



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

U.M.F. No. 49

CELAYA, GTO.

TÍTULO: APOYO SOCIAL Y DISCAPACIDAD FÍSICA EN EL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA DE CADERA Y RODILLAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 3 CON MF SALAMANCA GTO. AÑO 2010.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA. TERESITA DEL NIÑO JESUS CONTRERAS MARTINEZ

Celaya Guanajuato 2011.



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.

**APOYO SOCIAL Y DISCAPACIDAD FÍSICA EN EL
ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD ARTICULAR
DEGENERATIVA DE CADERA Y RODILLAS EN EL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 3 CON MF
SALAMANCA GUANAJUATO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

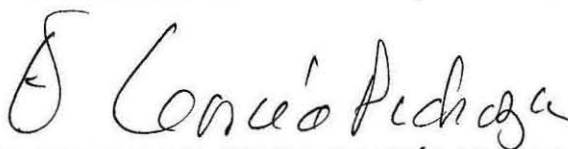
PRESENTA

DRA. TERESITA DEL NIÑO JESUS CONTRERAS MARTÍNEZ

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

TÍTULO: APOYO SOCIAL Y DISCAPACIDAD FISICA EN EL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA DE CADERA Y RODILLAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 3 CON MF SALAMANCA GTO AÑO 2010.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA. TERESITA DEL NIÑO JESUS CONTRERAS MARTINEZ

ASESOR METODOLÓGICO

DR. MIGUEL ÁNGEL RAMÍREZ LÓPEZ.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN SALAMANCA, GTO.

ASESOR TEMA DE TESIS

DRA. MA. MERCEDES BALDERAS HERNÁNDEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS, CELAYA, GTO.

2011

LA CIENCIA ES LA VERDADERA ESCUELA MORAL; ELLA ENSEÑA AL HOMBRE EL AMOR Y EL RESPETO A LA VERDAD, SIN EL CUAL TODA ESPERANZA ES QUIMERA.

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS:

POR DARMER LA VIDA Y OTORGARME ESTE DON TAN MARAVILLOSO DE PODER SERVIR A LOS DEMAS.

A LA VIDA

POR TODAS LAS ENSEÑANZAS QUE HE APRENDIDO A LO LARGO DE TODO ESTE TIEMPO.

A MIS PADRES:

TERESA Y MOISES POR SU APOYO INCONDICIONAL, SUS SABIOS CONSEJOS CON LOS CUALES HICIERON POSIBLE LLEVAR ACABO ESTE PROYECTO; POR LA EDUCACIÓN PERFECTA QUE DE ELLOS HE RECIBIDO Y SOBRE TODO POR SER LOS MEJORES PADRES DEL MUNDO.

A MIS HERMANOS/AS:

NOS ENSEÑARON A SER UNA FAMILIA UNIDA, EN LA QUE CADA UNO SOMOS UN PILAR IMPORTANTE DE LA MISMA, Y PARA MI SON EL MOTIVO DE MIS LOGROS.

A MI ASESORA DRA. MARIA DE LA LUZ LEÓN VAZQUEZ:

POR SU APOYO INCONDICIONAL Y SU ACERTADA ENSEÑANZA EN LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO, ASÍ COMO POR EL TRIUNFO OBTENIDO ANTE LAS ADVERSIDADES.

AL DR. CARLOS ALBERTO VAZQUEZ ANDRADE:

INICIAMOS ESTE PROYECTO JUNTOS, HUBO MOMENTOS DIFÍCILES, EN LOS CUALES APRENDIMOS A NO CAER, A SEGUIR SIEMPRE ADELANTE, VENCIENTO OBSTACULOS; MUESTRA DE ELLO ES LA CULMINACIÓN DE ESTA ETAPA. GRACIAS POR SER MI MANAGER.

TITULO: APOYO SOCIAL Y DISCAPACIDAD FÍSICA EN EL ADULTO MAYOR
CON ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA DE CADERA Y
RODILLAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 3 CON MF
SALAMANCA GTO AÑO 2010.

ÍNDICE GENERAL:

Título	1
Introducción	3
Marco teórico	4
Planteamiento del problema	15
Justificación	17
Objetivos	19
Metodología	20
Resultados	29
Discusión	38
Conclusión	40
Referencias Bibliográficas	41
Anexos	44

INTRODUCCIÓN:

El apoyo social es de gran importancia en la atención de diversos problemas de salud en medicina familiar, su presencia es imprescindible durante las diversas etapas de la vida pero con mayor razón en el paciente adulto con enfermedad articular degenerativa, ya que ayuda al médico familiar de diversas maneras; por ejemplo cuando el paciente se encuentra con limitación física importante que requiere de la presencia del cuidador principal, quien es el que va a ejercer el rol de proporcionar medicamentos, alimentos y rehabilitación adecuada, de ahí que resulta relevante su estudio.

Ante este problema de salud y su repercusión en el deterioro de la calidad de vida (dolor, rigidez y limitación física) los servicios de salud están ofertando un creciente número de artroplastias, probablemente debido a la mayor expectativa de vida y a la mejora socioeconómica de los países en desarrollo.

La calidad de vida en esta etapa de los pacientes es fundamental ya que está influenciada por su estado de ánimo, por su capacidad de afrontar las situaciones de crisis y por el apoyo social.

Dada la ausencia de información regional sobre este problema se realizó un estudio observacional en muestra de adultos mayores con el propósito de indagar si existe o no apoyo social en el adulto mayor con enfermedad articular degenerativa de cadera y rodillas, esperando que los resultados sean de utilidad para la comunidad de medicina familiar.

MARCO TEÓRICO:

Antecedentes de las Enfermedades Articulares Degenerativas

A lo largo de la historia, y hasta los años 70 de este siglo las enfermedades infectocontagiosas han sido las más importantes a nivel de morbilidad y mortalidad. A partir de la década de los años setenta empieza a ponerse de manifiesto la importancia de las enfermedades de origen no infeccioso. En este cambio se marcan diferencia entre los países desarrollados y los países subdesarrollados.

En los países desarrollados se produce una gran prevalencia de las enfermedades crónicas degenerativas, pasando las enfermedades infecciosas a un nivel menor. En los países subdesarrollados, las enfermedades infecciosas siguen manteniendo su importancia (25% de su mortalidad); las enfermedades circulatorias y los tumores son 3 veces menos frecuentes que en los países industrializados.^{1,2}

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que constituye un “proceso incurable, con una gran carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social y discapacidad física. Tiene una etiología múltiple y con un desarrollo poco predecible que puede persistir durante largo tiempo”

La enfermedad crónica dejada a su evolución natural o con una intervención inadecuada comporta una gran repercusión sobre el estilo de vida del paciente e incluso alto grado de discapacidad.

Sin embargo en la mayoría de estas enfermedades si el paciente desarrolla un buen auto cuidado se puede tener una autonomía cotidiana plena. Estas personas pueden tener una situación en la que no se consideran, ni quieren que se les considere, como enfermos.³

Características

a) Padecimiento Incurable: permanente e irreversible con períodos de remisión y recaídas.

- b) Multicausalidad o plurietiología: están asociadas a diversos factores químicos, físicos, ambientales, socioculturales, muchos de ellos relacionados con el modo de vida y el trabajo.
- c) No Contagiosas: no están producidas por agentes microbianos, por lo tanto no pueden transmitirse.
- e) Incapacidad Residual: dejan secuelas psicofísicas y por tanto disminuyen la calidad de vida.
- f) Rehabilitación: requieren entrenamiento específico del paciente y de su familia para asegurar su cuidado y una estrecha colaboración y supervisión del equipo de cuidados.
- g) Importancia Social: determinada por las tasas de mortalidad y la repercusión socioeconómica, incapacidades en la población activa y gasto sanitario que generan.
- h) Prevenibles: tanto a nivel primario, mediante la modificación de determinados factores, como a nivel secundario, mediante su detección precoz.
- i) Sentimientos de pérdida: se generan en el paciente respecto a su vida anterior⁴

Osteoartritis

Es el tipo más común de artritis. Usualmente comienza con la edad y afecta los dedos, rodillas y caderas. A veces este tipo de artritis se desarrolla en el lugar donde hubo una lesión o golpe. Por ejemplo, un joven podría golpearse una rodilla jugando fútbol, o al caerse o lastimarse en un accidente de tránsito. Luego, años después de que la rodilla aparentemente había sanado, pueden aparecer síntomas de artritis.

El Subcomité de Osteoartritis del American College Of. Rheumatology (ACR) Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee definió la artrosis como “un grupo Heterogéneo de condiciones que conducen a síntomas y signos articulares los

Cuales se asocian con defectos en la integridad del cartílago articular, además De cambios relacionados con el hueso subcondral y con los márgenes articulares”

La Osteoartritis (OA) es la más común de las enfermedades articulares, con el 50 % de la población mayor de 60 años que presenta algún grado de alteración radiológica relacionada. Más interesante aún, los cambios degenerativos en las articulaciones se inician en personas más jóvenes, llegando a encontrarse estos hallazgos patológicos en porcentajes tan altos como 90 % de autopsias hechas a personas mayores de 40 años. Definida como "enfermedad articular degenerativa", la OA se produce por una alteración progresiva del cartílago que causa daños al hueso subcondral. ⁵

Enfermedad articular degenerativa:

La cadera y las rodillas pueden sufrir de un trastorno degenerativo articular llamado osteoartritis, es un síndrome anatomoclínico caracterizado por rigidez, dolor mecánico que lleva a la pérdida o disminución de la función articular, limitación que se hace progresiva afectando la calidad de vida de estos pacientes así como sus actividades de la vida diaria. Es la enfermedad reumática más frecuente , teniendo una prevalencia en todo el mundo de un 5 por ciento , representa el 30 por ciento de todas las enfermedades reumáticas atendidas por los servicios de reumatología, su número y su importancia tienden a aumentar progresivamente por que la duración media de la vida y la presencia de factores de riesgo , es mayor en la población que ha envejecido se ha estimado que en personas mayores de 60 años se encuentra en un 30 por ciento, más frecuente en mujeres, siendo por lo regular en la cadera y/ o en las rodillas en esta última llamada gonartrosis.

