

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



**EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN PACIENTES CON  
DIAGNOSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDEA EN ETAPA CRONICA DE  
SEXO FEMENINO ENTRE LAS EDADES DE 30 A 60 AÑOS QUE ASISTEN AL  
CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE, SAN MIGUEL.  
PERIODO DE SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE DE 2007.**

**INFORME FINAL PRESENTADO POR:**

**GEMA IMELDA GARAY CORTEZ  
SANDRA MARGARITA MELGAR DE LA O  
IRIS LORENA RIVERA MUÑOZ**

**PARA OPTAR AL GRADO DE:**

**LICENCIADA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

**DOCENTE DIRECTOR:**

**LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DIAZ**

**FEBRERO DE 2008**

**SAN MIGUEL,**

**EL SALVADOR,**

**CENTRO AMERICA**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**AUTORIDADES**

**MAESTRO RUFINO ANTONIO QUEZADA SÁNCHEZ  
RECTOR**

**MAESTRO MIGUEL ÁNGEL PÉREZ RAMOS  
VICE RECTOR ACADÉMICO**

**MAESTRO OSCAR NOÉ NAVARRETE  
VICE RECTOR ADMINISTRATIVO**

**LICENCIADO DOUGLAS VLADIMIR ALFARO CHÁVEZ  
SECRETARIO GENERAL**

**DOCTOR RENE MADECADEL PERLA JIMENEZ  
FISCAL GENERAL**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL**

**AUTORIDADES**

**INGENIERO DAVID ARNOLDO CHÁVEZ SARAVIA**

**DECANO**

**DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO**

**VICE DECANO**

**INGENIERO JORGE ALBERTO RUGAMAS RAMÍREZ**

**SECRETARIO GENERAL**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**AUTORIDADES**

**DOCTORA NORMA OZIRIS SANCHEZ DE JAIME**

**JEFE DE DEPARTAMENTO**

**LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ**

**COORDINADOR DE LA CARRERA DE**

**FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

**LICENCIADA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO**

**COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN**

**ASESORES**

**LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ**

**DOCENTE DIRECTOR**

**LICENCIADA ERLIN MARILÚ OSORIO DE GUEVARA**

**ASESORA DE METODOLOGÍA**

## **AGRADECIMIENTOS**

Damos gracias a Dios Todopoderoso por habernos dado la sabiduría necesaria para poder culminar con éxito nuestros estudios y permitir que alcanzáramos nuestra meta.

A la Universidad de El Salvador por abrirnos sus puertas para llevar a cabo nuestro ideal.

Al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente por habernos permitido utilizar sus instalaciones y el equipo con que cuenta para la ejecución de nuestro trabajo

A las pacientes que colaboraron para esta investigación.

A los licenciados docentes de la universidad por compartir sus conocimientos y apoyarnos durante nuestra carrera universitaria.

A nuestros asesores por darnos las pautas y la orientación necesaria para realizar nuestro trabajo de investigación.

A nuestros compañeros por su cariño y apoyo.

Iris, Gema y Sandra

## **DEDICATORIA**

Este trabajo se lo dedico principalmente al gran hacedor, al que merece toda mi honra y gloria A DIOS TODOPODEROSO: por darme el don de la vida y por haberme dado la sabiduría necesaria para alcanzar esta meta.

A MI PADRE: Gilberto Garay (Q.E.P.D.), por brindarme todo su amor sus sacrificios, por sus consejos y por darme ánimos para seguir adelante, aunque ya no esta conmigo, se que desde el cielo me cuida, me envía bendiciones y hoy ve mi meta realizada.

A MI MADRE: Imelda Cortez, por ser mi guía, por brindarme su amor, y apoyo incondicional y animarme a salir adelante.

A MIS HERMANOS: Sonia, Jorge, Cecy y Tito, por su cariño, apoyo y por estar siempre que los necesito.

A UNA PERSONA MUY ESPECIAL: Edgardo, por haberme acompañado siempre, por darme su compañía y confianza, por tener fe y creer en mí capacidad de seguir adelante.

A MIS COMPAÑERAS DE TESIS: Sandra e Iris, con las cuales además de compartir amistad, compartirnos momentos muy felices durante la realización de este trabajo.

Gema

## **DEDICATORIA**

He culminado exitosamente mi carrera y este esfuerzo y sacrificio ha sido efectivo gracias a DIOS TODOPODEROSO Y A LA VIRGEN SANTISIMA: por darme la sabiduría e inteligencia necesaria para alcanzar este triunfo.

A MIS PADRES: Pedro Melgar y Ercilia de la O, por sus consejos y oraciones.

A MI HIJA: Daniela por ser bendición en mi vida y saber esperar.

A MI ESPOSO: Jorge Alberto, por su amor y comprensión.

A MIS HERMANOS: Lidia, Fran, Felipa, Bernardo, Pedro, Juan, Mirna y Yanira por darme animo a seguir adelante a pesar de los obstáculos.

A MIS COMPAÑERAS DE TESIS: Gema e Iris por los momentos compartidos durante la realización de este trabajo.

Sandra



## **DEDICATORIA**

Este trabajo es el resultado de mi dedicación esfuerzo y sacrificio por lo que dedico este triunfo en primer lugar al que merece toda honra y gloria.

A DIOS TODOPODEROSO: por darme la vida, guiarme en el camino del bien y así permitir que lograra culminar con éxitos mis estudios.

A MIS PADRES: José Roberto y Ana Manuela, por estar siempre presentes ayudándome en todo momento, por brindarme su amor y apoyo incondicional en todo momento que lo necesite.

A MI HERMANO: Roberto, por brindarme su cariño y su apoyo.

A MIS HIJOS: Leonardo, Inner, Ludwig y José, por tolerar mis ausencias en momentos importantes de sus vidas y seguir siendo excelentes hijos, ellos son la razón por la cual debo superarme cada día más.

A MIS COMPAÑERAS DE TESIS: Gema y Sandra, Por que con su ayuda y compañerismo, amistad, y respecto que compartimos, logramos cumplir una meta muy importante en nuestras vida

## INDICE

<b>CONTENIDO</b>	<b>PAGS</b>
<b>RESUMEN</b>	xiv
<b>INTRODUCCIÓN</b>	xvi
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1. Planteamiento del problema	21
1.1 Antecedentes del Fenómeno Objeto de Estudio	21
1.2 Enunciado del problema	23
1.3 Objetivos de la investigación	24
1.3.1 Objetivos Generales	24
1.3.2Objetivos Específicos	24
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2. Marco teórico	27
2.1 Base Teórica	27
2.1.1 Anatomía y Fisiología Articular	27
2.1.2 Causas Signos y Síntomas	31
2.1.3 Incidencia y Métodos de Diagnostico	38
2.1.4 Pronostico y Diagnostico Diferencial	40
2.1.5 Terapia Ocupacional en pacientes con Artritis Reumatoide	42

2.1.6 Objetivos y Actividades de Tratamiento de Terapia Ocupacional a realizar en pacientes con Artritis Reumatoidea.	42
2.2 Definición de Términos Básicos	45
<b>CAPÍTULO III: SISTEMA DE HIPÓTESIS</b>	
3. Sistema de Hipótesis	50
3.1 Hipótesis de trabajo	50
3.2 Hipótesis Nula	50
3.3 Operacionalización de las hipótesis en variables	51
<b>CAPITULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO</b>	
4. Diseño Metodológico	53
4.1 Tipo de Investigación	53
4.2 Universo	53
4.3 Muestra	53
4.4 Tipo de Muestreo	54
4.5 Técnicas de Obtención de Información	54
4.6 Instrumentos	55
4.7 Procedimiento	55
<b>CAPITULO V: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</b>	
5. Presentación de resultados	58

5.1 Tabulación, Análisis e Interpretación de datos.	60
5.2 Prueba de Hipótesis	86

## **CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

6. Conclusiones y Recomendaciones	88
6.1 Conclusiones	88
6.2 Recomendaciones	89

<b>BIBLIOGRAFIA.</b>	90
----------------------	----

## **ANEXOS**

1. Cronograma de Actividades realizadas en el Proceso de Graduación Ciclo II 2007 y Ciclo I 2008.	92
2. Cronograma de Actividades desarrolladas durante la ejecución.	93
3. Tipos de articulaciones.	94
4. Elementos que constituyen una articulación.	95
5. Áreas del cuerpo que son afectadas.	96
6. Articulaciones que inicialmente son afectadas por la Artritis Reumatoide.	97
7. Deformidades características de las manos.	98
8. Deformidades de la articulación radiocarpiano.	99
9. Pérdida de la movilidad de codo.	100

10. Articulaciones del cuello que son afectadas por la artritis Reumatoidea.	101
11. Cadera afectada por la artritis reumatoidea.	102
12. Afección de la rodilla.	103
13. Deformidades de articulaciones de los dedos de los pies.	104
14. Nódulos reumatoides sub cutáneos.	105
15. Alteraciones radiológicas de mano.	106
16. Guía de entrevista a pacientes con diagnostico de Artritis Reumatoide.	107
17. Hoja de evaluación de Terapia Ocupacional para pacientes con Diagnostico de Artritis Reumatoide.	109
18. Equipo utilizado durante la ejecución.	111
19. Uso de Marco escalador y Arco simple.	112
20. Ejercicios de hombro en plano inclinado.	113
21. Ejercicios para mejorar miembro superiores.	114
22. Entrenamiento de la marcha.	115
23. Ejercicios para mejorar arcos de miembros inferiores.	116
24. Elaboración de férulas.	117
25. Terapia de grupo.	118
26. Programa de Orientación.	119
27. Apoyo Psicológico a pacientes y familiares.	120
28. Clausura de la ejecución.	121

## **RESUMEN**

Consientes que la Artritis Reumatoide es una enfermedad de gran impacto social por lo incapacitante y desgastante no solo a nivel físico sino también a nivel económico, social y familiar, se considera un reto dar orientación oportuna y adecuada dando un rol protagónico al paciente para lograr mejorar la calidad de vida y de independencia, a través del uso de las diferentes técnicas de aplicación de la Terapia Ocupacional.

El objetivo principal de este estudio es conocer la efectividad de la Terapia Ocupacional en los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide en etapa crónica, de sexo femenino entre las edades de 30 a 60 años que asisten al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente.

Entre los objetivos específicos se mencionan: Mejorar o mantener la gama de movimiento para lograr la máxima funcionabilidad. Evitar la pérdida de funciones con la utilización de adaptaciones y férulas. Orientar en la elaboración de compresas caseras. Brindar apoyo psicológico a pacientes y familiares. Determinar en que medida la Terapia Ocupacional ayuda a mejorar la evolución de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide.

La hipótesis de investigación se formulo de la siguiente manera: Hi: La Terapia Ocupacional como parte del proceso de rehabilitación mejora la funcionabilidad de los

Pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide en etapa crónica del sexo femenino entre las edades de 30 a 60 años. La cual fue aceptada satisfactoriamente porque se lograron los objetivos propuestos, así como también la hipótesis de trabajo fue aceptada ya que el 100% de las pacientes evolucionaron satisfactoriamente con el tratamiento de Terapia Ocupacional.

Dicha investigación se realizó con una muestra de doce pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio. El tipo de investigación fue prospectivo, descriptivo. Las técnicas de obtención de información fueron la documental bibliográfica, documental escrita y las técnicas de campo.

A partir de los resultados obtenidos se concluye que: La Terapia Ocupacional es una alternativa en el proceso de rehabilitación de las personas con diagnóstico de Artritis Reumatoide ya que en la investigación las pacientes mostraron mejoría en el estado físico aumentando la gama de movimientos, fuerza muscular, prensiones y con esto lograron una mayor funcionalidad mejorando su calidad de vida.

## **INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo de investigación fue elaborado con el objetivo de conocer la efectividad de la Terapia Ocupacional en los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide en etapa crónica de sexo femenino entre las edades de 30 a 60 años que asisten al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente.

La Artritis Reumatoidea constituye el reumatismo inflamatorio más frecuente, más grave y de mayor impacto social por su naturaleza crónica, destructiva y deformante de las articulaciones afectadas. Se caracteriza por inflamación simétrica de las cápsulas sinoviales y exudado sinovial aumentado, que conduce a una limitación de la capacidad funcional. .

La Terapia Ocupacional se considera una alternativa para pacientes con algún déficit dentro de las áreas del desempeño funcional considerándose que las diferentes actividades de Terapia Ocupacional son de gran ayuda para lograr minimizar las deformidades y limitaciones de este tipo de pacientes

Con dicha investigación se verán beneficiados los pacientes ya que tendrán la oportunidad de lograr una máxima funcionabilidad, la independencia de sus actividades diarias, mejor postura, habilidades y destrezas, coordinación y equilibrio, buen estado



emocional y lograr el apoyo familiar y sobre todo que estén mejor orientadas para enfrentar su enfermedad y las complicaciones que ésta tiene.

Es así como en éste documento se presentan los resultados de dicha investigación la cual se ha estructurado en seis capítulos que se describen a continuación:

El capítulo I trata sobre el planteamiento del problema que consta de los Antecedentes del Fenómeno Objeto de Estudio donde se describe la Artritis Reumatoide como una enfermedad crónica e incapacitante llevando al paciente no solo al deterioro de su capacidad económica, ya que los costos de la enfermedad reumática son altos, sino también al deterioro de su entorno social y familiar, generando frustración en el paciente y su familia ya que requieren de un tratamiento prolongado. Por lo anteriormente expuesto, y en el enunciado del problema se formula la interrogante la cual es el motivo de dicha investigación. Seguidamente se dan a conocer los objetivos de la investigación tanto general como específicos en los cuales se señalan los logros que se pretenden alcanzar al final y durante el curso de la investigación.

El capítulo II contiene la estructuración del marco teórico que se divide en, Base Teórica la cual comprende definición, anatomía y fisiología de la patología, causas, signos y síntomas, incidencia, métodos de diagnóstico, pronóstico, diagnóstico diferencial, concepto de Terapia Ocupacional, objetivos de tratamiento y las actividades

de Terapia Ocupacional a desarrollar con los pacientes de Artritis Reumatoide y en la definición de términos básicos se definen algunos conceptos necesarios para una mejor comprensión del tema.

El capítulo III corresponde al Sistema de Hipótesis que indica lo que se está buscando o tratando de probar y esta formulada por Hipótesis de Investigación e Hipótesis Nula así como también la Operacionalización de las hipótesis en variables.

