

Encuesta de conocimiento sobre artritis reumatoide: ¿Vale la pena educar?

José Cadena¹, Adriana Álvarez², Mariana Correa³, Lina M. Bonilla³, María P. Gómez³,
María A. Montoya³, Diana P. Ortiz³, Óscar F. Cano³, Juan Manuel Anaya⁴

Resumen

La educación para los pacientes con artritis reumatoide (AR) es considerada parte del tratamiento. Sin embargo, no existen políticas claras para su implementación. Tampoco hay datos del nivel de conocimiento que los pacientes tienen sobre su enfermedad. En el presente estudio éste fue evaluado mediante la aplicación de un instrumento previamente validado, consistente en 10 preguntas sobre AR. Se examinaron 448 pacientes y 269 personas sin artritis. No se encontraron diferencias significativas en el número de respuestas correctas entre ambos grupos (4.9 ± 2.3 vs 5 ± 2.4). Sin embargo, los pacientes tuvieron un mayor conocimiento sobre los síntomas y los controles tuvieron mejores respuestas acerca del pronóstico. Los resultados de esta encuesta indican que el conocimiento sobre AR es escaso tanto en los pacientes como en la comunidad general, y sugieren la necesidad de implementar programas de educación acorde con ciertas pautas propuestas. Se discuten las implicaciones éticas de renunciar a la educación en un medio en donde la seguridad social no la estimula.

Palabras clave: Artritis Reumatoide, Educación.

Summary

Education for patients with rheumatoid arthritis (RA) is considered as a therapeutical tool. However,

there is not a clear educational policy and no data exist on the level of knowledge about RA in our population. We wanted to explore the general knowledge that patients as well as the general population had about RA. To that purpose, we surveyed 448 RA patients and 269 healthy individuals, using a 10 point-questionnaire on RA knowledge. The questionnaire had been validated with a pilot study, and using construct validity analyses. There was no significant difference in the mean number of correct answers between patients and controls (4.9 ± 2.3 vs 5 ± 2.4). Patients knew more about the disease's symptoms than healthy persons but the latter had more knowledge concerning prognosis and therapy than the patients. The poor knowledge about RA in both patients and the general population, suggest that educational programs are sorely needed to provide adequate and rational information on RA. This opens the discussion concerning the ethico-social implications of providing education in an environment where managed care and cost-benefit issues are the prevailing forces.

Key words: Rheumatoid Arthritis, Education.

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica de las articulaciones diartrodiales, caracterizada por la hipertrofia de la membrana sinovial, la destrucción osteocartilaginosa y la deformación articular. La AR es la enfermedad autoinmune reumatológica más frecuentemente observada, afecta sobre todo a las mujeres entre la tercera y cuarta década de la vida, y su prevalencia aproximada es del 1%¹.

La AR ha sido asociada con una alta tasa de discapacidad, depresión y otros trastornos psicológicos, disminución en la calidad de vida y percepción de im-

1 Médico, Investigador, Unidad de Reumatología, Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB).
2 Estudiante Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Pontificia Bolivariana (UPB).
3 Estudiante de medicina, Facultad de Medicina, UPB.
4 Jefe, Unidad de Reumatología, CIB; Profesor Titular, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

potencia, entre otros². El tratamiento farmacológico de los pacientes con AR se basa en el uso de analgésicos, antiinflamatorios y drogas modificadoras de la enfermedad (DME). Las DME son medicamentos que tienen un margen terapéutico estrecho y múltiples efectos secundarios. Sin embargo, se ha demostrado que pueden modificar el curso de la enfermedad disminuyendo su progresión y la aparición de la discapacidad¹. La educación al paciente es una ayuda no-farmacológica que puede aumentar la adherencia terapéutica de los pacientes^{3, 4}.

La educación del paciente ha sido definida como un grupo de actividades diseñadas y planeadas para favorecer la adopción de conductas y conocimientos que conduzcan al bienestar biopsicosocial⁴. Se considera que la educación debe ser el primer paso en el manejo del paciente con AR porque le permite tomar parte activa en su proceso de recuperación y dar un consentimiento informado para el inicio del tratamiento³.

