



BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 23
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS

“CALIDAD DE VIDA Y CONOCIMIENTO DE LA OSTEOARTROSIS EN EL
ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR NUMERO 23 DE
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS”

TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL TITULO DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

TESISTA:
DRA. MARÍA TRINIDAD SALAS SANTIS
Médico Residente de Medicina Familiar.

ASESOR DE CONTENIDO
DRA. AMÉRICA FABIOLA BENÍTEZ RENDÓN.

AUTORIZACIONES

DR. PAUL CONSTANTINO
SANTIESTEBAN

Coordinador Auxiliar Médico De Educación En
Salud, OOAD CHIAPAS

DR. HECTOR ARMANDO
RINCÓN LEÓN

Coordinador Auxiliar Médico De investigación
En Salud, OOAD CHIAPAS

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS; FEBRERO 2024



**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 23
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS**



**“CALIDAD DE VIDA Y CONOCIMIENTO DE LA OSTEOARTROSIS EN EL
ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR NUMERO 23 DE
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS”**

**TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL TITULO DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

TESISTA:

DRA. MARIA TRINIDAD SALAS SANTIS
Médico Residente de Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar N° 23
Matrícula: 97070916 Teléfono: 961 57 90 882
Correo Electrónico: salasantismariatrinidad@gmail.com

ASESOR METODOLÓGICO Y DE CONTENIDO

DRA. AMÉRICA FABIOLA BENÍTEZ RENDÓN
Médico familiar
Unidad de Medicina Familiar N° 23
Matrícula: 98070705 Teléfono: 961 15 56 753
Correo Electrónico: drabenitez4@gmail.com

TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS, FEBRERO 2024

AGRADECIMIENTOS:

A Dios por darme la vida y por otorgarme la familia que tengo.

A la memoria de mi Padre Huberto Salas Trujillo, a quien le debo mis valores y principios.

A mi madre, María Mercedes Santis López, por apoyarme durante toda mi vida y darme ánimos para realizar mis proyectos.

A mi esposo Leonel González Hernández mi mejor amigo, por ser mi pilar durante todo mi camino. Gracias por creer en mí incluso cuando yo dudaba de mis propias capacidades. Tu amor y tu aliento me han impulsado a dar lo mejor de mí a cada paso. Te estaré eternamente agradecida.

A mis hijos Geovanny Fabrizio Díaz Salas y Emily Isabella González Salas, ustedes han sido mi mayor bendición en la vida, llenándola de amor, alegría y propósito. No puedo expresar con palabras lo agradecido que estoy por tenerlos a mi lado.

A mi asesora de tesis, Dra. América Fabiola Benítez Rendón, por el gran apoyo que me brindó, por sus consejos, conocimientos transmitidos, sus observaciones y su interés en que el proyecto saliera adelante y por la motivación que en mí provoco cada vez que acudía a solicitar sus consejos.

A mis compañeros de clases de este instituto, por su gran amistad y el formidable equipo de trabajo que juntos integramos para sacar numerosos proyectos y asignaciones. A mi guardia Dra. Verónica Isabel Peña Bautista y al Dr. Josué Iván Vázquez Hernández, por formar un gran equipo.

A todos ellos, mi más profundo agradecimiento.

INDICE

| | |
|---|----|
| Resumen----- | 5 |
| I.- Marco teórico----- | 6 |
| II.- Planteamiento del problema----- | 23 |
| III.- Justificación----- | 25 |
| IV .-Objetivos----- | 27 |
| V.-Hipótesis----- | 27 |
| VI.- Material y métodos----- | 28 |
| Tipo del estudio y diseño del estudio----- | 28 |
| Límites de tiempo y espacio del estudio----- | 28 |
| Universo----- | 29 |
| Muestra----- | 29 |
| Criterios de selección de la muestra----- | 30 |
| Características del instrumento----- | 31 |
| VII. -Recursos para el estudio----- | 31 |
| VII.- Operacionalización de variables y definición conceptual ----- | 32 |
| VIII.- Procedimiento----- | 43 |
| IX.- Consideraciones éticas----- | 44 |
| XI.- Cronograma de actividades----- | 51 |
| XII.- Resultados----- | 52 |
| XIII.- Discusión----- | 60 |
| XIV.- Conclusión----- | 62 |
| XV.-Recomendaciones----- | 63 |
| XVI.- Bibliografía----- | 64 |
| XVII.- Anexos----- | 67 |

Resumen:

Título: Calidad de vida y conocimiento de la osteoartrosis en el adulto mayor, en la Unidad médica familiar N°23 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Autores: María Trinidad Salas Santis UMF 23, América Fabiola Benitez Rendon UMF 23, Raquel Alfaro Pon UMF 23.

Introducción: En México, se considera una morbilidad afectando a más del 14% de la población predominando en mayores de 60 años.

Justificación: La osteoartrosis, enfermedad degenerativa que afecta la articulación, limitando las actividades de la vida diaria e impactando en la calidad de vida.

Objetivo: Determinar la calidad de vida y conocimiento de la osteoartrosis en el adulto mayor de 60 a 80 años de edad que acuden a la UMF N°23

Material y Métodos: Estudio descriptivo, cuantitativo y transversal. Muestra 347 pacientes de 60 a 80 años de edad, que acudieron a la consulta externa de la UMF 23, con diagnóstico de osteoartrosis, se aplicó la escala de FUMAT y APGAR familiar. Se empleó estadística descriptiva para el análisis estadístico, con medidas de dispersión para variables numéricas, las cualitativas se describieron con frecuencias simples y porcentajes. Se usó correlación de Pearson y Spearman.

Resultados: Se evidenció que 72% de los pacientes encuestados que si conocían su padecimiento tenía una mejor calidad de vida. Se demostró asociación entre calidad y funcionabilidad familiar con $P < 0.05$, calidad de vida y situación laboral $P < 0.05$, tipología y calidad de vida también tuvo asociación $P < 0.05$, tipo de ingreso y calidad de vida con $P < 0.05$, calidad de vida y nivel de estudios también tuvo asociación $P < 0.05$.

Conclusión: Existe relación entre conocimiento del diagnóstico médico y la calidad de vida de los pacientes que acuden a la consulta externa, factores sociodemográficos pueden influir en el pronóstico. Mantener funcionabilidad familiar normal influye positivamente en su calidad de vida.

Palabras Claves: Calidad de vida, Osteoartrosis, Adulto mayor, UMF 23/UMAA, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

I.- Marco Teórico:

El “American College of Rheumatology (ACR)” la define como un grupo de condiciones principalmente de signos y síntomas de predominio articular, que marcaran un defecto de la integridad de este marcado de márgenes articulares y el hueso subcondral. (1)

Mientras que la “OMS” la define como una enfermedad provocada por cambios mecánicos y biológicos. Provocada por cambios biológicos y/o mecánicos que se representa como afectación de la degradación de la síntesis del cartílago, la cual obtiene como resultado rigidez, dolor articular, así como inflamación y deformación de esta. (1)

La Osteoartrosis a la que también se le conoce como artrosis, es un padecimiento crónico degenerativo, el cual se caracteriza por el daño que se produce de una manera paulatina en el cartílago, que reviste la capa externa articular de las articulaciones como son las caderas, manos, columna vertebral, rodillas, tobillos y los hombros, estas inflamaciones se localizan en la capa de tejido conjuntivo, y también, el daño que se ocasiona en los meniscos, músculos, nervios y tendones la cual está vinculada con la articulación que se ve afectada, esto es por una regularización del anabolismo y degeneración de la matriz extracelular del cartílago. A través de procesos bioquímicos, el hueso y la membrana sinovial están controlados por muchos factores de crecimiento, incluido las citoquinas que trabajan juntas para regenerar el hueso y la destrucción de las articulaciones. (2)

La Osteoartritis es la enfermedad más frecuente de los padecimientos reumáticos crónicas. Se caracteriza por la existencia de dolor, la deformidad y la incapacidad funcional que se presentan en las articulaciones mayormente las que tienen una gran movilidad, así como las que soportan un mayor peso. Desde una perspectiva epidemiológico en donde las afecciones crónicas no transmisibles de la población mundial donde el envejecimiento es cada vez más creciente. La osteoartrosis se volvió un trastorno con un estado mórbido, por lo cual se debe considerar con oportunidad y eficiencia. (3)

El mejor desarrollo sobre la Osteoartrosis se ha demostrado en el conocer sobre la patología, la genética, el diagnóstico y el tratamiento, a principios de los años noventa del siglo pasado justamente el aumento de la prevalencia e incidencia a nivel mundial ha hecho que cada vez se generen mayores gastos e incapacidad por parte de la misma. (2)

Ahora bien, aunque algunas de las veces pueden ser tratado, la mayor parte es incapacitante y por efecto secundario afectando la calidad de vida del sujeto. Como se ha comentado anteriormente al tener una limitación funcional, es un motivo habitual de consulta médica, además de su tratamiento, por lo que es un desgastante en la calidad de vida. (3)

Clasificación

Osteoartrosis cuenta con dos clasificaciones Primaria (idiopática) y Secundaria. (4)

I. Idiopática “Primaria”

localizada

1. En manos: nodular (Heberden y Bouchard). Rizartrrosis (1ª. art. carpometacarpiana)
2. Hallux valgus
3. Rodilla (compartimiento externo, interno, fémoro-rotuliano)
4. Cadera (Excéntrica o superior, concéntrica (axial, interna) y difusa (coxae senilis)
5. Columna vertebral “articulaciones apofisiarias, discos, osteofitos, enfermedad de Forestier”.
6. En otras localizaciones como son: glenohumeral, acromioclavicular, sacroilíaca, témporo-mandibular.

II. Secundaria

- a. Traumáticos en agudos y crónicos.
- b. Congénitas o bien del desarrollo “Legg-Calvé-Pertes, luxación congénita de cadera”, factores mecánicos “varo-valgo, hiper movilidad, displasias óseas”.

- c. Metabólicas “ocronosis o alcaptonuria, hemocromatosis, enfermedad de Wilson, enfermedad de Gaucher”.
- d. Endócrinas “acromegalia, hiperparatiroidismo, diabetes mellitus, obesidad, hipotiroidismo”.
- e. Enfermedad por depósito de calcio “apatita y pirofosfato de calcio”
- f. Otras enfermedades óseas y articulares.

Epidemiología:

Según la OMS esta enfermedad en los países en desarrollo, el 80 % de la población tiene 65 años. se sabe que la enfermedad reumática es la más común en el mundo y la más frecuente en la población de edad avanzada, el 70 % de los mayores de 50 años experimenta la Osteoartrosis en las manos, en los pies un 40 %, en las rodillas un 10 % y un 3 % en caderas; esta es el origen que más se considera en el mundo de la deficiencia del aparato locomotor, incluye el 9,6 % de los hombres y el 18 % en las mujeres mayores de 60 años. A partir de los 65 años de edad la mitad de los pacientes mantienen manifestaciones en las radiografías de la Osteoartrosis; la presentación de esta se hace más intensa con el paso de los años: 25-35 años **0,1 %**. 35-65 años **30 %** y mayores de 80 años de **80-100 %**.(5)

Incidencia y prevalencia

La Osteoartrosis es considerada como una complicación en Salud Pública, ya que tiene una alta incidencia y prevalencia. Se estima que alrededor de un 15% de toda población alrededor del mundo mayor a los 60 años la padece. Incluso se estima que se encuentra dentro de las enfermedades osteo degenerativas más frecuentes de 10 a 12 veces se presenta con mayor frecuencia que la “artritis reumatoide”.

