

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
SECCIÓN DE TECNOLOGÍA MÉDICA  
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.**

**APLICACIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN PACIENTES CON  
DIAGNOSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE Y OSTEOARTROSIS DE 30 A 70  
AÑOS DE EDAD DE AMBOS SEXOS QUE ASISTEN AL CENTRO DE  
REHABILITACIÓN INTEGRAL DE ORIENTE EN LA CIUDAD DE SAN MIGUEL,  
PERIODO JULIO A SEPTIEMBRE DE 2003.**

**PRESENTADO POR:**

**EDGAR MAURICIO MONTESINO GONZÁLEZ**

**JESSICA PATRICIA LARA RIVERA**

**LORENA LISSETTE VÁSQUEZ**

**PARA OPTAR AL GRADO DE:  
LICENCIADO (A) EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL.**

**DOCENTE DIRECTOR:**

**LICDA. XOCHILT PATRICIA HERRERA CRUZ.**

**NOVIEMBRE DE 2003.**

**SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMERICA.**

## INDICE

<b>CONTENIDO</b>	<b>PAGS</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>XIII</b>
<b>INTRODUCCIÓN.</b>	<b>XV</b>
<b>CAPITULO I</b>	
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.</b>	<b>21</b>
1.1. Evolución Histórica	19
1.2 Enunciado Del Problema...	20
1.3 Objetivos de la investigación	21
1.3.1. Objetivos Generales	21
1.3.2. Objetivos Específicos	21
<b>CAPITULO II</b>	
<b>2. MARCO TEÓRICO</b>	<b>24</b>
2.1. Definición Y Clasificación De La Artritis	24
2.2. Manifestaciones extraarticulares.	26
2.3. Efectos físicos de la artritis Reumatoide y la Osteoartrosis.	28
2.4. Osteoartrosis.	32
2.5 Factores que favorecen la artritis Reumatoide y la Osteoartrosis.	34
2.6. Estado emocional y social de los pacientes artríticos.	35
2.7. Criterios que se deben tomar en cuenta en la evaluación	36
2.8 Tratamiento De Terapia Ocupacional..	37
2.9. Precauciones para aplicar el tratamiento de terapia ocupacional.	42
2.10. Beneficios de terapia ocupacional.	43
2.11. Definición de términos básicos.	45

### **CAPITULO III**

<b>3. SISTEMA DE HIPOTESIS</b>	49
3.1. Hipótesis De Trabajo.	49
3.2. Hipótesis Nula..	49
3.3. Operacionalizacion De Variables E Indicadores .	50

### **CAPITULO IV**

<b>4. DISEÑO METODOLOGICO.</b>	52
4.1. Tipo De Investigación	52
4.2. Universo	52
4.3. Muestra	52
4.4. Técnicas de obtención e información	53
4.5. Instrumentos	53
4.6. Procedimientos	54

### **CAPITULO V**

<b>5. TABULACION, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.</b>	58
5.1. Tabulacion, análisis, e interpretación de datos.	58

### **CAPITULOVI**

<b>6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	87
6.1 Conclusiones.	87
6.2 Recomendaciones	89

<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	93
---------------------	----

## ANEXOS

1. Cronograma de actividades	97
2. Programación de la ejecución	98
3. Descripción de las actividades.	99
4. Deformidad característica de la Artritis Reumatoide	100
5. Equipo de terapia ocupacional utilizado en el tratamiento	101
6 Actividades manuales realizadas en terapia de grupo.	102
7. Pacientes en actividad de recreación.	103
8- Ferulas proporcionadas a los pacientes.	104
9- Adaptaciones realizadas en las visitas domiciliarias.	105
10- Adaptaciones de uso personal.	106
11- Adaptaciones para alimentación y escritura.	107
12- Aditamentos para la marcha.	108
13- Guía de entrevista dirigida al medico.	109
14- Guía de entrevista dirigida al Psicólogo.	110
15- Ficha de evaluación de terapia ocupacional	11

**RECTORA.**

**DOCTORA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ.**

**VICERECTOR ACADEMICO.**

**INGENIERO JOSE FRANCISCO MARROQUIN.**

**VICERECTOR ADMINISTRATIVO.**

**LICDA. MARIA ORTENCIA DUEÑA DE GARCIA.**

**SECRETARIA GENERAL.**

**LICDA. LIDIA MARGARITA MUÑOS VELA.**

**DECANO.**

**INGENIERO. JOAQUIN ORLANDO MACHUCA GOMEZ.**

**VICE DECANO.**

**LICENCIADO. MARCELINO MEJIA GONZALEZ.**

**SECRETARIA.**

**LICDA. LOURDES ELIZABETH PRUDENCIO COREAS.**

**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA.**

**NORMA OZIRIS SANCHEZ DE JAIME.**

**COORDINADOR DE LA CARRERA.**

**LICENCIADO. CARLOS ALEXANDER DIAZ.**

**COORDINADOR GENERAL DE PROCESO DE  
GRADUACION.**

**LICDA. ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO.**

**DOCENTE DIRECTOR.**

**LICDA XOCHILT PATRICIA HERRERA CRUZ.**

**ASESOR DE METODOLOGIA.**

**LICDA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO.**

**ASESOR DE ESTADISTICA**

**LICENCIADO. JORGE MARTINEZ.**



## **AGRADECIMIENTOS.**

Al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente, por haber permitido la realización de este estudio, a la vez por proporcionar todo el equipo necesario para la ejecución del tratamiento.

A la doctora Carmen Gutiérrez de Lupi, por aportarnos conocimientos en lo que concierne a la reumatología.

A los pacientes por haber brindado la disponibilidad de participar en esta investigación.

A la Licda. Xochilt Patricia herrera, por su colaboración desinteresada en el asesoramiento del contenido de esta investigación.

Al Lic. Jorge Martínez, por asesorarnos en lo que respecta al área de estadística.

A todas aquellas personas que de alguna u ora forma contribuyeron para la realización de esta investigación, sobre todas aquellas que nos pusieron en oración

## DEDICATORIA.

Hoy, tras haber su apoyo culminado un peldaño mas en mi vida, dedico este trabajo a todas aquellas personas que me han brindado y a la vez hicieron posible este triunfo.

-A *Jesús y Maria* por haber iluminado mi mente y a darme la fortaleza de seguir adelante y no desfallecer hasta alcanzar mí meta.

-A *mis padres José Dagoberto Rivera y Santos Pastora Lara de Rivera*, por haberse sacrificado por mi futuro, por sus sabios consejos y apoyo... mil gracias, sin ustedes no seria lo que ahora soy.

-A *mi hermana Xiomara, a mi novio Jorge, abuelos, y demás familia*, por brindarme siempre su apoyo.

-A *mis amigos*, que me impulsaron siempre a seguir adelante.

-A *mis compañeros de trabajo Lorena y Mauricio* por sopórtame y apoyarme y sobretodo por brindarme una linda amistad

-A *mis asesores de tesis* por guiarme de la mejor manera a realizar este ultimo paso en mi carrera.

-A *los catedráticos*, por brindarme, la orientación en mi crecimiento y formación profesional.

A todos infinitas Gracias.

Sinceramente: *Jessica Patricia Lara Rivera*

## DEDICATORIA.

Hoy, tras haber su apoyo culminado un peldaño mas en mi vida, dedico este trabajo a todas aquellas personas que me han brindado y a la vez hicieron posible este triunfo.

-A *Jesús y Maria* por haber iluminado mi mente y a darme la fortaleza de seguir adelante y no desfallecer hasta alcanzar mí meta.

-A *mi madre Griselda Vásquez*, por haberse sacrificado por mi futuro, por sus sabios consejos y apoyo... mil gracias, sin ti no seria lo que ahora soy.

-A *mis hermanas Vilma y Verónica, abuelos, y demás familia*, por brindarme siempre su apoyo.

-A *mis amigos*, que me impulsaron siempre a seguir adelante.

-A *mis compañeros de trabajo Jessica y Mauricio* por sopórtame y apoyarme y sobretodo por brindarme una linda amistad

-A *mis asesores de tesis* por guiarme de la mejor manera a realizar este ultimo paso en mi carrera.

-A *los catedráticos*, por brindarme, la orientación en mi crecimiento y formación profesional.

A todos infinitas Gracias.

Sinceramente: *Lorena Lissette Vásquez.*

## **DEDICATORIA.**

Hoy, tras haber su apoyo culminado un peldaño mas en mi vida, dedico este trabajo a todas aquellas personas que me han brindado y a la vez hicieron posible este triunfo.

-A *Jesús y Maria* por haber iluminado mi mente y a darme la fortaleza de seguir adelante y no desfallecer hasta alcanzar mí meta.

-A *mis padres*, por haberse sacrificado por mi futuro, por sus sabios consejos y apoyo... mil gracias, sin ti no seria lo que ahora soy.

-A *mis hermanos , abuelos, y demás familia*, por brindarme siempre su apoyo.

-A *mis amigos*, que me impulsaron siempre a seguir adelante.

-A *mis compañeros de trabajo Jessica y Lorena* por sopórtame y apoyarme y sobretodo por brindarme una linda amistad

-A *mis asesores de tesis* por guiarme de la mejor manera a realizar este ultimo paso en mi carrera.

-A *los catedráticos*, por brindarme, la orientación en mi crecimiento y formación profesional.

A todos infinitas Gracias.

Sinceramente: *Edgar Mauricio Montesino González.*

## **RESUMEN**

La investigación realizada tuvo como objetivos: generales, el aplicar la terapia ocupacional para favorecer la independencia en las actividades de la vida diaria de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide y osteoartritis que asisten al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente de la Ciudad de San Miguel, Determinar la evolución que presentaron los pacientes con la aplicación de la terapia ocupacional; y como objetivos específicos se tienen: Detallar el estado emocional que presentaron los pacientes con artritis reumatoide y osteoartritis, Conocer los problemas sociales con los que se enfrentan , Plantear el tratamiento adecuado de terapia ocupacional, Conocer los movimientos de miembros superiores que acentúan, Establecer los beneficios de terapia ocupacional.

Para la obtención de estos objetivos se utilizó el tipo de investigación analítica explicativa, habiendo hecho uso de los siguientes instrumentos para la recolección de los datos: fichas bibliográficas, hemerográficas, archivológicas, libreta de una notas, dos guías de entrevista y una ficha de evaluación de terapia ocupacional.

Para la investigación se llevó a cabo un censo poblacional, iniciado en la primera semana del mes de julio al mes de septiembre de 2003, estudiándose 15 pacientes, 13 del sexo femenino y 2 del sexo masculino quienes ingresaron al Centro de

Rehabilitación Integral de Oriente de la Ciudad de San Miguel con Diagnostico de Artritis Reumatoide y Osteoartrosis entre las edades de 30-70 años de edad.

El procesó de ejecución inicio con la evaluación de cada uno de los pacientes en la cual se registraron los datos mas importantes teniendo como finalidad la elaboración del tratamiento adecuado de terapia ocupacional mas conveniente para los pacientes; al final de la aplicación de este se realizo la evaluación final con la cual en comparación con la evaluación inicial se comprobó que la aplicación del tratamiento disminuye la dependencia en las actividades de la vida diaria.

Los datos obtenidos antes y después de la aplicación del tratamiento sirvieron para realizar la tabulación y los gráficos, los cuales han sido complementados con su respectivo análisis e interpretación.

Los resultados de esta investigación fueron los siguientes: de el 26.67% de la población en estudio que eran funcional al final de la ejecución un 60% se coloco en esta categoría, en cuanto a las actividades de la vida diaria el porcentaje de independencia al final incremento considerablemente, así como también se logro aumentar la estabilidad emocional en dichos pacientes.

## **INTRODUCCION.**

Son muchas las patologías que durante años, han afectado al ser humano en sus condiciones fisiológicas, en la realización del desempeño normal de sus actividades personales, familiares, laborales y sociales; limitando así las capacidades de este para su total independencia.

A pesar que en el transcurso de la historia, la ciencia y la tecnología han tenido un gran avance en cuanto al descubrimiento de tratamiento curativos para algunas de estas enfermedades que aquejan a la humanidad, existen muchas a las que por diversas causas no se conoce un proceso de medicación efectiva, como es el caso de la Artritis reumatoide y la osteoartrosis; una afección que en todo el mundo tiene un índice considerablemente elevado en comparación a otras patologías. El salvador no es la excepción ya que la Artritis ocupa el 3° lugar dentro del rango estadístico de Morbilidad de este país; es así como surgió la iniciativa de la realización de este estudio con el propósito de ayudar a quienes la padecen; teniendo en cuenta que la intención no fue curar ni detener el proceso, si no, disminuir las dificultades con las que los pacientes se enfrentaban.

La rehabilitación cuenta con muchas áreas entre ellas la Terapia Ocupacional, que en combinación con la terapia física, obtienen mejores resultados en el mantenimiento de la funcionabilidad de la persona con este padecimiento

Para lograr dicho propósito se tomó como tratamiento alternativo la Terapia Ocupacional, pues ésta es un área de la salud bastante amplia, que puede ser aplicada a todas las patologías que afectan la funcionabilidad normal del ser humano. A continuación se presenta el contenido de la investigación realizada, sobre: la aplicación de la terapia ocupacional en las actividades de la vida diaria de estos pacientes el cual comprende:

El capítulo uno: Contiene el planteamiento del problema, los antecedentes de la investigación en la que se hace una reseña histórica de la enfermedad y como ha evolucionado en El Salvador. Se relata también como apareció el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente en la Ciudad de San Miguel. El enunciado del problema se hace a través de una interrogante; luego se definen los objetivos de la investigación los cuales se dividen en generales y específicos.

El capítulo dos: consiste en el marco teórico, en ello se plasma la base teórica del tema; iniciando con la definición, seguida de la clasificación, manifestaciones extraarticulares, y los efectos físicos de la artritis reumatoide; luego se define la osteoartritis, sus manifestaciones clínicas, los signos y síntomas de esta; posteriormente se da a conocer los efectos emocionales y sociales en los pacientes, los criterios que se deben tomar en cuenta al realizar la evaluación, el tratamiento de terapia ocupacional, las precauciones y los beneficios que con su aplicación se obtienen. En este capítulo para una mejor comprensión del contenido se presenta la definición de los términos básicos.



El sistema de hipótesis es el capítulo tres y este contiene la hipótesis de trabajo, la hipótesis nula y la operacionalización de variables e indicadores.

