

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

**PROGRAMA PARA FORTALECER LA INDEPENDENCIA
EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

POR

WENDY JOHANNA ARGUETA HERNANDEZ

PREVIO A OPTAR EL TITULO DE

PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADEMICO DE

LICENCIADA

GUATEMALA, 10 DE OCTUBRE DEL 2005.

CONSEJO DIRECTIVO

Licenciado Riquelmi Gasparico Barrientos
DIRECTOR ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA a.i. ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

Licenciada María Lourdes González Monzón
Licenciada Liliana Del Rosario Álvarez de García
REPRESENTANTE DEL CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciado Evodio Juber Orozco Edelman
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

Estudiante Elsy Maricruz Barillas Divas
Estudiante José Carlos Argueta Gaitán
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

INDICE

Prólogo	4
---------------	---

CAPITULO I

Introducción.....	5
Marco teórico.....	7
Artritis Reumatoidea.....	7
Epidemiología.....	8
Patología.....	9
Patogenia.....	10
Factores Genéticos.....	10
Características clínicas y de laboratorio.....	12
Clasificación de Steinbrocker (por Estadios).....	18
Diagnóstico.....	18
Manifestaciones Articulares.....	20
Evolución y Pronóstico.....	21
Tratamiento farmacológico.....	21
Tratamiento psicológico.....	26
Hipótesis.....	30

CAPITULO II

Técnicas e Instrumentos.....	31
Técnicas de muestreo.....	32
Técnicas de recolección de datos.....	35

CAPITULO III

Presentación e Interpretación de Resultados.....	39
Análisis de resultados.....	48

CAPITULO IV

Conclusiones.....	51
Recomendaciones.....	52
Bibliografía.....	53
Anexos.....	55
Resumen.....	71

PROLOGO

El tema de Artritis Reumatoidea es cada día mas frecuente, en los hospitales son referidos al área de rehabilitación pacientes con esta problemática.

En base a estas reflexiones, decidí realizar este programa para poder contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente y al mismo tiempo ayudarles a su rehabilitación física. La Artritis Reumatoidea provoca inflamación en las articulaciones, produciendo dolor, dificultad en el movimiento, además puede lesionar otras partes del organismo, es por eso que los pacientes con Artritis Reumatoidea tienden a tener problemas en diferentes áreas de su vida como problemas familiares por la dependencia que tienen para realizar sus actividades de la vida diaria, necesitan ayuda y regularmente se la proporciona su familia y al paso del tiempo esta situación se vuelve incomoda tanto para la familia como para el paciente, derivando también problemas personales como baja autoestima, depresión, falta de motivación, stress, ansiedad e incapacidad por parte del paciente, a consecuencia de esto las personas que padecen de Artritis Reumatoidea tienden a tener una vida social bastante limitada, se vuelven personas introvertidas, sin deseos de relacionarse con las demás personas, poco sociables, y en muchos de los casos las personas con Artritis Reumatoidea que laboran, tienen que dejar de hacerlo a causa de las dificultades del movimiento, dolor, etc. que les impiden realizar su trabajo a cabalidad, esto origina para el paciente una dependencia total (económica, física y emocional).

El objetivo de este trabajo es que los pacientes adquieran un mejor manejo personal, que desarrollen nuevas habilidades a fin de que adquieran nuevamente su independencia. También se busca que el paciente vuelva a tener confianza suficiente en él mismo y que quiera cambiar de actitud con respecto a su enfermedad, muchos pacientes al verse afectadas sus articulaciones disminuyen sus actividades diarias o laborales, se deprimen y dejan de asistir a sus rehabilitaciones físicas.

La experiencia vivida al realizar este estudio fue muy enriquecedora, y los resultados de dicho programa fueron satisfactorios porque se pudo ayudar a varias personas, me permitió conocer mas acerca de la Artritis reumatoidea, son poco conocidos los efectos tan fuertes que puede ocasionar esta enfermedad y la gran necesidad que tienen los pacientes de un tratamiento psicológico y de rehabilitación para poder sobrellevar esta enfermedad.

Es por ello que agradezco al Dr. Eric Rosal Palomo (Jefe de Reumatología del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS) por haberme permitido realizar mi trabajo de campo en dicha institución.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la sociedad guatemalteca, se ve afectada en diversas áreas, en este caso el de la salud. El cual afecta a la población en todo nivel y diferentes edades. La Artritis Reumatoidea puede afectar a personas de todas las edades, sexo y estatus sociales, pero los que se ven más afectados son los niños y los adultos mayores, los cuales debido a su edad, se ven susceptibles a las enfermedades de cualquier índole. Para la sociedad guatemalteca un mal muy común son los problemas artríticos, tal es el caso de la Artritis Reumatoidea, la cual afecta en mayor o menor grado a las personas que la padecen, causando daños irreparables cuando no son tratados tempranamente.

Los daños que causa dicha enfermedad son de origen psicológico y físico y se ven reflejados en áreas como lo son: el área social, en la cual la persona se aísla por consecuencia de su baja autoestima; dentro del área económica se complica porque las personas con artritis por causa de las deformaciones en las articulaciones no pueden continuar con sus actividades laborales y otro tipo de actividades que anteriormente realizaban sin ninguna dificultad. Y por ultimo en su hogar las actividades cotidianas, como amarrarse las cintas de los zapatos, no poder girar las manijas de las puertas, no poder encender la estufa, lavar ropa, correr, manejar, etc, al no poder hacer todas estas actividades se vuelven dependientes de otras personas y se considera como una carga tanto para la familia como para la sociedad, creando así depresión y baja autoestima en el paciente. Para esto se creo un programa para fortalecer su independencia a través de ejercicios para mejorar el movimiento articular, terapia psicológica individual para elevar su autoestima, depresión, independencia, etc, para que el individuo con artritis reumatoidea sea capaz de valerse por si mismo.

Este programa está diseñado para pacientes con artritis reumatoidea que asisten al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.), Departamento de Reumatología, pacientes de ambos sexos. Y consistió en: ejecutar en dos sesiones; entrevistas iniciales a los pacientes y examen mental (observación) para diagnosticar y clasificar por niveles la enfermedad. Se practicó con ellos técnicas y ejercicios para su rehabilitación (cuatro sesiones). Evaluación intermedia (una o dos sesiones). Apoyo psicológico (psicoterapia individual y psicoterapia de grupo (cuatro sesiones). Evaluación de su progreso (dos sesiones). Evaluación final después de terminado el programa (una sesión para

cada paciente). El programa se realizó en tres meses, los días martes, miércoles y jueves de cada semana, con duración de tres horas diarias.

Todos los pacientes que asisten al Departamento de Reumatología son totalmente diferentes en relación a su personalidad por lo que los pasos a seguir para un plan terapéutico individual fueron: Identificar modelos y marcos de referencia, recolección de datos, análisis de datos, identificación de potencialidades y debilidades por medio de observaciones, por último se evaluó la eficacia del programa realizando una entrevista final a los pacientes (revisión de los servicios de salud mental que han o hayan tenido, las metas y objetivos del grupo, estrategias para el cambio, colaboración por parte de todos los miembros del grupo, etc).

La artritis reumatoidea comprende una amplia gama de características, desde la enfermedad autolimitada a la enfermedad progresivamente crónica con grados variables de destrucción articular, hasta las manifestaciones extraarticulares clínicamente evidentes. Es por ello que la artritis reumatoidea se ubica en la medicina en el área de reumatología. La artritis reumatoidea es una de las más de 200 enfermedades reumáticas diferentes, se clasifica a estas enfermedades reumáticas en dos grandes grupos: Uno, el formado por aquellos procesos en los que si bien se conoce la enfermedad su etiología es desconocida y el otro lo integran aquellos cuadros cuya etiología es conocida. La artritis en sí se divide en varias ramas: **A.** Poliartritis crónica progresiva (forma típica) **B.** Espondiloartritis anquilopoyética **C.** Enfermedad de Still y **D.** Reumatismo Psoriásico

En la clínica, el paciente se queja de astenia (falta o pérdida de fuerza), pérdida de peso, se levanta en las mañanas con entumecimiento, el médico tratante le evalúa su factor reumatoideo y otros exámenes de laboratorio y si se confirma la enfermedad (artritis reumatoidea) lo refieren con un reumatólogo, quien es el que inicia su tratamiento farmacológico, este a su vez lo envía a fisioterapia, si el caso lo amerita. El fisioterapeuta lo evalúa y si hay nódulos en diferentes articulaciones se necesita de cirugías para eliminarlos, aunque muchas veces se quitan sólo con un tratamiento. La artritis también produce sequedad de la piel y de las mucosas por lo que algunos pacientes son referidos con un especialista (siendo estos pacientes la minoría de los casos estudiados).

La artritis reumatoidea puede originar inflamación y atrofia de las glándulas que fabrican las lágrimas, la saliva, los jugos gástricos o el flujo vaginal. Cuando esto ocurre se le llama Síndrome de Sjogren que se asocia directamente a la artritis reumatoidea. La artritis puede producir también inflamación u otro tipo de lesión en diversas estructuras del organismo, así como alteraciones en los análisis de sangre y orina que el reumatólogo tiene que vigilar y controlar; o referir a dichos pacientes con el especialista indicado.

Si es el deseo del paciente que su recuperación sea más rápida y satisfactoria, y sus recursos económicos le permitan o tenga tiempo disponible,

el reumatólogo lo refiere a terapia física, es allí donde el terapeuta ocupacional le dará una rutina de ejercicios terapéuticos relacionados con la artritis reumatoidea, los evalúa y si los pacientes tienen deformidades en las articulaciones puede realizarle alguna plantilla determinada para cada paciente, como pueden ser las férulas, que se utilizan para detener la deformidad de las manos.

Es evidente que la obesidad supone una carga adicional para las articulaciones de las caderas, rodillas y de los pies, por este motivo es recomendable evitar el sobrepeso o adelgazar según sea el caso, por lo que cuando los pacientes padecen de sobrepeso el reumatólogo refiere a estos pacientes a un nutricionista para bajar de peso y así tenga menos dificultad en sus articulaciones.

Las variables que se observaron durante la presente investigación fueron: en el aspecto psicológico: depresión, ansiedad, baja autoestima, falta de motivación, dependencia, estrés, incapacidad para realizar alguna actividad; en el aspecto físico: deterioro de las funciones motoras, alteración de la psicomotricidad fina y gruesa, problemas de sensibilidad, problemas de coordinación, coordinación oculo-manual lesionado, actividades de la vida cotidiana disminuidas o afectadas.

MARCO TEORICO

ARTRITIS REUMATOIDEA: El origen de la artritis se da en las primeras lesiones reumáticas conocidas en seres humanos pertenecientes a los hombres de las cavernas como el *Pitecamthropus Erectus* encontrado en Java por el holandés Dubois, se han encontrado también alteraciones que conducen a anquilosis de la columna vertebral en las momias egipcias de la época prodinástica (10,000 años antes de J.C.) que probablemente corresponden a una Espondiloartritis anquilopoyética.

La palabra ARTRITIS deriva del Griego Arthron, articulación y el componente ITIS Inflamación, pero a menudo lo confundimos con el vocablo REUMATISMO, como se le llamaba antiguamente, pero entre el significado antiguo y etimológico y la concepción actual media una enorme distancia, y si emplea el término es únicamente por tradición. Si no es fácil definir el concepto de Artritis, se comprende que no ha de serlo menos el denominar y clasificar tales procesos, pero a pesar de este inconveniente se clasifica a las enfermedades reumáticas en dos grandes grupos: uno, el formado por aquellos procesos en los que, si bien se conoce la enfermedad, su etiología es desconocida, el otro lo integran aquellos cuadros cuya etiología es conocida.

La artritis reumatoidea es una enfermedad sistemática crónica, de etiología desconocida, que se caracteriza clínicamente por inflamación articular que evoluciona en brotes sucesivos y con tendencia a la producción de anquilosis en sus estadios finales. Las principales estructuras organizadas afectadas son las membranas sinoviales, cartílago articular, tendones y algunos órganos parenquimatosos (corazón, brazo, etc).

La enfermedad de relativa frecuencia, tiene mayor incidencia en el sexo femenino y aparece casi siempre en la edad joven o media de la vida, en cualquier nivel social y sin especial predilección por razas o situaciones geográficas determinadas.

¹ La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica, sistémica, que tiene sus manifestaciones más prominentes en las articulaciones diartrodiales. Se desarrolla una sinovitis persistentes y progresiva en las articulaciones periféricas. Se desconoce el evento inicial que induce la respuesta inflamatoria.

Los factores genético y ambientales controlan la progresión, la extensión y el patrón de respuesta inflamatoria, y por lo tanto son responsables de las características clínicas heterogéneas. La artritis reumatoidea comprende una amplia gama de características, desde la enfermedad autolimitada a la enfermedad progresivamente crónica con grados variables de destrucción articular hasta las manifestaciones extraarticulares clínicamente evidentes. El conocimiento de los factores moduladores, aunque todavía fragmentario, ha amentado tremendamente en lo últimos 10 años y ha empezado a tener impacto en la valoración clínica y en el tratamiento de los pacientes con artritis reumatoidea

EPIDEMIOLOGIA:

La **Artritis Reumatoidea** tiene una distribución mundial y afecta a todos los grupos étnicos. Aunque la enfermedad puede ocurrir a cualquier edad, la prevalencia aumenta con la edad; el pico de incidencia se encuentra entre la cuarta y la sexta décadas, los estudios de incidencia y prevalencia se basan en un conjunto de criterios formulados en 1958 por la Asociación Americana de Reumatismo, y más recientemente los criterios revisados en 1987 por el Colegio Americano de Reumatología para la clasificación de la artritis reumtoidea. Estos criterios tienen una sensibilidad y especificidad aproximada del 90%, la prevalencia es unas 2.5 veces mayor en mujeres que en hombres, sin embargo la diferencia de género es menos pronunciada en pacientes con factor reumatoide (FR) positivo.

La AR parece ser una enfermedad relativamente reciente. Se descubrió a mediados del siglo XVIII , sin embargo, se documentó poliartritis erosiva en

¹ Materson, Yocum, St Clair et al *ARTRITIS RHEUMATOID*, Cap.2 Trastornos Artríticos P 1598

esqueletos de americanos nativos prehistóricos (hace 3,000-5,000 años) que podrían indicar un agente infeccioso confinado a un área geográfica pequeña antes del siglo XVIII.

² Las tasas similares de prevalencia sugieren que más que un gen mayor asociado a la AR, las combinaciones de diferentes genes en distintas poblaciones étnicas pueden predisponer a la enfermedad.

Se ha calculado que un pariente de primer grado de un paciente con AR tiene unas 16 veces de aumento del riesgo sobre la población general. Los estudios de gemelos monocigotos han mostrado una concordancia entre 15% y 30% (4 veces más) que la tasa de gemelos dicigotos, sugiriendo que más de un gen es importante para determinar la susceptibilidad. Uno de estos factores genéticos específicos es codificado dentro del complejo principal de histocompatibilidad (CPH) en el cromosoma 6. La AR se asocia a polimorfismos alélicos en la región HLA-DR. Un segundo factor de riesgo está relacionado con el género. Las diferencias en el género y en los haplotipos HLA-DR son responsables de un estimado del 30% de las diferentes tasas de concordancia en gemelos dicigotos y monocigotos.

PATOLOGÍA

Los cambios histológicos de la AR no son específicos de la enfermedad sino que dependen en gran parte del órgano afectado. La lesión articular inflamatoria primaria involucra la membrana sinovial. En contraste con una artritis infecciosa hematógena. Los cambios más tempranos reflejan el daño a la microvasculatura sinovial con oclusión de la luz, edema de las células endoteliales, y espacios entre las células como se ha documentado en la microscopía electrónica. Esta etapa generalmente se asocia a proliferación leve de la capa de células del revestimiento superficial. Dos tipos de células constituyen el revestimiento sinovial, un sinoviocito de tipo A derivado de la médula ósea, que tiene características de macrófago, y el sinoviocito de tipo B mesenquimatoso. Ambos tipos de células contribuyen a la hiperplasia sinovial sugiriendo una interacción paracrina entre estos dos tipos de células.

³ En la mayoría de los pacientes se encuentra tenosinovitis. La afección de los tendones es frecuente y se manifiesta como infiltrado inflamatorio inespecífico, y menos frecuentemente, con la formación de nódulos característicos con necrosis central. En forma similar, la pleuritis y pericarditis se caracterizan por una infiltración difusa de células mononucleares y necrosis fibrinoide con formación ocasional de nódulos. La afección vascular generalmente está confinada a segmentos pequeños de arterias terminales y no tiene características histológicas distintivas.

² Paget, Stephen MD *PRINCIPIOS DE LAS ENFERMEDADES REUMATICAS* Cap. 9 Pag. 179

³ *Ibíd.* Pag. 181

PATOGENIA

⁴La etiología de la AR sigue siendo elusiva. Se ha perseguido intensamente la posibilidad de una infección bacteriana o viral. Los hallazgos patológicos tempranos de edema endotelial e hiperplasia sinovial son inespecíficos, pero algunos investigadores han considerado esto como evidencia de un patógeno que llega a la sangre. Los agentes infecciosos inducen artritis crónica en modelos animales y se encuentran depósitos de productos bacterianos en el tejido sinovial, observándose que la infección crónica ha sido responsable de la inflamación sinovial crónica. Se ha postulado la incorporación del gen tax en los sinoviocitos como un mecanismo para explicar la proliferación sinovial en la artropatía asociada al HTLV-1 sin embargo la búsqueda de un agente iniciador de la AR no se ha tenido resultado.

