

11226

2 of 41



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
División de Estudios de Postgrado  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Hospital General Regional  
Orizaba, Veracruz

TRASTORNOS EMOCIONALES EN EL PACIENTE  
CON ARTRITIS REUMATOIDE Y SU REPERCUSION  
EN LA FAMILIA

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO EN  
MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T A

DR. HUMBERTO ARTURO GUENDULAIN PACHECO



Orizaba, Ver.

1988

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E .

INTRODUCCION.....	1
GENERALIDADES.....	3
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
HIPOTESIS.....	12
OBJETIVOS.....	13
DISERCIÓN DE LA INVESTIGACION.....	14
RESULTADOS.....	15
CONCLUSIONES.....	20
ALTERNATIVAS DE SOLUCION .....	22
BIBLIOGRAFIA.....	24

## INTRODUCCION.

La antigua tendencia de la medicina de dirigir el potencial de sus recursos al aspecto curativo de las enfermedades, se veía con día amenazada por el hecho de que en la actualidad se le empieza a prestar la debida importancia a las consecuencias psicológicas y económicas. Repercusiones que no rara vez se les ha hecho caso omiso y han permanecido durante años en la obscuridad.

En el estudio actual, dirigido a pacientes con una enfermedad que ha existido desde la prehistoria en base a que se han encontrado lesiones con artritis reumatoide en animales prehistóricos, en algunas momias egipcias y en esqueletos romanos; Se efectuó revisión de literatura médica mexicana (2,3,5) y los pocos estudios que se han hecho se han limitado a señalar las repercusiones económicas de la A.R. pero no se han analizado otros aspectos.

Si bien la artritis convierte en invalidas a un gran número de personas todos los años, mata a una cantidad relativamente poca de ellas por lo que; NO HAY NINGUN OTRO GRUPO DE ENFERMEDADES QUE OCAASIONE TANTO SUPRIMIENTO A TANTOS DURANTE TANTO TIEMPO. A causa de la tendencia a lisiar sin matar, la artritis y el reumatismo encabezan la lista de enfermedades crónicas desde el punto de vista de su importancia social y económica. La artritis y el reumatismo originan anualmente unos 27 millones de días perdidos de trabajo, siendo precedidos tan solo por las enfermedades cardiacas como causa de limitación crónica de la capacidad para trabajar. (Joseph L. Hollander)

En otros países hay una extensa literatura (1,4,16,22,23) que incluye numerosos estudios originales y disciplinarios de la psicología de los pacientes reumatoideos y excelentes revistas críticas, en las diversas muestras se halló en forma notablemente coherente cólera oculta controlada por el paciente a causa de su inseguridad en las relaciones personales y expresada por "buen" comportamiento, depresión y síntomas (5,6,16,22). Se han identificado diferencias fisiológicas incluyendo una menor creación sanguínea pero un pulso más acelerado mayor transpiración y extremidades más frías, con exageración de dichas diferencias cuando los sujetos estaban a tensión a causa de una dura crítica (16).

No hay dudas de que la evolución de la enfermedad y la personalidad interactúan. Moldofsky identificó un grupo de reaccionantes "paradójicos" entre los pacientes reumatoideos cuyo estado de ánimo empeora a medida que disminuye su inflamación (24) en los

pacientes llegaban animados valientes y dóciles, pero presentaban depresión y nuevas quejas a medida que progresaba la terapia. La necesidad de atención de esos pacientes mantenía a la familia, - los amigos y los terapeutas cerca de ellos.

Dichos pacientes requieren mucho más tiempo, apoyo con simpática explicaciones y aceptación por parte de su terapeuta antes - de que pueda enfrentar su agotamiento del todo real, su depresión y su rigidez..... y su artritis reumatoide.

## GENERALIDADES.

La primera descripción bien documentada de Artritis Reumatoide fue la de Landré Beauvais con su "Gota asténica primitiva" en 1800. A este trabajo siguió el de Charcot en 1853. En 1907 Sir Archibald Garrod estableció una clara distinción entre la artritis reumatoide y la osteoartritis o artrosis deformante (1), y fue en 1912 cuando Weintreud expresó la teoría inmunológica como probable etiología de la artritis reumatoide al evaluar el paecido de sus lesiones con las de la enfermedad del suero (1,2).

La literatura mundial resalta que hay una marcada predilección por el sexo femenino observándose que del 3 al 5% de la población femenina total la padecen, siendo su relación con el sexo masculino de 3-4: 1 (4,5). Se considera que la edad de inicio se encuentra entre la tercera y quinta décadas de la vida (4,5).

La etiología de la A.R. es desconocida. Intensos esfuerzos han fallado en establecer la causa por un agente infeccioso específico, por exceso o deficiencia nutricionales, mediante aberraciones metabólicas, etc.. Se han acumulado hechos importantes para sugerir la importancia de mecanismos inmunológicos en la patogenéesis de esta enfermedad, a pesar de lo cual, los factores iniciales son aún oscuros.

Los cambios inflamatorios que se presentan en la A.R. hicieron suponer en un principio que podía ser una enfermedad infecciosa, pero nunca se ha podido aislar un microorganismo al cual se pueda atribuir la enfermedad. Antiguamente se pensaba en una infección focal o nivel articular, pero actualmente esta teoría se ha descartado, lo que si sucede es que un proceso infeccioso a cualquier nivel, puede desencadenar la A.R.

Se ha investigado vigorosamente una posible etiología viral. Una identificación viral directa, sea por aislamiento o por visualización mediante el microscopio electrónico, ha resultado infructuosa. Las tentativas de obtener virus por cocultivo o por hibridación con ADN o ARN han fracasado y no se ha descubierto aumento desproporcionado de ningún anticuerpo antiviral.

Extensas investigaciones han tratado de definir anomalías metabólicas o bioquímicas. Se han descrito muchas pero se han podido nombrar pocas que se limitan a la A.R. y ninguna es concluyente.

Estudios sobre anomalías fisiológicas tampoco han aportado datos definitivos sobre la etiología de la A.R. Dumond y colaboradores consideran la enfermedad reumatoidea como una alteración de la homeostasis endotelial linfocítica vascular (7).

Factores genéticos.- En la actualidad a causa de la observa

ción de un aumento de la frecuencia en pacientes reumatoideos de determinantes particulares en el locus D del complejo humano de histocompatibilidad. HLA-Dw4 ocurre con frecuencia 3 a 4 veces mayor en los adultos con A.R. que en controles no reumatoideos.

