



Vivencia del dolor en la artritis reumatoide

Miriam Mercadé Nin

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquest document i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a RECERCAT (framing)

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de este documento y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y título. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a RECERCAT (framing).



Universitat
Internacional
de Catalunya

Facultad
de Medicina y
Ciencias de La Salud

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Vivencia del dolor en la artritis reumatoide

Grado en Enfermería

Autor: Miriam MERCADÉ NIN
Tutor: Dra. Maria Ángeles DE JUAN
Fecha de presentación: 24/05/2016

“Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de imprenta, fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la Universitat Internacional de Catalunya”

ÍNDICE:

1. AGRADECIMIENTOS:	I
2. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE:	III
3. ABSTRACT:	IV
4. ÍNDICE DE TABLAS:	V
5. ÍNDICE DE FIGURAS:	VI
6. ABREVIATURAS:	VII
7. INTRODUCCIÓN:	1
8. MARCO TEÓRICO:	3
8.1 Evaluación de la artritis reumatoide:	3
8.1.2 Evaluación de la pérdida de capacidad funcional:	4
8.1.3 Evaluación de los aspectos psicológicos y sociales:	4
8.1.4 Evaluación de la enfermedad:	5
8.1.5 Calidad de vida:.....	6
8.1.6 Evaluación de la rigidez articular:.....	7
9. OBJETIVOS Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:	9
10. METODOLOGIA:	10
10.1 Consideraciones éticas.....	11
11. RESULTADOS Y DISCUSIÓN:	11
11.1 La vivencia del inicio de la AR:	20
11.2 La experiencia de vivir con AR:	21
11.3 Rigidez articular:.....	22
11.4 El dolor:	23
11.5 Terapias adecuadas para mejorar el dolor y la movilidad en la artritis reumatoide:	23
11.5.1 La Hidroterapia:	23

11.5.2 Thai-Chi:	23
11.5.3 Iengar Yoga	24
11.6 Estrategias y autogestión:	25
11.7 Sugerencias para la práctica clínica:	25
11.8 Sugerencias para la investigación:	26
12. REFLEXIÓN PERSONAL:	27
13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:	VIII
14. ANEXOS:	XII
14.1 Anexo-1: Tabla de artículos de investigación utilizada en la revisión de la literatura.	XII
14.2 Anexo-2: Tabla de artículos revisión de la literatura:.....	XVIII
14.3 Anexo-3: Cronograma	XIX

1. AGRADECIMIENTOS:

Este trabajo es la culminación de 4 años intensos, de esfuerzo y dedicación. Durante ellos son muchas las personas a quien debo de agradecer todo lo que han hecho.

En primer lugar a mi marido, por su apoyo incondicional, por aguantarme durante estos años de estudio que no han sido fáciles, por ayudarme en todo lo que ha estado en su mano. Sin su pequeña parte ofrecida consciente e inconscientemente no hubiese llegado dónde estoy hoy día. Gracias por el apoyo dado, aunque yo a veces no haya sabido valorarlo, te quiero. A mis padres y a mi abuela, por su incondicional apoyo, por estar ahí siempre que los he necesitado, y por darme la vida, ya que sin ellos no hubiese conseguido llegar a dónde he llegado. Y sobre todo a mi abuelo, mi amigo fiel e incondicional, seguro que allí donde esté, estará esbozando una enorme sonrisa al ver donde he sido capaz de llegar mediante mis esfuerzos y mi tenacidad. A mis compañeros de trabajo, a ellos/as que me han aguantado todas mis “ralladas” durante las guardias, las cuestiones que me han sabido responder, y de no exigirme cuando no podía dar más de mí y sobre todo por los ánimos que me habéis dado. Gracias a vosotros Sofía, Nieves, Miriam, Vane, Gina, Jordi, Laura e Isa. ¡Qué hubiese hecho durante estos 4 años de carrera sin teneros a mi lado! A mis amigas de toda la vida, aquellas que he dejado de llamar para tomar un café pero que siempre han estado ahí en todo lo que he necesitado, daros las gracias Leo, Jesi y Vero.

En segundo lugar, a mis compañeras de universidad Nina, María, Neus, Ona, Marta, Mariela y Julián, os estaré eternamente agradecida. Primero por toda la ayuda y el apoyo que me habéis dado durante estos 4 años de carrera. Animarme cuando quería tirarlo todo por la borda, ayudarme en todo lo que me habéis ayudado. Sinceramente, nunca me cansaré de daros las gracias por todo esto, y sobre todo daros las gracias por la bonita amistad incondicional, y que nunca quede en el olvido.

Dar las gracias a todos los profesores que he tenido durante estos 4 años de carrera. Ellos nos han guiado hacia lo que somos hoy en día, profesionales de la enfermería.

Y por último gracias a mi tutora Marian De Juan. Por acompañarme durante estos 4 años de carrera y en este último tramo tan importante, la realización del TFG.

Gracias por ayudarme tanto y por darme ánimos en los momentos que no los tenía. Sin ella la realización del TFG no hubiera sido lo mismo. Muchas gracias, ha sido todo un placer poder compartir contigo la realización de este TFG.

2. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE:

Introducción:

Es muy usual relacionar el dolor con las personas mayores, pero no siempre es así. Actualmente, hay muchas personas jóvenes que debido a diferentes enfermedades tienen un nivel muy alto de dolor. Entre ellas, la Artritis Reumatoide, es una de las enfermedades crónicas que cursan con dolor intenso. Es importante tener en cuenta la vivencia de estas personas entorno al dolor y las repercusiones que pueden llegar a tener a nivel social, psicológico, etc.

Objetivo:

Identificar en la literatura científica internacional, los estudios publicados acerca de la vivencia de la Artritis Reumatoide y analizar cómo es esta vivencia en las mujeres diagnosticadas de artritis reumatoide.

Método:

Revisión de la literatura en bases de datos PUBMED, DIALNET y CUIDEN desde Octubre de 2015 hasta Mayo de 2016, sobre la vivencia del dolor en la Artritis Reumatoide. Los artículos seleccionados, se han analizado mediante el análisis de contenido.

Resultados:

De los 184 artículos encontrados, 18 artículos cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión. Mediante el análisis de estos artículos se han podido objetivar diferentes aspectos relacionados con la evaluación de la Artritis Reumatoide y cómo influyen estas evaluaciones en las personas afectadas por esta enfermedad. El inicio y la percepción de la Artritis Reumatoide son diferentes en cada persona diagnosticada, asumiendo mejor el afrontamiento las mujeres. En lo referente a la calidad de vida, lo más importante es tener una correcta visión de lo que es la conciencia del cuerpo, la cual ayuda a controlar la sintomatología de la Artritis Reumatoide. En lo referente a las terapias complementarias, muchos pacientes con Artritis Reumatoide recurren a técnicas como la Hidroterapia, el Thai-Chi o el Yoga, ayudándoles a sobrellevar mejor la enfermedad.

Conclusión:

Sería importante que se llevaran a cabo más estudios sobre la Artritis Reumatoide en nuestro país, ya que no se han identificado apenas realizados en España.

Palabras Clave: Artritis reumatoide, experiencias, dolor.

3. ABSTRACT:

Introduction:

It's very usual to rely the pain with old people, but not always is like this. Nowadays there are many young people with chronic diseases, produce a very high level of pain. It's very important to know their experience about the pain, it's consequences at a psychological, social level, etc. and also the way they manage it.

Objective:

To identify in the scientific international literature, the published studies about the experience and analyze how is this experience in the women diagnosed of arthritis rheumatoid.

Method:

Literature review in the PUBMED, DIALNET and CUIDEN and data from October, 2015 to May, 2016, on the experience of the pain in the arthritis rheumatoid. The selected articles have been analyzed by the analysis of content.

Results:

Of the 184 articles found, 18 articles met the criteria for inclusion and exclusion. The analysis of these articles could have targeted different aspects related to the evaluation of the arthritis rheumatoid and how influence these evaluations in the affected persons by this disease. The beginning and the perception of the arthritis rheumatoid are different in every diagnosed person, assuming the confrontation by the women. It concerns the quality of life, the most important thing it is to have a correct vision about of what is the conscience of the body, which helps to control the symptomatology of the arthritis rheumatoid. In what about concerns the complementary therapies, many patients with arthritis rheumatoid resort to technologies as the Hydrotherapy, the Thai-Chi or the Yoga, helping them to taking better the disease.

Conclusion:

It would be important that more studies were carried out on the arthritis rheumatoid in our country, since they have not identified scarcely realized in Spain.

Keywords: rheumatic arthritis, rheumatoid arthritis, pain, life experiences.

4. ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1: Estrategia de búsqueda.	10
Tabla 2: Evaluación metodológica de los estudios cualitativos incluidos en la revisión de la literatura mediante la guía CASPe.	13
Tabla 3: Resultados de la búsqueda de artículos de revisión de la literatura	14
Tabla 4: Resultados de la búsqueda de artículos de investigación.	15

5. ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1: Proceso de selección de artículos y resultados 12

6. ABREVIATURAS:

TFG: Trabajo Final de Grado.

AR: Artritis Reumatoide.

AVD: Actividades Vida Diaria.