Es posible que no exista una causa única de la AR y que diferentes mecanismos puedan llevar a la lesión tisular inicial y precipitar la inflamación sinovial.

⁵ INMUNOGENÉTICA DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA:

- La AR se asocia a una secuencia (QR/KRAA) codificada por el gen HLA-DRB1
- Diferentes alelos del HLA-DRB1 que comparten la secuencia asociada a la enfermedad confieren susceptibilidad a la enfermedad en diferentes poblaciones étnicas. La contribución del umbral para la enfermedad puede ser baja en algunos grupos étnicos
- En la estructura cristalina de la molécula del HLA-DR la secuencia de aminoácidos a la AR se ha mapeado a un dominio que influyen sobre la interacción entre el receptor de la célula T-HLA así como sobre la unión de péptidos antigénicos (péptido que se una a la bolsa 4).
- El polimorfismo HLA-DRB1 asociado a la enfermedad determina la severidad y patrón de la enfermedad, sugiriendo que los genes HLA-DR representan factores de progresión en el proceso de la enfermedad.
- La presencia de dos alelos HLA-DRB1*04 asociados a la enfermedad se asocia a enfermedad articular severa y a la presencia de manifestaciones extraarticulares.

FACTORES GENETICOS

⁶ Los estudios de familias y los estudios en gemelos monocigotos y dicigotos han mostrado que la artritis reumatoidea tiene varias características

⁴ Paget, Stephen MD *PRINCIPIOS DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS* Cap. 9 Pag 180

⁵ Pal Ballerin Jose *ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y PROCESOS AFINES* Editorial Norma Pp 15

típicas de una enfermedad genética compleja, con penetrancia incompleta, variabilidad genética e involucración de múltiples genes.

La contribución actual de la regio D esta confinada a una secuencia corta que comprende los aminoácidos 67 a 74 del gen HLA-DRB1. Los pacientes con un alelo HLA-DR asociado a la enfermedad que no tienen HLA-DR4 desarrollan una enfermedad seronegativa más leve. La severidad de la enfermedad parece determinada también por el polimorfismo de la secuencia dentro de la secuencia HLA-DR asociada a la enfermedad. Los pacientes con manifestaciones extraarticulares tienen una asociación HLA-DRB1*04 asociados a la enfermedad. Estos datos sugieren que los alelos HLA-DRB1 asociados a la enfermedad determinan la progresión y severidad, y que los polimorfismos de la secuencia tanto dentro como fuera de la secuencia asociada a la enfermedad y un efecto derivado de la dosis del gen son variables importantes que influyen sobre la expresión de la Artritis Reumatoidea.

Datos recientes sugieren que los alelos HLA-DRB1 asociados a la enfermedad no son completamente independientes de los antecedentes genéticos pero influyen en el patrón de la enfermedad en concierto con otros genes. Los estudios de familias han destacado la importancia del segundo haplotipo en individuos positivos para el HLA-DRB1*04. Los alelos HLA-DRB1 asociados son importantes en la progresión más que en la iniciación de la enfermedad y actúan en concierto con otros genes HLA así como con otros genes diferentes. Aunque los genes HLA y el género constituyen sólo aproximadamente 30% del riesgo genético en la AR, no se han identificado otros factores genéticos.

➤ CELULAS T

La célula T es una de las células infiltrantes importantes de la membrana sinovial. La mayoría de estas células expresan el fenotipo CD4. Las células T encontradas en el tejido sinovial tienen la característica de células de memoria y como tales expresan un patrón característico de moléculas de superficie involucradas en la adhesión y migración. Las moléculas de adhesión desempeñan un papel importante en la organización espacial dentro del microambiente sinovial. Muchas moléculas de adhesión se unen a proteínas de la matriz celular en especial las integrinas se unen a colágenas, laminina y fibronectina y por lo tanto está involucradas en la retención de linfocitos en el tejido.

⁷ Una de las vías coestimuladoras más importantes para la activación de células T es la interacción entre la molécula CD28 y CD80/CD86. La amplia expresión de CD80 y CD86 en tejido sinovial no apoya el modelo de estimulación deficiente que involucra la vía CD 28. Los cambios en el

⁶ *Ibíd.* Pag 21

⁷ Kloppenberg M. *TRATADO DE MEDICINA INTERNA*, Editorial La Prensa Mexicana, S.A. Méx 1973 p 1057

comportamiento de las células T en la AR no están restringidas a la inflamación sinovial. Varios investigadores han concluido que la población de células T está cambiada en la AR y que tanto la progresión de la inflamación sinovial como las manifestaciones extra-articulares pueden depender del tipo de células T disponibles en el repertorio.

⁸DOS MODELOS PATOGÉNICOS DE LA RESPUESTA DE LAS CELULAS T EN LA ARTRITIS REUMATOIDE (AR)

1. Las células CD 4 reconocen un antígeno aertritogénico (exógeno o endógeno) en el tejido sinovial e inician el proceso de la enfermedad.
2. Las células T CD 4 de los pacientes con AR tienen propiedades funcionales únicas y modulan la respuesta inflamatoria.
3. Los pacientes con AR seleccionan un repertorio distinto de células T CD4 vírgenes.
4. El repertorio de las células T específicas de choque térmico es diferente en la AR posiblemente secundario al mimetismo molecular con la secuencia HLA-DRB1 asociada a la enfermedad.
5. Frecuentemente se detecta crecimiento clonal de células T en la sangre periférica.
6. Las células T sinoviales son deficientes en producción de IFN- γ
7. La producción del factor reumatoide muestra características de una respuesta dirigida por células T

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DE LABORATORIO: Las características clínicas de la Artritis Reumatoide (AR) varían no solamente entre los pacientes sino también en un mismo paciente durante la evolución de la enfermedad. La forma más frecuente de inicio es el desarrollo insidioso de síntomas en un periodo de varias semanas. También puede ocurrir un inicio agudo explosivo poliarticular en unos cuantos días, pero la artritis monoarticular como manifestación inicial es decididamente rara. La presentación inicial carece a menudo de la simetría característica que se observa al progresar la enfermedad a un estado más crónico.

ANATOMIA PATOLÓGICA:

- A. Membrana Sinovial" Aparece engrosada, congestionada y edematosa, hay derrame por hipersecreción del líquido sinovial, el tejido fibroso y los capilares de la sinovial, producen un pannus que se va extendiendo por la superficie del cartílago, recubriendo toda su superficie y erosionándola, llevando a la destrucción del cartílago.

⁸ Ramírez Gomez Luis A. *ARTRITIS Y REUMATISMO*, Grupo Editorial Norma, S.A. Colombia, 1994 pp112

- B. El cartilago es destruido por invasión del pannus (tejido de granulación proveniente de la sinovial en la superficie articular en forma de lengüeta rugosa y rojiza).
- C. En los ligamentos, tendones y vainas tendinosas vecinas, se observan lesiones inflamatorias similares a las ya descritas, conduciendo después de la fase aguda a la adherencia con los tejidos próximos, colaborando así a la anquilosis fibrosa.

En la clínica, el paciente se queja de astenia (falta o pérdida de fuerza), febrícula, pérdida de peso, se levanta por las mañanas con entumecimiento, dolor e hinchazón de las muñecas y articulaciones de los dedos y metacarpofalángeas, no es raro encontrar trastornos como frialdad, sudoración, cianosis o eritemas en manos y pies.

De cualquier forma para llegar al diagnóstico en esta fase, es necesario hacer el estudio radiológico, y se apreciará un engrosamiento fusiforme de las partes blandas y un ensanchamiento de las interlíneas articulares, consecuencia de la hinchazón y el derrame sinovial, rápidamente aparece una descalsificación de las partes afectadas y en una fase más avanzada se observan destrucciones óseas en forma de muescas. Las pruebas más interesantes de laboratorio son el latex Globulina que nos da el resultado de positiva así como una sedimentación en la sangre sumamente elevada puede pasar de 100 mm. en una hora.

LA ARTRITIS REUMATOIDEA 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 artritis reumatoidea ocasiona varían mucho de un enfermo a otro, de manera que no hay dos enfermos iguales. La artritis reumatoidea es una enfermedad frecuente ya que una de cada 100-300 personas la padece (130.000 a 400.000 en España). Sin embargo no hay que confundir la artritis reumatoidea con el "reuma". La artritis reumatoidea es una de las más 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. Es una enfermedad que se da con más frecuencia en mujeres, pero que afecta también a varones. No es una enfermedad propia de la edad avanzada y aunque puede aparecer en ancianos, se presenta con mayor frecuencia de los 45 a los 55 años. También puede afectar a niños.

La artritis reumatoidea en las articulaciones: Las articulaciones son las estructuras que unen los huesos entre sí y permiten la movilidad del cuerpo humano. Las porciones finales de los huesos están recubiertas por unas superficies lisas que son los cartílagos, lo cual permite un rozamiento suave entre dichos huesos.

Con el fin de alimentar, proteger y cubrir estos cartílagos, las articulaciones disponen de una membrana que las recubre saltando de un hueso a otro y que se llama membrana sinovial. La artritis reumatoidea es una enfermedad en la que se produce la inflamación de la membrana sinovial de múltiples articulaciones. La inflamación de la membrana sinovial va a ser la responsable del dolor, de la hinchazón que con frecuencia se observa y de la sensación de rigidez que se puede notar por las mañanas.

Unas articulaciones se afectan más que otras, y hay algunas que casi nunca se alteran. La persistencia de la inflamación de la membrana sinovial lleva consigo que ésta dañe al hueso en el lugar en que se fija al mismo, dando lugar a pequeñas muescas (erosiones). Además, la inflamación mantenida o frecuente de una articulación puede hacer que el cartílago que permite el rozamiento suave entre los huesos adelgace y desaparezca. Con el tratamiento se puede conseguir que la inflamación de la membrana sinovial se controle, pero el daño ya producido en el hueso y en los cartílagos es irreparable. La sobrecarga de las articulaciones inflamadas contribuye a acelerar su destrucción. Para que el daño irreparable sea el menor posible, es imprescindible que el médico conozca la realidad diaria del enfermo, y que el paciente colabore en el tratamiento siguiendo las medidas que se especificarán más adelante.

La artritis reumatoidea fuera de las articulaciones: Aunque la localización fundamental de las lesiones producidas por la artritis reumatoidea está en la membrana sinovial de las articulaciones, a veces se pueden alterar otras estructuras. En la piel pueden encontrarse los llamados nódulos reumatoides que son abultamientos duros (nódulos) que aparecen en zonas de roce, como son los codos, el dorso de los dedos de las manos y los pies, la parte posterior de la cabeza, la zona del talón...etc. También se pueden localizar en el interior del organismo, aunque raramente producen lesiones de relevancia para la salud. Estos nódulos son la consecuencia de la actividad de la enfermedad. No tienen nada que ver con el cáncer y no producen un daño irreversible. Muchas veces se quitan solo con el tratamiento y a veces hay que operar para eliminarlos. Sequedad de la piel y de las mucosas. La artritis reumatoidea puede originar inflamación y atrofia de las glándulas que fabrican las lágrimas, la saliva, los jugos digestivos o el flujo vaginal. Cuando esto ocurre se habla del denominado Síndrome de Sjogren asociado a artritis reumatoidea. La artritis reumatoidea puede producir inflamación u otro tipo de lesión en diversas estructuras del organismo, así como alteraciones en los análisis de sangre y orina, que el reumatólogo vigilará y controlará de forma rutinaria.

La artritis reumatoidea se presenta con más 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 en concreto. La artritis reumatoidea 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 artritis reumatoidea. 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 más dolorosas.

Los síntomas más comunes son el dolor en las articulaciones grandes y pequeñas del cuerpo. Este dolor es la consecuencia de la inflamación de las articulaciones y con frecuencia se puede ver la hinchazón a simple vista. Las articulaciones dañadas con más frecuencia son las de las muñecas, los nudillos, articulaciones de los dedos, los codos, los hombros, las caderas, las rodillas, los tobillos y los dedos de los pies. El dolor de cuello también puede ser debido a artritis reumatoidea y debe ser comunicado al médico. Además del dolor y la inflamación y como consecuencia de los mismos, por las mañanas habrá dificultad para el inicio de los movimientos (rigidez matutina) de duración variable, y que a veces puede ser de horas.

La inflamación mantenida y no controlada puede acabar dañando los huesos, los ligamentos y los tendones que hay alrededor. La consecuencia será la deformidad progresiva de las articulaciones y la pérdida de la capacidad para hacer algunas tareas de la vida diaria. Otros síntomas poco frecuentes pueden tener que ver con alteraciones de la enfermedad a otros niveles o con efectos poco deseables de los tratamientos que se utilizan. Lo más frecuente es que sean independientes, pero hay que contar al reumatólogo síntomas como: fiebre inexplicable, cansancio fácil, dolor de cuello intenso y persistente, hormigueos en manos o pies, ronquera mantenida sin notar catarro, sensación de falta de aire con los esfuerzos, tos continua, dolor en el pecho o en los costados, sequedad de la boca, enrojecimiento ocular, sensación de arenilla en los ojos, picor vaginal, manchas o bultos en la piel o diarrea continuada.

Para saber si una persona determinada padece artritis reumatoidea, el reumatólogo valora los síntomas que se han señalado previamente. Hay sin embargo muchas otras enfermedades reumáticas que pueden producir molestias similares. Por este motivo los hallazgos que se pueden encontrar en las radiografías y algunos estudios analíticos (factor reumatoide) son de gran utilidad para confirmar el diagnóstico. Puede ocurrir que una persona presente dolor e inflamación en las articulaciones durante algún tiempo, y que ni la intensidad de su enfermedad, ni las radiografías ni los análisis permitan al médico hacer con certeza el diagnóstico de una enfermedad reumática inflamatoria determinada.

El diagnóstico de artritis reumatoidea cambia la vida de una persona, que ha de ajustar aspectos a veces importantes de su actividad cotidiana a la nueva situación. Es preciso adaptarse con naturalidad y confianza. Hay que saber que junto al reumatólogo hay un grupo de profesionales dispuestos a ayudarle.

Todos ellos suelen disponer de la experiencia que da el haber ayudado a cientos o miles de personas con esta enfermedad. Es verdad que la artritis reumatoidea no tiene en el momento actual un tratamiento curativo, lo que no significa que no exista tratamiento alguno. Es más existen tratamientos que permiten controlar la enfermedad en un porcentaje apreciable de personas. La mayoría de pacientes con artritis reumatoidea pueden mantener un nivel de relación social aceptable. Es importante señalar que la colaboración entre el enfermo y el médico es fundamental para el control de la artritis reumatoidea.

En las medidas generales hay que evitar en lo posible una vida agitada, con gran actividad física o con estrés psíquico. Conviene dormir una media de 8-10 horas nocturnas, y viene bien una siesta de 30 minutos. Es bueno comenzar el día con un buen baño de agua caliente, que contribuirá a disminuir la rigidez o el agarrotamiento articular matutino. Si se puede elegir el trabajo, hay que evitar actividades que precisen esfuerzos físicos, obliguen a estar mucho tiempo de pie, o necesiten de movimientos repetitivos, sobre todo con las manos. Durante la jornada laboral hay que mantener una posición recta en el asiento y evitar permanecer con el cuello o la espalda doblados durante periodos prolongados. En el trabajo doméstico hay que evitar hacer fuerza con las manos. No es bueno retorcer la ropa, abrir tapaderas rosca, presionar con fuerza mangos de cubiertos o fregonas etc. En algunas ortopedias hay utensilios que pueden ser de gran ayuda para las tareas domésticas. No es saludable practicar deportes con contacto físico y en los que sean frecuentes los choques. Montar en bicicleta por un terreno llano y sin riesgo de atropello, es conveniente, así como nadar o pasear.

En los periodos de poca inflamación es muy recomendable practicar algún ejercicio físico de forma habitual y sin cansarse. Durante el reposo hay que mantener una postura adecuada. Es preciso evitar mantener las articulaciones dobladas. No deben ponerse almohadas debajo de las rodillas. Hay que procurar mantener los brazos y las piernas estirados. Es recomendable poner una tabla bajo el colchón y utilizar una almohada baja. El uso de un zapato adecuado es fundamental. Conviene un zapato elástico pero firme. Es mejor evitar los zapatos de plástico o material sintético. Es saludable llevar sujeto el talón, por lo que se recomiendan zapatos de tipo botín con un refuerzo posterior. La puntera debe ser ancha y el empeine lo suficientemente alto como para que no produzca rozaduras en los dedos.

Hay que consultar con el reumatólogo la conveniencia de utilizar alguna plantilla determinada. Asimismo hay que consultar en el caso de que el calzado habitual produzca algún tipo de rozadura. Excepto en casos excepcionales, no hay ninguna dieta que modifique para nada el curso de la artritis reumatoidea. Es evidente que la obesidad supone una carga adicional para las articulaciones de las caderas, de las rodillas y de los pies. Por este motivo es recomendable evitar el sobrepeso o adelgazar según los casos. La dieta típica mediterránea, rica en legumbres, ensaladas, aceite de oliva y pescado puede ser beneficiosa. La actividad sexual puede verse parcialmente afectada por el deterioro articular.

Es conveniente comunicar al médico este problema con el fin de buscar una solución adecuada.