Es una de las enfermedades mas incapacitantes ya que lesiona articulaciones que soportan la carga. Los factores de riesgos no modificables más frecuente encontrados son: Edad, Raza, Predisposición genética, Sexo, mientras que los modificable son: Obesidad, Estrés mecánico o mal alineamiento, Alteraciones podálicas, Alteraciones de la rodillas, Alteraciones del eje axial, Traumatismos articular.

La prevención de las enfermedades reumáticas constituye una inversión altamente rentable a corto, medio y largo plazo, en esta enfermedad se puede realizar prevención primaria que es evitar o retrasar las enfermedades actuando sobre los factores de riesgo.

El síntoma principal es el dolor de instauración progresiva, que se desencadena al inicio de la deambulación mejorando tras los primeros pasos, al subir y especialmente al bajar escalera o tras una deambulación prolongada, puede haber tumefacción articular, debida a los osteofitos, hipertrofia de la grasa peri rotuliana o a derrame articular. En la artrosis son utilizados tres grupos de fármacos: analgésicos, antiinflamatorios no esteroide y condroprotectores o anti-artrosico sintomáticos de acción lenta –son los que mejoran o retardan los síntomas de la artrosis, actuando en forma lenta.⁶

Apoyo social:

La importancia de la definición viene dada porque ésta acaba determinando la operacionalización concreta del concepto de apoyo social y su medida. A continuación se presentan varias definiciones que los investigadores han dado del apoyo social:

- El apoyo social es definido por la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas.
- La información que permite a las personas creer que: a) se preocupan de ellos y les quieren, b) son estimados y valorados y c) pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas.
- Transacciones interpersonales que implican la expresión de afecto positivo, la afirmación o respaldo de los valores y creencias de la persona y/o la provisión de ayuda o asistencia.
- La disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas.
- El grado en que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la interacción con los otros.⁷

De acuerdo con **Muñoz** el soporte social es una práctica de cuidado que se da en el intercambio de relaciones entre las personas y se caracteriza por:

Expresiones de afecto, afirmación o respaldo de los comportamientos de otra persona, entrega de ayuda simbólica o material a otra persona. El apoyo social se expresa como la transacción interpersonal que incluye tres aspectos: la expresión de afecto de una persona hacia otra (**Apoyo Afectivo**), la aprobación de la conducta, pensamientos o puntos de vista de la otra persona (**Apoyo Confidencial**) y la prestación de ayuda de tipo material (**Apoyo Instrumental**). A pesar de las diferentes conceptualizaciones de apoyo social existe consenso en que: El apoyo social posee una estructura que está definida por las características cuantitativas u objetivas de la red de apoyo social, tales como el tamaño, densidad, dispersión geográfica, etc., así como por las características de los contactos y los vínculos sociales que tienen lugar dentro de ella (homogeneidad, reciprocidad o multiplicidad de contactos).⁸

El apoyo social también cuenta con una dimensión funcional donde se analizan los efectos o consecuencias que le producen al sujeto el apoyo, es decir se refiere a la calidad del apoyo social existente y en este sentido se destacan la valoración subjetiva y la disponibilidad de éste (apoyo percibido vs apoyo recibido) y el que se refiere a los diferentes tipos de apoyo (instrumental, informativo y socioemocional), así como al grado de satisfacción con éste. El apoyo social como proceso es el que le da una connotación dinámica al constructo, se refiere a los diferentes elementos que influyen en la movilización y la efectividad de éste en el tiempo, lo que está vinculado a su vez por la contextualización del proceso (etapa vital del individuo, tipo de problema al que se enfrenta, condiciones socioeconómicas y culturales).⁹

El apoyo social es fundamental en la vida de las personas en la vejez: a través de este, se conforman posibles redes y alternativas de apoyo ante situaciones difíciles que pueden presentarse en esta edad. El apoyo social durante la vejez, lo entendemos como “la atención y el dialogo necesario para mantener una vida de continuidad personal a partir de un grado mínimo de seguridad y de confianza sobre el medio en el que se vive”.¹⁰

El apoyo social, puede estudiarse desde dos perspectivas, la que *hace referencia a los aspectos estructurales y la que se basa en los aspectos funcionales*.

Los aspectos estructurales de las redes sociales se caracterizan por su objetividad. Se refieren a aspectos físicos como el tamaño (número de individuos que ocupan la red), complejidad (número de roles que desempeña el individuo en la red y actividades en las que se halla implicado). Describen la existencia de los vínculos sociales de un individuo, recogiendo así todos los datos sobre sus relaciones interpersonales: estado civil, interacciones con la familia y los amigos, afiliaciones religiosas a las que pertenece...

Cuando se habla del aspecto funcional del apoyo social se hace referencia a la percepción de disponibilidad de apoyo. Así distinguimos entre apoyo recibido (objetivo) y apoyo percibido (subjetivo).

La disponibilidad de apoyo social se refiere al número de transacciones que ocurren o han ocurrido en situaciones problemáticas que el sujeto las ha necesitado.¹¹

En las situaciones en las cuales no son suficientes los esfuerzos personales, hay que disponer de otro tipo de recursos externos que son los denominados "sistemas de apoyo social". Los cuales se clasifican en diversos tipos:

1.- Tipos de sistemas de apoyo.

1.1.- Sistemas de apoyo naturales:

- Familia
- Compañeros de trabajo
- Compañeros de estudio
- Compañeros de culto y creencias
- Amigos, vecinos, etc.

1.2.- Sistemas de apoyo organizados:

- Servicios sociales institucionales.
- Asociaciones de autoayuda.
- Organizaciones no gubernamentales.

- Ayuda profesional: médicos, enfermeras, asistentes sociales. ¹²

La familia como sistema de apoyo.

La familia se define como el grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje. Es un sistema abierto en constante interacción con los entornos histórico, social, económico y cultural; no es una unidad homogénea en su conformación, lo cual indica que no todas están integradas de igual manera.

La composición familiar no es un fenómeno estático, sino un proceso dinámico que cambia tanto en relación con el momento histórico que se estudia como en la etapa del ciclo de vida en que se encuentra, o con determinados acontecimientos importantes a los que se ve sometida. ¹³

La familia es la unidad básica de la sociedad alrededor de la cual se mueven todos los individuos, es un sistema abierto dado que sus miembros se constituyen como unidades que se relacionan formando subsistemas (subsistema conyugal, subsistema filial y subsistema fraterno) y configuran el sistema familiar abierto que mantiene relaciones con otros sistemas.

La familia es la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas, tanto en los periodos de independencia como en los de dependencia (niñez, enfermedad, desempleo, etc.) ¹⁴

La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo, amortiguadora de las tensiones que engendra la vida cotidiana, pero podrá ser, a menudo, generadora de estrés en sí misma. ¹⁵

Para que la interacción entre los miembros de una familia sea la mejor posible es necesario que el sistema familiar sea capaz, de unido como grupo, enfrentar las crisis, expresar los afectos, como permitir el crecimiento individual de sus miembros y producir el intercambio o interacción constante entre ellos, respetándose la autonomía y el espacio del otro. La comunicación deberá ser clara y directa, las funciones de sus miembros estarán bien establecidas, así como sus responsabilidades y predominará la flexibilidad del sistema. ¹⁶

En la medida que una familia sea más unida, madura, interactuante en sentido de la positividad, tendiente al equilibrio y la armonía cooperadora e inteligente,

sus capacidades adaptativas y la flexibilidad que devenga de ellas, permitirá con más éxito que su nivel de aceptación ante las frustraciones existenciales mejore, para así afrontar tales contingencias con una óptica más realista y lograr la recuperación del inevitable sufrimiento, de manera tal que se restablezca y reestructure la convivencia familiar en la situación nueva, en un sentido positivo y creador ¹⁷

Los enfermos crónicos con algún grado de discapacidad reciben la mayor parte de los cuidados del entorno familiar. Dentro de la familia suele haber un miembro que asume la responsabilidad, organización y dedica más tiempo. A esta persona se le denomina Persona de Apoyo Principal (PAP).¹⁸

La familia, constituye la base del sistema de apoyo natural del individuo, sin embargo, son importantes otros sistemas de apoyo que puede tener el paciente entre ellos:

Amigos: Elegidos por el individuo y con ellos se comparten intereses, aficiones y filosofía de vida, generando sentimientos positivos de pertenencia, estima y seguridad.

Compañeros de culto: Es un sistema de apoyo muy antiguo. Es una relación que se caracteriza por encuentros periódicos con individuos con los que se comparten creencias, valores y un sentido de la vida. Es un apoyo disponible incluso con cambios geográficos.

Vecinos: Debido a la soledad en que viven algunos enfermos, con sus familias distantes geográficamente, los vecinos se sitúan en un primer lugar en el apoyo del paciente en temas domésticos (compras, alimentación) y de compañía. Proporcionan una sensación de seguridad al paciente ante los acontecimientos imprevistos que pueden surgir.