Los efectos de la educación en el estado de salud de los pacientes con AR han sido evaluados en múltiples estudios. Riemsma et al⁵, en un metaanálisis reciente, propusieron la división de ésta en tres tipos: información, consejería y terapia comportamental (Tabla 1). Se encontró que la educación en pacientes con AR tiene efectos modestos a corto plazo, mejorando la evaluación global del paciente, la discapacidad, el índice articular y el estado psicológico⁵. La educación de tipo informativo no mostró efectos significativos en dolor, discapacidad, índice articular, evaluación global del paciente, ansiedad y depresión⁵. Los hallazgos de su influencia en el dolor y el estado psicológico mostraron una tendencia a la significancia⁵. Por otro lado, la

educación de tipo “consejería” no mostró efectos importantes en las escalas de dolor, discapacidad, índice articular, estado global del paciente, ansiedad, depresión ni actividad de la enfermedad⁵. Sin embargo, se encontró una tendencia a la mejoría en el estado psicológico⁵. La terapia conductual fue el único tipo de intervención educativa que mostró un efecto significativo en la discapacidad, aunque éste fue modesto⁵.

La AR es una enfermedad heterogénea, no sólo porque existen diferencias entre los pacientes sino porque ésta puede ser diferente en función de la población estudiada⁶. Una de las consecuencias principales de la AR es la discapacidad (la limitación de la persona para desarrollar los roles y actividades en un ambiente definido debido a una enfermedad), la cual es influenciada por factores socioculturales tales como el nivel cultural, las creencias y las actitudes hacia la enfermedad⁷, así como el acceso a los recursos de salud. Debido a la influencia de estos factores y de elementos ambientales y genéticos, es imprudente extrapolar los resultados de investigaciones realizadas en poblaciones distintas a la nuestra.

Desde enero de 1996, nuestro grupo adelanta un estudio sobre los factores clínicos e inmunogenéticos de la AR en Medellín^{6, 8-9}, capital de Antioquia, con una población en su área metropolitana aproximada de 4'500.000 personas, con características genéticas que sugieren un aislado¹⁰.

En Medellín, un gran número de personas no conoce cuál es el especialista que debe atender a pacientes con AR; además, el acceso al tercer nivel está limitado tanto por la restricción de las empresas prestadoras de servicios del plan obligatorio de salud, como por el reducido número de reumatólogos. Por otra parte, un grupo importante de pacientes es manejado por medicina alternativa. Como consecuencia de todo lo anterior, una proporción significativa de pacientes con AR no recibe un tratamiento adecuado. Dentro del trabajo adelantado por nuestro grupo se destacan las jornadas anuales sobre AR, dirigidas a pacientes y a la comunidad interesada en ella (familiares, terapeutas, etc.)⁸. En el presente artículo se analiza el conocimiento de la AR de los pacientes que asistieron a la V Jornada sobre AR, realizada en Medellín en septiembre de 2002, también se discute la importancia de la educación para el paciente con AR y se proponen algunas medidas para su implementación.

Tabla 1. Tipos de educación para el paciente con AR⁵.

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Información <ul style="list-style-type: none"> • Panfletos, documentación 2. Consejería <ul style="list-style-type: none"> • Soporte social • Discusión en grupos sobre problemas del paciente 3. Terapia comportamental <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de destrezas para el cuidado personal y manejo de la enfermedad “Biofeedback” |
|--|

Pacientes y métodos

Este fue un estudio transversal y controlado en el cual participaron 800 individuos elegidos al azar que asistieron a la V Jornada para el paciente con AR, un evento anual organizado con el fin de educar a la población general y a los pacientes con AR. Esta jornada es informativa y de consejería (Tabla 1). La asistencia global fue de 1.200 personas. Los participantes en el presente estudio fueron informados de los fines y propósitos de éste. Se garantizó la absoluta reserva de la identidad y se solicitó el consentimiento oral para el análisis del instrumento (ver adelante). El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Corporación para Investigaciones Biológicas. La aplicación del instrumento se llevó a cabo antes del inicio del programa educativo.