La prevalencia se considera de acuerdo a la exactitud de los criterios o los procedimientos que se han utilizado para su diagnóstico. Se considera que 40% de los estudios realizados en las autopsias revelan signos histológicos de osteoartrosis y tan solo el 10% presentaron dolor en las rodillas. (2)

La prevalencia de la osteoartrosis en mujeres en comparación con hombres está relacionada con la presencia de la menopausia. La osteoartrosis de las articulaciones en manos y cadera es más común en mujeres después de los 50 años. Esta relación se puede observar por bajos niveles de estrógeno y las imágenes radiológicas de la enfermedad de las rodillas en mujeres posmenopáusicas. (2)

Nacional:

La encuesta nacional de salud (ENSA II) en México 1988 registró con una morbilidad del 14% siendo esta la segunda causa en personas de 60 años o más, teniendo mayor presentación y afectación en el área de la cadera es de 88/100,000 personas al año, la de la rodilla 24/100,000 personas por año. La incidencia de osteoartrosis de rodillas en el 1% es del sexo femenino a la edad dentro los 70 a 89 años. (3)

Etiopatogenia:

En la osteoartritis la presentación clínica comprende con endurecimiento, leve dolor e inflamación de la articulación así como incremento de la temperatura en la articulación. El dolor que se encuentra en la osteoartritis inicia pausadamente y se puede complicar en los años siguientes. Este dolor se ha documentado que se presenta de manera en severidad, y puede ser mayor durante o después del ejercicio. La mayoría comentan que el dolor más incómodo de este padecimiento se presenta durante la mañana después de haber estado en reposo las articulaciones algunos otros comentan que es al final del día el momento más doloroso. La edematización ocurre cuando el tejido sinovial se vuelve más irritable y los espolones óseos generalmente se encuentran edematizados en las articulaciones por lo cual crepitan esto ocurre con la fricción de dos articulaciones. En los dedos la característica de la osteoartrosis son los nódulos. (7)

A lo largo de muchos años de investigación científica aún no se ha logrado identificar un origen único para el progreso de la Osteoartrosis. La recapitulación del tema es que es una enfermedad que tiene muchos factores de los cuales se distinguen la edad, la predisposición genética, el aumento de peso, las lesiones, y el sexo. Ya sea cualquier

forma de presentación, la propiedad por la que se distingue, es la degeneración escalada de la articulación, siendo un padecimiento del cartílago y el condrocito.(3)

El cartílago en las primeras fases de la Osteoartrosis, es ligeramente más grueso de lo esperado, en cambio, más adelante, se puede evidenciar el descenso del grosor y la consistencia de la misma articulación. (7). En el transcurso de que la Osteoartrosis avanza, el cartílago se expone a fracturas perpendiculares a la superficie, lo cual hace que disminuya la síntesis del colágeno y los proteoglicanos, luego entonces los condrocitos se aglomeran en lagunas y por último se realiza la muerte celular programada (condroptosis). (9)

Los lisosomas 121y 189 se incluyen en la patogénesis del Osteoartrosis por medio de la formación de osteocitos y el crecimiento endotelial vascular por medio de la actividad angiogénica. (10)

Factores predisponentes:

El factor de riesgo más importante para Osteoartrosis, es la obesidad, por la afectación en la articulación por el soporte de pesos en las diferentes articulaciones. (11)

Para la Osteoartrosis los factores de riesgo más importantes son:

Edad, Actividad física para todas las articulaciones,

Densidad ósea para las articulaciones de la cadera y manos,

- Para la rodilla interfiere alineación articular (**genu varo o valgo, pie plano**) y la fuerza del cuádriceps crural.
- En la cadera anomalías congénitas como son la displasia acetabular, luxación congénita y lesiones previas
- Manos ocupación, fuera y predisposición genética.

La vulnerabilidad de sufrir Osteoartrosis está fuertemente ligado con la edad y es fomentado por obesidad, Las mujeres son más propensas a tener Osteoartrosis de manos y rodillas

Se presentan en personas propensas a la enfermedad y en las que esta se desarrolla debido al peso de las diferentes maquinas en algunas partes de la articulación.

Existen circunstancias que pueden desarrollar la osteoartrosis, por ejemplo: el aumento del peso, que se encuentre daño en la articulación, la ocupación, el tipo de actividad física y debilidad muscular. Otros factores de exposición leve que no se relacionan directamente con la enfermedad, pero si pudieran intensificar la condición son la menopausia precoz, post Ooforectomía, diabetes mellitus e hipertensión.

Se encuentran otras clasificaciones a las que se le denominan riesgos negativos para la osteoartrosis. Estas son situaciones que van determinando el bajo pronóstico del restablecimiento del paciente, como es cuando se juntan dos elementos presentes como el tabaquismo y la osteoporosis.

Se presentan en personas que tienen una tendencia a la enfermedad y los que se generen por el sobrepeso mecánico anormal, en un lugar particular de la articulación.

Dentro de los factores de riesgos primarios que más se distinguen, son: la edad, historia familiar(genética), el sexo (mujer), estatus hormonal (mujeres), étnicos (asiáticos y caucásicos).

Los factores secundarios para el desarrollo de la osteoartrosis son el uso excesivo, el daño articular, el trabajo la actividad física y la debilidad muscular. Otros factores simples que no están relacionados con la enfermedad pero que pueden complicarla incluyen la menopausia precoz, la posooferectomía, la diabetes y la hipertensión.

Se encuentran otras clasificaciones que se le denominan riesgos negativos para la osteoartrosis. Estas son situaciones que aumentan el bajo pronóstico del restablecimiento del paciente, como cuando se juntan dos elementos presentes como el tabaquismo y la osteoporosis. (13)

Manifestaciones clínicas:

Las manifestaciones clínicas que desencadenan dependiendo de la severidad de la patología o de la importancia de los factores que predisponen. El principio es insidioso y se desarrolla de forma lenta, esto en el transcurso de los años, esto depende de la lesión y de las articulaciones que se encuentran comprometidas. (14)

- **Dolor:**

En un principio se detecta como un malestar que va aumentando, con el más mínimo movimiento de la articulación, puede ir incrementando según como la enfermedad vaya avanzando. En otras palabras esta sintomatología se intensifica con la actividad física y se disminuye con la inactividad; y cuando el desgaste se encuentra en la cadera o se presenta dolor en la rodilla al caminar varios metros. El dolor llega a incrementarse tanto que continúa durante el descanso. Por las noches el dolor puede incrementar y levantar al sujeto generalmente esto se presenta cuando se acuesta en cualquiera de los lados y la osteoartritis de rodilla se vincula con la bursitis.

- **Incapacidad funcional y rigidez de la articulación:**

La Osteoartritis desencadenada después del reposo prolongado (más visible al iniciar los movimientos de las articulaciones la rigidez) esto puede durar unos segundos hasta al menos 15 minutos. En caso de que pueda llegar a presentarse más de una hora se puede tomar como diagnóstico de sospecha de artritis reumatoide o alguna enfermedad reumática funcional,

Se divide en cuatro secciones la incapacidad funcional:

Grado I. Realiza actividades diarias sin problema

Grado II. Realiza actividad diaria con dolor y cierta limitación

Grado III. Hay dolor, incapacidad funcional parcial y amerita de ayuda mecánica

Grado IV. El paciente está confinado a silla de ruedas.

Este dolor que se presenta en la articulación, al ser de forma crónica, y en conjunto con la restricción de ciertos movimientos y el deterioro de la capacidad funcional que se

presenta se ha relacionado con la depresión y el insomnio, dando como resultado, una disminución en la calidad de vida del enfermo.

Laboratorio:

En la presencia de Osteoartrosis, se realizan estudios de laboratorio que se presentan generalmente como resultados negativos: la citología hemática no indica modificaciones si no se encuentra otra enfermedad en la que se pueda asociar. La velocidad de sedimentación y la PCR se detectan en parámetros normales; en realidad, todo esto es una condición para poder catalogar a la Osteoartrosis. El tener el factor reumatoide de manera negativa, es otro factor. Al encontrar el líquido sinovial sin una característica inflamatoria y la fasciase encuentra normal; podemos decir que aunque el diagnóstico no muestra problemas o dificultades, la punción articular se debe impedir esto con el fin de poder reducir la posible exposición de infecciones secundaria que se puedan presentar. En caso que si se llegara a realizar la punción articular, se debe hacer el estudio cito químico, de forma obligatoria, al igual que realizar investigación y observación de cristales y de llegar hacer de manera necesaria realizar el cultivo del líquido con el fin de poder excluir la artritis séptica.

Imagenología:

En los estudios radiográficos simples nos ayudan para poder respaldar el diagnóstico para poder comprender el nivel de la degeneración articular. Esto es que en las radiografías simples de las manos se solicitan en dos posiciones una es la posteroanterior y la radiografía oblicua; la radiografía de los codos se deben pedir en posición anteroposterior y en posición lateral flexionando el codo; así como las radiografías de cadera y rodillas se comenta que debe ser tomada de pie; se debe de pedir la proyección básica anteroposterior de la pelvis ósea así como la proyección anteroposterior con abducción del miembro pélvico y anteroposterior. En las proyecciones de la rodilla encontramos que la proyección básica es Anteroposterior. Las imágenes por radiografía de columna cervical se solicitan en proyección anteroposterior, lateral y oblicuas derecha e izquierda; las radiografías de la

columnalumbiar en anteroposterior y lateral. Entonces los resultados radiológicos que se presentan frecuentemente en la osteoartrosis son: la degeneración articular y anormal del espacio, esclerosis, quistes subcondrales y formación de osteofitos. Esto no significa que todo el tiempo se encuentra una relación entre los síntomas que puede presentar el paciente y la proporción de los descubrimientos en las imágenes radiológicas; algunas veces la presencia del dolor puede llegar a ser incapacitante y las alteraciones visibles en las radiografías de Osteoartrosis se encuentran menores y al opuesto, las alteraciones radiográficas son grado cuatro y los síntomas que se presentan son mínimos. Las modificaciones en la presión barométrica (antes de empezar a llover) se intensifican los síntomas en las articulaciones afectadas.

Criterios para definición de osteoartritis

El Dolor articular que se presenta en el paciente, así como la rigidez menor de 15 minutos en la mayoría de los días y meses previos parte de los días en meses previos, así como disminución del espacio articular. (15)

Valoración clínica

Está justificada dos variables en este caso el dolor y la función. La cual es evaluada por medio de la enfermedad de Likert. Esta escala funcional se evalúa del primero al cuarto como se expuso anticipadamente. Las escalas son bastante competentes para una valoración clínica general. Existen otros métodos de valoración (WOMAC) las cuales se emplean especialmente en planes de estudio. (2)

- Rodillas: la enfermedad se desarrolla de forma lenta y con el tiempo el dolor va aumentando. Actualmente existen muchas opciones de tratamiento que ayudan a controlar el dolor y poder mantenerlos activos y tratar de llevar una vida satisfactoria, aunque no existe cura. El cual protege y da la forma del hueso articulares de la rodilla, esta se puede flexionar y enderezar sin dificultad. Existen dos meniscos (cartílagos) que tienen una forma de C que estos actúan como amortiguadores en la rodilla con el paso del tiempo la osteoartrosis desgasta estos cartílagos por lo que se desgasta y se deteriora la articulación, provocando que cuando el paciente se moviliza sienta dolor ya

que la articulación no se encuentra protegida por este cartílago, los cuales se deterioran por el proceso de fricción de hueso con hueso, y ayuda a la pérdida del cartílago, los huesos estropeados comienzan a crecer en forma de espolones, provocando dolor y rigidez y este sea el síntoma más frecuente que se presenta. Estos síntomas se pueden agudizar por las mañanas o por un periodo largo de inactividad, haciendo que se obstaculice el caminar y lo pueda limitar en llevar a cabo algunas actividades que se necesite el uso de las rodillas, como, por ejemplo, el permanecer de pie un periodo largo de tiempo, o una distancia larga, el poder levantar y trasladar objetos. (Academia de Ortopeda Americano, 2014).

- Cadera: Enfermedad más frecuente de la osteoartrosis. La articulación está formada por la cabeza del fémur y una cavidad en la pelvis. Esta articulación se mueve gracias a un tejido blando, llamada cartílago articular, la cual cubre, protege y amortigua el contacto de los huesos de la cadera. La osteoartrosis degenera esta articulación provocando que el paciente cojee cuándo deja caer todo el peso de cuerpo en la pierna afectada. Otro síntoma es sentir rigidez en la cadera y tener dificultad al moverse. Al igual que el dolor de la rodilla esta se agudiza más en el transcurso de la mañana y un periodo largo de inactividad. La dificultad al caminar, al levantarse y mantenerse sentado por mucho tiempo, son los síntomas frecuentes que refieren los pacientes. (Academia de Ortopeda Americano 2014).

- Manos y muñeca: la Fundación de Artritis (2014) de las manifestaciones más frecuentes es la formación de nódulos en las articulaciones de los dedos, se manifiestan en las articulaciones distales de los dedos a lo que se conoce como nódulos de Heberden, y los que se presentan en las articulaciones medias se llaman nódulos de Bouchard. Ya sea uno o el otro estas lesiones se presentan sin un signo previo. En más frecuente en mujeres entre los cuarenta y sesenta años de edad. Por lo regular suceden en familias, lo que apunta a una inclinación hereditaria. Los pacientes refieren presentar eritema, inflamación, dolor y sensibilidad en las articulaciones afectadas. Aparecen en un dedo primero y posteriormente a los otros. En las yemas de los dedos se puede sentir hormigueo y adormecimiento, y con la presencia de los

nódulos son más lentos los movimientos, pero esto no impide que puedan usar sus manos.

Tratamiento

Controlar el dolor es una de las prioridades. Las formas de procedimientos conservadores de la enfermedad de la Osteoartrosis, hace que su avance sea inevitable. De alguna manera el tratamiento de la Osteoartrosis tiene cierta efectividad que se presenta en tres momentos: cuando se pueden aplicar las formas preventivas, las medidas higiénico-dietéticas, y las cirugías que se puedan corregir o que son de última instancia. (2)

Los medicamentos paliativos y los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) dan un alivio temporal de la inflamación y el dolor, pero no previenen que el daño empeore en las articulaciones. Por lo que no cambia la historia natural de la enfermedad.

