

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**TIPOLOGÍA FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA ASOCIADO A
PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDE DE LA CONSULTA EXTERNA DE REUMATOLOGÍA DEL
CENTRO MÉDICO LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS**

**INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO
CENTRO MEDICO "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"**

**TESIS
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A
MC JOSE MANUEL BEDOLLA CABALLERO.**

**DIRECTOR DE TESIS
E. M. F. MONICA LOPEZ GARCIA**

**ASESORES DE TESIS.
E. R. EMILIO ESTRADA CASTRO
E. P. JAIME GUZMÁN MARTÍNEZ**

**REVISORES DE TESIS
DRA. EN HUM. MARIA LUISA PIMENTEL RAMIREZ
PH. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMAN
E.M.F BLANCA ESTHELA ARIZMENDI MENDOZA
E.M.F. MARIA EMILIANA AVILES SANCHEZ**

TOLUCA. MEXICO

2013.

**TIPOLOGÍA FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA ASOCIADO A
PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDE DE LA CONSULTA EXTERNA DE REUMATOLOGÍA DEL
CENTRO MÉDICO LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS**

AGRADECIMIENTO.

A MI ESPOSA NANCY SALAS.

A ti te dedico este manuscrito ya que es de ambos y sin tu apoyo y temple jamás hubiese tenido este logro, gracias por ser mi amiga, confidente, compañera y además el amor de mi vida, te agradezco el ser fuerte, paciente, haber sido madre y padre durante 3 años de los cuales tuviste momentos gratos, tristes, difíciles por ello solo atino decirte mil gracias, te amo mi amor eres una excelente persona y una gran mujer.

A MIS HIJOS.

ALEX, MISA Y MILI.

Ustedes han sido el motor de mi vida, les agradezco su paciencia cuando me preguntaban que hasta cuando regresaría a su lado y el saber comprender a su corta edad que no podía estar en ese momento a su lado cuando me necesitaban, por todas las lágrimas que derramaron cuando partía de casa, saben que los amo.

A MIS PADRES.

JESUS Y GRACIA.

Gracias a ustedes, por darme la vida, el cariño y comprensión además de su esfuerzo, apoyo y tenacidad soy la persona que forjaron, que sin importar nada siempre me brindaron todo.

A MIS ASESORES.

DR. EMILIO ESTRADA CASTRO (Medico reumatólogo).

DR. JAIME GUZMÁN MARTÍNEZ (Medico Psiquiatra).

Agradezco por sus sabios consejos, sugerencias constructivas para la elaboración de este manuscrito, para mi formación como Medico Familiar sin importar retardar su consulta diaria siempre estuvieron disponibilidad a enseñarme y apoyarme, mil gracias por su amistad.

A MI TITULAR.

DRA MONICA LOPEZ GARCIA. Gracias a su paciencia, apoyo y sabiduría para mi formación como Medico Familia

ÍNDICE

Cap.	Pág.
I.-MARCO TEÓRICO.	1
I.1.- Tipología familiar.	1
I.2.1- Nivel.	2
I.2.2.- Nivel de Autoestima.	2
I.2.3.- Autoestima.	3
I.2.4.- Esferas de la Autoestima.	3
I.3.- Asociación.	4
I.3.1.- Asociación estadística.	4
I.4.- Calidad de vida.	4
I.4.1.- Percepción de calidad de vida.	4
I.4.2.- Dimensiones de calidad de vida.	5
I.4.3.- Diagnóstico de calidad de vida.	5
I.5.- Definición de artritis reumatoide.	5
I.5.1.- Epidemiología.	5
I.5.2.- Manifestaciones clínicas.	6
I.5.3.- Diagnóstico de artritis reumatoide.	7
I.5.4.- Tratamiento de artritis reumatoide.	7
I.6.-Complicaciones sociales, psicológicas y económicas.	8
I.6.1.-Artritis reumatoide,nivel de autoestima asociada con percepción de calidad de vida.	8
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	10
III.- JUSTIFICACIÓN.	11
III.1.- Académica.	11
III.2.- Científica.	11
III.3.- Social.	11
III.4.- Económica.	11
IV.- HIPÓTESIS.	12
IV.1.- Elementos de la hipótesis.	12
IV.1.1 Unidades de Observación.	12
IV.1.2 Variables.	12
IV.1.2.1 Dependiente.	12
IV.1.2.2 Independientes.	12
IV.1.3 Elementos lógicos de relación.	12
V.-OBJETIVOS.	13
V.1.-Objetivo general.	13
V.2.-Objetivos específicos.	13
VI.- MÉTODO.	14
VI.1.-Tipo de estudio.	14
VI.2.-Diseño de de estudio.	14
VI.3.-Operacionalización de variables.	16
VI.4.- Universo de trabajo.	18
VI.4.1.-Criterios de inclusión.	18
VI.4.2.-Criterios de exclusión.	18
VI.4.3.-Criterios de eliminación.	18
VI.5.-Instrumento de medición.	19
VI.5.1.- Validación.	19
VI.5.2.- Aplicación.	19

VI.6.- Desarrollo del proyecto.	20
VI.7.- Límite de espacio.	20
VI.8.- Límite de tiempo.	20
VI.9.- Diseño de análisis.	20
VII.-IMPLICACIONES ÉTICAS.	21
VIII.- ORGANIZACIÓN.	22
IX.-RESULTADOS Y DISCUSIONES.	23
X.- TABLAS Y GRAFICAS.	24
XI.- CONCLUSIONES.	32
XII.- RECOMENDACIONES.	33
XIII.-BIBLIOGRAFÍA.	34
XIV.-ANEXOS.	37
XIV.1.- Anexo 1.	37
XIV.2.- Anexo 2.	38
XIV.3.- Anexo 3.	40

RESUMEN: Tipología familiar y nivel de autoestima asociado con percepción de la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide de la consulta externa de reumatología del Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos. **ANTECEDENTES:** La artritis reumatoide afecta al individuo a nivel cognitivo, emocional y de su comportamiento desde el momento en que recibe el diagnóstico, generalmente experimenta un fuerte impacto emocional que trae consigo desorientación, negación y miedo por la incertidumbre del curso de la enfermedad y por la certeza del giro que ésta dará a su vida. Afecta no solo a la calidad de vida del que la padece, por su naturaleza altamente discapacitante, repercutiendo directamente en el autoestima de los pacientes. **OBJETIVO.** Determinar la tipología familiar y el nivel de autoestima asociado con percepción de calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide de la consulta externa de reumatología del Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos Toluca. **METODOLOGIA:** Estudio transversal y analítico, realizado del 1º de julio al 31 de agosto del 2012 en ambos turnos de la consulta externa de Reumatología, en pacientes de 18 años a 85 años de edad y con diagnóstico de artritis reumatoide de acuerdo a los criterios de ACR aplicando dos cuestionarios: Escala evaluativa de percepción de calidad de vida (RA-QOL). Escala de percepción de autoestima de Rosenberg. **RESULTADOS:** Participaron 103 pacientes, predominando la tipología familiar de tipo nuclear con 87.37% de estas son tradicionales en 67.9%, demografía urbana 80.5%, integradas 91.2%, respecto al género: 17 varones y 86 mujeres, siendo casados con 86.9% en comparación con solteros. En su ocupación fue el hogar con un 67% y en cuanto al nivel escolar la primaria fue el más afectado en un 48.5%, lo relacionado con la edad fueron los de 44 años promedio con 50.48, en el tiempo de diagnóstico predomina a los 3 años con 19.4% y en relación al autoestima y percepción de calidad de vida predomina autoestima normal con buena percepción de calidad de vida en 31.06%, autoestima normal con 53.4%, pacientes con percepción de calidad de vida buena con 59.2%. **CONCLUSIONES:** los resultados del estudio muestran en promedio una percepción de calidad de vida buena con una autoestima normal, predominando la tipología familiar de forma nuclear, en el sexo femenino, así como los factores socio demográficos afectan la percepción de calidad de vida tomando en cuenta las redes de apoyo, apego a tratamiento y reacciones adversas propias del medicamento.

SUMMARY: Typology family and self-esteem associated with perceived quality of life in patients with rheumatoid arthritis from rheumatology outpatient Medical Center Adolfo Lopez Mateos **OBJECTIVE.** Determine the type and level of family self-esteem associated with perceived quality of life in patients with rheumatoid arthritis from rheumatology outpatient Medical Center Toluca Adolfo Lopez Mateo's. **METHODOLOGY:** Cross-sectional and analytical, held from July 1 to August 31, 2012 in both innings of the outpatient Rheumatology, in patients 18 to 85 years old and diagnosed with rheumatoid arthritis according to the criteria of ACR using two questionnaires: Evaluative Scale of perceived quality of life (QOL-RA). Scale Rosemberg perception of self-worth. **RESULTS:** A total of 103 patients, predominantly nuclear-type family typologies with 87.37% of these are traditional in 67.9%, 80.5% urban demography, comprising 91.2% with respect to gender: 17 men and 86 women, with 86.9% being married compared with singles. In his occupation was home to 67% and as for the primary school level was the most affected in 48.5%, which were related to the age of 44 years the average with 50.48, at the time of diagnosis predominates at 3 years with 19.4% and in relation to self-esteem and perceived quality of life predominates normal self perception of good quality of life in 31.6%,%, 53.4% normal self, patients perceived quality of life good with 59.2%.**CONCLUSIONS:** The study results show on average a perception of good quality of life with a normal self-esteem, predominantly in females and sociodemographic factors affecting the perceived quality of life, taking into account the support networks, adherence to own treatment and adverse reactions of the drug.

I.MARCO TEORICO

I.1.-TIPOLOGIA FAMILIAR.

La familia es una unidad micro-social totalmente dependiente de la estructura social global de la cual recibe sus características y sus valores fundamentales. En su estructura y en su dinámica refleja las peculiaridades y la problemática de la sociedad en general, que es la macro-estructura. La familia como fenómeno histórico es también considerada como un fenómeno social total, de modo que no puede hablarse de familia en general sino de tipos de familia tan numerosos como las regiones, las clases sociales y los subgrupos existentes en el interior de la sociedad global.

Básicamente dos modelos siguen siendo aplicables en mayor extensión: la familia nuclear y la familia extensa. Entre los cambios importantes que pasa la estructura familiar, es la calidad de esta relación, mientras el medio externo y las influencias de la sociedad moderna, han ido cambiando y son parte de las causas del deterioro de esta relación entre sus miembros. Sus implicancias pueden sentirse en los efectos que ellas traen en educación y desarrollo de los hijos. ⁽¹⁾

Hoy en día, en muchos países se han aceptado los matrimonios del mismo sexo e inclusive su derecho a tener hijos. En México, se vive el proceso de aceptación de una realidad que las propias condiciones históricas han hecho surgir. Por otra parte, en Estados Unidos hay entre 6 y 14 millones de niños, hijos de parejas homosexuales. La tipología familiar hace referencia a unas determinadas composiciones que permiten identificar los miembros de una familia según sus lazos de filiación, parentesco, afinidad y afecto. ⁽²⁾

Observando la tipología familiar de Irigoyen encontramos las siguientes definiciones:

I.1.2.-SEGÚN EL DESARROLLO.