En el capítulo IV se expone el Diseño Metodológico en el cual se da a conocer el tipo de investigación que se realizo, así como también el universo, la muestra, las técnicas de obtención de información, los instrumentos y el procedimiento que se llevo a cabo en la investigación.

El capítulo V que comprende la Presentación de los Resultados donde se presenta la Tabulación, Análisis e Interpretación de los datos con sus respectivos gráficos, al igual que la presentación de la Prueba de Hipótesis.

El capítulo VI lo constituyen las Conclusiones y Recomendaciones, se da a conocer las conclusiones a las que se llegaron al finalizar dicha investigación, así como también las recomendaciones que se consideraron pertinentes para las posibles soluciones del problema.

Además se detalla la bibliografía a la cual se acudió para recopilar la información que contiene este documento, y finalmente se presentan los Anexos que incluye el Cronograma de Actividades Generales y el Cronograma de Actividades Específicas que contienen la calendarización de actividades que se realizaron, las cuales sirvieron como guía para la realización de la investigación, también se presentan distintas imágenes que permiten una mejor comprensión del tema a través de la observación de éstas, así como también de los instrumentos que se utilizaron para la recolección de la información que contiene éste trabajo.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 ANTECEDENTES DEL FENOMENO OBJETO DE ESTUDIO**

La Artritis Reumatoidea se considera el reumatismo inflamatorio de mayor impacto social por la agresividad con que esta enfermedad se puede manifestar.

Este tipo de pacientes es vulnerable por situaciones que limitan sus posibilidades de apego a las recomendaciones terapéuticas, entre estas situaciones se pueden mencionar el deterioro de su capacidad económica, ya que los costos de la enfermedad reumática son altos, representa uno de los primeros 10 motivos de consulta, dificultad de acceso a los servicios de salud y a la información que reciben, posible deterioro de su entorno social y familiar, generando frustración en el paciente y su familia ya que requiere de un tratamiento prolongado, sin tratamiento, esta enfermedad conduce a una incapacidad que limita su funcionabilidad como persona productiva y en muchos casos a la muerte.

A nivel mundial el fenómeno de la Artritis Reumatoide es un hecho trascendental ya que el 40% de la población padece de alguna enfermedad reumática, que por lo general es crónica incapacitante y difícil de tratar.

En algunos países del mundo la distribución epidemiológica se establece de la

siguiente manera: Europa-Inglaterra su prevalencia es del 1.1%, Asia-Japón es de 0.6%, África-Nigeria 1.0%, Estados Unidos-Rochester 1.0% y México 0.68%.

En El Salvador, al igual que en el resto del mundo la Artritis Reumatoidea es la más común de las artritis inflamatorias ya que afecta el 10% de la población.

La Artritis Reumatoide ocupa el segundo lugar de incidencia en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR) que es donde se llevara a cabo la investigación. Dicho centro esta ubicado al costado nor-poniente del Hospital Nacional San Juan de Dios en el departamento de San Miguel.

Este fue construido con fondos de la campaña Teletón 20-30. Se inauguró el 13 de julio de 1987, e inicio oficialmente sus actividades el 1 de Septiembre del mismo año. A partir de 1988 se incorporó al Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI), del cual continua formando parte. Y cuya misión es la provisión de servicios de rehabilitación de alta complejidad a nivel nacional, brindados con calidad y calidez en la atención de las personas con discapacidad, haciendo uso de la investigación científica y la capacidad del talento humano a fin de desarrollar las habilidades y destrezas del usuario, necesarias para lograr su independencia funcional, calidad de vida y plena participación social.

Las áreas con que cuenta y el personal técnico que labora en dichas áreas son:

3 trabajadoras sociales, 3 psicólogos, 2 enfermeras, 2 protesistas, 2 terapistas educativos, 4 terapistas de lenguaje, 3 terapistas ocupacionales, 4 terapistas físicos niños, 9 terapistas físicos adultos, 1 profesor de educación física adaptada.

Los servicios médicos que presta:

Médico General, Pediatría, Fisiatría, Ortopedia, Psiquiatría, Odontología.

## **1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.**

¿Cual es la efectividad de la Terapia Ocupacional en paciente con diagnostico de Artritis Reumatoidea en etapa crónica de sexo femenino, entre las edades de 30 a 60 años que asisten al centro de Rehabilitación Integral de Oriente?

### **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

#### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL**

Conocer la efectividad de la Terapia Ocupacional en los pacientes con diagnostico de Artritis Reumatoide en etapa crónica, de sexo femenino entre las edades de 30 a 60 años que asisten al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente.

#### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Definir en que consiste la Artritis Reumatoide.

Identificar factores y causas que desencadenan la Artritis Reumatoide

Determinar los signos y síntomas que identifican la Artritis Reumatoide

Definir la incidencia, método de diagnostico y pronostico de la Artritis Reumatoide.

Distinguir el diagnostico diferencial de la Artritis Reumatoide.



Mejorar o mantener la gama de movimiento para lograr la máxima funcionalidad de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide.

Evitar la pérdida de funciones con la utilización de adaptaciones y férulas que le proporcionen mayor estabilidad, seguridad e independencia a las pacientes objeto de estudio.

Orientar en la elaboración de compresas caseras para proporcionar relajación y analgesia articular a las pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide.

Brindar apoyo psicológico a pacientes y familiares, ya que de su estado emocional dependerán los mejores resultados.

Establecer los objetivos con su respectivo plan de tratamiento para el desarrollo de la capacidad residual del paciente.

Determinar en que medida la Terapia Ocupacional ayuda a mejorar la evolución de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide.

**CAPÍTULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

## **2. MARCO TEORICO**

### **2.1 BASE TEORICA**

Existe conciencia que el aumento de la población con problemas reumáticos representa para el país y principalmente para las Instituciones de Rehabilitación un reto al que es imprescindible dar una respuesta oportuna y adecuada; esto significa que se debe tener un rol más protagónico en el área educativa, caso contrario no se lograra mejorar la calidad de vida y de independencia; en tal sentido y con el afán de apoyar los esfuerzos del personal de rehabilitación se realizara la investigación sobre la Artritis Reumatoidea.

#### **2.1.1 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA ARTICULAR.**

Las articulaciones son la conexión o unión de dos o mas huesos entre si. La función de las articulaciones es brindar movilidad y estabilidad a los segmentos óseos que se relacionan con ella. Según la amplitud de movimiento existen tres tipos de articulaciones:

a) Las articulaciones fijas o sinartrosis, estas son las que no permiten prácticamente ningún tipo de movimiento ejemplo de ello, las articulaciones entre los huesos del cráneo.

b) Las articulaciones semimoviles o anfiartrosis, los segmentos óseos que la conforman están rodeados de una fina capa de tejido cartilaginoso ejemplo de ellas las articulaciones de los cuerpos vertebrales que solo permiten pequeños movimientos pero cuando se suman los movimientos del conjunto de articulaciones de la columna vertebral ésta puede describir amplios movimientos de flexión, extensión y rotación.

c) Las articulaciones móviles o diartrosis, son las que brindan una mayor amplitud de movimiento, la mayor parte de las articulaciones son de éste tipo, llamadas también articulaciones sinoviales, estas permiten que los huesos se muevan unas respecto a otras, a veces con una gran amplitud, éste tipo de articulaciones son las preferentemente afectadas en la Artritis Reumatoidea. (Ver anexo N° 3).

Los elementos que constituyen estas articulaciones son: cartílago articular, ligamentos, capsula articular, membrana sinovial y líquido sinovial. (Ver anexo N° 4).

**Cartílago articular:** es una capa de tejido cartilaginoso y de grosor variable, que recubre la superficie de los extremos óseos que forman la articulación (epífisis de los huesos) su función es evitar el desgaste y la fricción de los huesos, permitir que estos encajen mejor y amortiguar, transmitir y distribuir las fuerzas de gravedad y de tracción muscular que convergen en las articulaciones. Los cartílagos articulares mas voluminosos son los de las rodillas y de las caderas, que deben soportar una mayor fuerza de gravedad, pueden llegar a medir hasta 4mm de grosor, la propiedad mas

importante es la elasticidad y es debida a que, al ser presionado, expulsa agua de su propio tejido hasta la cavidad articular, y cuando dicha presión cesa, absorbe el agua nuevamente.

**Los ligamentos:** que son tejidos fibrosos constituidos por fibras de colágeno dispuestas en forma paralela, flexible, blanco y brillante que une articulaciones y huesos, destinados a estabilizar y solidificar las articulaciones sinoviales.

**La capsula articular:** que es una cubierta de tejido que rodea a una articulación móvil, compuestas por una capa externa de tejido fibroso, blanco y una membrana interna llamada membrana sinovial.

**Membrana sinovial:** que rodea una articulación, esta facilita el desplazamiento de los músculos y tendones sobre las prominencias óseas y ligamentosas, la cual secreta un líquido espeso llamado líquido sinovial.

**Líquido sinovial:** este es un líquido transparente y viscoso que recuerda a la clara del huevo, secretado en las bolsas y vainas tendinosas de las articulaciones, contiene mucina, albúmina, grasa y sales minerales que le permite actuar como lubricante de numerosas articulaciones.

## ARTRITIS

Definición: “La Artritis es cualquier trastorno inflamatorio de las articulaciones caracterizado, principalmente, por dolor e inflamación”<sup>1/</sup>.

### LA ARTRITIS REUMATOIDEA

Definición: “Es una enfermedad sistémica con un componente autoinmune en su génesis, que se manifiesta por una inflamación crónica, destructiva y deformante.”<sup>2/</sup>

La Artritis Reumatoidea es una de los diferentes tipos de Artritis que existe. Esta es una enfermedad crónica es decir que una vez adquirida permanece con la persona toda la vida y ocasiona inflamación de las articulaciones y tejidos circundantes, llegando a destruir y deformar las articulaciones afectadas. Se caracteriza por inflamación simétrica de las capsulas sinoviales y exudados sinovial aumentado, que conduce a un engrosamiento de las capsulas articulares afectando su capacidad funcional. A pesar de que la Artritis Reumatoidea constituye el reumatismo inflamatorio más frecuente, mas grave y de mayor importancia social, se conocen más sus límites e incluso se plantean serias dudas sobre si se trata de una entidad etiopatogénica independiente.

---

<sup>1/</sup> Carlos Gispert, Diccionario de Medicina, Pág. 113

<sup>2/</sup> Rotes Querol. Tratamiento de la Artritis Reumatoidea. Pág. 3.

### **2.1.2 CAUSAS, SIGNOS Y SINTOMAS DE LA ARTRITIS REUMATOIDE.**

Su causa es desconocida. En los últimos años se han estudiado las alteraciones endocrinas, metabólicas, infecciosas, factores nutricionales, psicológicos y ocupacionales y de todos ellos puede decirse que pueden influenciar el curso de la enfermedad pero no pueden considerarse su causa. A medida que progresa la ciencia hay más datos a favor de la predisposición genética en la cadena beta del antígeno leucocitario humano de clase II los cuales parecen estar implicados. Hoy en día está demostrado que la susceptibilidad de la enfermedad es más elevada en los individuos portadores del alelo HLA-DR4.

La teoría actual es que, sobre un huésped genéticamente predispuesto, actúan uno o varios agentes ambientales desencadenantes. Se considera también un componente autoinmune en su génesis. El sistema inmunológico del cuerpo normalmente combate las sustancias extrañas, como virus, pero cuando se presenta una enfermedad autoinmune, el sistema inmunológico confunde o toma los tejidos sanos como sustancias extrañas y como resultado, el cuerpo se ataca así mismo. Produce manifestaciones sistémicas, se decir que afecta otros sistemas de nuestro cuerpo, así también manifestaciones extra articulares que son fuera de las articulaciones.

**Signos y síntomas:** El comienzo de la enfermedad es insidioso en la gran mayoría de los casos, se establece durante semanas o meses hasta el punto que el enfermo le puede ser difícil o imposible precisar el momento, solo en un 10% el enfermo señala un momento preciso en el que comenzaron los síntomas. Con frecuencia se toman como tales los síntomas sistémicos que acompañan su comienzo. Entre ellos los más habituales y de manera gradual son fatiga, rigidez matutina, dolores musculares diseminados, pérdida del apetito y debilidad. Finalmente, aparece el dolor articular a los movimientos activos y pasivos. También pueden aparecer inicialmente febrículas, anemia y elevación de la tasa de velocidad de sedimentación. Cuando la articulación no está en uso por algún tiempo, a causa del dolor, se puede tornar caliente, sensible y rígida. Cuando el revestimiento de la articulación (sinovia) se inflama, produce más líquido y la articulación se hincha. El dolor articular a menudo se siente en ambos lados del cuerpo y puede afectar la muñeca, codos, hombros, dedos de las manos, dedos de los pies, rodillas, tobillos, caderas o el cuello. (Ver anexo N° 5)

Aunque la artritis de comienzo puede afectar a cualquier articulación diartrodial, es característico el comienzo por las metacarpofalángicas en especial la II y III, las interfalángicas proximales, muñecas y las metatarsofalángicas, (Ver anexo N° 6) en especial cuando es simétrica, entendiéndose por simetría no la afección de las articulaciones del mismo dedo, sino de cualquiera de las articulaciones del mismo nombre en ambos lados. La aparición de la Artritis Reumatoidea puede ser simultánea,



pero quizás es más habitual el inicio sucesivo pero aditivo, es decir, que al afectarse una nueva articulación o área no sede el proceso en la anterior, sino que se suman.

Un síntoma importante que ha sido elevado a la categoría de criterio diagnóstico, cuando persiste una hora o más, es la rigidez articular, que se a definido como la dificultad o restricción de la movilidad percibida por el paciente cuando realiza un movimiento articular fácil, como abrir o cerrar las manos, después de un periodo de inactividad. A la que aparece después del reposo nocturno, que es la que suele valorarse, se denomina rigidez matutina. Existen formas de comienzo atípicas como, el comienzo monoarticular prolongado de meses, hasta dos años; varias articulaciones afectadas en un solo miembro; rigidez matutina sin artritis evidente; artralgias o remisión después de la cura de amigdalitis.

Al rededor del 90% de las Artritis Reumatoideas presentan una afección en la mano, el dolor y las retracciones capsulares producen dificultad o franca limitación de la acción de cerrar y abrir los dedos. Con la destrucción articular aparecen deformaciones característicos como desviación cubital de los dedos, deformación en cuello de cisne, deformación en ojal con hiperextensión de las interfalángicas distales (Ver anexo N° 7).