Asociaciones de auto ayuda: Se reúnen personas que comparten los mismos problemas y experiencias vitales. Los fines de estas asociaciones son:

- Apoyo y soporte para todos los miembros de la asociación.
- Puesta en común de experiencias personales y conocimientos que pueden ayudar a otras personas.
- Promover la adaptación al cambio de vida causado por la enfermedad.
- Actuar como grupo de presión sobre la administración, instituciones y la opinión pública, con el fin de dar a conocer su situación y encontrar salidas pertinentes a sus problemas.

Organizaciones no gubernamentales (ONG) y asociaciones de voluntarios. En nuestro país estas actividades cada vez adquieren una mayor importancia, aumentando constantemente el número de personas que dedican parte de su tiempo a estas actividades.

El voluntario es toda persona que de una manera desinteresada, generosa y constante dedica su tiempo libre al servicio de los demás. ^{19,20}

Impacto de la enfermedad crónica.

La enfermedad crónica genera en el paciente y en su familia incertidumbre, desgaste físico, dependencia, cambios en el estilo de vida y tiene repercusiones sobre el área personal y social del individuo.

Entre los principales aspectos que relacionan a la familia con la enfermedad crónica, está:

- a) la familia puede influir en el curso de la enfermedad crónica, entendiendo que la interacción entre la familia y la tipología de la enfermedad pueden tener una influencia positiva o negativa sobre el curso del proceso crónico, y
- b) la familia como recurso; conviene destacar que la familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta el paciente crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacando el papel del cuidador primario, que es el que aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional. ²¹

La identificación del apoyo social y familiar no es tarea fácil, cuesta en la atención familiar superar los conflictos por: limitaciones de tiempo, por cuestiones de trabajo, actitudes o familiares.

ADULTO MAYOR:

El envejecer, o mejor, el poder vivir más tiempo, implica una serie de cambios psicológicos, fisiológicos y socioculturales que las personas no están preparadas a enfrentar. Estos cambios no solo suceden dentro de cada individuo, sino también en las personas que están a su alrededor. Esta situación se agrava con las dificultades que encuentra al tratar de llevar su vida como la llevaba anteriormente y que al no lograrlo los hace sentirse inútiles.

En México existe un rápido crecimiento de la población en edad adulta. Se señala que existe un incremento promedio anual de 180 mil adultos mayores y se prevé un aumento de 27 millones de este año hasta el 2050. El 80% de dicho aumento comenzará a partir del 2020.

Según la **OMS**, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejos o ancianos, y los que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A toda persona mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. Uno de cada cuatro habitantes será considerado adulto mayor. (INEGI 2000).

Al adulto mayor se le asocia generalmente con una etapa productiva terminada, con historias de vida para ser contadas como anécdotas, leyendas o conocimientos.

El aprendizaje se le considera como un proceso siempre activo que se realiza a lo largo de la vida. En este proceso se promueve la actualización de los conocimientos ya alcanzados, asociándolos, comparándolos, reflexionando sobre sus propias creencias y explicarlos frente a los otros.

Así se debe liberar al adulto mayor de esa imagen de incapacidad, soledad, contribuyendo a consolidar su rol social, a redescubrir sus capacidades y habilidades, enriqueciendo su autoestima al ser protagonista activo dentro del grupo.

Concepto mundial

Según los estudios demográficos de las Naciones Unidas, en el año 2000 el

mundo contaba con 590 millones de personas de setenta o más años de edad y en el año 2025 serán 1100 millones, con un aumento del 224 por 100 en relación con las cifras de 1975. Dicha población habitará tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. El envejecimiento ha sido definido también como todas las modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.²²

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La enfermedad articular degenerativa constituye un problema de salud pública, favorece el aumento de la discapacidad, se estima que 500 millones de personas en el mundo, es decir el 10% de la población, tiene algún tipo de discapacidad por alguna enfermedad crónica, en Latinoamérica se menciona que aproximadamente 85 millones de personas sufren de discapacidad. **(Vega y Cols)**. La tecnología y los avances en la medicina han permitido que las personas sobrevivan a enfermedades fatales, pero aumentando en la incidencia de la enfermedad crónica que constituye la principal causa de discapacidad, porque se ha encontrado una estrecha relación entre la prevalencia de enfermedad crónica no transmisible y la discapacidad.

En la población mexicana, que ha aumentado su expectativa de vida, se ha estimado que en personas mayores de 60 años la enfermedad articular degenerativa se encuentra en un 30 por ciento que conlleva algún grado muchas de las veces no estatificado de capacidad funcional. Estos cambios en el perfil demográfico, epidemiológico y social del país implican que sus necesidades en términos de pensiones, servicios sociales y servicios de salud deberán crecer a un ritmo similar si lo que se busca es cubrirlas cabalmente, a pesar de que son evidentes los problemas que, en el futuro puede implicar este crecimiento acelerado de la población, en México no se ha diseñado estrategias para enfrentarlos desde la perspectiva social, cultural e institucional. Los esfuerzos de diversas instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ó el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) se encuentran en la etapa de reconocimiento del fenómeno y de su aceptación.^{23,24}

Resultados de investigación en pacientes con enfermedad crónica consideran beneficios cuando operan los factores de protección y de apoyo. Se ha encontrado que éste protege contra el estrés generado por la enfermedad y capacita al enfermo y a sus cuidadores para evaluar la situación y adaptarse mejor a ella, ayudándole a desarrollar respuestas de afrontamiento. Otros

estudios han señalado que los pacientes con enfermedad crónica perciben una necesidad mayor de apoyo social y familiar en actividades básicas, emocionales y sociales. La familia, seguido de las amistades y profesionales, ha constituido las principales fuentes de apoyo.^{25,26}

Es por ello que el presente estudio hace referencia a dicha problemática y nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Recibe apoyo social el adulto mayor con discapacidad física por enfermedad articular degenerativa de cadera y rodillas en el Hospital general de zona No 3 IMSS Salamanca Gto?

JUSTIFICACIÓN:

Criterios Epidemiológicos

Magnitud.

La población de adultos mayores tiende al crecimiento como consecuencia del aumento de la esperanza de vida, el énfasis en la promoción de la salud, el auto-cuidado y la disminución de la natalidad. Si se tiene en cuenta que en esta etapa del ciclo vital hay una mayor frecuencia de enfermedades crónicas que crean discapacidad, surge la necesidad de estar preparados para atender y recibir esta población que se proyecta de manera alarmante para los próximos 20 años.

Trascendencia.

El cuidado de la salud del discapacitado sigue correspondiendo en su mayor medida a la familia y al sistema doméstico, por tanto es indispensable considerar a la familia de estos pacientes como objeto de estudio y de atención médica. Entender como es el apoyo social y familiar del paciente con o sin restricción funcional por enfermedad articular degenerativa, puede favorecer el manejo de la intervención preventiva, terapéutica y rehabilitadora, mediante el fortalecimiento de las relaciones intrafamiliares o el refuerzo de grupos de autoayuda, la salud física como la psíquica pueden mejorar al aumentar el apoyo social.

Vulnerabilidad.

Por todo ello, nos planteamos realizar un trabajo que ayude a conocer cómo se encuentran desde el punto de vista funcional y social los pacientes afectados por la artrosis degenerativa, valorando para ello, su capacidad física y el apoyo social que reciben. Entendido como el grado en el que las necesidades sociales básicas son satisfechas.^{27,28}

Criterios Administrativos:

Factibilidad.

Cuando hablamos del aspecto del apoyo social, hacemos referencia a la percepción de disponibilidad de ayuda, así distinguimos entre apoyo recibido y

apoyo percibido, identificándose por medio del cuestionario de DUKE. El grado de discapacidad física fue obtenido por la aplicación del instrumento de WOMAC que cuenta con tres secciones: aspecto del dolor, aspecto de la rigidez y aspecto de la capacidad funcional.

En el IMSS se cuenta con población adulta que acude a su control mensual de enfermedades crónico-degenerativas, lo cual nos permite la aplicación de instrumentos para llevar a cabo este estudio de investigación, previo consentimiento informado para contestación de encuestas. Por lo tanto se cuenta con los recursos económicos, éticos y humanos.

Viabilidad.

El comité Local de Investigación en salud del IMSS ha dado el registro y autorización para la realización de este estudio.

OBJETIVOS

Objetivo General: Determinar si existe apoyo social en el adulto mayor con discapacidad física por enfermedad articular degenerativa de cadera y rodillas en el hospital general de zona no 3 IMSS Salamanca Gto.

Objetivos específicos:

1. Describir las características de la familia del adulto mayor con discapacidad física por enfermedad articular degenerativa de cadera y rodillas.
2. Determinar las características sociodemográficas del adulto mayor en estudio.

MATERIAL Y MÉTODO:

Tipo de estudio: Observacional, Transversal, descriptivo

Observacional

Debido a que no hubo intervención experimental por parte del investigador.

Transversal

Solo se realizó una sola medición

Descriptivo:

Se describirán los datos obtenidos

Lugar

Hospital general de zona No. 3 del IMSS en Salamanca Gto.

Universo Y Población:

35 900 Adultos mayores de ambos sexos (60 años y más) con enfermedad articular degenerativa de cadera y rodillas que estén adscritos al Hospital general de zona No. 3 con MF Salamanca Gto. (Fuente SIMO)

Tamaño de Muestra:

Se calculó en base a la siguiente fórmula (para estudios descriptivos):

$$N = \frac{(Z\alpha)^2 (p) (q)}{(\delta)^2}$$

N: tamaño de la muestra

p: proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio: 30% o 0.30

q: 1-p (sujetos que no tienen la variable en estudio): 0.7

δ: precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar= 0.05

Zα: distancia de la media: 1.96

$$N = (1.96)^2 (0.30) (0.7) / (0.05)^2$$

$$N = 0.8064 / 0.0025 = 322$$

Tipo de Muestreo:

No probabilístico, por cuota.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Los adultos participantes se reclutaron de acuerdo al registro por enfermedad en el centro de su atención. Antes de la administración de la encuesta se aplicó una versión breve y modificada del **Mini-mental-test de Folstein**, que evalúa la orientación en tiempo, espacio y persona.