Los medicamentos tradicionales que se encuentran en los artículos y libros de texto comentan una especial importancia en el acetaminofén, así como los AINES de aplicación tópica. La idea principal del tratamiento es disminuir el dolor, tener mejor función, y prevenir un daño más grande en la articulación

En la actualidad conocemos que es un padecimiento de forma degenerativa y que conforme avanza la enfermedad se anexa la inflamación esto mayormente en los márgenes de la membrana sinovial, en ciertos enfermos con Osteoartrosis puede causar tanta inflamación como se puede observar en la Artritis reumatoide. (16)

Ejercicio

Esta debe ser basada en forma de un procedimiento que sea independiente a la edad y sobre todo conocer la gravedad de la osteoartrosis, el dolor y la disminución de la función que pueda existir. Los cambios en el estilo de vida, como el ejercicio puede ayudar a disminuir el dolor, aliviar la rigidez, y aumentar la fortaleza muscular y ósea. Deberá ser el más adecuado y efectivo, con un programa de ejercicios personalizados, que deben incluir:

- Actividad aeróbica de bajo impacto (también llamado ejercicios de resistencia). Se refiere a que una actividad que no tiene demasiada presión en el cuerpo, ya que a mayor edad el cuerpo es menos flexible y por lo mismo los músculos y huesos pueden lesionarse. Como ejemplo: caminar, ciclismo, aeróbicos y natación (17)
- Ejercicios para fortalecer el tono muscular incrementa la masa muscular, haciéndolo más resistente para que el paciente pueda realizar por sí mismo actividades diarias. Además ayuda a controlar el peso, los niveles de glucosa en sangre.
- Ejercicios para la flexibilidad. En el movimiento articular, es decir permite que el músculo la articulación se mueva. El paciente debe estar relajado extremidades, con un tiempo de 20 30 segundos y de esa manera repetirlo de tres a cinco veces.

Las articulaciones se encuentran mas estables en especial a las rodillas son los músculos. Por lo que el tener un buenas dinamicas de ejercicio debe incluir el fortalecimiento de los músculos periarticulares. (17)

Pérdida de peso

Se ha documentado en diversos articulos publicados que uno de los factores que influye como factor de riesgo para el desarrollo de la Osteoartrosis es la obesidad. Al disminuir de peso y al realizar ejercicio, han ayudado al alivio del dolor y de la incapacidad en personas con Osteoartrosis de las rodillas.

Algunos investigadores continúan estudiando con gran interés sobre este tema ya que posiblemente puedes tener un papel muy importante sobre ella, por lo mismo recomiendan lograr:

- A. Mantener un peso ideal.
- B. Comer variados alimentos.

- C. Consumir vegetales, frutas y cereales en abundancia.
- D. Disminuir el consumo de sal, grasa y alcohol.
- E. Aumentar la ingesta de Omega 3.
- F. Dietas con mayor cantidad de Vitaminas D,C y calcio.

Aparatos ortopédicos

El tratamiento orto protésico: Ha ayudado a corregir las articulaciones afectadas al igual que al cambiar de uno de los miembros deficientes o ausentes.

El remplazo parcial o total de las articulaciones dañadas por alguna articulación de hombro, codo, caderas, rodillas, tobillos. El empleo de una prótesis para Lab es imprescindible para pacientes en los que se han encontrado un gran deterioro en las rodillas y la cadera.

La artrodesis es el último recurso que utiliza el cirujano para ayudar a la función de los huesos. (2)

Medicamentos

Los cambios de hábitos y el estilo de vida se pueden recomendar antes de dar algunos medicamentos.

Cada uno de los medicamentos tienen ciertas contraindicaciones y en algunos más que otros. Todo tratamiento que lleve un fármaco debe ser vigilado el médico, el personal que está su cuidado. Dentro de alguno de los medicamentos más recomendados están los que más fácil son de adquirir.

- Paracetamol (Tylenol) por lo general es el primer fármaco que se prescribe. Una tableta cada 6 horas. Se debe tener cuidado en la administración ya que el paciente no puede aumentar la dosis recomendada ni combinarlo con altas cantidades de alcohol, ya que puede provocar lesión hepática.

- Ácido acetilsalicílico (aspirina), el naproxeno o el ibuprofeno, antiinflamatorios no esteroideos (AINES) logran que disminuya el dolor que ocasiona la artritis. No obstante, existen muchos posibles peligros, sobre todo si se utilizan por periodos largos. Dentro de estos efectos secundarios se encuentra el ataque cardiaco, accidente cerebrovascular, úlceras estomacales, daño renal y sangrado del tubo digestivo.

Los fármacos que si necesitan prescripción médica son los siguientes, y estos deben ser administrados bajo vigilancia médica, según la recomendación de la Sociedad Reumatológica (2003):

- Los fármacos que se utilizan para el tratamiento de la artritis auto inmunitaria son: Enbrel, Humira, Remicade, Orenzia, Simponi, Cimzia, Rituxan y Actemra. Estos biológicos ayudan a mejorar la calidad de vida de un buen número de pacientes. No obstante, también pueden poseer efectos secundarios graves. Como parte de estos se encuentran: Tuberculosis, bacterias u hongos que se pueden esparcir por todo el cuerpo, se ha documentado muertes de algunos pacientes debido a estos factores, en pacientes portadores de hepatitis B que han cursado con alguna infección, reacciones alérgicas, alteraciones en el sistema nervioso, sanguíneos, hepáticos, entre otros. En cuestión a los tratamientos biológicos existe el TNF (factor de necrosis tumoral) que ocasiona edema, por qué estos bloquean y afectan al sistema inmunitario incluido Humira (adalimumab). Secundario a esto los pacientes pueden tener disminución en la capacidad de combatir infecciones. Existen diversos de biológicos, pero no quiere decir que todos son aptos para su consumo. Es por eso que el paciente debe estar en constante comunicación con su reumatólogo y él le pueda indicar el idóneo.
- Corticos “esteroides” estos ayudan a disminuir la inflamación. Su presentación y su administración puede ser de forma oral o bien se pueden aplicar en la articulación donde se presenta el dolor.
- El metotrexato, penicilamina, sales de oro, hidroxicloroquina y sulfasalazina, son fármacos antirreumáticos que modifican la enfermedad y se utiliza para tratar la artritis autoinmunitaria.

- La azatioprina o ciclofosfamida, son inmunosupresores que se manejan en caso de rechazo en tratamientos previos. (18)

Medidas no farmacológicas:

- Fisioterapia. Calor o hielo. El aplicar calor local se usa como método no farmacológico, demostrando que al aplicar calor local un día sí y otro no, reduce el dolor y la incapacidad en los pacientes con osteoartrosis de rodilla.
- Hidroterapia. Utilizado desde la antigüedad. Se realiza en el agua, ayudando a fortalecer y relajar el músculo esto por las propiedades que contiene el agua. El flotar mejora a sostener el peso del cuerpo y relajar las articulaciones, ayuda a aliviar la tensión. Ya sea sumergiéndose en una bañera o tina de agua templada. (21)
- Dormir de ocho a diez horas todas las noches y así como realizar pequeñas siestas durante el día mejora y se recupera más rápidamente el paciente.
- Tratar de no permanecer en una misma posición por un largo tiempo.
- Evitar de no realizar movimientos o ciertas posiciones donde se pueda ver afectada la articulación.
- Facilitar la estancia en el hogar, modificando el lugar donde bañarse, acomodar un cuarto en el piso de abajo, que tenga bañera y barandales.
- Hacer actividades que puedan mejorar su estado de ánimo y disminuir el estrés.
- Tener una alimentación saludable que incluya verduras, frutas que contengan vitaminas y minerales en especial vitamina E.
- Alimentación a base de omega -3, en el caso de pescado, linaza, semillas de soya
- Evitar que el paciente suba de peso. Ya que esta sobrecarga puede afectar mas la articulación.

Cirugía, esta se lleva a cabo cuando a pesar de dar tratamiento farmacológico no ha dado resultado.

- Reemplazo total y parcial de rodilla
- Reemplazo de cadera.
- Artroplastia para reconstruir la rodilla.
- Cambio de alineación del hueso para mejorar y disminuir la tensión en el hueso o la articulación (osteotomía)
- Artroscopia, se hacen 2 a 3 cortes pequeños alrededor de la rodilla. Se bombea agua salada (solución salina) en su interior y así recortar y cambiar el cartílago que se lesionó o se rompió. (19)

Concepto de calidad de vida

Desde tiempos remotos el interés por la calidad de vida siempre ha existido. A pesar de ello el surgimiento de la idea como tal y la preocupación por la apreciación sistemática y científica del mismo es respectivamente reciente. Esta idea inicia extendiéndose en los años sesenta hasta ser el día de hoy un concepto aprovechado en diferentes ámbitos.

En los años 50 y 60, el aumento en la atención por comprender el bienestar humano y la inquietud del resultado de la industrialización de la sociedad se tuvo la necesidad de manifestarse y de interpretar esta existencia por medio de datos objetivos, y de las Ciencias Sociales y es cuando comienza el avance de los indicadores sociales estadísticos, la cual permite acceder, medir datos y acontecimientos unidos al bienestar social de una comunidad. (20)

La mejora del crecimiento de los indicadores sociales entre los años 70 e inicios de los 80, incremento el desarrollo de diferenciación entre estos y la Calidad de Vida. Esta definición comienza a distinguirse como un concepto integral que reúne todas las áreas

de la vida (carácter multidimensional) donde se relaciona las condiciones objetivas y los componentes subjetivos. La introducción de la palabra en la primera revista monográfica de EE UU, "social Indicators Research", en 1974 y en "Sociological Abstracts" en 1979, ayudo a su expansión teórica y metodológica, transformándose en la década de los 80, la cual el aumento fue concluyente en la investigación en torno al término. Han pasado más de 20 años y aún sigue existiendo esa carencia de aprobación entorno a la definición del constructor y su evaluación. Felce y Perry en 1995 descubrieron varios modelos conceptuales sobre Calidad de Vida. De los tres conceptos que ya se habían propuesto por Borthwick-Duffy en 1992, sumaron una cuarta, de acuerdo con estas (21)

La apreciación de la idea crea una posición similar. Para Dennis, Williams, Giangreco, & Cloninger en 1993, la visión de investigación de estos conceptos es diversos, pero podrían incluirse en dos tipos: Enfoques cuantitativos, el cual intención era introducir la Calidad de Vida. Para esto se ha estudiado diversos indicadores:

- Sociales: se denominan como las situaciones externas unidas en el marco de la salud, el estándar de vida, el bienestar social, la educación, la seguridad pública, la vivienda, el lugar donde vive, etc.
- Psicológicos: estas cuantifican las respuestas subjetivas de la persona a la ausencia o presencia de diversas experiencias de vida.
- Ecológicos: evalúa la transición entre los recursos del sujeto y lo que se encuentra en el ambiente. (22).

II.- Planteamiento del problema:

La osteoartritis es un tema que hoy en día causa mayor preocupación generando problemas en la salud ya que afecta directamente con el estilo de vida del paciente. En la percepción que refiere el adulto mayor, con respecto al medio que le rodea, las condiciones que lo genera, es decir el impacto que conlleva esta enfermedad y sus limitantes.

En las últimas décadas se ha venido evaluando la Calidad de Vida y conocimiento de la enfermedad del adulto mayor con Osteoartritis, como una degeneración que afecta el cartílago, al hueso y a los tejidos blandos de las articulaciones lo que produce dificultad para poder resolver problemas de su vida diaria que a su vez restringe su funcionalidad y libertad al sufrir un desgaste psicológico, porque la tarea más fácil o habitual puede llegar a ser un gran desafío debido a las limitaciones que causa esta patología.

Es el propósito de este estudio es encontrar las causas que degeneran la Calidad de Vida y no tener un conocimiento sobre la enfermedad. Es de importancia poder incluir la enfermedad y características que afectan y limitan la libertad al deteriorar el estado de ánimo del individuo. Se enfatiza la importancia de conocer la percepción del individuo con el fin de poder identificar el estado psicológico que tiene, así como los factores que pueden estar determinando la valoración y el bienestar de los pacientes afectados con la Osteoartritis. Se toma en cuenta que cualquier tema que sea relacionado, debe tener un gran impacto, ya que reconoce el efecto del tiempo y la fuerza que condiciona el estilo de vida. Por lo cual esto es motivo de consulta médica frecuente debido a los inconvenientes que influyen para poder desempeñar hoy en día su vida diaria.

Es común escuchar a los pacientes hablar de sus problemas de limitación que tienen del agotamiento físico y emocional que tienen y los factores que llevan a considerar que la Calidad de Vida es limitante por los procesos que provocando así que el paciente busque ayuda y pueda permitirle una mejor funcionalidad en su vida diaria, por ello se toman acciones reconociendo la problemática para poder otorgar mejores condiciones

de vida para poder estudiar las consecuencias que lleva una inapropiada Calidad de Vida, ya que partir de este punto se ha examinado la problemática por parte del paciente.

Ahora se hace imprescindible tomar acciones concluyentes para así mejorar la causa que lo aqueja, es necesario conocer la situación actual, poder revisar y examinar las acciones que han dado un mejor resultado para poder realizar los programas que ya se encuentran establecidos o bien poder crear nuevos que puedan ayudar a mejorar las situaciones difíciles que estén presentando.

Con este estudio se dará a conocer cuál es la dificultad o limitación que se presenta más en la consulta, y poder de esta manera resolver los conflictos e incomodidades que tiene en su vida familiar. Poder dar un seguimiento y realizar si se llegara a presentar el caso, nuevos programas que puedan ayudar para las complicaciones que se estén presentando en este ciclo de la vida, además de poder comprender nuevas problemáticas en las que se pueda corregir y tomar mejores acciones para la mejoría del individuo.

Por tanto, se realiza la siguiente cuestión de investigación

¿Cuál es la Calidad de Vida y conocimiento de la osteoartrosis en el adulto mayor en la Unidad médica familiar número 23 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas?