La teoría de que la A.R. es una enfermedad autoinmune es una de las teorías más nuevas, y es la más aceptada actualmente. La demostración de presencia de anticuerpos o inmunoglobulina G, nucleorotina y colágeno en el suero y los líquidos sinoviales de pacientes con A.R. sugiere un deterioro de la discriminación entre lo propio y lo extraño en esta enfermedad.

#### CUADRO CLINICO .

El inicio de la enfermedad es insidioso, caracterizado por - síntomas generales como astenia, adinamia, anorexia, y algunas veces hipertermia ligera, pudiendo durar desde algunas semanas hasta varios meses; otras veces desde el comienzo destaca de modo patente el ataque articular, que generalmente en su inicio es de poca a mediana intensidad. El proceso tiende, algunas veces, a remitir espontáneamente, pero posteriormente volverán a presentarse nuevas etapas de agudización, tras de cada una de las cuales quedarán secuelas de la agudización pasada, como reducciones funcionales, deformaciones anquilosis etc. (1,6).

Cuando el cuadro articular se instala, es casi siempre progresivo, pudiendo tener periodos de mejoría, atacando, característicamente en la mayoría de los pacientes, las pequeñas articulaciones de manos y pies, respetando las articulaciones interfalángicas distales; aunque su inicio puede ser monoarticular, en el transcurso de la enfermedad tenderá a hacerse poliarticular y simétrica, característica muy importante en este padecimiento. Clínicamente, el médico encontrará en una etapa temprana de la afección articular: simetría en las lesiones, predilección importante por las pequeñas articulaciones de manos y pies, datos importantes de dolor y flogosis con dolor al contacto, deformidad fusiforme de los dedos, calor local, restricción de la movilidad por el dolor, tanto activa como pasiva. Dentro de las articulaciones más afectadas tenemos: interfalángicas proximales, metacarpo-falángicas, metatarsofalángicas, codo, tarso, rodillas, coxas, tobillos, muñecas, codoxofemorales, hombro y algunas veces las intervertebrales (8,9).

Al avanzar la enfermedad las lesiones se van haciendo más manifiestas, pues no solo se van a orientar como ataque a tejidos blandos, sino que comenzará a presentar lesiones irreversibles articulares y manifestaciones extraarticulares. Sea cual sea la característica evolutiva, las agudizaciones sucesivas van esta -



bleciendo estas lesiones progresivas. El engrosamiento, la retracción y las adherencias capsulohioidales producen por sí solos la mayor reducción funcional; la proliferación sinovial con la invasión del cartilago diartrodial, y la reacción ósea subcondral, producen la anquilosis fibrosa y ósea; el elemento muscular a causa de su atrofia refleja, inactividad, procesos miosíticos reumáticos genuinos, contracturas y retracciones, fija las articulaciones en posiciones anómalas, ya sea desviaciones o subluxaciones, y acaba por reducir la ya alterada función articular; estas desviaciones y subluxaciones casi siempre se presentan en flexión, debido a que los grupos musculares flexores, son los que en la mayoría de los casos predominan. La subluxación de los dedos con desviación de la mano en sentido cubital comunica a ésta cierto aspecto de alata, y constituye la carta de presentación de los pacientes (1,8,9,10).

El daño articular avanza hasta provocar anquilosis articular casi siempre con contractura, llegando a confinar al paciente a una silla de ruedas o a una cama.

Para realizar el análisis de nuestros casos primero se hizo su clasificación según los criterios de la Asociación Americana de Reumatismo (A.R.A.), para saber si los pacientes correspondían a una A.R. clásica, definida, probable o posible. Los criterios tomados son los siguientes: (8,11).

- 1.- Rigidez matutina.
- 2.- Dolor al movimiento o hipersensibilidad, por lo menos en una articulación (observada por un médico)
- 3.- Hinchazón por lo menos de una articulación (observada por un médico).
- 4.- Hinchazón de por lo menos otra articulación en plazo de tres meses después de la primera.
- 5.- Hinchazón articular simétrica.
- 6.- Nódulos subcutáneos sobre prominencias óseas o en zonas yuxtaarticulares.
- 7.- Cambios radiológicos típicos de A.R.
- 8.- Prueba positiva para factor reumático.
- 9.- Precipitado de mucina deficiente en líquido sinovial.
- 10.- Cambios histológicos característicos en membrana sinovial.
- 11.- Cambios histológicos característicos en los nódulos.

El grado diagnóstico se establece como sigue:

AR Clásica: Cumpliendo por lo menos 7 criterios.

AR Definida: Cumpliendo 5 a 6 criterios.

AR Probable: Cumpliendo 3 a 4 criterios.

AR Posible: Menos de tres criterios.

## MANIFESTACIONES EXTRAARTICULARES.

La artritis reumatoide se considera como una enfermedad sistémica, pues aunque las manifestaciones primordiales son las articulares, pueden encontrarse lesiones en toda la economía, estas lesiones extraarticulares pueden ser tan mínimas que pasan inadvertidas y son solo hallazgos de necropsia; otras veces cuando se manifiestan, pueden hacerlo en forma leve, siendo su repercusión en el estado del paciente de poca magnitud. Por fortuna, es en el mínimo de los casos cuando éstas manifestaciones son severas pues, cuando esto sucede, el cuadro clínico se agrava considerablemente. Debe tenerse siempre en cuenta que la presencia de manifestaciones extraarticulares nos está indicando una A.R. más severa, aún cuando se presenten estas manifestaciones en forma leve, y que casi siempre en estos pacientes habrá lesiones articulares importantes, alteraciones serológicas de mayor magnitud y el curso clínico y el pronóstico serán más sombríos(6,9,10,13, 14,22).

Estas manifestaciones extraarticulares son: Nódulos reumatoides, Fenómeno de Raynaud, Síndrome de Sjögren, Tiroiditis, Lesiones cardiacas, Lesiones pulmonares, Neuropatía, Lesiones renales, Amiloidosis, Linfadenopatía, Vasculitis y Síndrome de Felty.

## EXÁMENES DE LABORATORIO .

El uso apropiado del laboratorio es esencial para el diagnóstico y manejo de los pacientes con enfermedades reumáticas.

