

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



“FACTORES QUE DETERMINAN LA RESILIENCIA Y SU ASOCIACIÓN CON CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE”

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA**

**PRESENTA:
M.C. KARLA JIMENA FUENTES DE LA SANCHA**

**DIRECTORA DE TESIS:
Dra. en C.A. y R.N. IMELDA GARCIA ARGUETA**

**REVISORES DE TESIS:
E.S.P. ADRIAN VERGARA CUADROS
PH.D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMAN
DRA. MARGARITA MARINA HERNANDEZ GONZALEZ
E.S.P. NANCY CEDILLO VILLAVICENCIO**

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO; 2021

“FACTORES QUE DETERMINAN LA RESILIENCIA Y SU ASOCIACIÓN CON CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE”

ÍNDICE

Cap.	Pág
	PRÓLOGO
	RESUMEN
	SUMMARY
	AGRADECIMIENTOS
I.	MARCO TEÓRICO 1
	I.1. Definición de Resiliencia 1
	I.1.1. Concepto 1
	I.1.1.1. Pilares de la Resiliencia 1
	I.1.1.2. Formas de medir la Resiliencia y su interpretación..... 2
	I.1.2. Resiliencia y enfermedad crónica en población adulta..... 4
	I.1.3. Resiliencia y envejecimiento 5
	I.1.4. Importancia de la resiliencia para la Salud Pública 6
	I.2. Definición de Calidad de Vida 6
	I.2.1. Concepto 7
	I.2.1.1. Elementos que conforman el concepto de Calidad de
	Vida 8
	I.2.1.2. Formas de medir la Calidad de Vida y su interpretación..... 10
	I.2.2. Calidad de vida relacionada con la salud 12
	I.2.3. Calidad de Vida y enfermedad crónica en población adulta..... 13
	I.3. Artritis Reumatoide 15
	I.3.1. Clasificación de la Artritis Reumatoide..... 15
	I.3.2. Factores de Riesgo para padecer Artritis Reumatoide..... 17
	I.3.2.1. Factores Genéticos..... 17
	I.3.2.2. Factores No Genéticos 17
	I.3.3. Síntomas 18
	I.3.4. Diagnóstico y exámenes auxiliares de diagnóstico..... 19
	I.3.5. Tratamiento..... 19
	I.3.5.1. Medicamentos 20
	I.3.5.1.1. Tratamiento sintomático 20
	I.3.5.1.2. Corticoides..... 20
	I.3.5.1.3. Fármacos modificadores de la enfermedad
	(FAME)..... 21
	I.3.5.2. Terapias alternativas..... 21
	I.3.5.2.1. Acupuntura 22
	I.3.5.2.2. Quiropráctica 22
	I.3.6. Evolución de los pacientes con artritis reumatoide 22
	I.3.7. Complicaciones..... 23
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 24
	II.1. Argumentación..... 24
	II.2. Pregunta de investigación 25
III.	JUSTIFICACIONES..... 26
	III.1. Científica..... 26

III.2. Académica	26
III.3. Económica	26
III.4. Social	26
IV. HIPÓTESIS	27
IV.1. Hipótesis alterna	27
IV.2. Hipótesis nula	27
V. OBJETIVOS	28
V.1. Objetivo general.....	28
V.2. Objetivos específicos	28
VI. MÉTODO	29
VI.1. Tipo de estudio	29
VI.2. Diseño de estudio.....	29
VI.3. Operacionalización de variables	29
VI.4. Universo de trabajo	31
VI.4.1. Criterios de inclusión	31
VI.4.2. Criterios de exclusión	32
VI.4.3. Criterios de eliminación	32
VI.5. Instrumentos de investigación	32
VI.5.1. Descripción	32
VI.5.2. Validación.....	33
VI.5.3. Aplicación.....	34
VI.6. Límite de tiempo y espacio	34
VI.7. Método.....	34
VI.8. Diseño estadístico	35
VII. ORGANIZACIÓN	36
VIII. IMPLICACIONES ÉTICAS	37
IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	38
X. CUADROS Y GRÁFICOS	42
XI. CONCLUSIONES	70
XII. RECOMENDACIONES.....	71
XIII. BIBLIOGRAFÍA	72
XIV. ANEXOS.....	76
XIV.1.	76
XIV.2.	77
XIV.3.	78
XIV.4.	79
XIV.5.	83
XIV.6.	86

PRÓLOGO

El trabajo de tesis presentado a continuación, lleva el título de “Factores que determinan la resiliencia y su asociación con calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide”.

Este trabajo ha sido escrito como parte de los requisitos para obtener el diploma de Especialista en Salud Pública, del programa de Estudios Avanzados de la Universidad Autónoma del Estado de México. La base de esta investigación sobre resiliencia y calidad de vida, se llevó a término en el municipio de Metepec, Estado de México, y el periodo de investigación y redacción duró desde Agosto del 2018 hasta Julio de 2020.

El proyecto se llevó a cabo en las instalaciones de la Clínica de Atención Geriátrica de Metepec, Estado de México, y la pregunta de investigación del trabajo fue formulada en conjunto con mi directora de tesis, la Dra. en C.A. y R.N. Imelda García Argueta.

El proceso de investigación fue difícil y complicado, sin embargo el trabajar de la mano con mi directora de tesis y mis profesores, me ha dejado un inmenso aprendizaje, y me ha permitido responder a la pregunta de investigación formulada al inicio de la misma.

Afortunadamente, tanto la Dra. Imelda, como mis revisores de tesis y profesores de la especialidad, han estado siempre disponibles y dispuestos a apoyarme y ayudarme con todas las cuestiones académicas e incluso personales, ya que si alguna vez perdí las ganas o me sentí perdida, fueron ellos quienes siempre me mantuvieron motivada.

Sin duda ha sido un reto y todo un logro el poder presentar los resultados de esta investigación. Y es en gran parte gracias a las exigencias de todos mis profesores que el día de hoy culmino esta etapa llena de satisfacciones y emociones encontradas. Gracias por motivarme y exigirme todos los días, a ser una mejor estudiante y profesionista, y sobre todo una mejor persona.

Por tanto, me gustaría agradecer a mi directora de tesis, revisores y profesores por su dedicación y excelente orientación, así como soporte durante todo el proceso de

realización de mi trabajo. También me gustaría agradecer a las autoridades del Instituto de Salud del Estado de México por brindarme todas las facilidades para realizar mi investigación dentro de las instalaciones de la Clínica de Atención Geriátrica de Metepec, así como a todos los encuestados, ya que sin su participación y cooperación, no habría sido capaz de llevar a cabo este trabajo de tesis.

Espero que disfruten la lectura, tanto como yo disfrute el realizarla.

Karla Jimena Fuentes de la Sancha

Toluca, Estado de México a 21 de Enero del 2021.

RESUMEN

En este trabajo se analiza la asociación entre los factores que determinan la resiliencia y la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide.

Partiendo de que se presenta un estudio de tipo observacional y descriptivo sólo se consideró un grupo de población sin grupo control, implementando una medición transversal y análisis deductivo de los datos, lo cual determinó un diseño de estudio de tipo cuantitativo.

Los datos obtenidos de esta investigación fueron analizados a partir de estadística descriptiva y para establecer la asociación entre las variables se utilizó estadística inferencial a partir de la prueba de chi cuadrada.

Los resultados indican que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la resiliencia y la calidad de vida.

Al analizar cada uno de los factores que determinan la resiliencia, se pudo observar que toda la población de estudio es alta o moderadamente resiliente y en lo que respecta a calidad de vida se pudo observar que predominan altos niveles seguidos por los niveles medios.

La identificación de los aspectos relacionados con la resiliencia y su atención correspondiente podría influir positivamente el tratamiento médico y por lo tanto en la calidad de vida del paciente con artritis reumatoide, permitiendo retrasar o impedir el desarrollo de la etapa incapacitante, además de reducir los costos en atención para el sector salud.

SUMMARY

This work analyzes the association between the factors that determine resilience and quality of life in patients with rheumatoid arthritis.

Based on the fact that an observational and descriptive study is presented, only a population group without a control group was considered, implementing a cross-sectional measurement and deductive analysis of the data, which determined a quantitative study design.

The data obtained from this research were analyzed from descriptive statistics and to establish the association between the variables inferential statistics was used from the chi-square test.

The results indicate that there is no statistically significant association between resilience and quality of life. When analyzing each of the factors that determine resilience, it was observed that the entire study population is highly or moderately resilient and with regard to quality of life, it was observed that high levels predominate followed by medium levels.

The identification of aspects related to resilience and their corresponding care could positively influence medical treatment and therefore the quality of life of patients with rheumatoid arthritis, allowing to delay or prevent the development of the disabling stage, in addition to reducing costs in care for the health sector.

I. MARCO TEÓRICO

I.1 Definición de Resiliencia

La Real Academia Española, define resiliencia como la capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos. Así como la capacidad de un material, mecanismo o sistema para recuperar su estado inicial cuando ha cesado la perturbación a la que había estado sometido.

I.1.1 Concepto

El concepto de resiliencia se desarrolló posterior a la Segunda Guerra Mundial y actualmente se plantea como la capacidad de una persona para movilizar sus recursos internos y externos, para hacer frente a un problema o suceso, generando nuevos recursos para construir o reinventar su propia vida (1).

Santillán en el año 2011, hace referencia a Grotberg, el cual definió la resiliencia como la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y salir fortalecido o transformado por experiencias de adversidad. Dependiendo de las circunstancias, un humano puede ser o no resiliente, dado que la resiliencia no es una característica innata ni natural del sujeto, ni algo que pueda adquirir y/o conservar para siempre (2).

Según diversos autores, las personas resilientes son definidas como personas socialmente competentes que tienen conciencia de su identidad, capaces de tomar decisiones, establecer metas y satisfacer sus necesidades básicas de afecto (3).

I.1.1.1 Pilares de la Resiliencia

Santillán hace referencia a ocho pilares como atributos que sostienen la actitud resiliente:

a) Introspección: capacidad de autoindagarse

- b) Independencia: poder poner una efectiva distancia emocional sin caer en el aislamiento.
- c) Capacidad de relacionarse: lograr establecer vínculos e intimidad con otras personas.
- d) Iniciativa: afana de aprender cosas nuevas en busca de progreso y auto superación.
- e) Humor: capacidad de reírse de la propia tragedia, sin caer en la irresponsabilidad ni la negación.
- f) Creatividad: capacidad de crear orden belleza y finalidad a partir del. Caos y el desorden.
- g) Moralidad: la necesidad de desear el bienestar que se desea para uno mismo a toda la humanidad.
- h) Autoestima consistente: base de los demás pilares y fruto del cuidado afectivo por parte de un adulto significativo (2).

I.1.1.2 Formas de medir la Resiliencia y su interpretación

La medición de un fenómeno se puede definir como la acción de asignarle un valor a los factores que intervienen en el, de tal manera que sea posible obtener parámetros para describirlo.

Medir la resiliencia resulta complicado, ya que son muchos los factores que intervienen en ella, dependiendo del autor que se consulte. En la actualidad para algunos autores, la resiliencia se define como la capacidad de adaptación que tiene un individuo ante una situación determinada y para otros es el la interacción de un conjunto de factores que se han ido desarrollando a lo largo de la vida de una persona como resultado de diversas experiencias (4). Y agrupó las técnicas e instrumentos para medir la resiliencia en 3 áreas:

Pruebas proyectivas

Son aquellas que evalúan la personalidad y otras características mentales de los individuos. Tratan de identificar como por medio de la emoción y la conducta, si un

individuo es capaz de dar resolución a los problemas. Es también una prueba subjetiva, que requiere de un complemento objetivo.

Pruebas psicométricas

Son aquellas que miden las capacidades psíquicas de un individuo, atribuyendo valores a ciertas condiciones y fenómenos psicológicos. Generalmente son cuestionarios de autorreporte, tipo Likert.

Las pruebas psicométricas más destacadas en estudios sobre resiliencia son:

- Dispositional Resilience Scale, de Bartone, Ursano, Wright e Ingraha, que mide estilos de personalidad resiliente.
- The Resiliency Scale, desarrollada por Jew, que mide tres factores de la resiliencia: optimismo, adquisición de habilidades y toma de riesgos. Sensible a diferencias de edad y género.
- My Child's Friendship Scale, desarrollada por Doll, que consta de 20 ítems dividido en cuatro competencias para las relaciones interpersonales: frecuencia de interacción social, habilidad para resolver pequeñas discordias, frecuencia de conductas pro sociales y habilidad para resolver conflictos en pares.
- Escala de resiliencia, elaborada por Wagnild y Young, escala tipo Likert de dos factores en la que se evalúa competencia personal y aceptación de si mismo y de su vida.
- The Brief Resilient Coping Scale, desarrollada en 2004 por Sinclair y Wallston. Esta escala muestra consistencia, confiabilidad y correlación entre los recursos personales de afrontamiento y es de fácil traducción a otros idiomas por lo que se puede aplicar en diversos contextos socioculturales.

Pruebas de imaginología

Estas pruebas se basan en el temperamento, se fundamentan en que este es la base biológica del carácter. Y en algunas investigaciones, actualmente se estudia la

resiliencia como un atributo hereditario e incluso capaz de ser desarrollado por medio del uso de pruebas de imaginología cerebral, mediciones de potenciales electroencefalográficos y pruebas endocrinas e inmunológicas (4).

I.1.2 Resiliencia y enfermedad crónica en población adulta

Diversos estudios han sido concluyentes al afirmar que la resiliencia es una variable protectora de la salud física y mental en momentos de enfermedad (5).

Actualmente La Organización Mundial de la Salud en su página web oficial, define a las enfermedades crónicas como aquellas de larga duración y por lo general de progresión lenta. La enfermedad crónica se considera como un trastorno orgánico funcional que cambia la vida de una persona, es persistente en el tiempo, por lo general, sin un principio ni un curso ni fin definibles y raramente tiene una cura (5).

Las consecuencias de padecer enfermedades crónicas, es que con ellas sobrevienen cambios importantes en la vida de los afectados, que pasan bruscamente de vivir de forma sana e independiente a depender de los familiares o de cuidadores para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, viéndose con ello mermada su calidad de vida.

Kralik, van Loon y Visentin en el 2006, en su artículo “Resiliencia en la Experiencia de la Enfermedad Crónica”, desarrollaron un estudio en pacientes entre los 21 y 65 años de edad, en donde se concluyó que la resiliencia se caracteriza por tener un fuerte sentido de autoestima, de capacidad para aprender de las experiencias y de desarrollar la adaptación, siendo esta última fundamental para sobrellevar la enfermedad (5).

Quinceno (2011) en su artículo “Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta, sostiene que las personas después de negociar una vida de desafíos, pueden encontrar que tienen recursos para demostrar sus capacidades y lograr la plenitud en la fase final de la vida. Encontrando cuatro categorías en las formas de resiliencia en las personas adultas mayores:

- Redefinición de sí mismo
- Uso de la religión/ espiritualidad o la apertura a la incertidumbre
- El mantenimiento en la inversión de la vida social
- El conservar la independencia (5)

Resultados del estudio realizado por estos autores demuestran que en lo que respecta a la enfermedad crónica, el apoyo social, las creencias espirituales, la autotrascendencia, optimismo, autoestima, sentido y propósito en la vida, son variables que favorecen y modulan la resiliencia y sirven como factores de protección hacia la salud. Y por otro lado indican que la resiliencia puede reducir el dolor, el estrés y aumentar la calidad de vida y favorecer la adaptación y aceptación de la enfermedad.

I.1.3 Resiliencia y envejecimiento

Uno de los temas más actuales es el papel de la resiliencia en el envejecimiento. Los humanos, al igual que otras especies, sufren cambios a lo largo de la vida y se van presentando progresivamente de acuerdo, a la edad en la que se encuentre un individuo. Rowe y Kahn (1987) distinguieron 3 categorías en el proceso de envejecimiento, que son:

- Óptimo envejecimiento
- Envejecimiento normal
- Envejecimiento patológico

Y es en varios estudios previos que se ha sugerido que es la resiliencia la que juega un papel definitivo en el desarrollo de un envejecimiento satisfactorio (6), permitiendo al adulto mayor optimizar sus recursos personales.

La resiliencia se considera un factor importante durante el envejecimiento, ya que es un mecanismo autorregulador de protección, ante la aparición de posibles sucesos complicados en determinados momentos de la vida. Es durante el envejecimiento que se presentan una serie de situaciones estresantes, como la pérdida de autonomía,

deterioro cognitivo y funcional, discapacidad, así como el afrontamiento con la propia muerte y la de los contemporáneos (7).

I.1.4 Importancia de la resiliencia para la Salud Pública

Una sociedad resiliente será capaz de enfrentar y adaptarse a las adversidades cotidianas y a una amplia gama de incidentes que en muchos casos resultan impredecibles, como lo son brotes de alguna enfermedad infecciosa, cambios climáticos, violencia, entre otros.

A pesar de los esfuerzos del Gobierno Mexicano por otorgar mejores condiciones de vida a la sociedad, resulta imposible proteger a los individuos de toda amenaza latente que atente contra su salud y dignidad. Razón por la que es indispensable dotar a toda la población de los medios suficientes para que puedan hacer frente a todas las amenazas posibles, centrándose en el mayor grado de autosuficiencia individual y desarrollo comunitario, así como la participación activa en lo que a actividad sanitaria respecta (8).

La Nación mexicana debe prestar atención a la capacidad que tienen sus habitantes para resistir la adversidad, minimizar sus efectos y recuperarse rápidamente de ellos.

I.2 Definición de Calidad de Vida

La Organización Mundial de la Salud en el 2005 definió la calidad de vida como la percepción de los individuos acerca de su posición en la vida, al tener en cuenta el contexto del sistema cultural y de valores en el que viven y en relación con metas, expectativas, normas e intereses.

Pacheco en el año 2014 hizo referencia al concepto de calidad de vida relacionado con la salud, como “aquella evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de

funcionamiento que permite seguir aquellas actividades importantes para el individuo y que afectan su estado general de bienestar” (9).

Jiménez Barbosa plantea que “la calidad de vida es un proceso dinámico ligado al ciclo vital de cada persona, en un contexto social específico. Siendo la posibilidad que tiene un ser humano de llevar una vida digna, gracias a la capacidad de desarrollar sus potencialidades en forma autónoma y cooperante con los objetivos de una sociedad de la que es parte” (10).

I.2.1 Concepto

El concepto de calidad data de varios siglos atrás, sin embargo su uso en el área de la salud es relativamente reciente y se utiliza cada vez más como un indicador del bienestar de una población o como medida de los resultados en la atención a la salud (9).

A lo largo de la historia de la humanidad ha sido demostrado que la solución a los problemas asociados con la calidad de vida de un paciente, radica en la voluntad de los gobiernos para colocar al hombre como su prioridad y como el pilar más valioso dentro de una sociedad (9).

Wanden-Berghe (2015) refiere que la calidad de vida es un concepto que se ha utilizado para hacer referencia al bienestar social general de las sociedades y los individuos, que incluye entre otros, elementos de riqueza y empleo, ambiente, salud física y mental, educación, recreación y pertenencia a un grupo social (11).

La percepción de la calidad de vida es el resultado de la interacción entre factores internos y externos que afectan a un individuo y el utilizar la medida de calidad de vida permite obtener información valiosa sobre las condiciones de vida de las personas y de cómo las consideran las suyas propias (12).

Cantú en el 2015, planteó que el término de calidad de vida es usualmente aplicado por líderes, diplomáticos, gobernantes, economistas, profesionales de la salud y sociólogos entre otros. Ya que es un concepto que puede ser estudiado desde distintos ámbitos y disciplinas, estrechamente relacionado con aspectos de bienestar humano y satisfacción (13).

Durante los años treinta surgió el interés de evaluar las condiciones de vida de la sociedad posterior a la gran depresión, considerando al producto interno bruto como el indicador principal para medir el bienestar de una sociedad. Sin embargo, posteriormente en los años ochenta se sugirió que este indicador no era suficiente ya que la percepción de bienestar de un individuo no solo recaía en las condiciones socioeconómicas de un país (14).

I.2.1.1 Elementos que conforman el concepto de Calidad de Vida

Vera en el 2015, refirió que “la calidad de vida y su estudio implica los enfoques médicos, económicos, sociopolíticos, psicológicos y humanísticos, por mencionar algunos”, y que en la actualidad el concepto de calidad de vida y su estudio se debe ver como un sistema en el que se deben considerar tanto los valores personales como culturales y el entorno donde habitan los pacientes (14).

Dentro del concepto de calidad de vida se deben valorar los 2 aspectos que la conforman, el material y el subjetivo. Considerando el primero como aquellas posesiones que tiene un individuo y el segundo como la valoración que hace el sujeto de sí mismo, hacia los demás y sus logros en la vida, siendo incluso el aspecto subjetivo más relevante que los bienes materiales que pudiera poseer una persona.

Vera también retoma el trabajo de Cummins de 1996, que propone un modelo capaz de medir la calidad de vida en diferentes poblaciones, aplicable de manera estándar ya que no es susceptible a sesgos por factores culturales, e incluso se puede aplicar para medir la calidad de vida de pacientes con capacidades distintas. Se proponen siete dominios para estudiar la calidad de vida:

1. Bienestar personal
2. Salud
3. Productividad
4. Intimidad
5. Seguridad
6. Relación con la comunidad
7. Bienestar emocional (14)

Derivado de la permanente interacción entre lo subjetivo y lo objetivo, la interpretación que el individuo da a la calidad de vida, dependerá de los valores que subsisten y de los eventos que se susciten en su entorno (13).

