

Aplicación del índice de funcionalidad en personas con enfermedades reumáticas**Aplicação do índice de funcionalidade em pessoas com doenças reumáticas****Application of the functionality index in people with rheumatic diseases**

 Bruna Tainá Bordin Camponogara¹  Luiza Lima da Silva¹  Caroline da Rosa Mendes²
 Nathalie da Costa Nascimento¹  Aline Sarturi Ponte¹  Miriam Cabrera Corvelo Delboni¹

Recibido: 10/03/2021 **Aceptado:** 02/01/2022 **Publicado:** 29/06/2022

Objetivo: identificar las deficiencias funcionales y las barreras a la participación social y laboral en personas con enfermedades reumáticas. **Método:** estudio de caso cuantitativo y descriptivo realizado en 2019 con personas con enfermedades reumáticas acompañadas por el ambulatorio de Fisioterapia de un Hospital Universitario del interior de Rio Grande do Sul, Brasil. Se utilizó el Índice de Funcionalidad Brasileño. Los datos se analizaron mediante estadísticas descriptivas. **Resultados:** participaron cinco pacientes, de los cuales, cuatro eran mujeres, dos adultos, tres ancianos, la mayoría tenía estudios secundarios incompletos y estaba afectado por discapacidades motoras. Las funciones más afectadas fueron las neuromusculares y el dolor. Los participantes informaron de obstáculos en los siete dominios investigados por el instrumento. **Conclusión:** las enfermedades reumáticas son las principales ocupaciones significativas y es función del Terapeuta Ocupacional comprender y prevenir las limitaciones, buscar estrategias para reducir el dolor, las incapacidades funcionales, adaptar el día a día, mantener o mejorar el estado emocional, la participación social y ocupacional de las personas acometidas.

Descriptores: Reumatología; Participación social; Terapia ocupacional.

Objetivo: identificar acometimentos funcionais, barreiras para a participação social e ocupacional em pessoas com doenças reumáticas. **Método:** estudo de caso quantitativo e descritivo realizado em 2019 com pessoas com doenças reumáticas acompanhadas pelo ambulatório de Fisioterapia de um Hospital Universitário do interior do Rio Grande do Sul. Utilizou-se o Índice de Funcionalidade Brasileiro. Os dados foram analisados por estatística descritiva. **Resultados:** participaram cinco pacientes, dos quais quatro eram mulheres, dois adultos, três idosos, a maioria tinha ensino médio incompleto e era acometido por deficiências motoras. As funções mais afetadas foram neuromusculares e dor. Os participantes referiram barreiras nos sete domínios investigados pelo instrumento. **Conclusão:** as doenças reumáticas afetam as principais ocupações significativas e cabe ao Terapeuta Ocupacional compreender e prevenir as limitações, buscar estratégias para reduzir a dor, incapacidades funcionais, adaptar o cotidiano, manter ou melhorar o estado emocional, a participação social e ocupacional das pessoas acometidas.

Descriptores: Reumatologia; Participação Social; Terapia ocupacional.

Objective: to identify functional impairments, barriers to social and occupational participation in people with rheumatic diseases. **Methods:** a case study, quantitative and descriptive, carried out in 2019 with people with rheumatic diseases accompanied by the Physica Therapy outpatient clinic of a University Hospital in the interior of the state of Rio Grande do Sul, Brazil. The Brazilian Functioning Index was used. Data were analyzed by descriptive statistics. **Results:** five patients participated, of which four were women, two adults, three elderly, most had incomplete high school education and were affected by motor deficiencies. The most affected functions were neuromusculoskeletal and pain. Participants mentioned barriers in the seven domains investigated by the instrument. **Conclusion:** rheumatic diseases affect the main significant occupations and it is up to the Occupational Therapist to understand and prevent limitations, seek strategies to reduce pain, functional disabilities, adapt daily life, maintain or improve the emotional state, social and occupational participation of affected people.

Descriptors: Rheumatology; Social participation; Occupational therapy.

Contacto: Miriam Cabrera Corvelo Delboni - miriamdelboni@gmail.com

1. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

2. Programa de Salud Mental del Grupo Hospitalario Conceição, RS, Brasil.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades reumáticas son caracterizadas por la Sociedad Brasileña de Reumatología como “un conjunto de diferentes enfermedades que afectan al aparato locomotor (huesos, articulaciones, cartílagos, músculos, tendones y ligamentos) o a otras partes del cuerpo y pueden ocurrir en personas de todas las edades”¹. Estas causan un deterioro crónico y progresivo, siendo atribuidas a múltiples etiologías relacionadas con factores inmunológicos, genéticos y ambientales¹.

