



INSTITUTO
DE
TERAPIA
OCUPACIONAL

PROGRAMA PARA PERSONAS CON
ARTRITIS REUMATOIDE DESDE LA
PERSPECTIVA OCUPACIONAL

REPORTE DE PRÁCTICA INNOVADORA
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN TERAPIA OCUPACIONAL
PRESENTA

SUSANA VILLANUEVA DEL MORAL

ASESORA
DRA. MA. CRISTINA HERNANDEZ LARA DE BOLAÑOS

MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE, 2008

INDICE

I. Agradecimientos	
II. Dedicatoria	
III. Prologo	
1. Justificación	1
2. Antecedentes	3
3. Objetivos del programa.	6
4. Modelo de práctica.	7
5. Marcos de referencia	8
6. Intervención	9
7. Resultados.	12
8. Análisis.	16
9. Contribución	17
10. Referencias.	18
11. Anexos.	20

AGRADECIMIENTOS

Quiero decir "gracias"

A Dios: por permitirme vivir y aprender.

A la Dra. Cristy Bolaños: por sus enseñanzas y dedicación. Por su lucha continua por y para la Terapia Ocupacional.

A los maestros: que compartieron con nosotras sus conocimientos y se esmeraron para darnos lo mejor.

Al Dr. Jorge Morales Torres y al personal del servicio de reumatología del Hospital Aranda de la Parra: por su valiosa ayuda y disposición.

Al Dr. Manuel Gasca Orozco: por su interés y apoyo para que alcanzara ésta meta.

A todas las personas que por su enfermedad, tuve la oportunidad de conocer, aprender y servir.

A la maestra Lorena y a Caty: muchas gracias

DEDICATORIA

*Cuida tus pensamientos porque se volverán Palabras
Cuida tus palabras porque se volverán Actos
Cuida tus actos porque se harán Costumbre
Cuida tus costumbres porque forjarán tu Carácter
Cuida tu carácter porque formará tu Destino
Y tu destino será tu Vida...*

Mahatma Gandhi

Todas estas horas de trabajo las pude realizar gracias al apoyo, ayuda y amor de mi familia.

A mi esposo Manuel, mis hijos Carlos, Susy y Manuel, a mi Mamá y hermanos, gracias por sus desvelos, por estar a mi lado y no dejarme caer. Por confiar en mí. Simplemente "los amo".

Susana

PROLOGO

La ocupación se da espontáneamente a lo largo de la vida, pero conforme la persona va envejeciendo o presenta alguna enfermedad o discapacidad, su rendimiento funcional y roles cambian. En el contexto de la Terapia Ocupacional las actividades tienen significado único y un propósito en la vida de la persona considerando sus deseos, necesidades, y habilidades de desempeño.

Este trabajo fue hecho con la intención de dar información básica acerca de la enfermedad reumática y la importancia de la intervención del terapeuta ocupacional en el manejo integral del paciente con artritis reumatoide a través de la ocupación y considerando su parte física, psicológica, espiritual, social y laboral. En base a la valoración inicial se elaboró un plan de intervención individual encaminado a maximizar su independencia.

El interés de proponer un programa para pacientes con artritis reumatoide desde la perspectiva ocupacional se debe a la gran cantidad de personas que padecen esta enfermedad y la limitación en la realización de las actividades de la vida diaria como consecuencia de la progresión de la misma, por lo que se requiere de un manejo multidisciplinario para lograr una mejor calidad de vida lo que en ocasiones se dificulta al desconocer el trabajo del terapeuta ocupacional tanto por parte del personal como de los mismos pacientes y que aún no existe bajo el lineamiento de que la terapia ocupacional ha cambiado su forma de intervención no únicamente utilizando ejercicios, sino actividades propositivas en base a lo que el paciente quiere, puede hacer y le interesa para satisfacer sus necesidades. Esta es la plataforma del programa propuesto.

PROGRAMA PARA PERSONAS CON ARTRITIS REUMATOIDE DESDE LA PERSPECTIVA OCUPACIONAL

JUSTIFICACIÓN

Los principales problemas de las personas con artritis reumatoide son: la frustración en la realización de las actividades de cuidado personal, actividades instrumentales, laborales, de recreación, el miedo a la incapacidad y a depender de los demás, el dolor y la pérdida de autoestima.

Es conocido que el curso de la enfermedad es extremadamente variable y su progreso está influenciado por la situación psicológica y el soporte social. Los equipos multidisciplinarios proporcionan cuidado, planean la instrucción y el tratamiento hasta los últimos detalles y se encargan de la vigilancia regular, revisión y la derivación a terapias especializadas, proporcionando mejores resultados.

En Terapia Ocupacional se utilizan actividades propositivas con personas que se encuentran limitadas por una lesión o enfermedad física, disfunción psicosocial, envejecimiento y cuyo propósito principal es el de maximizar la independencia, prevenir la incapacidad y mantener la salud. Tiene por objetivo estudiar la ocupación humana en las áreas de autocuidado, productividad y recreación, así como los componentes y las conductas necesarias que para la ejecución de estas funciones requiere, teniéndose en consideración las limitaciones impuestas por la Artritis reumatoide.

Este proceso implica la evaluación, planeación e intervención, se basa en la creencia del ser humano como ser ocupacional. "La ocupación es una necesidad intrínseca básica tan importante como el alimento" (Wilcock, 1998). Da significado a la vida, es determinante en la salud y bienestar, tiene eficacia terapéutica y es un medio de generar ingresos (Crepeau, 2005). La intervención está encaminada a la orientación del paciente para que comprenda su enfermedad y sus efectos, adaptarse a ellos y aprender a controlarlos, facilitación de las actividades de cuidado personal e instrumentales, actividades recreativas, aprender nuevas habilidades de desempeño o reforzar las existentes, instrucción para mejorar su capacidad funcional y reorganizar su estilo de vida.

La artritis reumatoide no se puede curar, pero es posible ayudar a los pacientes para que empleen técnicas de auto cuidado que reducen hasta cierto punto los síntomas de la enfermedad, permiten el ajuste psicológico a los cambios impuestos por

el trastorno patológico y hacen posible la conservación de roles y actividades, con lo que mejora su desempeño ocupacional y su vida. El terapeuta ocupacional hará una evaluación del perfil ocupacional del paciente que nos dará a conocer su historia ocupacional, forma de vida, intereses, valores y necesidades. Así como también un análisis de su actuación ocupacional para identificar con mayor exactitud sus problemas potenciales para saber qué apoyos necesita.

Los pacientes con artritis reumatoide, necesitan aminorar su sintomatología para poder realizar sus actividades, pero no solamente existen los medicamentos para ayudarlos, existe la Terapia Ocupacional como parte de su tratamiento, en donde se trabajará no solamente para mejorar su condición física, sino que consideraremos su condición psicosocial, se buscará que pueda satisfacer sus necesidades y que realice aquellas actividades importantes para que sea una persona integrada a su ambiente y conserve su condición de ser productivo.

El abordar el problema de la artritis reumatoide desde la perspectiva ocupacional es para ofrecer a los pacientes una intervención encaminada al mantenimiento de la capacidad funcional, corregir o prevenir el desarrollo o progresión de las deformidades, conseguir del paciente una concienciación sobre la protección articular, paliar la discapacidad en los casos en que la funcionalidad sea difícil de conservar y que mantenga su condición de ser ocupacional mediante la reorganización de su vida

El Hospital Aranda de la Parra. De la ciudad de León, Gto. cuenta con un servicio de reumatología, pero únicamente se brindaba apoyo médico. Se presentó una propuesta de un programa para dar a conocer la importancia del trabajo de un terapeuta ocupacional y los beneficios del trabajo en equipo para que los pacientes con AR cuenten con un manejo multidisciplinario y encuentren todas las opciones posibles para una buena calidad de vida.

ANTECEDENTES

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad crónica en las articulaciones, en donde los signos más comunes son: dolor, rigidez matutina en las articulaciones, inflamación, calor y enrojecimiento, sinovitis localizada o poli articular, aumento en la sensibilidad, deformidad y disminución de la fuerza (Factschet, 2008). Además de presentarse desmineralización secundaria a el uso de esteroides

Su etiología es desconocida y de naturaleza auto inmunitaria Sin embargo, existen factores de riesgo que pueden influir en su desarrollo, tales como esfuerzo y sobreuso en las articulaciones a lo largo del tiempo, exceso de peso, antecedentes familiares y estrés articular (Turner, 2003). Hay más de cien tipos de artritis que se han ido clasificando bajo diferentes criterios sin embargo, a partir de 1988 se clasificó como AR del adulto, AR juvenil y AR juvenil de inicio en la vida adulta (enfermedad de Still del adulto) (Ramos, 1999) La artritis aparece cuando el cartílago y el fluido sinovial de las articulaciones se inflama causando su destrucción y apareciendo los síntomas antes mencionados (Roger, 1998).

Los sitios más frecuentemente afectados son manos y muñecas, pero también se observan cambios en rodillas, tobillos, pies, codos, hombros, articulación coxofemoral, temporomandibular, esternoclavicular y manubrio, articulación de laringe, oído, sacroiliaca, pubis y cervical.