La tumefacción dolorosa del borde cubital de la muñeca es un síntoma inicial muy característico de la enfermedad. La articulación radiocarpiano tiende a deformarse en flexión produciendo una subluxacion dorsal de la epífisis cubital y radial, (Ver anexo

Nº 8) se afecta el 70 a 80% de la función del pulgar. Se puede llegar a producir rotura tendinosa, las más frecuentes son la de los extensores de los dedos del IV y V, la del extensor del pulgar, esto se da en casos que no responden al tratamiento de fondo y cuando existe una gran proliferación sinovial.

En el codo la pérdida de movilidad aparece primero en los movimientos de extensión. La destrucción del olécranon puede llevar a una pérdida del movimiento de flexión cuando la flexión no logra superar los 90 grados el trastorno funcional es muy grave, pues el enfermo no se alcanza la cara ni el trasero, si es bilateral la limitación no podrá atender sus cuidados personales por lo general se afecta en un 20 a 50%. (Ver anexo Nº 9).

De la columna vertebral la región cervical es el único segmento vertebral afectado por la Artritis Reumatoide en un 60 a 80% se estima que halla algún signo de afección cervical en uno de cada cuatro casos en fase de comienzo, la lesiones cervicales se clasifica en dos grandes apartados las lesiones atloaxoideas o subluxacion anterior del atlas sobre axis, y la subluxaciones vertebrales por debajo del axis (Ver anexo Nº 10) la afección cervical es variable puede tratarse de casos prácticamente asintomático, se descubren cuando se presentan una limitación en los movimientos de rotación de la cabeza.

La afección de la cadera es rara se presenta en un 5 a 10% de los casos al inicio de la enfermedad, pero va apareciendo a medida que avanza la Artritis Reumatoide hasta alcanzar una prevalencia del 50% de los casos. Se manifiesta por dolor inguinal o en rodilla, y por claudicación a la marcha se limita especialmente el movimiento de abducción y rotación interna esto se considera como el punto de partida hacia la gran invalidez. (Ver anexo N° 11).

Las rodillas son afectadas al inicio de la enfermedad en un tercio de los casos. En las formas avanzadas en la articulación que se afecta con mayor frecuencia en un 90% en alguna de las complicaciones de la rodilla son la deformidad en flexión, que se ve frecuentemente favorecida por la colocación de almohadas debajo de las rodillas para aliviar el dolor. La deformación en valgo por las artropatías graves y destructivas. La deformación en varo en enfermos que ya la tenían anterior a la Artritis Reumatoide. (Ver anexo N° 12) La inestabilidad de los movimientos laterales que hace especialmente dolorosa la marcha, habitualmente se presenta como una tumefacción móvil, indolora situada en el lado medial de la fosa poplítea y puede ocasionar dificultad en el retorno venoso, edema indoloro de la pierna, por debajo de los gemelos adquiriendo un aspecto de una tumoración fusiforme.

La articulación tibioperoneoastragalina no suele afectarse al principio de la Artritis Reumatoide cuando lo hace, se aprecia dolor y tumefacción bien localizados. A los 5 años de evolución es rara la articulación Reumatoide que no presenta una afección

del tobillo, que adquiere especial importancia por que produce una desviación en valgo del talón, el primer metatarsiano tiende a compensarlo colocándose en abducción y el dedo gordo en aducción es decir, que favorece la deformidad en hallux valgus además el valgo del talón repercute desfavorablemente sobre la rodilla e incluso sobre la cadera. (Ver anexo N° 13).

En las articulaciones metatarsofalángicas se coloca en un 20% de los casos el comienzo de la enfermedad. El hallux valgus a veces es muy pronunciado ya que el IV dedo puede llegar a cruzarse por encima o debajo del II y III dedos, la cabeza de los metatarsianos luxados hacia la cara plantar desplazan hacia adelante el cojinete fibroadiposo que las protege, se palpan inmediatamente debajo de la piel, formándose por su presión anormal contra el suelo del zapato, callosidades dolorosas que pueden ulcerarse e incluso fistulizar. (Ver anexo N° 6).

La compleja deformidad del antepié que es de un 80 a 90% hace que a los dolores de la artritis se añadan dolores de tipo mecánicos que amargan la vida de los enfermos, por tal razón se comprende el interés de prevenir y cuidar estas deformaciones desde el comienzo.

Se ha mencionado que la Artritis Reumatoide además de las manifestaciones sistémicas como febrículas como pérdida de peso, astenia y con el progreso de la enfermedad, la amiotrofia, debilidad muscular, y en casos ,mas graves temblor que se ha

interpretado como fatiga muscular, también presentan manifestaciones extraarticulares como los nódulos reumatoideos subcutáneos, (Ver anexo N° 14). Es una tumoración pequeña y sólida situado debajo de la piel que puede detectarse mediante el tacto, se localizan en las estructuras periarticulares o en áreas sometidas a presión o roce, como codos, dedos de la mano y tendón de Aquiles; en pacientes encamados se puede hallar en el occipital, sacro, tuberosidades isquiáticas. Son asintomáticos y se desarrollan inmediatamente. Su consistencia varía entre la de una masa blanda, móvil y la de un nódulo duro pegado al periostio. Es raro que se ulcere o infecte.

Otras de las manifestaciones extraarticulares son:

- a) La vasculitis que es un trastorno inflamatorio de los vasos sanguíneos.
  
- b) Manifestaciones cardíacas, como la pericarditis, que es la inflamación del saco fibroso que rodea el corazón y las raíces de los grandes vasos, que habitualmente aparece asintomático o se descubre de modo casual.
  
- c) Manifestaciones pleurapulmonares, como la pleuritis la inflamación de la membrana cerosa fina que recubre los pulmones, puede dar lugar a dolor pleurítico y disnea.
  
- d) Manifestaciones oculares, como la queratoconjuntivitis seca que es la

resequedad de la córnea debida a una deficiencia de secreción lagrimal en la cual la superficie corneal aparece edematosa y áspera otras lesiones oculares muy poco frecuentes y benignas.

e) Manifestaciones neurológicas, que su reconocimiento clínico puede ser muy difícil dado que el dolor, la rigidez articular y la falta de fuerza ya son síntomas habituales de la enfermedad.

f) Patología ósea, los huesos muestran tendencia a desmineralizarse, es sin duda multifactorial, incluye la inmovilización, la edad déficit alimenticia y el empleo de corticoesteroides prolongados.

g) Manifestaciones hematológicas, como la anemia que es la más frecuente y otras como la trombocitosis y eosinofilia.

### **2.1.3 INCIDENCIA Y METODO DE DIAGNOSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE.**

**Incidencia:** La Artritis Reumatoidea se da con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres, con una proporción de 3 a 1 puede iniciarse a cualquier edad, aunque el pico máximo de incidencia se sitúa entre los 30 y los 60 años de edad.

En México la incidencia anual global es de 48 casos por 100 mil habitantes por año (2.8 en hombre y 6.5 en mujeres).

**Método de Diagnóstico:** Se han establecido criterios diagnósticos de la enfermedad por la Asociación Americana de Reumatología alcanzando una sensibilidad por el diagnóstico de un 91-94%".

Se diría que un paciente sufre de Artritis Reumatoide si presenta por lo menos cuatro de los siete criterios establecidos. Estos criterios son:

**Rigidez matutina:** En y alrededor de las articulaciones de por lo menos una hora de duración.

**Artritis de tres o más áreas articulares afectadas:** Con tumefacción o derrame articular, dolor.

**Artritis de las manos:** Por lo menos tumefacción en muñeca, metacarpofalángicas o interfalángicas proximales. (Ver anexo N° 8).

**Artritis simétrica:** Afección simultánea de las mismas áreas en ambos lados del cuerpo, aunque no sean de los mismos dedos. (Ver anexo N° 5)

**Nódulos reumatoideos:** Sobre las prominencias óseas o las superficies extensoras o en las regiones extraarticulares. (Ver anexo N° 14)

**Factor reumatoide en suero:** Cantidades anormales de factor reumatoide por cualquier método que de positivo.

**Alteraciones radiológicas:** Típicos de la artritis reumatoide en las radiografías de manos y muñeca, las cuales incluyen erosiones o descalcificación ósea inequívoca, localizada o mas marcada en las articulaciones afectadas (las alteraciones artrosicas no cuentan. (Ver anexo N° 15)

Estos criterios constituyen un excelente instrumento de trabajo son una simplificación que nos puede advertir que pongamos la máxima cautela en dos circunstancias: en los casos que pensemos que son una Artritis Reumatoide pero no cumple los criterios; y en casos en que descartamos la Artritis Reumatoide y los cumple. En las dos observaciones lo que decide no son los criterios, sino el médico que debe pensar el diagnostico.

#### **2.1.4 PRONÓSTICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.**

**Pronostico:** En la actualidad no hay estudios recientes que demuestren o expresen en forma estadística la evolución natural de la enfermedad ya que esta es muy



variable en cuanto a la afección de las diferentes articulaciones, la agresividad o tendencia a destruirlas y producir incapacidad funcional, la tendencia a periodos de remisiones, que son mas frecuentes en los casos que pasan por periodos de baja actividad inflamatoria que aquellos casos de remisiones totales espontáneos.

La Artritis Reumatoide aunque con distinta agresividad de un paciente a otro, es una enfermedad que no se cura y permanece con el enfermo toda la vida. “Es frecuente que el reumatólogo consuele al enfermo de Artritis Reumatoide con el tópico de que esta enfermedad fastidia pero no mata”<sup>3</sup>. Esto no es totalmente cierto ya que en un estudio reciente sobre 805 casos seguidos durante 12 años, 233 murieron durante el curso del seguimiento. Las principales causas de esta mortalidad fueron las infecciones, las vasculitis, la subluxación cervical, enfermedad pulmonar y úlceras pépticas con hemorragias digestivas. Por ende podemos decir que esta enfermedad tiene un mal pronóstico y que este pronóstico depende de las posibles complicaciones extraarticulares que se manifiestan.

**Diagnostico Diferencial:** En los últimos decenios no solo se han separado definitivamente de la Artritis Reumatoide las antes consideradas formas clínicas de la misma, como la espondiloartritis anquilosante el reumatismo psoriásico, el reumatismo de la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn, si no que se han identificado nuevas

---

<sup>3</sup>/ R, Querol, ob.cit. Pág. 26

entidades como la enfermedad de Still del adulto, la conectivitis mixta, el síndrome de Sjogren primario, la enfermedad de Lyme y la Polimialgia reumática, e incluso, mas recientemente se han podido identificar numerosas enfermedades víricas como el parvovirus B12, el Ros River virus, que pueden producir poliartritis habitualmente de semanas o meses, pero en ocasiones de años de evolución y que prácticamente no se distinguen de la fase predestruccion de la Artritis Reumatoidea.

### **2.1.5 TERAPIA OCUPACIONAL EN LA ARTRITIS REUMATOIDE.**

“Es la rama de la rehabilitación que usa las actividades humanas (actividades de autocuidado, de productividad social y de tiempo libre) para mejorar y mantener la independencia o prevenir la dependencia en personas con discapacidad. Puede incluir adaptación de las tareas y del ambiente para lograr la máxima funcionalidad y mejorar la calidad de vida”<sup>4</sup>. La evaluación y el tratamiento del terapeuta ocupacional se concentra en personas con algún déficit dentro de las áreas de desempeño funcional.

### **2.1.6 OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA ARTRITIS REUMATOIDE.**

Los objetivos específicos de la terapia ocupacional en el tratamiento de los pacientes con

---

<sup>4</sup>/[info@fuarpe.org.ar](mailto:info@fuarpe.org.ar)

Artritis Reumatoide dependen de los problemas y necesidades de la persona en particular y de la etapa de la enfermedad. Sin embargo en general, los objetivos a considerar son:

- Mantenimiento o incremento de la movilidad articular y fuerza muscular.

- Mantener o mejorar las destrezas motoras gruesas y finas.

- Prevención de deformidades.

- Educación del paciente respecto al reconocimiento de la actividad balanceada, con reposo, conservación de la energía.

- Educar en el uso de técnicas para proteger las articulaciones y prevenir el dolor.

- Mejorar la socialización.

**El tratamiento** va encaminado a corregir las deficiencias, reaprender las habilidades perdidas, aprender nuevas habilidades para mejorar el desempeño en las actividades.

- Con el uso de marco escalador, plano inclinado y arco simple se pretende mejorar y mantener la gama de movimientos para lograr la máxima funcionabilidad de los pacientes.

- Con el entrenamiento de las actividades de la vida diaria se lograra mantener la independencia de estos pacientes.

-Se elaboraran férulas y adaptaciones para evitar deformidades y mantener la función.

-Para mejorar el patrón de marcha se hará entrenamiento entre barras paralelas.

-Terapias de grupo como apoyo psicológico a pacientes y familiares.

-Pacientes con problemas emocionales serán referidos al psiquiatra.

-Programas de orientación sobre la movilidad, elaboración de compresas caseras, conservación de la energía.

## **2.2 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS.**

**ARTROPATÍAS:** cualquier enfermedad o trastorno que afecta una articulación.

**ATÍPICAS:** que no son los síntomas usuales de una enfermedad.

**CONECTIVITIS:** inflamación del tejido conectivo.

**DERRAME ARTICULAR:** escape de líquido que se acumula en la articulación.

**DISNEA:** dificultad para respirar.

**ENFERMEDAD DE CROHN:** enfermedad inflamatoria crónica del intestino, que suele afectar a la porción terminal del intestino delgado y al colon.

**ENFERMEDAD DE LYME:** enfermedad inflamatoria recidivante aguda que afecta a una o varias articulaciones y que se atribuye a un virus no identificado.

**ENFERMEDAD DE STILL:** forma de artritis reumatoidea que por lo general afecta a grandes articulaciones, mas frecuente en niños menores de 16 años, pero se manifiesta también en adultos.

**EOSINIFILIA:** aumento del número de eosinófilos.

**ESPONDILITIS ANQUILOSANTE:** enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida, que afecta principalmente a la columna vertebral y estructuras próximas, llegando hasta fusionar las vértebras.

**ETIOPATOGÉNICA:** factor causal que origina una enfermedad.

**FEBRÍCULA:** temperatura superior a 37 grados C pero inferior a 38 grados C

**ICTIOSIS:** grupo de enfermedades dermatológicas hereditarias en las que la piel aparece seca y son fisuras similares a las escamas de los peces.