En el capítulo cuatro: se contempla el diseño metodológico donde se da a conocer el tipo de investigación, el universo, la muestra, las técnicas de obtención de la información, los instrumentos que se usaron para la recolección de datos y el procedimiento que da a conocer en forma resumida cómo se llevó a cabo la planificación y la ejecución de esta investigación.

La tabulación, análisis e interpretación de los resultados forman el capítulo cinco en el cual se registran los datos obtenidos durante el proceso de ejecución que fueron tomados de la ficha de evaluación de terapia ocupacional, realizada a la población en estudio; esta información permitió hacer el análisis e interpretación de cada cuadro elaborado.

El capítulo seis lo conforman las conclusiones y recomendaciones las cuales se elaboraron de acuerdo a los resultados obtenidos.

Finalmente se presenta la bibliografía consultada con la que se reforzó el marco teórico, y los anexos que ilustran los diferentes aspectos del período de planificación y de la ejecución

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

### **1.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LAS ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS**

Se entiende por enfermedad, la pérdida de las impresiones cenestésicas de bienestar; es decir aquellas sensaciones que proporcionan no solo una imagen agradable de la vida, sino también la fortaleza de espíritu y rigor físico necesario para desenvolverse en el medio ambiente, sin sentirnos extraños en el.

En las enfermedades reumáticas, el paciente encuentra una continua sensación de desgano espiritual que se exagera al confirmar su marcada impotencia física y funcional que le inmoviliza, retrae e invalida para poder formar parte activa, en el mundo que les rodea.

A pesar de la antigüedad de esta patología aún hoy en día no se ha encontrado la causa que la origina, ni la cura, siendo tantas las personas que la padecen a nivel mundial. En El Salvador la Artritis ha tenido un historial bastante amplio, pues ha sido mucha la población afectada por esta, se tiene que durante los últimos 5 años, según los datos estadísticos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, esta enfermedad se encuentra entre las 10 afecciones más frecuentes a nivel Nacional, notándose así que el índice morbilidad de los pacientes con Artritis en el año de 1998 obtuvo el 3º lugar ,

en 1999 estaba en 6º lugar, en el año 2000 se colocó en el 4º lugar, en el 2001 ocupó el 3º, y en el 2002 retorna al 4º lugar

En la Ciudad de San Miguel, existe el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente en el cual se brinda tratamiento a este tipo de pacientes; fue fundado en 1987 prestando sus servicios tanto a adultos como a niños. Actualmente este Centro cuenta con diversas áreas estas son: área de Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia de Lenguaje, Prótesis y Ortesis, audiometría, Terapia Respiratoria, Rehabilitación profesional, Estimulación Temprana, Educación Especial, Enfermería y Rehabilitación Basada en la Comunidad, Psicología, también cuenta con especialidades médicas tales como: Fisiatría, Ortopedia, Otorrinolaringología, Neurología, Odontología.

La frecuencia de pacientes Artríticos en este centro se mantiene dentro de las primeras 10 patologías con mayor demanda; es así como para el año 1998 hubo una asistencia de 79 pacientes, en 1999 se redujo a 53, en el 2000 aumentó a 68 casos, en el 2001 la cantidad de pacientes fue de 45 y en el 2002 asistieron 56 pacientes con diagnóstico de Artritis.

A partir de lo anterior el problema se enuncia de la siguiente manera.

## **1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los beneficios de la Terapia Ocupacional en las actividades de la vida diaria en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide y Osteoartrosis, de 30 a 70 años de edad, de ambos sexos que asisten al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente, en la Ciudad de San Miguel, periodo Julio a Septiembre de 2003?

### **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1 OBJETIVOS GENERALES**

- Aplicar la terapia ocupacional para favorecer la independencia en las actividades de la vida diaria de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide y osteoartrosis, en los pacientes que asisten al centro de rehabilitación integral de oriente de la Ciudad de San Miguel.
- Determinar la evolución que presentaran los pacientes con la aplicación de la terapia ocupacional.

#### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Detallar el estado emocional que presentan los pacientes con Artritis Reumatoide y Osteoartrosis.
- Conocer los problemas sociales con los que se enfrentan.
- Plantear el tratamiento adecuado de terapia ocupacional.

- Conocer los movimientos de los miembros superiores que acentúan el desarrollo de deformidades.
- Establecer los beneficios de la Terapia Ocupacional.

**CAPITULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA ARTRITIS

La artritis se deriva de las palabras griegas “ARTHON”, que significa coyuntura, y de “ITIS” que significa inflamación. “Es cualquier trastorno inflamatorio de las articulaciones caracterizado principalmente, por dolor e inflamación”<sup>1</sup>

Aunque hoy en día palabra “Artritis” se usa para designar dolor o malestar de la índole que sea en cualquier parte del esqueleto, este término debe limitarse a los auténticos casos de los padecimientos articulares.

Existen una variedad en la presentación de la Artritis, su clasificación depende de la manera en que se manifiesta los signos y síntomas en cada persona; así tenemos:

- Artritis en niños
- Artritis Juvenil
- Artritis Infecciosa o séptica
- Artritis Reactiva
- Artritis Enteropatica
- Artritis Vírica.
- Artritis Reumatoide
- Osteoartrosis.

---

<sup>1</sup>Carlos Gispert, Diccionario de Medicina Oceano Mosby, pag. 113



La investigación se basó en el estudio de la artritis reumatoide y osteoartritis por ser los tipos más frecuentes en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente.

**La Artritis Reumatoide (AR)**, es una forma común de artritis que produce inflamación en el revestimiento (sinovio) de las articulaciones; causando dolor, calor en las articulaciones. Esta tiende a persistir durante muchos años y suele afectar diferentes articulaciones del cuerpo, como hombro codo, muñeca y falanges de la mano, pudiendo causar daños en cartílagos, huesos, tendones y ligamentos de las articulaciones. 2

**La Artritis Reumatoide** se presenta en todos los grupos étnicos y en todas partes del mundo, puede afectar incluso a niños y a los ancianos variando de una persona a otra. Sin embargo, la enfermedad suele comenzar en la edad adulta, es decir entre los 35 y los 50 años, afectando más a las mujeres, las cuales superan a los hombres en una proporción aproximada de 3 a 1 %.

#### **CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE.**

- Rigidez matutina con un aproximado de una hora, persistiendo por seis semanas.
- Inflamación articular presente en tres o más articulaciones confirmadas por el médico con una duración de seis semanas, que en la mayoría de casos es simétrica.
- Nódulos reumatoideos
- Factor reumatoideo positivo

## 2.2. MANIFESTACIONES EXTRAARTICULARES.

Las manifestaciones extraarticulares de la enfermedad pueden producirse en los pacientes, con enfermedad grave y de larga evolución y los que son ceropositivos para el factor reumatoide.

Por ser una patología sistemática puede manifestarse en distintos órganos, aunque estas áreas no son responsabilidad específica del fisioterapeuta, ni del terapeuta ocupacional es importante conocerlos. Se puede presentar las siguientes manifestaciones: Oculares, cardiovasculares, esqueléticas, neuromusculares, síndrome de Felty, respiratorias, hematológicas.

**-Oculares:** son frecuentes y suelen ser peligrosos por lo que su detección temprana resulta fundamental. La más frecuente de todas es la querato-conjuntiva o síndrome de ojo seco. Ocasionalmente se pueden apreciar alteraciones en la motilidad ocular, secundaria a alteraciones en los músculos o nervios musculares orbitarios.

**-Cardiovasculares:** No son comunes y cuando se presentan, es la pericarditis la más frecuente puede ser asintomático y el curso natural de la enfermedad es benigna. La enfermedad del miocardio puede estar presente, tratándose de una inflamación inespecífica o con presencia de granulomas lo que puede dar lesiones focales o difusas pudiendo esta última llegar a ser grave con repercusión en la función y llegar a la insuficiencia cardíaca.

**-Esqueléticas:** El tejido óseo suele dañarse secundariamente lo que lleva al paciente a un estado de osteoporosis generalizada, provocada por el proceso inflamatorio, la reducción de movilidad, debilidad muscular y el uso a largo plazo de algunos fármacos como los esteroides o metotrexato.

**-Neuromusculares:** Es una entidad asociada a síndrome por compresión o atrapamiento. La manifestación clínica variara de acuerdo al sitio afectado siendo mas frecuente la neuropatía distal sensorial de extremidades inferiores. Estas manifestaciones se presentan habitualmente en pacientes con artritis reumatoide de larga evolución.

**-Síndrome de felty:** Se presenta en el 1% de los pacientes y se caracteriza por la presencia de esplenomegalia y leucopenia; es mas frecuente en el sexo femenino y su descripción en varios miembros de una familia han hecho pensar que su presencia pudiera estar influenciada por un factor genético. Se presenta en pacientes con historia de más de diez años de evolución de artritis reumatoide, existe pérdida de peso, hiperpigmentacion en la piel y úlceras en las piernas.

**-Respiratorias:** Se identifica la presencia de anomalías a este nivel donde se ha detectado la presencia de pleuritis con o sin derrame pleural, nódulos pulmonares, fibrosis pulmonar, vasculitis, obstrucción de vías aéreas superiores o inferiores y menos frecuentemente bronquiectasias, neumonía, y hasta empiema. El derrame pleural podría ser el mas frecuente, siendo asintomático o bien marcar el inicio de artritis reumatoide,

apareciendo en forma bilateral aunque la cantidad puede ser mayor a un lado que al otro.

**-Hematológica:** Sobresale por su frecuencia la anemia que aparece en la mayoría de los casos.

### **2.3 EFECTOS FÍSICOS DE LA ARTRITIS REUMATOIDE.**

**Dolor:** es el síntoma que más preocupa al paciente, y a el se dirige la mayoría de las intervenciones del terapeuta físico, suele estar presente incluso en reposo aumentando con la actividad, aunque en algunos casos se puede aliviar tras un periodo de actividad.

El dolor suele manifestarse de la siguiente manera: localizado o difuso, unilateral o bilateral, además puede estar presente solo en las actividades constantes, por la noche o en reposo, y se asocia en algunos casos con síntomas sensitivos.

**Hiperalgnesia:** además de la presencia del dolor espontáneo, también puede existir dolor a la palpación. Ello puede deberse a una presión intraarticular anormal o a la sensibilidad de las fibras.

**Tumefacción:** Este es un signo característico de la inflamación en las enfermedades reumatológicas. Se produce en torno a las articulaciones y a las membranas sinoviales afectadas, en un principio suele ser simétrica, periférica afectando a las articulaciones metacarfalangicas, innterfalangicas proximales y muñeca.

**Calor:** Durante la fase aguda de la inflamación las articulaciones afectadas por la Artritis pueden presentar un aumento de temperatura. Sin embargo, esto no es siempre comprobado, ya que muchos pacientes, manifiestan sentir calor, pero pueden ser indetectable a la exploración.

**Eritema:** En ocasiones existe un eritema visible sobre las articulaciones más superficiales en la fase inflamatoria aguda, y se debe al aumento de flujo sanguíneo en el área afectada y a la quimiotaxis.

**Deterioro funcional:** los pacientes que presentan esta patología tienen una menor capacidad funcional que antes de instaurarse la misma. Lo que pueden producir frustración y abatimiento. La pérdida de la capacidad funcional puede estar directamente relacionada con el dolor, las deformaciones, la inestabilidad articular, debilidad muscular, sinovitis activa, fatiga, rigidez matutina. La terapia física y terapia Ocupacional, están directamente implicados en la valoración y tratamiento para disminuir esta situación.

**Rigidez:** esta es una de las características típicas, presentándose de forma matutina y su duración se emplea para medir la actividad del proceso inflamatorio; cuando más prolongada sea la rigidez matutina, mayor es la actividad de la enfermedad.

**Deformidad:** se produce según el patrón característico en función de las articulaciones afectadas y se debe al daño articular que altera la biomecánica de la articulación, (Ver anexo N° 4)

**Atrofia Muscular:** La atrofia de los músculos en torno a la articulación afecta, es una de las características de la Artritis Reumatoide y también tiene el efecto de favorecer y destacar la presencia de deformidades, e inflamación, pues esta inhibe la musculatura y el dolor impide una activación muscular completa y los pacientes se abstienen a realizar movimientos.

**La disminución del arco de movimiento:** La pérdida de movimiento articular en la Artritis Reumatoide se produce de modo directo, debido al procesos de la enfermedad y también a causa de las secuelas del trastorno. Comienza en las articulaciones afectadas tan pronto como aparece la inflamación, que a su vez produce dolor e inhibe la movilización.

## **CLACIFICACIÓN FUNCIONAL DE LA ARTRITIS REUMATOIDE.**

Se definen en categorías:

### **CLASE FUNCIONAL I:**

Capacidad completa para realizar las actividades usuales de la vida diaria, las cuales incluyen actividades de auto-cuidado, las que incluyen traslado, alimentación, higiene, vestido, comunicación y recreación; las avocacionales que son todas aquellas actividades que van dirigidas al entretenimiento del paciente; y las vocacionales que son en las que el paciente descubre sus aptitudes de trabajo.

### **CLASE FUNCIONAL II:**

Puede realizar las actividades usuales de auto-cuidado y vocacionales, pero tiene limitaciones avocacionales.

### **CLASE FUNCIONAL III:**

Puede realizar las actividades usuales de auto – cuidado pero tiene limitación en las actividades avocacionales y vocacionales.

### **CLASE FUNCIONAL IV:**

Tienen limitaciones para realizar las actividades usuales de auto – cuidado avocacionales y vocacionales.

## 2.4 OSTEOARTROSIS.

Es un tipo de artritis muy común y frecuente en las personas mayores de cuarenta años, ocurre cuando el cartílago de las articulaciones se desgasta, lo cual puede causar dolor y rigidez en las articulaciones. Generalmente hay muy poca inflamación en esta enfermedad y las personas que padecen pueden funcionar normalmente.

La osteoartrosis es además conocida como osteoartritis defiriéndose estos dos términos a la misma patología

La Osteoartrosis (OA) afecta cualquier articulación pero ocurre mas a menudo en las pequeñas articulaciones de los dedos de las manos, por lo general las articulaciones innterfalangicas distales; afecta también las caderas, rodillas y columna vertebral.

Esta afección incluye con gran frecuencia múltiples articulaciones de la mano, en particular en mujeres menopausicas.

“El crecimiento osteofisico de la articulación distal se conoce como: Nódulos de Heverde, y de las innterfalangicas proximales como: Nódulos de Bouar” 3 (Ver anexo N° 4 )



## **-MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA OSTEOARTROSIS.**

La osteoartrosis ocurre en una, o múltiples articulaciones a la vez, pero no siempre son sintomáticas ni la severidad de la enfermedad es igual a todas ellas.