La evolución de ésta enfermedad es variable, ya que mientras unas veces progresa firme e irremisiblemente hacia una invalidez cada vez mayor, en otros la progresión es lenta y solo se produce en fases agudas seguidas de períodos de remisión.

Según estadísticas en México, existe 1 millón de personas que padecen AR (1 al 3% de la población) en una proporción de 3 a 1 mujeres / hombres (Álvarez, 2005), de 20 a 50 años de edad, que de no recibir un tratamiento adecuado, el enfermo reduce su esperanza de vida entre 3 y 8 años y una rápida pérdida funcional (Anexo 8), por lo que ante cualquier sintomatología es necesaria su atención inmediata.

En el marco del Foro "Agenda Progreso y Promesas 2006, Implementando y Alcanzando Metas para el Tratamiento de Enfermedades Reumáticas", se explicó que los afectados pueden tener deformidades físicas, pérdida de peso, fatiga, dolor constante que les impide realizar su vida cotidiana. Asimismo, provoca discapacidad

funcional y laboral, así como morbilidad y mortalidad en algunos casos, lo cual produce un alto costo en estudios y medicamentos.

Según datos del IMSS, este padecimiento se encuentra entre las 10 primeras causas de atención médica y ocupan el primer lugar de pensiones otorgadas por invalidez.

El padecimiento debe ser diagnosticado de manera temprana, oportuna y seguir un tratamiento individualizado.

Hoy en día, el manejo de la AR está encaminado a controlar y retrasar su avance a través de la intervención de un equipo multidisciplinario (médico reumatólogo, ortopedista, médico en rehabilitación, psicólogo, terapeuta físico, terapeuta ocupacional, enfermera, trabajadora social) en el cual, cada participante desarrollará una intervención específica encaminada al logro de objetivos que en conjunto proporcionará el éxito en el manejo del paciente.

El manejo del paciente con AR se fundamenta con una historia clínica detallada, examen físico considerando el dolor, inflamación, rigidez, sensibilidad, limitación del movimiento, pruebas de laboratorio, valoración funcional que nos oriente sobre su discapacidad. (Ham, 1995). (Anexos 2.3.5.6.10)

El médico reumatólogo hará el manejo del paciente con medicamentos que van desde simples analgésicos y antiinflamatorios incluyendo esteroides, hasta medicamentos conocidos como biológicos anticélulas inmunitarias (Morales, 20083). Se considera que hay AR si se cumplen cuatro de los siguientes siete criterios que marca la American Rheumatism Association (Tuulikki, 2008): Rigidez matutina, artritis en 3 o más articulaciones, artritis en las articulaciones de la mano, artritis simétrica, nódulos reumatoideos, factor reumatoide sérico y cambios radiológicos (Neira, 2006).

Hoy en día, casi un millón y medio de personas que padecen AR en México, cuentan con la alternativa de terapia biológica, la cual disminuye considerablemente la inflamación, le ayuda a conservar la capacidad funcional, que no se lastimen sus articulaciones y tener mayor control del padecimiento. Sin embargo, dicha terapia tiene efectos secundarios como el desarrollo de enfermedades infecciosas, tuberculosis, micosis, hongos en los pulmones debido a que se reducen las defensas del organismo. Otro inconveniente es el alto costo de este tipo de medicamentos (entre \$12,000.00 y \$24,000.00 por aplicación, la cual puede ser cada 3 a 6 semanas) mientras que un tratamiento "conservador" oscila entre \$ 1,500.00 a \$2,000.00 mensuales.

La intervención de los diferentes especialistas determinará si el paciente es candidato a una terapia biológica o a un tratamiento conservador.

La Terapia Ocupacional ocupa un lugar imprescindible como parte del equipo multidisciplinario encargado del paciente con AR.

Su intervención está encaminada a la evaluación de la discapacidad física, emocional y social en su desempeño ocupacional y su capacidad funcional. Proporciona a los médicos tres parámetros no biológicos relacionados con la capacidad funcional que influyen para que modifiquen el uso de medicamentos y éstos son: tiempo de caminata, actividades cotidianas y prueba de abrochar botones (Ramos, 1999).

La evaluación de minusvalía es referente al desarrollo e integración del paciente en el plano social. No obstante, ésta es un área muy poco desarrollada en reumatología, a pesar de su importancia porque va a considerar el desempeño ocupacional antes, ahora y a futuro. Lo cual es de gran importancia al ser la AR un padecimiento que si no se controla, su progresión es inevitable, afectando su calidad de vida alterando o nulificando su funcionalidad y productividad (González, 2008).

Un terapeuta ocupacional puede identificar las actividades que el paciente realiza en casa o en el trabajo que pueden empeorar su dolor (Anexo 6) Ayuda a encontrar y facilitar la manera de realizar las cosas que quiere y tiene que hacer en su vida diaria.

Uno de los principios fundamentales básicos de la Terapia Ocupacional, es lograr la independencia de la persona y su instrumento, la ocupación. El proceso de intervención es para que la persona sea capaz de mejorar su desempeño en actividades importantes por su elección, motivación y significado para conseguir su máxima independencia (Vicente, 2008).

El concepto de riesgo en su desempeño ocupacional es resultado de la posibilidad de que la condición física y psicosocial alteren o impidan la ejecución de todas aquellas actividades relevantes tanto para su independencia como para su desempeño y satisfacción integral (Turner, 2003).

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

El principal objetivo de éste programa es lograr el máximo desempeño ocupacional y beneficios para el paciente con artritis reumatoide en base a:

- Mantener la capacidad funcional corrigiendo o minimizando las alteraciones producidas en una primera fase por el dolor y la inmovilidad y en una segunda fase por las alteraciones articulares sufridas (luxaciones, rigidez) y las deformidades propias de la enfermedad.
- Corregir o prevenir el desarrollo o progresión de las deformidades de la mano, tales como la desviación del carpo, deformidades metacarpo e interfalángicas y la deformidad propia de los dedos (como puede ser en cuello de cisne, dedos en martillo, pulgar en zeta, etc.).
- Conseguir que el paciente acepte su enfermedad y sea consciente de la importancia de la protección articular, modificando los patrones funcionales que puedan exacerbar los síntomas y provocar un mayor deterioro articular. (anexo 11) La necesidad de la actividad alternando con reposo.
- Paliar la discapacidad en los casos en que la funcionalidad no pueda conservarse por lo que se le ofrecerá al paciente ayudas técnicas o alternativas para la realización de las actividades de cuidado personal de la manera más independientemente posible (Roger, 1998) (anexo 13).
- Seleccionar actividades determinadas por el paciente según sus intereses, necesidades y satisfacciones conjuntamente con el terapeuta ocupacional quien se basará en sus conocimientos de la patología en cuestión, las indicaciones del médico tratante, las relaciones interpersonales y el valor específico de la actividad requerida.
- Diseñar un programa de casa considerando las ayudas técnicas que faciliten la realización de actividades, economía articular, conservación de energía, así como también analizar posibles barreras arquitectónicas (anexo 13).
- Lograr la participación de la familia orientándolos para que faciliten que el paciente pueda realizar sus actividades y conserve sus roles ante ellos, ante la sociedad y como ser productivo.

MODELO DE PRÁCTICA

El modelo de práctica utilizado en este estudio fue el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional (Simó, 2006). Este modelo esta basado fundamentalmente en una filosofía centrada en el paciente, que considera los valores y las creencias de la persona como el núcleo que da sentido a la actividad y que reconoce las habilidades humanas que contribuyen a la actuación e influenciadas por el entorno. El desempeño ocupacional esta en función de la interrelación ocupación-persona-ambiente. Es la capacidad de elegir y realizar actividades significativas culturalmente adecuadas para un apropiado cuidado personal y goce de la vida (Law, 1994).

En este modelo se consideran áreas de la ocupación al auto cuidado, recreación y productividad. La espiritualidad forma parte importante de este modelo. Habilidades del desempeño: se refiere a la capacidad de la persona para elegir, organizar y desarrollar de forma satisfactoria ocupaciones significativas y culturalmente adaptadas en búsqueda del cuidado personal, del disfrute de la vida y para contribuir a la sociedad.

El entorno se refiere al medio ambiente institucional, social, físico y cultural exteriores a la persona pero que influyen en las acciones individuales.

Características del cliente: se tomaran en cuenta los componentes físico, cognitivo, afectivo y espiritual de la persona.

El modelo se enfoca a capacitar, reflexionar y animar para que el cliente se involucre en la resolución de sus problemas ocupacionales, que pueda elegir, organizar y desarrollar aquellas ocupaciones que encuentre útiles y significativas, además de que disfrute de la vida y contribuya social y económicamente a la comunidad.