Los síntomas de enfermedades reumáticas se manifiestan de forma diferente en cada persona. El dolor es el síntoma más frecuente, seguido de la fatiga, la crepitación, el edema, la disminución de la amplitud de movimiento, la rigidez articular matutina, las deformidades, los nódulos articulares, la tensión muscular, la discapacidad funcional y los trastornos emocionales².

Las enfermedades reumáticas también pueden comprometer las estructuras corporales del aparato locomotor y, en algunos casos, los órganos internos¹. Dada su heterogeneidad, la elección del tratamiento dependerá de la enfermedad, su forma de presentación y la evolución del cuadro clínico. En cuanto al tratamiento, las personas afectadas por enfermedades reumáticas necesitan un seguimiento clínico prolongado, tratamientos alopáticos, que suelen tener un coste elevado, y pueden desencadenar efectos secundarios, que se minimizan con el uso de otros fármacos¹.

Las personas con enfermedades reumáticas sufren pérdidas en su funcionalidad, participación social y laboral, condición económica, además de impactos psicoemocionales². Para entender la relación de la estructura corporal con las barreras ambientales, culturales y socioeconómicas, en 2001 la Organización Mundial de la Salud aprobó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF). A partir de las reflexiones de la CIF, se creó el Índice de Funcionalidad Brasileño (IF-Br) para conocer las necesidades, demandas y barreras de las personas con discapacidad. Está previsto que el IF-Br investigue no sólo cuestiones biomédicas, sino también factores relacionados con el entorno, la cultura y las condiciones sociales, pues se entiende que las limitaciones a las que se enfrentan las personas con discapacidad tienen su origen en la sociedad³.

En cuanto a la intervención terapéutica ocupacional, el profesional tendrá en cuenta en su planificación todos los aspectos de la vida cotidiana, considerando la participación social, ocupacional y cultural de la persona. El terapeuta ocupacional debe formar parte del equipo multidisciplinar que acompaña a las personas afectadas por enfermedades reumáticas, buscando contribuir a la comprensión y afrontamiento de la enfermedad, previniendo el

empeoramiento de las deformidades, mejorando y manteniendo la capacidad funcional, estimulando el compromiso en las ocupaciones, contribuyendo a su autonomía e independencia en las actividades de autocuidado, laborales, educativas, sociales y de ocio⁴.

A su vez, el uso del enfoque grupal con personas con enfermedades reumatológicas, por parte de los terapeutas ocupacionales, contribuyó a la promoción de la salud, la rehabilitación funcional manual, la construcción de un espacio de bienestar, la interacción social y la educación para la salud⁵. En este contexto, este estudio tiene como objetivo identificar las deficiencias funcionales y las barreras a la participación social y laboral en personas con enfermedades reumáticas.

MÉTODO

Se trata de un estudio de caso, cuantitativo y descriptivo. Es un recorte de datos del proyecto “*Avaliação do Índice de Funcionalidade Brasileiro em Adultos com Deficiência*” (Evaluación del Índice de Funcionalidad Brasileño en Adultos con Discapacidad), realizado en los meses de marzo a noviembre de 2019.

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión: i) personas con discapacidades afectadas por enfermedades reumáticas; ii) de 18 años o más; iii) de ambos sexos; y iv) acompañados por el ambulatorio de Fisioterapia de un Hospital Universitario del interior de Rio Grande do Sul. Criterios de exclusión: i) personas incapaces de comunicarse oralmente; ii) personas con déficit cognitivo; y iii) personas con dificultades para comprender el estudio.

El instrumento de recogida de datos utilizado fue el IF-Br³, compuesto por 81 preguntas divididas en tres bloques: Bloque 1: busca investigar las funciones corporales, y consta de 20 preguntas; Bloque 2: formulario de identificación con 16 preguntas cerradas y 4 abiertas; y Bloque 3: investiga las actividades y la participación, estructurado con 41 preguntas cerradas, agrupadas en siete dominios (Sensorial, Comunicación, Movilidad, Cuidados Personales, Vida Doméstica, Educación, Trabajo y Vida Económica, Socialización y Vida Comunitaria).

En el bloque 3 las personas puntúan su nivel de dependencia e independencia en las actividades señaladas y la puntuación sigue los siguientes criterios: 25 puntos corresponden a la dependencia total de terceros; 50 a la dependencia parcial de terceros; 75 a la independencia modificada; y 100 a la independencia total. Cuando en el bloque 3 la persona refiere una puntuación de 25 (dependencia total de terceros), es necesario investigar el factor externo que le impide realizar una determinada actividad. Los factores externos se dividen en Productos y Tecnologías, Entorno, Apoyo y Relaciones, Actitudes y Servicios y Sistemas. Si hay más de una

barrera externa que impida a la persona realizar una determinada actividad, éstas deben marcarse³.