**INSIDIOSO:** dice del desarrollo de un proceso morboso que evoluciona de modo sutil, gradual o imperceptible.

**LEUCOSITARIA:** enumeración de la distribución de los leucocitos en una extensión de sangre teñida.

**LEUCOCITOS:** glóbulos blancos, uno de los elementos que forma la sangre.

**MUCINA:** mucopolisacárido componente principal del moco. Existe en la mayoría de las glándulas secretoras de mocos y es el lubricante que protege las superficies corporales frente a la fricción o erosión.

**PARVOVIRUS:** virión pequeño de cadena única que se ha asociado con diversas enfermedades, incluido el eritema infeccioso y las crisis aplásicas de las anemias hemolíticas crónicas.

**PEPTICO:** perteneciente o relativo a la digestión o las enzimas y secreciones esenciales para la misma.

**POLIMIALGIA:** enfermedad inflamatoria episódica y crónica que afectan a las grandes arterias y suele diagnosticarla en personas de más de 60 años.

**PSORIASIS:** enfermedad frecuente, crónica y hereditaria de la piel que se caracteriza por la presencia de áreas circunscritas rojizas y cubierta de escamas gruesas, secas, plateadas y adherente que se producen por un desarrollo excesivo de las células epiteliales.

**SEDIMENTO:** depósito de material insoluble que está en el fondo de un líquido.

**SÍNDROME DE SJOGREN:** trastorno congénito que se hereda como rasgo autonómico recesivo y se caracteriza por ictiosis, deficiencia mental y parálisis espástica.

**TEJIDO CONECTIVO:** tejido que sirve de sostén y unión de otros tejidos y órganos.

**TROMBOCITOSIS:** aumento anormal del número de plaquetas.

**VIRIÓN:** partícula vírica rudimentaria compuesta de un nucleoide central rodeado de una cubierta proteica.

**YUXTAARTICULARES:** junto o cerca de las articulaciones.

### **SIGLAS UTILIZADAS**

**CRIOR:** Centro de Rehabilitación Integral de Oriente.

**ISRI:** Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos.

**HLA-DR4:** Antígeno Leucocitario Humano- Reacción al cuarto marcado genético.



**CAPÍTULO III**  
**SISTEMA DE HIPÓTESIS**

### **3. SISTEMA DE HIPÓTESIS**

#### **3.1 HIPÓTESIS DE INVESTIGACION**

**Hi:** La Terapia Ocupacional como parte del proceso de rehabilitación mejora la funcionabilidad de los pacientes con diagnostico de Artritis Reumatoidea en etapa crónica del sexo femenino entre las edades de 30 a 60 años.

#### **3.2 HIPÓTESIS NULA**

**Ho:** La Terapia Ocupacional como parte del proceso de rehabilitación no mejora la funcionabilidad de los pacientes con diagnostico de Artritis Reumatoidea en etapa crónica del sexo femenino entre las edades de 30 a 60 años.

### 3.3 OPERACIONALIZACION DE LAS HIPÓTESIS EN VARIABLES.

HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<b>Hi:</b> La Terapia Ocupacional como parte del proceso de rehabilitación mejora la funcionabilidad de los pacientes con Artritis Reumatoidea en etapa crónica del sexo femenino entre las edades de 30 a 60 años.	<b>V<sub>1</sub>:</b> Terapia Ocupacional	Rama de la rehabilitación que usa las actividades humanas para mejorar y mantener la independencia logrando la máxima funcionabilidad y mejorar la calidad de vida.	Actividades	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Actividades de autocuidado.</li> <li>-Confección de férulas</li> <li>-Actividades con marco escalador, arco simple y plano inclinado.</li> <li>-Entrenamiento de la marcha.</li> <li>-Terapia de grupo</li> </ul>
			Método Diagnostico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Factor reumatoide.</li> <li>HLA-DR4.</li> <li>-Rigidez matutina.</li> <li>-Nódulos subcutáneos.</li> <li>-Rayos X.</li> </ul>
	<b>V<sub>2</sub>:</b> Artritis Reumatoide.	Proceso inflamatorio crónico, multisistémica destructiva y deformantes de las articulaciones y tejidos circundantes.	Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dolor</li> <li>-Inflamación</li> <li>-Calor</li> </ul>
	Signos		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Deformidades Articulares</li> <li>-Alteración de la marcha</li> </ul>	

**CAPÍTULO IV**  
**DISEÑO METODOLÓGICO**

## **4. DISEÑO METODOLOGICO**

### **4.1 TIPO DE INVESTIGACION.**

El tipo de investigación que se realizo fue.

**Prospectiva** ya que se registro la información a medida se fue evaluando los pacientes de acuerdo a la aplicación del tratamiento.

**Descriptivo** por que tuvo como objetivo indagar sobre la patología y la frecuencia en que ocurrió el fenómeno, proporciono una visión demostrativa del fenómeno.

### **4.2 UNIVERSO**

La población fue de 56 pacientes del área de Terapia Ocupacional que asistieron al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente San Miguel en el periodo de Septiembre a Noviembre del 2007.

### **4.3 MUESTRA**

La muestra estuvo constituida por 12 pacientes que cumplieron con los siguientes

criterios de inclusión:

- Diagnostico de Artritis Reumatoidea etapa crónica.
- Sexo femenino.
- De 30 a 60 años.

#### **4.4 TIPO DE MUESTREO**

El tipo de muestreo para la elección de la muestra fue el muestreo no probabilístico o por conveniencia ya que se selecciono un grupo pequeño de la población con iguales características.

#### **4.5 TECNICAS DE OBTENCION DE INFORMACION**

Las técnicas que se utilizaron: **La Documental Bibliografica**, para recopilar información que ayudo a enriquecer la investigación, así como también **La Documental Escrita**, que sirvió para obtener datos reales de los pacientes conociendo mejor sus antecedentes y así poder dar una mejor atención.

Además **Las Técnicas de Campo** por que se hizo uso de la entrevista y evaluación dirigidas a pacientes con diagnostico de Artritis Reumatoidea, con el fin de conocer mejor el estado funcional, antes, durante y después del tratamiento de Terapia Ocupacional.

## **4.6 INSTRUMENTOS**

Los instrumentos que se utilizaron fueron:

**Documental:** la ficha bibliografica en donde se obtuvo información de libros, boletín, diccionarios especializados y ficha para documentos escritos, obteniendo información del archivo.

**De Campo:** Guía de Entrevista (Ver anexo N° 16) y la hoja de Evaluación (Ver anexo N° 17) para pacientes con diagnostico de Artritis Reumatoide.

## **4.7 PROCEDIMIENTO.**

El desarrollo de la investigación se realizo en dos etapas:

**En una primera etapa** se selecciono el tema de investigación, y a la vez la institución donde se realizo el estudio, una vez elegido, se procedió a recopilar información bibliografica y de Internet acerca del tema, para la elaboración del perfil de investigación el cual se entrego para ser revisado por los docentes asesores, para iniciar con la elaboración del protocolo durante el periodo de Julio a Agosto de 2007.

**En una segunda etapa** que comprendió la ejecución de la investigación se inicio solicitando autorización para ejecutar la investigación al director de dicho centro. Ya aprobada la solicitud se procedió a la selección de pacientes con diagnostico de Artritis Reumatoidea, posteriormente se hizo reunión informativa con los pacientes seleccionados para explicar el plan de tratamiento a seguir y definir horarios.

Seguidamente se dio tratamiento, citando a los pacientes en los horarios ya establecidos para las evaluaciones correspondientes. De acuerdo con la evaluación realizada a cada paciente se elaboraron férulas o adaptaciones según lo requirieron. Se hizo uso del material y equipo que posee la institución para realizar las actividades descritas en el plan de tratamiento. Se realizo evaluaciones periódicas para conocer el estado funcional de los pacientes. Se clausuro el proceso con una actividad sociocultural donde se hicieron juegos, dinámicas y los pacientes expresaron los beneficios que obtuvieron durante todo el tratamiento.

Posteriormente se recopilaron los datos obtenidos de las entrevistas y evaluaciones, para realizar la tabulación, se hizo su respectivo análisis e interpretación de resultados para elaborar las conclusiones y recomendaciones, finalizando con la bibliografía y anexos en el periodo comprendido de Septiembre a Noviembre de 2007.



**CAPÍTULO V**  
**PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

## **5. PRESENTACIÓN DE DATOS**

En el presente capítulo se muestran los resultados de la investigación obtenidos durante el proceso de ejecución, realizada a pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide que asistieron al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente.

La población en estudio estuvo conformada por 12 pacientes del sexo femenino que oscilan entre las edades de 30 a 60 años, asistentes al área de Terapia Ocupacional de dicho centro.

Los resultados obtenidos por medio de los instrumentos administrados a los integrantes de la muestra de estudio, se tabularon, analizaron e interpretaron de acuerdo al siguiente orden:

El cuadro N° 1, presenta información acerca de la población según edad, el N° 2 y 3 muestra el conocimiento que tienen las pacientes acerca de la Artritis Reumatoide y la causa de su enfermedad, N° 4 demuestra las áreas en las que se han visto afectadas las pacientes con ésta enfermedad, el N° 5 y 6 se observa el conocimiento de las pacientes acerca de la Terapia Ocupacional y la certeza que tienen de mejorar su capacidad funcional a través de las actividades de Terapia Ocupacional.

La evaluación realizada a cada una de las pacientes que conformó la muestra

arrojó datos de cómo se encontraban antes y después del tratamiento de Terapia Ocupacional el N° 7 muestra información acerca de las deformidades encontradas en la muestra, el N° 8 y 9 presenta el Test articular de las regiones afectadas en las pacientes, el N° 10 y 11 se observa el Test muscular de dichas regiones, el N° 12 muestra el aspecto funcional en las actividades de la vida diaria, el N° 13 presenta la valoración de la marcha y el N° 14 muestra las destrezas manuales como las prensiones gruesas y finas.

El ordenamiento y tabulación de los datos se realizó en forma manual, luego se procedió al análisis de los mismos utilizando la frecuencia y sus respectivos porcentajes. Posteriormente se presenta la prueba de hipótesis.

## 5.1. TABULACION, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Datos obtenidos de: Guía de entrevista

CUADRO N° 1

### POBLACION SEGÚN EDADES.

EDADES	F	%
30- 39	6	50
40- 49	2	17
50-60	4	33
TOTAL	12	100

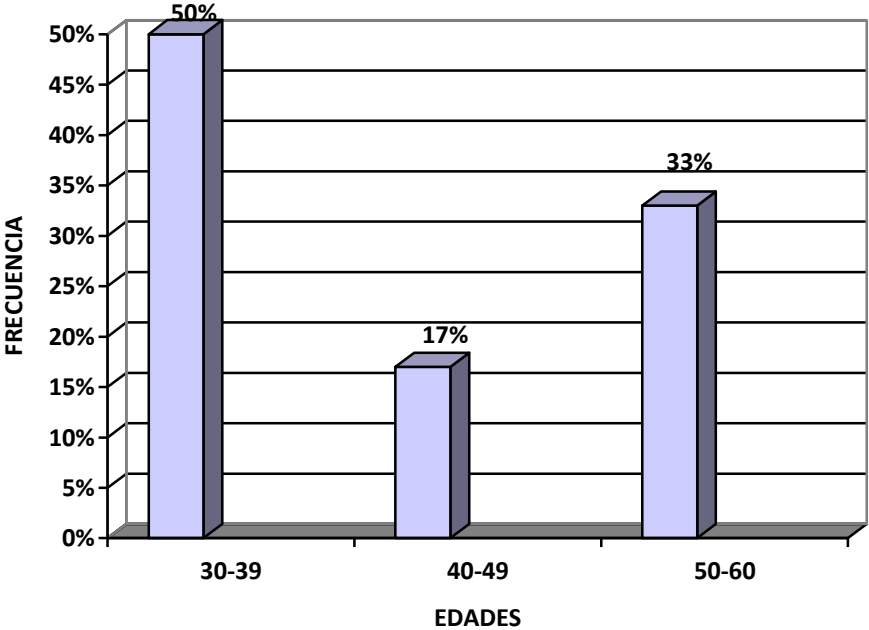
Fuente: Guía de Entrevista.

**ANÁLISIS:** En el presente cuadro se puede apreciar que el 50% de las pacientes en estudio oscilan entre los 30 a 39 años, el 17% son de los 40 a los 49 años y un 33% de 50 a 60 años.

**INTERPRETACIÓN:** De acuerdo con los datos el mayor índice de las Artritis Reumatoides se da entre los 30 a 39 años pudiendo comprobar lo que dice la teoría: que esta patología afecta mayormente a mujeres jóvenes en edad productiva. También se puede comprobar que es una enfermedad crónica puesto que un buen porcentaje de la

población objeto de estudio a llegado a la edad adulta mayor padeciendo esta enfermedad desde su juventud.

**GRAFICO DE BARRA N° 1**  
**POBLACION SEGÚN EDADES**



Fuente: Cuadro N° 1

## CUADRO N° 2

### ¿SABE USTED ACERCA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE?

ALTERNATIVAS	F	%
SI	7	58
NO	5	42
TOTAL	12	100

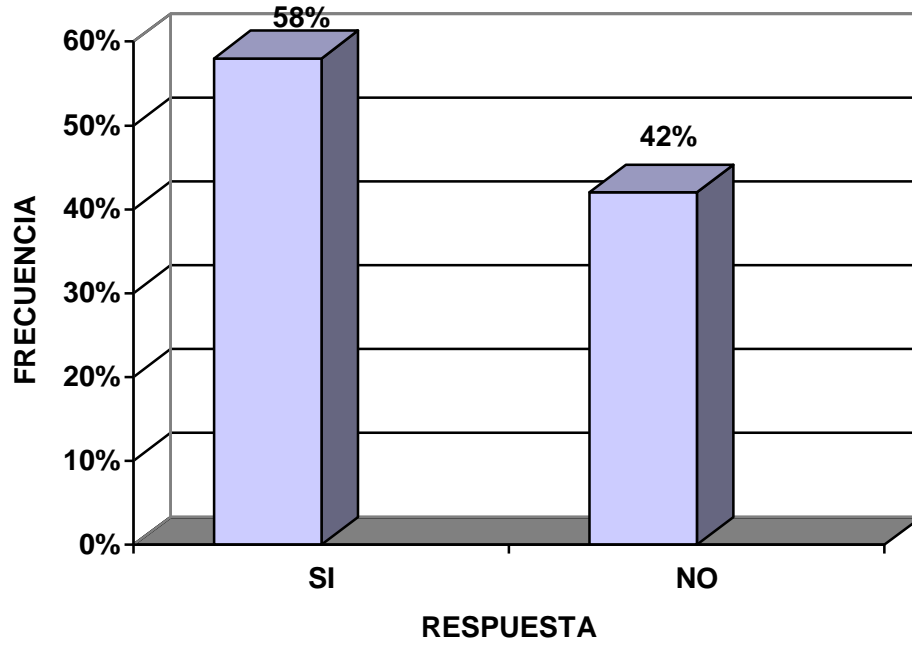
Fuente: Guía de Entrevista.