En este modelo se utiliza la Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional (Crepeau, 2005) que es un instrumento de tamizaje diseñado para ser utilizado por terapeutas ocupacionales para detectar la autopercepción del cambio en los problemas del desempeño ocupacional en el tiempo. Se entrevista a la persona sobre su desempeño en las áreas de autocuidado, productividad y esparcimiento para que identifique cualquier actividad que le sea difícil realizar y que importancia tiene para ella realizarlas en una escala del 1 al 10. Por último se le pide que identifique los cinco problemas más importantes a los que se enfrenta y evalúe su desempeño y su nivel de satisfacción en esas actividades.

MARCOS DE REFERENCIA

Un marco de referencia es un cuerpo organizado de conocimiento de principios, y de descubrimientos de las investigaciones que forma la base conceptual de un aspecto particular de la práctica (Turner, 2003) Mosey (1981) definió el marco de referencia como un “conjunto de conceptos, definiciones y postulados consistentes, interrelacionados internamente que ofrecen una descripción sistemática y sirven como prescripción para la interacción del médico con un aspecto particular de un dominio determinado de la profesión”

A diferencia del paradigma, que ofrece una estructura general para el pensamiento, un marco de referencia racionaliza y explica una faceta particular de la práctica. Consiste en un “grupo de teorías compatibles que pueden ser aplicadas dentro de un campo particular de la práctica”. Creek, Feaver, Young y Quinn (1992) definieron los marcos de referencia como “aquellos aspectos que influyen en nuestras percepciones, decisiones y práctica”. Forma una base para el razonamiento clínico (Turner, 2003).

El marco de referencia de Rehabilitación se orienta a que una persona con una discapacidad física o una enfermedad alcance una función máxima en el desempeño de sus actividades diarias. Destaca el uso de equipos de asistencia, métodos compensatorios adaptativos y modificaciones ambientales para restablecer la función en las actividades diarias de la persona (Crepeau, 2005).

El marco de referencia biomecánico utilizado en Terapia ocupacional para tratar a individuos con limitaciones en la actividad causadas por deterioros como consecuencia del daño de estructuras y funciones corporales biomecánicas, incluidos la inestabilidad estructural, disminución de la fuerza, la limitación de la amplitud y la escasa resistencia. El principio básico de este enfoque es que el desempeño ocupacional puede recuperarse tratando los deterioros subyacentes que limitan el desempeño de las actividades (Turner, 2003). El tratamiento se centra en prevenir o disminuir el deterioro a través del uso de actividad y ejercicio (Nordenskiöld, 1994). Este marco de referencia es útil en el caso de problemas reumatoides a través de programas de actividades y trabajo en casa seleccionados y suministro de órtesis para conservar la función articular, la fuerza muscular y aliviar el dolor (anexo 14).

INTERVENCIÓN

La intervención de terapia ocupacional en el manejo del paciente con AR data de hace muchos años. Sin embargo, es a partir de los años 70s cuando se empieza a dar a conocer la importancia de su participación y los resultados obtenidos. Tal es el caso de los estudios en Gothenburg (1974) (Nordenskiöld, 1994) donde se reporta el uso de protecciones. Inicialmente, se creía que el manejo de la AR debía ser únicamente con medicamentos y reposo, (ya que el ejercicio lesionaría las articulaciones). Pero esto traía serios problemas de atrofia por desuso, pérdida de fuerza, problemas en postura por debilidad y enormes deformidades y dolor.

En la actualidad, los médicos y terapeutas saben que las personas con AR pueden mejorar su salud y aptitud física y psicosocial a través de ejercicios apropiados sin dañar articulaciones. Se han hecho estudios para apoyar los beneficios preventivos de la terapia precoz. Sin embargo, la terapia ocupacional se ha mostrado eficaz cuando la AR ya es moderada o intensa (Courtyllon, 1993). Mi propuesta es un programa considerando los cambios en la forma de intervención de terapia ocupacional no únicamente utilizando ejercicios, sino actividades propositivas en base a lo que el paciente quiere, puede hacer y le interesa para satisfacer sus necesidades.

En el Hospital Aranda de la Parra, existe un programa de 10 protocolos para pacientes con artritis reumatoide, con patrocinio de algunos laboratorios (Abbott, Roche, Merck, Bristol, Rigel, La joya). Se está comprobando los efectos y beneficios en la sintomatología propia de la artritis, con el uso de biológicos depletores de células que intervienen en la disminución de la inflamación, del dolor y de la progresión de la enfermedad.

Inicialmente, algunos de éstos pacientes eran manejados con metrotexate (disminuye la actividad celular) y DMAR (drogas modificadoras de actividad reumatoide). Pero se les incluyó en éstos programas, cambiando éstos medicamentos por los de los protocolos. No todos los pacientes responden inmediatamente; a algunos de ellos se les ha tenido que modificar el tipo de medicamento varias veces. Los criterios de inclusión para dicho programa son: Padecer AR, mayores de 18 años, que no padezcan ninguna otra enfermedad o si la tiene (hipertensión, hipertiroidismo, diabetes, etc.) debe estar controlada con medicamentos, saber leer y escribir, las mujeres deberán comprometerse a no embarazarse; que no tengan tuberculosis, VIH o

hepatitis B. De acuerdo al tiempo de haber sido diagnosticadas y la sintomatología, es el protocolo que se va a manejar.

Para la realización de ésta propuesta de intervención desde la perspectiva ocupacional, el criterio de inclusión fueron 5 pacientes de sexo femenino, de edades entre los 25 y 60 años, sin problemas agregados, con dolor, inflamación, rigidez y limitación de movimientos. Todas ellas están en diferentes protocolos, pues han respondido de manera diferente a los medicamentos e incluso se les han ido cambiando o ajustando de acuerdo a la sintomatología. Con problemas para el desempeño ocupacional, principalmente en actividades de autocuidado, de productividad y esparcimiento. Residentes de la ciudad de León, Gto.

Primeramente, se revisaron las encuestas diseñadas por los laboratorios y que forman parte del expediente médico de cada paciente como la encuesta del estado de salud SF-36, la escala de cansancio y la escala visual análoga para dolor (anexo 5). El Health Assessment Questionnaire (HAQ) (Kirwan, 1986) que incluye 24 actividades funcionales determinantes para la elección del protocolo (anexo 4).

Estas encuestas las realiza el médico reumatólogo, su asistente o enfermeras para poder establecer criterios de inclusión. Posteriormente, les solicité que contestaran la encuesta diseñada para el programa de población en riesgo en su desempeño ocupacional (anexo1), en el mes de Noviembre del 2007 y una segunda en Septiembre del 2008 con el objeto de conocer cómo consideraban ellas su capacidad funcional en ese momento en comparación con años anteriores. Se les hizo una entrevista para ir estableciendo un vínculo paciente-terapeuta y obtener toda la información posible desde la perspectiva ocupacional.

En Enero del 2008 se les pidió que realizaran algunas actividades de vestido, como el ponerse y quitarse un suéter, abotonarse, amarrar agujetas, que tomaran una taza y partieran un pedazo de manzana. Se observó cada procedimiento y junto con el paciente, se empezaron a marcar los principales problemas. Posteriormente, se les aplicó el instrumento de valoración COPM (en febrero) y nuevamente, se platicó con el paciente de sus intereses, problemas, desempeño y satisfacción. A partir de ese día, la intervención fue cada mes, pues es el tiempo establecido para que reciban nuevamente su medicamento. Fueron 9 sesiones, con espacio de 7 meses entre la primera y segunda valoración.

El programa que se implementó tuvo la finalidad de enseñar al paciente a cuidar sus articulaciones, por lo que se trabajaron los siguientes puntos:

- Primeramente, que aceptara y reconociera que el padecer AR implica más esfuerzo y más tiempo. Es importante que no se desespere o angustie; que distribuya las actividades en horarios y pedir ayuda cuando las actividades impliquen riesgo a lastimarse.

- Se recomendó no hacer el trabajo en forma continua, hay que implementar períodos de descanso entre una actividad y otra.

- En las labores en casa, hacerlas en forma cómoda y utilizar ayudas técnicas.

- Barrer y trapear: no hacerlo cuando el dolor e inflamación están presentes. Colocar en el palo un trozo de madera o aglomerado para una prensión gruesa.

- No agacharse a recoger objetos del piso. Usar bastones recolectores (anexo13).

- No exprimir con las manos sino con ayuda de un tubo en donde se enrollen o en cubetas con exprimidor integrado.

- Para lavar trastes, colocarlos en la tarja y ahí enjabonar y enjuagar. Utilizar toda la mano para levantarlos, no usar los dedos.

- Levantar ollas, sartenes u otros objetos con ambas manos para distribuir el peso y tener más fuerza. No usar los dedos (anexo13).

- Picar alimentos sentada y con utensilios de mango grueso, usando toda la mano, no dedos por separado (anexos 13 y 14).

- No coger objetos pesados pues incrementa el dolor y lastima articulaciones. Hay que considerar el distribuir el peso, doblar rodillas y no hacer pinza fina con 2 o 3 dedos, sino usar toda la mano y apoyo en la palma de la misma (anexos 11 y 12).

- Para planchar, usar plancha con agarradera ancha y el burro de planchar a la altura de la cadera.