El cálculo del porcentaje se realiza para el valor total de cada dominio del bloque ³. Se destaca que los dominios tienen valores máximos de referencia, que son: 200 para el dominio sensorial; 500 para la comunicación; 800 para la movilidad; 800 para los cuidados personales; 500 para la vida doméstica; 500 para la educación, el trabajo y la vida económica; y 800 para la socialización y la vida comunitaria. El cálculo final del IF-Br se realiza a partir de la suma de las puntuaciones de los siete dominios del bloque 3 y el cálculo del porcentaje, siendo 700 el valor máximo de la puntuación final del instrumento³.

Los datos recogidos se ponderaron a partir del análisis descriptivo simple de los resultados numéricos del IF-Br.

Antes de comenzar las entrevistas, se presentó la propuesta de estudio a los participantes, y los que aceptaron participar, firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado. Para proteger la identidad del paciente, los participantes fueron identificados con la letra "P" y con un número secuencial. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética e Investigación con Seres Humanos de la Universidad Federal de Santa Maria, bajo el número de registro CAAE: 97504718.8.0000.5346.

RESULTADOS

El estudio contó con la participación de cinco personas con discapacidad, afectadas por enfermedades reumáticas, de las cuales cuatro eran mujeres, la edad mínima era de 52 años y la máxima de 70, y todos se declararon de color blanco. En cuanto a la escolaridad, tres tenían una Educación Primaria incompleta. En cuanto a la ocupación antes de la lesión, dos participantes declararon ser amas de casa, una era artesana, otra asistente de peluquería y otro técnico en mecánica.

En cuanto a la región del cuerpo con secuelas, cuatro participantes informaron de Miembros Superiores (MMSS) y Miembros Inferiores (MMII) y uno informó de que tenía Atrofia Sistémica Múltiple (ASM). Todos los participantes tienen deficiencias motoras, sólo uno de ellos tiene deficiencias auditivas y motoras (Cuadro 1).

En relación con las "Funciones Corporales" se observa que los participantes mencionaron deterioros en las "Funciones Mentales" (tres participantes mencionaron deterioros en las funciones específicas y dos en las funciones globales), todos en la función de dolor en "Funciones Sensoriales y de Dolor". En las "Funciones Neuromusculoesqueléticas relacionadas con el Movimiento", cinco participantes mencionaron deterioros en las funciones

articulares y óseas, cuatro en las funciones musculares y tres en las funciones de movimiento (Cuadro 2).

Cuadro 1. Descripción sociodemográfica y condiciones de salud. Santa María, 2019.

Part.	Sexo	Edad	Color	Nivel de Educación	Ocupación antes de la lesión	Patología	Región de la secuela	Tipo de Discapacidad
P1	F	52	Blanco	Escuela Primaria Incompleta	Ayudante de peluquería	Artrosis / Artritis Reumatoide	MMSS MMII	Motora
P2	M	52	Blanco	Escuela Secundaria Completa	Técnico en mecánica	Fibromialgia Espondilitis Anquilosante	MMSS MMII	Auditiva y Motora
P3	F	70	Blanco	Enseñanza Superior Completa	Artesana	Fibromialgia	ASM	Motora
P4	F	67	Blanco	Escuela Primaria Incompleta	Ama de casa	Gota Osteoartritis	MMSS MMII	Motora
P5	F	68	Blanco	Escuela Primaria Incompleta	Ama de casa	LES Osteoartritis Artrosis	MMSS MMII	Motora

Leyenda: Part.: participante; LES: Lupus Eritematoso Sistémico; MMSS: Miembro Superior; MMII: Miembro Inferior; ASM: Atrofia Sistémica Múltiple.

Cuadro 2. Funciones corporales afectadas. Santa María, 2019.

Funciones Corporales	Tipos de Funciones	Participantes
1. Funciones Mentales	Globales	2
	Específicas	3
2. Funciones Sensoriales y Dolor	Vista y Funciones Relacionadas	1
	Auditivas	1
	Vestibulares	-
	Dolor	5
	Sensoriales adicionales	-
3. Funciones de voz y habla	Voz, articulación, fluidez, ritmo del habla	-
4. Funciones del Sistema Cardiovascular, Hematológico, Inmunológico y Respiratorio	Cardiovascular	-
	Hematológico	1
	Inmunológico	2
	Respiratorio	-
5. Funciones del Sistema Digestivo, Metabólico y Endocrino	Digestivo	2
	Metabolismo y Endocrino	1
6. Funciones Genitourinarias y Reproductivas	Urinaria	2
	Genitales y Reproductivas	-
7. Funciones Neuromusculares y Relacionadas con el Movimiento	Articulaciones y huesos	5
	Musculares	4
	Movimientos	3
8. Funciones de la Piel y Estructuras Relacionadas	Piel, cabello y uñas	2

Se observa que los participantes presentaron porcentajes más bajos en el dominio relacionado con la educación, el trabajo y la vida económica, seguido de los dominios centrados en la vida doméstica y la socialización y la vida comunitaria (Tabla 1).