EVA: Escala Visual Analógica.

CASPe: *Critical Appraisal Skills Programme.*

7. INTRODUCCIÓN:

Cuando pensamos o hablamos de dolor normalmente nos vienen a la mente personas de edad avanzada, ya que en la frecuente pluripatología asociada a la edad, el dolor es el principal síntoma. Pero no siempre es así. Hoy en día no solo lo padecen este rango de personas sino que hay un grupo bastante amplio de mediana edad comprendidas entre los 40 y 55 años e incluso mucho más jóvenes, que lo sufren [1]. La principal causa que desarrolla este síntoma, entre otras, es la enfermedad llamada AR.

La AR es una enfermedad autoinmune sistémica [2], caracterizada por la poliartritis periférica. Apareciendo por primera vez en manos y pies. Dando como resultado la deformación progresiva de las articulaciones y la discapacidad física gradual [3]. Siendo la fatiga y el dolor dos grandes preocupaciones de los pacientes que sufren esta enfermedad [2]. Esta enfermedad es bastante frecuente padeciéndola 1 de cada 200 personas (200.000 afectados en España) [1].

La prevalencia es de aproximadamente un 1% de la población mundial siendo las mujeres tres veces más propensas a la enfermedad que los hombres, probablemente por influencia de los estrógenos [1].

El dolor según la *International Association for the Study of Pain* lo define como: “Una experiencia desagradable sensorial y emocional asociada con el daño de tejido real o potencial” [4].

Es por tanto una experiencia multidimensional y subjetiva, difícil de medir objetivamente. Junto a las emociones del paciente le confieren a la AR ese carácter único y personal.

Las personas que no padecemos ninguna enfermedad de tipo crónica y degenerativa que desencadene en un dolor constante, no nos podemos imaginar cómo es la vida y el tipo de repercusiones a nivel psicológico, físico, etc. que puede ocasionar una enfermedad de esta magnitud.

Como se ha señalado anteriormente la AR tiene mayor incidencia en las mujeres. Autores como Schneider et al (2008) [5] señalan entre otras, las importantes repercusiones de la AR en mujeres, a nivel psicológico como la reducción de la actividad de ocio.

A nivel socioeconómico, la mayor necesidad de descanso durante el día, la reducción de la capacidad de trabajo por la discapacidad física de la enfermedad en etapas avanzadas y la consiguiente pérdida de ingresos.

Por este motivo nos planteamos realizar una revisión de la literatura siendo el principal objetivo analizar cómo es la vivencia del dolor en la AR principalmente en las mujeres.

8. MARCO TEÓRICO:

El dolor crónico, es el principal síntoma de la AR. Según la definición de la *Commission of Acute Pain in Elderly People of the American Geriatric Society*, el dolor crónico es un dolor sin que haya un daño a nivel de tejido y con una duración superior a 3 meses, el cual va aumentando con la edad [4], pudiendo llegar a formar parte de la vida diaria de la persona provocando desajustes conductuales de tipo emocional, como baja autoestima, depresión, ansiedad, ira.

Para entender cómo es el dolor en la AR, se ha realizado una revisión general de la literatura sobre las principales características del mismo y aspectos relacionados. Se presenta una síntesis de los temas encontrados.

8.1 Evaluación de la artritis reumatoide:

Para evaluar la AR, los profesionales de la salud no solo tienen que evaluar el dolor, sino también tener en cuenta una serie de factores asociados a esta enfermedad, como por ejemplo los aspectos sociales y psicológicos, la calidad de vida, etc.

A continuación se muestran diferentes escalas que se utilizan para evaluar los aspectos relacionados con la AR.

8.1.1 Evaluación del dolor:

Los índices articulares son los más indicados para poder evaluar el dolor en la AR. En concreto evalúan el grado de dolor a la palpación y al movimiento, la presencia de tumefacción, la limitación de la movilidad y deformidad de las articulaciones afectadas de AR mediante una escala de tipo Likert (0-3). Entre ellas se encuentran: el Índice del CSSRD (*Cooperative Systematic of the Rheumatic Disesasses*) [6,7] que cuantifica el dolor, a la presión/movilidad y tumefacción en las articulaciones exceptuando las caderas. El Índice de Ritchie [8] que cuantifica la presencia de dolor a la presión o a la movilidad. El Índice de Egger [9] y de Fuchs [10] cuantifican por separado el dolor a la presión/movilidad y la tumefacción. Y el Índice de Thompson [11] cuantifica dolor y tumefacción [12].

En Europa el índice articular más utilizado es el Índice de Ritchie [8]. Éste nos permite evaluar la presencia de dolor a la presión o al movimiento en 53 articulaciones, cuantificándose mediante la siguiente escala: 0 no hay presencia de dolor; 1 hay presencia de dolor; 2 hay presencia de dolor y mueca; 3 hay presencia de dolor, mueca y retirada de la articulación [12].

8.1.2 Evaluación de la pérdida de capacidad funcional:

La pérdida de la capacidad funcional es otra de las consecuencias de la AR que junto con el dolor es lo más temido por las personas que sufren esta enfermedad.

Para poder evaluar la pérdida de la capacidad funcional se ha elaborado el cuestionario HAQ (*Health Assessment Questionnaire*) [13]. Éste valora mediante 20 ítems el grado de dificultad/discapacidad física para realizar las AVD agrupadas en 8 áreas: vestirse y asearse, levantarse, comer, caminar/pasear, higiene personal, alcanzar objetos, entre otras actividades. Se elige el ítem con mayor puntuación en cada área, siendo la media de éstas la puntuación final. Un valor de 0 indicaría que la persona examinada no tiene pérdida de la capacidad funcional y un valor de 3, que tiene un grado de incapacidad máxima. Para realizar esta evaluación, el cuestionario HAQ [13] es el más utilizado mundialmente ya que posee finalidad, validez y sensibilidad demostrada en numerosos estudios ya realizados [12].

8.1.3 Evaluación de los aspectos psicológicos y sociales:

Los aspectos psicológicos y sociales de las personas afectadas de AR son muy importantes tenerlos en cuenta, ya que debido la inflamación crónica en la Artritis con frecuencia se produce una deformación progresiva de las articulaciones. Esta afectación de la corporalidad, junto a la discapacidad ya mencionada, puede producir una importante afectación psicológica.

El cuestionario AIMS (*Arthritis Impact Measurement Scales*) [14] valora, además de la afectación física, los aspectos psicológicos y los sociales. Consta de 45 ítems agrupados en 9 escalas: movilidad, actividad física, destreza, actividades del hogar, AVD, ansiedad, depresión, interacción social y dolor.

A principios de los 90 tras una profunda revisión de este cuestionario, se desarrolló una nueva versión, el AIMS 2 [15], en el cual se añadieron tres nuevas escalas de valoración en las que se exploraba la función del brazo, el trabajo y el apoyo social. Posteriormente se propuso una forma reducida, el AIMS 2-SF (*Short Form*) [16], que aporta información similar pero de forma más eficiente [12].

8.1.4 Evaluación de la enfermedad:

Como ya se ha comentado los principales síntomas de la AR son el dolor y la discapacidad. Como consecuencia de estos síntomas, se derivan otros como la dependencia social, la incertidumbre sobre la progresión de la enfermedad, la amenaza a la propia autoestima, la reducción de los niveles de empleo, los cambios en los roles familiares, los problemas sexuales o la reducción de actividades placenteras, entre otros. Estas consecuencias de la AR suponen una gran demanda para la capacidad de adaptación del paciente [17].

Cabe destacar que no todos los pacientes afrontan y/o viven la enfermedad del mismo modo. El ajuste de la enfermedad varía sustancialmente de una persona a otra. El “Modelo Transaccional del Estrés” de Lazarous y Folkman es útil para valorar la repercusión individual ante la vivencia de la enfermedad. Se basa en la relación bidireccional entre la persona y la situación, mediante la valoración que hace la persona del estado en el que se encuentra. Describe los 3 componentes del afrontamiento: la evaluación de las demandas de situación; la evaluación de la capacidad de la persona y su forma de afrontar la situación.

Las estrategias para ayudar al afrontamiento de la AR se clasifican en activas y pasivas [18]. Las activas se centran en el problema [17], y se definen como las acciones concretas para intentar controlar el dolor y la pérdida de la capacidad funcional [18]. Aquí el paciente tendrá un mejor funcionamiento psicológico, menor incapacidad y menores niveles de dolor [17]. Las estrategias de afrontamiento pasivas, se centran en el comportamiento esquivo de la situación que provoca el dolor y la permisividad de la afectación de otras áreas de la vida de la persona [18]. Aquí el paciente sufrirá una mayor discapacidad, un peor estado de ánimo. Para poder sobrellevar mejor la

enfermedad se deberían de trabajar las estrategias de afrontamiento del dolor y saber realizar un manejo emocional correcto [17].