III.- Justificación:

La osteoartrosis es una de las enfermedades articulares que se presenta mayormente en el adulto mayor caracterizado por un dolor mecánico que a su vez presenta una rigidez que degenera la función de la articulación paulatinamente, además de causar dolores crónicos, disminuye la calidad de vida en el adulto mayor, ya que es incapaz de poder satisfacer sus propias necesidades ya sea individuales y colectivas. Se comprobó que la edad es un elemento de mayor riesgo para desarrollar este tipo de enfermedad, además de que hay otros elementos que juegan un papel importante para el aumento progresivo de la Osteoartrosis, tales como es ser del sexo femenino, la obesidad y los repetitivos golpes pequeños que puede suscitarse en el desarrollo de alguna actividad física. Además de que está demostrado que causa una degeneración en las articulaciones donde apoyamos más peso, entre ellas está la cadera, la rodilla y en menor frecuencia la columna vertebral y articulaciones pequeñas de los miembros. Este mismo hecho ha repercutido en el bienestar, la convivencia entre sus familiares y su estado de ánimo, al igual que la calidad de vida ya que es relativo y evidente que hay muchas condicionantes que influyen en este aspecto, como lo es lo social, cultural, físicos, médicos, etc.. Estos elementos pueden alterar su propio valor del paciente, como en esta etapa el individuo se da cuenta que no solo es el envejecimiento por edad, sino también de su propia función. Debido a todo esto, estas afectaciones pueden variar desde solo el dolor hasta la limitación e imposibilidad para que el paciente pueda realizar sus actividades de costumbre, ya que influye en su calidad de vida de igual manera a su salud y esto también afecta los otros roles como es lo económico, lo familiar y lo social. Es por eso que se motiva para la realización de este estudio, para que el adulto mayor pueda conocer que tanto afectara su calidad física, funcional, su estado emocional y su propio bienestar. Hay estudios de la Calidad de vida que nos orientan y apoyan a valorar este problema, siendo que Karnofsky en 1948 fue uno de los percursores con la creación de una medida llamada *status de desempeño* con esto se cambiaron los procedimientos convencionales para poder valorar el pronóstico de enfermos terminales. Tiempo después Katz en 1963 creó el índice de independencia para las actividades de la vida diaria (AVD). Y no fue hasta en 1964 que el presidente norteamericano Lyndon B. Johnson, denominó abiertamente lo

que hoy llamamos Calidad de Vida, que al principio fue un estudio más enfocado en lo económico.

Hay diferentes criterios que nos llevan a ayudar a mejorar su condición de vida. Se conoce como “el equilibrio entre los estados de bienestar y malestar”. Es ver al individuo conforme a su vida, en el ámbito en el que se desarrolla, en referencia con sus expectativas de vida, sus preocupaciones y los objetivos que tiene.

Aun cuando existen múltiples definiciones, no se sabe si la Calidad de Vida debe considerarse solo mediante indicadores subjetivos u objetivos, por lo que esto ha sido motivo de controversia en muchos estudios sobre este tema. La UNESCO denomina el término Calidad de Vida como un indicador de satisfacción de las necesidades de la persona, en relación con la cultura y el entorno natural de una sociedad. Es otras palabras, es un tipo de combinación que no forma parte de las necesidades humanas.

Especialistas conocedoras de este tema coinciden que no hay un instrumento único e ideal para poder evaluar todos los puntos que se refiere a calidad de vida. Este impacto nos lleva más allá de la propia enfermedad pues se debe afrontar con un problema de la vejez, y tener como meta principal valorar el bienestar de los pacientes con el problema de Osteoartrosis. Y se considera que ya sea cualquier investigación que nos lleve a este tema nos permita ayudar el efecto del tiempo y la fuerza con las circunstancias específicas de la vida familiar o personal, ayudando a orientar estas situaciones y poder generar proyectos de prevención.

IV.- Objetivo general:

Determinar la calidad de vida y conocimiento de la osteoartrosis en el adulto mayor de 60 a 80 años de edad en la Unidad Médica Familiar número 23, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Objetivos específicos:

- Identificar las variables socioeconómicas de la población en estudio.
- Identificar la prevalencia de la osteoartrosis en sus diferentes tipos en el adulto mayor, de la Unidad Médica Familiar número 23, Tuxtla Gutiérrez Chiapas.
- Identificar la relación entre osteoartrosis y calidad de vida en la población de estudio con la escala Fumat y APGAR de funcionalidad familiar.
- Establecer la relación que existe entre el grado de autonomía, calidad de vida, y tipo de osteoartritis.
- Determinar la relación entre convivencia (con quien vive), y calidad de vida del adulto mayor con osteoartrosis.

V.- Hipótesis general:

- Existe asociación entre la calidad de vida negativo y el conocimiento de la osteoartrosis en el adulto mayor en la Unidad Médica Familiar número 23, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Hipótesis específicas:

- Existe relación directa entre las variables socioeconómicas de la población en estudio (ingreso, educación, ocupación)

- Existe relación entre la prevalencia de la osteoartrosis, en sus diferentes tipos en el adulto mayor en la Unidad Médica Familiar número 23, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Existe relación directa entre osteoartrosis y calidad de vida percibido por el adulto mayor.
- La relación que existe con el grado de autonomía está condicionada por la calidad de vida y tipo de osteoartrosis.
- El estilo de vida con la relación a la convivencia (con quien vive) es negativo con la calidad de vida del adulto mayor con osteoartrosis.

V.- Material y métodos:

Tipo de estudio

Estudio de tipo observacional, transversal cuantitativo-descriptivo,

Diseño de estudio

Es un estudio observacional, transversal cuantitativo-descriptivo, el cual busca evaluar la calidad de vida de los pacientes con el diagnóstico de osteoartrosis.

Población De Estudio: Pacientes de la consulta externa de medicina familiar adscritos a la unidad de medicina familiar no. 23 en Tuxtla Gutiérrez Chiapas.

Lugar De Estudio: Unidad De Medicina Familiar no. 23 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Periodo del estudio:

“Periodo 01 de marzo de 2021 al 01 de Julio de 2022”.

Tamaño de Muestra: Probabilístico por conveniencia.

Método: Síntesis de la observación.

Técnica: Encuesta.

Universo de estudio

En la UMF N°23, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, se examinó de forma ambulatoria a pacientes adultos mayores que tenían la edad establecida por la OMS. Contamos con un Universo de 3600 pacientes en control registrados.

Tipo de muestreo

Muestreo probabilístico aleatorio simple.

Cálculo del tamaño de muestra

Se calculó a partir del censo de la UMF N°23 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, quienes acudieron a su cita de control en consulta externa. Se utilizó la siguiente fórmula para población finita, con un nivel de confianza del 95% para Z.

Del universo de 3600 pacientes se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 p \cdot q \cdot N}{N \alpha^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde

N= Universo,

α = error de estimación (0.05),

n= tamaño de la muestra,

Z = nivel de confianza para un 95% (intervalo de confianza) vale = 1.96

P= probabilidad de éxito (0.5),

q= probabilidad de fracaso (0.5).

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (3600)}{(3600) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5)(0.5)} = \frac{(3.8416) (0.25) (3600)}{(3600)(0.0025)+(3.8416)(0.25)}$$

$$= \frac{3457.44}{9.00+0.9604} = \frac{3457.44}{9.9604} = 347$$

Se tiene una muestra de 347 pacientes, con una confianza de 95 % y con una precisión de 95 %.

Para el análisis de datos se utilizó la base de datos del programa estadístico SPSS versión española 22.

Tamaño de muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra se empleó la Formula $N = \frac{Z^2 p \cdot q}{M N \alpha^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$

Dónde N= Universo, α = error de estimación (0.05), n= tamaño de la muestra, Z= nivel de confianza para un 95% (intervalo de confianza) vale= 1.96, P= probabilidad de éxito (0.5), q= probabilidad de fracaso (0.5).

Por lo anterior, podemos determinar qué la muestra será de 347 pacientes.

Criterios de inclusión

1. Usuarios de los consultorios de la Unidad Médica Familiar número 23 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
2. Pacientes que se encuentren con el diagnostico de osteoartrosis en cualquier grado de afectación y que acudan a control.
3. Pacientes sin ninguna alteración de conciencia y capaces de comunicarse en español.
4. Aceptación voluntaria de querer participar en el estudio luego de haber sido informados verbalmente de las características y objetivos de éste.
5. Pacientes mayores de 60 años que acepten la realización del estudio.

Criterios de Exclusión

1. Usuarios que acuden a control que ignoren leer y escribir.
2. Pacientes que acuden a control incapaces de comunicarse en español.
3. Usuarios No derechohabientes que acudan a consulta de control en la Unidad Médica Familiar número 23, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
4. Usuarios que no tengan el diagnostico de Osteoartrosis.

Criterios de eliminación

1. Cuestionario incompleto.
2. Negativa de participación en el estudio
3. Cédulas incompletas o mal requisitadas.

VII.- Recursos

Se utilizará infraestructura de la unidad médica familiar no. 23 de Tuxtla Gutiérrez, no se cuenta con patrocinador por lo que el recurso será a través del investigador.

Recursos materiales:

- o Impresora. Computadora. (Mac Book air).
- o 10 lápices.
- o 10 bolígrafos.
- o 350 hojas con cuestionario QOL - RA en español.
- o 350 hojas de cuestionario ex profeso.
- o Un paquete estadístico SPSS.

Recursos financieros:

- o Propios del investigador.
- Recursos humanos.
- o 1 asesor metodológico.
- o 1 residente de medicina familiar de primer año.

Procesamiento de datos y análisis estadístico

Recolectada esta información, con las escalas utilizadas se inició la revisión de los datos proporcionados por la base, en el programa estadístico **SPSS versión 25** en español, se llevó a cabo un análisis estadístico para establecer las frecuencias relativas y absolutas, así como las medidas de tendencia central, para poder obtener la correlación de las variables, utilizamos chi cuadrada (X^2) para determinar si existía

significancia estadística. Al termino se mostró la información ya analizada en cuadros y gráficas.

VII. Operacionalización de variables y definición conceptual

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | ESCALA DE MEDICIÓN | CATEGORÍA |
|---------------------|---|---|---|---------------------------|
| EDAD | Tiempo de vida con el cual ha cursado un ser vivo que abarca desde su nacimiento hasta su edad. | Años y meses que presenta el paciente desde su nacimiento hasta el momento actual. | años | Cuantitativa De intervalo |
| SEXO | Característica biológica, el cual define una identidad sexual. | Conjunto de características biológicas que definen a un ser vivo de mujer y hombre. | Femenino o Masculino | Cualitativa Nominal |
| ESCOLARIDAD | Estudios realizados en un centro docente. | Grado máximo de estudios realizado por la paciente al momento del registro. | Analfabeta Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Posgrado | Cualitativa Ordinal |
| ESTADO CIVIL | Característica de una persona que la ubica en una situación legal al momento del registro. | Lazos que unen a las personas. | Soltero (a) Casado (a)/Unión libre Separado (a)/Divorciado (a) Viudo (a) | Cualitativa Nominal |

| | | | | |
|---------------------------|--|---|---|----------------------|
| OCUPACIÓN | Empleo, facultad y oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente. | Actividad desempeñada por la paciente al momento del registro, siendo ésta la actividad habitual que desarrolla en su vida cotidiana. | Tipom de profeccionpracticad a | Cualitativa Nominal |
| ZONA DEMOGRÁFICA | Área o lugar caracterizados como tal por sus condiciones poblacionales. | De acuerdo al domicilio registrado por la paciente. | Rural Semi-urbano Urbano | Cualitativa Nominal |
| FUENTE DE INGRESOS | Procedencia del dinero que gana y puede gastar un individuo y/o familia en un periodo determinado. | Son fuentes de ingresos económicos, sueldos, salarios, dividendos, ingreso por intereses, pagos de transferencia, alquileres y demás. | Tipo de ayuda de subsidio recibido ya sea por jubilación o trabajo, así como de emprendimiento. | Cuantitativa Nominal |

| | | | | |
|------------------------|--|--|---|---------------------|
| NIVEL INGRESOS | DE Cantidad de dinero que gana y puede gastar un individuo y/o familia en un periodo determinado. | Nivel socioeconómico de acuerdo al ingreso monetario mínimo y máximo de un individuo y/o familia durante un mes. | Clase rica: 85,000 o más pesos mensuales Clase media alta: 35,000-84,999 pesos mensuales Clase media: 11,600-34,999 pesos mensuales Clase media baja: 6800-11,599 pesos mensuales Clase pobre: 2700-6,799 pesos mensuales Pobreza extrema: 0.00-2,699 pesos mensuales. | Cualitativa ordinal |
| RELIGIÓN | Conjunto de creencias propias de origen de divinidad | Profesión y observancia de la doctrina religiosa. | Variable dependiente o la practica | Cualitativa Nominal |
| CALIDAD DE VIDA | Condición de satisfacción y percepción de vida o en la fase en la que esta se encuentra, acompañada del contexto de percepción propia. | Medios a través de la escala fuma y formato SF-36 | Mala Regular Buena | Cualitativa Ordinal |

| | | | | |
|-------------------------------|---|--|--|---------------------|
| COMORBILIDADES | Es la ocurrencia simultánea de dos o más enfermedades en una misma persona. | Describe el efecto de una enfermedad o enfermedades en un paciente cuya enfermedad primaria es otra distinta. | Enfermedades agregadas | Cualitativa Nominal |
| TRATAMIENTO | Conjunto de indicaciones que cuenta como objetivo el mejoramiento de la salud y calidad de vida de los pacientes. | Conjunto de indicaciones que cuenta como objetivo el mejoramiento de la salud y calidad de vida de los pacientes. | Tratamiento farmacológico Tratamiento no farmacológico Tratamiento quirúrgico Combinaciones de las anteriores | Cualitativa Nominal |
| TIPOLOGIA FAMILIAR | Es la clasificación de los diferentes tipos de familia. | Estructura y composición de la familia. | Nuclear Extensa Extensa-compuesta Monoparental Sin Familia | Cualitativa Nominal |
| FUNCIONALIDAD FAMILIAR | Conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y le confieren identidad propia, capaces de cambiar su estructura con el fin de superar dificultades evolutivas (adaptabilidad). | A través del cuestionario APGAR FAMILIAR, que evalúa cinco funciones básicas de la familia consideradas las más importantes: A daptación, P articipación, G radiente de recurso personal, A fecto, y R ecursos. | Normal Disfunción leve Disfunción moderada Disfunción severa | Cualitativa Ordinal |

Características Del Instrumento FUMAT

Instrumento de evaluación

FUMAT se compone de 76 ítems, con duración de 25-30 minutos, fraccionado en 3 secciones:

1. Variables sociodemográficas (ficha de identificación)

En la primera sección del instrumento, se compone de un formulario de variables sociodemográficas, que comprende de comorbilidades, así como de la tipología familiar, siendo un total de catorce preguntas (ítems) con un tiempo de aplicación estimado de diez minutos.