Instrumento

Se construyó un instrumento para evaluar el conocimiento sobre AR¹¹. Inicialmente se elaboró un cuestionario de 20 preguntas sobre la enfermedad que fue sometido a revisión por parte de pacientes con AR e individuos sanos (controles). El instrumento fue modificado de acuerdo con las opiniones de los revisores y, posteriormente, fue sometido a una prueba piloto. Dicha prueba fue realizada en 30 pacientes (distintos a los anteriores) y 30 controles apareados por sexo, edad, educación y estrato socioeconómico. Los grupos de pacientes y controles se estratificaron de acuerdo con el conocimiento previo sobre la enfermedad, el cual fue juzgado por las actividades que cada participante desempeñaba, tales como ser paciente involucrado en programas educativos, trabajadores de la salud no-médicos y comprometidos en el manejo de pacientes, o tener formación previa en AR. El desconocimiento de la AR fue juzgado por no pertenecer a ninguno de los grupos anteriores ni tener noción previa de la AR, ni haber participado en ninguna actividad educativa (en el caso de los pacientes). Luego se realizó la validación del constructo mediante el análisis de los resultados de la prueba piloto. Del banco de preguntas iniciales se eligieron las 10 que fueron discriminatorias, es decir aquellas que presentaron el mayor grado de significancia (mediante la prueba exacta de Fisher). Las opciones de respuesta fueron “Falso”, “Verdadero” y “No sé”.

Análisis estadístico

Los datos fueron almacenados y analizados usando el programa SPSS¹². Los resultados son mostrados en porcentajes y en promedios \pm desviaciones estándar. Las diferencias entre promedios fueron analizadas mediante las pruebas de Chi-cuadrado y de Fisher, y aquellas entre promedios lo fueron mediante la prueba t no apareada. Las respuestas del instrumento fueron catalogadas en correctas e incorrectas, y su evaluación entre los dos grupos fue ajustada por la edad y el nivel de educación, mediante análisis de regresión logística. Se consideró un nivel de significancia inferior al 5%.

Resultados

Del total de 800 cuestionarios administrados, 717 fueron elegibles para análisis (respuestas completas, información evaluable o confrontación con la historia clínica), de los cuales 448 fueron pacientes con AR¹³ y 269 personas sin artritis. Entre ellos hubo 629 mujeres y 88 hombres. La educación del grupo control fue diferente en el número de personas con educación universitaria. El estrato socioeconómico fue similar en ambos grupos con un predominio marcado de los estratos 2 y 3 (Tabla 2).

A pesar de que, desde el punto de vista global, ambos grupos presentaron similares calificaciones, se encontraron algunas diferencias significativas en el conocimiento de los pacientes comparado con los controles. En el primer grupo el conocimiento fue mayor respecto a la sintomatología de la enfermedad y en el segundo se observó un mayor conocimiento respecto al pronóstico y a la terapia (Tabla 3). No se encontraron diferencias importantes respecto al conocimiento de la etiología de la enfermedad en estos grupos.

Discusión

La presente encuesta evaluó, por primera vez en nuestro medio, el conocimiento que sobre AR tienen los pacientes que sufren esta enfermedad y la población interesada en ella. Asumimos que las personas (grupo control) que asistieron a la jornada, tuvieron algún interés por la enfermedad (familiares, amigos de los pacientes o comunidad no relacionada). Los resultados indican que el conocimiento de la AR es escaso tanto en los pacientes como en la comunidad general (Tabla 3).

Tabla 2. Características demográficas de la población evaluada.

Característica	Pacientes N= 448	Controles N= 269
Sexo, femenino:masculino	402:44	227:40
Edad, años	54 ± 12.9	49.3 ± 15.8*
Educación		
Ninguna	2 %	1 %
Primaria	38%	26%
Secundaria	35%	32%
Tecnología	13%	14%
Universidad	10%	22%*
Posgrado	2 %	5 %
Estrato socioeconómico**		
2	29%	25%
3	44%	44%
4	14%	16%

* p<0. 05

** Basados en la clasificación de los servicios públicos.

Tabla 3. Evaluación del cuestionario sobre el conocimiento de la AR.

	Pacientes N=448	Controles N=269
Respuesta correcta a las preguntas, (%)		
1. Existe un tratamiento único para los pacientes con artritis reumatoide.	58	68*
2. Todos los pacientes con artritis reumatoide tienen un mal pronóstico.	43	58*
3. El cuello es la parte de la columna que se afecta más comúnmente en los pacientes con artritis reumatoide.	38	27
4. La artritis reumatoide es causada por la mala alimentación, el frío y el clima húmedo.	56	59
5. Los pacientes con artritis reumatoide no deben asumir un papel muy activo en su proceso de recuperación porque el médico es el encargado principal.	59	64
6. Artritis y osteoporosis son la misma enfermedad.	80	85
7. La artritis reumatoide puede causar resequedad en los ojos y en la boca.	52	33*
8. Los pacientes con artritis reumatoide deben incluir en su dieta alimentos variados pero no deben comer carnes rojas.	33	30
9. La artritis reumatoide nunca afecta los pulmones.	26	31
10. Para confirmar el diagnóstico de artritis reumatoide es necesario hacer algunos exámenes de sangre.	87	75*
Más de 6 respuestas correctas, (%)	47	48
Promedio de respuestas correctas	4.9 ± 2,31	5 ± 2,36

* p<0. 05, independientemente de la edad y del nivel de educación.

Estudios previos realizados en otros países acerca del conocimiento y actitudes de las personas respecto a las enfermedades reumatológicas, han demostrado que el público tiene un bajo nivel de conocimiento respecto a la causa, tratamiento y la naturaleza de la artritis, y que éste puede ser proporcional al nivel educativo¹⁴. En el presente estudio no hubo diferencias significativas en el conocimiento global de la enfermedad entre los grupos, independientemente del nivel de educación.

La educación para el paciente con AR es útil porque mejora la adherencia farmacológica, permite que el paciente se vincule y participe más activamente en su tratamiento y puede ser por ella misma terapéutica^{3, 5, 15-16}. La educación debe permitir que el paciente conozca acerca de su condición, el pronóstico de su enfermedad, tratamiento y sus factores asociados¹⁵. Sin embargo, dado que los estudios que evalúan el papel terapéutico de la educación involucraron pacientes que al mismo tiempo recibieron DME, la proporción en la que la educación afecta las variables de mejoría con respecto a lo que éstas son modificadas por las DME, necesita ser mejor evaluada¹⁷. Al mismo tiempo, es importante recalcar que los pacientes con AR tienen una alta incidencia de comorbilidad que contribuye en la disminución de su expectativa de vida. En este sentido, la educación podría ayudar a controlar los factores modificables de la comorbilidad y disminuir los riesgos que éstas generan¹⁸. La educación también permite que el paciente dé un consentimiento informado, favoreciendo así su participación en las decisiones y la evaluación, de una manera idónea, de la relación costo-beneficio de los tratamientos^{15, 19}. El consentimiento informado es un pilar fundamental sobre el cual se asienta el acto médico¹⁹.

En el presente estudio encontramos que la población no conoce los factores asociados a la AR (“causas”) y que aún hay mitos respecto a éstos, a su relación con la alimentación, el clima húmedo y otros elementos externos. El tratamiento es también desconocido para muchos enfermos. Por lo tanto, a pesar de existir esfuerzos para mejorar el conocimiento de la AR^{1, 20, 21}, aún la educación no ha sido considerada con la profundidad que se merece, ni existen políticas claras acerca de cómo debe implementarse²¹. Por lo tanto, es necesario implementar y/o replantear los programas educativos para pacientes. Para tal fin se debe tener en cuenta no sólo las necesidades de éstos respecto al contenido de la información sino también la forma y los métodos necesarios para brindar