- Para sentarse, usar sillas cómodas, no blandas, que le permita tener pies apoyados y descansa-brazos.

- Para acostarse, la cama debe tener una altura que no haga que se agache mucho. Dormir en posición cómoda, sin flexionarse totalmente, procurando mantener las articulaciones lo más alineadas posible. Tener un barandal o agarradera para poder incorporarse.

- El baño debe tener silla, barandal, llaves en palanca.

- El calzado debe ser de piel pero firme. Lo ideal sería fabricarlo sobre medida. Amplio, evitando costuras o zonas de presión por dentro. Con suela suave. Evitar agujetas para no lastimar articulaciones al amarrar. Uso de velcro.
- Ropa cómoda, tratando de que tenga pocos botones los cuales pueden sustituirse por velcro. Para subir y bajar cierres, usar aditamento de mango ancho, igualmente para abrochar botones (anexo 13). No usar prendas de cuello alto o muy cerrado, para evitar jalones para meterlo o sacarlo.
- Los utensilios para alimentarse, deben tener mangos anchos o clips para mano y así evitar carga en articulaciones (anexo 14).
- Procurar mantener una buena postura para realizar cualquier actividad, buscar comodidad y seguridad.
- Adaptar la casa sin barreras arquitectónicas, colocando los muebles a una altura que le permita alcanzar los objetos de manera sencilla sin forzar articulaciones.
- Mantener actividades laborales, recreativas y sociales, considerando que hay que hacer aquellas de mayor seguridad, protegiendo articulaciones y ahorrando energía.

RESULTADOS

En general, los resultados fueron positivos, pues al disminuir la sintomatología principalmente dolor, inflamación y rigidez por los medicamentos mas la intervención del terapeuta ocupacional, se vieron notables cambios en su desempeño ocupacional, satisfacción y en la percepción de capacidad funcional.

El programa fue evaluado en base a la percepción que cada persona tenía de su capacidad funcional en ese momento (cuestionario del programa de población en riesgo), su desempeño y satisfacción al realizar actividades de autocuidado, laborales y de esparcimiento (COPM) Se identificaron problemas y necesidades, se planearon objetivos e intervención para posteriormente volver a evaluar bajo los mismos parámetros y comparar los resultados.

Participaron cinco personas de sexo femenino:

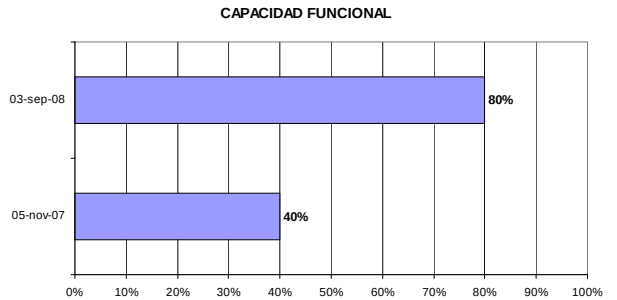
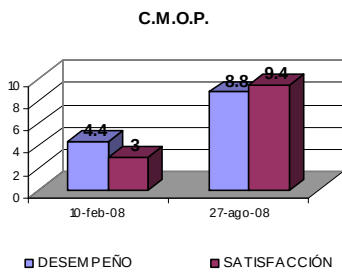
1. Ma. De Jesús, de 45 años, casada, comerciante, inicio su enfermedad hace 3 ½ años, en la evaluación inicial de su capacidad funcional se califico en un 40% por presentar dificultad para abrochar, alimentarse, dificultad para trasladarse, pérdida de su actividad laboral y depresión. Después de la intervención de terapia ocupacional, se califico en un 80% de su capacidad funcional. El cambio

en el desempeño fue de 4.4 y en la satisfacción de 6.4, logrando hacer en forma independiente las actividades en las que presentaba dificultad, las cuales realiza en forma lenta, inicio otra actividad laboral y retomo sus roles de madre y ama de casa.

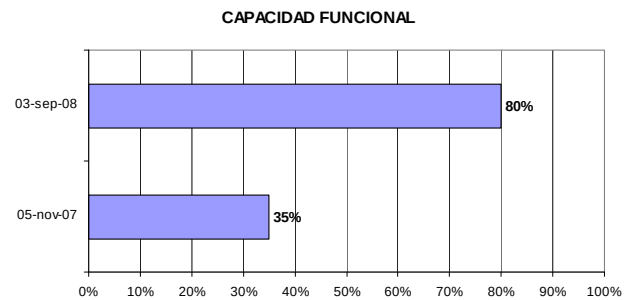
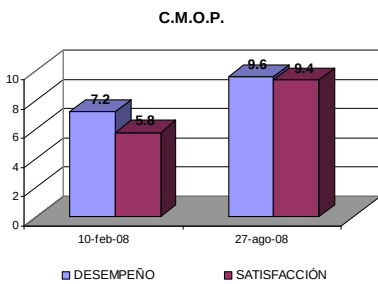
2. Erica Patricia, de 32 años, soltera, comerciante, inicio su enfermedad hace 4 años, en la evaluación inicial de su capacidad funcional se calificó en un 35% por presentar problemas en alimentación, vestido, higiene, traslación, en su desempeño laboral además de angustia y depresión. Después de la intervención de terapia ocupacional se califico en un 80% de su capacidad funcional. El cambio en el desempeño fue de 2.4 y el de satisfacción de 3.6.
3. Margarita de 60 años, viuda, ama de casa, inicio su enfermedad hace 28 años, por la evolución de su enfermedad es una persona que es dependiente en la mayoría de sus actividades de autocuidado. En la evaluación inicial de su capacidad funcional se califico en un 30% por presentar problemas en todas las áreas, en la evaluación final de su capacidad funcional se califico en un 50%. El cambio en el desempeño fue de 2.3 y en la satisfacción de 0.5
4. Regina de 53 años, casada, ama de casa, inicio su enfermedad hace 5 años, en la evaluación inicial de su capacidad funcional se califico en un 20 % por la severidad de la enfermedad, en la evaluación final de su capacidad funcional se califico en un 50%. El cambio en el desempeño fue de 4.2 y en la satisfacción de 0.4, aún requiere de asistencia para muchas actividades, principalmente en las de vestido e higiene.
5. María Guadalupe de 25 años, soltera, ama de casa, inicio su enfermedad hace 3 años, en la evaluación inicial de su capacidad funcional se califico en un 50%, en la evaluación final de su capacidad funcional se califico en un 80%. El cambio en el desempeño fue de 2 y en la satisfacción de 0.4, fue notoria la mejoría en sus actividades de autocuidado, laborales y de esparcimiento.

A continuación se presentan los resultados que se obtuvieron en la Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional y en la Capacidad Funcional.

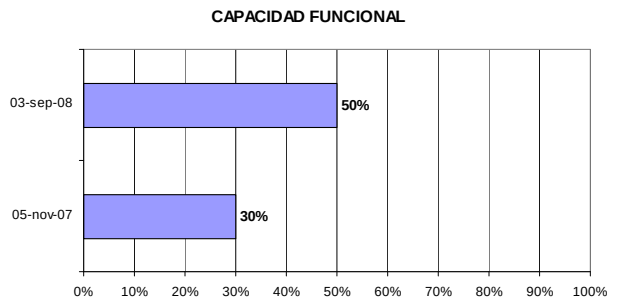
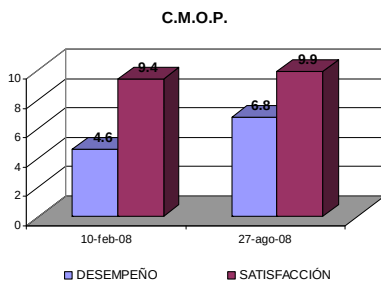
PACIENTE 1: SRA. MARÍA DE JESÚS



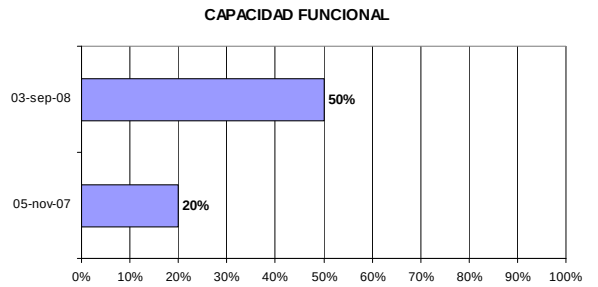
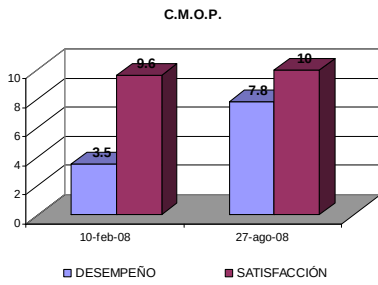
PACIENTE 2: SRITA. ERIKA PATRICIA