2. La escala de FUMAT

En la segunda sección de este instrumento se localiza la **Escala Fumat** valorando la calidad de vida, tomando en cuenta 8 factores. Constituido con un total de 57 ítems, los cuales se encuentran en tercera persona.

| Puntuación estándar | Puntuaciones directas | | | | | | | | Perc |
|---------------------|-----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| | BE | RI | BM | DP | BF | AU | IS | DE | |
| 20 | | | | | | | | | >99 |
| 19 | | | | | | | | | >99 |
| 18 | | | | | | | | | >99 |
| 17 | | | | | | | | | 99 |
| 16 | | | | | | | | | 98 |
| 15 | | | | 32 | | 31-32 | 36 | | 95 |
| 14 | 32 | | | 30-31 | 24 | 29-30 | 34-35 | 20 | 91 |
| 13 | 30-31 | 23-24 | | 27-29 | 22-23 | 26-28 | 31-33 | 18-19 | 84 |
| 12 | 27-29 | 21-22 | 28 | 25-26 | 21 | 23-25 | 29-30 | 17 | 75 |
| 11 | 25-26 | 20 | 27 | 22-24 | 19-20 | 21-22 | 26-28 | 15-16 | 63 |
| 10 | 23-24 | 18-19 | 25-26 | 20-21 | 18 | 18-20 | 24-25 | 13-14 | 50 |
| 9 | 21-22 | 16-17 | 24 | 17-19 | 16-17 | 16-17 | 22-23 | 12 | 37 |
| 8 | 19-20 | 14-15 | 23 | 15-16 | 15 | 13-15 | 19-21 | 10-11 | 25 |
| 7 | 16-18 | 13 | 22 | 12-14 | 13-14 | 10-12 | 17-18 | 9 | 16 |
| 6 | 14-15 | 11-12 | 21 | 10-11 | 12 | 8-9 | 14-16 | 7-8 | 9 |
| 5 | 12-13 | 9-10 | 20 | 8-9 | 10-11 | | 13 | 6 | 5 |
| 4 | 10-11 | 8 | 18-19 | | 9 | | 9-12 | 5 | 2 |
| 3 | 8-9 | 6-7 | 17 | | 6-8 | | | | 1 |
| 2 | | | 16 | | | | | | <1 |
| 1 | | | 7-15 | | | | | | <1 |

Nota: BE= Bienestar emocional; RI= Relaciones interpersonales; BM= Bienestar material; DP= Desarrollo personal; BF= Bienestar físico; AU= Autodeterminación; IS= Inclusión social; DE= Derechos.

Este instrumento fue creado para crear un catálogo general de calidad de vida, de igual manera obtiene una valoración en cada una de las medidas y un rasgo del individuo.

Para alcanzar el Índice de Calidad de Vida el Apéndice 3. En esta tabla es necesario ubicar la calificación estándar total; de esta misma fila, las dos columnas del lado derecho ubicarán el Índice de Calidad de Vida y su percentil.

Apéndice 3. Índice de Calidad de Vida

Tablas para obtener el Índice de Calidad de Vida y el percentil del Índice de Calidad de Vida.

| Total (suma de las PE) | Índice CV | Percentil | Total (suma de la PE) | Índice CV | Percentil | Total (suma de las PE) | Índice CV | Perce |
|------------------------|-----------|-----------|-----------------------|-----------|-----------|------------------------|-----------|-------|
| 109 | 123 | 94 | 83 | 102 | 56 | 57 | 82 | 11 |
| 108 | 122 | 93 | 82 | 102 | 54 | 56 | 81 | 10 |
| 107 | 122 | 92 | 81 | 101 | 52 | 55 | 80 | 9 |
| 106 | 121 | 92 | 80 | 100 | 50 | 54 | 79 | 8 |
| 105 | 120 | 91 | 79 | 99 | 48 | 53 | 78 | 8 |
| 104 | 119 | 90 | 78 | 98 | 46 | 52 | 78 | 7 |
| 103 | 118 | 89 | 77 | 98 | 44 | 51 | 77 | 6 |
| 102 | 118 | 88 | 76 | 97 | 42 | 50 | 76 | 6 |
| 101 | 117 | 87 | 75 | 96 | 40 | 49 | 75 | 5 |
| 100 | 116 | 86 | 74 | 95 | 37 | 48 | 74 | 4 |
| 99 | 115 | 84 | 73 | 94 | 35 | 47 | 74 | 4 |
| 98 | 114 | 83 | 72 | 94 | 34 | 46 | 73 | 4 |
| 97 | 114 | 82 | 71 | 93 | 32 | 45 | 72 | 3 |
| 96 | 113 | 80 | 70 | 92 | 30 | 44 | 71 | 3 |
| 95 | 112 | 79 | 69 | 91 | 28 | 43 | 71 | 3 |
| 94 | 111 | 77 | 68 | 90 | 26 | 42 | 70 | 2 |
| 93 | 110 | 76 | 67 | 90 | 24 | 41 | 69 | 2 |
| 92 | 110 | 74 | 66 | 89 | 23 | 40 | 68 | 2 |
| 91 | 109 | 72 | 65 | 88 | 21 | 39 | 67 | 1 |
| 90 | 108 | 70 | 64 | 87 | 20 | 38 | 67 | 1 |
| 89 | 107 | 68 | 63 | 86 | 18 | 37 | 66 | 1 |
| 88 | 106 | 66 | 62 | 86 | 17 | 36 | 65 | 1 |
| 87 | 106 | 65 | 61 | 85 | 16 | 35 | 64 | 1 |
| 86 | 105 | 63 | 60 | 84 | 14 | 34 | 63 | 1 |
| 85 | 104 | 60 | 59 | 83 | 13 | 33 | 63 | 1 |
| 84 | 103 | 58 | 58 | 82 | 12 | 32 | 62 | 1 |

Nota. PE= Puntuaciones estándar; ICV= Índice de Calidad de Vida.

Indicación: Evaluación de la calidad de vida

Interpretación:

Se toman en cuenta las calificaciones más altas ya sean directas y estándar, este será el más alto del indicador de calidad de vida, resultando así percentiles más elevados, por lo que se llega a una interpretación final de una mejor calidad de vida en el sujeto de investigación.

Sección 1ª. Escala de Calidad de Vida Fumat

1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones
2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles
3. Introducir el Índice de Calidad de Vida

| Dimensiones de calidad de vida | Puntuaciones directas totales | Puntuaciones estándar | Percentiles de las dimensiones |
|---|--------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| Bienestar Emocional | | | |
| Relaciones Interpersonales | | | |
| Bienestar Material | | | |
| Desarrollo Personal | | | |
| Bienestar Físico | | | |
| Autodeterminación | | | |
| Inclusión Social | | | |
| Derechos | | | |
| Puntuación Estándar TOTAL (Suma) | | | |
| Índice de Calidad de Vida (puntuación estándar compuesta) | | | |
| Percentil del índice de Calidad de Vida | | | |

Sección 1b. Perfil de Calidad de Vida

Rodea la puntuación estándar de cada dimensión y del Índice de Calidad de Vida. Después una los círculos de las dimensiones con una línea para obtener el perfil.

| Percentil | BE | RI | BM | DP | BF | AU | IS | DR | Índice de CV | Per |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------|-----|
| 99 | 16-20 | 16-20 | 16-20 | 16-20 | 16-20 | 16-20 | 16-20 | 16-20 | | |
| 95 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | >122 | |
| 90 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 118-122 | |
| 85 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 115-117 | |
| 80 | | | | | | | | | 112-114 | |
| 75 | 12 | 12 | 21 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 110-111 | |
| 70 | | | | | | | | | 107-109 | |
| 65 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 105-106 | |
| 60 | | | | | | | | | 103-104 | |
| 55 | | | | | | | | | 102 | |
| 50 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 99-101 | |
| 45 | | | | | | | | | 98 | |
| 40 | | | | | | | | | 95-97 | |
| 35 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 94 | |
| 30 | | | | | | | | | 92-93 | |
| 25 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 90-91 | |
| 20 | | | | | | | | | 87-89 | |
| 15 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 83-86 | |
| 10 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 78-82 | |
| 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 71-77 | |
| 1 | 1-4 | 1-4 | 1-4 | 1-4 | 1-4 | 1-4 | 1-4 | 1-4 | <71 | |

Lograr el grado exacto de calidad de vida y facilitar su clasificación, se adoptó en este estudio un estudio específico la interpretación de los resultados de la escala Fumat, dividiendo la calidad de vida en 3 niveles (bueno, regular, malo). Calculándose en base

a los percentiles y el índice de calidad de vida, así como se observa en la siguiente tabla:

| Nivel de calidad de vida | Percentil | Índice de calidad de vida |
|---------------------------------|------------|---------------------------|
| Bueno | 99-64 | 123-103 |
| Regular | 63-43 | 102-83 |
| Malo | 33 o menos | 82-62 |

3.- APGAR Familiar

La tercera sección del APGAR Familiar, siendo un instrumento que demuestra cómo se distinguen los integrantes de la familiar a través de su funcionamiento de toda la unidad familiar, valora cinco funciones familiares básicas que los autores consideran más importantes: **Adaptación**, **Participación**, **Gradiente de recurso personal**, **Afecto** y **Recursos**. Este resultado proporciona datos de referencias sobre el nivel de la dinámica familiar.

Indicación:

Valoración y evaluación de las **cinco funciones** principales de la familia. “Saber que la familia de un individuo está al servicio de su propia familia.”

Administración

Obtenidos los datos del **APGAR** muestra el siguiente modelo. Consta de cinco preguntas cerradas (ítems) que incluyen una escala Likert con cinco opciones. Con una media de 5 minutos de aplicación.

Interpretación

Interpretación del puntaje:

- Normal: 17-20 puntos
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

VIII. Procedimiento de datos:

Este protocolo tiene como base la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez. Este será revisado por el Comité Regional de Investigaciones Médicas Número **703** y el Comité de Ética en investigaciones Médicas Número **7038** y, de ser aprobado, quedará registrado en el sistema de registro electrónico del comité de investigación para su aprobación final.

Una vez que se complete el registro, se enviará la carta correspondiente para asegurar que el **director de la unidad** propicié la viabilidad de la realización de este estudio, luego de lo cual se enviará la información y se solicitará el consentimiento de los encuestados.

Los participantes que cumplieron con estos criterios de inclusión efectuaran un cuestionario para identificar el nivel de conocimiento y calidad de vida de los adultos mayores que acuden a consulta externa de la “**UMF N° 23, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas**”. El primer registro también pretende obtener datos sobre la calidad de vida de las personas mayores utilizando datos sociodemográficos, y los instrumentos de **FUMAT** y **APGAR** familiar.

Recopilada la información, se procede a un ordenamiento con un diseño de datos para identificar la información social, con la escala de **Fumat y Apgar** familiar. La información recopilada será organizada para la interpretación de los resultados posteriores para determinar las variables más relevantes para el problema planteado.

La información anterior fue ingresada en el programa **SPSS** (Statistical Package for the Social Sciences), donde se utilizará la “versión 25 en español para Windows, con la obtención de medidas de tendencia central y la X^2 ”.

Luego de completar todo el proceso de investigación y análisis estadístico de la información, los resultados se representarán en tablas de indicadores con las descripciones correspondientes a cada ítem con base en el diseño del formulario de recolección de todos los datos.