Tabla 1. Porcentaje de niveles de independencia de cada dominio y puntuación total del IF-Br. Santa Maria, 2019.

Dominios IF-Br	P1	P2	P3	P4	P5
Dominio Sensorial	100,0%	50,0%	100,0%	75,0%	100,0%
Dominio Comunicación	100,0%	95,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Dominio Movilidad	34,1%	90,6%	100,0%	68,7%	75,0%
Dominio Cuidados Personales	68,7%	84,3%	100,0%	100,0%	84,3%
Dominio Vida Doméstica	60,0%	75,0%	60,0%	90,0%	80,0%
Dominio Educación, Trabajo y Vida Económica	35,0%	55,0%	70,0%	55,0%	40,0%
Dominio Socialización y Vida Comunitaria	81,2%	81,2%	90,6%	78,1%	78,1%
Puntuación total de IF-Br	68,4%	75,8%	88,6%	80,9%	79,6%

Los participantes identificaron los obstáculos en los siete dominios del IF-Br. En cuanto a los “Dominios Sensoriales”, se observa que los participantes citaron barreras de productos y tecnología en las actividades y participaciones de “Observar”, también señalaron barreras ambientales relacionadas con “Escuchar”. En el “Dominio comunicación”, los participantes destacaron las barreras de actitud relacionadas con “Comunicarse/Producción de Mensajes” y el “Uso de dispositivos de comunicación a distancia” (Cuadro 3).

En el “Dominio Movilidad” referente a actividades y participaciones, en “Desplazarse dentro de edificios distintos del propio domicilio” tres participantes mencionaron barreras ambientales, tres señalaron barreras de apoyo y de relación, una barrera de actitud y dos barreras de servicios, sistemas y políticas, y en “Desplazarse fuera del propio domicilio y de otros edificios” tres participantes mencionaron barreras ambientales, tres señalaron barreras de apoyo y de relación, dos barreras de actitud y dos barreras de servicios, sistemas y políticas (Cuadro 3). En cuanto a los “Dominios Cuidados Personales”, los participantes destacaron las barreras en las actividades y participaciones relacionadas con la “Regulación de la micción”, la “Regulación de la defecación” y “Vestirse”. En el “Dominio Vida Doméstica” los participantes indicaron barreras para realizar sus “Tareas domésticas”, “Mantenimiento y uso adecuado de los objetos y utensilios del hogar” y “Cuidar de los demás” (Cuadro 3).

En “Dominio Educación, Trabajo y Vida Económica” los participantes citaron barreras en las actividades y participaciones relacionadas con “Educación”, de las cuales uno informó de barreras de apoyo y relación y cuatro identificaron barreras de actitud. En cuanto a la “Cualificación profesional”, un participante indicó barreras de apoyo y relación y cuatro identificaron barreras de actitud. En cuanto al “Trabajo remunerado”, dos participantes señalaron las barreras de los productos y la tecnología, uno mencionó las barreras ambientales

y otro el apoyo a las relaciones, dos mencionaron las barreras de actitud y uno los servicios, sistemas y políticas. En “Dominio Socialización y Vida Comunitaria”, cinco participantes destacaron barreras de actitud en “Vida política y ciudadanía” (Cuadro 3).

Cuadro 3. Investigados según las barreras identificadas. Santa María, 2019.