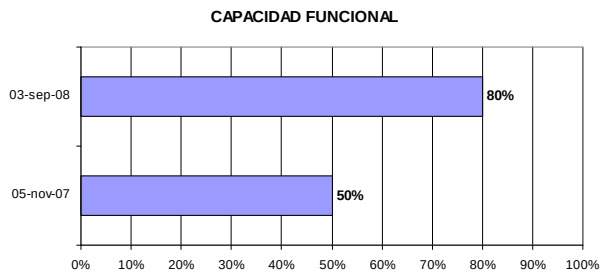
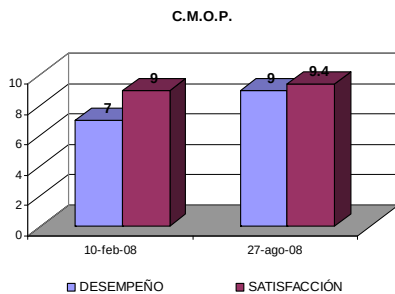
PACIENTE 3: SRA. MARGARITA



PACIENTE 4: SRA. REGINA



PACIENTE 5: SRITA. MARÍA GUADALUPE



ANÁLISIS

La importancia de la intervención radicó principalmente en que se observó y se trabajó con la persona desde todos los aspectos que integran su condición de humano: su parte física, psicológica, social y laboral y sobre todo en sus intereses, valores y necesidades ocupacionales, se integraron planes de intervención encaminados a mejorar su condición en cualquier área por medio de todas aquellas actividades importantes y gratificantes para él. Fue muy satisfactorio haber dado a conocer lo que es Terapia Ocupacional, su importancia y nuestro deseo de formar parte del equipo multidisciplinario que debe existir para el manejo de cualquier padecimiento.

En el caso del programa para Artritis reumatoide, fue en primer lugar informativo tanto para el personal encargado como para los pacientes. La intervención incluyó un proceso de evaluación para integrar el perfil ocupacional y un análisis del desempeño ocupacional de cada paciente, se utilizó COPM para identificar los problemas potenciales de cada uno en el desempeño de las actividades de cuidado personal, instrumentales, productividad y recreación. El plan incluyó objetivos tangibles dirigidos a mantener, mejorar, modificar, prevenir y aprender, así como la revisión de resultados para continuar con el plan o hacer los cambios necesarios en caso de que las metas establecidas no se estuvieran cumpliendo.

Fue satisfactorio ver la respuesta por parte del personal y de los pacientes, quienes se involucraron de una manera positiva, cooperando y mostrando un gran interés en participar en todas las actividades propuestas. Los resultados variaron según la condición física de cada paciente, pues algunos estaban con dolor que les impedía realizar sus actividades. Sin embargo, en general, los resultados fueron notorios y se reflejaron en el estado de ánimo de los pacientes y en la satisfacción que tuvieron al ver logros y cambios en su condición.

Los familiares también participaron en una manera activa proporcionando herramientas y ayudas que se adaptaron a cada paciente, así como también se logró que mejoraran en su independencia para realizar las actividades de cuidado personal, instrumentales y de recreación. Se observó que el 60% de los pacientes, pudieron reiniciar sus actividades laborales, lo cual se reflejó en la economía familiar y en el mejoramiento de su estado emocional. Se realizaron actividades en grupo que permitieron mejorar su integración social y una retroalimentación positiva entre ellos, pues las experiencias de vida dejaron un gran aprendizaje.

CONTRIBUCIÓN

Fue muy gratificante ver que el esfuerzo puesto para el desarrollo de un programa de intervención en pacientes con AR obtuvo resultados positivos. Lo más importante, fue dar a conocer la existencia de la Terapia Ocupacional como una profesión seria y con fundamentos científicos que a la par de otras profesiones, es una opción más para alcanzar el objetivo principal de las personas que trabajamos para la salud y por la misma.

Poco a poco se fueron viendo los resultados lo cual significó que los médicos ya conozcan del trabajo del terapeuta ocupacional y su importancia al intervenir, así como también están conociendo cómo a través de la ocupación se obtienen resultados visibles en todas las áreas y el ambiente general del programa refleja la satisfacción de los pacientes ante esta nueva perspectiva en el manejo de su enfermedad.

REFERENCIAS

- Álvarez, NJ. (2005). Enfermedades reumáticas y discapacidad laboral en población adulta rural. Revista Médica del IMSS. México. 43(4);287-292
- Courtillon, A. Fourastier, J. (1993). Artritis reumatoide del adulto. Rehabilitación funcional y estrategias de readaptación. Encycl. Med.Chir. Francia Elsevier. Vol. 26-290 A
- Crepeau, E. Cohn. E. (2005). Terapia Ocupacional. México. Ed. Panamericana.10ª edición.
- Factschet. Artritis. (2008). <http://www.fda.gov/womens/getthefacts>
- González, H. Revista de reumatología. instrumentos de Medición en Artritis Reumatoide <http://encolombia.com/reuma722000-instrumentos.htm> Consultado: el 27 de Febrero del 2008.
- Ham, R. Sloane, P (1995). Atención primaria en Geriátría. España. Mosby/Doyma Libros.2ª edición.;p.73
- Kirwan y Reeback, (1986). "Intervención de terapia ocupacional "en Turner. Foster. Terapia Ocupacional y Disfunción Física. México. Elsevier. 552.
- Law,M. Baptiste, S. Carswell, A. (1994). "Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional" en Crepeau. Cohn. Terapia Ocupacional. México. Panamericana.
- Neira, F. Ortega, JL. (2006) "Tratamiento del dolor en la artritis reumatoide fundamentado en medicina basada en evidencia". Revista de la Sociedad Española de Dolor.2006.13(8);561-566
- Nordenskiöld, U. Althoff, B. (1994) The Swedish Rheumatism Association- Joint protection for active living guide. Stockholm, Sweden.
- Ramos, F. (1999.) Enfermedades Reumáticas. Criterios y diagnóstico. México. Ed. Macgrow-Hill Interamericana. T.1,p.16-17
- Roger, L. (1998). Consideraciones generales para ejercitarse. Arthritis Foundation. EUA.
- Simó, S. Urbanowski, R. (2006). Revista Gallega de Terapia Ocupacional. Coruña.
- Turner, A. Foster, M. (2003) Terapia Ocupacional y disfunción física. México. Ed. Elsevier Science, 5ª Edición.
- Tuulikki, S. Arja, H. (2008). Physical Inactivity in Patients with Rheumatoid Arthritis: data from tewnty-one countries in a cross-sectional, International Study American Rheumatism Association, vol. 59.

Vicente, Cintero Anna www.terapia-ocupacional.com La terapia ocupacional imprescindible en la autonomía personal y la atención a la independencia. 2008. Consultado: 25 de Febrero del 2008.

Wilcock, Ann (1998). "Terapia ocupacional y ciencia ocupacional: pasado, presente y futuro" en Crepeau, Cohn. Terapia Ocupacional. México. Panamericana. 10ª. Ed.

ANEXO 1.

Nombre:

fecha

Edad:

1.- ¿Sabe cuál es su enfermedad y que tanto sabe de ella?

2.- ¿Cuándo inicio su enfermedad?

3.- ¿Cuáles son las principales molestias que tiene?

- | | |
|---------------|--|
| - Dolor | - Pérdida de fuerza |
| - Rigidez | - Dificultad para realizar sus actividades |
| - Torpeza | - Aumento de temperatura |
| - Fatiga | - Movimientos limitados |
| - Inflamación | - Mala postura |
| - Deformidad | - Otros _____ |

4.- ¿Que movimientos se le dificulta realizar?

5.- ¿En sus actividades diarias cuales son las que se le dificultan realizar?

- | | |
|--------------------------|-------------------|
| - Vestirse – desvestirse | - Traslación |
| - Alimentación | - Hogar / Trabajo |
| - Higiene | - Recreativas |

6.- De las actividades anteriores diga con cuales tiene mayor dificultad y si necesita ayuda para realizarlas?

7.- ¿A que se dedica o donde trabaja?

puesto:

8.- ¿Laboralmente se ha visto afectado? Si _____ No _____

¿Por qué?

9.- ¿Por su enfermedad se ha aislado o alejado de su familia, amigos, etc.?

10.- ¿Se considera usted una persona ocupacionalmente activa o cree que sus limitaciones son impedimento para serlo?

11.- ¿Se siente motivado para seguir activo en su casa o trabajo?

12.- ¿Le gustaría retomar sus actividades ocupacionales anteriores? Si _____

No _____

¿Por qué?

13.- ¿En caso de no poder continuar realizando dicha ocupación que otra le gustaría realizar?

14.- ¿Cree usted que necesite ayuda para realizar esa ocupación? Si___ No___
¿Por qué?

15.- ¿Qué tipo de ayuda necesitaría?

16.- ¿Considera que tener una ocupación mejoraría su salud y estado de ánimo?

17.- ¿Su enfermedad ha repercutido en su economía? Si___ No___
¿Por qué?

18.- Mencione las barreras que encuentra en su

<u>hogar</u>	o en su	<u>trabajo.</u>
- muebles		- muebles
- utensilios de cocina		- herramientas de trabajo / equipo
- distribución de su casa		- distribución en el área de trabajo
- artículos de limpieza		- actitud o presión de los compañeros
- artículos de vestido		- escaleras / piso

19.- ¿Su estado de ánimo como es?