IX.- Consideraciones éticas:

El programa de investigación cumple con las normas de la Ley General de Salud. Se someterá a la revisión del Comité Regional de Investigación en Salud 703 y del Comité de Ética en investigación 7038 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Unidad Médica Familiar No. 13, donde se presentará un análisis para evaluar su efectividad e implementación. La información se mantendrá confidencial y se protegerá la información personal de los encuestados que participen en la encuesta.

De acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud en México (Secretaría de Salud, 1996), el capítulo segundo "De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos". Esta investigación se considera libre de riesgos de acuerdo con lo establecido en el Capítulo 1, Disposiciones de Decisión, Capítulo 17, Parte I. Investigación libre de riesgos: investigación que utiliza métodos de investigación documental retrospectiva y métodos que no consideran ni modifican intervención alguna. Las variables físicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio se incluyen a través de cuestionarios, entrevistas, revisión de registros médicos y otros aspectos del comportamiento se marcan y se consideran no tratados.

Sobre esta base, predomina la protección, la dignidad y la vida del paciente. Para proteger la información personal del participante, el documento de consentimiento informado no incluirá ningún nombre, número de registro de residente, dirección, etc., se le otorgará una explicación clara y completa de los motivos para comprender el motivo antes de realizar el pedido. El propósito de la investigación, es garantizar de que todas las preguntas serán respondidas, la aclaración de dudas sobre los métodos, beneficios y demás cosas relacionadas con la investigación, la libertad de retirar el consentimiento y cesar la participación en la educación ordinaria, Capítulo 21 I, VI; el tratamiento debe continuar de acuerdo con los artículos VII y VIII. Para el consentimiento informado se deberá tener en cuenta los artículos 20 y 21 y estar presente el sujeto de investigación, en su caso, con un representante legal. Debe

obtener una explicación clara y terminarla de una manera que pueda comprender. El acuerdo deberá formalizarse por escrito según lo detallado en el artículo 22.

Además, este estudio se basa en los principios básicos de la Declaración de Helsinki de la Organización Mundial de la Salud. "Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica centrada en el ser humano" adoptadas por el 18º Congreso Médico Mundial. Helsinki, Finlandia (1964), revisado en el 29º Congreso Médico Mundial (Tokio 1975), revisado en el 35º Congreso Médico Mundial (Venecia, 1983) y el 41º Congreso Médico Mundial (Hong Kong, 1989). 48ª Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica, (octubre de 1996) 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, (octubre de 2000), Notas explicativas añadidas a la Asamblea General de la AMM, (Washington 2002), Notas explicativas añadidas a la Asamblea General de la Asamblea General. AMM (Tokio 2004), 59ª Asamblea General (Seúl, Corea, octubre de 2008), 64ª Asamblea General (Fortaleza, Brasil, octubre de 2013). La citada declaración incluye los siguientes principios:

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) publicó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para la investigación médica con seres humanos, incluida la investigación sobre sujetos y material humano. La declaración debe considerarse en su conjunto, y la aplicación de un párrafo tiene en cuenta todos los demás.

2. Por orden de la AMM, esta declaración está destinada a profesionales médicos. La AMM recomienda que los médicos y otras personas involucradas en la investigación médica en seres humanos sigan la Declaración de la AMM de los Principios Éticos de Helsinki para la Investigación Médica con Seres Humanos. La AMM alienta a otros involucrados en la investigación médica en humanos a adoptar estos principios.

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial establece el principio de que los médicos deben "cuidar la salud del paciente como primera prioridad", y el

Código Internacional de Ética Médica establece que "los médicos deben considerar el bienestar del paciente cuando se le preste atención médica".

4. La función del facultativo es promover y garantizar la salud, el bienestar y los derechos de los pacientes, incluidos los que participan en la investigación médica. El conocimiento y la mente del médico deben estar subordinados a la práctica de ese trabajo.

5. Los avances en medicina se basan en la investigación y, en última instancia, deben incluir investigaciones en seres humanos.

6. El objetivo principal de la investigación en salud humana es comprender las causas, la progresión y los efectos de las enfermedades y mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento (métodos, métodos y tratamientos). Incluso las intervenciones bien probadas aún deben evaluarse mediante investigaciones para garantizar que sean seguras, efectivas, asequibles y de buena calidad.

7. En la investigación médica se aplican normas éticas encaminadas a promover y garantizar el respeto a todas las personas y proteger su salud y sus derechos personales.

8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica sea producir nueva información, este propósito nunca debe ser superior a los derechos e 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 humana, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de los datos personales de las personas que participan en la investigación. La responsabilidad de la protección de los sujetos de la investigación debe recaer siempre en el médico u otro

profesional de la salud y nunca en los participantes de la investigación, aunque hayan dado su consentimiento.

10. Los médicos deben tener en cuenta las normas y estándares éticos, legales y legales de la investigación en seres humanos en su propio país, así como las normas y estándares legales de la investigación en seres humanos en su país, así como las normas y estándares internacionales y normas vigentes. Esto no debería ser un requisito ético. Las leyes o legislaciones nacionales o internacionales reducen o eliminan las protecciones a los sujetos humanos identificados en esta declaración.

11. La investigación médica debe realizarse de manera que se minimice el daño potencial al medio ambiente.

12. La investigación médica con seres humanos sólo podrá ser realizada por personas con la formación adecuada y las competencias científicas y éticas. Los estudios que involucran a pacientes o voluntarios sanos requieren la supervisión de un médico u otro profesional de la salud calificado y debidamente calificado.

13. Los grupos subrepresentados en la investigación médica deben tener oportunidades adecuadas para participar en la investigación.

14. Un médico que combina la investigación médica con el tratamiento debe incluir a su paciente en el estudio sólo en la medida en que tenga un valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico razonable, y si el médico tiene motivos para creer que la participación en el estudio no lo es, el estudio perjudicará la salud de los pacientes que participan en el estudio.

15. Las personas lesionadas mientras participan en investigaciones científicas deben recibir una indemnización y un tratamiento adecuados.

16. En medicina e investigación médica, la mayoría de los procedimientos están asociados con riesgos y costos. La investigación médica en humanos sólo debe realizarse si la importancia del propósito supera los riesgos y costos para el sujeto.

17. Toda investigación médica que involucre seres humanos debe ir precedida de una comparación cuidadosa de los riesgos y costos para los individuos y grupos involucrados en la investigación con los beneficios esperados para ellos y otros individuos o grupos involucrados en la investigación de estudio. Se deben tomar medidas para minimizar los riesgos. El investigador debe monitorear, evaluar y documentar continuamente los riesgos.

18. Los médicos no deben participar en estudios de investigación a menos que estén seguros de que los riesgos han sido evaluados adecuadamente y pueden abordarse satisfactoriamente. Si los riesgos superan los beneficios esperados, o si existe evidencia convincente sobre los resultados finales, los médicos deben evaluar si continúan, modifican o detienen el estudio inmediatamente.

19. Algunos grupos e individuos bajo investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más probabilidades de sufrir abusos o daños mayores. Todos los grupos e individuos deben recibir protección especial.

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

21. La investigación médica en humanos debe seguir principios científicos generalmente aceptados y estar respaldada por un conocimiento profundo de la literatura científica, otras fuentes de información relevantes y pruebas de laboratorio adecuadamente realizadas y, si corresponde, pruebas con animales. También se debe cuidar el bienestar de los animales utilizados en experimentos.

22. Todo el proyecto y método de investigación en humanos deberá estar claramente descrito y justificado en el protocolo de investigación. El protocolo siempre debe hacer referencia a consideraciones éticas cuando sea necesario y mostrar cómo se han tenido en cuenta los principios presentados en esta declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiación, financiadores, instituciones, posibles conflictos de intereses e incentivos para estudiantes, así como información sobre tratamiento o medidas de compensación para personas perjudicadas como resultado de su participación en el estudio. Para los ensayos clínicos, el plan de estudio también debe describir las disposiciones apropiadas para las órdenes posteriores al estudio.

23. El protocolo de investigación deberá presentarse al comité de ética de la investigación correspondiente para su revisión, consideración, asesoramiento y aprobación antes de iniciar el estudio. Este comité debe ser transparente en su trabajo, independiente de investigadores, patrocinadores y otros tipos de influencia inapropiada, y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar los estándares internacionales vigentes, así como las leyes y regulaciones vigentes en el país donde se realiza la investigación. Sin embargo, esto no debería reducir ni eliminar las protecciones para los participantes de la investigación establecidas en esta Declaración.

24. Se tomarán todas las medidas para proteger la privacidad y confidencialidad de la información personal de los participantes del estudio. El comité tiene la autoridad para supervisar los ensayos clínicos en curso. Es deber de los Inspectores informar sobre el seguimiento a la Comisión, especialmente en relación con problemas graves. El protocolo no deberá modificarse sin la consideración y aprobación del Comité.

Al finalizar la investigación, el investigador deberá presentar a la comisión un informe final que resuma los resultados y las conclusiones de la investigación.

Es necesario promover el acuerdo sobre los datos incluso si los ensayos se realizan en diferentes países para evitar la duplicación. Así, a través de la Conferencia Internacional sobre Armonización (ICH), la Comunidad Europea, Estados Unidos y Japón (con Canadá y la Organización Mundial de la Salud como auditores) han publicado directrices que armonizan las normas para diversos fines relevantes, aparecieron las guías de las Buenas Prácticas Clínicas, que presenta un conjunto de directrices para el diseño, implementación, validación, evaluación, análisis y presentación de informes de estudios clínicos para garantizar la confiabilidad en el marco de la Conferencia Internacional sobre Ética Clínica. Esta investigación se basa en la buena práctica clínica.

XII.- Resultados.

La muestra final de este estudio de 347 pacientes con edad entre 60 y 80 años con diagnóstico de Osteoartrosis que acudieron a la consulta externa de medicina familiar de la unidad médica familiar número 23, los cuáles cumplieron con criterios de selección del estudio a quienes se les pregunto si conocían su diagnóstico, además de realizarles cuestionarios sobre la escala de evaluación objetiva de la calidad de vida de usuarios de los servicios sociales (FUMAT) y el instrumento que define la percepción de la funcionabilidad familiar que tiene una persona con el cuidado y apoyo que recibe de su familia en relación con cinco factores: adaptación, participación, desarrollo, afectividad y habilidades para la resolución de problemas (APGAR FAMILIAR). Con el objetivo principal de determinar la calidad de vida y conocimiento de la osteoartrosis en el adulto mayor de 60 a 80 años de edad quienes acudieron a las consultas de medicina familiar.

Los resultados que obtuvimos fueron los siguientes:

1. Características sociodemográficas. La edad mínima de los pacientes fue de 60 años de edad y la máxima de 80 años de edad, con una media que corresponde a 70.64 años, una moda de 63, con una desviación estándar de 7.003. Ver tabla 1.

Tabla 1. Distribución por edad.

| | | |
|------------------|--------|--------|
| VALOR | Válido | 347 |
| Media | | 70.64 |
| Mediana | | 70.00 |
| Moda | | 63 |
| Desv. Desviación | | 7.003 |
| Varianza | | 49.047 |
| Mínimo | | 60 |
| Máximo | | 80 |

De los 347 pacientes encuestados 57.1 % (198) se identifican con el sexo masculino y 42.9 % (149) al sexo femenino. Ver tabla 2.

Tabla 2. Distribución por sexo

| SEXO | Frecuencia a | Porcentaje e |
|-----------|-----------------|-----------------|
| MASCULINO | 198 | 57.1 |
| FEMENINO | 149 | 42.9 |
| Total | 347 | 100.0 |

NIVEL DE ESTUDIOS

En cuanto el nivel de estudios de los 347 pacientes encuestados encontramos que el nivel de estudios de mayor predominio fue secundaria con el 30%, seguido de bachillerato con 25.1% siendo el de menor predominio analfabeta con un 4%. Ver tabla 3.

Tabla 3. Distribución por nivel de estudio.

| NIVEL DE ESTUDIO | Frecuencia a | Porcentaje |
|------------------|-----------------|------------|
| ANALFABETA | 14 | 4.0 |
| PRIMARIA | 80 | 23.1 |
| SECUNDARIA | 104 | 30.0 |
| BACHILLERATO | 87 | 25.1 |
| LICENCIATURA | 26 | 7.5 |
| POSGRADO | 36 | 10.4 |
| Total | 347 | 100.0 |

TIPO DE INGRESO

En lo que respecta en el tipo de ingreso económico de los pacientes encuestados se evidencio que el tipo de ingreso más común fue la aportación de los hijos con 60.3%, seguido de ingreso propio con 32.5, continuando con ingreso por pensión con 5.5% y por último ayuda económica por terceros con 1.7%.Ver tabla 5.

Tabla 4. Distribución por ingreso económico.

| INGRESO | Frecuenci a | Porcentaj e |
|---------|----------------|----------------|
| PROPIO | 113 | 32.5 |
| HIJOS | 210 | 60.3 |
| AYUDA | 6 | 1.7 |
| PENSION | 18 | 5.5 |
| Total | 347 | 100 |

CONOCIMIENTO.

A los 347 pacientes, se les realizo una encuesta dicotómica sobre si conocían o no su diagnóstico de osteoartritis, a los cuales respondían sí o no evidenciándose que el 47.7% desconocían en totalidad su diagnóstico y solo el 52.3% tenía conocimiento de dicho diagnóstico. Ver tabla 5.

Tabla 5 de conocimiento.

| CONOCIMIENTO | Frecuenci a | Porcentaj e |
|--------------|----------------|----------------|
| SI CONOZCO | 182 | 52.3 |
| NO CONOZCO | 165 | 47.7 |
| Total | 347 | 100 |

CALIDAD DE VIDA.

A todos los pacientes encuestados se les aplicó el cuestionario de FUMAT compuesto por 7 ítems para clasificar la calidad de vida, obteniendo como resultado que el 68.1% se clasificó en buena calidad, el 29% con regular calidad de vida y el 2.9% con mala calidad de vida. Ver tabla 6.

Tabla 6. Distribución por calidad de vida.

| CALIDAD DE VIDA | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|------------|------------|
| BUENA | 237 | 68.1 |
| REGULAR | 101 | 29.0 |
| MALA | 9 | 2.9 |
| Total | 347 | 100 |

CALIDAD DE VIDA Y CONOCIMIENTO.

Se correlacionaron las variables calidad de vida y conocimiento, encontrándose las siguientes asociaciones, en cuanto a calidad de vida y conocimientos se evidenció que a mayor conocimiento mejor calidad de vida y viceversa, siendo este resultado significativo con P de 0.05. Ver tabla 7.

Tabla 7. Relación conocimiento con calidad de vida.

| | | BUENA | REGULAR | MALA | Total |
|--------------|------------|-------|---------|------|-------|
| CONOCIMIENTO | SI CONOZCO | 132 | 44 | 6 | 182 |
| | NO CONOZCO | 105 | 57 | 3 | 165 |
| Total | | 237 | 101 | 9 | 347 |

CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONABILIDAD.

En cuanto la relación entre calidad de vida y funcionabilidad familiar, resulto que 50% de los pacientes que tiene funcionabilidad normal tiene buena calidad de vida, el 76.1% de aquellos que tiene disfunción familiar leve tiene buena calidad de vida el 63.5% de los que tienen disfunción moderada tiene buena calidad de vida, 70.9% son aquellos que tiene una buena calidad de vida, quedando en evidencia que a mayor funcionabilidad familiar mejor calidad de vida. Teniendo como resultado significativo de P 0.05. Ver tabla 8.

Tabla 8. Funcionabilidad y calidad de vida.

| | | BUENA | REGULA R | MALA | Total |
|---------------------|------------------------|-------|-------------|------|-------|
| FUNCIONABI LIDAD | NORMAL | 12 | 7 | 5 | 24 |
| | DISFUNCION LEVE | 67 | 19 | 2 | 88 |
| | DISFUNCION MODERADA | 75 | 42 | 1 | 118 |
| | DISFUNCION SEVERA | 83 | 33 | 1 | 117 |
| Total | | 237 | 101 | 9 | 347 |

TIPOLOGIA FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA.

Se correlacionaron la tipología familiar con la calidad de vida de nuestros pacientes encuestados, aquellos que provienen de una familia extensa o nuclear tienen una mejor calidad de vida, siendo este resultado significativo con una P de 0.05. Ver tabla 9.

Tabla 9. Tipología familiar y calidad de vida.

| | | BUENA | REGULA R | MALA | |
|-----------------------|----------------|-------|-------------|------|-----|
| TIPOLOGIA FAMILIAR | NUCLEAR | 104 | 43 | 3 | 150 |
| | EXTENSA | 127 | 52 | 3 | 182 |
| | SIN FAMILIA | 6 | 6 | 3 | 15 |
| Total | | 237 | 101 | 9 | 347 |

TIPO DE INGRESO Y CALIDAD DE VIDA.

Al realizarse el tipo de ingreso de nuestros pacientes con la calidad de vida de estos, encontramos que aquellos pacientes de los cuales el ingreso económico provenía de su ingreso propio o de sus hijos tienen una mejor calidad de vida. Siendo este resultado significativo con una P de 0.05. Ver tabla 10.

Tabla 10. Tipo de ingreso/calidad de vida.

| | | BUENA | REGULA R | MALA | Total |
|--------------------|-------------|-------|-------------|------|-------|
| TIPO DE INGRESO | PROPIO | 74 | 39 | 0 | 113 |
| | HIJOS | 146 | 55 | 9 | 210 |
| | AYUDA | 3 | 3 | 0 | 6 |
| | PENSIO N | 14 | 4 | 0 | 18 |
| Total | | 237 | 101 | 9 | 347 |

CALIDAD DE VIDA Y NIVEL DE ESTUDIOS.

Se correlaciono el nivel de estudios con la calidad de vida de nuestros pacientes evidenciándose que, a mayor nivel de estudios, mayor calidad de vida. Siendo este resultado significativo con una P de 0.05. Ver tabla 11.

Tabla 11. Calidad de vida / nivel de estudios.

| | | BUENA | REGULA R | MALA | Total |
|---------------------|------------------|-------|-------------|------|-------|
| NIVEL DE ESTUDIO | ANALFABET A | 10 | 3 | 1 | 14 |
| | PRIMARIA | 52 | 24 | 4 | 80 |
| | SECUNDARI A | 76 | 27 | 1 | 104 |
| | BACHILLERA TO | 59 | 25 | 3 | 87 |
| | LICENCIATU RA | 15 | 11 | 0 | 26 |
| | POSGRADO | 25 | 11 | 0 | 36 |
| Total | | 237 | 101 | 9 | 347 |

CALIDAD DE VIDA Y SITUACIÓN LABORAL.

Al correlacionarse el estatus laboral con la calidad de vida de los pacientes encuestados, encontramos que aquellos que se encuentran con estatus laboral de desempleo tienen mala calidad de vida. Siendo este resultado significativo con una P de 0.05. Ver tabla 12.

Tabla 12. Calidad de vida / situación laboral.

| | | BUENA | REGULAR | MALA | | Total |
|-----------|-------------|-------|---------|------|--|-------|
| SITUACIÓN | EMPLEADO | 74 | 39 | 0 | | 113 |
| | DESEMPLEADO | 163 | 62 | 9 | | 234 |
| Total | | 237 | 101 | 9 | | 347 |

XIII.-Discusión.

Este estudio tiene como propósito identificar la asociación de la calidad de vida y el conocimiento de la osteoartrosis en el adulto mayor de 60 a 80 años de edad, de los pacientes que acuden a la consulta externa de la unidad médica familiar número 23 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

La osteoartrosis es un padecimiento crónico degenerativo, el cual se caracteriza por el daño que se produce de forma paulatina en el cartílago que reviste la capa externa articular como son: las caderas, las manos, la columna cervical, las rodillas, etc.

Esta inflamación se localiza en la membrana sinovial, además de ser una alteración de la regulación de la síntesis y degeneración de la matriz extracelular del cartílago, lo cual colabora con la remodelación ósea y destrucción articular. La osteoartrosis es la enfermedad más frecuente de las patologías reumáticas crónicas, se caracteriza por presencia de la incapacidad funcional de las articulaciones con gran movilidad. La osteoartrosis se ha convertido en un problema de salud que debe considerarse como área de oportunidad y eficiencia. Con lo anterior es importante mencionar que, aunque muchas veces esta patología puede ser tratada, la mayor parte se considera incapacitante y por efecto secundario se afecta la calidad de vida de quien la padece, ya que al tener una mayor limitación funcional es causa frecuente de consulta con periodicidad, además que por el mismo cuadro clínico afecta directamente con las actividades de la vida diaria, así como la calidad de vida en general.

Al correlacionarse la variable calidad de vida con el conocimiento del diagnóstico de osteoartrosis, se evidencio que, a mayor conocimiento, mayor calidad de vida ya que el 72% de los pacientes encuestados que sí conocían sobre su padecimiento tenía una mejor calidad de vida. Lo que se considera un porcentaje alto, ya que significa que la calidad de vida de más del 50% de los pacientes depende directamente del conocimiento que tenga de su propia enfermedad, situación que quizá se debe a que aquellos pacientes que conocen su padecimiento y sus repercusiones tienen más

apego al tratamiento farmacológico y ejercicios de rehabilitación, lo que conlleva a realizar con mayor satisfacción sus actividades de la vida diaria.

En el 2004 se realizó un estudio en la Universidad Nacional Autónoma de México, el cual reporto que el sexo femenino era el que representaba mayor afectación por osteoartrosis según el diagnóstico radiológico, resultado que difiere al ser comparado con este estudio, ya que este estudio se evidencio que el sexo masculino es el más afectado.

En otro estudio realizado en el año 2015 de la misma universidad, concluyo que la osteoartrosis en México representa la principal causa de discapacidad total y permanente en adultos mayores, implicando una pérdida importante de años de vida saludable, donde la familia constituye el determinante más importante en el bienestar del paciente, este resultado concuerda con los resultados obtenidos en este estudio, el cual evidencia que aquellos pacientes con osteoartrosis que tienen funcionabilidad normal o disfunción familiar leve, tienen mayor calidad de vida y viceversa. Quizás esto se encuentre ligado a que, al tener una funcionabilidad familiar normal, existe una mejor red de apoyo, además de que estos pacientes tienen un ingreso económico proveniente de sus hijos, por lo que resulta en mayor posibilidad de acceso a la atención médica, así como la disposición para adquirir sus medicamentos y en el caso de necesitar rehabilitación física cuentan con un familiar acompañante,

En este estudio se puso de manifiesto que aquellos pacientes provenientes de una familia extensa o nuclear tienen una mejor calidad de vida, situación que pudiera explicarse debido a que existe mejor dinámica familiar y por lo tanto una red de apoyo eficiente, lo cual se encuentra relacionado con una mejor calidad de vida.

También se evidencio que, a mayor nivel educativo en la calidad de vida de los pacientes, resultado que pueda deberse tal vez a que aquellos pacientes con mayor nivel de educación comprenden con mayor facilidad las repercusiones de la

enfermedad, así como las indicaciones médicas, situación que mejora su calidad de vida.

Es importante mencionar que en nuestro trabajo encontramos que aquellos pacientes desempleados tienen una mala calidad de vida, asociación quizás debida que aquellos pacientes desempleados no cuentan con recursos económicos para poder adquirir sus medicamentos o bien que no puedan tener un acceso a la atención médica, ya sea particular o institucional.

XIV. Conclusión.

Existe una importante relación entre el conocimiento del diagnóstico médico y la calidad de vida de los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar número 23 en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, además de que existen factores sociodemográficos que pueden influir en el pronóstico de los pacientes.

Es de importancia considerar que no solo basta con el conocimiento amplio de la enfermedad ni de la influencia de los factores sociodemográficos por si solos, sino que también al mantener una funcionabilidad familiar normal o en su defecto disfunción familiar leve impacta positivamente en el conocimiento de su enfermedad y esto a su vez a su calidad de vida.

XV. Recomendaciones

Para investigaciones futuras se sugiere utilizar el cuestionario de WOMAC, el cuál mide la calidad de vida en términos de sintomatología y discapacidad física, en personas con osteoartrosis de cadera o rodilla, ya que además de ser sencilla de aplicar, es muy fácil de interpretar y los resultados son confiables.

Realizar educación en salud y capacitación a la población abierta, pero sobre todo a los familiares, todo esto con el fin de que tengan conocimiento de los síntomas que se encuentran relacionados con la osteoartrosis, así poder identificar en qué situación deben acudir a una valoración médica, para poder realizar un diagnóstico temprano de la osteoartrosis y así poder intervenir oportunamente a cuadros severos que llevan a las complicaciones como la incapacidad funcional total del paciente.

Capacitación frecuente a todos los médicos familiares así como actualizaciones en el diagnóstico oportuno y tratamiento de la osteoartrosis, a fin de aunar criterios para realizar pruebas de tamizaje a adultos mayores de 60 años o más para lograr una identificación temprana de las complicaciones de la osteoartrosis, logrando así iniciar el tratamiento en primer nivel evitando la generalización de los casos, así como tener detección oportuna para lograr una mejor calidad de vida en estos pacientes.

Fomentar espacios de asistencia y grupos de apoyo en las unidades de medicina familiar para adultos mayores de 60 años o más, con el fin de evitar complicaciones y que tanto el paciente como los familiares tengan mejor entendimiento de sus familiares, ya que, a mejor conocimiento, mejor calidad de vida.

XVI.- Bibliografía:

1. Juan Rodríguez Solís Víctor Manuel Palomo Martínez Sonia Bartolomé Blanco Mercedes Hornillos Calvo. Osteoartrosis. Tratado de Geriátría para residentes Capítulo 67. Dep. Legal: M-23826-2006.
2. Iturriaga, Veronica, Mena, Paula, Oliveros, René, Cerda, Camila, Torres, Daniela, & del Sol, Mariano. (2018). Importancia del Líquido Sinovial en la Articulación Temporomandibular y sus Implicancias en la Patología Articular. *International Journal of Morphology*, 36(1), 297-302.
3. Dr. Carlos Lavallo Montalvo. Osteoartrosis. LVALLE Osteoartrosis_SSMYS.doc http://www.medicinaysalud.unam.mx/temas/2010/06_jun_2k10.pdf.
4. Helene Harris, Ann Crawford. Artículo. Diagnóstico y tratamiento de la artrosis. DOI: 10.1016/j.nursi.2015.10.011.
5. Dr. Arturo Javier Arias Cantalapiedra. Osteoartritis. Centro Nacional de Rehabilitación "Julio Díaz". Playa. La Habana. Cuba. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación* 2014;6(2):173-186
6. E. Batlle Gualda, M. Mínguez Vega, artritis reumatoide, Enfermedades reumáticas: Actualización SVR, Unidad de Reumatología. Hospital Clínico de Sant Joan d'Alacant., p 14-15, 2013
7. <https://www.reumatologiaclinica.org/es-diferenciacion-del-cartilago-articular-osteoartrosis-articulo-1311156>.
8. Landínez Parra NS, Vanegas Acosta JC, Garzón Alvarado DA. Regulación molecular del cartílago articular en función de las cargas mecánicas y el proceso osteoartrosico: una revisión teórica. *Rev cuba ortop traumatol.* 2008;22(2):0-0.
9. https://issuu.com/brunna96/docs/histologia-medico_practica_brustos. <https://aprobemosjuntos.files.wordpress.com/2018/03/histo-brusco.pdf>
10. José A. Riancho/ Jesús Delgado-Calle. Osteoblast-osteoclast interaction mechanisms. Mecanismos de interacción osteoblasto-osteoclasto. DOI: 10.1016/j.reuma.2011.03.003

11. <https://www.obesidadenmallorca.com/la-artropatia-por-sobrecarga-en-la-obesidad/#:~:text=La%20osteoartropat%C3%ADa%20en%20personas%20obesas,comparaci%C3%B3n%20con%20la%20poblaci%C3%B3n%20general.>
12. Tabaquismo y salud músculo-esquelética (Smoking and Musculoskeletal Health). <http://orthoinfo.aaos.org/es/staying-healthy/taquismo-y-la-salud-musculo-esquelética-smoking-and-musculoskeletal-health>.
13. Mendocilla-Risco M, Villar-López A, Villar-López M, Muñoz-Ganoza K, Fernández-Sosaya J, Tirado-Vidal M, et al. Efecto de Maytenus krukovii “Chuchuhuasi” en el tratamiento de osteoartrosis leve-moderada. Ensayo clínico aleatorizado doble-ciego, controlado con placebo. Rev peru med integ. 2017;2(1):21
14. Kinanah Yaseen, MD, Cleveland Clinic. Artrosis (Artritis degenerativa; artrosis; osteoartrosis) Modificado Diciembre 2022. Manual MSD. Copyright Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, USA.
15. Juana Benedi, M ángeles Gómez del Río. Farmacos antineoplásicos. Artículo Vol. 20. Núm.2. Febrero 2006. Elsevier.
16. Parra Ortega RE. Efectividad de un programa de ejercicio físico extramural sobre la funcionalidad en varones con osteoartrosis de rodilla. Rev Fac Cienc Salud UDES. 2014;1(2):113.
17. Amkhadova MA, Abdurakhmanova MS, Amkhadov IS, Khamraev TK. Clinical and x-ray versions of deforming osteoartrosis of temporal mandibular joint. Российский стоматологический журнал. 2020;24(2):87–91.
18. Durán-Hernández S, Soto-Rodríguez JF, Allen-Bobadilla J, Durán-Hernández N, García-Mosco P. Tratamiento conservador de la osteoartrosis de cadera con toxina botulínica tipo A. Gac Med Mex. 2019;155(Suppl 1):S56–61.
19. María Natalia Batista, Elisa Mottillo y Andrés Panasiuk. Material de Apoyo a la Asignatura Kinesiterapia (I) 192. Cap. 12. Hidroterapia.
20. Gómez-Vela, María; Sabeh, Eliana N. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. calidad de vida.

evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica.

21. Neligia Blanco neligiablanca@gmail.com/ Universidad del Zulia, Venezuela. La complementariedad metodológica: Estrategia de integración de enfoques en la investigación social.
22. Cedeño Suárez, María Agustina Aportes de la investigación cualitativa y sus alcances en el ámbito educativo Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación", vol. 1, núm. 1, enero-junio, 2001, p. 0 Universidad de Costa Rica San Pedro de Montes de Oca, Costa Rica.

XVII.- Anexo 2: cuestionario. FUMAT y Apgar familiar.

Datos Del Paciente:

NSS _____ EDAD _____ SEXO:

ESTADO CIVIL:

LUGAR ACTUAL DE RESIDENCIA: _____

DIRECCIÓN: _____

ESCOLARIDAD:

PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____ BACHILLERATO _____ TECNICO _____

PREGRADO _____ POSTGRADO _____

¿ACTUALMENTE SE ENCUENTRA LABORANDO?

SI _____ NO _____

| BIENESTAR EMOCIONAL | Siempre o casi siempre | Frecuente Mente | Algunas veces | Nunca o casi nunca |
|--|------------------------|--------------------|---------------|--------------------|
| 14.-En general, se muestra satisfecho con su vida. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15.-Manifiesta sentirse inútil. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16.-Se muestra intranquilo o nervioso. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17.-Se muestra satisfecho consigo mismo. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18.-Tiene problemas de comportamiento. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19.-Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 20.-Manifiesta sentirse triste o deprimido | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21.-Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Puntuación directa TOTAL: | | | | |
| RELACIONES INTERPERSONALES | Siempre o casi siempre | Frecuente Mente | Algunas veces | Nunca o casi nunca |
| 22.-Realiza actividades que le gustan con otras personas. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 23.-Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 24.-Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 25.-Carece de familiares cercanos. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|--|------------------------|-----------------|---------------|--------------------|
| 26.-Valora negativamente sus relaciones de amistad. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27.-Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Puntuación directa TOTAL: | | | | |
| BIENESTAR MATERIAL | Siempre o casi siempre | Frecuente mente | Algunas veces | Nunca o casi nunca |
| 28.-El lugar donde vive es confortable. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 29.-Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30.-Se queja de su salario (o pensión) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31.-El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32.-El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33.-Dispone de las cosas materiales que necesita. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 34.-El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Puntuación directa TOTAL: | | | | |
| DESARROLLO PERSONAL | Siempre o casi siempre | Frecuente mente | Algunas veces | Nunca o casi nunca |
| 35.-Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódico, etc.) | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 36.-Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37.-Tiene dificultades para expresar información. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38.-En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 39.-Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar, etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40.-Tiene dificultades para comprender la información que recibe. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41.-Es responsable de la toma de su medicación. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 42.-Muestra escasa flexibilidad mental. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Puntuación directa TOTAL: | | | | |
| BIENESTAR FÍSICO | Siempre o casi siempre | Frecuente mente | Algunas veces | Nunca o casi nunca |
| 43.-Tiene problemas de movilidad. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44.-Tiene problemas de continencia. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45.-Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46.-Su estado de salud le permite salir a la calle. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 47.-Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|---|------------------------|-----------------|---------------|--------------------|
| nombres, etc.) | | | | |
| 48.-Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Puntuación directa TOTAL: | | | | |
| AUTODETERMINACIÓN | Siempre o casi siempre | Frecuente mente | Algunas veces | Nunca o casi nunca |
| 49.-Hace planes sobre su futuro. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 50.-Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, fracturas, ir al banco, etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51.-Otras personas organizan su vida. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52.-Elige cómo pasar su tiempo libre. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 53.-Ha elegido el lugar donde vive actualmente. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 54.-Su familia respeta sus decisiones. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 55.-Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 56.-Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Puntuación directa TOTAL: | | | | |
| INCLUSIÓN SOCIAL | Siempre o casi siempre | Frecuente mente | Algunas veces | Nunca o casi nunca |
| 57.-Participa en diversas actividades de ocio que le interesan. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 58.-Está excluido en su comunidad. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 59.-En el servicio que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 60.-Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 61.-Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 62.-Está integrado con los compañeros del servicio al que acude. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 63.-Participa en forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 64.-Su red de apoyos no satisface sus necesidades. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 65.-Tiene dificultades para participar en su comunidad. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Puntuación directa TOTAL: | | | | |
| DERECHOS | Siempre o casi siempre | Frecuente mente | Algunas veces | Nunca o casi nunca |
| 66.-En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 67.-Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 68.-Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 69.-Cuenta con asistencia legal y/o acceso a | 4 | 3 | 2 | 1 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| servicios de asesoría legal. | | | | |
| 70.-Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.) | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Puntuación directa TOTAL: | | | | |

| PREGUNTAS | NUNCA (0) | CASI NUNCA (1) | ALGUNAS VECES (2) | CASI SIEMPRE (3) | SIEMPRE (4) |
|---|-----------|----------------|-------------------|------------------|-------------|
| 71.-Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad. | | | | | |
| 72.-Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite en asuntos de interés común. | | | | | |
| 73.-Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades o en hacer cambios en mi estilo de vida. | | | | | |
| 74.-Me satisface la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis emociones o sentimientos de enojo, amor y tristeza. | | | | | |
| 75.-Me satisface cómo compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos, los espacios de la casa y el dinero. | | | | | |
| TOTAL, DE LA SUMA DE PUNTOS: _____ | | | | | |

Anexo 3: Consentimiento Informado:



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD**

**1. COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:

"CALIDAD DE VIDA Y CONOCIMIENTO DE LA OSTEOARTROSIS EN EL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR NUMERO 23 DE TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS."

Patrocinador externo (si aplica):

No aplica

Lugar y fecha:

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 23 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. 2021

Número de registro:

R-2021-703-081

Justificación y objetivo del estudio:

La Osteoartritis es una enfermedad crónica, que compromete frecuentemente numerosas articulaciones, con este estudio se pretende promover la salud y prevenir enfermedades para que exista un envejecimiento activo y con una buena calidad de vida*, tiene como fin, dar una mejor percepción por el paciente de su forma de vida en el contexto de sistemas de valores en el que vive y su relación con sus logros y expectativas. Poder lograr una mejor calidad de vida con relación a su salud, con ello disminuir, una menor cantidad de complicaciones posibles y poder mantener su autonomía.

Es por eso que este estudio es fundamental para poder estudiar esta afección crónica. Lograr que esta enfermedad no sea una complicación más en el adulto mayor. Actualmente nuestra sociedad es testigo de un fenómeno socio demográfico que atañe al envejecimiento de la población, en el cual se puede observar un incremento sucesivo de la población con una edad mayor de 65 años, lo cual nos lleva a una mayor prevalencia de enfermedades que son considerables a esta edad, y una de ellas es la Osteoartritis.

El envejecimiento del ser humano es un evento natural que se da en todo el transcurso de nuestra vida. A pesar de ello no todas las personas envejecen de la misma manera. En este estudio propone realizar investigaciones en el ámbito de la salud para poder así optimizar los recursos destinados a ellos de una manera integral e impactante, favoreciendo un mejor envejecimiento encaminado sobre todo de como tener una adecuada calidad de vida de la manera posible y permisible.

Este trabajo de investigación pretende dar un nuevo conocimiento ya que este tema no ha sido investigado y estudiado en la UMF donde se aspira a efectuar el tema de calidad de vida y conocimiento de la osteoartritis en el adulto mayor. Por lo que esto nos brinda un reto a ofrecer una mejor atención médica de calidad a esta mencionada población, por lo que es imprescindible comprender los factores y determinantes que impactan en su calidad de vida y su bienestar, todo esto enfocado a su salud.

Se pretende con este estudio servir lanzar como idea básica elaborar la búsqueda de un bien común, en la atención de la calidad de vida y conocimiento del adulto mayor, y esto a su vez conocer de forma actual de su tipo de calidad de vida en la población adulta mayor chiapaneca con seguridad social, logrando así una mejor elaboración o mejoramiento de propósitos para la atención completa de este grupo etario.

Procedimientos:

Se aplicarán encuestas directas de datos personales y llenado de cuestionarios, para determinar el nivel de calidad de vida y conocimiento de la Osteoartritis así como determinar la funcionalidad familiar.

Posibles riesgos y molestias:

NINGUNA

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Que el paciente y los integrantes de su familia identifiquen las dimensiones de la calidad de vida en las que pueden mejorar.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Se proporcionará si el participante lo solicita.

Participación o retiro:

Participarán los pacientes adultos mayores adscritos a la UMF No. 23 de manera voluntaria y con consentimiento informado. Y en caso de no desear continuar con el estudio se respetará se retiró voluntario

Privacidad y confidencialidad:

Existe, conforme a los códigos éticos de investigación en humanos y en base a la Ley General de Salud.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

DRA. MARÍA TRINIDAD SALAS SANTIS, RESIDENTE DE 1ER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR, CON

SEDE EN LA UMF N° 23, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS

DRA. AMÉRICA FABIOLA BENÍTEZ RENDÓN

Colaboradores:

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

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

DRA. SALAS SANTIS MARÍA TRINIDAD

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **703**.
U MED FAMILIAR NUM 13

Registro COFEPRIS **18 CI 07 101 059**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 07 CEI 001 2018102**

FECHA **Jueves, 30 de septiembre de 2021**

Dra. AMERICA FABIOLA BENITEZ RENDON

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **CALIDAD DE VIDA Y CONOCIMIENTO DE LA OSTEOARTROSIS EN EL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR NUMERO 23 DE TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2021-703-081

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Mtro. francisco ricardo escobar diaz
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 703

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL