



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TERAPIA OCUPACIONAL
SEDE SANTIAGO

LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LAS ESFERAS FÍSICA Y SOCIOEMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR DIAGNOSTICADO CON ARTRITIS REUMATOIDE.

Seminario de Título para optar al Grado de Licenciado en Ciencias de la Ocupación
Humana.

Alumnos: Andrés Raúl Bustamante Barrios.
Brenda Paola Espejo García.
Tomás Pablo García Urzúa.
Marianela Betzabet Navarro Gómez.
Erick Mitchell Pérez Pozo.
Camila Fernanda Toro Vásquez.

Profesor Guía: Rosario Conte Delpiano, ©Docente de Terapia Ocupacional,
Universidad San Sebastián. Magíster en Terapia Ocupacional mención Psicosocial y
Postítulo de Neurodesarrollo para pacientes adultos en Universidad de Chile.

Profesor Guía Metodológico: Molina Holmes, Guillermo. ©Doctorado en Antropología
Social. UCN-UCN, U. Católica del Norte y U. de Tarapacá y Magíster en Administración
y Gestión de Recursos Humanos.

Santiago – Chile

2018

©Andrés Bustamante Barrios, Brenda Espejo García, Tomás García Urzúa, Marianela Navarro Gómez, Erick Pérez Pozo, Camila Fernanda Toro Vásquez.

Se autoriza la reproducción parcial o total de esta obra, con fines académicos por, por cualquier forma, medio o procedimiento, siempre cuando se incluya la cita bibliográfica

HOJA DE CALIFICACIÓN

En Santiago, el _____, de diciembre de 2018, los abajo firmantes dejan constancia que los alumnos _____ han aprobado la tesis para optar al título de _____ con una nota de _____.

Nombre y firma de docente evaluador

Nombre y firma de docente evaluador

DEDICATORIA

Dedicada a nuestros Docentes de la Universidad San Sebastián quienes nos educaron en el día a día, Terapeutas Ocupacionales quienes nos enseñan a vivir la vida a pesar de las barreras y limitantes existentes, y a nuestros Adultos Mayores Chilenos quienes son un ejemplo de vida.

AGRADECIMIENTOS

Con estas palabras quisiéramos agradecer, en primer lugar a nuestros docentes: Rosario Conte, Guillermo Molina, Katherine Vázquez y Claudio Betancourt, docentes de la Escuela de Terapia Ocupacional de la Universidad San Sebastián, quienes con valores como la templanza, tolerancia, responsabilidad y el respeto, nos guiaron y orientaron durante el proceso de desarrollo de esta investigación.

También agradecemos a las familias Bustamante Barrios, Espejo García, García Urzúa, Navarro Gómez, Pérez Pozo y Toro Vásquez, quienes han entregado apoyo, amor y cariño a los ejecutores de esta tesis. Por otra parte, agradecemos a las personas que fueron importantes en nuestra vida, quienes construyeron y aportaron al desarrollo personal de cada uno de nosotros, a las cuales recordamos con mucho amor y que hoy en día no se encuentran con nosotros: Luisa Reyes, Romelio del Carmen Cáceres, Patricio Urzúa, y Rosa Belmar.

También agradecemos a Paloma Mami, que nos motivó y acompañó a través de su música durante el desarrollo de la presente tesis.

Finalmente, damos las gracias a los profesionales de Terapia Ocupacional, que participaron de esta investigación y que conformaron parte de nuestra muestra, por su tiempo, conocimiento y confianza, ya que sin ellos, este estudio no hubiera sido posible.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	1
Capítulo 1: Antecedentes del Problema	2
1.1 Formulación del problema.....	2
1.2 Justificación e importancia de la investigación.....	4
1.3 Delimitación.....	6
1.4 Limitaciones.....	7
1.5 Estado del Arte.....	8
1.6 Pregunta de investigación.....	16
1.7 Objetivos de la investigación.....	17
Capítulo 2: Marco Teórico y Conceptual	19
2.1 Adulto mayor.....	19
2.2 Artritis reumatoide.....	20
2.2.1 Esfera física “clínica”.....	21
2.2.2 Esfera física “Diagnostico”.....	22
2.3 Esfera socioemocional.....	23
2.3.1 Emociones negativas.....	23
2.3.2 Emociones positivas.....	24
2.3.3 Apoyo social en la AR.....	25
2.3.4 Resiliencia y su relación con autoestimas en la AR.....	25
2.4 Tratamiento de la Artritis Reumatoide.....	25
2.4.1 Tratamiento Farmacológico.....	25
2.4.2 Tratamiento No farmacológico.....	26
2.4.2.1 Terapia Ocupacional.....	27
Capítulo 3: Metodología	31
3.1 Metodología elegida.....	31
3.2 Paradigmas y perspectivas filosóficas que las sustentan.....	32
3.2.1 Paradigma cualitativo.....	32
3.2.2 Paradigma Narrativo.....	33
3.2.3 Paradigma Interpretativo.....	33

3.2.4 Paradigma Critico.....	34
3.3 Diseño de la investigación.....	34
3.4 Descripción de las técnicas e instrumentos.....	36
3.5 Diseño del instrumento.....	37
3.6 Criterios de credibilidad utilizados.....	37
Capítulo 4: Análisis y Discusión de Resultados.....	39
4.1 Análisis de los resultados.....	39
4.2 Discusión de los resultados.....	47
Capítulo 5: Conclusión.....	50
Lista de referencias bibliográficas.....	52
Anexos.....	58
Anexo N°1: Instrumento de Medición.....	58
Anexo N°2: Carta de Presentación.....	61
Anexo N°3: Consentimiento Informado.....	62
Anexo N°4: Matriz de Vaciado.....	64
Anexo N°5: Matriz de Vaciado, en base a respuestas de profesionales entrevistados.....	84
Anexo N°6: Tablas del grado de recomendación de tratamiento según MINSAL.....	92

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo general, caracterizar la importancia del Tratamiento desde la Terapia Ocupacional en las Esferas Física y Socioemocional de un Adulto Mayor diagnosticado con Artritis Reumatoide.

La Artritis Reumatoide es una enfermedad que afecta a los Adultos Mayores Chilenos, caracterizándose por la inflamación crónica y destrucción progresiva de las estructuras articulares y periarticulares. Al ser una enfermedad progresiva impacta en la calidad de vida de las personas, produciendo alteraciones funcionales que limitan el desempeño ocupacional y la participación en actividades cotidianas.

La metodología utilizada en nuestra investigación es de carácter cualitativa, la cual comienza con la elaboración y utilización de una entrevista semi-estructurada para conocer qué intervención han entregado los Terapeutas Ocupacionales a los Adultos Mayores con Artritis Reumatoide en distintos servicios de salud de la Región Metropolitana y además de una revisión de literatura científica relacionada al tema investigado.

Como principales resultados se obtiene la importancia de considerar que el Tratamiento de Terapia Ocupacional entregado a los adultos mayores adquiera una mirada holística a pesar de las limitantes existentes por parte de los sistemas de salud de Chile, considerando que para buscar el bienestar y salud integral de los adultos mayores se deben consideren sus características, estado afectivo, manejo de dolor, adaptaciones en hogar, uso de ayudas técnicas, contexto, entorno, entre otros; temas relevantes que son manejados por el profesional de Terapia Ocupacional para lograr así un tratamiento oportuno e integral.

Finalmente, se realizó un análisis de los resultados, en el cual se encontraron temas relevantes que podrían ser abordados en futuras investigaciones como: El Terapeuta Ocupacional desde los servicios de salud en Chile se enfoca principalmente en la esfera física del adulto mayor diagnosticado con artritis reumatoide, limitando su intervención en la esfera socioemocional, ya que esta puede ser intervenida por otros profesionales del área de la salud como el psicólogo, sin embargo, el Terapeuta Ocupacional se encuentra capacitado y posee las competencias necesarias para abordar un tratamiento holístico, tomando en consideración todas las áreas del desempeño de la persona, siendo este profesional quien además puede prevenir, manejar y otorgar un tratamiento más oportuno al adulto mayor diagnosticado con Artritis Reumatoide.

Palabras claves: Adulto Mayor, Tratamiento, Terapia Ocupacional, Esfera física, Esfera socioemocional, Artritis Reumatoide.

ABSTRACT

The present investigation has as its general objective to characterize the importance of treatment from Occupational Therapy in physical and social-emotional areas of an adult diagnosed with rheumatoid arthritis.

Rheumatoid Arthritis is a disease that affects older Chilean adults, characterized by chronic inflammation and progressive destruction of the articular and periarticular structures. To be a progressive disease impacts on people's quality of life, producing functional alterations that may limit the occupational performance and participation of day-to-day activities.

The methodology used in our research is qualitative in nature, which begins with the establishment and use of a semi-structured interview to know what intervention have delivered Occupational Therapists to Older Adults with Rheumatoid Arthritis in different contexts of health services in the Metropolitan Region and in addition to a review of scientific literature related to the topic under investigation.

As main results is obtained it is important to consider that the treatment of Occupational Therapy Delivered to older adults acquire a holistic look despite the existing constraints on the part of the health systems, considering that to search for the well-being and comprehensive health of older adults are considered to be their characteristics, the affective state, pain management, adaptations in the home, use of technical aids, context, environment, among others; such knowledge are handled by the Occupational Therapy so as to achieve a timely treatment.

Finally, an analysis of the results was conducted, which found relevant topics that could be addressed in future research such as: The Occupational Therapist from the health services in Chile focuses mainly on the physical sphere of the elderly diagnosed with rheumatoid arthritis, Separate your intervention in the social-emotional sphere, since this can be intervened by other professionals in the health area as is the psychologist, however, the Occupational Therapist is trained and possesses the necessary skills to approach a holistic treatment, taking in consideration all the areas of the person, being this professional, who can also prevent, manage and grant a more timely treatment to the elderly diagnosed with Rheumatoid Arthritis.

Key words: Older Adult, Treatment, Occupational Therapy, Physical sphere, Social-emotional sphere, Rheumatoid Arthritis.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación buscó recabar datos cualitativos en relación a la Artritis Reumatoide y sus métodos de intervención desde la Terapia Ocupacional en las esferas física y socioemocional, considerando como población objetivo al adulto mayor de Chile.

El motivo de la investigación nace a partir de la escasez de información respecto al tratamiento que otorga el profesional de Terapia Ocupacional, como también por la existencia de personas conocidas o familiares de los integrantes del grupo que presentan esta enfermedad.

Al considerar la muestra estudiada, se distinguen diversos factores de riesgo relacionados con la sintomatología de la Artritis Reumatoide, los cuales repercuten en el estado socioemocional del adulto mayor, y esto a su vez agrava aún más la sintomatología física de la enfermedad, además puede generar la aparición de nuevas condiciones de salud, por otro lado, se informa de cómo estas condiciones influyen en el mantenimiento y/o mejoramiento del bienestar de salud de la persona, respecto a su calidad de vida y participación en actividades cotidianas.

Considerando todos los antecedentes mencionados, la presente investigación busca describir y analizar el tratamiento que recibe el Adulto Mayor diagnosticado con Artritis Reumatoide considerando las esferas física y socioemocional, desde la perspectiva de distintos profesionales de Terapia Ocupacional y mediante un estudio de metodología cualitativa, en el cual se analizó la información obtenida, considerando una mirada holística e integral desde la Terapia Ocupacional.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Según el último estudio realizado por el Ministerio de Salud sobre la carga de enfermedad, realizado en Chile el año 2007, la Artritis Reumatoide aparece entre los 25 problemas de salud en mujeres como causa de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA) en el tramo de edad entre los 45 a 74 años. Este único estudio a nivel poblacional realizado en Chile estimó la prevalencia de la enfermedad en 0.46% (IC 95% 0.24 a 0.8). Considerando estos últimos valores y población del censo del año 2002, ello implicaría que el número de individuos con Artritis Reumatoide en Chile estaría entre 27.000 y 90.000.

Considerando la alta frecuencia de la enfermedad, su cronicidad y el significativo impacto individual, social y emocional que tiene, debe ser una prioridad sanitaria para establecer un tratamiento estandarizado integral desde la Terapia Ocupacional de acuerdo a la mejor evidencia científica disponible o por certificar, lo que permitirá optimizar el uso de los recursos y debiera minimizar el impacto anteriormente nombrado de la enfermedad. En relación a la adultez mayor la prevalencia aumenta, aproximadamente un 5% en mayores de 60 y en relación a la población está 1:1 entre hombres y mujeres (MINSAL, 2010).

La problemática de investigación nace principalmente de las experiencias personales, debido a que la mayoría de los integrantes del equipo conoce y/o tuvo algún contacto con adultos mayores que han sido diagnosticadas con Artritis Reumatoide. Dichas

experiencias están enfocadas puntualmente en que el tratamiento que se entrega está relacionado ante el manejo del dolor principalmente.

Las personas que presentan Artritis Reumatoide no perciben claramente la relación entre sus estados de ánimo y las consecuencias que éstos producen. El usuario, al percibir que su condición de salud se va deteriorando debido a las características sintomatológicas de la patología, en algunos casos, puede llegar a percibir una falta de control sobre la situación. Lo anterior lleva al usuario a perder la confianza en sí mismo y al debilitamiento progresivo de su autoestima, lo que a su vez podría influenciar su percepción de autoeficacia y reforzar la desesperanza ante su enfermedad.

Por lo descrito anteriormente se asume que la Artritis Reumatoide es una enfermedad multisistémica. El incremento en la severidad de los síntomas de la enfermedad (cambios biológicos) puede producir la aparición de ansiedad, depresión y desesperanza (cambios emocionales), y una disminución en la habilidad para trabajar o realizar las tareas domésticas (cambios sociales), las que pueden incrementar el dolor y la incapacidad (Keefe, Smith, Buffington, Gibsoon, Studts y Calwell, 2002 Fide Vinaccia et. al, 2004). Por ello, incidir sobre éstas y otras variables psicológicas puede favorecer la adaptación a los cambios en el estilo de vida, que conlleva esta patología, sin embargo, esta adaptación está directamente relacionada con las características individuales del usuario y su adecuación al tratamiento recibido.

Lo anterior permite comprender la importancia de identificar cuáles son esas variables y entender bajo qué mecanismos operan, con el objetivo de lograr un abordaje integral de la enfermedad e incidir sobre el bienestar físico, emocional y social de los usuarios con Artritis Reumatoide que por ser una enfermedad crónica, su trastorno orgánico funcional puede persistir un largo tiempo y obligar a modificar el estilo de vida del usuario (Brannon y Feist, 2001).

Las aproximaciones físicas de Terapia Ocupacional evaluadas a partir de su evidencia, incluyen: entrenamiento de la función motora y articularia de extremidades

superiores, entrenamiento de habilidades para el desempeño, educación sobre pautas de protección articular y técnicas de conservación de la energía aplicadas en actividades cotidianas, prescripción, educación y consejería en uso de ayudas técnicas y adaptaciones para facilitar las actividades cotidianas, y terapia ocupacional multicomponente (Minsal, 2014).

La focalización desde la Terapia Ocupacional es principalmente física frente a la Artritis Reumatoide, no obstante, es importante mencionar que como profesionales de la salud, estamos capacitados para abordar todas las áreas del desempeño de la persona, tales como el ámbito social, emocional, físico y adaptar los contextos en los que se desenvuelve la persona si así fuese necesario. Sin olvidar la promoción del desempeño y funcionamiento óptimo del propio usuario.

El Terapeuta Ocupacional comprende a las personas como un sistema multidimensional en el cual influyen diversos aspectos que se relacionan mutuamente y están en constante intercambio de información, por lo tanto, el profesional se caracteriza por estar capacitado para proporcionar un tratamiento integral y con una mirada holística.

1.2 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Según la Guía Clínica GES de Artritis Reumatoide (MINSAL, 2014), describe que “dicha enfermedad afecta de manera predominante a las mujeres y se ha reportado una relación de 3 y hasta 8 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres”. No obstante, considerando la población del censo del año 2002, el número de individuos con AR en Chile estaría entre 27.000 y 90.000 pacientes. En el último estudio de carga de enfermedad, realizado en Chile el 2007, la Artritis Reumatoide aparece entre los 25 primeros problemas de salud en mujeres como causa de AVISA (Años de Vida Ajustados por Discapacidad) en el tramo de edad entre los 45 y 74 años. Considerando su alta frecuencia, su cronicidad y el significativo impacto individual y social que la enfermedad tiene, es una prioridad sanitaria establecer un plan de diagnóstico y tratamiento estandarizado de acuerdo a la mejor evidencia científica

disponible, lo que permitirá optimizar el uso de los recursos y debiera minimizar el impacto personal y social de la enfermedad” (MINSAL, 2014, p.13).

La Artritis Reumatoide, al ser una enfermedad idiopática y autoinmune, se considera complejo delimitar el curso evolutivo que tendrá en cada usuario, su principal característica es el dolor, el que se convierte en un objetivo fundamental a la hora de iniciar una intervención, pero además, se hacen presentes emociones que también jugarán un papel dentro de esta patología. Las tres emociones negativas con mayor presencia y afectación de los pacientes con AR, son la tristeza, la ansiedad y la ira. Desde la psicopatología podemos asegurar que los dolores somáticos tienen directa relación con afecciones emocionales y/o psicológicas (Adasme D, 2017). Psicólogo clínico que explica la somatización de ciertas emociones en nuestro cuerpo. La sintomatología depresiva produce una disminución en el umbral y tolerancia al dolor. La mayor preocupación de los pacientes con depresión por su cuerpo, unida a las interpretaciones de las sensaciones fisiológicas, activa los receptores nociceptivos. La ansiedad aumenta el estado de alerta de los pacientes hacia cualquier síntoma físico que pueda estar relacionado con problemas de salud, es decir un estado de hipervigilancia (McCracken, Faber y Janeck, 1998; Peters, Vlaeyen y Cuneen, 2002 Fide Redondo et. al 2008). “La ira, está asociada a determinados cambios fisiológicos, como el aumento de la tensión muscular, que van a traer consigo aumentos en los niveles de dolor” (Burns, Wiegner, Derleth, Kiselica y Pawl, 1997; Flor y Turk, 1989 Fide Redondo et. al, 2008).

Estos factores pueden ser tratados por los Terapeutas Ocupacionales, con diversas técnicas de intervención, debido al ámbito teórico y profesional que se les ha entregado al momento de su formación. Por lo tanto el profesional está capacitado para abordar ambas esferas en el usuario de manera integral y holística (Vasquez. K, 2017). Profesora y Directora de la Carrera Terapia Ocupacional, de la Universidad San Sebastián, sede Los Leones de Providencia, Región Metropolitana, quien menciona tal importancia. La Terapia Ocupacional permite que las personas de todas las edades vivan la vida óptimamente, ayudando a promover la salud, estilos de vida saludables,

cambios ambientales y enseñando a las personas a vivir mejor con una enfermedad o discapacidad. Al observar un usuario, en el ámbito psicológico, físico, emocional y social, la Terapia Ocupacional ayuda a lograr sus objetivos, funcionando al nivel más alto posible, dada su comprensión profunda de la anatomía, la patología, las demandas físicas y emocionales de las actividades de la vida diaria. (Frost y Harmeyer, 2011). Entonces podemos concluir que el Terapeuta Ocupacional posee las capacidades y competencias para entregar un tratamiento integral, abordando las esfera física y socioemocional de forma simultánea, tratando el dolor y la posterior deformidad presente en los adultos mayores que padecen esta patología.

1.3 DELIMITACIÓN

Para el desarrollo de la presente investigación se han determinado palabras claves que guían y orientan el tema, para recopilar información teórica que justifique la investigación:

- Adulto Mayor.
- Artritis Reumatoide.
- Tratamiento.
- Terapia Ocupacional.
- Esfera física.
- Esfera socioemocional.

En relación a la metodología a utilizar en esta investigación, es de tipo cualitativa y los criterios de inclusión que se aplicarán en el presente estudio desde los profesionales son:

- Terapeutas Ocupacionales con conocimiento en el área de adultos mayores con Artritis Reumatoide.

Por otra parte los criterios de exclusión que se encuentran son:

- Terapeutas Ocupacionales que no posean experiencias en el tratamiento de la Artritis Reumatoide.
- Las experiencias narradas por los Terapeutas Ocupacionales deben ser a lo más de 10 años.

1.4 LIMITACIONES

Dentro de las dificultades que se presentan en nuestra investigación, se identifican aspectos sociales y personales, tales como:

- Escasez de profesionales a entrevistar.
- Que el investigado(a) no desee referirse y/o hablar de experiencias vivenciadas a través de su profesión, por considerarlo como un tema privado, esto referente al momento de efectuarse una entrevista.

Con respecto a las unidades de análisis nuestro estudio metodológico cualitativo, comienza tras una búsqueda y revisión bibliográfica, donde se indaga acerca de la importancia del tratamiento en la esfera física y socioemocional desde la Terapia Ocupacional, específicamente en adultos mayores diagnosticados con Artritis Reumatoide.

Tras una revisión sistemática en la cual se incluyen datos nacionales e internacionales, llevando a cabo esta búsqueda en las base de datos electrónicas obtenidas al ser estudiantes regulares de la Universidad San Sebastián, dentro de estas encontramos; Scielo, Marco de Trabajo de la AOTA, Dialnet, entre otras que se encontraban en el periodo de no más de 10 años y este último punto enfocado a la viabilidad de la investigación. Los marcadores de búsquedas utilizados fueron basados los conceptos claves para la investigación los cuales fueron: Artritis Reumatoide, Adulto Mayor, Terapia Ocupacional, Esfera Física y Esfera Socioemocional.

En relación al instrumento metodológico a utilizar se hace referencia a una entrevista, de índole Semi-estructurada (cualitativo), esta es validada a través de la triangulación, en relación a la utilización de fuentes de datos, de investigadores y ambientes de estudio, con esto se busca generar patrones de convergencia para la investigación, con los cuales se reflejen el cumplimiento de los objetivos planteados (Benavides M 2005). El método de acceso a estos datos será a través de la metodología de “Snow ball” o Bola de nieve, es decir, a través del acercamiento a casos (Terapeutas Ocupacionales con conocimiento en el área de adultos mayores con Artritis Reumatoide) de investigación singulares, se busca generar un proceso de recopilación de nuevos casos y a su vez estos casos lleven a otros para aumentar el tamaño de la muestra, esto variará según la accesibilidad, lo cual dependerá de los tipos de servicio de salud donde se encuentren presentes la intervención de Terapeutas Ocupacionales y los requisitos que tengan para poder acceder a la información.

En relación a la viabilidad de la patología se hace referencia a la prevalencia de la misma en la población de Chile, el avance científico por parte de la farmacología y el aumento de la población adulta mayor, estos factores en concordancia dan como resultado la viabilidad de la investigación.

1.5 ESTADO DEL ARTE

Según la guía clínica del MINSAL (2014), la Artritis Reumatoide afecta a la vida de las personas que la padecen, principalmente en sus relaciones personales, la forma en que desempeñan sus actividades de la vida diaria e incluso en su consideración de autoestima. Reducir este impacto y poder conservar la calidad de vida de estas personas depende de variados factores, dado que esta patología trae consigo síntomas emocionales como ansiedad, tristeza e ira. El momento en que la persona es capaz de convivir con ella, es un proceso verdaderamente complicado y doloroso, que en ocasiones estos síntomas emocionales afectan negativamente para el bienestar de salud, dado que en los períodos críticos, donde la sintomatología está presente de

manera más importante, puede afectar y en el peor escenario retroceder los avances logrados por el usuario.

Dicho lo anterior, la Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica de tipo inflamatorio, de causa desconocida, que afecta principalmente a las articulaciones, donde sus manifestaciones son variadas y produce diversos grados de molestias y limitaciones en la vida (Reyes et. al, 2015).

La Artritis Reumatoide en general es simétrica y a veces remitente. Sin embargo, si no se logra controlar produce destrucción progresiva de las articulaciones afectadas, con deformaciones asociadas. Por tanto quienes no logran un buen resultado terapéutico, generarán una alteración músculo esquelética progresivamente importante, por ello es de suma importancia que desde el momento en que la persona es diagnosticada, no debe pasar más de un mes para poder iniciar su tratamiento específico, ya sea de manera individual y/o grupal y teniendo siempre en cuenta las características individuales de la persona (Reyes et. al, 2015).

El tipo de tratamiento de una persona diagnosticada con Artritis Reumatoide debiese contar con educación sobre la enfermedad, educación y entrenamiento de ejercicios y reposo, servicios de Terapia Ocupacional, kinesiología, psicólogo, reumatólogo y otras modalidades terapéuticas no farmacológicas, tales como termoterapia, tape neuromuscular, láser, entre otros, sin olvidar que también existe un tratamiento farmacológico, entre estos se encuentran los analgésicos, aines, corticoides, etc. Respecto al tipo de tratamiento que la persona requerirá, se debe tener conocimiento que a pesar de que la Artritis Reumatoide es idiopática, existen ciertos factores de riesgos que hay que considerar como parte de la historia de la persona y para el seguimiento que se tendrá luego de especificar un tratamiento (Minsal, 2010).

Existen algunos factores de riesgo que pueden iniciarse desde el comienzo en que la persona ha sido diagnosticada con Artritis Reumatoide, inclusive, se habla que un 26% enfoca a las emociones negativas como las generadoras de la patología (Quiceno, J., & Vinaccia, S., 2011). Tras una persistente búsqueda bibliográfica se ha llegado a concluir que estos factores no solo suelen ser de rasgo físico, sino que también socioemocionales, los cuales afectan de muchas maneras a estas personas. Es sumamente importante reconocer a estos factores físicos y socioemocionales, ya que pueden agravar más la enfermedad de la persona.

Uno de los factores emocionales es la ansiedad, la cual juega un papel importante al aumentar la tensión muscular en la persona, lo que consecuentemente agrava los síntomas de características musculares. Por otro lado se hace presente la tristeza, esta produce cambios fisiológicos que disminuyen el umbral del dolor, aumentando la sensibilidad en la persona para percibir esta sensación. Por último se encuentra la ira, la cual produce una importante disminución respecto a la efectividad de los analgésicos. Siendo estos tres estados emocionales los que influyen constantemente en la atención hacia el dolor que siente la persona, volviéndose un dolor crónico (Quiceno, J., & Vinaccia, S., 2011).

En base a las emociones negativas, también se debe considerar la resiliencia y su relación con el autoestima, la autoeficacia y el autocontrol, debido a que se desempeña un rol importante en cuanto a la manera en que la persona se posiciona frente a circunstancias adversas que presenta la Artritis Reumatoide, si ocurre una desmotivación por parte de la persona, su adecuación al tratamiento será nula o los avances esperados no se alcanzarán, por otra parte, en el mejor escenario la persona apuntaría a la superación de ese evento o circunstancia presentada, lo que sería considerado como factor protector (Quiceno, J., & Vinaccia, S., 2011).

Un ejemplo claro se puede apreciar si esta persona que padece de Artritis Reumatoide correspondiere a un adulto mayor, aquí se debe tener en consideración que una de las principales áreas que se afectan negativamente son sus relaciones interpersonales, lo que desprotege directamente de recursos y apoyo a la persona para que pueda sobrellevar su situación. Por lo tanto, resulta esencial conocer cuáles son los patrones de interacción predominantes entre la enfermedad y las diferentes esferas de su vida. Considerando de manera esencial que profesionales del área de la salud puedan llevar a cabo un tratamiento integral y multidisciplinar a partir de una base de conocimientos previos obtenidos de una evaluación. Es por esto que existe una estrecha relación entre la esfera socioemocional y los factores de la Artritis Reumatoide.

Por todo lo anteriormente mencionado, es sumamente relevante intervenir desde la esfera socioemocional en los pacientes con dolor crónico (como la AR), ya que, no solo se va fomentar un mayor bienestar emocional-psicológico, sino que también se disminuirá la experiencia de dolor y con ello se puede promover un mayor grado de funcionalidad en el día a día de la persona y en sus roles sociales, el cual beneficiará las áreas, socioemocional, física y los síntomas de la enfermedad, por tal motivo, es importante hacer esta mención, ya que a nivel general en estudios sobre la resiliencia de pacientes crónicos, se ha encontrado que la autoestima y la confianza en sí mismo promueven la adaptación a la enfermedad (Kralik, Van Loon & Visentin, 2006 Fide Quiceno et. al, 2011). Por otro lado, otras investigaciones refieren que las personas con una enfermedad crónica y que se enfrentan a periodos de hospitalización, desarrollan procesos de crecimiento o aprendizaje y disfrutan incluso más la vida (Vera, Carbelo & Vecina, 2006 Fide Quiceno et. al, 2011). Además las personas resilientes aparte de poseer una alta autoestima y estabilidad emocional, poseen elevados niveles fisiológicos de endorfinas. Efectos positivos de la resiliencia sobre la fisiología y la salud que probablemente funcionan a través del afrontamiento (Horner, 1998 Fide Quiceno et. al, 2011). Al respecto, Lundman (2010) plantea que poseer altos niveles de resiliencia, posibilita regular los efectos negativos del estrés, a su vez que se aumenta el autoestima, el control personal y las expectativas de autoeficacia que en momentos

de enfermedad favorecen la sobrevivencia y la búsqueda de un afrontamiento más adaptativo (Quiceno et. al, 2011).

Algunos estudios indican que reforzar tanto la autoestima como el lugar de control interno ha sido asociado con bajos niveles de reactividad de cortisol en situaciones de estrés (Simeon et. al, 2007 Fide Quiceno et. al, 2011). Por consiguiente, estudios de resiliencia en muestras de pacientes con Artritis Reumatoide en los que se ha evaluado el dolor corporal, han hallado que los efectos positivos de la resiliencia en relación con el dolor, resultan del incremento del bienestar personal, y también de los cambios en la evaluación cognitiva de autoeficacia que promueven otras nuevas formas de afrontamientos al dolor (Strand et. al, 2006 Fide Quiceno et. al, 2011).

Aunque la posible influencia de factores psicológicos en el curso de la Artritis Reumatoide fue reconocida a principios de siglo, la investigación psicológica en este área no se inició hasta que (Alexander et. al, 1950 Fide Redondo & Tobal, 2001) incluyó esta patología como uno de los siete desórdenes psicosomáticos más importantes. Surgieron entonces un gran número de investigaciones que centraron sus esfuerzos en la búsqueda de rasgos de personalidad específicos en la población de pacientes con AR, hipotetizando que existía una “Personalidad Artrítica”, presente antes de la aparición de la enfermedad y que predispone al individuo a su padecimiento (Anderson et. al., 1985). En relación a la “personalidad artrítica” se postuló que ciertos rasgos de personalidad, tales como la depresión, hostilidad, compulsividad y expresión emocional restringida, estaban asociados con la Artritis Reumatoide. Sin embargo, la evidencia surgida con posterioridad, sustentada en planteamientos metodológicos más firmes, ha sido incapaz de corroborar dichos datos. Hoy en día se acepta que en los pacientes con enfermedades reumáticas predomina una gran heterogeneidad que dificulta enormemente el apoyo de un perfil de personalidad típico (Belloch, 1995 Fide Bonaccorsi et. al, 2003).

Desconocemos cuál es el papel exacto que juegan las emociones negativas en el desarrollo y mantenimiento de las enfermedades crónicas, así como tampoco en qué

medida influyen, pero es la propia enfermedad la que provoca la aparición de estados emocionales negativos. A pesar de todo ello, los trabajos revisados nos han permitido resaltar algunas variables de la propia enfermedad artrítica, como son el dolor, la incapacidad funcional y la actividad de la Artritis Reumatoide, que se relacionan significativamente con las tres emociones negativas trabajadas, depresión, ansiedad e ira, siendo esta relación clave para el mantenimiento de la enfermedad reumática, y para la propia adaptación del paciente a la enfermedad (Redondo M. y Tobal J., 2001).

Al observar la imagen completa de un usuario, encontramos las esferas psicológica, física, emocional y social, en donde el Terapeuta Ocupacional ayuda a las personas a lograr sus objetivos abarcando estas áreas, apoyando a que su funcionamiento esté al nivel más alto posible, manteniendo o reconstruyendo su independencia, y el participar en las actividades cotidianas de la vida diaria. Los profesionales de esta área son expertos en la educación de la salud a las personas y familias que viven con enfermedad crónica. La disminución de la capacidad física, de la movilidad y los factores estresantes cotidianos, requieren ser reconocidos por los profesionales, para lograr que estos apoyen el manejo del estrés y las estrategias de afrontamiento a través del ejercicio o técnicas de relajación, así como también la autogestión y participación en actividades terapéuticas y programas de ejercicios que disminuyen el dolor y la depresión, aumentando las habilidades funcionales, mejorando el sueño y la salud general (Frost & Harmeyer, 2011).

Así mismo se han encontrado un gran número de trabajos que han tomado como variable dependiente el dolor y han estudiado a partir de ahí los factores que predicen o explican su aparición, refiriéndose a la depresión como uno de estos factores, a través de análisis de varianza o de regresión. Con este diseño, se ha observado que la depresión predice el dolor y la discapacidad en los pacientes con AR (Redondo, M., León, L., Pérez M., Jover, J., & Abasolo, L., 2008).

“En cuanto a la ansiedad generada por el dolor, lleva a los pacientes a estar más alerta hacia cualquier síntoma físico que pueda estar relacionado con problemas de salud, es decir les lleva a un estado de hipervigilancia hacia el dolor o hacia cualquier estímulo doloroso” (Redondo et. al 2008 p. 367). “La presencia de hipervigilancia ha sido probada en pacientes con fibromialgia y en pacientes con Artritis Reumatoide, de forma que los sujetos con ambas patologías médicas parecen ser significativamente más sensibles a un ruido aversivo y a la estimulación somática que los controles sanos” (Ferguson y Ahles, 1998; McDermid, Rollman y McCain, 1996 Fide Redondo et. al, 2008, p.359-378).

En lo que se refiere a las relaciones entre la ira y el dolor, los trabajos muestran que tanto la manifestación interna como externa de ira aumentan la percepción de dolor por parte de las personas. Las explicaciones que se han planteado para dar cuenta de esta relación sugieren, que la experiencia de ira está asociada a determinados cambios fisiológicos, como el aumento de la tensión muscular, que van a traer consigo aumentos en los niveles de dolor (Bruehl, Burns, Chung, Ward y Johnson, 2002 Fide Redondo et al, 2008).

En efecto es de gran relevancia el poder conocer y entender cuál es el tratamiento que realiza el Terapeuta Ocupacional frente al estrés, ira, dolor crónico, depresión y ansiedad, que son asociados a la Artritis Reumatoide. Para el manejo de estrés y dolor en una persona con Artritis Reumatoide, el Terapeuta Ocupacional propondrá la realización de actividades que facilitan una respuesta de relajación, en las cuales destacan principalmente la meditación y el *mindfulness* (como concepto psicológico es la concentración de la atención y la conciencia), en las cuales se le solicita al usuario focalizar su atención hacia un lugar diferente al de sus problemas y preocupaciones cotidianas, donde este nivel de atención deberá estar centrado bajo un cierto estímulo o actividad que otorgue significación al usuario, y así pueda conllevar motivación hacia su realización. Como por ejemplo, la relajación muscular ha sido una de las técnicas más utilizadas en pacientes con Artritis Reumatoide dado que mejora entre otros aspectos la percepción del dolor (Moreno et. al, 2015).

Otra estrategia de intervención que el Terapeuta Ocupacional puede realizar es la modificación de rutina y hábitos del usuario para potenciar los sistemas del individuo (físico y emocional principalmente) e incrementar la función en ocupaciones como de autocuidado, trabajo, y ocio y tiempo libre. Cuyo fin es actuar en la mejora de percepción del dolor del usuario, así como también en valores de autoeficacia y calidad de vida de pacientes con Artritis Reumatoide.

La aplicación de técnicas de relajación favorece la disminución de los niveles de estrés generales, lo que ha ayudado a modificar el umbral con que se percibe el dolor, dada la influencia del estado de relajación sobre la dimensión emocional-afectiva y cognitivo-evaluadora del dolor. La relación entre las técnicas de relajación y el dolor, se han estudiado, y se ha podido comprobar que los sujetos que utilizan estas técnicas manifiestan puntuaciones menores de dolor, lo que reduce la cantidad de fármacos consumida, un ejemplo de técnica más utilizada en la patología de artritis reumatoide es la relajación muscular (Alarcon, J., 2017).

Se concluye que la intervención de Terapia Ocupacional anteriormente propuesta, produce una disminución en la percepción del dolor, aumento de la autoeficacia para controlar las manifestaciones de la enfermedad, y un aumento en la calidad de vida de los pacientes que padecen Artritis Reumatoide. Los usuarios aprenden estrategias y habilidades para el control del dolor, para desarrollar las actividades de la vida diaria con un menor uso articular y energético, reduciendo la percepción de ansiedad y manteniendo un equilibrio en el desempeño ocupacional (Neira, F., & Ortega, J. 2006).

La depresión causada principalmente por la baja participación y limitación de actividades en la vida diaria impacta mayoritariamente en la calidad de vida. Esta depresión es conllevada por ciertos factores y situaciones como mayor número de caídas y temor a caerse, restricción y reducción de participación en actividades e incremento de la dependencia en actividades de mayor demanda física (Aravena, 2017).

El Terapeuta Ocupacional bajo este ámbito puede proporcionar un cambio positivo en la capacidad funcional del usuario para lograr disminuir estos síntomas depresivos, este cambio se lleva a cabo bajo la búsqueda de redes de apoyo para la realización de actividades o netamente soporte para su enfermedad, otro factor importante es la aceptación de tratar con la permanencia de síntomas, ya que la Artritis Reumatoide al ser una enfermedad crónica, dichos síntomas se mantienen en el tiempo. Además mencionar que la participación del usuario en actividades es primordial para evitar la restricción de ellas mismas a causa de la depresión (Aravena, 2017).

Finalmente si hablamos también de la ansiedad que puede presentar un adulto mayor a causa de la Artritis Reumatoide, podrán verse factores asociados, tales como: el gasto energético, la agresión articular y tomando importancia que a mayor nivel de ansiedad, mayor será el nivel de dolor percibido. Esta emocionalidad negativa puede prevenirse o ser apoyada por el Terapeuta Ocupacional mediante una evaluación exhaustiva, para identificar los puntos fuertes y débiles del usuario en el desarrollo de su día a día. De esta forma, tanto el usuario como el Terapeuta Ocupacional crearán y desarrollarán objetivos que aborden aquellos déficits existentes y fomenten las habilidades del adulto mayor.

1.6 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Es importante considerar en un tratamiento de Terapia Ocupacional la esfera física y socioemocional de un Adulto Mayor diagnosticado con Artritis Reumatoide?

Entendiendo que el Terapeuta Ocupacional comprende al ser humano como un ser holístico, este debe intervenir de forma integral a las personas, por esto es necesario evaluar tanto los aspectos físicos como socioemocionales en el estado en que se encuentra el adulto mayor y en función del contexto en donde se realiza el tratamiento. Además uno de los objetivos más importantes que tiene la Terapia Ocupacional es prevenir y/o disminuir las discapacidades y obstáculos que aparecen como consecuencia de trastornos físicos, psíquicos, sensoriales o sociales, limitando el

desempeño en ocupaciones de la persona y que se desenvuelva con independencia y autonomía en su medio (Jiménez, A., & Rusell, O., 2000).

Con lo anteriormente mencionado desde la esfera física, se reconoce que el adulto mayor que padece de Artritis Reumatoide considera como principal síntoma el dolor, y posteriormente debido a estos síntomas se evidencian complicaciones a niveles de emocionalidad negativa como: ira, depresión y ansiedad, efectos que toman un papel protagónico, agravando la situación de su enfermedad y el desempeño del usuario en su diario vivir. Es por ello que el tratamiento debe estar enfocado en la sintomatología primaria, pero también en la secundaria, de esta manera se logrará un tratamiento integral en la persona, el cual favorecerá entre otras cosas, las habilidades de desempeño del usuario. Por último, es relevante considerar la importancia de intervenir las diferentes áreas que influyen en la calidad de vida del usuario, la cual marca un antes y un después por su enfermedad.

Es de gran relevancia propiciar la búsqueda de mayores análisis sobre las afectaciones que puede producir la Artritis Reumatoide en el adulto mayor y en cómo el Terapeuta Ocupacional aborda un tratamiento integral, pertinente y eficaz.

1.7 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

- Caracterizar la importancia del tratamiento desde la Terapia Ocupacional en las esferas física y socioemocional de un Adulto Mayor con Artritis Reumatoide.

Objetivos Específicos:

- Identificar problemáticas desde la esfera socioemocional en el adulto mayor diagnosticado con Artritis Reumatoide.

- Identificar la relación que existe entre las emociones negativas y el dolor crónico de la Artritis Reumatoide en el Adulto Mayor.
- Describir tratamientos desde la Terapia Ocupacional donde se trabajen las esferas física y socioemocional de manera simultánea.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1 ADULTO MAYOR

Según el criterio de Naciones Unidas y asumido por el Gobierno de Chile establecido en la Ley 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, define como adulto mayor a toda persona que ha cumplido los 60 años, sin diferencia entre hombres y mujeres. Desde SENAMA se ha promovido la utilización del término adulto mayor, como también persona mayor, en reemplazo de tercera edad, anciano, abuelo, viejo, senescente que pueden ser entendidos en un sentido peyorativo y que se asocian a una imagen negativa, discriminatoria y sesgada de la vejez (SENAMA, 2016).

En la población Chilena , de acuerdo al Servicio Nacional del Adulto Mayor, hay 2.683.000 personas sobre 60 años, el 15,6% de la población total, y hay gran evidencia de que el porcentaje irá en aumento. En el país, la esperanza de vida es de 82 años para las mujeres y de 77 años para los hombres , y para 2025 se espera que la población mayor de 60 años constituya un 20%, más que los menores de 15 años (SENAMA, 2012).

SENAMA, comenta que la funcionalidad es la capacidad que tiene una persona para llevar por sí misma la orientación de sus acciones y realizar las actividades de la vida diaria desde el punto de vista psíquico, físico y social (SENAMA 2016). El Adulto Mayor se clasifica según su nivel de funcionalidad:

- *Adultos Mayores Autovalentes*: Se considera a un adulto mayor autovalente a aquella persona que es capaz de realizar diversas actividades básicas de la vida diaria (educarchile, 2012).

- *Adultos Mayores Dependientes*: Se considera a un adulto mayor dependiente a aquella persona que posee restricción, ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño en las actividades de la vida diaria (educarchile, 2012).

No se debe olvidar que si no se actúa de manera eficiente, responsable o autónoma debido a alguna limitación que presenta el sujeto, esta podría llegar a ser una dificultad más adelante, expresándose de manera funcional, económica, social y psicológica, conllevando y dependiendo de estos factores que un adulto mayor sea dependiente o autovalente en su diario vivir.

2.2 ARTRITIS REUMATOIDE

Según el ministerio de salud (MINSAL, 2014), la Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria sistémica, crónica, autoinmune de etiología desconocida, donde su principal órgano blanco es la membrana sinovial. Esta enfermedad se caracteriza por poseer inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, con posible compromiso sistémico extra-articular en cualquier momento de su evolución. Desde las fases iniciales de la enfermedad, la Artritis Reumatoide afecta de manera significativa a las actividades diarias de las personas que la padecen, no solo en sus aspectos físicos, como lo es, el dolor crónico generado a causa de la Artritis Reumatoide, sino que también se encuentran presentes aspectos emocionales importantes a considerar, aquellos que la persona puede llegar a presentar, tales como ansiedad, ira o tristeza, sin olvidar el aspecto económico existente para responder a los tratamientos, ya sean farmacológicos o no farmacológicos.

La enfermedad afecta de manera predominante a las mujeres y se ha reportado una relación de 3 y hasta 8 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres, presentando un mayor porcentaje de prevalencia a partir de los 60-74 años, convirtiéndose en uno de los 25 primeros problemas de salud en mujeres en el tramo de edad entre los 45 y 74 años (Minsal, 2014, p13.).

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. (OMS, 2015).

“Desde las fases iniciales de la enfermedad, la Artritis Reumatoide afecta de manera significativa a las actividades diarias de las personas que la padecen, no solo en sus aspectos físicos, como son las actividades ocupacionales o de recreo, sino también en los aspectos sociales, psicológicos y económicos” (Minsal, 2014, p12.).

2.2.1 Esfera Física “Clínica”

Los principales signos y síntomas, incluyen dolor, rigidez e inflamación, este último causado por la inflamación de la membrana, el cual produce como consecuencia eritema y calor local, aunque aparecen con menos frecuencia. La aparición de dolor aparece a causa del debilitamiento de tendones, donde si este suele ser cada vez más intenso, afectará a la realización de actividades cotidianas y que la persona afectada adquiera una percepción más subjetiva de la presencia de este dolor y producir problemas en instancias de reposo. En cuanto a la rigidez está limitará el movimiento articular, siendo con mayor predominancia por las mañanas o después de inactividad prolongada. Junto con el compromiso articular, afecta además el estado general de la persona, entre ellos presentan debilidad, baja de peso, fiebre y manifestaciones extraarticulares, como tendinitis, bursitis, nódulos reumatoides, neumonitis intersticial, entre otros (Pacheco, D, 2015).

Esto genera además una dificultad con el entorno, sobre todo en las primeras etapas de la enfermedad cuando los signos y síntomas externos pueden ser mínimos, sin embargo, estos pueden llevar a las personas con Artritis Reumatoide al aislamiento y el presentar posteriormente depresión. También puede ser difícil para las personas aceptar el padecer de Artritis Reumatoide y aceptar que sus planes para el futuro y el

día a día pueden tener considerables modificaciones, ya que sus actividades de la vida diaria no serán las mismas y la patología seguirá avanzando en su evolución.

“Aunque el 15% de los pacientes presentan remisión completa hay un 10% que llegan a una etapa destructiva, sin respuesta al tratamiento. Los factores pronósticos desfavorables de la enfermedad son títulos altos de factor reumatoide, presencia de HLA-DR4 y afectación inicial de numerosas articulaciones” (Neira, F., & Ortega, J . 2006).

2.2.2 Esfera Física “Diagnóstico”

El diagnóstico se puede hacer realizando una exploración física en la persona, en la cual puede detectarse: articulaciones rígidas, hinchadas, dolorosas a la palpación y calientes; manos frías, sudorosas y con disminución de la fuerza de prensión; deformidad de la articulación metacarpofalángicas. En la enfermedad evolucionada puede presentarse subluxación y deformidad en la flexión de rodillas, tobillos, codos, muñecas, hombros, manos o pies. Suele existir una afectación proximal de las articulaciones interfalángicas, metacarpofalángicas, muñeca, codo, rodilla, tobillo y articulaciones metatarsofalángicas durante más de 6 semanas consecutivas. También puede aparecer hinchazón o efusión de las articulaciones interfalángicas, metacarpofalángicas o muñeca durante más de 6 semanas consecutivas y afectación articular simétrica. Así mismo, se pueden detectar nódulos subcutáneos sobre prominencias óseas, en zonas de los extensores o en regiones yuxtaarticulares. En las pruebas sanguíneas pueden aparecer: anemia normocrómica normocítica, aumento de la tasa de eritrosedimentación, leucocitosis, disminución de viscosidad y baja concentración de glucosa en el líquido sinovial. Factor reumatoide positivo en el 80% de los casos. Radiológicamente estos pacientes presentan: osteopenia yuxtaarticular e hinchazón de partes blandas. Cuando la enfermedad está avanzada se detecta: angostamiento de los espacios intraarticulares, erosiones de los bordes de la articulación y subluxación. Se considera que hay AR si se cumplen 4 de los siguientes 7 criterios (American Rheumatism Association 1987 Fide Neira et. al, 2006): rigidez

matutina, artritis en 3 o más articulaciones, artritis en las articulaciones de la mano, artritis simétrica, nódulos reumatoides, factor reumatoide sérico y cambios radiológicos (Neira, F., & Ortega, J . 2006.).

2.3 Esfera Socioemocional

La Artritis Reumatoide (AR) afecta al individuo a nivel cognitivo, emocional y comportamental desde el momento en que recibe el diagnóstico, esto relacionado a las funciones que se ven afectadas como el desplazamiento, el cuidado personal, el trabajo y las actividades básicas que la persona realice, alterando directa o indirectamente la independencia económica y los roles sociales de la persona, hasta los factores psicoemocionales que también se ven implicados (González, 2004; Isik, Koca, Ozturk y Mermi, 2007 Fide Quiceno et. al, 2011).

Dentro de los factores que encontramos están:

2.3.1 Emociones Negativas:

Asociadas a factores psicológicos, acá encontramos la depresión, desesperanza, la ansiedad, el estrés y los trastornos del sueño. La prevalencia de la depresión en esta patología es alta y principalmente por la incapacidad funcional de los pacientes con Artritis Reumatoide.

2.3.2 Emociones Positivas:

Es analizado desde el modelo propuesto por Fredrickson de “ensanchar y construir” emociones positivas. Según este modelo hay tres efectos secuenciales de las emociones positivas (Fredrickson, 1998, 2001 Fide Quiceno et. al, 2011):

- Ampliación: Las emociones positivas pueden ampliar tanto el pensamiento como la acción.
- Construcción: Debido a la ampliación, se favorece la construcción de recursos personales para afrontar situaciones difíciles.
- Transformación: La construcción origina la transformación de la persona, haciéndola más creativa, con un conocimiento más profundo de las situaciones,

haciéndola más resistente ante las dificultades de la vida y posibilitando una mejor integración social, esto en última instancia propiciaría y generaría la experimentación de nuevas emociones positivas (“espiral ascendente”).

2.3.3 Apoyo social en la AR:

El apoyo social hace referencia al “contexto funcional de las relaciones, integrando el grado en que las relaciones sociales implican elementos afectivos o emocionales, instrumentales o de ayuda tangible, información, etc.” (Rodríguez-Marín & Neipp, 2008, p. 102 Fide Quiceno et. al, 2011).

2.3.4 Resiliencia y su relación con autoestima en la AR:

Autoeficacia y autocontrol: La autoestima, la autoeficacia y la autorregulación, son considerados por los hallazgos empíricos sobre resiliencia como factores protectores ante el estrés y los síntomas de la enfermedad (Juth, Smyth & Santuzzi, 2008; Smith & Zautra, 2008 Fide Quiceno et. al, 2011).

2.4 Tratamiento de la Artritis Reumatoide

En todo paciente con diagnóstico de Artritis Reumatoide se recomienda iniciar su tratamiento específico desde el momento de la confirmación del diagnóstico, donde principalmente será el reumatólogo quien cumpla la función, ya que, es el especialista en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades musculoesqueléticas y autoinmunes sistémicas. Dentro del tratamiento de esta patología, se puede considerar el tratamiento farmacológico, como aquel no farmacológico.

Según Minsal 2014, los objetivos del tratamiento de la Artritis Reumatoide son los siguientes:

- Disminuir dolor.
- Controlar la inflamación articular.
- Mejorar la movilidad articular.
- Evitar la pérdida de la capacidad funcional.

- Evitar la progresión radiológica.
- Mejorar la calidad de vida.
- Incurrir en un mínimo de efectos adversos. -
- Prevenir y controlar la comorbilidad. -
- Reducir la mortalidad.
-

2.4.1 Tratamiento Farmacológico:

“Se demostró que el daño articular comienza a principios de la Artritis Reumatoide (principalmente los primeros 2 años) y que el tratamiento precoz con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARMEs), es la base de mejores prácticas para el manejo de la enfermedad” (Minsal, 2014, p29.).

- Analgésicos

“Los analgésicos en la Artritis Reumatoide sólo deben utilizarse como complemento de los fármacos antiinflamatorios no esteroidales (AINE) y la terapia FARMEs. Hay evidencia de que tanto el paracetamol y la codeína son eficaces para reducir el dolor en RA” (Minsal, 2014, p30.).

- Antiinflamatorios no esteroidales (AINEs)

“Los AINEs son de uso habitual en el tratamiento de la Artritis Reumatoide, ya sea como una ayuda sintomática mientras se realiza y confirma el diagnóstico, o durante el tratamiento de mantención como coadyuvantes en el manejo del dolor y la inflamación. Es importante señalar que ellos no alteran el curso de la enfermedad, por lo que no deben usarse como tratamiento único y nunca sustituyen a los FARMEs” (Minsal, 2014, p30.).

- Corticoides

“Los corticoides tienen acciones analgésicas y antiinflamatorias comprobadas en la AR. Sin embargo, sus múltiples efectos colaterales hacen recomendable su uso por el

menor tiempo posible y en la menor dosis posible, idealmente menor o igual a 10 mg/día” (Minsal, 2014, p32.).

- Hidroxicloroquina (HCQ)

“Los antimaláricos han sido usados en el tratamiento de la AR por muchos años. Su eficacia y toxicidad a corto plazo fue evaluada en una revisión sistemática que se incorporó y en la que se observó un beneficio significativo para varios de los resultados de interés” (Minsal, 2014, p35.).

2.4.2 Tratamiento No Farmacológico:

Cabe destacar que es importante trabajar de manera multidisciplinaria, ya que, es una enfermedad que abarca más de un pilar o esfera principal de la persona, si bien se daña una parte importante en el componente físico, también se ve afectada de manera directa los componentes socioemocionales, pues las crisis de dolores crónicos provienen puntualmente de emociones negativas. Es por esto, que la persona con AR se vería beneficiada con la participación de un Reumatólogo, Kinesiólogo, Psicólogo, Fisiatra, entre otros. (Véase en anexo en Tablas del grado de recomendación de tratamientos).

2.4.2.1 Terapia Ocupacional:

La Terapia Ocupacional es una profesión del área de salud que se encarga de la rehabilitación y bienestar de la persona mediante la ocupación, acá el Terapeuta Ocupacional juega un rol fundamental, ya que es quien realiza “entrenamientos a las habilidades motoras y praxis, lo que incluye también, movimientos articulatorios de extremidades superiores, de habilidades para el desempeño; educación sobre pautas de protección articular y técnicas de conservación de la energía aplicadas en actividades cotidianas; prescripción, educación y consejería en uso de ayudas técnicas y adaptaciones para la facilitación de actividades cotidianas; y Terapia Ocupacional

multicomponente (combinando todas las modalidades terapéuticas previamente referidas” (Minsal, 2014, p49.).

Connelly (2007) plantea que desde el dolor crónico de la Artritis Reumatoide se debe considerar que es parcialmente influido por el avance de la enfermedad, pero en mayor medida por los estados emocionales negativos de la persona, por esto se plantea la importancia de trabajar a nivel de intervención diaria sobre la regulación emocional, ya que, es clave para entender la experiencia del dolor (Connelly, 2007 Fide Quiceno y Vinaccia, 2011).

No obstante, es importante destacar que hay literatura que comenta sobre el impacto de las emociones negativas en la evolución de la Artritis Reumatoide, y cómo esta, afecta la calidad y funcionalidad de vida de las personas que la padecen. Por lo que el Terapeuta Ocupacional puede desarrollar e instruir en técnicas o estrategias frente a la regulación emocional o crisis emocionales, las cuales generan los puntos más altos de dolores crónicos. Dentro de ellas, podemos encontrar las técnicas de respiración y la técnica de distracción la cual disminuye la intensidad del dolor (Orozco & Castiblanco, 2015).

Otra técnica no farmacológica usada desde la Terapia Ocupacional para combatir los síntomas de la Artritis Reumatoide, es el “enfrentamiento” como el automanejo, el cual permite tener control sobre los síntomas y consecuencias socioemocionales. También, se evidencia la psicoeducación a la familia sobre las consecuencias socioemocionales de la Artritis Reumatoide en el paciente, además de enseñarles a sobrellevar esta patología y algunas técnicas que podrían favorecer la funcionalidad y la dinámica familiar; además se realiza una psicoeducación individualizada al Adulto Mayor sobre la triada entre las emociones negativas, el dolor crónico y el enfoque positivo que se puede obtener al manejar y/o controlar ciertas situaciones o emociones que desencadenan o generan estos dolores intensos (Cotarelo et. al, 2013).

De igual manera, se encuentra otra alteración que se relaciona directamente con el dolor del individuo, es el trastorno del sueño, ya que, hay autores que señalan que es el dolor el que interfiere el sueño, y que a su vez este trastorno exagera el dolor (Quiceno & Vinaccia, 2011). Es por esto, que el Terapeuta puede implementar estrategias específicas para el control de estos trastorno, como por ejemplo educación frente a eliminar estímulos externos que interfieran en el descanso del individuo, como alarmas, teléfonos, etc.; preparar la habitación, dejar lo necesario en su mesa de noche, y por último utilizar la cama solo con fines de dormir. Fagundez.C (2018).

Modelo Persona- Ambiente- Ocupación (PAO)

El modelo Persona- Ambiente-Ocupación (PAO), es decididamente flexible, lo que lo asemeja a muchos enfoques de ambiente-comportamiento. Los elementos del modelo están ampliamente definidos para permitir la adaptación y la expansión a situaciones prácticas específicas.

Este modelo orienta a los profesionales de Terapia Ocupacional a considerar las relaciones interactivas y dinámicas que comprenden el desempeño ocupacional. La flexibilidad y la sencillez del modelo facilitan su uso en todos los ambientes de la Terapia Ocupacional.

El modelo describe el desempeño ocupacional como el resultado de una relación interactiva entre las personas, sus ocupaciones y los ambientes en los que viven, trabajan y juegan.

Este modelo se enfoca en tres aspectos y en conjunto, tomando a la persona, ambiente y ocupación (Willard y Spackman. 2005. p. 229).

Aspectos que se definen como:

- **Persona:**

Se considera al componente persona como “un ser singular que adopta distintos roles siempre cambiantes y simultáneos. Estos roles varían con el tiempo y el contexto en su importancia, duración y significado. La persona se considera holísticamente como un compuesto de mente, cuerpo y espíritu. Estas cualidades incluyen atributos (habilidades y funciones) físicos, cognitivos y afectivos, así como un conjunto de habilidades aprendidas e innatas, para facilitar el desempeño ocupacional” (Willard y Spackman. 2005. p. 229).

- **Ambiente:**

“El ambiente se considera como el contexto en el cual tiene lugar el comportamiento, y proporciona indicios a un individuo (o grupo de personas) sobre qué hacer o qué esperar. Una persona se relaciona con las señales ambientales y se comporta en consecuencia. Esto destaca la necesidad de comprender la percepción que tiene de su ambiente, así como las barreras y los soportes que presenta, cuando se aborda el ambiente con este modelo” (Willard y Spackman. 2005. p. 229).

- **Ocupación:** Se define la ocupación “como aquel proceso que es cambiante a lo largo del ciclo vital y otorga significado al actuar cotidiano de la persona. Abarca todas aquellas actividades realizadas por el ser humano. El término ocupación incluye todas las actividades de cuidado personal, productivas y de ocio. Se estima que los conceptos de actividades, tareas y ocupaciones están incluidos cada uno dentro del otro. Las actividades se consideran las unidades básicas de las tareas; las tareas son conjuntos de actividades relacionadas y con propósito y las ocupaciones son grupos de tareas y actividades funcionales y autodirigidas en las que una persona participa durante toda la vida. El modelo Persona-Ambiente-Ocupación reconoce que las ocupaciones varían durante toda la vida y dan significado a la existencia de una persona” (Willard y Spackman. 2005.p. 229).

- **Desempeño Ocupacional:** Se define como “el resultado de la interacción de la persona, el ambiente y la ocupación. El desempeño ocupacional es una experiencia dinámica y siempre cambiante de una persona que participa en actividades, tareas y ocupaciones con propósito dentro de un ambiente” (Willard y Spackman. 2005. Pág. 229).

CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA

3.1 METODOLOGÍA ELEGIDA

MARCO METODOLÓGICO

Nuestro estudio de investigación es de tipo cualitativo, exploratorio y descriptivo. Al ser un tipo de estudio cualitativo, se utilizarán las fortalezas de este tipo de indagación, entre las cuales encontramos que esta metodología se sitúa en una visión hacia el escenario y las personas desde una perspectiva holística, es decir, estos elementos no son reducidos a variables comprensibles en el que todos los escenarios y personas son dignos de estudio, son considerados como un todo, en esta investigación buscamos suspender o apartar nuestras propias creencias, perspectivas y predisposiciones, tomar como valiosas todas las perspectivas y no buscar “la verdad” sino que la comprensión detallada desde diferentes perspectivas, y este tipo de metodología nos permite permanecer próximos al mundo empírico (Taylor y Bogdan, 2000), tratando de minimizar sus debilidades potenciales en relación a la confiabilidad de la investigación, ya que los datos obtenidos y analizados son de índole subjetivo. La metodología cualitativa fue escogida para buscar información acerca de la importancia del tratamiento de la Terapia Ocupacional frente a las esferas física y socioemocional que reciben los adultos mayores diagnosticados con Artritis Reumatoide, para promover y favorecer el desempeño ocupacional de la persona y su calidad de vida.

Por consiguiente, el enfoque cualitativo también se guía por áreas o temas significativos de investigación. Sin embargo, en lugar de que la claridad sobre las preguntas de investigación e hipótesis preceda a la recolección y el análisis de los datos (como en la mayoría de los estudios cuantitativos), “ los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos ” (Hernández, Fernández, Baptista, 2014, p.7).

Y por tanto descriptivo, al ser un estudio que pretende describir la realidad de situaciones, eventos, personas, grupos, comunidades a analizar, en este caso a la población de adultos mayores con Artritis Reumatoide bajo una intervención desde la Terapia Ocupacional. Para esto fue necesario llevar a cabo un análisis exhaustivo en base de las características del tema a investigar.

3.2 Paradigmas y perspectivas filosóficas que lo sustentan.

3.2.1 Paradigma Cualitativo

La investigación se sustentará en el paradigma cualitativo, este enfatiza en comprender los significados que los sujetos infieren a las acciones y conductas sociales. Por medio de este paradigma se interpretaran los datos que se obtuvieron de la entrevista semiestructurada realizada a los Terapeutas Ocupacionales, donde se analizará las respuestas de los participantes, debido a que los profesionales se desempeñan en diferentes contextos laborales, y cada experiencia será diferente y enriquecedora para nuestra investigación. Por medio de lo anteriormente mencionado se pretende identificar el tipo de tratamiento físico y socioemocional otorgado por los profesionales de Terapia Ocupacional en el Adulto Mayor diagnosticado con Artritis Reumatoide

Para indagar sobre la percepción de la "realidad" que tienen los investigadores adscritos a este paradigma, hay que partir de la asunción de que no existe una sola realidad y sí múltiples realidades que esboza cada individuo desde su "interior", en consonancia con su contexto histórico-social, en el que se ha predefinido lo que se considera bien-mal, verdadero-falso. En ese sentido, es inaceptable desligar pensamiento y realidad, y se tiene la convicción sobre una realidad modelada y construida por nuestros pensamientos, en donde investigaremos según como formemos parte de esa realidad y desde nuestra perspectiva y posibilidad para conocerla (Fernández y Rivera, 2009).

En una investigación cualitativa debe existir una relación específica entre el investigador y su objeto de estudio. La interacción entre las partes involucradas debe ser dinámica y flexible; se concibe como un intercambio desde la oralidad y actuación, donde el diálogo es la vía ideal para la exteriorización de experiencias, vivencias y otras informaciones que tributen a la concreción de lo que se indague. Se plantea que esa interrelación debe materializarse en un ambiente horizontal, no jerárquico, en el que los grados científicos, el éxito y prestigio del investigador no se conviertan en una barrera para la intercomunicación (Fernández y Rivera, 2009).

3.2.2 Paradigma Narrativo

Este método se encuentra centrado en los relatos, el lenguaje, la narrativa y el discurso de los sujetos. En este el investigador recolecta la información en relación a experiencias, en este caso de profesiones de Terapia Ocupacional, para ser descritas y analizadas. Creswell (2005) señala que el diseño narrativo en diversas ocasiones es un esquema de investigación, pero también una forma de intervención, ya que el contar una historia ayuda a procesar cuestiones que no estaban claras o conscientes. Se usa frecuentemente cuando el objetivo es evaluar una sucesión de acontecimientos, en relación a la intervención de los profesionales en la Artritis Reumatoide (Molina G, 2018).

3.2.3 Paradigma interpretativo

Este paradigma, establece que los fenómenos no pueden ser estudiados y aislados de su ambiente natural, comprendiendo esto, la investigación se realiza en una residencia de protección sin modificar este contexto. También considera, que nosotros los investigadores, somos el instrumento de la evaluación principal, adecuandonos a la realidad del contexto. Además el uso del conocimiento tácito y el proposicional, permite interpretar más sutilmente los fenómenos presentes y observados. Este paradigma se vincula al enfoque cualitativo, al adaptarse mejor a las realidades investigadas.

Finalmente, el análisis inductivo, permite describir el contexto de manera más completa considerando el ambiente en el que se encuentran los Terapeutas Ocupacionales e interpretando los resultados de manera contrastada entre cada uno de ellos (González, 2001, pp. 228-229).

3.2.4 Paradigma Crítico

Según Arnal (1992) adopta la idea que la teoría crítica es una ciencia social que no es puramente empírica ni sólo interpretativa, sino que esta tiene como objetivo promover transformaciones sociales dando respuesta a las demandas del contexto, siempre con la participación de sus propios miembros. Este paradigma tiene como características:

- A. Conocer y comprender la realidad como praxis.
- B. Unir teoría y práctica, integrando conocimientos, acciones y valores.
- C. Orientar el conocimiento hacia la emancipación y liberación del ser humano.
- D. Proponer la integración de todos los participantes, incluyendo al investigador, en proceso de autorreflexión y toma de decisiones consensuadas, las cuales se asumen de forma corresponsable (Alvarado & García, 2008, p. 190).

Para ello se utilizará la entrevista, realizándose un análisis del lenguaje, lo importante es lograr cuantificar la realidad o distribuirla en clasificaciones, que hacen que los procesos sociales se desarrollen de una forma y no de otra.

3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Muestreo Teórico

El muestreo elegido para esta investigación será el muestreo teórico, el cual es un proceso de recolección de datos controlado por la teoría emergente (sustantiva o formal). Este proceso consta de selección, codificación, análisis de información y la decisión sobre qué información escoger y dónde encontrarla. En otras palabras será desarrollar una teoría tal como surge (Glasser y Strauss, 2014).

El muestreo, consta con criterios de inclusión y exclusión, contando con un foco, el cual es el profesional de Terapia Ocupacional que trabaja en el área.

La técnica de recolección de información será mediante entrevista, para ello nuestra muestra específica de entrevistados será de un total de 4 profesionales, los que han sido designados tras utilizar la estrategia de bola de nieve (técnica utilizada en la investigación cualitativa y sobre todo para la realización de entrevistas individuales) siendo útil para conocer una mayor cantidad de casos de profesionales que con Artritis Reumatoide y cuál es el tratamiento recibido hacia ellos por parte de los profesionales.

Es por esto que nuestra metodología de investigación es consecuente a la pregunta a realizar debido a que responde con las características cualitativas de esta investigación, enfatizando en las experiencias de los sujetos de población de estudio.

Teniendo como objetivo:

- Recabar datos cualitativos en relación a la Artritis Reumatoide y sus métodos de intervención desde la Terapia Ocupacional.
- Análisis e interpretación de datos obtenidos a través del muestreo de la población objetivo.
- Elaborar una propuesta de hipótesis a través de los resultados obtenidos.

Dado estos objetivos a alcanzar, lo primordial es dar a conocer la importancia del tratamiento desde la Terapia Ocupacional en la esfera física y emocional de un adulto mayor que padece Artritis Reumatoide.

En cuanto a la estrategia metodológica, el paradigma teórico-metodológico a utilizar corresponde al paradigma crítico, este afirma que existe una interacción entre el investigador y el objeto investigado. Tal como lo afirma Martens (2003, citado en Hernández et al. 2010) en la investigación se involucra a los miembros del grupo o la comunidad en todas las etapas del estudio, en especial, en la intervención que busca generar los cambios planeados. En esta relación juegan un papel trascendente los

conocimientos de los investigadores, las vivencias y habilidades de los miembros del grupo investigado (adultos mayores con AR).

Ante la pregunta metodológica, Guba y Lincoln (2002, p. 127 Fide Ramos, 2015) afirman que en la investigación desde este paradigma “se requiere un diálogo entre el investigador y el investigado (métodos de recolección de información); ese diálogo debe ser de una naturaleza dialéctica para transformar la ignorancia y los conceptos erróneos”, como proceso de retroalimentación para la comprensión de los conceptos o ejes que se busca investigar. Esta metodología tiene como finalidad construir una conciencia más informada, que comprenda cómo pueden cambiar las estructuras de una sociedad y entendiendo las acciones necesarias para efectuar el cambio, todo en relación al proceso que conlleva la Artritis Reumatoide, a los factores sociales y su conexión con la patología.

La teoría crítica considera a lo real como producto de un historicismo social. La relación entre el investigador y el grupo investigado es importante, puesto que en su interacción se modifican las estructuras sociales. La metodología clásica de este paradigma es la investigación acción (Ramos, C. 2015).

Esta metodología para ser aplicada y analizada debe cumplir los criterios de estratificación de la población a estudiar, mediante las delimitaciones y limitaciones de nuestro tipo de muestreo.

3.4 DESCRIPCIÓN DE LAS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para la recolección de datos de nuestra investigación se llevará a cabo la realización de una entrevista semi-estructurada, para el profesional de Terapia Ocupacional, debido a que este tipo de entrevista “es más íntima, flexible y abierta” (king y horrocks, Fide Hernandez, Fernandez y Baptista, 2010, p.418).

La entrevista se basará en una guía de preguntas, donde el entrevistador puede introducir temas adicionales en base a lo consultado, obteniendo mayor información sobre los temas que se estimen convenientes para la investigación y poder así generar un análisis global sobre los datos que se generen de manera transversal.

Por lo mencionado anteriormente, las preguntas de la entrevista, están enfocadas en el tratamiento desde la Terapia Ocupacional en las esferas física y socioemocional del Adulto Mayor con Artritis Reumatoide.

3.5 DISEÑO DEL INSTRUMENTO

Respecto al análisis cualitativo, se lleva a cabo la confección de una entrevista semiestructurada como instrumento para la recolección de información en cuanto a nuestros criterios del marco metodológico, muestreo y unidades de análisis.

El investigador va asumiendo un determinado rol según su grado de participación en la toma de decisiones relativas a la investigación, por otra parte los sujetos que forman parte de la población objetivo también van asumiendo su papel según el grado en que aporten información y contribuyan en la toma de decisiones de investigación.

El primer rol que suele desempeñar el investigador, es su propio rol como investigador, pero también asume un segundo rol, el de participante, que se convierte en un instrumento de investigación que escribe, observa y escucha.

3.6 CRITERIOS DE CREDIBILIDAD

En cuanto al criterio de credibilidad de las investigaciones cualitativas, este es definido por (Mertens, 2005 Fide Hernandez, R., Fernández, C., Y Baptista, P, 2010, p.475) “como la correspondencia entre la forma en el que el participante percibe los conceptos vinculados por el planteamiento y la manera como el investigador retrata los puntos de vista del participante”.

Para otorgar credibilidad a la presente investigación, con la finalidad de disminuir sesgos, se consideran distintos criterios de credibilidad, tales como: uso de transcripciones textuales de las entrevistas semi-estructuradas realizadas, triangulación de investigadores y triangulación de datos.

Tras la realización de nuestro estudio de investigación es que se lleva a cabo un análisis persuasivo de los resultados obtenidos, en base a las respuestas entregadas por parte de los profesionales de Terapia Ocupacional, realizando posteriormente un contraste de los datos obtenidos desde el marco teórico, y de las entrevistas realizadas, lo que permitió poder llegar a un análisis más profundo y valórico de estas percepciones. Esta interpretación se realiza por medio de la triangulación, ya que se busca realizar este contraste de posibles interpretaciones que se desarrollan por medio de la comparación de los puntos teóricos, con aquellos datos que nos entrega nuestro marco teórico y aquellos datos que provienen de la interpretación de la entrevista analizada.

Las diferentes experiencias de los profesionales de la salud (Terapeutas Ocupacionales) que han intervenido con adultos mayores diagnosticados con Artritis Reumatoide han dado su testimonio acerca del tratamiento de estos, considerando las esferas física y socioemocional y en concordancia con poder entregar un tratamiento holístico e integral.

Por otro lado, las entrevistas realizadas fueron transcritas de forma textual, con la finalidad de no distorsionar la información entregada por los Terapeutas Ocupacionales, con el objetivo de plasmar la experiencia y percepción real de los participantes y no intervenir desde una perspectiva de los investigadores.

Toda la interpretación de lo investigado, permitió enriquecer el “cuerpo de conocimiento”, que se tiene en esta área.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En este estudio se utilizó una metodología cualitativa con diseño exploratorio-descriptivo. Para la recopilación de la información anteriormente descrita, los Terapeutas Ocupacionales que trabajan o han trabajado en el tratamiento de Artritis Reumatoide en el adulto mayor, dieron respuesta a una entrevista semi-estructurada, la cual se realizó en sus lugares de trabajo.

La muestra de esta investigación es un total de 4 Terapeutas Ocupacionales, quienes han realizado tratamiento a adultos mayores diagnosticados con Artritis Reumatoide.

Al comenzar el análisis, mediante la transcripción de las entrevistas, se realizó una codificación de los resultados, primeramente se identificaron categorías teóricas que se refieren a las ideas, percepciones y pensamientos de los individuos que están relacionados con las definiciones teóricas y los conceptos utilizados a priori, para responder a la problemática de la investigación. A partir de las respuestas que entregaron los Terapeutas Ocupacionales también se codificaron ideas y percepciones singulares que emergieron de forma espontánea, estas son las categorías emergentes, que contribuyen al estudio por las experiencias y la percepción de los individuos.

Se realizó una división analítica de ambas categorías, tanto teóricas como emergentes, donde las categorías teóricas se desarrollaron en base al modelo Persona-Ambiente-Ocupación (PAO) y las categorías emergentes, nacen de la narrativa de las percepciones en las entrevistas.

Categorías Teóricas:

En base al PAO, se consideran las siguientes categorías teóricas asociadas a las percepciones de los entrevistados que hacen referencia al modelo, englobando los conceptos de:

- **Persona:**

Si bien el Terapeuta Ocupacional toma en cuenta las habilidades, características y factores externos del individuo, se enfoca en apoyar los signos y síntomas que surgen en los periodos agudos que afectan la funcionalidad de la persona, principalmente la sintomatología física, interviniendo desde una focalización paliativa y educacional en relación al tratamiento de la Artritis Reumatoide en la Adulthood Mayor. El Terapeuta Ocupacional toma un rol de educador tanto en la esfera física como emocional, siendo esta última de menor importancia, no obstante, entrega estrategias para episodios de crisis o de exacerbación de dolor crónico invalidante, estrategias de relajación, manejo de estrés y emociones en general, cuyo fin es promover la funcionalidad de la persona en su vida cotidiana.

Los profesionales hacen énfasis a su formación desde una mirada holística, pero muchas veces esta mirada se ve interferida por los mismos Adultos Mayores con Artritis Reumatoide, un ejemplo claro de esto es lo que refiere G.A “habitualmente el-la usuaria llega en momento de crisis, son pocos los usuarios que se quedan contigo en un tratamiento permanente en alrededor de los meses y los años, entonces el usuario viene se soluciona la crisis y al final de la crisis haces como este tratamiento preventivo (...) tú pierdes a ese usuario porque vuelve a venir cuando hay otra crisis, entonces el tratamiento es como súper remedial”, mencionado lo anterior, se pierde la mirada holística debido a que los usuarios no asisten al tratamiento completo.

Es importante mencionar la pérdida de roles, una de las consecuencias que produce la patología producto del dolor. Un ejemplo claro es lo que menciona S.P. “una vez me tocó un caso de una adulta mayor, con un reciente rol de abuela, su hija de 36 años

había sido mamá hace como 3 meses y la usuaria no podía cargar al bebé, entonces era como claro pensar en qué estrategias ella podría incorporar para poder cargar al bebé y disfrutar de su nieto”. Una de las profesionales refiere tener un rol desde un enfoque más biomédico, ya que da énfasis en disminuir el dolor, entregar técnicas de conservación de energía y todas las estrategias necesarias para poder mantener la funcionalidad del Adulto Mayor con Artritis Reumatoide, según refiere C.F. En cuanto a G.A, esta manifiesta que el rol del Terapeuta Ocupacional “hace una labor directamente de rehabilitación sobre todo en periodos de crisis, favoreciendo la disminución de la sintomatología y a lo largo hace una terapia, se podría decir como de contención”, esto implica que el Terapeuta interviene en la esfera emocional ya que esto genera un impacto directo, que afecta el desempeño en sus roles. Otro profesional entrevistado de iniciales S.P manifiesta “ el terapeuta puede intervenir desde la esfera emocional con diferentes técnicas, como por ejemplo aumentar motivación, incorporar técnicas de relajación, regular nivel de estrés, entre otras”.

•Ambiente:

Desde el ambiente las limitaciones son evidentes por las políticas públicas del país, ya que las intervenciones de un servicio privado o público son bastante variables, debido a que se consideran factores como el tiempo y los recursos humanos y materiales que son limitados; un ejemplo de esto es lo que refiere S.P “Han construido la guía GES, que dice que el terapeuta puede hacer educación y ortesis, y la ortesis que está garantizada ni siquiera es la que cubre el GES, es muy chistoso, ni siquiera es la que sirve muchas veces; porque por ejemplo a mí me pasa que la gran mayoría de los y las usuarias que veo, necesitan la antiráfaga y el GES cubre la palmeta de reposo y en el sistema privado ni siquiera le dicen palmeta de reposo”. Otra entrevista menciona que algunas personas que viven en sectores periféricos y alejados de los servicios de salud, tienden a desempeñar un trabajo agrícola, por lo tanto las adaptaciones que se realicen deben ser en relación a sus ocupaciones, es decir, el ambiente va a determinar el tipo de intervención que realizará el Terapeuta Ocupacional, un ejemplo de esto es

mencionado por F.N “ un usuario que vive en la ciudad versus un usuario que vive en un lugar rural, el uso de sus manos para trabajar la tierra o hacer trabajo de campo, implica que las adaptaciones que pudiesen hacerse sean en relación con sus ocupaciones”.

Desde la esfera social se genera un estigma hacia los Adultos Mayores con Artritis Reumatoide, ese estigma está influenciado por una actitud o pensamiento hacia la presencia de una persona mayor con esta patología, ya que relacionan directamente el padecimiento de esta con una avanzada edad. Lo anterior se evidencia con lo referido por S.P “ es una de las cosas que te dice la gente, así como: Escucha es que tengo esta enfermedad, ahora todos me dicen que soy una vieja, que me siento viejo y lo dice la misma gente, entonces ahí, uno tiene que aclarar una serie de mitos”. Otra entrevista menciona que la dinámica social es importante al momento de percibir el dolor, ya que según G.A refiere que “ la mente guía al cuerpo”, es decir, si la dinámica familiar es conflictiva, esta influirá en la exacerbación del dolor.

El tratamiento emocional puede realizarse, este consiste en aumentar la motivación y utilizar otras estrategias, como incorporar técnicas de relajación, ya que el tratamiento emocional lo interviene el psicólogo. S.P refiere “ El T.O puede ver como una parte de lo que tiene que ver con aumentar la motivación, quizás ayudar a que incorpore técnicas para relajarse, como desde lo emocional, a regular el nivel de estrés, eso particularmente, pero otras cosas más complejas las ve el psicólogo”.

•Ocupación:

Desde la ocupación, el Terapeuta Ocupacional realiza una educación al Adulto Mayor con Artritis Reumatoide sobre el compromiso y los deberes que debe tener con su tratamiento farmacológico y no farmacológico, donde se le explica al usuario el rol del terapeuta y que este debe delimitar y priorizar sus funciones.

Desde la ocupación se difiere que una de las actividades que están dentro del Marco de trabajo de la AOTA y que presenta una alta tasa de exclusión, es la sexualidad, la

que debe ser intervenida por el Terapeuta Ocupacional. Un ejemplo de esto es lo que menciona S.P “Lo otro que es importante y que los terapeutas descuidamos, es el impacto que tiene la Artritis Reumatoide en la sexualidad, es decir, la actividad sexual como tal, ya que es una de las actividades o como desde el marco de trabajo de la AOTA, decimos que son AVD, eso hay que considerarlo al momento de intervenir”.

También se menciona que ocurre una pérdida del rol, esta pérdida produce una alteración de la participación social, ya que el usuario tiende a aislarse perdiendo vínculo con su comunidad, y con los demás entornos en los que se desempeña, según S.P refiere “ Te dicen que empiezan a tener problemas con la familia, muchas veces dejan de desempeñar ciertos roles sociales (...) a raíz de la enfermedad dejan de desarrollar sus roles, se tienden a aislar, perdiendo el vínculo con la comunidad, con su entorno, entonces, tiene una repercusión social que es bien importante”. Otra entrevista según F.N refiere que “los Adultos Mayores, cuando sienten que su desempeño ocupacional está disminuido, se ve afectado el lado emocional, lo que repercute en su participación social”.

El tratamiento del Terapeuta Ocupacional se enfoca en la ocupación, y para que una persona logre realizar una ocupación, se necesita considerar las características de la persona, estas incluyen los aspectos físicos, psicológicos, espirituales y sociales. Para favorecer la participación social del individuo, se busca activar redes, como grupos de ayuda, donde el usuario puede generar canales de comunicación e interacción social con las demás personas, esto se evidencia en respuestas como la de S.P, quien refiere: “uno tiene que generar esto, como de activar redes, como orientarlos en hacia donde buscar (...) porque nosotros como T.O tenemos la particularidad, de que como trabajamos la ocupación, está no solo tiene que ver con su aspecto físico, tiene que ver con la espiritualidad, tiene que ver con lo psicológico, tiene que ver con lo social”.

Desempeño Ocupacional:

El desempeño ocupacional del Adulto Mayor con Artritis Reumatoide se verá afectado, ya que como se pudo analizar en los párrafos anteriores, el ambiente es un agente limitador, pues las políticas públicas y los sistemas de salud influyen en el tratamiento del usuario, principalmente para tratar las dificultades de la persona frente a sus destrezas motoras, de interacción social y emocionales, ya que un número reducido de los profesionales intervienen desde un enfoque biopsicosocial para dar una mirada holística y poder tratar de la mirada más integral posible; por otro lado las ocupaciones serían las más afectadas, ya que mantienen una relación directa entre las necesidades y características del usuario con el tratamiento recibido, por lo que se observa un déficit en las actividades de la vida diaria de participación social por las pérdidas de roles y el aislamiento que ellos mismos generan, además que la dinámica familiar juega un rol fundamental por la estabilidad emocional, no obstante, el usuario al ser consciente de su déficit en el desempeño ocupacional se deprime y se alteran los umbrales de emociones negativas lo que provoca una exacerbación de dolores crónicos.

Categorías Emergentes

A través del análisis de las respuestas entregadas por los profesionales de Terapia Ocupacional que participaron del estudio, se encontraron datos sustantivos que aportan para la investigación, estos son seleccionados como categorías emergentes y ayudarán a ampliar el análisis desde el Modelo de Persona-Ambiente-Ocupación, comprendiendo así antecedentes de gran importancia para generar un hallazgo más extenso sobre aspectos particulares en la intervención de Terapia Ocupacional en Artritis Reumatoide de un Adulto Mayor. Dentro de estas categorías se encuentran:

- **Derivación Tardía:** Se obtuvo información en relación a la derivación oportuna (precoz), en relación a la atención del médico especialista y la entrega de derivación hacia el Terapeuta Ocupacional como medio preventivo de la sintomatología característica y avance de esta misma. Como menciona C.F :

“Entonces nos derivan al paciente cuando ya esta con una deformidad asociada y sabemos que podríamos haber trabajado mucho antes, ese es el tema, yo encuentro que nuestro trabajo está limitado”. Dada esta cita podemos inferir que debido a factores externos como lo es la derivación tardía el proceso de tratamiento y rehabilitación no llega a ser el más beneficioso para la salud del usuario, obteniendo como consecuencia un impacto en las ocupaciones realizadas en la adultez mayor.

- **Permanencia en el tratamiento:** Esta categoría hace referencia a la continuidad en el tratamiento de Artritis Reumatoide por parte del usuario, quien solamente permanece en el tratamiento durante periodos de crisis, esto se ve reflejado por lo mencionado de G.A:“ Habitualmente el usuario llega en momento de crisis, y son pocos los usuarios que se quedan contigo en un tratamiento permanente en alrededor de los meses y los años, entonces el usuario viene se soluciona la crisis, al final de la crisis haces como este tratamiento preventivo o de incorporar las técnicas de protección articular y todo los demás, pero después tu pierdes a ese usuario porque vuelve a venir cuando hay otra crisis, entonces el tratamiento es como súper remedial, en el momento y en posterior ya se pierde el contacto con ellos entonces no sabes como lo están haciendo en la casa o si tendrán alguna supervisión”. Como también se encuentran las limitantes en relación a las canastas de servicio para prestaciones del GES, limitadas por la cantidad de tratamientos destinadas para la intervención desde la Terapia Ocupacional (6 sesiones), como lo menciona S. P. :”la guía GES, que dice que el Terapeuta puede hacer educación y ortesis, y la ortesis que está garantizada ni siquiera es la que cubre el GES, es muy chistoso, ni siquiera es la que sirve muchas veces, porque por ejemplo a mí me pasa que la gran mayoría de los y las usuarias que veo, necesitan la antirafaga y el GES cubre la palmeta de reposo y que en el sistema privado ni siquiera le dicen palmeta de reposo, entonces como que nadie sabe, no si tiene muchas falencias y son sesiones

super limitadas, son 4, son 4 sesiones, y tú en 4 sesiones a veces no alcanzas, a veces hay usuarios que requieren 10 sesiones”.

- **Formación universitaria:** Respecto a esta categoría, se menciona la importancia de la formación universitaria de los distintos profesionales entrevistados, dado que una de ellas menciona que sus enseñanzas en educación superior siempre fueron dirigidas a una mirada holística, por tanto al intervenir a los usuarios toman en consideración aspectos físicos, emocionales, sociales, cognitivos, entre otros, y como todos estos influyen en el desempeño ocupacional. Como menciona G.A.: “Yo soy terapeuta Holística, biopsicosocial por formación de la Universidad de Chile, porque en esa época nos preparaban, muy holísticamente, probablemente sea por generación por formación y en relación a la práctica profesional no puedes separar, no puedes”. Lo anterior no solo aplicaría al contexto académico de los profesionales, sino a integrarlo en cada tratamiento realizado en la carrera profesional.