Independientemente del número de articulación comprometida, las manifestaciones clínicas son prácticamente las mismas con ciertas características que dependen del segmento articular afectado; Los síntomas y signos clínicos son: dolor, rigidez, aumento del volumen articular, deformidad, crepitación, y diversos grados de incapacidad funcional.

**El dolor** es el principal síntoma y motivo por el cual el paciente busca atención, generalmente es altamente progresiva a través de meses y años, de leve a moderada intensidad que se presenta con el uso de la articulación afectada y disminuye o desaparece con el reposo.

**La rigidez articular** es sobre todo matutina y después de periodos de reposo, es de corta duración, de cinco a treinta minutos, puede ocurrir en cualquier articulación.

**El aumento del volumen articular** es el engrosamiento de la cápsula articular secundario a la presencia de osteofitos.

**La deformidad** ocurre cuando existen alteraciones estructurales importantes productoras de cambios en la alineación de la articulación lo que es favorecido por el desbalance de las fuerzas musculares, y la perdida irregular del cartílago articular.

**La crepitación** es el ruido que se detecta al realizar el movimiento pasivo de la articulación, producido por las irregularidades de la superficie del cartílago, frecuentemente se acompaña de inestabilidad y deformidad articular.

**La limitación de movimientos articulares** se debe al dolor, incongruencia de las superficies articulares y el espasmo o contractura de los músculos periarticulares

## **2.5. FACTORES QUE FAVORECEN LA ARTRITIS REUMATOIDE Y LA OSTEOARTROSIS.**

El origen de esta patología es desconocida, lo que si se conoce, son algunos factores que la precipitan, es decir, que pueden iniciar esta enfermedad y a veces reactivarla después de un periodo sin síntomas.

Aunque ya se han mencionado algunos de ellos, son de mucha importancia, tal que se ha optado por describirlos:

**EL CANSANCIO:** Esta comprobado que muchos de los ataques de Artritis en los pacientes, se manifiestan al cabo de un periodo de cansancio físico emocional o ambos, si bien es cierto que este debe de mantenerse activo; pero mantenerse activo, no significa trabajar hasta que los músculos y articulaciones se agoten y se vuelvan victimas fáciles de un ataque.

**FATIGA MENTAL:** Esta es tan importante como la fatiga física, y las personas que se encuentran bajo una fuerte tensión emocional están siempre en peligro.

**LESIONES:** Constituyen otro de los importantes factores que inician la enfermedad. Muchos pacientes llevan una vida más o menos normal, hasta que ocurre un accidente y se lesiona una coyuntura, después del cual se reactiva la Artritis no solo en esa articulación, sino en todo el organismo.

**CORRIENTES DE AIRE:** Muchos pacientes creen que su Artritis se debe a esos factores, sin embargo, los estudios científicos no parecen darle la razón, aunque a muchos de ellos se les acentúan los síntomas.

## **2.6. ESTADO EMOCIONAL Y SOCIAL DE LOS PACIENTES ARTRÍTICOS**

Los pacientes con artritis se muestran más preocupados por la enfermedad y por sus efectos, el miedo y la ansiedad producidos por la incertidumbre, así como la depresión se han destacado como los factores emocionales prevalentes, sobre todo en la fase inicial.

La depresión es uno de los trastornos psicológicos habituales en cualquier enfermedad crónica, incrementando el grado de incapacidad significativamente, dado que los pacientes pierden el control de lo que les sucede, y se sienten incapaces de dominar la situación.

Por ello se debe considerar, la comprensión del paciente, de su enfermedad y el tratamiento de la misma. La Artritis además afecta las relaciones sociales, tanto que el papel del paciente en el entorno familiar y social, puede ser alterado.

El apoyo y la comprensión familiar son fundamentales para fortalecer el bienestar, los hábitos saludables y cumplimiento terapéutico; sin embargo, el apoyo social también puede ejercer un efecto negativo, cuando los amigos y las personas encargadas del cuidado del enfermo son excesivamente solícitos; son incapaces de

comprender la enfermedad del paciente o de hacer frente a una situación. La pérdida del empleo y la disminución de los recursos económicos, también tiene marcada implicaciones sociales y psicológicas.

Para ayudar a disminuir el mal estado físico y emocional del paciente se utiliza la terapia Ocupacional la cual se define como “el arte y la ciencia de dirigir la participación del hombre en tareas seleccionadas para restaurar, fortalecer y mejorar el desempeño, facilitar el aprendizaje de aquellas destrezas y funciones esenciales para la adaptación y productividad, disminuir y corregir patologías, promover y mantener la salud. También se dice que es la utilización terapéutica de las actividades de auto cuidado, trabajo y de recreación para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida.

Este tratamiento abarca diversas áreas en el individuo que se ha visto afectado por cualquier deficiencia en el organismo y que por consiguiente lo lleva por distintos tipos de discapacidad. Provocando así limitación para realizar de manera independiente las actividades de la vida diaria. Estas son: área motora, sensorial, perceptiva, cognitiva, y social, y este se aplica de acuerdo a las necesidades que el individuo presente.

## **2.7. CRITERIOS QUE SE DEBEN TOMAR EN CUENTA EN LA EVALUACIÓN**

Para la aplicación de un adecuado tratamiento de terapia Ocupacional es necesario realizar una evaluación completa, que permita identificar el estado del paciente, y así plantear objetivos y metas más convenientes para el tratamiento.

En esta evaluación debe contemplarse, la función motora, área funcional, y el

área recreativa de la siguiente forma:

- 1- DATOS GENERALES DEL USUARIO:** En esta se contempla el nombre, edad, sexo, ocupación, dirección, historia clínica, el diagnóstico, tiempo de evolución, así como las precauciones y enfermedades asociadas.
  
- 2- VALORACIÓN DEL ÁREA MOTORA:** Se evalúa actitud postural (cambios de posición), amplitud articular con movimientos activos y pasivos de miembros superiores e inferiores de la fuerza muscular; a través de actividades que ofrezcan resistencia de forma gradual, de menor a mayor.
  
- 3- ÁREA FUNCIONAL:** Se evalúa la función de la mano, trofismo muscular, posición, rigidez o contractura, dolor, inflamación, deformidad, por medio de la observación y manipulación, se evalúa también las prensiones (palmares, digitales y pluridigitales), actividades de la vida diaria tales como: higiene, vestido, alimentación, recreación, y la capacidad para realizar transferencias

## **2.8. TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL A PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y OSTEOARTROSIS**

La planificación de un programa de terapia ocupacional, debe presentar la máxima consideración a la reacción psicológica del paciente, a su incapacidad residual, así como a la selección de actividades que le proporcionen el ejercicio requerido.

Existen dos factores de mucha importancia en el uso de terapia ocupacional.,

estos son:

A) La captación de la confianza y de la cooperación del paciente.

B) La instrucción del paciente con respecto a la actividad que debe realizar, para lo cual practicará el ejercicio necesario.

Para el cumplimiento de estos factores es importante investigar primero acerca del interés del paciente sobre determinadas actividades; así como brindarle una adecuada orientación de los objetivos que se persiguen al realizar las actividades. El terapeuta ocupacional debe formularse una serie de preguntas con el fin de identificar cuales son las más adecuadas para el paciente, estas interrogantes son:

¿Que tipo de artritis?, ¿Se trata de un proceso agudo o crónico?, ¿Existe peligro de agravar la enfermedad? , ¿No deben ejercitarse ciertas articulaciones? , ¿Existe todavía dolor y tumefacción?, ¿Existen grandes deformidades? .Una vez obtenida toda la información se procede al planteamiento de los objetivos para aplicar la terapia ocupacional, los cuales se mencionan a continuación.

1 - Mantener al máximo posible la función física.

2- Ayudar al paciente a adaptarse a la pérdida de la función ó compensar esta pérdida.

3- Preparar al paciente a la reintegración de su vida normal.

4- Mejorar el estado emocional.

La terapia ocupacional para estos pacientes emplea generalmente movimientos activos cuando el paciente es capaz de realizar una actividad por si mismo; y movimiento asistidos, cuando el paciente necesita la ayuda del terapeuta ocupacional para llevar a cabo una actividad. Dichos movimientos se realizan para el mantenimiento de las diversas áreas, con el equipo correspondiente este es:

### **AREA MOTORA**

Para mantener la amplitud articular deben utilizarse actividades en las que se alcancen mayor movimiento articular para ello se utiliza el siguiente material.

**1- Tablero de Tenodesis:** (tablero de ensamble).En pacientes con Artritis se utiliza solamente aquellos tableros que facilitan la prensión gruesa

**2 - Arco completo:** Utilizado para mantener el movimiento articular de hombro.

**3- Marco Escalador:** Se utiliza para conservar la flexión de hombro y extensión de codos.

**4- Poleas:** En ellas se realizan movimientos de miembros superiores.

**5 Rueda Marina:** sirve para realizar la rotación de hombro.

**6- Escaleras:** Flexión - Extensión de cadera, rodilla y tobillo

**7 - Pelotas de diferentes tamaños:** las pequeñas se utilizan para mantener la fuerza de la prensión palmar global, y las grandes para ofrecer resistencia a movimientos de

brazos y antebrazos

**8- El FETS:** este es un instrumento gradual que sirve para aumentar amplitud articular y fuerza o mantenerla en pronación y supinación. En los pacientes artríticos solamente se usara el movimiento de pronación.

**9- El aparato rotatorio de muñeca,** provee resistencia progresiva, esta se aplica en movimientos de muñeca

**10- El marco flexor:** genera resistencia a través de bandas de hule adheridas a pequeñas tablas de madera, se utiliza para mantener o aumentar la fuerza de los flexores de dedos, incluyendo el pulgar .Todos los materiales antes mencionados se pueden observar en el anexo n·5

Para prevenir y corregir deformidades se realiza:

Férulas: Dependiendo de la deformidad que el paciente presenta, tales como la desviación radial de muñeca, la cual se forma como compensación a la desviación cubital de los huesos del carpo originando la desviación cubital de los dedos.

La deformidad de las articulaciones innterfalangicas pueden ser en cuello de cisne, deformidad en abotonado, deformidades fijas en flexión extensión, deformidades del pulgar (hiperextensión interfalangica) (ver anexo 6)

Se debe tener en cuenta que tipo de férula se va a elaborar, ya que, si el objetivo es prevenir la deformidad se utilizara férulas estáticas por la noche, siendo la más recomendable la funcional, si el objetivo es evitar el progreso de la deformidad de cuello



de cisne; se utiliza las férulas estáticas para dedos por la noche. Cuando la deformidad se encuentra acentuada, únicamente se utiliza la férula dinámica. (ver anexo 8 )

#### Elaboración de adaptaciones:

Esta dependen de la incapacidad que el paciente presente para realizar sus actividades de la vida diaria, en la fabricación de esta se utilizaran diferentes materiales en los que se toman en cuenta diversos factores: peso, flexibilidad, duración, limpieza, color, textura, comodidad. Los materiales a utilizar son: velcro, cartón, esponja, pelotas de hule, stoqunette, tela, durapack, alambre, cuerina, hilo, aguja, pegamento.(ver anexo 8 )

Para mantener la Fuerza Muscular se realizaran actividades que ofrezcan cierto grado de resistencia; esta resistencia debe ir de acuerdo al valor muscular que el paciente posea.

Las actividades que podemos realizar son: Actividades con plastilina, actividades con pelotas pequeñas, actividades en plano inclinado.

#### **B- AREA FUNCIONAL.**

Para mantener la función de la mano, se puede utilizar los siguientes materiales: Tablero de montesori, tablero de Tenodesis tablero de las actividades de la vida diaria, pelota de diferentes tamaños, tablero de cilindros, plastilina, y actividades manuales.

Para mantener las actividades de traslado se enseña al paciente a realizar las diferentes transiciones, en las de vestido se adiestra al paciente a colocarse ropa interior, exterior y calzado, para una adecuada alimentación se instruye el uso de utensilios de comida y bebida con sus respectivas adaptaciones, en la higiene personal, se adiestra al

paciente a utilizar las adaptaciones que sean necesarias en la incapacidad que este presente para lograr la independencia posible.

Es muy importante tomar en cuenta el área recreativa, ya que permite disminuir el estrés y la ansiedad, y ayuda a mejorar las relaciones interpersonales, beneficiando así su autoestima; existen actividades para lograr estos objetivos tales como: paseos, y terapias de grupo.

## **2.9. PRECAUCIONES PARA EL TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL.**

1. No mantener posturas inadecuadas y por largos periodos.
2. Actividades que proporcionen demasiada resistencia.
3. Actividades que acentúen el dolor.
4. Actividades que mantengan las articulaciones en posición estática.
5. Actividades que favorezcan la desviación cubital.
6. Actividades que involucren solamente prensión fina.
7. Evitar férulas estáticas, a menos que se este previniendo la deformidad.
8. Evitar cambios climáticos de temperatura.

## **210. BENEFICIOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y OSTEOARTROSIS.**

Las actividades de la vida diaria del ser humano, son parte fundamental de este, ya que les permite su desarrollo integral en el transcurso de su vida. Sin embargo muchas veces se ven limitadas por diversos tipos de afectación que se presentan cuando una patología invade el organismo, provocando incapacidad para poder realizarlas de una forma normal e independiente. Uno de los padecimientos más comunes por la que estas se ven afectadas en la población Salvadoreña es la Artritis en las diferentes formas, pues estas no distinguen raza, color, sexo, ni edad.

El tratamiento de terapia Ocupacional es para estos pacientes una alternativa de solución a sus dificultades, para poder realizar las actividades de la vida diaria, pues aunque esta no pretende pelear por completo las limitaciones que la Artritis Reumatoide la Osteoartrosis producen, si logra obtener al máximo posible la independencia personal de quienes las presentan.

Los principales beneficios que la Terapia Ocupacional proporciona son:

- La orientación que se le brinda a los pacientes y a su familia sobre los conocimientos reales de la enfermedad, y las posibilidades de recuperación con la terapia.
- La enseñanza de actividades que mantenga la funcionabilidad de las articulaciones afectadas.

- Facilitación de adaptaciones y férulas para poder realizar con una menor dificultad las actividades de vestido, higiene, alimentación y traslado. Las férulas ayudan a disminuir el dolor y evitar o retardar la evolución de las deformidades.

- Permite lograr una estabilidad emocional en el paciente, pues este realizara sus actividades de la vida diaria de forma más independiente.