El desarrollo de varios métodos de laboratorio desde los últimos años de las décadas de los cuarenta marcaron el principio fundamental de los avances hechos en reumatología. Esto ha conducido subsecuentemente a aclarar la delimitación de muchas enfermedades con participación articular, permitiendo un diagnóstico temprano y más preciso. De todas maneras, uno no debe esperar que el diagnóstico se obtenga solo a través de los datos de laboratorio pues estos no deben reemplazar nunca a una buena historia clínica y a una cuidadosa exploración física.

Los múltiples estudios de laboratorio disponibles actualmente, ya sean bioquímicos, hematológicos, o serológicos, no podemos considerarlos como patognomónicos de artritis reumatoide pero nos ayudan a confirmar o rechazar nuestra impresión diagnóstica clínica, particularmente en situaciones no bien definidas. Pueden ser usados como guía sobre la severidad de la enfermedad, su naturaleza, y en ciertos casos, para normar la conducta a seguir en cuanto a manejo, y para emitir un pronóstico.

Los estudios que en forma rutinaria pueden ser empleados en

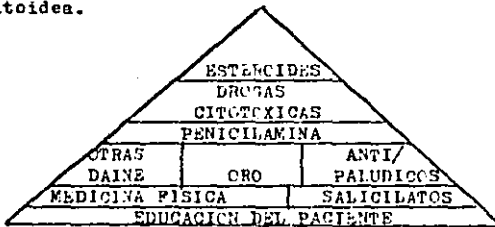
el Hospital General Regional de Crizaba son:

- 1.- Factor reumatoide
- 2.- Proteína C reactiva
- 3.- Velocidad de sedimentación globular
- 4.- Fórmula roja y
- 5.- Células L.E.

Se cuenta también con los recursos de Diagnóstico por imagen y Anatomía patológica.

#### TRATAMIENTO.

La pirámide, relaciona esquemáticamente modalidades disponibles que se pueden utilizar en la atención total de la enfermedad reumatoidea.



Estos regímenes han demostrado ser beneficiosos en la artritis reumatoide. Están estratificados groseramente en la pirámide de tratamiento en el orden en que se ha demostrado que su probabilidad de beneficio supera su riesgo. Tanto el médico como el paciente deben acentuar la necesidad de ensayar los regímenes menos tóxicos y más probados en primer término, en lugar de optar por una reacción más temprana y espectacular al precio de una toxicidad grave o a largo plazo. En el paciente adecuado adecuadamente, es la actitud del médico más que cualquier otro factor, - la que inspirará la cooperación del paciente.

Un programa de fisioterapia y rehabilitación contará, con puntos básicos como: Hidroterapia, reposo, medicamentos, aplicación de calor, ejercicios activos y pasivos, corrección de deformidades, y terapéutica ocupacional, y la adaptación de cada uno de estos parámetros será de acuerdo al estado del paciente.

#### FACTORES PSICOSOCIALES.

En la actualidad se reconoce generalmente que la repercusión del dolor, la pérdida de función y la deformidad en las enfermedades artríticas provienen a menudo de rasgos de la personalidad caracterizados por depresión, rigidez y excesivas preocupaciones

por las funciones corporales. La personalidad prenatológica, el sexo y el grado de estabilidad socioeconómica del paciente sirven como modificadores de la personalidad, pero no hay base para prefunciones anteriores en el sentido de que las enfermedades artríticas en general o, específicamente, la A.R. ocurran en pacientes preseleccionados por las características de su personalidad. En cambio, las perturbaciones psicológicas en el lumbago crónico son sistémicas con frecuencia de naturaleza orgánica.

Los problemas que requieren particular atención en el tratamiento de pacientes con artritis y afecciones musculoesqueléticas dolorosas conexas incluyen depresión y pena por la pérdida de la salud y la capacidad de funcionar; ganancia secundaria producida por la simpatía y las consideraciones recibidas por el hecho de estar enfermo; la dificultad en definir un papel familiar apropiado para el paciente que no está realmente enfermo o no está realmente bien; y los problemas de amplio alcance que derivan de la incapacidad sexual.

La disfunción sexual es una consecuencia de una enfermedad a articular dolorosa y la incapacidad de asumir posturas preferidas para las relaciones resulta común. La disfunción se usual ocurre por lo menos con igual frecuencia como resultado de una depresión y de un sentimiento de indignidad o falta de atractivo, y puede provenir de un papel protector incorrectamente asumido por el compañero sano. Una discusión franca de los problemas del sexo por un miembro apropiado del equipo paramédico (asesor sexual) es un aspecto psicológico importante de la rehabilitación de la artritis.

Abecoramientos familiares, terapia en grupo, grupos de ayuda y clubes, en una variedad de contextos y configuraciones surgen como tentativas de brindar a los pacientes artríticos un sentimiento de aceptación, comprensión y orientación, de auxiliarlos en la solución de problemas tanto psicológicos sociales, y profesionales como económicos. Muchos de estos programas de terapia en grupo han sido recibidos con entusiasmo, pero se debería realizar procesos críticos y estimaciones de los resultados de la efectividad de las diversas formas y costos del personal profesional en función de los horas hombre y el nivel de destreza profesional, para determinar la asignación apropiada de recursos a estas actividades.

Es importante para todos los pacientes con artritis participar en sus esfuerzos tan plenamente como sea posible con el objeto de distraer sus mentes del dolor y el padecimiento y preservar su autoestima.

## ANTECEDENTES CIENTÍFICOS .

Como fué citado en la introducción de este trabajo, fué muy poca la literatura mexicana (2,3,4,5) que se encontró acerca de la repercusión social aspectos psicológicos y de Dinámica familiar y estos estudios han sido mas bien dirigidos hacia el aspecto económico de la enfermedad.

Situación por la que como antecedentes nos referiremos a los mismos, y sin la intención de hacer analogías, privando el interés científico y con la idea de tener un marco referencial más amplio a continuación se citan algunos aspectos de lo que sucede en otros países.

En la edición al español del libro Artritis y enfermedades - conexas del M.D. Daniel J Mc Carty (1963) se cita como ejemplo - de la devastación económica causada por las enfermedades reumáticas que aproximadamente una tercera parte de los 3.6 millones de Norteamericanos adultos con AR entre 35 y 50 años de edad están discapacitados y con la idea de tener un marco referencial más amplio a continuación se citan algunos aspectos de lo que sucede en otros países.