- **Sistema de atención de salud:** Según lo mencionado por los profesionales de Terapia Ocupacional la intervención en Artritis Reumatoide irá variando según el contexto clínico en el que se encuentren, mencionando que el nivel socioeconómico del adulto mayor, directamente relacionado al acceso a los servicios de salud privados o públicos, en este punto como menciona S.P. : “yo trabajo en un hospital que es privado y eso implica que tiene aranceles privados y que para la gente que es del sistema público es mucho... es caro, entonces muchas veces tú tienes que como limitarte a hacer, no sé, en dos sesiones algo que deberías trabajar en 10 y claro que ahí no es completa la intervención”, es por esto que la intervención de la Terapia Ocupacional variará según el sistema.

- **Estresores gatillantes:** Estos estresores hacen referencia a las posibles causas etiológicas o desencadenantes de la Artritis Reumatoide, mencionados como factores de tipo emocional y afectivo que se presentan en periodos de crisis para la persona, estos también están asociados a los factores de agudización de la sintomatología como lo es el dolor, según refiere S.P. : “Pero hay pacientes que necesitan y que refieren la necesidad también, porque hay algunos que claramente te dicen: mira es que sabes que, yo cuando estoy haciendo una determinada cosa, me estreso y me aumenta el dolor o me sobreexige y me aumenta el dolor, entonces ahí, o me paso esto, que yo peleo con mi hijo y me paso esto, me aumentó el dolor o dejo de hacer las cosas”. Cabe destacar que lo mencionado por la profesional es de índole subjetiva por parte de lo narrado por el usuario.

4.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

A través de este estudio cualitativo, que ha sido llevado a cabo mediante la aplicación de una entrevista semi-estructurada aplicada a Terapeutas Ocupacionales que han entregado tratamiento a personas adultos mayores diagnosticados con Artritis Reumatoide, se logra dar respuesta a la hipótesis planteada en el inicio de la investigación; está menciona que “La intervención del Terapeuta Ocupacional en el Adulto Mayor con Artritis Reumatoide se enfoca principalmente en mantener las habilidades motoras y praxis, en la población chilena”, evidenciándose que si hay una intervención enfocada principalmente en el área motora, ya que responde de forma más efectiva ante los principales signos y síntomas de la patología, es la más rápida de intervenir y no implica extensiones de sesiones que para el sistema de atención de salud o canasta de servio significa una menor inversión monetaria como para el estado, en relación al GES y al usuario, si este se atiende de forma privada. MINSAL en la guía clínica sobre la Artritis Reumatoide enfatiza y recomienda la realización de ejercicios de tipo físico en relación al tratamiento de la Artritis Reumatoide, mientras que según los resultados obtenidos se pueden entender qué son solo una parte del tratamiento por parte de la profesión, dicho que como menciona la AOTA; la persona debe ser

observada de una manera holística, tomando en cuenta los factores sociales, emocionales, físicos y culturales. Esto trae a la discusión de cuál es el enfoque que genera el MINSAL en relación a la búsqueda de la salud y bienestar óptimo de estos pacientes, ya que pensando en la cronicidad de la patología y el grado de avance que se puede presentar en la adultez mayor, no solo se agudizan las problemáticas físicas sino también existen afecciones de tipo emocionales y sociales; ante esto no se presentan medidas o protocolos normados de ayuda, es decir, está todo normado en relación al costo del tratamiento y por ende se limita la continuidad, sobre todo si es una atención de salud pública nacional en relación a las sesiones limitadas.

En relación al primer objetivo específico planteado en la investigación, el que pretende identificar problemáticas desde la esfera emocional en el adulto mayor diagnosticado con artritis reumatoide, se evidencia que la mayor parte de los Terapeutas Ocupacionales entrevistados menciona que es de suma importancia tomar en cuenta cada una de las esferas del usuario y que la emocional es la que se encuentra en constante latencia y cambios debidos a los avances de la patología, en relación a la disminución de la funcionalidad en el desempeño de ocupaciones del usuarios. Se pueden comparar los resultados obtenidos con el seminario de título presentado el 2017; “La percepción de impacto en las áreas de ocupación en adultas mayores con Artritis Reumatoide de la Región Metropolitana”, en esta se enfatiza la relación a la áreas de ocupación afectadas en la Artritis Reumatoide, pero se presenta desde la perspectiva de usuario, dentro de sus resultados encontramos que mencionan a la participación social como una de las áreas de la ocupación de los usuarios que se ve afectada por la patología (Calcutta R., Herrera D., Ponce P. 2017), esto demuestra que llegada la adultez mayor no se presentan ningún tipo de intervención o estrategia en relación al área socioemocional preventiva que amortigüe los factores de riesgo que aparecen en el desarrollo de la patología.

En relación al segundo objetivo planteado en el estudio, que busca identificar la relación existente entre la sintomatología negativa generada por la esfera socioemocional y el dolor crónico de la Artritis Reumatoide generado en la esfera física

del adulto mayor, se evidencia que la aparición de crisis se agrava más ante situaciones de estrés o ansiedad, a raíz de discusiones familiares o personales por ejemplo. Estos factores presentes varían en el transcurso del ciclo vital de la persona padeciente de Artritis Reumatoide, afectando en el desempeño de las ocupaciones significativas para las personas y el grado de funcionalidad en relación a las demandas de los contextos y entornos en donde interactúan. El dolor crónico aparece como un limitador de estas funciones y está en constante relación a los factores emocionales, como agudización del síntoma o como causa de la presencia de esta. La sintomatología negativa asociada a los factores socioemocionales según la información recopilada, es en relación principalmente al bajo estado anímico (motivación), por la dificultad para cumplir los roles que se espera sobre los usuarios y las actividades que les son signitivas en su vida cotidiana. Estas pueden generar repercusiones en las áreas de interacción y vinculación social, agudizando un estado depresivo que puede presentarse debido a las limitaciones.

Con respecto al tercer objetivo que es el de identificar tratamientos desde la Terapia Ocupacional donde se incorporen las esferas física y socioemocional de manera simultánea, según lo recopilado el Terapeuta Ocupacional en Chile presenta un enfoque que toma en cuenta los factores contextuales del usuario, pero estos no son intervenidos del todo, ya que como se menciona en el análisis de los resultados, el contexto de la salud pública y privado limitan la intervención del Terapeuta Ocupacional, la cual se refleja en la canasta de prestaciones del GES el cual establece solo 10 sesiones de tratamiento para la Artritis Reumatoide en relación a la intervención en el área física para la disminución de la sintomatología clásica y la realización de ortesis para evitar las deformidades que prevalecen en esta patología (principalmente en manos). Este tipo de tratamiento es enfatizado en etapas de agudas, pero deja totalmente de lado un principio básico de la patología en relación a su cronicidad y la necesidad de un constante tratamiento en todas las áreas de usuario, tomando la etapa de vida en que se encuentra el usuario en su adultez mayor.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIÓN

Por medio de la presente investigación de tipo cualitativa, que se realizó con la aplicación de una entrevista a Terapeutas Ocupacionales, se concluye de que es posible formular una hipótesis basándose principalmente en el tipo de tratamiento que entrega la Terapia Ocupacional a los Adultos Mayores con Artritis Reumatoide, esta es “El Terapeuta Ocupacional se enfoca principalmente en la intervención de la esfera física en el Adulto Mayor con artritis Reumatoide”.

Esta investigación entrega información útil para investigar otros aspectos en base al tratamiento desde la terapia ocupacional, así como la intervención de la esfera socioemocional y psicológica en otras patologías crónicas que afectan la vida de las personas y dificultan la realización de actividades; esferas realmente importantes si buscamos rehabilitar a los adultos mayores, tomando en cuenta además, que cada vez la población chilena está más longeva.

Desde otra perspectiva, durante la revisión de la literatura para esta investigación, se evidencia que si bien la población Adulto Mayor con Artritis Reumatoide y otras patologías que produzcan complicaciones como el dolor ha ido en aumento los últimos años, no hay variedad de estudios de investigación que evidencien y comprueben que el Terapeuta Ocupacional sea lo suficientemente necesario, como otros profesionales, para abordar los aspectos emocionales y psicológicos.

A través de esta investigación se demostró que la Terapia Ocupacional influye desde la prevención, tratamiento y rehabilitación del sujeto. Este profesional se encuentra capacitado para intervenir de forma integral al usuario, con la formulación de diagnósticos ocupacionales, elaboración y ejecución de intervenciones terapéuticas pertinentes y eficientes, para así favorecer y promover la autonomía e independencia del adulto mayor, cuyo fin es lograr la recuperación del equilibrio ocupacional en la

prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud, considerando la ocupación como medio terapéutico y al sujeto como actor fundamental del proceso.

Es relevante, en cuanto a los resultados obtenidos, tener presente que en cada persona la artritis reumatoide (AR) se manifiesta de forma variable, con distintos patrones de comportamiento y repercusión en los aspectos físicos, sociales y emocionales, impactando en la calidad de vida de la persona. Tomando en consideración lo descrito anteriormente, se debe realizar un seguimiento a largo plazo, con cumplimiento terapéutico y modificaciones en el estilo de vida, buscando promover y mantener el equilibrio ocupacional de la persona y su nivel de funcionalidad en las actividades de la vida diaria y otras ocupaciones; de esta manera potenciamos que sus habilidades permitan ser productivas, considerando sus intereses y contexto, utilizando estrategias de promoción, prevención y rehabilitación.

Esta investigación nos permite conocer la importancia de la intervención de Terapia Ocupacional en el Adulto Mayor con Artritis Reumatoide. En base a los resultados obtenidos de las diferentes fuentes de información, se determina que la Terapia Ocupacional se complementa al tratamiento farmacológico, debido a que mejora la sintomatología. Con lo mencionado anteriormente, es de gran importancia realizar mayor cantidad de estudios desde la Terapia Ocupacional en el Adulto Mayor con Artritis Reumatoide, teniendo como base este tipo investigación cualitativa, debido a que releva la importancia de esta disciplina al tratamiento de las diferentes esferas que componen a la persona.

Referencias Bibliográficas

- Adasme, D. (2017). *Clase de Psicopatología del dolor*. Psicopatología. Universidad San Sebastián.
- Anderson, K., Jurgens, G., Nusslein-Volhard, C. (1985). *Establecimiento de la polaridad dorsal-ventral en el embrión de Drosophila. Estudios genéticos sobre el papel del producto del gen Toll*. Cell 42 (1): 779 - 789.
- American occupational Therapy Association (2014). *Occupational Therapy Practice framework: Domain and process 3rd Edition*.
- Alarcón, J. (2017). *A,B y C de la Terapia Ocupacional en Artritis Reumatoide*, recuperado de : http://www.socreuma.org.pe/images/documentos/2017/xxxcongreso/sabado/02_ABC_Terapia_Ocupacional_en_AR_para_reumatologo.pdf.
- Alvarado L., García M. (2008) Características más relevantes del paradigma socio-crítico: su aplicación en investigación de educación ambiental enseñanzas de las ciencias en el Doctorado de educación del instituto pedagógico de caracas. Revista universitaria de investigación, vol. 9 (2), pp. 187-202.
- AOTA. (2011). *Occupational Therapy's Role in Managing Arthritis*. Recuperado de: <https://www.aota.org/~media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatIsOT/PA/Facts/Arthritis>
- AOTA . (2016). Viviendo con artritis. Sitio web: <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Patients-Clients/Adults/Arthritis.aspx>
- Aravena, J. (2017). *Comprendiendo el impacto de los síntomas depresivos en la funcionalidad de las personas mayores*. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2017; 55 (4): 255-265. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v55n4/0034-7388-rchnp-55-04-0255.pdf>
- Ballina, J. (2002). Medición de la calidad de vida en la artritis reumatoide. Revista Española De Reumatología, 29:56-64. Sitio web: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-medicion-calidad-vida-artritis-reumatoide-13028242>.

- Benavides, Mayumi Okuda, & Gómez-Restrepo, Carlos. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 118-124. Recuperado Diciembre 04, 2018, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100008&lng=en&tlng=es.
- Brannon, L. Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo.
- Bonaccorsi, L. Ensinck, F. & Ilundain, E. (2003). Hidrocinesioterapia en pacientes con Artritis Reumatoide. Recuperado de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC047589.pdf>
- Burns, J. W., Wiegner, S., Derleth, M., Kiselica, K., & Pawl, R. (1997). Linking symptom-specific physiological reactivity to pain severity in chronic low back pain patients: A test of mediation and moderation models. *Health Psychology*, 16(4), 319-326. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.16.4.319>.
- Calcuta, R., Herrera, D., Ponce P. (2017) *La percepción de impacto en las áreas de ocupación en adultas mayores con artritis reumatoide de la región metropolitana* (Tesis para optar al título de Terapeuta Ocupacional). Universidad San Sebastián, Santiago, Chile
- Chico A. Carballar, L. Estévez, M. García, C. Pernas, A. (2012). Factores que influyen en el bienestar psicológico de pacientes con artritis reumatoide. Sitio web: <file:///C:/Users/USS-LL-PB-0029/Downloads/cm121f.pdf>.
- Cotarelo, A., Estévez, A., & Guridi, M. (2013). Capacidad funcional y repercusión familiar de pacientes con artritis reumatoide. *Revista Cubana de Reumatología*, Volumen XV, Número 3. 146-152. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcur/v15n3/rcur04313.pdf>
- Isik, A., Koca, S., Ozturk, A., Mermi, O. (2007). Ansiedad y Depresión en pacientes con artritis reumatoide. 2018, de NCBI Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16941197>.
- EDUCAR CHILE. (2012). Conceptos sobre la escala de valoración de autovalencia. Recuperado de: http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001/Image/portal/ODAS_TP/Materiales_para_odas_2012/3%20Cuidados%20adulto%20mayor/ODA%2016%20Actividades

[%20recreativas/LA%20ESCALA%20DE%20VALORACION%20DE%20AUTOVALENCIA.pdf](#)

- Fagundes, C. (2018). Enfermedades Reumáticas. Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad San Sebastián, Santiago de Chile.
- Fernández, S. Rivera, Z. (2009). El paradigma cualitativo y su presencia en las investigaciones de la Bibliotecología y la Ciencia de la Información. *ACIMED*, 20(3), 6-30. Recuperado de:
[:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009000900002&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009000900002&lng=es&tlng=es).
- Frost, L. Harmeyer, F. (2011). Occupational Therapy's Role in Managing Arthritis aota Corporate Files About OT Professionals Whatls OT PA Facts Arthritis. Sitio web:
<https://www.aota.org/~media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatlsOT/PA/Facts/Arthritis%20fact%20sheet.pdf>.
- García, F. (2005). El óxido nítrico y el cartílago articular. Revista Española de Reumatología, 32:126-33. Sitio web:<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-el-oxido-nitrico-el-cartilago-13073670>
- Glasser, B., y Strauss, A. (2014). The Discovery of Grounded Theory strategies for qualitative research. 2018, de Ed. Aldine Publishing Company Sitio web:
https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:-pXhJtIWosQJ:https://www.rosario.gov.ar/mr/epidemiologia/publicaciones/metodologia-de-investigacion/seleccion-y-desarrollo-de-la-estrategia-metodologica/the-discovery-of-grounded-theory-estrategies-for-qualitative-research-b-glasser-y-a-strauss-ed-aldine-publishing-company-1969-new-york-traduccion-floreal-forni/at_download/file+&cd=10&hl=es-419&ct=clnk&gl=cl
- Gonzalez J. (2001) El paradigma interpretativo en la investigación social y educativa: nuevas respuestas para viejos interrogantes. Revista de ciencias de la educación,(15), 227-240.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. (6° ed.p. 7) México D.F.: McGraw-Hill.

- Jiménez, A., & Rusell, O. (2000). La Terapia Ocupacional. *Medicina integral*, Vol. 36. Núm. 3. páginas 79-113. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-terapia-ocupacional-15327>
- Ley N° 19.828. Crea el servicio nacional del adulto mayor. (2002). En Biblioteca del congreso nacional [en línea]. Recuperado de: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=202950>
- Martínez S. Lorena, Muñoz H. Flavia, Suazo G. Cristian. (2015). Facultad de Medicina Escuela de Terapia Ocupacional. Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio & Proceso, 3rd Edición -2014,20.
- MINSAL. (2014). *Guía clínica AUGE: Artritis Reumatoide*. recuperado de <HTTP://http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GPC%20Artritis.pdf>
- MINSAL. (2014). *Guía clínica AUGE: Artritis Reumatoide (p. 13)*. recuperado de <HTTP://http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GPC%20Artritis.pdf>.
- Molina G. (2018). *Clase de método narrativo*. Metodología de investigación II. Universidad San Sebastián.
- Moreno, R., García de Vicuña, R., Goicoechea, C., & Tornero, J. (2015). Efectos de la intervención desde Terapia Ocupacional sobre la percepción del dolor crónico y la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v22n3/02_original.pdf
- Neira, F., & Ortega, J. (2006). Tratamiento del dolor en la artritis reumatoide fundamentado en medicina basada en la evidencia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 13(8), 561-566. Sitio web: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000800008&lng=es&tlng=es.
- OMS. (2015). Envejecimiento. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/ageing/es/>
- Orozco, A., & Castiblanco, L. (2015). Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*, vol. 24, núm. 1, pp. 203-217. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/804/80438019013.pdf>
- Pacheco, D. (2015). REUMA, Reumatología para médicos de Atención Primaria.

- Pérez M, Víctor T., & Arcia Chávez, Nora. (2008). Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Sitio web: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300002&lng=es&tlng=es.
- Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2011). Artritis reumatoide: consideraciones psicobiológicas. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982011000100003
- Quiceno, J., Vinaccia, S. (2013). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencia y afrontamiento espiritual religioso y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. Sitio web: <file:///C:/Users/USS-LL-PB-0029/Downloads/v7n1a03.pdf>
- Ramos, C. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. 23rd ed. Quito, Ecuador, pp.1-16. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/282731622_LOS_PARADIGMAS_DE_LA_INVESTIGACION_CIENTIFICA_Scientific_research_paradigms
- Redondo, M., León, L., Pérez M., Jover, J., & Abasolo L. (2008). *El dolor en los pacientes con artritis reumatoide: variables psicológicas relacionadas e intervención. Clínica y Salud*, 19(3), 359-378. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300006&lng=es&tlng=es
- Redondo, M., & Tobal, J. (2001). *Emociones negativas y artritis reumatoide: una revisión teórica*. Recuperado de <https://psiquiatria.com/ansiedad/emociones-negativas-y-artritis-reumatoide-una-revision-teorica/>
- Redondo, M., Tobal, J., & Pérez, M. (2018). *El papel del tiempo de evolución de la artritis reumatoide en los síntomas de la enfermedad y en las emociones negativas. Ansiedad Y Estrés*, (13), 141-151. Revisado en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=25797884>
- Reyes, E., González, W., Suárez, B., & Egüez, J. (2015). Caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes con artritis reumatoide. Hospital Universitario Arnaldo

Milián Castro. Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962015000100004

- SENAMA. (2009). Las personas Mayores en Chile, situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez. Glosario gerontológico. Recuperado de: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/GLOSARIO GERONTOLOGICO.pdf>.
- SENAMA. (2012). Política integral de envejecimiento positivo para Chile 2012-2025. Santiago: Servicio Nacional del Adulto Mayor, Recuperado de: <https://vifadultomayor.files.wordpress.com/2016/12/senamalibropoliticas .pdf>
- SENAMA. (2016). Glosario Gerontológico. Recuperado de: <http://www.senama.cl/filesapp/GLOSARIO GERONTOLOGICO.pdf>.
- Taylor, S. & Bodgan R. (2000), Introducción. Ir hacia la gente. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, (3ª ed, pp. 19-23. Barcelona: Paidós Básica.
- Vásquez, K. (2017). *Clase de tutoría de pretesis*. Metodología de la investigación I. Universidad San Sebastián.
- Vinaccia S., Contreras F., Restrepo L., Cadena, J., Anaya J. (2004). Autoeficacia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 5, N°1, pp. 129-142. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/html/337/33701008/>
- Willard , Spackman. (2005). *Terapia Ocupacional* (10 ed.). Buenos Aires , ed. Médico Panamericana

Anexos

Anexo N°1: Instrumento de medición

 <p>UNIVERSIDAD SAN SEBASTIAN</p>	<p>Entrevista Sobre el Tratamiento Terapéutico En Adulto Mayor Con Artritis Reumatoide.</p>	<p>Fecha: _____ N° de Folio: _____</p>
--	--	--

La presente entrevista es semiestructurada de tipo cualitativa, y tiene por objetivo conocer qué intervención han entregado los Terapeutas Ocupacionales a los adultos mayores con artritis reumatoide en los distintos sectores (en relación a comunas) de la Región Metropolitana.

PREGUNTAS

1.- ¿Qué función desempeña el Terapeuta Ocupacional en el tratamiento de la artritis reumatoide en un Adulto Mayor?

Respuesta: _____

2.- ¿Cómo Terapeuta Ocupacional, considera que el tratamiento que reciben sus usuarios presenta una mirada holística?

Respuesta: _____

3.- ¿En cuanto al tratamiento que reciben los usuarios, toman en consideración sus características?

Respuesta: _____

4.- ¿Informa a los usuarios acerca de sus deberes y derechos?

Respuesta: _____

5.- ¿Toma en consideración las necesidades del usuario al realizar su intervención?
Respuesta:_____

6.- ¿Entrega información acerca del tratamiento de la artritis reumatoide a los usuarios? ¿De qué tipo?
Respuesta:_____

7.- ¿Informa a los usuarios acerca del tratamiento psicológico de la artritis reumatoide?
Respuesta:_____

8.- ¿Entrega información a los familiares acerca de la condición de salud del usuario?
Respuesta:_____

9.- ¿Entrega información acerca de la importancia del tratamiento emocional?
Respuesta:_____

10.- ¿Considera importante realizar un tratamiento en base al estado afectivo del usuario?
Respuesta:_____

11.- ¿Entrega consejos a los usuarios con artritis reumatoide, sobre protección de las articulaciones?
Respuesta:_____

12.- ¿Toma en cuenta para el proceso de rehabilitación, la utilización de ayudas técnicas?
Respuesta:_____

13.- ¿Enseña habilidades adaptativas al usuario para utilizar en su hogar?

Respuesta: _____

14.- ¿La intervención que entregada a los usuarios, es completa? ¿Qué considera necesario incluir? ¿Qué propondría para dar solución?

Respuesta: _____

15.- ¿Entrega indicaciones al usuario acerca de modificaciones dentro de su hogar, para facilitar la realización de las tareas del hogar y de la vida cotidiana?

Respuesta: _____

16.- ¿Brinda asistencia a los usuarios para realizar actividades diarias con menos dolor?

Respuesta: _____

Anexo N°2: Carta de Presentación

UNIVERSIDAD SAN SEBASTIÁN, SEDE SANTIAGO, CAMPUS LOS LEONES, AV.LOTA 2465, PROVIDENCIA

CARTA DE PRESENTACIÓN

Por medio de la presente carta, se informa que estudiantes de cuarto año de Terapia Ocupacional de la Universidad San Sebastián, se encuentran cursando seminario de título, basado en un estudio cualitativo que busca indagar sobre el tratamiento de la Artritis Reumatoide en la adultez mayor.

Desde esta área, existen estudios escasos sobre la intervención desde la Terapia Ocupacional y contextualizada en Chile, es por ello que se desea indagar acerca de los enfoques que tienen los Terapeutas Ocupacionales en el proceso de rehabilitación de la patología en adultos mayores (físico, sociales, emocionales, etc.).

Se ha generado el interés en relación a esta patología, ya que presenta una alta prevalencia en la población chilena y entendiendo que la población nacional cada vez se está avejentando, es por esto que se invita a los profesionales a responder por medio de una entrevista.

Toda la información generada por este medio así mismo la entrevista, nombres y antecedentes de los participantes es de carácter confidencial y exclusivamente para uso académico.

Se certifica que:

Docente guía: Rosario Conte Delpiano 16.095.748-4

Docente metodológico: Guillermo Molina Holmes 9.900.287-5

Estudiantes:

Andrés Raúl Bustamante Barrios 19.375.172-5/abustamantebarrios@gmail.com.

Brenda Paola Espejo García 19.538.337-5/ emeifer527@gmail.com.

Tomás Pablo García Urzúa 19.261.812-6/ tomas.garciaurzua@gmail.com.

Marianela Betzabet Navarro Gómez 18.975.679-8/ mbnavarrog@gmail.com.

Erick Mitchell Pérez Pozo 19.590.533-9 / erick.mpp.18@gmail.com.

Camila Fernanda Toro Vásquez 19.169.478-3/ camifdatv96@gmail.com.

Anexo N°3: Consentimiento Informado

Consentimiento informado de participación en investigación de Tesis.

“La importancia del tratamiento desde Terapia Ocupacional en las esferas físicas y emocional, el adulto mayor diagnosticado con artritis reumatoide.”

Información sobre la investigación.

Usted ha sido invitado/a a participar de una investigación que busca identificar la importancia de un tratamiento, considerando la esfera física y emocional en un grupo objetivo de adultos mayores con artritis reumatoide. La información que usted proporcione en la entrevista en profundidad quedará registrada en una grabación de audio y además de la pauta de preguntas que se le entregará, la cual será sometida a un análisis, en total confidencialidad. No será conocida por nadie fuera del investigador/a responsable y su profesor/a guía. La entrevista en profundidad consiste en conocer qué intervención han recibido los adultos mayores con artritis reumatoide a través de Terapia Ocupacional, si es que se contemplan las esferas nombradas anteriormente, mediante preguntas enfocadas en este objetivo, donde deberán ser contestadas desde su experiencia.

La información producida en esta investigación será mantenida en estricta confidencialidad. Una vez firmado el consentimiento de participación, se analizará la información y se producirá un informe final, donde se mantendrá igualmente la confidencialidad de los/as entrevistados/as.

Por medio del presente documento se le invita a participar de esta investigación de forma voluntaria, teniendo derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin que ello le afecte de ninguna forma. También si usted lo desea y solicita podrá contar con una copia de la entrevista escrita o en audio. Usted no tiene que aceptar participar de esta investigación y tiene el pleno derecho a preguntar ahora o durante el transcurso de su participación cualquier duda que le surja, y a ponerse en contacto con el investigador que le realizó la entrevista, en caso que lo considere necesario.

Este documento es una garantía de que Usted no corre ningún riesgo, y que su participación en esta investigación no le significa ningún gasto de dinero. Por lo tanto, no se anticipan riesgos ni beneficios directamente relacionados con esta investigación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Santiago, ____, _____, ____

A través del presente, yo _____, RUN _____, de la Comuna _____, expreso que soy profesional del área de Terapia Ocupacional enfocado/a en el tratamiento de la Artritis Reumatoide, realizado en el lugar de _____.

Declaro ser consciente de la presencia de estudiantes de IV año de la Carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad San Sebastián, y de haber leído la información descrita, además que mis preguntas acerca de la investigación de tesis han sido respondidas satisfactoriamente.

Al firmar este documento, indico que he sido informado/a de la investigación sobre: “La importancia del tratamiento desde la Terapia Ocupacional en las esferas física y emocional de un Adulto Mayor diagnosticado con Artritis Reumatoide”, y que consiento voluntariamente participar entregando mis opiniones en una entrevista, pero solo con fines educativos, resguardando mi anonimato y privacidad.

Entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento sin que ellos me afecten de ninguna forma.

Firma

Firma y Timbre Escuela T.O

Contacto : Secretaría Escuela de T.O
Sra: Marcia Ocaña Pérez.

E-mail de contacto : marcia.ocana@uss.cl

Teléfono de contacto : +56222606741

Anexo N° 4: Matriz de vaciado

Pregunta 1: ¿Qué función desempeña el Terapeuta Ocupacional en el tratamiento de la artritis reumatoide en un Adulto Mayor?	
Entrevistado	Respuesta
Francisco Nilo Garay (F.N)	<i>Promover el bienestar biopsicosocial mediante el uso de la ocupación como medio. Además abordar la patología mediante adaptaciones para la persona y para el entorno.</i>
Carem Fagundes (C.F)	<i>Primero disminución de dolor, para facilitar la funcionalidad de ese paciente, evitar las complicaciones, con pasar del tiempo ese paciente va a empeorar y ahí va a tener deformidades y va a limitar la actividad funcional cada día más, eh... y obviamente como objetivo principal, si estamos pensando en un adulto mayor, pensar en mantener esa independencia, esa autonomía por la mayor parte del tiempo, porque, sabemos que en AR, el paciente puede tener una desviación, una mano en ráfaga y con eso, las actividades funcionales van a estar todas limitadas. También el tema de riesgo de caídas, todo eso que hay que ver también, conservación de energía, ese sería el papel.</i>
Stephania Prieto (S.P)	<i>Desde un adulto mayor, mmmm, ya, el rol del terapeuta ocupacional en el tratamiento de la artritis, pero no solo en AM sino que como en la artritis en general, porque yo por lo menos uso el mismo enfoque, sin embargo, en AM hago algunas como consideraciones, pero es básicamente, enseñar estrategias para que logren realizar sus actividades aún con las complicaciones asociadas a la AR, que es el dolor, rigidez, inflamación, eso principalmente y la idea, es cómo prevenir la discapacidad, ya, ahora, en específico el AM, yo lo que me preocupa, primero que todo, porque, como uno tiene que hacer una educación en torno a modificar hábitos, y eso implica enseñar cosas nuevas, cierto, que logre tener esta capacidad como de aprendizaje y si hay algunos problemas cognitivos, muchas veces eso se ve un poco difícil de ejecutar, entonces primero ver, valorar si tiene como la capacidad cognitiva necesaria como poder después también, poder incorporar esas estrategias.</i>
Grace Ayala (G.A)	<i>El Terapeuta Ocupacional, yo creo que tiene una labor preventiva en relación a las complicaciones que están asociadas a la patología, pero que además aumentan el deterioro progresivo de la articulación, entonces el tratamiento debe ser preventivo en relación a por ejemplo; el</i>

tipo de movimiento que debe evitar hacer la persona, que favorezcan un mayor deterioro, si bien no vamos a eliminar la patología, porque es sabido que la gente que tiene artritis va a morir con artritis, si en mayor manera se puede seguir deteniendo el deterioro progresivo que va teniendo a nivel de ligamento y articulación, el Terapeuta hace también una labor directamente de rehabilitación sobre todo en periodos de crisis, favoreciendo la disminución de la sintomatología y a lo largo hace una terapia se podría decir como de contención porque en el fondo estas crisis hacen que cada vez se suma un poquito más la pérdida de funcionalidad va a depender de la edad, de lo que tiene que hacer, de la propositiva de la persona, del ambiente social y del ambiente familiar, sin duda que depende de todos los factores y de cómo se comporta la patología en la persona, pero si puede ir sumando un poco más el grado de incapacidad o dificultad para desarrollar su vida cotidiana y eso tiene como consecuencia un impacto emocional en las personas, sabiendo que en su mayoría son mujeres, la prevalencia está en las mujeres y más encima comienza en mujeres no tan “añosas” si no que empiezan casi empezando la adultez ya pueden comenzar manifestando algunos cuadros, lo que afecta directamente en su sentido de eficacia, en sus roles porque habitualmente pueden estar terminando la etapa productiva y empezar con estos problemas entonces se viene un problema económico y a quien no le afecta la emocionalidad que le da los problemas económicos, “si no tengo plata para alimentar a mis hijos tengo que hacerlo como sea” sobre si son mujeres en Chile tenemos muchas dueñas de hogar.

Análisis: Los terapeutas ocupacionales mencionan que el principal labor que deben cumplir ante el tratamiento de adultos mayores con artritis reumatoide es el de enseñar y entregar estrategias de conservación de energía, y evitar otras posibles complicaciones respecto a la sintomatología de artritis reumatoide como lo son la aparición de crisis, dolor, inflamación, y de allí proponer ayudas técnicas ante deformaciones presentes y también de adaptaciones para mejoramiento de su entorno, de modo que el adulto mayor sea lo más independiente posible, a pesar de que la artritis reumatoide no se solucionará y será progresiva.

Pregunta 2: ¿Cómo Terapeuta Ocupacional, considera que el tratamiento que reciben los usuarios presenta una mirada holística?	
Entrevistado	Respuesta
Francisco Nilo Garay (F.N)	<i>Desde mi perspectiva no siempre, muchas veces las limitaciones de la salud pública o privada se centran en la patología o en la enfermedad. Si bien uno ve las posibilidades desempeño de la persona en su contexto, los otros profesionales del equipo de salud no siempre están en la misma línea que uno, primando una atención más asistencialista centrada en la enfermedad.</i>
Carem Fagundes (C.F)	<i>Ese tema holístico es tan complejo, porque de verdad, yo, yo personalmente voy a tratar los síntomas, entonces en verdad no.</i>
Stephania Prieto (S.P)	<i>Principalmente, o sea, particularmente yo creo que sí, ehh, ¿por qué?, porque en él, yo trabajo en un equipo que es multidisciplinario e interdisciplinario, entonces hay un fisiatra, están los reumatólogos y hay un psicólogo, entonces yo particularmente trabajo muy a la par con el psicólogo, de hecho por ejemplo, como el trabajar con incorporar estrategias, modificar hábitos, tiene que ver con que la persona también cambié un poco su conducta, entonces ahí, yo discuto muchas veces con el psicólogo: mira yo estoy trabajando esto, ¿cómo lo podríamos hacer?, ¿o tú refuerzas esto?. Como también teniendo en consideración lo que nosotros como TO podemos hacer, ¿ya? porque muchas veces, ese cambio de conducta está dado porque las personas tienen asociados ciertos hábitos, ciertas emociones, entonces ahí, ya eso lo puede trabajar mejor por ejemplo el psicólogo, entonces yo después, una vez que el psicólogo lo trabaja, yo hago como la otra parte pero si tiene que tener una mirada holística, más que por todos los síntomas que tiene la AR, uno de los síntomas principales es el dolor, y que es un dolor que no es agudo, sino que más bien es un dolor crónico, entonces el dolor crónico es muchas veces, hace que afecte su estado anímico, que tenga problemas cognitivos, entonces ya, eso te hace mirarlo desde distintas esferas, o sea si o si lo tienes que mirar desde distintas esferas.</i>

Grace Ayala (G.A)	<i>No, porque habitualmente el(la) usuaria llega en momento de crisis, son pocos los usuarios que se quedan contigo en un tratamiento permanente en alrededor de los meses y los años, entonces el usuario viene, se soluciona la crisis y al final de la crisis haces como este tratamiento preventivo o que incorporar las técnicas de protección articular y todo lo demás, pero después tu pierdes a ese usuario porque vuelve a venir cuando hay otra crisis, entonces el tratamiento es como súper remedial, en el momento y en posterior ya se pierde el contacto con ellos entonces no sabes como lo están haciendo en la casa, si tendrán alguna supervisión, porque además los tiempos administrativos de atención son súper cortos, por ejemplo si estás en un COSAM tú tienes 10 sesiones, esas 10 sesiones son las que lleva el artritis en un periodo de crisis y después se acabó, volver genera una nueva interconsulta para que vuelva contigo, significa un montón de pasos que la gente termina abandonando, total ya se le pasó el dolor. La gente idealiza que se “sana” y discontinúa el tratamiento.</i>
--------------------------	---

Análisis: Según refieren distintos terapeutas ocupacionales, sería fundamental realizar un tratamiento desde una mirada holística, en el que se incorporen distintas esferas e idealmente todas, tanto como físicas, cognitivas y socioemocionales por ejemplo, sin embargo, existen ciertos limitantes que surgen tanto desde la salud pública como privada, y por otra parte si el usuario afectado sigue o no el tratamiento en su hogar o al asistir a las consultas. Esto está influenciado por la sensación de bienestar que se obtiene con los tratamientos, lo cual el usuario idealiza, discontinuando el tratamiento y coartando la evolución positiva de la enfermedad.

Pregunta 3: ¿En cuanto al tratamiento que reciben los usuarios, toman en consideración sus características?	
Entrevistado	Respuesta
Francisco Nilo Garay (F.N)	<i>Claro. Acá existe mucha diferencia entre un usuario que vive en la ciudad versus un usuario que vive en un lugar rural, el uso de sus manos para trabajar la tierra o hacer trabajo de campo implica que las adaptaciones que pudiesen hacerse sean en relación con sus ocupaciones.</i>
Carem Fagundes (C.F)	<i>Sí, yo intento trabajar con las características, necesito saber quién es el paciente, que actividades realiza, que es de interés del paciente, incluso para pensar y proponer las</i>

	<i>actividades de la terapia.</i>
Sthepania Prieto (S.P)	<p><i>Si, o sea ¿tú te refieres por ejemplo al tratamiento farmacológico o al no farmacológico? ¿al tratamiento desde Terapia Ocupacional? ya si, el tratamiento desde to, por lo menos el que se hace en el lugar donde yo estoy, si considera todas las características del usuario, porque es una atención individual, o sea de hecho yo, cuando tengo que hacer sesiones con los usuarios, las sesiones son individuales, no son grupales, porque cada usuario tiene distintas características y por ejemplo no sé, otras necesidades y otras estrategias por ejemplo, una como de las principales estrategias, son las técnicas de protección articular que están así como bien... como que en todos los libros las hablan, y que dice que ya que hay que engrosar mangos, que no sé qué, tiene que usar articulaciones más grandes, pero ahí hay que estudiarlo caso a caso, porque muchas veces esos AM tienen otras necesidades, otras complicaciones, eh, los recursos también, si bien yo trabajo en un hospital privado, nosotros trabajamos, o sea, atendemos además población que no solamente es clase media, también hay clase media baja, entonces uno también tiene que tener en consideración todos esos aspectos, por lo tanto, eso hace que el tratamiento sea específico a las características de cada usuario. Esa es la particularidad, porque yo entiendo también que en el sistema público, es más complejo porque los recursos son limitados en cuanto a RRHH, el tiempo, es complejo.</i></p>
Grace Ayala(G.A)	<p><i>Lo que pasa es que por formación yo soy terapeuta Holística, biopsicosocial por formación de la Universidad de Chile, porque en esa época nos preparaban muy holísticamente, probablemente sea por generación por formación y en relación a la práctica profesional no puedes separar, no puedes, o sea mientras la señora el marido le “pegue” todo los días y tenga un problema familiar, ella va a hacer crisis de manera más seguida, más recurrente, entonces yo a esa señora la atiende por AR pero la derivo a acción social porque hay un tema que interfiere directamente en su salud física y a lo mejor voy a tener que llevar a salud mental, a terapia en un COSAM que atiende esa parte de salud mental, porque a lo mejor mi AR no se va a recuperar por más que yo trabajé con ella, entonces sí o sí tenemos que trabajar en red y si o si tenemos que hacernos cargo de los factores que influyen en esta patología que son de origen reumático, pero si pueden agudizar ciertos periodos de crisis por interferencia</i></p>

	<i>emocionales sin duda.</i>
--	------------------------------

Análisis: Es de suma importancia considerar las características de los usuarios, dado que cada uno de ellos es distinto al otro, se debe considerar su edad, su nivel socioeconómico, el lugar en el cual vive ya sea urbano o rural, considerar además sus ocupaciones y actividades que realiza, conflictos en su hogar u otras patologías, de esta manera es posible saber quién es esta persona, cómo podemos ayudarla y de qué manera, desde los conocimientos del terapeuta ocupacional. Ya que todas las características anteriormente nombradas influyen directamente en el tratamiento del usuario, entonces al enfocarse en la persona como un ser integral, se disminuye considerablemente el impacto de la enfermedad en la persona.

Pregunta 4: ¿Informa a los usuarios acerca de sus deberes y derechos?	
Entrevistado	Respuesta
Francisco Nilo Garay (F.N)	<i>Dentro del servicio público es obligatorio informar a los usuarios acerca de los deberes y derechos.</i>
Carem Fagundes (C.F)	<i>En Brasil yo hacía eso, aquí yo no... por que no he trabajado con ningún paciente con AR aquí, pero en Brasil sí, sí, porque tenemos, los pacientes que tienen, por ejemplo, no sé, eh, acceso a transporte para las consultas, para el tratamiento, las órtesis, el gobierno pagaba las cosas que son gratuitas ahí para los pacientes, si yo supiera acá.</i>
Sthepania Prieto (S.P)	<i>De los deberes y derechos sí, porque es importante por ejemplo, eh, una de las primeras acciones, es hacer educación y educación en relación a la patología, pero también esa educación en relación a lo que ellos tienen que cumplir, para que finalmente la intervención pueda tener... pueda ser exitosa y eso también es parte de una estrategia que se está usando mucho que tiene que ver con la aceptación y compromiso, o sea ya, porque muchas veces las personas que tienen AR, tienden como a responsabilizar al otro de su tratamiento, así como: No, no, es que yo vengo con usted, porque usted me va a quitar el dolor, entonces, lo primero es como decirle: no, yo te voy a ayudar en esto, te voy a orientar, tú tienes que hacer esto, tienes que ser constante, tomar tus medicamentos, ¿qué se yo?, ir con el médico, a mí me puedes preguntar esto. Pero también es importante, sea adulto, sea AM uno siempre tiene que</i>

	<i>informarlo, por ejemplo si hay casos en los cuales hay AM, que tienen algunas alteraciones cognitivas, uno le dice que vaya con algún familiar y le informa al familiar de lo que se está haciendo.</i>
Grace Ayala(G.A)	<i>Depende de la institución en que tu trabajes, en término funcionales el papel o lo que uno estudió aguanta muchísimo pero muchas veces cuando tu estas trabajando en un sistema en que cada 40 minutos te ingresa un usuario y no estas con uno, estas con dos o con tres a las vez, tú le entregas la información a uno para que haga el ejercicio, mientras le dices al otro y escribes la ficha, es decir, tienes minutos para atender, ingresar, prescribir las prestaciones, hacer la derivaciones, entregar las instrucciones, todo en el computador mientras los miras de reajo, porque el sistema así lo requiere, porque un sistema privado también es así de dos usuarios por vez y tú tienes que apenas el caballero sean 1 minuto para los 40 minutos tú tienes que sacarlo del sistema, liberarlo, carga las prestaciones y que pase a su siguiente sesión, en ese sistema tan complejo, tan demandante de atención e intervención y de cargas administrativas, porque también tienes harta carga administrativa donde trabajas, la ideas es dar la mayor parte de información en un comienzo, yo lo que trato de hacer a penas sepa de la patología explicar que es vivir con la patología e inmediatamente pido un familiar al lado, cosa que dos cabezas piensan más que una y así tampoco se tergiversa la información y siempre con lenguaje “cero técnico” muy sencillo, simple, con ejemplos de la vida cotidiana, bien aterrizado a la realidad del usuario, ósea si es hombre poco le voy a hablar de las situaciones de la casa si participa poco de las labores del hogar, entonces claro trato de visualizar las condiciones del usuario para poder pensar las indicaciones que yo podría darle, eventualmente se hacen algunas evaluaciones o análisis del puesto de trabajo que realiza, si algún factor que influya o favorezca la aparición de algún cuadro doloroso en alguna articulación, si existe se analiza y se pueden dar la indicaciones en el momento depende del contexto, he trabajado en instituciones privadas y públicas, de eso va depender.</i>

Análisis: La entrega de deberes y derechos va a depender si como terapeuta

ocupacional se trabaja bajo un sistema público o privado, pero es importante hacerles llegar a conocer cuáles son sus derechos, deberes, teniendo en consideración la realidad del usuario, siempre con un lenguaje sencillo de modo que logre comprender las indicaciones dadas, por otra parte los terapeutas evaluados mencionan que depende también del tiempo de las consultas ya que estos suelen ser de periodos cortos y se privilegia entregar otro tipo de información también. Además de informar sobre derechos y deberes, el terapeuta debe delimitar sus funciones y roles, desde el primer contacto con el usuario.

Pregunta 5: ¿Toma en consideración las necesidades del usuario al realizar su intervención?

Entrevistado	Respuesta
Francisco Nilo Garay (F.N)	Si.
Carem Fagundes (C.F)	Si, si si.
Sthepania Prieto (S.P)	<i>Si, si si si si. de hecho siempre por lo menos yo, dentro, porque, lo que, eh, en el hospital donde trabajo somos varios terapeutas y como que cada uno tiene sus áreas, entonces tenemos como una evaluación que es común, pero cada uno le ha ido haciendo como ajustes a esta evaluación, entonces dentro de esta evaluación, la que se hace para reumatología en particular, hay una parte que uno le pregunta como la expectativa, como para uno saber también que es lo que quiere, inmediatamente tú le dices: ya mira, si yo puedo trabajar esto, esto otro, te puedo ayudar así y así, o quizá eso tú deberías verlo con otro profesional. Porque a veces también hay mucha confusión entre lo que uno como TO puede hacer.</i>
Grace Ayala(G.A)	<i>si por supuesto, si por ejemplo el contexto social, el contexto familiar y si ella necesita acomodar horarios, porque necesita dar pecho a la bebe o si la tienen que mudar antes, todas esas cosas se toman en consideración y como parte de tratamiento, se evalúan en la primera entrevista, muchas veces la gente no es capaz, porque es un tema vincular, porque son temas personales que puede tener en relación a la continuidad del tratamiento, por eso se tratan de abordar de una manera bien inicial , para poder evaluar todos los factores influyentes que favorezcan el proceso de rehabilitación, pero igual un tema vincular importante a la gente no le gusta decir todos los problemas que tiene.</i>

Análisis: Si se toman en consideración las necesidades del usuario, realizando

preguntas acerca de estas, en primera consulta, sin embargo está la existencia de que algunos usuarios no les sea de su agrado compartir información personal o de vínculo familiar, y como terapeutas ocupacionales hay que tener en cuenta la presencia de factores influyentes que puedan favorecer o no su tratamiento.

Pregunta 6: ¿Entrega información acerca del tratamiento de la artritis reumatoide a los usuarios? ¿De qué tipo?

Entrevistado	Respuesta
Francisco Nilo Garay (F.N)	<i>Por lo general hago algunos esquemas en papel dibujando las articulaciones y explicando la patología en detalle para que tengan un mejor entendimiento. Además a veces entregó un díptico de la patología.</i>
Carem Fagundes (C.F)	<i>Si, generalmente me gusta o tener, es que ellos entienden, en Brasil yo, en la consulta siempre tenía un libro o algo que yo mostraba, un video, una figura, explicaba el paciente lo que estaba pasando, porque, cómo podía estar, como dar una mini clase, y eso se debería siempre hacer con los pacientes, hacer una mini clase antes de empezar la intervención, para que comprendiese lo que nosotros hacemos también, porque sería muy abierto y ahí somos los kines y no somos kines.</i>
Sthepania Prieto (S.P)	<i>Sí, pero siempre con un cuidador a su lado para tener más objetividad del tratamiento.</i>
Grace Ayala(G.A)	<i>Siempre, en un comienzo se trata principalmente el periodo de crisis, y ya superada la crisis en las últimas sesiones se buscar dar instrucciones en relación a la utilización de ayudas técnicas, adaptaciones en el hogar y técnicas de conservación de la energía.</i>

Análisis: Si, se entrega información del tratamiento que debe seguir el usuario, sin embargo antes de hacerlo se sugiere dar a conocer la patología, en lenguaje sencillo para el usuario, ya sea a través de un dibujo, figura, o en casos más complejos, tratar el periodo de crisis y luego dar indicaciones del respectivo tratamiento a considerar para el usuario.

Pregunta 7: ¿Informa a los usuarios acerca del tratamiento psicológico de la artritis reumatoide?

Entrevistado	Respuesta
Francisco Nilo Garay (F.N)	<i>Creo que es importante el área social y emocional para todos los usuarios. En el caso de los AM es más relevante ya que cuando ellos sienten que su desempeño ocupacional</i>

	<i>está disminuido se ve afectado su lado emocional que repercute en su participación social.</i>
Carem Fagundes (C.F)	<p><i>No, muy honesta, no.</i></p> <p><i>¿Por qué no? por qué se olvida?</i></p> <p><i>Porque yo siempre trabajé con equipo multidisciplinario, porque, esos pacientes ya tenían esas derivaciones, por eso, los pacientes siempre... yo siempre trabajé con centros de rehabilitación o que habían otros profesionales, si yo veía la necesidad, derivada el paciente. Pero de manera general el paciente ya había sido derivado anteriormente. ¿Pero profe desde el profesionalismo donde igual hemos estado, o sea, estudiamos para poder atender de forma integral al usuario, usted cree que podría atenderse desde esa manera? o sea yo como to, poder abarcar tanto lo físico como también lo emocional en el mismo paciente. Profe: es que obvio que siempre abarcamos, es algo, es que es muy... es como decir por ejemplo que yo voy a trabajar marcha siendo que marcha es algo del kine, lo mismo que decir psicológico, es el psicólogo, nosotros podemos, es dar soporte yo diría, no diría que voy tratar el psicológico, porque tratar el psicólogo es el psicólogo, tenemos que dar, el nombre correcto para cada cosa, pero obvio que se trabaja, porque desde, yo me, es algo personal, por ejemplo, entender quién es el paciente y proponer estrategias, actividades, que hagan sentido para ese paciente, ya es el primer punto. Entender quién es esa familia, discutir, llamar, aproximar la familia, todo eso va a trabajar el psicólogo también, porque ocupamos otras estrategias y mismo la conversación por ejemplo, yo me imagino que otros TO que ustedes van a conversar, van decir eso, hay días que el paciente llega y el solo quiere conversar, solo quiere hablar y exponer lo que está sintiendo y obvio vamos a escuchar, vamos a hablar, vamos orientar, pero ese no es mi trabajo como TO, ¿entiende? es solo, porque encuentro que puede sonar como que estuviéramos tomando el espacio del psicólogo, y no es esa la idea.</i></p>
Sthepania Prieto (S.P)	<p><i>si po, claro, porque por ejemplo, muchas veces y de hecho la gran mayoría de personas que tienen AR, sean adultos o AM, tienen algún trastorno del ánimo asociado, ¿ya? o algún trastorno ansioso o ciertos rasgos de personalidad, entonces ante eso, claro, muchas veces uno como TO, nosotros los TO no tenemos así como grandes herramientas para abordar eso, por lo tanto tenemos que derivar y ahí es cuando uno le informa de la importancia también de otros profesionales, en este caso el psicólogo, para que pueda</i></p>

finalmente después realizar el tratamiento y porque muchas veces, como esto implica un quiebre en la vida del sujeto, porque son personas que de la noche a la mañana los diagnostican y que hacían todas sus actividades y de un día pa' otro, así como que le dicen: no, ya, tú tienes AR. y se quiebra el mundo para esta persona, entonces muchas veces, cuesta asumir y eso el psicólogo es el que tiene más herramientas que nosotros.

Usted igual hablaba del tratamiento emocional, cuando mencionaba y eso ¿usted cree que lo puede ver el to?

O sea el TO puede ver como un parte de, por ejemplo, lo que tiene que ver con, ehhhh, aumentar la motivación, ¿ya?, quizá ayudar o que incorpore técnicas para relajarse, como eso desde lo emocional, ¿ya? a regular el nivel de estrés, eso particularmente, ya, pero otras cosas más complejas que tienen que ver muchas con cómo se vio la enfermedad, eso lo ve el psicólogo.

¿Esas estrategias que usted nos decía, eso lo hacen como en todos los pacientes o en los que necesitan?

En lo que necesitan, en los que necesitan y que refieren la necesidad también, porque hay algunos que claramente te dicen: mira es que sabes qué, yo cuando estoy haciendo una determinada cosa, me estreso y me aumenta el dolor o me sobre exijo y me aumenta el dolor, entonces ahí, o me paso esto, que yo peleo con mi hijo y me paso esto, me aumentó el dolor o dejo de hacer las cosas.

¿Usted dispone de una sesión entera para ese enfoque? o ¿lo ve como en la sesión todos juntos?

no, es que se va viendo por sesiones, lo que pasa es que acá por lo menos desde lo que hago yo, los médicos muchas veces les dan el número de sesiones, les dicen: ya, vas a ir con la terapeuta 3 sesiones. Pero muchas veces, esas tres sesiones se quedan cortas o a veces es mucho, porque a veces van por algo súper puntual: es que yo no puedo tomar el lápiz, ¿ya? o hay otros que tienen otro tipo de problemas, entonces ahí uno lo conversa y lo va negociando con la persona, pero la idea es como trabajar en distintas sesiones, no todo en una misma, sesión. Y yo Por lo general, cuando comienzo la intervención, siempre les hablo de la enfermedad, porque es impresionante la cantidad de

	<p><i>personas que no saben lo que es la artritis.</i></p> <p><i>Oiga y desde al área social, nosotros igual pensamos de que es uno de los factores que igual se afectan en la persona y ¿eso usted lo ve reflejado en sus usuarios?</i></p> <p><i>si po, se ve, por ejemplo te lo manifiestan, ¿cuándo?, cuando te dicen que empiezan a tener problemas con la familia, muchas veces dejan de desempeñar ciertos roles sociales, porque la mayoría por ejemplo, ehhhh, participa en la comunidad en distintas actividades, entonces muchas veces, claro, a raíz de la enfermedad dejan de desarrollar sus roles, ya, se tienden a aislar , entonces pierden el vínculo con la comunidad, con su entorno, entonces claro, tiene una repercusión social que es bien importante.</i></p> <p><i>¿Y eso nosotros lo podemos trabajar?</i></p> <p><i>De alguna forma si, por que uno tiene que generar esto como de activar las redes, como orientarlos en hacia donde buscar, que existen grupos por ejemplo de paciente donde pueden ir, o, que pueden realizar una actividad en comunidad donde pueden estar con estas personas, sí, eso se puede hacer. O sea se debería hacer, porque nosotros los TO tenemos la particularidad de que como trabajamos la ocupación, la ocupación no solo tiene que ver con el aspecto físico, tiene que ver con la espiritualidad, tiene que ver con el... con lo psicológico, tiene que ver también con los social, con lo económico con todo, entonces nosotros de alguna forma tenemos que ver todos esos factores.</i></p>
Grace Ayala (G.A)	Si.

Análisis: En síntesis, no todos los terapeutas evaluados manejan un tratamiento desde el área emocional, pero sí reconocen que ciertos factores emocionales pueden agravar más la enfermedad, que si bien al comenzar el tratamiento unos de los principales síntomas a trabajar primero es el dolor, pero es este mismo dolor el que puede ser aumentando ante la presencia subjetiva de su existencia, es por ello que sería importante considerar estos aspectos en el tratamiento de la persona diagnosticada con artritis reumatoide, ya que desde que la persona es comunicada de que posee esta enfermedad, pueden aparecer estos factores, o posteriormente cuando la enfermedad se agrave más o sea limitante ante la participación de roles o diversas ocupaciones. Por otro lado es importante señalarles a los usuarios cuál sería el apoyo otorgado por el terapeuta ocupacional al abordar esta área emocional, para contrarrestar la idea

de que se está quitando el rol del psicólogo, ya que los roles que cumplen no son los mismos.

Pregunta 8: ¿Entrega información a los familiares acerca de la condición de salud del usuario?	
Entrevistado	Respuesta
Francisco Nilo Garay (F.N)	Si.
Carem Fagundes (C.F)	<i>Si, si, cuando va acompañado de la familia, porque hay casos de adultos mayores que todavía siguen siendo autovalentes o que la familia, tampoco importa.</i>
Sthepania Prieto (S.P)	<i>Como mencione anteriormente si.</i>
Grace Ayala(G.A)	<i>Como les mencioné, siempre cuando quiero darles las instrucciones a los pacientes pido a un familiar o cuidador para dar las instrucciones en relación a la AR.</i>

Análisis: A pesar de lo abreviada de las respuestas, todos los Terapeutas concuerdan que es mejor para el tratamiento, que el usuario asista acompañado a las sesiones, especialmente para la entrega de instrucciones, al relacionarlo con las emociones negativas, el adulto mayor podría presentar dificultades para captar y entender esta información y que un tercero esté presente permite evitar dicha pérdida. Esto favorece positivamente el tratamiento, ya que no solo se acotaría a las sesiones, sino que se extendería a todos los días, permitiendo que el adulto mayor avance y mejore constantemente su condición

Pregunta 9: ¿Entrega información acerca de la importancia del tratamiento emocional?	
Entrevistado	Respuesta
Francisco Nilo Garay (F.N)	<i>En el caso de los AM es más relevante, ya que cuando ellos sienten que su desempeño ocupacional está disminuido se ve afectado su lado emocional que repercute en su participación social.</i>
Carem Fagundes (C.F)	<i>Sí, de esa perspectiva, de conversar, de explicar, eso sí. Pero hasta ahí, y ahí derivar o sugerir por ejemplo grupos, es que las experiencias con adulto mayor de AR, justamente hacíamos grupos, intervención en grupo y ahí, si el paciente tenía demandas más específicas, hacia la intervención individual y seguía con grupo de TO. Que ahí era un grupo de educación.</i>
Sthepania Prieto (S.P)	<i>Bueno esto depende del contexto.</i>
Grace Ayala (G.A)	<i>Sin duda, yo te decía, cada vez que estás en crisis, vas a ir perdiendo algo de tu función y eso se va ir sumando en el tiempo, esto puede ser un duelo que puede ser lento, mal</i>

	<i>elaborado, llegar al final con una depresión gigante o puede ser un aprendizaje o un duelo bien elaborado con buen acompañamiento, bien procesado o a lo mejor va a ser una depresión igual pero la vas a poder manejar de mejor manera porque tiene más herramientas y sin duda mente guía cuerpo, eso viene de las emociones.</i>
--	--

Análisis: Los terapeutas concluyen que es sumamente relevante otorgar ese apoyo, por los desgastes que conlleva la enfermedad, los cuales afectan directamente la emoción, por lo que al recomendar un grupo de ayuda u otorgar herramientas necesarias para favorecer el desempeño en actividades de la vida diaria, este impacto emocional se disminuiría, permitiendo que el usuario evolucione positivamente, y que los periodos de crisis sean afrontados con el mayor éxito.

Pregunta 10: ¿Considera importante realizar un tratamiento en base al estado afectivo del usuario?	
Entrevistado	Respuesta
Francisco Nilo Garay (F.N)	<i>Sí, siempre busco saber el estado motivacional del usuario.</i>
Carem Fagundes (C.F)	<i>Sí, porque si mi paciente no está bien emocionalmente ese paciente no va a producir como debería la terapia, mi intervención no va a ser efectiva.</i>
Sthepania Prieto (S.P)	<i>si, si es importante abordarlo, de hecho ahí, también uno tiene que entregar mucha información, hacia como donde orientarlo, ¿ya? lo que pasa, por ejemplo, de las limitantes que tengo yo muchas veces es el contexto, yo trabajo en un contexto hospitalario y el contexto hospitalario está más como centrado muchas veces como en la enfermedad, pero igual ahora hemos ido, como cambiando un poco y estamos como integrando como esta mirada más psicosocial, más holística y hemos hecho por ejemplo actividades en conjunto todos en el equipo, como apuntando a que, a mejorar ese aspecto, ya? pero lo ideal es igual entregarle la información por lo menos.</i>
Grace Ayala (G.A)	<i>Siempre si mi usuario esta desmotivado no podre avanzar en el tratamiento.</i>

Análisis: Si, es importante considerar un tratamiento en base al estado afectivo del usuario, dado que de acuerdo a ello es que se tendrá más información de quién es esta persona, de cómo actuará frente a las sesiones, o que tipos de actividades son más pertinentes a realizar, de modo que participe de la sesión ya sea individual o grupal, considerando siempre las características del usuario.

Pregunta 11: ¿Entrega consejos a los usuarios con artritis reumatoide, sobre protección de las articulaciones?	
Entrevistado	Respuesta
Francisco Nilo Garay (F.N)	Sí, siempre.
Carem Fagundes (C.F)	<i>Sí, es un regla básica. ¿Técnicas de protección articular, todo eso? Conservación de energía, esa es la primera, una de las primeras orientaciones.</i>
Sthepania Prieto (S.P)	<i>Si. Siempre y cuando tenga tiempo .</i>
Grace Ayala (G.A)	<i>Sin duda, la verdad que uno deja casi siempre la última sesión, para poder implementar todo esto que se ha conversado en todas las sesiones, es decir, evitar tales cosas, cambiarlas por monocomando, cuando se trate de realizar las desviación trate de hacerlo desde el hombro más que de la mano, uno trata de dar esas técnicas, pero como viene al momento de crisis, aborda la crisis y uno cuando ya está en las últimas sesiones uno se prepara para cuando ya la supere implemente estas estrategias compensatorias, pero no se hace al principio, yo no lo hago al principio, porque como viene por la crisis, atiendo la crisis.</i>

Análisis: Las respuestas de los terapeutas evaluados, es que si, siempre se deben entregar consejos a los usuarios acerca de la protección de articulaciones, para conllevar de mejor manera el dolor por ejemplo, ante la realización de ciertas actividades, y no realizar ciertos esfuerzos que pueden ser evitados. Pero ocurre una dicotomía, los profesionales están de acuerdo en entregar esta información, pero el momento es el que varía, ya que en una respuesta, una profesional prefiere entregar la información posterior a las crisis para favorecer esta internalización del usuario.

Pregunta 12: ¿Toma en cuenta para el proceso de rehabilitación, la utilización de ayudas técnicas?	
Entrevistado	Respuesta
Francisco Nilo Garay (F.N)	<i>Por lo general si, en casi todos los usuarios.</i>
Carem Fagundes (C.F)	<i>Sí, siempre.</i>
Sthepania Prieto (S.P)	<i>Si, si tomo en cuenta las ayudas técnicas, obviamente siempre y cuando sean necesarias y siempre y cuando la persona quiera la ayuda técnica, utilizarla. porque a veces tú te encuentras también... y algunas, particularmente los médicos, yo hablo de médicos... cuando hablo de médicos, hablo de los</i>

	<p><i>reumatólogos particularmente, que ellos son bien especiales, porque ellos están... como que siempre han trabajado desde este enfoque más biomédico donde el medicamento es lo que resuelve todo, entonces muchas veces ellos, como han tenido que integrar esta mirada más holística, están aprendiendo también cuando es el momento cuando esta persona tiene que derivarse o cuando tiene que usar una ayuda técnica o adaptarse a algo, entonces muchas veces ellos se asustan cuando ven a alguien que tiene muchas deformidades y eso implica que a lo mejor tiene mucha discapacidad, que hay que llenarlo de ayudas técnicas y a veces claro tú lo evalúas y esa persona funciona, entonces no es necesaria la ayuda técnica, ¿ya?, entonces también ahí hay que evaluar cuando se requiere efectivamente.</i></p> <p><i>¿y ahí por ejemplo, si el reumatólogo, usted le dice ya, que tal paciente necesita, pero usted desde su evaluación considera que no es necesario, puede ir y conversarlo?</i></p> <p><i>Si, si está la posibilidad, como te digo yo creo que soy una afortunada, jaja, ¿por qué? porque tengo la, la la fortuna valga la redundancia de que, si me lo deriva el reumatólogo, después hablo y le digo: mira, sabes que esto no es lo más apropiado porque funciona y no sé qué, y lo discutimos, esta como esa chance y además que, en el modelo en el cual, en el cual, nosotros trabajamos, es por ejemplo ya, está el usuario el paciente, como se dice en contexto hospitalario, mmm, en consulta, y el reumatólogo o el médico dice: mira sabes que, tiene este problema, mira ven, veámoslo juntos, qué te parece a ti, entonces como que lo vemos en el momento, y ahí mismo lo discutimos.</i></p>
<p>Grace Ayala (G.A)</p>	<p><i>Las ayudas técnicas si, el modelo son las clásicas, la palmeta, la antirafaga cubital, blanda o dura, para el día uno prefiere una ortesis blanda o de neopreno y para la noche uno prefiere una ortesis dura o las de cuello de cisne.</i></p>

Análisis: Los terapeutas evaluados afirman que sí se den tener en cuenta el uso de ayudas técnicas para el proceso de rehabilitación de la persona, pero siempre y cuando la persona de verdad lo requiera, por ello es fundamental evaluar al usuario su nivel de funcionalidad, a pesar de que médico mencione que usuario requiere de la utilización de alguna ayuda técnica, ya que si el usuario permanece, mantiene un buen nivel de funcionalidad ante la ejecución de actividades es posible entregar técnicas, enseñanzas para el mantenimiento

o mejoramiento de este, sin embargo cuando el usuario presenta un nivel bajo de funcionalidad, el uso de ayudas técnicas es fundamental para que logre el desempeño de sus actividades de la vida diaria.

Pregunta 13: ¿Enseña habilidades adaptativas al usuario para utilizar en su hogar?	
Entrevistado	Respuesta
Francisco Nilo Garay (F.N)	<i>Si.</i>
Carem Fagundes (C.F)	<i>Si, también. Pero no, la experiencia que yo he tenido, yo no he tenido la posibilidad de ir a la casa del paciente para evaluar el lugar, adaptar el entorno, entonces el paciente me traía fotos y ahí discutimos y conversábamos lo que podíamos cambiar o lo que podíamos adaptar.</i> <i>Claro, ¿entonces se hacía más rápida la sesión? Si.</i>
Sthepania Prieto (S.P)	<i>Sí, siempre utiliza las técnicas de conservación de energía</i>
Grace Ayala (G.A)	<i>va a depender, uno las puede prescribir o las puedes hacer de bajo costo, las puedes indicar o prescribir, a través de la municipalidad, o a través del mismo consultorio, el tiempo, va depender del valor de la ayuda técnica y si está codificado.</i>

Análisis: Los terapeutas evaluados mencionan que si enseñan habilidades adaptativas al usuario para utilizar en su hogar, teniendo en cuenta el contexto en el que trabajan, ya que a algunos se les permiten el realizar visitas domiciliarias y a otros no, sin embargo está la posibilidad de que el usuario haga muestra de fotos de su hogar y desde allí también, está la posibilidad de entregar estrategias, sugerencias para utilizar en su hogar, dado que el terapeuta ocupacional tiene los conocimientos necesarios para poder indicarlo.

Pregunta 14: ¿La intervención que le entrega a los usuarios, es completa? ¿Qué considera necesario incluir? ¿Qué propondría para dar solución?	
Entrevistado	Respuesta
Francisco Nilo Garay (F.N)	<i>Creo que a veces es incompleta por el hecho de no trabajar en la misma línea con todos los profesionales del equipo. A veces el médico se centra mucho en la patología y no en la persona como un ser involucrado en su contexto y que su estado de salud va influir como este pueda desempeñarse en sus actividades diarias. Partir por la educación y actualización del equipo de salud.</i>
Carem Fagundes (C.F)	<i>mmm... yo encuentro que eso de las visitas al hogar, pero ahí</i>

	<p><i>tiene que ver con donde tu trabajas, hay servicios que posibilitan que tu vayas a la casa del paciente y otros no, pero yo encuentro que eso es algo básico que se debería hacer y considerando que son adultos mayores, antes mismo de la AR, considerar el tema de ser AM, que tenemos limitación de movimiento global, que tenemos alteraciones visuales, algunos casos comprometimiento cognitivo, ahí la casa debería estar pensada para esa persona, antes mismo de pensar en AR, que, de claro presentaríamos las orientaciones personales.</i></p>
<p>Sthepania Prieto (S.P)</p>	<p><i>¿que no es completa? o sea, yo creo que no es completa muchas veces porque, hay algunas limitantes en relación a lo económico, que es lo que te decía yo, hace un ratito atrás, que yo trabajo en un hospital que es privado y eso implica que tiene aranceles privados y que para la gente que es del sistema público es mucho... es caro, entonces mucha veces tú tienes que como limitarte a hacer, no sé, en dos sesiones algo que deberías trabajar en 10 y claro que ahí no es completa la intervención</i></p> <p><i>Pero, ¿desde lo general?</i></p> <p><i>desde lo general yo creo que sí, es completa en el sentido de que la persona va y se trata de entregar toda la información posible de acuerdo a las necesidades y además es que otra particularidad del lugar donde yo trabajo y del modelo que utilizamos es el hecho que yo los veo cada vez que van a ver al reumatólogo, entonces yo los tengo que evaluar antes, entonces yo sé si están aplicando o no están aplicando y si hay algo que reforzar, ellos van de nuevo, los devuelven a TO. O si necesitan no sé, trabajar algo más como desde lo motor, ya, va al kinesiólogo, como hacer la derivación.</i></p> <p><i>¿Le ha tocado trabajar ahí, ciertas modificaciones para el hogar?</i></p> <p><i>En el contexto hospitalario es muchas veces, es difícil hacer visitas domiciliarias porque yo trabajo, por ejemplo más con, en atención ambulatoria, quizá hospitalizados es posible hacerlo, pero yo trabajo con ambulatorio, ¿ya?, entonces en ambulatorio los tiempos son súper restringidos, pero lo que yo hago ahí en relación a las modificaciones del hogar, yo les pido por ejemplo fotografías de la casa, en base a esas fotografías las analizo, yo las analizo después los cito pa' que vayan a la sesión donde revisan el informe y les voy</i></p>

	<i>explicando: mire esto podría ser aquí y acá.</i>
Grace Ayala (G.A)	<i>A mí me gustaría que existiera equipos como en los que yo he trabajado que atiendan de manera integral como por ejemplo a través de unas sesiones con Psicología, la familia, Kinesiología y Terapia Ocupacional, que todos pudiéramos juntarnos y ver las mejoras, y eso muy pocas veces lo he vivido.</i>

Análisis: El punto más importante a resaltar en todas las respuestas de los profesionales es, que siempre se debe aspirar a entregar toda la información y buscar el tratamiento más integral posible, pero los contextos tanto del usuario como del terapeuta influyen tanto negativa como positivamente. Pero al momento facilitar un tratamiento integral, tanto usuario como terapeuta deben ser flexibles, maximizando los recursos disponibles. Otro punto importante que destacan los profesionales es el trabajo multidisciplinario, el cual siempre debería estar presente y ser funcional, es decir, que los profesionales sean capaces de reunirse y discutir la mejor estrategia para que intervenir de forma óptima las necesidades y en base a las características de cada usuario.

Pregunta 15: ¿Entrega indicaciones al usuario acerca de modificaciones dentro de su hogar, para facilitar la realización de las tareas del hogar y de la vida cotidiana?	
Entrevistado	Respuesta
Francisco Nilo Garay (F.N)	<i>Si.</i>
Carem Fagundes (C.F)	<i>Si.</i>
Sthepania Prieto (S.P)	<i>Si.</i>
Grace Ayala (G.A)	<i>Se evalúa la forma en que las haces y hay uno puede hacer una estrategia o una sugerencia, evaluar barreras arquitectónicas de acuerdo a la patología y también se puede evaluar el puesto de trabajo, se puede hacer mejoras de implementación en las distintas áreas, pero si o si tienes que hacerlo, o sea no se puede ayudar desde un libro, la idea es aterrizarlo a la realidad del usuario, la idea no es decirle que realice de esta manera porque así lo dice una guía, porque hasta lo mejor la persona no hace la cama, por un tema de hábitos, creencias o de dinero, supongamos que tengo, yo trato de hacerlo de persona a persona a uno a uno.</i>

Análisis: Los terapeutas evaluados mencionan que si entregan indicaciones acerca de alguna(s) modificación(es) que se pueden realizar en el hogar del usuario, de acuerdo a la patología de artritis reumatoide, pero sin olvidar de que se debe tomar en consideración la realidad del usuario, ya que puede ocurrir que al usuario se le entreguen ciertas indicaciones y él o ella por no querer realizarlas no las realizará simplemente.

Pregunta 16: ¿Brinda asistencia a los usuarios para realizar actividades diarias con menos dolor?

Entrevistado	Respuesta
Francisco Nilo Garay (F.N)	<i>Si todo el tiempo.</i>
Carem Fagundes (C.F)	<i>Si.</i>
Sthepania Prieto (S.P)	<i>Si, si eso se hace por ejemplo y que de hecho es lo que, es una de las cosas que más hace énfasis en la intervención y que ahí se vincula con estas famosas técnicas de protección articular y de conservación de energía y además que apliquen otras técnicas, estrategias de manejo del dolor que tiene que ver con la relajación, con la estructuración de la rutina, todo eso.</i>
Grace Ayala (G.A)	<i>Si.</i>

Análisis: Los terapeutas evaluados mencionan que sí brindan asistencia a los usuarios para realizar las actividades de la vida diaria, con menos dolor, estas a través de estrategias de conservación de energía, de protección articular, de manejo de dolor y relajación principalmente, además, que estas técnicas se pueden fusionar con la rutina, estructurando de tal manera que se logre aumentar la efectividad de las técnicas anteriormente nombradas.

Anexo N°5: Matriz de Vaciado, en base a respuestas de profesionales entrevistados.

Entrevistado(a)	Categoría	Sub-categoría	Análisis	Cita
G.A	PAO	Persona	<p>La labor del Terapeuta Ocupacional está enfatizada en una labor preventiva, en relación a la cronicidad de la patología, es decir, a las complicaciones que irán apareciendo en el desarrollo de los años, principalmente al llegar la adultez mayor. Enfatiza que la principal intervención que se observa en los periodos de crisis de los usuarios en donde se agudizan más la sintomatología característica (dolor, rigidez e inflamación), en donde se busca aminorar el impacto de estos. Se toma en cuenta las características del usuarios, ya que un terapeuta debe tener una mirada holística en relación a sus contextos familiares, emocionales y monetarios, pero estos no pueden ser intervenidos de una manera directa debido a la nula continuidad del tratamiento por parte de los usuarios. También se intenta generar redes de apoyo de salud con los demás equipos de profesionales presentes pero este es de difícil acceso debido a la poca concordancia y coordinación en relación a los objetivos de intervención de cada uno de ellos.</p>	<p><i>“ Yo soy Terapeuta Ocupacional holística, por formación de la Universidad de Chile”.</i></p>
		Ambiente	<p>El ambiente aparece como principal limitante en la intervención de Terapeuta Ocupacional, debido a que el contexto clínico es el que genera la parámetros de intervención. Entre estos</p>	<p><i>“ Depende de la institución en qué trabajos, en términos funcionales el</i></p>

			<p>se menciona el tipo de institución donde se encuentre trabajando, estas puede ser públicas o privadas, también las variantes de tiempo de intervención (40 minutos aproximadamente), la modalidad de atención referida al número de usuarios que se atiende a la misma vez y finalmente la carga administrativa que tiene cada Terapeuta, asociada a los ingresos y registro de los usuarios que deben ser cumplidas diariamente. Estos factores limitan la focalización de la intervención y limitando los tipos de intervenciones que se lleven a cabo.</p>	<p><i>papel o lo que uno estudió aguanta muchísimo pero muchas veces cuando tu estas trabajando en un sistema en que cada 40 minutos te ingresa un usuarios”</i></p>
		Ocupación	<p>La profesional mencionó que el tratamiento de Terapia ocupacional está enfatizado en disminuir la sintomatología característica de los periodos agudos de la Artritis Reumatoide, entre las que encontramos técnicas de disminución del dolor, ortesis para evitar deformidades a nivel cubital, entrenamiento en técnicas de protección articular y de conservación de energía, y adaptaciones o modificaciones ambientales en los entornos donde el usuario participe.</p>	<p><i>“Se evalúa la forma en que las hacer y hay uno puede hacer una estrategia o una sugerencia, evaluar barreras arquitectónicas de acuerdo a la patología y también se puede evaluar el puesto de trabajo, se puede hacer mejoras de implementación en las distintas áreas, pero si o si tienes que hacerlo”</i></p>

Entrevistado(a)	Categoría	Sub-categoría	Análisis	Cita
F.N	PAO	Persona	El rol del Terapeuta ocupacional es el de promover el bienestar biopsicosocial mediante el uso de la ocupación como medio terapéutico, además de abordar la patología mediante adaptaciones para la persona y el entorno. Por otra parte explica las diferencias existentes entre un usuario que vive en sector urbano a otro que vive en sector rural, de este modo es que toma en consideración sus características, recursos, condición de salud, factores de riesgos, entre otros.	<i>“Promover el bienestar biopsicosocial mediante el uso de la ocupación como medio. Además abordar la patología mediante adaptaciones para la persona y para el entorno”.</i>
		Ambiente	Respecto a este ámbito, terapeuta menciona la presencia de limitaciones tanto en salud pública como privada, ya que estas se centran principalmente en abordar la patología, primando una atención más asistencialista y centrada en esta. Cabe mencionar que destaca que no todos los profesionales trabajan en la misma línea u objetivo.	<i>“Muchas veces las limitaciones de la salud pública o privada se centran en la patología o en la enfermedad. Si bien uno ve las posibilidades desempeño de la persona en su contexto, los otros profesionales del equipo de salud no siempre están en la misma línea que uno”.</i>
		Ocupación	Respecto al tratamiento entregado a los usuarios, Terapeuta Ocupacional considera que lo primero que debe realizar es una educación de la patología de artritis reumatoide, está en detalle, de modo que la persona comprenda lo que es la enfermedad, cuál es su sintomatología, que complicaciones pueden existir y cómo esta afecta de una	<i>“Por lo general hago algunos esquemas en papel dibujando las articulaciones y explicando la patología en detalle para que tengan un mejor entendimiento.</i>

			<p>u otra manera en el desempeño de realización de sus actividades de la vida diaria; como por ejemplo que su estado emocional se vea afectado y éste repercute e influye en su participación social. Luego de ello es que se entregan consejos sobre protección articular, utilización de ayudas técnicas. las cuales facilitan la oportunidad de desempeño frente a una ocupación y el también entregar estrategias adaptativas para utilizar en su hogar, tales como modificaciones físicas o organización de tareas y su ejecución más adecuada.</p>	<p><i>Además a veces entregó un díptico de la patología”.</i></p>
--	--	--	--	---

Entrevistado	Categoría	Sub-categoría	Análisis	Cita
C. F	PAO	Persona	<p>El rol del TO se base en disminuir el dolor, facilitando la funcionalidad del AM, evitando así complicaciones que con el tiempo pueden llegar a limitar en la actividad funcional del usuario, como lo son las deformidades, desviaciones, entre otros. Además se busca mantener la independencia y autonomía del AM el mayor tiempo posible.</p> <p>La derivación del AM desde el reumatólogo, en ocasiones es tardía, siendo el AM derivado con deformidades instaladas, considerando que con una derivación precoz, se podría trabajar de mejor manera, obteniendo mejores resultados.</p> <p>Desde la esfera psicológica, se puede dar soporte sin interrumpir el rol que desempeña el psicólogo; se trabaja desde la persona, entendiendo quién es, proponiendo estrategias, actividades que tienen un sentido para el usuario, prestando atención y orientando al AM, siendo esto un punto importante para</p>	<p>“si mi paciente no está bien emocionalmente, ese paciente no va a producir como debería la terapia”.</p>

			<p>dar soporte en lo psicológico. Considerando las características de cada usuario, ya que permite conocer cuáles son sus intereses, siendo todo esto integrado y considerado para el desarrollo de actividades en la intervención. Además de conocer quién es la familia que está detrás del usuario, haciéndolos partícipes de la intervención, realizando una aproximación.</p>	
		Ambiente	<p>Desde el lugar donde se desempeña la intervención, dependerá el servicio que se puede prestar, es decir, hay servicios que posibilitan la visita domiciliaria, adaptando el hogar según las características del usuario, tomando en consideración que debido a la edad pueden presentar alteraciones visuales, compromiso cognitivo y limitación global; y hay servicios que no posibilitan la visita domiciliaria.</p>	<p><i>“yo encuentro que eso de las visitas al hogar, pero ahí tiene que ver con donde tu trabajas, hay servicios que posibilitan que tu vayas a la casa del paciente y otros no, pero yo encuentro que eso es algo básico que se debería hacer y considerando que son adultos mayores, antes mismo de la AR, considerar el tema de ser Adulto Mayor”.</i></p>
		Ocupación	<p>El tratamiento hacia los AM desde la TO, está un poco olvidado, ya que tiene relación con la promoción del trabajo de la TO con los reumatólogos. Desde el tratamiento, el objetivo principal es el área funcional, el área motora, las AVDs, técnicas de conservación de energía, ortesis, el control del dolor y manejo del dolor.</p>	<p><i>“Primero disminución de dolor, para facilitar la funcionalidad de ese paciente, evitar las complicaciones, con pasar del tiempo ese paciente va a empeorar y ahí va a tener deformidades y va a limitar la</i></p>

				<i>actividad funcional cada día más, eh... y obviamente como objetivo principal, si estamos pensando en un adulto mayor, pensar en mantener esa independencia, esa autonomía por la mayor parte del tiempo”.</i>
--	--	--	--	--

Entrevistado	Categoría	Sub-categoría	Análisis	Cita
S.P	PAO	Persona	El rol del Terapeuta ocupacional es enseñar estrategias para que logren realizar sus actividades aun con las complicaciones asociadas a la artritis reumatoide, buscando prevenir la discapacidad, ante la modificación de hábitos, entregar estrategias de protección articular, entre otras y según las capacidades y características de la persona.	<i>“el rol del terapeuta ocupacional en el tratamiento de la artritis, pero no solo en AM sino que como en la artritis en general, porque yo por lo menos uso el mismo enfoque, sin embargo, en AM hago algunas como consideraciones, pero es básicamente, enseñar estrategias para que logren realizar sus actividades aún</i>

				<p><i>con las complicaciones asociadas a la AR, que es el dolor, rigidez, inflamación, ehhhh, eso principalmente y la idea, es cómo prevenir la discapacidad”</i></p>
		Ambiente	<p>Respecto a este ámbito, la profesional mencionó que en hospitales públicos no tienen áreas especializadas, además se presentan recursos limitados, estos dirigidos a recursos humanos y tiempo. Por otro lado en el contexto hospitalario, muchas veces es difícil hacer visitas domiciliarias por trabajar en atención ambulatoria. Destacando que últimamente trabaja con un enfoque más psicosocial por tanto este es más integral y holístico, a diferencia de un médico que trabaja un enfoque más biomédico y centrado mayoritariamente sólo en controlar la enfermedad.</p>	<p>“particularmente los AM que en Chile hoy en día se atienden por aR, se atienden en los hospitales públicos y no son áreas especializadas, si no que los colegas que están ahí, son colegas que trabajan en el área física principalmente y todas estas intervenciones, son intervenciones grupales, donde va un conjunto de AM y donde se les va diciendo, mira ya, tu no puedes hacer esto, no puedes hacer esto otro, tienes que hacer esto así, tienes que hacer esto asá, pero no hay como una individualización de tratamiento y</p>

				eso ya complica un poco el que la persona logre incorporar después la estrategia.”
		Ocupación	Respecto al tratamiento entregado a los adultos mayores, este va dirigido a una educación en base a la sintomatología de la Artritis Reumatoide. así mismo esta intervención se lleva a cabo tras intervenciones grupales, pero siempre considerando las características particulares de cada usuario, complicaciones asociadas, expectativas, necesidades y condición socioeconómica, considerando que este tratamiento va de la mano con el compromiso del adulto mayor y aceptación de la patología, a través de orientaciones e indicaciones respecto al manejo de actividades de la vida diaria, como por ejemplo en la toma de medicamentos ,y se recomienda que asista con algún familiar, en caso de presentar alguna alteración cognitiva.	“Aceptación y compromiso,o sea ya,porque muchas veces las personas que tienen AR,tienden como a responsabilizar al otro de su tratamiento, así como: -Es que yo vengo con usted,porque usted me va a quitar el dolor”.

Anexo N°6 : Tablas del grado de recomendación de tratamientos según MINSAL

Ejercicio físico

Ejercicio físico	Grado de recomendación
Se recomienda que todos los pacientes con AR reciban indicaciones de ejercicios, lo cual debe ser personalizado de acuerdo a las características de su enfermedad.	A
Se recomienda el entrenamiento de la capacidad aeróbica combinado con el entrenamiento de la fuerza muscular y preservar rangos articulares como práctica de rutina en los pacientes con AR.	A

Terapia Ocupacional y Rehabilitación

Recomendaciones	Grado de recomendación
Se recomienda que todo paciente con AR tenga acceso a sesiones anuales de tratamiento con terapeuta ocupacional. En ellas se deberían reforzar aspectos educativos de protección articular aplicada a las rutinas y actividades cotidianas, adecuaciones ergonómicas y del puesto de trabajo.	A

Se recomienda la prescripción y entrenamiento en uso de ortesis o férulas que puedan ser necesarias para el mejoramiento de la calidad de vida de estos pacientes.	C
Se recomienda que todo paciente con AR sea derivado a rehabilitación integral con fisiatra, kinesiólogo y terapeuta ocupacional.	C

Educación

Recomendaciones	Grado de recomendación
Se recomienda entregar a todo paciente con AR educación apropiada respecto de su enfermedad y los fármacos de uso habitual. Ello podrá ser realizado en forma individual o grupal, por médicos, enfermeras u otros profesionales de la salud capacitados en el tema.	BP

Grados de Recomendación

Grado de recomendación	Descripción
A	Altamente recomendada, basada en estudios de buena calidad. En intervenciones, Revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados; Revisiones sistemáticas; Informes de evaluación de tecnologías sanitarias; en factores de riesgo o pronóstico, estudios de cohorte con análisis multivariado; en pruebas diagnósticas,

	estudios con gold estándar, adecuada descripción de la prueba y ciego.
B	Recomendada basada en estudios de calidad moderada. En intervenciones, estudios aleatorizados con limitaciones metodológicas u otras formas de estudio controlado sin asignación aleatoria (ej. Estudios cuasiexperimentales); en factores de riesgo o pronóstico, estudios de cohorte sin análisis multivariado, estudios de casos y controles; en pruebas diagnósticas, estudios con Gold estándar pero con limitaciones metodológicas.
C	Recomendación basada exclusivamente en opinión de expertos o estudios descriptivos, series de casos, reportes de casos, otros estudios no controlados o con alto potencial de sesgo. En pruebas diagnósticas, estudios sin Gold estándar.
BP	Recomendaciones basadas en la experiencia y práctica del grupo de expertos.

I	Información insuficiente Los estudios disponibles no permiten establecer la efectividad o el balance de beneficio/daño de la intervención, no hay estudios en el tema, o tampoco existe consenso suficiente para considerar que la intervención se encuentra avalada por la práctica.
---	---