**ANÁLISIS:** En el presente cuadro se puede observar que un 58% conocían acerca de la Artritis Reumatoide y un 42% no conocían de su padecimiento.

**INTERPRETACIÓN:** Si bien es cierto que la mayoría de pacientes decían conocer sobre la enfermedad, al indagar sobre esta, en realidad no conocían nada referente a su padecimiento. Por lo tanto fue necesario dar orientación específica y detallada sobre la Artritis Reumatoide, pues era uno de los objetivos: que el paciente este mejor orientado para enfrentar su enfermedad y las complicaciones que esta tenga.

**GRAFICO DE BARRA N° 2**

**¿SABE USTED ACERCA DE LA ARTITIS REUMATOIDEA?**



Fuente: Cuadro N° 2

### CUADRO N° 3

#### ¿CUAL CREE QUE HA SIDO LA CAUSA DE SU ENFERMEDAD?

ALTERNATIVA	F	%
Sobre peso	-	-
Traumatismo	1	8
Desgaste articular	-	-
No sabe	2	17
Otros	9	75
TOTAL	12	100

Fuente: Guía de Entrevista.

**ANÁLISIS:** En el cuadro anterior el 75% creían que la causa de su enfermedad es por otros factores ambientales, el 17% no sabían la causa y un 8% considero que es por traumatismo.

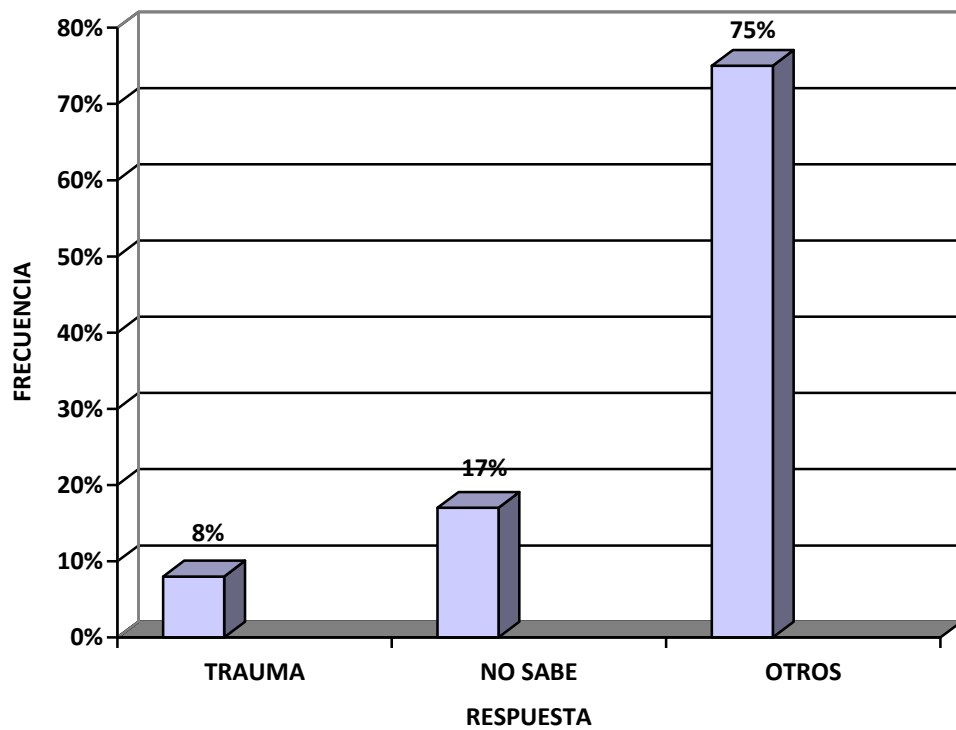
**INTERPRETACIÓN:** Se observa que el mayor porcentaje de pacientes lo atribuyeron a otras causas como: Cambios bruscos de temperatura, por exposición a químicos y a transfusión de sangre, pues es a lo que ellas han estado expuestas por algún tiempo. Algunas manifestaron no saber la causa. Y una de ellas que era por



traumatismo, por tal razón fue necesario incluir en la charla informativa las posibles causas de esta enfermedad para que tuvieran un mejor conocimiento.

### GRAFICO DE BARRA N ° 3

**¿CUAL CREE QUE HA SIDO LA CAUSA DE SU ENFERMEDAD?**



Fuente: Cuadro N° 3

#### CUADRO N° 4

#### ¿EN QUE HA AFECTADO SU VIDA ESTA ENFERMEDAD?

ALTERNATIVAS	F	%
En lo económico	3	25
En lo laboral	5	42
En las A.V.D.	4	33
TOTAL	12	100

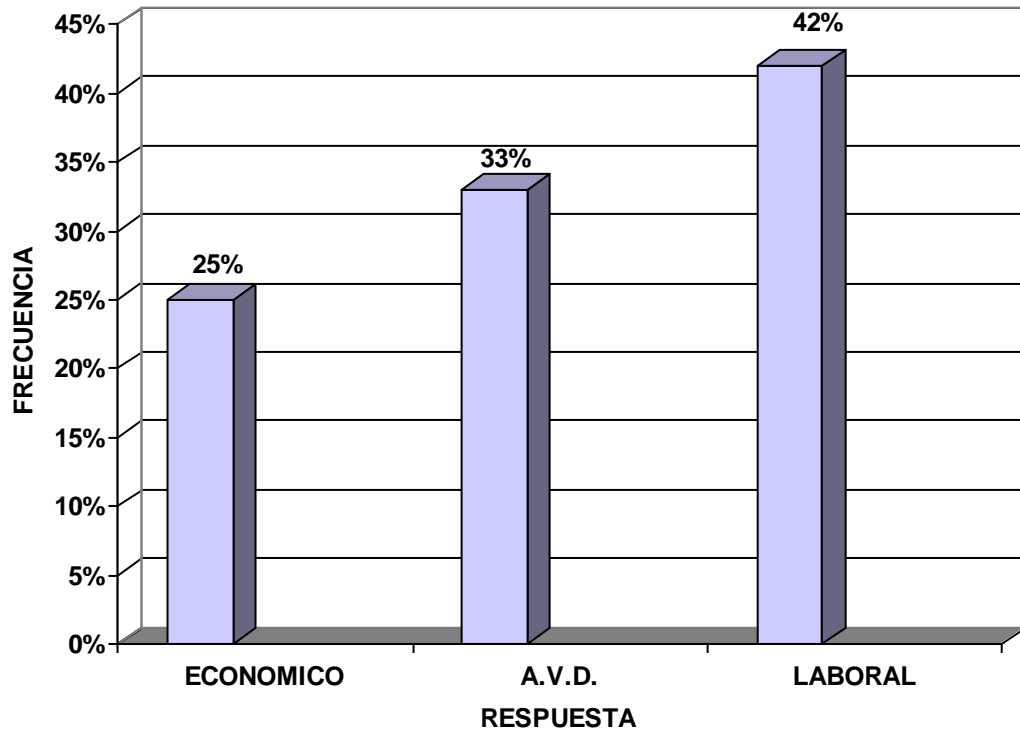
Fuente: Guía de Entrevista.

**ANÁLISIS:** En el cuadro anterior se muestra que el 42% de las pacientes se ven afectadas en lo laboral, el 33% en las actividades de la vida diaria y un 25% en lo económico.

**INTERPRETACIÓN:** La mayoría de las pacientes opinan que la Artritis Reumatoide las afecta en lo laboral ya que esta enfermedad es severa e incapacitante y no les permite incorporarse a la vida productiva como antes lo hacían. Otro porcentaje refiere que les afecta en la realización de las Actividades de la Vida Diaria, debido a las limitaciones físicas y severas deformidades propias de esta enfermedad, interfiriendo así en la independencia total. El resto refiere ser afectadas en lo económico por los gastos que implica el largo tratamiento medico y de rehabilitación que se requiere para lograr una mejor calidad de vida.

### GRAFICO DE BARRA N° 4

¿EN QUE HA AFECTADO SU VIDA ESTA ENFERMEDAD?



Fuente: Cuadro N° 4

## CUADRO N° 5

### ¿SABE USTED QUE ES LA TERAPIA OCUPACIONAL?

ALTERNATIVAS	F	%
SI	2	17
NO	10	83
TOTAL	12	100

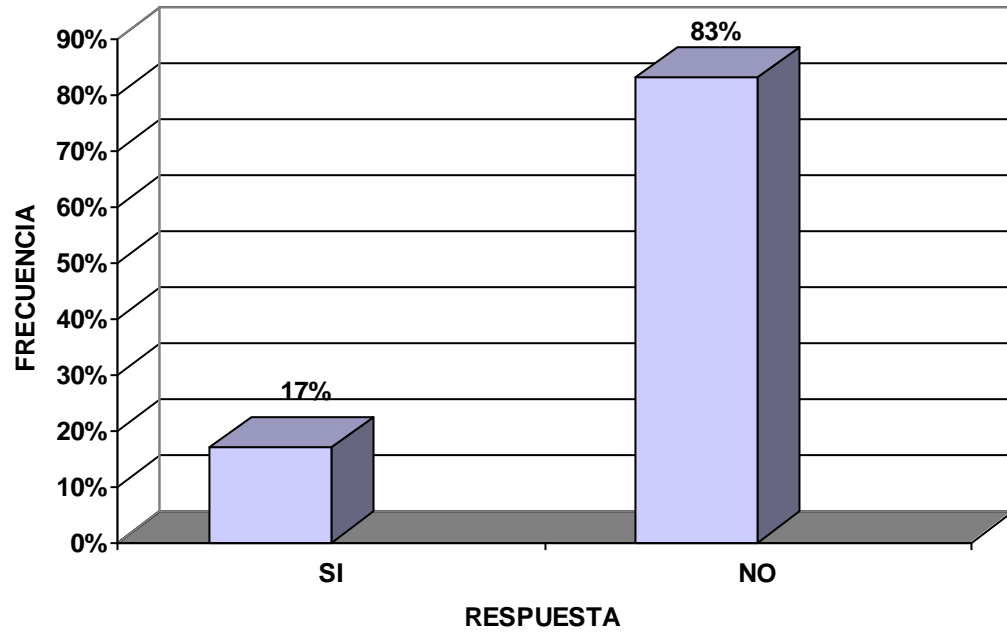
Fuente: Guía de Entrevista.

**ANÁLISIS:** el cuadro anterior muestra que de las pacientes entrevistadas el 83% no sabían que es la Terapia Ocupacional y el 17% tiene conocimiento de ella.

**INTERPRETACIÓN:** De acuerdo a los datos obtenidos, la mayoría de las pacientes no sabían acerca de la Terapia Ocupacional ni habían tenido la oportunidad de ser atendidas en esta área de rehabilitación. Por lo tanto fue necesario dar a conocer esta rama de la medicina como alternativa en el proceso de rehabilitación de la Artritis Reumatoide, necesaria para lograr una mayor independencia y tener una mejor calidad de vida.

### GRAFICO DE BARRA N° 5

¿SABE USTED QUE ES LA TERAPIA OCUPACIONAL?



Fuente: Cuadro N° 5

## CUADRO N° 6

### ¿CREE USTED QUE LAS ACTIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL LE PUEDEN AYUDAR A MEJORAR SU CAPACIDAD FUNCIONAL?

ALTERNATIVAS	F	%
SI	12	100
NO	0	0
TOTAL	12	100

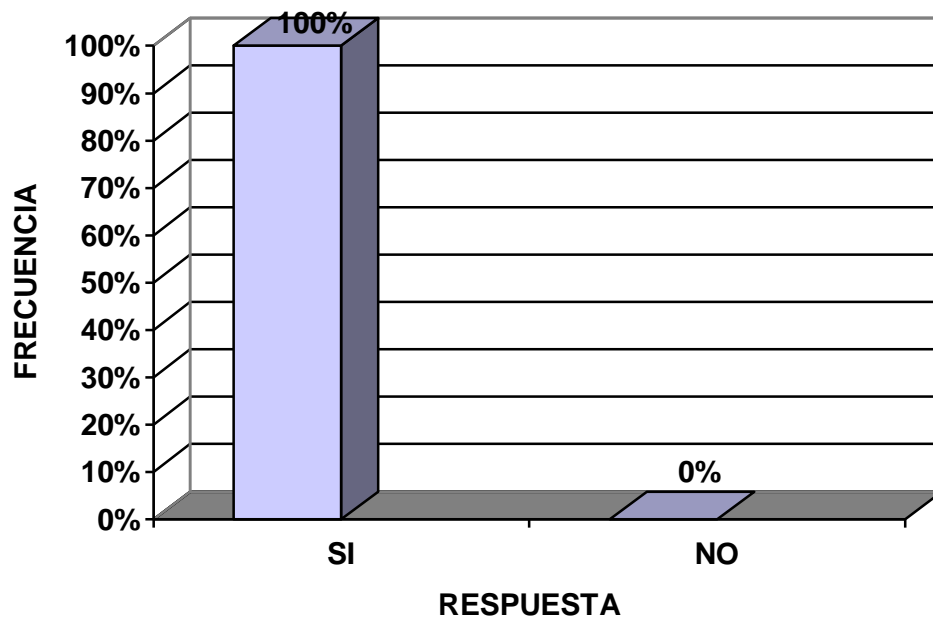
Fuente: Guía de Entrevista.

**ANÁLISIS:** El presente cuadro muestra que el 100% de las pacientes entrevistada opinaron que si creen que las actividades de Terapia Ocupacional les ayudaría a mejorar su capacidad funcional.