-Las terapias grupales mejoran su autoestima y su capacidad de sociabilización ayudando con ello a mantener las actividades de recreación.

-La aplicación de las actividades manuales ayudan a utilizar los miembros afectados y a que el paciente se de cuenta que a pesar de la deformidades es posible realizar trabajos productivos.

## **2.11. DEFINICION DE TÉRMINOS BÁSICOS**

**Articulación:** Conexión entre dos huesos.

**Artritis:** Cualquier inflamación de articulación con dolor.

**Artritis infecciosa ó séptica:** forma aguda de artritis caracterizada por inflamación bacteriana de una articulación producida por una diseminación de la misma a través de la corriente sanguínea, desde una infección en cualquier punto del organismo o por contaminación de la articulación en el curso de un traumatismo o de una intervención quirúrgica.

**Artritis Enteropática:** Tipo de artritis periférica suele ser simétrica en el comienzo y acostumbra a ser migratoria afectándose más las rodillas v los tobillos.

**Artritis Juvenil:** Forma de artritis que por lo general afecta las grandes articulaciones en niños menores de 16 años de edad.

**Artritis Piógena aguda:** infección bacteriana aguda que afecta a una o más articulaciones y es producida por un traumatismo o herida penetrante afectando sobre todo niños.

**Artritis Reactiva:** Artritis séptica desencadenada por un agente infeccioso localizado fuera de la articulación.

**Artritis Vírica:** infección por un virus directamente en el líquido sinovial provocando una respuesta inmunitaria.

**Cartilago:** Tejido conectivo de sostén, no vascularizado, constituido por diversas células y fibras que se localizan sobre todo en articulaciones, tórax, diversos conductos rígidos como laringe traquea, nariz y oreja.

**Deformidad:** Estado de distorsión, desfiguración o malformación que puede afectar al cuerpo en general o en alguna de sus partes y se puede deber a una enfermedad, lesión o malformación.

**Eritema:** Enrojecimiento de la piel o de las membranas mucosas como resultado de la dilatación y congestión de los capilares superficiales.

**Férula:** Dispositivo ortopédico, para inmovilizar, limitar el movimiento o sostener cualquier parte del cuerpo. Esta puede ser rígida o flexible.

**Hiperalgnesia:** Aumento del dolor a la palpación.

**Membrana Sinovial:** Capa interna de la cápsula articular que rodea una articulación que se mueve libremente.

**Metacarpofalangica:** Porción media de la mano compuesta desde el 1 ° al 5° dedo empezando por el pulgar.

**Nódulos reumatoideos:** Bultos de tejido, que se forman bajo la piel a menudo sobre áreas óseas expuestas a presión.

**Patología:** Estudio de las características, causas, y efectos de la enfermedad tales como refleja y función del organismo.

**Quimiotaxis:** Respuesta que supone un movimiento positivo hacia un estímulo químico o negativo alejándose del mismo.

**Rigidez:** Estado de dureza o inflexibilidad.

**Sinovitis:** Trastorno inflamatorio de la membrana sinovial de una articulación como resultado de una herida aséptica o una lesión traumática.

**CAPITULO III**  
**SISTEMA DE HIPÓTESIS**



### **3 .SISTEMA DE HIPÓTESIS**

#### **3.1. HIPÓTESIS DE TRABAJO**

La aplicación de la terapia ocupacional en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide y Osteoartrosis disminuye la dependencia en sus actividades de la vida diaria.

#### **3.2. HIPÓTESIS NULA**

La aplicación de la terapia ocupacional en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide y Osteoartrosis no disminuye la dependencia en sus actividades de la vida diaria.

### 3.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES E INDICADORES

HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES	INDICADORES
<p>La aplicación de la terapia ocupacional en pacientes con diagnostico de artritis reumatoide y osteoartritis disminuye la dependencia en las actividades de la vida diaria.</p>	<p>- Terapia Ocupacional</p> <p>-Artritis Reumatoide y Osteoartritis</p> <p>Dependencia en las actividades de la vida diaria</p>	<p>- Es un tratamiento mediante el cual se realiza una actividad intencionada para llevar a cabo los objetivos perseguidos.</p> <p>- Es una forma común de Artritis que produce inflamación en el revestimiento de las articulaciones.</p> <p>- Se denomina así al desgaste del Cartílago de las articulaciones, en la que se produce dolor y rigidez.</p> <p>- Perteneciente a o relativo de necesitar de alguien o algo, apoyo</p>	<p>- Actividades para :</p> <p>- Motricidad gruesa</p> <p>- Motricidad fina</p> <p>- Férulas dinámicas y Estáticas</p> <p>- Adaptaciones de:</p> <p>a- Higiene</p> <p>b- Vestido</p> <p>c- Alimentación</p> <p>d- Comunicación</p> <p>e- Traslado.</p>

**CAPITULO IV.**  
**DISEÑO METODOLÓGICO.**

## **4. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La investigación se caracterizo por ser: **Analítica explicativa**, dado que cumplía con todos los aspectos del trabajo, por que con ello se dio a conocer las actividades de la vida diaria que fueron beneficiadas al aplicar la terapia ocupacional en las personas con artritis reumatoide o Osteoartrosis en estudio, y de esa manera se favoreció su calidad de vida. También la investigación fue prospectiva pues la información que se obtuvo en la evaluación inicial se comparo con los datos recopilados en la reevaluación, midiendo así la mejoría del paciente.

### **4.2 UNIVERSO**

Fueron todos aquellos pacientes con diagnostico de Artritis reumatoide y osteoartrosis entre las edades de 30 – 70 años, que se encontraban afectados de los miembros superiores, los cuales ameritaban terapia ocupacional y asistían al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente siendo un total de 15 pacientes los que ingresaron durante la primera semana de julio de 2003, y permanecieron estos mismos en el transcurso de la ejecución..

### **4.3 MUESTRA**

No se tomó una muestra, ya que la población fue pequeña y estaba acorde con la investigación; lo que se realizó fue un censo en el que se obtuvo una información verdadera y exacta acerca del fenómeno estudiado. El trabajo se enfocó en la observación de los elementos de la población durante el proceso de ejecución. No se

realizó prueba estadística dada la naturaleza de la investigación; sin embargo habiéndose planteado las hipótesis se concluyó en relación a ella utilizando los datos que se obtuvieron durante la ejecución.

#### **4.4. TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

**A- DOCUMENTALES:** Entre estas se utilizaron las documentales, Hemerográficas, escritas con las que se obtuvo la información teórica.

**B- DE CAMPO:** Se hizo uso de la observación, la entrevista que permitió obtener datos objetivos para la investigación.

#### **4.5. INSTRUMENTOS**

Los instrumentos que se utilizaron en el registro de la información fueron: Fichas bibliográficas, Hemerográficas, archivológicas, que se utilizaron para enriquecer los conocimientos teóricos. También se usó una libreta de notas, dos guías de entrevistas, y una ficha de evaluación de terapia ocupacional, en las cuales se registró los datos de cada uno de los pacientes

**La libreta de notas:** Fue de mucha ayuda pues en ella se plasmó la evolución del paciente y otros detalles que no se pudieron evaluar en la cédula de entrevista.

**Guía de Entrevista:** Sirvió para entidades de diferentes disciplinas relacionados con la patología en estudio (ver anexo 9 y 10)

**Ficha de evaluación de terapia ocupacional:** Ofreció la información fundamental del estudio, pues a través de ella se conoció las condiciones en las que el paciente se encontraba (ver anexos 11)

#### **4.6. PROCEDIMIENTO:**

Se hizo la selección del tema a investigar; una vez definido y aprobado este, se prosiguió a la recolección de los datos de las diferentes fuentes de información; luego se estableció la coordinación con el centro donde se llevo a cabo el tratamiento. Posteriormente se elaboró el protocolo de investigación el cual se ejecutó durante el periodo de Julio a Septiembre de 2003.

La ejecución de la investigación se inicio en la primera semana de Julio donde se seleccionó los pacientes que presentaron artritis reumatoide y Osteoartrosis de miembros superiores; una vez determinada la muestra se obtuvo un total de 15 pacientes, designando a cada terapeuta un numero de 5 personas, el cual estuvo a cargo de ellos durante los tres meses de ejecución , posteriormente se informo acerca de los días y el horario que asistirían al tratamiento de terapia Ocupacional. Se procedió a la evaluación física de cada uno de ellos, información que permitió conocer el estado en que se encontraban y el grado de funcionalidad que poseían en sus miembros superiores, lo que dio la pauta para que se elaborara el plan de tratamiento mas conveniente, con el que al final de la ejecución se logro mejorar su calidad de vida. El tratamiento se realizó de forma individualizada de manera que cada terapeuta se formuló sus propias actividades de acuerdo a las necesidades y capacidades de sus pacientes,

quienes una vez familiarizados con los terapeutas, dio paso a las terapias grupales las que se realizaban los días jueves en donde se ejecutaron actividades manuales como: canastas y flores de papel, manteleros de lazo, sombreros de lazo, flores de migajón, actividades recreativas, y charlas que iban encaminadas a la orientación de pacientes y familiares. A los pacientes que se encontraban con más limitaciones físicas por causa de su enfermedad, se integraron al programa de visitas domiciliarias, el cual consistió en desplazarse hasta el hogar del paciente para verificar su dependencia en cuanto a su traslado en el hogar y demás actividades de la vida diaria, por lo que se realizaron diferentes adaptaciones en el hogar de tres pacientes cada una de acuerdo a las necesidades que presentaba cada quien con el objetivo de facilitar la independencia del paciente en su hogar, al máximo posible.

Tomando en cuenta que la Artritis Reumatoide y la Osteoartritis, causa deformidades inevitables, se elaboraron férulas para evitar el progreso de esta o para retardar su aparición; otra de las manifestaciones físicas que también afectó la funcionalidad del paciente fue la limitación articular de miembros superiores, para ello se realizaron adaptaciones para mejorar sus actividades de la vida diaria.

Los beneficios que se obtuvieron con la terapia ocupacional se midieron a través de notas de evolución cada fin de mes, y al término de los tres meses de tratamiento se realizó una evaluación final de manera que con los resultados de ella se verificó que la hipótesis formulada fue positiva, también fue necesaria para la tabulación, análisis e

interpretación de los datos recolectados que sirvieron de base para la elaboración de conclusiones y recomendaciones. Se concluyó en relación a ellas.



## CUADRO N° 1

### Población de pacientes por edad y sexo

<b>Sexo</b> <b>Edad (años)</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>%</b>	<b>MUJERES</b>	<b>%</b>
30 - 40	0	0	3	23.08
40 - 50	1	5	3	23.08
50 - 60	0	0	2	15.38
60 - 70	1	50	3	23.08
70 - 80	0	0	2	15.38
TOTAL	2	100	13	100

Fuente: Guía de evaluación dirigida a la población en estudio

#### **ANALISIS:**

El primer cuadro contiene las edades y sexo de la población estudiada; en las edades de 30 a 40 años esta representada por el 23.08%, de 40 a 50 años tiene el mismo porcentaje anterior; de 50 a 60 años se ubica con el 15.38% de 60 a 70 años el 23.08% y de 70 a 80 años el porcentaje es de 15.38%.

#### **INTERPRETACION:**

Partiendo del análisis anterior se puede decir que el mayor porcentaje lo constituye el sexo femenino, debido a que la artritis afecta más a las mujeres que a los hombres; desconociendo los factores que inciden para que se de esta prevalencia

## CUADRO N° 2

### Población de según la ocupación u oficio.

Sexo Ocupación	HOMBRES		MUJERES	
	HOMBRES	%	MUJERES	%
<b>AMA DE CASA</b>	0	0	10	76.92
<b>COMERCIANTE</b>	1	50	1	7.69
<b>AGRICULTOR</b>	1	50	0	0
<b>MAESTRO</b>	0	0	2	15.38
<b>TOTAL</b>	2	100	13	100

Fuente: Guía de evaluación dirigida a la población en estudio.

### **ANALISIS:**

El segundo cuadro está orientado a dar a conocer la ocupación que desempeñan o desempeñaban los pacientes; el 76.92% se dedica a los oficios domésticos, los comerciantes, el 7.69% representado por mujeres, y el 50% hombres; los maestros lo ocupa el sexo femenino con el 15.38% ; la agricultura la representa el 50% del sexo masculino.

### **INTERPRETACION:**

La ocupación y oficio en las personas afectadas no influye en la aparición de este tipo de enfermedad, es por eso que las amas de casa, comerciantes, maestros y agricultores, tienen la misma posibilidad de padecerla; no obstante la ocupación si puede influir en la acentuación de los signos y síntomas.

### CUADRO N° 3

#### Clasificación del tipo de artritis

<b>TIPO DE ARTRITIS</b>	<b>N° DE PACIENTES</b>	<b>%</b>
<b>Reumatoide</b>	5	33.33
<b>Osteoartrosis</b>	10	66.66
<b>Total</b>	15	100

Fuente: Guía de evaluación dirigida a población de estudio.

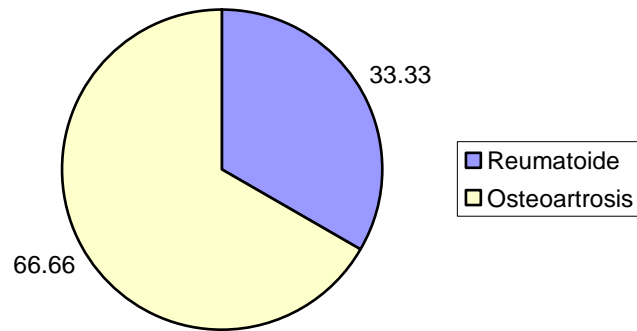
#### ANÁLISIS:

En este cuadro se observa el tipo de artritis que presentaban los pacientes registrándose mayor prevaecía en la osteoartrosis con el 66.66%, seguida de la artritis reumatoide con el 33.33 % .

#### INTERPRETACIÓN:

Este cuadro indica que de los tipos de artritis en estudio la artritis osteoartosis es la que presenta mayor incidencia, en comparación con la artritis reumatoide, desconociéndose la causa de este fenómeno.

**Grafico Nº 1. Clasificación del tipo de artritis**



Fuente: Cuadro Nº 3.