Moderna: se refiere a la familia en la que la madre trabaja en iguales condiciones que el padre o aquella sin figura paterna donde la madre trabaja para sostener la familia.

Tradicional: es aquella en la que el padre es el único proveedor de sustento para la familia y la madre se dedica al hogar y a los hijos.

Arcaica: su prototipo es la familia campesina que se sostiene con los productos de la tierra que trabajan.

I.1.3.-SEGÚN SU DEMOGRAFÍA.

Rural: habita en el campo y no cuenta con todos los servicios intra-domiciliarios (agua potable, luz eléctrica, drenaje, etc.).

Suburbana: tiene las características del medio rural pero está ubicada dentro de medio urbano.

Urbana: se encuentra en una población grande y cuenta con todos los servicios.

I.1.4.-SEGÚN SU INTEGRACIÓN:

Integrada: ambos conyugues viven en la misma casa y cumplen con sus funciones respectivas.

Semi-integrada: ambos conyugues viven en la misma casa pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

Desintegrada: los conyugues se encuentran separados.

I.1.5.-POR SU ESTRUCTURA.

Nuclear: cuenta con esposo, esposa con o sin hijos.

Semi-nuclear: (mono-parental) solo cuenta con un conyugue, e hijos.

Extensa: conyugues e hijos que viven junto a otros familiares consanguíneos, por adopción o afinidad.

Extensa compuesta: los anteriores que además conviven con otros sin nexo legal (amigos, compadres, etc.)

I.1.6.-POR SU OCUPACIÓN:

Este tipo de familia se refiere a la ocupación del padre o del jefe de familia, puede definirse como campesina, obrera, comerciante, empleada, etc.

I.1.7.-POR SUS COMPLICACIONES.

Interrumpida: aquella en la que la unión conyugal se disuelve ya sea por separación o divorcio.

Contraída: cuando fallece uno de los padres.

Reconstruida: se aplica a la familia en la que uno o ambos conyugues tuvo una pareja previa.⁽³⁾

1.2.1-NIVEL.

Grado de bienestar material alcanzado por una persona o una colectividad.⁽⁴⁾

1.2.2.-NIVEL DE AUTOESTIMA.

La autoestima es uno de los constructos psicológicos que con mayor frecuencia se incluye en los estudios que intentan explicar los comportamientos que afectan la salud de los individuos por lo Branden las ha catalogado en diferentes niveles que va desde nivel de autoestima alto con un valor de más 40 puntos, autoestima normal 30-40 puntos, autoestima media de 26 a 29 puntos y con menos de 25 puntos autoestima baja sien de ser tratadas de inmediato para su corrección.⁽⁵⁾

I.2.3.-AUTOESTIMA.

La autoestima es una actitud hacia uno mismo, y éste es el modelo del cual se parte para estudiarla. Definirla como una actitud implica aceptar unos presupuestos antropológicos y psicológicos determinados, a la vez que respetar otros modelos basados en diferentes teorías de la personalidad. ⁽⁶⁾

Entendemos por autoestima la consideración positiva o negativa de uno mismo, siendo en castellano más tradicional la expresión amor propio. Una forma clara de entender el concepto de autoestima es la que plantea Branden, correspondiente a "una sensación fundamental de eficacia y un sentido inherente de mérito".

La autoestima como actitud es la forma habitual de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo. Freud la definió como el amor propio del hombre. Se ha expresado que la autoestima es confiar en las propias potencialidades y menciona dos componentes: la valía personal y el sentimiento de capacidad personal. La primera se refiere a la valoración positiva o negativa que la persona tiene de su auto concepto, incluyendo las actitudes hacia sí mismo; la segunda alude a las expectativas que tiene una persona de ser capaz, de hacer de manera exitosa lo que tiene que hacer, es decir, su auto eficacia. La sociedad actual nos muestra que no tiene conocimientos claros para el buen desarrollo de la autoestima, y nos deja ver que sólo es consciente de aquellas formas mínimas de socialización.

Este desconocimiento afecta la práctica de estímulos que favorecen la autoestima: los cuidados, la dedicación y atención a las personas en todos los ciclos vitales, y en general todas aquellas situaciones durante la cotidianidad familiar que transmiten al individuo el mensaje de ser visible e importante para los miembros de su entorno. ⁽⁷⁾

I.2.4.-ESFERAS DE AUTOESTIMA.

La autoestima formada incide en las esferas psico-emocionales del individuo a través de su vida y condiciona la calidad de su experiencia en todas y cada una de las dimensiones de interacción con el entorno. La calidad de vida individual está notablemente influida por este concepto, debido a que implica la forma como cada persona se percibe y se valora a sí misma, lo que modula su comportamiento a nivel individual, familiar, social, por lo que se entiende que un bajo o alto nivel de autoestima definitivamente afecta su relación con el otro y se reflejará en la dimensión social y en sus fortalezas para defenderse de eventos no deseables. ⁽⁸⁾

El soporte social para una buena autoestima es el mecanismo por el cual las relaciones con quienes rodean al paciente promueven el bienestar psicológico y previenen alteraciones negativas en la salud, principalmente al enfrentarse a situaciones de estrés ante enfermedades crónicas degenerativas. Se ha establecido que las personas que cuentan con una buena red de apoyo social son algo más proclives a adaptarse bien a la enfermedad crónica y con percepción de buena autoestima, y buena percepción de su calidad de vida. ⁽⁹⁾

Una red de soporte social amplia es un factor protector para la autoestima en los pacientes con enfermedades reumáticas, ya que disminuye la incapacidad física y el riesgo de padecer depresión. Además, protege contra el estrés generado por la enfermedad y capacita al paciente para reevaluar la situación adaptarse mejor a ella, ayudándole a desarrollar respuestas de afrontamiento efectivas, mejorar su autoestima, calidad de vida y a crear un estado mental positivo. ⁽¹⁰⁾

1.3.-ASOCIACION.Unión de personas, entidades o cosas para un fin conjunto de organismos de la misma especie que conviven en un mismo espacio, influyéndose mutuamente con el fin de reproducirse, buscar alimento o modificar su hábitat⁽¹¹⁾

1.3.1.- ASOCIACION ESTADISTICA.

Entre las nociones estadísticas fundamentales, cuya enseñanza debe optimizarse, se encuentra la de asociación que extiende la idea de correlación a variables cualesquiera, incluso no numéricas. Una comprensión correcta de la misma es un prerrequisito básico para el aprendizaje de un numeroso conjunto de técnicas y métodos estadísticos.⁽¹²⁾

I.4.-CALIDAD DE VIDA.

La palabra calidad de vida tiene un nacimiento que está ligado al mundo anglosajón. Suele indicar que nació en la década de los cuarenta y alcanzó en la década de los setenta grandes auges. El motivo principal de su origen y desarrollo está ligado a uno de los procesos que en aquellos años comenzó a interpelar la conciencia del planeta.⁽¹³⁾

El economista Pigou fue el primero en proponer el uso del término calidad de vida y Thorndike se encargó de hacer el cálculo del primer índice de calidad de vida para 310 ciudades de Estados Unidos. Pero fue a partir de la segunda guerra mundial cuando se rompe la tendencia a nombrar de forma exclusiva las condiciones materiales para medir la calidad de vida y se adicionan los factores psicosociales o subjetivos. La ONU en 1954, definía la calidad de vida a partir de la satisfacción de las necesidades globales que lograba una población.⁽¹⁴⁾ El concepto de calidad de vida ha venido cobrando importancia ya que la mayor sobrevivencia de la población ha incrementado el número de personas con algún grado de discapacidad, y de personas con enfermedades crónicas que padecen los efectos de su enfermedad y del mismo tratamiento.⁽¹⁵⁾

1.4.1.-PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA.

Es un concepto vago, difícil de definir y de medir. Es de naturaleza multidimensional, ya que abarca no sólo aspectos relacionados con enfermedades o tratamientos, sino también con el desarrollo satisfactorio de las aspiraciones en todos los órdenes. Se podría decir que la calidad de vida supone cualquier cosa que uno pueda imaginar y que le pueda interesar. Otra condición general de la calidad de vida es que se basa en las percepciones y expectativas de los individuos. Por ello, no es algo estático sino dependiente del tiempo y que experimenta cambios y refleja las experiencias de la vida.⁽¹⁶⁾

La Organización Mundial de la Salud ha definido la calidad de vida como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de los sistemas culturales y de valores en los cuales él vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y dudas.”⁽¹⁷⁾

La calidad de vida es un concepto relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos (libertades, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas). Estos son elementos indispensables para el desarrollo del individuo y de la población; por tanto caracterizan la distribución social y establecen un sistema de valores culturales que coexisten en la sociedad. La meta es preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento

de las enfermedades. En este sentido, las personas con enfermedad crónica requieren evaluaciones con la relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida y se basa en mediciones con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válida, reproducible y confiable.⁽¹⁸⁾

1.4.2.-Dimensiones de la calidad de vida.

- Dimensión física: Se refiere a la percepción del estado físico o salud, entendida como ausencia de enfermedad, síntomas producidos por la enfermedad y efectos adversos del tratamiento.
- Dimensión psicológica: Percepción del individuo de las relaciones interpersonales
- Dimensiones sociales en la vida, redes de apoyo social, relación médico paciente, desempeño laboral.⁽¹⁹⁾

1.4.3.- DIAGNÓSTICO DE CALIDAD.

Se ha evaluado la impresión subjetiva de los pacientes sobre su propio estado de salud y calidad de vida de manera más objetiva con instrumentos validados y reproducibles mediante cuestionarios como RA-QoL, SF-36, Euro-QoL. Que han sido específicamente elaborados para pacientes con enfermedades reumáticas como artritis reumatoide.⁽²⁰⁾

Hay diversos cuestionarios que se han utilizado para medir la calidad de vida en la artritis reumatoide, encontrándose entre estos algunos cuestionarios específicos: el AIMS (Arthritis Impact Measurement Scales), el cuestionario Rheumatoid Arthritis Quality of life (RA-QoL)⁽²¹⁾

La calidad de vida en la artritis reumatoide es muy importante para evaluar el impacto de la enfermedad y el tratamiento en los pacientes. El cuestionario empleado en el estudio (QOL-RA Scale) es el único específico de artritis reumatoide adaptado simultáneamente al inglés y al castellano (validación lingüística) y resultó de fácil comprensión y utilización por parte de los pacientes.⁽²²⁾

1.5.-DEFINICION DE ARTRITIS REUMATOIDE.

La artritis reumatoide es una enfermedad sistémica caracterizada por inflamación articular crónica, es autoinmune, de curso invariablemente progresivo, que compromete primordialmente las articulaciones diartrodiales en forma simétrica, con remisiones y exacerbaciones, y cuyas manifestaciones clínicas (articulares y extra articulares) varían desde formas muy leves a otras muy intensas, destructivas y mutilantes.⁽²³⁾

1.5.1.-EPIDEMIOLOGIA.