Dominios	Actividades y Participaciones	Barreras identificadas por los participantes				
		P y T	Ent	A y R	Act	SS y P
1. Sensorial	1.1 Observar	2	-	-	-	-
	2.2 Escuchar	-	3	-	-	-
2. Comunicación	2.1 Comunicarse/Recepción de mensajes	-	-	-	-	-
	2.2 Comunicarse/Producción de mensajes	-	-	-	1	-
	2.3 Hablar	-	-	-	-	-
	2.4 Discutir	-	-	-	-	-
	2.5 Utilización de dispositivos de comunicación a distancia	-	-	-	1	-
3. Movilidad	3.1 Cambiar y mantener la posición del cuerpo	1	-	1	-	-
	3.2 Alcanzar, transportar y mover objetos	1	-	1	-	1
	3.3 Movimientos finos de la mano	1	-	-	-	-
	3.4 Desplazarse dentro de la casa	-	1	2	1	-
	3.5 Desplazarse dentro de edificios distintos del propio domicilio	-	3	3	1	2
	3.6 Desplazarse fuera del propio domicilio y de otros edificios	-	3	3	2	2
	3.7 Utilizar el transporte público	1	-	1	1	1
	3.8 Utilizar el transporte privado como pasajero	-	1	1	1	1
4. Cuidados Personales	4.1 Lavarse	1	-	-	-	-
	4.2 Cuidar las partes del cuerpo	1	-	-	-	-
	4.3 Regulación de la micción	-	-	1	1	1
	4.4 Regulación de la defecación	-	-	1	1	1
	4.5 Vestirse	2	-	1	-	-
	4.6 Comer	-	1	1	-	-
	4.7 Beber	-	-	-	-	-
	4.8 Capacidad para identificar problemas de salud	-	-	-	-	-
5. Vida Doméstica	5.1 Preparación de comidas tipo tentempié	-	-	1	-	-
	5.2 Cocinar	-	-	1	-	-
	5.3 Hacer las tareas domésticas	1	-	2	1	-
	5.4 Mantener y uso adecuado de los objetos y utensilios del hogar	1	-	2	-	-
	5.5 Cuidar de los demás	-	-	-	3	-
6. Educación, Trabajo y Vida Económica	6.1 Educación	-	-	1	4	-
	6.2 Cualificación profesional	-	-	1	4	-
	6.3 Trabajo remunerado	2	1	1	2	1
	6.4 Comprar y contratar servicios	-	-	1	1	-
	6.5 Gestión de los recursos económicos personales	-	-	1	-	-
7. Socialización y Vida Comunitaria	7.1 Regular el comportamiento en las interacciones	-	-	-	-	-
	7.2 Interactuar de acuerdo con las normas sociales	-	-	-	-	-
	7.3 Relaciones con extraños	-	-	-	1	-
	7.4 Relaciones familiares y con personas cercanas	-	-	-	-	-
	7.5 Relaciones íntimas	-	-	-	1	-
	7.6 Socialización	-	-	-	1	2
	7.7 Tomar decisiones propias	-	-	-	-	-
	7.8 Vida política y ciudadanía	-	-	-	5	-

Clave: P y T: Productos y Tecnología; Ent: Entorno; A y R: Apoyo y Relaciones; Act: Actitudes; SS y P: Servicios, Sistemas y Políticas.

DISCUSIÓN

En cuanto a la edad y el sexo de los participantes, hay coincidencia con otras investigaciones⁶. Esto demuestra que las enfermedades reumáticas son frecuentes en la población femenina y afectan a adultos y ancianos.

La mayoría tenía un bajo nivel de escolaridad, similar a otros estudios⁶⁻⁷, lo que puede ser ponderado por ser usuarios dependientes del Sistema Único de Salud (SUS), en comparación con los usuarios de planes de salud. Otro trabajo señala el hecho de que en el SUS (especialmente teniendo en cuenta sus principios), las personas que más solicitan el servicio tienen un nivel de escolaridad y condiciones socioeconómicas más bajas⁸.

Los participantes informaron de limitaciones en las “Funciones Mentales Globales y Específicas”. Un estudio sobre el alivio inadecuado del dolor en personas con osteoartritis primaria de rodilla señala la depresión como uno de los compromisos que presentan los participantes². Los cuadros depresivos que presentan las personas con enfermedades reumáticas pueden estar asociados a las limitaciones que enfrentan para realizar sus actividades cotidianas, generando vergüenza, aislamiento y perjuicios en su participación social.

Las enfermedades reumáticas conllevan un compromiso crónico e incapacitante, por lo que es razonable inferir que pueden constituir un importante factor de estrés y favorecer la aparición de alteraciones psicológicas y síntomas depresivos, ante los que todo el equipo debe estar alerta.

En cuanto a las “Funciones Sensoriales y Dolor”, se observa que los cinco participantes destacaron cuadro de dolor. Las enfermedades reumáticas representan el conjunto de diferentes enfermedades que afectan al aparato locomotor y están asociadas a procesos inflamatorios, causadores de dolor, especialmente en las articulaciones y los músculos. El cuadro de dolor puede generar restricciones en la participación social y llevar a pérdidas en roles ocupacionales significativos, lo que resulta en una capacidad reducida para realizar actividades de autocuidado, productivas, sociales y de ocio^{4-5,9-10}.