1.- Criterios de inclusión

- Adulto mayor de 60 años ambos géneros, competente mentalmente, que acuden a consulta habitual de medicina familiar, derechohabientes del IMSS
- Pacientes con diagnóstico de artrosis de cadera y / o rodillas.

2.- Criterios de no inclusión:

- Paciente de 60 años y más con secuelas neurológicas y ceguera.
- Pacientes con disfunción cognitiva, del habla o del lenguaje.

3.- Criterios de eliminación:

- Expresar de forma voluntaria no desear continuar con su participación.
- Entrevista incompleta.

VARIABLES

- **Discapacidad Física**; obtenida por la aplicación del instrumento ***Western Ontario y McMaster (WOMAC)***
- **Apoyo social**; De acuerdo a la calificación final obtenida de la aplicación del cuestionario de Duke.

Variables demográficas

- Edad
- Genero
- Escolaridad
- Ocupación
- Lugar de residencia
- Tipología familiar
- Ciclo familiar.

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	ESTADISTICO
Apoyo social	Grado en que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la interacción con los otros.	<p>Cuestionario de Duke- UNC</p> <p>Consta de 11 ítems con un valor máximo de 5 puntos por ítems.</p> <p>1.- Sí existe apoyo, si la suma total es igual o mayor a 32 puntos.</p> <p>2.- No existe apoyo, si la suma es menor de 32.</p>	Cualitativa, nominal y dicotómica	Frecuencia y porcentajes
Discapacidad física en el adulto mayor por enfermedad articular degenerativa de cadera y rodillas.	Debilitación en estructura o la función corporal significativa de ciertos estándares aceptados de la población.	<p>En base al puntaje obtenido en el cuestionario de Womac</p> <p>De un total de 96 puntos se considera:</p> <p>Leve 25 a 48</p> <p>Moderad 49 a 72</p> <p>Severa 73 a 96</p> <p>3 factores:</p> <p>Dolor puntaje máximo 20,</p> <p>rigidez puntaje de 8 y</p> <p>Capacidad Funcional puntaje total de 68.</p> <p>.</p>	Cualitativa Ordinal	Frecuencia y porcentaje

Edad	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta el momento de la encuesta	Años cumplidos al momento del estudio	Numérica, cuantitativa Discreta	Media, moda, desviación estándar.
Genero	Dimensión básica encontrado en la mayoría de las especies, determinado por la morfología de los genitales externos.	Características físicas que diferencian al hombre de la mujer. 1. Hombre 2. Mujer	Cualitativa, nominal, dicotómica	Frecuencia, porcentaje
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Ultimo nivel de estudios realizados. Nula, primaria, secundaria, técnica, preparatoria, licenciatura	Ordinal, cualitativa	Frecuencia, porcentaje
Ocupación	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa	Ocupación realizada por el paciente. Casa, pensionado, obrero, empleado, técnico	Nominal, cualitativa	Frecuencia, porcentaje
Lugar de residencia	Domicilio habitual o de radicación permanente	Zona demográfica en la que tiene el domicilio. Urbana y Rural	Nominal, cualitativa Dicotómica	Frecuencia , porcentaje
Tipología familiar	Determinadas composiciones que permiten identificar los miembros de una familia según sus lazos de filiación,	De acuerdo a los integrantes de un hogar, según lazos de filiación, parentesco, afinidad y afecto.	Cualitativa, nominal	Frecuencia, porcentaje

	parentesco, afinidad y afecto	Nuclear, Extensa, Reconstruida y Monoparental		
Ciclo Familiar	Serie de etapas que implican cambios y adaptaciones	De acuerdo a la etapa en la que se encuentre la familia del paciente. Expansión, dispersión, independencia y retiro	Cualitativa, ordinal.	Frecuencia, porcentaje.

Procedimiento:

Previa autorización por el Comité Local de Investigación, se localizaron a los pacientes en el área de consulta externa, previa información y firma de consentimiento informado se realizó una entrevista dirigida a los pacientes mayores de 60 años, con dx de osteoartrosis de cadera y/o rodillas, para obtención de datos socio demográficos (edad, genero, escolaridad, ocupación) numero y características de los integrantes de la familia para establecer la tipología familiar y etapa del ciclo en que se encuentran. Posteriormente se aplicó la escala de DUKE para determinar el apoyo social. Diseñada en 1989 por Parkensoni la cual cuenta con una alfa de Cronbachs de 0.92 constan de 11 ítems con respuesta tipo liker 1(nunca,) 2(a veces) 3(casi siempre) 4(casi siempre) 5(siempre) estableciéndose como criterio de corte de un bajo apoyo social si se obtiene una puntuación menor o igual a 32 puntos totales.²⁹

Además del cuestionario WOMAC para medir sintomatología y discapacidad física, previamente validado con una alfa de Cronbachs de 0.92 adaptada al español en 1999 para población con osteoartrosis de cadera y rodillas validada en el 2002, la cual mide 3 factores: dolor, rigidez y discapacidad, consta de 24 ítems y se valora del 0 ninguno, 1 poco, 2 bastante, 3 mucho y 4 muchísimo con una calificación total de 20 para el dolor, 8 puntos para la rigidez y 68 para la discapacidad.^{30, 31}

Las entrevistas fueron realizadas por el investigador.

Se creó una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 11.5 para su análisis, utilizando medidas de tendencia central para variables cuantitativas, frecuencias y proporciones para variables cualitativas chi cuadrada para correlación de variables

ASPECTOS ÉTICOS:

Esta investigación fue revisada y autorizada por el comité local de investigación, de acuerdo a los lineamientos del reglamento de la “Ley General de Salud en materia de investigación para la salud”. Por tratarse de un estudio de carácter descriptivo, transversal, no modifica, ni pone en peligro de ninguna forma la integridad física del paciente, ni modifica el tratamiento establecido por médico o médicos tratantes se solicita consentimiento informado y no contraviene los principios o lineamientos en materia de investigación del Código de Helsinki de 1975. El trato con el paciente fue cálido y amable, la información brindada por los pacientes fue confidencial y manejada con discreción.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD:

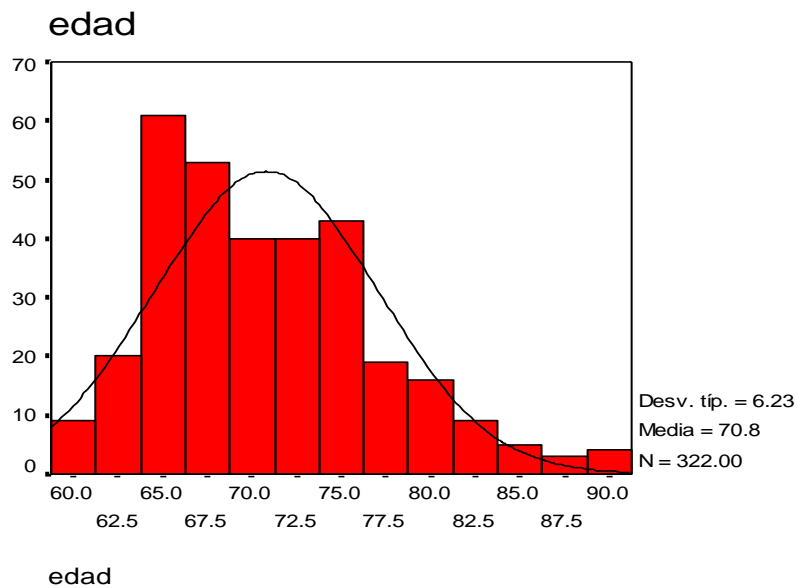
Los recursos materiales e Instrumentales como hojas de papel, lápices, computadora y software necesarios para la realización del presente trabajo de investigación fueron financiados por el investigador, no se conto con apoyo externo. En el Instituto Mexicano del Seguro Social se cuenta con la infraestructura y derechohabientes necesarios para el buen desarrollo del estudio, por lo que las autoridades lo consideraron factible de realizar, autorizando el estudio con el registro R - 2010 – 1004 – 1, por el comité de investigación local.

Los recursos humanos fueron: Investigador, asesor metodológico, asesor temático y pacientes.