y hacer comprensible la información suministrada²². Es primordial considerar el nivel de educación básica, que incluye saber leer y escribir, ya que aunque esto no modifica directamente el estado funcional, sí influye en el pronóstico, y hace que los pacientes iletrados requieran consultas más frecuentes, y con ello, más recursos^{1, 23}. De otra parte, es importante recalcar que no todos los médicos tienen una formación adecuada en el campo de la AR (en nuestra práctica hemos escuchado frases anecdóticas tales como “vaya comprando una silla de ruedas” o “usted no tiene artritis sino descalcificación” y aún, “los medicamentos que su médico le formuló no existen en el país”, o peor “no hay nada para ofrecerle”). Por lo tanto, la educación debe involucrar a los profesionales relacionados con la enfermedad.

Barlow et al²⁴ confirmaron que los pacientes identifican la clínica donde son atendidos como el sitio en el cual más información se le entrega, pero al mismo tiempo reconocen que dicha información es escasa. El mismo estudio mostró que la mayoría de los pacientes consideran que la entrevista con el médico es la mejor manera de recibir información y que las reuniones informativas grupales son un elemento de socialización que les permite no sólo aprender, sino también sentirse acompañados en su enfermedad²⁴. Los panfletos fueron considerados “ayudas para la memoria” pero no la única referencia. El computador no fue considerado como una herramienta educativa útil, debido a la ausencia de capacitación²⁴. La mayoría de los pacientes desean que se les planteen las posibles consecuencias de la enfermedad de una manera clara, tomando en cuenta las peores situaciones de la misma y que se les informe con detalle de los efectos adversos de los medicamentos^{24, 25}. Dado que estas necesidades no son la de todos los pacientes, investigaciones futuras, en nuestro medio, pueden permitir conocerlas con mayor precisión.

Otros aspectos importantes en las campañas educativas incluyen la presentación de la información, la motivación del paciente y sus creencias. Los contenidos seleccionados deben estar diseñados para adaptarse al nivel sociocultural de la población, es decir, que el lenguaje empleado, su nivel de dificultad y su forma de presentación se adecuen a las características de éste^{22, 24}. Las personas que asisten a las jornadas educativas deben estar motivadas para el aprendizaje, interesadas en la información y conscientes de su importancia, del beneficio que les reportará adquirir dichos conocimientos

tos, así como del papel activo que deben asumir ante su enfermedad²². Se deben considerar las creencias y mitos del paciente respecto a su enfermedad, reconocerlas y transformar aquellas que sean imaginarias. Esto significa modificar las opiniones infundadas e introducir un saber nuevo y más cercano a la realidad^{22, 26}. Los beneficios que una sola persona obtiene de una intervención educativa pueden reflejarse en grandes beneficios para la sociedad, con importantes repercusiones y ventajas costo-efectivas¹⁸.

Finalmente, otro aspecto importante de la educación tiene que ver con la relación entre ésta y el incremento en la autoeficacia (la capacidad de enfrentar y manejar aspectos variados de la enfermedad, como el dolor, la discapacidad y los efectos emocionales)²². En nuestros pacientes hemos observado que una mayor autoeficacia se correlaciona con una mayor calidad de vida, debido a que la autoeficacia influye no sólo en las acciones del paciente sino también en el esfuerzo, la perseverancia y la forma de pensar al buscar un objetivo²⁷.

Tabla 4. Consideraciones a propósito del modelo educativo en artritis reumatoide (AR).

<i>Debilidades</i>	<i>Propuestas</i>
Poca eficacia.	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios que evalúen costo-beneficio. • Seleccionar pacientes y sus preferencias. • Evaluar autoeficacia en pacientes.
Duración corta de la intervención.	<ul style="list-style-type: none"> • Repetir sesiones de manera regular.
Poco conocimiento del personal médico respecto a la AR.	<ul style="list-style-type: none"> • Educación para médicos generales y especialidades afines a la reumatología.
Negativas de EPS* para la promoción y prevención.	<ul style="list-style-type: none"> • Demostrar eficacia • Exigir correcta aplicación de la Ley 100
Poco compromiso e identificación de los pacientes con los grupos.	<ul style="list-style-type: none"> • Participación de pacientes líderes y de las fundaciones para pacientes.
Manejo sesgado de la información.	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar la influencia de terceras partes con intereses económicos en los programas. • Reconocer conflictos de interés.
Discursos poco acordes al nivel de comprensión del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión e implementación de técnicas para la educación.
Falta de retentiva en los pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> • Limitar el número de participantes en las jornadas. • Identificar pacientes motivados. • Implementar programas autoadministrados acordes a la condición del paciente.
Poca identificación de pacientes con educadores	<ul style="list-style-type: none"> • Participación activa de pacientes como líderes y educadores.
No todos los pacientes tienen el mismo grado de educación	<ul style="list-style-type: none"> • Estratificar los grupos de pacientes y ofrecer educación acorde al grado de educación.
Alto porcentaje de mitos y creencias populares en contra de tratamiento racional y convencional	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de mitos y creencias populares. • Introducción de técnicas educativas que permitan modificarlos.
Comorbilidad asociada que disminuye calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Involucrar la promoción y prevención de la comorbilidad (ej. HTA**, obesidad, tabaquismo, etc.).

* EPS: Empresa promotora de salud.

** HTA: Hipertensión arterial

En conclusión, este estudio es una primera mirada al conocimiento que tienen los pacientes con AR sobre su enfermedad, y demuestra que éste es modesto, similar al de la comunidad en general. La educación para pacientes debe ser considerada como elemento terapéutico y como tal se debe reflexionar en las implicaciones éticas de recibir consentimientos de pacientes con un conocimiento limitado de su enfermedad. Es necesario diseñar políticas claras para su implementación y logro de objetivos. En la Tabla 4 se plantean algunas propuestas para tal fin.

Agradecimientos

Los autores expresan su más profunda gratitud a los pacientes y demás participantes de esta encuesta. Agradecen los comentarios útiles de la Dra. María Suárez-Almazor y del Dr. Hermann González, y el apoyo irrestricto del Dr. José Humberto Duque, Director General de la Clínica Universitaria Bolivariana. También agradecemos a la Fundación para el Paciente con Artritis (FUNPAR) por su colaboración en el desarrollo de este trabajo. La V Jornada sobre AR fue financiada por la Corporación para Investigaciones Biológicas con becas para la investigación de la industria farmacéutica (Schering-Plough S. A, Laboratorios Wyeth, y Aventis). El trabajo del Dr. José Cadena fue financiado en parte por Colciencias (programa “Jóvenes Investigadores”).

Referencias

1. Ramírez LA, Anaya JM. Artritis Reumatoide. Asociación Colombiana de Reumatología. Edimeco, Medellín, 1998.
2. Robbins L. Educación del paciente. En: Principios de las enfermedades reumáticas. JH Klippel, Editor. Atlanta. Arthritis Foundation, 2000; 471-473.
3. Hill J, Bird H, Johnson S. Effect of patient education on adherence to drug treatment for rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. *Ann Rheum Dis* 2001; 60: 869-865.
4. Kwon CK, Anderson JG, Green JM, Johnson DA et al. Guidelines for the management of rheumatoid arthritis, 2002 update. *Arthritis Rheum* 2002; 46: 328-346.
5. Riemsma RP, Kirwan JR, Taal E, Rasker JJ. Patient education for adults with rheumatoid arthritis (Cochrane Review) In: The Cochrane library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.
6. Anaya JM, Correa PA, Mantilla RD, Jiménez F, Kuffner T, McNicholl JM. Rheumatoid arthritis in African Colombians from Quibdo. *Semin Arthritis Rheum* 2001; 31: 191-198.
7. Escalante A, del Rincón I. The disablement process in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2002; 47: 332-333.