#### CUADRO N° 4

##### Población de pacientes de acuerdo al periodo de evolución de la enfermedad

<b>Años con diagnostico de artritis</b>	<b>N° de pacientes</b>	<b>\$</b>
<b>0 – 2</b>	<b>2</b>	<b>13.33</b>
<b>2 – 4</b>	<b>1</b>	<b>6.67</b>
<b>4 – 6</b>	<b>5</b>	<b>33.33</b>
<b>6 – 8</b>	<b>4</b>	<b>26.67</b>
<b>8 – 10</b>	<b>3</b>	<b>20</b>
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

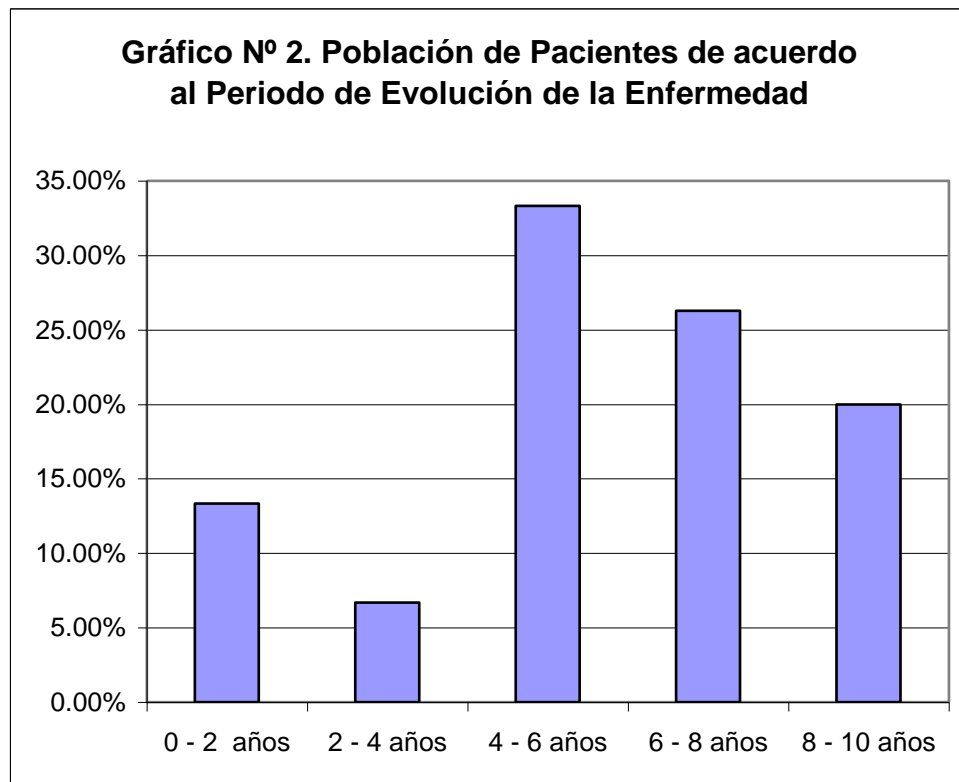
Fuente: Guía de evaluación dirigida a población de estudio.

#### ANÁLISIS:

El periodo de evolución de la enfermedad de cada paciente varía, según muestra éste cuadro ya que de cero a dos años de evolución se encuentra un 13.33% de la población; el 6.67% lo conforman los que prestan una evolución de 2 a 4 años; entre los 4 o 6 años de evolución lo representa el 33.33%; el porcentaje de 26.67% lo conforman los de 6 a 8 años de transcurrida la enfermedad y por último un 20% lo representa de los 8 a 10 años de evolución.

## **INTERPRETACIÓN:**

Como se observa en el cuadro anterior el periodo de evolución de ésta enfermedad varía, ya que la mayoría de éstos pacientes se encuentran entre los cuatro y seis años de evolución, pauta para decir que muchos pacientes recurren al tratamiento hasta que los signos y síntomas se encuentran bastante acentuados.



Fuente: Cuadro N° 3

## CUADRO N ° 5

### Clasificación de acuerdo a la etapa de artritis que se encuentran los pacientes.

Tipo de Artritis Etapa	ARTRITIS REUMATOIDE	%	ESTEOARTRITIS	%
Transitoria	1	20	2	20
Aguda	2	40	1	10
Sub aguda Crónica	2	40	7	70
TOTAL	5	100	10	100

Fuente. Guía de evaluación dirigida a la población en estudio.

### ANÁLISIS

El cuadro número cinco muestra las etapas en que se encontraban los pacientes con artritis reumatoide; el 20% se encontraba en la etapa transitoria; en la etapa aguda los representa el 40% y el otro 40% se colocó en la etapa sub-aguda crónica. Con respecto a la Osteoartrosis el 20% se colocó en la etapa transitoria, mientras que un 10% representaba la fase aguda y por último el 70% se encontraba en la fase sub-aguda crónica.

## **INTERPRETACIÓN.**

Esta parte comprende la clasificación de las etapas de los dos tipos de artritis en estudio, estos son tres; etapa aguda, etapa transitoria y etapa sub-aguda crónica.

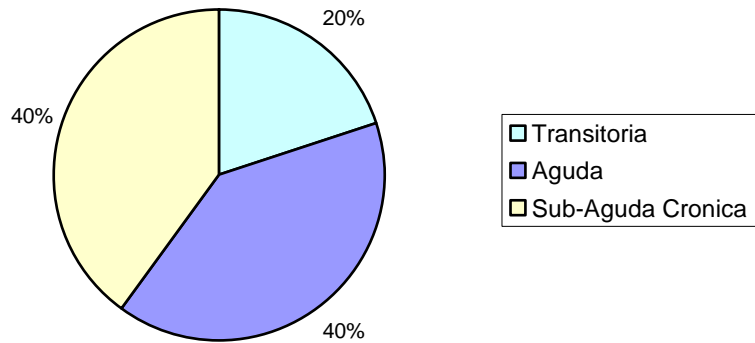
La etapa transitoria: es el periodo en el cual el paciente sufre recidivas y remisiones de la enfermedad, motivo por el cual este llega a pensar en una recuperación total.

Etapa aguda: es la fase de inicio en la que los signos y síntomas aparecen súbita y severamente.

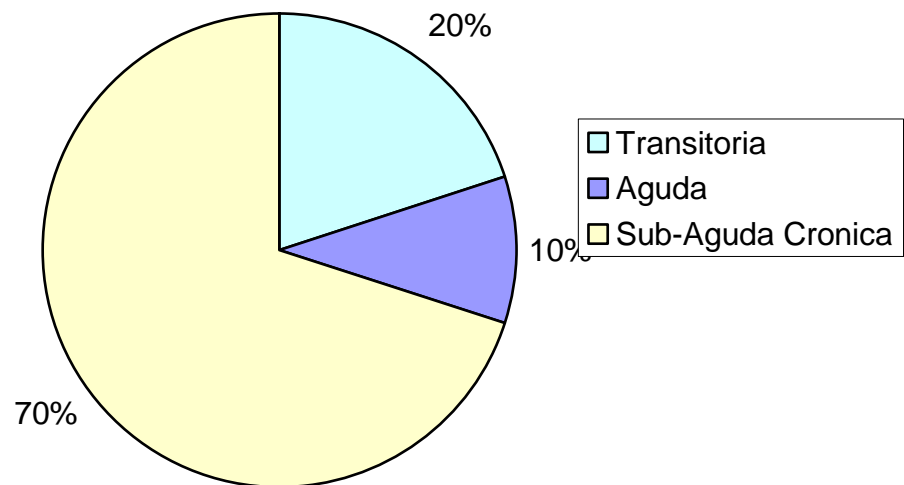
Etapa sub-aguda crónica: se caracteriza porque en ella la degeneración articular ha avanzado significativamente hasta alcanzar los diferentes tipos de deformidades. El mayor porcentaje de pacientes se encontraban en la etapa sub-aguda crónica y esto se debe a que estos acuden a rehabilitación hasta que observan la degeneración progresiva de sus articulaciones.



**Gráfico N° 3. Clasificación de Acuerdo a la Etapa en la que se Encuentran los Pacientes con Artritis Reumatoide**



**Gráfica N° 4. Clasificación de Acuerdo a la Etapa en la que se Encuentran los Pacientes con Osteoartrosis**



Fuente: Cuadro N° 5

## Cuadro N° 6

### Datos de acuerdo a los signos y síntomas que presentan los pacientes en la evaluación inicial y en la evaluación final

Signo y Síntoma intensidad	Evaluación Inicial				Evaluación final			
	Dolor	%	Inflamación	%	Dolor	%	Inflamación	%
Leve	3	20	5	33.33	60	2	13.33	
Moderado	7	46.67	4	26.67	6.67	0	0	
Severo	5	33.33	0	0	0	0	0	
Sin signo	0	0	6	40		13	86.67	
Total	15	100	15	100	15	15	100	

### ANÁLISIS

Este cuadro da a conocer los signos y síntomas tanto en la evaluación inicial, como en la reevaluación; el dolor en la evaluación inicial se encontró leve en un 20%, el 46.67% lo presentaban moderado y el 33.33% lo tenían severo, encontrándose toda la población con dolor, en distintos grados de intensidad, en cuanto a la inflamación el 33.33% la presentaba con una intensidad leve; el 26.67% la poseía moderada y un 40% no presentaba inflamación.

En la evaluación final el dolor disminuyó considerablemente, puesto que un 33.33% no presentó dolor; un 60% lo manifestó leve y solamente un 6.67% expresó tenerlo moderado, haciendo énfasis que ninguno presentó dolor severo. La inflamación

se logro controlar igual que el dolor ya que solamente el 13.33% la presento leve y el 86.67% no la presento.

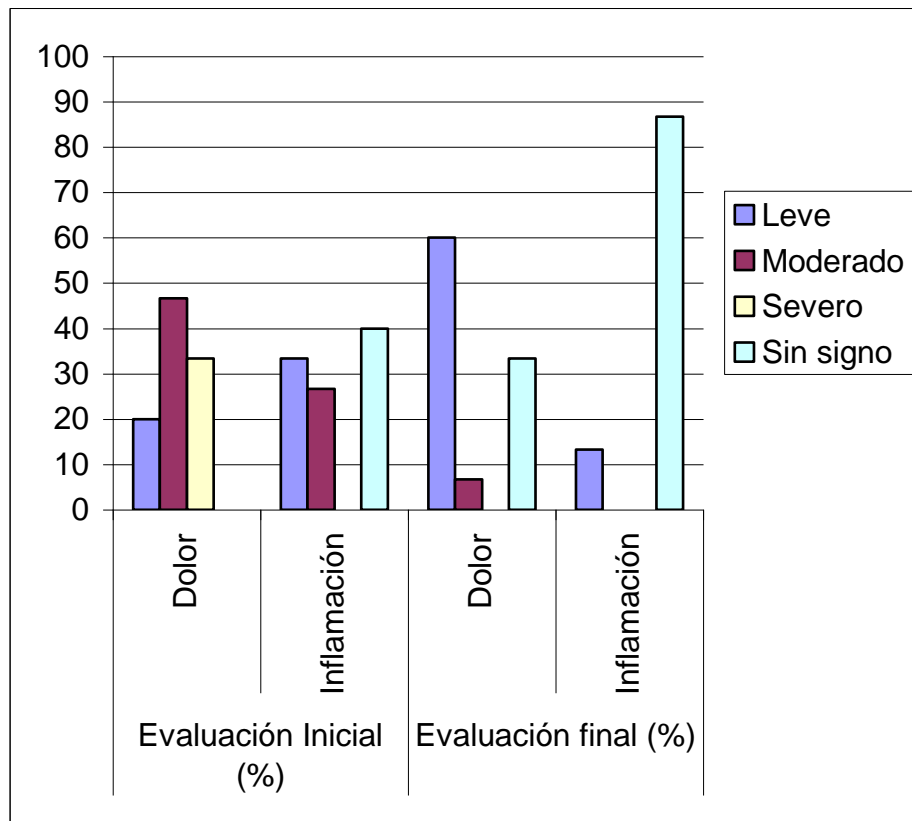
## **INTERPRETACIÓN**

El cuadro anterior se considera de suma importancia ya que al momento de evaluación física realizada a los pacientes con diagnostico de Artritis Reumatoide y Oostorritis; se tomaron en cuenta los siguientes parámetros de valoración física como son : Dolor e inflamación, dando a conocer que estos son muy frecuentes en los pacientes con este padecimiento.

Haciendo énfasis, que los signos y síntoma antes mencionados pueden aparecer en diversas articulaciones: hombro, codo, muñeca, dedos y pulgar tomando en cuenta que además pueden afectar los miembros inferiores y a partir de ello es muy importante la aplicación de la terapia Ocupacional para una mejor calidad de vida.

**Gráfica No. 5**

**Datos de acuerdo a los signos y síntomas que presentan los pacientes en la evaluación inicial y en la evaluación final.**



Fuente: Cuadro N° 6

## CUADRO N° 7

### Deformidad que presenta la población en estudio

<b>Deformidad</b>	<b>N° de Pacientes</b>	<b>%</b>
Cuello de cisne	4	26.67
Abotonado	3	20
Martillo	2	13.33
Sin deformidad	6	40
Total	15	100

Fuente: guía de evaluación dirigida a población en estudio

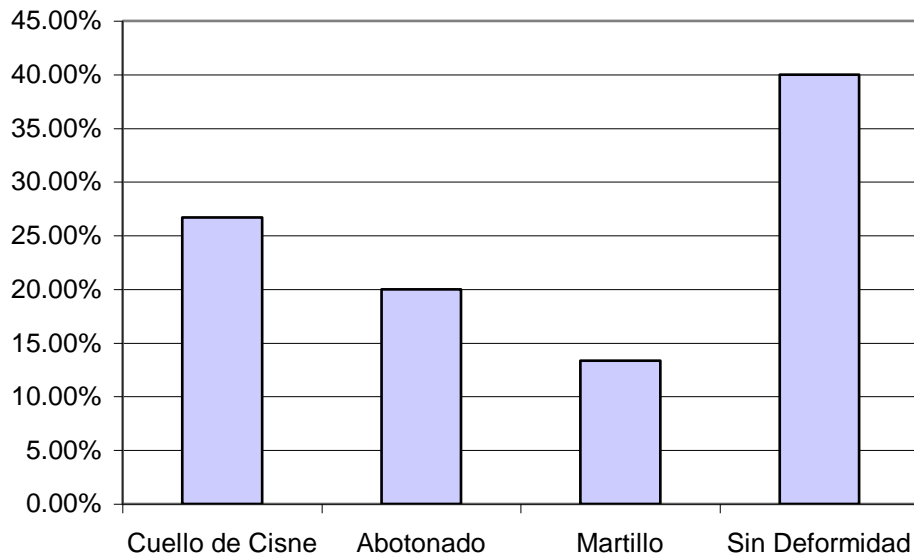
## ANÁLISIS

Entre las deformidades que presentaban los pacientes con Artritis Reumatoide y Osteoartritis están cuello de cisne que se coloca en un 26.67%; la deformidad de abotonado la presento un 20%; la deformidad de martillo se encontró en un 13.33; y un 40% no presento deformidad.