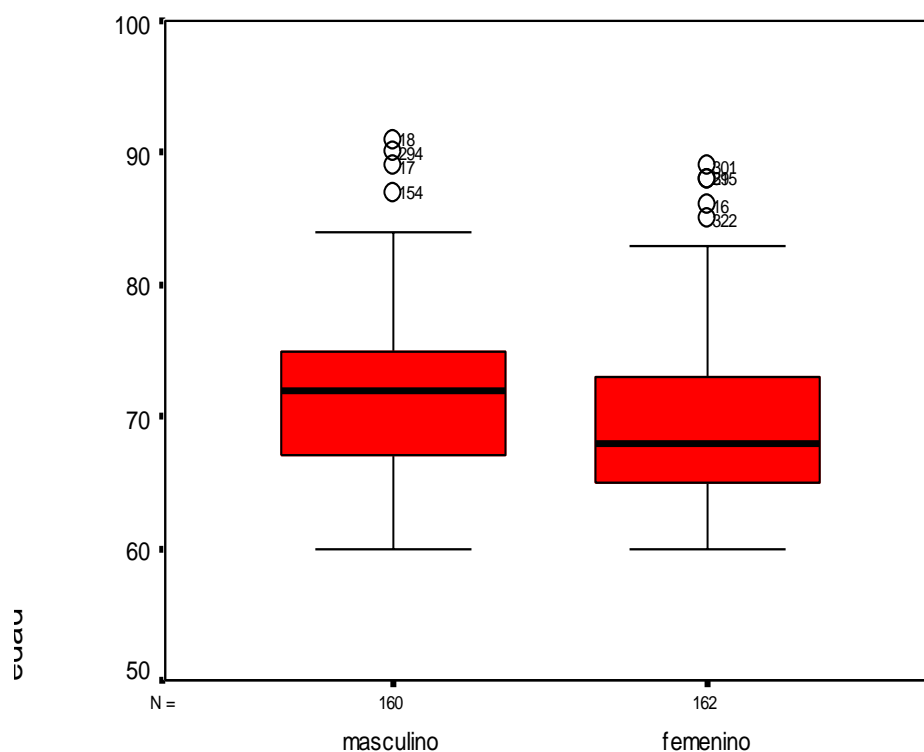
RESULTADOS

Se incluyeron 322 pacientes de los cuales el 49.7% (N=160) fueron del género masculino y el 50.3% (n=162) del género femenino; la edad osciló entre 60 y 91 años con una media de 70 años desv est. 6.2 años (GRAFICA 1 y 2)

Grafica 1 HISTOGRAMA



GRAFICA 2 Distribución Género de acuerdo a edad



genero

Fuente: Encuesta

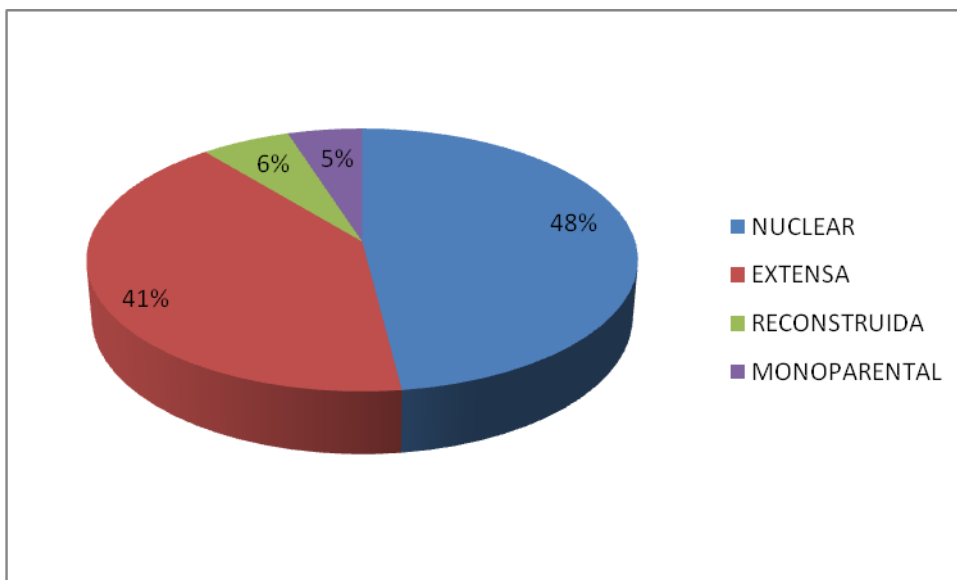
En cuanto a la escolaridad el 36.6% (n=118) se reportaron sin instrucción educativa, el 30.4% (n=98) escolaridad primaria, el 12.7% (n=41) secundaria, el 13.4% (n=43) carrera técnica y el 6.8% (n=22) licenciatura.

La ocupación mencionada en el 40% fue ninguna o ama de casa, el 33% (n=106) pensionado o jubilado, 12% (n=39) obreros, 10% (n=32) empleados, el 5% (n=16) profesionistas; en cuanto al número de integrantes de la familia el 53% (n=170) refiere 1 a 3 integrantes, el 45% (n=145) de 4 a 6 y el 2% (n=7) más de 7 integrantes.

El 69% (n=223) pertenecen a zona urbana y el 31% (n=99) a zona rural.

Ciento cincuenta y cinco (48%) pertenecen a familia nuclear, 132 (41%) a familia extensa (Gráfica 3)

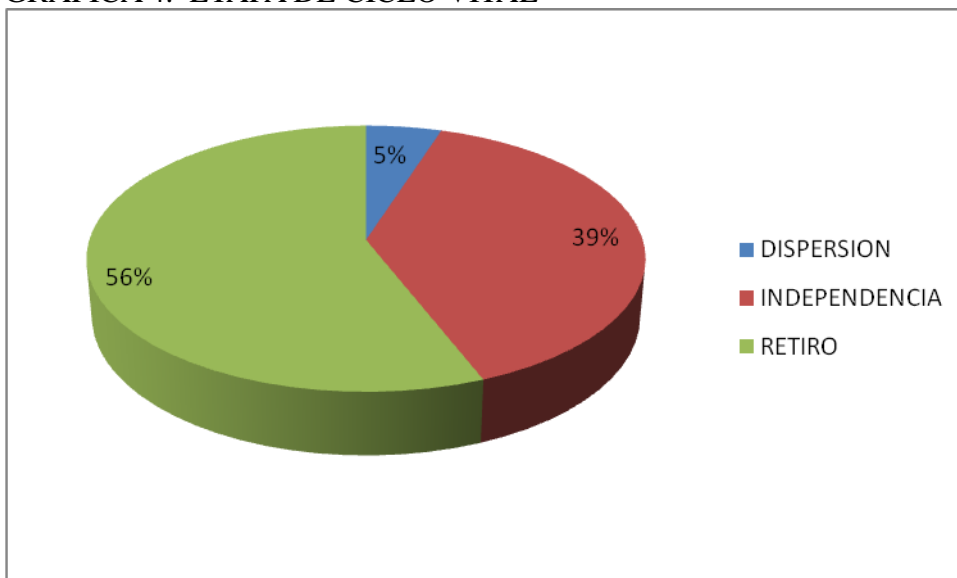
GRAFICA 3 TIPOLOGIA FAMILIAR



Fuente: Encuesta

El 56% (n=181) se encuentran en fase de retiro, el 39% (n=125) en fase de independencia (Gráfica 4)

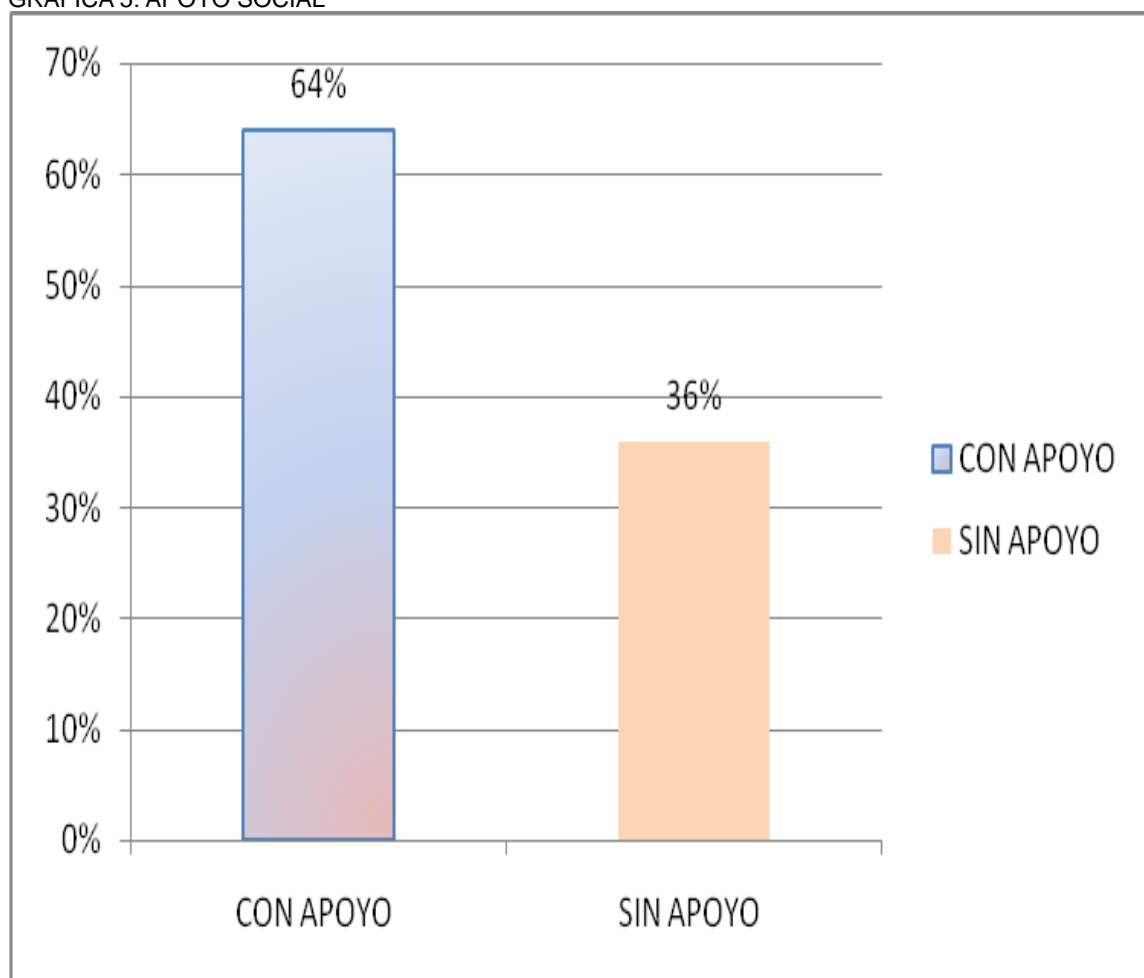
GRAFICA 4. ETAPA DE CICLO VITAL



FUENTE: ENTREVISTA

De acuerdo a la aplicación de la encuesta de DUKE-UNC se observó apoyo social en el 64% (n=206) de los pacientes y sin apoyo en el 36% (n=116). (Gráfica 5)