En cuanto a las “Funciones Neuromusculoesqueléticas relacionadas con el Movimiento”, se observa que los participantes referían deficiencias en las “Funciones articulares y óseas”, “Musculares” y de “Movimiento”. Las enfermedades reumáticas provocan limitaciones en el aparato locomotor y en el tejido conectivo, es decir, huesos, articulaciones, cartílagos, músculos, tendones y ligamentos¹¹.

Las enfermedades y lesiones que afectan al sistema musculoesquelético causan dolor y pueden llevar a deterioros como la pérdida de funciones, deformidades y discapacidades,

reducción de las capacidades funcionales, como las Actividades de la Vida Diaria (AVD), las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), las actividades laborales y de ocio, así como las capacidades mentales que también pueden verse comprometidas, afectando significativamente a la calidad de vida de estas personas⁹.

En el “Dominio Movilidad” los participantes mencionaron barreras en todas las actividades y participaciones. Las enfermedades reumáticas provocan compromisos musculoesqueléticos que contribuyen a la discapacidad física de los afectados. Debido a todos los síntomas como el dolor, el edema, la fatiga generalizada, entre otros, es posible entender las dificultades para moverse y cómo se relacionan, principalmente con el empeoramiento de los síntomas articulares¹⁰.

En el “Dominio Cuidados Personales” hubo dificultades en actividades básicas como “Regulación de la micción”, “Regulación de la defecación” y “Vestirse”. Estas disfunciones pueden comprometer la autoestima de la persona con enfermedades reumáticas, llevando al aislamiento y a las restricciones en la participación ocupacional y social, con una evolución negativa en la calidad de vida de las personas afectadas por enfermedades reumáticas⁹.

En el “Dominio Vida Doméstica”, los participantes presentaron dificultades en las actividades y participaciones de “Realización de tareas domésticas”, “Mantenimiento y uso adecuado de los objetos y utensilios de la casa” y “Cuidar de los demás”. Un estudio sobre el desempeño ocupacional de personas con afecciones de artrosis en las manos destacó que las actividades que los participantes presentaron mayor deterioro fueron: lavar la ropa, cortar con cuchillo, lavar vajillas y vestimentas⁹. Estas actividades exigen fuerza muscular y destreza en los movimientos de pinza y presión palmar.

Otro estudio demostró que las personas afectadas por enfermedades reumáticas tienen impedimentos para realizar actividades como: las tareas domésticas, ir al baño, bañarse, vestirse, comer, desplazarse e ir a una cita con el médico, por ejemplo, por lo que suelen necesitar ayuda de otras personas para realizar sus actividades diarias¹².

Otro estudio verificó alteraciones en los roles ocupacionales desempeñados por las personas afectadas por enfermedades reumáticas¹³. Por lo tanto, las personas con enfermedades reumáticas sufren impactos en el desempeño laboral de sus actividades diarias, afectando a varias áreas de la ocupación humana. Los daños causados por estas enfermedades pueden llevar a la persona a disminuir o interrumpir definitivamente la realización de actividades importantes y significativas para su vida, provocando daños en su identidad, participación social y laboral.

En el “Dominio Educación, Trabajo y Vida Económica”, se observa que la mayoría de los participantes presentan niveles que comprometen significativamente sus actividades; este hecho también se ve reforzado por el hecho de que todos los participantes están jubilados. En una investigación se observó que el área de desempeño en la que las personas afectadas por enfermedades reumáticas presentaron la mayor cantidad de actividades comprometidas fue la productividad, es decir, en las ocupaciones productivas, y la mayoría de las actividades descritas están relacionadas con la profesión en la que trabajan las participantes: artesana, manicurista, empaquetadora, esteticista, ama de casa y costurera⁹. En las dificultades que encuentran las personas con enfermedades reumáticas, las disfunciones relacionadas con las actividades laborales representan una grave consecuencia, que puede llevar a una jubilación anticipada⁴.

La jubilación anticipada puede generar impactos significativos en la condición económica del trabajador, ya que en algunos casos, los trabajadores jubilados de forma temprana se enfrentan a una reducción significativa de sus salarios, que puede tener repercusiones directas en la situación y estructura financiera familiar. Una investigación ha demostrado que las personas que trabajaban tenían una menor prevalencia de discapacidad para las actividades instrumentales, que son las que implican una mayor complejidad para ser realizadas¹¹.

En cuanto a los impactos emocionales, la jubilación anticipada puede generar sentimientos de descalificación, frustración, rabia e inutilidad, así como provocar conflictos de identidad social¹³, exponiendo al trabajador a otras enfermedades, como la depresión. Por ello, se entiende que las personas afectadas por enfermedades reumáticas puedan ver afectada su identidad. La realidad que viven las personas afectadas por enfermedades reumáticas puede justificar que estos individuos presenten una mayor prevalencia de trastornos depresivos y de ansiedad que la encontrada habitualmente en la población general¹⁴.