## INTERPRETACIÓN

En el cuadro anterior se dan a conocer los pacientes que presentaron deformidad y los que no presentaron, observando lo siguiente: La mayoría presento deformidad iniciando por la de cuello de cisne, abotonado y martillo; la menor parte de la población no las presento aunque la cantidad es considerable, esto se debe a que la mayoría de la población presenta Osteoartritis, y esta no es la manifestación característica como lo es en la Artritis. Reumatoide.

**Grafica N° 6. Deformidad que Presenta la Población en Estudio**



Fuente: Cuadro N° 7

## CUADRO N° 8

**Tipos de Alteración Sensitiva presentada en la población en estudio.**

TIPO DE ARTRITIS	TIPO DE SENSIBILIDAD				
	Superficial			Profunda	
	Conservada	Parestesia	Anestesia	Conservada	Alterada
Artritis reumatoide	3	2	0	5	0
Osteoartrosis	7	3	0	10	0
Total	10	5	0	15	0

Fuente: Guía de evaluación dirigida a población en estudio

### ANÁLISIS.

La sensibilidad superficial en la Artritis Reumatoide la tenían conservada 3 pacientes mientras que en la Osteoartrosis eran 7 pacientes.

Con parestesia en la Artritis Reumatoide estaban 2 y en la Osteoartrosis 3; la sensibilidad profunda se mantuvo conservada en los 15 pacientes en estudio.

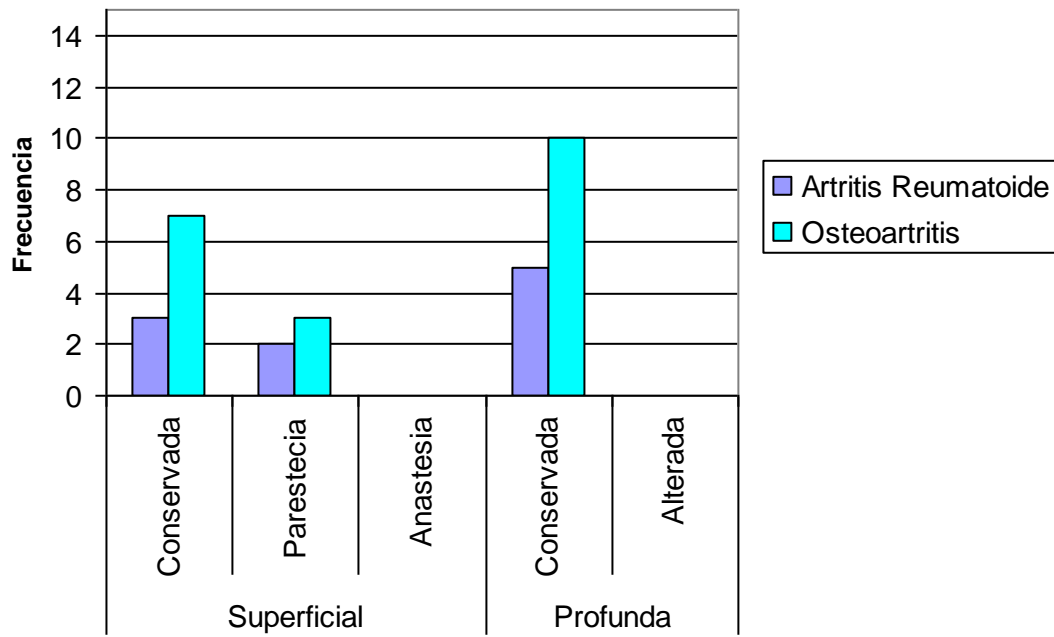
### INTERPRETACIÓN

Según este cuadro se observa como la sensibilidad superficial no se ve muy afectada y la profunda se mantuvo conservada en ambas patologías,

Esto se debe a que la alteración de la sensibilidad no es un signo característico en este tipo de padecimientos.

Sin embargo se evaluó por la razón de que algunos pacientes poseían otro tipo de enfermedades asociados como eran la diabetes y esto sirvió para tomar las precauciones del caso a la hora de planificar el tratamiento.

**Gráfica N° 7 . Alteración Sensitiva Presentada en los Pacientes**



Fuente: Cuadro N° 8.



## CUADRO N° 9

### Tipos de prensión antes y después de la aplicación del tratamiento

Forma de realizar la prensión	Primera Evaluación	%	Evaluación final	%
Ningún valor	0	0	0	0
Vestigio	1	6.66	0	0
Incorrecta sin fuerza	3	20	3	20
Incorrecta con fuerza	4	26.67	0	0
Correcta con fuerza	4	26.67	0	0
Correcta sin fuerza	7	46.67	12	80
Correcta con fuerza	0	0	0	0
Total	15	100	15	100

Fuente: Guía de evaluación dirigida a población en estudio

### ANÁLISIS:

El presente cuadro muestra la forma en que el paciente realizaba la prensión manual, por lo que en la primera evaluación no hubo un porcentaje sin ningún valor, el 6.66% presento vestigios, incorrecto sin fuerza un 20%, el 26.67% se colocó en la correcta sin fuerza y nadie logró hacer la correcta con fuerza; en la evaluación final no hubo porcentaje en ningún valor y vestigios; el 20% realizó la prensión incorrecta sin fuerza; un 80% logró la correcta sin fuerza, mientras que la correcta con fuerza no fue obtenida en ningún paciente.

## **INTERPRETACIÓN**

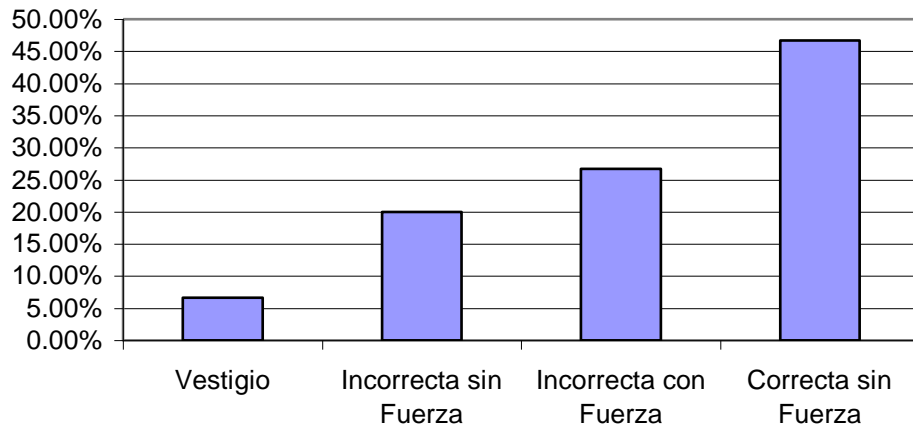
En este cuadro se registro la primera evaluación y la evaluación final de la forma en que los pacientes realizaban la prensión, entre estos estaban ningún valor el cual consiste en que no existe movimiento alguno de la mano; vestigio cuando el paciente realiza contracciones musculares al momento de querer realizar la prensión incorrecta sin fuerza: La persona no realiza la prensión adecuadamente ni posee la fuerza necesaria para llevarle a cabo.

Incorrectamente con fuerza: el paciente posee la fuerza suficiente pero no realiza la prensión de forma correcta, debido a la deformidad.

Correcta sin fuerza: realiza la prensión de forma normal pero la fuerza no es la requerida para sostener un objeto pesado.

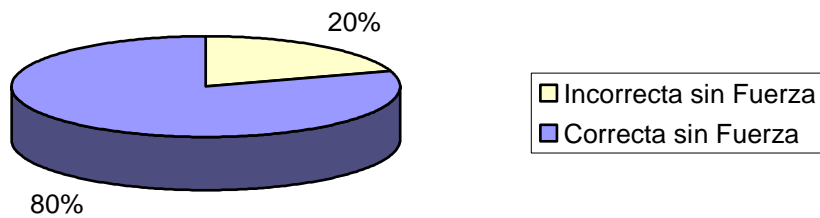
Correcta con fuerza: consiste en que posee la capacidad de realizar la prensión de manera normal. Al final de la reevaluación ninguno de los pacientes llego a esta categoría ya que la Osteoartritis y Artritis Reumatoide son irreversibles y siguen un proceso degenerativo de la articulación.

**Grafica N° 8. Evaluación de la Prensión Antes de la Aplicación del Tratamiento.**



Fuente: Cuadro N° 9

**Grafica N° 9. Evaluación de la Prensión Después de la Aplicación del Tratamiento**



Fuente: Cuadro N° 9

## CUADRO N° 10

### Nivel de funcionalidad de ambas manos en evaluación inicial y en evaluación final de población en estudio

Lateralidad Nivel Funcional	Evaluación Inicial				Evaluación final			
	Mano derecha	%	Mano izquierda	%	Mano derecha	%	Mano Izquierda	%
Funcional	4	26.67	4	26.67	7	46.67	9	60
Semifuncional	8	53.33	9	60	8	53.33	6	40
No funcional	3	20	2	13.33	0	0	0	0
Total	15	100	15	100	15	100	15	100

Fuente: Dirigida a población en estudio Guía de Evaluación

#### ANÁLISIS.

Este cuadro indica los datos obtenidos sobre el nivel funcional de la mano, de acuerdo a su lateralidad. Por lo que en la evaluación inicial de la mano derecha se registro funcional en un 26.64%; semifuncional en un 53.33% de pacientes y solo el 20% eran funcional. La mano izquierda era funcional para el 26.67%; el 60% era semifuncional y un 13.33% no eran funcional.

En la evaluación final de la mano derecha el nivel funcional lo tenían un 46.67% de la población; el nivel semifuncional lo presento un 53.33%; no habiendo pacientes en el nivel no funcional.

La mano izquierda, el 60% se colocó en el nivel funcional; y el 40% presento un nivel semifuncional, sin registrarse porcentaje en el nivel no funcional.

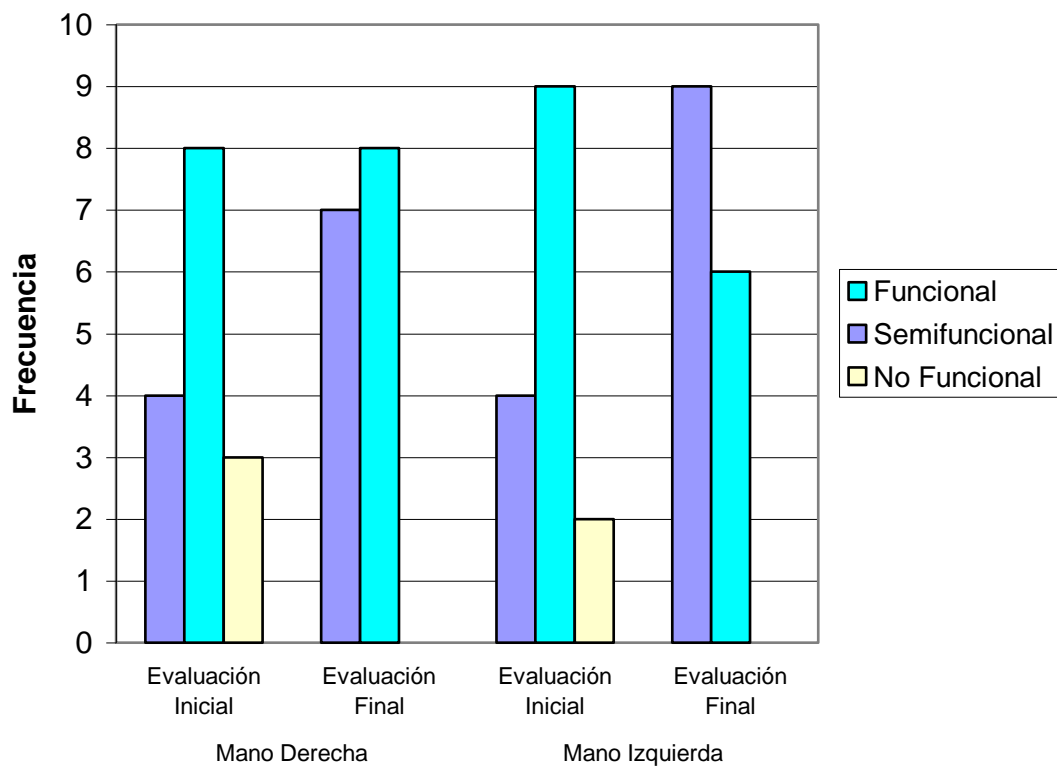
## **INTERPRETACIÓN**

En este cuadro se hace una comparación de los niveles de funcionabilidad de ambas manos siendo éstas:

- Nivel Funcional: Consiste en que el paciente es independiente en cuanto a la utilización de ambas manos.
- Semi- funcional: Si refiere al uso de una o ambas manos de manera parcial.
- No funcional: Cuando el paciente no es capaz de realizar actividades manuales.

En los datos de la reevaluación nuestra que después de la aplicación del tratamiento de terapia ocupacional y la elaboración de adaptaciones y férulas incremento el número de pacientes para el nivel funcional de ambas manos.

**Grafica N° 10. Nivel de Funcionabilidad de Ambas Manos**



Fuente: Cuadro N° 10

## CUADRO N° 11

### Datos de acuerdo a la dependencia de las actividades de la vida diaria.

Funcionabilidad Actividades de la Vida diaria	Evaluación Inicial						Evaluación final					
	I	%	S	%	D	%	I	%	S	%	D	%
Traslado	7	13.70	3	15	5	2.31	7	11.67	7	28	1	20
Alimentación	10	19.60	5	25	-	-	12	20	3	12	-	-
Vestido	8	15.70	4	20	3	15.80	11	18.33	4	16	-	-
Higiene	11	21.58	3	15	1	5.26	13	21.67	2	8	-	-
Comunicación	12	23.52	3	15	-	-	14	23.33	1	4	-	-
Recreación	3	5.90	2	10	10	52.63	3	5	8	32	4	80
Total	51	100	20	100	19	100	60	100	25	100	5	100

Fuente: Guía de evaluación dirigida a población en estudio

Clave: I: independiente S: semidependiente D: dependiente

#### ANÁLISIS:

Este ultimo cuadro corresponde a la evaluación y reevaluación de los pacientes de acuerdo a la dependencia de la vida diaria, en la evaluación inicial lo represento cinco pacientes en alimentación ninguno; en vestido 3, en higiene 1, en recreación 10 pacientes.