Ardila en el año 2003 plantea siete aspectos principales a tomar en cuenta para el estudio de la calidad de vida:

1. Bienestar emocional
2. Riqueza material y bienestar material
3. Salud
4. Trabajo y otras formas de actividad productiva
5. Relaciones familiares y sociales
6. Seguridad
7. Integración con la comunidad

También considera aspectos subjetivos relacionados con los individuos, como son:

- Intimidad
- Expresión emocional
- Seguridad percibida
- Productividad personal
- Salud percibida (15)

I.2.1.2 Formas de medir la Calidad de Vida y su interpretación

Medir la calidad de vida se basa en variables de subjetividad, por lo cual se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables.

Velarde en el año 2002, sostuvo que “la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien” (16).

La importancia de medir la calidad de vida se ve reflejada en destacar el estado funcional del paciente en el ámbito físico, mental y social, pero principalmente el obtener la medición de una variable subjetiva que nos dé un valor cuantitativo, que a su vez represente el estado de salud de un paciente.

Medir la calidad de vida permite proporcionar una evaluación más comprensible de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de una intervención o atención médica.

La mayoría de los instrumentos se componen de una serie de preguntas y de opciones de respuesta, que se dividen en dimensiones que miden aspectos de la salud, como son la función física, mental y social. Y dependiendo del objetivo del instrumento serán el número y tipo de divisiones que contenga, así como número de ítems y tiempo con el que se cuente para administrarlo (17). El formato de preguntas generalmente es de tipo Likert y las respuestas de tipo dicotómico.

Badia en el 2004, refirió que los instrumentos para medir calidad de vida, pueden tener 3 propósitos:

1. Discriminar, pretenden diferenciar entre pacientes que tiene mejor o peor calidad de vida en un periodo determinado de tiempo.

2. Evaluar, medir cuanto ha cambiado la calidad de vida de los pacientes en dos periodos de tiempo distintos.
3. Predecir, a partir de una medición actual pretende establecer cómo será la calidad de vida futura (17).

Y de acuerdo al mismo autor, los instrumentos se pueden clasificar en 2, cuestionarios genéricos y específicos.

Cuestionarios genéricos

- Son aquellos que se pueden aplicar tanto a individuos sanos como a enfermos y se caracterizan por abarcar varias dimensiones de la calidad de vida.
- Sirven para que el investigador se dé una idea inicial del impacto que tiene cierta enfermedad sobre la calidad de vida de un paciente.
- Se dividen en perfiles de salud y medidas de utilidad (17).

Perfiles de salud

- Abarcan dimensiones como el estado físico, mental o social de la calidad de vida, y comparan diferentes afecciones de un mismo paciente y determinan los efectos de cierto tratamiento sobre las mismas.
- Resultan poco sensibles a los cambios, ya que no incluyen aspectos específicos para la evaluación de determinada afección.
- Los más utilizados son el Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad, Perfil de Salud de Nottingham, el SF-36 o el Euroqol-5D (17).

Medidas de Utilidad

- Se basa en las preferencias que un individuo tiene con respecto a su estado de salud.
- Se obtiene un índice numérico que refleja tanto el estado de salud de un individuo, como el valor que este tiene para él; que, junto a los años de vida, conforman el índice “años de vida ajustados por calidad”.

- Usualmente utilizado para medir el costo-utilidad en una evaluación económica, resultando poco útil al tratar de determinar los aspectos de la calidad de vida responsables del aumento o disminución del índice (17).

Cuestionarios específicos

- Este tipo de cuestionario se caracterizan por ser más específicos y sensibles, al incluir aspectos importantes para determinada afección en una determinada población.
- Por ejemplo, en niños o ancianos, en ciertas funciones como: función sexual, o determinados síntomas clínicos como dolor.
- Al evaluar un problema específico de salud, tienden a ser más sensibles a los cambios en la calidad de vida, que los genéricos, ante el problema específico de salud que se está evaluando.
- No son aplicables a la población en general, lo que no permite obtener un patrón de referencia o establecer comparaciones entre afecciones (17).

I.2.2 Calidad de vida relacionada con la salud

La alta prevalencia de enfermedades crónicas en gran parte de los países, las cuales no tiene cura y en las que más que nada se busca prevenir complicaciones, eliminar los síntomas y mejorar el bienestar de las personas que la padecen, ha resultado en el interés del estudio no solo de la calidad que brindan los sistemas de salud, sino en la calidad de vida del enfermo (18).

Nolasco en el 2015, resaltó que la “calidad de vida” es un concepto multidimensional que incluye la percepción que el paciente tiene sobre su estado de salud, su estilo de vida y satisfacción con la misma, estado mental y bienestar.

Derivándose de este concepto, el de Calidad de Vida Relacionado con la Salud, el cual hace referencia a la satisfacción que tiene el individuo con respecto a los aspectos

físicos, sociales y psicológicos que rigen su vida, en la medida que estos mismos afectan o se ven afectados por su estado de salud (18).

Valorar el bienestar o la satisfacción que un individuo tiene acerca de su vida, resulta de gran importancia y se ha convertido en una prioridad a nivel internacional, ya que cada uno de ellos juega un rol relevante dentro de la sociedad.

I.2.3 Calidad de Vida y enfermedad crónica en población adulta

Actualmente las enfermedades crónicas han desplazado a las infecciosas, siendo las causantes de la mayoría de las muertes y de un alto porcentaje de la carga de enfermedad en todo el mundo.

Las enfermedades crónicas a diferencia de las agudas, persisten a lo largo de la vida y van teniendo múltiples consecuencias en las distintas áreas de la vida del paciente que las padece (19).

Dentro de la práctica médica, el concepto de calidad de vida se lleva a otras dimensiones, en las que el paciente que padece una enfermedad que lo está consumiendo poco a poco no la concibe de la misma manera que su familiar o médico tratante. Generalmente los pacientes y familiares reclaman un tratamiento con “dignidad humana”, entendido como un derecho al no sufrimiento, que se entiende como el control del dolor y el derecho a recibir un tratamiento para preservar y prolongar la vida en la medida de lo posible (20).

William Sánchez en el 2014, define que el paciente entiende por calidad de vida el curarse de la enfermedad, el familiar, que no sufra su paciente y el médico, el prolongar la existencia al costo que sea.

Al padecer una enfermedad no se tiene calidad de vida, y por lo tanto no se debe perpetuar la vida por el simple hecho de existir, y de igual manera se debe garantizar la existencia con sentido e interacción social. Calidad de vida también significa ayudar a

morir, sin demora, sin dolor, con comodidad, sin violencia y rodeados de nuestros seres queridos (20).

La Organización Mundial de la Salud en el año 2005 define a las enfermedades crónicas como aquellas “afecciones de larga duración, más de 6 meses, con una progresión generalmente lenta”. El objetivo de tratar estos padecimientos es prevenir las complicaciones que a largo plazo limiten la función, la productividad y la calidad de vida de los pacientes que las padecen. Dentro de los problemas que se pueden encontrar son el deterioro funcional hasta el mental y cognitivo, pasando por los de carácter social.

Las personas que padecen enfermedades crónicas presentan índices más bajos en lo que respecta a la valoración de la función física, representado principalmente por fatiga, dolor y angustia emocional, con respecto a las personas que no las padecen (21).

El padecer una enfermedad crónica hoy en día, implica un impacto económico importante sobre las familias, comunidades y la sociedad en general. Además de que provocan un aumento en la demanda de servicios de salud, que a su vez se traduce en un mayor uso de recursos sanitarios (21).

La calidad de vida de un paciente enfermo crónico se ve severamente mermada por pensamientos catastróficos y creencias negativas que influyen de manera directa en el afrontamiento con su enfermedad. Estudios demuestran que la manera en que el paciente afronta su enfermedad, influyen más en la calidad de vida que la enfermedad en si misma (19).

Según la Organización Mundial de la Salud, no solo han surgido enfermedades crónicas como las principales causas de muerte, sino que representan también grandes causas de deterioro y discapacidad en los pacientes (21).

El impacto de la enfermedad en el paciente crónico, abarca varios aspectos como son las frecuentes visitas al hospital, la polifarmacia, la disminución en la autonomía

personal, que implican situaciones de discapacidad y dependencia de un familiar o cuidador, elevado uso de recursos sanitarios y sociales, además de factores adicionales como edad avanzada, depresión, abandono familiar, secuelas de otra patología adyacente, entre otros (21).

I.3 Artritis Reumatoide

La guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto del año 2008, define a la artritis reumatoide como una enfermedad inflamatoria, crónica, autoinmune y sistémica de etiología desconocida, que afecta principalmente a la membrana sinovial de pequeñas y grandes articulaciones. Caracterizándose por ocasionar inflamación poliarticular y simétrica en cualquier momento de su evolución (22).

I.3.1 Clasificación de la Artritis Reumatoide

El Colegio Americano de Reumatología estableció, desde 1987, siete criterios que tienen una sensibilidad y especificidad que varía entre 73-95%. El contar con 4 o más criterios es indicativo de Artritis Reumatoide (23).

Es en 2010 cuando los criterios se actualizan y surge la clasificación EULAR/ACR, que establece como Artritis Reumatoide definida, a:

- La presencia confirmada de sinovitis en al menos una articulación.
- Ausencia de un diagnóstico alternativo que explique la sinovitis (23).

De acuerdo a la siguiente tabla, un paciente será clasificado de Artritis Reumatoide si la suma total de las siguientes variables es mayor o igual a 6 (tabla 1) (24).

Tabla 1: *Criterios de clasificación de la EULAR/ACR de artritis reumatoide 2010*

Afectación articular	Puntuación
1 articulación grande afectada	0
2-10 articulaciones grandes afectadas	1
1-3 articulaciones pequeñas afectadas (con o sin afectación de grandes articulaciones)	2
4-10 articulaciones pequeñas afectadas (con o sin afectación de grandes articulaciones)	3
>10 articulaciones (al menos una pequeña)	5
Serología (al menos se necesita un resultado)	
Factor Reumatoide (FR) y Anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado (anti-PCC) negativos.	0
FR y/o anti-PCC positivos bajos (<3 valor normal)	2
FR y/o anti-PCC positivos altos (>3 valor normal)	3
Reactantes de Fase Aguda	
VSG y PCR normales	0
VSG y/o PCR elevadas	1
Duración de los síntomas	
<6 semanas	0
≥6 semanas	1

Fuente: *Enfermedades reumáticas: Actualización Sociedad de Valencia de Reumatología 2013*

Siendo estos criterios fundamentales para detectar de manera oportuna al paciente con una mayor probabilidad de desarrollar Artritis Reumatoide y poder evitar el llegar a un estadio de cronicidad que limite al paciente en sus funciones (24).

I.3.2 Factores de Riesgo para padecer Artritis Reumatoide

I.3.2.1 Factores Genéticos

Se ha estudiado en los últimos años, que en el origen de la Artritis Reumatoide se encuentran involucrados varios genes, que por mecanismos diversos y complejos podrían predisponer al desarrollo de esta enfermedad. El conocer estos genes, ha permitido utilizarlos como marcadores de la enfermedad, para establecer el riesgo de aparición o desarrollo de Artritis Reumatoide, diagnosticarla e incluso perfilar un pronóstico (25).

Se estima que en alrededor del 60% de los casos de Artritis Reumatoide se encuentran involucrados los factores genéticos, lo que explicaría la aparición más frecuente entre familiares y en algunas regiones o países (25).

Se debe tener en cuenta que estos factores genéticos funcionan como predisponentes, más no determinantes, lo que quiere decir que una persona que contenga algún rasgo genético, no necesariamente desarrollará la enfermedad.

I.3.2.2 Factores No Genéticos

Dentro de este grupo de factores, también poco conocidos, se encuentran las infecciones, las hormonas femeninas, tabaquismo, estrés, obesidad y alimentación (25). A pesar de que la Artritis Reumatoide no se considera contagiosa, ni se transmite de persona a persona, se ha relacionado con infecciones, al presentarse como lo hacen los brotes epidémicos (25).

En pacientes del sexo femenino se ha relacionado en particular con los estrógenos, cierta protección frente a la Artritis Reumatoide, disminuyendo el riesgo de desarrollar la enfermedad e incluso reducir o retrasar sus manifestaciones. Llama la atención que es durante la menopausia, cuando los niveles de esta hormona disminuyen, que ocurre lo contrario (25).

Diversos estudios han relacionado al tabaquismo y al estrés con el desarrollo de la enfermedad, especialmente en pacientes con una predisposición genética. Y en cuanto a la alimentación, no existe una dieta que garantice tener un efecto sobre el riesgo o el pronóstico de la Artritis Reumatoide, sin embargo se cree que una sana alimentación, rica en pescado ayuda a disminuir la intensidad de la inflamación articular (25).

I.3.3 Síntomas

El síntoma característico de la artritis reumatoide es la inflamación de las articulaciones, que a su vez produce dolor e hinchazón en las mismas. Por las mañanas también se puede producir rigidez matutina, que dificulta el inicio de los movimientos, que puede llegar a ser incluso de horas de duración (26).

También se pueden presentar enrojecimiento y aumento de la temperatura de las articulaciones afectadas. El dolor es el síntoma más frecuente y la inflamación articular puede o no, ser detectada por el paciente. Es mediante la palpación de las articulaciones o el uso de pruebas específicas, que el especialista puede detectarla (27).

Las articulaciones que más comúnmente se inflaman y producen dolor, son las de las muñecas, nudillos, dedos de las manos y de los pies, codos, hombros, caderas, rodillas y tobillos.

La deformidad progresiva, surge como resultado de una inflamación persistente, que poco a poco va dañando huesos, ligamentos y tendones que hay alrededor de la articulación afectada. Lo que a la larga resultará en una discapacidad para realizar algunas tareas de la vida cotidiana, al reducir la movilidad de las articulaciones (26).

I.3.4 Diagnóstico y exámenes auxiliares de diagnóstico

Diagnosticar artritis reumatoide resulta complicado, ya que puede ser confundida con otras enfermedades reumáticas como artrosis, lupus eritematosos sistémico, psoriasis, gota o algunas enfermedades virales.

Para establecer un diagnóstico, el médico se debe basar en ciertos criterios, como interrogatorio al paciente, exploración física y pruebas complementarias como son:

Factor Reumatoide (FR), Anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado (anti-PCC) ,VSG (Velocidad de Sedimentación globular) y PCR (Proteína C-reactiva) (27) (24).

De hecho, no existe una prueba específica para diagnosticarla, por lo que es tarea fundamental profesional de la salud el analizar los síntomas del paciente y los datos que arroje la exploración física.

Resulta de vital importancia el establecer lo antes posible el diagnóstico de Artritis Reumatoide, ya que, al establecer un tratamiento precoz, se aumenta la posibilidad de controlar la inflamación de las articulaciones y por lo tanto de evitar el daño permanente y progresivo de las mismas e incluso conseguir el control y la remisión de la enfermedad.

I.3.5 Tratamiento

El objetivo del tratamiento en Artritis Reumatoide es disminuir el dolor articular y la inflamación, así como reducir el riesgo de complicaciones futuras y de retrasar o prevenir el daño permanente a las articulaciones.

El tratamiento es individualizado y dependerá de las características del paciente, es decir de la intensidad y extensión de las articulaciones inflamadas y de la presencia y gravedad de las manifestaciones en otros órganos (28).

I.3.5.1 Medicamentos

Dentro de los fármacos que se utilizan se pueden dividir en dos: aquellos que tratan los síntomas y aquellos que modifican la enfermedad y los corticoides, que se encuentran entre estos dos primeros.

I.3.5.1.1 Tratamiento sintomático

Dentro de este grupo se encuentran los analgésicos y los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Estos son de acción rápida, por lo que se ocupan en sinergia con otros fármacos para dar como resultado un alivio mantenido en la sintomatología del paciente (28).

Los AINE son bastante seguros y bien tolerados por los pacientes, por lo que son los de elección para reducir la sintomatología del paciente.

Dentro de este grupo de fármacos sintomáticos, se encuentran los opiáceos y no opiáceos. Teniendo efectos secundarios considerables los primeros, al ocasionar molestias gastrointestinales como estreñimiento, náusea y vómito, razón por la que deben ser indicados por un profesional de la salud. Se inician a dosis bajas y se van incrementando en función de su tolerancia y eficacia (28).

I.3.5.1.2 Corticoides

Estos fármacos son los de elección para disminuir la inflamación de las articulaciones en los pacientes que padecen Artritis Reumatoide.

Existen en diversas presentaciones como son comprimidos, inyecciones o como tratamientos intraarticulares.

Sin embargo también son los más temidos por sus efectos secundarios a largo plazo. Como pueden ser aumento de peso, fragilidad capilar y hematomas en piel, cataratas,

osteoporosis, aumento de glucosa en sangre y en algunas ocasiones necrosis en cadera o rodilla (28).

Por lo que se prefiere utilizarlos a dosis baja y durante un determinado periodo de tiempo o de forma intermitente para controlar los brotes de la enfermedad.

Es preciso señalar que el médico que opte por iniciar un tratamiento con corticoides, habrá valorado los posibles riesgos y beneficios, llegando a la conclusión de que los beneficios son superiores a los riesgos.

I.3.5.1.3 Fármacos modificadores de la enfermedad (FAME)

Estos medicamentos son la base fundamental del tratamiento de la Artritis Reumatoide, ya que modifican el curso natural de la enfermedad, al actuar directamente sobre las células y moléculas que participan en la inmunidad y por lo tanto en los mecanismos que dan lugar a los diversos síntomas de la enfermedad.

Dentro de los más utilizados se encuentra el metotrexato, la leflunomida y la sulfasalazina, así como algunos antipalúdicos como la cloroquina, ciclosporina y azatioprina.

El metotrexato ha sido el de elección por varios años, demostrando un buen efecto al ser capaz de reducir y a veces suprimir completamente la enfermedad, mejorando los síntomas articulares.

La característica que tienen estos FAME, es que son altamente efectivos, pero tardados en actuar, por lo que existe la posibilidad de presentar efectos adversos no deseados.

I.3.5.2 Terapias alternativas

La organización mundial de la salud define como medicina alternativa, a aquella que se utiliza indistintamente junto con la medicina “tradicional”, haciendo referencia a un

conjunto amplio de prácticas de atención a la salud que no están integradas en el sistema sanitario principal.

Algunos pacientes muestran interés por las opciones que ofrece la medicina alternativa, así como de algunas dietas en el tratamiento de Artritis Reumatoide.

I.3.5.2.1 Acupuntura

La Organización Mundial de la Salud, reconoce a la acupuntura como una práctica útil, segura, efectiva y placentera para el manejo del dolor y de otras condiciones clínicas.

Arango-Vélez (2015) define a la acupuntura como la inserción de agujas estériles y muy delgadas en puntos anatómicos seleccionados del cuerpo que, según la medicina tradicional china, corresponden a meridianos energéticos (29).

Aparentemente al promover la producción de endorfinas, mejoran el dolor en pacientes con Artritis Reumatoide.

I.3.5.2.2 Quiropráctica

Este tratamiento se basa en el ajuste o manipulación manual de la columna vertebral con el fin de aliviar el dolor muscular y calmar el dolor en espalda.

I.3.6 Evolución de los pacientes con artritis reumatoide

Los pacientes que padecen artritis reumatoide y no reciben tratamiento, están condenados a evolucionar de manera negativa y a presentar una discapacidad en un futuro.

Sin embargo, el diagnóstico precoz, junto con el inicio de tratamiento, garantiza al paciente enfermo una vida prácticamente normal. Los dos primeros años del curso de la enfermedad son claves para mejorar el pronóstico funcional de los pacientes (28).

I.3.7 Complicaciones

En el caso extremo del daño a una o varias articulaciones, se podrá sugerir al paciente el reemplazo total de la articulación, también llamada artroplastia total de la misma. Utilizando articulaciones con componentes metálicos y plásticos (28).

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 Argumentación

Según la Asociación Mexicana de Familiares y Pacientes con Artritis Reumatoide, en un estudio realizado por Peláez-Ballestas en el 2011 en 5 regiones de México con una muestra de 19 213 individuos, se encontró que alrededor del 14% de la población padecía alguna enfermedad reumática y dentro de estas, la Artritis Reumatoide prevalecía en un 1.6%.

Es en el año 2013 que el Congreso del Colegio Mexicano de Reumatología reporto una prevalencia del 1.6% dentro de la población mexicana, posicionándola dentro de los países con un alto porcentaje en Artritis Reumatoide.

La artritis reumatoide es una enfermedad que prevalece en el sexo femenino, 3 de cada cuatro personas diagnosticadas con artritis reumatoide son mujeres y se presenta en un promedio a la edad de 45 años.

La presencia de cualquier enfermedad suele ser una condición difícil de asumir para cualquier paciente, debido a que experimenta no sólo la pérdida de la salud, sino que además del dolor constante en el caso de la artritis reumatoide, serán comprensibles modificaciones en su bienestar personal y emocional por la presencia de temores y preocupaciones relacionadas con su situación física, lo cual de forma directa o indirecta repercutirán en sus actividades cotidianas, laborales, familiares y sociales como determinantes de su calidad de vida.

Si bien es cierto que, el tratamiento médico en la artritis reumatoide es indispensable, también es necesario que el paciente haga uso de su capacidad de resiliencia para asegurar una mejor respuesta al tratamiento ya que en la medida que el individuo asuma que su participación consciente es determinante para el control de la enfermedad, mejor será la expectativa del tratamiento y la calidad de vida del mismo.

No obstante, debido a diferentes circunstancias es común que en el tratamiento de las enfermedades se dé mayor prioridad al aspecto médico y no así a las cuestiones personales del paciente que pueden interferir negativa o positivamente para lograr el éxito del tratamiento, la capacidad de resiliencia es uno de ellos.