8.1.5 Calidad de vida:

La calidad de vida y el dolor van muy unidos, ya que cuando hay dolor la calidad de vida del ser humano es muy inferior, en comparación con una persona que está libre de enfermedad. A razón de esto varios estudios corroboran, como el realizado por Prada y colaboradores (2015) [19], que el dolor en la AR es uno de los factores predictivos más limitantes de la calidad de vida. Sobre todo cuando la enfermedad está recién diagnosticada. Donde la sintomatología aún no está correctamente controlada les crea a las personas afectadas una gran incapacitación para poder llevar a cabo cualquier actividad, trabajo, etc. Es por esta razón que las personas recién diagnosticadas de AR comprendidas entre los 30-50 años, no pueden mantener una vida laboral adecuada hasta los 3 años siguientes [20], siendo un agravante añadido el tener que depender de la familia económicamente.

La AR es una enfermedad de carácter irreversible asociada a unos factores de riesgo que agravan la calidad de vida del paciente que lo sufre, como serían el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la disfunción renal, la depresión, etc. La depresión se establece su aparición en un rango del 14.8 al 38.8% [20], siendo uno de los factores de riesgo más importantes que puede llegar a desencadenar la AR. Para evaluar la prevalencia de sufrir depresión se realizó un estudio de seguimiento en los pacientes asiáticos de Taiwan, donde se sugirieron dos aspectos importantes: se evidenció que las mujeres son más propensas a sufrir depresión que los hombres, demostrando ser más conscientes de la enfermedad que los hombres, y a seguir un tratamiento médico aumentando la probabilidad que se detecten estados depresivos [20].

Los pacientes Taiwanesees tienen una probabilidad del 74% de padecer depresión [20] en comparación con un estudio realizado en EEUU con sujetos de similar edad, donde se sugirió que solo un 17.5% de la población afectada de AR manifiesta depresión [21]. La depresión es uno de los factores de riesgo de la AR más frecuentes ya que: la AR es una enfermedad crónica que puede llegar a causar alteraciones funcionales progresivas afectando considerablemente a la vida social, familiar y profesional influyendo en el estatus económico de la persona, originándose un descenso de la autoestima y de la autoeficacia induciendo a un mayor riesgo de padecer depresión. La sintomatología

física puede llegar a desencadenar una actitud de impotencia, de incertidumbre y angustia por parte de la persona, para hacer frente al deterioro físico. El factor de necrosis tumoral-alfa (TNF-alfa) y la interleukina 1 (IL-1) son las citosinas implicadas en la AR, siendo éstas consideradas como patógenos asociados al mecanismo de desarrollo de la depresión.

Para la evaluación de la calidad de vida en personas con AR, han propuesto diversos cuestionarios de salud que permiten identificar, entre otras cosas, las alteraciones funcionales y la detección de trastornos psicosociales [12]. Por ejemplo el cuestionario QoL-RA, es una versión desarrollada en español por Danao, Padilla y Jonson (2001). Consta de 8 ítems con 10 posibilidades de respuesta que van desde 1 (muy mala calidad de vida) hasta 10 (excelente calidad de vida). Evalúa tanto la dimensión física como psicológica y social a través de 8 elementos: habilidad física, dolor artrítico, interacción con familiares y amigos, ayuda de familiares y amigos, salud, tensión nerviosa, artritis y estado de ánimo [19].

En la calidad de vida también influye la calidad del sueño. La mayoría de personas que sufren AR, tienen unos altos niveles de dolor repercutiendo en una correcta conciliación del sueño lo que va relacionado a padecer más fatiga a lo largo del día. Para poder evaluar los problemas del sueño se dispone del cuestionario “*Medical Outcomes Study*” [22] (MOS). Consta de 12 ítems que evalúan los problemas del sueño en poblaciones con enfermedades crónicas [23].

8.1.6 Evaluación de la rigidez articular:

Otra de la sintomatología típica de la AR y que está muy vinculada al dolor es la rigidez articular. La rigidez sigue un ritmo circadiano. Es decir, tiene un mayor pico de incidencia en las horas tempranas de la mañana, seguido de un abatimiento durante el día y un nuevo pico de incidencia por la tarde [24]. Influyendo en la vida diaria, en el trabajo y en la calidad de vida [25] de los pacientes afectados.

Para evaluar la prevalencia de la rigidez articular se suelen utilizar dos formas. Una, mediante la realización de preguntas acerca de la duración o la gravedad [25] y la otra, mediante una escala de tipo Likert, con valores del 0 al 10. Siendo 0 (no hay presencia de rigidez matinal) y 10 (hay presencia de mucha rigidez matinal) [24].

Hasta aquí se han descrito las evaluaciones más empleadas para realizar una correcta valoración de la AR, así como una de las definiciones más utilizadas sobre el dolor crónico, aplicable al dolor en la AR. Esto nos servirá de marco teórico, para tomarlo como base del análisis de la revisión de la literatura sobre la vivencia del dolor en mujeres con AR que se presentará a continuación.

9. OBJETIVOS Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

En este estudio se ha planteado la siguiente pregunta de investigación: conocer la experiencia de mujeres ante el dolor en la artritis reumatoide.

Los objetivos del trabajo son los siguientes:

1. Analizar en la literatura internacional cómo es la vivencia de mujeres con AR ante el dolor.
2. Revisar los estudios de investigación publicados acerca de las medidas de afrontamiento del dolor en las mujeres con AR.

10. METODOLOGIA:

Para alcanzar los objetivos propuestos se ha visto conveniente realizar una búsqueda desde el mes de Octubre del 2015 a Mayo de 2016, en las bases de datos PubMed, Dialnet y Cuiden. Para ello se utilizaron las palabras clave *Rheumatic arthritis*, *Rheumatoid arthritis*, *Life experience*, *Pain (Mesh Terms)* combinadas con los operadores booleanos AND y OR de la siguiente manera:

Tabla 1: Estrategia de búsqueda.

Búsqueda	Palabras clave y operadores booleanos
1	<i>Rheumatic arthritis OR Rheumatoid arthritis</i>
2	<i>Life experience</i>
3	<i>Pain (Mesh Terms)</i>
4	1 AND 2 AND 3

Fuente: elaboración propia.

Para la selección de artículos se consideraron los criterios de inclusión y de exclusión siguientes:

Criterios de inclusión referentes a la experiencia del dolor en la artritis reumatoide:

- Mujeres en edades comprendidas entre los 40 y 55 años.
- Estudios de revisión de la literatura o de investigación.
- Estudios publicados en los últimos 10 años.

Criterios de exclusión:

- Artículos publicados en otros idiomas que no sean en castellano ni en inglés.

Se ha realizado la selección por título, resumen y texto completo teniendo en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión señalados. Se ha utilizado el gestor bibliográfico Refworks para el archivo de los artículos y referenciado correcto.

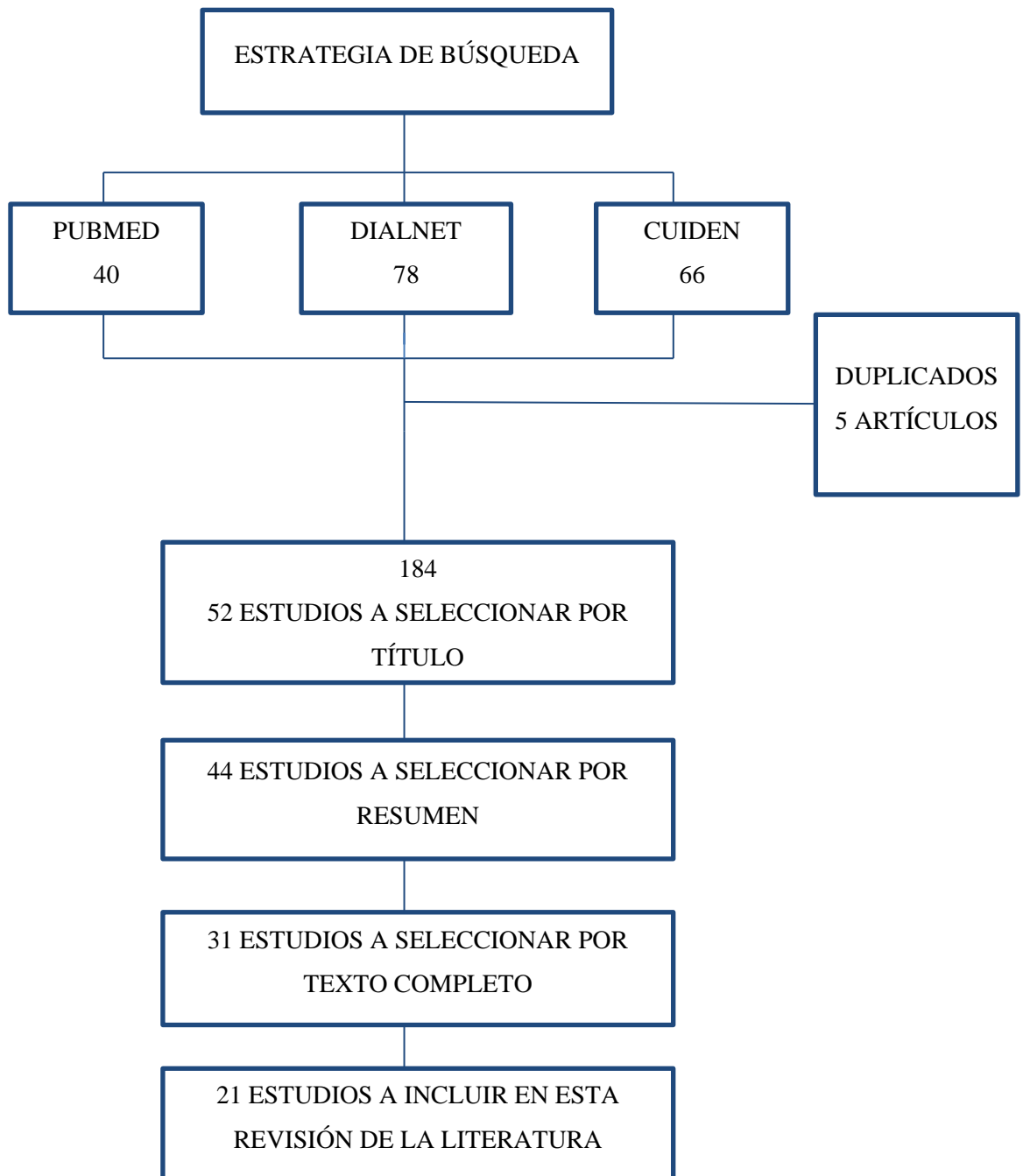
10.1 Consideraciones éticas:

No se ha considerado precisa la solicitud a un comité de ética de la revisión y aprobación de este trabajo debido a su tipología. Los artículos en esta revisión de la literatura han estado publicados previamente. No obstante, se ha procurado evitar el plagio de los textos utilizados, al referenciar de manera correcta la bibliografía consultada y analizada. No existe ningún conflicto de intereses en este trabajo.

11. RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

La búsqueda se ha realizado mediante la base de datos PubMed encontrando 40 artículos, en Dialnet encontrando 78 artículos y en Cuiden encontrando 66 artículos, de los cuales se descartaron 5 duplicados. Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión se realizó la selección por título, por resumen y por texto completo. De los 184 artículos encontrados, se seleccionaron 52 artículos por título. De estos 52 artículos, se seleccionaron 44 artículos por resumen, y finalmente, tras revisar el texto completo de estos 31 artículos, se seleccionaron 21 a incluir en esta revisión de la literatura.

La figura nº 1. Proceso de selección de artículos y resultados:



Fuente: Elaboración propia.

Para su análisis los artículos seleccionados se distribuyen en dos grupos: revisiones de la literatura y artículos de investigación, para su correcto análisis tras la revisión del texto completo.

En las publicaciones de investigaciones se evaluó la calidad de la misma mediante la guía CASPe [26].

Tabla 2. Evaluación metodológica de los estudios cualitativos incluidos en la revisión de la literatura mediante la guía CASPe.

Artículos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lööf, et al [2]	X	X	X	X	-	X	-	X	X	X
Schneider M, et al [5]	X	X	X	X	-	-	-	X	X	X
Hall S, et al [25]	X	X	X	X	-	-	-	X	X	X
Flurey CA, et al [28]	X	X	X	X	X	-	-	X	X	X
Hewlett S, et al [31]	X	X	X	-	X	-	-	X	X	X
Uhlig H, et al [35]	X	X	X	X	-	-	-	X	X	X

Fuete: Elaboración propia.

Como se puede observar en la tabla 2, la mayoría de los estudios tenían una respuesta positiva a los ítems marcados con una X. Los ítems que no han podido ser evaluados, por no aportar datos suficientes en la publicación, han sido marcados con (-).

Para poder realizar una correcta categorización de los estudios seleccionados se crearon dos tablas según el tipo de artículos. En la tabla 3 constan los artículos de revisión de la literatura sobre la vivencia del dolor en la AR. En ésta se registró el autor y referencia, país, título, metodología, resultados, conclusiones de cada revisión de la literatura analizada. En la tabla 4 constan los artículos de investigación basados en la vivencia del dolor en la AR. En ésta se registró el autor y referencia, país, título, metodología, muestra, objetivos, resultados y conclusiones de cada uno de dichos estudios.

Tabla 3. Resultados de la búsqueda de artículos de revisión de la literatura.

Autor, país y referencia	Base de datos/ palabras clave/ fecha revisión de la literatura.	Título	Metodología	Resultados y Conclusiones
Benavent VC Comunidad Valenciana, España [29].	Base de datos: Dialnet. Palabras clave: artritis reumatoide, dolor. Fecha: octubre 2015- mayo 2016.	Eficacia de la hidroterapia en el tratamiento de la AR y sus formas clínicas: una revisión bibliográfica.	Revisión de la literatura.	Revisión bibliográfica para evaluar la eficacia de la hidroterapia en el tratamiento de la AR, concluyendo que reduce el dolor, mejora de la fuerza muscular y mejora de la calidad de vida.
Wang C, 2011 Boston, Estados Unidos [30]	Base de datos: PubMed Palabras clave: rheumatic arthritis, pain, life experiences. Fecha: octubre 2015-mayo 2016.	Thai Chi and Rheumatic Disesase.	Revisión de la literatura.	Conocimientos actuales el Thai-Chi para informar de la mejora que tienen sobre las enfermedades reumáticas.

Tabla 4. Resultados de la búsqueda de artículos de investigación:

Autor, país y referencia	Título	Diseño	Métodos de recogida de datos y muestra	Objetivos	Resultados y Conclusiones
Löf H et al, 2014 Stockholm, Sweden [2].	Body awareness in persons diagnosed with rheumatoid arthritis.	Estudio cualitativo fenomenológico.	Entrevista individual a 18 pacientes con AR.	Obtener experiencias de personas con AR.	La conciencia del cuerpo puede ser positiva o negativa en los pacientes que sufren AR.
Schneider M, et al 2008 Soweto, South-Africa [5].	Social aspects of living with rheumatoid arthritis: a qualitative descriptive study in Soweto, South-Africa- a low resource context.	Estudio cualitativo descriptivo.	Entrevistas a 60 mujeres con AR.	Estudio transversal para investigar las consecuencias personales y sociales de la AR en las mujeres.	Las principales características de vivir con AR fueron: dolor articular, rigidez, dificultad para realizar diferentes actividades como asearse, vestirse y desvestirse. A nivel social describieron dificultad para moverse con lo que interfería en la interacción social.

<p>Lee YC et al, 2014 Hospital Brigham, Boston [23].</p>	<p>Subgrouping of patients with rheumatoid arthritis based on pain, fatigue, inflammation, and psychosocial factors.</p>	<p>Estudio cuantitativo descriptivo.</p>	<p>169 pacientes con AR.</p>	<p>El objetivo de este estudio fue utilizar las medidas de autoinforme y los hallazgos del examen físico para identificar grupos de pacientes con AR que puedan tener diferentes causas de dolor y pronóstico, y diferentes tratamientos.</p>	<p>El resultado fue que la mayoría de pacientes tenía signos de inflamación mínimos, pero los altos niveles de dolor, trastorno del sueño, era indicativo de un dolor crónico generalizado.</p>
<p>Halls S et al, 2015 Bristol, Reino Unido [25].</p>	<p>Stiffness is more than just duration and severity: a qualitative exploration in people with rheumatoid arthritis.</p>	<p>Estudio cualitativo de teoría fundamentada.</p>	<p>Se incluyeron a 16 pacientes entrevistados.</p>	<p>El objetivo de este estudio fue explorar la experiencia de la rigidez desde la perspectiva del paciente.</p>	<p>Demostraron que la rigidez está más presente por la mañana. Habiendo factores que influyen en la rigidez, como el clima, los movimientos o los medicamentos. Y sobre todo interfiriendo en la</p>

					calidad de vida.
Flurey CA et al, 2014 Bristol, Reino Unido [28].	A Q-methodology study of flare help-seeking behaviours and different experiences of daily life in rheumatoid arthritis.	Q-methodology (estudio cuantitativo descriptivo y cualitativo fenomenológico).	Se llevaron a cabo dos estudios: 30 participantes los cuales realizaron 39 declaraciones sobre la vida diaria (Q-1 estudio) y 29 participantes los cuales realizaron 23 declaraciones sobre la búsqueda de ayuda.	Identificar grupos de opinión en relación con las experiencias de la vida diaria de los pacientes con AR sobre los tratamientos actuales y sus comportamientos entorno a la búsqueda de ayuda.	En lo relacionado con las experiencias de la vida diaria hay personas que decían que buscaban técnicas de fácil manejo para controlar el dolor/impacto de la AR durante la vida diaria. En cambio otros sujetos, priorizan su vida diaria a la AR. En lo relacionado con la búsqueda de ayuda todas las personas afectadas la buscaron por el intenso dolor y síntomas persistentes inmanejables.

<p>Hewlett S et al, 2012 Bristol, Reino Unido [31].</p>	<p>I'm hurting, I want to kill myself': rheumatoid arthritis flare is more than a high joint count--an international patient perspective on flare where medical help is sought.</p>	<p>Estudio cualitativo descriptivo.</p>	<p>Se realizaron entrevistas a 67 pacientes con AR, en 14 grupos de Reino Unido, Alemania, EEUU, Australia y Canadá.</p>	<p>Los pacientes afectados de AR tienen épocas donde la sintomatología de la enfermedad se agrava, el objetivo de este estudio fue saber quién busca ayuda para solventarlo.</p>	<p>Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que los pacientes buscan ayuda cuando ya no pueden hacer frente a la sintomatología tan agravada.</p>
<p>Uhlig T et al, 2010 Oslo, Noruega [35].</p>	<p>Exploring Tai Chi in rheumatoid arthritis: a quantitative and qualitative study.</p>	<p>Estudio cuantitativo correlacional y cualitativo fenomenológico.</p>	<p>Se realizaron entrevistas después de haber realizado el Thai-Chi a 15 pacientes, entre ellos había 13 mujeres de edades comprendidas entre los 33 y 77 años.</p>	<p>El objetivo de este estudio era saber de qué manera impacta el Thai Chi en los pacientes que sufren AR.</p>	<p>Los análisis cualitativos demostraron que los pacientes obtuvieron una mejoría en la condición física, menos dolor durante el ejercicio y la vida diaria.</p>

<p>Evans S et al, 2013 California, Los Angeles [37].</p>	<p>Impact of iyengar yoga on quality of life in young women with rheumatoid arthritis.</p>	<p>Estudio de cohorte analítico.</p>	<p>Se realizó una evaluación durante, después y a los dos meses del tratamiento a 26 participantes de sexo femenino con una edad media de 28 años.</p>	<p>Evaluar el impacto de un programa de 6 semanas realizando dos veces por semana yoga, sobre la calidad de vida en comparación de un grupo control de lista de espera de cuidados habituales.</p>	<p>Las mujeres que acudieron al programa de yoga mostraron una mejoría significativa en la calidad de vida (incapacidad por dolor, salud general, estado de ánimo, fatiga, aceptación del dolor crónico y la auto- eficacia en relación con el dolor en el post- tratamiento).</p>
---	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de las revisiones de la literatura identificadas han sido realizadas en el extranjero, habiendo pocas realizadas en España. Y que traten exclusivamente sobre la vivencia del dolor en la AR.

En cuanto a los estudios de investigación revisados la mayoría son estudios cualitativos realizados en varios países extranjeros principalmente en EEUU. Están basados en entrevistas para evaluar el impacto de la vivencia del dolor en la AR. Estos tratan de la vivencia del dolor en 7 artículos, la vivencia de la fatiga en 6 artículos, los factores psicosociales en 4 artículos y la vivencia de sufrir rigidez articular en 4 artículos. Se considera adecuado este tipo de estudio cualitativo ya que ayuda a describir la vivencia de las personas ante una enfermedad, en este caso, ante la AR. Siendo la investigación cualitativa una recolección sistemática y el análisis de materiales narrativos de carácter más subjetivo, utilizando para ello procedimientos en los que el control por parte del investigador tiende a reducirse al mínimo [27].

Análisis de contenido:

Los resultados obtenidos a partir de la revisión de la literatura, han permitido conocer cómo es la vivencia del dolor en la AR en diferentes partes del mundo. El análisis de los artículos ha permitido objetivar diferentes aspectos relacionados con la evaluación de la AR y a su vez cómo influyen estas evaluaciones en las personas afectadas por esta enfermedad. A continuación se comentan los temas más relevantes tras el análisis de contenido de los artículos seleccionados.

11.1 La vivencia del inicio de la AR:

Tras el análisis de los estudios sobre las vivencias en la AR se ha podido observar que el inicio de la enfermedad es diferente entre las personas que lo sufren. Unas refieren que el inicio ha sido súbito, en comparación con otras que explican que su inicio ha sido más gradual [5]. Es frecuente que en los inicios de la enfermedad, algunas personas no tengan tan en cuenta la sintomatología. Sin embargo, cuando le dan importancia es cuando ya son incapaces de moverse y/o de poder realizar las AVD.

Además, se han podido observar diferencias notables en la percepción de la enfermedad entre los hombres y las mujeres, siendo éstas las que asumen mejor el afrontamiento de

la enfermedad exceptuando en las consecuencias de la fatiga, siendo las que tienen un mayor nivel de tolerancia al dolor [20].

11.2 La experiencia de vivir con AR:

La calidad de vida entorno al dolor, la rigidez y la fatiga que produce la AR va en consonancia a la importancia que le dé cada persona o el saber manejar correctamente la sintomatología asociada.

Para conseguir una buena calidad de vida, es importante tener una correcta conciencia del cuerpo. La conciencia del cuerpo es un desarrollo que implica el dominio de la sintomatología relacionada con la enfermedad [2]. Diversos estudios han demostrado que tener una adecuada conciencia del cuerpo puede llegar a cambiar la actitud de la persona entorno a su enfermedad. Esto se consigue entre otras cosas, mediante: El saber identificar la sintomatología corporal; tener un mayor control acerca de la sintomatología y saber cómo manejar el dolor crónico [2].

Un estudio cualitativo [28] demostró que los pacientes afectados de AR, son capaces de identificar y gestionar por si solos un agravamiento fortuito de la enfermedad mediante unas estrategias habituales de autocuidado como son el descanso, la realización de Hidroterapia, la realización de Thai-Chi [29,30], la aplicación de frío o terapias basadas en el calor [28], disminuir el ritmo cotidiano llevado a cabo días anteriores, etc. [28,31]. Pero aún incluso sabiendo gestionar el agravamiento de la enfermedad, con frecuencia, las personas con AR tienen temor a perder la capacidad de desenvolverse por sí solas y ser una molestia para sus familiares [2].

Algunos pacientes ante el agravamiento de la AR no saben realizar una correcta autogestión de la enfermedad aun siendo conscientes de que su cuerpo se irá deteriorando con el tiempo. Se sienten en un constante malestar con ellos mismos, tienen sentimientos de ira, de indignación, de rabia, por estar sufriendo una pérdida como es la de no poder realizar actividades. Realizan una comparación con el antes y el ahora. Lo que eran capaces de hacer, y lo que ahora, debido a la AR, les supone un gran esfuerzo o simplemente no lo pueden ejecutar [2]. Todo esto repercute negativamente a nivel psicológico en la persona, desencadenando el factor de riesgo más temido en la AR la depresión y/o ansiedad y desarrollar una conciencia del cuerpo negativa [2].

Varios estudios como el realizado por Nikolaus y colaboradores (2009) [32], han confirmado que el dolor, el sexo femenino, la discapacidad física, el deterioro de la salud, tener una mala calidad del sueño y padecer una mayor duración de la sintomatología son predictivos de la fatiga en la AR.

Así podemos definir que la fatiga es: “Una sensación de falta de energía, de agotamiento o de cansancio” [33] ya sea físico o mental, siendo uno de los problemas más comunes para las personas que sufren AR y mencionándolo como el más molesto [32].

Cabe destacar también que las personas que sufren esta enfermedad refieren que a medida que va transcurriendo el día, la fatiga se va incrementando [2] teniendo una mayor conciencia de la fatiga por la tarde, en relación de la mañana que apenas tienen conciencia de ésta [24].

La fatiga tiene una serie de consecuencias y emociones negativas. En lo relacionado a las consecuencias de la fatiga, la mayoría de pacientes sobre todo mujeres, refieren que les ocasiona secuelas negativas en la vida diaria ya que se sienten incapacitadas en la movilidad provocando consecuencias sobre su trabajo. Respecto a las emociones negativas, la mayoría fueron referidas por mujeres sintiéndose más sensibles al no ser capaces de realizar las múltiples funciones diarias. En cuanto al hacer frente a la fatiga, como ya se ha dicho, en los estudios revisados, solo las mujeres refirieron enfrentarse con éxito a la fatiga, autogestionándola mediante la dosificación y la planificación de sus actividades, para encontrar un equilibrio entre la actividad y el descanso [32].

11.3 Rigidez articular:

En lo relacionado con el nivel de **rigidez articular**, las personas que padecen de AR, refieren que consideran como algo normal sufrir un grado de dolor y de rigidez, destacando que a veces está localizada en la misma articulación, o incluso bastante generalizada. Este grado de rigidez, muchas veces está influenciado por el entorno. En condiciones de máxima humedad y/o frío se ve agravado. También por el propio comportamiento del paciente. Si está muy cansado de toda la actividad del día o ha estado muchas horas en una misma posición, en el momento de realizar cualquier movimiento le costará mucho más [25].

Para autogestionar la rigidez articular, algunos pacientes emplean técnicas de Crioterapia y terapia de calor [28,31], refiriendo que les alivia la rigidez matutina y les ayuda a poder realizar actividades durante el día [25].

11.4 El dolor:

En cuanto al **dolor** que padecen las personas con AR, en los estudios revisados, calificaron su estado de salud como malo, teniendo bajas expectativas futuras y viéndose comprometida la calidad de vida al no poder realizar sus actividades diarias e incluso repercutiendo en los empleos, teniéndolos que dejar, con la consiguiente repercusión económica que conlleva [5]. También la calidad de vida disminuye al no poder llevar un estilo de vida normal en comparación con las demás personas que no sufren AR.

Actualmente la AR es una enfermedad que no tiene curación, con lo que el personal especializado debe de centrarse en tratar correctamente su sintomatología y mejorar la calidad de vida de los pacientes que la padecen. Para mejorar el dolor en estos pacientes, además del tratamiento farmacológico, se les aconseja realizar una serie de terapias como las que se comentan a continuación:

11.5 Terapias adecuadas para mejorar el dolor y la movilidad en la artritis reumatoide:

Hay dos terapias que resultan eficaces en la AR, la **Hidroterapia** y el **Thai-Chi**. El objetivo de estas dos terapias es mejorar el nivel de dolor y la movilidad física.

11.5.1 La Hidroterapia:

La **Hidroterapia** se ha convertido en una de las aplicaciones más recomendadas para el tratamiento de la AR. Según [34] después de realizar un estudio con 139 personas que sufrían AR, realizando 2 semanas de 30 minutos de hidroterapia y 3 meses de seguimiento, experimentaron un descenso de las molestias articulares y una mejora de la movilidad articular. Asociándose a una mejoría de la asimilación del tratamiento, a una mejor calidad de vida y a un aumento del bienestar [29].

11.5.2 Thai-Chi:

Otra terapia que aporta beneficios a las personas que sufren AR, es el **Thai-Chi**. El Thai-Chi es un arte marcial chino tradicional que combina movimientos lentos y suaves

con la concentración mental [35]. Como ya se ha comentado la AR aumenta notablemente el riesgo cardiovascular, siendo la principal causa de mortalidad en las personas que sufren AR [36]. Sucesivas revisiones, han demostrado que el Thai-Chi puede llegar a reducir la presión arterial, y aumentar la capacidad de ejercicio cardiovascular, llegando a ser una terapia adyuvante, segura y beneficiosa para pacientes que sufran enfermedades asociadas a la AR [30,36].

Según un estudio realizado en Oslo, Noruega, se ha demostrado que la práctica del Thai-Chi no llega a disminuir el nivel de dolor, a diferencia de en la Hidroterapia [30,35]. Sin embargo, sí que logra aumentar el nivel de actividad física en las personas con AR. Éstas, habitualmente suelen llevar un estilo de vida muy sedentario por el nivel de dolor que padecen al realizar cualquier actividad. El Thai-Chi al tratarse de una técnica que realiza movimientos lentos, no aparece la sensación de dolor en ningún momento [35]. Al probar este tipo de ejercicio, las personas con AR, generalmente se sienten más involucrados a la realización de actividad física, disminuyendo así el riesgo cardiovascular.

11.5.3 Iengar Yoga:

Otra terapia beneficiosa más encarada a pacientes recién diagnosticados de AR, es el Yoga. El **Iengar Yoga** es una técnica adecuada para fomentar la rehabilitación de las personas acabadas de diagnosticar de AR, sobre todo gente joven, en los cuales la depresión y sobre todo el dolor están muy acentuados. Esta rehabilitación se realiza mediante unos métodos específicos como “son la protección de las articulaciones mediante la alineación anatómica correcta, y el uso de accesorios de apoyo diseñados para aliviar la tensión y la inflamación de las articulaciones”. Lo más importante de esta técnica es la individualización de las posturas, ya que la progresión de la enfermedad y las zonas corporales afectadas pueden variar notablemente en cada persona [37].

En un estudio en que se evaluó la eficacia del Iengar Yoga realizado durante 6 semanas demostró un alto nivel de aceptación entre los jóvenes, lográndose una reducción significativa del dolor, la discapacidad, la depresión y un aumento de la vitalidad y la autoeficacia. Es importante abordar el impacto psicosocial que produce la AR especialmente en los jóvenes, ya que, cómo señala Evans y colaboradores (2013), si no se trata, puede llegar a haber un compromiso importante en el estado social y emocional de estas personas en etapas posteriores de la vida [37].

Según refieren los pacientes, los síntomas de su enfermedad son un foco de atención continuo, es decir, nunca dejan de sentir las consecuencias que sufren al padecer la AR [2]. El poder realizar ejercicio físico y/o actividades en la medida de sus posibilidades, les fomenta el no estar pendientes continuamente de la afectación de la AR, repercutiendo positivamente sobre la conciencia de su cuerpo, y mejorando significativamente su bienestar.

11.6 Estrategias y autogestión:

Vivir con una enfermedad degenerativa no es fácil, ya que se requieren una serie de **estrategias a nivel psicológico** y sobre todo estrategias **para saber gestionar correctamente la enfermedad**, debido a la cantidad de emociones y el estrés sufrido a lo largo de la vida cotidiana. Entre las estrategias para sobrellevar correctamente el estrés que supone esta enfermedad identificadas a través de la revisión de la literatura, se encuentran las siguientes: los esfuerzos cognitivos para saber qué es y qué consecuencias tiene la AR; realizar actividades para fomentar la distracción y hablar sobre la AR [2].

11.7 Sugerencias para la práctica clínica:

Tras haber realizado esta revisión de la literatura, se recomiendan las siguientes sugerencias para la práctica: es importante saber detectar a tiempo la aparición de la AR, ya que algunas personas ya pueden tener la enfermedad instaurada pero hasta que no se les agrava de manera considerable no piden ayuda médica y/o enfermera. Es importante que los profesionales sanitarios conozcan cuáles son los factores de riesgo de la AR: la edad avanzada; el sexo femenino y presentar rigidez matutina de una hora de evolución [38].

Otro aspecto a considerar es el control del peso en los pacientes que sufran AR, ya que influye negativamente sobre la enfermedad. Hay varias formas de controlar el peso, o de disminuir el sobrepeso si estuviera instaurado: la realización de una dieta saludable; realización de ejercicio físico moderado que el paciente tolere como por ejemplo caminar o nadar, Yoga, Thai-Chi o la Hidroterapia. La práctica de ejercicio físico le permitirá al paciente mantener en movimiento las articulaciones, disminuir el dolor y fortalecer los músculos que están alrededor de las articulaciones afectadas.

Otra sintomatología asociada a la AR que se debería de controlar es la depresión. Como se ha comentado, es una de las complicaciones más frecuentes asociadas a la AR. Se

debería llevar un control exhaustivo de todos los pacientes diagnosticados de AR para identificar cuanto antes la aparición de la depresión.

11.8 Sugerencias para la investigación:

Desde mi punto de vista y según he podido leer en los artículos seleccionados para esta revisión de la literatura, muchos concluyen que se tendrían que realizar más estudios entorno a determinadas complicaciones derivadas de la AR, como por ejemplo la depresión.

Otro elemento a identificar, es que la mayoría de estudios que se han hallado están realizados en el extranjero, no hay muchos realizados en España. Se recomienda realizar más estudios sobre la vivencia del dolor en la AR en España

12. REFLEXIÓN PERSONAL:

La realización de esta revisión de la literatura ha sido un reto personal y la culminación de estos 4 años. Englobando muchos momentos, algunos de ellos difíciles pero que con el esfuerzo y la dedicación he podido superar. Los inicios del TFG no fueron fáciles. No sabía qué dirección tomar, cómo enfocar el tema elegido el cual me llamaba mucho la atención el poder aprender más sobre él. El impulso de elegir este tema, también estuvo influido por la tutora que lo llevaba a cabo, la cual me ha dado el conocimiento que tiene en estos trabajos para seguir hacia delante y a resolverme las dudas que me surgían en todo momento.

Durante la realización del TFG, en primer lugar me surgieron dudas sobre el uso de gestores bibliográficos como el RefWorks. Gracias a las sesiones impartidas por el personal de la biblioteca de la universidad y a la práctica, conseguí solventarlo. En segundo lugar la búsqueda bibliográfica y la utilización del PubMed. Antes de la realización de este trabajo me costaba muchísimo ponerme a trabajar con esta base de datos. Supongo que no tenía los conocimientos suficientes para saber utilizarlo bien y que me diera el resultado esperado. Desde mi punto de vista es muy importante saber utilizarla bien, ya que es una fuente muy rica en conocimientos, la cual no cierra una etapa al finalizar este trabajo sino que servirá como fuente de conocimientos, y ayuda importante para conocer la evidencia científica actual durante toda mi vida profesional.

Otros de los conocimientos que me ha dado la realización de este trabajo, es saber sintetizar lo que debo plasmar. Con frecuencia, toda la información que encuentro sobre el tema del TFG me parece importantísima. Actualmente, ya casi habiendo finalizado de redactar el TFG, tengo de decir que era uno de los objetivos a conseguir, ya que al ser un trabajo tan extenso no es fácil plasmar la idea principal del tema en cuestión de manera sintética y clara.

Otro de los conocimientos adquiridos, ha sido el realizar una correcta categorización de los artículos seleccionados para esta revisión de la literatura. Sinceramente, no me ha resultado nada fácil, ya que en muchos de ellos no se señala explícitamente qué tipo de estudio es ello me ha hecho revisar los temarios de años anteriores y recordar los diferentes tipos de estudios y sus características.

Para finalizar, tengo de decir que la realización de este trabajo me ha hecho crecer a nivel académico y personal. A nivel académico, porque nunca antes había realizado un trabajo de esta magnitud. Como decía, los comienzos no fueron fáciles. Pero a medida que he avanzado, he podido ver que he ido solventando problemas relacionados con el trabajo, muchas veces yo misma y algunas veces junto a mi tutora. A nivel personal, me sorprende de mí misma, a dónde he llegado y el camino que me queda por recorrer a partir de ahora. La base ya está construida ahora queda un largo camino por avanzar profesional y personalmente.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- [1] Artritis Reumatoide: Redpacientes [Internet]. [acceso 05/03/2016]. Disponible en: http://redpacientes.com/wikillness/artritis_reumatoide
- [2] Loof H, Johansson UB, Henriksson EW, Lindblad S, Bullington J. Body awareness in persons diagnosed with rheumatoid arthritis. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2014 Oct 31; 9:24670. doi: 10.3402/qhw.v9.24670
- [3] Botequio LF, Barros MB, Dalgarrondo P. Depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2009; 32(3):257-62.
- [4] Dziechciaz M, Balicka-Adamik L, Filip R. The problem of pain in old age. *AnnAgric Environ Med* 2013; Spec no. 1:35-38 (35).
- [5] Schneider M, Manabile E, Tikly M. Social aspects of living with rheumatoid arthritis: a qualitative descriptive study in Soweto, South Africa - a low resource context. *Health Qual Life Outcomes* 2008 Jul 24; 6:54. doi: 10.1186/1477-7525-6-54
- [6] Paulus HE, Williams HJ, Ward JR, Reading JC, Egger MJ, Coleman ML, et al. Azathioprine versus D-penicillamine in rheumatoid arthritis patients who have been treated unsuccessfully with gold. *Arthritis Rheum* 1984 Jul; 27(7):721-727. doi: 10.1002/art.1780270701
- [7] Williams HJ, Ward JR, Reading JC, Egger MJ, Grandone JT, Samuelson CO, et al. Low-dose D-penicillamine therapy in rheumatoid arthritis. A controlled, double-blind clinical trial. *Arthritis Rheum* 1983 May; 26(5): 581-592. doi: 10.1002/art.1780260502
- [8] Ritchie DM, Boyle JA, McInnes JM, Jasani MK, Dalakos TG, Grieveson P, et al. Clinical studies with an articular index for the assessment of joint tenderness in patients with rheumatoid arthritis. *Q J Med* 1968 Jul; 37(147):393-406.
- [9] Egger MJ, Huth DA, Ward JR, Reading JC, Williams HJ. Reduced joint count indices in the evaluation of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1985 Jun; 28(6): 613-619. doi: 10.1002/art.1780280603

- [10] Fuchs HA, Brooks RH, Callahan LF, Pincus T. A simplified twenty-eight-joint quantitative articular index in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1989 May; 32 (5): 531-537. doi: 10.1002/anr.1780320504
- [11] Thompson PW, Silman AJ, Kirwan JR, Currey HL. Articular indices of joint inflammation in rheumatoid arthritis. Correlation with the acute-phase response. *Arthritis Rheum* 1987 Jun; 30(6):618-623. doi: 10.1002/art.1780300603
- [12] Batlle-Gualda E, Bernabeu P, Santos G, Pascual E. Methods of clinical evaluation of rheumatoid arthritis. *Rev Clin Esp* 2000 May; 200 Monog 1:32-38.
- [13] Esteve-Vives J, Batlle-Gualda E, Reig A. Spanish version of the Health Assessment Questionnaire: reliability, validity and transcultural equivalency. Grupo para la Adaptacion del HAQ a la Poblacion Espanola. *J Rheumatol* 1993 Dec; 20(12):2116-2122.
- [14] Meenan RF, Gertman PM, Mason JH. Measuring health status in arthritis. The arthritis impact measurement scales. *Arthritis Rheum* 1980 Feb; 23(2):146-152. doi: 10.1002/art.1780230203
- [15] Meenan RF, Mason JH, Anderson JJ, Guccione AA, Kazis LE. AIMS2. The content and properties of a revised and expanded Arthritis Impact Measurement Scales Health Status Questionnaire. *Arthritis Rheum* 1992 Jan; 35(1):1-10. doi: 10.1002/art.1780350102
- [16] Guillemin F, Coste J, Pouchot J, Ghezail M, Bregeon C, Sany J. The AIMS2-SF: a short form of the Arthritis Impact Measurement Scales 2. French Quality of Life in Rheumatology Group. *Arthritis Rheum* 1997 Jul; 40(7):1267-1274. doi: 10.1002/art.1780400711
- [17] Redondo MM, Miguel JT, Cano AV. Procesos de afrontamiento y ajuste a la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide. *Revista de psicología y psicopedagogía* 2005; 1579-0207(4):199-217.
- [18] Peñarroya A., Ballús C., Pérez J. Diferencias en el uso de las estrategias de afrontamiento, el catastrofismo y el estado de ánimo en función del tiempo de evolución del dolor crónico. *Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]*. 2011 Abr; 18(2): 77-83.

- [19] Prada M, Hernández C, Gómez J, Gil R, Reyes Y, Solis U, Molinero C. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. RCuR, 2015 En; 48-60.
- [20] Lin MC, Guo HR, Lu MC, Livneh H, Lai NS, Tsai TY. Increased risk of depression in patients with rheumatoid arthritis: a seven-year population-based cohort study. Clinics (Sao Paulo) 2015 Feb; 70(2):91-96. doi: 10.6061/clinics/2015(02)04
- [21] Murphy L, Sacks J, Brady T, Hootman J, Chapman D. Anxiety and depression among US adults with arthritis: prevalence and correlates. Arthritis Care Res (Hoboken) 2012 Jul; 64(7):968-976. doi: 10.1002/acr.21685
- [22] Stewart AL. Measuring functioning and well-being: the medical outcomes study approach. : Duke University Press; 1992.
- [23] Lee YC, Frits ML, Iannaccone CK, Weinblatt ME, Shadick NA, Williams DA, et al. Subgrouping of patients with rheumatoid arthritis based on pain, fatigue, inflammation, and psychosocial factors. Arthritis Rheumatol 2014 Aug; 66(8):2006-2014. doi: 10.1002/art.38682
- [24] Westhoff G, Buttgereit F, Gromnica-Ihle E, Zink A. Morning stiffness and its influence on early retirement in patients with recent onset rheumatoid arthritis. Rheumatology (Oxford) 2008 Jul; 47(7):980-984. doi:10.1093/rheumatology/ken137
- [25] Halls S, Dures E, Kirwan J, Pollock J, Baker G, Edmunds A, et al. Stiffness is more than just duration and severity: a qualitative exploration in people with rheumatoid arthritis. Rheumatology (Oxford) 2015 Apr; 54(4):615-622. doi: 10.1093/rheumatology/keu379
- [26] CASPe. Parrilas para la lectura crítica. [Internet] [actualizada 2016; acceso 17/05/2016] Disponible en: <http://www.redcaspe.org/drupal/?q=node/29>
- [27] Polit F, Hungler P. Investigación científica en ciencias de la Salud. 5ª edición. México: Mc Graw-Hill Interamericana, 1997.
- [28] Flurey CA, Morris M, Pollock J, Richards P, Hughes R, Hewlett S. A Q-methodology study of flare help-seeking behaviours and different experiences of daily life in rheumatoid arthritis. BMC Musculoskelet Disord 2014 Nov 1; 15:364-2474-15-364. doi: 10.1186/1471-2474-15-364

- [29] Benavent VC. Eficacia de la hidroterapia en el tratamiento de la artritis reumatoide y sus formas clínicas: una revisión bibliográfica. *Fisioterapia al día* 2006; 1698-4609(2):24-26.
- [30] Wang C. Tai chi and rheumatic diseases. *Rheum Dis Clin North Am* 2011 Feb; 37(1):19-32. doi: 10.1016/j.rdc.2010.11.002
- [31] Hewlett S, Sanderson T, May J, Alten R, Bingham CO,3rd, Cross M, et al. 'I'm hurting, I want to kill myself': rheumatoid arthritis flare is more than a high joint count--an international patient perspective on flare where medical help is sought. *Rheumatology (Oxford)* 2012 Jan; 51(1):69-76. doi:10.1093/rheumatology/keq455
- [32] Nikolaus S, Bode C, Taal E, van de Laar MA. Four different patterns of fatigue in rheumatoid arthritis patients: results of a Q-sort study. *Rheumatology (Oxford)* 2010 Nov; 49(11):2191-2199. doi:10.1093/rheumatology/keq21
- [33] UMM: University of Maryland Medical Center [Internet]. [acceso: 06/05/2016] Disponible en: <http://www.umm.edu/health/medical/spanishency/articles>
- [34] Hall J, Skevington S, Maddison P, Chapman K. A randomized and controlled trial of hydrotherapy in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res* 1996 Jun; 9(3):206-215.
- [35] Uhlig T, Fongen C, Steen E, Christie A, Odegard S. Exploring Tai Chi in rheumatoid arthritis: a quantitative and qualitative study. *BMC Musculoskelet Disord* 2010 Mar 5; 11:43-2474-11-43. doi: 10.1186/1471-2474-11-43
- [36] John H, Hale ED, Treharne GJ, Kitas GD, Carroll D. A randomized controlled trial of a cognitive behavioural patient education intervention vs a traditional information leaflet to address the cardiovascular aspects of rheumatoid disease. *Rheumatology (Oxford)* 2013 Jan; 52(1):81-90. doi:10.1093/rheumatology/kes237
- [37] Evans S, Moieni M, Lung K, Tsao J, Sternlieb B, Taylor M, et al. Impact of iyengar yoga on quality of life in young women with rheumatoid arthritis. *Clin J Pain* 2013 Nov; 29(11):988-997. doi: 10.1097/AJP.0b013e31827da381
- [38] Fistera: Atención Primaria en la red [Internet]. [acceso: 05/05/2016] Disponible en: <http://www.fistera.com/guias-clinicas/artritis-reumatoide/>