8. www.reumacib.org.co
9. Anaya JM, Correa PA, Mantilla RD, Arcos-Burgos M. Rheumatoid arthritis association in Colombian population is restricted to HLA-DRB1*04 QRRRA alleles. *Genes Immun* 2002; 3: 56-58.
10. Correa PA, Whitworth WC, Kuffner T, McNicholl J, Anaya JM. HLA-DR and HLA-DQB1 gene polymorphism in the North-western Colombian population. *Tissue Antigens* 2002; 59: 436-439.
11. Gómez Restrepo C, Ospina García MV. Adaptación y validación de escalas. En: Investigación clínica: epidemiología clínica aplicada. Morales Ruiz A, Gómez Restrepo C, Londoño Trujillo D, Editores. Bogotá. Centro Editorial Javeriano, 2001; 69-84.
12. SPSS, Inc. SPSS 9. 05 for Windows Reference Guide. Chicago, IL, SPSS Inc., 1999.
13. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988; 31: 315-324.
14. Van der Wardt EM, Taal E, Rasker JJ. The general public's knowledge and perceptions about rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis* 2000; 59: 32-38.
15. Edwards SC. Patient education programs for adults with rheumatoid arthritis. [BMJ serial online] Octubre 22, 2002. [Citado 5 noviembre 2002]. Disponible en: <http://bmj.com/cgi/eletters/325/7364/558#25699>.
16. Viller F, Guillemin F, Briancon S, Moum T, Suurmeijer T, van den Heuvel W. Compliance to drug treatment of patients with rheumatoid arthritis: a 3 year longitudinal study. *J Rheumatol* 1999; 26: 2114-2122.
17. Riemsma RP, Kirwan JR, Taal E, Rasker JJ. Patient education programmes for adults with rheumatoid arthritis. *BMJ* 2002; 325: 558-559.
18. Gordon MM, Thomson EA, Madhok R, Capell HA. Can intervention modify adverse lifestyle variables in a rheumatoid population? Results of a pilot study. *Ann Rheum Dis* 2002; 61: 66-69.
19. Duque Zea JH. Origen y evolución del concepto de consentimiento informado en la práctica médica. En: El consentimiento informado en la práctica médica. Duque Zea JH Editor. Medellín. Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl, 2001; 1-10.
20. Anaya JM, González H. Manual práctico para personas con artritis. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, 1999.
21. Asociación Colombiana de Reumatología. Aspectos psicológicos y educación del paciente. En: Guías para el tratamiento de la AR. Vinicio Caballero C, Chalem P, Londoño JD; Editores. Bogotá. Exlibris Editores S. A., 2002; 44-45.
22. Hernández CA. Aproximación a un estado del arte de la enseñanza de las ciencias en Colombia. En: Estados del arte y de la investigación en educación y pedagogía en Colombia. Henao Willes M, Castro JO, Editores. Bogotá. Grupo de procesos editoriales de la secretaría general del ICFES, 2001; 25-68.
23. Gordon MM, Hampson R, Capell HA, Madhok R. Illiteracy in rheumatoid arthritis patients as determined by the Rapid

- Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) score. *Rheumatol* 2002; 41: 750-754.
24. Barlow JH, Cullen LA, Rowe IF. Educational preferences, psychological well-being and self-efficacy among people with rheumatoid arthritis. *Patient Educ Couns* 2002; 46: 11-19.
 25. Fraenkel L, Bogardus S, Concato J, Felson D. Preference for disclosure of information among patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2001; 45: 136-139.
 26. Braunstein N. Cómo se constituye una ciencia. En: *Psicología: ideología y ciencia*. Braunstein NA, Pasternac M, Benedito G, Saal F; Editores. Mexico. Siglo XXI editores, 1994; 7-21.
 27. Cadena J, Vinaccia S, Pérez A, Rico M, Hinojosa R, Anaya JM. The impact of disease activity on quality of life and mental health status in Colombian patients with rheumatoid arthritis. (sometido para publicación).