La artritis reumatoide se presenta en el mundo en aproximadamente el 0.8%⁽²⁴⁾

En otras poblaciones hispánicas como México, Cuba y España, la prevalencia se calcula entre el 0.03% y el 0.05%. Las mujeres se afectan con una frecuencia tres veces superior a la de los varones. La prevalencia aumenta con la edad y las diferencias entre los sexos disminuyen en el grupo de población de edad avanzada; afecta a todas las razas. Su inicio es más frecuente durante el cuarto y quinto decenios de la vida, de forma que el 80% de todos los pacientes contrae la enfermedad entre los 35 y los 50 años de edad. Es más frecuente en

individuos con antígenos HLA-DR4 y HLA-DR1. En México, la incidencia es menor de 0.5 nuevos casos por cada 1000 personas/ año. ^(25, 26)

1.5.2.-MANIFESTACIONES CLINICAS.

La progresión de la enfermedad lleva a la destrucción articular, con consecuencias incapacitantes, lo que produce una reducción progresiva de la movilidad, además de producir manifestaciones extra articulares con afección de órganos internos. La enfermedad lleva a la pérdida de un gran número de funciones de la vida diaria lo cual afecta en mayor o menor grado, el desplazamiento, el cuidado personal, trabajo y otras actividades básicas. ⁽²⁶⁾

Diversos estudios realizados en Holanda y Canadá han demostrado que los pacientes con Artritis reumatoide tienen deterioro de la calidad de vida en todas las dimensiones que la población general, usando la escala evaluativa SF 36 y RA-Qol, e incluso en pacientes con enfermedades consideradas de una mayor gravedad, tales como el infarto al miocardio, la colitis ulcerativa y el lupus eritematoso sistémico. ⁽²⁶⁾

La artritis reumatoide al igual que otras enfermedades de evolución crónica se acompaña de una respuesta catabólica condicionante de pérdida de masa magra, predominantemente a expensas de músculo esquelético, lo cual, aunado a las alteraciones del sistema inmunológico actúan como factores que potencialmente comprometen el curso de la enfermedad, predisponen a mayor limitación funcional y a un incremento en la incidencia de morbilidades asociadas a desnutrición. ⁽²⁷⁾

En un estudio realizado por Stefano Vinacia y colaboradores, en personas franco-canadiense, anglo-canadiense, Dinamarca evidenciaron la existencia de factores psicológicos que inciden y en cierta forma modulan la experiencia de vivir con una enfermedad crónica como la artritis, pues pese a sus síntomas e incapacidad funcional asociada, la forma en que la persona asume su nueva condición tiene importantes implicaciones sobre la adaptación del paciente a la enfermedad, su evolución y tratamiento. Identificar estos factores y comprender la forma en que interactúan permitirá una mejor aproximación a la enfermedad crónica, con importantes implicaciones para su abordaje. ⁽²⁸⁾

La pérdida de la capacidad laboral en la artritis reumatoide tiene una especial trascendencia, ya que cerca de la mitad de los casos se inician durante la edad laboral y transcurridos 10 años, entre el 26 y el 60% de los enfermos se ven obligados a abandonar su trabajo. La repercusión socioeconómica de la artritis reumatoide es de gran magnitud, destacando los costos indirectos derivados de la pérdida de capacidad laboral, que prácticamente duplican los costos directos. ⁽²⁹⁾ Evidentemente no sólo es el paciente quien padece las consecuencias de esta enfermedad crónica sino también su familia, pues por ser ésta un sistema, el cambio en uno de sus integrantes, modifica su dinámica interna. Uno de los cambios más significativos es la dependencia del paciente hacia los otros miembros de la familia; algo similar ocurre en el ámbito social más amplio, ya que después del diagnóstico estas personas presentan ciertas dificultades para mantener las relaciones interpersonales ya establecidas, incluso suelen aislarse del grupo social al que pertenecían. ⁽³⁰⁾

1.5.3.-DIAGNOSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE.

Se considera paciente con artritis reumatoide si presenta al menos cuatro de los siguientes criterios; los criterios del 1-4 deben estar presentes por al menos 6 semanas. Criterios del American College of Rheumatology de 1987. ⁽³¹⁾

1. Rigidez matutina: Rigidez matutina en y alrededor de las articulaciones de al menos una hora de duración antes de su mejoría máxima.
2. Artritis de tres o más áreas articulares: Al menos tres de ellas tienen que presentar simultáneamente hinchazón de tejidos blandos o líquido sinovial (no sólo crecimiento óseo) observados por un médico; las 14 posibles áreas articulares son las interfalángicas proximales (IFP), metacarpofalángicas (MCF), muñecas, codos, rodillas, tobillos y metatarsfalángicas (MTF).
3. Artritis de las articulaciones de las manos: Manifestada por hinchazón en al menos una de las siguientes áreas articulares: muñeca, metacarpofalángicas (MCF) o interfalángicas proximales (IFP).
4. Artritis simétrica: Compromiso simultáneo de las mismas áreas articulares (como se exige en 2) en ambos lados del cuerpo (se acepta la afección bilateral de interfalángicas proximales (IFP), metacarpofalángicas (MCF) o metatarsfalángicas (MTF) aunque la simetría no sea absoluta).
5. Nódulos reumatoides: Nódulos subcutáneos, sobre prominencias óseas o en superficies extensoras o en regiones yuxtaarticulares, observados por un médico.
6. Factor reumatoide sérico: Demostración de "factor reumatoide" sérico positivo por cualquier método.
7. Alteraciones radiográficas: Alteraciones típicas de artritis reumatoide en las radiografías posteroanteriores de las manos y de las muñecas, que pueden incluir erosiones o descalcificación ósea indiscutible localizada o más intensa junto a las articulaciones afectadas (la presencia única de alteraciones artrósicas no sirve como criterio). ⁽³¹⁾

1.5.4.-TRATAMIENTO DE ARTRITIS REUMATOIDE.

Los fines del tratamiento de la artritis reumatoide son disminuir la actividad de la enfermedad, para minimizar la posibilidad de lesión articular, aliviar el dolor, mantener el mejor grado funcional y de calidad de vida posibles y, finalmente, conseguir una remisión completa. ⁽³²⁾

Hasta el momento la experiencia clínica alcanzada con los medicamentos soporta su uso en la efectividad en la reducción de la actividad de la enfermedad, la progresión del daño radiológico, así como el deterioro funcional y de la calidad de vida, recomendaciones hechas por la Asociación Médica Americana desde finales de la década de los 80's, acerca de la necesidad de considerar el impacto en la calidad de vida, como parte fundamental de los resultados de cualquier intervención terapéutica en artritis reumatoide. ^(26, 33)

I.6.- COMPLICACIONES SOCIALES PSICOLÓGICAS Y ECONÓMICAS.

Se reconoce a la artritis reumatoide como una de las entidades que más genera gastos en términos de días perdidos de trabajo por incapacidad como los necesarios para su adecuada atención médica. Los síntomas depresivos son frecuentes en la artritis reumatoide, existen evidencias que sugieren que la depresión deteriora la condición clínica del paciente con artritis reumatoide afectando directamente a la autoestima. La existencia de la depresión se asocia a las peores características clínicas, así como de autoestima lo que implica un cambio importante en la calidad de vida de las personas. ⁽³³⁾

I.6.1.- ARTRITIS REUMATOIDE, NIVEL DE AUTOESTIMA ASOCIADA CON PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA.

La limitación para las actividades laborales en los pacientes con artritis reumatoide puede ocurrir en los primeros 2 años de la enfermedad en cerca de un 42% de ellos y llegar a estar presente hasta en cerca del 90% después de dos décadas de la enfermedad. Es la segunda enfermedad reumática que origina un mayor gasto económico tras la artrosis, conllevan el triple costo de atención médica, doble tasa de hospitalización y cuatro veces más visitas médicas que otras enfermedades. ⁽³⁴⁾

Además, la artritis reumatoide afecta no solo a la calidad de vida del que la padece, por su naturaleza altamente discapacitante, sino también a su longevidad ya que la esperanza de vida de estos pacientes se reduce entre cuatro y diez años. Así lo refieren también los propios pacientes que lo consideran más importante que cualquier incapacidad tanto psicológica (como la depresión o la ansiedad) como física (en la movilidad, actividades de la casa o de diario), a la hora de utilizar medicación y a la hora de juzgar su estado de salud y el estado de su enfermedad reumática. Justificada la importancia del dolor en la artritis reumatoide, así como las variables psicológicas que parecen estar más relacionadas con la experiencia de dolor del paciente, las llamadas emociones negativas (ansiedad, depresión e ira). ⁽³⁵⁾

El ingreso familiar puede verse reducido hasta en un 35% durante el curso de la enfermedad. Las consecuencias entonces de la artritis reumatoide para los pacientes que la padecen pueden ser devastadoras desde todo punto de vista: salud física, emocional e independencia económica, autoestima y finalmente calidad de vida. ⁽³⁶⁾

La artritis reumatoide afecta al individuo a nivel cognitivo, emocional y de su comportamiento desde el momento en que recibe el diagnóstico. El paciente generalmente experimenta un fuerte impacto emocional que trae consigo desorientación, negación y miedo probablemente por la incertidumbre del curso de la enfermedad y por la certeza del giro que ésta dará a su vida. La negación en un primer momento puede tener una función protectora que reduce los niveles de estrés generados por el diagnóstico, si persiste puede alterar de alguna forma el tratamiento a seguir, pues al no reconocer su enfermedad no se reconocerá su tratamiento. ⁽³⁶⁾

Otras reacciones emocionales asociadas son el miedo, depresión, indefensión, Desesperanza e ira. No obstante, cada paciente tiene distintas formas de afrontar la enfermedad y de adaptarse a ella; por ello, las reacciones emocionales se manifiestan con cierta particularidad. Comprender el tipo de reacciones emocionales, en que momentos ocurren y qué factores determinan

su aparición es útil para determinar si éstas constituyen un obstáculo o, por el contrario, favorecen los procesos del tratamiento.⁽³⁶⁾

La calidad de vida supone un concepto multidimensional que incluye la salud física de los individuos, su estado psicológico, su nivel de independencia y sus relaciones sociales. La medida de la calidad de vida es particularmente importante en las enfermedades, como es el caso de la artritis reumatoide, donde se hace difícil la utilización de medidas que reflejen el resultado del tratamiento.⁽³⁶⁾

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La artritis reumatoide es un padecimiento el cual presenta con curso clínico variable que llega a condicionar una limitación física desde las actividades laborales diarias, desde el punto de vista personal hasta lo familiar y emocional, afectandola productividad del individuo y su posibilidadde independenciacade los pacientes que sufren artritis reumatoide, además implica estar sometido a altas cargas de estrés, debidoa sus crisis de dolor severo e impredecible limitación funcional,progresión incierta de la enfermedad y los continuos cuidados médicos, así como cariño y afecto, produciendo un impacto en la autoestima, lo que repercute directamente en la percepción de la calidad de vida, derivado de la limitación funcional de los pacientes portadores de artritis reumatoide.

La literatura nacional e internacional describe que se ha dado poca importancia a los pacientes portadores de artritis reumatoide, así como la influencia de la autoestima en su vida diaria, y la asociación que esta última tiene en relación a la percepción de la calidad de vida en este grupo de pacientes.

En el servicio de reumatología del Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos no se cuenta con parámetros que nos permitan establecer atención integral a los pacientes con artritis reumatoide, ya que únicamente se brinda manejo médico, pero se desconoce el nivel de autoestima y la percepción de calidad de vida en nuestra población, aspectos que de acuerdo a lo previamente mencionado son de gran relevancia en la atención de estos pacientes, por lo que surge la siguiente interrogante:

¿Cuál es la tipología familiar y el nivel de autoestima asociado a percepción de calidad de vidaen pacientes con artritis reumatoide de la consulta externa de reumatología del Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos?

III.JUSTIFICACIÓN.

III.1.- ACADÈMICA:El presente trabajo de investigación surge como requisito académico para la evaluación profesional de postgrado y la obtención del diploma de especialista, así como pretende ser un trabajo académico que cumpla con un rigor teórico-metodológico vinculado con el plan de estudios de la especialidad de medicina familiar, aplicado los conocimientos adquiridos durante el curso de la especialidad donde permita implementar los conocimientos ya que la artritis reumatoide es una enfermedad incapacitante de curso lento y progresivo, que requiere un diagnóstico y tratamiento oportuno desde sus primeras semanas de presentación y que exige una calidad de atención médica multidisciplinaria por las alteraciones que llega a presentar a nivel cognitivo, social y familiar, con repercusiones de forma individual y familiar, ocasionando progresión de la enfermedad y desarrollo de complicaciones.

III.2.- CIENTÍFICA: El hecho de evaluar el autoestima y la percepción de calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide conlleva a recabar información que nos proporcione la evidencia que sustente la necesidad de incorporar al manejo interdisciplinario, en donde participe el Médico Psiquiatra, Psicólogo, Médico Rehabilitador, Licenciado en Nutrición, Médico Familiar, Reumatólogo permitiendo así un manejo integral del paciente, mejorando su independencia, su autoestima y su calidad de vida.

III.-3.- SOCIAL: Es necesaria una comprensión adecuada de la percepción de la calidad de vida acerca del profesional de la salud que atiende a este tipo de pacientes, desde el punto de vista clínico, terapéutico, individual y familiar para mejorar su calidad de vida.

III.-4.- ECONÓMICA: La artritis reumatoide es una afección además de sistémica repercute en el punto de vista económico por los días perdidos de trabajo de los pacientes.

IV.HIPÒTESIS.

En el Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos se valoraron a pacientes con artritis reumatoide de menos de 5 años de diagnóstico del servicio de reumatología, donde se pretende identificar los factores socio-demográficos, tipología familiar, ya que estos son condicionantes de nivel de autoestima baja en un 40% en relacionada a una mala percepción de Calidad de vida.

IV.1.- ELEMENTOS DE LA HIPOTESIS.

IV.1.1 Unidades de Observación. Pacientes portadores de artritis reumatoide de la consulta externa de ambos turnos del Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos en el periodo de 01-julio al 31 de agosto del 2012 siendo este el universo de trabajo delimitado.

IV.1.2 Variables.

IV.1.2.1 Dependiente. Tipología familiar, autoestima y percepción de calidad de vida

IV.1.2.2 Independientes. Edad, género, estado civil, ocupación, tiempo de diagnóstico de artritis reumatoide, nivel de escolaridad.

IV.1.3 Elementos lógicos de relación. Y, de, a, de, la, de, en, con, de, la, de, del.

V.OBJETIVOS.

V.1.-OBJETIVO GENERAL.

Determinar la tipología familiar y el nivel de autoestima asociado con percepción de calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide de la consulta externa de reumatología del Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos del Estado de México.

IV.2.-OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Identificar la tipología familiar en pacientes participantes.
- Determinar el nivel de autoestima en pacientes valorados.
- Determinar la percepción de calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo a su edad.
- Correlacionarla asociación de nivel de autoestima y percepción de calidad de vida.
Identificar en pacientes con artritis reumatoide las variables socio-demográficas (género, edad, estado civil, ocupación, nivel de escolaridad).
- Conocer cual género se encuentra más afectado en pacientes con artritis reumatoide.
- Identificar de acuerdo a su estado civil como se encuentran los pacientes portadores de artritis reumatoide.
- Determinar de acuerdo a su nivel de escolaridad cual es el más afectado.
- Identificar en que pacientes se encuentra mayor afección de acuerdo a su ocupación.
- Conocer el tiempo de diagnóstico de la artritis reumatoide.

VI. METODO

VI.1.-TIPO DE ESTUDIO.

- De acuerdo por la medición de fenómeno en el tiempo: Prospectivo, Transversal, Observacional
- De acuerdo a la comparación de la población: Analítico.

VI.2.-DISEÑO DE ESTUDIO.

Se aplico el cuestionario a pacientes de 18 a 85 años de edad, con diagnóstico de artritis reumatoide, que acudieron de manera regular a la consulta externa de ambos turnos del servicio de Reumatología, del Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos en el periodo comprendido de 01 de julio al 31 de agosto y que decidieron participar en el proyecto de investigación, se les proporciono consentimiento informado para la autorización de este, procediendo a realizar la encuesta en pacientes que se encuentran bajo tratamiento de artritis reumatoide. Los pacientes fueron seleccionados de acuerdo a los criterios ACR (Colegio americano de reumatología) de 1978 y que tienen menos de 5 años de diagnostico de artritis reumatoide.

1.- Escala de percepción de calidad de vida RA-Qol.

2.- Escala de Rosemberg para evaluar nivel de autoestima.

3.- Consentimiento informado.

En el caso que el paciente no supo leer ni escribir se recabo la información por medio de una entrevista por parte del investigador

Explicándole ampliamente en qué consistía la investigación y que todas las respuestas serán confidenciales y en los casos que presentaron baja calidad de vida o nivel de autoestima bajo, se le envió con otras especialidades.

Ya que el paciente acepto reuniendo los criterios de inclusión y firmado su consentimiento, se procedió a lo siguiente:

1.- Se le explicó al paciente la importancia que tiene el identificar su nivel de percepción de calidad de vida así como su nivel de autoestima y que puede repercutir directamente en su salud desde el punto de vista bio-psico-social.

2.- Realizando una primera lectura de los cuestionarios, para conocer su contenido y para solicitar las aclaraciones pertinentes cuando no entienda el significado de cualquiera de los ítems que conforman las escalas, ya que se le entregaron dos escalas

3.- En una se le mostró una lista de los 8 preguntas debiendo solo atender a aquellos acontecimientos vitales recientes, es decir, como se siente el día de la encuesta encerrando en un circulo el número correspondiente que va del 1 con mala percepción de vida hasta el número 10 que traduce excelente calidad de vida.

4.-En el segundo cuestionario se le solicitó que expresara como se encuentra

su nivel de autoestima (tomado como sensación de valía) señalando con una cruz.

5.- Agradeciéndole al paciente al término de los dos cuestionarios.

Participando en el estudio 103 pacientes. La recolección de datos se realizó con el paquete Excel Windows XP, el análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SSPSS-14 se analizó la estadística descriptiva y variable continua se reportaron medidas de tendencia central y dispersión, en tanto que para las categorías se utilizaron porcentajes y distribuciones de frecuencias. Para determinar la asociación entre el nivel de autoestima y la calidad de vida se calcularon razones de momios y tablas de contingencia con prueba de chí cuadrada con una $P < 0.05$.

VI.3.-OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADOR	ITEM
Tipología familiar.	Determinadas composiciones que permiten identificar los miembros de una familia según sus lazos de filiación, parentesco, afinidad y afecto	Concepto utilizado para identificar los tipos de familia.	Cualitativo ordinal	Composición. (Nuclear, semi-nuclear, Extensa. Extensa compuesta). Demografía: (rural, suburbana, urbana). Desarrollo. (Tradicional, moderna). Integración. (integrada, semi-integrada, desintegrada) Crisis de desarrollo. (Interrumpida, contraída, reconstruida).	1
Nivel de Autoestima	Es la forma habitual de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo	Concepto utilizado para valorar auto percepción del individuo.	Cualitativo ordinal	1 Alta (>40 puntos) 2 Normal (40-30 puntos) 3 Media (26-29 puntos) 4 Baja (<26 puntos)	2
Percepción de calidad de vida	Es un conjunto de comportamientos y actitudes individuales que mantienen a la persona sana y libre de un deterioro físico ante una enfermedad crónica. Este modelo de atención medica delega en la persona afectada toda la responsabilidad sobre su salud	Es un concepto utilizado para el <u>bienestar social</u> general de individuos y sociedades	Cualitativo ordinal	1 Excelente calidad (9-10 puntos) 2 Muy buena calidad (7-8 puntos) 3 Buena calidad (5-6 puntos) 4 Mala calidad (3-4 puntos) 5 Muy mala calidad (1-2 puntos)	1
Género	División del género humano en dos grupos: mujer u hombre.	Hombre y mujer.	Cualitativa nominal	1) Masculino 2) Femenino	3
Edad	Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento.	Número de años vividos.	Cuantitativa nominal	Años. 20 a 85 años de edad	4
Estado civil.	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia , provenientes del matrimonio o del parentesco , que establece ciertos derechos y deberes	Situación civil en que se encuentran las parejas	Cualitativa nominal.	1)Soltero 2)Casado 3)Unión libre 4)Divorciado 5)Viudo	5
Nivel de escolaridad.	Número de años que el paciente acudió a estudiar.	Conjunto de enseñanzas y cursos que se imparten a los estudiantes en los establecimientos docentes.	Cuantitativa ordinal.	1) primaria 4) secundaria 6)Preparatoria 7) técnico 9) licenciatura 11) postgrado	6

Ocupación	Trabajo, empleo u oficio	Son actividades que realiza el individuo con un fin.	Cualitativo nominal.	1) Estudiante 2) Hogar 3) Obrero 4) Técnico 5) Profesional 6) Otro.	7
Tiempo de diagnóstico de la artritis	Lapso desde que inicio los síntomas el paciente hasta el momento de la encuesta	Número de años de diagnóstico del padecimiento.	Cuantitativo ordinal	Menos de 1 año. 1-2 años 3-5 años	8

VI.4.- UNIVERSO DE TRABAJO.

Esta investigación se realizó en consulta externa del servicio de reumatología de ambos turnos del Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos del Estado de México Toluca Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos en el periodo del 1º de julio al 31 de agosto del 2012.

VI.4.1.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes de 18 años a 85 años.
- Diagnóstico ya establecido de artritis reumatoide en base a criterios ACR(Criterio Americano de Reumatología) 1987 (menos de 5 años de diagnóstico).
- Ambos sexos.
- Todos los cuestionarios contestados completamente. (Más del 90%).
- Firma de consentimiento informado.

VI.4.2.-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con síndrome de sobre-posición.
- Pacientes que no saben leer, ni escribir.
- Pacientes que hablen algún dialecto y que no cuenten con traductor al momento de la encuesta.
- Pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide asociada a otra enfermedad discapacitante ya sea metabólica, neurológica o traumática.

VI.4.3.-CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Pacientes los cuales en el proceso de obtención de datos hayan tenido el instrumento de recolección de datos incompletos o imprecisos.

VI.5.-INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.

DESCRIPCIÓN

VI.5.1.- VALIDACIÓN: Se aplicó el cuestionario de calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide QoI-RA.El cuestionario empleado en el estudio (QOL-RA Scale) es el único específico de artritis reumatoide adaptado simultáneamente al inglés y al castellano (validación lingüística en Holanda en el 2001). Es el único usado en pacientes de diversas culturas por Tjihuis de Jong, Da Novatada y Vlieland. Este instrumento se compone de 8 ítems, dentro de la escala tipo likert con diez posibilidades de respuesta, que van desde 1 muy mala calidad de vida y hasta 10 excelente calidad de vida.

VI.5.2.-APLICACIÓN:

Escala de RA-QoI El desarrollo de la escala partió del cuestionario HRQOL teniendo en cuenta los aspectos positivos y negativos asociados a la vida del paciente con artritis reumatoide que vienen modificados por estado funcional y el deterioro causado por la enfermedad. (Ver anexo 2): cuestionario individual y auto-administrado, el cual dura aproximadamente de 10-15 minutos.El valor que se les da es de la siguiente forma: Se realizan 8 preguntas muy concisas las cuales no precisan de explicación adicional sobre el significado por lo que quedan a la subjetividad del paciente en relación con la sensación que le causa la enfermedad. La escala esta ideada para una contestación en un periodo breve de tiempo y no se requiere el apoyo de psicólogo, con lo cual no se prolonga la consulta médica ordinaria.

- 1-2 puntos= muy mala calidad de vida.
- 3-4 puntos= mala calidad de vida.
- 5-6 puntos= buena calidad de vida.
- 7-8 puntos= muy buena calidad de vida.
- 9-10 puntos= excelente calidad de vida.

La Escala de Autoestima de Rosemberg ha sido traducida a 28 idiomas, y validada interculturalmente en 53 países. ⁽²⁸⁾ (Ver anexo 4)

Se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima.Desarrollada originalmente por Rosemberg para la evaluación de la autoestima, incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de si mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y se califican de los ítems 1-5 las respuestas de A-D puntuándose de 4-1, de los ítems 6-10 las respuestas A-D se puntúan 1-4, la otra mitad negativamente sumarse todos los ítems. La puntuación total,por tanto, oscila entre 10 y 40.

>40 puntos= Autoestima elevada.

30-40 puntos = Autoestima normal.

26-29 puntos = Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves pero es conveniente corregirla.

<25 puntos = Autoestima baja.

La escala de Rosemberg es auto-aplicada, individual, la cual dura aproximadamente 10-20 minutos para su contestación, la cual es de fácil

compresión y quedan a la subjetividad del paciente en relación a como se siente en el momento de la encuesta, de acuerdo al resultado que se obtenga se valorará si es necesario el apoyo del profesional correspondiente para su tratamiento integral.

VI.6.-Desarrollo del proyecto.

Una vez aceptado y aprobado el proyecto por los Subcomités de Enseñanza, Investigación y Ética así como el de Bioética del Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos se procedió a la selección de los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide y que cumplieron con los criterios de inclusión, de acuerdo a los criterios de American College of Rheumatology de 1988 de la consulta externa de ambos turnos del servicio de reumatología del Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos y procediendo con la explicación del protocolo de estudio y que las respuestas serán de absoluta confidencialidad, así como si presenta alteraciones importantes en su autoestima y percepción en su calidad de vida, se les ofreció apoyo de la especialidad correspondiente para su adecuado manejo y tratamiento. Una vez informado el paciente y aceptando participar en el estudio y habiendo obtenido la firma del consentimiento informado, y aclarando todas sus dudas se procedió con la aplicación de dos cuestionarios.

VI.7.- Límite de espacio: Estudio realizado en ambos turnos del servicio de reumatología del Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos

VI.8.- Límite de tiempo. Periodo comprendido de 1º julio- 31 de agosto 2012 de manera auto aplicadas, estando presente el médico residente dedicando 1 hora al día para la entrega de los cuestionarios y para aclarar cualquier duda que en el momento de contestar surgiera, así como también contando con apoyo de los reumatólogos.

VI.9.- Diseño de análisis.

La recolección de datos se realizó con el paquete Excel Windows XP, el análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SSPSS-14 se analizó la estadística descriptiva y variable continua se reportaron medidas de tendencia central y dispersión, en tanto que para las categorías se utilizaron porcentajes y distribuciones de frecuencias. Para determinar la asociación entre el nivel de autoestima y la calidad de vida se calcularon razones de momios y tablas de contingencia con prueba de chií cuadrada con una $P < 0.05$.

VII.IMPLICACIONES ÉTICAS

El presente estudio de investigación, se sometió a juicio y aprobación de los Subcomités de Enseñanza, Investigación y ética así como el de Bioética del Centro Médico “Adolfo López Mateos”. La investigación se llevo a cabo con los lineamientos establecidos en la declaración de Helsinki y su modificación en Tokio,

VIII.ORGANIZACIÓN

TESISTA:M.C José Manuel Bedolla Caballero.

DIRECTOR DE TESIS: M E en M.F Mónica López García

IX.RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Durante el periodo comprendido del 1 de julio al 31 de agosto del 2012 se realizo el estudio donde participaron 103 pacientes con diagnostico de artritis reumatoide que acudieron a la consulta externa del servicio de reumatología ambos turnos del Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos.

En los pacientes participantes se clasifico de acuerdo a su tipología familiar predominado la familia nuclear 87.37%, de acuerdo a su desarrollo la familia tradicional 67.9%, y de zona urbana 80.5%, integrada 91.2% y con crisis de desarrollo predominado la interrumpida 3.88%, en asociación con autoestima y percepción de calidad de vida, predomina autoestima normal (53.4%), con buena percepción de calidad de vida en un 59.2%, predominando percepción de calidad de vida buena 59.2% (**TABLA 1, GRAFICA 1**). Con relación al género son 17 varones y 86 mujeres (**TABLA 2, GRAFICA 2**), siendo las más afectadas las mujeres, en relación a la edad fue entre e los 45 y 85 años como promedio a los 52 años en 58.48% (**TABLA 3, GRAFICA 3**), en relación al estado civil los casados con 86.9% en comparación con solteros (**TABLA 4, GRAFICA 4**), nivel escolar: el nivel primaria fue el más frecuente en un 48.5% (**TABLA 5, GRAFICA 5**), en relación a su ocupación fue el gremio dedicado al hogar con un 67% (**TABLA 6, GRAFICA 6**), el tiempo de diagnostico se encuentra el mayor numero de paciente en los 3 años en 55.3% (**TABLA 7, GRAFICA 7**).

Se incluyeron en este estudio un total de 103 pacientes, con predominio de una familia nuclear, integra, de zona urbana, de carácter tradicional, así como predominado el género femenino (83.5%), con un rango de edad predominante entre los 41-50 años (31.06%) y edad promedio de 44 años, acorde con la literatura mundial en donde se refiere que la edad de presentación es entre los 35 a 50 años.

Con respecto al estado civil se encuentra afectado mas en casados (68.9%). De acuerdo a la ocupación predomina en pacientes dedicados al hogar (67.0%). En cuanto la escolaridad, predominan los pacientes con primaria completa (29.12%); con respecto a nivel de autoestima se encontró autoestima normal en este grupo es donde se encontró a los pacientes con buena percepción de calidad de vida (59.2%) y autoestima normal (53.4%), lo cual es un indicador de que se está realizando un buen trabajo medico desde el punto de vista técnico, pero que se requiere el apoyo de servicios auxiliares o un equipo multidisciplinario que incluya a psicología y psiquiatría.

El promedio del tiempo de evolución tras el diagnóstico de Artritis Reumatoide fue de 3.57 años; en relación al tiempo de evolución por años, a los 3 años se encontró a la mayor parte de los paciente (39.8%), en cuyo caso la percepción de calidad de vida fue de buena, con autoestima normal.

Se encontró que, de acuerdo a los factores socio demográficos, los pacientes tienden a autoestima y mala percepción de calidad de vida secundario a la baja escolaridad, ingreso económico bajo, malas redes de apoyo.

Se encontró que la autoestima está afectada de forma importante en la mayoría de los pacientes lo que correlaciona con la literatura consultada. En relación al tiempo de diagnóstico de la artritis reumatoide con la autoestima, se valoro que, a mayor tiempo de diagnostico esta tiende a disminuir, así como también de forma secundaria se ve afectada la percepción de calidad de vida de los pacientes.

X. TABLAS Y GRAFICAS.

TABLA 1.

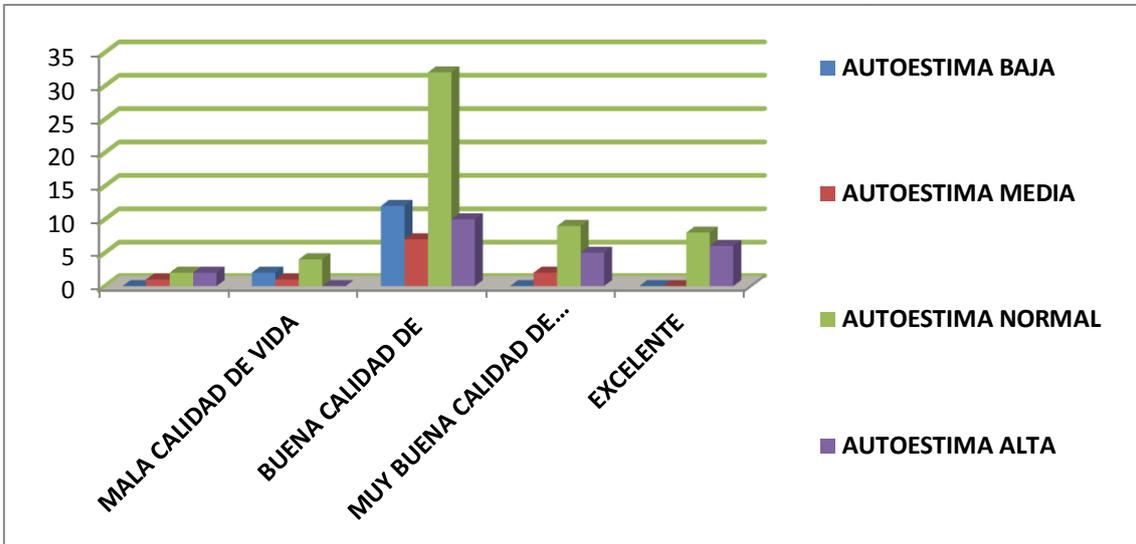
TIPOLOGÍA FAMILIAR, NIVEL DE AUTOESTIMA Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. CENTRO MÉDICO ADOLFO LÓPEZ MATEOS, 2012

NIVEL DE AUTOESTIMA ASOCIADO A PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA.	BAJA					MEDIA					NORMAL					ALTA																							
	MM		M		B		MB		E		MM		M		B		MB		E		MM		M		B		MB		E										
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%									
	0	0%	2	1.95%	12	11.6%	0	0%	0	0%	1	0.94%	1	0.94%	7	6.79%	2	1.94%	0	0%	2	1.95%	4	3.8%	32	31.06%	9	8.75%	8	7.76%	2	1.95%	0	0%	10	9.70%	5	4.85%	6
TIPOLOGÍA FAMILIAR																																							
ESTRUCTURA																																							
Nuclear.	0	1	9	0	0	1	1	7	2	0	2	4	31	9	8	2	0	9	4	0																			
Semi-nuclear.	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4																		
Extensa.	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	2																			
SUBTOTAL	14					11					55					23																							
TOTAL.	103																																						
DESARROLLO																																							
Moderna.	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0																			
Tradicional.	0	0	9	0	1	1	1	7	2	0	2	4	23	9	4	1	0	8	2	4																			
Arcaica.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	4	1	0	1	3	2																			
SUBTOTAL	14					11					55					23																							
TOTAL	103																																						
DEMOGRAFÍA																																							
Rural.	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0																			
Suburbana.	0	0	3	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	2	2	0	0	1	1	2																			
Urbana.	0	0	9	0	1	1	1	5	0	0	2	3	30	6	6	2	0	9	4	4																			
SUBTOTAL	14					11					55					23																							
TOTAL	103																																						
INTEGRACION																																							
Integrada.	0	0	9	0	1	1	1	5	2	0	2	4	40	6	5	2	0	7	4	5																			
Semi-integrada.	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	14	3	2	0	0	3	1	1																			
Desintegrada.	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0																			
SUBTOTAL	14					11					55					23																							
TOTAL	103																																						
COMPLICACION																																							
Interrumpida.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0																			
Contraída.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0																			
Reconstruida.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																			
TOTAL	0					1					4					2																							

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS.

GRAFICA 1.

TIPOLOGÍA FAMILIAR, NIVEL DE AUTOESTIMA Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. CENTRO MÉDICO ADOLFO LÓPEZ MATEOS, 2012



FUENTE: TABLA DE RECOLECCION DE DATOS 1.

LA CHI CUADRADA=16.339 CON UNA P DE 0.28.

TABLA 2.

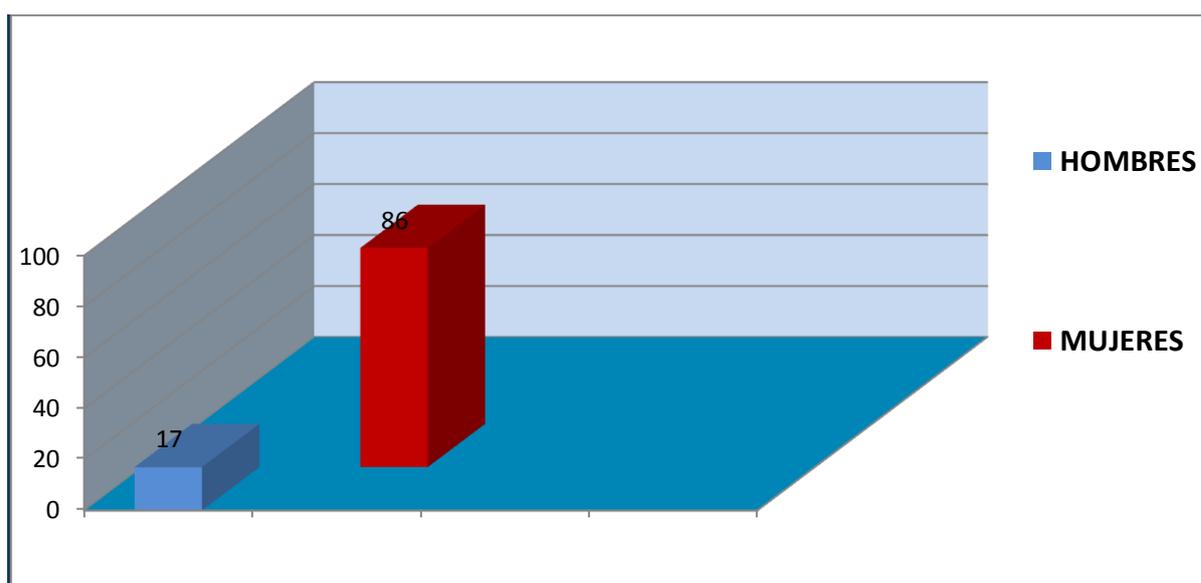
PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SEGÚN GÉNERO.

GÉNERO	NÚMERO	%
MASCULINO	17	16.5%
FEMENINO	86	83.5%

FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

GRAFICA 2.

PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SEGÚN GÉNERO.



FUENTE: TABLA DE RECOLECCION DE DATOS 2.

TABLA 3.

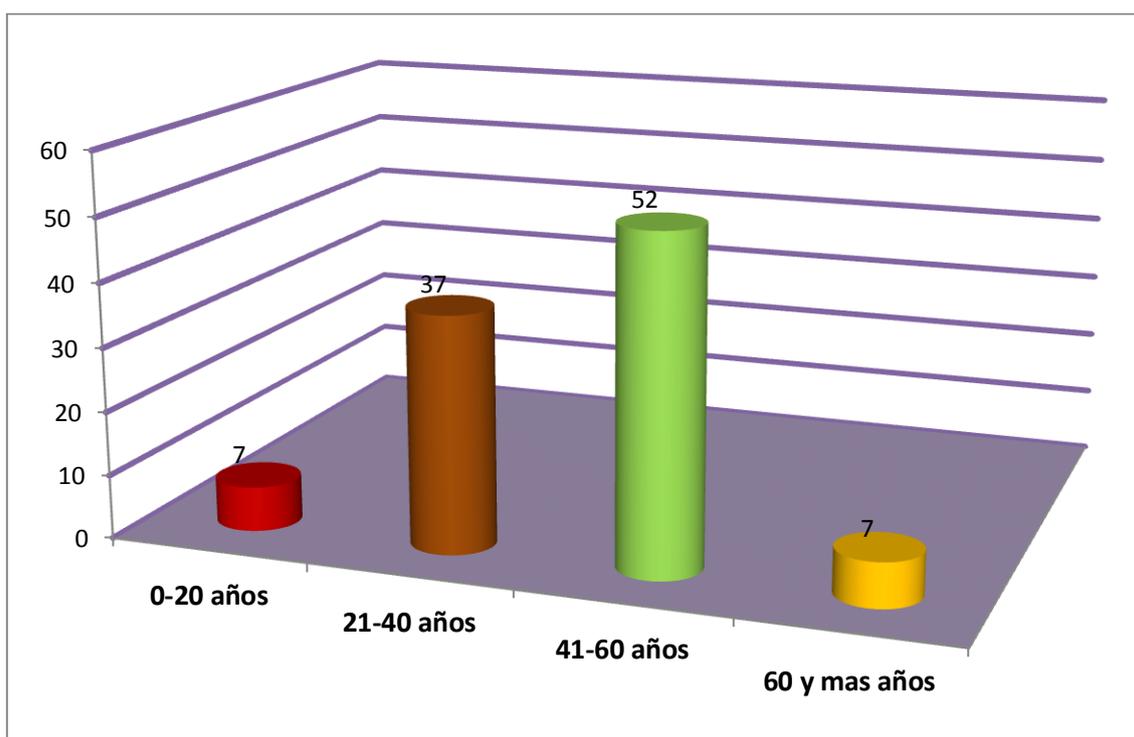
PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SEGÚN SU EDAD.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1-20 AÑOS	7	6.79%
21-40 AÑOS	37	35.92%
41-60 AÑOS	52	50.48%
61 Y MAS AÑOS	7	6.79%

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

GRAFICA 3.

PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SEGÚN SU EDAD.



FUENTE: TABLA DE RECOLECCION DE DATOS 3.

TABLA 4.

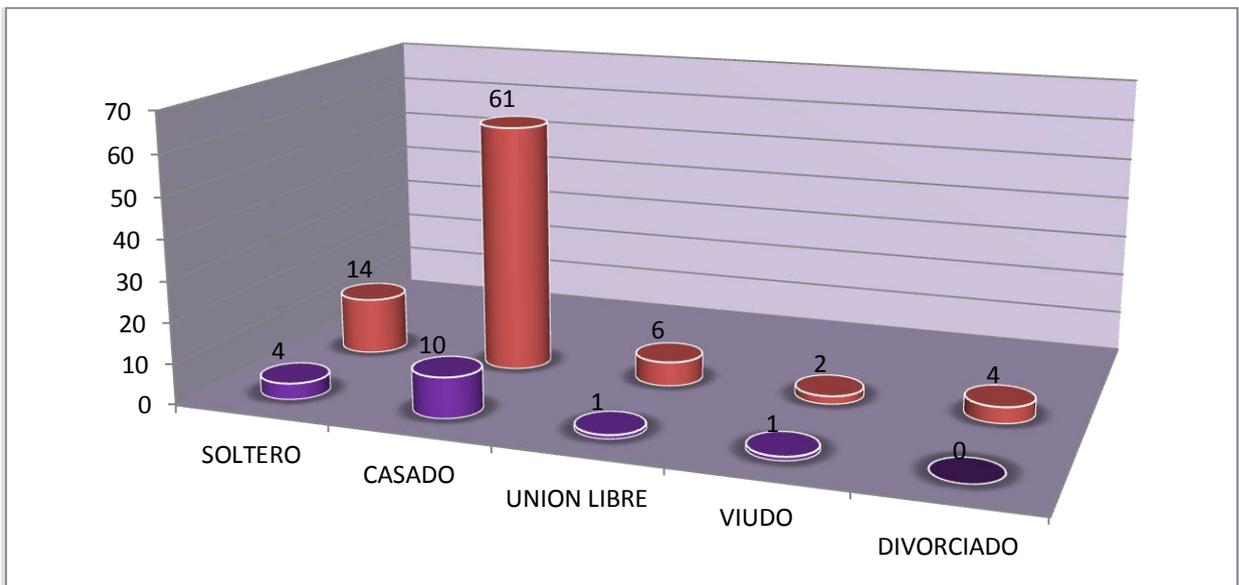
PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SEGÚN SU ESTADO CIVIL.

SOLTERO/A		CASADO/A		DIVORCIADO/A		VIUDO/A		UNION LIBRE	
F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
14	17.5%	71	68.9%	4	3.9%	3	2.9%	7	6.8%

FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

GRAFICA 4.

PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SEGÚN SU ESTADO CIVIL.



FUENTE: TABLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS TABLA 4.

TABLA 5.

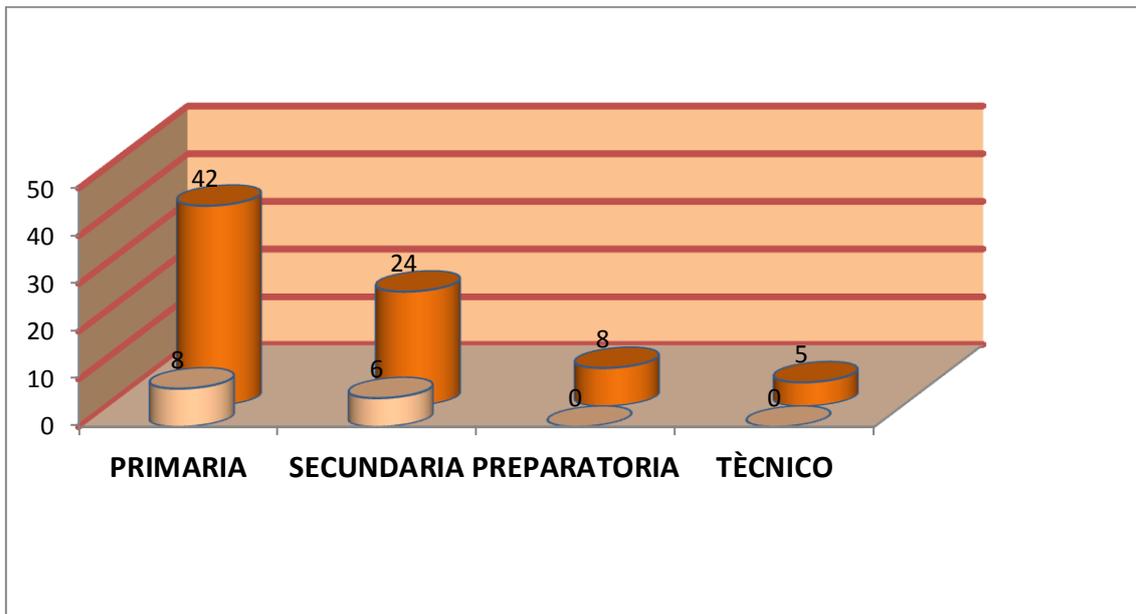
PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SEGÚN SU ESCOLARIDAD.

PRIMARIA		SECUNDARIA		PREPARATORIA		TECNICO		PROFESIONAL	
F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
50	48.5%	31	30.1%	8	7.7%	5	4.9%	9	8.7%

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

GRAFICA 5.

PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SEGÚN SU ESCOLARIDAD.



FUENTE: TABLA DE RECOLECCION DE DATOS5.

TABLA 6.

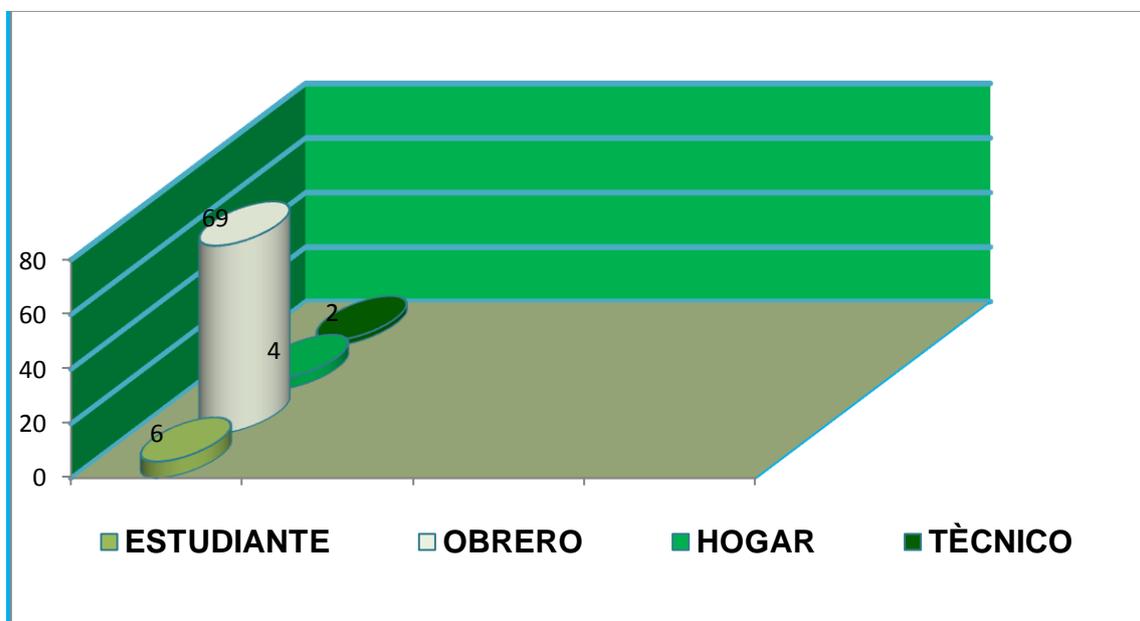
PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SEGÚN SU OCUPACIÓN.

	F	%
ESTUDIANTE	6	5.8%
HOGAR	69	67.0%
OBRERO	4	3.9%
TÉCNICO	2	1.9%
PROFESIONAL	2	1.9%
OTRO	20	19.4%

FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

GRAFICA 6.

PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SEGÚN SU OCUPACIÓN.



FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS 6.

TABLA 7.

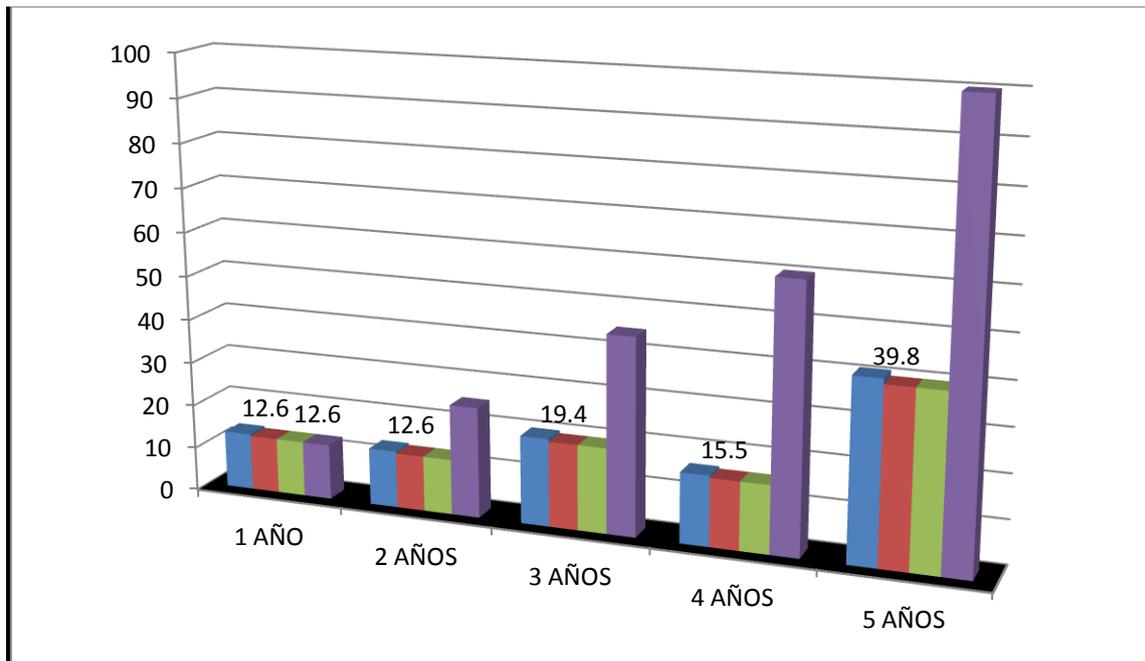
PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE ACUERDO AL TIEMPO DE DIAGNÒSTICO.

AÑOS DE DIAGNÒSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 AÑO	13	12.6%
2 AÑOS	13	12.6%
3 AÑOS	20	19.4%
4 AÑOS	16	15.5%
5 AÑOS	41	39.8%
TOTAL	103	100%

FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

GRAFICA 7.

PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE ACUERDO AL TIEMPO DE DIAGNÒSTICO.



FUENTE: TABLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS7.

XI.CONCLUSIÓN.

El presente estudio tuvo la finalidad de identificar la asociación entre el nivel de autoestima y la percepción de calidad de vida en pacientes portadores de artritis reumatoide en una población estudiada del Centro Médico Adolfo López Mateos los cuales acudieron a la consulta externa del servicio de reumatología, durante el proceso de investigación se encontró que varios pacientes presentaron nivel de autoestima baja con mala percepción de calidad de vida enviándose al servicio de psicología para su tratamiento adecuado; se valoró además que los pacientes portadores de artritis reumatoide con mala percepción de calidad de vida y nivel de autoestima bajo podría ser secundario a el acceso limitado del medicamento, así como a los cuidados primarios de salud, malas redes de apoyo, escolaridad baja y al mismo abandono del tratamiento además sin dejar de tomar en cuenta los efectos adversos propios de cada medicamento provocando gastropatía motivo por el cual una gran parte de los pacientes suspenden el tratamiento.

Se esperaría que entre a mayor tiempo de diagnostico los pacientes tuvieran peor percepción de calidad de vida con autoestima baja, demostrando en este estudio donde se encuentra un gran número de pacientes en esta condición tras el primer y segundo año de evolución, lo cual explicada que la mala red de apoyo tanto a nivel institucional, familiar y social pueden ser un factor desencadenante de la actividad de la patología exacerbando el cuadro, además el paciente no se envía de manera regular a psicología o psiquiatría para un adecuado tratamiento del duelo ya que de manera secundaria también contribuye a la exacerbación de los síntomas.

XII.-RECOMENDACIONES

Para el médico familiar realizar un diagnóstico temprano es una de las principales labores cotidianas, ya que es el médico de primer contacto y en el cual los pacientes, la mayoría de las veces es a quien le tienen mayor confianza y credibilidad, además debe de realizar envíos adecuados y oportunos a los servicios de segundo y tercer nivel para complementar el tratamiento, explicando previamente sobre su patología y de los efectos que esta puede presentar, así como la búsqueda de mejoras en la población a tratar y buscar las formas de prevenir los riesgos en la población portadora de artritis reumatoide y mejorar el aporte de medicamentos, envíos adecuados a los servicios de rehabilitación para que los pacientes tengan un mejor pronóstico y ser autosuficientes en su vida diaria sin depender de alguien más o por lo menos que no sea totalmente, envíos de manera regular a los servicios de salud mental a cada uno de los pacientes que presenten alteraciones a nivel cognitivo y valorar la posibilidad de que los familiares acudan a terapia para esta manera buscar también el apoyo para ellos, ya que es bien sabido que el cuidador primario también se encuentra afectado desde el punto de vista cognitivo hasta el nivel estructural, buscando por parte del médico la salud integral de la población.