14. ANEXOS:

14.1 Anexo-1: Tabla de artículos de investigación utilizada en la revisión de la literatura.

Autor, país y referencia	Título	Diseño	Métodos de recogida de datos	Objetivos	Resultados y Conclusiones
Botequio L, et al 2009 Brasil. América del Sur [2].	Depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients.	Estudio cualitativo, observacional y transversal.	62 pacientes con AR.	Determinar la prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en la AR en comparación con la artrosis.	Mayor incidencia de depresión en las personas afectadas de AR en comparación con las personas afectadas de artrosis.
Redondo M, et al 2005 Madrid, España [16].	Proceso de afrontamiento y ajuste a la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide.	Estudio cuantitativo descriptivo.	89 pacientes con AR de edades comprendidas entre los 22 y 80 años.	Ajuste de la enfermedad de los pacientes con AR (niveles de dolor, discapacidad y emocionalidad negativa) y las distintas formas de afrontamiento al dolor.	Los resultados presentados ponen de manifiesto que existe una relación positiva y significativa entre las estrategias de afrontamiento pasivas y evitativas y el ajuste de los pacientes con AR a

				Estudiar la capacidad de afrontamiento al dolor para predecir el ajuste a la enfermedad de los pacientes con AR (dolor, discapacidad y emocionalidad negativa).	su enfermedad. Esta relación se da con el dolor, frecuencia e intensidad, la discapacidad, y sobre todo con las emociones negativas.
Peñarroya. A et al 2011 Barcelona [17].	Diferencias en el uso de las estrategias de afrontamiento, el catastrofismo y el estado de ánimo en función del tiempo de evolución del dolor crónico.	Estudio cualitativo descriptivo transversal	60 personas afectada de dolor, que ya estuvieran en tratamiento.	El objetivo era observar mediante unas escalas específicas para el dolor, las variables psicológicas y el uso de estrategias que tienen las personas que sufren AR.	El resultado de este estudio concluye con que el paciente usa estrategias pasivas para hacer frente al dolor. Se observa relación entre el dolor y las variables psicológicas.
Prada D, et al 2015 La Habana, Cuba [18].	Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro	Estudio cualitativo descriptivo transversal.	150 pacientes con AR establecida ingresados en el Centro de Reumatología del Hospital Docente	Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con AR.	El resultado de este artículo concluyó que predominó el sexo femenino. Las sub-escalas que más

	de Reumatología.		Clínico Quirúrgico 10 de Octubre en el periodo de junio del 2010 a julio del 2011.		afectaron a la calidad de vida fueron la artritis, la salud personal y el dolor. Concluyeron que la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes estudiados fue buena.
Miao-Chiu Lin , et al 2015 Taiwan [19].	Increased risk of depression in patients with rheumatoid arthritis: a seven-year population-based cohort study.	Estudio de cohorte observacional.	Usando una base de datos Nacional de Investigación de Seguros de Salud de Taiwan, se identificaron a 3698 pacientes con AR recién diagnosticados mayores de 18 años, junto con 7.396 sujetos sin AR emparejados por edad, sexo y fecha índice entre 2000 y 2004. La	Investigar la incidencia y los factores de riesgo de la depresión entre los pacientes con AR en Taiwan.	La incidencia de depresión era mayor en personas afectadas de AR versus a las personas que no estaban afectadas. Sujetos del sexo femenino, los sujetos mayores, y con comorbilidades asociadas tenían más riesgo de padecer depresión.

			<p>incidencia de depresión y los factores de riesgo fueron evaluados utilizando la regresión de Cox de riesgo proporcional.</p>		
<p>Murphy L, et al 2012 EEUU [20].</p>	<p>Anxiety and depression among US adults with arthritis: prevalence and correlates.</p>	<p>Estudio cualitativo descriptivo transversal.</p>	<p>Pacientes > o igual a 45 años diagnosticados de AR por un médico.</p>	<p>Estimar la prevalencia y las correlaciones de ansiedad entre pacientes diagnosticados de AR por un médico.</p>	<p>Según los resultados concluyen que la ansiedad era tan común como la depresión. Y es de suma importancia diagnosticar estas dos consecuencias en los pacientes.</p>
<p>Westhoff G, et al 2008 [23].</p>	<p>Morning stiffness and its influence on early retirement in patients with recent onset rheumatoid arthritis.</p>	<p>Estudio de cohort prospectivo.</p>	<p>916 pacientes con AR con una duración de la enfermedad inferior o igual a 24 meses.</p>	<p>Este estudio tuvo como objetivo describir la asociación entre la rigidez matinal y la jubilación temprana de pacientes afectados de AR.</p>	<p>Según el estudio realizado la jubilación anticipada preocupa a un 46% de las personas con AR severa y un 10% de las personas afectadas de una AR</p>

					leve. La rigidez matinal grave está muy unida a que los pacientes afectados se planteen la jubilación anticipada.
Nikolaus S et al, 2010 Países Bajos [30].	Four different patterns of fatigue in rheumatoid arthritis patients: results of a Q-sort study.	Estudio cualitativo fenomenológico.	30 pacientes ambulatorios con AR establecida, con una gravedad de la fatiga media de 4.67 evaluada mediante EVA.	Este estudio tuvo como objetivo describir las experiencias de diferentes sujetos sobre la fatiga.	Se obtuvieron 4 puntos de vista diferentes sobre la experiencia de la fatiga en la AR. El grupo A la fatiga no tubo impacto en sus vidas. El grupo B la fatiga interrumpía las actividades de su vida diaria. El grupo C vivían en una lucha constante para encontrar un equilibrio entre la actividad y el descanso. El grupo D la fatiga tenía un mayor impacto en su vida

<p>John H et al, 2012 Pensnett Road, Dudley [35].</p>	<p>A randomized controlled trial of a cognitive behavioral patient education intervention vs a traditional information leaflet to address the cardiovascular aspects of rheumatoid disease.</p>	<p>Ensayo controlado aleatorio.</p>	<p>110 participantes (52 en el grupo de intervención y 58 en el grupo control).</p>	<p>Este estudio tuvo como objetivo evaluar durante 8 semanas al paciente mediante una educación sanitaria para lograr un cambio de los factores susceptibles de producir enfermedades cardiovasculares.</p>	<p>diaria. Al finalizar el estudio los pacientes del grupo de intervención tuvieron una mejora en lo que respecta a los factores favorables de producir enfermedades cardiovasculares. Concluyendo que la educación para la salud entorno a la enfermedad cardíaca es muy importante en estos pacientes ya que la AR fomenta esta complicación si no se lleva una vida saludable.</p>
--	---	-------------------------------------	---	---	---

14.2 Anexo-2: Tabla de artículos revisión de la literatura:

Autor, País y referencia	Título	Tipo de artículo	Abstract
Dziechciaż, et al 2013 Lubind, Poland [4].	The problem of pain un old age.	Revisión de la literatura.	Definición del dolor según International Association for the Study of Pain.
E. Batlle-Gualda, et al 2000 Alicante, España [12].	Métodos de evaluación clínica en artritis reumatoide.	Revisión de la literatura.	Metodología estandarizada y de utilización universal que sirve para realizar una correcta evaluación clínica de los enfermos con AR.

14.3 Anexo-3: Cronograma.

	Sep	Oct	Nov	Dic	En	Feb	Mar	Abr	May	Jun
1ª Tutoría		■								
Búsqueda bibliográfica.		■	■	■	■	■	■	■	■	
Palabras clave		■	■	■						
2ª tutoría				■						
3ª tutoría				■						
Introducción				■	■					
Objetivos				■	■	■	■			
Marco teórico				■	■	■	■	■	■	
Metodología				■	■	■				
Resultados					■	■	■			
4ª tutoría							■			
Conclusiones									■	■
5ª tutoría								■		
6ª tutoría									■	
Correcciones									■	■
Entrega pre-definitiva TFG									■	
Preparación defensa y exposición									■	
Entrega ejemplares TFG (24/05/2016) y rúbrica 1 (autoevaluación)									■	
Defensa oral del TFG 1,2,3/06/2016										■

Fuente: Elaboración propia.

Esta es la planificación realizada para poder llevar a tiempo las tareas asignadas a para realizar el TFG y para poder organizarme mejor el tiempo a emplear. La planificación ha sido desde la primera tutoría realizada en el mes de Octubre, hasta la fecha prevista de la defensa oral.