En el “Dominio Socialización y Vida Comunitaria”, los participantes se enfrentaron a barreras en las actividades y participaciones de “Relaciones con extraños”, “Relaciones íntimas” y “Socialización”. Los impactos psicosociales han sido referidos en otros estudios, que mostraron un debilitamiento en la participación social de las personas afectadas por enfermedades reumáticas^{5,9}. Las restricciones causadas por las enfermedades reumáticas en el desempeño de las actividades cotidianas de las personas repercuten negativamente en su estado emocional, sus relaciones sociales y su calidad de vida⁴.

En vista del deterioro de las condiciones de salud y participación social y ocupacional de las personas con enfermedades reumáticas participantes en este estudio, se entiende que el

terapeuta ocupacional, en sus intervenciones, busca retrasar los nuevos síntomas, minimizar las secuelas, reducir las discapacidades y los impactos de la enfermedad en la funcionalidad de estas personas⁴, así como adaptar o potenciar los nuevos compromisos ocupacionales, de forma que permita a las personas conseguir, aún con una condición física y emocional limitada por la enfermedad, encontrar significados para seguir siendo participativas en ocupaciones significativas.

El terapeuta ocupacional es un profesional que debe componer el equipo multidisciplinar que acompaña a las personas afectadas por enfermedades reumáticas. Porque las intervenciones de este profesional no son exclusivas del tratamiento del dolor, sino generales de la profesión, es decir, buscan aumentar la independencia, la autonomía, la autoestima, mantener/restaurar la competencia y los roles ocupacionales, maximizar las funciones, recuperar el equilibrio de las actividades diarias y ampliar los recursos para la participación ocupacional¹⁵.

CONCLUSIÓN

Los deterioros causados por la enfermedad reumática generan restricciones en las capacidades físicas, por lo que las personas afectadas por esta enfermedad acaban sufriendo perjuicios en la realización de sus AVD, AIVD, actividades laborales y de ocio, provocando impactos psicoemocionales en la participación social y laboral.

Comprender la realidad que viven estas personas es importante para que los profesionales de salud puedan cualificar su asistencia y cuidados. Para la Terapia Ocupacional, el principal objetivo a conseguir con la persona en seguimiento es la participación social y ocupacional, en función de cualquier patología, promoviendo acciones e intervenciones que contribuyan a la mejora de la calidad de vida y consecuentemente a la salud de esta población.

La aplicación del IF-Br permitió identificar los impactos funcionales que la enfermedad reumática puede causar a las personas, y eso se torna útil para su aplicación por parte de los terapeutas ocupacionales para trazar su plan de intervención, siempre y cuando se relacione con las áreas y contextos del desempeño ocupacional y la ocupación humana.

El reducido número de participantes y la falta de publicaciones que utilicen el IF-Br, especialmente relacionadas con las enfermedades reumáticas, pueden considerarse limitaciones de este estudio. Se sugiere que otros profesionales apliquen el IF-Br relacionándolo con las enfermedades reumáticas y que se desarrollen nuevos estudios con muestras más amplias.