El cuidado de las articulaciones: Una articulación inflamada debe ser mantenida en reposo. No hay que atender a consejos de familiares o amigos animando a mover una articulación inflamada "para evitar que se anquiloze". La sobre utilización de una articulación inflamada favorece que se produzcan daños irreversibles en los huesos que forman la articulación en cuestión. Ya habrá tiempo, una vez haya pasado la inflamación, de hacer ejercicios que preserven el movimiento. Sin embargo, incluso en fases de inflamación articular, es muy conveniente mantener una buena musculatura alrededor de la articulación inflamada, pero sin mover la articulación. Es útil aprender a contraer los músculos que hay alrededor de una determinada zona inflamada. Son los denominados "isométricos". En esencia consisten en poner en tensión los músculos que hay alrededor de las articulaciones, pero sin que éstas se muevan. Mantener contracciones musculares de 20 segundos de duración 10 veces al día proporciona un adecuado tono muscular. La utilización de aparatos que mantienen la posición adecuada de los dedos de las manos (férulas), para uso nocturno, aún siendo algo incómoda inicialmente, previene deformidades futuras.

⁹ El Diagnóstico está basado en la clínica, exámenes de laboratorio y hallazgos radiológicos. La *American Rheumatism Association* ha propuesto en 1988 los siguientes criterios:

1. Rigidez matutina de más de una hora de duración en las articulaciones afectadas durante al menos seis semanas.
2. Artritis de tres o más articulares.
3. Artritis de las articulaciones de la mano que afecta al menos una de las siguientes áreas: carpo, metacarpofalángicas e interfalángicas proximales.
4. Artritis simétrica.
5. Presencia de nódulos reumatoideos.
6. Presencia de factor reumatoideo sérico, niveles anormales cuyo resultado haya sido positivo en menos de 5% de controles sanos.
7. Hallazgos radiográficos típicos de artritis reumatoidea en la radiografía posteroanterior de manos que incluyan erosiones u osteopenia yuxtaarticular de las zonas afectadas.

Se plantea el diagnóstico de portadores de Artritis Reumatoidea, si cumple al menos cuatro de siete criterios. Los criterios uno a cuatro deben estar presentes por lo menos seis semanas.

⁹ Paget, Stephen MD *PRINCIPIOS DE LAS ENFERMEDADES REUMATICAS* Cap. 9 Pag. 190

¹⁰ La evaluación del grado de capacidad funcional se realiza con la clasificación de Steinbrocker, que divide la Artritis Reumatoidea en cuatro estadios:

ESTADIO 1. Paciente con capacidad funcional completa que puede realizar cualquier tipo de tarea habitual.

ESTADIO 2. Paciente que es capaz de realizar sus labores habituales a pesar de presentar dolor o limitación de movilidad en una o más articulaciones.

ESTADIO 3. Paciente cuya capacidad funcional le impide realizar algunas o todas las labores de su trabajo habitual o su aseo personal.

ESTADIO 4. Paciente con gran incapacidad que le mantiene confinado en cama o silla de ruedas.

¹¹ **DIAGNOSTICO**

El diagnóstico en la primeras semanas es esencialmente de exclusión, aunque los rasgos característicos como la sinovitis simétrica estéril con hallazgos serológicos típicos sugiere fuertemente AR. La evidencia radiológica de erosiones se hace aparente sólo después que la enfermedad ha estado presente varios meses o más de un año.

El Colegio Americano de Reumatología ha establecido criterios para el diagnóstico de AR, la clasificación de la severidad con radiografías, la clase funcional. Y la definición de remisión. El diagnóstico de AR no puede establecerse hasta que la enfermedad haya estado presente por lo menos durante varias semanas, muchas manifestaciones extraarticulares de la AR, la característica simétrica de la inflamación y los típicos hallazgos serológicos, pueden no ser evidentes en el primero o segundo mes de la enfermedad.

Aun cuando las manifestaciones extraarticulares pueden dominar en algunos pacientes, la documentación de sinovitis inflamatoria puede documentarse demostrando leucocitosis en el líquido sinovial, definida como una cuenta de glóbulos blancos (GB) mayor de 2000/mm³ evidencia histológica de sinovitis, o evidencia radiográfica de erosiones características.

¹² **CARACTERÍSTICAS DE LABORATORIO:** El factor reumatoide (FR) se encuentra en el suero de 85% de pacientes con AR. Los estudios indican que los títulos del FR tienden a correlacionar con enfermedad severa y persistente, nódulos y lesiones extraarticulares. Un pequeño porcentaje de pacientes inicialmente FR-negativos se vuelven positivos al progresar la enfermedad y sus características clínicas y el pronóstico son paralelas a los pacientes que eran FR-positivos tempranamente en la enfermedad. tras anomalías de laboratorio

¹⁰ Ibid. Pp. 193

¹¹ Materson, Yocum, St. Clair et al *ARTRITIS RHEUMATOIDE* Cap.2 Trastornos artríticos p. 1596

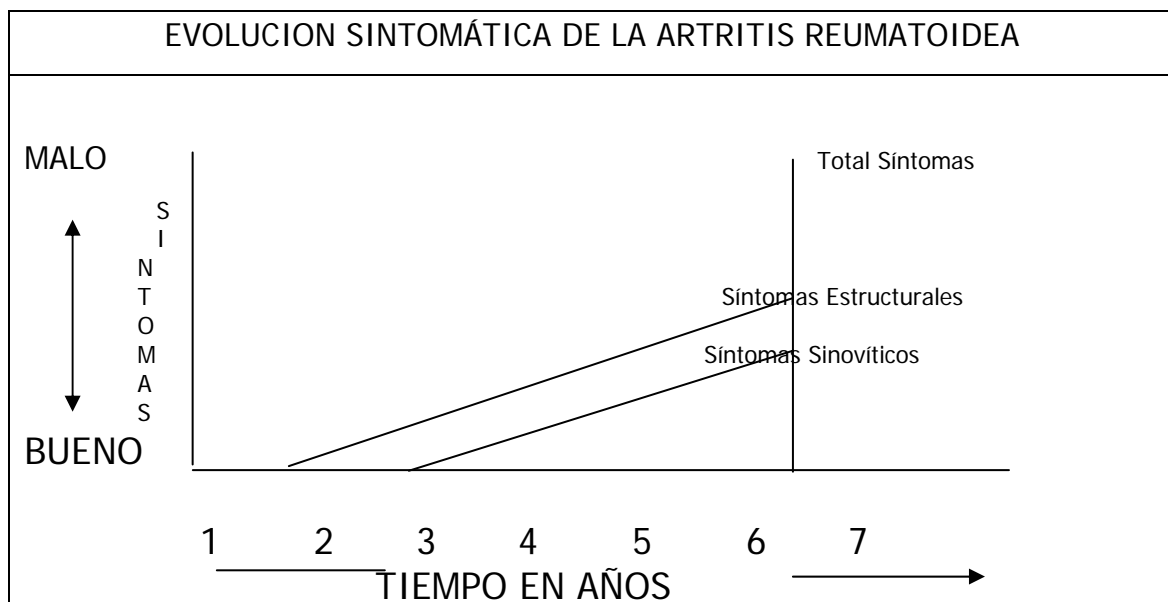
¹² Paget, Stephen MD *PRINCIPIOS DE LAS ENFERMEDADES REUMATICAS* Cap. 9 Pag. 199

observadas en la AR incluyen hipermaglobulinemia, hipocomplementemia, trombocitosis y eosinofilia.

¹³ **MANIFESTACIONES ARTICULARES:** Las manifestaciones articulares de la AR pueden colocarse en dos categorías, signos y síntomas reversibles relacionados con la sinovitis inflamatoria y daño estructural irreversible causado por la sinovitis. Este concepto es útil para determinar el pronóstico, el tratamiento médico o quirúrgico. El daño estructural en el paciente típico generalmente empieza entre el primero y el segundo años de la enfermedad.

➤ **RIGIDEZ MATUTINA:**

La rigidez matutina es una característica casi universal de la inflamación sinovial en la AR. La rigidez matutina es prolongada, durando generalmente mas de 2 horas. Este fenómeno depende de la inmovilización prolongado durante el sueño y no se relaciona con las horas del día o los periodos de sol. Documentar la presencia y duración de la rigidez matutina es parte de la base de datos del paciente y es útil en el seguimiento de la enfermedad.



➤ **INFLAMACIÓN SINOVIAL:**

Las articulaciones con aumento de temperatura, hinchadas y obviamente inflamadas generalmente se ven únicamente en las fases más activas de la sinovitis inflamatoria. Las articulaciones profundas como la cadera raras veces se presentan con un derrame tenso aparente en la exploración física. Cuando hay aumento de volumen es difícil distinguir el derrame del tobillo del edema o celulitis. La inmovilidad articular resultante reduce más la vascularización sinovial, y el grado de inflamación aparente en la exploración se reduce significativamente. Este fenómeno ha sido llamado AR "apagada" un concepto

¹³ Paget, Stephen MD *PRINCIPIOS DE LAS ENFERMEDADES REUMATICAS* Cap. 9 Pag. 200

equivocado que describe pacientes con AR de larga evolución cuyas articulaciones no están calientes o inflamadas. Una observación mayor de estos pacientes con AR revela que continúan presentando rigidez matutina prolongada, malestar general, fatiga crónica, tienen anemia y VSG elevada y lo más importante muestran destrucción articular progresiva en las radiografías seriadas.

➤ **DAÑO ESTRUCTURAL:**

La pérdida de cartílago y las erosiones del hueso periarticular son los rasgos característicos del daño estructural. Las características clínicas relacionadas con el daño estructural son el deterioro progresivo funcional y anímico. El daño estructural de la articulación es irreversible y aditivo. La destrucción del cartílago con radiografías que muestran pérdida total del espacio articular, o demuestran “crepitación hueso contra hueso” que produce un chirrido audible de timbre alto detectable con palpación o auscultación. Ninguna otra produce este sonido.

MANIFESTACIONES EN ARTICULARES ESPECÍFICAS:

- COLUMNA CERVICAL
- HOMBROS
- CODO
- MANO
- CADERA
- RODILLA
- PIE Y TOBILLO

DEFORMACIONES ARTICULARES:

Cualquier articulación –normal o anormal- sujeta a inmovilización prolongada pierde movimiento por el acortamiento de los tendones y la contracción de la cápsula articular. Manteniendo el movimiento se puede evitar el desarrollo de deformaciones. El valor del movimiento continuado se ilustra en articulaciones con la rodilla y el tobillo, que raras veces pierden movimiento en la AR temprana porque al caminar, sentarse y subir escaleras estas articulaciones realizan su rango de movimiento completo. Por el contrario articulaciones cuyo rango de movimiento es menos necesario para las funciones básicas, como el hombro, la muñeca y el codo a menudo desarrollan deformaciones en la enfermedad temprana porque los pacientes pueden funcionar con un rango de movimiento reducido.

MANIFESTACIONES EXTRAARTICULARES:

La artritis reumatoide es una enfermedad sistémica y la mayoría de pacientes presentan malestar general o fatiga. También ocurre inflamación significativa de otros órganos y sistemas, predominantemente en los pacientes con FR positivo.

Otros factores de riesgo que generalmente correlacionan con el desarrollo de manifestaciones articulares incluyen:

- Los nódulos reumatoides, la enfermedad articular severa, y probablemente el alelo HLA-DRB1*0401.
- Las manifestaciones cutáneas
- Las manifestaciones oculares
- Las manifestaciones respiratorias
- Las manifestaciones cardíacas
- Las manifestaciones gastrointestinales
- Las manifestaciones renales
- Las complicaciones neurológicas
- Y las manifestaciones hematológicas

¹⁴ **EVOLUCION Y PRONOSTICO**

Los estudios respecto al pronóstico de los pacientes con AR son difíciles por la naturaleza crónica de la enfermedad, su variabilidad inherente y la dificultad para identificar formas más leves o subclínicas. Muchos pacientes no buscan atención médica, además el diagnóstico de AR no se incluye a menudo en el certificado de defunción.

En una monografía clásica sobre el cuadro clínico de los pacientes con AR tratados únicamente con salicilatos y medidas ortopédicas simples, Short y Bauer encontraron que solo el 10% de los pacientes presentaron remisión clínica durante más de una década de seguimiento. Ragan refería que cuando ocurría la remisión era en los primeros años de la enfermedad. Los factores que predicen una evolución más severa y persistente de la enfermedad son el factor reumatoide, los nódulos y el haplotipo HLA-DR4. En pacientes en que no se presenta remisión espontánea el pronóstico referente a la destrucción articular parece depender de la severidad de la inflamación sinovial.

Casi 90% de las articulaciones afectadas en un determinado paciente se afectan durante el primer año de la enfermedad por lo tanto, a un paciente que ha tenido AR durante varios años se le puede asegurar, en el pero de los casos, cuales articulaciones se afectarán en el futuro.

Estudios muestran aumento de las tasas de mortalidad en pacientes con AR y que los pacientes con formas severas de la enfermedad mueren 10-15 años antes de lo esperado.

TRATAMIENTO:

En los pacientes con AR es un trastorno severo, crónico, que conduce predeciblemente a erosiones articulares con daño progresivo, limitación funcional e incapacidad para el trabajo durante los 5 años iniciales de la enfermedad, el 50% de los pacientes con AR son refractarios al tratamiento

¹⁴ Pal Ballerín Jose *ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y PROCESOS AFINES*, Clases de Artritis P 25

actual, tienen grados variables de enfermedad sistémica y eventualmente requieren intervención quirúrgica. El aumento de la mortalidad es aparente, no solo por el proceso mismo de la enfermedad, la AR parece estar disminuyendo por el tratamiento agresivo temprano o por tendencias de las sociedades.

GUIA DE TRATAMIENTO:

1. La necesidad de un diagnóstico temprano
2. La identificación de los factores pronósticos
3. El tratamiento agresivo temprano.

La mediana del tiempo de retraso entre el inicio de los síntomas AR y el diagnóstico es de 36 semanas con un rango de 4 semanas a más de 10 años. El diagnóstico y tratamiento tempranos, de preferencia en los primeros meses del inicio de los síntomas, puede ayudar y prevenir el daño irreversible de las articulaciones.

Las características de mal pronóstico incluyen el inicio temprano de una sinovitis severa con limitación funcional, erosiones óseas, manifestaciones extraarticulares, positivo el factor reumatoide, antecedentes familiares de AR severa.

¹⁵ ENFERMEDAD LEVE SIN CARACTERÍSTICAS DE MAL PRONOSTICO:

El siguiente tratamiento se recomienda en los pacientes con enfermedad leve en ausencia de característica de mal pronóstico.

1. Iniciar un programa de educación y terapia ocupacional.
2. Instituir un fármaco antiinflamatorio no esteroideo (AINE). La selección del fármaco debe basarse en la historia de los fármacos del paciente, las enfermedades concomitantes y la edad. Se debe escoger un fármaco que se administre pocas veces al día, menor costo y con perfil de toxicidad más aceptable.
3. Administrar un fármaco antirreumático que modifique la enfermedad (FARME). Se deben considerar los medicamentos que tienen bajo toxicidad potencial como la hidroxiquina, sulfasalazina o auranofin (oro oral) y se debe incluir una vigilancia adecuada de la toxicidad.

ENFERMEDAD MODERADAMENTE SEVERA, INDICADORES DE PRONOSTICO:

1. Enfatizar la importancia de la educación, cumplimiento, y terapia física y ocupacional.
2. Instituir un AINE
3. Instituir un FARME como oro parenteral, auranofin o metotrexato semanal.
4. Instituir un curso corto de 3 a 5 días de corticoesteroides como prednisona oral 10 mg dos veces al día inicialmente, seguido de una rápida disminución hasta cero.

¹⁵ Sergent JS V Congreso de Reumatología *TRATAMIENTO TEMPRANO DE LA ENFERMEDAD REUMATOIDEA*, Editorial Interamericana, S.A. México p. 78

ENFERMEDAD SEVERA, CARACTERÍSTICAS DE MAL PRONOSTICO:

1. Instituir UN programa extenso de educación y terapia física y ocupacional. Aunque siempre es deseable un enfoque multidisciplinario para los pacientes con AR es obligado en los pacientes de esta categoría.
2. Iniciar un AINE
3. Iniciar un FARME. El fármaco seleccionado en esta situación debe tener la mayor probabilidad de controlar la enfermedad severa el mayor tiempo posible. Estos agentes incluyen oro parenteral y metotrexato semanal. La azatioprina y la pinicilamina son considerados alternas.
4. Iniciar corticoesterioides. Se puede considerar un curso ligeramente más prolongado, o cursos cortos intermitentes, dependiendo del estado clínico del paciente.

EVALUACIÓN LONGITUDINAL

Deben incluir valoraciones de la actividad clínica de la enfermedad y del estado funcional. Las valoraciones clínicas cuantitativas de la actividad de la enfermedad han incluido tradicionalmente la cuenta de articulaciones dolorosas y aumentadas de volumen, el rango de movimiento, el tiempo de marcha, la duración de la rigidez matutina, la severidad de la fatiga y la fuerza de presión.

La presencia de anemia, trombocitosis, velocidad de sedimentación globular elevado o proteína C reactiva, especialmente cuando la actividad de la enfermedad es aparente y representa claramente una enfermedad mal controlada.

MODALIDADES ESPECIFICAS DE TRATAMIENTO:

Educación y Terapia Física y Ocupacional

La terapia física y ocupacional subutilizadas y subapreciadas, tienen un impacto importante en

- A) La protección de las articulaciones, el uso óptimo y el rango de movimiento de las articulaciones, y el desempeño de las actividades de la vida diaria.
- B) El ejercicio que lleva al mantenimiento o mejoría del rango de movimiento y la función articular
- C) Las férulas en articulaciones inflamadas o dolorosas que lleva a la disminución de la inflamación disminución del traumatismo articular, y mejoría del alineamiento de los componentes articulares,
- D) El rango de movimiento postoperatorio, la protección de la articulación y el fortalecimiento muscular.

FÁRMACOS UTILIZADOS PARA TRATAR LA ARTRITIS REUMATOIDEA:

- Fármacos antiinflamatorios no esteroideos
- Corticoesteroides
- Fármacos antirreumáticos que modifican la enfermedad
- Hidroxicloroquina
- Sufasalazina
- Metotrexato
- Azatioprina
- Penicilamina

El tratamiento de la Artritis Reumatoidea requiere un enfoque amplio con participación de un equipo multidisciplinario. Es preferible hablar de manejo del paciente que de tratamiento ya que en sentido estricto no existe curación de la Artritis Reumatoidea y ninguna forma de terapia es aplicable a todos los pacientes sino que esta debe ser individualizada para cada caso. Es importante considerar el grado de actividad de la enfermedad su severidad, impacto psicológico que ha producido, el estado funcional articular, la presencia de manifestaciones extraarticulares (en especial vasculitis, edad, sexo, ocupación, estado socioeconómico y resultado de los tratamientos previos). Los objetivos del tratamiento son: reducir la inflamación y dolor; preservar y mejorar la función; lograr la adaptación personal; prevenir las deformaciones. Esquemáticamente comprende: educación; dieta; reposo; fisioterapia; tratamiento farmacológico; tratamiento quirúrgico.

Educación: Es de importancia en el logro de los objetivos para lo cual es necesaria la cooperación del paciente y también de los familiares. Se explicarán cabalmente las características, curso evolutivo de la enfermedad, posibilidad de exacerbaciones y remisiones espontáneas, informando de las posibilidades terapéuticas y posibles efectos secundarios de la medicación. Se deben sugerir cambios de hábitos y conductas que permitan convivir lo más satisfactoriamente posible con la enfermedad, y brindar adecuado soporte emocional.

Dieta: No existe nada concluyente sobre la dieta, pero en ciertos individuos ciertas restricciones dietéticas tal vez tengan ciertos efectos modificadores de la respuesta inmune y un efecto beneficioso. En general, la dieta debe ser balanceada adecuadamente, sobre todo cuando existe una deficiencia proteica severa. Además es aconsejable evitar la obesidad con el objeto de disminuir la carga a las articulaciones que soportan peso.

Reposo: El reposo tanto físico como psíquico es particularmente importante en las fases activas de la enfermedad. Si bien es cierto que el reposo total puede no ser necesario, tampoco se debe llegar a la fatiga. En los casos graves, con empuje articular doloroso, el reposo tiene por fin disminuir el proceso inflamatorio y prevenir las deformaciones. El reposo en cama durante los empujes severos debe cumplir con las siguientes condiciones: colocar una tabla debajo del colchón, utilizar almohada baja y dura, mantener los miembros en

extensión para evitar las contracturas en flexión y en los casos indicados utilizar férulas nocturnas.

Fisioterapia: Un balance adecuado entre ejercicio, reposo y el mantenimiento de la función articular, es el aspecto más importante de la fisioterapia. Poca actividad es nociva para los músculos, mientras que los excesos de ejercicio aumentan el dolor y la fatiga y a nivel articular se exagera el proceso inflamatorio por lo que aumenta el daño del cartilago articular. El calor local, los baños de parafina y los ejercicios controlados son útiles para aliviar el dolor y el espasmo muscular. Con la mejoría del empuje articular se debe proceder a un aumento de la actividad física, al inicio con ejercicios que deben ser isométricos y en caso de mejoría, movilización pasiva y luego activa realizada por fisioterapeuta. El uso de férulas ligeras para inmovilizar las muñecas y rodillas con el fin de aliviar el espasmo muscular y permitir una correcta posición, especialmente durante la noche, o el uso de muletas o bastón, se justifica cuando las articulaciones que soportan peso están seriamente comprometidas.

Tratamiento farmacológico: El mejor medicamento varía de individuo a individuo y se debe escoger aquel que proporcione mayor beneficio con menores efectos adversos. El tratamiento farmacológico se basa en dos grupos de drogas: medicación sintomática y medicación específica.

TRATAMIENTO: En su estudio etiopatológico, clínico y terapéutico se han dedicado muchos autores durante los últimos años y si bien se van consiguiendo avances parciales, continua siendo hoy día un gran desarrollo con que tropieza el Reumatólogo, a modo de prólogo glosamos en el cuadro adjunto datos interesantes para la comprensión más efectiva de la Artritis Reumatoidea.

FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN: Todas las medidas empleadas en Fisioterapia deben conjugarse, puesto que el uso adecuado y ordenado de ellas, se podrán conseguir resultados insospechados. Los elementos que tenemos para llevar a cabo esa Fisioterapia son muchos e imposible de describir en este momento, pero debemos tener en cuenta que las medidas terapéuticas físicas que se aplique al enfermo tengan un fundamento racional, procurando combinar varias de ellas con criterio lógico adaptado a cada caso.

Las principales armas por así decir, Fisioterapéuticas con que contamos para recuperar al paciente con Artritis Reumatoidea, son la Electroterapia (Ultrasonido, Infrarrojos, ondas cortas, etc). La Hidroterapia, la Masoterapia, la Gimnasia Correctiva, el entrenamiento postural, y la KINESIOTERAPIA ACTIVA, mediante aparatos especiales adaptados (mecanoterapia).

□ PLAN GENERAL DE REHABILITACION

- A. Reposo
- B. Ejercicios
- C. Ambiente adecuado

- D. Relajación Psíquica
- E. Nutrición correcta

- CUIDADOS ORTOPÉDICOS
- FISIOTERAPIA
- TERAPIA OCUPACIONAL
- CIRUGÍA

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO:

A. Psicoterapia Individual:

Todos los paciente son totalmente diferentes en relación a su personalidad por lo que los pasos a seguir para un plan terapéutico individual son: Identificar modelos y marcos de referencia, recoger datos, analizar datos, identificar potencialidades y debilidades por medio de observaciones, desarrollar un plan de tratamiento, ejecutar el plan de tratamiento, evaluar la eficacia del tratamiento y elaboración de un pronóstico.

¹⁶ **LA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL:**

Es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc). Los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo.

Si una persona interpreta todas sus experiencias en términos de si es competente y esta capacitada su pensamiento puede verse dominado por el esquema "si no lo hago todo a la perfección soy un fracaso". Las técnicas terapéuticas específicas utilizadas se sitúan en el marco del modelo cognitivo en psicopatología, pensamos que la terapia no puede ser aplicada con efectividad si no se tiene un conocimiento de la teoría. Las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias que subyacen a estas cogniciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluaciones y modificación de sus pensamientos.

La terapia cognitiva será la que más utilizaremos en la psicoterapia individual para los pacientes con artritis Reumatoidea ya que ésta brinda experiencias de aprendizaje dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones.

El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones

1. Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos.
2. Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta.

¹⁶ Izquierdo Luis Dr. *PSICOLOGÍA DE LA PROFUNDIDAD Y PSICOTERAPIA*, Ediciones Depalma p 78

3. Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados
4. Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas.
5. Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

Uno de los componentes más poderosos del modelo de psicoterapia basado en el aprendizaje es el hecho de que el paciente comienza a incorporar muchas de las técnicas que emplea el terapeuta.

Las técnicas conductuales: Se emplean con los pacientes depresivos no sólo para modificar la conducta sino también para elicitación de cogniciones asociadas a conductas específicas. Ya que el paciente necesita estas técnicas más activas al comienzo del tratamiento, los materiales relacionados con esta técnica conductual se encuentran el cuestionario de actividades semanales, cuestionario de dominio y agrado, la asignación de tareas graduales, además las técnicas conductuales se diseñan para ayudar al paciente a someter a prueba ciertos supuestos y cogniciones.

Se utilizan varias técnicas verbales para explorar la lógica subyacente la base de las cogniciones y supuestos concretos, el paciente recibe principio una explicación del fundamento teórico de la terapia cognitiva, continuación, aprende a reconocer controlar y registrar sus pensamientos negativos en el registro diario de pensamientos distorsionados, las cogniciones y supuestos subyacentes se discuten y examinan desde el punto de vista de la lógica, validez, valor adaptativo, e incremento de conducta positiva versus mantenimiento de la patología.

La terapia consta de 10 sesiones una vez a la semana, los casos más graves suelen adquirir sesiones frecuentes, dos semanales durante 4-5 semanas y después una semanal durante 10-15 semanas. Normalmente se suelen disminuir la frecuencia a una sesión de cada dos semanas durante las últimas fases, al mismo tiempo que se recomienda la terapia de apoyo o grupal para un óptimo tratamiento.

El terapeuta estructura la terapia según un diseño específico que requiere la participación y colaboración del paciente. El mayor énfasis sobre las experiencias internas del paciente, tales como pensamientos, sentimientos, deseos, aspiraciones y actitudes. La estrategia general de la terapia cognitiva se puede diferenciar del resto de las escuelas de terapia por su énfasis en la investigación empírica de los pensamientos, inferencias, conclusiones y supuestos automáticos del paciente.

¹⁷ MODELOS COGNITIVOS:

- ✓ La percepción y la experiencia son procesos activos que incluyen tanto datos de inspección como de introspección.

¹⁷ Pierre Simon, Lucien Albert *LAS RELACIONES INTERPERSONALES* editorial Herder Pag. 58

- ✓ Las cogniciones del paciente son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.
- ✓ El modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente, por lo general a partir de sus cogniciones (pensamientos e imágenes visuales).
- ✓ Estas cogniciones constituyen la corriente de conciencia o campo fenoménico de una persona, que refleja la configuración de la persona acerca de sí misma, su mundo su pasado y su futuro.
- ✓ Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta.
- ✓ Mediante la terapia psicológica un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.
- ✓ La corrección de estos constructos erróneos puede producir una mejoría clínica.

Lo que pretende la terapia cognitiva es que un paciente haga conciencia de lo que pasa en su vida diaria, que tome un rumbo para la misma respetando sus perspectivas, sus metas, y anhelos para que pueda corregir esos conflictos o errores que tiene y así puedan influir en su estado afectivo y pueda modificar su conducta para tener una vida mas plena y segura de si misma.

El modelo cognitivo de la depresión y problemas afines: Postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: 1) la tríada cognitiva 2) los esquemas 3) los errores cognitivos.

@ TRIADA COGNITIVA: El primer componente se centra en la visión negativa del paciente acerca de si mismo. El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo con poca valía, tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico moral o físico. El segundo componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa, le parece que el mundo le hace demandas exageradas y o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. El tercer componente se centra en la visión negativa acerca del futuro, cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance están anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales interminables.

@ Organización Estructural del Pensamiento Depresivo: Un segundo componente del modelo cognitivo es el que se refiere al modelo de esquemas. Se utiliza para explicar porque mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida. Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructurará distintas experiencias.

Entre los requisitos previos para llevar a cabo la terapia cognitiva están:

1. El terapeuta dedicado al tratamiento de pacientes depresivo debe poseer un sólido conocimiento del síndrome clínico de la depresión. Sobre la base de su educación y entrenamiento formales debe profundizar en la habilidades de entrevista necesarias para determinar

- el estado mental de paciente y para recoger los datos pertinentes de la historia.
2. Dado que el suicidio es la complicación letal de la depresión, el clínico necesita una serie de capacidades especializadas para reconocer al paciente suicida y determinar el riesgo de suicidio.
 3. El aspirante a terapeuta cognitivo debe ser un buen terapeuta, debe poseer algunas características necesarias, como la capacidad para responder al paciente en una atmósfera de relación humana con interés aceptación y empatía.
 4. El terapeuta bien preparado y que mantiene una actitud cálida empática y de aceptación necesita satisfacer los siguientes requisitos previos: Un sólido conocimiento del modelo cognitivo de la depresión. Un conocimiento del marco conceptual de la terapia cognitiva. Entrenamiento en talleres de grupo

B. ¹⁸Psicoterapia Grupal:

Después de ubicar a los pacientes por estadios o niveles de su enfermedad el siguiente paso es una reorganización por grupos de 10 personas cada grupo, dependiendo del estadio o nivel (por ejemplo niveles 1 y 2 en el grupo A y niveles 3 y 4 en el grupo B) así se trabajará las técnicas de psicoterapia a cada grupo dependiendo de sus necesidades (para este tipo de terapia se necesita de un análisis ambiental y de sistemas a utilizar, descripción de la comunidad, que se tendrá por la terapia individual, revisión de los servicios de salud mental que han o hayan tenido los pacientes, las metas y objetivos del grupo, estrategias para el cambio, y desarrollo, ejecución y colaboración por parte de todos los miembros del grupo.

DINÁMICA DE GRUPO: El grupo toma determinada dirección movido por una serie de fuerzas complejas, a veces difíciles de precisar: energía, cambios, reacciones, actividades, retrocesos, aciertos, equivocaciones, etc. La dinámica de grupo es el resultado de las fuerzas del grupo. Las fuerzas físicas, al comunicarse, producen un cambio, y este cambio puede ser educativo, es decir, se puede aprovechar ventajosamente para la educación. Del medio del grupo sus integrantes extraen los elementos vitales para su desarrollo, ingredientes que hacen crecer, estimular y activar las potencialidades. *La dinámica de grupos es elemento eficaz para cambiar cualitativamente al individuo.*

De la variedad de individuos nace el progreso del grupo, ya que un grupo donde todos piensan igual se anquilosaría. De esta manera del enfrentamiento de las diversas fuerzas surge la dialéctica vigorosa, LA DINAMICA DE GRUPO.

¹⁸ Andueza Maria *DINAMICA DE GRUPOS EN EDUCACIÓN* Editorial Trillas Pp. 22

OBJETIVOS :

- ◆ Despertar el interés de los participantes
 - ◆ Favorecer el desarrollo de la capacidad de reflexión, análisis y síntesis
 - ◆ Diagnosticar la comprensión lograda por los participantes
 - ◆ Intercambiar ideas y opiniones haciendo consideraciones sobre un tema o problema.
 - ◆ Lograr habilidad para expresarse defendiendo sus propios criterios.
- C. Taller de Motivación: El taller consiste en una sesión con duración de dos horas en el cual con incentivos, metas y recreación se estimula al paciente para que siga con su rehabilitación y llegue a cumplir con puntualidad todas las actividades que se proponga.
- D. Taller de Autoestima: Tiene como objetivo concienciar al paciente que es un individuo que vale y que puede salir adelante pese a su enfermedad e incapacidad para realizar algunas actividades.
- E. Tolerancia al dolor (por medio de ejercicios de relajación, detallados en el programa en anexo 4, se utilizarán varios ejercicios para que el paciente pueda controlar su dolor y pueda seguir con sus actividades de la vida diaria)
- F. Como manejar su frustración: por medio de un plan diario de actividades que se diseñará según el grado de tensión física, (lo tendrán que realizar diariamente y de diez actividades realizarán al principio de tres a cuatro pero paulatinamente irán aumentando hasta llegar a realizar las diez actividades por día)

HIPÓTESIS GENERAL O DE INVESTIGACIÓN:

‘EL PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO ES EFECTIVO PARA FORTALECER LA
INDEPENDENCIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA
ESPECIALMENTE LOS SITUADOS EN EL ESTADIO 4”.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Definición Conceptual:

- VARIABLE INDEPENDIENTE: Pacientes con Artritis Reumatoidea
- VARIABLE DEPENDIENTE: Es efectivo el programa para fortalecer la Independencia en

Definición Operacional: VARIABLE INDEPENDIENTE:

- ✓ Problemas físicos causados por la artritis reumatoidea
- ✓ Problemas psicológicos causados por la artritis reumatoidea
- ✓ Deterioro de las funciones motoras
- ✓ Alteración en la psicomotricidad fina y gruesa
- ✓ Problemas de sensibilidad
- ✓ Problemas de coordinación
- ✓ Actividades de la vida cotidiana disminuidas o afectadas
- ✓ Coordinación oculo-manual lesionado.

Definición Operacional: VARIABLE DEPENDIENTE:

- Depresión
- Ansiedad
- Baja autoestima
- Falta de Motivación
- Dependencia
- Estrés
- Incapacidad

CAPITULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

El Programa se ejecutó en el Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.), Departamento de Reumatología a cargo del Dr. ERICK ROSAL PALOMO. La población que se atendió fue de 50 pacientes, de ambos sexos, que presenten artritis reumatoidea, con problemas de dependencia (no pueden valerse por si mismos), baja autoestima, frustración, depresión, aislamiento. Estos pacientes fueron referidos del área médica y del departamento de fisioterapia. El tipo de muestra es no probabilística o no aleatoria intencional o de juicio.

El área en que se realizó el programa constó de dos clínicas, se atendió a pacientes internos y externos. La población que asiste a este centro de salud son personas que laboran y jubilados, provenientes de áreas del norte, sur y central de Guatemala, con población de diversidad étnica, sexo masculino y femenino entre las edades 23 a 80 años.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION

LA ENTREVISTA: Es una técnica eficaz para obtener datos relevantes y significativos desde el punto de vista de la investigación. Es la posibilidad de obtener información más precisa de los datos exactos que se quiere investigar la entrevista que se realizó fue estructurada semi dirigida, aplicable a todos los pacientes de forma individual y sirvió para crear las Historias Clínicas de los pacientes así como para situarlos en los estadios de clasificación, y los indicadores que se evaluaron fueron de la variable independiente tales como: el grado de dependencia del paciente, problemas físicos y psicológicos causados por la enfermedad, deterioro de las funciones motoras, problemas de sensibilidad, coordinación, actividades de la vida diaria afectadas, etc. así como también corroborar datos obtenidos en la observación. Detalle de la Entrevista clínica en ANEXO 1

LA OBSERVACIÓN: En la observación el investigador, por medio de sus sentidos percibe los fenómenos y los registra. La observación puede considerarse como un registro sistemático válido y confiable de comportamientos o conducta manifiesta. También es un registro visual de lo que ocurre en una situación real, que permite y consigna los acontecimientos pertinentes de acuerdo con algún esquema previsto y según el problema que se estudia. La observación se realizó a nivel individual en un tiempo de alrededor de 15 minutos a cada paciente se observaron varios indicadores de la variable dependiente, como lo son signos de depresión, ansiedad, baja autoestima, falta de motivación, dependencia y estrés, verificar el estado emocional del paciente, su alineo personal, y el nivel de progreso de su enfermedad. Detalle de la observación en ANEXO 2

HOJAS DE EVOLUCIÓN: Consiste en una hoja donde se registran los acontecimientos relevantes dentro del tratamiento del paciente, las hojas de evolución se realizaron al final de cada sesión y se hizo individualmente. Las hojas de evolución nos sirvieron para verificar cual fue el beneficio de este programa hacia los pacientes, así como también el progreso de su rehabilitación tanto física como psicológica. Detalle de las Hojas de Evolución en ANEXO 3

PROGRAMA PARA FORTALECER LA INDEPENDENCIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Elaborado por WENDY JOHANNA ARGUETA HERNÁNDEZ

Programa detallado en ANEXO 4

Las terapias psicológicas utilizadas en este programa fueron:

- La terapia cognitiva fue la que más se utilizó en la psicoterapia individual para los pacientes con artritis Reumatoidea ya que ésta brinda experiencias de aprendizaje dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones.
 - Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos.
 - Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta.
 - Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados
 - Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas.
 - Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

Con el objetivo de lograr modificar el comportamiento anormal, es decir es necesario que las personas aprendan comportamientos nuevos para reemplazar las habilidades equívocas que desarrollan, y olvidar sus patrones de comportamiento negativo, no que no funcionan (Ej. no puedo realizar esto, no sirvo para nada, etc). Los enfoques cognitivos de la terapia tienen como objetivo la modificación de las cogniciones equívocas que presentan las personas con relación al mundo y a sí mismas. Además se trata de cambiar el modo en que piensan esas personas, modificando en su estructura el sistema de creencias y se basa en un conjunto de perspectivas más realistas, lógicas y racionales. Para que se lograra la meta que los pacientes eliminen de sí cogniciones tan maladaptativas y de que adopten un pensamiento más eficiente se asumió un enfoque más activo y directivo durante la terapia, confrontando de manera abierta los patrones de pensamiento que eran problemáticos. Por ejemplo: cuando se contradice al paciente con artritis reumatoidea que por tener esta enfermedad son personas discapacitadas, incapaces de realizar algo por ellos mismos y por consiguiente no valen nada, al señalar los errores lógicos del paciente se comprueba que las personas tendrán perspectivas más realistas acerca de sí mismos y de sus circunstancias. También se indujo a los pacientes a comprobar que son capaces de hacer y que no por su propia cuenta, al darse cuenta de que es lo que pueden realizar, los lleva a desechar su pensamiento negativo y equivocado, es allí donde empiezan a formarse una idea diferente a la que tenían de sí mismos y el mundo, según su progreso. Para ayudarles a seguir descubriendo formas más adecuadas de pensar acerca de sí mismos y los demás, a lo largo del tratamiento se les asignaron tareas específicas por lo que se incorporó otro enfoque de tratamiento, como la combinación de técnicas cognitivas y conductuales.

- La terapia Conductual: Se emplea con los pacientes depresivos no sólo para modificar la conducta sino también para elicitación de cogniciones asociadas a conductas específicas. El paciente necesita técnicas más activas, los materiales relacionados con esta técnica conductual se encuentran el cuestionario de actividades semanales, que se realizó de la siguiente manera: hacer el primer día un cuestionario con 5 preguntas sobre cuales eran las 5 actividades que ya no realizaban y porque, por ejemplo, caminar, correr, hacer ejercicio, escribir, etc. Al siguiente día realizar esas actividades (se realizan una por día y el fin de semana evaluar cuales actividades realizaron y escribir si las pudieron hacer o no y porque, a la siguiente semana son 7 actividades que tuvieron que realizar y la tercera semana 10 actividades a modo que en 3 semanas pudieron realizar las 10 actividades que ya no realizaban, al finalizar dicha actividad se evaluó a los pacientes a ver quienes realizaron las 10 actividades, con que frecuencia las realizaban y con que dificultad, teniendo como resultado que todos los pacientes realizaban las 10 actividades a la semana, pero no todos con la misma frecuencia, aunque todos coincidieron en que los ejercicios para disminuir el dolor lo realizaban todos los días por la mañana y les ayudó con la rigidez matutina. El cuestionario de dominio y agrado: consiste en realizar las actividades que necesitan ayuda de otras personas como levantarse y sentarse de una silla, levantarse de la cama, arreglo del pelo, etc. pero ahora tratando de hacerlo por sí solos para que conforme la práctica sea de su dominio y también de su total agrado. La asignación de tareas graduales: de las tareas de los dos ejercicios anteriores que no pudieron realizar y/o las realizaron muy poco, se puso énfasis en ellas y se trabajó con más atención por ejemplo si los pacientes realizaron la actividad una vez a la semana, como escribir, por ejemplo porque les causa dolor, lo tuvieron que hacer 2 ó 3 veces por semana (cuando no tengan inflamación y dolor) y así pudieron realizarla con más frecuencia, y como los dedos de las manos eran articulaciones que no utilizaban con frecuencia al volverla a utilizar regresó el movimiento que les hacía falta para poder utilizarlas con normalidad

- Se utilizaron varias técnicas verbales para explorar la lógica subyacente, la base de las cogniciones y supuestos concretos; el paciente recibió al principio una explicación del fundamento teórico de la terapia, a continuación, aprendió a reconocer controlar y registrar sus pensamientos negativos en el registro diario de pensamientos distorsionados, las cogniciones y supuestos subyacentes se discuten y examinan desde el punto de vista de la lógica, validez, valor adaptativo, e incremento de conducta positiva versus mantenimiento de la patología. Por ejemplo (se trabajó terapia humanista) al principio al paciente se le explicó lo que era la terapia humanista, y después se le dijo como se iba a trabajar, se le dijo que sería un facilitador y su guía en esta sesión, haciéndole saber que el poseía el control sobre su comportamiento, que era capaz de elegir el tipo de vida que deseaba y que de él dependía resolver las dificultades que tuviera en la vida cotidiana, se condujo a los

pacientes a conclusiones positivas respecto de sí mismos, así como la forma de cambiar, con el objetivo de aproximarse al ideal que tienen de sí; de esta manera encuentran un sentido a su vida.

- Psicoterapia de grupo: esta consistió en una sola sesión con duración de 2 horas y asistieron 32 pacientes de los 50 que estaban citados, en esta sesión los pacientes expusieron sus problemas (el tema se centró en una problemática específica como es la artritis reumatoidea) los demás integrantes ofrecieron apoyo emocional y consejos sobre la manera en que ellos enfrentan la enfermedad, se dieron cuenta que todos tenían la misma problemática (A.R.) pero no todos tenían las mismas limitaciones y el mismo pensamiento, mientras que unos pensaban de manera positiva, otros veían la enfermedad como lo peor que les pudo pasar, esto les ayudó a comprender que para todo existe una solución y que esa solución se la dan las personas que tienen esa misma enfermedad. Esta actividad les enriqueció bastante porque pudieron compartir experiencias vividas y darse cuenta que todos tienen el mismo problema pero con diferentes soluciones y opciones para poder llevar una vida mejor.

- Taller de Motivación: El taller consiste en una sesión con duración de dos horas en el cual con incentivos, metas y recreación se estimula al paciente para que siga con su rehabilitación y llegue a cumplir con puntualidad todas las actividades que se proponga. En este taller asistieron las 42 personas de 50 citadas, se hicieron 2 dinámicas: 1. Economía de fichas: consistió en describir las cosas positivas que tenían, el que más cosas positivas tuviera de sí mismo se le recompensaba con una ficha de barajas o cartas, el que más fichas llegó a tener al final del taller se le dio un regalo y un incentivo (una tarjeta con un mensaje de motivación personal). 2. Se realizó un juego de mesa (uno diferente para cada grupo con la misma dificultad para realizarlo), el grupo que terminó más rápido de realizar el juego de mesa ese grupo ganó, en esta actividad se utilizó destrezas, iniciativa, oculo-manual, capacidad, movimiento en las articulaciones superiores, teniendo resultados satisfactorios porque sintieron apoyo por parte de todos sus compañeros y así realizaron todas las actividades del taller con éxito.

- Taller de Autoestima: Tiene como objetivo concientizar al paciente que es un individuo que vale y que puede salir adelante pese a su enfermedad e incapacidad para realizar algunas actividades. Duración del taller una hora y 30 minutos, asistieron 45 pacientes, en actividad se trabajó una problemática: la timidez con el método de afirmación personal; se escogió a 3 personas y se les dio las siguientes instrucciones: tenían 5 minutos para preparar temas de conversación, actividades, dinámicas, etc. porque los 3 tuvieron que llevar por 10 minutos la conducción del taller, con el fin de evitar quedarse sin que decir o no participar en una interacción social, pasaron 4 grupos de 3

integrantes cada grupo y se escogieron a las personas que presentaban más timidez dentro del grupo, los resultados fueron satisfactorios porque su planificación, el tiempo específico para cada actividad, y el organizarse les permitió interactuar con sus compañeros y cuando estuvieron a cargo de la dirección y conducción del taller, pudieron desenvolverse bien ante todo el grupo y así pudieron interactuar con todos los miembros del grupo.

□ Como manejar su frustración: Haciendo un ejercicio de relajación.

COMO APRENDER A RELAJARSE: Técnica utilizada en la terapia conductual
Por Herbert Benson

1. Siéntese cómodo y en silencio
2. Cierre los ojos
3. Relaje todos sus músculos, debe comenzar por sus pies y avanzar hasta su cara –mantenga los músculos relajados-
4. Respire por la nariz. Esté consciente de su respiración. Al expeler el aire, diga para sí mismo la palabra “un” en voz baja. Ej. tome aire. . . expúlselo “un” adentro. . . afuera “un”; y así sucesivamente. Respire suave y con naturalidad.
5. Continúe durante diez o veinte minutos, cuando termine, siéntese en silencio por espacio de varios minutos, primero con los ojos cerrados y después con los ojos abiertos. No se ponga de pie durante unos minutos más.
6. No se preocupe por si ha alcanzado el éxito o no en el logro de un nivel profundo de relajamiento. Conserve una actitud pasiva y deje que el relajamiento se produzca a su propio ritmo. Cuando lleguen pensamientos que lo distraigan, intente ignorarlos no concentrándose en ellos, y vuelva a repetir “un”.

Con la practica la respuesta debe surgir con muy poco esfuerzo. Practique está técnica una o dos veces al día, pero en las dos horas posteriores a alguna comida, puesto que parece ser que los procesos digestivos interfieren con la producción de la respuesta de relajamiento.

Las técnicas que se utilizaron para dicho programa son algunas de las que se utilizan en terapia ocupacional, entre ellas se encuentra:

- Ejercicios asistidos por el paciente: Evitar las posiciones que producen deformidad, evaluar cuidadosamente los miembros afectados para determinar así las posiciones naturales que producen rubor, tumefacción o dolor, Pueden hacer las pruebas para arco de movimiento articular, pasivo y activo para que este reconozca como evitar el esfuerzo excesivo durante las actividades diarias. El movimiento de una posición fija, impone tensión sobre las articulaciones específicas por ejemplo cuanto mas tiempo uno permanece tomando un objeto, mayor es la probabilidad de dolor y rigidez al liberarlo. Se puede estimular al paciente con artritis reumatoidea a cambiar de posición o actividades

frecuentemente favoreciendo el movimiento muscular recíproco para estirar los músculos contraídos y aliviar la presión sobre las articulaciones.

- Colocación de compresas, para el alivio del dolor: para que el dolor disminuya es necesario la realización de férulas para mantener el miembro afectado en posición estática, brinda una alineación apropiada de las articulaciones sin un esfuerzo excesivo sobre ellas y establecer una posición funcional para las actividades diarias.
- Ejercicios en agua, para facilitar el movimiento articular: La hidroterapia, se puede utilizar el agua como medio terapéutico para relajar y suavizar el miembro doloroso en preparación para los ejercicios activos en el rango de movimiento articular y la actividad.
- Ejercicios de resistencia con aparatos terapéuticos: La férula palmar, que proporciona reposo y posición funcional de la mano y muñeca por la noche o durante el día. También se utilizan manijas especiales, guantes y esterillas de goma, utensilios de la cocina (para las amas de casa), barandas o escaleras, cerrojos de fácil manejo, etc.
- Gimnoterapia, para mantener la fuerza muscular y prevenir la deformidad el paciente aprende métodos para utilizar los músculos que mantienen el arco de movimiento articular, fuerza, coordinación y alineación corporal. El uso terapéutico de las articulaciones mantiene el funcionamiento del paciente con uso mayor de músculos y previene la deformidad.

El tipo de investigación que se utilizó es de tipo Descriptivo, pues se señalaron las características principales o predominantes del fenómeno psicológico objeto de estudio. Por lo tanto, se utilizaron las técnicas de estadística descriptiva, especialmente el análisis porcentual y su respectiva representación gráfica, pues se midió:

1. Frecuencia de aparición o no aparición de ciertos rasgos.
2. Frecuencia de genero en que aparece.
3. Frecuencia de edad en que aparece.
4. Ubicación de enfermedad según estadios de Steinbrocker
5. Grado de deterioro de la enfermedad.
6. Grado de convivencia y aceptación de la enfermedad.
7. Conocimiento de la enfermedad
8. Conocimiento de ejercicios terapéuticos
9. Conductas psicológicas presentes
10. Efectividad del programa
11. Logro de independencia de los pacientes con Artritis Reumatoidea
12. Ayuda proporcionada a los pacientes que asistieron al programa.

CAPITULO III

PRESENTACION, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo con los resultados obtenidos al realizar el PROGRAMA PARA FORTALECER LA INDEPENDENCIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA, a 50 pacientes de sexo masculino y femenino entre las edades de 23 a 80 años de edad asistentes al Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), se pudo verificar los siguientes resultados:

GRAFICA 1

SEXO DE LA POBLACIÓN CON ARTRITIS REUMATOIDEA

SEXO	No. PACIENTES
Masculino	8
Femenino	42
TOTAL	50

Este cuadro estadístico representa el sexo de las personas con las cuales se trabajó, siendo en su mayoría de sexo femenino: 42 mujeres y solamente 8 hombres.

GRAFICA 2

EDADES DE LA POBLACION

EDAD	No. PACIENTES
De 23 a 40 años	11
De 41 a 60 años	25
De 61 a 80 años	14
TOTAL	50

Este cuadro estadístico representa las edades de la población estudiada siendo en su mayoría personas comprendidas entre las edades de 41 a 60 años. Sin embargo la Artritis Reumatoidea afecta a toda la población no importando la edad, sexo, estatus social que tenga la persona.

GRAFICA 3

ESTADO CIVIL DE LA POBLACION

ESTADO CIVIL	No.
Soltero	15
Casado	32
Divorciado	1
Viudo	2
TOTAL	50

La presente gráfica representa el estado civil de las personas con artritis reumatoidea, siendo en su mayoría personas casadas.

GRAFICA 4

TIEMPO DE PRESENTAR ARTRITIS REUMATOIDEA

AÑOS DE PADECERLA	No. PACIENTES
De 1 a 9 Años	10
De 10 a 20 Años	27
De 21 a 30 Años	7
De 31 a 40 Años	4
De 41 a 45 Años	2
TOTAL	50

Esta gráfica representa el tiempo que tienen los pacientes en padecer Artritis Reumatoidea teniendo la mayoría de personas de 10 a 20 años de padecerla. Sin embargo hay personas que tienen más de 40 años de padecerla, quiere decir que adquirieron la enfermedad desde muy jóvenes.

GRAFICA 5

CONDUCTAS PSICOLÓGICAS PRESENTES

CONDUCTAS PSICOLÓGICAS	No. PACIENTES
DEPRESIÓN	30
ANSIEDAD	27
BAJA AUTOESTIMA	47
SENTIMIENTO DE MINOSVALIA	42
DEPENDENCIA	41

Como podemos observar en esta gráfica, la depresión, ansiedad, baja autoestima, sentimiento de minusvalía y principalmente la dependencia de otras personas está presente en la mayoría de los pacientes que padecen artritis reumatoidea. Quiere decir que los pacientes con esta problemática casi siempre presentan problemas psicológicos que muy pocas veces son tratados. Y no se les da la importancia debida, ya que al ser tratados los problemas psicológicos como la depresión, baja autoestima, el resultado de su tratamiento médico-físico puede ser mucho mejor.

GRAFICA 6

EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA

EFFECTIVIDAD	No.
Aprendió a realizar ejercicios terapéuticos	48
Fortalecimiento de Autoestima	42
Más conocimiento y aceptación de la enfermedad	45
Reducción de Ansiedad	38
Control de la Depresión	40
Conocimiento de una alimentación adecuada	41

Este cuadro estadístico muestra la efectividad del programa realizado, obteniendo los mejores resultados con las personas que asistieron a todas las sesiones realizadas en el programa. El mayor beneficio lo obtuvieron al recibir información acerca de ejercicios terapéuticos para disminuir el dolor, porque la mayoría de los pacientes lo pusieron en práctica diariamente y los resultados fueron satisfactorios, el taller de autoestima, los ayudó para poner en práctica varias actividades que no hacían como la recreación, caminar, su arreglo personal, etc.

GRAFICA 7

LOGRO DE INDEPENDENCIA

LOGRO DE INDEPENDENCIA	No.
Independencia total	14
Independencia moderada	29
Necesita Mejorar su Independencia	7
TOTAL	50

Este cuadro estadístico representa el grado de independencia adquirida durante el programa realizado, quiere decir que de 50 personas 14 son totalmente independientes, otras 27 personas tienen independencia moderada, es decir que necesitan ayuda de otras personas para realizar una y/o dos actividades que ellos no pueden realizar. Las 7 personas que necesitan mejorar su independencia son personas de avanzada edad que les es muy difícil realizar actividades, tanto por su edad como por lo avanzado de la artritis reumatoidea, sin embargo con los ejercicios que aprendieron pueden llegar a mejorar su independencia

GRAFICA 8

CAMBIOS FISICOS SUFRIDOS POR LA ARTRITIS REUMATOIDEA

CAMBIOS FISICOS	No. PACIENTES
Inflamación en las articulaciones	45
Deformidad en las articulaciones	22
Falta de movimiento en miembros	5
Pérdida de la fuerza muscular	50
Pérdida de sensibilidad y coordinación	12

La mayoría de los pacientes con Artritis Reumatoidea sufren de inflamación en las articulaciones sin embargo no todos tienen deformidad en las mismas, sólo las tienen las personas que por una u otra razón han recibido tratamiento farmacológico muy tardío, y aunque el medicamento que toman detiene la enfermedad, con las deformaciones no se puede hacer nada, solo evitar más deformaciones, cuando un paciente se vuelve más pasivo la falta de movimiento en las articulaciones hace que se vuelvan más rígidas y por consiguiente también tienen pérdida de la fuerza muscular, de sensibilidad y coordinación.

GRAFICA 9

MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE

MEDICAMENTO	No. PACIENTES
Airtal	29
Arava	50
Ativan	12
Azulfidina	5
Diclofenaco	44
Endosan	2
Lanzoprazol	8
Meloxicam	9
Metotrexate	25
Nutripaxol	6
Prednizona	50
Ranitidina	46
Tilcotil	3

En esta gráfica están representados los medicamentos que toman los pacientes con artritis reumatoidea, siendo los más importantes y que toman todos los pacientes ARABA, PREDNIZONA, METOTREXATE, los antiinflamatorios y los esteroides. Estos controlan la enfermedad, ayudando a detener las deformaciones, el dolor y la rigidez de todo el cuerpo.

GRAFICA 10

CUALES HAN SIDO LOS RESULTADOS DE LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE

	No. PACIENTES
Satisfactorios	10
Muy buenos	36
Buenos	4
Deficientes	0
No ha tenido ninguna mejoría	0

La mayoría de los pacientes tienen mejoría, ya que el medicamento que toman mantiene controlada la enfermedad. Los mejores resultados al tomar estos medicamentos se ven en las personas que les han diagnosticado tempranamente la enfermedad, que a las personas que toman los medicamentos ya cuando la enfermedad está avanzada. Pero no todo es favorable con estos medicamentos, ya que muchos sufren de efectos secundarios, como pancreatitis, úlceras, insomnio, visión borrosa, por lo que no sólo toman medicamentos para la artritis reumatoidea sino también para tratar dichos efectos, como la ranitidina para las molestias en el estomago, etc.

GRAFICA 11

HA RECIBIDO TERAPIA FÍSICA Y/O PSICOLÓGICA

TERAPIA	No. PACIENTES
Rehabilitación Física	6
Tratamiento Psicológico	3
Charlas Motivacionales	50

En esta gráfica podemos observar que son muy pocos los pacientes que han recibido un tratamiento multidisciplinario, como una rehabilitación física o un tratamiento psicológico, de las 6 personas que recibieron rehabilitación física 4 están actualmente en terapia física en el CAMIP, y las 2 restantes no pudieron seguir por falta de recursos, en el tratamiento psicológico únicamente 3 personas recibieron, 1 paciente por 3 meses solamente por intento de suicidio, y la otra paciente que perdió el habla por varios meses, por un severo golpe en la cabeza y creyeron que era esquizofrenia pero el psiquiatra que la atendió 3 años y 6 meses la descartó y hasta el momento se encuentra bien, la otra paciente recibe esporádicamente terapia psicológica en la asociación del Adulto Mayor siendo esta última la única que actualmente recibe terapia y es cada 4 a 6 meses la cita. Las charlas motivacionales las importen en el Departamento de Reumatología, llamado EL CLUB DE ARTRÍTICOS, allí les enseñan sobre su alimentación, ejercicios, terapias alternativas, charlas motivacionales, etc. que lo hacen cada primer viernes de cada mes.

GRAFICA 12

CUÁLES HAN SIDO LOS RESULTADOS DE SU REHABILITACIÓN

RESULTADOS	No. PACIENTES
Satisfactorios	42
Buenos	6
Regulares	2
Malos	0
Ninguno	0

Las personas que asisten al CAMIP para su rehabilitación física han visto resultados satisfactorios, han tenido más movilidad en sus articulaciones y los ejercicios para el dolor les han ayudado bastante, en la terapia psicológica los resultados han sido inconclusos porque por una u otra razón no han llevado como tiene que ser una sesión psicológica y no la han terminado y las citas son muy esporádicas, con los resultados del CLUB DE ARTRÍTICOS son satisfactorios porque asisten todos los pacientes que están en el Departamento de Reumatología por lo que les ayuda a tener los conocimientos acerca de la enfermedad, su alimentación, ejercicios, recreación, etc.

GRAFICA 13

CUALES FUERON LOS RESULTADOS DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA QUE RECIBIÓ EN EL PROGRAMA

RESULTADOS	No. PACIENTES
Satisfactorios	46
Buenos	4
Regulares	0
Malos	0
Ninguno	0

Los resultados que los pacientes con artritis reumatoidea obtuvieron fueron en su mayoría satisfactorios, ya que la mayoría puso en práctica lo realizado en cada terapia y lo aplicó a su vida diaria.

GRAFICA 14

QUE BENEFICIO OBTUVO AL RECIBIR TERAPIA PSICOLÓGICA EN EL PROGRAMA REALIZADO

RESULTADOS	No. PACIENTES
Controlar mi estado de Ánimo (depresión)	38
Cambiar pensamientos negativos por positivos	43
Adquirir más independencia	45
Mejor resolución de mis problemas	39
Elevar mi autoestima	38

En esta gráfica podemos observar los beneficios que obtuvieron los pacientes en el programa ya que se les enseñó a realizar ejercicios para poder cambiar sus cogniciones, (pensamientos negativos por positivos) a pensar que sí pueden hacer todo lo que se propongan aunque esto les cueste esfuerzo y sacrificios, a saber que hay más soluciones que problemas y elevar su autoestima, y controlar sus estados de ánimo que muchas veces los hace caer en depresión.

GRAFICA 15

DE QUE FORMA LE AYUDARON LOS TALLERES IMPARTIDOS EN EL PROGRAMA

TALLERES	No. PACIENTES
-TALLER DE MOTIVACIÓN	
A cambiar la perspectiva de mi mismo	40
Saber que soy capaz de realizar cualquier actividad	45
Que soy una persona que valgo	32
-TALLER SUPERACION DE LA TIMIDEZ	
A superar mi timidez	27
Mejor desenvolvimiento con mis compañeros	37
Como hablar en público	12
-COMO MANEJAR MI FRUSTRACION	
Con ejercicios de relajación	50
Con ejercicios de movilidad	44
Con ejercicios para disminuir el dolor	50
-TALLER DE AUTOESTIMA	
Valoración de mi mismo	38
Superación personal	42

En los talleres impartidos en el programa se pudo comprobar que los pacientes colaboraban con todo lo que se les pedía, hacían todo como se les indicaba y todas las actividades se cumplieron a cabalidad, los resultados fueron satisfactorios ya que los pacientes comentaban al final de cada actividad en que les había ayudado el taller y como podrían mejorar y poner el práctica en su vida cotidiana para así sacarle provecho a todo lo aprendido en los mismos, las personas con artritis reumatoidea no son discapacitados, pero si se menosprecian lo llegan a hacer, basta de un buen consejo y pasos a seguir para que ellos puedan llevar una vida mejor.

GRAFICA 16

QUÉ ACTIVIDADES HA DEJADO DE HACER POR LA ARTRITIS REUMATOIDEA

ACTIVIDAD Puede usted realizar esta actividad	Sin Dificultad	Con Dificultad	Con Ayuda	No lo Realiza
Sacar la ropa del armario y cajones	32	13	5	-
Vestirse sólo (inclusive abotonarse y usar los cierres)	35	9	6	-
Lavarse el cabello	6	40	4	-
Lavar y secar todo su cuerpo	11	30	9	-
Abrir y cerrar las llaves de la ducha	9	38	3	-
Sentarse y levantarse del sanitario	10	33	7	-
Acostarse y levantarse de la cama	5	17	28	-
Levantarse de una silla sin apoyarse	-	41	9	-
Puede peinarse	6	29	15	-
Cortar la carne o los alimentos	40	7	3	-
Llevarse a la boca un vaso con líquido	50	-	-	-
Caminar en todo terreno	13	25	9	3
Alcanzar y bajar una bolsa de 4.5 libras que este por arriba de su cabeza	-	32	11	7
Mover la manija de una puerta	-	41	8	1
Destapar un frasco de rosca no muy Apretado	-	42	7	1
Escribir	40	7	3	-
Manejar un carro	7	4	-	-
Coser en máquina de pedales (Fem)	-	6	-	-

Como podemos observar en esta gráfica, las personas que están situadas en los estadios 3 y 4 según la escala de Steinbrocker son las personas que realizan sus actividades con dificultad o con la ayuda de otras personas, y hay actividades que no realizan, (allí vemos la disminución de actividades y dependencia de los demás). También lo avanzado de la enfermedad se asocia con la edad, las personas mayores tienden a disminuir sus actividades, se vuelven menos activos hasta depender de las demás personas, sin embargo todos los pacientes ubicados en los estadios 1 y 2 según la escala de Steinbrocker coincidieron en algo, sí pueden realizar cualquier actividad, siempre y cuando no tengan activa la enfermedad, (lo que ellos llaman crisis), porque cuando tienen crisis no realizan nada, y siempre necesitan ayuda para muchas de sus actividades diarias, porque tienen mucha rigidez, dolor, inflamación y su estado de ánimo es variable, se deprimen, se aíslan y no realizan ninguna actividad. También todos los pacientes refieren que padecen de rigidez matutina todos los días y esto dura alrededor de 20 minutos a 1 hora, por lo que el levantarse de la cama, lavarse el cabello y bañarse se les dificulta, varios pacientes prefieren esperar 30 minutos o más según sus necesidades, para poder realizar sus actividades normales, o hacerlo con menor dificultad.

ANÁLISIS:

En el programa para Fortalecer la Independencia en pacientes con artritis reumatoidea de acuerdo con los resultados que obtuve se puede comprobar que la mayoría de personas que padecen de artritis reumatoidea son de sexo femenino, que dichas personas oscilan entre las edades de 41 a 60 años, y que la padecen de 10 a 20 años, por lo que la mayoría de personas están situadas en los estadios 3 y 4 según la clasificación de Steinbrocker.

En el programa realizado pude comprobar que mientras las personas con artritis reumatoidea se encuentran con un factor estresante, mayor probabilidad tienen de caer en una crisis, esto significa que cuando las personas con artritis reumatoidea presentan una crisis (la enfermedad está activa) los síntomas se intensifican como es el dolor en las articulaciones grandes y pequeñas del cuerpo. Este dolor es la consecuencia de la inflamación de las articulaciones y con frecuencia se puede ver la hinchazón a simple vista. Las articulaciones dañadas con más frecuencia son las de las muñecas, los nudillos, articulaciones de los dedos, los codos, los hombros, las caderas, las rodillas, los tobillos y los dedos de los pies. Además del dolor y la inflamación y como consecuencia de los mismos, por las mañanas habrá más dificultad para el inicio de los movimientos (rigidez matutina), por lo que su estado de ánimo y actividades se ven disminuidas por completo; es decir, que es cuando más dependientes se vuelven porque no pueden realizar nada sin ayuda de los demás.

Los pacientes con artritis reumatoidea padecen de rigidez matutina de 20 minutos a 1 hora diaria, en ese tiempo las personas no pueden realizar ninguna actividad es también cuando necesitan ayuda de otras personas, con los ejercicios terapéuticos para disminuir el dolor y la rigidez, ejercicios de relajación, técnicas para mejorar su autoestima que los pacientes ya realizan pueden mejorar su estado tanto físico como emocional esto les ha ayudado bastante en su independencia.

Las personas que necesitan mejorar su independencia son aquellas que por su avanzada edad y lo avanzado de su enfermedad se les dificulta más su rehabilitación, es decir que se les dificulta mucho realizar bien sus ejercicios.

Las personas con artritis reumatoidea en su mayoría presentan depresión, ansiedad, baja autoestima, sentimiento de minusvalía (se sienten inútiles), y dependen de otras personas. Varios pacientes refieren que la artritis reumatoidea les ha cambiado la vida, y que ya nunca más vuelven a ser personas normales; el programa realizado les ayudó a pensar totalmente diferente, que son personas normales que pueden llegar a realizar sus actividades

de la vida diaria normalmente, pero que depende mucho de ellos, en su rehabilitación física por ejemplo, tienen que hacer sus ejercicios todos los días, asistir a terapia física (terapia ocupacional, si tienen esa oportunidad) asistir con regularidad a las charlas motivacionales impartidas en el departamento de Reumatología. Los pacientes en la primera sesión de terapia psicológica salían con otro pensamiento a cerca de su problemática, sabían que tenían depresión, ansiedad, pero que la podían combatir, aprendieron que si se puede seguir adelante y mejorar su calidad de vida.

El objetivo del programa para fortalecer la independencia el pacientes con artritis reumatoidea es proporcionar información concreta acerca de la enfermedad, seguido, que los pacientes vean desde otro punto de vista su enfermedad, que aprendan a convivir con ella, que se adapten a ella y que le saquen el mayor provecho a la misma. Por ello es que su rehabilitación tiene que ser física y psicológica, llevándolas paralelamente, es decir que de la segunda sesión en adelante se dividió en dos partes, la primera parte fue su rehabilitación física y la segunda su rehabilitación psicológica, el tipo de terapia dependió de la personalidad de cada paciente y el grado de problemas psicológicos que presentó, por lo que se trabajó con cada uno de forma diferente, la mayoría de pacientes padecía de baja autoestima, ansiedad, frustración, falta de motivación, timidez, por lo que se decidió realizar un taller específico para cada problemática, los cuatro talleres son impartieron con resultados satisfactorios porque aprendieron a ver las cosas de diferente manera, a cambiar la perspectiva y forma de pensar de sí mismos, saber que son capaces de realizar cualquier cosa que se propongan, a tener un mejor desenvolvimiento ante las demás personas, a valorarse a sí mismos, hacer ejercicios de relajación, y disminución del dolor.

Juntamente con los talleres, recibieron una terapia de grupo: ésta actividad fue la más exitosa, porque en ella, se dieron cuenta todos los pacientes con artritis reumatoidea que para un problema relacionado con su enfermedad hay 2 o más respuestas y soluciones, los pacientes intercambiaron opiniones, consejos, remedios alternativos (caseros) que les han funcionado a otros pacientes, su alimentación, estilo de vida etc. Varios de los pacientes han adquirido la artritis reumatoidea a partir de los 40 años o más, pero no sabían que varias personas padecían la artritis reumatoidea desde los 23 y 25 años y estos pacientes tenían una perspectiva o forma diferente de ver su enfermedad y aunque pasaron el mismo proceso de adaptación de la enfermedad, llevan una vida normal.

En la terapia psicológica que recibieron los pacientes con artritis reumatoidea, los resultados no fueron los óptimos porque no se puede decir que recibieron una terapia psicológica completa ya que sólo asistieron a 3 sesiones en 4 meses que fue el tiempo en que realice mi trabajo de campo, sin embargo se trabajó con ellos las terapias cognitivo-conductual, humanista y la

terapia breve y de emergencia, los resultados al finalizar el programa fueron satisfactorios porque se vio el cambio que tuvieron los pacientes al nivel emocional (psicológico), cumpliendo así con el objetivo del programa.

Los mejores resultados del programa se obtuvieron con las personas que asistieron a todas las sesiones realizadas, y las personas que colaboraban cien por ciento a su rehabilitación, se comprobó que las personas que hacían los ejercicios en su casa, padecían menos tiempo de rigidez matutina, los que practicaban los ejercicios de autoestima su estado de ánimo era estable, se sentían bien durante todo el día y realizaban sus actividades con poca o ninguna dificultad, por lo que poco a poco dependían menos de las demás personas, muchos de los pacientes con artritis reumatoidea sólo necesitan un poco de estímulo o reforzamiento para realizar algunas actividades diarias ya que la mayoría de personas están acostumbradas a que todo se lo hagan y se evitan de hacer las cosas por sí mismos.

Cuando las articulaciones no tienen movimiento se atrofian, y es lo que le pasa a los pacientes con artritis reumatoidea, no hacen ejercicios apropiados para el dolor, o para la movilidad de sus articulaciones y es cuando se vuelven más dependientes. Por ello este programa les aclara que, entre más movimiento tengan más y mejor sean sus ejercicios, tendrán mas facilidad de realizar cualquier actividad y depender menos de los demás.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

- Se pudo comprobar la hipótesis: El programa psicoterapéutico es efectivo para fortalecer la independencia en pacientes con Artritis Reumatoidea, especialmente los situados en el estadio 4 según la escala de Steinbrocker
- La artritis reumatoidea es una enfermedad en la que se inflaman las articulaciones produciendo dolor y dificultad para el movimiento, tiene una duración variable, irregular y en general larga, por lo que es una enfermedad crónica.
- La Artritis Reumatoidea se presenta con más frecuencia en mujeres, pero afecta también a hombres, no es una enfermedad propia de la edad avanzada y aunque puede aparecer en ancianos, se presenta con mayor frecuencia de los 45 a los 55 años de edad, y también puede afectar a niños. Se presenta con más frecuencia en personas con especial predisposición genética, sin embargo no es una enfermedad hereditaria, la causa es desconocida y no es contagiosa.
- Los síntomas más comunes son el dolor en las articulaciones grandes y pequeñas del cuerpo, se comprobó que mientras las personas con artritis reumatoidea se encuentran con un factor estresante, mayor probabilidad tienen de caer en una crisis, esto significa los síntomas se intensifican y entran en periodos de depresión, frustración, dependiendo totalmente de las demás personas para realizar cualquier actividad.
- Las personas con artritis reumatoidea en su mayoría presentan depresión, ansiedad, baja autoestima, fatiga, sentimiento de minusvalía, sin embargo las terapias psicológicas que recibieron y los talleres impartidos en el programa ayudaron a estos pacientes a resolver dichas problemáticas, se les dio alternativas para poder llevar una vida más normal, a modificar comportamientos y pensamientos negativos, es allí donde empiezan a formarse una idea diferente a la que tenían de sí mismos y de su enfermedad, y ven su progreso, poniendo en práctica todo lo aprendido a su vida cotidiana.
- Los mejores resultados del programa se obtuvieron con las personas que asistieron a todas las sesiones realizadas, y las personas que colaboraban en un cien por ciento a su rehabilitación, se comprobó que las personas que hacían en su casa los ejercicios que se les enseñó en el programa, padecían menos tiempo de rigidez matutina, los que practicaban los ejercicios de autoestima su estado de ánimo era estable, se sentían bien durante todo el día y realizaban sus actividades con poca o ninguna dificultad, por lo que poco a poco dependían menos de las demás, ayudándoles así a ser más independientes.

4. 2 RECOMENDACIONES

BASADA EN LAS CONCLUSIONES ANTERIORES,
SE PUEDE HACER LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES

A LA INSTITUCIÓN:

- Promover que los pacientes con Artritis Reumatoidea que asisten al Departamento de Reumatología del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) reciban atención de un equipo multidisciplinario, es decir que tengan no sólo tratamiento farmacológico sino también tratamiento psicológico y rehabilitación física para que así los resultados sean mucho mejores.

A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD:

- Motivar a los profesionales de la salud (médicos, psicólogos, terapeutas, etc) a darles a los pacientes con Artritis Reumatoidea información acerca de la enfermedad, así como de una alimentación balanceada, medicamentos, efectos secundarios, rutina de ejercicios terapéuticos y terapia psicológica para que así lleven su enfermedad de una manera más segura y correcta.

A LOS PACIENTES:

- Es muy importante hacer concientes a los pacientes con esta problemática que depende mucho de ellos su mejoría y estabilidad con esta enfermedad, ya que cuando tienen crisis y caen en depresión, no realizan ningún ejercicio o dejan de tomar los medicamentos, situación que empeora más aún su situación, por lo que es recomendable que sigan las indicaciones de los profesionales de la salud.

A LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS:

- Incitar a la escuela de Ciencias Psicológicas a que promueva los trabajos de investigación combinados, es decir dar apoyo psicológico a personas que padecen enfermedades crónicas o terminales, ya que son personas que sólo reciben tratamiento farmacológico y no reciben tratamiento psicológico que es de vital importancia para una pronta mejoría o tener un mejor estilo de vida.

BIBLIOGRAFÍA

MATTERSON, YOCUM, St. Clair et al
ARTRITIS RHEUMATOID
Capitulo 2 Trastornos Artríticos
Editorial Grijalbo. 1985 pp. 1589-1598

PHITHVI RAJ P.
TRATAMIENTO PRACTICO PARA EL DOLOR
Artritis Reumatoidea
PP. 170-190

Sociedad Española de reumatología
ARTRITIS REUMATOIDE
www.ser.es.com 2004

SERGEANT JS.
TRATAMIENTO TEMPRANO DE LA ENFERMEDAD REUMATOIDEA
Cual es el tratamiento
V Congreso de Reumatología 1991
Nueva editorial Interamericana, S.A. México
PP. 75-79

DR. JOSE PAL BALLERIN
ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y PROCESOS AFINES
Clases de Artritis
Grupo Editorial Norma, S.A. México
PP. 15-25

Anne Alonso y Hillel I. Swiller
PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LA PRACTICA CLINICA
Editorial El Manuel Moderno S.A. de C.V.
Mexico D.F.

Kloppenber M.
TRATADO DE MEDICINA INTERNA
Editorial La Prensa Mexicana, S.A.
México 1973
PP. 1050-1075

BIBLIOGRAFIA

Luis Alberto Ramírez Gómez
ARTRITIS Y REUMATISMO
Grupo editorial Normal, S.A.
Colombia, 1994
PP. 133

Pierre Simon - Lucien Albert
LAS RELACIONES INTERPERSONALES
Barcelona, 1983
Editorial Herder

María Andueza
DINAMICA DE GRUPOS EN EDUCACION
Editorial Trillas
México, D.F.

Dr. Luis Izquierdo
PSICOLOGIA DE LA PROFUNDIDAD Y PSICOTERAPIA
Ediciones Depalma B.A.
1973

ANEXOS

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO:

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
PROGRAMA PARA FORTALECER LA INDEPENDENCIA EN PACIENTES CON
ARTRITIS REUMATOIDEA

ENTREVISTA CLINICA

DATOS GENERALES:

NOMBRE: _____
EDAD: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____
SEXO: _____
ESTADO CIVIL: _____
RELIGIÓN: _____
DIRECCIÓN: _____
TELEFONO: _____
ESCOLARIDAD: _____
PROFESIÓN U OFICIO: _____
TRABAJO: _____
DIR. Y TEL: _____

1. Hace cuanto tiempo padece de Artritis Reumatoidea?

2. Cuales han sido los cambios que ha sufrido?

➤ Físicos:

Inflamación en las articulaciones

Deformidad

Otros: especifique: _____

➤ Psicológicos:

Depresión

Angustia

Sentimiento de minusvalía

Otros: Especifique: _____

3. Ha tomado algún medicamento o lo toma actualmente?

SI NO Cual _____

4. Ha sentido alguna mejoría al tomar este medicamento? _____

5. Ha recibido alguna vez rehabilitación para su enfermedad?

6. Cuales han sido los resultados de esa rehabilitación:

Satisfactorios Buenos Regulares Malos Ninguno

Otros: especifique _____

7. Que actividades ha dejado de hacer por la enfermedad (artritis reumatoidea)

8. Con que frecuencia necesita ayuda de otra persona para realizar alguna actividad?

Muy seguido Regularmente Ocasionalmente Muy rara vez

Otros: especifique: _____

9. Como desempeña sus actividades personales?

Sin ninguna dificultad Con un poco de esfuerzo

Con ayuda de otra persona La realiza completamente otra persona

Otros: especifique: _____

10. Como se siente actualmente?

Triste de mal humor preocupado inútil

Desvalido Como una carga para los demás

Otros: especifique _____

11. Se ha acoplado a vivir con la enfermedad?

Muy bien bien mal no se acostumbra no la acepta

Porque: _____

12. Cual es su ocupación actual y porque? (para personas que aún trabajan)

Actividades manuales recreativas domesticas

Otros Especifique: _____

Porque:

Falta de movimiento en miembros

Perdida de la fuerza muscular

Deformidad en las articulaciones

Perdida de sensibilidad y coordinación

Otros: especifique _____

Pronóstico:

Tratamiento Psicológico: Si No

Terapia Individual y /o grupal Si No

Rehabilitación (terapia ocupacional) Si No

Tiempo de la rehabilitación _____

FECHA DE LA ENTREVISTA: _____

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: _____

FIRMA DEL ENTREVISTADOR: _____

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

PROGRAMA PARA FORTALECER LA INDEPENDIENCIA EN PACIENTES CON

ARTRITIS REUMATOIDEA

GUIA DE OBSERVACIÓN

ASPECTO	BUENA	REGULAR	DEFICIENTE
Que estado de animo denota el paciente?			
Se aísla de los demás?			
Como es su apariencia personal?			
Como está su higiene?			
Es una persona dependiente?			
Tiene actitudes positivas?			
Como son sus relaciones sociales?			
Evidencia perdida de peso o desnutrición?			
Expresión verbal?			
Colabora con la terapia?			
Presta interés en la mejoría de su salud			
Es una persona activa?			
Tiende a tener la mirada hacia abajo?			

OBSERVACIONES:

PROGRAMA PARA FORTALECER LA INDEPENDENCIA **EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

Realizado Por: WENDY ARGUETA HERNÁNDEZ

En La primera sesión se iniciará con la presentación de la coordinadora del Programa a realizarse, seguido se establecerá rapport con los participantes del programa, se iniciará hablando de Artritis Reumatoidea, se pedirá la participación de los asistentes para comprobar el conocimiento que tienen acerca de su enfermedad, la calidad de vida que llevan y la dependencia (si existiera) de cada uno de ellos. Seguidamente se hablará de factores psicológicos, como la es la depresión, baja autoestima, dependencia, personalidad, adaptación, comunicación, manejo del dolor, etc. Luego se les pasará una entrevista inicial que consta de 12 preguntas, esto nos ayudará a saber datos personales de los pacientes, sus actividades diarias, su estilo de vida, la relación que llevan con su familia, y con las personas con quien conviven, el grado de adaptación que tienen de su enfermedad, qué clases de medicamentos toma, el efecto que produce en ellos, que clase de rehabilitación han tenido y por cuanto tiempo. Etc. En esa sesión se pretende dar un pronóstico provisional de cada paciente acerca de su rehabilitación física y qué tratamiento psicológico se ajusta a cada persona.

El tratamiento de la Artritis Reumatoidea será aplicado por un equipo de profesionales de la salud, en la mayoría de los casos un reumatólogo, actúa como principal, pero otros profesionales como terapeutas, enfermeras, psicólogos, cirujanos, ortopedistas, etc. Ayudan a la rehabilitación física y psicológica en pacientes artríticos. El objetivo del programa para fortalecer la independencia en pacientes con artritis reumatoidea es proporcionar información concreta acerca de la enfermedad, seguido, que los pacientes vean desde otro punto de vista su enfermedad, que aprendan a convivir con ella, que se adapten a ella y que le saquen el mayor provecho a la misma. Por ello es que su rehabilitación tiene que ser física y mental, llevándolas paralelamente, es decir que de la segunda sesión en adelante se pretende dividir las en dos partes: la primera parte será a su rehabilitación física con ejercicios físicos y la segunda parte será su rehabilitación psicológica, ejercicios psicológicos acordes a la terapia como lo son relajación, terapia individual y grupal, el tipo de terapia dependerá de la personalidad de cada paciente, y el grado de problemas psicológicos que presente, esto se determinará después de las entrevistas, observaciones, test de autoestima y depresión, que se les aplicaran durante las primeras sesiones.

RUTINA DE EJERCICIOS (Primera Parte de las sesiones)

Ejercicios para disminuir el dolor:

EJERCICIOS DE FLEXIBILIDAD Y FORTALECIMIENTO:

Empezar con cinco repeticiones de cada ejercicio y no incrementar el número de repeticiones hasta después de una semana.

1. Moverse despacio y con gentileza, no tirar de los músculos.
2. Respirar profundamente, no sostener la respiración, ni respirar rápido, puede contar en voz alta cuando haga algún ejercicio para asegurarse de que respira sin dificultad.
3. Cerrar los ojos y tratar de relajarse lo más posible, con música ambiental o instrumental proporcionada por el coordinador y seguir las instrucciones del mismo.
4. Después de cinco minutos de relajación continua el siguiente ejercicio.

EJERCICIOS PARA EL CUELLO

Girar la cabeza hacia la derecha hasta ver sobre su hombro derecho y luego lo mismo hacia la izquierda. Luego lleve suavemente la barbilla hacia abajo y hacia arriba. Esto ayudará a aliviar el estrés de la mandíbula y la parte superior de la espalda. Llevar la oreja derecha hacia el hombro derecho sin levantar el hombro y repetir el movimiento del otro lado.

EJERCICIOS PARA LOS HOMBROS Y CODOS

Con Los brazos rectos y pegados al cuerpo o descansando las manos en sus piernas suavemente haga círculos completos con los dos hombros. De atrás para delante y después de adelante para atrás, seguido lleve las dos manos a sus hombros doblando los codos, respire profundo y con la exhalación estire los brazos hacia el techo como si quisiera alcanzarlo y estire también los codos, para que sus brazos queden rectos hacia arriba. Esto le ayudará a relajar los hombros y la parte alta de la espalda.

Deje colgando el hombro que va a ejercitar frente a usted, manteniendo una sensación de relajamiento o desprendimiento del mismo y comience a hacer pequeños círculos con su brazo, este ejercicio le ayudará a ejercitar un hombro adolorido y sin movimiento o con movimiento limitado.

EJERCICIOS PARA LAS MANOS Y LAS MUÑECAS:

Comience el ejercicio doblando primero las articulaciones medias de los dedos, después doble a nivel de los nudillos de tal forma que las yemas de los dedos toquen la palma. Mantenga esta posición momentáneamente y estire los

dedos de las manos y la palma, extendiéndolo lo mas posible. Después forme el símbolo de la letra o, tocando la yema de los dedos con la yema del pulgar, hágalo con todos los dedos de la mano. Ponga la mano sobre la mesa, doble la muñeca hacia arriba y abajo. Coloque la mano de tal manera que sólo los dedos quedan fuera de la mesa, manteniendo los dedos estirados y juntos, lleve los dedos hacia arriba y abajo. Frente a una mesa mantenga el codo cerca de su cuerpo y toda la mano sobre la mesa. Sin mover el codo o el brazo, voltee la palma hacia arriba y abajo, si se ayuda con la otra mano tome el antebrazo y no la muñeca o la mano.

EJERCICIOS PARA EL TRONCO Y LA ESPALDA

Mueva solamente de la cintura hacia arriba, gire la cintura hacia la derecha e izquierda alternando el movimiento, el propósito de este ejercicio es aumentar la flexibilidad del tronco para facilitarle voltear hacia cualquier lado, trate de alcanzar con un brazo una cuerda imaginaria que cuelga arriba de su cabeza, después imagine que la cuerda le jala hacia el lado opuesto del brazo que levanto, permitiéndole inclinar su tronco hacia esa dirección.

EJERCICIOS PARA LAS CADERAS Y LAS RODILLAS

Acostado boca abajo lleve los talones hacia sus glúteos lo mas posible, estirando los músculos. Este ejercicio es bueno para estirar los músculos de las piernas después de caminar o estar de pie largos periodos. Separe las piernas y comience el ejercicio rotando desde la cadera, lleve la rodilla hacia adentro y hacia fuera. Este ejercicio ayuda a mantener la flexibilidad de las caderas. Manteniendo las piernas estiradas lance con control una pierna hacia atrás y luego la otra, no arquear demasiado la espalda. Este ejercicio incrementa la movilidad de la espalda y fortalece las caderas.

EJERCICIOS PARA LOS TOBILLOS Y LOS PIES

Levante los pies y comience haciendo círculos completos con los tobillos hacia la derecha y luego hacia la izquierda. Ponga un rodillo de madera bajo el arco del pie y de masajes a la planta, moviendo el rodillo hacia delante y atrás.

EJERCICIOS PARA EL FORTALECIMIENTO

Acostado BOCA abajo levante las piernas hacia atrás alternando. De pie utilizando una silla permanezca derecho y mantenga una pierna paralela a la otra. Comience el ejercicio levantando la pierna hacia fuera de la línea media del cuerpo. Sentado en una silla estire la pierna hacia delante contrayendo el músculo, ponga una mano sobre el músculo para sentir la contracción, manteniendo la rodilla lo más derecha posible empuje hacia fuera con el talón y haga pequeños círculos con el pie. Este ejercicio fortalece la rodilla.

Cruce las piernas un poco mas arriba de los tobillos, sus piernas pueden estar estiradas o doblar las rodillas. Comience empujando la piernas de arriba hacia abajo, y al mismo tiempo haga resistencia con la pierna de abajo.

RUTINA DE EJERCICIOS TERAPÉUTICOS: (Segunda Parte de las sesiones)

DINÁMICA DE GRUPOS: Antes de iniciar las dinámicas de grupo creo necesario tener presente los siguientes términos los cuales se detallan a continuación.

- ◆ **DINÁMICA:** Parte de la mecánica que trata de las leyes del movimiento en relación con las fuerzas que lo producen.
- ◆ **GRUPO:** Pluralidad de seres o cosas que forman un conjunto material o mentalmente considerado.
- ◆ **DINÁMICA DE GRUPO:** Movimiento y energía producidos por una pluralidad de seres que forman un grupo.

El grupo toma determinada dirección movido por una serie de fuerzas complejas, a veces difíciles de precisar: energía, cambios, reacciones, actividades, retrocesos, aciertos, equivocaciones, etc. La dinámica de grupo es el resultado de las fuerzas del grupo. Las fuerzas físicas, al comunicarse, producen un cambio, y este cambio puede ser educativo, es decir, se puede aprovechar ventajosamente para la educación. Del medio del grupo sus integrantes extraen los elementos vitales para su desarrollo, ingredientes que hacen crecer, estimular y activar las potencialidades. *La dinámica de grupos es elemento eficaz para cambiar cualitativamente al individuo.*

De la variedad de individuos nace el progreso del grupo, ya que un grupo donde todos piensan igual se anquilosaría. De esta manera del enfrentamiento de las diversas fuerzas surge la dialéctica vigorosa, LA DINAMICA DE GRUPO.

DISCUSIÓN

OBJETIVOS DE LA DINAMICA:

- ◆ Despertar el interés de los participantes
- ◆ Favorecer el desarrollo de la capacidad de reflexión, análisis y síntesis
- ◆ Diagnosticar la comprensión lograda por los participantes
- ◆ Intercambiar ideas y opiniones haciendo consideraciones sobre un tema o problema.
- ◆ Lograr habilidad para expresarse defendiendo sus propios criterios.

INFORMACION:

INTEGRANTES: El grupo y maestro coordinador. Máximo, veinte integrantes.

TIEMPO: En principio, una hora. Si persiste el interés puede prolongarse, aunque no excesivamente.

LUGAR: Colocarse en círculo alrededor de una mesa grande, para que los participantes puedan verse cómodamente.

PLANEAMIENTO: Definir claramente el objetivo, determinar de antemano el tema que se desea discutir y hacer la discusión más viva e interesante.

DESCRIPCION: Un grupo pequeño trata un tema o problema en discusión libre e informal dirigido por un coordinador. Alumnos y maestro consideran juntos ciertos temas o problemas, intercambian o confrontan ideas, conocimientos, criterios, etc. a fin de analizarlos, aclararlos, explicarlos y resolverlos. Constituye esta técnica un excelente medio de aprendizaje, ya que es el grupo el que participa activamente en el proceso del conocimiento mediante la intercomunicación, la exposición de puntos de vista contrastados, el ordenamiento del pensamiento, la facultad de razonamiento y el análisis crítico.

DESARROLLO: El coordinador hace una breve introducción para ubicar al grupo en el tema elegido y poder formular la primera cuestión, dando así marcha al diálogo. Debe guiar la discusión sin presiones, dar la palabra oportunamente, a fin de que todos logren los objetivos propuestos. Es deseable que el coordinador no intervenga propiamente en la discusión, sino que sirva como guía, pidiendo que se explique con precisión alguna idea.

CORRILLOS

OBJETIVOS DE LA DINAMICA:

- ◆ Promover la participación activa de todos los miembros del grupo, por numeroso que éste sea.
- ◆ Obtener en poco tiempo las opiniones de todos los integrantes del grupo
- ◆ Despertar el interés de las personas al comenzar un programa
- ◆ Informarse sobre los intereses del grupo.

INFORMACION:

INTEGRANTES: Todo el grupo

TIEMPO: Veinte o veinticinco minutos para la discusión del corrillo y diez minutos para la exposición oral de las conclusiones.

LUGAR: Debe realizarse en un lugar cómodo, las sillas deben estar colocadas en círculos.

PLANEAMIENTO: Hágase la división del grupo en corrillos y asígnese un número para deshacer las camarillas, Prepárense copias escritas de las preguntas que se formularán en papeletas, al menos una para cada grupo.

DESCRIPCION: Se trata de una táctica educativa que divide un grupo grande en varios pequeños, para facilitar la discusión. Cada equipo discute un tema con objeto de llegar a conclusiones parciales. Más tarde, de los informes de todos lo equipos se extrae la conclusión general. El coordinador redacta preguntas sobre el tema a discutir, las cuales se formulan en tarjetas y se distribuyen a los equipos integrantes del grupo. Mientras los equipos trabajan, el coordinador circula por el salón de clase a fin de observar su actividad.

DIALOGOS SIMULTANEOS

(buzz sesiones)

OBJETIVOS DE LA DINAMICA:

- ◆ Para obtener opiniones compartidas
- ◆ Obtener la participación de todo el grupo.
- ◆ Recoger sugerencias.
- ◆ Obtener datos de diversas fuentes
- ◆ Intercambiar opiniones e ideas.

INFORMACION:

INTEGRANTES: Todo el grupo dividido en parejas.

TIEMPO: De dos a tres minutos.

LUGAR: Salón de clase u otro lugar adecuado y confortable

PLANEAMIENTO: No requiere preparación, ya que se emplea cuando se necesita conocer sólo una opinión sobre un tema, problema, etc.

DESCRIPCION: La técnica del diálogo simultáneo consiste en la división de un grupo grande en parejas, para hablar sobre un tema o cuestión determinados en voz baja sin molestar a los demás. Precisamente dialogar significa hablar en voz baja a otra persona, de manera que los demás no se enteren. El grupo trabajan simultáneamente en grupos de dos. Durante la sesión puede obtenerse una opinión compartida sobre una pregunta formulada al conjunto. Se plantea una pregunta y se pide a la pareja que busque la mejor solución y comunique el resultado en unos minutos.

DESARROLLO: El coordinador invita al grupo a discutir acerca de alguna cuestión prevista o imprevista. Cada miembro puede hablar con el que se encuentre a su lado. Sin necesidad de cambiarse de lugar. De las respuestas de todos, el coordinador extrae la respuesta final.

PHILLIPS 66

OBJETIVOS DE LA DINAMICA:

- ◆ Para Obtener participación de todos los miembros del grupo.
- ◆ Obtener información del grupo.
- ◆ Obtener solución democrática del grupo ante un problema

INFORMACION:

INTEGRANTES: Todo el grupo

TIEMPO: Seis minutos para la discusión, un minuto por persona.

LUGAR: Una sala lo suficientemente grande como para que puedan colocarse los subgrupos.

PLANEAMIENTO: El coordinador debe conocer el procedimiento y saber utilizarlo. La técnica Phillips 66 surge de improviso en cualquier momento de una reunión.

DESCRIPCION: Un grupo grande se divide en varios pequeños formados por seis personas, para discutir durante seis minutos un tema y llegar a una conclusión. De los informes de los subgrupos se extrae la conclusión general.

DESARROLLO: El coordinador explica la técnica Phillips 66 e indica la agilidad con que deben trabajar los grupos. Cada subgrupo debe nombrar

un coordinador que dirija y un secretario que anote la conclusión. Cada miembro expone su opinión durante un minuto. El coordinador pide al secretario que lea las conclusiones de cada grupo, y de ser posible, que las anote en el pizarrón a fin de que el grupo se entere de las diversas opiniones de los subgrupos. Y se deducen la conclusión general.

TORBELLINO DE IDEAS (BRAINSTORMING)

OBJETIVOS DE LA DINAMICA:

- ◆ Desarrollar la imaginación creadora.
- ◆ Ejercitar la imaginación creadora tratando de encontrar ideas originales
- ◆ Encontrar nuevas soluciones a los problemas

INFORMACION:

INTEGRANTES: Personas dispuestas a liberar sus inhibiciones.

TIEMPO: Sin horario

LUGAR: Sitio tranquilo, cómodo don no haya interrupciones ni interferencias.

PLANEAMIENTO: El grupo debe conocer el tema que se va a trabajar con suficiente antelación, a fin de pensar en él y de que actúe sobre el inconsciente de los participantes.

DESCRIPCION: La técnica del torbellino de ideas consiste en que los miembros de un grupo hablen con toda libertad, despojados de inhibiciones, sobre un tema o cuestión, con objeto de producir ideas originales, generar nuevas soluciones y establecer nuevas relaciones entre hechos e integrarlos de manera distinta. El ser humano no sólo puede razonar sino crear e intuir. Brainstorming se traduce al español como "torbellino de ideas", mina de ideas promoción de capacidades creativas, discusión creadora.

DESARROLLO: Esta técnica se basa en el supuesto psicológico de que si las personas actúan con toda libertad, en un clima informal, para expresar lo que se les ocurra ya sea real, imaginario, fantástico, extravagante, lógico, existe la posibilidad de que surja la idea brillante y creadora. Fantástica realidad que surge de la fantasía, vuelo de imaginación llevada por la informalidad mental.

EL RITMO

OBJETIVOS DE LA DINAMICA:

- ◆ Experimentar una escucha exacta de otra persona, su ritmo vital y su originalidad individual
- ◆ Autoexpresión individual y grupal a través de ritmo.
- ◆ Representación simbólica del tiempo, de la vida y de la muerte.

INFORMACION:

INTEGRANTES: De seis o más personas cada grupo

TIEMPO: De 3 a 5 minutos por participante, aproximadamente.

PLANEAMIENTO: Cada miembro del grupo por turno, intenta marcar un ritmo creado por él, mediante los múltiples recursos manos, pies, dientes, lengua...) del instrumento que es su cuerpo.

DESCRIPCION: Este ritmo que será más bien sencillo, será después repetido por el grupo.

DESARROLLO: El creador del ritmo dirigirá la ejecución hasta que este satisfecho de la interpretación efectuada por el grupo. Se tomará conciencia de la dificultad de transmitir informaciones y de retransmitir en coro.

LA SOLUCION DE UN PROBLEMA

OBJETIVOS DE LA DINAMICA:

- ◆ Este ejercicio permite analizar la comunicación de informaciones pertinentes para la solución de un problema de grupo.

INFORMACION:

INTEGRANTES: Grupo de 7 a 9 personas, puede haber algunos observadores.

TIEMPO: De 30 a 60 minutos.

MATERIAL: Instrucciones que figuran a continuación. 14 tarjetas en las que están registradas informaciones y que son distribuidas por el coordinador.

PLANEAMIENTO: Intercambio de informaciones verbales Feed-Back

DESCRIPCION: Problema:

Francisco acaba de llegar a Sudamérica, donde viven ciertas tribus indígenas que tienen una forma distinta de la convencional de medir el tiempo y las distancias. Francisco va del pueblo A al pueblo D pasando por los pueblos B y C. La tarea del grupo consiste en determinar en menos de 20 minutos el tiempo en wors (medida) que ha empleado francisco para ir de A a D-

DESARROLLO: Cada persona escoge aproximadamente el mismo número de tarjetas de información y las guarda sin mostrarlas a nadie. Los miembros del grupo pueden transmitirse oralmente todas las informaciones que deseen. El grupo no debe elegir un líder, pasados los 20 minutos el grupo se reúne para analizar la experiencia vivida.

PROYECCION SOCIAL

OBJETIVOS DE LA DINAMICA:

- ◆ Permitir a cada miembro del grupo proyectar una imagen sobre los demás miembros.
- ◆ Experimentar los sentimientos experimentados hacia ellos.
- ◆ Permitir que cada miembro se dé cuenta de cómo es percibido por los demás.

INFORMACION:

INTEGRANTES: De 6 a 12 personas

TIEMPO: 10 minutos por participante

LUGAR: Un lugar amplio y adecuado para la realización de dicha dinámica

PLANEAMIENTO: Cada miembro de un grupo designa en el grupo:

Un padre, una madre, un hermano, o hermana, y un amigo. Explica porque hace esta elección dirigiéndose a la persona escogida y mirándola fijamente a la cara.

DESCRIPCION: Cada persona escogida puede, si lo desea hacer un comentario sobre los sentimientos que le produce el hecho de haber sido escogida.

YO SOY TÚ Y TÚ ERES YO

OBJETIVOS DE LA DINAMICA:

- ◆ Intentar ponerse en la piel del otro, desempeñar su rol.
- ◆ Comprender sus motivaciones.
- ◆ Desenmascarar mediante una exageración las fachadas.

INFORMACION:

INTEGRANTES: Un mínimo de 6 personas y un máximo de 16

TIEMPO: De 5 a 10 minutos por participante.

PLANEAMIENTO: Cada participante, por turno, designa a otro participante del grupo.

DESCRIPCION: Los participantes designados intercambian sus roles, y cada uno de ellos intenta <ser el otro> durante un mínimo de cinco minutos. Transcurridos los cinco minutos el grupo comunica sus impresiones a los dos participantes que escuchan en silencio.

DESARROLLO: Cuando todos los participantes han cambiado de rol por lo menos una vez con otro miembro, y nadie debe designar a otro para el intercambio, el grupo analiza sus emociones durante el ejercicio e intenta comprender el fenómeno de la empatía y sus consecuencias vitales.

EJERCICIOS TERAPÉUTICOS

ENSAYO CONDUCTUAL: Este método consiste sencillamente en ensayar bajo circunstancias óptimas y típicas la conducta necesaria para alguna situación crítica o de prueba. Por ejemplo, se podría ensayar tomando pruebas sincronizadas y tomar nota de la velocidad y exactitud con que uno procede al principio, en la parte intermedia o al final de la prueba. Se podría ensayar los papeles en las situaciones sociales, por ejemplo, cómo pedir algo a un miembro del sexo opuesto. El ensayo puede ser al principio un intento ficticio de resolver algún problema interpersonal pero podría ayudar a resolver problemas reales de habilidad o de rendimiento. Simplemente se trata de un esfuerzo por poner en práctica la conducta deseable o necesaria. A menudo el terapeuta puede ayudar al paciente-cliente, a discernir elementos específicos de un complejo o habilidad conductual, que al paciente no reconoce al principio ayudándolo a avanzar a través de etapas sucesivas hasta lograr una ejecución más hábil de la conducta necesaria.

INHIBICIÓN RECÍPROCA: Wolpe postuló éste término como la posible característica principal de su enfoque terapéutico. Consiste en inhibir determinada tendencia conductual mediante su recíproco u opuesto. Así si el paciente está relajado no puede estar ansioso; la manera de combatir la ansiedad es aprender a practicar el relajamiento. El individuo inhibe recíprocamente su tendencia a morderse las unas apartándose las manos de la boca y del rostro, y utilizándolas en alguna actividad manual. Podría demostrarse que cualquier conducta tiene su opuesto, o alguna conducta contraria que inhibe, o hace menos probable la anterior. Según se ha mencionado, la inhibición recíproca tiene amplia aplicación de la terapia wolpiana y en realidad, la aplican hasta cierto grado todos los terapeutas, aunque ellos tal vez no lo discernan ni lo admitan. Se podría ofrecer un simple catálogo de conductas correctivas indicando la conducta opuesta a la indeseada.

ESCRITURA (O TERAPIA DE ESCRITURA): Esto es simplemente cuestión de utilizar la escritura, en lugar de palabras habladas para comunicar problemas (escribir nuestras preocupaciones emocionales en vez de hablar de ellas) y para encontrar soluciones. En el campo de la modificación de la conducta no se le ha dado importancia a este método; la escritura es a menudo más permanente y específica que los métodos orales. Así mismo tratándose de "ansiedades estereotipadas" el paciente podría escribir sus preocupaciones en vez de pensar y hablarse a si mismo acerca de ellas. La escritura como medida terapéutica es relativamente específica y económica y puede proporcionar más autorreforzamiento que el simple hecho de hablar del problema.

CONDUCTAS META: En cierto sentido, se trata de una técnica conductual, con alto grado de especificidad y en otro sentido constituye un método de base amplia para enfocar la solución de problemas en general. Las conductas exactas que han de cambiarse se convierten en objetivos o metas, especificándolas con claridad, partiendo de algún conocimiento respecto a cómo cuando y dónde ocurren y enfocando hacia ellas los trabajos de modificación. Todas las técnicas conductuales depende en sumo grado de especificar las conductas metas que se deben cambiar.

RESUMEN:

PROGRAMA PARA FORTALECER LA INDEPENDENCIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

El Programa se ejecutó en el Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.), Departamento de Reumatología a cargo del Dr. ERICK ROSAL PALOMO. La población que se atendió fue de 50 pacientes, de ambos sexos, que tienen artritis reumatoidea, con problemas de dependencia (no pueden valerse por si mismos), baja autoestima, frustración, depresión, aislamiento. Estos pacientes fueron referidos del área médica y del departamento de fisioterapia. Se atendió a pacientes internos y externos. La población que asistió a este centro hospitalario fueron de sexo masculino y femenino entre las edades 23 a 80 años de edad.

El objetivo del programa para fortalecer la independencia en pacientes con artritis reumatoidea es proporcionar información concreta acerca de la enfermedad, seguido, que los pacientes vean desde otro punto de vista su enfermedad, que aprendan a convivir con ella, que se adapten a ella y que le saquen el mayor provecho a la misma.

Los procedimientos o métodos utilizados para la rehabilitación de pacientes con artritis reumatoidea tiene que ser física y psicológica, llevándolas paralelamente, la primera parte será a su rehabilitación física con ejercicios físicos y la segunda parte será su rehabilitación psicológica, ejercicios psicológicos acordes a la terapia como lo son relajación, terapia individual y grupal, el tipo de terapia dependerá de la personalidad de cada paciente, y el grado de problemas psicológicos que presente, esto se determina después de las entrevistas, observaciones, test de autoestima y depresión, que se les aplican, se habló de factores psicológicos, como la es la depresión, baja autoestima, dependencia, personalidad, adaptación, comunicación, manejo del dolor, etc.

Los resultados de dicho programa fueron satisfactorios, ya que en la ultima sesión, se hizo una evaluación a cada paciente en donde se les preguntó cuanto habían aprendido acerca de su enfermedad, cuanto les había ayudado el programa en relación a ejercicios terapéuticos, de relajación, la terapia psicológica individual y grupal, y las respuestas fueron todas positivas, es decir que los ejercicios para la disminución del dolor los practican todos los días y su rigidez matutina es menor y la tienen en menor tiempo, los ejercicios de relajación han sido de beneficio para ellos ya que se mantienen muy estresados, con la terapia psicológica aunque fue de pocas sesiones notaron el cambio ya que saben que un periodo estresante, de depresión, ansiedad, etc. predispone a una crisis de su enfermedad, por lo que si lo evitan de gran manera, evitan también los periodos activos de la enfermedad.