En Gran Bretaña están discapacitados primordialmente como consecuencia de enfermedades reumáticas; casi una sexta parte de la población industrial de Inglaterra y Gales ha sido atribuida a enfermedades reumáticas. Se ha estimado que la administración de veteranos de los Estados Unidos gasta 426.9 millones de dólares por año como compensación de discapacidades relacionadas con artritis. Se gastan mil millones de dólares anuales en pagos de seguros por invalidez y ayuda a discapacitados permanentes además de 4,600 millones de dólares en salarios perdidos, e impuestos a los réquitos perdidos de carácter Federal, estatal y local que ascienden a 955 millones de dólares anuales a estos costos se deben agregar los miles de millones de dólares gastados en la atención de la artritis y la rehabilitación.

En México se encontró que el estudio más reciente del perfil estadístico de los pacientes reumáticos en el I.M.S.S. fué hecho con datos obtenidos de los años 1963-1965 en el CMN y publicados en la revista médica del IMSS de Julio-Agosto de 1967 en estos 3 años analizados se dieron 4,328 a 4,929 certificados de incapacidad temporal por año. El promedio de días por incapacidad varía de manera uniforme en estos tres años en los pacientes reumáticos y fué de 11.6 %.

En la consulta de reumatología de segundo nivel, el paciente reumático se caracteriza por tener una consulta subsiguiente muy elevada por lo que se dan de alta y requieren el doble de incapacidades que los pacientes de otras especialidades médicas.

Este patrón se repite en la consulta externa de tercer nivel

en donde además se hace evidente que los pacientes reumáticos requieren más días de incapacidad que el resto de los pacientes médicos.

Se observó que el paciente reumático en el IMSS demanda hasta el 12 % de las consultas del médico familiar. No cuenta suficiente especialistas de segundo nivel, aumenta anualmente la demanda de servicios de tercer nivel, se hospitaliza más de lo acostumbrado y de lo registrado se incapacita más frecuentemente y por más tiempo que el resto de las enfermedades médicas y tiene una tasa de invalidez permanente muy elevada.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .

**PREVALENCIA:**

La A.R. puede considerarse como una enfermedad compleja, pues se encuentran casos de la misma en todo el orbe.

**TRANSCURSO:**

Aun cuando el padecimiento no significa per se incremento en las tasas de mortalidad en los pacientes que la padecen, es de relevancia el grado de incapacidad parcial temporal y permanente así como predisposición del enfermo para un comportamiento disfuncional en el núcleo familiar.

**VULNERABILIDAD:**

En la actualidad es cada vez más amplia la cobertura del IMSS en cuanto a derechohabientes se refiere. Teniendo en consideración que es desconocida la etiología de la AR es en el primer nivel de atención médica en donde el Médico Familiar constituye la piedra angular en el beneficio del paciente, elaborando un diagnóstico oportuno.

**FACTIBILIDAD:**

Se cuenta con un elevado número de unidades médicas rurales y de régimen ordinario en donde mediante el diagnóstico precoz del padecimiento, obtendrán el beneficio de la atención integral y oportuna lo que como consecuencia lógica brindará una mejor calidad de vida, abstinencia del ausentismo laboral, limitación del dolor y unas mejores relaciones intragrupales y con la familia del enfermo.

**PROBLEMA:**

- 1. Es la artritis reumatoide causa de un mayor ausentismo laboral, disfunción familiar estador de invalidez y alteraciones emocionales?

**HIPOTESIS.**

Tomando en consideracion que los pacientes con artritis reumatoide presentan cambios en las metas personales, es de esperarse que corren con; disminucion en el deseo de superación, en el interés y atención por la educacion de los hijos, disfuncion familiar e incremento en el ausentismo laboral.



## OBJETIVOS .

- 1.- Determinar la relación que guarda la enfermedad con respecto al sexo.
- 2.- Obtener el promedio de edad de aparición de la enfermedad.
- 3.- Investigar alteraciones en la Dinámica Familiar.
- 4.- Investigar factores predisponentes de las alteraciones emocionales en el paciente.
- 5.- Conocer si es elevado el índice de ausentismo laboral en estos pacientes.
- 6.- Establecer la repercusión económica en la familia, en caso de que esto suceda.
- 7.- Indicar el tiempo transcurrido entre el inicio de la enfermedad y la primera atención especializada.
- 8.- Evaluar el porcentaje de diagnóstico correcto en la primera atención médica.
- 9.- Determinar en que porcentaje tiene el paciente conocimiento de su padecimiento.
- 10.- Que tipo de alteración emocional es la predominante en este tipo de pacientes y si hay repercusión en su vida sexual.

Por lo tanto en relación a la hipótesis de trabajo, mediante el estudio efectuado se confirmaron todos los puntos a excepción de lo que se mencionó en cuanto a que se esperaba encontrar disfunción familiar, motivo que no se comprobó en el análisis de los datos recopilados, siendo que después de la enfermedad se observó en términos generales unas mejores relaciones familiares.

## DISEÑO DE LA INVESTIGACION .

En base al planteamiento del problema, se realizó un estudio prospectivo para lo cual se procedió a incluir a los pacientes - que cumplieron los requisitos o criterios de inclusión como, ser pacientes con A.R. definida y Clásica de mas de un año de duración.

La muestra fué obtenida en el transcurso de seis meses en el consultorio de reumatología del HURO del IMSS y se estudiaron a 25 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión a estudio.

En el adjunto de. consultorio se hizo la aplicación del cuestionario (anexo) para la resolución del mismo, la elaboración de este fué supervisada por el Reumatólogo y Psicólogo de la Unidad. Al término de los cuatro meses se efectuó el levantamiento de la encuesta finalizando esta primera fase del estudio; la forma en que se llevaron a cabo las entrevistas, fué en dos tiempos: En uno se hizo el interrogatorio directo con el paciente y en un segundo tiempo se reinterrogó en presencia de un familiar acompañante. Posteriormente se llevó a cabo el procesamiento de la información para lo que se requirió un mes más de labor, finalmente se llevó a cabo el análisis de la información para lo cual se elaboró un formato en el que fueron vertidos los datos en cuestión.

Con la información obtenida en este estudio se cumplieron los objetivos propuestos en el protocolo de estudio y de ella se comprobó la hipótesis planteada por lo cual fué aceptada y permitió emitir conclusiones y alternativas de solución en beneficio del paciente y nuestra sociedad que serán dadas a conocer en su oportunidad.