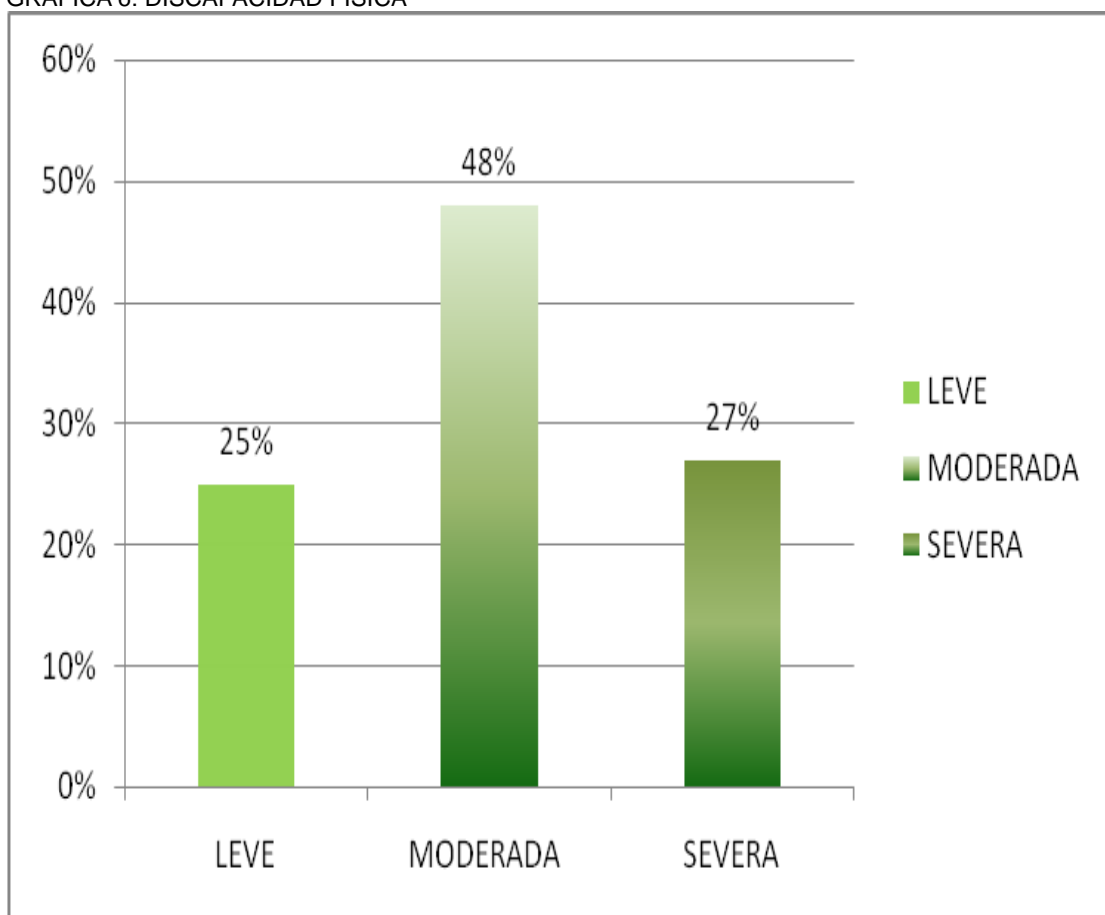
GRAFICA 5: APOYO SOCIAL



FUENTE: ESCALA DUKE-UNC

En base al cuestionario de WOMAC para medir la sintomatología y discapacidad física del paciente con enfermedad articular degenerativa de cadera y rodillas el 48% (n=155) tuvo una discapacidad moderada, y el 27% (n=87) discapacidad severa (Gráfica 6)

GRAFICA 6: DISCAPACIDAD FISICA



En cuanto a la discapacidad física se diferenciaron tres factores: Dolor, rigidez y capacidad funcional, encontrando en el 27% (n=88) dolor severo, en el 43% (n=138) rigidez severa, y en el 32% (n=102) discapacidad severa. (Tabla 1)

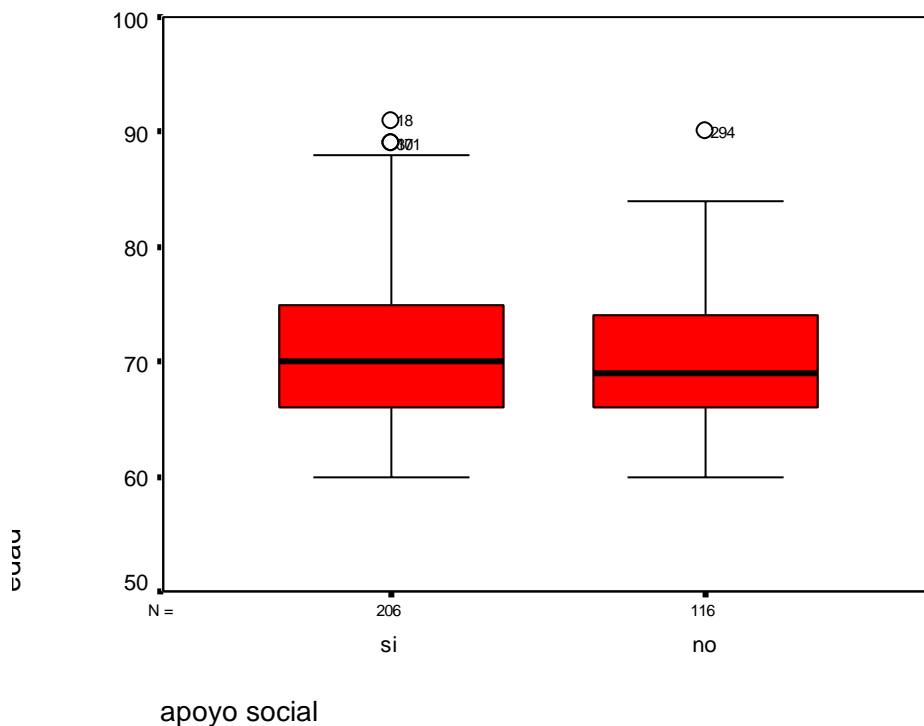
Tabla 1 Discapacidad Física

	DOLOR	RIGIDEZ	CAPACIDAD FUNCIONAL
LEVE	114 (36%)	64 (20%)	43 (13%)
MODE RADO	120 (37%)	120 (37%)	177 (55%)
SE VERO	88 (27%)	138 (43%)	102 (32%)

Fuente Cuestionario de WOMAC

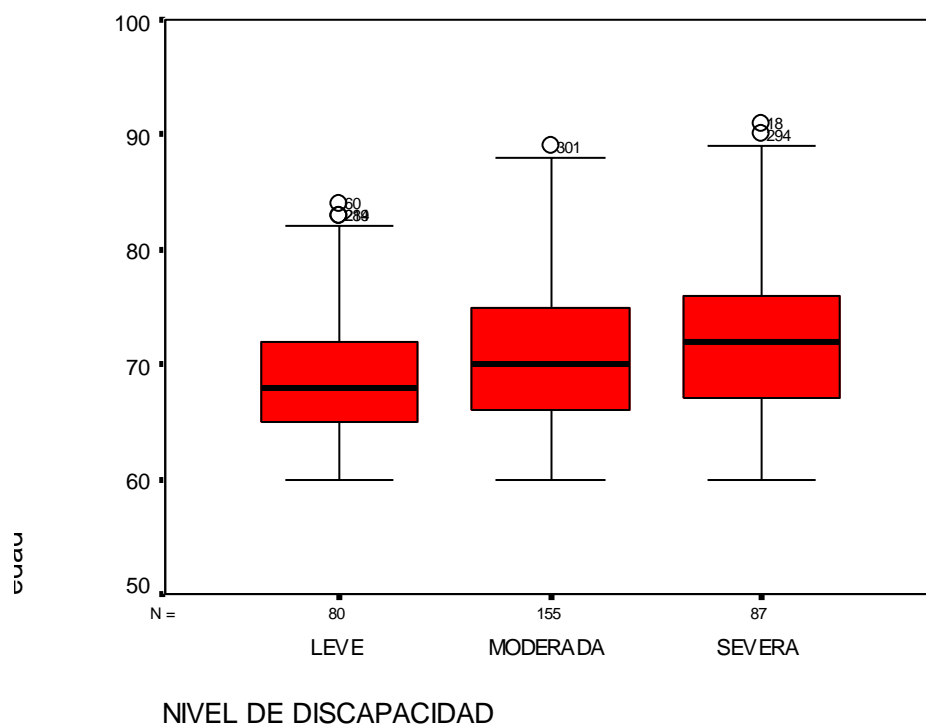
Se encontró diferencia estadísticamente significativa en relación a edad y discapacidad física no así con el apoyo social, (gráfica 7y 8)

Gráfica 7 Edad y apoyo social



Correlación de Pearson 0.287

Gráfica 8. Edad y discapacidad física



Correlación de Pearson 0.001

Se aplicó chi cuadrada para correlacionar las variables socio demográficas y apoyo social encontrando diferencia significativa en relación a la tipología familiar ($p=0.007$) y número de integrantes en la familia ($p=0.04$) (tabla 2), en cuanto al nivel de discapacidad física se observó relación con género ($p=0.05$), escolaridad ($p=0.007$), ocupación ($p=0.024$) y ciclo familiar ($p=0.014$) (Tabla 3).