**INTERPRETACIÓN:** Después de la orientación recibida, se puede notar que todas las pacientes manifestaron que su capacidad funcional si mejoraría atreves de las diferentes actividades de Terapia Ocupacional y de esta manera podrían obtener una mejor calidad de vida que les permita desenvolverse en las actividades de la vida diaria y así ser personas independientes.

### GRAFICO DE BARRA N° 6

**¿CREE USTED QUE LAS ACTIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL LA PUEDEN AYUDAR MEJORAR SU CAPACIDAD FUNCIONAL?**



Fuente: Cuadro N° 6

**EVALUACION DE PACIENTES AL INICIO Y AL FINAL DE RECIBIR  
TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL**

**CUADRO N° 7**

**AMPLITUD ARTICULAR DE MIEMBROS SUPERIORES**

<b>TEST ARTICULAR DE MIEMBROS SUPERIORES</b>	<b>INICIO</b>		<b>FINAL</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
COMPLETA	-	-	10	83
INCOMPLETA	12	100	2	17
TOTAL	12	100	12	100

Fuente: Guía de Evaluación.

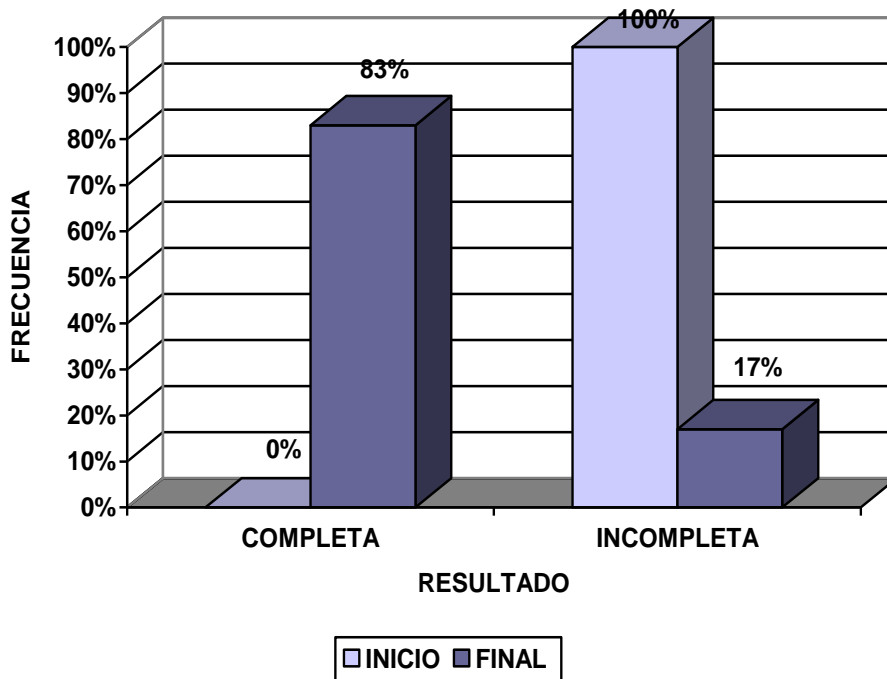
**ANÁLISIS:** El presente cuadro muestra que en la evaluación inicial el 100% de la muestra tenían un arco articular limitado en miembros superiores. En la evaluación final el 83% presentaron arco de movimiento completo y un 17% incompleto.

**INTERPRETACIÓN:** En base a los resultados obtenidos durante el tratamiento de terapia ocupacional, puede decirse que dichas actividades fueron efectivas ya que al inicio el total de pacientes en estudio presentaron limitaciones en las



diferentes articulaciones de los miembros superiores, lo cual mejoro notablemente al final del tratamiento, con el uso del marco escalador, arco simple, poleas de techo, y ensamble de conos, logrando que la mayoría completara sus arcos normales, no así, en un pequeño porcentaje que no completo sus movimientos por las deformidades ya implantadas.

**GRAFICO DE BARRA N° 7**  
**AMPLITUD ARTICULAR DE MIEMBRO SUPERIOR**



Fuente: Cuadro N° 7

## CUADRO N° 8

### AMPLITUD ARTICULAR DE MIEMBROS INFERIORES

TEST ARTICULAR DE MIEMBROS INFERIORES	INICIO		FINAL	
	F	%	F	%
COMPLETA	-	-	8	67
INCOMPLETA	12	100	4	33
TOTAL	12	100	12	100

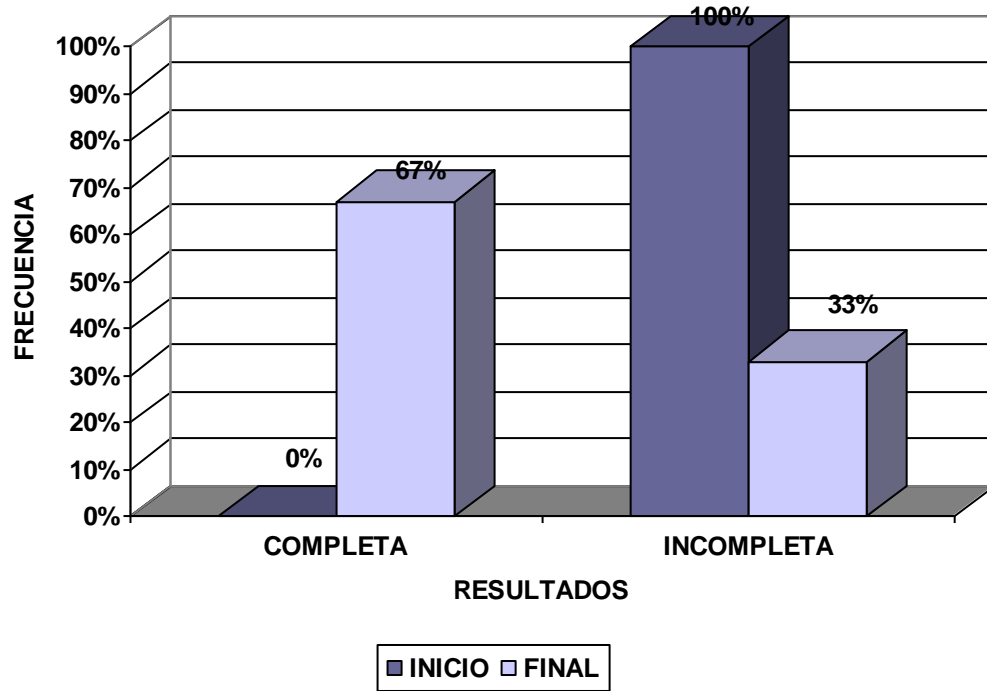
Fuente: Guía de Evaluación.

**ANÁLISIS:** En el cuadro anterior se muestra que en la evaluación inicial el 100% de las pacientes presentaron limitación articular en los miembros inferiores y en la evaluación final el 67% completaron sus arcos de movimiento y un 33% no lo completaron.

**INPERPRETACIÓN:** Se puede apreciar que antes del tratamiento de Terapia Ocupacional todas las pacientes presentaron algún grado de limitación en las diferentes articulaciones de miembros inferiores y que al completar el tratamiento, la mayoría de pacientes lograron los arcos normales de movimiento. Mostrando así que las diferentes actividades de Terapia Ocupacional como el uso de la bicicleta estacionaria sin resistencia, rampas y gradas, influyeron favorablemente.

### GRAFICO DE BARRA N° 8

#### AMPLITUD ARTICULAR DE MIEMBROS INFERIORES



Fuente: Cuadro N° 8

## CUADRO N° 9

### FUERZA MUSCULAS DE MIEMBROS SUPERIORES

TEST MUSCULAS DE MIEMBROS SUPERIORES	INICIO		FINAL	
	F	%	F	%
Completa	-	-	10	83
Incompleta	12	100	2	17
TOTAL	12	100	12	100

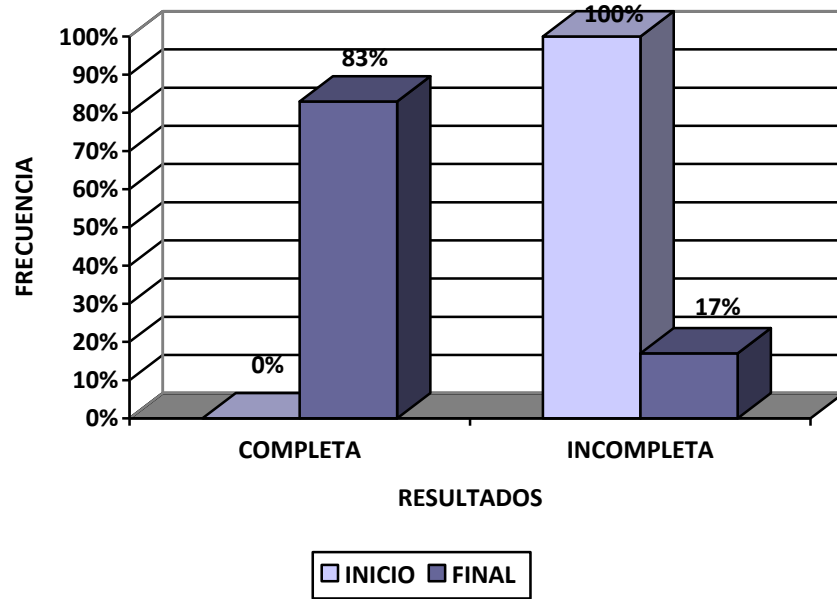
Fuente: Guía de Evaluación.

**ANÁLISIS:** El presente cuadro muestra que en la evaluación inicial el 100% de las pacientes presentaron disminución de la fuerza muscular en los miembros superiores y en la evaluación final el 83% de las pacientes completaron la fuerza muscular y un 17% no la completaron.

**INTERPRETACIÓN:** De los datos anteriores puede interpretarse que el tratamiento de Terapia Ocupacional tales como el plano inclinado, mesa de fortalecimiento de miembros superiores, poleas de piso y rueda marina, influyeron positivamente en las pacientes seleccionadas para el estudio ya que durante los 3 meses de aplicación pudo observarse que la mayoría de las pacientes recobro su fuerza muscular en miembros superiores y las que no lograron completar la fuerza se debió a las deformidades que mantuvieron.

### GRAFICO DE BARRA N° 9

### FUERZA MUSCULAR DE MIEMBROS SUPERIORES



Fuente: Cuadro N° 9

## CUADRO N° 10

### FUERZA MUSCULAR DE MIEMBROS INFERIORES

TEST MUSCULAR DE MIEMBROS INFERIORES	INICIO		FINAL	
	F	%	F	%
Completa	-	-	8	67
Incompleta	12	100	4	33
TOTAL	12	100	12	100

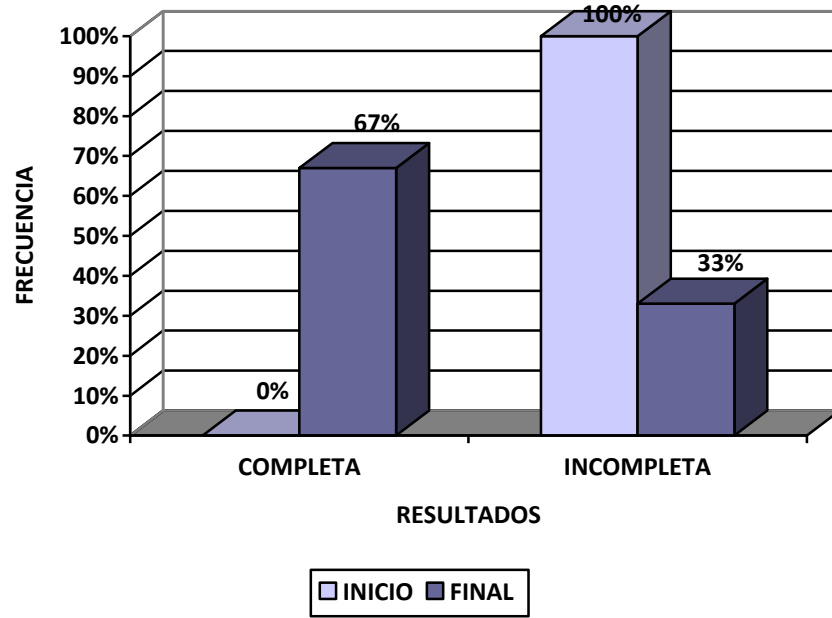
Fuente: Guía de Evaluación.

**ANÁLISIS:** En el cuadro anterior se observa que en la evaluación inicial el 100% de las pacientes presentaron disminución de la fuerza muscular de miembros inferiores y en la evaluación final el 67% completaron la fuerza muscular y un 33% no la completaron.

**INTERPRETACIÓN:** Se encuentra plasmado en el cuadro anterior que a través del tratamiento de Terapia Ocupacional la mayoría de las pacientes con debilidad muscular lograron aumentar la fuerza al final del tratamiento con el uso de la bicicleta estacionaria con resistencia, mesa de Delorme y patín, y un porcentaje menor, mejoró su fuerza muscular aunque no en su totalidad.

### GRAFICO DE BARRA N° 10

### FUERZA MUSCULAR DE MIEMBROS INFERIORES



Fuente: Cuadro N° 10

### CUADRO N° 11

#### ASPECTO FUNCIONAL

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	INICIO		FINAL	
	F	%	F	%
Lo realiza	6	50	12	100
No lo realiza	-	-	-	-
Lo realiza con dificultad	6	50	-	-
TOTAL	12	100	12	100

Fuente: Guía de Evaluación.