- Optimista	- Depresivo
- Tranquilo	- De Angustia
- Positivo	- Negativo

20.- ¿Esta usted satisfecho con lo que hace? Si___ No___
¿Por qué?

21.- ¿Realiza alguna actividad recreativa? Si___ No___

¿Cuál?

Dentro de casa _____

Fuera de casa _____

ANEXO 2.

TABLA 4-5. Índice de independencia de Katz de las actividades de la vida diaria*

El índice de independencia de las actividades de la vida diaria se basa en una evaluación de la independencia o dependencia funcional de los pacientes para el baño, vestido, aseo, traslado de un lugar a otro, continencia y alimentación. Se indican las definiciones concretas de independencia y dependencia funcional.

- A. Independencia para la alimentación, continencia, traslado, aseo, vestido y baño.
 - B. Independencia para todas, excepto una de estas funciones.
 - C. Independencia para todas, excepto para el baño y otra función adicional.
 - D. Independencia para todas las funciones, excepto el baño, vestido y otra adicional.
 - E. Independencia para todas las funciones, excepto para el baño, vestido, aseo y otra adicional.
 - F. Independencia para todas, excepto el baño, vestido, aseo, traslado de una habitación a otra y funcional.
 - G. Dependencia para las seis funciones mencionadas.
- Otra: dependencia, como mínimo, para dos funciones que no pueden calificarse como C, D, E ni F.

La independencia se refiere a la capacidad para actuar sin supervisión, dirección ni ayuda personal activa, excepto en lo reseñado concretamente en las definiciones. La independencia se basa en la situación renal y no en la propia capacidad. Los pacientes que se niegan a efectuar una función se consideran incapaces para llevar a cabo dicha función, aunque en realidad pudieran hacerlo.

Baño (esponja, ducha o bañera)

Independencia: sólo requiere ayuda para la limpieza de una sola región (como el dorso o una extremidad con discapacidad) o se baña a sí mismo completamente.
Dependencia: requiere ayuda para el lavado de más de una región corporal; necesita ayuda para entrar o salir de la bañera o no puede bañarse solo.

Vestido

Independencia: saca la ropa de los armarios y roperos; se viste y se pone el abrigo; capaz de abrochar la cremallera; no se incluye la destreza para atarse los cordones de los zapatos.
Dependencia: no es capaz de vestirse solo o permanece parcialmente desnudo.

Aseo

Independencia: Acude solo al aseo; entra y sale del cuarto de baño; coloca el papel higiénico y es capaz de efectuar la limpieza de los órganos excretores (maneja sin problemas la cuña por la noche y utiliza los soportes mecánicos).
Dependencia: utiliza la cuña o cómoda o recibe ayuda para ir al aseo y para utilizarla.

Traslado

Independencia: entra y sale de la cama sin ayuda; se sienta y se levanta de la silla sin ayuda (puede utilizar soportes mecánicos).
Dependencia: necesita ayuda para entrar o salir de la cama y sentarse o levantarse de la silla; no puede moverse de un sitio a otro.

Continencia

Independencia: control voluntario de la micción y defecación.
Dependencia: incontinencia parcial o total para la micción o defecación; control total o parcial con enemas o catéteres o utilización regulada de orinales y cuñas.

Alimentación

Independencia: se lleva el alimento del plato o de su equivalente a la boca (se excluye de la valoración del acto de cortar la carne y preparar los alimentos, como extender la mantequilla sobre el pan).
Dependencia: requiere ayuda para alimentarse; no come nada o se ha alimentado por vía parenteral.

*De Katz S et al. Gerontologist 1970; 10 (1): 20-30. Utilizado con permiso.

ANEXO 3.

TABLA 4-6. Cinco actividades instrumentales de la vida diaria*

1. ¿Puede usted llegar a sitios a los que no puede acceder caminando?
 - 1 Sin ayuda (viaja solo en los autobuses y taxis o conduce su propio vehículo)
 - 0 Con cierta ayuda (necesita a alguien que le ayude o viaje con él) o ¿es incapaz de viajar, a menos que se trate de una emergencia en vehículos especializados como ambulancias?
 - No contesta
2. ¿Va usted de compras para aprovisionarse de alimentos o de ropa (asumiendo que el paciente sea capaz de utilizar los medios de transporte)?
 - 1 Sin ayuda (se hace cargo de todas las compras, asumiendo que utiliza los medios de transporte)
 - 0 Con cierta ayuda (necesita a alguien que le acompañe a todas las compras) o es incapaz de efectuar ninguna compra
 - No contesta
3. ¿Es capaz de prepararse la comida usted mismo?
 - 1 Sin ayuda (planea y cocina todas las comidas por sí mismo)
 - 0 Con cierta ayuda (puede preparar algunas comidas, pero es incapaz de cocinarlas todas) o es completamente incapaz de preparar las comidas
 - No contesta
4. ¿Puede usted limpiar su casa?
 - 1 Sin ayuda (frega los suelos, etc.)
 - 0 Con cierta ayuda (puede hacer algo de trabajo en casa, pero necesita ayuda para una limpieza a fondo) o es completamente incapaz de realizar el trabajo doméstico
 - No contesta
5. ¿Puede usted llevar sus propias finanzas?
 - 1 Sin ayuda (escribe cheques, paga los recibos, etc.)
 - 0 Con cierta ayuda (se maneja para las compras diarias, pero necesita ayuda para los cheques y pagos de recibos) o es incapaz completamente de llevar sus finanzas
 - No contesta

*De Fillenbaum GG. J Am Geriatr Soc 1985; 33 (10):698-706. Utilizado con permiso.

ANEXO 4.

HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE 1 OF 2

QS

En esta sección nos interesa conocer cómo afecta su enfermedad a su capacidad para desempeñar sus actividades en la vida diaria.

Por favor, marque con una cruz la respuesta que mejor describa su capacidad habitual DURANTE LA SEMANA PASADA:

	Sin NINGUNA Dificultad	Con ALGUNA Dificultad	Con MUCHA Dificultad	NO PUDE Hacerlo
VESTIRSE Y ARREGLARSE ¿Pudo usted:	(0)	(1)	(2)	(3)
• Vestirse solo/a, incluyendo amarrarse las agujetas de los zapatos y abotonarse?	☐	☐	☐	☐
• Lavarse el cabello?	☐	☐	☐	☐
LEVANTARSE ¿Pudo usted:				
• Levantarse de una silla sin apoyarse?	☐	☐	☐	☐
• Acostarse y levantarse de la cama?	☐	☐	☐	☐
COMER ¿Pudo usted:				
• Cortar la carne?	☐	☐	☐	☐
• Llevarse a la boca una taza o un vaso llenos?	☐	☐	☐	☐
• Abrir una caja nueva de un litro de leche?	☐	☐	☐	☐
CAMINAR ¿Pudo usted:				
• Caminar fuera de su casa en un terreno plano?	☐	☐	☐	☐
• Subir cinco escalones?	☐	☐	☐	☐

Si utiliza habitualmente algún **UTENSILIO O APARATO DE AYUDA** para hacer alguna de las actividades arriba mencionadas, por favor, márkelo con una cruz en la lista siguiente:

- | | |
|--|---|
| ☐ Bastón | ☐ Aparatos utilizados para vestirse (gancho para abotonarse, aparato para subir cierres, calzador con mango largo, etc.) |
| ☐ Andadera | ☐ Utensilios especialmente adaptados para cocinar o para comer |
| ☐ Muletas | ☐ Silla especialmente adaptada |
| ☐ Silla de ruedas | ☐ Otros (Especifíquelos): _____ |

Si en alguna de estas actividades suele necesitar **LA AYUDA DE OTRA PERSONA**, por favor, márkela con una cruz en la lista siguiente:

- | | |
|--|----------------------------------|
| ☐ Vestirse y arreglarse | ☐ Comer |
| ☐ Levantarse | ☐ Caminar |

HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE 2 OF 2

QS

Por favor, marque con una cruz la respuesta que mejor describa su capacidad habitual DURANTE LA SEMANA PASADA:

	Sin NINGUNA Dificultad	Con ALGUNA Dificultad	Con MUCHA Dificultad	NO PUDE Hacerlo
HIGIENE ¿Pudo usted:	(0)	(1)	(2)	(3)
• Lavar y secar su cuerpo?	☐	☐	☐	☐
• Tomar un baño de tina (por ej. doblando las rodillas, etc)?	☐	☐	☐	☐
• Sentarse y levantarse de la taza?	☐	☐	☐	☐
ALCANZAR COSAS ¿Pudo usted:				
• Alcanzar y bajar un objeto de aproximadamente 2 kilos (por ej. una botella de refresco familiar) que estuviera por encima de su cabeza?	☐	☐	☐	☐
• Agacharse para recoger ropa del suelo?	☐	☐	☐	☐
AGARRAR ¿Pudo usted:				
• Abrir las puertas de un carro?	☐	☐	☐	☐
• Abrir frascos que ya han sido abiertos?	☐	☐	☐	☐
• Abrir y cerrar las llaves del agua?	☐	☐	☐	☐
ACTIVIDADES ¿Pudo usted:				
• Hacer mandados e ir de compras?	☐	☐	☐	☐
• Entrar y salir de un carro?	☐	☐	☐	☐
• Hacer tareas domésticas (por ej. barrer, arreglar el jardín)?	☐	☐	☐	☐