TABLA 2 CORRELACION CON APOYO SOCIAL

	CON APOYO (N=206)	SIN APOYO (N=116)	X2
GENERO			0.87
MASCULINO	96	64	
FEMENINO	110	52	
ESCOLARIDAD			0.33
NULA	75	43	
PRIMARIA	62	36	
SECUNDARIA	23	18	
TECNICO	29	14	
LICENCIATURA	17	5	
OCUPACION			0.68
CASA	84	45	
PENSIONADO	70	36	
OBRERO	19	20	
EMPLEADO	24	8	
TECNICO- LICENCIATURA	9	7	
NUMERO INTEGRANTES			0.04
1 A 3	116	54	
4 A 6	89	56	
7 A 10	1	6	
LUGAR DE RESIDENCIA			0.21
URBANA	139	84	
RURAL	67	32	
TIPO DE FAMILIA			0.007
NUCELAR	114	41	
EXTENSA	74	58	
RECONSTRUIDA	9	9	
MONOPARENTAL	9	8	
CICLO FAMILIAR			0.914
DISPERSION	11	5	
INDEPENDENCIA	80	45	
RETIRO	115	66	

TABLA 3: CORRELACION CON DISCAPACIDAD FISICA

	DISCAPACIDAD LEVE	DISCAPACIDAD MODERADA	DISCAPACIDAD SEVERA	X2
GENERO				0.05
MASCULINO	32	77	51	
FEMENINO	48	78	36	
ESCOLARIDAD				0.007
NULA	23	63	32	
PRIMARIA	30	39	29	
SECUNDARIA	4	24	13	
TECNICA	11	21	11	
LICENCIATURA	12	8	2	
OCUPACION				0.024
CASA	32	64	33	
PENSIONADO	25	51	30	
OBRERO	3	22	14	
EMPLEADO	14	9	9	
TECNICO-LICENCIATURA	6	9	1	
NUMERO INTEGRANTES				0.78
1 A 3	46	76	48	
4 A 6	33	76	36	
7 A 10	1	3	3	
LUGAR DE RESIDENCIA				0.101
URBANA	48	114	61	
RURAL	32	41	26	
TIPO DE FAMILIA				0.073
NUCELAR	49	68	38	
EXTENSA	22	74	36	
RECONSTRUIDA	4	7	7	
MONOPARENTAL	5	6	6	
CICLO FAMILIAR				0.014
DISPERSION	10	4	2	
INDEPENDENCIA	33	60	32	
RETIRO	37	91	53	

Se aplicó chi cuadrada observando correlación entre el apoyo social y la discapacidad física ($p= 0.000$) (Tabla 4)

TABLA 4: CORRELACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y DISCAPACIDAD FÍSICA.

NIVEL DE DISCAPACIDAD	CON APOYO SOCIAL (N=206)	SIN APOYO SOCIAL (N=116)
LEVE	69 (33 %)	11 (9 %)
MODERADO	111 (54 %)	44 (38 %)
SEVERO	26 (13 %)	61 (53 %)

CHI CUADRADO DE PEARSON 0.000

DISCUSION:

Las enfermedades crónicas degenerativas constituyen un problema importante para la salud, ya que su tasa de prevalencia cada vez va en aumento, dentro de éstas se encuentran las enfermedades articulares, siendo la osteoartritis la más común, hallándose hasta en un 90% de la población mayor de 65 años; en las articulaciones de soporte (cadera y rodillas) existe una mayor predisposición para compromiso clínico, siendo una de las causas principales de dolor y limitación de la capacidad funcional deteriorando las funciones concernientes a la movilidad, transporte y actividades de la vida diaria.

Se han empleado diferentes instrumentos específicos para medir el dolor, la capacidad funcional y la calidad de vida, uno de los más utilizados es el WOMAC, el cual fue utilizado en el presente estudio, observando una relación entre la discapacidad física y la edad, lo que coincide con la literatura revisada, (López S, Martínez C y Cols. 2009; 41(11))³⁰

Algunos adultos mayores en estos casos, pierden el interés por mejorar su salud muchas veces por que se encuentran solos y desprotegidos lo cual origina en ellos desmotivación y depresión; el apoyo social es fundamental sobre todo en aquellos casos en que este presente alguna limitación física, se ha reportado al apoyo social como facilitador psicosocial de la enfermedad, mejorando la percepción de calidad de vida, mejor funcionamiento físico y menores dificultades para emprender tareas diarias relacionadas con la salud, se menciona que el sistema de apoyo que mas prevalece es la familia lo que coincide con los resultados obtenidos en el que más de la mitad de la población estudiada (64%) cuentan con apoyo familiar, estando en relación con el número de integrantes así como con el tipo de familia.

Algunos miembros de la familia aceptan la situación y colaboran como cuidadores del enfermo, sin embargo, otros lo pueden percibir como una carga muy difícil de llevar y tolerar, generando crisis para normativas familiares por alteración en los roles.

Se ha descrito que en poblaciones rurales los pacientes cuentan con un mayor apoyo social, debido a que son familias tradicionales con mayor apego familiar lo que difiere con los resultados obtenidos en los cuales no observamos relación entre apoyo social y lugar de residencia, probablemente por el tipo de población estudiada.

Otras fuentes de apoyo mencionadas en la literatura son amigos, vecinos, compañeros de culto y algunas instituciones públicas, sin embargo estas no fueron estudiadas en el presente estudio, por lo que sería importante incluirlas en nuevos proyectos.

Otros estudios realizados en pacientes con enfermedades crónico degenerativas, mencionan que el apoyo social no siempre reduce el estrés y beneficia la salud, ya que aunque el apoyo puede ser ofrecido o estar disponible, las personas no pueden percibirlo como tal (Dunkel-Schetter y Bennett, 1990; Wilcox, Kasl y Berman, 1994)³² esto puede ser porque la ayuda es insuficiente, o no queremos ser ayudados, o tenemos demasiada tensión y estrés acumulado para notarlo; otra razón de que el apoyo social no siempre sirva de ayuda es que puede que el tipo que recibamos no corresponda a las necesidades que el estresor ha producido; aunque la escala aplicada muestra una estructura factorial y una consistencia interna adecuada lo que la hace confiable para evaluar el apoyo social aún no se pueden hacer interpretaciones profundas ni generalizaciones requiriéndose posteriores estudios confirmatorios incluyendo no solo al paciente sino a todo su entorno familiar y en distintos grupos culturales.

En cuanto a la ocupación no hubo diferencia significativa en relación al apoyo, lo que coincide con la literatura revisada (Zavala M. Funcionamiento social del adulto mayor. 2006; 17(2))²⁸

Dentro de las limitaciones del estudio, no se pudo acceder a todo el núcleo familiar, no se investigaron otras redes de apoyo, los pacientes encuestados contaban con capacidades mentales de responder a la encuesta del estudio, es decir, el apoyo social correspondió a la percepción y opinión de adultos mayores que estaban en condiciones de hacerla, pero se quedó un gran número de pacientes sin posibilidad de hacerla debido a su estado de salud.

CONCLUSIONES:

La osteoartrosis de cadera y rodillas es una de las enfermedades más incapacitantes de la población adulta, ya que lesiona articulaciones que soportan la carga, principalmente cadera y rodillas. El apoyo social es fundamental en esta etapa, lo entendemos como la atención y el dialogo necesario para mantener una vida de continuidad personal o una práctica de cuidado que se da en el intercambio de relaciones entre las personas y se caracteriza por expresiones de afecto, afirmación o respaldo de los comportamientos de otra persona.

En el presente estudio se investigo la discapacidad física en pacientes con enfermedad articular degenerativa de cadera y rodillas, observando que:

- El 65% de los adultos mayores con discapacidad física por enfermedad articular degenerativa de cadera y rodillas reciben apoyo social.
- Las familias nucleares dan un mayor apoyo al adulto con discapacidad física por enfermedad articular degenerativa de cadera y rodillas, en comparación con familias extensas; dependiendo además del número de integrantes de la familia.
- El nivel de discapacidad física está en relación con la edad.
- El síntoma más común de la enfermedad articular fue la rigidez seguida por el dolor y la capacidad funcional.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Mella R, González L, D'Appolonio J, y cols. Factores asociados al bienestar subjetivo del adulto mayor. *Psykhé* 2004. 13 (1): 79-89.
2. Gómez M, Martos A, Castellón A. La capacidad funcional y el apoyo informal de un grupo de personas institucionalizadas *Rev.Mult.Gerontol* 2005; 15 (2): 85-91.
3. Poveda R. ATENCIÓN PRIMARIA 99. Bases de datos sobre recursos asistenciales, Normativos y de investigación. Jano, medicina y humanidades. Mayo 1999. Ediciones Doyma.
4. Pavía E, Larios MG, Briceño G. Manejo de la Osteoartrosis en Medicina Familiar y Ortopedia. *Arch Med Fam* 2005; 7 (3): 93-98.
5. Hinton RR, Moody WA, Sean FD. Osteoarthritis: Diagnosis and Therapeutic Considerations 2002, 65 (5): 841-848.
6. Álvarez NJ, Nuño G, Alcocer S. Enfermedades reumáticas y discapacidad laboral en población adulta rural. *Rev Med Inst Mex* 2005; 43 (4): 287-292.
7. Cazals MP, Almudever B. Social support, coping strategies and psychological well-being among young people awaiting employment *European Work and Organizational Psychologist* 1993; 3 (3): 205-216.
8. Muñoz de R L. El apoyo social y el cuidado de la salud humana. Cuidado y práctica de enfermería, Unnibiblos Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia, Santa Fe de Bogotá; 2000: 99.
9. Martín Z A.; Cano PJ. F. Manual de Atención Primaria. 21 ediciones. Doyma S.A. 1991.
10. Vega AOM, González EDS. APOYO SOCIAL: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad clínica social support key element in confronting chronic illness. *Enfermería Global revista electrónica cuatrimestral de enfermería*; 2009 (16): 1-11.
11. Martos M, Pozo C. Apoyo funcional contra disfuncional en una muestra de pacientes crónicos. Su incidencia sobre la salud y el cumplimiento terapéutico. *Anales de Psicología*. 2011; 27 (1): 47-57.
12. Pérez CA, Moreno PL. Apoyo social percibido en pacientes con fibromialgia y en artritis reumatoide; *Rev Cubana Reuma*. 2003; 3 4: 19-21.