En la reevaluación se menciona los porcentajes de la dependencia los cuales son los siguientes en la alimentación, vestido, higiene y comunicación no se registro

población dependiente solamente en traslado que se presento uno, y en recreación 4 pacientes.

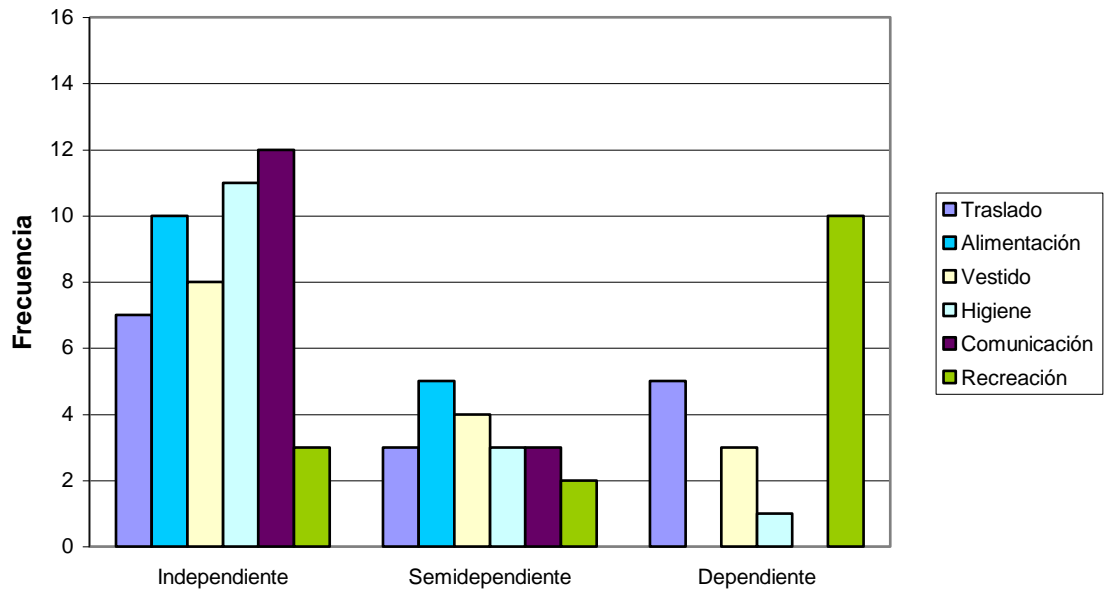
## **INTERPRETACIÓN**

El ultimo cuadro señala los datos obtenidos de la evaluación inicial y reevaluación de las actividades de la vida diaria que son muy importantes y fundamentales de realizar para los pacientes, estas se han clasificado en traslado, alimentación, higiene, vestido, comunicación y recreación, y según la funcionalidad del paciente estas pueden ser dependiente, semidependiente, o independiente, para el caso se menciona que las actividades en la cual los pacientes mostraron mayor dependencia antes del tratamiento fue en la recreación seguida por la de traslado, vestido y por ultimo higiene.

La mayoría de estos pacientes se beneficiaron al final de tratamiento ya que en las actividades antes mencionadas disminuyo la dependencia considerablemente pasando algunas de estas a ser semidependiente e independiente, debido a las férulas y adaptaciones proporcionadas durante el tratamiento.

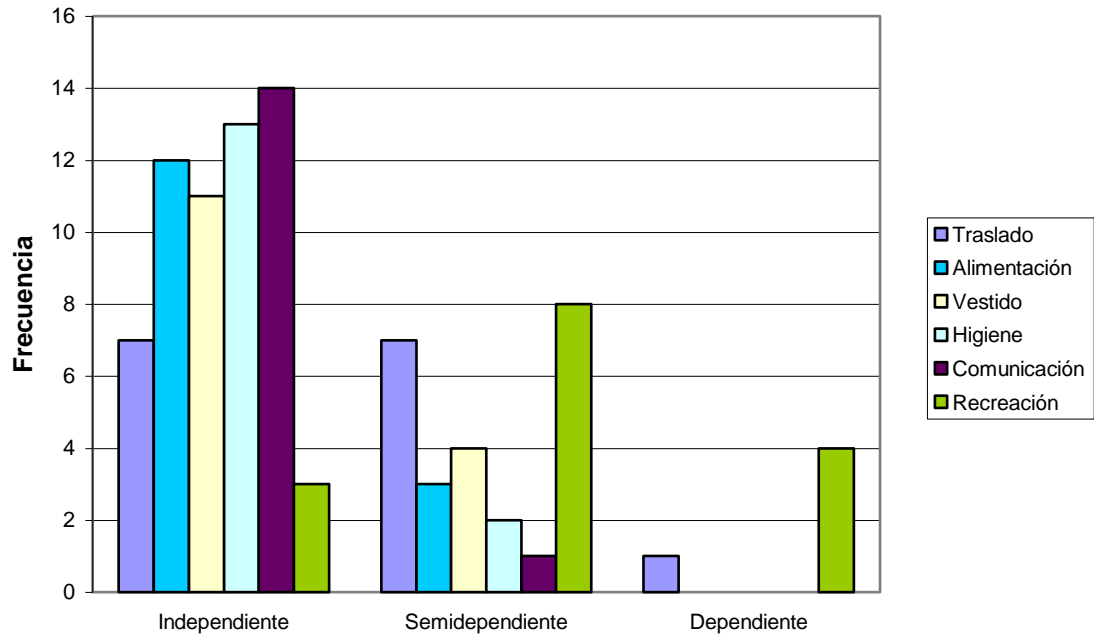


**Grafica N° 11. Evaluación Inicial de las Actividades de la vida Diaria**



Fuente: Cuadro N° 11

**Grafica N° 12. Evaluación Final de las Actividades de la vida Diaria**



Fuente: Cuadro N° 11

## **6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **6.1 CONCLUSIONES**

Una vez terminada la ejecución de la investigación cimentada en los objetivos planteados y los resultados del mismo; se establece que la aplicación de la Terapia Ocupacional es el medio más importante para la independencia del individuo en las actividades de la vida diaria.

Debido a lo anterior se concluye lo siguiente: al señalar la incidencia de acuerdo a la edad y el sexo de los pacientes en estudio, se dio a conocer que la población de pacientes que ingresaron en la primera semana de julio hacen un total de 15, siendo tomados estos como población en estudio durante el periodo de ejecución el cual tubo una duración de 3 meses, siendo estos de ambos sexos, con predominio en el sexo femenino sobre el masculino, se comprobó que durante el periodo de ejecución el dolor, la inflamación y la deformidad, fueron los signos y síntomas que mas provocaron la dependencia en las actividades de la vida diaria en la mayoría de los pacientes.

Se noto que la mayoría de los pacientes con diagnostico de Artritis Reumatoide y Osteoartritis no son referidos al área de Terapia Ocupacional debido a que los médicos no la consideraban importante y los pacientes ignoraban la existecia de esta rama en la rehabilitación.

En la mayoría de los pacientes la Artritis que con mas frecuencia se presento fue la Osteoartritis, cabe mencionar que esta en comparación la Artritis Reumatoide causa menor discapacidad por ser menos degenerativa.

Con base a la entrevista realizada al personal medico y psicologos del Centro de Rehabilitación Integral de Oriente, Centro Medico y Hospital de Especialidades, se comprobó que estos tienen conocimiento de la Terapia Ocupacional, pero los ajenos a la Institución donde se realizo el estudio no brindan referencia para que estos pacientes reciban terapia Ocupacional.

En cuanto a las limitantes que obstaculizaron una mejor atención al paciente en su tratamiento ocupacional están: La mas principal fue la falta de referencia medica, falta de referencia de la terapeuta física, disponibilidad económica del paciente para acudir a su tratamiento; por lo que solamente se pudo atender a cada uno 2 veces por semana, y el espacio de terapia ocupacional en la Institución es muy reducida para poder brindar un buen tratamiento.

La elaboración del tratamiento, basado en las capacidades y limitantes que presentaba cada uno de los pacientes el cual se llevo a cabo con la utilización del equipo de terapia ocupacional, las terapia de grupo, realización de adaptaciones y ferulas, y como complemento las visitas domiciliarias se logro: que la mayoría de los pacientes obtuvieran la independencia o semidependencia en las actividades de la vida diaria las

cuales se encontraban con cierta dificultad para llevarlas a cabo; por lo tanto se confirma que los objetivos e hipótesis de la investigación, la cual dice, que la aplicación de la terapia ocupacional en pacientes con diagnostico de Artritis Reumatoide y Osteoartritis disminuye la dependencia en las actividades de la vida diaria, se concretiza, ya que se comprobó que por medio de este tratamiento se minimiza la dependencia de los pacientes en cuanto a traslado, higiene, vestido y recreación.

## **6.2 RECOMENDACIONES**

- Al Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social para que habrá plazas de trabajo a los Terapistas Ocupacionales tanto en Centros Hospitalarios como en unidades de Salud Publica con su debido equipo de tratamiento; y de esta manera beneficiar a la población no solo con Artritis Reumaoide y Osteoartritis, sino, a toda persona que tenga limitación al realizar sus actividades de la vida diaria, y así aprovechar los recursos humanos que se encuentran disponible en servir y brindar una adecuada atención a la población antes mencionada.

- Al centro de rehabilitación de oriente que amplíe el área de terapia ocupacional, que se implemente en esta área: Las terapias grupales tales como manualidades y recreativas para mejorar el estado emocional y la socialización del paciente, que aumente el personal de terapia ocupacional pues el existente en este centro es

insuficiente para poder cubrir la demanda de pacientes que necesitan ser atendidos dentro de ésta área.

- Al personal médico independientemente de la institución en que labore y la especialidad que ejerza, que en su evaluación incluya la valoración de la funcionabilidad en las diversas actividades que el paciente realice ya sea en su hogar o lugar de trabajo pues esto permitirá dar a conocer sus limitantes y poder ser tratado en el área de terapias ocupacional para mejorar su calidad de vida de una forma integral.

- A los profesionales de psicología que ejercen su profesión en centros de rehabilitación integral, que estén debidamente instruidos en lo que respecta al tratamiento de terapia ocupacional; ya que de esto depende, que el paciente se sienta útil o no, después de haber sufrido una incapacidad física.

- Al personal de terapia física para que tomen conciencia que no basta con disminuir los signos y síntomas de determinada enfermedad, sino, que estos deben ser referidos al área de terapia ocupacional para poder también mejorar su funcionabilidad y así obtener un nivel de vida mejor.

- A los terapeutas ocupacionales para que tomen en cuenta la necesidad de orientar al paciente y familia de la importancia de recibir la terapia ocupacional, ya que esta no consiste en juegos o movimientos que a simple vista parecen ser muy sencillos.

- A la Universidad de El Salvador para que brinde su apoyo económico a las carreras paramédicas de la facultad multidisciplinaria oriental, especialmente a la licenciatura en Terapia Física y terapia ocupacional, ya que esta no cuenta con los recursos humanos, bibliografía, y material de laboratorio necesario, para que el estudiante pueda ser lo suficientemente capacitado.

## BIBLIOGRAFÍA

- CAROL David. Rehabilitación Reumatológica. Madrid, España. Editorial Harcourt, año 2000. pags 273
- DARRELL C. Crain, M. D., F. A; CP. Manual enfermemos artríticos. Distrito Federal, México. Prensa Médica Mexicana, año 1974. pag 228
- GISPERT Carlos. Diccionario de Medicina Océano Mosby, Barcelona, España. Editorial Océano, año 1997. pags 1504.
- GONZÁLEZ Mas Rápele. Rehabilitación Medica. Barcelona, España. Editoriales Masson, Año 1997. pags 368.
- MANUAL MERCK. 8º Edición . Barcelona, España. Ediciones Doyma 1989. pags 2915.
- MILLAR Y SPACKMAN. Terapéutica Ocupacional Barcelona. España. Editorial Jims 1973 Pag. 540
- COSSIO, Martínez y *Otros*. Medicina Interna. Torno II, 6ª edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica. Año 1982 Pago 1501.
- SCHWARTZ, Shires, Spencer. Principios de Cirugía 6º edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Interamérica. Mc Graw Hill. Año 1995 pags.2192.
- TROMBY Catherine Anne. Terapia Ocupacional para Enfermos discapitado Físicamente. México, Ediciones Científicas. La Prensa Médica Mexicana S.A. de C.V. pago 661.
- LOS TRASTORNOS MOTORES Y HABILIDADES DE REHABILITACIÓN DE LA COMUNIDAD. Editado *por* Isabelie Cormier y Jonh Paterson. Proyecto para sobrevivientes de minas terrestres en centro Arnérica. Universidad de Quenss, Canadá.
- CORTES CAST AÑEDA, Ileana Arely. Influencia de la Fisioterapia y Terapia Ocupacional en el área 111otora gruesa de los pacientes de tercera edad que padecen Artristis que se encuentran aislados en el hogar



paz y bien de AGAPE en el periodo comprendido de Mayo a septiembre de 1999.

- MOLINA Martínez. Ocupacional tratamiento reildret La Terapia Ocupacional como Alternativa de en pacientes parapléjicos ingresados en la Unidad de Neurología del ISSS INISSS en el periodo de marzo agosto 2000.



**Anexo N° 2**  
**PROGRAMA DE LA EJECUCIÓN**

NOMBRE	DIAS	HORA	ACTIVIDAD	OBJETIVO
Mauricio Montesino Jessica Lara Lorena Vásquez	Viernes 27 de junio	8: 00 a.m.	Foro	Concienciar a los pacientes artríticos, de los beneficios de la terapia Ocupacional
Mauricio Montesino Jessica Lara Lorena Vásquez	Martes 1 de julio Jueves 3 de julio	8:00 a.m. a 3:00 pm	Evaluación de los Pacientes	Conocer el nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria en los pacientes con artritis.
Mauricio Montesino Jessica Lara Lorena Vásquez	Viernes 4 de julio	8:00 a.m. a 3:00 pm	Entrevista a médicos y Psicólogos	Acrecentar los conocimientos en cuanto al estado físico y emocional que presentan los pacientes artríticos.
Mauricio Montesino Jessica Lara Lorena Vásquez	Martes 8 de julio Viernes 1 de Agosto	8:00 a.m. a 2: 00 pm	Aplicación de Tratamiento	Mejorar la independencia en las actividades de la vida diaria de pacientes con artritis.
Mauricio Montesino Jessica Lara Lorena Vásquez	Lunes 4 de agosto Viernes 8 de agosto	8:00 a.m. a 2: 00 pm	Reevaluación de Pacientes	Verificar la evolución del paciente con la aplicación del tratamiento.
Mauricio Montesino Jessica Lara Lorena Vásquez	Lunes 11 de Agosto Viernes 5 de septiembre	8:00 a.m. a 2: 00 pm	Aplicación de Tratamiento	Mejorar la independencia en las actividades de la vida diaria de pacientes artríticos.
Mauricio Montesino Jessica Lara Lorena Vásquez	Lunes 8 de septiembre Viernes 12 de Septiembre	8:00 a.m. a 2: 00 pm	Evolución Final de Pacientes	Conocer los resultados finales de la aplicación del tratamiento a pacientes con artritis.