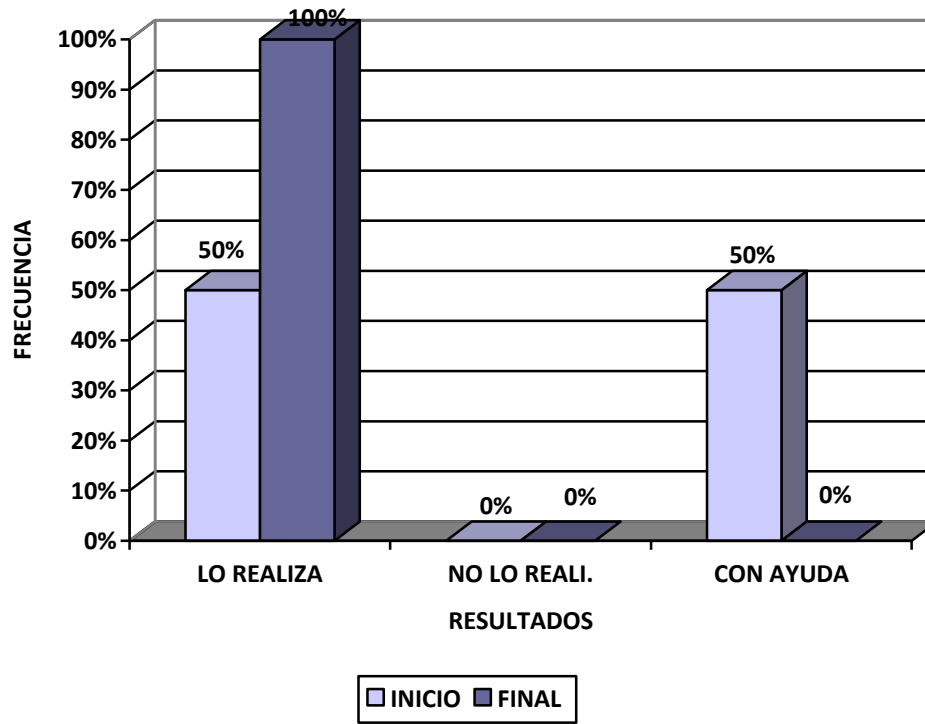
**ANÁLISIS:** En el presente cuadro se puede apreciar que en la evaluación inicial el 50 % de las pacientes realizaron las actividades de la vida diaria y el otro 50% lo realizaron con ayuda y en la evaluación final el 100% de las pacientes lograron realizar las actividades de la vida diaria.

**INTERPRETACIÓN:** Se observa en el cuadro anterior que en la primera evaluación la mitad de la muestra presentó dificultad en la realización de las actividades de la vida diaria tales como alimentación, vestido e higiene personal. Y en la evaluación final a pesar de las deformidades que persistieron se logra la independencia total de estas actividades.



### GRAFICO DE BARRA N° 11

#### ASPECTO FUNCIONAL



Fuente: Cuadro N° 11

## CUADRO N° 12

### EVALUACION DE LA MARCHA

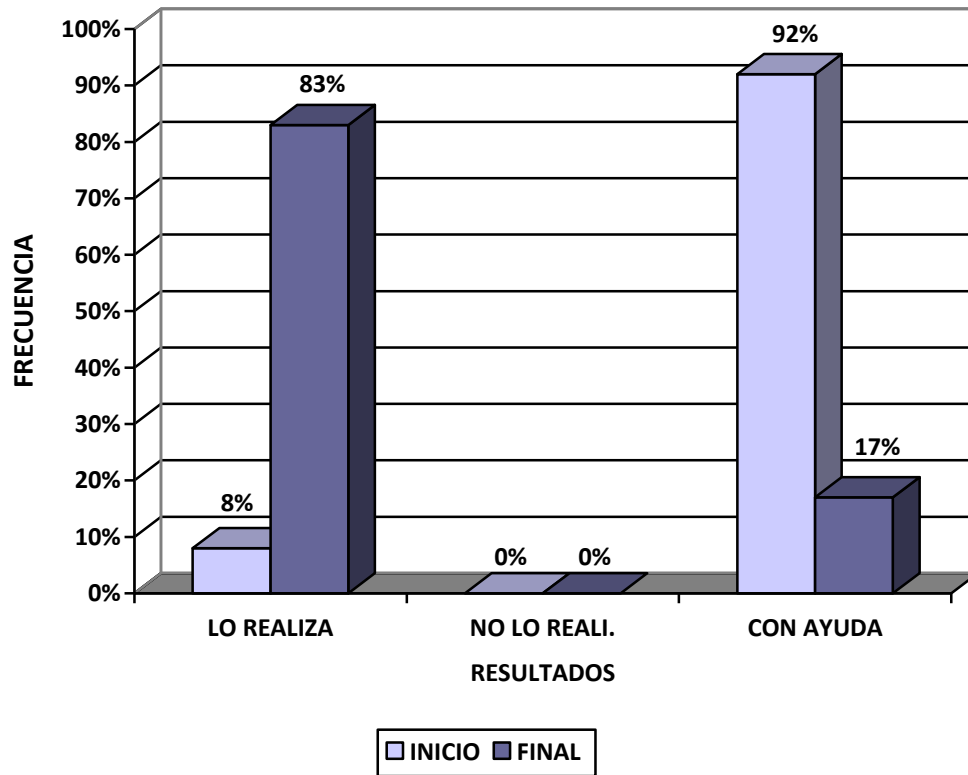
MARCHA	INICIO		FINAL	
	F	%	F	%
Lo realiza	1	8	10	83
No lo realiza	-	-	-	-
Lo realiza con dificultad	11	92	2	17
TOTAL	12	100	12	100

Fuente: Guía de Evaluación.

**ANÁLISIS:** En el cuadro anterior se observa que en la evaluación inicial el 92% de las pacientes en estudio realizaban la marcha con dificultad y solo un 8% la realizaban correctamente, en la evaluación final un 17% realizaron la marcha con dificultad y un 83 % realizaron la marcha normalmente.

**INTERPRETACIÓN:** Se puede apreciar que antes del tratamiento de Terapia Ocupacional la mayoría de pacientes presentaron dificultad en la realización de la marcha, al final se observa que la reeducación de la marcha entre barras paralelas influyo favorablemente ya que la mayoría de las pacientes mejoraron el patrón de marcha

**GRAFICO DE BARRA N° 12**  
**VALORACION DE LA MARCHA**



Fuente: Cuadro N° 12

### CUADRO N° 13

#### DESTREZA MANUAL

PRENSIONES	INICIO		FINAL	
	F	%	F	%
Normal	4	33	10	83
Limitada	8	67	2	17
TOTAL	12	100	12	100

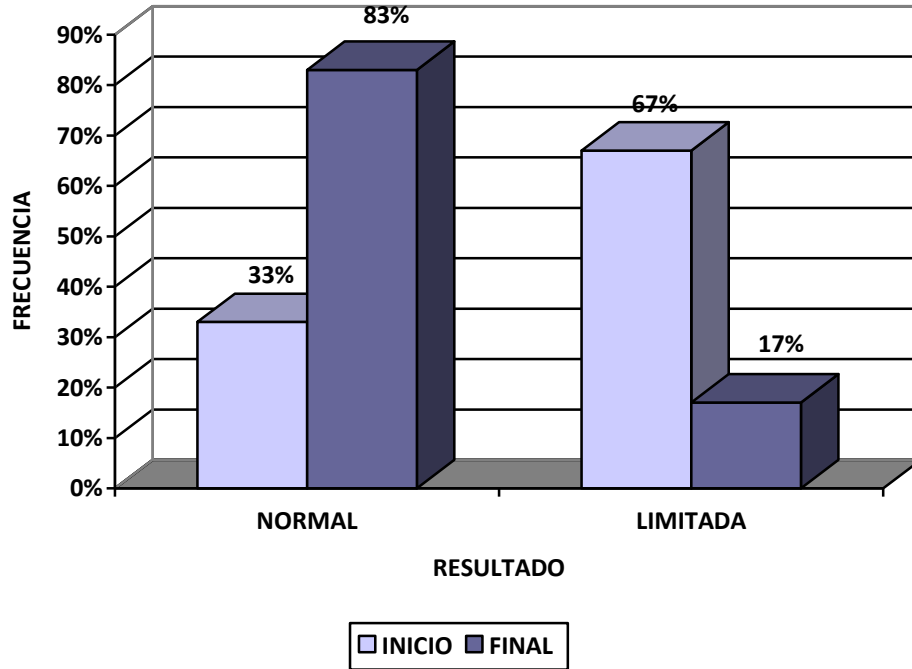
Fuente: Guía de Evaluación.

**ANÁLISIS:** El cuadro anterior muestra que en la primera evaluación el 33% de las pacientes de la muestra tenían las prensiones normales y un 67% la tenían limitada y en la evaluación final el 83% presentaron las prensiones normales y un 17% la tenían limitada.

**INTERPRETACIÓN:** En la evaluación inicial se observa que el mayor porcentaje de pacientes tenían limitación para realizar las prensiones tanto la gruesa como la fina y a través de las diferentes actividades de Terapia Ocupacional tales como el uso del Feps, tablero de montesori, tablero de grifos y plastilina se logro que la mayoría de pacientes realizara normalmente dichas prensiones mejorando con ello las actividades manuales necesarias para una mejor funcionabilidad.

### GRAFICO DE BARRA N° 13

#### DESTREZAS MANUALES



Fuente: Cuadro N° 13

## **5.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS**

### **HIPÓTESIS DE INVESTIGACION**

**Hi:** La Terapia Ocupacional como parte del proceso de rehabilitación mejora la funcionabilidad de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide en etapa crónica del sexo femenino entre las edades de 30 a 60 años.

La hipótesis planteada se acepta mediante los siguientes resultados:

De acuerdo con los cuadros número 7 al 10 se comprobó que la gama de movimientos y la fuerza muscular mejoraron en un porcentaje del 83% en miembros superiores y un 67% en miembros inferiores logrando así una mejor funcionabilidad.

Con el cuadro número 11 (valoración de las actividades de la vida diaria), se comprobó que las doce personas de la muestra al final del tratamiento lograron realizar sus actividades de la vida diaria sin dificultad.

Se comprobó con el cuadro número 12 (valoración de la marcha), que el 83% de las pacientes objeto de estudio, realizaron una marcha independiente logrando con ello una mejor calidad de vida.

## **CAPÍTULO VI**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## **6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **6.1 CONCLUSIONES**

Después de haber tabulado, analizado e interpretado los resultados de la investigación, el grupo investigador llegó a las siguientes conclusiones:

Que la Terapia Ocupacional es una alternativa en el proceso de rehabilitación de las personas con diagnóstico de Artritis Reumatoide ya que los resultados obtenidos en la investigación, mostraron mejoría en el estado físico de las pacientes aumentando la gama de movimientos, fuerza, prensiones y con esto lograron una mayor funcionalidad en las actividades de la vida diaria

Que a través de las actividades de Terapia Ocupacional no se logra desaparecer las deformidades ya implantadas pero se evita la progresión de éstas y el desarrollo de nuevas deformidades.

El uso de férulas y adaptaciones son necesarias como parte del tratamiento de Terapia Ocupacional ya que ayuda a prevenir y corregir deformidades.

Finalmente se concluyó que la investigación fue satisfactoria porque se lograron los objetivos propuestos, así como la hipótesis de trabajo fue aceptada ya que el 100% de las pacientes evolucionaron satisfactoriamente con el tratamiento de Terapia Ocupacional.



## **6.2 RECOMENDACIONES**

Que las instituciones públicas y privadas que cuentan con el servicio de fisioterapia, implementen áreas de Terapia Ocupacional y generen plazas para la atención de estos servicios.

Que las instituciones de rehabilitación incluyan en sus planes operativos programas de educación y orientación a pacientes y cuidadores.

A los profesionales en rehabilitación que es necesario que el uso de férulas y adaptaciones se haga en estadios tempranos de la enfermedad para evitar deformidades que limiten la funcionalidad.

A los pacientes que dediquen tiempo a la practica de las técnicas aprendidas y ha seguir las recomendaciones de auto cuidado.

A los familiares de los pacientes que elaboren las adaptaciones del hogar, necesarias para mantener la mayor independencia posible a lo largo de su enfermedad.

A los profesionales en la salud que se interesen en conocer los beneficios de la Terapia Ocupacional en las enfermedades crónicas para que les permita realizar acciones encaminadas a la rehabilitación de estas pacientes.

## **BIBLIOGRAFIA.**

### **LIBROS**

GISPERT, Carlos. Diccionario de Medicina.4ª Edición, Editorial grupo Océano, Barcelona, 1997.1504 Págs.

HERNANDEZ, R.; FERNANDEZ, C.; BAPTISTA, P. Metodología de la Investigación. 3ª Edición, México, Editorial McGraw-Hill Interamericana, 1991. 706 Págs.

NAVARRO, Joaquín. Mentor interactivo. Enciclopedia temática estudiantil, Editorial grupo Océano, Barcelona, 1997.1032 Págs.

ROTES QUEROL, Jaume. Tratamiento de Artritis Reumatoidea. 1ª Edición, Editorial Mosby /Doyma libros, S. A Madrid, 1995.118 Págs.

PLAJA, Juan. Analgesias por medios físicos.1ª Edición, Editorial EDIGRAFOS, S.A. España, 2003. 558 Págs.

SANTIAGO, Maite y otros. Atención primaria a la persona Adulta Mayor. 3ª Edición, Editorial INFOSAL, El Salvador, 2003. 405 Págs.

TAMAYO Y TAMAYO, Mario. El Proceso de Investigación Científica. 3ª Edición, Limusa Noriega Editores, México. 1994. 490 Págs.

TROMBLI, Catherine Anne. Terapia Ocupacional para enfermos Incapacitados físicamente. 1a Edición, México, Ediciones Científicas, 1942. 671 Págs.

## **BOLETIN**

### **INTEGRACION**

“Antecedentes históricos del Centro de Rehabilitación Integral de Oriente” Boletín. San Salvador. El Salvador C .A. Jefe de comunicaciones, ISRI, N° 1 año 2000. Pág.2.