13. Apolinar M, Fernández O, Quiroz P y cols. Familia Introducción al estudio de sus elementos. 1ª ed. México 2008 p. 37-60.
14. Robles M, Guzmán J, Gutiérrez E y cols. Factores correlacionados a la calidad de vida en pacientes con osteoartritis. Atención familiar 2008; 15 (2):63.
15. Montero I. Apoyo social y salud mental; Psi social y comunitaria 1997:253-68.
16. Pérez Cárdenas C. Crisis familiares no transitorias. Rev. Cubana Med Gen Integr. 1992; 8 (2):144-51.
17. Florenzano Urzúa R. Familia y salud de los jóvenes Santiago de Chile. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile. 1995: 31-7.
18. Manzanares DB, Rinza G MC. Programa integral de rehabilitación para la mejora de la calidad de vida en pacientes geriátricos. XII Reunión de investigación biomédico 5 de febrero 2008 Monterrey NL edición 3.
19. Fernández M, Buja Z, Leiva F y cols. Salud auto percibida, apoyo social y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Med Fam 2001; 11(9): 115-8.
20. Mancera J, Muñoz F, Paniagua F y cols. Problemas de salud y factores determinantes del número de visitas a demanda en pacientes hiperutilizadores de un centro de salud. Aten Primaria 2001; 27: 657-62.
21. García AM, Leiva F, Martos F y cols. Calidad de vida en pacientes con hipertensión y diabetes mellitus tipo 2. Med Fam 2001; 2: 29-34.
22. [://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf).
23. Robles L, Mercado I, Ramos E y cols. Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara, México. Salud Pública 1995; 37 (3): 187-195.
24. Cárdenas R, Villareal E, Vargas E. Relación entre apoyo social, funcional y satisfacción vital del adulto mayor jubilado. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2009; 47(3): 311-314.
25. Cabañero M. Revisión estructurada de las medidas de actividades de la vida diaria en personas mayores. Rev. Esp Geriatr. Gerontol. 2008; 43 (5): 271-283.
26. De los Reyes M. Construyendo el concepto de Cuidador de ancianos.

IV Reunión de antropología Mercosur. Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur. Noviembre 2001, Curifiba, Brasil.

27. Nebot M. Efecto protector del apoyo social en la mortalidad en la población anciana: Estudio longitudinal. Rev Española de Salud Pública. 2002; 76: 673-682.

28. Zavala M. Funcionamiento social del adulto mayor. Ciencia y Enfermería XII. 2006; 17 (2): 53-82.

29. Piña J, Rivera B. Validación del cuestionario de apoyo social funcional en personas seropositivas al VIH del noroeste de México. Ciencia y Enfermería XIII.2007; 2:53-63.

30. López S, Martínez C, Romero A y cols. Propiedades Métricas del cuestionario WOMAC y de una versión reducida para medir la sintomatología y la discapacidad física. Aten Primaria. 2009; 41 (11): 613-620.

31. Escobar A, Garía L, Herrera C y cols. Validación de una escala reducida de capacidad funcional del cuestionario WOMAC. Gac Sanit. 2011; 25: 613-18.

32. Glave C, Medina E, Pando L y cols. Validación del WOMAC Perú Introducción y planteamiento del problema. Rev Peruana de Reumatología.1999; 5 (1):13-20.

33. Sibel B, Rengin G, Gilsah S. Validity, reliability, and comparison of the WOMAC osteoarthritis index and lequesne algofunctional index in Turkish patients with hip or knee osteoarthritis. Clin Rheumatol.2010; 29:749-56.

ANEXOS

Cédula Básica de identificación familiar. FOLIO _____

Edad del paciente: _____

Genero: (1) Masculino (2) femenino _____

Enfermedad(es) _____

Escolaridad 1 nula 2 primaria 3 secundaria 4 técnica profesional

Ocupación 1 casa, 2 pensionado jubilado, 3 obrero, 4 empleado, 5 técnica profesional

Nombre de la Familia (solo iniciales)

Número de integrantes

Lugar de residencia (1) Urbana (2) rural

Clasificación de familia:

Nuclear (1) Extensa (2)

Tradicional (1) Moderna (2)

Independencia (1) Retiro (2)

Questionario de DUKE -UNC

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:

Nunca (1), A veces (2), Ocasionalmente (3), Casi siempre (4), Siempre (5)

1. Recibo visitas de mis amigos y familiares

2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa

3. Recibo elogios y reconocimiento 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 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

Cuestionario Womac para artrosis

Apartado A DOLOR

Instrucciones: las siguientes preguntas tratan sobre cuanto **DOLOR** siente usted en las caderas y/o rodillas como consecuencia de su artrosis. Para cada situación indique cuando **DOLOR** ha notado en los **últimos dos días**. Por favor maque sus repuestas con una "X"

1	Al andar por un terreno llano	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
2	Al subir o bajar escaleras	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
3	Por la noche en la cama	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
4	Al estar sentado o tumbado	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
5	Al estar de pie	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Apartado B RIGIDEZ

Las siguientes preguntas sirven para conocer cuanto **RIGIDEZ** (no dolor) ha notado en sus caderas y/o rodillas en los **últimos dos días** **RIGIDEZ** es una sensación de dificultad Inicial para mover con facilidad las articulaciones (por favor marque con una "X")

1.- ¿cuanta rigidez nota después de despertarse por la mañana?

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

2.- ¿cuánta rigidez nota durante el resto del día después de estar sentado, tumbado o descansado?

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

Apartado C CAPACIDAD FUNCIONAL

Las siguientes preguntas sirven para conocer su **CAPACIDAD FUNCIONAL**. Es decir, su capacidad para moverse, desplazarse o cuidar de si mismo. Indique cuánta dificultad ha notado en los últimos dos días al realizar cada una de las siguientes actividades, como consecuencia de su artrosis de cadera y/o rodilla.

(Por favor marque sus respuestas con una "X")

Pregunta ¿Que grado de dificultad tiene al...?

1	Bajar escaleras	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísima
2	Subir escaleras	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísima
3	Levantarse después de estar sentado	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísima
4	Estar de pie	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísima
5	Agacharse a coger algo del suelo	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísima
6	Andar en terreno llano	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísima
7	Entrar y salir de un coche	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísima
8	Ir de compras	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísima
9	Ponerse las medias o calcetines	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísima
10	Levantarse de la cama	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísima
11	Quitarse las medias o calcetines	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísima
12	Estar tumbado en la cama	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísima
13	Entrar y salir de la ducha o bañera	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísima
14	Estar sentado	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísima
15	Sentarse o levantarse del WC	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísima
16	Hacer tareas domesticas pesadas	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísima
17	Hacer tareas domesticas ligeras	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísima

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION

Lugar y fecha:

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **Apoyo social y discapacidad física en el adulto mayor con enfermedad articular degenerativa de cadera y rodillas en el Hospital General de zona No 3 con MF Salamanca Gto año 2010.**

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o La Comisión Nacional de Investigación Científica con el número: **R-2010-1004-1**

El objetivo del estudio es: Determinar si existe relación entre el apoyo social y la discapacidad física en el adulto mayor con enfermedad articular degenerativa de la cadera y rodillas en el hospital general de zona no 3 IMSS Salamanca Gto.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: responder una encuesta estructurada, que me hará la Dra. Teresita del niño Jesús Contreras Martínez. Investigador responsable

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: Ninguno.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento (en su caso), así como 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 o con mi tratamiento (en su caso). 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 tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mí Permanencia en el mismo

**Nombre y firma del sujeto
Responsable**

Nombre, firma y matrícula del Investigador

Número (s) telefónico (s) a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 014646482259

Testigo.
Nombre y firma

Testigo
Nombre y firma

Clave: 2810-009-

DIRECCIÓN DE CORREOS ELECTRONICOS:

INVESTIGADOR TITULAR:

DRA. TERESITA DEL NIÑO JESUS CONTRERAS MARTINEZ

EMAIL: dra.simpatia@hotmail.com

ASESOR METODOLÓGICO:

DR. MIGUEL ANGEL RAMIREZ LOPEZ

EMAIL: dr.miguel_r@hotmail.com

ASESOR TEMATICO:

DRA. MA MERCEDES BALDERAS HERNANDEZ.

EMAIL: dra_mbh@hotmail.com