REFERENCIAS

1. Sociedade Brasileira de Reumatologia. Doenças reumáticas [Internet]. São Paulo: SBR; 2020 [citado en 03 feb 2020]. Disponible en: <https://www.reumatologia.org.br/>
2. Laires PA, Laíns J, Miranda LC, Gernadas R, Rajagopalan S, Taylos SD, et al. Alívio inadequado da dor em pacientes com osteoartrite de joelho primária. *Rev Bras Reumatol*. [Internet]. 2017 [citado en 30 mar 2022]; 1(2):229-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2016.09.003>
3. Franzoi AC, Xerez DR, Blanco M, Amaral T, Costa AJ, Khan P, et al. Etapas de elaboração do Instrumento de Classificação do Grau de Funcionalidade de Pessoas com Deficiência para cidadãos brasileiros: Índice de Funcionalidade Brasileiro - IF- Br. *Acta Fisiátrica* [Internet]. 2013 [citado en 30 mar 2022]; 20(3):164-78. DOI: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20130028>
4. Almeida PHTQ, Pontes TB, Mathues JPC, Munis LF, Mota LMH. Terapia ocupacional na artrite reumatoide: o que o reumatologista precisa saber? *Rev Bras Reumatol*. [Internet]. 2015 [citado en 30 mar 2022]; 55(3):272-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2014.07.008>
5. Silva LP, Belo AC, Barreto KML. Terapia ocupacional em grupo de pacientes reumatológicos em serviço ambulatorial. *Revisbrato*. [Internet]. 2020 [citado en 30 mar 2022]; 4(1):107-15. DOI: <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto27904>
6. Dias CZ, Dos-Santos JBR, Almeida AM, Alvares J, Guerra-Junior AA, Acurcio FA. Perfil dos usuários com doenças reumáticas e fatores associados à qualidade de vida no Sistema Único de Saúde, Brasil. *Rev Méd Minas Gerais* [Internet]. 2017 [citado en 30 mar 2022]; 27:e-1901. Disponible en: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2338>
7. Gavasso WC, Beltrame V. Capacidade funcional e morbididades referidas: uma análise comparativa em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [Internet]. 2017 maio/jun [citado en 30 mar 2022]; 20(3):399-409. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160080>
8. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado en 30 mar 2022]; 51(Supl1):4s. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090>
9. Oliveira ASCRC, Sanguinetti DCM, Paula AR, Santos SMU, Marques CDL, Duarte ALP, et al. Desempenho ocupacional de indivíduos com osteoartrite de mão. *REVISBRATO*. [Internet]. 2021 [citado en 30 mar 2022]; 5(1):17-30. Disponible en: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/31141/pdf>
10. Cunha-Miranda L, Faustino A, Alves C, Vicente V, Babosa S. Avaliação da magnitude da desvantagem da osteoartrite na vida das pessoas: estudo MOVES. *Rev Bras Reumatol*. [Internet]. 2015 [citado en 30 mar 2022]; 55(1):22-30. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2014.07.009>
11. Farías-Antunez S, Lima NP, Bierhals IO, Gomes AP, Vieira LS, Tomasi E. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária: um estudo de base populacional com idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2014. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2018 [citado en 30 mar 2022]; 27(2):e2017290. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000200005>
12. Nagayoshi AB, Lourenção LG, Kobayase YNS, Paula PMS, Miyazaki MCOS. Artrite reumatoide: perfil de pacientes e sobrecarga de cuidadores. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [Internet]. 2018 [citado en 30 mar 2022]; 21(1):45-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170103>
13. Parreira MM, Cavalcanti A, Cunha JHS, Cordeiro JR. Papéis ocupacionais de indivíduos em condições reumatológicas. *Rev Ter Ocup*. [Internet]. 2013 [citado en 30 mar 2022]; 24(2):127-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v24i2p127-133>
14. Costa AFC, Brasil MAA, Papi JA, Azevedo MNL. Depressão, ansiedade e atividade de doença na artrite reumatóide. *Rev Bras Reumatol*. [Internet]. 2008 [citado en 30 mar 2022]; 48(1):7-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042008000100003>

15. Funck KT, Estivalet PS. O perfil epidemiológico dos pacientes atendidos pelo serviço público de fisioterapia no município de Boa Vista do Cadeado, RS. *Fisioter Mov.* [Internet]. 2015 [citado en 30 mar 2022]; 28(4):685-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-5150.028.004.A005>

Editor Asociado: Rafael Gomes Ditterich.

Conflicto de Intereses: los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Financiación: no hubo.

CONTRIBUCIONES

Bruna Tainá Bordin Camponogara participó en la concepción, recogida y análisis de datos, redacción y revisión. **Luiza Lima da Silva, Caroline da Rosa Mendes, Nathalie da Costa Nascimento, Miriam Cabrera Corvelo Delboni** contribuyeron en la concepción y redacción. **Aline Sarturi Ponte** colaboró en la redacción y revisión.

Como citar este artículo (Vancouver)

Camponogara BTB, Silva LL, Mendes CR, Nascimento NC, Ponte AS, Delboni MCC. Aplicación del índice de funcionalidad en personas con enfermedades reumáticas. *Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.* [Internet]. 2022 [citado en *insertar el día, mes y año de acceso*]; 10(2):301-13. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

Como citar este artículo (ABNT)

CAMPONOGARA, B. T. B.; SILVA, L. L.; MENDES, C. da R.; NASCIMENTO, N. C.; PONTE, A.C.; DELBONI, M. C. C. Aplicación del índice de funcionalidad en personas con enfermedades reumáticas. *Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.*, Uberaba, MG, v. 10, n. 2, p. 301-313, 2022. DOI: *insertar el link de DOI*. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*.

Como citar este artículo (APA)

CAMPONOGARA, B.T.B., SILVA, L.L., MENDES, C.R., NASCIMENTO, N.C., PONTE, A.C., & DELBONI, M.C.C. (2022). Aplicación del índice de funcionalidad en personas con enfermedades reumáticas. *Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.*, 10(2), 301-313. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons