

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Terapia Ocupacional

Tesis de Terapia Ocupacional

1998

Cumplimiento de las pautas de tratamiento en pacientes con artritis reumatoidea

Ferre, Susana N.

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/932>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

TESIS

**CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS DE TRATAMIENTO
EN PACIENTES
CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

AUTORAS: FERRE, SUSANA N.
PATRONE, SILVIA M.

MAR DEL PLATA
BUENOS AIRES

SEPTIEMBRE, 1998

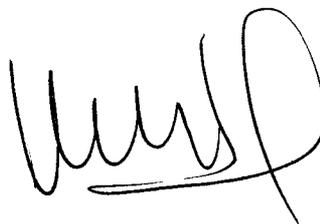
| | |
|---------------------------------------|---------------|
| Biblioteca C.E.C.S. y S.S. | |
| Inventario | Signatura top |
| 1332 | |
| Vol | Ejemplar |
| Universidad Nacional de Mar del Plata | |

ASESORES DE TESIS

DIRECTORA: Dra. Silvia Babini.



CO-DIRECTORA: T. O. Ana Gonzalez.



AREA METODOLOGICA: Lic. Sandra Gomes.



AREA ESTADISTICA: Lic. María del Carmen Zaccone.



AGRADECIMIENTOS

Al Hospital Privado de Comunidad, por habernos permitido realizar este Trabajo de Investigación, habiendo cedido en forma desinteresada sus instalaciones, su población y su personal; poniendo de manifiesto la importancia que siempre le ha dado al Area de Docencia e Investigación.

A nuestros asesores, por el incentivo constante y la participación activa, permanente y abnegada durante el desarrollo de este estudio.

A todos los que colaboraron directa e indirectamente para concluir esta Tesis, brindando apoyo, conocimiento y tiempo; entre ellos:

- * Dr. Juan Carlos Merlo,
- * T. O. Marcela López,
- * T. O. Viviana Villanueva,
- * Practicante de T. O. Mariela Frechero,
- * Secretarias del Servicio de Rehabilitación: Mónica y Alma.

Esta Investigación, nuestra primera experiencia de acercamiento en materia científica, nos ha dado la posibilidad de elevar el nivel académico en nuestra profesión, permitiéndonos un crecimiento en el desarrollo de nuestra actividad y estimular a otros a continuar en este camino.

INDICE

| | | |
|-------|--|-----|
| 1- | PRESENTACION..... | 5 |
| 2- | INTRODUCCION..... | 6 |
| 3- | RESUMEN ESTRUCTURADO..... | 8 |
| 4- | ESTADO ACTUAL DE LA CUESTION..... | 11 |
| 5- | MARCO TEORICO..... | 14 |
| 5-1 | CAPITULO 1= ARTRITIS REUMATOIDEA: Generalidades..... | 15 |
| 5-1-1 | DEFINICION..... | 16 |
| 5-1-2 | CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO..... | 18 |
| 5-1-3 | ETIOLOGIA..... | 20 |
| 5-1-4 | ANATOMIA PATOLOGICA..... | 21 |
| 5-1-5 | CARACTERISTICAS CLINICAS..... | 23 |
| 5-1-6 | MANIFESTACIONES ARTICULARES..... | 26 |
| 5-1-7 | MANIFESTACIONES EXTRAARTICULARES..... | 31 |
| 5-2 | CAPITULO 2= IMPACTO DE LA ENFERMEDAD..... | 35 |
| 5-2-1 | DETERMINANTES BIOPSICOSOCIOLOGICOS..... | 36 |
| 5-3 | CAPITULO 3= ABORDAJE TERAPEUTICO..... | 41 |
| 5-3-1 | GENERALIDADES..... | 42 |
| 5-3-2 | AGENTES FARMACOLOGICOS..... | 45 |
| 5-3-3 | INTERVENCIONES DE REHABILITACION..... | 46 |
| 5-3-4 | PROGRAMAS DE EDUCACION..... | 49 |
| 5-3-5 | PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS..... | 50 |
| 5-4 | CAPITULO 4= CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS DE TRATAMIENTO..... | 52 |
| 5-4-1 | PATRON ESTABLE CONDUCTUAL..... | 53 |
| 5-5 | CAPITULO 5= EDUCACION DEL PACIENTE..... | 56 |
| 5-5-1 | CARACTERISTICAS DE LOS PROGRAMAS EDUCACIONALES..... | 57 |
| 6- | ASPECTOS METODOLOGICOS..... | 62 |
| 7- | ASPECTOS ESTADISTICOS..... | 84 |
| 7-1 | TABLAS..... | 85 |
| 7-2 | ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS..... | 125 |
| 8- | CONCLUSIONES..... | 134 |
| 9- | BIBLIOGRAFIA..... | 137 |
| 10- | ANEXO..... | 140 |

**“La salud no puede ser
vista como un fenómeno biológico
o psicológico aislado, pues es una
compleja interacción entre determinantes
físicos, sociales y psicológicos
formando una entidad.”**

Bendtsen P.

INTRODUCCION

Este estudio comienza a gestarse a partir de la lectura de autores tradicionales y actuales, que en sus investigaciones han caracterizado los aspectos salientes psicosociológicos de la población diagnosticada con Artritis Reumatoidea.

También han influido en la selección del tema, entrevistas con profesionales con una rica experiencia en el abordaje de esta patología, tales como terapeutas ocupacionales, médicos psiquiatras y médicos reumatólogos.

De estas observaciones, surge como característica particular de este grupo, el mal cumplimiento de las pautas de tratamiento impartidas por el equipo de salud, que comprende la realización del plan de ejercicios, la incorporación de períodos de descanso, la toma de dosis prescritas de medicación, la utilización de adaptaciones y ortesis, y la modificación en la realización de determinadas actividades y suspensión de otras.

A lo largo de este Trabajo de Investigación se intenta analizar uno de los posibles factores que pueden influir en el mal cumplimiento de las pautas de tratamiento, “la comprensión de la patología”, en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea, de ambos sexos, mayores de 25 años de edad, que asisten al consultorio de Reumatología del Hospital Privado de Comunidad, de la ciudad de Mar del Plata.

Se define la Artritis Reumatoidea como una patología sistémica, inflamatoria, crónica e invalidante que evoluciona a través de exacerbaciones, alterando el estilo de vida de las personas que la padecen.

El interés práctico de este estudio, en el marco de Terapia Ocupacional, es analizar la propuesta de incorporación, como ítem de evaluación la “comprensión de la patología”, y como objetivo de tratamiento el “acrecentamiento de la comprensión de la patología”. Esto incluiría el énfasis en el nivel de información suministrada -cuanti y cualitativamente- por parte de los profesionales intervinientes en el abordaje terapéutico y en el rol activo del paciente en el proceso de aprendizaje y su posibilidad de asimilar la información.

Partiendo de esta base, sería más factible arribar al reconocimiento de las implicancias o alcances de la patología y eventualmente a su aceptación y adaptación.

También, se determina el grado en que la comprensión de la patología infliere en el “cumplimiento de las pautas de tratamiento”, en esta población.

Dentro del encuadre del quehacer profesional, el terapeuta ocupacional incursiona en áreas como Actividades de la Vida Diaria y considera que la correcta realización de éstas, junto al cumplimiento de las indicaciones prescriptas por el resto del equipo de salud, podrían coadyuvar por mayor tiempo al mantenimiento de la independencia y prevenir y/o retrasar la aparición de deformidades.

Se afirma que la forma terapéutica adecuada para este tipo de pacientes, posterior a este análisis, es un tratamiento abarcativo de las tres áreas de la conducta (cuerpo, mente y mundo externo), donde se observa al paciente como producto de una historia única e irrepetible y perteneciente a grupos primarios y secundarios.

Considerando que el compromiso articular, potencialmente grave e impredecible, puede interesar las diferentes esferas de vida del paciente, entre ellas se mencionan las relaciones sociales, economía y finanzas, organización psicológica, expresión personal y dificultades en la realización de actividades simples de vida diaria, se estima que la forma conveniente, de evaluación y tratamiento para estos pacientes, es brindar un amplio espacio a la problemática psicológica, más allá del área físico-funcional fundamentalmente afectada por la patología.

El abordaje apropiado es integral, personalizado y temprano. Las distintas especialidades requeridas deben confluir en una relación de real equipo interdisciplinario con frecuente comunicación e intercambio de sus miembros, donde el terapeuta ocupacional es imprescindible por la función que realiza en la atención de patologías crónicas e invalidantes y sus intervenciones insustituibles, tanto en la relación terapeuta ocupacional-paciente como terapeuta ocupacional-resto de los profesionales.

RESUMEN ESTRUCTURADO

- TEMA.
- PROBLEMA.
- OBJETIVOS.
- HIPOTESIS.
- POBLACION DE ESTUDIO.
- MUESTRA.
- TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS.
- VARIABLES.

TEMA: Cumplimiento de las pautas de tratamiento en pacientes con Artritis Reumatoidea.

PROBLEMA: ¿Cómo influye la comprensión de la patología en el mejoramiento del cumplimiento de las pautas de tratamiento, en pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoidea, fuera de período agudo, mayores de 25 años de edad, que asisten al consultorio de Reumatología del Hospital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata?

OBJETIVOS: * GENERALES,

Analizar el grado de mejoramiento en el cumplimiento de las pautas de tratamiento a partir de la comprensión de la patología en pacientes con alteración crónica e invalidante, como es la Artritis Reumatoidea.

* ESPECIFICOS,

- Determinar el grado en que la comprensión de la patología influye en el cumplimiento de las pautas de tratamiento, en esta población.
- Considerar el grado de importancia de “comprensión de la patología”, como ítem de evaluación en población artrítica.
- Analizar la posibilidad de inclusión de la propuesta “acrecentamiento de la comprensión de la patología”, como objetivo de tratamiento en esta población.
- Contribuir al reconocimiento del abordaje integral y personalizado de pacientes con patología crónica e invalidante, como es la Artritis Reumatoidea, desde Terapia Ocupacional.

HIPOTESIS: La comprensión de la patología influye favorablemente en el cumplimiento de las pautas de tratamiento, en pacientes diagnosticados

con Artritis Reumatoidea, fuera de período agudo y con más de 25 años de edad.

POBLACION DE ESTUDIO: Compuesta por pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoidea fuera de período agudo, de ambos sexos y con más de 25 años de edad, que asisten al consultorio de Reumatología del Hospital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata.

MUESTRA: El grupo queda conformado por 38 pacientes que componen el universo.

TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS:

- * **RECOPIACIÓN DOCUMENTAL,** se elabora ficha sistemática de recolección de datos a través del análisis de la historia clínica.
- * **ENTREVISTA,** se confecciona encuesta oral con preguntas de carácter cerrado, con la finalidad de recoger los datos aportados por paciente.

VARIABLES: Según la formulación de la hipótesis del trabajo de investigación, las variables son las siguientes:

- * **VARIABLE INDEPENDIENTE:** Comprensión de la patología.
- * **VARIABLE DEPENDIENTE:** Cumplimiento de las pautas de tratamiento.

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTION

Previo a la elaboración de la hipótesis de este trabajo de investigación y conociendo el problema del mal cumplimiento de las pautas de tratamiento en población diagnosticada con Artritis Reumatoidea, se realizaron entrevistas con diferentes profesionales como el psiquiatra Juan Carlos Merlo, la Dra. Silvia Babini y las Terapistas Ocupacionales Ana Gonzalez y Marcela López, quienes confirmaron esta postura y determinaron la importancia de las variables que se seleccionaron para realizar este estudio.

También se realizaron entrevistas en el Hospital Privado de Comunidad con población artrítica con el objetivo de corroborar la viabilidad de las variables, logrando resultados positivos y ratificación de la interacción física, social y psicológica en las enfermedades crónicas y discapacitantes.

En la Tesis publicada en Junio de 1995, "Pronóstico funcional de la Artritis Reumatoidea" por Barro y Koerner, en una población de 40 pacientes con una edad comprendida entre 20 y 70 años, se halla que 10 pacientes eran incluidos en la categoría que cumplen menos del 50 % de las indicaciones dadas por el terapeuta ocupacional y culminaban abandonando el tratamiento; 14 pacientes eran incluidos en la categoría que cumplen entre el 50 y el 80 % y sólo 16 pacientes cumplían entre el 80 y el 100 % de las indicaciones, lo cual influye notablemente sobre el pronóstico funcional de los pacientes. (1)

Considerando el desconocimiento del poder político, obras sociales y no profesionales de las características de este cuadro patológico, aumentado por la imposibilidad de poner en práctica los conceptos biopsicosociales por parte de los profesionales de la salud, se entiende que se dificulte ampliamente la comprensión de la patología en los pacientes, y junto a esto, la ausencia del reconocimiento de las

(1) CF. BARRO M. y KOERNER M. "PRONOSTICO FUNCIONAL DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA". Trabajo de Investigación. Tesis de grado. Licenciatura en Terapia Ocupacional. Escuela de Ciencias de la Salud y el Comportamiento. Junio 1995. Pág 53/55.

implicancias de la enfermedad, la búsqueda incansable de diferentes métodos para aliviar sus dolencias sin comprometerse realmente en los tratamientos y la ausencia del deseo de búsqueda de información referente a su cuadro patológico.

Se debe mencionar que:

“Excepto para los casos leves, la Artritis Reumatoidea no puede ser adecuadamente controlada por un especialista aislado de los demás.” (2)

Es imprescindible que la atención sea brindada por un equipo interdisciplinario, con fines y métodos comunes a todos los miembros y frecuentes comunicación entre ellos.

“Los objetivos de tratamiento deberían ser discutidos y convenidos, la educación y el soporte psicológico provistos para los pacientes y sus familiares. Cada caso evaluado individualmente y prescriptas un conjunto de intervenciones de rehabilitación.” (3)

Entre ellas se tienen en cuenta reposo, ejercicios (activos o activos-asistidos), ferulaje, masajes, calor, frío, farmacoterapia, infiltraciones, cirugía, educación y soporte psicosocial. Todos tienen un rol en la rehabilitación de pacientes mayores con Artritis Reumatoidea.

Se conoce que actualmente son pocos los pacientes que pueden hacer frente a un tratamiento integral y personalizado de este tipo y pocos los centros de salud que pueden brindar la cantidad y calidad de atención requerida para que durante el curso de la patología sea mantenida la salud psíquica y preservadas y/o mejoradas la fuerza, amplitud articular y resistencia, con el objetivo de conservar la función durante la realización de las Actividades de la Vida Diaria, lo más independiente y normales que sea posible y la mantención por mayor tiempo de su ocupación habitual.

Muchas personas con Artritis Reumatoidea conviven mejor con su enfermedad si comprenden su condición y tienen expectativas realistas de los beneficios y desventajas del tratamiento. Por lo tanto, la educación de los pacientes es un aspecto importante del tratamiento. (4)

(2) AKIL M. y AMOS R. “Rheumatoid Arthritis –2: Treatment”. ABC OF RHEUMATOLOGY. Vol 310. Gran Bretaña. Marzo 1995. Pág 652/655.

(3) DALY M. y BERMAN B. “Rehabilitation of the elderly patient with Arthritis”. CLINICS IN GERIATRIC MEDICINE. Vol 9. N° 4. EE UU. Noviembre 1993. Pág 783/801.

(4) CF. OP CIT. AKIL M. y AMOS R. Pág 652/655.

Dentro de las incumbencias del terapeuta ocupacional está el contribuir con la educación del paciente, con diferentes objetivos como proteger las articulaciones, analizar la función, mejorar el promedio de ejercicios, incorporar períodos de descanso, modificar las formas de realizar determinadas actividades o evitar realizar otras, y utilizar cuando son necesarias, adaptaciones y ortesis. Por lo tanto, se infiere el papel importante de esta profesión dentro de un equipo interdisciplinario que aborde este tipo de patologías.

MARCO TEORICO

CAPITULO 1

ARTRITIS REUMATOIDEA: GENERALIDADES

- DEFINICION.
- CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO.
- ETIOLOGIA.
- ANATOMIA PATOLOGICA.
- CARACTERISTICAS CLINICAS.
- MANIFESTACIONES ARTICULARES.
- MANIFESTACIONES EXTRAARTICULARES.

DEFINICION DE ARTRITIS REUMATOIDEA

En primera instancia, se define el concepto de la enfermedad que es el centro de interés en esta investigación, la Artritis Reumatoidea (A.R.).

Es adecuado, para detallar las características de este cuadro patológico, mencionar a Daly M.P. y Berman B.M. (1993), en el siguiente texto:

“La A.R. es una enfermedad sistémica, inflamatoria, crónica, caracterizada por un curso intermitente que varía considerablemente de paciente en paciente. El usual comienzo de la A.R. es entre los 35 y 40 años, sin embargo, en un 10 % de pacientes la enfermedad aparece después de los 60 años. Las mujeres son afectadas dos o tres veces más frecuente que los hombres.”(5)

Otros autores, por ejemplo Garcia Morteo (1980), afirman que se pueden hallar casos de A.R. en pacientes mucho más jóvenes, a partir de los 20 años, coincidiendo con el resto de las características mencionadas en el párrafo anterior. (6)

Por esta razón, se define como población de estudio de este trabajo de investigación, a pacientes diagnosticados con A.R., fuera de período agudo y mayores de 25 años de edad.

Desde Terapia Ocupacional, es importante tener en cuenta que la A.R. es una enfermedad potencialmente discapacitante, cuyas características principales son un impredecible curso, con períodos de exacerbación (brotes) y remisión de la actividad de la enfermedad.(7)

El proceso de enfermedad afecta especialmente las articulaciones diartrodiales, poniendo también en peligro tendones, ligamentos, aponeurosis, músculos y huesos; pudiendo trasladarse a diferentes estructuras orgánicas, tales como piel, ojos, corazón,

(5) OP CIT. DALY M.P. y BERMAN B.M. Pág 783/801.

(6) CF. GARCIA MORTEO O. y Col. ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO. 2º Edición. Ed Lopez Libreros. Bs As. 1980. Pág 107/156.

(7) CF. ERIK TAAL y Col. “Group Education for patients with Rheumatoid Arthritis”. PATIENT EDUCATION AND COUSELING. Vol 20. Irlanda.1993. Pág 177/187.

pulmones y otros órganos, que se detallan más adelante como MANIFESTACIONES EXTRAARTICULARES.

Aunque existan todas estas manifestaciones extraarticulares, la A.R. es básicamente una forma grave de sinovitis que a veces conduce a la destrucción y anquilosis de las articulaciones afectadas. En algunos casos, la enfermedad puede cursar con brotes menos intensos y con poca alteración funcional de las articulaciones. (8)

Sumado a esta caracterización de la A.R. está el curso impredecible, lo cual justifica no sólo las implicancias físico-funcionales, sino psicológicas, económicas y sociales que produce la enfermedad.

Wyngaarden afirma que el 1% de la población mundial sufre A.R. (9). Por tal razón, desde Terapia Ocupacional, se considera que esta gran cantidad de pacientes merecen que se conozca en profundidad el verdadero impacto de la enfermedad y la forma en que el equipo interdisciplinario puede colaborar para evitar la progresión de las consecuencias en las diferentes áreas de la vida del paciente.

(8) CF. CATRAN. KUMAR. RABINS. PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL. 4º Edición. Vol 2. Ed Interamericana. Madrid. 1991. Pág 1418/1423.

(9) CF. WYNGAARDEN J.B. y SMITH LL. CECIL: TRATADO DE MEDICINA INTERNA. 18º Edición. Vol 2. Ed Interamericana. México. 1986. Pág 2208/2214.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO

El conocer en forma certera los criterios diagnósticos de la enfermedad, favorece la uniformidad en las intervenciones de los diferentes miembros del equipo interdisciplinario y que la participación de cada uno de ellos sea criteriosa y oportuna.

Por tal motivo, la American Rheumatism Association (A.R.A) ha elaborado un conjunto de criterios diagnósticos que no se basan en el conocimiento teórico de la etiología y patogenia de la A.R.- ya que los conocimientos actuales son insuficientes para tal propósito- sino en los síntomas referidos por el paciente y los signos evidenciados a través de diferentes técnicas por los profesionales a cargo.(10)

Criterios Diagnosticos:

- Rigidez matutina.
- Dolor al moverse o sensibilidad dolorosa a la presión por lo menos en una articulación.
- Inflamación por lo menos en una articulación.
- Inflamación en una segunda articulación. (Cualquier intervalo libre de síntomas articulares, entre dos ataques, que no suele ser superior a tres meses).
- Afección simultánea de la misma articulación en ambos hemicuerpos.
- Nódulos subcutáneos sobre prominencias óseas o superficies extensoras o en regiones yuxtaarticulares.
- Signos radiográficos típicos de A.R.
- La prueba de aglutinación resulta positiva para el Factor Reumatoide.
- Se obtiene un precipitado de mucina deficiente (coágulo deshilachado en solución turbia) al añadir líquido sinovial al ácido acético diluido.
- Cambios histológicos característicos en la sinovial .
- Cambios histológicos característicos en nódulos subcutáneos.

En esta propuesta, la forma clásica requiere de la presencia de 7 de los 11

(10)ARNETT F.C. "The 1987 revised A.R.A. criteria form classification of rheumatoid arthritis."
ARTHRITIS AND RHEUMATISM. Vol 31, N° 315. 1988.

criterios, durante por lo menos 6 semanas y la forma definida requiere de 5 de los 11 criterios, durante el mismo período de tiempo. (11)

Posteriormente, estos criterios diagnósticos fueron revisados y modificados. Dentro de estas modificaciones, se halla el número de criterios (actualmente son 7).

Criterios Diagnósticos Modificados:

- Rigidez matutina.
- Artritis de 3 o más áreas articulares.
- Artritis de las articulaciones de manos.
- Artritis simétrica.
- Nódulos reumatoideos subcutáneos.
- Factor Reumatoideo positivo.
- Cambios radiográficos típicos de A.R.

Para esta nueva propuesta de clasificación de criterio diagnóstico, un paciente tiene A.R. si padece al menos 4 de los 7 criterios antes mencionados, estando presentes por un período de tiempo de 6 semanas. (12)

Aunque la función diagnóstica no entra dentro de las incumbencias del terapeuta ocupacional, ello no invalida que estos profesionales conozcan extensamente el criterio diagnóstico, las características clínicas, las manifestaciones articulares y extraarticulares, la evolución y el pronóstico de esta enfermedad; para una real integración en un equipo interdisciplinario, produciendo enriquecimiento de cada uno de sus miembros. A través de la fundamentación científica de su accionar, el terapeuta ocupacional logra un espacio propio dentro de ese equipo.

En la evaluación del paciente con A.R., el terapeuta ocupacional puede evidenciar a través de la observación y palpación, los criterios diagnósticos 2º, 3º, 4º y 5º, mientras el criterio 1º puede ser referido por el paciente a través de una entrevista. Los objetivos de tratamiento se basan en estos items, sin ser los únicos a tener en cuenta, pues como ya se ha mencionado, son igualmente importantes y característicos de la enfermedad el impacto personal, social y económico, tema que será ampliado en ABORDAJE Y EDUCACION DEL PACIENTE.

(11) CF. OP CIT. WYNGAARDEN. Pág 2208/2214.

(12) CF. KELLEY W. y Col. TEXT BOOK OF RHEUMATOLOGY. 4º Edición. Vol 1. Ed Saunders. EE UU. 1993. Pág 874/875.

ETIOLOGIA

Actualmente, la teoría etiológica más aceptada es que la A.R. es una enfermedad autoinmune. Aproximadamente el 70 % de los pacientes tienen un autoanticuerpo circulante, denominado Factor Reumatoideo. En algunos pacientes, también existen otros autoanticuerpos, entre ellos antinucleares, anticolágeno y antiproteína filamentosa del citoesqueleto. Se piensa que los inmunocomplejos circulantes son responsables de las múltiples manifestaciones extraarticulares de la A.R. (13)

Mc Carty menciona que la causa de la A.R. no ha sido dilucidada, a pesar del gran gasto de recursos y de energía puesto en ésto. Además, explica que uno de los impedimentos es que la A.R. es una enfermedad solamente humana y aunque existen formas experimentales, no son modelos totalmente satisfactorios de la enfermedad. Otro problema, es que la mayoría de las observaciones se han hecho en pacientes con enfermedad ya establecida. Por ello, es difícil decidir si las anomalías encontradas son la causa o el resultado del proceso reumatoideo. (14)

Se han analizado factores metabólicos, nutricionales, endocrinos, genéticos, geográficos, profesionales y psicosociales, y se ha pensado en la posibilidad de un origen infeccioso. En el presente, la investigación está empeñada sobre todo en el estudio de las anomalías que ocurren en la regulación del sistema inmunitario y de la infección por uno o varios agentes. (15)

Esta patología está sin duda relacionada con una respuesta inflamatoria que compromete el sistema inmune. El evento inicial que desencadena esta respuesta es probablemente un agente etiológico específico. Se han realizado gran cantidad de estudios, pero aún se carece de evidencias que demuestren la intervención de un agente infeccioso específico en A.R.

(13)CF. OP CIT. CATRAN y Col. Pág 1418/1423.

(14) CF. MC CARTY D. J. ARTRITIS Y OTRAS PATOLOGIAS RELACIONADAS. 10º Edición. Ed Panamericana. Bs As. 1987. Pág 569/573.

(15)CF. OP CIT. WYNGAARDEN. Pág 2208/2214.

ANATOMIA PATOLOGICA

Previo a la descripción de las características físico-funcionales y el curso del cuadro clínico, se hace referencia a la anatomía patológica que caracteriza a la A.R., considerando adecuadas las afirmaciones de Wyngaarden:

“Entre los primeros acontecimientos visibles en el sistema sinovial reumatoide, se encuentra una lesión microvascular y proliferación moderada de las células de revestimiento celular. Además, se observa edema e inflamación; leucocitos polimorfonucleares aparecen en el revestimiento celular y es frecuente encontrar células inflamatorias y trombos diminutos en sus pequeños vasos sanguíneos. La fagocitosis, con intervención de grandes células mononucleares, acompaña la proliferación. Hay liberación de colagenasa, elastasa, catepsinas y prostaglandinas. La fibrina, que se forma en el revestimiento sinovial, es incorporada a la misma y después comienza a invadir la cavidad articular. En la superficie interior de la sinovial aparecen vellosidades, lo cual aumenta su área superficial en proporción mayor a su volumen también creciente. Esta sinovial de tipo proliferante recibe el nombre de pannus. Las células de revestimiento presentan hiperplasia e hipertrofia y el número de capas suele duplicarse o hasta triplicarse. Muy pronto ocurre la vascularización de la sinovial proliferante por arteriolas, capilares y vénulas. Esto afianza el proceso patológico.”(16)

La formación del pannus con destrucción inflamatoria de los tejidos blandos, produce laxitud de ligamentos y tendones, empeorando el proceso a causa del uso constante y la presión mecánica, ocurriendo las deformidades típicas de la enfermedad. Suelen observarse en las radiografías la formación de quistes y la destrucción del cartílago, se ve con menos frecuencia la erosión del hueso yuxtaarticular a nivel de los márgenes del pannus, característica de la A.R. avanzada. (17)

La precisión en el conocimiento de las características del proceso patológico por parte de los terapeutas ocupacionales, favorece un mejor desempeño en el establecimiento de las pautas de abordaje terapéutico con el objetivo de prevenir y/o mejorar la evolución de la enfermedad

(16) OP CIT. WYNGAARDEN. Pág 2208/2214.

(17) CF. OP CIT. WYNGAARDEN. Pág 2208/2214.

Esto puede lograrse, cuando los pacientes cumplen con las pautas de tratamiento impartidas por el equipo interdisciplinario, incluyendo la realización del plan de ejercicios, la incorporación de períodos de descanso, la toma de dosis prescritas de medicación, la utilización de valvas y ortesis cuando fueran necesarias, y la modificación en la realización de determinadas actividades.

Para concluir con esta descripción, cabe mencionar que no es difícil inferir que este compromiso articular, potencialmente grave e impredecible, pueda interesar las diferentes esferas de vida del paciente incluyendo la funcionalidad, las relaciones sociales (laboral, familiar, etc.), economía y finanzas, y la organización psicológica (depresión, introversión, desvalorización yoica, etc.), complicando aún más y de manera más extensa el proceso patológico.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Como se menciona precedentemente, el curso de esta patología crónica e invalidante es impredecible y su diagnóstico es compatible con una amplia gama de evoluciones clínicas. Estas, pueden ir desde unos pocos meses de malestar hasta décadas de incapacidad grave.

En cuanto a las formas de inicio se debe destacar que:

“Cerca de los dos tercios de los casos comienzan con síntomas que aparecen poco a poco, a lo largo de semanas o meses, período caracterizado por malestar y sensación de fatiga, asociados a menudo con dolor musculoesquelético difuso.”(18)

Conforme progresa el cuadro patológico, los terapeutas ocupacionales pueden evidenciar en su evaluación a través de la observación, entrevista y palpación, articulaciones específicas dolorosas, sensibilidad dolorosa a la presión, inflamación y rubor; junto a esto, la limitación en movimientos específicos correspondiente a las articulaciones afectadas.

Sea cual fuere la evolución clínica de los pacientes diagnosticados con A.R., siempre es mejor sobrellevado el cuadro sintomático, si el abordaje terapéutico es precoz, adecuado y abarcativo de todas las áreas de vida afectadas por la enfermedad y si el paciente cumple con las pautas establecidas por el equipo interdisciplinario.

Otro aspecto relevante de la A.R. es que el patrón de afectación articular es típicamente simétrico, interesando manos, muñecas, codos y hombros, respetando las articulaciones interfalángicas distales, tema que se amplía en MANIFESTACIONES ARTICULARES.

“Los pacientes afirman tener sensación de rigidez después de un período de inactividad, que puede ocurrir por la mañana al levantarse o después de estar sentado durante mucho tiempo. Este síntoma es tan característico, que la duración de la rigidez matutina ha sido tomada como guía del grado de actividad del proceso inflamatorio.”
(19)

(18) OP CIT. WYNGAARDEN. Pág 2208/2214.

(19) OP CIT. WYNGAARDEN. Pág 2208/2214.

Al evolucionar el proceso de enfermedad, el paciente experimenta más dolor y rigidez, que limitan su capacidad de desempeño en las Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.), incluyendo desplazamientos, subir escaleras, abrir puertas, botellas, frascos o ejecutar pequeños movimientos, etc.

A raíz de estas limitaciones, el paciente puede hundirse en una depresión psicológica concomitante y pérdida de peso, observándose largos períodos de introversión y ausencia del deseo de actividad. A veces se observa febrícula en asociación con las manifestaciones sistémicas de la enfermedad.

Como ya se ha caracterizado, esta evolución patológica produce en los pacientes un fuerte impacto sobre las diferentes áreas de vida. Un tratamiento abarcativo de todas estas áreas, implementado lo más precozmente posible, favorece la independencia en A.V.D. por mayor tiempo, con el objetivo de prevenir la aparición de síntomas y signos psicológicos que conforman el cuadro clínico. De este modo, lograr una visión más optimista frente a la enfermedad y el tratamiento pertinente. El uso de adaptaciones y ortesis, la implementación de períodos de descanso, la realización del plan de ejercicios, la toma de medicación del modo prescrito y la modificación de determinados hábitos y actividades, coadyuvan a retrasar y/o impedir la llegada del estadio invalidante en la evolución de la patología.

Al modificar su estilo de vida, los pacientes tienen mayores posibilidades de cumplir este objetivo. Si se considera que un 20 % de los pacientes presentan un inicio agudo, designando con este término la rápida acumulación de síntomas en unos cuantos días, se comprende la dificultad de una gran cantidad de pacientes en asimilar esta situación y acomodarse a la misma.

“Aunque en las primeras etapas de la A.R. se caracteriza por su intermitencia, suele volverse persistente al progresar. Sin embargo, como se señaló antes, el curso de este padecimiento es muy variable. Así, algunos pacientes presentan una evolución inexorable hacia la incapacidad grave y hasta, aunque raras veces la muerte. Por regla, se observan períodos repetidos de remisión de diferentes grados.”(20)

(20) OP CIT. WYNGAARDEN. Pág 2208/2214.

Es difícil anticipar el curso de la A.R. Los pacientes con una forma de presentación leve pueden tener una enfermedad transitoria, sin secuelas. En la mayoría de los pacientes existe una actividad fluctuante durante años, siendo la progresión más importante, la que ocurre durante los primeros 4 o 5. A veces, tras un período de lesión progresiva, la enfermedad se hace quiescente y se estabiliza. En el otro extremo están los casos que comienzan en forma aguda y progresan a la deformación e invalidez en unos pocos años. Globalmente, la esperanza de vida se acorta, con una mortalidad aproximada al doble de la esperada para la edad. (21)

Resumiendo, esta enfermedad sistémica, inflamatoria y crónica, se diferencia por un curso intermitente, que varía de paciente en paciente. Este curso impredecible, con períodos de exacerbación y remisión de actividad de la enfermedad, produce en las personas que la padecen una sensación de que algo incontrolable altera las diferentes áreas de vida, su estilo y calidad. Estos períodos de exacerbación sintomática, llamados brotes, se distinguen por inflamación, rubor, dolor, inmovilidad y aumento de la temperatura en las articulaciones afectadas.

(21) CF. OP CIT. CATRAN y Col. Pág 1418/1423.

MANIFESTACIONES ARTICULARES

En cuanto a lo que se detalló con anterioridad, el cuadro clínico de la A.R. se caracteriza por malestar, sensación de fatiga y dolor musculoesquelético difuso. También se puede evidenciar inflamación, rubor y limitación en los movimientos específicos correspondientes a las articulaciones diartrodiales afectadas. Se comienza con un repaso anatómico de las mismas.

Definidas por Williams y Warwick, como articulaciones sinoviales libremente móviles, caracterizadas porque los huesos que intervienen están unidos por una cápsula fibrosa y, a menudo, por ligamentos accesorios situados dentro o fuera de ellas. Las superficies óseas están recubiertas por cartílago hialino o fibrocartílago y el verdadero contacto tiene lugar entre estas superficies cartilaginosas. El deslizamiento está facilitado por líquido sinovial viscoso, que actúa como lubricante y conservador de las células vivas en los cartílagos articulares. La cápsula está tapizada en toda su superficie por una membrana sinovial, que se extiende sobre todas las superficies intraarticulares. Otra estructura intraarticular, no recubierta por membrana sinovial, que pueden tener estas articulaciones, es el disco articular o menisco, constituido por fibrocartílago, que se interpone entre las superficies articulares, dividiendo la articulación en dos partes, tanto estructural como funcionalmente, existiendo dos cavidades sinoviales separadas.(22)

El proceso patológico causa los siguientes trastornos:

- Aumento de la presión articular.
- Estiramiento y adelgazamiento de los elementos fibrosos de la cápsula.
- Debilitamiento de la unión ósea de los tejidos capsulares.
- Obstáculos en la nutrición de la cápsula, cartílago y sinovial.

(22) CF. WILLIAMS P. y WARWICK R. GRAY ANATOMIA. Vol 1. Salvat Editores. Mallorca. Barcelona. España. 1985. Pág 468/477.

Las diartrosis afectadas con más frecuencia son las pequeñas articulaciones de las manos, muñecas, rodillas y pies. Al evolucionar la enfermedad, el proceso progresa hacia otras articulaciones como codos, hombros, esternoclaviculares, caderas y tobillos. Suele observarse limitación en la flexión de la columna vertebral, quedando reservado el movimiento a las articulaciones cervicales superiores.

Esta afectación articular característica, imposibilita la realización de actividades simples y fundamentales diarias, produciendo un alto impacto sobre las diferentes áreas de vida.

A continuación, se detallan las articulaciones en la forma y orden en que más comunmente son afectadas:

- **MANOS:** los músculos extrínsecos sufren inflamación, los intrínsecos muestran un espasmo con el objeto de proteger la articulación inflamada y por su actividad causan deformidad, limitación y dolor, generando posteriormente isquemia local y contracturas.
- **MUÑECAS:** están casi siempre afectadas y a menudo presentan una sinovial fácilmente palpable. Esta proliferación sinovial del lado palmar puede comprimir el nervio mediano y producir el Síndrome del Túnel Carpiano, manifestándose por parestesia y disestesia en pulgar, índice y dedo medio, así como en el lado radial del dedo anular y atrofia de la eminencia tenar. En ocasiones, la desviación del carpo es el factor deformante de la mano reumatoide. A consecuencia de los músculos palmar mayor, radial externo primero y segundo, que actúan sin oposición para la desviación cubital, la fila proximal del carpo se desplaza en dirección al cúbito. Este deslizamiento cubital, modificado por la laxitud ligamentosa y la tensión de los músculos de desviación radial, cambia el ángulo del primer metacarpiano. Al estar los metacarpianos desviados en posición radial, los dedos asumen una desviación cubital.
- **PULGAR:** las estructuras periarticulares ligamentosas del lado radial son débiles, produciendo la aducción excesiva. La A.R. ocasiona una deformidad por espasmo y contractura del aductor, causando aducción y flexión del primer metacarpiano. A causa del efecto de tenodesis, la articulación metacarpofalángica se hiperextiende y la interfalángica se flexiona, “pulgar en zeta”.

- **ARTICULACIONES INTERFALANGICAS PROXIMALES:** en la A.R. se ven afectadas con frecuencia. Según los tejidos que estén comprometidos se producen:
 *Deformidad en Ojal (Boutonnière), se produce flexión de la articulación interfalángica proximal e hiperextensión de la articulación interfalángica distal.
 *Deformidad en Cuello de Cisne, se produce extensión de la articulación interfalángica proximal y contractura en flexión de la articulación metacarpofalángica. (23) (24)

Todos estos cambios se asocian con pérdida de fuerza en manos y, a menudo, con pérdida de la capacidad para tomar o pellizcar, produciendo con la evolución de la patología, una disminución de la capacidad funcional manual y, por consiguiente, una alteración en la cantidad y calidad de las A.V.D. realizadas hasta ese momento sin dificultad.

- **RODILLAS:** se encuentran dentro de las grandes articulaciones que con mayor frecuencia se afectan. También pueden formarse quistes de Baker debido al crecimiento de la bolsa semimembranosa hacia el espacio poplíteo. La destrucción de los tejidos blandos provoca una inestabilidad considerable de la articulación. La primera secuela que aparece es la limitación para la extensión total, desarrollando contractura en flexión y una deformidad progresiva en valgo.
- **PIES y TOBILLOS:** la A.R. puede provocar en los pies cambios análogos a los observados en las manos. La deformidad en los dedos de los pies produce subluxación de las cabezas de los metatarsianos y, finalmente, el “pie en garra”. La primera articulación metatarsofalángica sufre una progresiva deformidad en valgo, desarrollando un “hallux valgus” sobre su superficie interna. Puede producirse el Síndrome del Túnel Tarsiano con pie colgante, provocado por parálisis del nervio tibial anterior.

(23) CF. Dr CAILLIET RENE. SINDROME DOLOROSOS MANO. 3º Edición. Ed El Manual Moderno. México. 1985. Pág 164/189.

(24) CF. OP CIT. WYNGAARDEN. Pág 2208/2214.

- **CODOS:** la erosión de los bordes del pannus borra fácilmente los surcos paraolecraneanos. Muchas veces, aún en pacientes recientemente diagnosticados, el codo no puede lograr una posición de extensión total. La pérdida del espacio articular y el deterioro de la congruencia facilitan la luxación de la articulación. Además, deben mencionarse la alteración de los movimientos de rotación.
- **HOMBROS y CINTURA ESCAPULAR:** la afección de las articulaciones glenohumeral, acromioclavicular y toracoscapular es un rasgo común en los casos de A.R. avanzados, que no se observan en casos recientemente diagnosticados. La destrucción de la articulación suele provocar rotura de la cápsula articular y subluxación de hombro.
- **CADERAS:** la ubicación tan profunda de la articulación encubre la tumefacción y la sensibilidad dolorosa a la presión. Por esta razón, es necesario tener en cuenta cualquier limitación del movimiento en esta articulación. El 50 % de los pacientes tienen compromiso en sus caderas.
- **COLUMNA CERVICAL:** el proceso de enfermedad inicialmente ligamentario, puede producir dolor y rigidez en el cuello y posteriormente, en algunos pacientes, dar lugar a erosión ósea en las vertebrales cervicales. Esto puede generar una subluxación atlantoaxial que, en ocasiones, provoca compresión de la médula espinal y, finalmente en algunos casos raros, manifestaciones neurológicas. Existe también la posibilidad de torsión y compresión de las arterias vertebrales, con insuficiencia vertebrobasilar y síncope al mirar hacia abajo, como síntomas principales. La cefalalgia occipital, y a veces localizada en una zona más extensa, es una queja muy frecuente en estos pacientes. En estos casos de afectación del cuello, también pueden encontrarse sensibilidad dolorosa focalizada, espasmo muscular y limitación del movimiento rotatorio. Puede ocurrir una inclinación incontrolable de la cabeza como síntoma del colapso masivo lateral de las vertebrales C1 y C2. (25) (26)

(25) CF. OP CIT. WYNGAARDEN. Pág 2208/2214.

(26) CF. OP CIT. GARCIA MORTEO. Pág 107/156.

Con esta descripción de las manifestaciones articulares propias y características de los pacientes con A.R., se puede deducir claramente la alteración en las diferentes esferas de vida, principalmente aquellas que requieren integridad musculoesquelética para la ejecución de las diferentes actividades en forma independiente, tales como A.V.D., laborales y recreativas entre otras. Para su realización un gran número de pacientes requerirán adaptaciones o asistencias; considerando:

*Adaptación, todo aquel elemento o dispositivo utilizado por el paciente y necesario para la realización de tareas o actividades en forma independiente.

*Asistencia, cuando el paciente requiere la ayuda de otra persona para la ejecución de tareas o actividades.

Estas, son prescritas en forma temprana cuando la evolución de la patología es rápida, el paciente no tenga el tratamiento adecuado o no cumpla con las pautas de tratamiento y, en forma más tardía, cuando la evolución de la enfermedad sea más benigna, el tratamiento sea el adecuado y el paciente cumpla con las pautas de tratamiento impartidas por el equipo interdisciplinario.

MANIFESTACIONES EXTRAARTICULARES

Muchos autores afirman, que la dificultad más importante de los pacientes diagnosticados con A.R. está relacionada con las manifestaciones articulares, que ocasionan dolor, sensibilidad dolorosa a la presión, limitación articular, deformidad, hipotrofia o atrofia muscular, y como consecuencia de esto, una disminución de la capacidad funcional, no sólo manual, sino también de la motricidad general. De esto se deduce, que las manifestaciones articulares son la causa más importante de discapacidad, pero las manifestaciones extraarticulares colaboran en gran medida, para aumentar las dificultades que padece el paciente con A.R.

Esta enfermedad puede comprometer a casi todos los órganos, si bien, un porcentaje importante de lesiones extraarticulares pasan inadvertidas clínicamente, constituyen un hallazgo necrópico.

Este carácter sistémico de la patología puede aparecer en cualquier paciente y en cualquier momento de la evolución de la enfermedad, incluso precediendo a las manifestaciones articulares. Esto sucede frecuentemente en esta población, lo que produce la dependencia de los cuidados médicos interdisciplinarios y los altos costos que ocasionan el curso y la evolución de esta dolencia, entre ellos, medicamentosos, quirúrgicos y la adquisición de equipamiento y adaptaciones.

Las diferentes estructuras orgánicas afectadas por este proceso patológico son:

- **MANIFESTACIONES CUTANEAS:** entre el 20 y el 25 % de los pacientes, en algún momento, advierten la formación de nódulos subcutáneos. Pueden establecerse en cualquier lugar, pero son más comunes en sitios de presión, por ejemplo, la superficie extensora del antebrazo y la superficie posterior del tendón de Aquiles. Por lo general, son asintomáticos, pero en algunos casos suelen ulcerarse o infectarse. Los complejos inmunes pueden causar la enfermedad de los pequeños, y algunas veces, grandes vasos (vasculitis). Esto, puede conducir a la infartación digital, grandes úlceras en la piel y mononeuritis causada por daño de los vasos nerviosos. Este proceso vascular, en la piel, produce a menudo pequeñas manchas parduzcas o lesiones en forma de astillas. También se observan zonas más grandes

de isquemia en las extremidades inferiores, con necrosis de un dedo del pie o esfacélos cutáneos sobre los maléolos. Otra manifestación frecuente es la predisposición a las contusiones y a lesiones equimóticas, ésto se debe probablemente a la fragilidad general de la piel y podrían estar asociadas con las manifestaciones sistémicas del proceso inflamatorio o por la administración de esteroides.

- **MANIFESTACIONES CARDIACAS:** las lesiones cardíacas se detectan clínicamente en contadas oportunidades, constituyendo un hallazgo necrópsico en un alto porcentaje de pacientes. La alteración más frecuente hallada es la pericarditis. Se encuentran evidencias de pericarditis adhesiva o constrictiva en un 30 a un 50 % de las autopsias realizadas de pacientes reumatoideos. Lesiones valvulares han sido encontradas en porcentajes variables -entre 12 y 65 % de las necropsias- predominando en las válvulas mitral y aórtica. Los granulomas cardíacos, característicos de la A.R., histológicamente similares a los nódulos subcutáneos, pueden localizarse -en este orden de frecuencia- en el pericardio, miocardio, en los anillos valvulares y en el seno de las válvulas mitral, aórtica, tricúspide y pulmonar. Finalmente, en raras oportunidades, pueden encontrarse zonas de infarto de miocardio secundario a lesiones de arteritis coronaria.
- **MANIFESTACIONES PULMONARES:** es frecuente encontrar en necropsia signos de enfermedad pleural reumatoide; en clínica, ésta puede ser asintomática. El exámen del tejido pleural revela, a menudo, una reacción inflamatoria inespecífica, aunque en ocasiones, demuestra la característica imagen histológica de los nódulos subcutáneos reumatoideos. Se han hallado nódulos intrapulmonares que, aunque asintomáticos, algunas veces se infectan y presentan cavitación o se rompen en el espacio pleural con producción de neumotórax. En ocasiones, el derrame pleural alcanza un volumen suficiente como para provocar limitación respiratoria. Otro tipo de alteración pulmonar es el Síndrome de Caplan, consiste en imágenes nodulares grandes y redondeadas. El 85 % de los pacientes que tienen evidencias radiológicas de este síndrome, presentan títulos altos de factores reumatoideos circulantes, tengan o no evidencias clínicas de A.R., que puede aparecer en los años sucesivos.
- **MANIFESTACIONES NEUROLOGICAS:** la vasculitis reumatoide esta asociada comunmente con un síndrome de mononeuritis múltiple, en el cual hay pérdida de

sensibilidad en pequeñas zonas de una o varias extremidades, acompañada muchas veces de pie o muñeca colgante. Los trastornos neurológicos aparecen también en relación con la proliferación sinovial que provoca la compresión de nervios. Este proceso da lugar a padecimientos tales como, el Síndrome del Túnel del Carpo (neuropatía del nervio mediano) y el Síndrome del Túnel Tarsiano (neuropatía del nervio tibial anterior).

- **MANIFESTACIONES OFTALMOLOGICAS:** la episcleritis es un padecimiento caracterizado por dolor moderado y malestar leve, que mejora rápidamente con tratamiento esteroideo, aunque puede ser también de curación espontánea. La escleritis provoca dolor agudo y trastornos visuales ocasionales, el tratamiento con corticoesteroides, locales o sistémicos, puede producir remisiones transitorias, mejorías más completas y sostenidas han sido observadas en tratamiento con inmunosupresores. El Síndrome de Sjögren ocurre frecuentemente, causando lesiones en córnea y conjuntiva, asociadas con sequedad en los ojos, su tratamiento incluye plasmaferesis y el empleo de corticoesteroides y drogas inmunosupresoras.
- **SINDROME DE FELTY:** este síndrome se encuentra en la forma crónica en asociación con esplenomegalia, linfadenopatía, anemia, trombocitopenia y leucopenia selectiva que afecta únicamente a los neutrófilos. Es frecuente la presencia de hiperpigmentación y úlceras en las piernas. Si bien no es un síndrome frecuente, es más común en los casos de enfermedad severa y de larga evolución.
- **AMILOIDOSIS:** es una complicación de la A.R., cuya verdadera incidencia –varía entre 0 y 60 % en autopsias de enfermos reumatoideos- no se conoce. La distribución de la sustancia amiloide en esta enfermedad predomina en el hígado, riñón y glándulas suprarrenales, pero también se ha encontrado en una gran variedad de órganos, entre los que se destacan vasos sanguíneos, corazón y tubo gastrointestinal. (27) (28) (29)

(27) CF. OP CIT. WYNGAARDEN. Pág 2208/2214.

(28) CF. OP CIT. GARCIA MORTEO. Pág 107/156.

(29) CF. AKIL M. y AMOS R. "Rheumatoid Arthritis-1: Clinical features and diagnosis". ABC OF RHEUMATOLOGY. Vol 310. Gran Bretaña. Marzo 1995. Pág 587/590.

Teniendo en cuenta que cada paciente diagnosticado con A.R. padece una enfermedad multisistémica, se beneficiaría siendo evaluado en forma integral. De allí, la afirmación hipotética de esta investigación, que supone que todo paciente integrado en un programa educacional podría favorecer la comprensión de la patología y su asimilación. Es decir, a través de la búsqueda activa de información por parte del paciente, que posibilite el percibir y entender su situación de enfermedad, principalmente datos sobre etiología, diagnóstico, curso, tratamiento y pronóstico, y junto a esto, la aceptación de los cambios producidos en las diferentes esferas de vida a partir del diagnóstico y evolución de su cuadro patológico. De este modo, sería probable la adaptación del individuo, reajustando su conducta en función de las transformaciones sufridas, esto incluye un mayor cumplimiento de las pautas de tratamiento y asistencia a las diferentes especialidades y estudios requeridos, con el objetivo de mejorar el pronóstico y controlar las manifestaciones articulares y extraarticulares mencionadas precedentemente.

CAPITULO 2

IMPACTO DE LA ENFERMEDAD

- **DETERMINANTES BIOPSIICOSOCIALES.**

DETERMINANTES BIOPSIICOSOCIOLOGICOS

Se comienza a definir este capítulo con una frase representativa de la idea que rige esta investigación, Bendtsen afirma:

“La salud no puede ser vista como un fenómeno biológico o psicológico aislado, pues es una compleja interacción entre determinantes físicos, sociales y psicológicos, formando una entidad.” (30)

Engel creó el término biopsicosocial en el año 1977, con el fin de transmitir que los eventos biológicos, sociológicos y psicológicos, están inextricablemente relacionados en las enfermedades crónicas. (31)

Un modelo que solo abarque nociones anatómicas, fisiológicas y biomecánicas, es insuficiente en el caso de las enfermedades crónicas, tal como es la A.R., en donde el estado de funcionalidad - discapacidad y salud - enfermedad, no pueden estar determinados unicamente por conceptos biomédicos.

En entrevistas realizadas previas a la formulación de la hipótesis, con pacientes diagnosticados con A.R., con el objetivo de confirmar la viabilidad de las variables, algunas de las respuestas que surgen y confirman la importancia de esta concepción, son las siguientes:

- Paciente de sexo femenino, de 47 años de edad, con 12 años de evolución de la enfermedad, afirmó :
“Las causas de la A.R. son desconocidas, pero yo creo que son virósicas y psíquicas.”
- Paciente de sexo femenino, de 76 años de edad, con 3 años de evolución de la enfermedad, mencionó:

(30) BENDTSEN P. y HÖRNQUIST J. “Severity of rheumatoid arthritis, function and quality of life: sub-group comparisons”. CLINICAL AND EXPERIMENTAL RHEUMATOLOGY. Vol 11. Suecia. 1993. Pág 495/502.

(31) PARKER J. y Col. “Biopsychosocial contributions to the management of arthritis disability”. ARTHRITIS AND RHEUMATISM. Vol 36. Nº 7. Missouri. EE UU. Julio 1993. Pág 885/889.

“Han disminuído mis actividades de tiempo libre, recreacionales y deportivas, porque me siento acomplejada por la dificultad motriz que tengo.”

- Otra paciente de sexo femenino, de 70 años de edad, con 2 años de evolución de la enfermedad, sostuvo:

“Debí cambiar mi ocupación habitual, ama de casa, por la imposibilidad de utilizar las manos, necesitando ayuda en todas las tareas.”

El análisis de estos relatos textuales y concretos, demuestra la existencia del impacto psicológico y social, que la enfermedad impone sobre la vida del paciente y la forma en que estos factores modulan o influyen la evolución de las enfermedades crónicas.

Por este motivo y por el interés que los pacientes le dan a cada una de las tareas o actividades realizadas previamente a la enfermedad, y perdidas a partir del diagnóstico y evolución, se considera en esta investigación la importancia y necesidad de tenerlas en cuenta en evaluaciones y planteos terapéuticos.

“Las intervenciones dirigidas hacia aquellas áreas que los pacientes consideran como más importantes, probablemente aumenten la percepción de bienestar de los pacientes y puedan intensificar su satisfacción con los cuidados clínicos.” (32)

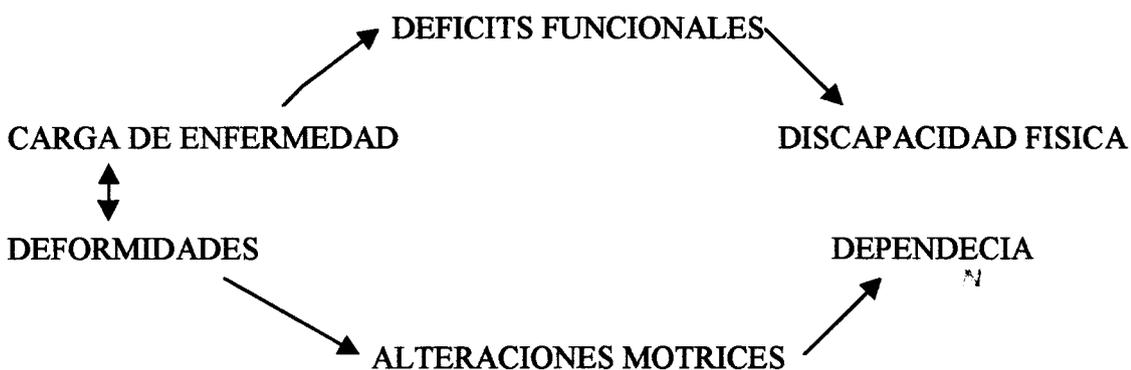
De esta forma, se brinda un abordaje personalizado que posiblemente incremente el cumplimiento de las pautas de tratamiento y mejore la asistencia de la población diagnosticada con A.R.

No se puede dejar de mencionar, que los procesos inflamatorios crónicos que padecen estos pacientes y que imponen cambios anatómicos, que no pueden ser reparados naturalmente, dejan a los pacientes con un mal funcionamiento musculoesquelético. CARGA DE ENFERMEDAD.

Estos cambios anatómicos son reflejados en una reducción de la capacidad funcional. Los pacientes pueden experimentar limitada amplitud de movimiento en sus articulaciones, reducción de la fuerza de acuerdo a los grupos musculares afectados y pérdida de la integridad de la anatomía articular normal. DEFICITS FUNCIONALES.

(32) BLALOCK S. y Col. “Psychological well-being among people with recently diagnosed Rheumatoid Arthritis”. ARTHRITIS AND RHEUMATISM. Vol 35. N° 11. Carolina. EE UU. Noviembre 1992. Pág 1267/1272.

Con el empeoramiento de distintos sistemas funcionales, los pacientes comienzan a experimentar fracasos en actividades que requieren la acción integrada de cada región articular, por ejemplo, actividades simples de la vida diaria. DISCAPACIDAD FISICA. (33)



Es decir, la A.R. conduce a los pacientes a un mal desempeño motriz, ésto reduce su capacidad funcional, dejando de manifiesto la discapacidad o incapacidad en la realización de A.V.D., laborales o recreativas. De esta manera, contribuye para producir alteraciones globales del estilo de vida y dolencias secundarias, ante la pérdida de tareas y actividades altamente valoradas por el sujeto (por ejemplo, trabajo, relaciones maritales y familiares, recreación, etc.) afectando el bienestar psicosocial y favoreciendo el distress emocional.

Son importantes las consecuencias económicas que se observan desde estadios tempranos –retiro laboral precoz, bajos ingresos, reducción en la capacidad de hacer compras, de trasladarse, subir o bajar de automóviles o micros, disminución de las actividades recreacionales, imposibilidad de realizar tareas del hogar y actividades simples de la vida diaria- a pesar de la condición clínica y funcional del paciente.

(33) DEVINS G. y Col. "Illness intrusiveness in Rheumatoid Arthritis: differential impact on depressive symptoms over the adult lifespan". THE JOURNAL OF RHEUMATOLOGY. Vol 19. Nº 5. Canadá. 1992. Pág 709/715.

Este proceso se produce, porque cuando la salud se compromete por una enfermedad, como es la A.R., la función empeora debido al cuadro clínico y síntomas, tales como, dolor e inflamación, resultando en reducida capacidad para realizar actividades.

La última consecuencia de esta reacción en cadena, de la enfermedad a la discapacidad, es la desventaja social, que reduce la habilidad para satisfacer objetivos vitales. Todo esto, avalado desde obras sociales que no cubren patologías crónicas e invalidantes y barreras arquitectónicas existentes.

Este impacto mencionado, sumado al curso impredecible y la variación de actividad de la enfermedad, puede causar en los pacientes una visión de la patología como incontrolable, resultando en una reducción de las expectativas de eficacia propia, sobre el manejo de las consecuencias de este proceso.

Este sentimiento de ausencia de control, puede favorecer en los pacientes la experiencia de ansiedad y depresión. Esto, podría conducir a incrementar la percepción de dolor y reducir el compromiso en la realización de actividades diarias. De esta forma, dificultar la aceptación y adaptación a la enfermedad, y las modificaciones pertinentes del estilo de vida, necesarias para sobrellevar el cuadro patológico, con el mayor bienestar físico, psicológico y social, por más tiempo.

Por último, también deben mencionarse los problemas sexuales, como impacto directo de la A.R., no sólo por imposibilidad debido al mal funcionamiento musculoesquelético –alteración muscular, articular y ósea- sino, porque en nuestra cultura, el declive de la imagen corporal puede explicar este tipo de problemas y otros conflictos maritales, como inversión de roles y discusiones frecuentes en estos pacientes.

Se considera importante tener en cuenta que:

“La evaluación del curso y sucesos de vida, debería ser incluida en los abordajes terapéuticos, incluyendo medidas de bienestar psicológico, físico y social, en acordancia con la definición de salud de la O.M.S.” (34)

(34) CF. EBERHARDT B. y Col. “Early Rheumatoid Arthritis - some social, economical and psychological aspects”. *JOURNAL RHEUMATOLOGY*. Vol 22. Nº 3. Suecia. 1993. Pág 119/123.

La clara evidencia de la interacción física, social y psicológica, hace imprescindible que se amplíen las áreas de evaluación y tratamiento en rehabilitación.

Resumiendo, la A.R. es reconocida por introducir un número de productores de stress y demandas adaptativas en los individuos afectados. Entre los productores de stress más comunmente identificados están la discapacidad física, el dolor crónico, un variable curso caracterizado por una impredecible serie de exacerbaciones y remisiones de actividad de la enfermedad, un pronóstico desconocido, dependencia de los cuidados profesionales de salud, complicados regímenes médicos, dietarios y medicamentosos, y complicaciones económicas, debido a costosos cuidados de salud y retiros laborales precoces. (35)

Esto, realza la importancia y la necesidad de un abordaje integral, personalizado y temprano, como se propone en esta investigación, lo cual, posiblemente mejore el cumplimiento de las pautas de tratamiento en esta población.

(35) CF. OP CIT. DEVINS y Col. Pág 709/715.

CAPITULO 3

ABORDAJE TERAPEUTICO

- GENERALIDADES.
- AGENTES FARMACOLOGICOS.
- INTERVENCIONES DE REHABILITACION.
- PROGRAMAS DE EDUCACION.
- PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS ORTOPEDICOS.

GENERALIDADES

Si bien, diferentes autores reconocen que ha habido progresos en los resultados de los tratamientos de personas con A.R., durante el curso de su enfermedad, a largo plazo, los cambios funcionales no son óptimos. La cura, aún permanece inexistente y las modificaciones se valoran por efecto paliativo. Esto, responde a los avances incrementados en farmacología, rehabilitación y tratamientos quirúrgicos. Por lo tanto, con el objetivo de optimizar los resultados, se utilizan y coordinan los tres tipos de tratamiento.

Desde Terapia Ocupacional, se desea destacar, que es necesario para abordar adecuadamente a esta población, que el tratamiento cumpla con los siguientes items:

- Iniciación temprana.
- Integral y personalizado.
- Interdisciplinario.
- Evaluado, planificado y minitoreado individualmente.

“Sólo los problemas médicos agudos conceden al médico el lujo de la abstracción, por ejemplo la Neumonía; en la A.R., por ser una enfermedad crónica, sin una causa específica conocida, la asistencia es mucho más complicada. Exceptuando algunos casos leves, esta patología no puede ser adecuadamente controlada por un solo especialista, aislado de los demás.” (36)

A partir de las entrevistas realizadas, previas a esta investigación, en pacientes con diagnóstico de A.R., surgen como datos comunes, que son pocos los integrantes de este grupo que acceden a medidas necesarias e imprescindibles para lograr prevenir la declinación funcional, por mayor tiempo.

Los profesionales tienen más posibilidades de llevar a cabo este propósito, brindando atención personalizada y especializada a pacientes diagnosticados con este tipo de enfermedad, participando de un equipo interdisciplinario, con objetivos comunes de evaluación y tratamiento, con miras a una rehabilitación y a aplazar y/o prevenir por

(36) OP CIT. AKIL M. y AMOS R. Pág 652/655.

mayor tiempo el déficit, la discapacidad física y el impacto funcional, psicológico, social y económico, que conlleva el curso de la enfermedad.

Se debe mencionar, que la alteración funcional y la consiguiente necesidad de adaptaciones, para la realización de actividades simples de la vida diaria, es el resultado de la condición discapacitante artrítica, por lo tanto, el terapeuta ocupacional juega un rol esencial en la rehabilitación de estos desórdenes, donde coexisten frecuentemente diferentes tipos de déficits.

Con el objetivo de mantener por mayor tiempo la independencia en las A.V.D., una participación activa en las esferas laboral, social, económica, etc. y aplazar y/o prevenir la declinación funcional, son requeridos:

- Cooperación del * paciente,
 - * familiares,
 - * profesionales de salud.
- Comienzo temprano del tratamiento en el curso de la enfermedad.
- Ser precedido por una explicación * oportuna,
 - * clara,
 - * concreta.

A pesar de los avances en farmacología, rehabilitación y tratamientos quirúrgicos, los pacientes con enfermedad resistente a la terapia convencional, tienen un gran riesgo para la discapacidad, significativa durante todas las fases de la patología. El tratamiento efectivo, junto al cumplimiento de las pautas impartidas, puede ayudar a prevenir el estadio final articular y, de este modo, preservar la alineación y la función.
(37)

A través de la educación y el soporte psicológico provistos para los pacientes, con el fin de asistir en la asimilación de las características fundamentales de la patología, se puede lograr una adaptación del estilo de vida, modificado según las necesidades, para preservar por más tiempo la integridad articular.

(37) CF. GERBER L. y HICKS J. "Surgical and rehabilitation options in the treatment of the Rheumatoid Arthritis patient resistant to pharmacologic agents". RHEUMATIC DISEASE CLINICS OF NORTH AMERICA. Vol 21. N° 1. EE UU. Febrero 1995. Pág 19/39.

Los objetivos de tratamiento, discutidos y convenidos entre los miembros del equipo interdisciplinario, y entre los profesionales-pacientes, como así también, las técnicas a implementar en cada caso en particular, contribuyen para cumplimentar este fin. Los esfuerzos de rehabilitación requieren de un equipo interdisciplinario que incluye variadas disciplinas, como Medicina y sus especialidades, Terapia Física, Terapia Ocupacional, Trabajo Social, Psicología, Ortopedia, etc.

Cada caso individualmente evaluado, posteriormente accede a un conjunto de intervenciones prescritas, por ejemplo, reposo, ejercicio (activos o activos asistidos), ferulaje, masajes, frío, farmacoterapia, infiltraciones, cirugía, equipamiento y adaptaciones; y modalidades de tratamiento complementario, como educación y soporte psicosocial. Todos tienen un rol en la rehabilitación de pacientes diagnosticados con A.R.

Los objetivos de tratamiento son varios, recordando las características clínicas ya mencionadas en el Capítulo 1, ellos son:

- Aliviar el dolor.
- Reducir la inflamación.
- Suprimir las contracturas y deformidades.
- Conservar la fuerza muscular y la función articular.
- Mantener por el mayor tiempo posible un estilo de vida normal. (38)

Por las características clínicas de la enfermedad, en que una o más articulaciones pueden estar involucradas en diferentes grados, las prescripciones son examinadas y consideradas individualmente, y las intervenciones evaluadas en intervalos regulares y documentados los resultados con medidas objetivas.

Las intervenciones imprescindibles para un abordaje integral del paciente diagnosticado con A.R., son descriptas a continuación:

(38) CF. OP CIT. DALY M.P. y BERMAN B.M. Pág 783/801.

AGENTES FARMACOLOGICOS

Los pacientes diagnosticados con A.R., tienen altas probabilidades de recibir gran cantidad de medicación. Estas drogas incluyen mayormente salicilatos y otros antiinflamatorios no esteroideos, oro, antipalúdicos y cortocosteroides. La causa más común de fracaso en el tratamiento farmacológico, es la resistencia del paciente a tomar las drogas como se indica. Prescribirlas sin explicarles las razones que avalan su uso, es invitarlos a que no cumplan el tratamiento. La información sobre el tiempo que debe transcurrir con una dosis diaria regular, para mantener niveles en sangre, antes de decidir acerca de su eficacia, colabora para mejorar los resultados. Sin esta prevención, los pacientes modifican las dosis de un día a otro, dependiendo de los síntomas, no logrando nunca un nivel sanguíneo terapéutico. Todo tratamiento con medicación, en A.R., es empírico y la mayoría de los pacientes requieren un tratamiento combinado de drogas, siendo factible que padezcan reacciones adversas. (39) (40)

El profesional responsable en la prescripción de estas drogas conoce los efectos tóxicos de cada una de ellas, y está preparado para monitorear y detectar tempranamente, tanto a largo como a corto plazo, los efectos secundarios. Entre ellos, puede mencionarse dispepsia, trastornos gastrointestinales, oculares, etc.

Los terapeutas ocupacionales, tienen en cuenta en la planificación terapéutica, la administración de estas drogas por las consecuencias desfavorables y los problemas funcionales que pueden ocasionarse a partir de su ingesta.

(39) CF. OP CIT. GERBER L. Pág 19/39.

(40) CF. OP CIT. MC CARTY D. Pág 681/689.

INTERVENCIONES DE REHABILITACION

Las aplicaciones de frío se prefieren antes que el calor, si la inflamación es intensa, ya que la hiperemia local es máxima. También son utilizados hidroterapia y estimulación eléctrica con el fin de reducir el dolor, la inflamación y la espasticidad muscular, con el objetivo de mejorar la movilidad articular. (41) (42)

Los terapeutas ocupacionales colaboran en estos tratamientos con el propósito de mantener amplitud articular, fuerza muscular, coordinación, precisión y metría, lo que repercute en forma directa en la realización de diferentes actividades y tareas.

- **Reposo:** evidencias empíricas sugieren que el descanso físico puede mejorar una exacerbación aguda de la enfermedad reumática. El programa óptimo de descanso varía de paciente en paciente y es importante que sea compatible con su personalidad. (43)

El reposo es altamente recomendado desde Terapia Ocupacional, prescripto en forma de períodos cortos interpuestos entre las actividades diarias. Empezarlo en forma sistemática, implica la capacidad de retraerse del stress psicosocial momentáneamente. Otros objetivos son mejorar los niveles de actividad y reducir la fatiga muscular.

El paciente que realiza el descanso de manera regular y disciplinada, conserva un sentido de bienestar general, producido por la disminución de la reacción inflamatoria sistémica. Durante las fases agudas de la enfermedad se prescribe descanso en cama por períodos más prolongados. (44)

Con el objetivo de que cumpla con esta pauta impartida desde Terapia Ocupacional, el reposo es tomado como un ítem primario en la función de educar al paciente. Realizando los períodos de descanso del modo prescripto, el paciente previene deformidad y discapacidad.

(41) CF. OP CIT. GERBER L. Pág 19/39.

(42) CF. OP CIT. MC CARTY D. Pág 681/689.

(43) CF. OP CIT. MC CARTY D. Pág 681/689.

(44) CF. OP CIT. WYNGAARDEN J. Pág 2208/2214.

- Ejercicios: a partir de una evaluación integral en Terapia Ocupacional, se observa en pacientes diagnosticados con A.R. reducción de fuerza muscular, una disminución de la amplitud del movimiento y de la eficiencia biomecánica en una o más articulaciones, dolor y una limitada capacidad aeróbica. A partir de esto, se estima que los ejercicios tienen efectos beneficiosos en A.R., entre ellos se incluyen aumentar fuerza y resistencia muscular local, mantener la amplitud del movimiento articular, capacidad aeróbica y funcional, reducir la actividad de la enfermedad y disminuir el dolor. (45)

Los pacientes son educados con respecto a la tendencia de la enfermedad y a las contracturas articulares, demostrándoles como mover todas las articulaciones lentamente hasta alcanzar una amplitud total de movimiento, este programa es mantenido durante todo el curso de la enfermedad. Estas prescripciones minimizan el stress sobre las articulaciones afectadas, ya que esto agrava el proceso inflamatorio. Son preferibles los ejercicios moderados isotónicos o isométricos, en caso de causar malestar persistente después de una hora o dos de realizados, sería conveniente disminuirlos en su cantidad. (46)

Cuando la enfermedad remite y la tolerancia física aumenta, el programa de ejercicios puede ser modificado, para incluir ejercicios de resistencia progresivos.

- Equipamiento y adaptaciones para A.V.D.: los principales objetivos para su prescripción, en pacientes diagnosticados con A.R., son mejorar el nivel funcional, reducir el stress en las articulaciones y el gasto de energía innecesario y principalmente, promover la independencia. El paciente puede ser asistido en transferencias, vestido, alimentación, uso de toilette, preparación de comidas, recreación, etc. (47)

A través de una evaluación integral, el terapeuta ocupacional indaga sobre las tareas y actividades realizadas y valoradas por el paciente y perdidas a partir de la patología, además le informa sobre las diversas calidades y funciones de las adaptaciones y equipamiento disponibles.

(45) CF. OP CIT. GERBER L. Pág 19/39.

(46) CF. OP CIT. MC CARTY D. Pág 681/689.

(47) CF. OP CIT. GERBER L. Pág 19/39.

A partir de su suministro, los pacientes han vuelto a participar de actividades que debieron dejar de realizar, muchas de ellas activas y relacionadas con A.V.D. y tiempo libre. (48)

- Valvas y ortesis: los terapeutas ocupacionales prescriben valvas de reposo para manos, con el objetivo de:
 - * reducir la inflamación,
 - * aliviar el dolor,
 - * proteger articulaciones,
 - * reducir la rigidez,
 - * proveer soporte y
 - * prevenir deformidad.

Las valvas reducen el stress en la cápsula articular dañada y en la envoltura sinovial, permitiendo la reducción de la inflamación. Los músculos circundantes a las articulaciones dolorosas, frecuentemente desarrollan espasmos que producen deformidad y mayor dolor. (49)

A través de la utilización de valvas, el paciente logra que se interrumpa el ciclo dolor-espasmo-dolor, por reducción del dolor típicamente asociado al movimiento y por proveer soporte que permite la relajación muscular.

Durante las fases de enfermedad aguda, en que las articulaciones se hallan dolorosas e inflamadas, se tiene en cuenta que las valvas sean retiradas por lo menos una vez al día, para permitir los ejercicios de amplitud del movimiento. (50)

(48) CF. MANN y Col. "Assistive devices used by home-based elderly persons with arthritis". THE AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY. Vol 49. Nº 8. EE UU. Septiembre 1995. Pág 810/820.

(49) CF. CALLINAN N. y MATHIOWETZ V. "Soft versus hard resting hand splints in rheumatoid arthritis: pain relief, preference and compliance". THE AMERICAN JOURNAL OCCUPATIONAL THERAPY. Vol 5. Minesota. EE UU. Mayo 1996. Pág 347/353.

(50) CF. OP CIT. MC CARTY D. Pág 681/689.

PROGRAMAS DE EDUCACION

Dentro del programa terapéutico, el equipo interdisciplinario incluye un área específica, la educación del paciente y muchas veces de su familia. Las técnicas a utilizar son: * Protección articular y

* Conservación de la energía.

Este es un item fundamental en este trabajo de investigación, ya que junto al reconocimiento del impacto o implicancias de la patología, componen las subvariables de Comprensión de la Patología. Por lo tanto, el tema es ampliado en el Capítulo 5.

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS ORTOPEDICOS

Los objetivos para prescribir una cirugía ortopédica incluyen:

- Aliviar el dolor.
- Preservar o restaurar el alineamiento de las articulaciones.
- Preservar o restaurar el balance mecánico de las articulaciones.
- Conservar la funcionalidad.

Las indicaciones de cirugía a corto plazo son ruptura de tendones, compresión de nervios y cordón espinal y en ocasiones, artritis séptica. (51) (52)

La decisión sobre tiempo, lugar y orden, es un proceso complejo, donde se tiene en cuenta el criterio del equipo interdisciplinario y del paciente, basado en los antecedentes clínicos y personales, el estado actual de la patología y la rehabilitación posterior.

Específicamente, en mano y muñeca, puede prescribirse tratamiento quirúrgico en tres fases diferentes de la enfermedad:

- Profilácticamente, para evitar una mayor destrucción de las superficies articulares, cuando el tratamiento farmacológico no controla la sinovitis.
- Tardíamente, para salvar la función de los tendones y las articulaciones severamente comprometidas.
- En el estadio de adaptación, puede ser de valor, pero no es tan común como en las otras dos fases. (53)

Actualmente, se indican diferentes técnicas quirúrgicas (aquí sólo serán enunciadas, pues su descripción escapa al objetivo de este trabajo), por ejemplo, se prescriben tenosinovectomía, sinovectomía, artroplastía –con un grado aceptable de movilidad con separadores de Silastic-, fusión, etc. El uso de dispositivos protéticos para cadera y rodilla, proporciona resultados excelentes y la sustitución de tobillo, codo y hombro, mejoran rápidamente.

(51) CF. OP CIT. AKIL M. Pág 652/655.

(52) CF. OP CIT. GERBER L. Pág 19/39.

(53) CF. OP CIT. MC CARTY D. Pág 736/751.

Debe mencionarse, que el régimen terapéutico requiere un ajuste o modificación continua por los cambios de actividad de la enfermedad, que caracterizan a este cuadro patológico.

Las anormalidades serológicas y químicas pueden proveer información sobre las variables físicas y anatómicas, y colaborar con el diagnóstico, pero nada expresan sobre las implicancias psicológicas, sociales, sexuales, laborales, etc. que padecen estos pacientes. Esto hace la principal diferencia entre un tratamiento adecuado o inadecuado, cuidado humano o desinteresado y capacitante o discapacitante. (54)

Por todas estas razones, se considera que el abordaje interdisciplinario es el apropiado y necesario para el logro de una mejor calidad de vida, para el paciente y su familia, a través del mantenimiento por el mayor tiempo posible de la funcionalidad.

(54) CF. EHRLICH G. "Social, economic, psychologic and sexual outcomes in rheumatoid arthritis". THE AMERICAN JOURNAL OF MEDICINE. Vol 75. Nº 6. Pensilvania. Diciembre 1983. Pág 27/34.

CAPITULO 4

CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS DE TRATAMIENTO

- **PATRON ESTABLE CONDUCTUAL.**

PATRON ESTABLE CONDUCTUAL

El mal cumplimiento de las pautas de tratamiento, que caracteriza a la mayoría de los pacientes diagnosticados con A.R., es observada en este trabajo de investigación, comportándose como variable dependiente.

Para comprender esta variable, se analiza primeramente un patrón de conducta común a esta población.

Existe un modelo estable en estos pacientes, interactuando con sus familiares y médicos u otros profesionales de salud, lo que los priva de la aceptación del cuadro patológico y posterior adaptación al mismo. (55)

Esto, los torna vulnerables y dependientes, no sólo funcional sino afectivamente, razón por la cual se dificulta el cumplimiento de las pautas de tratamiento impartidas desde Terapia Ocupacional y otras especialidades de salud.

Esta pauta de comportamiento es tan común, que ha sido incorporada dentro del diagnóstico clínico de la enfermedad y sugiere que la característica de carencia de responsabilidad ante el cuidado propio y el cumplimiento de las pautas de tratamiento, inherente al período de la enfermedad agudo, resulta en un patrón estable.

Es probable que esta modalidad se produzca posterior al diagnóstico, antes que causales de la patología, ya que es compartida con otros, quienes también padecen dolor crónico o condiciones discapacitantes.

Los diferentes miembros del equipo interdisciplinario se hallan inmersos en este patrón conductual , como se destaca a continuación:

“Los profesionales de salud son arrastrados dentro del patrón de comportamiento, hechos responsables de muchos aspectos de la vida del paciente, colocados casi en una situación parental, objeto de excesiva adulación cuando las cosas salen bien y ésto, les es hostilmente suprimido cuando no están bien.” (56)

(55) CF. OP CIT. EHRLICH G. Pág 27/34.

(56) OP CIT. EHRLICH G. Pág 27/34.

Por diferentes motivos como la incertidumbre, tanto para el paciente como para el profesional, sobre el curso y el final de la evolución de la enfermedad y el impacto sobre las diferentes áreas de vida, se considera que existe un sentimiento de frustración entre los profesionales, que asumen el cuidado y asistencia de las personas con enfermedades crónicas y discapacitantes.

Se conoce, a partir de varias publicaciones y de experiencias actuales con población diagnosticada con A.R., un mal cumplimiento de las pautas del programa terapéutico, lo que influye notablemente en el pronóstico. Esto, es identificado como el mayor problema interfiriendo con la eficacia de los tratamientos y los resultados clínicos en estos pacientes. (57)

Sobre el tema se desea mencionar:

“Las adaptaciones, bastones y ortesis, raramente son usadas como son prescritas. Incluso las drogas no son tomadas como son determinadas, tal vez por el costo, los efectos desfavorables o por la dificultad producida por la toma de muchas dosis para algo que es moderadamente doloroso. El mayor número de medicamentos y la mayor frecuencia de dosis empeora el cumplimiento.” (58)

Diferentes autores, como Belcon, Haynes y Tugwell (1984), recomendaron a los profesionales, ante bajos niveles de cumplimiento en tratamientos de personas con A.R., reevaluar sus prescripciones prácticas, porque la negligencia de una intervención particular puede reflejar el no cumplimiento de los pacientes. (59)

Un factor para mejorar el cumplimiento es el soporte familiar. La familia apoya y contiene al paciente, sobre todo en el período agudo de la enfermedad, colaborando en el acto de sobrellevar la evolución del cuadro patológico. Este grupo primario, puede facilitar el ambiente y los medios más adecuados para un más alto cumplimiento y, de este modo, un curso probablemente más benigno.

Cabe acotar la importancia que tiene el vínculo profesional-paciente, para favorecer el cumplimiento de las pautas de tratamiento impartidas. En lo que a este estudio compete, el vínculo terapeuta ocupacional-paciente, basado en el uso que hace el

(57) CF. OP CIT. BARRO M. Pág 62/65.

(58) OP CIT. EHRLICH G. Pág 27/34.

(59) CF. OP CIT. CALLINAN N. Pág 347/353.

terapeuta ocupacional de un modelo teórico experimental, para aplicar principios de aprendizaje, participando de las expectativas y comportamiento del paciente y tono afectivo positivo en la relación.

Dentro del encuadre terapéutico es fundamental la educación del paciente, a través de este ítem se favorece el cumplimiento de las pautas de tratamiento, este tema se detalla en el capítulo 5.

Cabe destacar que la ejecución del plan de ejercicios, aprendida e incorporada dentro de la rutina de la vida diaria, así como la incorporación de períodos de descanso y la modificación en la realización de determinadas actividades, puede mejorar el estilo de vida y mantener la independencia en A.V.D., recreativas y laborales por más tiempo.

Otro ítem a tener en cuenta es la ingesta de medicación. Las dosis apropiadas son las que proveen alivio a los síntomas, sin causar reacciones tóxicas. Aunque, los efectos colaterales son comunes y ocurren en más del 50 % de los pacientes. (60)

De aquí, surge lo fundamental del cumplimiento de las pautas de tratamiento, evitando la autoadministración, respetando las fechas de controles y pruebas requeridas, especialmente monitoreos de médula ósea y función renal, y exámenes oftalmológicos. Propósito que no siempre se puede cumplir, debido a otro problema característico de esta población, la inasistencia a los diferentes turnos tomados con diferentes profesionales del equipo interdisciplinario.

Finalizando con estas consideraciones, dentro de las incumbencias del Terapeuta Ocupacional, está la prescripción de adaptaciones y ortesis. Si bien, no está incluido en los objetivos de esta investigación hacer una descripción exhaustiva en esta área, debe mencionarse que son factores imprescindibles para mejorar el cumplimiento en su uso:

- * cuidado en la estética al administrarlas,
- * elección de materiales livianos,
- * conservar el confort,
- * aliviar el dolor,
- * mantener la funcionalidad, sin interferir con la amplitud del movimiento.

Resumiendo, es significativo para mejorar el curso y pronóstico de esta patología, el cumplimiento de las pautas de tratamiento impartidas a estos pacientes.

(60) CF. OP CIT. DALY M. Pág 783/801.

CAPITULO 5

EDUCACION DEL PACIENTE

- **CARACTERISTICAS DE LOS PROGRAMAS EDUCACIONALES.**

CARACTERISTICAS DE LOS PROGRAMAS EDUCACIONALES

Dentro del encuadre terapéutico, es fundamental la educación del paciente, requiriendo desde un principio de correctas y oportunas intervenciones, por parte de los profesionales integrantes del equipo interdisciplinario.

La información puede ser suministrada a partir del momento del diagnóstico, teniendo en cuenta el nivel de angustia del paciente, descontando la importancia de una actitud activa por su parte, en la búsqueda y asimilación de la información dada.

También, es necesario el apoyo psicológico para emular las características de esta enfermedad crónica y discapacitante, produciendo un alto nivel de stress en quien la padece.

El paciente diagnosticado con A.R. tiene más posibilidades de lograr un mayor cumplimiento de las pautas de tratamiento, si recibe y entiende la información sobre:

- Cuadro patológico: * nombre de la enfermedad,
 - * causas,
 - * curso,
 - * pronóstico.
- Impacto sobre las áreas de vida, que puede potencialmente ocurrirle:
 - * laboral,
 - * A.V.D.: higiene- vestido- alimentación- arreglo personal-
marchas y traslados,
 - * relaciones maritales y familiares,
 - * recreación y relaciones sociales,
 - * esfera personal.
- Importancia del cumplimiento de las pautas de tratamiento:
 - * uso de adaptaciones,
 - * uso de ortesis,
 - * realización del plan de ejercicios,
 - * toma de medicación,
 - * incorporación de períodos de descanso,

* modificación en la realización perjudicial de actividades.

- Riesgos ante: * autoadministración,

* falta de controles.

El objetivo principal de la información que se brinda en un tratamiento, es obtener del paciente y su familia, la máxima cooperación durante la ejecución de las pautas de tratamiento impartidas. En la práctica, es frecuente observar pacientes que se hallan sobreprotegidos por sus familiares, situación que tiene relevancia, ya que generalmente provoca el incumplimiento del programa terapéutico, especialmente lo relacionado con la independencia en A.V.D. (61)

El paciente, a partir del diagnóstico, necesita asumir nuevos modos de realizar determinadas actividades y evitar ejercer otras, teniendo en cuenta medidas de protección articular, de conservación de la energía e intervenciones para combatir el stress, a partir del soporte psicológico.

Los objetivos de los programas educacionales, desde Terapia Ocupacional, son optimizar la capacidad de realizar diferentes tipos de tareas, a través de un número de medidas que incluyen la instrucción y demostración de las maniobras previamente nombradas y la provisión de ortesis y otras adaptaciones. (62)

Cabe acotar, que también es requerido un análisis de la función y un control periódico del promedio de ejercicios, con el fin de evitar el stress articular. Muchas personas con A.R., conviven mejor con su enfermedad si comprenden su condición y tienen expectativas realistas de los beneficios y desventajas del tratamiento. (63)

Para alcanzar esta convivencia, es beneficioso asimilar su enfermedad y sus características, para lograr la adaptación del individuo y su entorno, favoreciendo la modificación del estilo de vida. Esto se cumple más fácilmente, si los pacientes entienden que las prescripciones dadas en un tratamiento generalmente no proporcionan alivio en forma inmediata, se los instruye para que no presten atención a las variaciones diarias y que piensen en plazos más largos para buscar evidencias de mejoría.

(61) CF. OP CIT. GARCIA MORTEO y Col. Pág 107/156.

(62) CF. BARRY M. y Col. "Effect of energy conservation and joint protection education in Rheumatoid Arthritis". BRITISH JOURNAL OF RHEUMATOLOGY. Vol 33. Irlanda. 1994. Pág 1171/1174.

(63) CF. OP CIT. AKIL M. Pág 652/655.

Si este concepto no es enfatizado, la decepción inicial con el tratamiento puede causar que el paciente cambie frecuentemente de médico o busque soluciones mágicas a través de terapias alternativas. (64)

Estos conceptos mencionados hasta aquí, provienen a partir de observaciones clínicas que revelan que la inflamación y el dolor exacerban el trauma de la artritis. Esto, puede ser disminuído con un uso cuidadoso de músculos y articulaciones, utilización precisa de valvas y adaptaciones e incorporación de programas de ejercicios y períodos disciplinados de reposo.

Con el fin de poder modificar el estilo de vida, toda persona diagnosticada con A.R., requiere percibir y asimilar su cuadro patológico, siendo capaz de reconocer las implicancias probables de la enfermedad en las diferentes esferas de vida afectadas, entre ellas:

- Laborales: retiro laboral precoz, jubilación por incapacidad, aumento de las dificultades económicas, etc.
- Relaciones maritales y familiares: aumento de la intensidad en las discusiones, disminución de la frecuencia sexual, modificación en la ejecución de los roles, etc.
- Recreación y relaciones sociales: disminución en el número de salidas, suspensión de actividades deportivas realizadas, reducción en actividades de tiempo libre, etc.
- Personal social: imposibilidad de expresar intereses y disgusto, reducción de las posibilidades de desarrollo cultural, etc.
- A.V.D.: pérdida de la independencia en actividades de higiene, alimentación, vestido, arreglo personal, marchas y traslados, etc.

La aceptación de los cambios producidos como producto de la enfermedad, y junto a ésto, una participación activa en el proceso de aprendizaje de su nuevo rol, basado en la cantidad y calidad de la información suministrada sobre las características de la patología, por parte de los profesionales de salud, probablemente conduzcan a la adaptación del individuo, reajustando su conducta en función de las transformaciones sufridas. De este modo, posiblemente mejore el cumplimiento de las pautas de tratamiento impartidas por el equipo interdisciplinario.

(64) CF. OP CIT. MC CARTY D. Pág 681/689.

Las principales técnicas dentro del programa educacional, son descritas a continuación:

- **Protección articular:** estas medidas son particularmente importantes en pacientes diagnosticados con A.R. Sus objetivos son disminuir el stress articular indebido, reducir los esfuerzos que pueden incrementar la inflamación articular y producir alteraciones biomecánicas adversas. Esto requiere algunas variaciones en la forma de realizar tareas específicas y evitar la realización de otras.

Dentro de las modificaciones, se incluyen:

- * utilizar una postura adecuada,
- * disminuir períodos prolongados en una misma posición,
- * mantener amplitud articular, fuerza muscular y alineación,
- * reducir la carga de peso articular,
- * evitar el uso articular excesivo durante períodos de inflamación aguda,
- * aliviar el dolor articular.

Los terapeutas ocupacionales prescriben la utilización de adaptaciones y ortesis, para reducir el esfuerzo articular y que el paciente continúe con la ejecución de actividades.

- **Conservación de la energía:** la mayoría de los pacientes con A.R. experimentan fatiga debido a su enfermedad multisistémica y a la reducción de la resistencia cardiovascular. Un programa para conservar la energía, maximizando la función de los pacientes, esencialmente incluye el mantenimiento de la amplitud articular y fuerza, para aumentar la eficiencia biomecánica de las articulaciones afectadas, uso de ortesis y adaptaciones adecuadamente prescritas, para realizar en forma independiente las diferentes actividades.
- **Soporte psicológico:** estos pacientes tienen dolor y reacciones psicológicas, como una consecuencia de su condición física. Ellos suelen presentar ansiedad, enojo y depresión. En distintas experiencias han sido hallados resultados beneficiosos, cuando en el abordaje se incorporan elementos de relajación y se promueven ideas de bienestar, observándose incremento en el umbral del dolor y en la reducción del stress psicológico. (65)

(65) CF. OP CIT. GERBER L. Pág 19/23.

Con el uso de estas técnicas, se minimiza el esfuerzo articular y se reduce la inflamación y el dolor.

Teniendo en cuenta que esta enfermedad crónica y discapacitante invade y transforma las diferentes esferas de vida, el equipo interdisciplinario requiere para su completud la presencia de un psicólogo o psiquiatra, que aborde las diferentes problemáticas del paciente y su familia, colaborando y asistiendo en la aceptación del cuadro patológico.

ASPECTOS METODOLOGICOS

- PROBLEMA.
- HIPOTESIS.
- VARIABLES.
- DEFINICIONES CIENTIFICAS Y OPERACIONALES.
- DIMENSIONAMIENTO, INDICADORES E INDIZACION.
- CATEGORIZACION.
- DISEÑO.
- POBLACION DE ESTUDIO.
- MUESTRA DE ESTUDIO.
- METODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.
- CRITERIOS DE SELECCIÓN.
- SONDEO DE VIABILIDAD.
- PRUEBA PILOTO.
- PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

PROBLEMA: ¿Cómo influye la comprensión de la patología en el mejoramiento del cumplimiento de las pautas de tratamiento en pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoidea, fuera de período agudo, mayores de 25 años de edad que asisten al consultorio de Reumatología del Hospital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata.

HIPOTESIS: La comprensión de la patología influye favorablemente en el cumplimiento de las pautas de tratamiento en pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoidea, fuera de período agudo y con más de 25 años de edad.

VARIABLES: Según la formulación de la hipótesis de este trabajo de investigación en respuesta al problema mencionado precedentemente, las variables son las siguientes:

- **VARIABLE INDEPENDIENTE:** Comprensión de la patología.
- **VARIABLE DEPENDIENTE:** Cumplimiento de las pautas de tratamiento.
- **VARIABLES INTERVINIENTES:**
 - * **Sociodemográficas:** -sexo,
-edad,
-estado civil,
-nivel educacional.
 - * **Clínicas:** -tiempo de evolución de la enfermedad,
-tiempo transcurrido entre los primeros síntomas y el diagnóstico,
-tiempo de seguimiento en Reumatología en el H.P.C.,
-conurrencia a Terapia Ocupacional
-patologías asociadas,
-nivel de compromiso en las A.V.D.

VARIABLES INTERVINIENTES SOCIODEMOGRAFICAS

DIMENSIONAMIENTO

SEXO:

- MASCULINO.
- FEMENINO.

EDAD: EN AÑOS.

ESTADO CIVIL:

- SOLTERO.
- CASADO – EN PAREJA.
- VIUDO.
- DIVORCIADO – SEPARADO.

NIVEL EDUCACIONAL:

- NINGUNO.
- PRIMARIO * INCOMPLETO.
* COMPLETO.
- SECUNDARIO * INCOMPLETO.
* COMPLETO.
- TERCARIO * INCOMPLETO.
* COMPLETO.
- UNIVERSITARIO * INCOMPLETO.
* COMPLETO.

VARIABLES INTERVINIENTES CLINICAS

DEFINICIONES

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD: Cantidad de tiempo transcurrido desde los primeros síntomas hasta el día de la toma de la encuesta oral. Registro en años.

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LOS PRIMEROS SINTOMAS Y EL DIAGNOSTICO: Cantidad de tiempo necesario que debió esperar el paciente para que el profesional/es de la salud a cargo pudieran darle el nombre al cuadro patológico que padece. Registro en años.

PATOLOGIAS ASOCIADAS: Cuadros clínicos agudos que sufre el paciente en el momento de la evaluación o crónicos que acompañan a la Artritis Reumatoidea.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Abarca las actividades básicas e indispensables que surgen en el transcurso de un día. Incluyen alimentación, vestido, higiene, marchas y traslados y arreglo personal. Es un todo, constituido por un complejo número de actividades, emergentes de las necesidades humanas. Efectuando un simple análisis del total de tareas comunes y esenciales de la vida de toda persona, se observa la posibilidad de referirse a cientos de ocupaciones de diferente complejidad y realizadas con esfuerzo o en forma automática.

- **Realización independiente:** los movimientos originados por la acción muscular alcanzan para cumplir una actividad.
- **Realización independiente con adaptaciones:** los movimientos originados por la acción muscular no alcanzan para cumplir una actividad, requieren la utilización de adaptaciones para ejecutarla. **ADAPTACION:** toda aquella pieza de equipamiento que es usada para incrementar, mantener y/o mejorar la capacidad funcional de individuos con discapacidad.

- **Realización semidependiente:** los movimientos originados por la acción muscular no alcanzan para cumplir una actividad, ni siquiera con la utilización de adaptaciones, requieren asistencia. **ASISTENCIA:** toda aquella persona que colabora en pasos o tareas para el logro de la actividad.
- **Realización dependiente:** los movimientos originados por la acción muscular no alcanzan para cumplir una actividad, ni siquiera con la utilización de adaptaciones o asistencias, requiere de otras personas que las realicen, cumpliendo el paciente un rol pasivo durante la ejecución.

DIMENSIONAMIENTO

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD: EN AÑOS.

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LOS PRIMEROS SINTOMAS Y EL DIAGNOSTICO: EN AÑOS.

TIEMPO DE SEGUIMIENTO EN REUMATOLOGIA EN EL H.P.C.: EN AÑOS.

CONCURRENCIA A TERAPIA OCUPACIONAL:

- SI.
- NO.

PATOLOGIAS ASOCIADAS:

- SI.
- NO.

NIVEL DE COMPROMISO REFERENTE A LA REALIZACION DE A.V.D.:

- ALIMENTACION: * INDEPENDIENTE.
 - * INDEPENDIENTE CON ADAPTACIONES.
 - * SEMIDPENDIENTE.
 - * DEPENDIENTE.
- VESTIDO: * INDEPENDIENTE.
 - * INDEPENDIENTE CON ADAPTACIONES.
 - * SEMIDPENDIENTE.
 - * DEPENDIENTE.
- HIGIENE: * INDEPENDIENTE.
 - * INDEPENDIENTE CON ADAPTACIONES.
 - * SEMIDPENDIENTE.

*** DEPENDIENTE.**

- **MARCHAS Y TRASLADOS: * INDEPENDIENTE.**
 - * INDEPENDIENTE CON ADAPTACIONES.**
 - * SEMIDPENDIENTE.**
 - * DEPENDIENTE.**

- **ARREGLO PERSONAL: * INDEPENDIENTE.**
 - * INDEPENDIENTE CON ADAPTACIONES.**
 - * SEMIDPENDIENTE.**
 - * DEPENDIENTE.**

VARIABLE INDEPENDIENTE: COMPRENSION DE LA PATOLOGIA

DEFINICION CIENTIFICA

Es la facultad que posee el individuo diagnosticado con Artritis Reumatoidea para entender y percibir la situación de enfermedad y todas sus ramificaciones personales y sociales que la acompañan.

Incluye la capacidad de reconocer las implicancias de la patología en las diferentes esferas de vida afectadas, haciendo referencia a las decisiones respecto a la búsqueda de alivio y de asistencia médica.

El paciente que actúa con un rol activo en el proceso de aprendizaje de su papel de enfermo, tiene la posibilidad de asimilar la información suministrada por parte de los profesionales de salud responsables de su cuadro. ASIMILACION: incorporar datos del mundo externo a la estructura del sujeto ya construída.

DEFINICION OPERACIONAL

Incluye la capacidad de toda persona diagnosticada con Artritis Reumatoidea de reconocer su cuadro patológico, basado en el interés de búsqueda de información a través de congresos, libros y revistas científicas, profesionales médicos, terapistas ocupacionales y físicos, y programas científicos de radio y T.V., referentes a su enfermedad; y la posibilidad de asimilar la información suministrada sobre etiología, diagnóstico, curso, tratamiento y pronóstico. Junto a esto, la aceptación de los cambios producidos como producto de su patología crónica e invalidante y la probable adaptación del individuo reajustando su conducta en función de las transformaciones sufridas: laborales, económicas, financieras, relación con compañeros y superiores, relaciones maritales y familiares, rol asumido con las personas con las cuales convive y con familiares con los que no convive, actividades recreativas, deportivas, comunitarias,

culturales, expresión de intereses y disgusto, relaciones con amigos, realización de actividades de higiene, vestido, alimentación, marchas y traslados y arreglo personal.

DIMENSIONAMIENTO, INDICADORES E INDIZACION

- **RECONOCIMIENTO DEL CUADRO PATOLOGICO.**

- *INTERES DE BUSQUEDA DE INFORMACION**

- **Congresos SI (1 PUNTO)**
NO (0 PUNTO)
 - **Libros y revistas SI (1 PUNTO)**
NO (0 PUNTO)
 - **Terapia Ocupacional y Física SI (1 PUNTO)**
NO (0 PUNTO)
 - **Profesionales Médicos SI (1 PUNTO)**
NO (0 PUNTO)
 - **Programas científicos de radio y T. V. SI (1 PUNTO)**
NO (0 PUNTO)
 - **Grupo de autoayuda SI (1 PUNTO)**
NO (0 PUNTO)

- *POSIBILIDAD DE ASIMILAR LA INFORMACION**

- **Diagnóstico SI (1 PUNTO)**
NO (0 PUNTO)
 - **Etiología SI (1 PUNTO)**
NO (0 PUNTO)
 - **Curso SI (1 PUNTO)**
NO (0 PUNTO)
 - **Pronóstico SI (1 PUNTO)**
NO (0 PUNTO)

- **RECONOCIMIENTO DE LAS IMPLICANCIAS DE LA PATOLOGIA.**
 - *ESFERA LABORAL: Ocupación habitual, ingresos, aspectos económicos.**
 - CAMBIOS RECONOCE (1 PUNTO)
 - NO RECONOCE (0 PUNTO)
 - NO CAMBIOS
 - *A. V. D.: Higiene, alimentación, vestido, arreglo personal, marchas y traslados.**
 - CAMBIOS RECONOCE (1 PUNTO)
 - NO RECONOCE (0 PUNTO)
 - NO CAMBIOS
 - *RELACIONES MARITALES Y FAMILIARES: Relación conyugal, constitución familiar, rol de padre, rol con quienes convive y rol con quienes no convive.**
 - CAMBIOS RECONOCE (1 PUNTO)
 - NO RECONOCE (0 PUNTO)
 - NO CAMBIOS
 - *RECREACION Y RELACIONES SOCIALES: Actividades de tiempo libre, deporte preferido, círculo de amigos, salidas con amigos y salidas con familiares.**
 - CAMBIOS RECONOCE (1 PUNTO)
 - NO RECONOCE (0 PUNTO)
 - NO CAMBIOS
 - *ESFERA PERSONAL: Expresión de intereses, actividades comunitarias y cívicas, actividad cultural y expresión de disgusto.**
 - CAMBIOS RECONOCE (1 PUNTO)
 - NO RECONOCE (0 PUNTO)
 - NO CAMBIOS

CATEGORIZACION

Compuesta por la subvariables:

RECONOCIMIENTO DEL CUADRO PATOLOGICO, donde en la dimensión

*Interés de búsqueda de información: el paciente logra 1 punto por cada respuesta afirmativa. Es categorizada como:

PRESENTE: de 4 a 6 puntos.

AUSENTE: de 0 a 3 puntos.

*Posibilidad de asimilar la información: el paciente logra 1 punto por cada respuesta correcta. Es categorizada como:

PRESENTE: de 3 a 4 puntos.

AUSENTE: de 0 a 2 puntos.

RECONOCIMIENTO DE LAS IMPLICANCIAS DE LA PATOLOGÍA, donde el paciente logra 1 punto por cada área que se modifica y reconoce este cambio como producido por la patología. Es categorizada como:

PRESENTE: de 4 a 5 puntos.

AUSENTE: de 0 a 3 puntos.

La variable **COMPRESION DE LA PATOLOGIA** es categorizada a partir de realizar una suma de la puntuación lograda en las subvariables mencionadas como:

ALTA: es incluido en este grupo todo aquel paciente que logra entre 11 y 15 puntos.

MEDIANA: es incluido en este grupo todo aquel paciente que logra entre 6 y 10 puntos.

BAJA: es incluido en este grupo todo aquel paciente que logra entre 0 y 5 puntos.

VARIABLE DEPENDIENTE: CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS DE TRATAMIENTO

DEFINICION CIENTIFICA

Obrar del modo convenido por parte del paciente con Artritis Reumatoidea, perfeccionando el actuar en el tiempo esperado, según lo prescripto por el profesional de la salud que asiste al mismo. Máxima cooperación durante el tratamiento del paciente realizando correctamente el plan terapéutico. El modo es convenido entre terapeuta y paciente y en ocasiones la familia, para obtener la mayor colaboración durante el tratamiento, factor éste que influye notoriamente en el pronóstico.

DEFINICION OPERACIONAL

Incluye la frecuencia de la realización del plan prescripto, por parte del profesional al paciente diagnosticado con Artritis Reumatoidea, estando ambos de acuerdo en el planteo terapéutico y considerándose adecuada esta forma de obrar.

Involucra la frecuencia semanal del uso de adaptaciones y ortesis, la realización del plan de ejercicios, ingesta en cantidad y calidad de medicamentos y la modificación de hábitos de acuerdo a la prescripción del agente de salud. Entendiendo por frecuencia el número de días por semana que el paciente realiza las acciones en la forma que les fueron prescriptas.

Las adaptaciones, tales como, engrosamiento y alargamiento de mangos, asiento elevado de toilette; y las ortesis, tales como, valvas de reposo, bastones, silla de ruedas, dediles, coadyuvan a un mejor curso de la enfermedad.

El plan de ejercicios consiste en un programa diario que tiene que llevar a cabo en forma estricta 3 veces por día con el objetivo de mantener la función motora y prevenir deformidades por mayor tiempo.

La ingesta de medicamentos adecuada es la cantidad y calidad prescrita por el médico que debe ingerir el paciente en los horarios adecuados.

La modificación de hábitos comprende la incorporación de períodos de descanso diurnos, modo ergonómico (respetando los principios de economía del movimiento) de realizar determinadas actividades y evitar el realizar otras, que influyan desfavorablemente en el cuadro patológico.

La frecuencia de la realización del plan terapéutico del modo prescrito por el profesional y convenido con el paciente, con miras a un mejor pronóstico, tiene que llevarse a cabo los 7 días de la semana (100 % de cumplimiento de las pautas de tratamiento).

DIMENSIONAMIENTO, INDICADORES E INDIZACION

- **PRESCRIPCION DE ADAPTACIONES.**

- * NO

- * SI - FRECUENCIA DE USO SEMANAL 7 DIAS (7 PUNTOS)
6 DIAS (6 PUNTOS)
5 DIAS (5 PUNTOS)
4 DIAS (4 PUNTOS)
3 DIAS (3 PUNTOS)
2 DIAS (2 PUNTOS)
1 DIA (1 PUNTO)
0 DIA (0 PUNTO)

- **PRESCRIPCION DE ORTESIS.**

- * NO

- * SI - FRECUENCIA DE USO SEMANAL 7 DIAS (7 PUNTOS)
6 DIAS (6 PUNTOS)
5 DIAS (5 PUNTOS)
4 DIAS (4 PUNTOS)
3 DIAS (3 PUNTOS)
2 DIAS (2 PUNTOS)
1 DIA (1 PUNTO)
0 DIA (0 PUNTO)

- **PRESCRIPCION DEL PLAN DE EJERCICIOS.**

- * NO

- * SI - FRECUENCIA DE REALIZACION 7 DIAS (7 PUNTOS)
6 DIAS (6 PUNTOS)
5 DIAS (5 PUNTOS)
4 DIAS (4 PUNTOS)
3 DIAS (3 PUNTOS)
2 DIAS (2 PUNTOS)
1 DIA (1 PUNTO)

0 DIA (0 PUNTO)

- **PRESCRIPCION DE MEDICACION.**

- * NO

- * SI - FRECUENCIA DE INGESTA 7 DIAS (7 PUNTOS)

- 6 DIAS (6 PUNTOS)

- 5 DIAS (5 PUNTOS)

- 4 DIAS (4 PUNTOS)

- 3 DIAS (3 PUNTOS)

- 2 DIAS (2 PUNTOS)

- 1 DIA (1 PUNTO)

- 0 DIA (0 PUNTO)

- **PRESCRIPCION DE MODIFICACION DE HABITOS.**

- * NO

- * SI - FRECUENCIA DE REALIZACION 7 DIAS (7 PUNTOS)

- 6 DIAS (6 PUNTOS)

- 5 DIAS (5 PUNTOS)

- 4 DIAS (4 PUNTOS)

- 3 DIAS (3 PUNTOS)

- 2 DIAS (2 PUNTOS)

- 1 DIA (1 PUNTO)

- 0 DIA (0 PUNTO)

CATEGORIZACION

En este trabajo de investigación, esta variable es categorizada como:

TOTAL: es incluido en este grupo todo aquel paciente que cumpla con las pautas de tratamiento establecidas por el equipo interdisciplinario, logrando 6 o 7 puntos.

PARCIAL: es incluido en este grupo todo aquel paciente que cumpla con las pautas de tratamiento, logrando 4 o 5 puntos.

NULO: es incluido en este grupo todo aquel paciente que cumpla con las pautas de tratamiento establecidas, logrando de 0 a 3 puntos.

El puntaje obtenido en cada una de las categorizaciones, es el resultado del promedio realizado a partir de la cantidad de días en la semana que el paciente cumple con las diferentes pautas de tratamiento del modo prescripto por los profesionales de salud.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Según el problema planteado y la hipótesis desarrollada, se define el estudio como descriptivo-exploratorio y correlacional-simple.

Se encuadra dentro de un esquema descriptivo-exploratorio porque se describe con precisión las características de una determinada población, cuya patología es Artritis Reumatoidea, fuera de período agudo y con más de 25 años de edad. A partir de este diseño, se propone censar los problemas considerados prioritarios de esta población e incrementar el grado de conocimiento describiendo los aspectos de la realidad.

Según el análisis y alcance de los objetivos propuestos en este estudio, se considera correlacional-simple, ya que en este modelo, se agrega a las características específicas de los estudios descriptivos, la de preocuparse de la interrelación o asociaciones entre las variables, poniendo de manifiesto relaciones existentes entre las categorías de dos o más variables. Se determina la frecuencia de la relación o asociación entre la variable independiente “comprensión de la patología” y la dependiente “cumplimiento de las pautas de tratamiento”, en población artrítica. Se establece entre ambas variables una relación de dependencia.

El estudio es de corte transversal, lo cual permite determinar la relación entre ambas variables, dependiente e independiente, en un período breve y único, a través de una encuesta oral en una población de similares características.

POBLACION DE ESTUDIO

Compuesto por pacientes que asisten al consultorio de Reumatología del Hospital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata, con diagnóstico de Artritis Reumatoidea fuera de período agudo, de ambos sexos y con más de 25 años de edad.

Todo paciente con estas características que concurra al mencionado consultorio es citado para asistir en una fecha establecida y convenida al consultorio de Terapia Ocupacional en el Servicio de Rehabilitación, donde posteriormente llevar a cabo la entrevista. La misma está compuesta de preguntas cerradas, sujeto a modificaciones y/o aclaraciones en caso que el entrevistado no comprendiera el contenido de la pregunta, sin alterar el alcance programado previamente de la misma, según los objetivos del estudio. Esto depende estrechamente del nivel sociocultural y educacional del paciente, ya que se conoce previamente el grado de heterogeneidad de la población que asiste a este hospital.

MUESTRA DE ESTUDIO

El grupo queda conformado por 38 pacientes que componen el universo. El número total de los pacientes que asistieron al Hospital Privado de Comunidad y tomaron turno para la entrevista son 55, de los cuales sólo concurrieron 41, siendo el nivel de ausentismo muy elevado, ascendiendo a 14 pacientes.

El escaso número de unidades de análisis se mantuvo aunque fue excedido el período de tiempo preestablecido para la recogida de datos de 3 a 12 meses.

METODO DE SELECCION DE LA MUESTRA

La muestra fue extraída de un total de 41 pacientes que componen el universo, habiendo excluido 3 unidades de análisis por razones posteriormente descriptas.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE UNIDADES DE ANALISIS

- **Criterios de inclusión.**

Se incluyen en esta investigación todos los pacientes que poseen las siguientes características:

- * diagnóstico de Artritis Reumatoidea,
- * edad: más de 25 años,
- * ambos sexos,
- * asisten al consultorio de Reumatología del Hospital Privado de Comunidad.

- **Criterios de exclusión.**

Se excluyen de esta investigación todos los pacientes que poseen las siguientes características:

- * patologías asociadas agudas al momento de la evaluación,
- * aquellos que no concurren a la evaluación a pesar de haber tomado turno.

SONDEO PARA LA VIABILIDAD DE LAS VARIABLES

Previo a estructurar los procedimientos de recolección de datos, se realizaron entrevistas a pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea en el Hospital Privado de Comunidad, bajo supervisión del psiquiatra Juan Carlos Merlo, la dra. Silvia Babini y la terapeuta ocupacional Ana Gonzalez, con el objetivo de determinar la viabilidad de las variables seleccionadas para el trabajo de investigación.

La encuesta fue conformada por una serie de preguntas abiertas, basada en los siguientes items:

- nivel de información recibida y fuentes,
- cumplimiento de las pautas de tratamiento impartidas,
- reacción ante el diagnóstico,
- concurrencia a tratamiento psicológico,
- características personales de los sujetos.

Se citaron 15 pacientes, de los cuales asistieron 6, obteniendo datos suficientes para reconocer la importancia de las variables elegidas.

Las respuestas de los pacientes, por lo general, corresponden a un patrón común y como representativos se mencionan algunos de ellos:

* Paciente de sexo femenino, de 65 años, con 32 años de evolución de la enfermedad, afirmó sobre el nivel de información que poco sabía, por experiencia de otros, que tenía confianza total en los médicos y no preguntaba. No recibió indicaciones de uso de adaptaciones para Actividades de la Vida Diaria, usó valvas sin supervisión y que actualmente decidió no usarlas. Su reacción ante el diagnóstico no se modificó a lo largo de los años. No sabía nada, su único miedo es a la medicación, “la A.R. no me va a matar pero las drogas sí.”.

* Otro paciente de sexo femenino, de 55 años, cuyos primeros síntomas aparecieron en 1985, fue diagnosticada en el mes de julio de 1994 y no realizó tratamiento en Terapia Ocupacional.

* Un paciente de sexo masculino, de 60 años y con 8 años de evolución de la enfermedad, se hizo atender por varios médicos porque no encontraba la mejoría que esperaba. No encontró milagros, aunque afirma haberlos buscado. Ante el diagnóstico reaccionó con bronca e impotencia, sentimiento que ha aumentado con los años por la pérdida de movilidad y de fuerza. Siente responsabilidad por su familia “lo único que puedo hacer es tirarme al mar”.

* Solamente un paciente de sexo femenino, de 70 años, con 15 años de evolución de la enfermedad, había asistido a tratamiento psicológico porque el médico se lo indicó. No sintió cambios después de hacerlo.

PRUEBA PILOTO

Las técnicas e instrumentos son corroborados a través de la prueba piloto que es realizada a 10 pacientes de la misma institución, citados por igual método y con iguales características a la muestra de estudio. Mediante el análisis de los datos obtenidos se logra confirmar la viabilidad de las variables y el entrenamiento de los entrevistadores, poniendo a prueba las técnicas seleccionadas y los indicadores para observar el comportamiento de las variables.

TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

Los datos que constan en este trabajo de investigación son recogidos mediante el uso de las siguientes técnicas e instrumentos:

- **TECNICAS: * RECOPIACION DOCUMENTAL.**
* ENTREVISTA.
- **INSTRUMENTOS: * FICHA SISTEMICA.**
* ENCUESTA ORAL.

Se elabora FICHA SISTÉMICA de recolección de datos a través del análisis de la historia clínica, comprendiendo:

- Tiempo de evolución de la enfermedad.
- Patologías asociadas.
- Profesionales que intervienen o han intervenido en su tratamiento.
- Prescripción de adaptaciones, ortesis, plan de ejercicios y medicación.

Se confecciona ENCUESTA ORAL con preguntas de carácter cerrado con la finalidad de recoger los siguientes datos:

- Características sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, nivel educacional.
- Antecedentes de la enfermedad: tiempo de evolución, tiempo transcurrido entre los primeros síntomas y el diagnóstico, tiempo de seguimiento en Reumatología en el H.P.C., concurrencia a Terapia Ocupacional, patologías asociadas.
- Interés de búsqueda de información y fuentes: congresos, libros y revistas científicas, terapeuta ocupacional, terapeuta física, profesionales médicos, programas científicos de radio y T.V., asistencia a grupos de autoayuda.
- Posibilidad de asimilar esa información: nombre de la enfermedad, causas, curso, pronóstico.
- Reconocimiento de las implicancias: esfera laboral, A.V.D., relaciones maritales y familiares, recreación y relaciones sociales, esfera personal social.
- Cumplimiento de las pautas de tratamiento: uso de adaptaciones, ortesis, toma de medicación, realización del plan de ejercicios, inclusión de períodos de descanso, modificación en la ejecución de algunas actividades y no realizar otras.

ASPECTOS ESTADISTICOS

- TABLAS.
- ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS.

TABLAS

Tabla 1 - SEXO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN EDAD.

| EDAD | SEXO | | TOTAL |
|--------------|-----------|-----------|-----------|
| | FEMENINO | MASCULINO | |
| | Nº | Nº | Nº |
| 41/50 AÑOS | 3 | | 3 |
| 51/60 AÑOS | 4 | 1 | 5 |
| 61/70 AÑOS | 10 | 3 | 13 |
| 71/80 AÑOS | 14 | 2 | 16 |
| 81/90 AÑOS | | 1 | 1 |
| TOTAL | 31 | 7 | 38 |

Tabla 2 - SEXO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN ESTADO CIVIL.

| ESTADO CIVIL | SEXO | | TOTAL |
|--------------|-----------|-----------|-----------|
| | FEMENINO | MASCULINO | |
| | Nº | Nº | Nº |
| CASADO | 12 | 7 | 19 |
| VIUDO | 16 | | 16 |
| DIVORCIADO | 3 | | 3 |
| TOTAL | 31 | 7 | 38 |

COMPRESION DE LA PATOLOGIA

Tabla 3 - COMPRESION DE LA PATOLOGIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN EDAD.

| EDAD | COMPRESION DE LA PATOLOGIA | | | TOTAL |
|--------------|----------------------------|---------|------|-------|
| | ALTA | MEDIANA | BAJA | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| 41 A 50 AÑOS | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 51 A 60 AÑOS | 1 | 3 | 1 | 5 |
| 61 A 70 AÑOS | 1 | 8 | 4 | 13 |
| 71 A 80 AÑOS | | 9 | 7 | 16 |
| 81 A 90 AÑOS | | | 1 | 1 |
| TOTAL | 3 | 21 | 14 | 38 |

Tabla 4 - COMPRESION DE LA PATOLOGIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN SEXO.

| SEXO | COMPRESION DE LA PATOLOGIA | | | TOTAL |
|-----------|----------------------------|---------|------|-------|
| | ALTA | MEDIANA | BAJA | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| FEMENINO | 3 | 18 | 10 | 31 |
| MASCULINO | | 3 | 4 | 7 |
| TOTAL | 3 | 21 | 14 | 38 |

Tabla 5 - COMPRESION DE LA PATOLOGIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN NIVEL EDUCACIONAL.

| NIVEL EDUCACIONAL | COMPRESION DE LA PATOLOGIA | | | TOTAL |
|-------------------|----------------------------|---------|------|-------|
| | ALTA | MEDIANA | BAJA | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| Primario (*) | | 5 | 4 | 9 |
| Primario (**) | 2 | 13 | 8 | 23 |
| Secundario (*) | | 3 | 2 | 5 |
| Terciario (*) | 1 | | | 1 |
| TOTAL | 3 | 21 | 14 | 38 |

(*) INCOMPLETO.

(**) COMPLETO.

Tabla 6 - COMPRESION DE LA PATOLOGIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD.

| TIEMPO DE EVOLUCION PATOLOGICA | COMPRESION DE LA PATOLOGIA | | | TOTAL |
|--------------------------------|----------------------------|---------|------|-------|
| | ALTA | MEDIANA | BAJA | |
| | Nº | Nº | Nº | Nº |
| 0 A 1 AÑO | | | 2 | 2 |
| 2 A 10 AÑOS | 2 | 6 | 5 | 13 |
| 11 A 20 AÑOS | 1 | 7 | 2 | 10 |
| 21 A 30 AÑOS | | 6 | 2 | 8 |
| 31 A 40 AÑOS | | 1 | 2 | 3 |
| 41 A 50 AÑOS | | 1 | 1 | 2 |
| TOTAL | 3 | 21 | 14 | 38 |

Tabla 7 - COMPRESION DE LA PATOLOGIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA EL DIAGNOSTICO.

| TIEMPO TRANSCURRIDO | COMPRESION DE LA PATOLOGIA | | | TOTAL |
|---------------------|----------------------------|---------|------|-------|
| | ALTA | MEDIANA | BAJA | |
| | Nº | Nº | Nº | Nº |
| 0 A 1 AÑO | 1 | 13 | 11 | 25 |
| 2 A 5 AÑOS | 2 | 5 | 2 | 9 |
| 6 A 10 AÑOS | | 2 | | 2 |
| 11 A 15 AÑOS | | 1 | | 1 |
| 16 A 20 AÑOS | | | 1 | 1 |
| TOTAL | 3 | 21 | 14 | 38 |

Tabla 8 - COMPRESION DE LA PATOLOGIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN TIEMPO DE SEGUIMIENTO EN REUMATOLOGIA EN EL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD.

| TIEMPO SE SEGUIMIENTO | COMPRESION DE LA PATOLOGIA | | | TOTAL |
|-----------------------|----------------------------|---------|------|-------|
| | ALTA | MEDIANA | BAJA | |
| | Nº | Nº | Nº | Nº |
| 0 A 1 AÑO | 2 | 3 | 4 | 9 |
| 2 A 5 AÑOS | | 7 | 4 | 11 |
| 6 A 10 AÑOS | 1 | 4 | 3 | 8 |
| 11 A 15 AÑOS | | 2 | 2 | 4 |
| 16 A 20 AÑOS | | 3 | | 3 |
| 21 A 30 AÑOS | | 2 | 1 | 3 |
| TOTAL | 3 | 21 | 14 | 38 |

Tabla 9 - COMPRENSION DE LA PATOLOGIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN PRESENCIA DE PATOLOGIAS ASOCIADAS.

| PATOLOGIAS ASOCIADAS | COMPRENSION DE LA PATOLOGIA | | | TOTAL |
|----------------------|-----------------------------|---------|------|-------|
| | ALTA | MEDIANA | BAJA | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| SI | 1 | 12 | 6 | 19 |
| NO | 2 | 9 | 8 | 19 |
| TOTAL | 3 | 21 | 14 | 38 |

Tabla 10 - COMPRENSION DE LA PATOLOGIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN CONCURRENCIA A TERAPIA OCUPACIONAL.

| CONCURRENCIA A T.O. | COMPRENSION DE LA PATOLOGIA | | | TOTAL |
|---------------------|-----------------------------|---------|------|-------|
| | ALTA | MEDIANA | BAJA | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| SI | 3 | 20 | 11 | 34 |
| NO | | 1 | 3 | 4 |
| TOTAL | 3 | 21 | 14 | 38 |

Tabla 11 - COMPRENSION DE LA PATOLOGIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN NIVEL DE COMPROMISO EN HIGIENE.

| NIVEL EN HIGIENE | COMPRENSION DE LA PATOLOGIA | | | TOTAL |
|------------------|-----------------------------|---------|------|-------|
| | ALTA | MEDIANA | BAJA | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| Independiente | | 14 | 10 | 24 |
| Adaptaciones | 1 | 2 | | 3 |
| Semidependiente | 2 | 5 | 4 | 11 |
| TOTAL | 3 | 21 | 14 | 38 |

Tabla 12 - COMPRENSION DE LA PATOLOGIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN NIVEL DE COMPROMISO EN ALIMENTACION.

| NIVEL EN ALIMENTACION | COMPRENSION DE LA PATOLOGIA | | | TOTAL |
|-----------------------|-----------------------------|---------|------|-------|
| | ALTA | MEDIANA | BAJA | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| Independiente | 1 | 15 | 11 | 27 |
| Adaptaciones | 1 | | | 1 |
| Semidependiente | 1 | 6 | 3 | 10 |
| TOTAL | 3 | 21 | 14 | 38 |

Tabla 13 - COMPRENSION DE LA PATOLOGIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN NIVEL DE COMPROMISO EN VESTIDO.

| NIVEL EN VESTIDO | COMPRENSION DE LA PATOLOGIA | | | TOTAL |
|------------------|-----------------------------|---------|------|-------|
| | ALTA | MEDIANA | BAJA | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| Independiente | 1 | 15 | 10 | 26 |
| Semidependiente | 2 | 6 | 4 | 12 |
| TOTAL | 3 | 21 | 14 | 38 |

Tabla 14 - COMPRENSION DE LA PATOLOGIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN NIVEL DE COMPROMISO EN ARREGLO PERSONAL.

| NIVEL EN ARREGLO PERSONAL | COMPRENSION DE LA PATOLOGIA | | | TOTAL |
|---------------------------|-----------------------------|---------|------|-------|
| | ALTA | MEDIANA | BAJA | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| Independiente | | 15 | 11 | 26 |
| Semidependiente | 3 | 6 | 3 | 12 |
| TOTAL | 3 | 21 | 14 | 38 |

Tabla 15 - COMPRENSION DE LA PATOLOGIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN NIVEL DE COMPROMISO EN MARCHAS Y TRASLADOS.

| NIVEL EN MARCHAS Y TRASLADOS | COMPRENSION DE LA PATOLOGIA | | | TOTAL |
|------------------------------|-----------------------------|---------|------|-------|
| | ALTA | MEDIANA | BAJA | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| Independiente | | 11 | 8 | 19 |
| Adaptaciones | 1 | 4 | 2 | 7 |
| Semidependiente | 2 | 4 | 4 | 10 |
| Dependiente | | 2 | | 2 |
| TOTAL | 3 | 21 | 14 | 38 |

Tabla 16 - COMPRENSION DE LA PATOLOGIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN PRESENCIA DE EQUIPO INTERDISCIPLINARIO IMPRESCINDIBLE.

| EQUIPO INTERDISCIPLINARIO | COMPRENSION DE LA PATOLOGIA | | | TOTAL |
|---------------------------|-----------------------------|---------|------|-------|
| | ALTA | MEDIANA | BAJA | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| SI | 1 | 1 | 1 | 3 |
| NO | 2 | 20 | 13 | 35 |
| TOTAL | 3 | 21 | 14 | 38 |

Tabla 17 - COMPRENSION DE LA PATOLOGIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS DE TRATAMIENTO.

| CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS | COMPRENSION DE LA PATOLOGIA | | | TOTAL |
|----------------------------|-----------------------------|---------|------|-------|
| | ALTA | MEDIANA | BAJA | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| TOTAL | 3 | 12 | 5 | 20 |
| PARCIAL | | 5 | 6 | 11 |
| NULO | | 4 | 3 | 7 |
| TOTAL | 3 | 21 | 14 | 38 |

INTERES DE BUSQUEDA DE INFORMACION

Tabla 18 - INTERES DE BUSQUEDA DE INFORMACION EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN EDAD.

| EDAD | INTERES DE BUSQUEDA | | TOTAL |
|--------------|---------------------|---------|-------|
| | PRESENTE | AUSENTE | |
| | Nº | Nº | Nº |
| 41 A 50 AÑOS | 2 | 1 | 3 |
| 51 A 60 AÑOS | 1 | 4 | 5 |
| 61 A 70 AÑOS | 5 | 8 | 13 |
| 71 A 80 AÑOS | 5 | 11 | 16 |
| 81 A 90 AÑOS | | 1 | 1 |
| TOTAL | 13 | 25 | 38 |

Tabla 19 - INTERES DE BUSQUEDA DE INFORMACION EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN SEXO.

| SEXO | INTERES DE BUSQUEDA | | TOTAL |
|-----------|---------------------|---------|-------|
| | PRESENTE | AUSENTE | |
| | Nº | Nº | Nº |
| FEMENINO | 13 | 18 | 31 |
| MASCULINO | | 7 | 7 |
| TOTAL | 13 | 25 | 38 |

Tabla 20 - INTERES DE BUSQUEDA DE INFORMACION EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN NIVEL EDUCACIONAL.

| NIVEL EDUCACIONAL | INTERES DE BUSQUEDA | | TOTAL |
|-------------------|---------------------|---------|-------|
| | PRESENTE | AUSENTE | |
| | Nº | Nº | Nº |
| PRIMARIO (*) | 1 | 8 | 9 |
| PRIMARIO (**) | 10 | 13 | 23 |
| SECUNDARIO (*) | 1 | 4 | 5 |
| TERCIARIO (*) | 1 | | 1 |
| TOTAL | 13 | 25 | 38 |

(*) INCOMPLETO.

(**) COMPLETO.

Tabla 21 - INTERES DE BUSQUEDA DE INFORMACION EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN TIEMPO DE EVOLUCION DE LA PATOLOGIA.

| TIEMPO DE EVOLUCION PATOLOGICA | INTERES DE BUSQUEDA | | TOTAL |
|--------------------------------|---------------------|---------|-------|
| | PRESENTE | AUSENTE | |
| | Nº | Nº | Nº |
| 0 A 1 AÑO | | 2 | 2 |
| 2 A 10 AÑOS | 5 | 8 | 13 |
| 11 A 20 AÑOS | 4 | 6 | 10 |
| 21 A 30 AÑOS | 4 | 4 | 8 |
| 31 A 40 AÑOS | | 3 | 3 |
| 41 A 50 AÑOS | | 2 | 2 |
| TOTAL | 13 | 25 | 38 |

Tabla 22 - INTERES DE BUSQUEDA DE INFORMACION EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA EL DIAGNOSTICO.

| TIEMPO TRANSCURRIDO | INTERES DE BUSQUEDA | | TOTAL |
|---------------------|---------------------|---------|-------|
| | PRESENTE | AUSENTE | |
| | Nº | Nº | Nº |
| 0 A 1 AÑO | 8 | 17 | 25 |
| 2 A 5 AÑOS | 4 | 5 | 9 |
| 6 A 10 AÑOS | 1 | 1 | 2 |
| 11 A 15 AÑOS | | 1 | 1 |
| 16 A 20 AÑOS | | 1 | 1 |
| TOTAL | 13 | 25 | 38 |

Tabla 23 - INTERES DE BUSQUEDA DE INFORMACION EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN TIEMPO DE SEGUIMIENTO EN REUMATOLOGIA EN EL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD.

| TIEMPO DE SEGUIMIENTO | INTERES DE BUSQUEDA | | TOTAL |
|-----------------------|---------------------|---------|-------|
| | PRESENTE | AUSENTE | |
| | Nº | Nº | Nº |
| 0 A 1 AÑO | 2 | 7 | 9 |
| 2 A 5 AÑOS | 5 | 6 | 11 |
| 6 A 10 AÑOS | 3 | 5 | 8 |
| 11 A 15 AÑOS | | 4 | 4 |
| 16 A 20 AÑOS | 1 | 2 | 3 |
| 21 A 30 AÑOS | 2 | 1 | 3 |
| TOTAL | 13 | 25 | 38 |

Tabla 24 - INTERES DE BUSQUEDA DE INFORMACION EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN PRESENCIA DE PATOLOGIAS ASOCIADAS.

| PATOLOGIAS ASOCIADAS | INTERES DE BUSQUEDA | | TOTAL |
|----------------------|---------------------|---------|-------|
| | PRESENTE | AUSENTE | |
| | Nº | Nº | Nº |
| SI | 7 | 12 | 19 |
| NO | 6 | 13 | 19 |
| TOTAL | 13 | 25 | 38 |

Tabla 25 - INTERES DE BUSQUEDA DE INFORMACION EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN CONCURRENCIA A TERAPIA OCUPACIONAL.

| CONCURRENCIA A TERAPIA OCUPACIONAL | INTERES DE BUSQUEDA | | TOTAL |
|------------------------------------|---------------------|---------|-------|
| | PRESENTE | AUSENTE | |
| | Nº | Nº | Nº |
| SI | 13 | 21 | 34 |
| NO | | 4 | 4 |
| TOTAL | 13 | 25 | 38 |

Tabla 26 - INTERES DE BUSQUEDA DE INFORMACION EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN PRESENCIA DE EQUIPO INTERDISCIPLINARIO IMPRESCINDIBLE.

| EQUIPO INTERDISCIPLINARIO | INTERES DE BUSQUEDA | | TOTAL |
|---------------------------|---------------------|---------|-------|
| | PRESENTE | AUSENTE | |
| | Nº | Nº | Nº |
| SI | | 3 | 3 |
| NO | 13 | 22 | 35 |
| TOTAL | 13 | 25 | 38 |

POSIBILIDAD DE ASIMILAR LA INFORMACION

Tabla 27 - POSIBILIDAD DE ASIMILAR LA INFORMACION EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN EDAD.

| EDAD | POSIBILIDAD DE ASIMILACION | | TOTAL |
|--------------|----------------------------|---------|-------|
| | PRESENTE | AUSENTE | |
| | Nº | Nº | Nº |
| 41 A 50 AÑOS | | 3 | 3 |
| 51 A 60 AÑOS | 1 | 4 | 5 |
| 61 A 70 AÑOS | 5 | 8 | 13 |
| 71 A 80 AÑOS | 5 | 11 | 16 |
| 81 A 90 AÑOS | | 1 | 1 |
| TOTAL | 11 | 27 | 38 |

Tabla 28 - POSIBILIDAD DE ASIMILAR LA INFORMACION EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN SEXO.

| SEXO | POSIBILIDAD DE ASIMILACION | | TOTAL |
|-----------|----------------------------|---------|-------|
| | PRESENTE | AUSENTE | |
| | Nº | Nº | Nº |
| FEMENINO | 10 | 21 | 31 |
| MASCULINO | 1 | 6 | 7 |
| TOTAL | 11 | 27 | 38 |

Tabla 29 - POSIBILIDAD DE ASIMILAR LA INFORMACION EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN NIVEL EDUCACIONAL.

| NIVEL EDUCACIONAL | POSIBILIDAD DE ASIMILACION | | TOTAL |
|-------------------|----------------------------|---------|-------|
| | PRESENTE | AUSENTE | |
| | Nº | Nº | Nº |
| PRIMARIO (*) | 3 | 6 | 9 |
| PRIMARIO (**) | 7 | 16 | 23 |
| SECUNDARIO (*) | | 5 | 5 |
| TERCIARIO (*) | 1 | | 1 |
| TOTAL | 11 | 27 | 38 |

(*) INCOMPLETO.

(**) COMPLETO.

Tabla 30 - POSIBILIDAD DE ASIMILAR LA INFORMACION EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN TIEMPO DE EVOLUCION DE LA PATOLOGIA.

| TIEMPO DE EVOLUCION PATOLOGICA | POSIBILIDAD DE ASIMILACION | | TOTAL |
|--------------------------------|----------------------------|---------|-------|
| | PRESENTE | AUSENTE | |
| | Nº | Nº | |
| 0 A 1 AÑO | | 2 | 2 |
| 2 A 10 AÑOS | 3 | 10 | 13 |
| 11 A 20 AÑOS | 3 | 7 | 10 |
| 21 A 30 AÑOS | 5 | 3 | 8 |
| 31 A 40 AÑOS | | 3 | 3 |
| 41 A 50 AÑOS | | 2 | 2 |
| TOTAL | 11 | 27 | 38 |

Tabla 31 - POSIBILIDAD DE ASIMILAR LA INFORMACION EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA EL DIAGNOSTICO.

| TIEMPO TRANSCURRIDO | POSIBILIDAD DE ASIMILACION | | TOTAL |
|---------------------|----------------------------|---------|-------|
| | PRESENTE | AUSENTE | |
| | Nº | Nº | |
| 0 A 1 AÑO | 8 | 17 | 25 |
| 2 A 5 AÑOS | 1 | 8 | 9 |
| 6 A 10 AÑOS | 2 | | 2 |
| 11 A 15 AÑOS | | 1 | 1 |
| 16 A 20 AÑOS | | 1 | 1 |
| TOTAL | 11 | 27 | 38 |

Tabla 32 - POSIBILIDAD DE ASIMILAR LA INFORMACION EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN TIEMPO DE SEGUIMIENTO EN REUMATOLOGIA EN EL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD.

| TIEMPO DE SEGUIMIENTO | POSIBILIDAD DE ASIMILACION | | TOTAL |
|-----------------------|----------------------------|---------|-------|
| | PRESENTE | AUSENTE | |
| | Nº | Nº | |
| 0 A 1 AÑO | 1 | 8 | 9 |
| 2 A 5 AÑOS | 3 | 8 | 11 |
| 6 A 10 AÑOS | 4 | 4 | 8 |
| 11 A 15 AÑOS | 1 | 3 | 4 |
| 16 A 20 AÑOS | 1 | 2 | 3 |
| 21 A 30 AÑOS | 1 | 2 | 3 |
| TOTAL | 11 | 27 | 38 |

Tabla 33 - POSIBILIDAD DE ASIMILAR LA INFORMACION EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN PRESENCIA DE PATOLOGIAS ASOCIADAS.

| PATOLOGIAS ASOCIADAS | POSIBILIDAD DE ASIMILACION | | TOTAL |
|----------------------|----------------------------|---------|-------|
| | PRESENTE | AUSENTE | |
| | Nº | Nº | |
| SI | 6 | 13 | 19 |
| NO | 5 | 14 | 19 |
| TOTAL | 11 | 27 | 38 |

Tabla 34 - POSIBILIDAD DE ASIMILAR LA INFORMACION EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN CONCURRENCIA A TERAPIA OCUPACIONAL.

| CONCURRENCIA A TERAPIA OCUPACIONAL | POSIBILIDAD DE ASIMILACION | | TOTAL |
|------------------------------------|----------------------------|---------|-------|
| | PRESENTE | AUSENTE | |
| | Nº | Nº | |
| SI | 10 | 24 | 34 |
| NO | 1 | 3 | 4 |
| TOTAL | 11 | 27 | 38 |

Tabla 35 - POSIBILIDAD DE ASIMILAR LA INFORMACION EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN PRESENCIA DE EQUIPO INTERDISCIPLINARIO IMPRESCINDIBLE.

| EQUIPO INTERDISCIPLINARIO | POSIBILIDAD DE ASIMILACION | | TOTAL |
|---------------------------|----------------------------|---------|-------|
| | PRESENTE | AUSENTE | |
| | Nº | Nº | |
| SI | | 3 | 3 |
| NO | 11 | 24 | 35 |
| TOTAL | 11 | 27 | 38 |

ESFERA LABORAL

Tabla 36 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LA ESFERA LABORAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN EDAD.

| EDAD | ESFERA LABORAL | | | TOTAL |
|--------------|----------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| 41 A 50 AÑOS | 2 | 1 | | 3 |
| 51 A 60 AÑOS | 3 | 2 | | 5 |
| 61 A 70 AÑOS | 5 | 3 | 5 | 13 |
| 71 A 80 AÑOS | 6 | 9 | 1 | 16 |
| 81 A 90 AÑOS | | 1 | | 1 |
| TOTAL | 16 | 16 | 6 | 38 |

Tabla 37 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LA ESFERA LABORAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN SEXO.

| SEXO | ESFERA LABORAL | | | TOTAL |
|-----------|----------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| FEMENINO | 14 | 13 | 4 | 31 |
| MASCULINO | 2 | 3 | 2 | 7 |
| TOTAL | 16 | 16 | 6 | 38 |

Tabla 38 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LA ESFERA LABORAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN NIVEL EDUCACIONAL.

| NIVEL EDUCACIONAL | ESFERA LABORAL | | | TOTAL |
|-------------------|----------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| Primario (*) | 3 | 5 | 1 | 9 |
| Primario (**) | 8 | 11 | 4 | 23 |
| Secundario (*) | 4 | | 1 | 5 |
| Terciario (*) | 1 | | | 1 |
| TOTAL | 16 | 16 | 6 | 38 |

(*) INCOMPLETO.

(**) COMPLETO.

Tabla 39 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LA ESFERA LABORAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN TIEMPO DE EVOLUCION DE LA PATOLOGIA.

| TIEMPO DE EVOLUCION PATOLOGICA | ESFERA LABORAL | | | TOTAL |
|--------------------------------|----------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| 0 A 1 AÑO | | 1 | 1 | 2 |
| 2 A 10 AÑOS | 5 | 4 | 4 | 13 |
| 11 A 20 AÑOS | 5 | 5 | | 10 |
| 21 A 30 AÑOS | 4 | 3 | 1 | 8 |
| 31 A 40 AÑOS | 1 | 2 | | 3 |
| 41 A 50 AÑOS | 1 | 1 | | 2 |
| TOTAL | 16 | 16 | 6 | 38 |

Tabla 40 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LA ESFERA LABORAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA EL DIAGNOSTICO.

| TIEMPO TRANSCURRIDO | ESFERA LABORAL | | | TOTAL |
|---------------------|----------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| 0 A 1 AÑO | 9 | 11 | 5 | 25 |
| 2 A 5 AÑOS | 5 | 3 | 1 | 9 |
| 6 A 10 AÑOS | 1 | 1 | | 2 |
| 11 A 15 AÑOS | 1 | | | 1 |
| 16 A 20 AÑOS | | 1 | | 1 |
| TOTAL | 16 | 16 | 6 | 38 |

Tabla 41 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LA ESFERA LABORAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN TIEMPO DE SEGUIMIENTO EN REUMATOLOGIA EN EL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD.

| TIEMPO DE SEGUIMIENTO | ESFERA LABORAL | | | TOTAL |
|-----------------------|----------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| 0 A 1 AÑO | 3 | 4 | 2 | 9 |
| 2 A 5 AÑOS | 4 | 3 | 4 | 11 |
| 6 A 10 AÑOS | 4 | 4 | | 8 |
| 11 A 15 AÑOS | 2 | 2 | | 4 |
| 16 A 20 AÑOS | 1 | 2 | | 3 |
| 21 A 30 AÑOS | 2 | 1 | | 3 |
| TOTAL | 16 | 16 | 6 | 38 |

Tabla 42 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LA ESFERA LABORAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN PRESENCIA DE PATOLOGIAS ASOCIADAS.

| PATOLOGIAS ASOCIADAS | ESFERA LABORAL | | | TOTAL |
|----------------------|----------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| SI | 7 | 6 | 6 | 19 |
| NO | 9 | 10 | | 19 |
| TOTAL | 16 | 16 | 6 | 38 |

Tabla 43 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LA ESFERA LABORAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN CONCURRENCIA A TERAPIA OCUPACIONAL.

| CONCURRENCIA A T.O. | ESFERA LABORAL | | | TOTAL |
|---------------------|----------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| SI | 14 | 14 | 6 | 34 |
| NO | 2 | 2 | | 4 |
| TOTAL | 16 | 16 | 6 | 38 |

Tabla 44 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LA ESFERA LABORAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN PRESENCIA DE EQUIPO INTERDISCIPLINARIO IMPRESCINDIBLE.

| EQUIPO INTERDISCIPLINARIO | ESFERA LABORAL | | | TOTAL |
|---------------------------|----------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| SI | 1 | 1 | 1 | 3 |
| NO | 15 | 15 | 5 | 35 |
| TOTAL | 16 | 16 | 6 | 38 |

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Tabla 45 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN EDAD.

| EDAD | A.V.D. | | | TOTAL |
|--------------|----------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| 41 A 50 AÑOS | 3 | | | 3 |
| 51 A 60 AÑOS | 4 | 1 | | 5 |
| 61 A 70 AÑOS | 5 | | 8 | 13 |
| 71 A 80 AÑOS | 8 | 1 | 7 | 16 |
| 81 A 90 AÑOS | 1 | | | 1 |
| TOTAL | 21 | 2 | 15 | 38 |

Tabla 46 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN SEXO.

| SEXO | A.V.D. | | | TOTAL |
|-----------|----------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| FEMENINO | 17 | 2 | 12 | 31 |
| MASCULINO | 4 | | 3 | 7 |
| TOTAL | 21 | 2 | 15 | 38 |

Tabla 47 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN NIVEL EDUCACIONAL.

| NIVEL EDUCACIONAL | A.V.D. | | | TOTAL |
|-------------------|----------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| Primario (*) | 6 | | 3 | 9 |
| Primario (**) | 9 | 2 | 12 | 23 |
| Secundario (*) | 5 | | | 5 |
| Terciario (*) | 1 | | | 1 |
| TOTAL | 21 | 2 | 15 | 38 |

(*) INCOMPLETO.

(**) COMPLETO.

Tabla 48 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN TIEMPO DE EVOLUCION DE LA PATOLOGIA.

| TIEMPO DE EVOLUCION PATOLOGICA | A.V.D. | | | TOTAL |
|--------------------------------|----------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| Nº | Nº | Nº | Nº | |
| 0 A 1 AÑO | 1 | | 1 | 2 |
| 2 A 10 AÑOS | 8 | | 5 | 13 |
| 11 A 20 AÑOS | 8 | | 2 | 10 |
| 21 A 30 AÑOS | 3 | 1 | 4 | 8 |
| 31 A 40 AÑOS | | 1 | 2 | 3 |
| 41 A 50 AÑOS | 1 | | 1 | 2 |
| TOTAL | 21 | 2 | 15 | 38 |

Tabla 49 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA EL DIAGNOSTICO.

| TIEMPO TRANSCURRIDO | A.V.D. | | | TOTAL |
|---------------------|----------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| Nº | Nº | Nº | Nº | |
| 0 A 1 AÑO | 13 | 1 | 11 | 25 |
| 2 A 5 AÑOS | 6 | 1 | 2 | 9 |
| 6 A 10 AÑOS | 1 | | 1 | 2 |
| 11 A 15 AÑOS | 1 | | | 1 |
| 16 A 20 AÑOS | | | 1 | 1 |
| TOTAL | 21 | 2 | 15 | 38 |

Tabla 50 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN EL TIEMPO DE SEGUIMIENTO EN REUMATOLOGIA EN EL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD.

| TIEMPO DE SEGUIMIENTO | A.V.D. | | | TOTAL |
|-----------------------|----------|-------------|----|-------|
| | CAMBIA | | NO | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| Nº | Nº | Nº | Nº | |
| 0 A 1 AÑO | 6 | | 3 | 9 |
| 2 A 5 AÑOS | 4 | 1 | 6 | 11 |
| 6 A 10 AÑOS | 5 | | 3 | 8 |
| 11 A 15 AÑOS | 2 | | 2 | 4 |
| 16 A 20 AÑOS | 3 | | | 3 |
| 21 A 30 AÑOS | 1 | 1 | 1 | 3 |
| TOTAL | 21 | 2 | 15 | 38 |

Tabla 51 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN PRESENCIA DE PATOLOGIAS ASOCIADAS.

| PATOLOGIAS ASOCIADAS | A.V.D. | | | TOTAL |
|----------------------|----------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| Nº | Nº | Nº | Nº | |
| SI | 9 | 1 | 9 | 19 |
| NO | 12 | 1 | 6 | 19 |
| TOTAL | 21 | 2 | 15 | 38 |

Tabla 52 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN CONCURRENCIA A TERAPIA OCUPACIONAL.

| CONCURRENCIA A T. O. | A.V.D. | | | TOTAL |
|----------------------|----------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| Nº | Nº | Nº | Nº | |
| SI | 18 | 2 | 14 | 34 |
| NO | 3 | | 1 | 4 |
| TOTAL | 21 | 2 | 15 | 38 |

Tabla 53 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN PRESENCIA DE EQUIPO INTERDISCIPLINARIO IMPRESCINDIBLE.

| EQUIPO INTERDISCIPLINARIO | A.V.D. | | | TOTAL |
|---------------------------|----------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| Nº | Nº | Nº | Nº | |
| SI | 2 | 1 | | 3 |
| NO | 19 | 1 | 15 | 35 |
| TOTAL | 21 | 2 | 15 | 38 |

RELACIONES MARITALES Y FAMILIARES

Tabla 54 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LAS RELACIONES MARITALES Y FAMILIARES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN EDAD.

| EDAD | RELACIONES MARITALES Y FAMILIARES | | | TOTAL |
|--------------|-----------------------------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| 41 A 50 AÑOS | 2 | | 1 | 3 |
| 51 A 60 AÑOS | 4 | | 1 | 5 |
| 61 A 70 AÑOS | 3 | 1 | 9 | 13 |
| 71 A 80 AÑOS | 1 | 4 | 11 | 16 |
| 81 A 90 AÑOS | | | 1 | 1 |
| TOTAL | 10 | 5 | 23 | 38 |

Tabla 55 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LAS RELACIONES MARITALES Y FAMILIARES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN SEXO.

| SEXO | RELACIONES MARITALES Y FAMILIARES | | | TOTAL |
|-----------|-----------------------------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| FEMENINO | 8 | 4 | 19 | 31 |
| MASCULINO | 2 | 1 | 4 | 7 |
| TOTAL | 10 | 5 | 23 | 38 |

Tabla 56 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LAS RELACIONES MARITALES Y FAMILIARES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN NIVEL EDUCACIONAL.

| NIVEL EDUCACIONAL | RELACIONES MARITALES Y FAMILIARES | | | TOTAL |
|-------------------|-----------------------------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| Primario (*) | 3 | 3 | 3 | 9 |
| Primario (**) | 7 | 2 | 14 | 23 |
| Secundario (*) | | | 5 | 5 |
| Terciario (*) | | | 1 | 1 |
| TOTAL | 10 | 5 | 23 | 38 |

(*) INCOMPLETO.

(**) COMPLETO.

Tabla 57 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LAS RELACIONES MARITALES Y FAMILIARES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN TIEMPO DE EVOLUCION DE LA PATOLOGIA.

| TIEMPO DE EVOLUCION PATOLOGICA | RELACIONES MARITALES Y FAMILIARES | | | TOTAL |
|--------------------------------|-----------------------------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| Nº | Nº | Nº | Nº | |
| 0 A 1 AÑO | | | 2 | 2 |
| 2 A 10 AÑOS | 2 | 3 | 8 | 13 |
| 11 A 20 AÑOS | 4 | 1 | 5 | 10 |
| 21 A 30 AÑOS | 3 | 1 | 4 | 8 |
| 31 A 40 AÑOS | 1 | | 2 | 3 |
| 41 A 50 AÑOS | | | 2 | 2 |
| TOTAL | 10 | 5 | 23 | 38 |

Tabla 58 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LAS RELACIONES MARITALES Y FAMILIARES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA EL DIAGNOSTICO.

| TIEMPO TRANSCURRIDO | RELACIONES MARITALES Y FAMILIARES | | | TOTAL |
|---------------------|-----------------------------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| Nº | Nº | Nº | Nº | |
| 0 A 1 AÑO | 4 | 5 | 16 | 25 |
| 2 A 5 AÑOS | 5 | | 4 | 9 |
| 6 A 10 AÑOS | 1 | | 1 | 2 |
| 11 A 15 AÑOS | | | 1 | 1 |
| 16 A 20 AÑOS | | | 1 | 1 |
| TOTAL | 10 | 5 | 23 | 38 |

Tabla 59 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LAS RELACIONES MARITALES Y FAMILIARES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN TIEMPO DE SEGUIMIENTO EN REUMATOLOGIA EN EL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD.

| TIEMPO DE SEGUIMIENTO | RELACIONES MARITALES Y FAMILIARES | | | TOTAL |
|-----------------------|-----------------------------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| Nº | Nº | Nº | Nº | |
| 0 A 1 AÑO | 2 | 1 | 6 | 9 |
| 2 A 5 AÑOS | 1 | 1 | 9 | 11 |
| 6 A 10 AÑOS | 4 | 2 | 2 | 8 |
| 11 A 15 AÑOS | 1 | 1 | 2 | 4 |
| 16 A 20 AÑOS | 1 | | 2 | 3 |
| 21 A 30 AÑOS | 1 | | 2 | 3 |
| TOTAL | 10 | 5 | 23 | 38 |

Tabla 60 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LAS RELACIONES MARITALES Y FAMILIARES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN PRESENCIA DE PATOLOGIAS ASOCIADAS.

| PATOLOGIAS ASOCIADAS | RELACIONES MARITALES Y FAMILIARES | | | TOTAL |
|----------------------|-----------------------------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| SI | 6 | 3 | 10 | 19 |
| NO | 4 | 2 | 13 | 19 |
| TOTAL | 10 | 5 | 23 | 38 |

Tabla 61 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LAS RELACIONES MARITALES Y FAMILIARES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN CONCURRENCIA A TERAPIA OCUPACIONAL.

| CONCURRENCIA A T. O. | RELACIONES MARITALES Y FAMILIARES | | | TOTAL |
|----------------------|-----------------------------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| SI | 9 | 2 | 23 | 34 |
| NO | 1 | 3 | | 4 |
| TOTAL | 10 | 5 | 23 | 38 |

Tabla 62 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LAS RELACIONES MARITALES Y FAMILIARES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN PRESENCIA DE EQUIPO INTERDISCIPLINARIO IMPRESCINDIBLE.

| EQUIPO INTERDISCIPLINARIO | RELACIONES MARITALES Y FAMILIARES | | | TOTAL |
|---------------------------|-----------------------------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| SI | 1 | | 2 | 3 |
| NO | 9 | 5 | 21 | 35 |
| TOTAL | 10 | 5 | 23 | 38 |

RECREACION Y RELACIONES SOCIALES

Tabla 63 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN RECREACION Y RELACIONES SOCIALES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN EDAD.

| EDAD | RECREACION Y RELACIONES SOCIALES | | | TOTAL |
|--------------|----------------------------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| 41 A 50 AÑOS | 2 | | 1 | 3 |
| 51 A 60 AÑOS | 4 | | 1 | 5 |
| 61 A 70 AÑOS | 8 | 1 | 4 | 13 |
| 71 A 80 AÑOS | 9 | 3 | 4 | 16 |
| 81 A 90 AÑOS | 1 | | | 1 |
| TOTAL | 24 | 4 | 10 | 38 |

Tabla 64 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN RECREACION Y RELACIONES SOCIALES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN SEXO.

| SEXO | RECREACION Y RELACIONES SOCIALES | | | TOTAL |
|-----------|----------------------------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| FEMENINO | 19 | 3 | 9 | 31 |
| MASCULINO | 5 | 1 | 1 | 7 |
| TOTAL | 24 | 4 | 10 | 38 |

Tabla 65 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN RECREACION Y RELACIONES SOCIALES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN NIVEL EDUCACIONAL.

| NIVEL EDUCACIONAL | RECREACION Y RELACIONES SOCIALES | | | TOTAL |
|-------------------|----------------------------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| Primario (*) | 5 | 2 | 2 | 9 |
| Primario (**) | 13 | 2 | 8 | 23 |
| Secundario (*) | 5 | | | 5 |
| Terciario (*) | 1 | | | 1 |
| TOTAL | 24 | 4 | 10 | 38 |

(*) INCOMPLETO.

(**) COMPLETO.

Tabla 66 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN RECREACION Y RELACIONES SOCIALES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN TIEMPO DE EVOLUCION DE LA PATOLOGIA.

| TIEMPO DE EVOLUCION PATOLOGICA | RECREACION Y RELACIONES SOCIALES | | | TOTAL |
|--------------------------------|----------------------------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| 0 A 1 AÑO | 1 | | 1 | 2 |
| 2 A 10 AÑOS | 12 | | 1 | 13 |
| 11 A 20 AÑOS | 6 | 2 | 2 | 10 |
| 21 A 30 AÑOS | 4 | 1 | 3 | 8 |
| 31 A 40 AÑOS | | 1 | 2 | 3 |
| 41 A 50 AÑOS | 1 | | 1 | 2 |
| TOTAL | 24 | 4 | 10 | 38 |

Tabla 67 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN RECREACION Y RELACIONES SOCIALES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA EL DIAGNOSTICO.

| TIEMPO TRANSCURRIDO | RECREACION Y RELACIONES SOCIALES | | | TOTAL |
|---------------------|----------------------------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| 0 A 1 AÑO | 15 | 2 | 8 | 25 |
| 2 A 5 AÑOS | 8 | | 1 | 9 |
| 6 A 10 AÑOS | | 1 | 1 | 2 |
| 11 A 15 AÑOS | 1 | | | 1 |
| 16 A 20 AÑOS | | 1 | | 1 |
| TOTAL | 24 | 4 | 10 | 38 |

Tabla 68 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN RECREACION Y RELACIONES SOCIALES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN TIEMPO DE SEGUIMIENTO EN REUMATOLOGIA EN EL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD.

| TIEMPO DE SEGUIMIENTO | RECREACION Y RELACIONES SOCIALES | | | TOTAL |
|-----------------------|----------------------------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| 0 A 1 AÑO | 6 | | 3 | 9 |
| 2 A 5 AÑOS | 10 | | 1 | 11 |
| 6 A 10 AÑOS | 3 | 2 | 3 | 8 |
| 11 A 15 AÑOS | 2 | 2 | | 4 |
| 16 A 20 AÑOS | 1 | | 2 | 3 |
| 21 A 30 AÑOS | 2 | | 1 | 3 |
| TOTAL | 24 | 4 | 10 | 38 |

Tabla 69 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN RECREACION Y RELACIONES SOCIALES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN PRESENCIA DE PATOLOGIAS ASOCIADAS.

| PATOLOGIAS ASOCIADAS | RECREACION Y RELACIONES SOCIALES | | | TOTAL |
|----------------------|----------------------------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| SI | 13 | 1 | 5 | 19 |
| NO | 11 | 3 | 5 | 19 |
| TOTAL | 24 | 4 | 10 | 38 |

Tabla 70 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN RECREACION Y RELACIONES SOCIALES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN CONCURRENCIA A TERAPIA OCUPACIONAL.

| CONCURRENCIA A T.O. | RECREACION Y RELACIONES SOCIALES | | | TOTAL |
|---------------------|----------------------------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| SI | 22 | 2 | 10 | 34 |
| NO | 2 | 2 | | 4 |
| TOTAL | 24 | 4 | 10 | 38 |

Tabla 71 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN RECREACION Y RELACIONES SOCIALES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN PRESENCIA DE EQUIPO INTERDISCIPLINARIO IMPRESCINDIBLE.

| EQUIPO INTERDISCIPLINARIO | RECREACION Y RELACIONES SOCIALES | | | TOTAL |
|---------------------------|----------------------------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| SI | 2 | | 1 | 3 |
| NO | 22 | 4 | 9 | 35 |
| TOTAL | 24 | 4 | 10 | 38 |

ESFERA PERSONAL

Tabla 72 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LA ESFERA PERSONAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN EDAD.

| EDAD | ESFERA PERSONAL | | | TOTAL |
|--------------|-----------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| 41 A 50 AÑOS | 1 | | 2 | 3 |
| 51 A 60 AÑOS | 3 | | 2 | 5 |
| 61 A 70 AÑOS | 5 | 3 | 5 | 13 |
| 71 A 80 AÑOS | 6 | 3 | 7 | 16 |
| 81 A 90 AÑOS | | | 1 | 1 |
| TOTAL | 15 | 6 | 17 | 38 |

Tabla 73 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LA ESFERA PERSONAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN SEXO.

| SEXO | ESFERA PERSONAL | | | TOTAL |
|-----------|-----------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| FEMENINO | 13 | 4 | 14 | 31 |
| MASCULINO | 2 | 2 | 3 | 7 |
| TOTAL | 15 | 6 | 17 | 38 |

Tabla 74 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LA ESFERA PERSONAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN NIVEL EDUCACIONAL.

| NIVEL EDUCACIONAL | ESFERA PERSONAL | | | TOTAL |
|-------------------|-----------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| Primario (*) | 2 | 1 | 6 | 9 |
| Primario (**) | 9 | 5 | 9 | 23 |
| Secundario (*) | 3 | | 2 | 5 |
| Terciario (*) | 1 | | | 1 |
| TOTAL | 15 | 6 | 17 | 38 |

(*) INCOMPLETO.

(**) COMPLETO.

Tabla 75 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LA ESFERA PERSONAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN TIEMPO DE EVOLUCION DE LA PATOLOGIA.

| TIEMPO DE EVOLUCION PATOLOGICA | ESFERA PERSONAL | | | TOTAL |
|--------------------------------|-----------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| Nº | Nº | Nº | Nº | |
| 0 A 1 AÑO | | | 2 | 2 |
| 2 A 10 AÑOS | 7 | 1 | 5 | 13 |
| 11 A 20 AÑOS | 4 | 2 | 4 | 10 |
| 21 A 30 AÑOS | 3 | 1 | 4 | 8 |
| 31 A 40 AÑOS | | 1 | 2 | 3 |
| 41 A 50 AÑOS | 1 | 1 | | 2 |
| TOTAL | 15 | 6 | 17 | 38 |

Tabla 76 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LA ESFERA PERSONAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA EL DIAGNOSTICO.

| TIEMPO TRANSCURRIDO | ESFERA PERSONAL | | | TOTAL |
|---------------------|-----------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| Nº | Nº | Nº | Nº | |
| 0 A 1 AÑO | 10 | 4 | 11 | 25 |
| 2 A 5 AÑOS | 4 | 1 | 4 | 9 |
| 6 A 10 AÑOS | | 1 | 1 | 2 |
| 11 A 15 AÑOS | 1 | | | 1 |
| 16 A 20 AÑOS | | | 1 | 1 |
| TOTAL | 15 | 6 | 17 | 38 |

Tabla 77 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN TIEMPO DE SEGUIMIENTO EN REUMATOLOGIA EN EL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD.

| TIEMPO DE SEGUIMIENTO | ESFERA PERSONAL | | | TOTAL |
|-----------------------|-----------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| Nº | Nº | Nº | Nº | |
| 0 A 1 AÑO | 4 | 1 | 4 | 9 |
| 2 A 5 AÑOS | 5 | 1 | 5 | 11 |
| 6 A 10 AÑOS | 2 | 3 | 3 | 8 |
| 11 A 15 AÑOS | 2 | 1 | 1 | 4 |
| 16 A 20 AÑOS | 1 | | 2 | 3 |
| 21 A 30 AÑOS | 1 | | 2 | 3 |
| TOTAL | 15 | 6 | 17 | 38 |

Tabla 78 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LA ESFERA PERSONAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN PRESENCIA DE PATOLOGIAS ASOCIADAS.

| PATOLOGIAS ASOCIADAS | ESFERA PERSONAL | | | TOTAL |
|----------------------|-----------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | Nº |
| SI | 8 | 3 | 8 | 19 |
| NO | 7 | 3 | 9 | 19 |
| TOTAL | 15 | 6 | 17 | 38 |

Tabla 79 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN CONCURRENCIA A TERAPIA OCUPACIONAL.

| CONCURRENCIA A T.O. | ESFERA PERSONAL | | | TOTAL |
|---------------------|-----------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | Nº |
| SI | 14 | 4 | 16 | 34 |
| NO | 1 | 2 | 1 | 4 |
| TOTAL | 15 | 6 | 17 | 38 |

Tabla 80 - RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD EN LA ESFERA PERSONAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN PRESENCIA DE EQUIPO INTERDISCIPLINARIO IMPRESCINDIBLE.

| EQUIPO INTERDISCIPLINARIO | ESFERA PERSONAL | | | TOTAL |
|---------------------------|-----------------|-------------|-----------|-------|
| | CAMBIA | | NO CAMBIA | |
| | RECONOCE | NO RECONOCE | | |
| | Nº | Nº | Nº | Nº |
| SI | 2 | | 1 | 3 |
| NO | 13 | 6 | 17 | 35 |
| TOTAL | 15 | 6 | 18 | 38 |

CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS DE TRATAMIENTO

Tabla 81 - CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN EDAD.

| EDAD | CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS | | | TOTAL |
|--------------|----------------------------|-----------|----------|-----------|
| | TOTAL | PARCIAL | NULO | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| 41 A 50 AÑOS | 2 | | 1 | 3 |
| 51 A 60 AÑOS | 1 | 2 | 2 | 5 |
| 61 A 70 AÑOS | 8 | 3 | 2 | 13 |
| 71 A 80 AÑOS | 8 | 6 | 2 | 16 |
| 81 A 90 AÑOS | 1 | | | 1 |
| TOTAL | 20 | 11 | 7 | 38 |

Tabla 82 - CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN SEXO.

| SEXO | CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS | | | TOTAL |
|--------------|----------------------------|-----------|----------|-----------|
| | TOTAL | PARCIAL | NULO | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| FEMENINO | 17 | 9 | 5 | 31 |
| MASCULINO | 3 | 2 | 2 | 7 |
| TOTAL | 20 | 11 | 7 | 38 |

Tabla 83 - CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN NIVEL EDUCACIONAL.

| NIVEL EDUCACIONAL | CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS | | | TOTAL |
|-------------------|----------------------------|-----------|----------|-----------|
| | TOTAL | PARCIAL | NULO | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| Primario (*) | 3 | 5 | 1 | 9 |
| Primario (**) | 14 | 5 | 4 | 23 |
| Secundario (*) | 2 | 1 | 2 | 5 |
| Terciario(*) | 1 | | | 1 |
| TOTAL | 20 | 11 | 7 | 38 |

(*) INCOMPLETO.

(**) COMPLETO.

Tabla 84 - CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN TIEMPO DE EVOLUCION DE LA PATOLOGIA.

| TIEMPO DE EVOLUCION PATOLOGICA | CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS | | | TOTAL |
|--------------------------------|----------------------------|---------|------|-------|
| | TOTAL | PARCIAL | NULO | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| 0 A 1 AÑO | 2 | | | 2 |
| 2 A 10 AÑOS | 8 | 5 | | 13 |
| 11 A 20 AÑOS | 5 | 1 | 4 | 10 |
| 21 A 30 AÑOS | 3 | 4 | 1 | 8 |
| 31 A 40 AÑOS | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 41 A 50 AÑOS | 1 | | 1 | 2 |
| TOTAL | 20 | 11 | 7 | 38 |

Tabla 85 - CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE A.R. SEGUN TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA EL DIAGNOSTICO.

| TIEMPO TRANSCURRIDO | CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS | | | TOTAL |
|---------------------|----------------------------|---------|------|-------|
| | TOTAL | PARCIAL | NULO | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| 0 A 1 AÑO | 14 | 7 | 4 | 25 |
| 2 A 5 AÑOS | 3 | 3 | 3 | 9 |
| 6 A 10 AÑOS | 2 | | | 2 |
| 11 A 15 AÑOS | 1 | | | 1 |
| 16 A 20 AÑOS | | 1 | | 1 |
| TOTAL | 20 | 11 | 7 | 38 |

Tabla 86 - CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN TIEMPO DE SEGUIMIENTO EN REUMATOLOGIA EN EL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD.

| TIEMPO DE SEGUIMIENTO | CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS | | | TOTAL |
|-----------------------|----------------------------|---------|------|-------|
| | TOTAL | PARCIAL | NULO | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| 0 A 1 AÑO | 6 | 2 | 1 | 9 |
| 2 A 5 AÑOS | 7 | 4 | | 11 |
| 6 A 10 AÑOS | 4 | 1 | 3 | 8 |
| 11 A 15 AÑOS | | 3 | 1 | 4 |
| 16 A 20 AÑOS | 3 | | | 3 |
| 21 A 30 AÑOS | | 1 | 2 | 3 |
| TOTAL | 20 | 11 | 7 | 38 |

Tabla 87 - CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN PRESENCIA DE PATOLOGIAS ASOCIADAS.

| PATOLOGIAS ASOCIADAS | CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS | | | TOTAL |
|----------------------|----------------------------|---------|------|-------|
| | TOTAL | PARCIAL | NULO | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| SI | 11 | 4 | 4 | 19 |
| NO | 9 | 7 | 3 | 19 |
| TOTAL | 20 | 11 | 7 | 38 |

Tabla 88 - CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN CONCURRENCIA A TERAPIA OCUPACIONAL.

| CONCURRENCIA A T.O. | CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS | | | TOTAL |
|---------------------|----------------------------|---------|------|-------|
| | TOTAL | PARCIAL | NULO | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| SI | 20 | 9 | 5 | 34 |
| NO | | 2 | 2 | 4 |
| TOTAL | 20 | 11 | 7 | 38 |

Tabla 89 - CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON A.R. SEGUN PRESENCIA DE EQUIPO INTERDISCIPLINARIO IMPRESCINDIBLE.

| EQUIPO INTERDISCIPLINARIO | CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS | | | TOTAL |
|---------------------------|----------------------------|---------|------|-------|
| | TOTAL | PARCIAL | NULO | |
| | Nº | Nº | Nº | |
| SI | 2 | | 1 | 3 |
| NO | 18 | 11 | 6 | 35 |
| TOTAL | 20 | 11 | 7 | 38 |

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

Los pacientes estudiados fueron 38 de los cuales el 81,6 % eran de sexo femenino y su edad promedio fue de 67,4 años \pm 1,44 E.S. (TABLA 1)

El 50 % estaba casado, el 42,1 % eran viudos y el 7,9 % divorciados. (TABLA 2)

Los pacientes tenían cursados los estudios del modo que sigue (TABLA 5):

| NIVEL EDUCACIONAL | Nº | % |
|-----------------------|----|-------|
| Primario Incompleto | 9 | 23,7 |
| Primario Completo | 23 | 60,5 |
| Secundario Incompleto | 5 | 13,2 |
| Terciario Incompleto | 1 | 2,6 |
| TOTAL | 38 | 100,0 |

La mayoría de los pacientes tuvo un nivel educacional medio-bajo (primario completo e incompleto) sólo 1 paciente tuvo un nivel medio alto (terciario) y no hubo nivel superior.

En cuanto al sexo los guarismos fueron los siguientes:

| SEXO | Nº | % |
|-----------|----|-------|
| Femenino | 31 | 81,6 |
| Masculino | 7 | 18,4 |
| TOTAL | 38 | 100,0 |

La mayor cantidad de los pacientes fue de sexo femenino y sólo 7 pacientes fueron de sexo masculino.

La edad de los pacientes fue:

| EDAD | Nº | % |
|--------------|----|-------|
| 41 a 50 Años | 3 | 7,9 |
| 51 a 60 Años | 5 | 13,2 |
| 61 a 70 Años | 13 | 34,2 |
| 71 a 80 Años | 16 | 42,1 |
| 81 a 90 Años | 1 | 2,6 |
| TOTAL | 38 | 100,0 |

Más del 76 % de los pacientes tuvieron entre 61 y 80 años, el 20 % entre 41 y 60 años, la mayoría fueron de edad avanzada.

El estado civil de la siguiente forma:

| ESTADO CIVIL | Nº | % |
|--------------|----|-------|
| Casado | 19 | 50 |
| Viudo | 16 | 42,1 |
| Divorciado | 3 | 7,9 |
| TOTAL | 38 | 100,0 |

La mitad de los pacientes estaban casados, el 42 % eran viudos y un bajo porcentaje estaban divorciados.

En referencia al tiempo de evolución de la enfermedad el promedio fue de 16,1 años y la mediana 10,4 años aunque la mayoría de las personas llevaban entre 2 y 10 años de evolución. (TABLA 4)

Así, la mayoría de estas personas pasaron 1 año desde que comenzaran con los primeros síntomas y obtuvieran el diagnóstico. (TABLA 7)

El tiempo promedio de seguimiento de la enfermedad en el servicio de Reumatología del Hospital Privado de Comunidad fue de 7,7 años aunque la mayoría de ellos lleva recién entre 2 y 5 años del mismo (TABLA 8)

La mitad de estos pacientes presentan patologías crónicas asociadas a la que nos ocupa. (TABLA 15)

Se analizaron varios items que se destacan para la mejor calidad de vida para los pacientes afectados con Artritis Reumatoidea. Cada uno de ellos se cruzó con otras variables para ver la implicancia de las mismas. A continuación se detallarán cada uno de ellos.

COMPRESION DE LA PATOLOGIA

Esta variable se analizó (TABLAS 3/17) teniendo en cuenta edad, sexo, nivel educacional, tiempo de evolución de la patología, tiempo transcurrido hasta el diagnóstico, tiempo de seguimiento en Reumatología en el Hospital Privado de Comunidad, patologías asociadas, nivel de compromiso en vestido, en arreglo personal, en marchas y traslados y

presencia de equipo interdisciplinario, no encontrando significación estadística en la aplicación de los test.

Al testar esta variable con la concurrencia a Terapia Ocupacional fue creciendo el nivel de significación hasta obtener los siguientes niveles significativos estadísticamente al cruzar con las variables que siguen:

- * Cumplimiento de las pautas de tratamiento $\chi^2 : 6,48 P < 0,05$.
- * Nivel de compromiso en alimentación $\chi^2 : 7,47 P < 0,05$.
- * Nivel de compromiso en higiene $\chi^2 : 9,46 P < 0,05$.

En el ítem INTERES DE BUSQUEDA DE INFORMACION sobre su cuadro patológico, los resultados se presentan a continuación:

A la pregunta *¿Ud. ha buscado información en congresos sobre Artritis Reumatoidea?
2 pacientes contestaron afirmativamente (5,3 %).

*¿Ud. ha buscado información en libros y revistas científicas?
14 pacientes respondieron afirmativamente (36,8 %).

*¿Ud. ha buscado información en su terapeuta ocupacional y/o terapeuta físico?
13 pacientes contestaron afirmativamente (34,2 %).

*¿Ud. ha buscado información con profesionales médicos?
27 pacientes contestaron afirmativamente (71,1 %).

*¿Ud. ha buscado información en programas científicos de radio y T.V.?
21 pacientes contestaron afirmativamente (55,3 %).

*¿Ud. asiste a algún grupo de autoayuda?
22 pacientes contestaron afirmativamente (57,9 %).

La distribución de acuerdo a la escala otorgada fue la siguiente:

| ESCALA | Nº |
|--------|----|
| 0 | 5 |
| 1 | 5 |
| 2 | 8 |
| 3 | 7 |
| 4 | 9 |
| 5 | 4 |

Si lo distribuimos de otra forma sería:

| INTERES DE BUSQUEDA | Nº | % |
|---------------------|----|------|
| Ausencia total | 5 | 13,2 |
| Ausencia parcial | 20 | 52,6 |
| Presencia | 13 | 34,2 |

Si estudiamos esta variable conjuntamente con el sexo observamos una clara significación estadística (χ^2 : 4,5 P< 0,005) lo que nos habla de una causa-efecto.

En el resto de las pruebas no se encontró significación y los guarismos se pueden observar en las TABLAS 18/26.

En el ítem POSIBILIDAD DE ASIMILAR LA INFORMACION sobre su cuadro patológico, los resultados se presentan a continuación:

A la pregunta *¿Cuál es el nombre de su enfermedad?

33 pacientes contestaron correctamente (86,8 %).

*¿Cuáles son las causas de la enfermedad?

13 pacientes contestaron correctamente (34,2 %).

*¿Cuál es el curso de esta enfermedad?

17 pacientes contestaron correctamente (44,7 %).

*¿Cuál es el pronóstico de esta enfermedad?

8 pacientes contestaron correctamente (21,1 %).

Esto se analizó (TABLAS 27/35) según presencia o ausencia desde el punto de vista de edad, sexo, nivel educacional, tiempo de evolución de la enfermedad, tiempo transcurrido hasta el diagnóstico, tiempo de seguimiento en Reumatología en el Hospital Privado de Comunidad, patologías asociadas, concurrencia a Terapia Ocupacional y presencia de equipo interdisciplinario y no se encontró significación estadística.

Según la escala tomada las cifras son las que siguen:

| ESCALA | Nº |
|--------|----|
| 0 | - |
| 1 | 18 |
| 2 | 9 |
| 3 | 9 |
| 4 | 2 |

En forma cualitativa como sigue:

| POSIBILIDAD | Nº | % |
|------------------|----|------|
| Ausencia total | - | - |
| Ausencia parcial | 27 | 71,1 |
| Presencia | 11 | 28,9 |

En el ítem RECONOCIMIENTO DE LAS IMPLICANCIAS de la patología, lo acorde con la escala es lo que sigue:

| ESCALA | Nº |
|--------|----|
| 0 | 8 |
| 1 | 5 |
| 2 | 8 |
| 3 | 7 |
| 4 | 6 |
| 5 | 4 |

Mientras que la cualitativa sería:

| RECONOCIMIENTO | Nº | % |
|------------------|----|------|
| Ausencia total | 8 | 21,1 |
| Ausencia parcial | 20 | 52,6 |
| Presencia | 10 | 26,3 |

ESFERA LABORAL

A la pregunta *¿Continúa con el mismo trabajo actualmente?

31 pacientes debieron cambiar su ocupación (81,6 %).

*¿Ha tenido cambios en sus ingresos?

18 pacientes contestaron afirmativamente (47,4 %).

*¿Han aumentado sus dificultades económicas?

25 pacientes contestaron afirmativamente (65,8 %).

Al estudiar esta variable (TABLAS 36/44) conjuntamente con las que se detallan anteriormente sólo se encontró significación estadística en el tiempo de seguimiento en Reumatología en el Hospital Privado de Comunidad a partir de los 10 años (χ^2 : 6,23 $P < 0,005$).

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

A la pregunta *¿Tiene algún tipo de dificultad en las actividades de higiene en forma independiente?

15 pacientes respondieron afirmativamente (39,5 %).

* ¿Tiene algún tipo de dificultad en la preparación de alimentos o el acto de alimentarse en forma independiente?

12 pacientes respondieron afirmativamente (31,6 %).

* ¿Tiene algún tipo de dificultad en vestirse o desvestirse en forma independiente?

12 pacientes respondieron afirmativamente (31,6 %).

* ¿Tiene algún tipo de dificultad en las actividades de arreglo personal en forma independiente?

13 pacientes respondieron afirmativamente (34,2 %).

* ¿Tiene algún tipo de dificultad en marchas y traslados en forma independiente?

23 pacientes respondieron afirmativamente (60,5 %).

Al cruzar las variables (TABLAS 45/53) no se encontró significación estadística.

RELACIONES MARITALES Y FAMILIARES

A la pregunta * ¿Ha tenido cambios en su relación conyugal?

8 pacientes respondieron afirmativamente (21,1 %).

* ¿Ha tenido cambios en su constitución familiar?

4 pacientes respondieron afirmativamente (10,5 %).

* ¿Ha debido delegar responsabilidades en su rol familiar con sus hijos?

8 pacientes respondieron afirmativamente (21,1 %).

* ¿Ha habido cambios en su rol familiar con respecto a las personas con las cuales Ud. no convive?

1 paciente respondió afirmativamente (2,6 %).

Al examinar esta variable (TABLA 54/62) se encontró significación estadística en la concurrencia a Terapia Ocupacional (χ^2 : 6,70 P < 0,05) y un χ^2 : 3,71 P < 0,05 que se acerca a la significación cuando se testó el tiempo de seguimiento en Reumatología en el Hospital Privado de Comunidad.

RECREACION Y RELACIONES SOCIALES

A la pregunta * ¿Ha tenido cambios en actividades de tiempo libre o recreacionales?

23 pacientes respondieron afirmativamente (60,5 %).

* ¿Ha realizado algún deporte con habitualidad? ¿Continúa realizándolo actualmente?

7 pacientes respondieron negativamente (18,4 %).

* ¿Ha tenido algún tipo de cambio en su círculo de amigos?

8 pacientes respondieron afirmativamente (21,1 %).

* ¿Ha tenido cambios en salidas con amigos?

14 pacientes respondieron afirmativamente (36,8 %).

* ¿Ha tenido cambios en salidas con familiares?

5 pacientes respondieron afirmativamente (13,2 %).

Al confrontar las variables (TABLAS 63/71) no se halló significación estadística.

ESFERA PERSONAL

A la pregunta * ¿Ha tenido o tiene la posibilidad de expresar sus intereses?

5 pacientes respondieron negativamente (13,2 %).

* ¿Ha tenido cambios en cuanto a sus actividades comunitarias o cívicas?

11 pacientes respondieron afirmativamente (28,9 %).

* ¿Ud. ve dificultadas sus posibilidades de desarrollo cultural?

18 pacientes respondieron afirmativamente (47,4 %).

* ¿Ud. ha tenido o tiene la posibilidad de expresar disgusto?

11 pacientes respondieron negativamente (28,9 %).

Al explorar las variables (TABLAS 72/80) no se halló significación estadística.

CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS DE TRATAMIENTO

A la pregunta * ¿Cuántos días a la semana Ud. utiliza las adaptaciones de la forma prescrita?

11 pacientes respondieron 6/7 días (28,9 %).

* ¿Cuántos días a la semana Ud. utiliza las ortesis de la forma prescrita?

21 pacientes respondieron 6/7 días (55,3 %).

* ¿Cuántos días a la semana Ud. realiza el plan de ejercicios del modo prescripto?

28 pacientes respondieron 6/7 días (73,7 %).

* ¿Cuántos días a la semana Ud. toma la medicación del modo prescripto?

36 pacientes respondieron 6/7 días (94,7 %).

* ¿Cuántos días a la semana Ud. modifica la realización de determinadas actividades e incluye períodos de descanso del modo prescripto?

21 pacientes respondieron 6/7 días (55,3 %).

Al cruzar las variables (TABLAS 81/89) no se halló significación estadística.

En esta última parte sería interesante probar qué ocurre si se ampliara la muestra en un número importante de pacientes.

CONCLUSIONES

A través de este trabajo de investigación hemos logrado caracterizar en forma abarcativa la población diagnosticada con Artritis Reumatoidea asistente al consultorio de Reumatología del Hospital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata, durante el período en que se extendió la evaluación.

De acuerdo al análisis de las entrevistas realizadas, se observa un alto grado de implicancia de la patología sobre las diferentes esferas de vida. Aquí, solo mencionamos las más significantes de la muestra realizada:

- Esfera laboral, 31 pacientes (81,6 %) no pudieron continuar con el mismo trabajo.
- Actividades de la Vida Diaria, 23 pacientes (60,5 %) tuvieron dificultades en marchas y traslados, y entre 12 (31,6 %) y 15 pacientes (39,5 %) en alimentación, vestido, higiene y arreglo personal.
- Relaciones maritales y familiares, 8 pacientes (21,1 %) han tenido cambios en su relación conyugal y han debido delegar responsabilidades en el rol familiar con sus hijos.
- Recreación y relaciones sociales, 23 pacientes (60,5 %) disminuyeron la cantidad y calidad de actividades de tiempo libre.
- Esfera personal, 18 pacientes (47,4 %) vieron dificultosas sus posibilidades de desarrollo cultural.

Estos altos porcentajes, en la población evaluada en este trabajo, demuestra la postura de Bendtsen (30) en cuanto a la interacción de los determinantes físicos, sociales y psicológicos.

La alteración producida en las marchas y traslados en estos pacientes a partir de la carga de enfermedad, mencionada por Devins (33), ocasiona un alto impacto sobre el estilo de vida que es afirmada por la mayoría de los entrevistados.

Cabe mencionar que el Reconocimiento de las Implicancias en las diferentes áreas como producto de la patología mostró una Ausencia Parcial en 20 pacientes (52,6 %).

En cuanto al Interés de Búsqueda de Información sobre la patología, la mayoría de los pacientes, 27 (71,1 %) buscaron información en los profesionales médicos y 22 (57,9 %) asistieron al grupo de autoayuda, en relación a este tema se observa una significación estadística en el sexo femenino. Solamente 13 pacientes (34,0 %) lograron Interés Alto en este ítem.

Con respecto a la Posibilidad de Asimilar la Información 27 pacientes (71,1 %) obtienen una Ausencia Parcial en este punto.

De acuerdo al análisis de los datos obtenidos, las pautas de tratamiento no son cumplidas como son prescritas, al igual que afirma Ehrlich (58) las adaptaciones y ortesis no son usadas del modo indicado y la medicación no es ingerida de la manera convenida. En nuestra muestra, sólo el 28,9 % usó las adaptaciones como se le indicó, el 55,3 % utilizó las ortesis de la forma indicada, el 94,7 % manifiesta haber ingerido la medicación como fue señalado, el 73,7 % expresa realizar el plan de ejercicios como se le demostró y el 55,3 % modificó sus hábitos de acuerdo a las necesidades particulares de su cuadro patológico.

Haciendo un promedio del número de días que cada paciente cumple con las diferentes pautas impartidas por el equipo interdisciplinario, 20 pacientes (52,6 %) lograron cumplir con las mismas 6/7 días a la semana, mientras que 11 pacientes (28,9 %) alcanzaron un cumplimiento de 4/5 días a la semana y 7 pacientes (18,4 %) cumplieron sólo de 0/3 días a la semana.

Como se define en los términos de la hipótesis de nuestro trabajo de investigación, se obtiene al cruzar las variables “Comprensión de la Patología” y “Cumplimiento de la Pautas de Tratamiento” niveles significativos estadísticos.

Por todas estas razones consideramos imprescindible incluir como Ítem de Evaluación la “Comprensión de la Patología” y como Objetivo de Tratamiento el “Acrecentamiento de la Comprensión de la Patología” en población diagnosticada con Artritis Reumatoidea.

También fueron significantes estadísticamente los cruces de variables “Comprensión de la Patología” y Concurrencia a Terapia Ocupacional, lo que pone de manifiesto la importancia de este abordaje en la población artrítica.

Sólo 3 pacientes (7,9 %) recibieron Atención Interdisciplinaria Mínima, definida en este estudio como la que cubre las necesidades en las diferentes áreas de la conducta (cuerpo, mente, mundo externo) contando con un Médico Clínico, un Médico

Reumatólogo, un Terapeuta Ocupacional, un Asistente Social, un Terapeuta Físico y/o Kinesiólogo y un Médico Psiquiatra y/o Psicólogo.

Si el equipo es reducido a un Médico Clínico, un Médico Reumatólogo, un Terapeuta Ocupacional y un Terapeuta Físico o Kinesiólogo el número de pacientes aumenta a 15 (39,5 %).

Este número bajo de pacientes nos abre un interrogante que no ha podido ser dilucidado en esta tesis y que creemos importante se replantee en futuras investigaciones, si existe un factor casual o causal que provoque estos resultados, pudiendo ser responsabilidad del paciente el acudir a los diferentes especialistas o la ausencia de derivación por parte de los profesionales.

Partiendo de las importantes implicancias de la patología en las diferentes áreas, a través de este trabajo, tratamos de comunicar y demostrar la importancia de un abordaje integral y personalizado, por parte de un Equipo Interdisciplinario donde el rol activo del terapeuta ocupacional es fundamental pues nuestra formación nos permite tener una visión global del paciente.

Es necesario referirnos al alto grado de ausentismo, 14 pacientes (25,5 %) que no asistieron a la entrevista después de haber tomado turno, lo que consideramos un tema relevante a investigar.

También sería interesante probar que ocurre si se agrandara la muestra en un número importante de pacientes, ya que creemos que ésto puede modificar la significación estadística en algunos cruces de variables que no fue obtenida por la pequeñez de la muestra.

Consideramos importante ampliar este estudio a otras poblaciones con patologías crónicas e invalidantes tales como, Lupus Eritematoso y Esclerosis Múltiple entre otras, para constatar si los resultados son similares a los encontrados en este trabajo.

Cabe acotar que existen diferentes razones para incluir una abundante cantidad de tablas, entre ellas, brindar la posibilidad de que sean corroboradas en otras investigaciones y también, que surjan modificaciones a través de la experiencia del grupo.

BIBLIOGRAFIA PRINCIPAL

- AKIL M. y AMOS R.** "Rheumatoid Arthritis-1: Clinical features and diagnosis". ABC OF RHEUMATOLOGY. Vol 310. Gran Bretaña. Marzo 1995. Páginas 587/590.
- AKIL M. y AMOS R.** "Rheumatoid Arthritis-2: Treatment". ABC OF RHEUMATOLOGY. Vol 310. Gran Bretaña. Marzo 1995. Páginas 652/655.
- ARNETT F.C.** "The 1987 revised A.R.A. criteria form classification of rheumatoid arthritis". ARTHRITIS AND RHEUMATISM. Vol 31. Nº 315.1988.
- BARRO M. y KOERNER M.** "PRONOSTICO FUNCIONAL DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA". Trabajo de Investigación. Tesis de grado. Licenciatura en Terapia Ocupacional. Escuela de Ciencias de la Salud y el Comportamiento. Junio 1995. Páginas 53/55.
- BARRY M. y Col.** "Effect of energy conservation and joint protection education in Rheumatoid Arthritis". BRITISH JOURNAL OF RHEUMATOLOGY. Vol 33. Irlanda. 1994. Páginas 1171/1174.
- BENDTSEN P. y HÖRNQUIST J.** "Severity of rheumatoid arthritis, function and quality of life: subgroup comparisons". CLINICAL AND EXPERIMENTAL RHEUMATOLOGY. Vol 11. Suecia. 1993. Páginas 495/502.
- BLALOCK S. Y Col.** "Psychological well - being among people with recently diagnosed Rheumatoid Arthritis". ARTHRITIS AND RHEUMATISM. Vol 35. Nº 11. Carolina. EE UU. Noviembre 1992. Páginas 1267/1272.
- CAILLIET RENE.** SINDROME DOLOROSO MANO. 3º Edición. Ed El Manual Moderno. México. 1985. Páginas 2208/2214.
- CALLINAN N. y MATHIOWETZ V.** "Soft versus hard resting hand splints in rheumatoid arthritis: pain relief, preference and compliance." THE AMERICAN JOURNAL OCCUPATIONAL THERAPY. Vol 5. Minesota. EE UU. Mayo 1996. Páginas 347/353.
- CATRAN. KUMAR. RABINS.** PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL. 4º Edición. Vol 2. Ed Interamericana. Madrid. 1991. Páginas 1418/1423.
- DALY M. y BERMAN B.** "Rehabilitation of the elderly patient with Arthritis". CLINICS IN GERIATRIC MEDICINE. Vol 9. Nº 4. EE UU. Noviembre 1993. Páginas 783/801.
- DEVINS G. y Col.** "Illnes intrusivenes in Rheumatoid Arthritis: differential impact on depressive symptoms over the adult lifespan". THE JOURNAL OF RHEUMATOLOGY. Vol 19. Nº 5. Canadá. 1992. Páginas 709/715.
- EBERHARDT B. y Col.** "Early Rheumatoid Arthritis-some social, economical and psychological aspects". JOURNAL RHEUMATOLOGY. Vol 22. Nº 3. Suecia. 1993. Páginas 119/123.

- ERIK TAAL y Col.** "Group education for patient with Rheumatoid Arthritis". PATIENT EDUCATION AND COUSELING. Vol 20. Irlanda. 1993. Páginas 177/187.
- EHRlich G.** "Social, economic, psychologic and sexual outcomes in rheumatoid arthritis". THE AMERICAN JOURNAL OF MEDICINE. Vol 75. Nº 6. Pensilvania. Diciembre 1983. Páginas 27/34.
- GARCIA MORTEO O, y Col.** ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO. 2º Edición. Ed López Libreros. Bs As. 1980. Páginas 107/156.
- GERBER L. y HICKS J.** "Surgical and rehabilitation options in the treatment of the Rheumatoid Arthritis patient resistant to pharmacologic agents". RHEUMATIC DISEASE CLINICS OF NORTH AMERICA. Vol 21. Nº 1. EE UU. Febrero 1995. Páginas 19/39.
- KELLEY W. y Col.** TEXT BOOK OF RHEUMATOLOGY. 4º Edición. Vol 1. Ed Saunders. EE UU. 1993. Páginas 874/875.
- MANN y Col.** "Assistive devices used by home-based elderly persons with arthritis". THE AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY. Vol 49. Nº 8. EE UU. Septiembre 1995. Páginas 810/820.
- MC CARTY D.J.** ARTRITIS Y OTRAS PATOLOGIAS RELACIONADAS. 10 Edición. Ed Panamericana. Bs As. 1987. Páginas 569/573.
- PARKER J. y Col.** "Biopsychosocial contributions to the management of arthritis disability". ARTHRITIS AND RHEUMATISM. Vol 36. Nº 7. Missouri. EE UU. Julio 1993. Páginas 885/889.
- WILLIAMS P. y WARWICK R.** GRAY ANATOMIA. Vol 1. Salvat Editores. Mallorca. Barcelona. España. 1985. Páginas 468/477.
- WYNGAARDEN J.B. y SMITH LL.** CECIL: TRATADO DE MEDICINA INTERNA. 18º Edición. Vol 2. Ed Interamericana. México. 1986. Páginas 2208/2214.

BIBLIOGRAFIA ACCESORIA

- ANDER EGG EZEQUIEL.** TECNICAS DE INVESTIGACION SOCIAL. 14º Edición. Ed El Cid Editor. Bs As. Argentina. 1981.
- BLEGER J.** PSICOLOGIA DE LA CONDUCTA. 16º Edición. Ed Paidós. Bs As. Argentina. 1996.
- COPI I.** INTRODUCCION A LA LOGICA. 8º Edición. Ed Universitaria de Buenos Aires. Bs As. Argentina. 1969.
- DEUTSCHE y Col.** MEDICINA ALEMANA. EDICION CASTELLANA. Vol 24. Nº 6. Argentina. 1983.
- GLAZIER R y Col.** "Management of the early and late presentations of rheumatoid arthritis: a survey of Ontario primary care physicians". CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. Vol 155. Nº 6. Canadá. 1996.
- INSUA J.** PSICOSEMIOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA, INTRODUCCION A LA PSICOTERAPIA EN LA PRACTICA MEDICA. Ed Columba. Argentina. 1974.
- KATZ P. y YELIN E.** "Prevalence and correlates of depressive symptoms among persons with rheumatoid arthritis". THE JOURNAL OF RHEUMATOLOGY. Vol 20. Nº 5. EE UU. 1993.
- LIANG M. y Col.** "The psychosocial impact of systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis". ARTHRITIS AND RHEUMATISM. Vol 27. Nº 1. EE UU. 1984.
- MALTINSKIS K. y ROBERTI F.** REHABILITACION. RECUPERACION FUNCIONAL DEL LISIADO. 2º Edición. Ed Científico técnicas Americanas. Bs As. Argentina.
- PECK y Col.** "Disability and depression in rheumatoid arthritis. A multi-trait, multi-method investigation." ARTHRITIS AND RHEUMATISM. Vol 32. Nº 9. EE UU. 1989
- PIAGET J.** SEIS ESTUDIOS DE PSICOLOGIA. Ed Planeta de Agostini. Barcelona. España. 1985.
- PICHON-RIVIERE E.** EL PROCESO GRUPAL. DEL PSICOANALISIS A LA PSICOLOGIA SOCIAL. Vol 1. Ed Nueva Visión. Bs As. Argentina. 1989.
- POLIT D. y HUNGER B.** INVESTIGACION CIENTIFICA EN CIENCIAS DE LA SALUD. 3º Edición. Ed Panamericana. México. 1991.
- SABULSKY J.** METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION. Ed Kopyfac. Perú. 1993.
- SIERRA BRAVO R.** TECNICAS DE INVESTIGACION SOCIAL, TEORIA Y EJERCICIOS. 4º Edición. Ed Paraninfo. Madrid. 1985.
- VANLANKVELD W y Col.** "Stress caused by rheumatoid arthritis: relation among subjective stressors of the disease, disease status and well-being. JOURNAL OF BEHAVIORAL MEDICINE. Vol 16. Nº3. Netherlands. 1993.

ANEXO

POSIBILIDAD DE ASIMILAR LA INFORMACION

¿Cuál es el nombre de su enfermedad?

¿Cuáles son las causas de esta enfermedad?

¿Cuál es el curso de esta enfermedad?

¿Cuál es el pronóstico de esta enfermedad?

RECONOCIMIENTO DE LAS IMPLICANCIAS

* ESFERA LABORAL

¿Cuál ha sido su ocupación habitual?

¿Continúa con el mismo trabajo actualmente? SI

NO cambio - pérdida – jubilación

¿Ha obtenido cambios en sus ingresos? SI aumentaron – disminuyeron

NO

¿Han aumentado sus dificultades económicas? SI

NO

¿A qué atribuye estos cambios?

* A.V.D.

¿Tiene algún tipo de dificultad en la realización de las actividades de higiene en forma independiente? SI uso adaptaciones – uso asistencia – imposible

NO

¿Tiene algún tipo de dificultad en la preparación de alimentos o el acto de alimentarse en forma independiente? SI uso adaptaciones – uso asistencia – imposible

NO

¿Tiene algún tipo de dificultad en vestirse o desvestirse en forma independiente?

SI uso adaptaciones – uso asistencia – imposible

NO

¿Tiene algún tipo de dificultad en actividades de arreglo personal en forma independiente? SI uso adaptaciones – uso asistencia – imposible

NO

¿Tiene algún tipo de dificultad en marchas y traslados en forma independiente?

SI uso adaptaciones- uso asistencia – imposible

NO

¿A qué atribuye estos cambios?

*** RELACIONES MARITALES Y FAMILIARES**

¿Ha tenido cambios en su relación conyugal? SI ¿Desde cuándo?

NO

¿Ha tenido cambios en su constitución familiar? SI

NO

¿Ha debido delegar responsabilidades en su rol familiar con sus hijos? SI

NO

En caso de no convivir con hijos o esposos ¿ha habido cambios en el rol familiar con respecto a las personas con las cuales Ud. convive? SI

NO

¿Ha habido cambios en el rol familiar con respecto a las personas con las cuales Ud. no convive? SI

NO

¿A qué atribuye estos cambios?

*** RECREACION Y RELACIONES SOCIALES**

¿Ha tenido cambios en actividades de tiempo libre o recreacionales, tales como espectáculos públicos o actividades al aire libre? SI aumentaron – disminuyeron - otros

NO

¿Ha realizado algún deporte con habitualidad?

SI ¿Continúa realizándolo actualmente? SI igual – modificado

NO

NO otro – ninguno

¿Ha tenido cambios en su círculo de amigos? SI

NO

¿Ha tenido cambios en salidas con amigos? SI

NO

¿Ha tenido cambios en salidas con familiares? SI

NO

¿A qué atribuye estos cambios?

*** ESFERA PERSONAL**

¿Ha tenido o tiene la posibilidad de expresar sus intereses? SI ¿Cómo?

NO

¿Ha tenido cambios en cuanto a sus actividades comunitarias y cívicas? SI

NO

¿Ud. ve dificultosas sus posibilidades de desarrollo cultural? SI

NO

¿Ud. ha tenido o tiene la posibilidad de expresar disgusto? SI ¿Cómo?

NO

¿A qué atribuye estos cambios?

VARIABLE DEPENDIENTE - CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS DE TRATAMIENTO

¿Le ha sido prescrito el uso de adaptaciones?

SI ¿Cuántos días a la semana Ud. las utiliza de la forma prescripta?

NO

¿Le ha sido prescrito el uso de ortesis?

SI ¿Cuántos días a la semana Ud. las utiliza del modo prescrito?

NO

¿Le ha sido prescrito un plan de ejercicios?

SI ¿Cuántos días a la semana Ud. los realiza del modo prescrito?

NO

¿Le ha sido prescrita la toma de medicación?

SI ¿Cuántos días a la semana Ud. la toma del modo indicado?

NO

¿Le han sugerido modificar la realización de algunas actividades, no realizar otras e incluir períodos de descanso?

SI ¿Cuántos días a la semana Ud. lo realiza del modo indicado?

NO

FICHA SISTEMÁTICA

CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Fecha

Historia clínica

Tiempo de evolución de la enfermedad

Patologías asociadas

Profesionales que intervienen o han intervenido

Prescripción de adaptaciones

Prescripción de ortesis

Indicación del plan de ejercicios

Indicación de medicación

Observaciones

TESIS

Nombre: Cumplimiento de los puntos
de Tratamiento en Pacientes
con Artritis Reumatoidea

Autores: Ferrer, Susana N.
Patrone, Silvia M.

Integrantes del Jurado:

Lic: Jordillo, Norma

Lic: Cuoretti, Silvia

D^{ra}: Morano, Pilar

Fecha de defensa: 9/12/98

Calificación: 8 (ocho)