EDAD..... SEXO..... OCUPACION ACTUAL.....  
OCUPACION ANTES DE LA ENFERMEDAD.....  
FECHA DE INICIO DEL PADECIMIENTO.....  
ACUDIO AL MEDICO.....SI.....NO.  
QUE TIEMPO DESPUES ACUDIO AL MEDICO.....  
FUE DEL I.M.S.S.////// O PARTICULAR .....  
QUE TRATAMIENTO RECIBIO.....  
DURANTE QUE TIEMPO Y DOSIS.....  
.....  
SU MEDICO LE DIJO QUE TENIA: ARTRITIS REUMATOIDE? REUMATISMO, OTRO  
.....  
CUANTOS MEDICOS MAS VIO DESPUES..... QUE TRATAMIENTO RECIBIO  
.....  
DURANTE QUE TIEMPO LO LLEVO A CABO.....  
CUANTAS VECES ACUDIC A SU MEDICO FAMILIAR ANTES DE SER ENVIADO A  
REUMATOLOGIA..... QUE MEDICO LE DIJO QUE TENIA ARTRITIS  
REUMATOIDE..... LE HAN EXPLICADO A QUE SE  
DEBE SU ENFERMEDAD..... A QUE CREN USTED QUE SE DE  
BA SU ENFERMEDAD..... LE HA OCASIONADO INCAPACI  
DADES LABORALES.....SI.....NO...CUANTOS DIAS.....  
A FALTADO A SU TRABAJO POR RIGIDEZ, DOLOR ARTICULAR, o malestar GE  
NERAL SIN INCAPACIDAD...SI...NO... CUANTAS VECES.....  
HA RECIBIDO FISIOTERAPIA...SI...NO... DESDE CUANDO.....  
DURANTE CUANTO TIEMPO.....POR QUE DEJO DE IR A FISIOTERAPIA  
..... CUAL ES SU TRATAMIENTO ACTUAL...  
.....  
QUE TIEMPO LLEVA CON EL.....  
QUE TIPO DE RELACION LLEVA CON SU PAREJA.....  
COMO ERAN SUS RELACIONES ANTES DE LA ENFERMEDAD.....BUENAS  
.....REGULARES..... MALAS.....COMO SON DESPUES DE  
LA ENFERMEDAD..... BUENAS.....REGULARES.....M ALAS.  
QUE TIPO DE RELACIONES LLEVA CON SUS HIJOS.....  
ANTES DE LA ENFERMEDAD.....DESPUES.....

CONSIDERA QUE HA INFLUIDO SU ENFERMEDAD EN SUS RELACIONES CON LA FAMILIA Y EN EL TRABAJO.....SI.....NO.  
COMO.....  
HA TENIDO ESTADOS DEPRESIVOS..... HA DESADO LA MUERTE CUANDO SE ENFERMA..... HA INTENDADO SUICIDARSE.....  
CULPA A ALGUIEN DE SU ENFERMEDAD.....SI.....NO; CONSIDERA QUE ES UN CASTIGO.....SI.....NO. A QUIEN CULPA DE SU ENFERMEDAD.....DE QUIEN CREE QUE SEA CASTIGO.....  
SUS DESEOS DE SUPERACION SE HAN VISTO APECTADOS.....SI.....NO EN QUE FORMA.....  
.....  
.....  
HA DISMINUIDO EL INTERES POR LA EDUCACION D SUS HIJOS.....  
SE SIEMTE RECHAZADO POR SU FAMILIA.....PROCURA MEJORAR LAS RELACIONES CON SU FAMILIA O NO LE INTERESA.....  
.....  
HAN MEJORADO LAS RELACIONES CON SU FAMILIA DESPUES DE SU ENFERMEDAD O HAN EMPLEADO.....  
.....  
SE SIEMTE SOBREPOTEGIDO POR SU FAMILIA.....  
ESTA PENSIONADO.....POR QUE..... A QUE EDAD LO PENSIONARON.....QUE ANTIGUEDAD TENIA EN SU TRABAJO.....  
..... OCUPA SUS RATOS LIBRES EN ALGUNA ACTIVIDAD..... EN CUAL.....CUAL ES SU ESTADO CIVIL ACTUAL.....  
..... SU PADECIMIENTO FUE CAUSA O CONTRIBUYO AL DIVORCIO..... SUS RELACIONES SEXUALES SE VEN INFLUENCIADAS O DISMINUIDAS POR SU PADECIMIENTO.....  
TIENE PROBLEMAS CON EL TRANSPORTE PARA IR A SU TRABAJO..... QUE TIPO DE TRANSPORTE USA.....  
HAN DISMINUIDO SUS INGRESOS.....ESTO LE OCASIONA ARGUSTIA.

## RESULTADOS .

De los 25 pacientes sujetos a estudio 18 fueron del sexo femenino y siete del sexo masculino.

Con respecto a los datos personales de los pacientes el promedio de edad fué de 46.3 años (de 22 a 72).

Grupo edad	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
20-30	-	5	5
31-40	-	4	4
41-50	1	5	6
51-60	1	3	4
61-70	4	1	5
71-80	1	-	1
TOTAL	7	18	25

FUENTE: Archivo clínico del H.G.R.O.

Dieciocho pacientes eran casados, dos solteros, dos vivían separados, uno es viudo, uno divorciado y una más vivía en unión libre.

En ocho de los matrimonios las relaciones con su pareja después de la enfermedad fueron consideradas como malas, los dos solteros después de la enfermedad nunca pensaron en matrimonio como una meta y eran portadores de un sentimiento de culpa mostraron franca aversión por la idea de tener descendencia debido al temor de perpetuar su nacimiento; en la pareja de pacientes que vivían separados el acontecimiento fué antes de la enfermedad y estuvo influido por causas ajenas a la misma en el caso del divorcio el paciente fué del sexo masculino y atribuye directamente a la "artritis" la causa de su estado civil actual; en el paciente que vivía en unión libre su domicilio es la casa materna y su pareja, de oficio operador de autotransportes Pórtaco, solo la frecuenta una vez al mes.

Cuando se les interrogó a ellos solos se mostraron con mejor ánimo y hubo contradicciones cuando se les interrogó con compañía de su pareja o familiar acompañante principalmente en lo referente al área psicofectiva intrafamiliar, en donde hubo predominio en el sexo femenino y en área sexual hubo predominio de contradicción en los hombres.