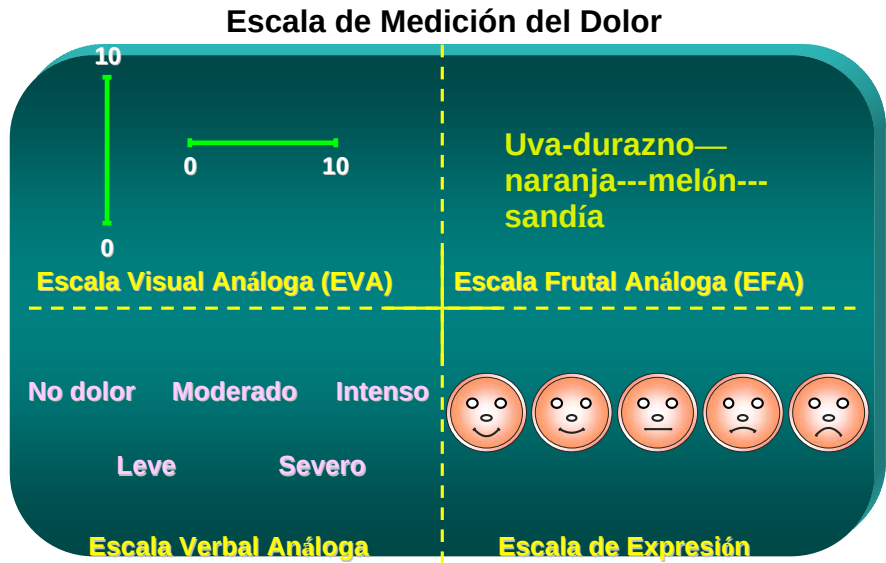
Si utiliza habitualmente algún UTENSILIO O APARATO DE AYUDA para hacer alguna de las actividades arriba mencionadas, por favor, márquelo con una cruz en la lista siguiente:

- | | |
|---|--|
| ☐ Asiento elevado en la taza | ☐ Barra para agarrarse en la tina/regadera |
| ☐ Asiento para bañarse | ☐ Aparatos con mango largo para alcanzar cosas |
| ☐ Abridor de frascos (para frascos que ya han sido abiertos) | ☐ Aparatos con mango largo en el baño (tales como un cepillo para la espalda) |
| | ☐ Otros (Especifíquelos): _____ |

Si en alguna de estas actividades suele necesitar LA AYUDA DE OTRA PERSONA, por favor, márquela con una cruz en la lista siguiente:

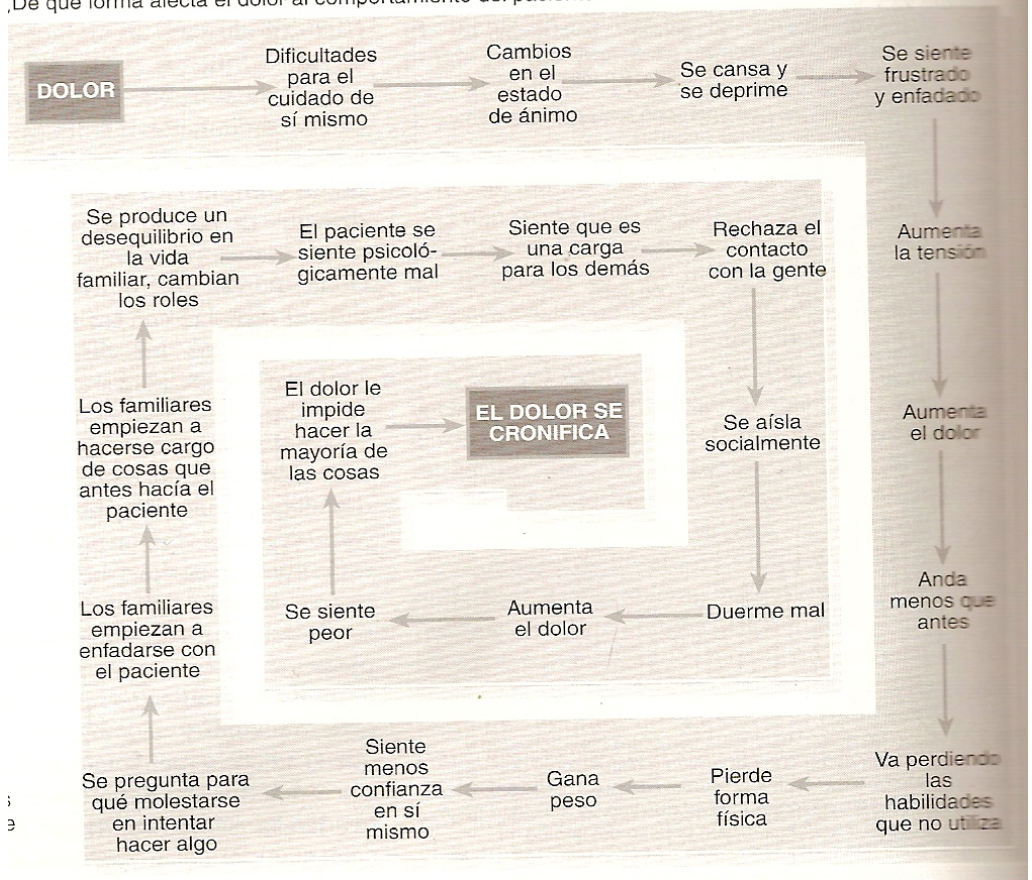
- | | |
|---|---|
| ☐ Higiene | ☐ Agarrar y abrir cosas |
| ☐ Alcanzar cosas | ☐ Hacer mandados y tareas domésticas |

ANEXO 5.



ANEXO 6

De qué forma afecta el dolor al comportamiento del paciente?



ANEXO 7

Cuadro 23.2 Factores que contribuyen al cansancio

- Actividad de la enfermedad
- Trastorno del patrón de sueño por el dolor
- Sufrimiento psicológico causado por el dolor y la rigidez
- Pérdida de forma física: los sistemas cardiorrespiratorio y muscular se muestran menos eficaces para producir y usar la energía, a causa de la inactividad
- Anemia, debida a la AR o como un efecto secundario de la medicación
- Depresión y estrés
- Mala nutrición

Cuadro 23.3. Porcentaje de mujeres con AR que experimentan problemas de rol/funcionales

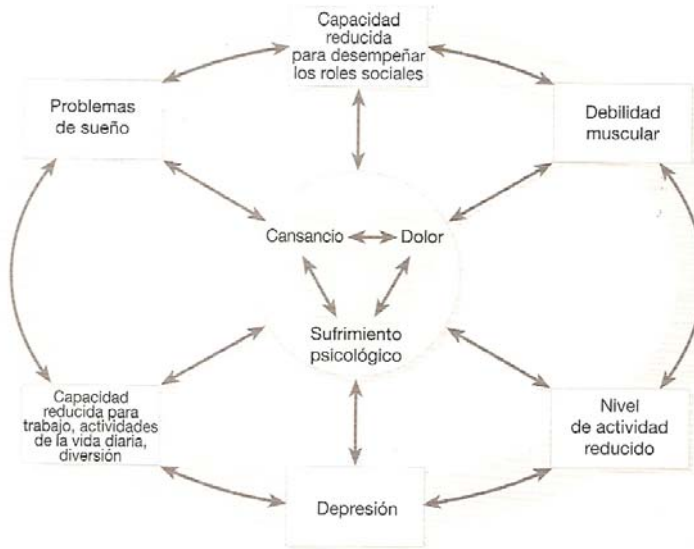
AR durante menos de 2 años (Eberhardt y cols., 1990)

- 50-60% trabajo doméstico, compras, diversión, actividades sociales
- 35% roles familiar y materno; jubilación precoz por mala salud

AR durante 10 años o más (Reisine y cols., 1987)

- 89% actividades lúdicas
- 88% trabajo doméstico
- 66% compras
- 53% trabajo (abandono, disminución horario y aumento de ausencias por enfermedad)
- 42% cocina
- 42% roles familiar y materno

ANEXO 8



ANEXO 9



ANEXO 10.

Cuadro III.– Índice funcional de Lee: permite, con 17 preguntas, una valoración numerada de la capacidad funcional.