La identificación de los aspectos relacionados con la resiliencia y su atención correspondiente podrían influir positivamente el tratamiento médico y por lo tanto en la calidad de vida del paciente con artritis reumatoide, permitiendo retrasar o impedir el desarrollo de la etapa incapacitante, además de reducir los costos en atención para el sector salud.

Por lo que es necesario realizar investigación orientada a identificar cuáles podrían ser los aspectos relacionados con una menor o mayor resiliencia que a su vez influyan en la calidad de vida a fin de contar con evidencia científica que fundamente la toma de decisiones en salud pública para el tratamiento integral de los pacientes con artritis reumatoide.

Observando estadísticas, se estima que un paciente que padece Artritis reumatoide, tarda en promedio 3 años en acudir con un especialista para su diagnóstico y atención.

Resulta una necesidad el incidir en los factores que determinan la resiliencia de un individuo de tal manera que se logre empoderarlo con respecto a su autocuidado y logre a su vez mantener una adecuada calidad de vida manteniendo su independencia y siendo productivo, para el mismo y para la sociedad.

Por lo anterior, surge la siguiente:

II.2 Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los factores que determinan la resiliencia y su asociación con la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide que acuden a la Clínica Geriátrica de Metepec durante el año 2019?

III. JUSTIFICACIONES

III.1. Científica

En la actualidad la etiología de la artritis reumatoide aún se considera inespecífica por lo que es importante buscar a través de la investigación, información y conocimientos basados en la evidencia científica que permitan tomar decisiones oportunas para el tratamiento integral de este tipo de pacientes y mejorar así su calidad de vida.

III.2. Académica

La realización de esta investigación permitirá aplicar los conocimientos adquiridos a lo largo de la especialidad y cumplir el requisito para la obtención del diploma de especialista en salud pública.

III.3. Económica

Los altos costos económicos en el tratamiento de la artritis reumatoide son cada vez más demandantes para el sistema de salud y para el paciente, aunados a las necesidades de salud que, provocadas por la propia enfermedad, tales como la ansiedad, la depresión, la discapacidad y pérdida de la autonomía, van requiriendo un mayor gasto que finalmente impactará en la calidad de vida del paciente.

III.4. Social

Diversos estudios han demostrado que la Artritis Reumatoide se presenta en mayor proporción en mujeres, lo que repercute en la sociedad actual, al ser cada vez mayor el número de hogares en los que la cabeza de la familia es una mujer, siendo ella misma la fuente primaria de ingresos, por lo que impacta de manera directa en la calidad de vida de esas familias.

IV. HIPÓTESIS

IV.1. Hipótesis Alterna

En más del 51% de los pacientes con artritis reumatoide, los factores protectores internos son los que determinan una alta resiliencia, y estos están asociados con una alta calidad de vida.

IV.2. Hipótesis Nula

En más del 51% de los pacientes con artritis reumatoide, los factores protectores internos son los que determinan una alta resiliencia, y estos no están asociados con una alta calidad de vida.

V. OBJETIVOS

V.1. General

Analizar los factores que determinan la resiliencia y su asociación con la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide que acuden a la Clínica Geriátrica de Metepec, 2019.

V.2. Específicos

1. Identificar los factores de resiliencia de la población objetivo mediante el Cuestionario de Resiliencia de González Arratia 2011.
2. Clasificar los factores de resiliencia con base en factores externos, internos y de empatía por variables intervinientes (género, edad, estado civil y condición socioeconómica).
3. Identificar los factores que determinan una baja o alta resiliencia en la población de estudio.
4. Distinguir la calidad de vida de la población objetivo a partir la escala M.G.H. de calidad de vida de Álvarez y colaboradores 1996.
5. Clasificar a la población con base en su calidad de vida en muy baja, baja, media y alta por variables intervinientes (género, edad, estado civil y condición socioeconómica).
6. Estimar la asociación entre los factores de resiliencia (externos, internos y de empatía) con la calidad de vida de la población objetivo.

VI. MÉTODO

VI.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

VI.2. Diseño de estudio

Partiendo de que se trata de un estudio de tipo observacional y descriptivo sólo se consideró un grupo de población sin grupo control, implementando una medición transversal y análisis deductivo de los datos, lo cual determinó un diseño de estudio de tipo cuantitativo.

VI.3. Operacionalización de variables

Nombre de la variable	Definición teórica	Definición operacional	Nivel de medición	Indicadores	Ítem
Independiente	Capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos.	Resultado de la combinación y/o interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos) para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva, así como la identificación de factores internos, externos y la empatía que generan una mayor o menor resiliencia.	Cualitativa ordinal	Factores protectores internos: Interpretación nivel de resiliencia Baja: 14-32 Moderada: 33-51 Alta: 52-70	Factores protectores internos: reactivos 25,21,20,27,24,18,17,30,28,26,23,29,31,32 Total de reactivos = 14
Resiliencia	Real Academia Española de la Lengua. "Ortografía de la lengua española. Edición revisada por las Academias de la Lengua Española" Madrid:[s.n.],2000.< http://www.analitica.com/biblioteca/rae/ortografia.asp > [Consulta: 06 abril 2019]	(Cuestionario de Resiliencia González Arratia, 2011)		Factores protectores externos: Interpretación nivel de resiliencia Baja: 11-25 Moderada: 26-40 Alta: 41-55 Factor empatía: Interpretación nivel de resiliencia Baja: 7-16 Moderada: 17-26 Alta: 27-35	Factores protectores externos: reactivos 13,15,12,4,14,16,10,6,1,11,5 Total de reactivos = 11 Factor empatía: reactivos 22,19,7,8,9,2,3 Total de reactivos = 7 Con base en el Cuestionario de Resiliencia González Arratia, 2011

<p>Dependiente:</p> <p>Calidad de Vida</p>	<p>Percepción de los individuos acerca de su posición en la vida, al tener en cuenta el contexto del sistema cultural y de valores en el que viven y en relación con metas, expectativas, normas e intereses. (Organización Mundial de la Salud)</p>	<p>Resultado de la valoración que hace una persona de sus condiciones materiales y espirituales de vida, que se expresa en tres dimensiones fundamentales: salud, condiciones socioeconómicas y satisfacción por la vida. (Escala MGH de calidad de vida)</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>Calidad de vida:</p> <p>34-94 puntos = Muy baja</p> <p>95-110 puntos = Baja</p> <p>111-118 puntos = Media</p> <p>119-136 puntos = Alta</p> <p>Con base en la escala MGH de calidad de vida.</p>	<p>Del instrumento Escala de calidad de vida MGH</p> <p>Reactivos: 1-34</p>
<p>Edad</p>	<p>Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.</p> <p>Real Academia Española de la Lengua.</p> <p>"Ortografía de la lengua española. Edición revisada por las Academias de la Lengua Española"</p> <p>Madrid:[s.n.],2000.<http://www.analitica.com/biblioteca/rae/ortografia.asp></p> <p>[Consulta: 06 abril 2019]</p>	<p>Tiempo que ha vivido el paciente desde su nacimiento hasta el momento del estudio.</p>	<p>Cuantitativa discreta</p>	<p>60-69 años</p> <p>70-79 años</p> <p>80 y más años</p>	<p>En el instrumento de cédula de recolección de datos</p> <p>Reactivo: 2</p>
<p>Sexo</p>	<p>Condición orgánica. Masculina o femenina</p> <p>Real Academia Española de la Lengua.</p> <p>"Ortografía de la lengua española. Edición revisada por las Academias de la Lengua Española"</p> <p>Madrid:[s.n.],2000.<http://www.analitica.com/biblioteca/rae/ortografia.asp></p> <p>[Consulta: 06 abril 2019]</p>	<p>Condición orgánica, masculina o femenina, del paciente que participa en el estudio.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Femenino</p> <p>Masculino</p>	<p>En el instrumento de cédula de recolección de datos</p> <p>Reactivo: 3</p>

Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Condición del paciente según el registro civil, en función de si tiene o no pareja al momento del estudio.	Cualitativa Nominal policotómica	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre Unión consensuada	Reactivo: 4
Condición socioeconómica	Capacidad económica y social de un individuo, una familia o un país.	Capacidad económica y social del paciente al momento del estudio.	Cualitativa ordinal	Baja = hasta 5 puntos en esta dimensión de la Escala MGH Media = de 6 - 9 puntos en esta dimensión de la Escala MGH Alta = más de 9 puntos en esta dimensión de la Escala MGH	Reactivos: 15, 27, 31

VI.4. Universo de Trabajo

La población estudiada la constituyeron todos los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide que acuden a la Clínica de Atención Geriátrica Metepec.

Se utilizó una muestra no probabilística por conveniencia que consideró a todos los pacientes que acudieron a la clínica en el periodo de junio del 2019 a mayo del 2020 y que cumplieron con los criterios de inclusión.

VI.4.1. Criterios de inclusión

- Se incluyeron a los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide que acudieron a la Clínica de Atención Geriátrica de Metepec en el periodo de junio del 2019 a mayo del 2020.
- Pacientes hombres y mujeres a partir de 60 años de edad
- Aquellos pacientes que desearon participar en el estudio y que firmaron el consentimiento informado.
- Sin importar su estado civil ni condición socioeconómica.

VI.4.2. Criterios de exclusión

- Pacientes que no asistieron a consulta en la Clínica de Atención Geriátrica de Metepec durante el período de investigación.
- Pacientes que acudieron fuera del periodo de junio del 2019 a mayo del 2020.
- Pacientes hombres y mujeres menores a 60 años de edad.
- Aquellos pacientes que no desearon participar en el estudio y que no firmaron un consentimiento informado.
- Pacientes que contaban con algún otro diagnóstico que no fuera Artritis Reumatoide.

VI.4.3. Criterios de eliminación

- Pacientes que entraron al estudio y no pudieron terminarlo.
- Pacientes que respondieron los cuestionarios de manera incompleta

VI.5. Instrumentos de investigación

- Cédula de recolección de datos (Anexo 3)
- Cuestionario de Resiliencia de González Arratia 2011 (Anexo 4)
- Escala de Calidad de Vida en la Tercera Edad MGH 1996 (Anexo 5)

VI.5.1. Descripción

La cédula de recolección de datos contiene ítems personales que fueron proporcionados por el paciente, como es nombre, edad, sexo y estado civil.

La resiliencia fue medida con el Cuestionario de Resiliencia de González Arratia 2011. Es un instrumento de autoinforme previamente desarrollado en México para niños y adolescentes que mide factores específicos de la resiliencia basada en los postulados de Grotberg (1995) organizados en cuatro categorías: yo tengo (apoyo), yo soy y estoy (atañe al desarrollo de fortaleza psíquica) yo puedo (remite a la adquisición de habilidades interpersonales) (30).

La Escala MGH es un instrumento para la evaluación de la calidad de vida en la tercera edad, confeccionado y validado en Cuba por Álvarez, Bayarre y Quintero, utilizada por especialistas de la Facultad de Salud Pública del Instituto de Ciencias Médicas de la Habana y el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad. Está conformado por 34 ítems.

Las dimensiones que midió este instrumento fueron salud, condiciones socioeconómicas y satisfacción por la vida (31).

VI.5.2. Validación

El Cuestionario de Resiliencia de González Arratia consta de 32 reactivos con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos (el valor 1 indica nunca y el 5 siempre). Del análisis factorial exploratorio ortogonal (varimax) y con base al punto de inflexión del gráfico de sedimentación, expectativas teóricas e interpretabilidad, se optó por la solución de tres factores que explica una varianza acumulada de 37.82% y un coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach con los 32 reactivos de 0.9192, dividida en tres dimensiones que son:

- Factores protectores internos: esta dimensión se refiere a las funciones que se relacionan con habilidades para la solución de problemas, así como habilidades interpersonales (Alpha= 0.8059, con 14 reactivos)
- Factores protectores externos. Se refiere a la posibilidad de contar con apoyo de la familia y/o personas significativas para el individuo (Alpha= 0.7379, con 11 reactivos)
- Empatía: denota comportamiento altruista y prosocial (Alpha= 0.7800, con 7 reactivos) (32).

En estudios previos se obtuvo la validez y confiabilidad del instrumento de resiliencia para muestras en adultos mexicanos, en donde se encontró que la consistencia interna calculada con el coeficiente Alpha con los 32 reactivos fue de 0.0890 y una varianza explicada de 40.30%. Obteniendo en esta investigación un Alpha de Cronbach total de 0.935 (33).

La Escala MGH Consta de 34 afirmaciones, las cuales al ser agrupadas miden la percepción de la salud, las condiciones socioeconómicas y la satisfacción por la vida. El instrumento obtuvo un coeficiente de correlación de 0.97 y una consistencia interna de 0.91, adecuada validez de criterio, de contenido y de constructo (34).

VI.5.3. Aplicación

La aplicación del instrumento de investigación se realizó directamente por la tesista, se entregó la encuesta al paciente para que fuera directamente contestada por él y se le brindó el apoyo necesario en caso de dudas, así como apoyo para el llenado en caso de que presentara dificultades.

VI.6. Límite de tiempo y espacio

De junio del 2019 a mayo del 2020 y se aplicó en las instalaciones de la Clínica de Atención Geriátrica de Metepec, ubicada en calle 1° de Mayo 215, San Mateo, Metepec.

Fachada de la Clínica de Atención Geriátrica de Metepec y ubicación en mapa.



Fuente: Google Maps



VI.7. Método

Partiendo de que se trata de un estudio de tipo observacional y descriptivo sólo se consideró un grupo de población sin grupo control, implementando una medición transversal y análisis deductivo de los datos, lo cual determinó un diseño de estudio de tipo cuantitativo. La recolección de datos se realizó por medio de la cédula de recolección de datos, del instrumento Cuestionario de Resiliencia de González-Arratia y la escala M.G.H. para medir la Calidad de Vida, y se aplicó en las instalaciones de la Clínica de Atención Geriátrica Metepec, previa autorización oficial y previo consentimiento informado.

VI.8. Diseño estadístico

Los datos obtenidos de esta investigación fueron analizados a partir de estadística descriptiva para las variables, empleando medidas de tendencia central tales como media, mediana, moda, desviación estándar, y para establecer la asociación entre las variables se utilizó estadística inferencial a partir de la prueba de chi cuadrada.

VII. ORGANIZACIÓN

Tesista:

Karla Jimena Fuentes de la Sancha

Directora de tesis:

Dra. en C. A. y R. N. Imelda García Argueta

Que para efectos de publicación o presentación el tesista siempre será el primer autor y el director será coautor.

VIII. IMPLICACIONES ÉTICAS

Esta investigación se apegó a los principios que La Asociación Médica Mundial ha promulgado a través de la Declaración de Helsinki (Anexo como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos (35).

Los principios éticos de la investigación fueron:

- Se cuidaron los datos personales de los participantes, manteniendo el anonimato de los mismos.
- Esta investigación no representó ningún riesgo para la integridad física de los pacientes y no causó ningún costo ni puso en riesgo la atención que recibía en la Clínica Geriátrica.
- Los participantes tuvieron derecho a retirarse de la investigación cuando lo desearon sin represalias en su contra.
- El consentimiento para la participación quedó plasmado por escrito y debidamente firmado por el participante.
- El bienestar del sujeto precedió al interés de la investigación.

Los datos obtenidos en esta investigación fueron manejados con absoluta confidencialidad, utilizando los resultados de manera anónima, protegiendo la identidad de cada participante.

La elaboración de los informes parciales y finales siguieron lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos (35).

IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El total de individuos que integraron el estudio fue de 52, de los cuales el 38.5% (20) fueron hombres y 61.5% (32) mujeres y la razón de género fue de 1:2, es decir, que por cada hombre entrevistado, se entrevistaron 2 mujeres.

La población estuvo constituida por hombres y mujeres que se encontraban en un rango de edad desde los 60 hasta más de 80 años, residentes del municipio de Metepec y pacientes de la Clínica de Atención Geriátrica del mismo municipio. El grupo de edad que predominó fue el de 60 a 69 años con 23 individuos entrevistados, seguido por el grupo de 70-79 años y de 80 y más, con 18 y 11 personas respectivamente.

De toda la población, el 61.5% (32) individuos afirmaron estar casados y 25% (13) viudos, solo 4, que representan el 7.7%, personas reportaron ser solteros y únicamente 3 divorciados con el 5.8%.

La Organización Panamericana de la Salud refiere que en esta etapa de la vida, la familia juega un papel fundamental y representa un pilar importante para el envejecimiento saludable, permitiendo que el adulto mayor sea capaz de hacer, durante el máximo de tiempo posible, las cosas a las que le da valor.

La condición socioeconómica de los participantes fue en su mayoría alta con un total de 69.2% (36) de los individuos, seguido de la media, con 28.8% (15) y únicamente una persona reporto considerar su condición como baja. Estos resultados no sorprenden, principalmente por el municipio y zona donde se encuentra ubicada la Clínica de Atención Geriátrica, siendo considerada una unidad de tipo urbana por todos los servicios y el fácil acceso con el que se cuenta a la misma y sin duda, la economía es y siempre será un factor de preocupación que puede contribuir a mejorar o deteriorar más la salud del individuo.

Al analizar los factores que determinan la resiliencia y su asociación con la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide que acuden a esta unidad médica, se encontró que no existe asociación estadísticamente significativa, posterior a la aplicación de la prueba estadística chi cuadrada, con el siguiente resultado $X^2 = 8.48$, $p = 0.05$. De acuerdo a lo anterior, la hipótesis propuesta que a la letra dice: En más del 51% de los pacientes con artritis reumatoide, los factores protectores internos son los que

determinan una alta resiliencia, y estos están asociados con una alta calidad de vida, no se demostró.

Al analizar cada uno de los factores que determinan la resiliencia, se pudo observar que toda la población de estudio es alta o moderadamente resiliente, observando porcentajes de entre 86% y 94% respectivamente. En lo que respecta a calidad de vida se pudo observar que en la población de estudio predominan altos niveles seguidos por los niveles medios (Cuadro 1, Gráfico 1).

Con lo que respecta a identificar los factores de resiliencia de la población objetivo se observó que al evaluar el nivel de resiliencia por medio de los factores externos el 94% (49) de la población presenta una resiliencia alta. Al calificar por medio de los factores restantes, se observa que por medio de los internos el 13.5% presenta un nivel de resiliencia moderado y el 86.5 restante alta, mientras que al calificar por medio de los de empatía, la mayoría de la población con un 90.4% presenta un nivel de resiliencia alto (Cuadro 2, Gráfico 2).

Al clasificar los factores de resiliencia con base en factores externos, internos y de empatía por variables intervinientes género, edad, estado civil y condición socioeconómica se encontró que al calificar a los 52 participantes del estudio, en cualquiera de los 3 factores, los niveles de resiliencia son altos y de predominio en el género femenino. Se observó, que sí presentaron una alta resiliencia en género, esto se mantuvo en edad, estado civil y condición socioeconómica. (Cuadro 3, Gráfico 3A al 3L).

La edad de mayor resiliencia es de 60 a 69 años, posiblemente porque apenas inicia la enfermedad o no es tan grave como lo pudiera ser entre mayor es la persona. A pesar de ello, la edad no es determinante para que no tengan resiliencia, esto puede ser porque a mayor edad, se espera que las personas sean más conscientes de su enfermedad y la experiencia de los años puede contribuir a tomar la propia enfermedad con mayor aceptación. Un ejemplo de esto se puede observar en el grupo de pacientes de 80 años y más, donde predomina el nivel de resiliencia alto por encima del moderado (Cuadro 3, Gráfico 3A al 3L).

En lo que respecta al estado civil se observó, que es en el grupo de pacientes casados donde se encuentra el nivel más alto de resiliencia, quizá porque aún tienen a una

pareja o compañero de vida, que brinda mayor fortaleza para aceptar y cuidar de su enfermedad.

También se pudo observar que a mayor nivel socioeconómico mayor resiliencia. El estado socioeconómico representa una menor preocupación y sobre todo una posibilidad de atenderse mejor que si tuvieran un nivel bajo, con menos recursos económicos (Cuadro 3, Gráfico 3A al 3L).

Al Identificar los factores que determinan una baja o alta resiliencia en la población de estudio se pudo observar que el nivel de resiliencia alto predomina en todos los factores calificados (externos, internos y de empatía) con porcentajes que oscilan entre el 86.5% y el 94.2%. Cabe mencionar que independientemente del factor calificado, ningún individuo presentó un nivel de resiliencia bajo obteniendo un 0% (Cuadro 4, Gráfico 4).

Al distinguir la calidad de vida de la población objetivo a partir la escala M.G.H. de calidad de vida de Álvarez y colaboradores 1996, se observó que 28 de los individuos presentan una calidad de vida alta, representando el 53.8% de la población de estudio, seguido por el 19.2% que reportan una calidad de vida media y que a su vez representan a 10 de los 24 participantes sobrantes. En lo que respecta a la calidad de vida baja y muy baja, se encontraron 11 y 3 individuos respectivamente, que representan el 21.2% y 5.5% de la población de estudio (Cuadro 5, Gráfico 5).

Al clasificar a la población con base en su calidad de vida en muy baja, baja, media y alta por variables intervinientes (género, edad, estado civil y condición socioeconómica) se observó que la población de pacientes con artritis reumatoide presenta una calidad de vida de predominio alta, seguida por la baja y media.

Es en el género femenino donde predomina la calidad de vida alta con un 34.6%, y a su vez también la baja con un 17.3%, mientras que la muy baja y la media se hace notar en el género masculino (Cuadro 6, Gráfico 6A al 6D).