XIII. BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Taylor R. Medicina de familia. Principios y prácticas. 4ª ed. México. 2006; 13(4):73-79.
- 2.- Jauregui R. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad - Enfoque en salud familiar; editorial médica internacional. Bogotá D.C. 1998
- 3.- Irigoyen Coria A. Diagnóstico familiar. 6ª ed. México: Medicina Familiar.
- 4.- Diccionario de la lengua española © 2005 Espasa-Calpe.
- 5.- Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Larousse Editorial, S.L.
- 6.- Martín J. The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students, the Spanish Journal of Psychology 2007; 10(2): 458-467
- 7.- Hurtado I. Autoestima, concepto, formación, desarrollo e indicaciones acerca de su diagnóstico. Psicoplanet.com
- 8.- Alonso L. Autoestima y relaciones interpersonales en jóvenes estudiantes de primer semestre de la división de salud de la Universidad del Norte, Barranquilla Colombia. Salud Uninorte. Barranquilla 2007; 23: 32-42
- 9.- Cadena J. Depresión y familia en pacientes con artritis reumatoide, revista colombiana de reumatología septiembre 2002; 9(3): 184-191
- 10.- Vázquez J. Escala de autoestima de Rosenberg. Fiabilidad, validez en población clínica española, apuntes de psicología 2004; 22(2): 247-255
- 11.- Alonso L. Autoestima y relaciones interpersonales en jóvenes estudiantes de primer semestre de la división de salud de la universidad del Norte, Barranquilla Colombia, Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2007; 23 (1): 32-42
- 12.- File:///A:/asociaestad.htm (2 of 8) [27/03/2000 11:00:16 a.m.]
- 13.- Ivanovic- Zuvic. R. Evaluación psicosocial de epilépticos en el nivel primario de atención a la salud. Revista Chilena Neuro-psiquiatría, 2006;44(3): 187-194,
- 14.- Rueda. S. Habitabilidad y calidad de vida, Universidad Politécnica de Madrid, 2005;1-2
- 15.- Balsa A. Como se evalúa una respuesta inadecuada en un paciente con artritis reumatoide en la práctica clínica. Reumatol Clin. 2007; 3(1):38-44
- 16.- Rodríguez R. Factores socio- demográficos y severidad radiológica de la artritis reumatoide revista cubana Med, Gen Integr 2001; 17(5): 423-8
- 17.- Tuesca R. La calidad de vida, su importancia y como medirla. Salud uninorte Barranquilla (col) 2005; 21: 76-86
- 18.- Burgos R. Artritis Reumatoide Rev. Pacea MedFam 2006; 3(4): 62-66.

- 19.- Vinaccia S. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide, *International Journal of Psychological Therapy* 2005; 5(1): 47-61.
- 20.- Londoño J. Cambio en la capacidad funcional, calidad de vida y actividad en la enfermedad, en un grupo de pacientes colombianos con artritis reumatoide refractaria al tratamiento convencional, que recibieron terapia con infliximab como medicamento de rescate. *Revista Medica* 2009 17(1) 40-49
- 21.- Mones J. Se puede medir la calidad de vida, cual es su importancia *Cir Esp.* 2004; 76(2):71-7
- 22.- Navarro F. Costes de calidad de vida- artritis reumatoide. Estudio económico y de la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide en España,*Rev.Esp.Reumatol*2004;31(4):184-9
- 23.- Vinaccia S. Personalidad resistente y auto eficacia en pacientes con diagnóstico en artritis reumatoide. *Terapia Psicológica* 2005; 23(1): 15-24
- 24.- Vinaccia S. Auto-eficacia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnostico de artritis reumatoide *international Journal of clinical and health psychology* 2005; 5(1): 129-142.
- 25.- Redondo M.El dolor en los pacientes con artritis reumatoide clínica y salud, 2008; 19(3): 359-378.
- 26.- Puente L.Evaluación del estado nutricional en una población mexicana de pacientes adultos con artritis reumatoide, *Nutr. Hosp. Madrid* mar.-abr. 2009; 24(2):
- 27.-Tuesca R.La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla.*Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2005; 21: 76-86
- 28.- Vinaccia S. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide *international Journal of psychology and psychological therapy*, universidad de Almería España, Almería España april, 2005; 5(001): 45-59.
- 29.-Batlle-Gualda E. Calidad de vida en la artritis reumatoide *Revista Española de Reumatología Suplementos*, 2002; 1(1):
30. - Clegg D. Diagnostic criteria in rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol Suppl.* 1987; 65:3-11
31. -Vinaccia S. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1988 Mar; 31 (3): 315-24
- 32.- Fernández L.Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide con tratamiento ambulatorio. *Farm Hosp.* 2008; 32(3):178-81

33.- Yescas E. Depresión, ansiedad y desesperanza aprendida en pacientes con artritis reumatoide, *Psicología y salud universidad veracruzana*, Xalapa México enero-junio, 2008; 18(001): 81-89

34. - Layo L. English and Spanish Quality of life Measure for Rheumatoid Arthritis, *arthritis care and research* 2005; 45: 167-173

35.- Bolsa A. Como se evalúa una respuesta inadecuada en un paciente con artritis reumatoide en la práctica clínica, *Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España*

XIV.- ANEXOS.

XIV.1.- ANEXO 1.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Por medio de la presente se le hace la cordial invitación para participar en el estudio “Nivel de Autoestima y su asociación con percepción de calidad de vida (sentimiento personal de bienestar y satisfacción con la vida) de pacientes con artritis reumatoide que acuden a la consulta externa del servicio de Reumatología de ambos turnos del Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos”.

En este estudio el objetivo principal es conocer mi percepción de calidad de vida en lo referente a mi padecimiento así como de mi autoestima en los últimos cinco años posteriores al diagnóstico de mi artritis reumatoide, ya que se me proporcionaran dos cuestionarios los cuales tengo que contestar en forma individual de como yo me siento en este momento, explicándoseme que con ello no se verá afectada mi integridad ni mi salud.

En este estudio los datos que debo proporcionar son: edad, sexo, estado, civil, nivel de escolaridad así como expresar como me siento actualmente, las respuestas serán usadas para fines de investigación siendo estas de manera veraz en cada una de las preguntas realizadas en cada cuestionario.

Se me explico que si el estudio y resultados tengan algún riesgo o una probable complicación en mi padecimiento se me otorgara la continuidad especializada para mí beneficio. Sin motivo personal decido retirarme y no terminar de contestar los cuestionarios se me permitirá hacerlo sin ninguna represalia.

Habiéndose despejado todas mis dudas, acepto participar de forma **libre y voluntaria**, teniendo a dos personas como testigo de ello y sé que la información que proporcione será **confidencial**, además no representa ningún riesgo para mi salud ni para mi familia. Para cualquier duda o aclaración puedo llamar al número telefónico 045436112371. Correo electrónico misalex1001@hotmail.com con el MC José Manuel Bedolla Caballero R3 de la especialidad de Medicina Familiar o con la Dra. Mónica López García titular de la especialidad de Medicina Familiar o al teléfono: 72 23 87 17 98 correo: logm_70 @ yahoo.com.mx

Sin más por el momento, le agradezco de antemano su apoyo.

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE. _____

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO. _____

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO _____

ATENTAMENTE.

Dr. José Manuel Bedolla Caballero residente de la especialidad de Medicina Familiar.

XIV.2.-ANEXO 2.

Autoestima y percepción de calidad de vida de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide que acuden a consulta externa del servicio de reumatología del Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos del Estado de México.

Las siguientes preguntas redactadas hacen referencia acerca de cómo se siente Ud. en este momento por lo que se le solicita, de la manera más atenta, contestar lo mas sinceramente posible, de antemano se le explica que los resultados serán de absoluta confidencialidad y que solo a usted se le entregaran si usted así lo requiere.

INSTRUCCIONES: 1.- Marque con una X en el cuadro de acuerdo a su sexo y estado civil si tiene alguna duda, favor de preguntar, se le resolverá de inmediato.

Fecha de la encuesta: _____

DATOS PERSONALES

Folio: _____ Edad: _____

Género: Hombre Mujer

Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Unión libre

Escolaridad: Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa

Preparatoria incompleta Preparatoria completa Técnico incompleto Técnico completo

Profesional incompleta Profesional completa Postgrado incompleto Postgrado completo

Ocupación: Estudiante Hogar Obrero Técnico Profesional Otro

Con quien vive en casa: Esposa/esposo e hijos Solo Padres Primos o tíos Otros

Con respecto a su familia la considera: integrada Semi-integrada Desintegrada

Domicilio actual: _____

Cuanto tiempo hace que le realizaron el diagnostico de artritis reumatoide: _____

2.-Elija un numero en cada pregunta, enciérrelo en un circulo contestando lo más sinceramente posible acerca de como describe su percepción de calidad de vida en el día de hoy.

1.- Si usted considera solo sus habilidades físicas ¿diría que su calidad de vida es?

Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente.

2.- Si usted solo considera la ayuda que le han dado su familia y sus amistades ¿diría que su calidad de vida es?

Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente.

3.- Si usted solo considera su dolor artrítico ¿diría que su calidad de vida es?

Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente.

4.- Si usted solo considera su nivel de tensión nerviosa ¿diría que su calidad de vida es?

Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente.

5.- Si usted solo considera su salud ¿diría que su calidad de vida es?

Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente.

6.- Si usted solo considera una artritis ¿diría su calidad de vida es?
Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente.

7.- Si usted solo considera su nivel de interacción entre usted y su familia y amigos diría que su calidad de vida es?
Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente.

8.- Si usted solo considera lo que usted dijo acerca de su estado de ánimo ¿diría que su calidad de vida es?
Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente.

Puntuación.

1-2 puntos= muy mala calidad de vida.

3-4 puntos= mala calidad de vida.

5-6 puntos= buena calidad de vida.

7-8 puntos= muy buena calidad de vida.

9-10 puntos= excelente calidad de vida.

XIV.3.-ANEXO 3.

Cuestionario para evaluar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y respeto a sí mismo. Por favor conteste lo más sinceramente posible de acuerdo como usted se sienta marcando una cruz (X) dentro del cuadro que crea más conveniente.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo.
1.- En general, estoy satisfecho conmigo mismo				
2.- A veces pienso que no soy buen en nada.				
3.- Tengo la sensación de que poseo algunas buena cualidades				
4.- Soy capaz de hacer la cosas tan bien como la mayoría de las personas				
5.- Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso.				
6.- A veces me siento realmente útil				
7.- Tengo la sensación de que soy una persona de valía, al menos igual que la mayoría de la gente.				
8.- Ojala me respetara mas a mi mismo				
9.- En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado				
10.- tengo una actitud positiva hacia mí mismo				

>40 Autoestima elevada.

30-40 puntos = Autoestima normal.

26-29 puntos = Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves pero es conveniente corregirla.

<25 puntos = Autoestima baja.