## **FUENTES ORALES**

CRUZ MEDINA, Eva. "Abordaje clínico de Enfermedades Reumáticas". Conferencia. Medico graduado en la UNAM, especialidad Fisiatría en el Instituto Nacional de Rehabilitación de México. Asilo Sara, San Salvador, El Salv., C. A., Martes 20 de Marzo de 2007 (De 8:00am a 12:00m)









ANEXO N° 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES GENERALES EN EL CICLO II- 2007 Y CICLO I-2008

N°	MESES SEMANAS ACTIVIDADES	Julio/07				Agosto/07				Septiembre /07				Octubre/07				Noviembre /07				Diciembre /07				Enero/08				Febrero/08			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		1	Inscripción del proceso de graduación																														
2	Elaboración del perfil de graduación																																
3	Elaboración del protocolo de graduación																																
4	Entrega del protocolo de graduación																																
5	Ejecución de la investigación																																
6	Tabulación, Análisis e interpretación de datos																																
7	Elaboración del informe final																																
8	Presentación del informe final																																
9	Exposición oral de los resultados																																

ANEXO N° 2

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA EJECUCION DEL TRATAMIENTO A PACIENTES CON DIAGNOSTICOS DE ARTRITIS REUMATOIDEA

N°	ACTIVIDADES	MESES																							
		SEPTIEMBRE/07				OCTUBRE/07				NOVIEMBRE/07															
		1			2			3			4			1			2			3			4		
		L	M	V	L	M	V	L	M	V	L	M	V	L	M	V	L	M	V	L	M	V	L	M	V
1	Solicitar autorización para Ejecutar la investigación																								
2	Selección de pacientes con Artritis reumatoide																								
3	Reunión informativa																								
4	Aplicación de tratamiento																								
	Actividades de auto cuidado																								
	Confección de férulas																								
	Actividades ocupacionales																								
	Programa de orientación																								
5	Actividad de Finalización del proceso																								 

93

Desarrollado por:

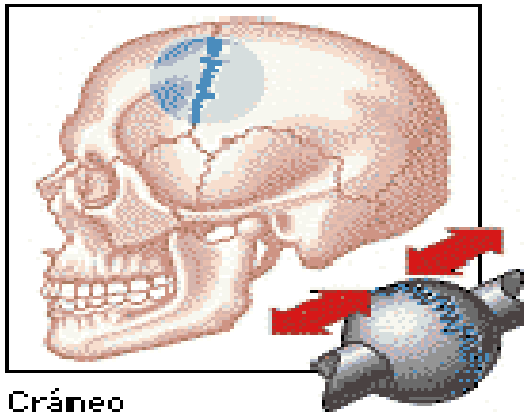
Gema Imelda Garay Cortez  
 Sandra Margarita Melgar de la O  
 Iris Lorena Rivera Muñoz

Clave



### ANEXO N° 3

#### TIPOS DE ARTICULACIONES.

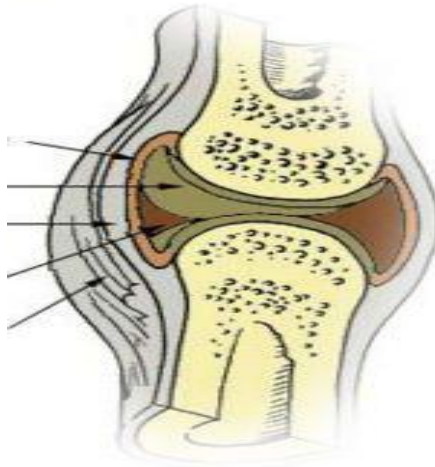


Cráneo

Articulaciones fijas o sinartrosis



Articulación semimóvil o anfartrosis

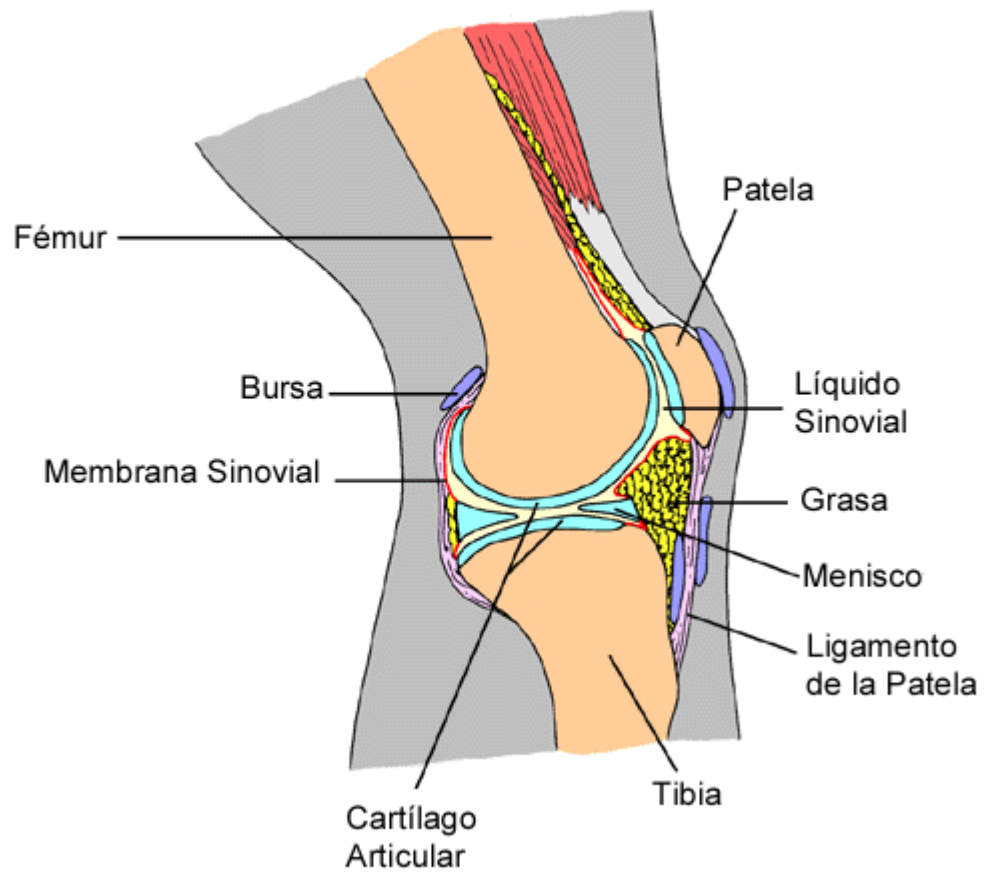


Articulación móvil o diartrosis

## ANEXO N° 4

### ELEMENTOS QUE CONSTITUYEN UNA ARTICULACION.

#### Articulación de la Rodilla



## ANEXO N° 5

### AREAS DEL CUERPO QUE SON AFECTADAS



La artritis reumática por lo general afecta las articulaciones de forma simétrica (en ambos lados por igual), puede iniciar en un par de articulaciones solamente y ataca con mayor frecuencia las muñecas, manos, codos, hombros, rodillas y pantorrillas

 ADAM.



## ANEXO N° 6

### ARTICULACIONES QUE INICIALMENTE SON AFECTADAS POR LA ARTRITIS REUMATOIDEA.

Articulaciones metacarpo falangitas e interfalángicas.



Articulaciones metatarso falángicas



## ANEXO N° 7

### DEFORMIDADES CARACTERISTICAS DE LA MANOS.

#### Deformidad en ojal



#### Deformidad en cuello de cisne



**ANEXO N° 8**

**DEFORMIDADES DE LA ARTICULACION RADIOCARPIANO.**



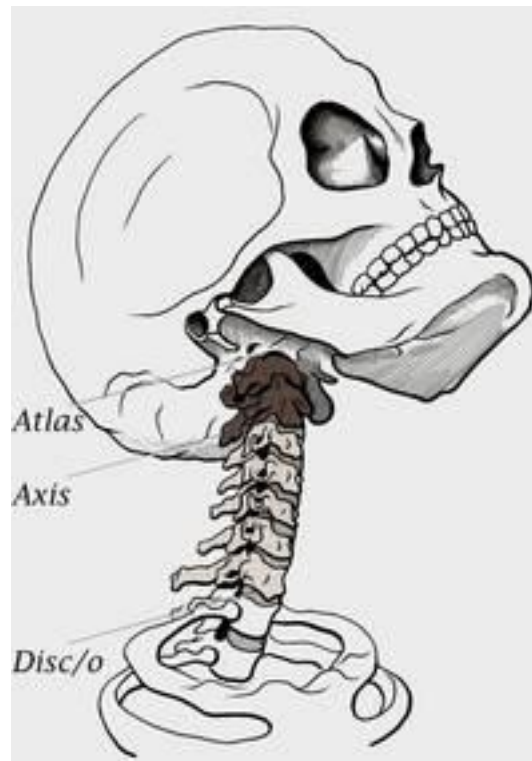
**ANEXO N° 9**

**PERDIDA DE LA MOBILIDAD DE CODO.**



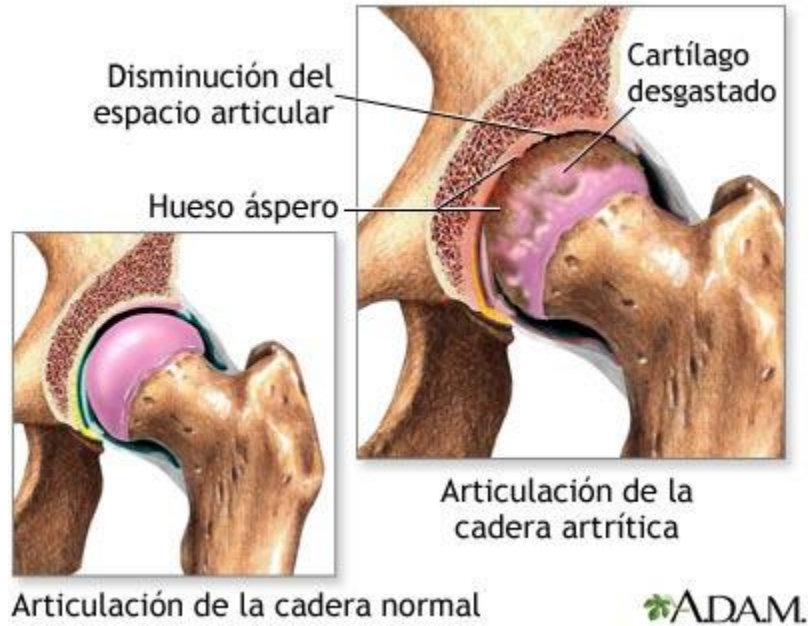
**ANEXO N° 10**

**ARTICULACIONES DEL CUELLO QUE SON AFECTADAS POR  
LA ARTRITIS REUMATOIDEA**



**ANEXO N° 11**

**CADERA AFECTADA POR LA ARTRITIS REUMATOIDEA**



**ANEXO N° 12**

**AFECCION DE LA RODILLA.**





**ANEXO N° 13**

**DEFORMIDADES DE ARTICULACIONES DE LOS DEDOS DE LOS PIES**





**ANEXO N° 14**

**NODULOS REUMATOIDEOS SUBCUTANAEOS**



**ANEXO N° 15**

**ALTERACIONES RADIOLOGICAS DE MANOS**



**ANEXO N° 16**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
CARERRA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



**GUIA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE  
ARTRITIS REUMATOIDEA.**

**OBJETIVO:** Conocer la idea que tienen los pacientes con diagnostico de Artritis Reumatoidea respecto a su enfermedad y en que le beneficiara recibir tratamiento de Terapia Ocupacional.

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Ocupación:** \_\_\_\_\_ **Estado civil:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**1. ¿Sabe usted acerca de la Artritis Reumatoidea? Si** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

**Explique** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. ¿Cuál cree que ha sido la causa de su enfermedad?**

**Sobrepeso** \_\_\_\_\_ **Desgaste Articular** \_\_\_\_\_ **Otros** \_\_\_\_\_

**Traumatismo** \_\_\_\_\_ **No sabe** \_\_\_\_\_

**3. ¿En que ha afectado su vida esta enfermedad? \_\_\_\_\_**

**En lo económico \_\_\_\_\_ En lo laboral \_\_\_\_\_**

**En sus A.V.D. \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_**

**4. ¿Sabe usted que es la Terapia Ocupacional? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

**Explique \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_

**5. ¿Cree usted que la actividades de Terapia Ocupacional le pueden ayudar a**

**mejorar su capacidad funcional? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ ¿por que? \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_

ANEXO N° 17

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL



HOJA DE EVALUACION DE TERAPIA OCUPACIONAL PARA PACIENTES  
CON DIAGNOSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDEA.

**OBJETIVO:** Conocer el estado funcional de los pacientes con diagnostico de Artritis Reumatoidea antes, durante y después del tratamiento de Terapia Ocupacional.

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
Patologías asociadas: \_\_\_\_\_  
Fecha de evaluación inicial: \_\_\_\_\_  
Fecha de evaluación final: \_\_\_\_\_  
Tiempo de evolución: \_\_\_\_\_

**HISTORIA CLINICA:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CAPACIDAD FISICA:**

Actitud postural: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Amplitud articular:**

M.S.D	M.S.I	M.I.D	M.I.I
-Completa: _____	-Completa: _____	-Completa: _____	-Completa: _____
- Incompleta: _____	-Incompleta: _____	-Incompleta: _____	-Incompleta: _____

**Fuerza muscular:**

M.S.D.	M.S.I.	M.I.D.	M.I.I.
-Completa: _____	-Completa: _____	-Completa: _____	-Completa: _____
-Incompleta: _____	-Incompleta: _____	-Incompleta: _____	-Incompleta: _____

**ASPECTO FUNCIONAL:**

**Actividades de la vida diaria:**

Alimentación: lo realiza \_\_\_\_\_ no lo realiza \_\_\_\_\_ lo realiza con ayuda \_\_\_\_\_  
Vestido: lo realiza \_\_\_\_\_ no lo realiza \_\_\_\_\_ lo realiza con ayuda \_\_\_\_\_  
Higiene Personal: lo realiza \_\_\_\_\_ no lo realiza \_\_\_\_\_ lo realiza con ayuda \_\_\_\_\_

**MARCHA:**

Lo realiza \_\_\_\_\_ no lo realiza \_\_\_\_\_ lo realiza con ayuda \_\_\_\_\_

**DESTREZA MANUAL:**

Preñion Gruesa: normal: \_\_\_\_\_ limitada: \_\_\_\_\_

---

Preñion Fina: normal: \_\_\_\_\_ limitada: \_\_\_\_\_

---

**ASPECTO PSICOLOGICO:**

**PLAN DE TRATAMIENTO:**

**PROGRESOS ALCANZADOS:**

## ANEXO N° 18

### EQUIPO UTILIZADO DURANTE LA EJECUCIÓN



## ANEXO N° 19

### USO DE MARCO ESCALADOR Y ARCO SIMPLE





**ANEXO N° 20**

**ACTIVIDAD DE HOMBROS EN PLANO INCLINADO**



## ANEXO N° 21

### ACTIVIDAD PARA MIEMBROS SUPERIORES



**ANEXO N° 22**

**ENTRENAMIENTO DE LA MARCHA**





**ANEXO N° 23**

**ACTIVIDAD PARA MEJORAR ARCOS DE MIEMBROS INFERIORES**



**ANEXO N° 24**

**ELABORACION DE FÉRULAS**



**ANEXO N° 25**  
**TERAPIA DE GRUPO**





**ANEXO N° 26**

**PROGRAMA DE ORIENTACIÓN**



**ANEXO N° 27**  
**APOYO PSICOLÓGICO**





**ANEXO N° 28**

**CLAUSURA DE LA EJECUCIÓN**