La calidad de vida media predomina en el grupo de edad de 70 a 79 años con un 7.7%, mientras que en el grupo de 60 a 69 predomina una calidad de vida alta con un 32.7%. La presentación de calidad de vida muy baja y media se mantiene proporcional en cada grupo de edad, con un 1.9% en lo que respecta a la muy baja y a la media entre el 5.8% y el 7.7%. De igual manera existe una relación directamente proporcional entre el nivel

socioeconómico alto y la alta calidad de vida, y se asocia un nivel de calidad de vida bajo y muy bajo con una condición socioeconómica baja y media.

También se hace evidente la relación entre estar casado y el tener una calidad de vida alta representada por un 36.5% de la población, seguido por 7 individuos que refirieron ser viudos, representando el 13.5% (Cuadro 6, Gráfico 6A al 6D).

Al estimar la asociación entre los factores de resiliencia (externos, internos y de empatía) con la calidad de vida de la población objetivo se encontró que independientemente del factor de la resiliencia que se analice, se obtiene el mismo resultado, no existe asociación entre los factores que determinan la resiliencia y la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide que acuden a la Clínica Geriátrica de Metepec. Se puede observar que toda la población de estudio es en su mayoría resiliente, en ningún caso se presentó un nivel bajo, y predomina una calidad de vida alta entre ellos (Cuadro 7, Grafico 7).

X. CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadro 1

Factores que determinan la resiliencia y calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide, Clínica Geriátrica de Metepec, 2019.

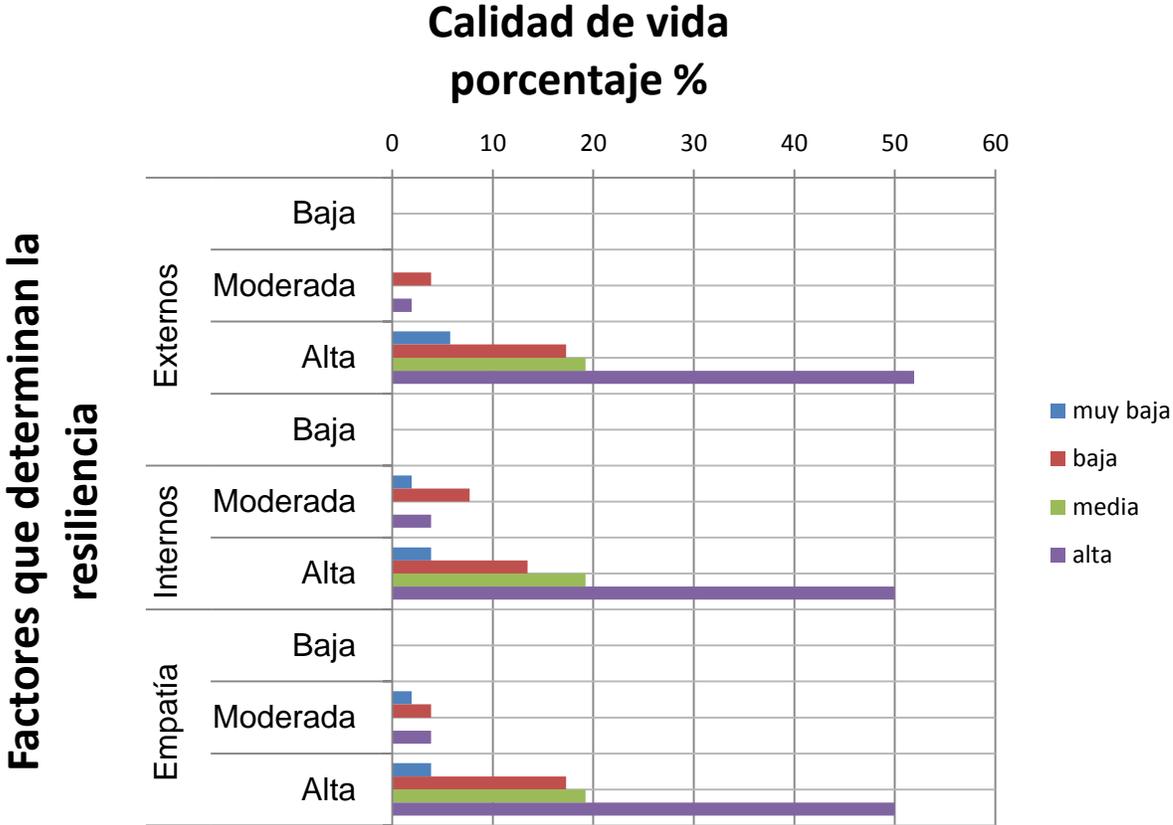
Calidad de vida		Muy Baja		Baja		Media		Alta		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Externos	Baja	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Moderada	0	0.0	2	3.8	0	0.0	1	1.9	3	5.8
	Alta	3	5.8	9	17.3	10	19.2	27	51.9	49	94.2
	Total	3	5.8	11	21.1	10	19.2	28	53.8	52	100
Internos	Baja	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Moderada	1	1.9	4	7.7	0	0.0	2	3.8	7	13.5
	Alta	2	3.8	7	13.5	10	19.2	26	50.0	45	86.5
	Total	3	5.7	11	21.2	10	19.2	28	53.8	52	100
Empatía	Baja	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Moderada	1	1.9	2	3.8	0	0.0	2	3.8	5	9.6
	Alta	2	3.8	9	17.3	10	19.2	26	50.0	47	90.4
	Total	3	5.7	11	21.1	10	19.2	28	53.8	52	100

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F = Frecuencia, % = porcentaje.

Prueba estadística: χ^2 para factores externos que determinan la resiliencia y calidad de vida = (4.16, p=0.05), χ^2 para factores internos que determinan la resiliencia y calidad de vida = (8.48, p=0.05), χ^2 para factores de empatía que determinan la resiliencia y calidad de vida = (4.13, p=0.05).

Gráfico No.1 Factores que determinan la resiliencia y calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide de la Clínica Geriátrica de Metepec



Fuente: Cuadro No.1

Cuadro 2

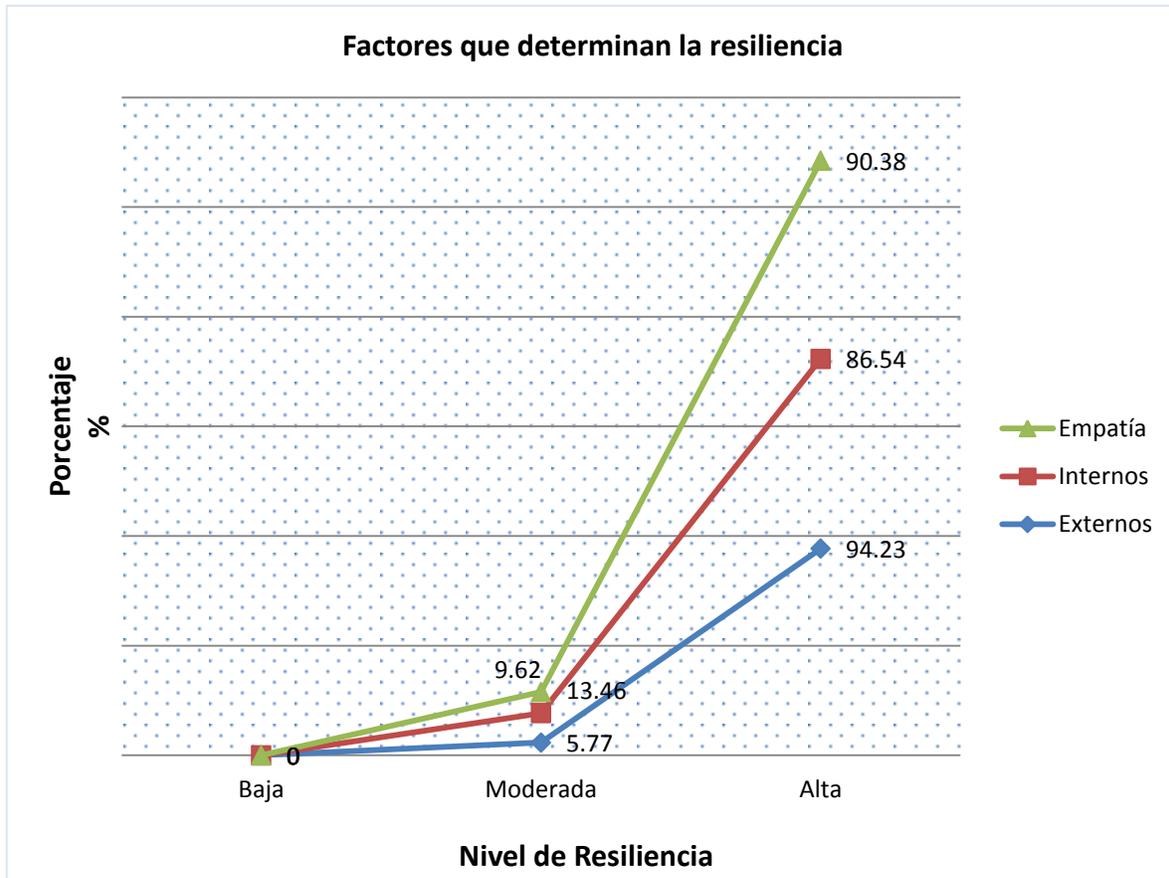
Factores que determinan la resiliencia y nivel de resiliencia en pacientes con artritis reumatoide, Clínica Geriátrica de Metepec, 2019.

Nivel de Resiliencia	Baja		Moderada		Alta		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Externos	0	0	3	5.8	49	94.2	52	100.0
Internos	0	0	7	13.5	45	86.5	52	100.0
Empatía	0	0	5	9.6	47	90.4	52	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F = Frecuencia, % = Porcentaje.

Gráfico No.2 Factores que determinan la resiliencia y nivel de resiliencia en pacientes con artritis reumatoide de la Clínica Geriátrica de Metepec



Fuente: Cuadro No.2

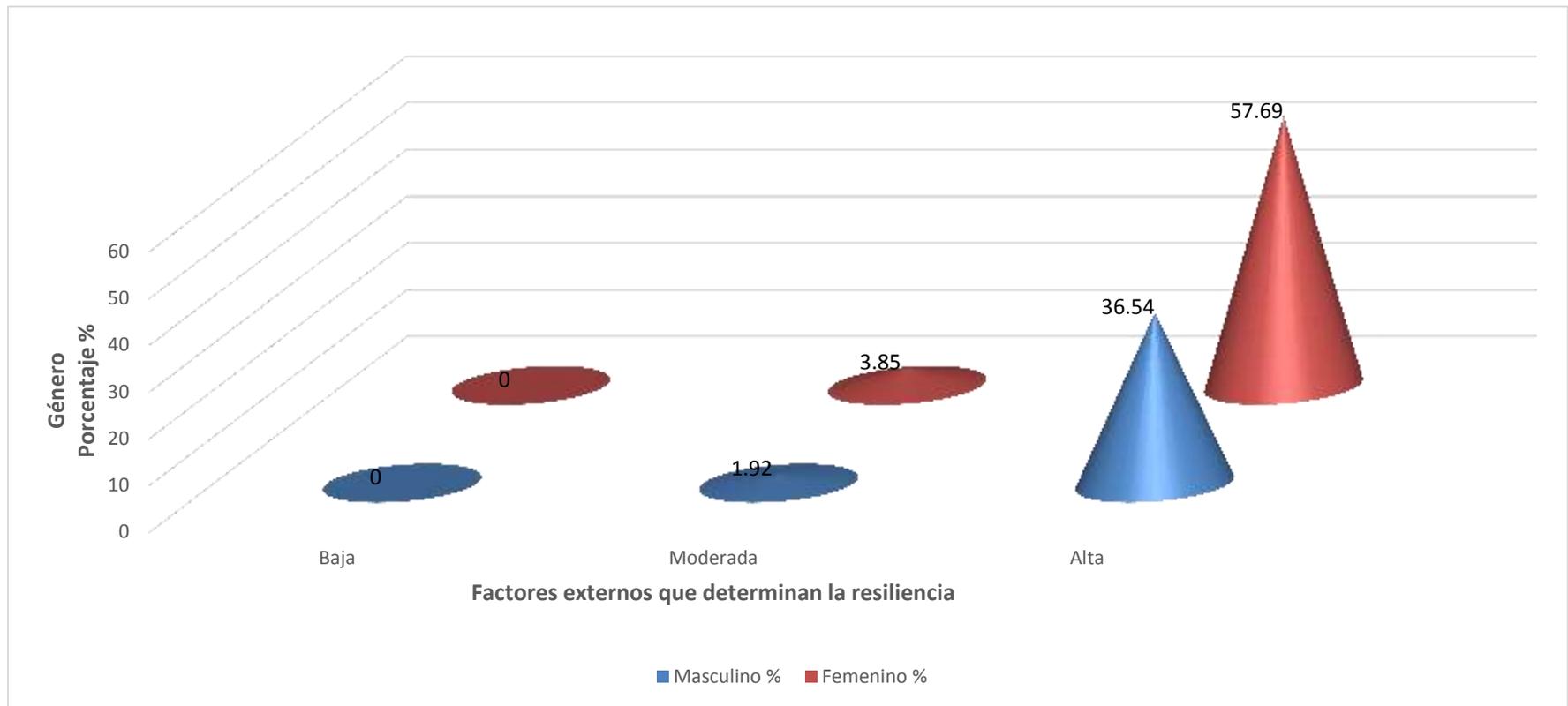
Cuadro 3
Factores que determinan la resiliencia y variables intervinientes en pacientes con artritis reumatoide, Clínica Geriátrica de Metepec, 2019.

Variables intervinientes Factores que determinan la resiliencia		Género				Edad						Estado civil								Condición socio-económica					
		M		F		60-69 Años		70-79 Años		80 años y más		Soltero		Casado		Viudo		Divorciado		Baja		Media		Alta	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Externos	Baja	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Moderada	1	1.9	2	3.8	1	1.9	1	1.9	1	1.9	0	0.0	1	1.9	1	1.9	1	1.9	0	0.0	2	3.8	1	1.9
	Alta	19	36.5	30	57.7	22	42.3	17	32.7	10	19.2	4	7.7	31	59.6	12	23.1	2	3.8	1	1.9	13	25.0	35	67.3
Internos	Baja	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Moderada	2	3.8	5	9.6	3	5.8	2	3.8	2	3.8	1	1.9	2	3.8	3	5.8	1	1.9	1	1.9	3	5.8	3	5.8
	Alta	18	34.6	27	51.9	20	38.5	16	30.8	9	17.3	3	5.8	30	57.7	10	19.2	2	3.8	0	0.0	12	23.1	33	63.5
Empatía	Baja	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Moderada	1	1.9	4	7.7	2	3.8	2	3.8	1	1.9	1	1.9	1	1.9	3	5.8	0	0.0	1	1.9	1	1.9	3	5.8
	Alta	19	36.5	28	53.8	21	40.4	16	30.8	10	19.2	3	5.8	31	59.6	10	19.2	3	5.8	0	0.0	14	26.9	33	63.5

Fuente: Concentrado de datos

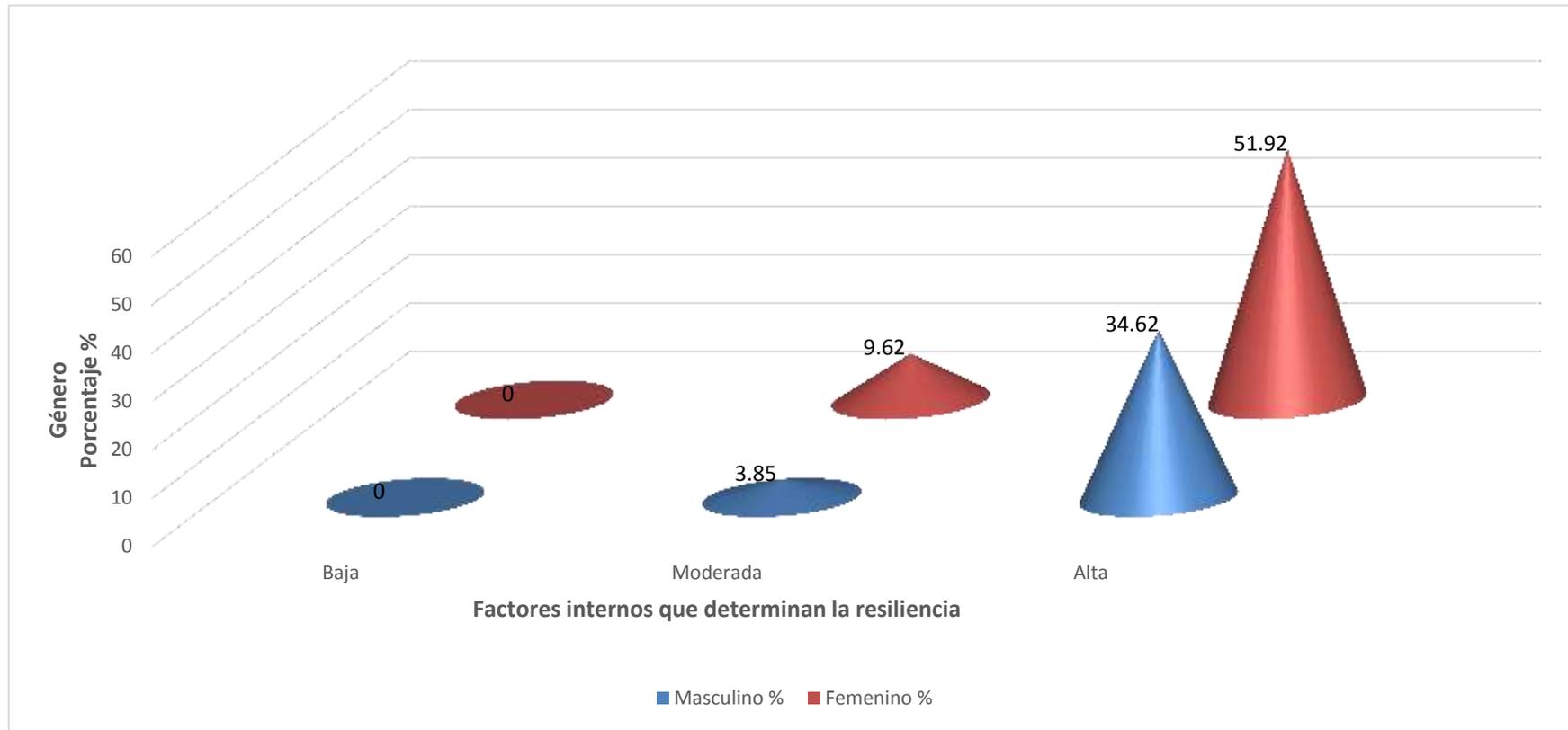
Notas aclaratorias: F= Frecuencia, % = Porcentaje, M= Masculino, F= Femenino.

Gráfico No.3A Factores externos que determinan la resiliencia y género de los pacientes con artritis reumatoide de la Clínica Geriátrica de Metepec



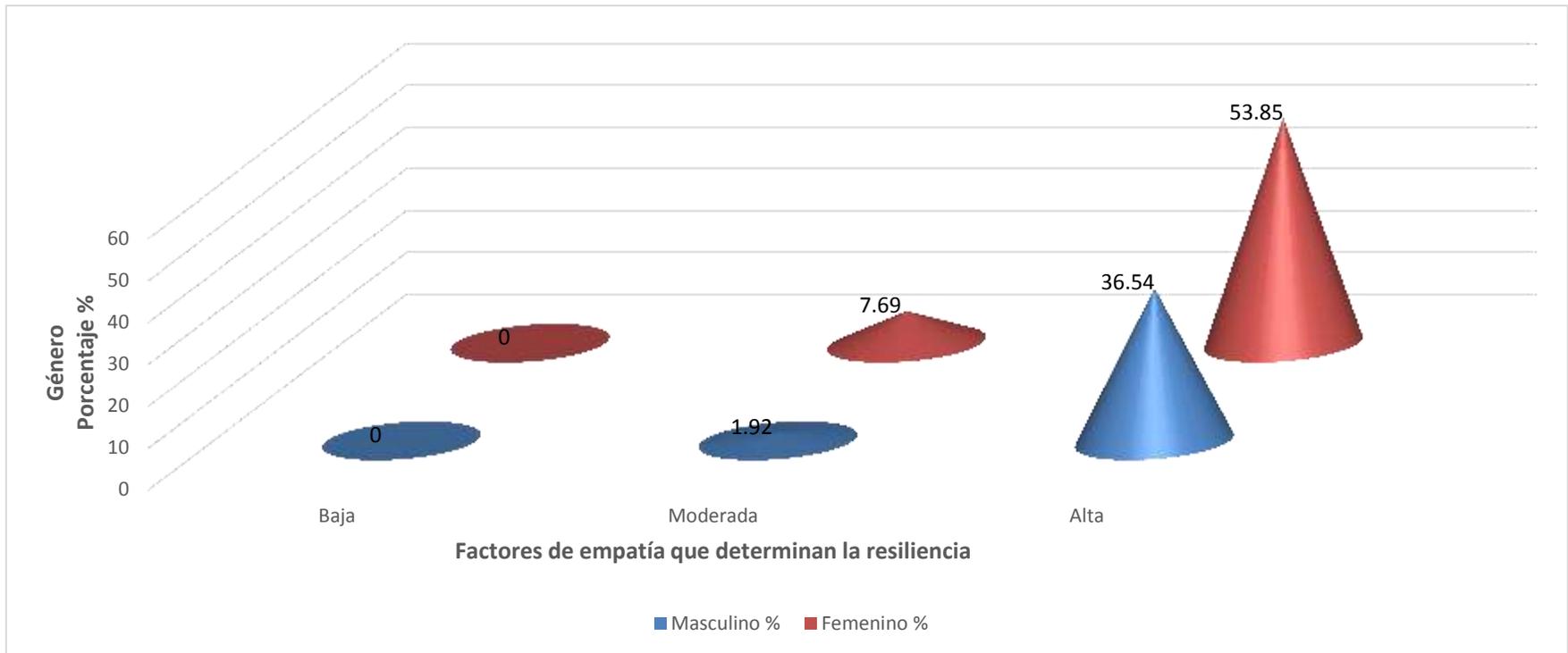
Fuente: Cuadro No.3

Gráfico No.3B Factores internos que determinan la resiliencia y género de los pacientes con artritis reumatoide de la Clínica Geriátrica de Metepec



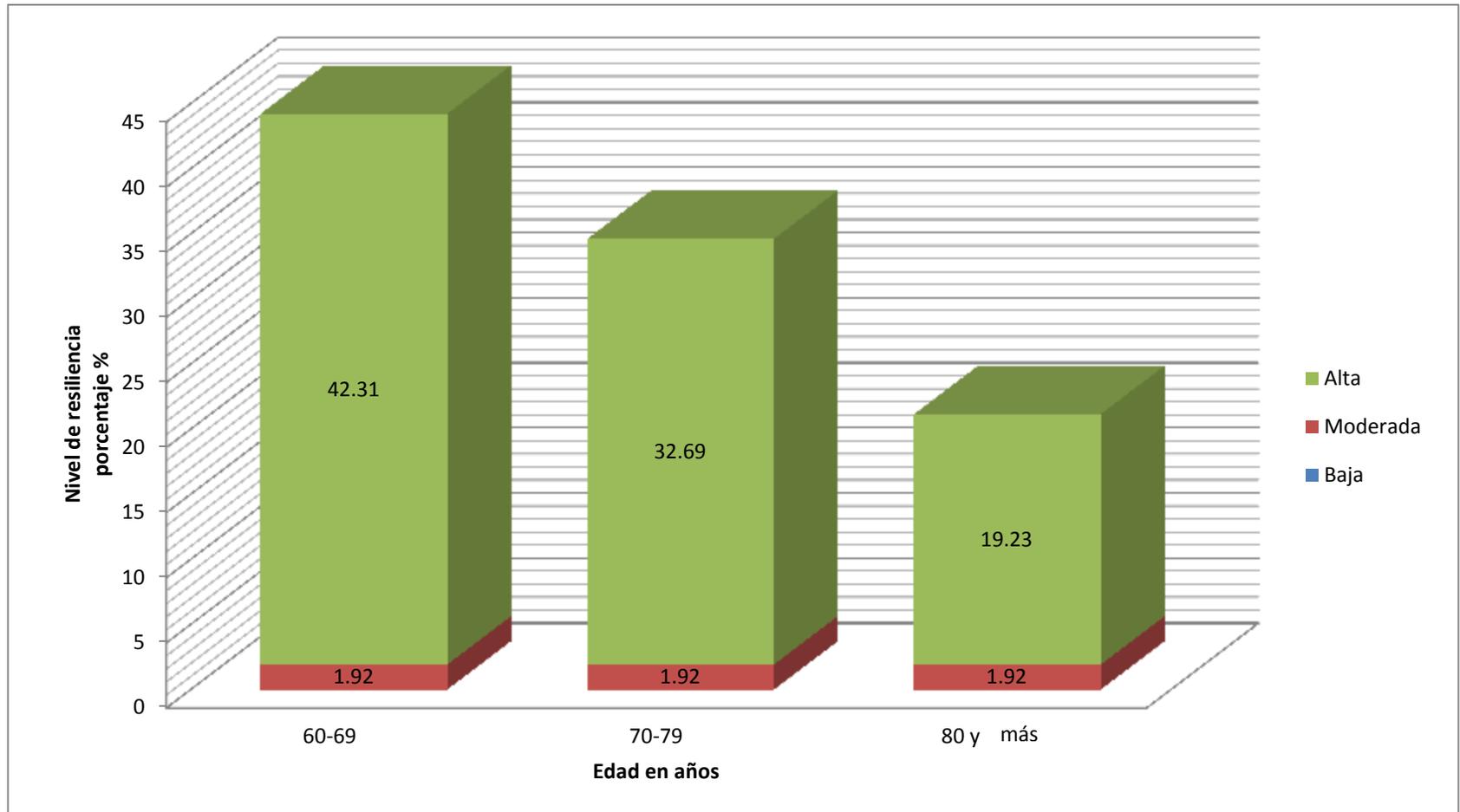
Fuente: Cuadro No.3

Gráfico No.3C Factores de empatía que determinan la resiliencia y género de los pacientes con artritis reumatoide de la Clínica Geriátrica de Metepec



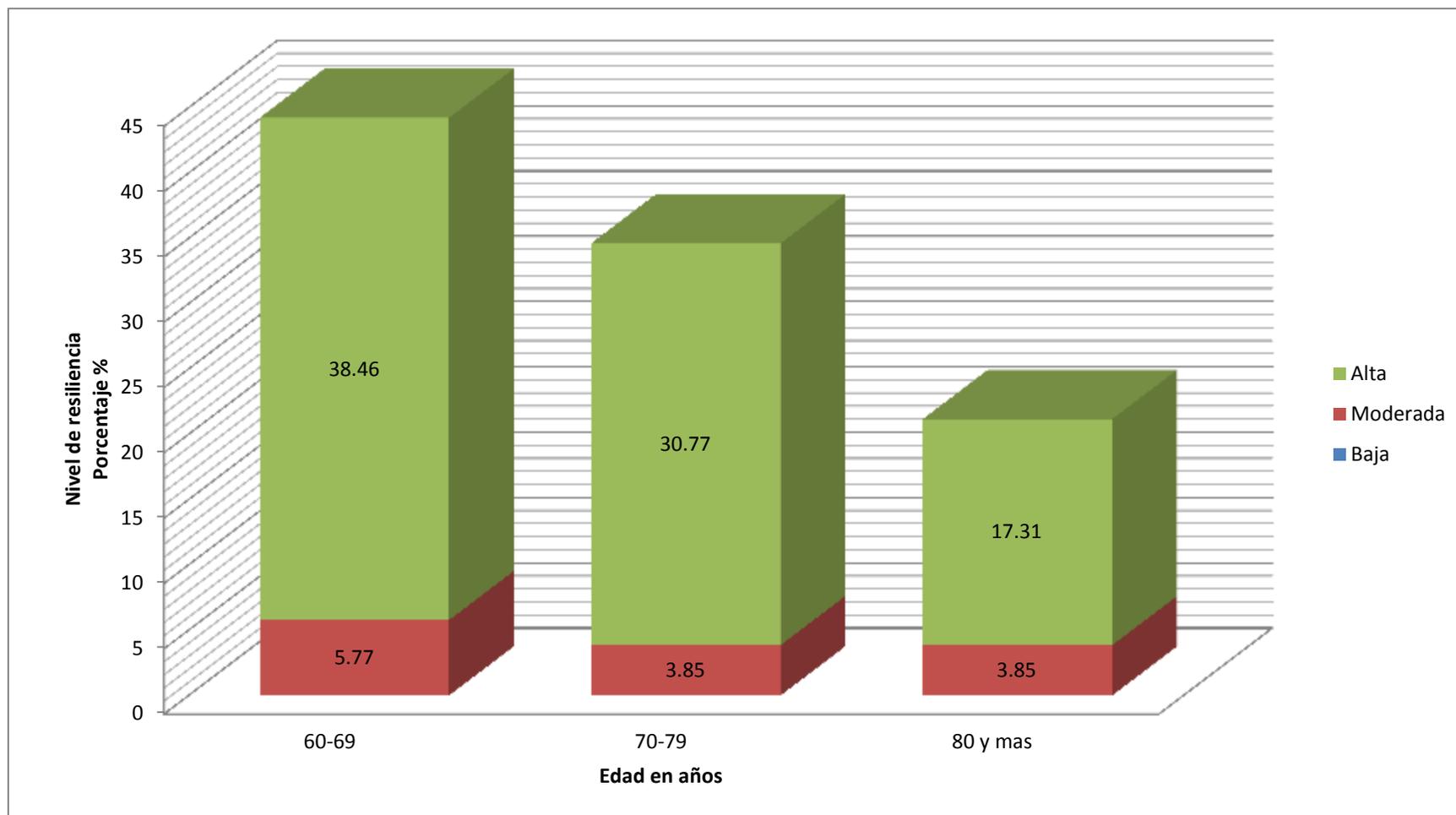
Fuente: Cuadro No.3

Gráfico No.3D Factores externos que determinan la resiliencia y edad de los pacientes con artritis reumatoide de la Clínica Geriátrica de Metepec



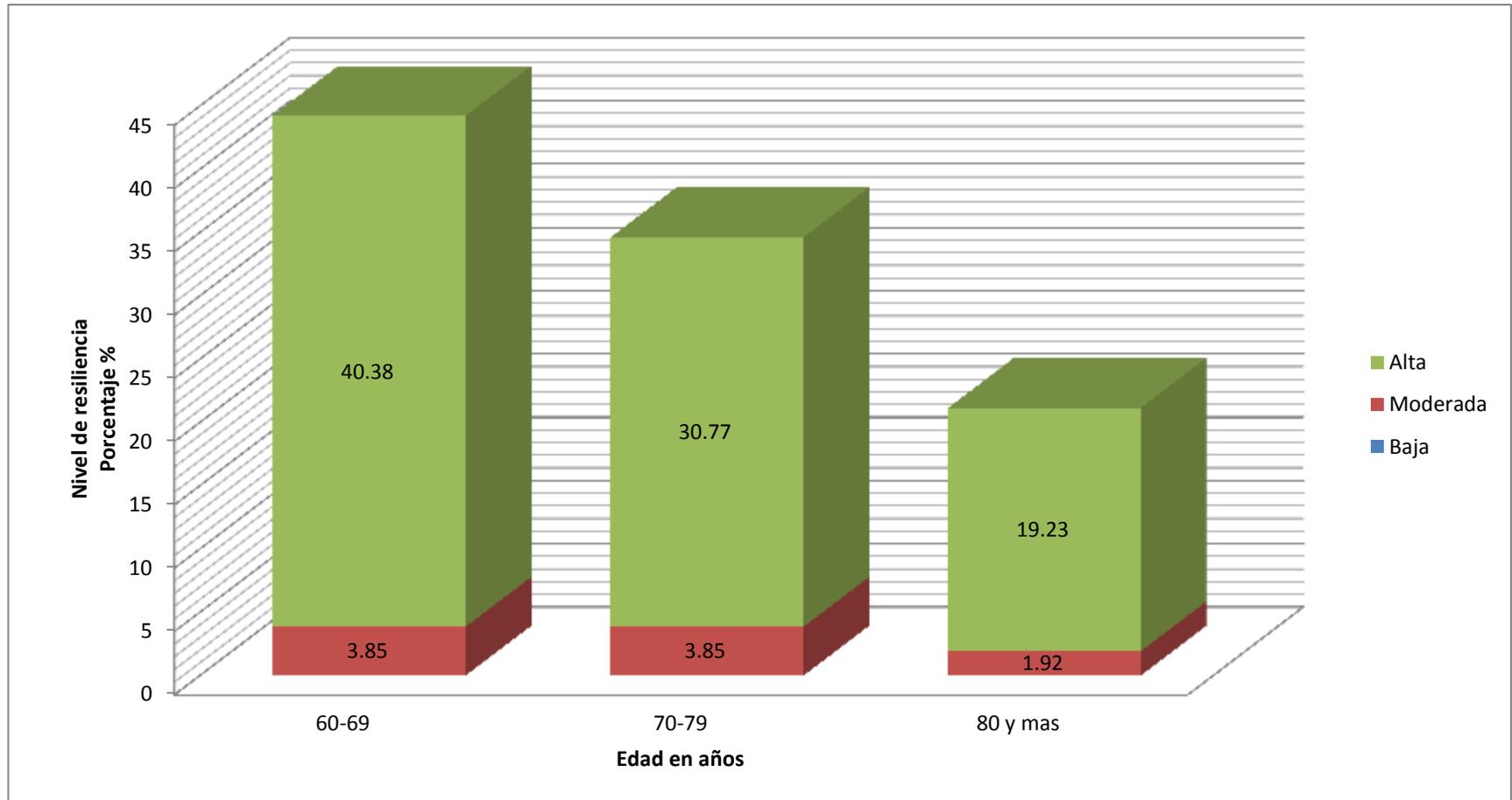
Fuente: Cuadro No.3

Gráfico No.3E Factores internos que determinan la resiliencia y edad de los pacientes con artritis reumatoide de la Clínica Geriátrica de Metepec



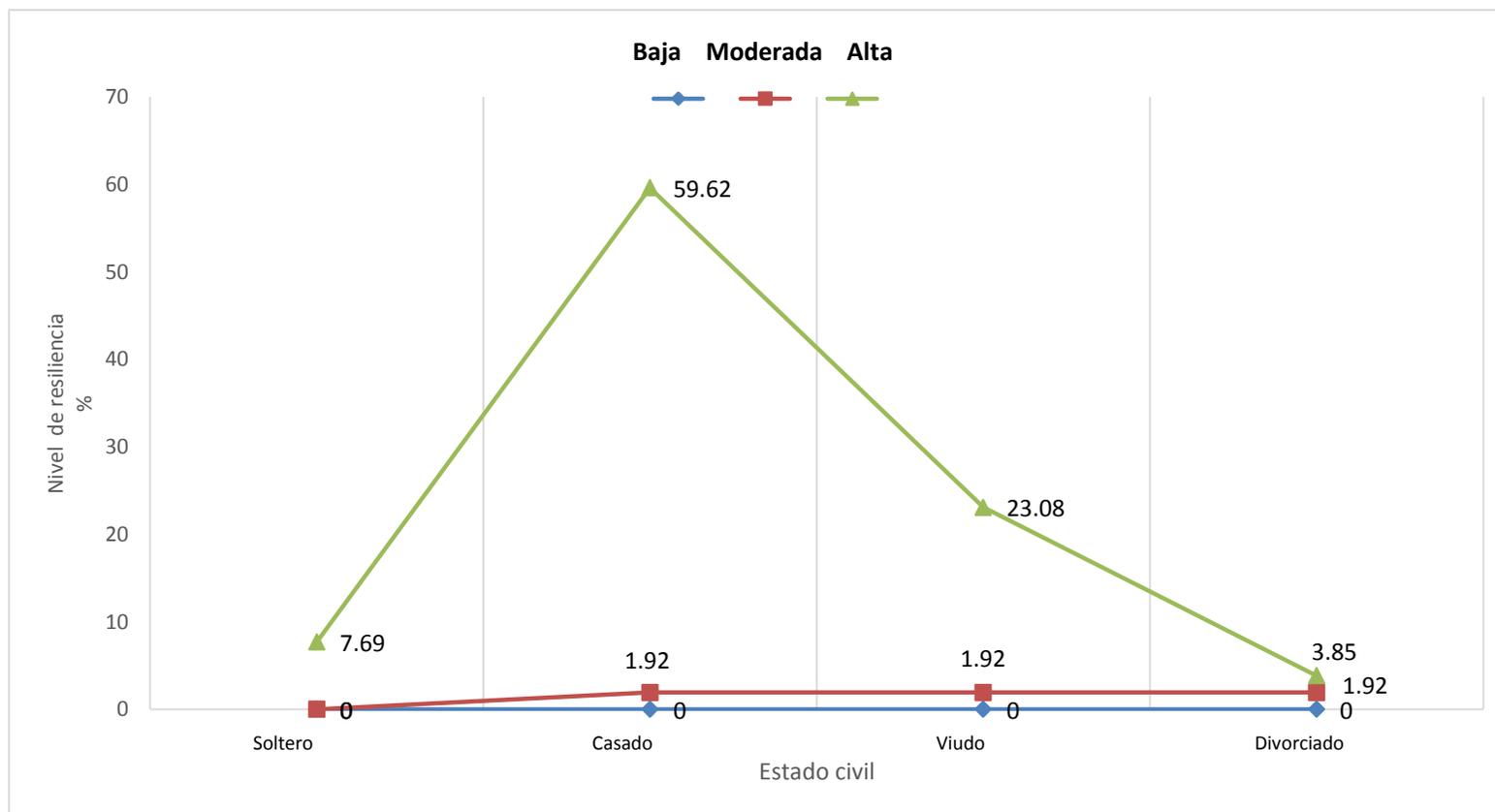
Fuente: Cuadro No.3

Gráfico No.3F Factores de empatía que determinan la resiliencia y edad de los pacientes con artritis reumatoide de la Clínica Geriátrica de Metepec.



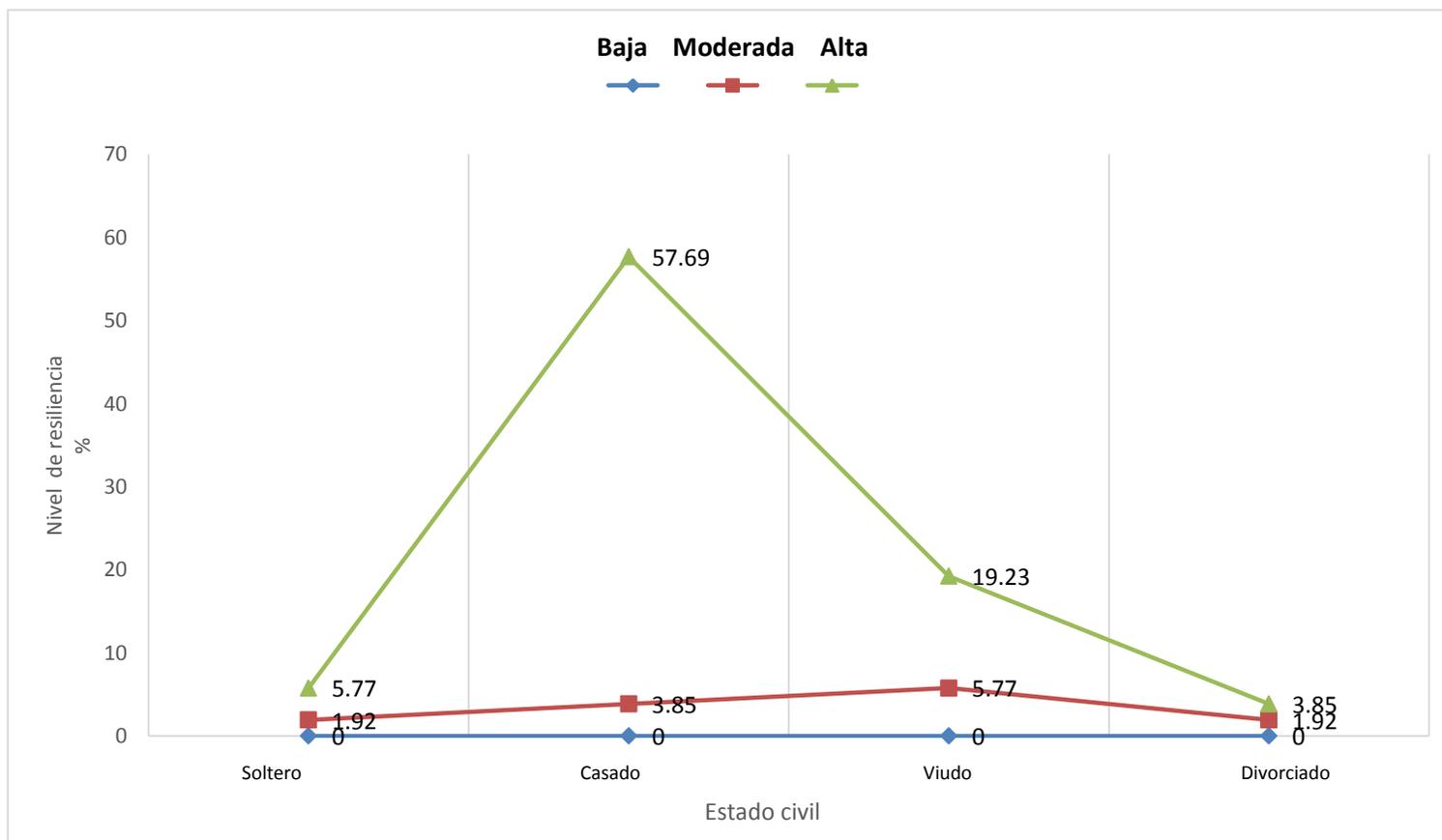
Fuente: Cuadro No.3

Grafico No.3G Factores externos que determinan la resiliencia y estado civil de los pacientes con artritis reumatoide de la Clínica Geriátrica de Metepec.



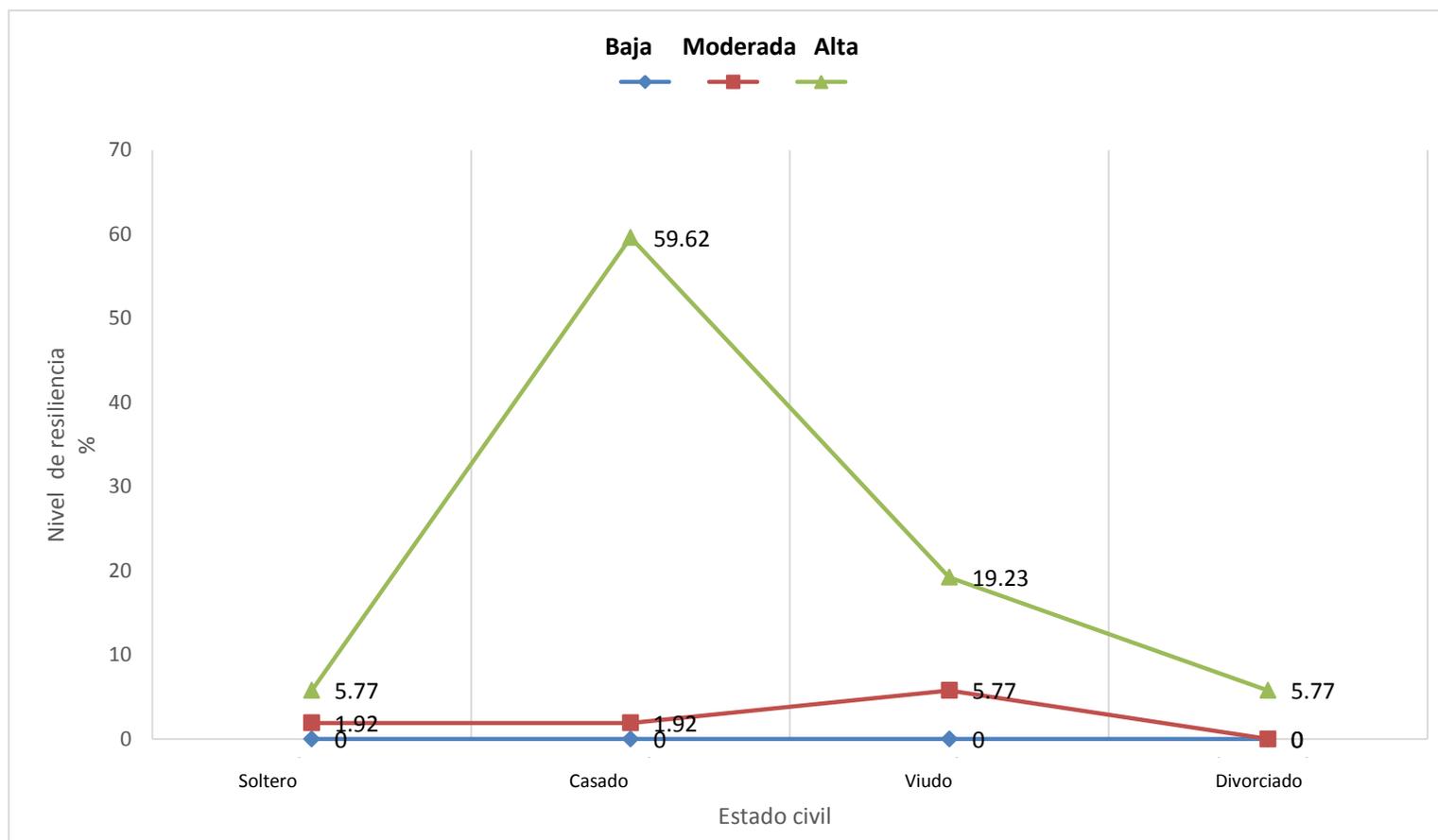
Fuente: Cuadro No.3

Grafico No.3H Factores internos que determinan la resiliencia y estado civil de los pacientes con artritis reumatoide de la Clínica Geriátrica de Metepec.



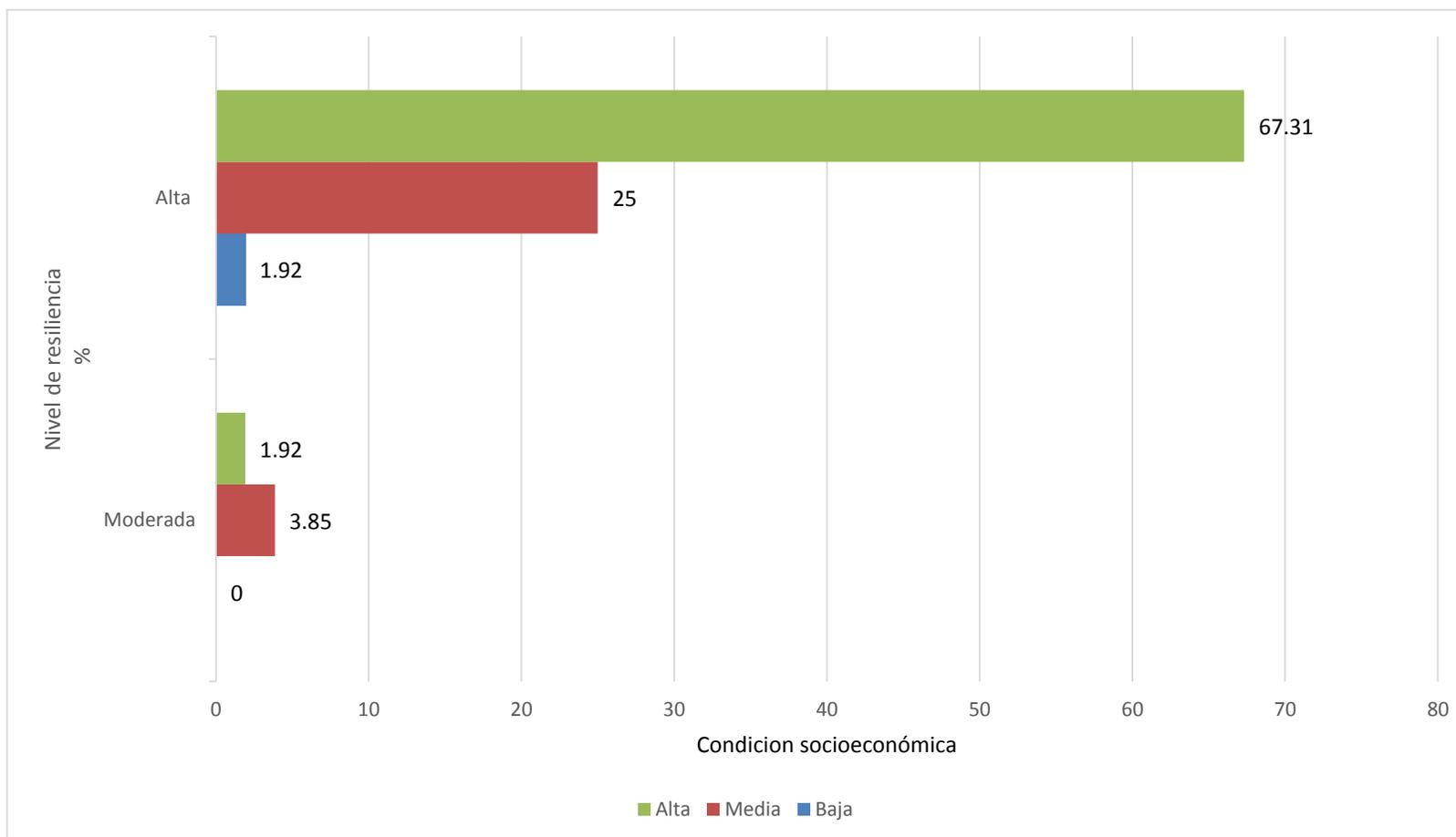
Fuente: Cuadro No.3

Grafico No.3I Factores de empatía que determinan la resiliencia y estado civil de los pacientes con artritis reumatoide de la Clínica Geriátrica de Metepec.



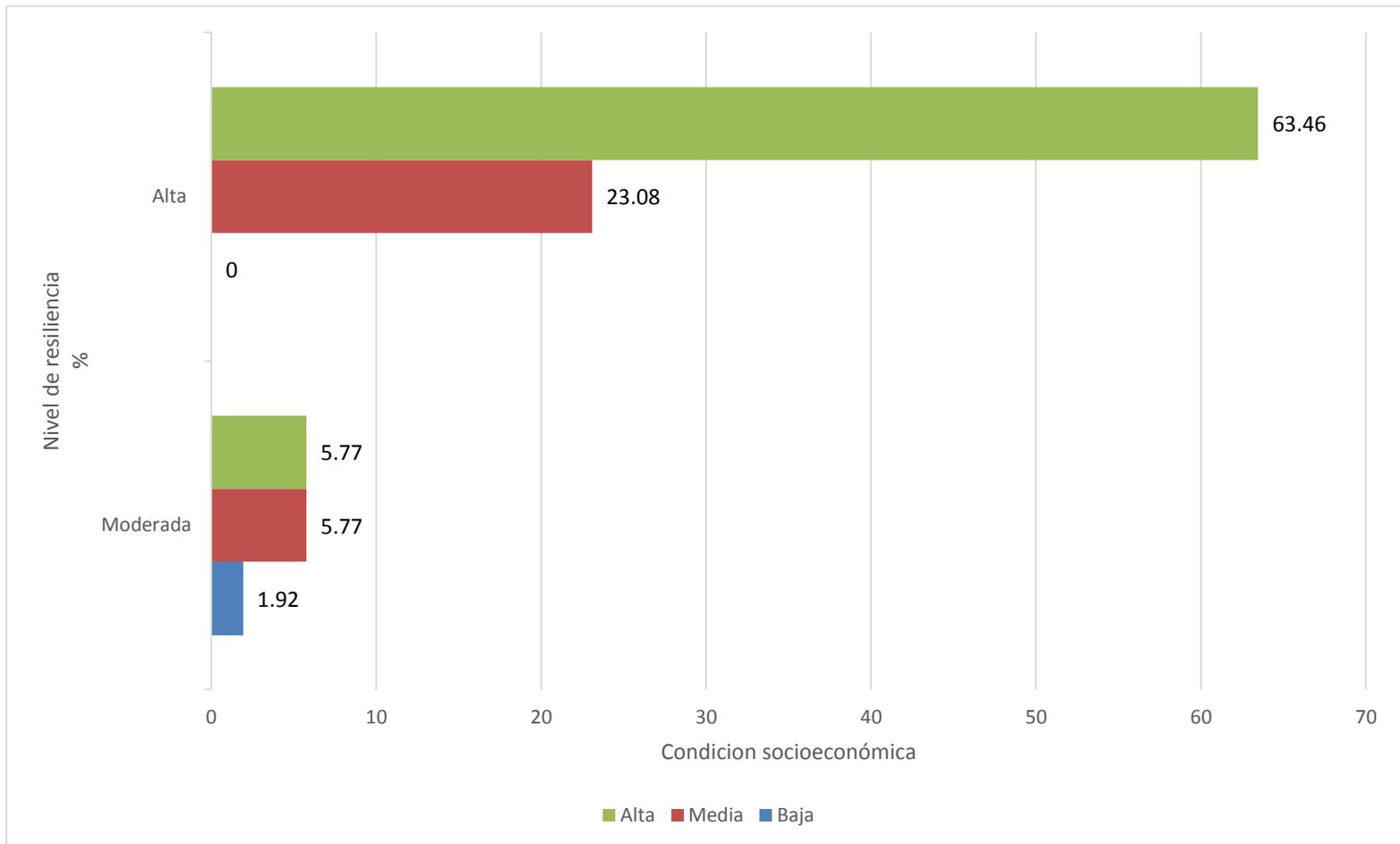
Fuente: Cuadro No.3

Gráfico No.3J Factores externos que determinan la resiliencia y condición socioeconómica de los pacientes con artritis reumatoide de la Clínica Geriátrica de Metepec.



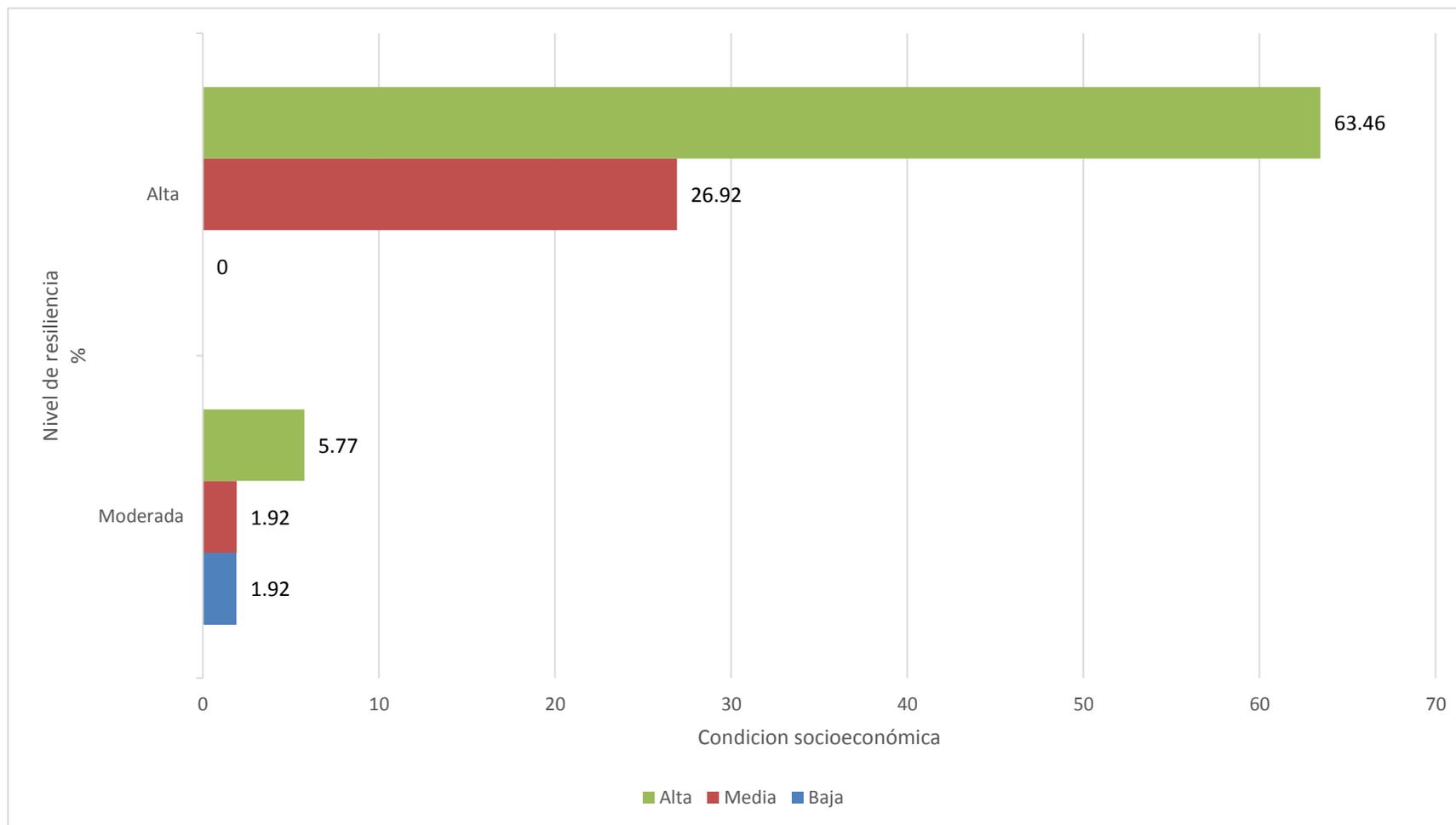
Fuente: Cuadro No.3

Gráfico No.3K Factores internos que determinan la resiliencia y condición socioeconómica de los pacientes con artritis reumatoide de la Clínica Geriátrica de Metepec.



Fuente: Cuadro No.3

Gráfico No.3L Factores de empatía que determinan la resiliencia y condición socioeconómica de los pacientes con artritis reumatoide de la Clínica Geriátrica de Metepec.



Fuente: Cuadro No.3

Cuadro 4

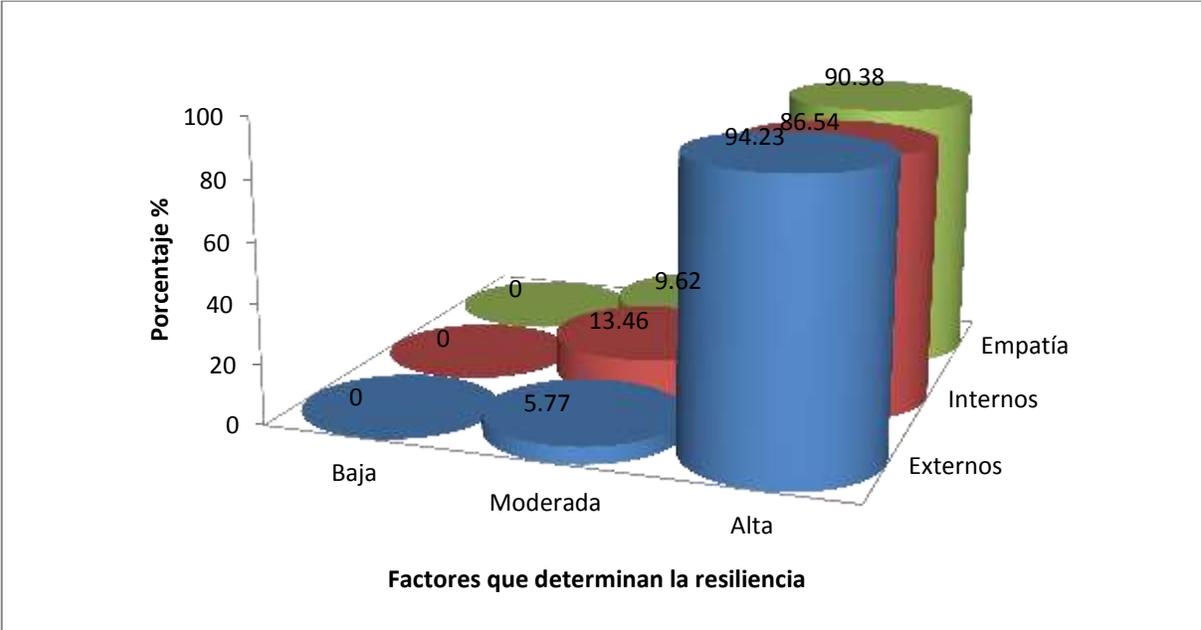
Nivel de resiliencia baja y alta y factores que la determinan, en pacientes con artritis reumatoide que acuden a la Clínica Geriátrica de Metepec, 2019.

Nivel de Resiliencia	Baja		Moderada		Alta		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Factores que determinan la resiliencia								
Externos	0	0	3	5.8	49	94.2	52	100.0
Internos	0	0	7	13.5	45	86.5	52	100.0
Empatía	0	0	5	9.6	47	90.4	52	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F= frecuencia, % = porcentaje

Gráfico No.4 Nivel de resiliencia y factores que la determinan, en pacientes con artritis reumatoide de la Clínica Geriátrica de Metepec



Fuente: Cuadro No.4

Cuadro 5

Calidad de vida a partir de la escala MGH, en pacientes con artritis reumatoide que acuden a la Clínica Geriátrica de Metepec, 2019.

CALIDAD DE VIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY BAJA	3	5.8
BAJA	11	21.2
MEDIA	10	19.2
ALTA	28	53.8
TOTAL	52	100

Fuente: Concentrado de datos

Gráfico No.5 Calidad de vida a partir de la escala MGH, en pacientes con artritis reumatoide de la Clínica Geriátrica de Metepec



Fuente: Cuadro No.5

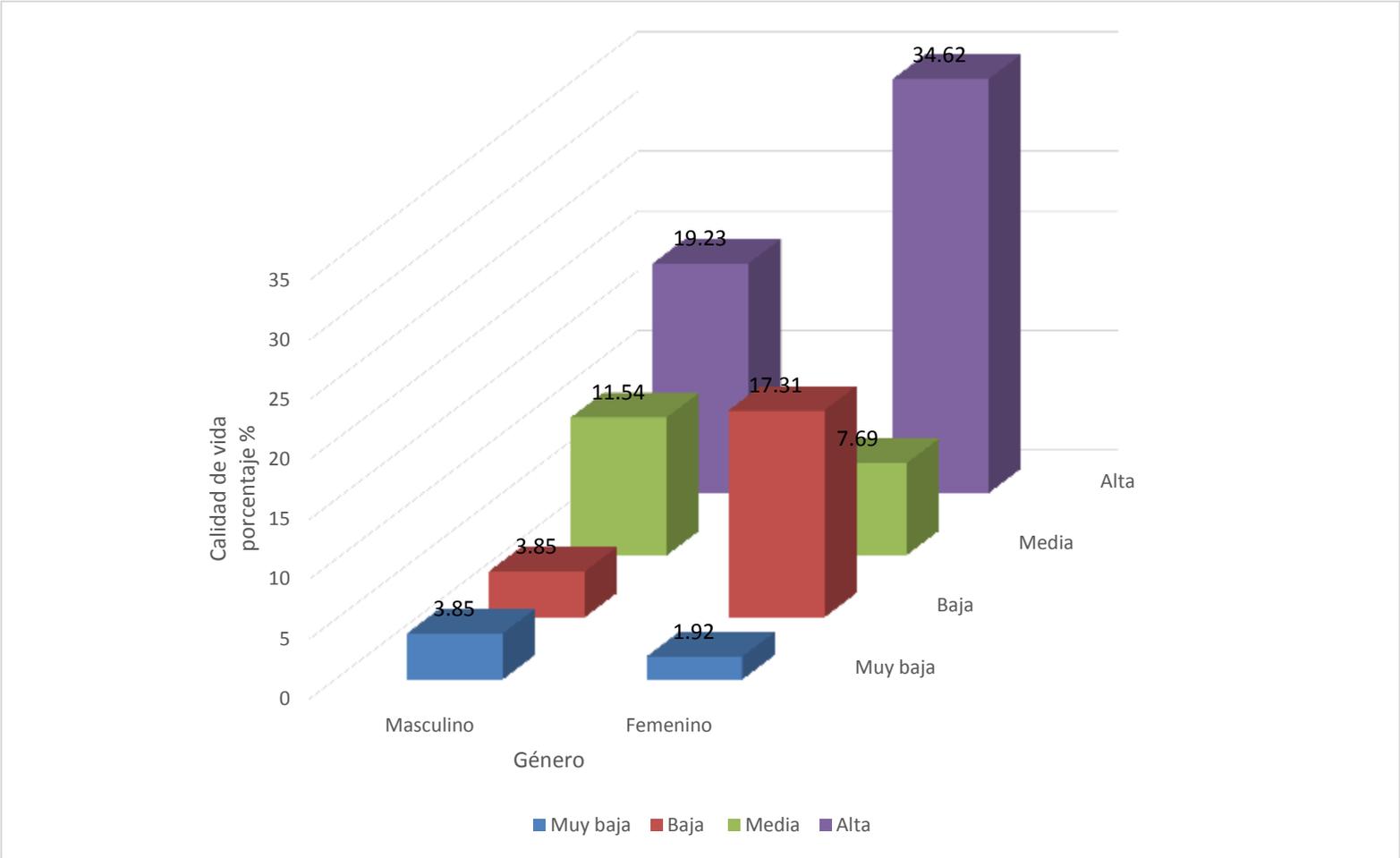
Cuadro 6

Calidad de vida de la población y variables intervinientes en pacientes con artritis reumatoide, Clínica Geriátrica de Metepec, 2019.

Calidad de vida	Género				Edad						Estado civil						Condición socio-económica							
	M		F		60-69 Años		70-79 Años		80 años y más		Soltero		Casado		Viudo		Divorciado		Baja		Media		Alta	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Muy baja	2	3.8	1	1.9	1	1.9	1	1.9	1	1.9	1	1.9	2	3.8	0	0.0	0	0.0	1	1.9	2	3.8	0	0.0
Baja	2	3.8	9	17.3	2	3.8	7	13.5	2	3.8	2	3.8	4	7.7	4	7.7	1	1.9	0	0.0	9	17.3	2	3.8
Media	6	11.5	4	7.7	3	5.8	4	7.7	3	5.8	0	0.0	7	13.5	2	3.8	1	1.9	0	0.0	4	7.7	6	11.5
Alta	10	19.2	18	34.6	17	32.7	6	11.5	5	9.6	1	1.9	19	36.5	7	13.5	1	1.9	0	0.0	0	0.0	28	53.8
Total	20	38.5	32	61.5	23	44.2	18	34.6	11	21.2	4	7.7	32	61.5	13	25.0	3	5.8	1	1.9	15	28.8	36	69.2

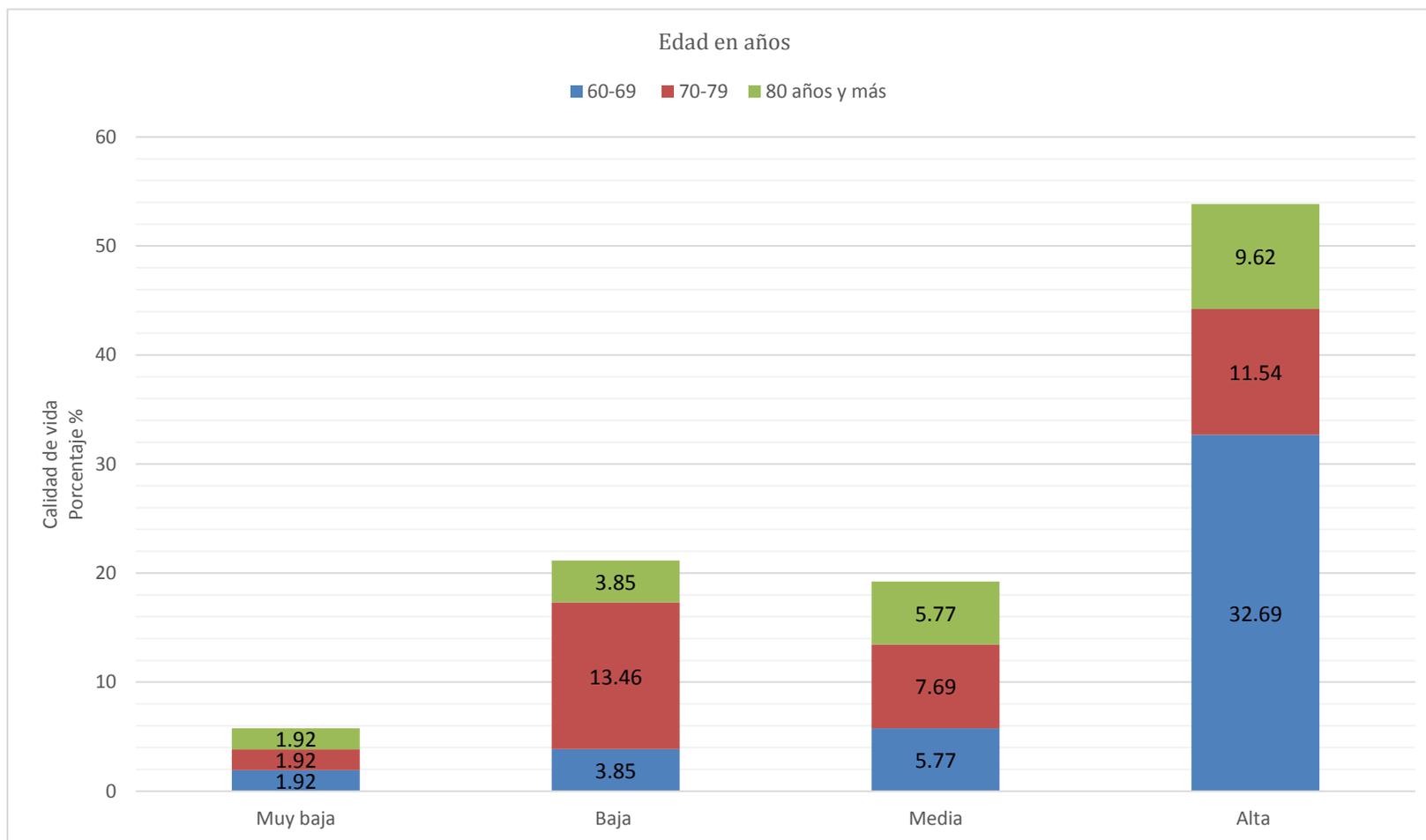
Fuente: Concentrado de datos
 Notas aclaratorias: F = frecuencia, % = porcentaje

Gráfico No.6A Calidad de vida y género de los pacientes con artritis reumatoide de la Clínica Geriátrica de Metepec.



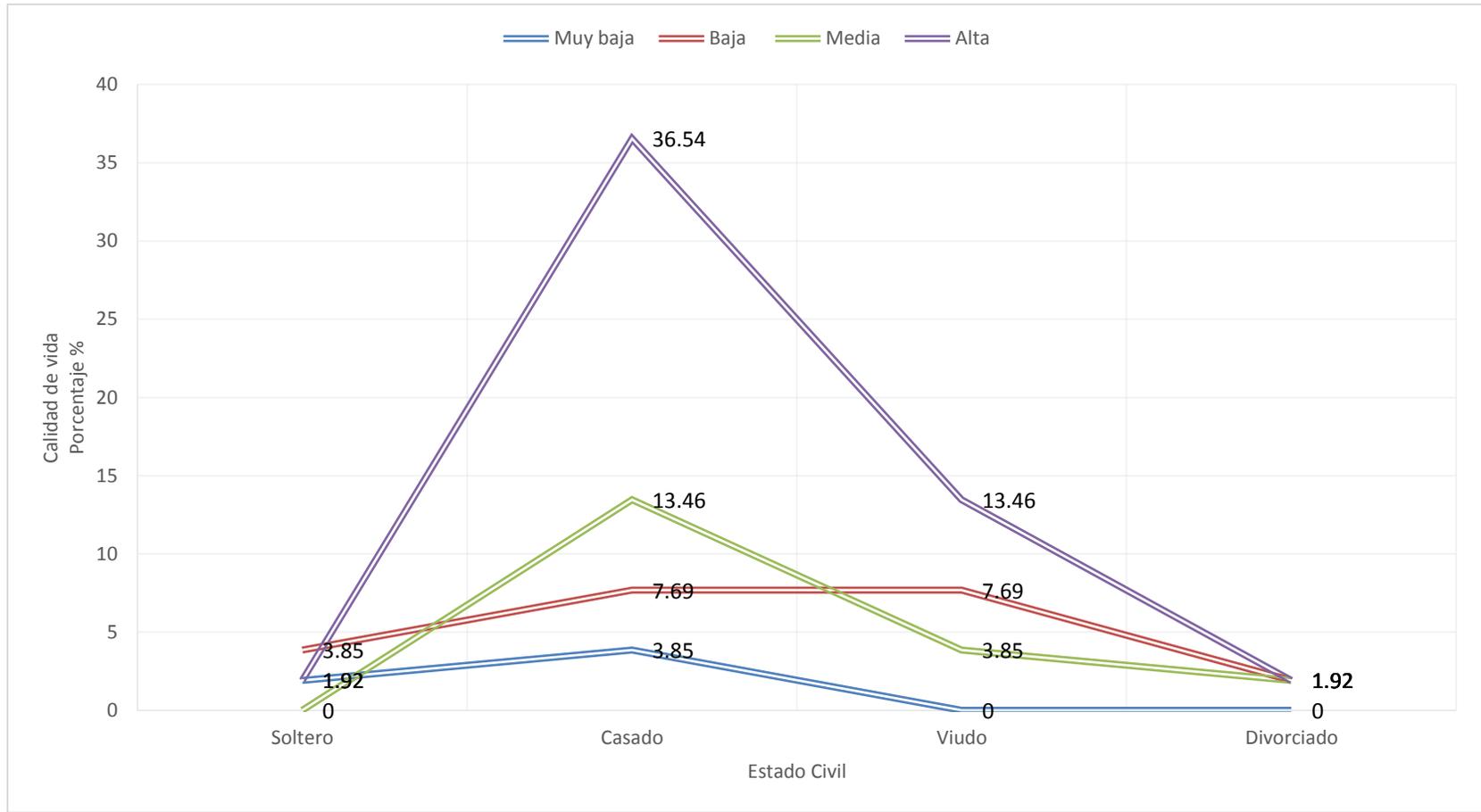
Fuente: Cuadro No.6

Gráfico No.6B Calidad de vida y edad de los pacientes con artritis reumatoide de la Clínica Geriátrica de Metepec.



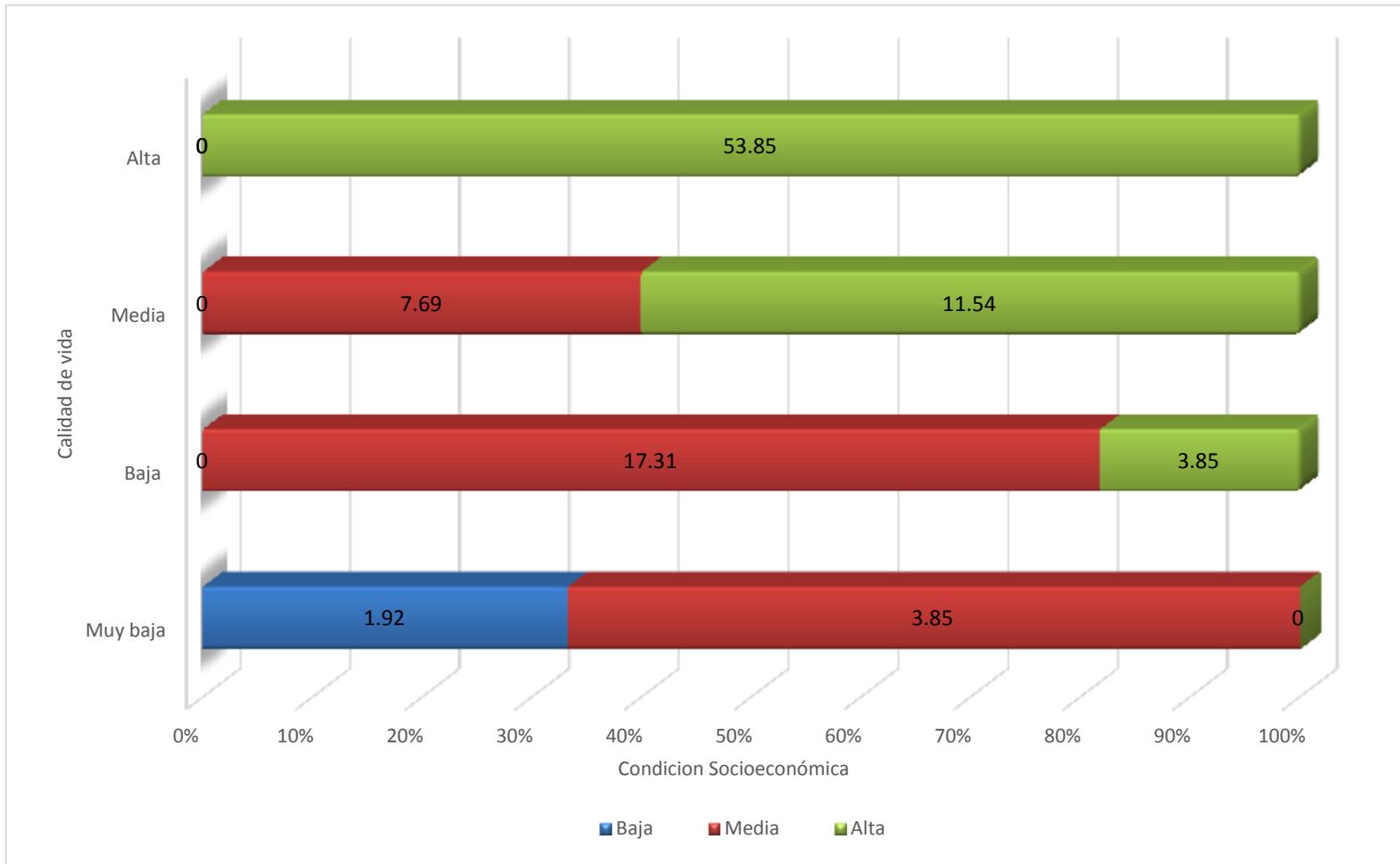
Fuente: Cuadro No.6

Gráfico No.6C Calidad de vida y estado civil de los pacientes con artritis reumatoide de la Clínica Geriátrica de Metepec.



Fuente: Cuadro No.6

Gráfico No.6D Calidad de vida y condición socioeconómica de los pacientes con artritis reumatoide de la Clínica Geriátrica de Metepec.



Fuente: Cuadro No.6

Cuadro 7

Factores que determinan la resiliencia y calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide, Clínica Geriátrica de Metepec, 2019.

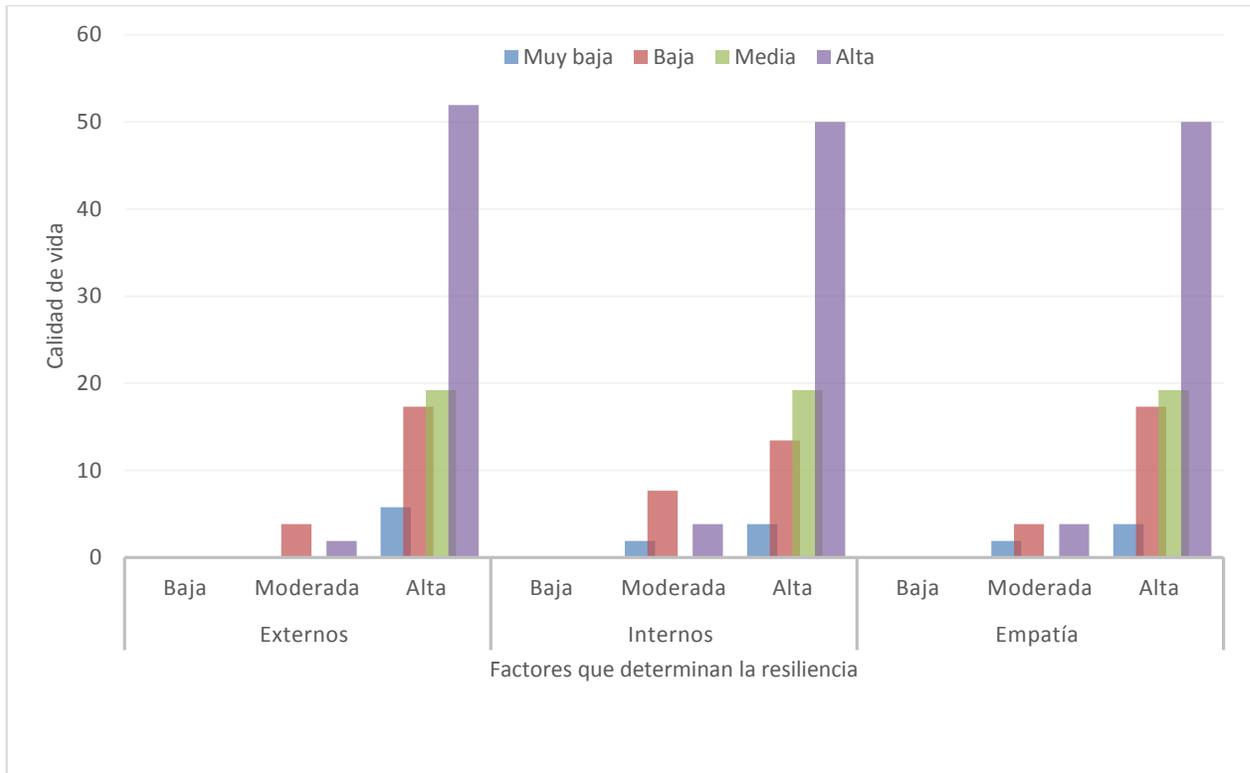
Calidad de Vida		Muy Baja		Baja		Media		Alta		Total		
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
Factores que determinan la resiliencia	Externos	Baja	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
		Moderada	0	0.0	2	3.8	0	0.0	1	1.9	3	5.8
		Alta	3	5.8	9	17.3	10	19.2	27	51.9	49	94.2
	Internos	Baja	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
		Moderada	1	1.9	4	7.7	0	0.0	2	3.8	7	13.5
		Alta	2	3.8	7	13.5	10	19.2	26	50.0	45	86.5
	Empatía	Baja	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
		Moderada	1	1.9	2	3.8	0	0.0	2	3.8	5	9.6
		Alta	2	3.8	9	17.3	10	19.2	26	50.0	47	90.4

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: F = frecuencia, % = porcentaje

Prueba estadística: X^2 para factores externos que determinan la resiliencia y calidad de vida = (4.16, p=0.05), X^2 para factores internos que determinan la resiliencia y calidad de vida = (8.48, p=0.05), X^2 para factores de empatía que determinan la resiliencia y calidad de vida = (4.13, p=0.05).

Gráfico No.7 Factores que determinan la resiliencia y calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide de la Clínica Geriátrica de Metepec.



Fuente: Cuadro No.7

XI. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio se pueden hacer las siguientes conclusiones:

En la población estudiada predominó el nivel de resiliencia alto y la calidad de vida alta. En cuanto a los factores que determinan la resiliencia, independientemente de bajo cual se calificó el instrumento, toda la población resultó resiliente. Ningún individuo presentó un nivel bajo de resiliencia.

No existe una asociación estadísticamente significativa entre los factores internos que determinan la resiliencia y la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide.

Dentro del rango de edad de 60 a 69 años y el grupo de casados, es donde se observó un mayor nivel de resiliencia y calidad de vida.

Se observó también que a mayor nivel socioeconómico, mayor calidad de vida y viceversa.

Los resultados obtenidos son coherentes con lo que diversos psicogerontólogos mencionan, que el apoyo social y familiar que recibe una persona durante los traumas a los que se enfrenta durante su vida, es determinante para desarrollar y mantener cierto nivel de resiliencia.

En las personas mayores la resiliencia se considera un conjunto de procesos sociales y psicológicos del individuo que se combinan para desarrollar factores protectores ante situaciones complicadas o de riesgo, transformándolas en fortalezas.

La población adulta va en aumento según las estadísticas y las proyecciones de crecimiento poblacional, y como respuesta la Asamblea General de las Naciones Unidas convocó en los años 1982 y 2002, a diversas asambleas mundiales para tratar la situación. Estableciendo el compromiso de fijar la atención en las personas de mayor edad y su desarrollo, así como el fomento de su salud y bienestar, y la creación de un ambiente propicio, favorable y adecuado para la vejez.

XII. RECOMENDACIONES

Dar a conocer los resultados de esta investigación a las autoridades de la Clínica de Atención Geriátrica, con el objetivo de indagar en el nivel de resiliencia y calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide como parte de la atención a este grupo de población. Para identificar oportunamente a aquellos pacientes que requieran una atención en lo que respecta al reforzamiento de los diversos factores que determinan la resiliencia como son los externos, internos y de empatía. Ya que el contar con los factores antes mencionados permitirá al paciente enfrentar diversas dificultades y transformarlas en fortalezas.

Dar continuidad a la investigación con el grupo de población a fin de indagar otro tipo de factores además de la resiliencia y la calidad de vida que pudieran contribuir a deteriorar la situación de salud de los pacientes con artritis reumatoide y atender oportunamente sus necesidades como grupo vulnerable. El identificar otro tipo de factores que afectan el envejecimiento saludable, permitirá crear intervenciones o modificaciones a los programas ya establecidos, con el objetivo de mejorar la salud del adulto mayor.

Dar seguimiento a los pacientes que se incluyeron en el estudio a fin de asegurar que su calidad de vida no se deteriore. A pesar de que los resultados arrojaron que la población de estudio es en su mayoría resiliente, se recomienda continuar fomentando el autocuidado y fortaleciendo mente, cuerpo y espíritu de los pacientes, para así mantener y mejorar su calidad de vida.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Maule C, Mendoza R. Resiliencia y Calidad de Vida. La Psicología Educacional en dialogo con otras disciplinas. 2016;31:7–10.
2. Santillán MG. Pilares de la Resiliencia : Creatividad y Capacidad de Relacionarse en el Programa de Adultos Mayores Sobrevivientes del Holocausto de Tzedaka Autor : Mercedes García Santillán. 2011;65.
3. Suriá R. Perfiles resilientes y calidad de vida en personas con discapacidad sobrevenida por accidentes de tráfico. Gac Sanit [Internet]. 2015;29:55–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.01.016>
4. Ospina DE. La medición de la resiliencia. Investig y Educ en Enfermería [Internet]. 2007 [cited 2019 Mar 26];25(1):58–65. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=es
5. Vinaccia S. Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. Pensamiento Psicológico [Internet]. 2012;9(17):69–82. Available from: <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/viewArticle/729>
6. Moret C. Propiedades psicométricas y estructura factorial del BRCS en una muestra española de edad avanzada. Psychometric properties and factor structure of the BRCS in an elderly Spanish sample. An Psicol. 2015;31(3):1030–4.
7. Caycho T, et al. Psychometric evidence of a brief measure of resilience in non-institutionalized Peruvian older adults . Psychosoc Interv [Internet]. 2018;27(2):73–9. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85052021487&doi=10.5093%2Fpi2018a6&partnerID=40&md5=ee2a7d00b7ccdafce31cfb48e5c99d39>
8. Korc M. Salud , Resiliencia y Seguridad Humana : Hacia la salud para todos. Organizacion Panamericana de la Salud; 2016. p. 67.
9. Pacheco M.D. Calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes universitarios. Rev Cuba Med Mil [Internet]. 2014;43(2):162–3. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v43n2/mil04214.pdf>
10. Jiménez WG. Calidad de vida urbana. [recurso electrónico] : una propuesta para su

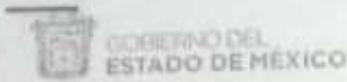
- evaluación. *Rev Estud Soc* [Internet]. 2014;159–75. Available from: <http://ezproxy.uniandes.edu.co:8080/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat00683a&AN=udla.673494&lang=es&site=eds-live&scope=site%5Cnhttp://res.uniandes.edu.co/view.php/917/index.php?id=917>
11. Robles A. Revisión-Opinión. *El Resid* [Internet]. 2016;120–5. Available from: www.medigraphic.org.mx/Generalidadesyconceptosdecalidaddevidaenrelacionconloscuidadosdesalud
 12. Wanden C, et al. [Quality of life and its determinants in Spanish university students of health sciences factors]. *Nutr Hosp* [Internet]. 2015;31(2):952–8. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84923792419&partnerID=tZOtx3y1>
 13. Cantú PC. Calidad de vida y sustentabilidad: una nueva ciudadanía. *Ambiente y Desarrollo*. 2015;19(37):9.
 14. Vera JÁ. Quality of life of teachers from Nuevo León, México. *Psicol Desde El Caribe*. 2015;32(2):203–17.
 15. Ardila R. Calidad de Vida: una definición integradora. *Rev Latinoam Psicol*. 2003;35:161–4.
 16. Velarde E. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Publica Mex*. 2002;44(4):349–61.
 17. Badia X. Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. *Gastroenterol Hepatol*. 2004;27(Supl.3):2–6.
 18. Nolasco C. Análisis de los factores asociados a la calidad de vida del paciente hipertenso. *Enfermería Nefrológica* [Internet]. 2015;18(4):282–9. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842015000400006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 19. Sánchez AP. Funcionamiento y calidad de vida en personas con enfermedades crónicas: Poder predictivo de distintas variables psicológicas. *Enfermedades Globales*. 2017;16(2):281–94.
 20. Sánchez W. Calidad de vida o alcanzar lo bueno y lo justo. *Revista Colombiana*. 2014;29:58–87.
 21. Ignatiadis M. El paciente crónico. *Clinical Cancer Research*. 2015;21(21):4786–800.

22. CENETEC. Gpc Diagnostico Y Tratamiento De Artritis Reumatoide Del Adulto. Guía Práctica Clínica México [Internet]. 2008;14. Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/195_ARTRITIS_REUMATOIDE/artritis_reumatoide_RR_CENETEC.pdf
23. Secretaría de Salud. Guía de práctica clínica: Diagnóstico y Tratamiento de Artritis Reumatoride del Adulto [Internet]. Vol. 3, Guía de práctica clínica. 2010. 1–98 p. Available from: www.cenetec.salud.gob.mx
24. Batlle E. Sociedad de Valencia de Reumatología. 1987;13–43. Available from: <https://svreumatologia.com/wp-content/uploads/2013/10/Cap-1-Artritis-Reumatoide.pdf>
25. Turrión A. Artritis reumatoide. Vol. 12, Medicine (Spain). 2017. 1615–1625 p.
26. Sociedad Española de Reumatología. Guía sobre la artritis reumatoide de la SER. Sociedad Española Reumatología [Internet]. 2017; Available from: <https://www.ser.es/la-publica-una-nueva-guia-informacion-consejos-utiles-pacientes-artritis-reumatoide/>
27. Martín R. Artritis reumatoide. Med. 2017;12(28):1615–25.
28. Aprendiendo a convivir con la Artritis Reumatoide Información para el paciente. Available from: https://inforeuma.com/wp-content/uploads/2017/02/Informacion_pacientes_AR_DEF.pdf
29. Arango V. Medicina Integrativa: efectos de la acupuntura y su aplicación clínica en la medicina convencional. CES Med. 2015;29(2):12.
30. Grotberg E. A guide to promoting resiliency in children: Strengthening the human spirit. Vol. 8, Early Childhood Development: Practice and Reflections. 1995. 56 p.
31. Remache A. La Soledad en el adulto mayor y su incidencia en la calidad de vida, en el Asilo San Vicente de Paúl en Atuntaqui-Antonio Ante en el periodo 2016-2017 "thesis". Ibarra-Ecuador. 2017. 72 p.
32. González-Arratia López Fuentes NI, Valdez Medina JL. Resiliencia. Diferencias por Edad en Hombres y Mujeres Mexicanos. Acta Investig Psicológica [Internet]. 2015;5(2):1996–2010. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2007471915300193>
33. González Arratia, López Fuentes NI, Valdez Medina JL. Resiliencia y personalidad en adultos. Psicol Iztacala. 2011;14(4):295–316.

34. Dianelis M. Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia Matanzas "master's thesis". Ciudad de la Habana. 2007. 35 p.
35. Nacional De Neurología I, Velasco Suárez NM. Reglamento para Investigación Clínica a Dirección de Investigación. 2017; Available from: http://www.innn.salud.gob.mx/descargas/investigacion/reglamento_inv_clinica.pdf

XIV. ANEXOS

ANEXO 1



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



"2019. Año del Centésimo Aniversario Luctuoso de Emiliano Zapata Salazar. El Cuadrado del 54"



Oficio No. 208C0101115400T/ 5145 /19

Toluca de Lerdo, México,

a 05 de junio de 2019.

Asunto: Se autoriza Aplicación de
Protocolo de Investigación

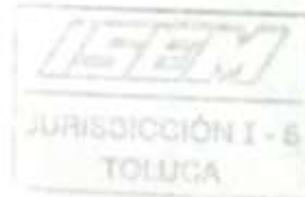
M.C. Karla Jimena Fuentes de la Sancha - 5 TOLUCA
Presente

Por medio del presente, en atención a su solicitud, para poder llevar a cabo Protocolo de Investigación Titulado: **"FACTORES QUE DETERMINAN LA RESILIENCIA Y SU ASOCIACIÓN CON CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE ACUDEN A LA CLÍNICA GERIÁTRICA METEPEC, 2019"** Comento a usted, que No existe ningún inconveniente para llevarla a cabo. No omito comentar que será de gran relevancia conocer los resultados para poder brindar una mejor atención a nuestra población usuaria.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

Dr. Godwin González Estrada
Jefe de la Jurisdicción Sanitaria Toluca



c.c.p. Dra. Laura Mathone Gómez Garduño, Directora de la Clínica Geriátrica de Metepec.
c.c.p. Archivo/Minutario

GGE/ /ong.

Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México
Jurisdicción Sanitaria Toluca

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“FACTORES QUE DETERMINAN LA RESILIENCIA Y SU ASOCIACIÓN CON CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE ACUDEN A LA CLÍNICA GERIÁTRICA DE METEPEC, 2019.”

FECHA: _____

Yo: _____, actuando a mi nombre y en calidad de paciente de la Clínica de Atención Geriátrica Metepec, acepto participar de manera voluntaria en el proceso de recolección de datos para el proyecto, que lleva por título: **“FACTORES QUE DETERMINAN LA RESILIENCIA Y SU ASOCIACIÓN CON CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE ACUDEN A LA CLÍNICA GERIÁTRICA DE METEPEC, 2019.”**

Realizado por la investigadora: Karla Jimena Fuentes de la Sancha.

Accedo a participar y me comprometo a responder las preguntas que se me hagan de la forma más honesta posible, así como de participar en caso de ser requerido en actividades propias del proceso. Autorizo a que los datos que se obtengan del proceso de investigación sean utilizados, para efectos de sistematización y publicación del resultado final de la investigación.

Expreso que la investigadora me ha explicado con antelación el objetivo y alcance de dicho proceso.

FIRMA: _____

ANEXO 3

CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TITULO DEL PROYECTO:

“FACTORES QUE DETERMINAN LA RESILIENCIA Y SU ASOCIACIÓN CON CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE ACUDEN A LA CLÍNICA GERIÁTRICA DE METEPEC, 2019.”

1.- FECHA: _____

Seleccione la casilla correspondiente

2.- EDAD: 60-69 AÑOS

70-79 AÑOS

80 Y más años

3.- SEXO: Masculino

Femenino

4.- ESTADO CIVIL: Soltero

Casado

Divorciado

Unión libre

Viudo

Unión consensuada

ANEXO 4

Autora del Instrumento. Dra. Norma Ivonne González Arratia López Fuentes.
Proyecto Clave 2105/2007U, y 3310/2012CHT.
ISBN:978-607-422-208-1

CUESTIONARIO DE RESILIENCIA (González- Arratia, 2011)

FICHA TÉCNICA

Nombre: Cuestionario de Resiliencia para niños y adolescentes

Autor: González-Arratia, L.F.N.I.

Aplicación: individual o colectiva

Duración: aproximadamente 20 minutos

Ámbito de aplicación: niños y adolescentes

Finalidad: Evaluación de la resiliencia

Confiabilidad de Alpha de Cronbach de = 0.9192

La composición factorial fue de tres dimensiones que explican el 37.82% de la varianza, los cuales son:

1. Factor protector interno: se refiere a las funciones que se relacionan con habilidades para la solución de problemas.
2. Factor protector externo: se refieren a la posibilidad de contar con apoyo de la familia y/o personas significativas para el individuo.
3. Empatía: se refiere a comportamiento altruista y prosocial.

CUESTIONARIO DE RESILIENCIA

(González Arratia, 2011)

A continuación se presentan una serie de preguntas que tienen que ver con tu forma de pensar y actuar ante la vida. Por favor coloca una (X) en el cuadrado que más se acerque a lo que tú eres, pensando en qué medida crees que te sentiste, actuaste o te comportaste en una situación de crisis o cuando hayas tenido algún problema. Siempre ten presente la situación. No dejes ninguna pregunta sin contestar. Por tu colaboración, muchas gracias.

PREGUNTA	Siempre	La mayoría de las veces	Indeciso	Algunas veces	Nunca
1. Yo soy feliz cuando hago algo bueno para los demás.	<input type="checkbox"/>				
2. Yo soy respetuoso de mí mismo y de los demás.	<input type="checkbox"/>				
3. Soy agradable con mis familiares.	<input type="checkbox"/>				
4. soy capaz de hacer lo que quiero.	<input type="checkbox"/>				
5. Confío en mí mismo	<input type="checkbox"/>				
6. Soy inteligente	<input type="checkbox"/>				
7. Yo soy acomedido y cooperador .	<input type="checkbox"/>				
8. Soy amable.	<input type="checkbox"/>				
9. Soy compartido.	<input type="checkbox"/>				
10. Yo tengo personas que me quieren incondicionalmente.	<input type="checkbox"/>				
11. Conmigo hay personas que quieren que aprenda a desenvolverme sólo.	<input type="checkbox"/>				

PREGUNTA	siempre	La mayoría de las veces	Indeciso	Algunas veces	Nunca
12. Hay personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro.	<input type="checkbox"/>				
13. Cerca de mí hay amigos en quien confiar.	<input type="checkbox"/>				
14. Tengo personas que me quieren a pesar de lo que sea o haga.	<input type="checkbox"/>				
15. Tengo deseos de triunfar.	<input type="checkbox"/>				
16. Tengo metas a futuro.	<input type="checkbox"/>				
17. Estoy dispuesto a responsabilizarme de mis actos.	<input type="checkbox"/>				
18. Estoy siempre pensando la forma de solucionar mis problemas	<input type="checkbox"/>				
19. Estoy siempre tratando de ayudar a los demás.	<input type="checkbox"/>				
20. Soy firme en mis decisiones.	<input type="checkbox"/>				
21. me siento preparado para resolver mis problemas.	<input type="checkbox"/>				
22. Comúnmente pienso en ayudar a los demás	<input type="checkbox"/>				

PREGUNTA	siempre	La mayoría de las veces	Indeciso	Algunas veces	Nunca
23. Enfrento mis problemas con serenidad.	<input type="checkbox"/>				
24. Yo puedo controlar mi vida.	<input type="checkbox"/>				
25. Puedo buscar la manera de resolver mis problemas.	<input type="checkbox"/>				
26. Puedo imaginar las consecuencias de mis actos.	<input type="checkbox"/>				
27. Puedo reconocer lo bueno y lo malo para mi vida.	<input type="checkbox"/>				
28. Puedo reconocer mis cualidades y defectos	<input type="checkbox"/>				
29. Puedo cambiar cuando me equivoco.	<input type="checkbox"/>				
30. Puedo aprender de mis errores.	<input type="checkbox"/>				
31. Tengo esperanza en el futuro.	<input type="checkbox"/>				
32. Tengo Fe en que las cosas van a mejorar.	<input type="checkbox"/>				

ANEXO 5

ESCALA M.G.H. CALIDAD DE VIDA.

Lic. Miriam Alvarez Pérez, Prof. Gema Quintero Danauy, Héctor Bayarre Veá.

(Registrada en Cuba en la Oficina Nacional de Patentes)

	Casi Siempre	A Menudo	Algunas Veces	Casi Nunca
1.- Realizo las actividades físicas que otras personas de mi edad pueden hacer (ejercicios físico, subir y bajar escaleras, agacharse, levantarse).	4	3	2	1
2.- Puedo ir a la bodega a hacer los mandados.	4	3	2	1
3.- Mi familia me quiere y respeta.	4	3	2	1
4.- Mi estado de ánimo es favorable.	4	3	2	1
5.- Me siento confiado y seguro frente al futuro.	4	3	2	1
6.- Con la jubilación mi vida perdió sentido.	1	2	3	4
7.- Mi estado de salud me permite realizar por mí mismo las actividades cotidianas de la vida (cocinar, lavar, limpiar, bañarme, comer)	4	3	2	1
8.- Puedo leer libros, revistas o periódicos.	4	3	2	1
9.- Soy importante para mi familia.	4	3	2	1
10.-Me siento solo y desamparado en la vida.	1	2	3	4
11.-Mi vida es aburrida y monótona.	1	2	3	4
12.- Me desplazo ayudado por otra persona o sostenido por un bastón.	1	2	3	4
13.-Puedo aprender cosas nuevas.	4	3	2	1
14.-Puedo usar el transporte público.	4	3	2	1
15.-Mi situación monetaria me permite resolver todas mis necesidades, de cualquier índole.	4	3	2	1
16.-Mi familia me ayuda a resolver los problemas que se me puedan presentar.	4	3	2	1
17.-He logrado realizar en la vida mis aspiraciones.	4	3	2	1
18.-Estoy satisfecho con las condiciones	4	3	2	1

económicas que tengo.				
19.-Soy capaz de atenderme a mi mismo y cuidar de mi persona.	4	3	2	1
20.-Estoy nervioso o inquieto.	1	2	3	4
21.-Puedo ayudar en el cuidado y atención de mis nietos (u otros niños que vivan en el hogar).	4	3	2	1
22.-Puedo expresar a mi familia lo que siento y pienso.	4	3	2	1
23.-Mis creencias me dan seguridad en el futuro.	4	3	2	1
24.-Mantengo relaciones con mis amigos y vecinos.	4	3	2	1
25.-Soy feliz con la familia que he constituido.	4	3	2	1
26.-Salgo a distraerme (solo, con mi familia o mis amigos)	4	3	2	1
27.-Mi vivienda tiene buenas condiciones para vivir yo en ella.	4	3	2	1
28.-He pensado quitarme la vida.	1	2	3	4
29.-Mi familia me tiene en cuenta para tomar decisiones relacionadas con los problemas del hogar.	4	3	2	1
30.-Considero que todavía puedo ser una persona útil.	4	3	2	1
31.-Mi vivienda resulta cómoda para mis necesidades.	4	3	2	1
32.-Mi estado de salud me permite disfrutar de la vida.	4	3	2	1
33.-Tengo aspiraciones y planes para el futuro.	4	3	2	1
34.-Soy feliz con la vida que llevo.	4	3	2	1

Interpretación:

BUENA CALIDAD DE VIDA: 103 – 136 puntos

REGULAR CALIDAD DE VIDA: 69 – 102 puntos

MALA CALIDAD DE VIDA: 34 – 68 puntos

Las categorías de respuestas posibles a los ítems son:

- Casi siempre
- A menudo
- Algunas veces
- Casi nunca

Se designó a la misma un valor entre 1 y 4 puntos, correspondiendo el 1 a la significación negativa de la respuesta y el 4 a la significación positiva. De esta forma la escala de calificación de los ítems (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34) es como sigue:

- Casi siempre: 4 puntos
- A menudo: 3 puntos
- Algunas veces: 2 puntos
- Casi nunca: 1 punto

Mientras que esta escala se invierte para los ítems (6, 10, 11, 12, 20, 28) quedando de la siguiente forma:

- Casi siempre: 1 punto
- A menudo: 2 puntos
- Algunas veces: 3 puntos
- Casi nunca: 4 puntos

ANEXO 6



Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos

A

Adoptada por la

18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964

y enmendada por la

29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975

35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983

41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989

48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996

52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000

Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002

Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004

59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008

64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013

Introducción

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.

2. Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente

a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

Principios generales

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y

jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

13. Los grupos que están subrepresentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

14. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

15. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

Riesgos, Costos y Beneficios

16. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.

La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.

17. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga.

Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos

deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.

18. Los médicos no deben involucrarse en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria.

Cuando los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continúan, modifican o suspenden inmediatamente el estudio.

Grupos y personas vulnerables

19. Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional.

Todos los grupos y personas deben recibir protección específica.

20. La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

Requisitos científicos y protocolos de investigación

21. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

22. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación.

El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o

compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación.

En los ensayos clínicos, el protocolo también debe describir los arreglos apropiados para las estipulaciones después del ensayo.

Comités de ética de investigación

23. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Después que termine el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

Privacidad y confidencialidad

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Consentimiento informado

25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

26. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada individuo potencial debe recibir información adecuada

acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsible e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.

Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

27. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

28. Cuando el individuo potencial sea incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud del grupo representado por el individuo potencial y esta investigación no puede realizarse en personas capaces de dar su consentimiento informado y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

29. Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incapaz de dar su consentimiento informado es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.

30. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es

una característica necesaria del grupo investigado. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

32. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, como la investigación sobre material o datos contenidos en biobancos o depósitos similares, el médico debe pedir el consentimiento informado para la recolección, análisis, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones excepcionales en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

Uso del placebo

33. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con las mejores intervenciones probadas, excepto en las siguientes circunstancias:

 Cuando no existe una intervención probada, el uso de un placebo, o ninguna intervención, es aceptable o

 Cuando por razones metodológicas, científicas y apremiantes, el uso de cualquiera intervención menos eficaz que la mejor probada, el uso de un placebo o ninguna intervención es necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención.

 y los pacientes que reciben cualquiera intervención menos eficaz que la mejor probada, el placebo o ninguna intervención, no correrán riesgos adicionales, efectos adversos graves o daño irreversible como consecuencia de no recibir la mejor

intervención probada.

Se debe tener muchísimo cuidado para evitar abusar de esta opción.

Estipulaciones post ensayo

34. Antes del ensayo clínico, los auspiciadores, investigadores y los gobiernos de los países anfitriones deben prever el acceso post ensayo a todos los participantes que todavía necesitan una intervención que ha sido identificada como beneficiosa en el ensayo. Esta información también se debe proporcionar a los participantes durante el proceso del consentimiento informado.

Inscripción y publicación de la investigación y difusión de resultados

35. Todo estudio de investigación con seres humanos debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.

36. Los investigadores, autores, auspiciadores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación y difusión de los resultados de su investigación. Los investigadores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Todas las partes deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

Intervenciones no probadas en la práctica clínica

37. Cuando en la atención de un enfermo las intervenciones probadas no existen u otras intervenciones conocidas han resultado ineficaces, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente o de un representante legal autorizado, puede permitirse usar intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Tales intervenciones deben ser investigadas posteriormente a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, puesta a disposición

del público.

© World Medical Association, Inc. - All Rights reserved.

© Asociación médica mundial - Todos los derechos reservados.

© L'Association Médicale Mondiale - Tous droits réservés.