En la entrevista directa las mujeres sintieron que antes y después de la enfermedad las relaciones con la pareja y su familia eran buenas y en la segunda entrevista ocho de ellas afirman que después de la enfermedad habían empeorado sus relaciones en cuanto a que las discusiones e inconformidad con la pareja eran más frecuentes teniendo como causal común su malbecimiento y en un caso la paciente era culpada de su enfermedad y tildada de simuladora por la familia filial, sin embargo lleva buenas relaciones con su pareja.

#### CAMBIOS OBSERVADOS EN LA DINAMICA DE LA RELACION FAMILIAR

A.R.	ANTES	DESPUES
Muy buenas	0	4
Buenas	4	10
Aceptables	12	5
Conflictivas	6	1

FUENTE: Encuesta del investigador.

En lo que respecta al sexo masculino sin excepción negaron verse impedidos o disminuidos en su actividad sexual, recuperación que se vio puesta en duda por la actitud tomada o expresión verbal de su pareja en cuatro de ellos. En cuanto al sexo femenino el 5/4 sintieron tener dificultades para llevar a cabo unas relaciones sexuales satisfactorias.

#### CAMBIO OBSERVADOS EN LA ACTIVIDAD SEXUAL .

RELACIONES	ANTES	DESPUES
BUENAS	20	4
LIMITADAS	4	11
FRUSTRANTES	0	9

Fuente: Encuesta del investigador.

La escolaridad máxima que se registró en el grupo fué la de carrera comercial esto fué en dos casos, secundaria tres casos primaria completa nueve, primaria incompleta ocho, dos son analfabetas y uno solo sabía leer y escribir sin haber acudido nunca a ninguna escuela.

#### ESCOLARIDAD .

- ESTUDIOS	No. de PACIENTES
SECUNDARIA	5
Primaria completa	9
Primaria incompleta	8
Sabe leer y escribir	1
Analfabeta	2
Total	25

FUENTE: Encuesta del investigador.

En la ocupación de los pacientes se registraron diversas actividades que fueron significativamente modificadas por el padecimiento.

De las dieciocho pacientes actualmente solo una trabaja como cocinera y el resto se dedica a las labores del hogar, antes de la enfermedad cinco de ellas trabajaban fuera del hogar.

Los pacientes del sexo masculino solo cuatro se encontraban activos al momento de efectuar el estudio y todos trabajaban como independientes, tres de ellos comerciantes y uno en el ramo de ventas.

de los pacientes activos uno se traslada caminando a su trabajo y los restantes utilizan transporte público urbano, manifestando todos tener problemas para abordar el camión y en la travesía debido a limitación funcional y dolor articular.

MUESTRA EL IMPACTO DE LA AR COMO PRODUCTIVA DE LIMITACION FUNCIONAL E INCAPACIDAD LABORAL.

ANTES	DESPUES.	
TRABAJADORES	11	INVALIDEZ TOTAL 6
AMAS DE CASA	11	limitacion 13
DESEMPLEADOS	1	INCAPACIDAD 1

FUENTE: Encuesta del investigador.

Atendiendo a la duración de la enfermedad el promedio en años fué de 4.5 (de uno a quince años) y la primera consulta fué otorgada en promedio a los nueve meses después de la iniciación del padecimiento.

La primera consulta fué otorgada en 16 de los pacientes por un médico del IMSS, y en cinco de los casos la primera consulta fué por un médico particular y en uno de ellos se trató de un reumatólogo, otro más fué visto por médico de la SSA, dos de ellos fueron atendidos por curanderos y por último un paciente tuvo su primera atención médica otorgada por un brujo.

DURACION DE LA ENFERMEDAD		
AÑOS	PACIENTES	PRIMERA CONSULTA
1	2	1 mes
2	7	5 años
2.5	1	1 mes
3	4	4 meses
4	2	3 meses
5	2	1 mes
6	1	6 meses

7	2	1 mes
8	1	2 meses
11	1	3 meses
12	1	2 meses
15	1	14 Pacientes inmediata/.

FUENTE: Encuesta del investigador.

Al momento del estudio habían visitado un promedio de 4 médicos mas sin contar al especialista de la Unidad (de 1 a 15) y el número de consultas previas a la primera entrevista con el reumatólogo de este hospital varió desde una hasta más de 40 consultas en un paciente que así lo expresó y que el inicio de su sintomatología había sido 14 años antes obteniéndose un promedio total de 10,5 consultas por paciente.

Fueron seis los diagnósticos emitidos de primera intención a los pacientes sujetos a estudio. A seis pacientes se les diagnosticó "reumatismo"; a cinco de los enfermos se les hizo el diagnóstico de artritis reumatoide y cabe considerar que tres de ellos fueron vistos por un Reumatólogo uno de ellos y los dos restantes fueron atendidos por médicos internistas. A cuatro se les dijo que tenían "artritis" y a cuatro mas su médico se concretó a extenderles una receta sin emitir diagnóstico alguno, a los pacientes restantes, tres de ellos fueron diagnosticados como "enfriamiento" dos de los cuales fueron atendidos por enfermeros, se registro en dos casos Fiebre Reumática y al último se le etiquetó como Descalcificación de los huesos.

#### DIAGNOSTICO EN LA PRIMERA ENTREVISTA.

DIAGNOSTICO	PACIENTES.
REUMATISMO	6
ARTRITIS REUMATOIDE	5
SIN DIAGNOSTICO	4
"ARTRITIS"	4
"ENFRIAMIENTO"	2
PIEBRE REUMATICA	2
DESCALCIFICACION OSEA	1

FUENTE: Encuesta del investigador.

De todo el grupo solo cinco pacientes dijeron que si se les había explicado a que se debía su enfermedad, sin embargo, aún en los pacientes quienes afirmaron que si se les había explicado atribuyeron la enfermedad a muy diversas causas; desde uno que no tenía a que atribuirla, hasta una señora que culpaba a una operación Cesárea y otros a ciertas emociones, actividades laborales condiciones climatológicas y algunos a factores hereditarios.

En lo referente al tratamiento quince pacientes habían reci-



bió antiinflamatorios no esteroides del tipo de Naxen, acetilsalicílico e indometacina, 4 más Fenilbutazona, dos solo recibieron Dipirona y 10 pacientes estuvieron sometidos a tratamiento con productos inyectables de los cuales resultaron ser esteroides y 4 no recordaron el nombre del fármaco, hubo también dos casos - tratados con penicilina; el común denominador en cuanto al tiempo de tratamiento fué el abandono del mismo a la remisión o disminución de la sintomatología.