### **ANEXO N° 3**

Actividades de ejecución del 8 de julio a 1 de agosto de dos mil tres.

Se atenderán a los pacientes los días lunes, martes y jueves.

Los días lunes se realizarán terapias de grupo en a piscina, cancha, y diferentes tipos de manualidades.

Los días martes y jueves se aplicará el tratamiento de terapia ocupacional por medio de actividades que vayan encaminadas a la disminución de la discapacidad o dificultad que el paciente presente en la realización de sus actividades de la vida diaria.

## ANEXO N° 5

### EQUIPO DE TERAPIA OCUPACIONAL UTILIZADO EN LOS PACIENTES



Marco flexor



Pelota



Arco completo



Tablero de tenodesis

**ANEXO N° 6**

**ACTIVIDADES MANUALES REALIZADAS EN TERAPIAS GRUPALES**



Elaboración de canastas y flores de papel



Elaboración de sombreros de lazo



Flores de migajón



Paciente con deformidad de artritis, elaborando un mantelero de lazo

## ANEXO N° 7

### PACIENTES EN ACTIVIDADES DE RECREACION



Rutina de ejercicios  
en piscina



Pacientes en recreación

## ANEXO N° 8

### FÉRULAS PROPORCIONADA A LOS PACIENTES



Férula dinámica para deformidades en desviación cubital



Férula estática para deformidad de cuello de cisne



**ANEXO N° 9**

**ADAPTACIONES REALIZADAS EN VISITAS DOMICILIARIAS**



Barra de apoyo para  
baño



Alza para servicio  
sanitario



Grada de madera

## ANEXO N° 10

### ADAPTACIONES DE USO PERSONAL



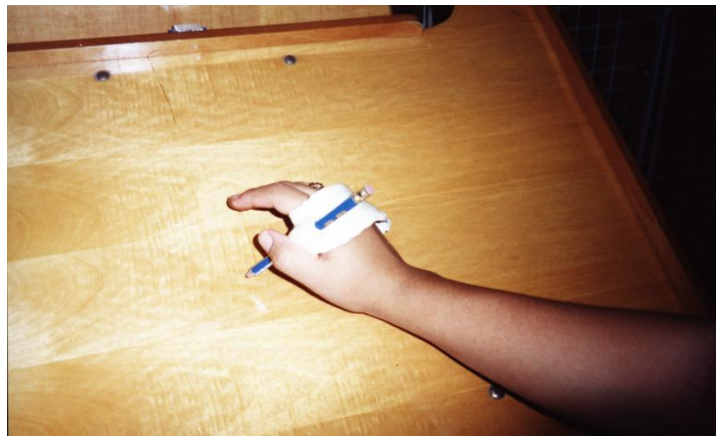
Cepillo de zapato con adaptación de yeso



Lápiz labial con adaptación de durapack



Peine con adaptación de yeso



Lápiz con adaptación de yeso

## ANEXO 13

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
SECCIÓN DE TECNOLOGÍA MÉDICA  
CARRERA DE LIC. FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



GUÍA DE ENTREVISTA DIRIGIDA : DRA.

HORA:

FECHA:

**OBJETIVOS:** Conocerla visión que tienen los diferentes profesionales médicos en la aplicación de la Terapia ocupacional en pacientes con diagnostico de Artritis Reumatoidea y Osteoartrosis.

1. ¿Sabe en que consiste la Terapia Ocupacional?
2. ¿Considera importante aplicar en los pacientes con diagnostico de Artritis?
3. ¿Tiene usted conocimiento de cuales son los centros que rindan Terapia Ocupacional?
4. ¿Refiere usted a los pacientes con Artritis a Terapias Ocupacionales?

5. ¿Sus referencias al área de Terapia Ocupacional incluyen la historia clínica del picantes?
6. ¿A notado mejoría en los pacientes que asisten a Terapia Ocupacional?
7. Que recomendaciones considera necesarias hacer a los terapistas ocupacionales.

## ANEXO 14

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
SECCIÓN DE TECNOLOGÍA MÉDICA  
CARRERA DE LIC. FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



GUÍA DE ENTREVISTA DIRIGIDA: LIC.

HORA:

FECHA:

**OBJETIVOS:** Conocer le estado emocional que presentan los pacientes con diagnostico de Artritis Reumatoide y Osteortrosis.

1. ¿Cuál es el estado emocional que presentan los pacientes con Artritis que asisten a su consulta?
2. Que tanta aceptación de la enfermedad tienen los pacientes que asisten a la terapia psicológica.
3. Considera importante la Terapia Ocupacional para mejorar el estado de animo del paciente
4. Que recomendaciones daría usted a los Terapistas Ocupacionales

**ANEXO 15**

**INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN DE INVÁLIDOS**  
**ÁREA TERAPIA OCUPACIONAL**

Ficha de evaluación para Artríticos y enfermedades del Tejido Conectivo.

Nombre \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_

Diagnostico \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Tiempo de Evolución \_\_\_\_\_

Etiología o Causa \_\_\_\_\_

Discapacidad \_\_\_\_\_

Nivel Educativo \_\_\_\_\_

Fecha Ingreso \_\_\_\_\_

Terapista Evaluadora \_\_\_\_\_

Historia Clínica \_\_\_\_\_

Enfermedades Asociadas \_\_\_\_\_

Precauciones \_\_\_\_\_

Etapa en que se encuentra:

Trassitoria  Aguda  Sub-Aguda Crónica

Uso de aditamentos y Ortesis \_\_\_\_\_

Clave: Dolor –Edema: Leve-L, Moderado- M, severo – S

		Dolor	Edema	Calor	Rubor	Deformidad
Hombro	Izquierdo					
	Derecho					
Codo	Izquierdo					
	Derecho					
Antebrazo	Izquierdo					
	Derecho					
Muñeca	Izquierdo					
	Derecho					
Dedos	Izquierdo					
	Derecho					

Función de la mano \_\_\_\_\_

Condición general de paciente (Movilidad, Funcionalidad, independencia, condición psicológica) \_\_\_\_\_

Actitud Postural \_\_\_\_\_

Evaluación Pre- Vocacional \_\_\_\_\_

objetivos \_\_\_\_\_

Metas \_\_\_\_\_

Plan de Tratamiento \_\_\_\_\_

Resumen \_\_\_\_\_



## Evaluación de Sensibilidad

### 1. Sensibilidad Superficial

(Simple Contacto)

Tacto	Si	No
Presión		
Temperatura		
Dolor		

### 2. Sensibilidad Profunda

(Tacto)

Estereognosis	Si	No
Suave		
Duro		
Blando		
Aspero		

## **SENSIBILIDAD**

Clave: RP: Región Palmar  
RD: Región Dorsal

Miembro Superior Derecho

Miembro Superior Izquierdo

Sensibilidad

Clave

Normal = Azul

Hiperestesia = Gris

Parestesia = Cuadriculado

Hiperestesia = Rayas

Anestesia = Rojo

## EVALUACIÓN DE LA PRESIÓN

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ :

Diagnostico: \_\_\_\_\_ Mano \_\_\_\_\_ :

Tipo de Presión		Valor Der.	Observaciones	Valor Izq.	Observaciones
Pentadigital (Tapadera)					
Palmar (Pelota)					
Digitopalmar (Cilíndrica)					
Tridigital (Bolita)					
B I D I G I T A L E S	Terminoterminal (Agua)				
	Subterminal (Frijol)				
	Lateral (Cigarrillo)				
	Sublateral (Llave)				
	(Agarrar un maletín)				
	Total				

**VALORES:**

**EVALUACIÓN DE MANO:**

- 0- Imposible, ningún valor  
Actitud
- 1- Esbozo de presión  
Edema
- 2- Incorrecta sin fuerza  
fuerza Atrofia
- 3- Incorrecta con fuerza
- 4- Correcta sin fuerza

**EVALUACIÓN FUNCIONAL (TOTAL)**

- 0 a 9 Mano de Sostén
- 10 a 19 Mano de ayuda no funcional
- 20 a 29 Mano semi- funcional sin fuerza o con
- 30 a 34 Mano funcional
- 35 a 45 Mano Formal

## FICHA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

### NIÑOS Y ADULTOS

ACTIVIDADES	D	I
<b><u>Alimentación</u></b>		
- Se lleva la comida a la boca		
- Uso de cuchara y tenedor		
-Uso de taza y vaso		
- Come sólo		
<b><u>Vestido</u></b>		
- Se pone ropa		
- Se quita ropa interior		
- Se desviste completo		
- Se pone o quita zapatos		
<b><u>Cuidado personal</u></b>		
a) Higiene		
- Lavarse		
- Bañarse		
- Lavarse los dientes		
b) Actividades de Apariencia Personal		
- Arreglo del cabello		
- Maquillarse		
- Rasurarse		
<b><u>Ambulación y transporte</u></b>		
- Uso de silla de ruedas dentro y fuera de casa		
- Colocación de ortesis y aditamentos		
- manejo de aditamentos		
- Uso de medio de transporte (automóvil y Autobús)		
- Trasferencia de silla a carro, de silla a bus		
- Sube y baja gradas		
<b><u>Destrezas Manuales</u></b>		
a) Comunicación		
- Manejo de interruptores		
- Escritura		
- Uso de telefono		

	D	I
b) Manipular botones y zipper		
- Abotonar		
- Desabotonar		
- Subir Zipper		
- Bajar Zipper		
- Abrocha		
- Desabrocha		
c) Manejo de Mobiliario y Accesorio		
- Abrir grifos		
- Cerrar grifos		
- Manejo de llaves		
- Abrir Puertas		
- Cerrar puertas		

## TES ARTICULAR

Registro \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Diagnostico \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso \_\_\_\_\_ Tiempo de evolución \_\_\_\_\_

Incapacidad \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Nivel Educativo \_\_\_\_\_

Fecha de evaluación \_\_\_\_\_ Terapeuta \_\_\_\_\_

Procedencia \_\_\_\_\_

		Fecha de la medición		
		Nombre de examinador	P	A
		<b>HOMBRO</b>		
		Flexión 0-180		
		Extensión 0-60		
		Abducción 0-180		
		Abducción horizontal 0-90		
		Aduccio horizontal 0-45		
		Rotación interna 0-70		
		Rotación externa 0-90		
		Rotación externa (Alternada)0-60		
		Rotación interna (alternada) 0-80		
		<b>CODO Y ANTEBRAZO</b>		
		Flexión- extensión 0-150		
		Supinación 0-80		
		Pronación 0-80		
		<b>MUÑECA</b>		
		Flexión 0-80		
		Extensión 0-70		
		Desviación cubital 0-30		
		Desviación radial 0-20		
		<b>PULGAR</b>		
		Flexión CM 0-15		
		Extensión CM 0-20		
		Flexion –Extension MF 0-50		
		Flexion-extension IF 0-80		
		Abducción 0-70		
		Oposición cm		
		<b>DEDO MEDIO</b>		
		Flexión MF 0-90		
		Hiperextensión MF 0-45		

		Flexion – extensión IFP	0-100		
		Flexion- Extensión IFP	0-90		
		Abducción (radicalmente)	no hay norma		
		Abducción (cubitalmente)	no hay norma		
		<b>DEDO ANULAR</b>			
		Flexion MF	0-90		
		Hiperextension MF	0-45		
		Flexión – Extensión IFP	0 –100		
		Flexión – extensión IFD	0-90		
		Abducción	no hay norma		
		Aduccion	no hay norma		
		<b>MENIQUE</b>			
		Flexion MF	0-90		
		Hiperextension MF	0-45		
		Flexión – Extensión IFP	0 –100		
		Flexión – extensión IFD	0-90		
		Abducción	no hay norma		
		Aduccion	no hay norma		

Un registro de 20 a 150° de Flexión recibirán el nombre De deformidad de 20° de flexión . Como estas anotaciones varían en Su significado

En una articulación fusionada las posiciones inicial y final serán iguales y no habrá amplitud de movimiento.

## HOJAS DE EVALUACIÓN DE FUERZA MUSCULAR

CLAVE B : Buena

R: Regular

M: Mala

		B	R	M
Hombro	Flexión			
	Extensión			
	Abducción			
	Adducción			
Codo	Flexión			
	Extensión			
Antebrazo	Supinación			
	Pronación			
Muñeca	Flexión			
	Extensión			
	Abducción			
	Adducción			
Dedos	Flexión			
	Extensión			
Pulgar	Flexión			
	Extensión			
	Abducción			
	Adducción			
	Oponencia			



Sin embargo existen limitantes que no permitieron a estos pacientes acceder a este tratamiento, ya sea por que no fueron referidos, por no contar con el recurso económicos para asistir a las terapias, recibiendo como tratamiento únicamente la terapia física para mitigar sus dolencias, sin tomar en cuenta que la terapia ocupacional es fundamental en la rehabilitación integral, la cual incluye el aspecto físico, social como emocional del paciente.

Al realizar esta investigación muchas personas fueron beneficiadas tanto en sentido práctico como teórico, siendo estos:

- Los pacientes: ya que tuvieron la posibilidad de recibir un tratamiento integral evitando así que llegaran a la dependencia, en la que muchas veces se ven sometidos y se facilito a la vez una mejor calidad de vida.
- El Centro de Rehabilitación Integral de Oriente: se beneficio, ya que se reforzó la atención que en el se brinda y que por falta de recursos humanos no tiene la cobertura necesaria en el área de Terapia Ocupacional, para los pacientes en estudio que asistieron al Centro.
- Los estudiantes que realizaron la investigación tuvieron la oportunidad de mejorar el tratamiento ya establecido.

