

2002

Factores que influyen en el abandono y permanencia en el grupo de autoayuda de pacientes diagnosticados con artritis reumatoidea

Estrebou, María Lía

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/941>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

NU. 1795

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

TESIS FINAL

***“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO
Y PERMANENCIA EN EL GRUPO DE
AUTOAYUDA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS
CON ARTRITIS REUMATOIDEA”***

Año 2002

AUTORAS:

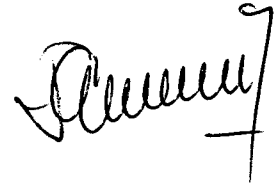
- ESTREBOU, María Lía

- LANDA, Alejandra Lorena

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
1795	6158 (043)
	E93
Vol	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

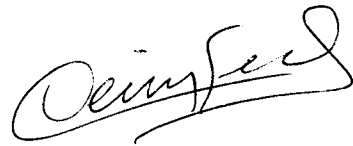
Directora: Lic. en Terapia Ocupacional

Silvia Cunietti

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Silvia Cunietti', with a stylized flourish at the end.

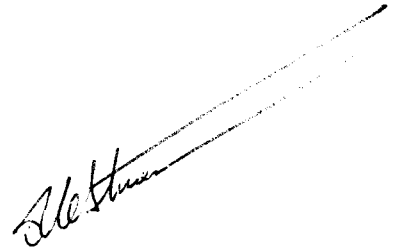
Co-Directora: Lic. en Psicología

Deisy Krzemien

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Deisy Krzemien', with a long horizontal flourish extending to the right.

Asesor Metodológico: Dr. en Ciencias Naturales

Pablo Straccia

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pablo Straccia', with a long diagonal flourish extending upwards and to the right.

Dedicatoria

Dedicamos este trabajo de investigación a nuestras madres Mabel y Mirta.

Y a Dany y Roberto que fueron dos personas muy importantes en cada una de nuestras vidas, con quienes hubiéramos querido compartir este momento tan especial para nosotras

Agradecimientos

- A la Presidenta del grupo A.M.A.R. Marta Andriulo, por su cálida bienvenida e integración al grupo y a todas las personas que concurren o concurrieron al mismo, por su predisposición y cordialidad brindada en todo momento; sin su participación nuestra investigación no hubiera sido posible.
- A Silvia nuestra directora de Tesis por su dedicación incondicional y contención desde lo profesional como personal.
- A Deisy y a Pablo quienes nos aportaron desde lo profesional todo su conocimiento y orientación.
- En especial a nuestros maridos, por habernos sabido contener, acompañar y entender durante esta última etapa de nuestra carrera.
- A cada uno de los miembros de nuestras familias por su apoyo, quienes supieron compartir este camino junto a nosotras.

INDICE

* Fundamentación.....	1
* Parte I: Introducción.....	4
- Problema.....	5
- Diseño de investigación.....	5
- Objetivo General.....	5
- Objetivos Específicos.....	5
Parte II: Marco teórico.....	6
Capítulo I: Artritis reumatoidea.....	7
- Definición de Artritis Reumatoidea.....	8
- Etiología.....	9
- Formas de comienzo y curso clínico.....	11
- Criterios a tener en cuenta en Artritis Reumatoidea.....	14
- Manifestaciones articulares de la Artritis Reumatoidea.....	17
- Manifestaciones extraarticulares de la Artritis Reumatoidea.....	21
- Tratamiento.....	26
Capítulo II Grupo.....	35
- Grupo.....	36
- Grupo de autoayuda.....	40
Parte III: Métodos.....	48
- Población.....	49
- Variables.....	49
- Dimensionamiento de variables.....	49
- Recolección de datos.....	50
- Criterios de inclusión.....	51

- Criterios de exclusión.....51

Parte IV: Análisis de datos.....52

Tabla y Grafico 1.....53

Tabla y Grafico 2.....54

Tabla y Grafico 3.....55

Tabla y Grafico 4.....56

Tabla y Grafico 5.....57

Tabla y Grafico 6.....58

Tabla y Grafico 7.....59

Tabla y Grafico 8.....60

Parte V: Conclusión.....61

Parte IV: Anexo y Bibliografía.....66

FUNDAMENTACION

FUNDAMENTACION

Nuestra investigación comienza a partir del interés mutuo por patologías reumáticas en especial artritis reumatoidea. Se define como una enfermedad inflamatoria crónica, caracterizada por remisiones y exacerbaciones, que afecta las articulaciones, pudiendo también comprometer otros órganos, por ello se destaca la importancia del tratamiento previniendo la progresión de la deformidad e invalidez.

Iniciamos la lectura de diferentes tesis de grado referidas a esta patología, mediante las cuales pudimos constatar la ausencia y abandono del tratamiento en estos pacientes.

* En la Tesis correspondiente a Barro María Silvia y Koerner María Elena: Tema "Diagnóstico Funcional de AR" año 1995, se concluyó que: "luego de un período comprendido entre seis y doce meses de tratamiento de TO los pacientes con AR que cumplían el tratamiento en forma estricta y mediana favorecían y/o mantenían la capacidad funcional en MMSS. Por este motivo confirmaron la importancia de llevar a cabo el tratamiento de TO ya que gran porcentaje de pacientes que en su primera evaluación estuvieron incluidos en los grupos funcional y limitado, se encontraban luego del período de tiempo ya mencionado, en el grupo normal. Es decir se manifestó una transición positiva, manteniendo y/o mejorando la capacidad funcional del paciente". Además evidencian la tendencia del hombre a abandonar el tratamiento.

* Según la Tesis de Ferré Susana, Patrone Silvia, año 1998. Se determinó que "las pautas de tratamiento no son cumplidas como son prescriptas, las adaptaciones y ortesis no son usadas del modo indicado y la medicación no es ingerida de la manera convenida. En esta muestra, solo el 28,9% uso 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 mostró y el 55,3% modificó sus hábitos de acuerdo a las necesidades particulares de su cuadro patológico.

Este número bajo de pacientes nos abre un interrogante que no ha podido ser elucidado en esta tesis y creemos importante que 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”.

Basándonos en estos resultados concurrimos al grupo de autoayuda A.M.A.R. Mar del Plata observando la misma tendencia a pesar de que los ingresos se dan en forma voluntaria.

* “Investigaciones realizadas en la Universidad de Chicago, en un grupo de autoayuda de pacientes con Diabetes, muestran que a dos años de haberse incorporado a un grupo manejado por pacientes, los pacientes muestran mayor capacidad de cuidarse y encarar la enfermedad que aquellos que no concurren a grupo alguno. Se destacan por estar menos deprimidos o estresados y califican su calidad de vida como mas alta que los otros”. (1)

Con este fragmento pretendemos remarcar la importancia de la concurrencia a un grupo de autoayuda, en este o cualquier tipo de patología crónica.

A lo largo de este trabajo de investigación pretendemos analizar los posibles factores determinantes, sean extrínsecos o intrínsecos, que inducen al abandono del grupo de autoayuda A.M.A.R. de pacientes diagnosticados con A.R. de ambos sexos, mayores de 35 años.

(1) www.google.com

PARTE I

INTRODUCCION

PROBLEMA:

¿Cuales son los factores que inducen a permanecer y/o abandonar el grupo de autoayuda de pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoidea (AR) mayores de 35 años de ambos sexos que asisten al Grupo de Ayuda Mutua de Artritis Reumatoidea (A.M.A.R.) de la ciudad de Mar del Plata?

DISEÑO DE INVESTIGACION

Descriptivo no experimental, longitudinal, retrospectivo.

OBJETIVO GENERAL:

* Determinar cuales son los factores que inciden en el nivel de concurrencia al grupo de autoayuda de los pacientes diagnosticados con A.R.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- * Describir el nivel de concurrencia al grupo de autoayuda.
- * Establecer relaciones entre la concurrencia al grupo y la satisfacción de expectativas.
- * Describir los cambios en los aspectos físicos, psicológicos y sociales de los pacientes en relación con el nivel de concurrencia.
- * Identificar los factores intrínsecos y/o extrínsecos que se relacionan con la concurrencia.

PARTE II

MARCO TEORICO

CAPITULO I

ARTRITIS REUMATOIDEA

DEFINICION DE ARTRITIS REUMATOIDEA

Definimos en primer lugar artritis reumatoidea ya que la misma es la patología que afecta a la población de nuestro estudio:

“La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta las articulaciones, pudiendo también comprometer otros órganos. Las principales lesiones de la AR se encuentran en las articulaciones diartrodiales (articulaciones con tejido sinovial) y en menor medida en tendones, sus vainas y tejidos subcutáneo periarticular.

El pico máximo de aparición es entre los 35-45 años, siendo el rango de comienzo mas frecuente entre los 20-60 años. Consideramos que 1% podría ser una frecuencia aceptable para la AR en la población adulta general. Las mujeres son mas frecuentemente afectadas que los hombres, en una relación 2:1 a 3:1”(2).

“Es una enfermedad en la que se inflaman las articulaciones produciéndose dolor y dificultad para el movimiento. Además se pueden lesionar otras partes del organismo. Tiene una duración variable, irregular y en general larga, por lo que se dice que es una enfermedad crónica. Las molestias y limitaciones que la AR ocasiona varían mucho de un enfermo a otro, de manera que no hay dos enfermos iguales. La AR es una enfermedad frecuente ya que una de cada 100-300 personas la padece (130.000 a 40.000) en España. Sin embargo no hay que confundir la AR con el reuma. La AR es una de las mas de 200 enfermedades reumáticas diferentes. Por este motivo los consejos de amigos o vecinos que tienen reuma pueden no estar indicados o incluso ser contraproducentes”. (3)

(2) Maldonado José A. Reumatología. Pag. 162. Editorial A.P. Americana. Año 2000

(3) Sociedad Española de Reumatología. www.lre.es. Año 2001

ETIOLOGIA

Considerando toda la información disponible actualmente aun no se ha podido establecer su etiología, citaremos a continuación conclusiones de diferentes bibliografías consultadas:

“La causa de la AR no ha sido aun elucidada, esta 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 presume como agentes infecciosos:

- Bacterias (estreptococos, difteroides, *Propionibacterium acnes*, *Clostridium perfringens*) aunque desafortunadamente se han encontrado microorganismos similares en tejidos no reumatoideos, en número suficiente como para cuestionar su significado etiológico en la AR.

- Virus: el posible origen viral de la AR ha sido intensamente investigado. No se obtuvo identificación viral directa ni mediante aislamiento, ni mediante visualización con el microscopio electrónico.

Los linfocitos sinoviales producen una inmunoglobulina G que es reconocida como extraña, reaccionando el organismo con la formación de unos anticuerpos anti-inmunoglobulinicos (anti IgG) llamados factores reumatoideos, que son inmunoglobulinas IgG7S, IgM7S eIgM19S. Las transformaciones mencionadas activan el sistema de complemento, conduciendo a fenómenos inflamatorios con liberación de histamina, atracción de polinucleares y mononucleares, lisis celular con liberación de proteasas y collagenasas que dirigen el colágeno erosionando cartílagos y estimulando la formación de tejidos de granulación”. (4)

Maldonado menciona que “existen antecedentes que podrían ser considerados

(4) Mc Carty. Artritis y otras patologías relacionadas. Editorial Medica Panamericana. 10ª Edición. Año 1987.

precipitantes de la AR siendo los principales: traumas físicos y emocionales, infecciones y vacunas previas. Se ha descrito su aparición con mayor frecuencia en los meses de invierno. Los cambios climáticos, especialmente el aumento en la humedad con caída de la presión barométrica pueden provocar un brote o empeorar la artritis en algunos casos.

En el 70 % de las mujeres embarazadas la enfermedad remite, exacerbándose en el post-parto inmediato. Existe menor incidencia de AR en mujeres que toman anticonceptivos orales”.

(5)

“La AR se presenta con mas frecuencia en personas con una especial predisposición genética, sin embargo no es una enfermedad hereditaria. La causa es desconocida, se han estudiado agentes infecciosos (bacterias, virus) y aunque se han encontrado datos sugerentes en algunos casos no hay evidencias que confirmen la implicación de uno concreto. La AR no es contagiosa, se sabe que hay alteraciones del sistema inmunológico o de defensa del organismo. La inflamación que se produce en las articulaciones es la consecuencia de la invasión de la membrana sinovial por células que dañan la articulación. La capacidad de defensa ante las infecciones es prácticamente normal, el clima y la humedad no tienen nada que ver con el desencadenamiento o el mantenimiento de la AR sin embargo es cierto que algunos cambios climáticos y en particular cuando el tiempo va a empeorar, hacen que cualquier articulación dañada por ésta o por otra enfermedad sean mas dolorosas”. (6)

(5) Maldonado José A. Reumatología. Editorial A.P. Americana. Año 2000. Pag. 163.

(6) Sociedad Española de Reumatología. www.lire.es. Año 2001

FORMAS DE COMIENZO Y CURSO CLINICO

“El 50 a 80 % de los pacientes comienza la AR en forma insidiosa o gradual. Los síntomas articulares pueden estar precedidos durante semanas o meses por compromiso del estado general.

El cuadro clínico característico es la inflamación articular en forma simétrica de pequeñas y grandes articulaciones como las de manos y pies, rodillas, codos, hombros y caderas, pudiendo estar afectada cualquier articulación diartrodial. No obstante se debe tener en cuenta que algunos inician la enfermedad con artritis asimétrica que mas tarde se torna simétrica.

Una manifestación infaltable en la AR activa es la rigidez matinal de las manos; la duracion promedio de esta en la enfermedad no tratada es de tres horas, mejorando progresivamente con el movimiento. Se asocia generalmente con la actividad de la A.R. y disminuye cuando esta es controlada con los tratamientos. La rigidez cede mas rápidamente con el ejercicio o el movimiento de las articulaciones. La rigidez matinal de manos es un criterio diagnostico de A.R. Para que esta tenga valor semiológico debe ser prolongada, de mas de una hora de duración.

Aproximadamente el 20% de los pacientes tienen una forma de comienzo aguda. En horas se comprometen grandes y pequeñas articulaciones.

Se pueden describir tres tipos de modelos de evolución del compromiso articular en AR: monocíclico, policíclico y progresivo:

- * Tipo monocíclico: un ciclo de compromiso articular con remisión de por lo menos un año

- * Tipo policíclico: curso intermitente con exacerbaciones y remisiones incompletas

De curso progresivo: caracterizado por persistente incremento de las articulaciones afectadas”. (7)

“Habitualmente se aceptan tres estadios en la evolución de la artritis:

* Primer estadio: corresponde a la localización de las manifestaciones anatomopatológicas de la sinovial, cápsulas y vainas tendinosas.

El paciente aqueja dolor en diversas articulaciones de intensidad variable, y que en algunos casos dificulta el sueño; el dolor se acompaña de tumefacción en las articulaciones superficiales, que en las interfalángicas proximales da lugar a los dedos fusiformes característicos de la enfermedad. La tumefacción se debe en las pequeñas articulaciones, predominantemente a la proliferación sinovial, al edema y afectación de la cápsula. Las articulaciones afectadas presentan aumento de calor local. Al explorarla, se descubre que la movilidad es dolorosa y que esta limitada en forma variable; ello es especialmente evidente en muñecas, codos, hombros y rodillas.

La piel de la mano adquiere a veces un tono cianótico. La rigidez matutina es un síntoma muy frecuente de la enfermedad; el paciente tarda a veces unas horas en poder movilizar con cierta facilidad las articulaciones afectadas; la rigidez es muy característica, sobre todo en manos. En esta fase se palpan nódulos subcutáneos, especialmente olecraneos. Los pacientes aquejan astenia, debilidad general y anorexia. Hay adelgazamiento en un 70% de los casos, la febrícula no es rara.

* Segundo estadio: en él hay destrucción del cartílago, necrosis y fibrosis de la membrana sinovial, retracción de la cápsula e invasión de tendones y vainas por tejido de granulación, lo cual conduce a alteraciones anatómicas y funcionales irreversibles. En este estadio se van estableciendo deformaciones que a menudo no se pueden corregir, y, aunque es posible mantener una capacidad funcional aceptable durante años, va teniendo lugar un lento y progresivo deterioro de la función articular.

En esta fase la enfermedad invade nuevas articulaciones, exagera las lesiones en las ya afectadas y origina deformidades, que se acompañan de una atrofia muscular mucho mas

acentuada que en el estadio primero. En las manos es característica la desviación cubital de los dedos a nivel de las metacarpofalángicas, con subluxación de estas articulaciones.

Prácticamente ninguna articulación esta a salvo de una posible localización de la AR. El estado general queda afectado mas intensamente que en el primer período, de manera que estos pacientes adelgazan, se fatigan con mucha facilidad, pueden continuar presentando febrícula (en general a temporadas) y la rigidez matutina del comienzo, persiste prácticamente durante todo el día.

Aunque la enfermedad presente un curso con exacerbaciones y remisiones, estas últimas no son absolutas y persisten síntomas residuales.

* Tercer estadio: en un 10 a 15% de casos la actividad de la AR es continua, de manera que tiene lugar una destrucción grave, de casi todas las estructuras articulares; en algunas articulaciones aparecen anquilosis fibrosas u óseas, mientras que en otras se establece una laxitud anómala por la erosión de las inserciones ligamentarias. En las manos las deformidades son varias, de acuerdo con las diversas estructuras tendinosas, musculares y articulares afectadas".(8)

Citaremos las deformidades propias de mano dentro de manifestaciones articulares (pag. 17).

Evidentemente la división de estos tres estadios es completamente artificiosa y tiene solo finalidad descriptiva, ya que la evolución de la enfermedad se lleva a cabo de manera muy variable de un paciente a otro y no todos los enfermos se ven abocados al tercer estadio.

(8) Rozman Ferreras . Medicina Interna. Editorial Marín S.A. Año 1998. Pag. 949 a 955

CRITERIOS A TENER EN CUENTA EN AR

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE ARTRITIS REUMATOIDEA

Se prefiere en esta tesis utilizar la denominación "Criterios Diagnósticos", aun cuando en la bibliografía (Maldonado 2001) se consideran como "Criterios de Clasificación".

- 1- Rigidez matinal de una hora o mas de duración: es consecuencia del acumulo nocturno, o tras reposo prolongado de exudado en las articulaciones inflamadas. Dado que la rigidez matutina se relaciona estrechamente con el grado de inflamación articular, su duración constituye un buen indicador del grado de actividad de la enfermedad.
- 2- Artritis de tres o mas articulaciones.
- 3- Artritis de las articulaciones de la mano.
- 4- Artritis simétrica. Los criterios 1-4 deben estar presentes por lo menos durante 6 semanas.
- 5- Nódulos reumatoideos Nódulos subcutáneos: son el sello característico de la AR seropositiva. Se desarrollan en el 20-25% de los pacientes con AR. Están casi siempre asociados a enfermedad seropositiva rápidamente progresiva y destructiva. La presencia de los nódulos subcutáneos se correlaciona directamente con los títulos de factor reumatoideo y en menor grado con la agresividad de la sinovitis.
- 6- Factor reumatoideo: son inmunoglobulinas dirigidas contra determinantes antigenicos localizados en el fragmento Fc de las IgG2 e IgG3 humanas. Su ausencia no excluye el diagnostico de A.R., y su presencia tampoco es patognómica, ya que puede encontrarse en el suero del 1% al 5% de personas asintomáticas.
- 7- Cambios radiográficos típicos de AR en manos y carpos: el primer hallazgo es la presencia de un aumento de partes blandas, a expensas de hipertrofia sinovial y derrame articular. Cuando la enfermedad avanza se producen alteraciones de la alineación de las articulaciones (subluxación) y por la persistencia de la actividad inflamatoria, aparecen erosiones óseas marginales y geodas intraóseas. La presencia de erosiones es una constante en la A.R.

Un paciente es clasificado como de AR si cumple al menos cuatro de estos criterios.

CRITERIOS DE REMISION DE AR

- 1- Duración de rigidez matinal que no exceda los 15 minutos
- 2- Ausencia de fatiga
- 3- Ausencia de dolor
- 4- Ausencia de dolor a la presión o con los movimientos
- 5- Ausencia de inflamación articular o en vainas tendinosas
- 6- Eritrosedimentación menos de 30 mm/h en la mujer y 20mm/h en el hombre

Es necesario un mínimo de cinco criterios al menos en dos meses consecutivos.

No se puede considerar al paciente en remisión si presenta algunas de las siguientes manifestaciones:

- 1- Vasculitis activas
- 2- Pericarditis
- 3- Pleuritis
- 4- Miositis
- 5- Pérdida inexplicable de peso reciente o fiebre secundaria a AR

CRITERIOS DE CLASIFICACION DE CLASE FUNCIONAL DEL PACIENTE CON AR

Clase I: Función normal para desarrollar actividades de la vida diaria

Clase II: Alguna incapacidad, con actividad normal o adecuada sin asistencia

Clase III: Actividad restringida, requiere personal de asistencia o dispositivos especiales

Clase IV: Totalmente dependiente.

“Se puede realizar una evaluación exhaustiva del paciente con AR a través de cuestionarios genéricos y específicos:

- Cuestionario genérico:

Estos se han desarrollado para reflejar el impacto de la enfermedad en una amplia

variedad de patologías. Abarcan información sobre síntomas físicos (dolor, fatiga, síntomas de enfermedad) funcionales, psicológicos y sociales, intentando diseñar un perfil de salud de cada individuo.

Entre los cuestionarios genéricos más utilizados destacan el *McMaster Health Index Questionnaire (MHIQ)*, el *Rand Health Insurance Study (HIS)*, el *Sickness Impact Profile (SIP)* y el *Nottingham Health Profile (NHP)*.

- Cuestionarios específicos:

Los cuestionarios específicos aportan mas información a los pacientes con problemas determinados en nuestro caso es particular a los pacientes con problemas por su enfermedad articular.

Los cuestionarios específicos para las enfermedades reumáticas serán mas eficaces para analizar los problemas en relación con los síntomas ocasionados por la propia enfermedad y su tratamiento, en este caso la propia AR.

Los cuestionarios mas utilizados son: el *Health Assessment Questionnaire (HAQ)* y el *Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS)*, *Funcional Status Index (FSI)*, *Lee Functional Status Instrument (Lee)*. (9)

(9) Avances en A.R. M. García Carrasco; R. San Martí; J. D. Calde y G. S. Alarcón. Editorial Springer - Verlag Iberica. Barcelona 2.000

MANIFESTACIONES ARTICULARES DE LA AR

Compromiso articular

En esta patología las manos son afectadas en forma simétrica en casi todos los pacientes. Las articulaciones comprometidas son las metacarpofalángicas, interfalángicas proximales; las interfalángicas distales suelen estar respetadas.

Cuando la AR no responde al tratamiento puede en su evolución provocar deformidades que caracterizan la enfermedad.

Deformidades que presentan las manos reumatoideas:

- *Boutonniere*: Se caracteriza por deformidad en flexión de la falange media con hiperextensión de la falange distal, se debe al debilitamiento del aparato extensor digital a nivel de la articulación IFP producida por la persistente sinovitis. El debilitamiento de la cintilla central de tendón extensor hace inefectiva la función extensora de la falange media y las dos bandeletas laterales se desplazan hacia la parte palmar de la articulación IFP transformándose de esta manera en flexoras de esa articulación, concentrando toda su fuerza extensora en la articulación IFD.

Cuello de cisne: se caracteriza por hiperextensión de la IFP y una flexión de la IFD. Las causas de la deformidad pueden deberse a tres tipos de alteraciones ligamentarias:

Contractura intrínseca: actúa extendiendo la articulación IFP a través de las fibras intrínsecas oblicuas. Las bandeletas laterales se desvían dorsalmente aumentando la hiperextensión de la articulación IFP. La flexión de la articulación IFP es debida a la supremacía del flexor profundo sobre un tendón extensor central relajado debido a la hiperextensión de la articulación IFP.

Secundaria al dedo en martillo: el desequilibrio se crea debido a la atenuación o ruptura del tendón extensor distal. De esta manera toda la fuerza extensora se concentra en la falange media. La falange distal se encuentra en flexión debido a la acción del flexor profundo.

Ruptura del tendón flexor superficial: se produce un desequilibrio de fuerzas a nivel de la articulación IFP de manera que la bandeleta central extensora de la falange media actúa sin el antagonista flexor.

Martillo: se debe a la ruptura del tendón extensor a nivel de la falange distal, produciendo la flexión de la articulación IFD.

Binóculo de ópera: con este nombre se describe la mano con colapso articular, se presenta en casos avanzados de AR. Clínicamente se observa acortamiento de los dedos con pliegues cutáneos y es secundario a la reabsorción ósea progresiva tanto proximal como distal de las falanges a nivel articular.

Del pulgar en Z: es una alteración de la alineación, produciendo subluxación palmar de la primera falange por sinovitis de la articulación MCF seguida de hiperextensión de la distal, sería la contraparte de la deformidad en Boutonier de los dedos.

Desviación cubital de dedos o en ráfaga de viento: esta deformidad es señalada como una de las más características de la AR. La desviación cubital se produce a nivel de la articulación MCF a partir del segundo al quinto dedo.

Subluxación radio cubital y desviación radial del carpo: la destrucción de los elementos estabilizadores de esta articulación, no solo lleva a la dislocación dorsal de cúbito sino a la falta de soporte en la parte cubital de la muñeca. Es así como la preponderancia de las fuerzas radiales (extensores radiales) llevan a la migración radial del carpo. El paciente presenta al examen clínico además de la desviación radial, pronosupinación dolorosa, tumefacción a nivel de la articulación y dislocación dorsal del cubito distal, esto da lugar al “signo de la tecla de

piano". En los estadios finales se puede producir, por atricción sobre el cúbito dislocado ruptura de los tendones extensores del cuarto y quinto dedo, quedando estos en actitud de flexión con imposibilidad de extender la articulación MCF.

Estas alteraciones del eje están en relación con trastornos que se producen en la articulación y el aparato músculo tendinoso que la rodea.

Otras articulaciones afectadas con frecuencia en la AR son:

Codo: es afectado con frecuencia en la AR, ocasionando pérdida de la extensión en forma temprana sino se toman los recaudos necesarios. Si la sinovitis persiste da lugar al desarrollo de cambios erosivos, primero en la articulación radiocubital, luego en la radiohumeral. El radio se subluxa proximalmente bloqueando la flexo-extensión y pronosupinación, provocando crepitación con los movimientos.

Hombro: se afecta menos que el resto de las articulaciones del miembro superior. Además de la articulación glenohumeral también se afectan los otros componentes articulares y tendinosos del hombro. La inflamación de la articulación acromioclavicular es frecuente, provoca dolor nocturno cuando el paciente duerme sobre ese costado. El compromiso del manguito de los rotadores también es causa de morbilidad.

Temporomaxilar: se encuentra afectada con frecuencia, principalmente en aquellos pacientes con enfermedad más severa. En muchas oportunidades es asintomático y solo la presión sobre la articulación despierta el dolor.

Cricoaritenoides: se manifiesta con dolor de garganta, a veces acompañado de disfonía. Si la inflamación es severa puede provocar obstrucción de las vías aéreas.

Pie: Esta alterado en todas sus articulaciones. Las metatarsofalangicas (MTF) están casi siempre afectadas y a menudo son las primeras en revelar la enfermedad erosiva. La sinovitis crónica de las MTF llevan no solo a erosiones tempranas sino también a subluxación de la

cabeza de los metatarsianos, con pérdida del arco transversal y pie cavo por la contracción de la fascia plantar. Los dedos adquieren una deformidad en martillo por la subluxación de la base de la falange acompañada de flexión de la interfalángica. La sinovitis de las articulaciones mediotarsianas y tibioastragalina llevan a la pérdida del arco interno y desalineación posterior dando un pie plano, valgo y pronado, ayudado por el espasmo de los músculos peroneos.

Rodilla: el compromiso a este nivel es común y fácilmente detectable. La temperatura normal de la piel a nivel de rodilla es significativamente más baja que la del muslo y pierna. En el caso de inflamación, la temperatura iguala o sobrepasa a la de las áreas vecinas.

Otro síntoma temprano es la hipotrofia del cuádriceps. Tardíamente se desarrolla deformidad en valgo, por la laxitud ligamentaria y las erosiones articulares.

Cadera: es una articulación que suele dar pocos síntomas en periodos tempranos. Se manifiesta por dolor a nivel de la ingle. Debe tenerse en cuenta que en algunos casos el compromiso coxofemoral se expresa como dolor a nivel del muslo o como una gonalgia refleja. A medida que la inflamación sinovial se mantiene, se producen cambios erosivos con una progresiva pérdida del espacio articular.

Columna cervical: tiene su máxima expresión de compromiso a nivel de C1, C2. Entre la apófisis odontoides del axis y la cara posterior del atlas existe membrana sinovial. Por la persistente inflamación el ligamento transversal, sostén de la odontoides, se vuelve laxo, llevando a una subluxación atlantoaxoidea. Como consecuencia de una sinovitis persistente en las articulaciones interapofisarias, la columna cervical puede perder estabilidad produciendo subluxación a niveles inferiores, lo que se conoce con el nombre de subluxación subaxial. La columna dorsal y lumbar generalmente no están afectadas en A.R.

MANIFESTACIONES EXTRAARTICULARES DE LA AR

Se evidencian manifestaciones clínicas, como:

- Linfadenopatias: entre un 29 a 82% de pacientes con AR pueden presentar ganglios linfáticos agrandados, móviles, usualmente no dolorosos. Los hombres presentan una mayor frecuencia de linfadenopatias, siendo común en pacientes con enfermedad activa y factor reumatoideo positivo.

- Manifestaciones hematológicas: casi la mitad de los hombres y dos tercios de las mujeres con AR tienen anemia. Varios mecanismos confluyen en la producción de anemia. La verdadera anemia por déficit de hierro ocurre en estos pacientes que sufren pérdidas gastrointestinales por las drogas antiinflamatorias.

- Piel: es común un eritema periungueal y palmar como el que también aparece en embarazadas y en enfermedades hepáticas. Otra manifestación cutánea frecuente es la predisposición a los hematomas o contusiones y al desarrollo de lesiones equimóticas. Estos trastornos se deben probablemente, a la fragilidad general de la piel, y podrían estar asociadas con las manifestaciones sistémicas del proceso inflamatorio. (*)

- Manifestaciones oculares: El compromiso ocular es una bien reconocida manifestación extraarticular de la AR, siendo las mas comunes la queratoconjuntivitis sicca, la episcleritis, escleritis, escleromalacia perforante y la uveitis anterior.

El grado de actividad, títulos de factor reumatoideo y la duración de la AR están en relación con el grado de compromiso ocular. El riesgo también es mayor en pacientes con otras manifestaciones extraarticulares.

(*) Aun cuando la bibliografía (Maldonado 2000) se utiliza el termino "magullado facil", para referirse a una de las manifestaciones extraarticulares a nivel de piel, se prefiere en esta tesis utilizar el termino "hematoma" o "contusion".

- Manifestaciones pulmonares:

Pleuritis:: es la manifestación pulmonar mas frecuente y suele ser asintomática. Puede ser advertida por frote pleural a la auscultación sin que se adviertan anomalías radiológicas. El derrame es una manifestación clínica común de la A.R. que afecta mas a los varones pudiendo preceder a la aparición de los síntomas articulares o coexistir con estos, sobre todo en una exacerbación de la inflamación articular. El exámen del líquido pleural es fundamental para establecer la etiología reumatoidea.

Nódulos reumatoides pulmonares: pueden ser únicos o múltiples, localizados en el parenquima pulmonar o en la pleura, y su tamaño es muy variable. Se localizan con mayor frecuencia en los lóbulos superiores. Pueden cavitarse infectarse, lo cual es una indicación de tratamiento quirúrgico y/o antibiótico.

Síndrome de Caplan: aparece en pacientes con neumoconiosis y A.R. Se caracterizan por grandes nódulos pulmonares periféricos, únicos o múltiples, que pueden alcanzar los cinco centímetros de diametro.

Bronquiolitis obliterante: es una manifestación infrecuente que se caracterizan por la presencia de tos seca y disnea rapidamente progresiva, que en ocasiones puede sugerir la existencia de tromboembolismo pulmonar. Histologicamente aparece un intenso infiltrado inflamatorio en la pared bronquilar.

Neumonitis intersticial: aparece entre los 40 y 70 años con una ligera preferencia por los varones, fumadores y personas expuestas a polvos inorgánicos así como pacientes con síndrome de Felty y Sjogren. Se manifiesta por disnea y tos seca, acompañadas hasta en un 50% por intenso síndrome constitucional: mialgias, astenia, fiebre y pérdida de peso.

- Manifestaciones cardiacas:

Pericarditis: es frecuente, y en la mayor parte de los casos asintomática, la evolución suele ser favorable, aunque en raras ocasiones puede producir pericarditis constrictivas.

La pericarditis constrictiva es mas frecuente, tiene un inicio insidioso por lo que se precisa un alto índice de sospecha para diferenciarla de la insuficiencia cardíaca congestiva. Su tratamiento debe ser quirúrgico.

Válvulas cardiacas: cualquier valvula puede estar afectada aunque la mitral es la mas frecuentemente involucrada. En ocasiones puede haber afectación simultánea de mas de una válvula ya sea en forma de estenosis o insuficiencia. El engrosamiento no especifico de las válvulas es comúnmente encontrado.

Arterias coronarias: la arteritis de las coronarias se encuentra en hasta un 15% de las necropsias de pacientes con A.R. El proceso inflamatorio, compromete por lo general, las tres capas de la arteria, siendo los vasos pequeños los mas comúnmente afectados. Es excepcional el infarto agudo de miocardio provocado por una vasculitis reumatoidea sistémica. La mortalidad global debida a enfermedad cardiaca isquemica, ha demostrado ser elevada en pacientes de ambos sexos con A.R. seropositiva.

- Manifestaciones neuromuscular:

Nervios periféricos: las neuropatias por atrapamiento resultan de la compresión de nervios periféricos contra estructuras no distensibles (tejido fibroso o túneles óseos). Al transcurrir aquellos en estrecha cercanía a bursas o articulaciones se ven comprimidos por la inflamación y tumefacción de sinovias, ligamentos o vainas tendinosas. También contribuye al aprisionamiento, la deformidad de

algunas articulaciones.

Estos procesos deben ser considerados fenómenos locales no sistémicos, que reflejan la severidad y persistencia de la sinovitis en el sitio de la compresión.

Síndrome del Túnel Carpiano: La tenosinovitis de los tendones flexores de los dedos, que se encuentra dentro del túnel, comprime al nervio mediano. Los cambios sensoriales (entumecimiento y parestesias especialmente nocturnas) son tempranas, mientras que el compromiso motor es una complicación tardía. En los casos severos puede haber dolor retrogrado al brazo y al hombro.

Síndrome del Túnel Tarsiano: se produce por la compresión del nervio tibial posterior por tenosinovitis en el túnel fibroso – óseo tarsiano. Es menos frecuente que el Síndrome del Túnel Carpiano. Los síntomas incluyen parestesias, dolor y ardor en los pies, al principio intermitente y luego persistentes. La debilidad y la atrofia de músculos intrínsecos es tardía.

Mononeuritis múltiple – polineuritis: una neuropatía sensorial distal o una forma sensoriomotora combinada, pueden ocurrir en el 1% a 18% de pacientes con A.R. Los síntomas aparecen más frecuentemente en los pies. La progresión a formas más severas es rara.

- **Manifestaciones del SNC:** Los nódulos reumatoideos que se localizan en cerebro, plexos coroideos y canal medular, dan manifestaciones neurológicas propias del lugar en que se ubican.

- **Músculos:** el debilitamiento de resistencia y fuerza muscular es una frecuente manifestación de la AR, generalmente atribuida a atrofia muscular secundaria al reflejo antálgico provocado por la sinovitis.

- Riñón: el riñón rara vez se afecta. El deterioro de la función renal, cuando aparece, puede estar causado por depósitos de amiloide, vasculitis o toxicidad farmacológica. En esta última hay que distinguir tres tipos: a) la neuropatía por analgésico, generalmente necrosis papilar, b) la neuropatía por antiinflamatorios no esteroideos (AINE), que pueden concluir en insuficiencia renal, c) la producida por agentes inductores de remisión, principalmente las sales de oro y D-penisilamina, que pueden inducir síndrome nefrótico.

- Vasculitis reumatoidea: es un cuadro con potencial de afectar a múltiples órganos. De hecho la vasculitis puede ser vista como la base de todas las manifestaciones de la AR ya que la lesión patológica inicial en la sinovitis y en los nódulos subcutáneos sería una arteriolitis y una venulitis. El término es usado comúnmente para señalar las manifestaciones clínicas extraarticulares que devienen del compromiso vascular en el transcurso de la AR.

- Síndrome de Felty: aunque ha sido considerado como una manifestación extraarticular de la A.R. severa, frecuentemente se aceptan como un subgrupo de pacientes reumatoideos con diferentes complicaciones y pronóstico a mediano y largo plazo.

Se caracteriza por esplenomegalia, linfadenopatía, anemia, leucopenia y neutropenia. Ocurre en menos del 1% de los pacientes con A.R. persistente, seropositiva, deformante y con nódulos subcutáneos, se presenta entre los 40 y los 60 años, siendo las mujeres doblemente afectadas.

- Síndrome de Sjogren: al menos un 25% los pacientes con A.R. sufren este síndrome; la amiloidosis secundaria aparece en aquellas formas de la enfermedad que presentan una actividad inflamatoria persistente y prolongada. Provoca alteraciones por su depósito en el riñón, hígado, corazón e intestino.

TRATAMIENTO

La AR es una afección crónica de etiología desconocida para la cual no existe aún un tratamiento curativo. Es difícil esquematizar el tratamiento pero en el paciente individual el mismo dependerá del grado de actividad inflamatoria, la extensión, severidad del daño articular, limitación funcional del paciente; es también importante reconocer la progresión de la enfermedad.

Objetivos de tratamiento en AR:

- Aliviar el dolor
- Disminuir la inflamación.
- Prevenir la destrucción articular.
- Corregir la deformidad articular
- Preservar la capacidad funcional.
- Mejorar la calidad de vida.

Una vez hecho el diagnóstico de AR es de fundamental importancia explicar la enfermedad al paciente y a sus familiares, presentándoles un cuadro optimista pero destacando la variabilidad del curso de la afección y la importancia de la continuidad del tratamiento como único medio de controlar la enfermedad y prevenir limitaciones o deformidades.

Se comienza entonces el tratamiento con el abordaje a través de un equipo interdisciplinario constituido por medico reumatólogo, terapeuta ocupacional, terapeuta físico, psicólogo, asistente social, especialista en nutrición, con el fin de lograr una mejor calidad de vida.

TERAPIA OCUPACIONAL

Es función de la Terapeuta Ocupacional mejorar la funcionalidad de estos pacientes para lograr como meta final su independencia personal, social y laboral. Para realizar un tratamiento exitoso será necesario contar con la participación del paciente y un enfoque terapéutico multidisciplinario.

El paciente debe ser instruido en los principios de protección articular y en evitar posiciones antálgicas viciosas durante el reposo los que generalmente favorecen el desarrollo de contracturas en flexión.

Reposo

Todo paciente con AR debe lograr un adecuado balance entre la actividad que desarrolla y el reposo. Para ello es conveniente que descansa de 8 a 10 hs en cama durante la noche y alternar otro período de reposo de media a una hora al mediodía. Los periodos de descanso se gradúan de acuerdo con el estado del paciente. Esto además de disminuir el stress del uso continuado de las articulaciones, facilita que llegue a la noche con menos cansancio y agotamiento, otro síntoma de enfermedad.

El reposo absoluto en cama puede ser necesario en los casos graves, con tumefacción y dolor en las articulaciones de los miembros inferiores, o con estado general muy afectado, pero debe evitarse una inactividad completa y prolongada. Debe prestarse atención a la postura correcta de las articulaciones durante los períodos de reposo en cama. Se utiliza cama dura con colchones firmes, evitando la posición en flexión del cuello debido al uso de almohadas altas. Nunca se deben utilizar almohadas u otros soportes debajo de las rodillas porque favorecen la deformidad en flexión de las mismas, y se usan arcos, soportes o valvas para prevenir que las muñecas, tobillos y pie estén en posición colgante.

Durante las exacerbaciones se requiere un aumento de las horas de sueño y de reposo en cama, debido a la rapidez con que el paciente se fatiga y a su lenta recuperación.

El terapeuta ocupacional ayuda a asegurar un reposo apropiado, enseñando cuidadosamente al paciente las técnicas de protección de las articulaciones. Estas incluyen la redistribución y adecuación de los muebles y objetos de uso cotidiano para facilitar su empleo, la utilización de instrumentos de ayuda adecuados para facilitar el desempeño de las actividades rutinarias de la vida diaria y la aplicación de soportes y férulas para protección de algunas articulaciones.

Aplicaciones térmicas

La aplicación de calor sobre las articulaciones inflamadas o en todo el cuerpo, produce habitualmente disminución del dolor y de la contractura muscular, con mejoría de la movilidad articular y sensación de bienestar. Por esa razón, se utiliza especialmente antes de iniciar una sesión de ejercicios.

La aplicación externa de calor, ya sea húmedo o seco, produce un aumento semejante de la temperatura externa. El calor seco se tolera mejor a altas temperaturas, pero es menos penetrante que el húmedo.

La aplicación local de frío sobre una articulación inflamada, puede tener también un efecto analgésico, en algunos casos semejante o mayor que el calor, pero no tiene la misma acción relajante sobre la contractura muscular.

El masaje sobre las masas musculares produce alivio del dolor y la contractura, que en algunos pacientes puede ser mayor que el de las aplicaciones térmicas y ambos procedimientos pueden usarse conjuntamente. Puede producir aumento de molestias cuando se aplica sobre articulaciones con signos agudos de inflamación.

Educación

Las enfermedades del tejido conectivo son potencialmente invalidantes, produciendo una disfunción de la capacidad funcional en forma transitoria, permanente o progresiva. Un adecuado plan de rehabilitación debe contar como principal objetivo la educación del paciente

que estará orientada a controlar el dolor, la inflamación y el stress articular.

Los principios básicos de la educación pueden simplificarse en el asesoramiento de las “4P”: postura, pausas, protección articular y prioridades.

* Posturas: se pondrá especial atención en cuanto al cuidado de las posiciones durante el reposo y las actividades.

* Pausas: se deberá establecer el justo equilibrio frente a la actividad y el reposo. Es importante que el paciente conozca su propia resistencia para aprender a descansar antes que se produzca la fatiga.

* Protección articular: juntamente con la implementación del equipo ortésico, técnicas adaptadas y uso de adaptaciones, se aplicarán los principios de protección articular:

1- Estimular a cada articulación para ser usada en el máximo recorrido de movimiento y fuerza posible. Ej.: cuando asesoramos con respecto a actividades del hogar no necesariamente reubicamos todos los elementos en la cocina para que se encuentren a la altura del menor esfuerzo, debería considerarse el dejar algunos artículos livianos como los cereales para el desayuno o la sal altos, para contribuir a mantener la amplitud articular de hombro.

2- Evitar posiciones de deformidad: las tomas y posturas incorrectas constantes son en si, mecanismos de deformidad. Si bien no es necesario asustar al paciente, si es necesario enseñarle cuales son las posiciones correctas. El paciente debe saber que algunas articulaciones son mas vulnerables que otras, y en especial debe aprender como protegerlas.

3- Uso de articulaciones mas fuertes para la realización de las actividades. Ej. El procedimiento habitual para levantar una fuente es tomarla de cada lado con dedos y pulgares. De esta manera, el peso de la fuente, tira o se descarga sobre los aspectos radiales de dedos y muñecas. Se recomienda en cambio el uso de mitones acolchados que

eviten quemarse y a su vez permitan colocar ambas manos debajo de la fuente, así el peso se descargara sobre las palmas, muñecas y aun sobre codos, ya que estas articulaciones están protegidas por músculos mas potentes que aquellos de los dedos.

4- Uso de cada articulación en su plano anatómico mas estable. Ej. El paciente deberá elevarse hacia delante derecho, si necesita asistirse con fuerza de brazos, las sillas deberán tener apoyabrazos, el inodoro barras laterales. En algunos casos puede ser necesario elevar el asiento de la silla o el inodoro a fin de evitar esfuerzos innecesarios.

5- Evitar desequilibrios musculares: las buenas posturas son fundamentales en todo momento, ya sea durante el descanso como durante la actividad. Los desequilibrios musculares y en consecuencia patrones de movimientos pobres contribuyen a malas posturas y a deformidades.

6- Cualquier actividad que exija el uso de articulaciones o músculos en posiciones de sostén esta contraindicado: Sostener la posición muscular es cansador y los músculos pueden eventualmente elongarse aunque estén en contracción. Ej. Para leer no es necesario sostener un libro en las manos, puede usarse un atril, de esta manera las articulaciones y los músculos del cuello y de las manos descansaran relajadas y con buena alineación. Se consigue entonces reducir la fatiga y el dolor articular.

7- El paciente no deberá intentar actividad alguna que no pueda suspender inmediatamente, si es que la actividad le exige una fuerza mayor a la que el tiene para completarla.

8- Evitar el dolor: actualmente el ejercicio activo y pasivo se realiza solamente hasta el punto de dolor y se considera que el ejercicio o la actividad ha sido excesiva si el dolor persiste dos horas mas allá de haber concluido.

Técnicas para la protección de las manos:

1. Mantener la excursión de extensión de muñeca y supinación de antebrazo. La pérdida de extensión de muñeca implica la pérdida de fuerza de la aprensión. La pérdida de la supinación de antebrazo implica dificultad para cambiar el método de sostener.

2. Cambiar de método en aquellas actividades que exijan prensiones de fuerza: evitar fuerzas de desviación cubital a nivel MTCTF, esfuerzo o estiramiento abductor de la falange del pulgar y estiramientos laterales en cada uno de los dedos.

3. Asegurar patrones correctos de movimiento: la secuencias correctas de movimiento son la base para la reeducación de la mano artrítica. La flexión de los dedos debe comenzar con la flexión de la interfalángica distal, la extensión de los dedos debe comenzar a nivel metacarpofalángico. Lo esencial es mantener el uso completo de los extensores largos en los patrones de movimiento de los dedos.

4. Sostener objetos paralelos a los nudillos (articulaciones MTCTF) y no en diagonal a través de la palma.

5. Usar la palma de la mano o el pliegue de flexión de codo en lugar de los dedos, es decir, usar las articulaciones mas fuertes para hacer el trabajo.

6. Usar ambas palmas de manos para levantar objetos, recomendar su uso.

7. Evitar mantener pesos en el aire, hacer uso de la gravedad, apoyando en lugar de mantener en el aire, deslizar en lugar de levantar.

* Prioridades: es la programación diaria de las actividades tratando de evitar sobreexigencias. Será necesario evaluar las actividades que demanden mas esfuerzo y tiempo y equilibrarlas con el reposo y actividades de menor exigencia.

Al paciente se lo deberá entrenar para que pueda delegar o postergar ciertas actividades con el fin de conservar su energía.

Ortesis

En este tipo de pacientes es de considerable importancia mencionar como instrumento terapéutico la indicación y uso de ortesis. Cuyos objetivos son: sustituir la falta de fuerza motora, restablecer una función, dar soporte a músculos débiles, posicionar o movilizar uno o dos segmentos, controlar deformidades.

Para una correcta indicación es fundamental evaluar el estado de las estructuras anatómicas, deformidades existentes, función específica de la mano del paciente y el impacto de su independencia personal.

Las férulas pueden ser de uso diurno o nocturno, permanentes o temporarias. Existen diferentes tipos de férulas y clasificaciones de las mismas. Según Cailliet (10) se clasifican en estáticas, semidinámicas y dinámicas:

- * Las férulas estáticas inmovilizan una articulación en posición de reposo o función.
- * Las férulas semidinámicas no permiten movimientos pero colocan las partes feruladas en posición de óptima función, no emplea fuerzas externas.
- * Las dinámicas permiten, guían, limitan o resisten movimientos específicos evitando la realización de otros. En su confección se incluyen bisagras y fuerzas externas como resortes, elásticos o barras de tensión. La fuerza interna está dada por los músculos del paciente.

Entre las posibles férulas prescritas a pacientes con AR se encuentran:

Férulas de Reposo – Valvas: las valvas de reposo son indicadas para dar soporte e inmovilizar articulaciones dolorosas e inflamadas. Para su confección se deberán respetar los principios de “manos en posición de reposo”. Su uso nocturno y en caso de gran dolor o inflamación se indicará durante el día (periodo agudo).

(10) Maldonado Jose. Reumatología. Editorial A.P. Americana. Año 2000. Pág. 803.

Las valvas de reposo de carpo siempre deberán formar parte del programa terapéutico de los pacientes reumáticos, dado que se ha comprobado en recientes investigaciones que contribuye a controlar la inflamación, mejorar la fuerza muscular y favorecer la realización de las A.V.D.

Guante corrector para desviación: este guante confeccionado en tela neoprene, bloquea la desviación cubital o radial de los dedos alineando la estructura y dando mayor estabilidad a las prensiones. Se utiliza en pacientes con deformidades incipientes y durante las actividades diurnas en las cuales se incrementa la desviación.

Férula Cock-up: es una férula que estabiliza la muñeca en posición de función, permitiendo el uso de la mano. La confección de la misma debe respetar la libertad de los arcos longitudinal, transversal y eminencia tenar, permitiendo el cierre del puño y la oposición del pulgar. Puede ser indicada en los siguientes casos:

Presencia de inflamación y/o dolor del carpo

Tendencia a la deformidad en flexión de muñeca

Prevención de ruptura de tendones extensores al existir un desequilibrio del carpo.

Mantener la amplitud articular del carpo conseguido con el tratamiento.

Férulas digitales: (para Boutonier y Cuello de Cisne) se utilizan en caso de deformidades incipientes reductibles activa o pasivamente, es decir antes de que ocurra la retracción y/o subluxación del tendón que limita la movilidad de las articulaciones interfalángicas. Son anillos de presión en tres puntos, flexibles o rígidos, que evitan la progresión del desequilibrio permitiendo el movimiento activo de las articulaciones.

Adaptaciones: Una adaptación es un dispositivo que se utiliza para facilitar una función en presencia de daño articular, dolor o inflamación y limitación articular.

La implementación de equipos adaptados y dispositivos de asistencia permitirán al paciente mantener y/o aumentar su independencia personal.

La indicación del uso de adaptaciones permitirá:

- 1. Realizar movimientos mas eficaces.**
- 2. Disminuir el stres articular.**
- 3. Ampliar el radio de alcance del paciente.**

Estos dispositivos pueden ser de uso definitivo o temporario, de acuerdo a cada indicación en particular.

CAPITULO II

GRUPO

GRUPO

Pretendemos conceptualizar en un primer momento “grupo”, acercando una idea general sobre la constitución de los mismos, para luego abordar “Grupo de autoayuda”, considerado relevante en nuestra investigación.

Según Bleger existe un grupo humano cuando: “Un conjunto de individuos que interaccionan entre sí compartiendo ciertas normas en una tarea. Aparentemente la lógica del sentido común nos muestra con evidencia que un conjunto de personas puede ser citado a una hora determinada y en un lugar definido, por un terapeuta y que el grupo empieza a funcionar cuando estas distintas personas, hasta este momento separadas, están a una distancia suficiente y relativamente aisladas de otros contextos como para poder interactuar”.

Es necesario para que un conjunto de personas se constituya en grupo la existencia de un “*sentimiento de pertenencia*” por parte de cada miembro al grupo (Bleger, 1985)

La identidad grupal está dada por un trabajo en común y que llega a establecer pautas de interacción y pautas de comportamiento que están institucionalizadas en el grupo; esta identidad esta dada por la tendencia a la integración e interacción de los individuos o de las personas.

En ciertos momentos de la dinámica grupal puede tener lugar el fenómeno que Bleger denomina *sociabilidad sincrética*, donde la identidad estaría dada no sobre una integración, una interacción y pautas de niveles evolucionados sino sobre una socialización en que dichos límites no existen y cada uno de lo que nosotros vemos como sujetos, individuos o personas no tienen identidad en tanto tales, sino que su identidad reside en su pertenencia al grupo. (Bleger, 1985). Este fenómeno actúa como negativo para el grupo en tanto inhibe el cumplimiento de los objetivos o tareas.

Siguiendo a Bleger se pueden señalar tres tipos de personalidades que pueden integrar distintos grupos o un mismo grupo:

* Uno está dado por personalidades dependientes o simbióticas que van a utilizar de inmediato el grupo, en una relación de dependencia para estabilizar su identidad a través de la identidad grupal como identidad mas completa alcanzada por ellos en el curso de la evolución. Se trata de individuos en quienes la organización simbiótica de la personalidad ha persistido mas de lo necesario, o bien que dicha organización simbiótica nunca ha sido normal como para poder resolverse y dar paso a los fenómenos de individuación y personificación.

* Un segundo tipo de personalidades son aquellas que han alcanzado en buena proporción una cierta individuación y personificación. Tenderán a moverse en la sociabilidad de interacción y pueden presentarse como grupos muy activos (personalidad neurótica)

* Un tercer tipo está dado por aquellos que nunca han tenido una relación simbiótica y que tampoco la van a establecer en el grupo sino después de un largo proceso terapéutico (personalidades psicopáticas, perversas, ambiguas) (11)

Por otro lado Pichón Riviere se refiere a grupo como: "un conjunto restringido de personas ligadas entre sí por constantes de tiempo y espacio, y articuladas por su mutua representación interna, que se propone en forma implícita o explícita una tarea que constituye su finalidad. Entendiendo la tarea grupal, como un proceso productivo sometido a las limitaciones de nuestro modo de producción. El integrante del grupo es operario (soporte de fuerza de trabajo), es medio de producción y él también es producción pero no está separado (disociado) de la tarea. El se construye con la tarea". (12)

La mayoría de los autores acuerdan en considerar que "existen variables constitutivas del encuadre de un grupo humano:

- Pluralidad de individuos.
- Un objetivo común (o varios).

(11) Bleger José .Temas de Psicología.. De. Nueva Visión. Año 1985. Pag. 89 a 98.

(12) Pavlosky Eduardo. Lo grupal III. Ediciones Búsqueda de Ayllu SRL. Año 1986. Pag. 186.

- Un espacio dado.
- Un tiempo determinado.
- Un contexto social.
- Una tarea en común.

Estos aspectos constitutivos del dispositivo grupal, verdaderos sistemas regidos cada uno por leyes particulares, generan un campo particular para llevar a cabo y mantener la intencionalidad de esta configuración histórica socio-deseante, que quedaría abolida al desaparecer cualquiera de estas variables: no concebimos un grupo humano sin integrantes, sin objetivo colectivo común, sin un espacio, sin un tiempo o fuera de un contexto social".(13)

En particular Kaes (1977) señala que "en ningún lugar mejor que en la situación grupal aparece el movimiento de apuntalamiento del psiquismo, juego de identificaciones... El vínculo grupal funciona como soporte de identificaciones, espacio contenedor de las angustias y sostenedor de la palabra" (14)

"Cada grupo es único y su desarrollo varía de un grupo a otro; es posible describir tres etapas del desarrollo de los grupos:

a) *Primera etapa: se caracteriza por la búsqueda de la estructura, de las metas y de los límites del grupo. En este momento la dependencia respecto al terapeuta es marcada.*

b) *Segunda etapa: los miembros de grupo se preocupan por dominar, controlar y ejercer el poder. Los conflictos entre ellos en consecuencia, son frecuentes y también lo son los conflictos con el terapeuta. Es el momento de la emergencia de la tensión entre los intereses individuales de cada miembro y los del grupo.*

(13) Banleo y Cole. Lo grupal II. Ediciones Búsqueda de Ayllu SRL. Año 1990. Pag. 67 y 69.

(14) Kaes, Rene. El sujeto del grupo. Editorial Amorrortu. Pag. 84

c) Tercera etapa: finalmente el grupo, empieza a preocuparse cada vez más por la armonía y el afecto entre los miembros. La cohesión del grupo es marcada, el trabajo interpersonal e intrapsíquico es intenso y existe una participación plena en la tarea básica del grupo". (15)

(15) Salvarezza, L. Psicogeriatría. Editorial Paidós. Bs. As. 1988.

GRUPOS DE AUTOAYUDA

La efectividad de los grupos de autoayuda es difícil de evaluar debido al hecho de que en la mayoría de los casos, los datos proceden de los mismos miembros del grupo, los cuales hablan de su crecimiento personal como clara evidencia de su efectividad. Raramente se oye hablar de los aspectos negativos, como los abandonos del grupo o sus fracasos.

Reseña Histórica

“Durante la última década ha aumentado la ya existente crítica a las limitaciones al modelo profesional de la salud (Levine, Katz y Holst, 1979). Dicho modelo se basa en la existencia de centros de ayuda donde están los profesionales encargados de prestar asistencia. Se suponía que sólo estos profesionales tenían el conocimiento y la tecnología útiles y adecuados, para ayudar de forma efectiva. Los pacientes poseían el problema y esperaban la solución al mismo de un agente externo. Si los mismos no se ajustaban a las expectativas de los profesionales o no seguían las indicaciones, eran considerados como resistentes o refractarios. De hecho en raras ocasiones se consideraba o preguntaba el punto de vista de la persona (Katz, 1984). Todo ello implica una concepción del individuo como mero receptor pasivo de los servicios, y este modelo fracasa rotundamente a la hora de hacer frente a los grandes problemas de los grupos más desfavorecidos.

Una alternativa a este sistema son los grupos de autoayuda o apoyo que han surgido en campos tan diversos como la enfermedad física o mental, las adicciones, los problemas derivados de una posición social desviada, las crisis situacionales.

El denominador común de estos grupos es la necesidad de establecer mayor autodeterminación y control sobre el destino personal y de los grupos (Katz 1984)” (16).

(16) Gonzalez Martín y Cols. *Psicología Comunitaria*. Editorial Visor distribuciones. Año 1988.

Concepto

"Katz y Bender sostienen que los grupos de apoyo son grupos voluntarios pequeños, estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico.

Generalmente están formados por pares que se reúnen para ayudarse mutuamente, para cubrir la necesidad común, solucionar un handicap común o un problema que altera el funcionamiento normal en la vida y conseguir el deseado cambio social y/o personal. Los miembros de éstos grupos perciben que sus necesidades no son o no pueden ser cubiertas por los recursos sociales existentes. Enfatizan las interacciones sociales cara a cara y la asunción de la responsabilidad personal de los miembros. A menudo proporcionan ayuda material además del apoyo emocional. En la mayoría de los casos están centrados en el problema y promueven unos valores o ideologías a través de los que se fomenta en los miembros una mayor identidad personal". (17)

"Un grupo de autoayuda supone redes de apoyo autogestionadas e igualitarias (Jeger y Slotnick, 1982) caracterizadas por relaciones simétricas y reciprocas entre los miembros del grupo (Gottlieb, 1983). Estas relaciones se caracterizan por ser según Gottlieb de:

- Equidad: simétricas
- Atribución: cada uno es agente activo potencial de cambio en el grupo.

Típos de apoyo percibido en un grupo de autoayuda:

- Apoyo afectivo
- Expresión emocional
- Información y consejo
- Ayuda material".

En síntesis, podemos decir que: un grupo de autoayuda es un grupo de autogestión, sin fines lucro, que se origina en función de necesidades comunes.

(17) Sánchez Vidal Alpio. Psicología Comunitaria. Cap. V. Pág. 1578.

Frente a situaciones de angustia, temor o peligro, existe una tendencia humana a buscar el apoyo y la compañía de otras personas. La mutua ayuda que un grupo organizado de personas puede darse, favorece la satisfacción de necesidades que tienen que ver con la autoestima, la autonomía y seguridad.

“Ventajas para los miembros de un grupo de autoayuda (Wolff, citado por Brink, 1979) :

- Compartir experiencias comunes propias de la misma enfermedad.
- Evitar el aislamiento social.
- Aceptar la realidad de su condición de enfermo.
- Aceptar las limitaciones y las consecuencias que la enfermedad causa en su vida
- Al tener varias personas que escuchan y sostienen, promueve la confianza en sí mismo y la autoestima.
- Desarrollar nuevas conductas y cambiar actitudes que favorezcan un mayor autocontacto consigo mismo y sus necesidades.
- La resolución de un conflicto o la comprensión de una problemática compartida por todos los miembros” (18)

Condiciones de un Grupo de Autoayuda:

- Integrantes que padezcan la misma enfermedad y que hayan sido debidamente diagnosticados.
- La posibilidad de incluir miembros que tengan conocimientos y sufran la misma patología durante un período de tiempo importante como para poder transmitir sus experiencias y aprendizajes acerca de la misma a los recientemente diagnosticados.
- Un modelo de presentación e inclusión para los integrantes nuevos.
- Un modelo de iniciación para cada encuentro donde se privilegie el contacto con el cuerpo.

(18) Salvarezza, L. *Psicogeriatría*. Editorial Paidós. Bs. As. 1988.

- Un programa de actividades de soporte que brinde distintos servicios a sus miembros.
- Predisposición para contemplar las necesidades de la mayoría de sus integrantes.
- Líderes que demuestren tener buena empatía y capacidad para ayudar a los miembros del grupo a establecer un clima de encuentro donde se pueda transformar una discusión en un intercambio de información para todos.

Actitudes o modalidades que no competen a un Grupo de Autoayuda.

- Asegurar una cura
- Proponer rápidas soluciones que no contemplen las diferencias individuales.
- Transformar la dinámica de grupo de autoayuda en una dinámica de grupo.
- Presionar a los integrantes del grupo a abandonar tratamientos que les han sido prescritos y a optar por una única solución posible.
- Insistir o presionar a sus miembros a revelar información personal y/o privada.
- Imponer respeto o sometimiento a un único líder carismático.
- Cobrar honorarios. La mayoría de los grupos de autoayuda son gratuitos; colectan donaciones voluntarias o cargan cuotas sociales bajas para cubrir gastos sociales (por ejemplo: refrescos, papelería).

Funciones de Grupo de Autoayuda.

- Brindar información y educación, para la prevención llevando a cabo una verdadera acción social.
- Divulgar y dar a conocer mas ampliamente, que es el grupo, para que esta información ayude a asistir a otros en la posibilidad de mejorar su calidad de vida.
- Facilitar los vínculos con instituciones relacionadas con la enfermedad, de manera de estar al día en materia de investigaciones y novedades. De acuerdo con el tipo de enfermedad

se sugiere establecer grupos diferenciados de pacientes y de familiares y amigos.

- Afrontar psicológicamente temores y comprender situaciones que se estén viviendo, cada cual comienza, sin duda, a conocerse mejor a conocer mas la enfermedad. En el caso de las enfermedades progresivas es posible ir anticipando situaciones y formas de encararlas.

Grupo de autoayuda AMAR Mar del Plata

Nuestra investigación tiene como base el GRUPO A.M.A.R. MdP (Ayuda Mutua de Artritis Reumatoidea). El mismo cuenta con el aval de la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR), funcionando, otros, en distintos distritos del país con las mismas características.

AMAR MdP comenzó funcionar hace nueve años, actualmente la sede es el Instituto Physis, los encuentros se llevan a cabo los días sábados de 16 a 18 hs. El primer sábado de cada mes la presidenta organiza conferencias para difundir la acción del grupo, contando con la presencia de destacados profesionales.

El grupo esta conformado por pacientes diagnosticados con AR (en su mayoría) y otras patologías reumáticas como: Lupus eritematoso, Artrosis, Artritis psoriasica. Los pacientes concurren al mismo por derivación (T.O. o Reumatólogo) o propia iniciativa.

Desde el inicio del Grupo (1993) se han inscripto al mismo alrededor de 100 pacientes, en la actualidad concurren aproximadamente 20 personas; este número es variable debido a que la inscripción está permanentemente abierta.

El grupo cuenta con un Equipo Interdisciplinario formado por: Lic. en Terapista Ocupacional, Lic. en Psicología, Podóloga y profesores que se encargan de actividades recreativas. Se distribuye la frecuencia de dichos profesionales a una vez por mes.

Estos profesionales trabajan, teniendo en cuenta los deterioros y discapacidades que compromete al paciente con esta patología. Todos tienen en cuenta los signos y síntomas de la

misma ya que lleva a una limitación funcional que dependerá del tiempo de evolución, de la instalación de la deformidad, de la extensión del deterioro, de la agresividad particular de la enfermedad y de la actitud del paciente frente a ella.

Como objetivo común los profesionales muestran la importancia del abordaje grupal en las enfermedades reumáticas, en donde se intenta valorar de manera multidimensional el impacto de la enfermedad, analizando aspectos físicos (incluyendo deterioros de funciones, síntomas y dolor causados por la enfermedad), aspectos sociales (especialmente en relación al aislamiento social y a la autoestima) y aspectos psicológicos; además del intercambio de vivencias y experiencias de los distintos integrantes del grupo.

La Lic. en Terapia Ocupacional concurre al grupo desde hace 8 años. Su objetivo principal del tratamiento grupal es la *educación del paciente*, orientada a controlar el dolor, la inflamación y el stress articular.

Los objetivos específicos son:

- Identificar y conocer la enfermedad por parte del paciente.
- Identificar, conocer y saber como actuar ante el brote o la remisión de la enfermedad.
- Conocer y aprender ejercicios generales y específicos que favorezcan la amplitud articular y/o el fortalecimiento muscular.
- Aprender el uso adecuado de sus articulaciones en AVD e IADL a partir del conocimiento de los principios de protección articular.

En Terapia Ocupacional se realiza una entrevista inicial que incluye una evaluación funcional individual que nos muestra la perspectiva personal de cada integrante con respecto a su funcionalidad y al impacto que produce la enfermedad en su performance. La evaluación es la "Escala de medida del impacto artrítico" (AIMS), la misma fue diseñada originariamente por Meenam y Cols., en un intento de medir la situación funcional del paciente con A.R., centrándose en la repercusión músculo-esquelética de la enfermedad.

La escala consta de 66 preguntas, 45 de las cuales agrupadas en 9 sesiones, evalúan movilidad, actividad física, destreza manual, actividades del hogar, AVD, ansiedad, depresión, interacción social y dolor. Las 21 restantes nos informan del estado general de salud, morbilidad y diversas variables sociodemográficas.

La sesión de Terapia Ocupacional se extiende durante dos horas, la misma da inicio a partir de la presentación de integrantes nuevos y comentarios individuales a cerca de la evolución de la enfermedad. En un segundo momento se abordan temas que se van alternando según las necesidades de los pacientes (adaptaciones para el hogar, férulas, principios de protección articular). Por último se trabaja un programa de ejercicios generales y específicos que incluyen: ejercicios activos asistidos, activos e isométricos, en distintos decúbitos (sentado, de pie y en colchoneta) con diferentes elementos, cuyo objetivo es mantener y aumentar rango de movimiento y fuerza muscular, evitando contracturas, desequilibrios musculares y deformidades.

La Lic. en Psicología concurre al grupo desde hace tres años. Su objetivo principal, es resaltar la importancia de integrar la propia imagen, desarrollar el potencial intelectual, afectivo y espiritual, fortaleciendo los aspectos mas sanos y adaptativos de la personalidad hacia el logro de una mayor autonomía tanto individual como del grupo actuando cada miembro como agente de cambio para los demás.

Los objetivos específicos son:

- Fomentar la expresión de sentimientos, necesidades e ideas, en relación a la enfermedad en un contexto de intercambio y contención grupal.
- Disminuir el aislamiento y posibilitar nuevos vínculos de sostén.
- Esclarecer los factores psicológicos y emocionales que se relacionan con los síntomas físicos.
- Hacer conscientes las percepciones distorsionadas y creencias erróneas, facilitando

una adaptación mas adecuada a la realidad mediante experiencias emocionales y de aprendizajes correctivos.

El trababajo psicoterapéutico grupal se realiza en función de las necesidades e intereses que surgen en cada sesión mediante el uso de la palabra oral y escrita, técnicas de comunicación y uso de materiales.

Estas dos profesionales son las que concurren mensualmente en forma permanente, mientras que los profesores de taller asisten según las expectativas y demandas de los integrantes del grupo. Siendo sus objetivos de naturaleza recreativa, esparcimiento, integración grupal y social, etc.

El Grupo A.M.A.R. en el año 1993 adopta el Estatuto modelo de la Dirección Provincial de Personas Jurídicas el cual comienza a regir ese mismo año.

PARTE III

METODOS

POBLACION

Pacientes diagnosticados con A.R. mayores de 35 años de ambos sexos, inscriptos al grupo de autoayuda A.M.A.R de la ciudad de Mar del Plata, que respondan a los requerimientos citados en los criterios de inclusión.

VARIABLES:

- Variables demográficas o caracterización de la población:

* Variable Cualitativa: Sexo

* Variable Cuantitativa: Edad

- Variable Dependiente: * Nivel de concurrencia.

- Variable Independiente: * *Factores determinantes.*

* Satisfacción de expectativas

DIMENSIONAMIENTO DE VARIABLES

* Sexo:

Masculino

Femenino

* Edad:

35 a 45 años

46 a 55 años

56 a 65 años

66 a 75 años

*** Nivel de concurrencia:**

Regular: aquellos pacientes diagnosticados con A.R. que concurren al grupo de 3 a 4 encuentros al mes.

Irregular: aquellos pacientes diagnosticados con A.R. que concurren al grupo de 1 a 2 encuentros al mes.

Nulo: aquellos pacientes diagnosticados con A.R. que se inscribieron al grupo y nunca concurrieron.

*** Factores determinantes:**

Factores intrínsecos: dependientes de la persona.

Factores extrínsecos: dependientes del grupo y del ambiente:

*** Satisfacción de expectativas:**

- Suficiente: absolutamente satisfecho.
- Medianamente suficiente: cuando hay por lo menos un aspecto en el que no está satisfecho.
- Insuficiente: cuando está absolutamente desconforme / insatisfecho.

RECOLECCION DE DATOS

Se llevará a cabo a través de una encuesta. El cuestionario incluirá ítems abiertos o cerrados.

CRITERIOS DE INCLUSION

- * Pacientes de ambos sexos entre 35 a 75 años diagnosticados con A.R.
- * Pacientes inscriptos que abandonaron el grupo.
- * Pacientes que concurren regular e irregularmente al grupo desde su inscripción.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- * Pacientes menores de 35 años y mayores de 75 años diagnosticados con A.R.
- * Pacientes que concurren al grupo diagnosticados con otra patología reumática.

PARTE IV

ANALISIS DE DATOS

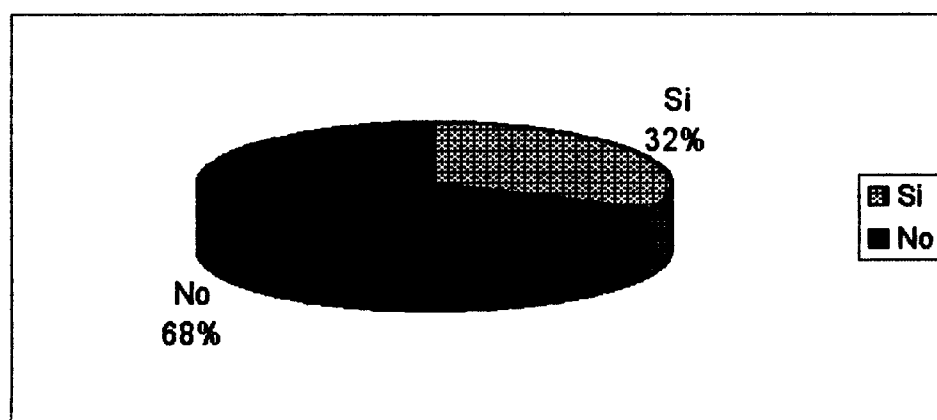
Análisis de la relación entre la permanencia al grupo de autoayuda A.M.A.R. y variables intervinientes. MdP – Periodo 2001-2002

TABLA N° 1

Permanencia en el grupo de autoayuda A.M.A.R.MdP – Periodo 2001-2002

Permanencia en el Grupo	N°	%
SI	7	32
NO	15	68
TOTAL	22	100

GRAFICO N° 1

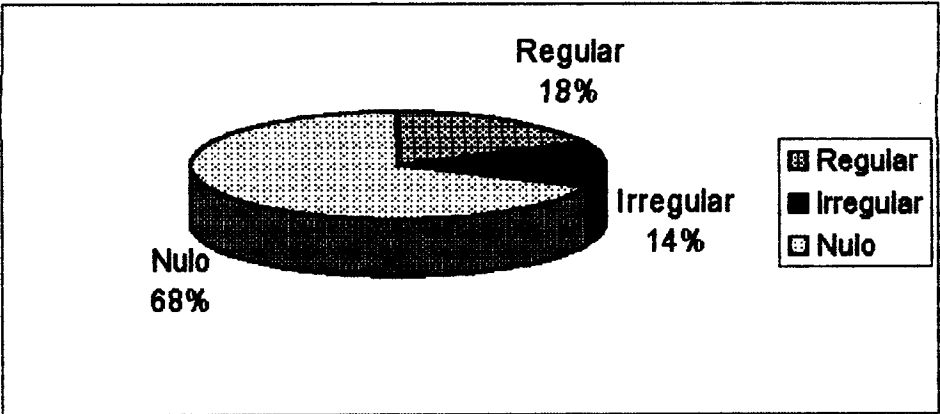


Permanencia en el grupo de autoayuda A.M.A.R. MdP. Periodo 2001-2002

TABLA N° 2
Concurrencia mensual al grupo de autoayuda A.M.A.R. MdP. Periodo 2001-2002

Concurrencia mensual	N°	%
Regular	4	18
Irregular	3	14
Nulo	15	68
Total	22	100

GRAFICO N° 2



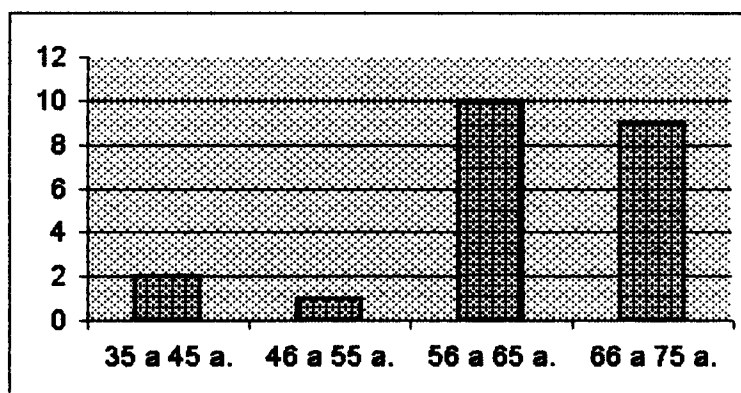
Concurrencia mensual al grupo de autoayuda A.M.A.R. MdP. Periodo 2001-2002

TABLA N° 3

Edad de los pacientes del grupo de autoayuda A.M.A.R. MdP. Periodo 2001-2002.

Edad de los pac.	Frecuencia
35 a 45 a.	2
46 a 55 a.	1
56 a 65 a.	10
66 a 75 a.	9
Total	22

GRAFICO N° 3

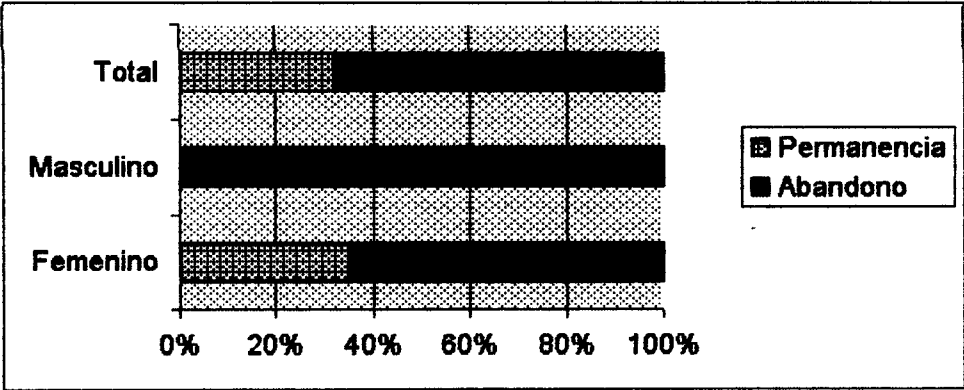


Edad de los pacientes del grupo del grupo de autoayuda A.M.A.R MdP. Periodo 2001-2002.

TABLA N° 4
Permanencia y/o abandono según el sexo en el grupo de autoayuda AMAR MdP. Periodo 2001-2002.

	Permanencia		Abandono		Total
	N°	%	N°	%	N°
Femenino	7	35	13	65	20
Masculino	0	0	2	100	2
Total	7	32	15	68	22

GRAFICO N° 4



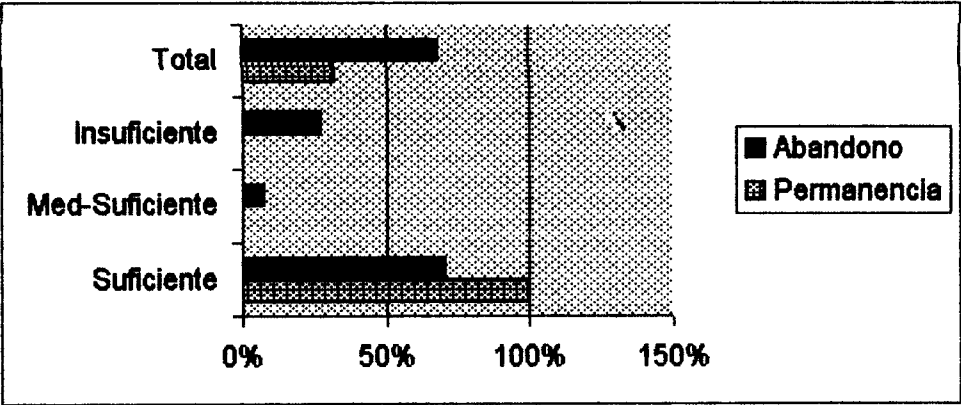
Permanencia y/o abandono según el sexo en el grupo de autoayuda AMAR MdP. Periodo 2001-2002.

TABLA N° 5

Permanencia según grado de cumplimiento de expectativas, en el grupo de autoayuda AMAR MdP – Periodo 2001-2002.

	Permanencia		Abandono		Total
	N°	%	N°	%	N°
Suficiente	7	100	10	70	17
Med-Suficiente	0	0	1	7	1
Insuficiente	0	0	4	27	4
Total	7	32	15	68	22

GRAFICO N° 5



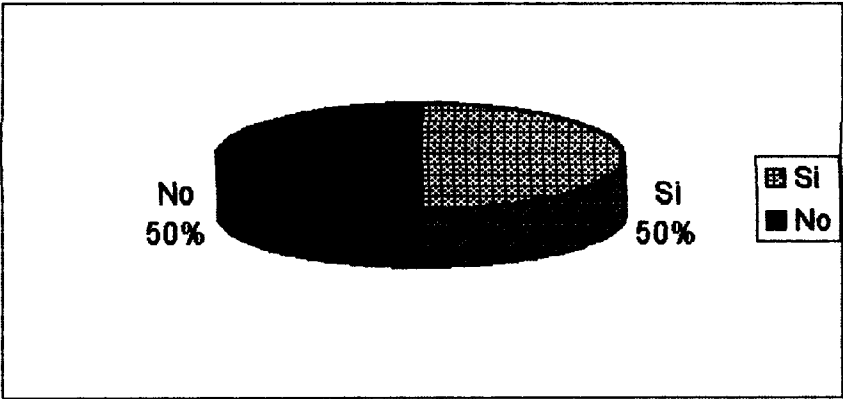
Permanencia según grado de cumplimiento de expectativas, en el grupo de autoayuda A.M.A.R. MdP. Periodo 2001-2002.

TABLA N° 6

Cambios fisicos en los pacientes del grupo de autoayuda AMAR MdP. Periodo 2001-2002

Cambios Físicos	N°	%
Si	11	50
No	11	50
Total	22	100

GRAFICO N° 6

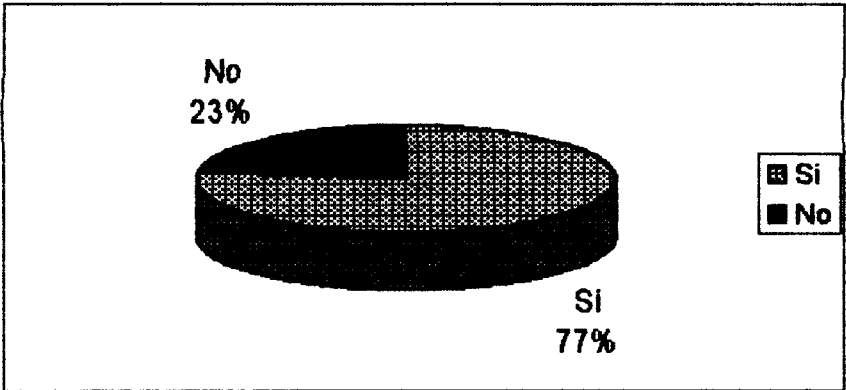


Cambios fisicos en los pacientes del grupo de autoayuda A.M.A.R. MdP. Periodo 2001-2002.

TABLA N° 7
Cambios psicológicos en los pacientes del grupo de autoayuda A.M.A.R. MdP. Periodo 2001-2002

Cambios Psicológicos	N°	%
Si	17	77
No	5	23
Total	22	100

GRAFICO N° 7

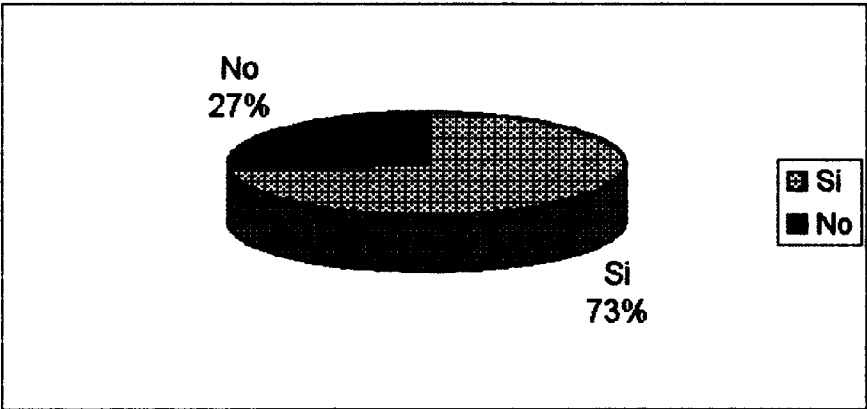


Cambios psicologicos en los pacientes del grupo de autoayuda A.M.A.R. MdP. Periodo 2001-2002

TABLA N° 8
Cambios sociales en los pacientes del grupo de autoayuda A.M.A.R. MdP. Periodo 2001-2002

Cambios Sociales	N°	%
Si	16	73
No	6	27
Total	22	100

GRAFICO N° 8



Cambios sociales en los pacientes del grupo de autoayuda A.M.A.R. MdP. Periodo 2001-2002.

PARTE V
CONCLUSION

CONCLUSION Y DISCUSIONES

A través de este trabajo de investigación, hemos logrado analizar y determinar, cuales son los factores que inciden en la permanencia y/o abandono al grupo de autoayuda de los pacientes diagnosticados con A.R. inscriptos al grupo AMAR.

A partir del análisis de los cuestionarios realizados observamos factores determinantes, intrínsecos y extrínsecos que hacen a la permanencia y/o abandono al grupo; dentro de los cuales mencionamos:

Factores Intrínsecos:

Permanencia:

- Mejorar su calidad de vida (18%)
- Conocer su enfermedad (45%)
- Contención por parte de los profesionales y de los integrantes del grupo (45%)
- Disfrutar de las salidas programadas (9%)

Abandono:

- Complicaciones propias de la enfermedad (27%)

Extrínsecos:

Permanencia:

- Información brindada por profesionales que concurren al grupo y los integrantes del grupo (18%)

Abandono:

- Cuestión económica (22%)
- Diferencias con la Comisión Directiva (27%)

- Inconveniencias con día y hora de los encuentros (18%)

De acuerdo al análisis de tablas y gráficos se recabaron los siguientes datos significativos:

La permanencia en el grupo es de 32% de los cuales el 18% corresponde a personas que concurren en forma regular y 14% irregular. El 68% de la población evaluada abandono el grupo. Consideramos relevante, en esta investigación, destacar aquellos pacientes (22,7%) que si bien abandonaron el grupo por diferentes motivos, se sienten aun integrantes, debido a que se reúnen y participan en ocasiones especiales (ver tablas y gráficos nº 1y2).

Existe un predominio de pacientes mayores a 55 años; la ausencia de jóvenes podría deberse a no sentirse parte del grupo y directamente no concurre (ver tabla y grafico nº 3).

Del total de la población predomina el sexo femenino de los cuales permanecen 35% y abandono el 65%. Sexo masculino abandono el total de la población (100%); podría deberse a no sentirse contenidos por ser una minoría (ver tabla y grafico nº 4).

Con respecto al cumplimiento de expectativas de los pacientes, para el total de los que permanecen 32% fue suficiente. Por otro lado, los que abandonaron cumplieron sus expectativas en un 70%, medianamente suficiente un 7% e insuficiente 27% (ver tabla y grafico nº 5)

En relación a los diferentes tipo de cambios, en los pacientes podemos afirmar que un 50% de la población percibió cambios físicos (ver tabla y grafico nº 6). De acuerdo con nuestras expectativas esperábamos que el porcentaje de pacientes con cambios físicos fuera mayor ya que el hacer del T.O. tiende a lograr disminuir el dolor, la inflamación, aumentar la amplitud articular, etc. No obstante este porcentaje nos permite pensar que aun cuando el T.O. hace su trabajo, los pacientes no cumplan con lo indicado, o haya una distorsión de percepción; debemos recordar que aquí los datos registrados son los informados por el paciente.

Con respecto a los cambios psicológicos 77% y sociales 73% se correlaciona con lo esperado, debido a que los motivos por los que llegan al grupo corresponden a mejorar su calidad de vida, encontrar contención, conocer su enfermedad, etc; coincidiendo estos con la permanencia en el grupo y la satisfacción de expectativas.

Sobre la base de lo observado, la intervención de T.O. al grupo de autoayuda contribuye en forma favorable a la permanencia, ya que concurren a la sesión los pacientes de asistencia regular e irregular; las implicancias desde T.O. que contribuyen a la concurrencia, tienen que ver con:

- Asesorar, diseñar y adiestrar en equipamiento otesico y/o adaptaciones (personal, ambiental, fijo y móvil) destinado a mejorar las posibilidades de autonomía.
- Diseñar, implementar y evaluar métodos y técnicas de evaluación de la capacidad funcional psicofísica del paciente.
- Diseñar, implementar y evaluar métodos y técnicas de mantenimiento y desarrollo de las funciones psicofísicas.

Consideramos imprescindible la presencia activa del T.O. dentro del grupo de autoayuda, debido a que el tratamiento grupal en T.O. es la combinación del proceso grupal adaptado, estructurado y las tareas o actividades propuestas están dirigidas con propósitos de adaptación y cambio, en personas con enfermedades agudas o crónicas, deficiencias o discapacidad; se centran lo mas posible en compartir "el hacer", se graduan de modo que puedan participar los miembros con limitadas destrezas funcionales, cognitivas y sociales; pues nuestra formación nos permite tener una visión integral del paciente.

En esta investigación nos quedo como interrogante: "Determinar la importancia que dan los pacientes a T.O. dentro de un grupo de autoayuda", el cual podría ser elucidado en una futura investigación.

Nos parece importante destacar la importancia del grupo de autoayuda para pacientes con A.R. debido a que la totalidad de los que permanecen y aun de los que abandonaron ven satisfechas sus expectativas; la mayoría de ellos han percibido cambios desde su participación en el grupo y los factores de abandono son en su mayoría extrínsecos o bien por complicaciones propias de la enfermedad. Por tanto consideramos que la integración y participación del paciente con A.R. en un grupo de ayuda interdisciplinario resulta en beneficio de la salud psicofísica y social.

Dado que no existe material sobre este tema, consideramos que esta tesis puede servir de base para trabajos posteriores, teniendo en cuenta que es un aporte para el hacer del T.O. en un grupo de autoayuda.

PARTE VI

ANEXO Y BIBLIOGRAFIA

CUESTIONARIO N°:.....NOMBRE:.....EDAD:.....

1- ¿Fecha de comienzo de la enfermedad (mes - año)?

2- ¿Fecha en que se inscribió al grupo de autoayuda A.M.A.R.?

3- ¿Concurre actualmente al grupo de autoayuda?

SI

NO ¿Cuándo abandonó?

¿Cuales son los motivos?

4- ¿Cuántos encuentros concurre al mes?

0 1 2 3 4

5- ¿Cuales eran sus expectativas respecto al grupo?

6- ¿Estas expectativas se cumplieron para usted, de manera:

SUFICIENTE

MEDIANAMENTE
SUFICIENTE

INSUFICIENTE

7- ¿Le parece que es importante el tratamiento? SI NO ¿Por qué?

8- ¿Recibe usted algún tipo de tratamiento extra?

SI ¿Cual? ¿Por qué?

NO ¿Por qué?

9- ¿A partir de su concurrencia al grupo percibió algún cambio favorable? SI NO

FISICO ¿Cuáles?

PSICOLOGICO ¿Cuáles?

SOCIAL ¿Cuáles?

10- Otros comentarios que desee agregar.....
.....

*** Aguilar José María. "Entrevista en profundidad".**

Editorial Lumen Hvmánitas. Año 2000. Buenos Aires.

*** Atlas de Reumatología. Editor Gene G. Hunder.**

Director: Lori J. Bainbrige. Año 1999.

*** Barro, María S. y Koerner, M. Elena. Tesis de Grado:**

"Pronóstico Funcional de A.R. Mar del Plata 1995" 83 pag.

*** Bauleo y Cols. "Lo grupal II"**

Ediciones Búsqueda Ayllu SRL. Junio 1990.

Prólogo y coordinación: Eduardo Pavlosky.

*** Barembliitti G. y Cols. "Lo grupal IV"**

Ediciones Búsqueda Ayllu SRL. Año 1990

*** Bleger, José. "Temas de Psicología".**

Editorial Nueva Visión. Año 1985.

*** Canales, Alvarado y Pineda. "Metodología de la investigación"**

O.P.S. Año 1989. Segunda reimpresión.

*** Diario Médico de España, 5 de marzo de 1997.**

*** Diccionario de Ciencias Médicas. XXV Edición.**

Editorial Medica Panamericana. Año 1999.

*** Ferré, Susana y Patrone, Silvia. Tesis de Grado —**

"Cumplimiento de las pautas de tratamiento en pacientes con A.R. Mar del Plata 1998". 144 pag.

*** Gonzalez, Martín y Cols. "Psicología Comunitaria"**

Editorial Visor Distribuciones. Año 1988.

*** Kaes, René. "El grupo y el sujeto del grupo".**

Editorial Amorrortu. Año 1995.

*** Kinerman, Natalio y Cols. "Teoría y práctica de trabajo social" Grupo Tomo VI**

Editorial Hvmnitas. Bs. As. 1984.

* Maldonado, José A. y Cols. "Reumatología".

Asociación Panamericana de publicaciones S.A. Año 2000.

* Manual de Reumatología y de Trastornos ortopédicos ambulatorios". Diagnóstico y Terapeutica. John. F. Beary III.

Editorial Salvat. 1985.

* Mc Carty. "Artritis y otras patologías relacionadas". Texto de reumatología

X Edición. Editorial Medica Panamericana. Año 1987.

* Polit, D. y Cols. "Investigación Científica en Cs. de la Salud". Etapas de la investigación.

Editorial Panamericana. Segunda Edicion. México 1989.

* Revista "Club del reumático"

Publicacion de Biogalenica, Productos Ciba Geycy. Brasil. Año 2. Nº 3. 1992.

* Revista "RHEUMA" (Liga Reumatologica Española).

Revista Nº 43. Tercer Trimestre. Año 1996. Nº 45 Primer Trimestre. Año 1997 Nº 46 Segundo Trimestre. Año 1997.

* Revista " Temas de Reumatología" Actualizacion de tratamientos.

Revista nº 435. Junio 1993.

* Tratado de Medicina interna "Medicine".

Reumatologia II. Quinta serie. Septiembre de 1993.

* Rozman Ferraras. "Medicina Interna".

Editorial Marin. S.A. Año 1998.

* Sanchez Vidal, Alipio. "Psicologia Comunitaria" Bases conceptuales y metodos de intervencion.

* Sociedad Reumatologica Española.

Pag. Web. www.lire.es

* Salvarezza, L. "Psicogeriatría: Teoría y Clínica"

Bs. As. Editorial Paidós. Año. 1988.

*** Velez, H. y cols. "Fundamentos de medicina" Reumatología. Cuarta Edición.
Editorial Presencia. Año 1995.**

*** Wyngaardeen y Smith. "Tratado de Medicina Interna". Tomo II XVIII A.
Edición. Editorial Interamericana. Año 1991.**

FE DE ERRATAS

Pag. 8 : El primer párrafo es anulado, reemplazándolo por el siguiente texto:

“ La A.R. es una enfermedad inflamatoria crónica sistémica, que afecta las articulaciones, pudiendo también comprometer otros órganos. Las principales lesiones de la A.R. se encuentran en las articulaciones diartrodiales (articulaciones con tejido sinovial) y en menor medida en tendones, sus vainas y tejidos subcutáneo periarticular.”

Pag. 25: El párrafo referente a Riñón es reemplazado por el siguiente texto:

“ Riñón: el riñón rara vez se afecta. El deterioro de la función renal, cuando aparece, puede estar causado por depósitos de amiloide, vasculitis o toxicidad farmacológica. En esta última podemos distinguir dos tipos: a) nefropatía por AINES; puede concluir en necrosis papilar o insuficiencia renal; b) la producida por agentes inductores de remisión, principalmente las sales de oro y D-penicilamina, que pueden inducir Síndrome nefrótico.”

Pag. 25: El último párrafo es anulado y reemplazado por el siguiente texto:

“ Síndrome de Sjogren o Sicca: es una exocrinopatía autoinmune caracterizada por xerostomía y xeroftalmia; al menos un 25% de los pacientes con A.R. sufren este síndrome”.

“ La amiloidosis secundaria: aparece en aquellas formas de la enfermedad que presentan una actividad inflamatoria persistente y prolongada. Provoca alteraciones por su depósito en el riñón, hígado, corazón e intestino.”


.....
ESTREBOU, MARIA LIA
MAT. T. 2228/92


.....
LANDA, ALEJANDRA L.
MAT. T. 2159/91