El tratamiento en Fisioterapia solo lo recibieron dos pacientes durante un periodo de 5 y 6 meses respectivamente al término de los cuales fueron dados de alta del servicio y en ambos casos coincidieron en que el beneficio que les produjo fué relevante en cuanto a la mejoría de la rigidez y por ende la funcionalidad articular.

En el aspecto emocional se percibió que son individuos sumisos, condescendientes, se mostraron anrehensivos en el momento de la entrevista y con tendencia al llanto fácil, con recios de sufrimiento, 20 de ellos afirmaron cursar con estados depresivos y 21 han deseado la muerte en los momentos de mayor actividad de su padecimiento.

Ninguno de los pacientes ha tenido atención médica por Psicoterapeutas.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

## CONCLUSIONES.

- La literatura mundial reporta que el 3 a 5 % de la población femenina total padecen AR; teniendo una relación con el sexo masculino de 3-4 : 1 En el presente estudio se observó una relación similar aunque menor fué de 2.5 : 1, esto se atribuyó a la magnitud de la muestra.
- El promedio de edad de aparición de la enfermedad fué de - 46.3 años mismo que se encuentra comprendido dentro del rango d de edad para el inicio de la AR y que es dentro de la tercera y quinta décadas de la vida.
- Las relaciones familiares, contrariamente a lo postulado en la hipótesis mejoraron después de la enfermedad en el 80 % de l los casos y se comprobó que hay una clara tendencia a la sobreprotección del paciente por parte de esposa e hijos.
- El largo tiempo de su vida que permanecen sin llevar a cabo ninguna actividad fué considerado como factor predominantemente en la repercusión emocional que sufren. Y en el presente estudio e en particular, el bajo grado de escolaridad debió haber tenido participación al respecto sin que esto tenga relación con el pa d cimiento de fondo.
- El ausentismo no fué calificable debido a que no pudieron - proporcionar datos precisos los pacientes y de manera vaga solo se logró conocer que " frecuentemente " se ven impedidos para e fectuar sus actividades cotidianas.
- El in-acto económico causado a la familia es evidente. Dabi do a la reducción de ingresos causada por la presencia de AR en cinco familias los hijos se vieron en la necesidad de abandonar sus estudios para colaborar y/o incrementar los ingresos y así compensar el deterioro de la situación financiera del hogar. El nivel de vida disminuyó en diez familias.
- El tiempo transcurrido entre el inicio de la enfermedad y - la primera atención médica por un reumatólogo fué de dos y medio años, situación que explica el por qué ya no se les puede brin dar los beneficios de la fisioterapia. A esto se debe agregar que en este lapso los han tratado en promedio cinco distintos - médicos y se ha hecho uso indiscriminado de corticosteroide lo que hace más difícil y prolongado el manejo posterior para indu cirlos a la remisión, por lo que hay menor constancia, deserción y como consecuencia lógica mayor daño para el paciente.
- En el 80 % de los casos el diagnóstico inicial fué erróneo

circunstancia que repercute directamente en el tratamiento y manejo multidisciplinario oportuno.

- Se comprobó que en todos los pacientes hay un total desconocimiento de su enfermedad.
- La alteración emocional que predominó fue la Depresión lo que aunado al impacto económico en el núcleo familiar, a la incertidumbre de una invalidez futura y su dolor son fuentes importantes generadoras de angustia misma que es fortalecida por las limitaciones que tienen para llevar a cabo una actividad sexual satisfactoria. Situaciones que independientemente del sufrimiento físico constituyen motivos de peso para explicar la idea manifiesta de que en 21, de los 25 han llegado a desear la muerte.

Por lo tanto en relación a la hipótesis de trabajo cabe mencionar que mediante el estudio efectuado se confirmaron todos los puntos a excepción de lo que se mencionó en cuanto a que se esperaba encontrar disfunción familiar, motivo que no se comprobó en el análisis de los datos recopilados, siendo que después de la enfermedad se observó en términos generales unas mejores relaciones familiares.

## ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN.

- En el aspecto alusivo a los cambios observados en la dinámica familiar, se concluyó que las relaciones familiares mejoraron significativamente después de la enfermedad, y, el que eventualmente el paciente se vuelva manipulador se hace congruar con la frase que reza " el fin justifica los medios " por lo que a este punto se refiere no se propone ninguna alternativa de solución.
- La segunda observación es que debiera promoverse la terapia ocupacional en desempleados y amas de casa que han sido llevados a la remisión de su padecimiento; y que los terapeutas ocupacionales exploren las posibilidades de utilizar las actividades recreativas como un medio de ejercicio terapéutico.
- El exámen de un enfermo queda incompleto si el médico no explora el estado mental y otras áreas psicológicas y sociales de interés. Es así como el médico familiar puede entrar en contacto con aspectos personales, familiares y sociales del enfermo y de esta manera tener una mejor opción de manejo. Carl Rogers ha señalado que para poder ofrecer un manejo psicoterapéutico, no se requiere provenir de una escuela o estudio formal; se requiere más bien de la capacidad individual para crear un clima de confianza en nuestros pacientes para posibilitar la liberación de la capacidad inherente del individuo a fin de poder superar su o sus problemas. Sugiero también que se se debe insistir; que en la actualidad es inadmisibles considerar que pueda efectuarse un tratamiento farmacológico aislado sin apoyo psicoterapéutico.
- El psicólogo y/o el Psiquiatra es a menudo requerido para asistir en los problemas psicológicos asociados que acompañan el dolor y la pérdida de la función dentro de los cuales un aspecto importante es otorgarles asesoría sexual.
- Por lo que toca al ausentismo; esto implica la necesidad de informar a los patrones, de la naturaleza de la enfermedad y de asesorarlos en cuanto al tipo de actividades que sus empleados pueden llevar a cabo para seguir siendo productivos, sin tener que recurrir a jubilaciones prematuras. Para ello es necesario que el equipo multidisciplinario cuente con trabajadores sociales dispuestas a efectuar visitas laborales. Con la finalidad de mejorar la situación financiera familiar.
- El hecho de que solo cinco pacientes fueron diagnosticados de primera vez, específicamente como artritis reumatoide habla

por sí solo y hay que agregar que tres de ellos fueron vistos por médicos especialistas (Uno por un Reumatólogo y dos por Médicos internistas).

Un segundo hecho palpable es el que en las facultades de medicina de nuestro estado, no existe la materia de Reumatología y teniendo en consideración que el paciente reumático en el IMSS demanda hasta el doce por ciento de las consultas del médico familiar, porcentaje que los coloca en cuarto lugar de los 20 padecimientos más frecuentes. Juzgo conveniente acudir ante las autoridades académicas y poner a su consideración la impartición del curso por personal calificado en la materia.

## BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Pedro Pons Aruastín, Tratado de patología y clínica médicas, Salvat editores, 4a. edición, tomo III, Barcelona, 1970, Barcelona Pedro y Vilanova Sabaster José Ka., Enfermedades del aparato locomotor, Artritis reumatoide, p 813-823.
- 2.- Fraga A.: Invalidez por enfermedades reumáticas: Causas tratamiento y repercusión socioeconómica. Gaceta Médica de México, 1982;118:5.
- 3.- Mintz G.; El reto social de las enfermedades reumaticas Rev. Medica IMSS; 1981; 19: 331-334.
- 4.- Bland H. John Dr Director Huésped, Clínicas médicas de Norteamérica, Artritis Reumatoide, Ed Interamericana S.E. México Mayo de 1968, Bennett H. Peter y Burch A. Thomas B.M.; Epide miología de la artritis reumatoide, p. 479-490.
- 5.- Hollander Joseph Lee, Arthritis and Allied conditions, a text book of rheumatology, Lea and Febiger, 8 th.edition, Philadelphia, book of rheumatology 1974, Mikkelsen W.M. MD The Epide miology of rheumatic diseases, p. 215-218.
- 6.- Bland H. John Dr. Director huésped, Clínicas médicas de Norteamérica, Artritis Reumatoide, Ed. Interamericana S.A., México, Mayo de 1966, Short L. Charles Dr., Artritis Reuma toide: tipos de evolución y pronóstico, n. 549-557.
- 7.- McCarty, Arthritis and Allied conditions, a textbook of rheu matology, Lea & Febiger, 9th. edition, Philadelphia, 1979.
- 8.- Hollander Joseph Lee, Arthritis and allied conditions, a - textbook of rheumatology, Lea & Febiger, 8th. edition, Phila delphia, 1974 other immunologic disorders, n. 543-555.
- 9.- Hollander Joseph Lee, Arthritis and allied conditions, a - textbook of rheumatology, Lea & Febiger, 8th. edition, Phila delphia, 1974, McCarty J. Daniel, Methods for evaluating - reumatoid arthritis, n. 419-446.
- 10.- Bland H. John Dr. Director Huésped, Clínicas médicas de Nor- teamérica, Artritis reumatoide, Ed. Interamericana, México, mayo 1969, Cooperación de pacientes con artritis reumatoide seropositivos y seronegativos, Atwater C. Edgar Dr., n.553- 537.
- 11.- Cohen J. Alan MD, Laboratory diagnostic procedures in the - rheumatic diseases, Little, Brown and company, Second editi- on, Boston, 1975, Fischel E. Edward, The C-reactive protein, n. 83-90.
- 12.- Bland H. John Dr. Director Huésped, Clínicas médicas de Nor- teamérica, Artritis reumatoide, Ed. Interamericana, México, mayo 1968, Burns I. Stanley Dr. Anemia de la artritis reuma- toide, P. 527-531.
- 13.- Cohen J. Alan MD, Laboratory diagnostic procedures in the - rheumatic diseases, Little Brown an company, Second edition, Boston, 1975, Frioue J. George and Quismoro P. Francisco, - The LE cell factor and antinuclear antibodies, p. 159-198.

- 14.- Hollander Joseph Lee, Arthritis and allied conditions, a textbook of rheumatology, Lea & Febiger, 8th. edition, Philadelphia, 1974 Theodore Bayles MD, Salicylate therapy for - rheumatoid arthritis, p. 448-453.
- 15.- Hollander Joseph Lee, Arthritis and allied conditions, a - textbook of rheumatology, Lea & Febiger, 8th. edition, Philadelphia, 1974 Lockie Maxwell MD, Phenylbutazone, indomethacin and chloroquine in therapy of rheumatoid arthritis, p. 483-492.
- 16.- Bland H. John Dr. Director huésped, Clínicas médicas de Norteamérica, Artritis reumatoide, Ed. Interamericana, México, - mayo de 1968, Fosdick M. William Dr., Terapéutica citotóxica de la artritis reumatoide, p. 750-762.
- 17.- Bland H. John Dr. Director huésped, Clínicas médicas de Norteamérica, Artritis reumatoide, Ed. Interamericana, México - mayo de 1968, Sonas A. Donald Dr. y Slocumb H. Charles Dr., Tratamiento esteroide en la artritis reumatoide, p. 739-745.
- 18.- Bland H. John Dr. Director huésped, Clínicas médicas de Norteamérica, Artritis reumatoide, Ed. Interamericana, México, - mayo de 1968, Harris Ronald Dr., Métodos finicos para tratar la artritis reumatoide p. 707-716.
- 19.- Hollander Joseph Lee, Arthritis and allied conditions, a - textbook of rheumatology, Lea & Febiger, 8th. edition, Philadelphia, 1974 Bowie A. Morris MD, Physical therapy in - arthritis, p. 517-537.
- 20.- Hollander Joseph Lee, Arthritis and allied conditions, a - textbook of rheumatology, Lea & Febiger, 8th. edition, Philadelphia, 1974 Bowie A. Morris MD, Occupational Therapy in - arthritis, p. 574-578.
- 21.- Hollander Joseph Lee, Arthritis and allied conditions, a - textbook of rheumatology, Lea & Febiger, 8th. edition, Philadelphia, 1974 Robinson D. William MD, The etiology of rheumatoid arthritis, p. 297-301.
- 22.- Hollander Joseph Lee, Arthritis and allied conditions, a - textbook of rheumatology, Lea & Febiger, 8th. edition, Philadelphia, 1974, McEwen Currier MD, The diagnosis and differential diagnosis of rheumatoid arthritis, p. 403-417.
- 23.- Katz A. Warren MD, Rheumatic diseases, diagnosis and management, J.B. Lippincott Company, U.S.A., First edition, 1977, Katz A. Warren Rheumatoid Arthritis, p. 355-440.