
- 13.- De la Revilla L. Disfunción familiar Aten Primaria 1992; 10: 582-583.
- 14.- De la Revilla L. Por qué es necesaria la atención familiar. En: De la Revilla L. eds. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Ed Doyma. 1994: 1-6.
- 15.- Horwitz N. Florenzano R. Ringelig I. Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1985; 98: 144-154.
- 16.- Smikenstein G. The familia Apgar: a proposal of a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978; 6: 1.23-2.239.
- 17.- Crouch MA. Williamson DS. Family Dynamics. En: Rakel RE. ed. Essentials of family practice. Filadelfia: WB Saunders Co.,1993; 24-31.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
DELEGACION N° 3 Y 4SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 43 TURNO MATUTINO.
IMPACTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN LA FUNCION FAMILIAR.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

YO _____

Acepto de manera libre y voluntaria, participar en el proyecto de investigación; IMPACTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN LA FUNCION FAMILIAR, en el cuál he sido debidamente informado acerca del propósito del instrumento en el cuál se mide la funcionalidad familiar, por el impacto de la artritis reumatoide. Reconociendo que en ningún momento del estudio se ocasionara riesgo de salud. También estoy conciente que podré solicitar mi retiro del estudio en cualquier momento que lo solicite.

Fecha:

Nombre:

Firma

Numero de afiliación:

Dirección:

Testigo:

Testigo:

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
DELEGACION N° 3 Y 4 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 43 TURNO MATUTINO.
IMPACTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN LA FUNCION FAMILIAR.

FICHA DE IDENTIFICACION:

NOMBRE:

NUMERO DE AFILIACION:

FECHA:

HORA:

SEXO: FEMENINA()

MASCULINO()

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) () VIUDA(O) () CASADO(A) ()
UNION LIBRE ().

TENENCIA DE LA TIERRA PROPIA: SI () NO ()

CAPACITACION DE LA FAMILIA EN ARTRITIS REUMATOIDE: SI () NO ()

LUGAR DE TRABAJO: _____

INGRESO FAMILIAR: MINIMO 1 - 3 () 5-8 () 9 A MAS ()

TIENE ARTRITIS REUMATOIDE: SI () NO ()

TIPO DE MIEMBRO DE LA FAMILIA AFECTADO: Padre: _____
Madre: _____ Hijo _____ Tío(a) y primo(a) _____ Abuelos y otros _____

Tipo de Discapacidad ocasionada por Artritis reumatoide: Tipo I Leve: _____

Tipo II Moderada: _____ Tipo III Severa: _____

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
DELEGACION N° 3-4 SUROESTE DE DISTRITO FEDERAL:
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 43 TURNO MATUTINO.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR:

APGAR FAMILIAR INTEGRAL:

ATRIBUTO CALIFICADO: PADRE MADRE HIJO(A) HIJO(A)

ADAPTACION: Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo problemas.

COMPAÑERISMO: Estoy satisfecho del modo en que mi familia discute temas de interes y comparten conmigo las solución del problema.

CRECIMIENTO: Mi familia acepta mis deseos de hacer cambios en mi vida.

AFFECTOS: Estoy satisfecho con el modo en que mi familia me expresa amor y respeta mis sentimientos de enojo, pena, o afectos.

ACUERDOS: Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo estamos juntos.

TOTAL DE PUNTOS INDIVIDUALES: _____

CALIFICACION FAMILIAR: _____

CASI SIEMPRE (2) PUNTOS

ALGUNAS VECES(1)

CASI NUNCA(0)