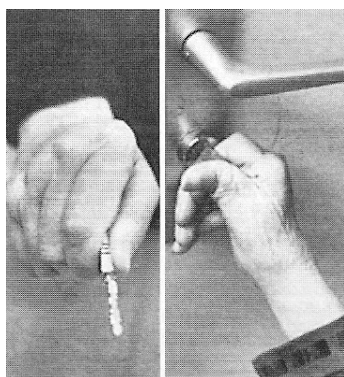
- 1) ¿Puede usted girar la cabeza de un lado hacia otro?
- 2) ¿Puede usted peinarse la parte posterior de la cabeza?
- 3) ¿Puede usted cerrar un cajón?
- 4) ¿Puede usted abrir una puerta?
- 5) ¿Puede usted levantar una botella llena?
- 6) ¿Puede usted llevarse un vaso a la boca con una sola mano?
- 7) ¿Puede usted girar una llave dentro de una cerradura?
- 8) ¿Puede usted cortar la carne con un cuchillo?
- 9) ¿Puede usted untar el pan con mantequilla?
- 10) ¿Puede usted dar cuerda a un reloj?
- 11) ¿Puede usted caminar?
- 12) ¿Puede usted caminar
 - a) ¿Sin ninguna ayuda?
 - b) ¿Sin ayuda de muletas?
 - c) ¿Sin ayuda de un bastón?
- 13) ¿Puede usted subir una escalera?
- 14) ¿Puede usted bajar una escalera?
- 15) ¿Puede usted mantenerse con las piernas estiradas?
- 16) ¿Puede usted mantenerse de puntillas?
- 17) ¿Puede usted recoger un objeto del suelo?

Cada actividad es valorada:

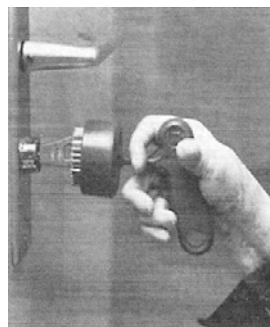
0: si se realiza sin dificultad, 1: si se realiza con dificultad, 2: si no puede realizarse.

Una respuesta negativa a la pregunta 11 se valora 8 puntos: la puntuación máxima es de 40 puntos.

ANEXO 11.

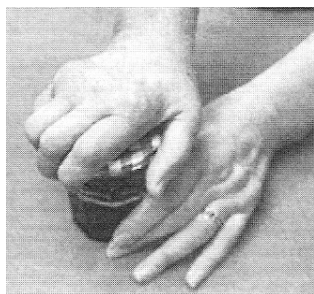


Prensiones termino laterales, pulgar-índice inducen la desviación cubital. (No recomendables)

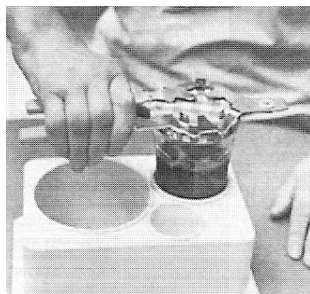


Ayuda técnica para prensión digito palmar (correcta)

ANEXO 12.



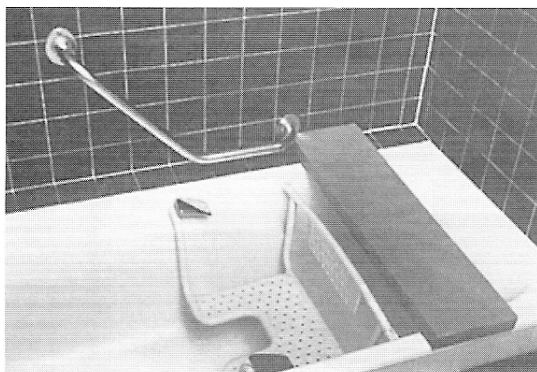
Incorrecto



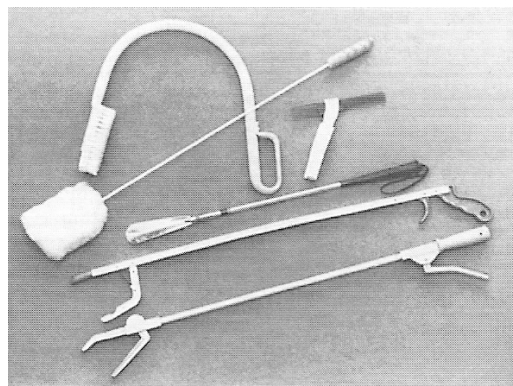
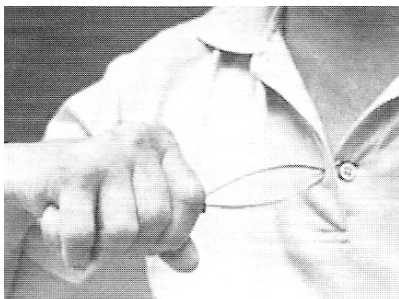
Correcto

ANEXO 13.

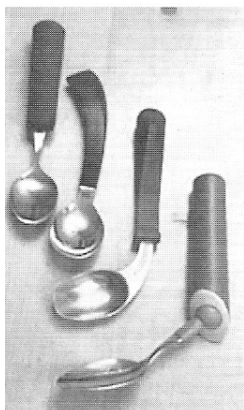
Bañera adaptada



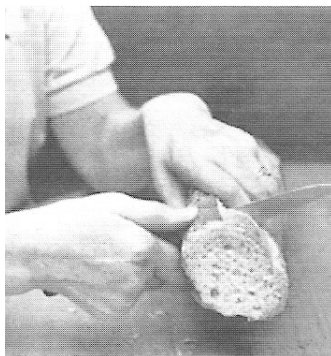
Ayudas técnicas



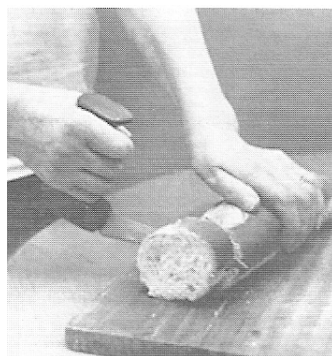
ANEXO 14.



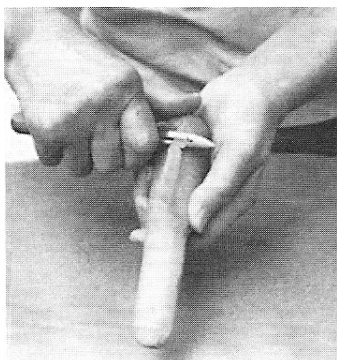
Utensilios



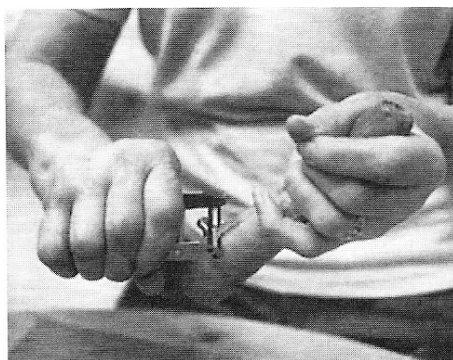
Incorrecto



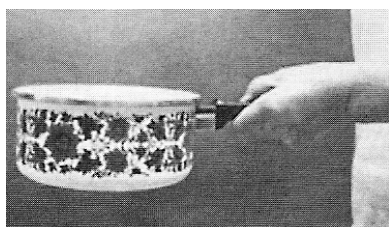
Correcto



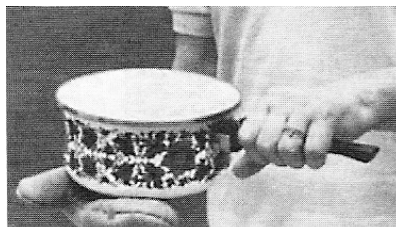
Incorrecto

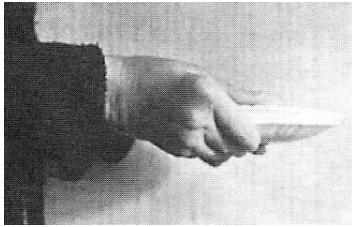


Correcto

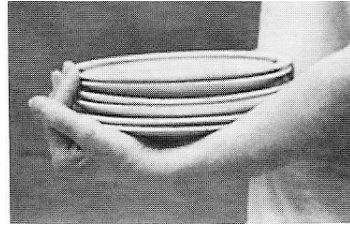


Correcto





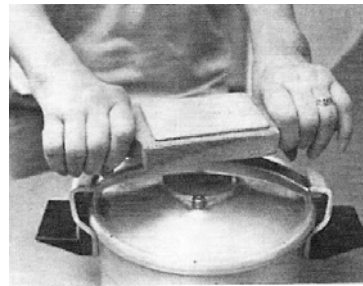
Incorrecto



Correcto



Incorrecto



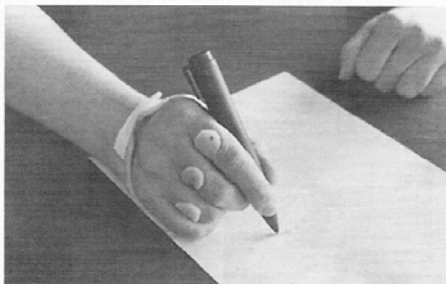
Correcto



A



B



C

Ortesis de función artesanal de corrección de la ráfaga cubital.