

2009

Conocimiento y aplicación de principios de protección articular durante la ducha personal en artrosis

Graff, Miriam Viviana

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/800>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

TO
Inv. 4093

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

PARA OPTAR AL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIATURA
EN TERAPIA OCUPACIONAL

CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE
PRINCIPIOS DE PROTECCION ARTICULAR
DURANTE LA DUCHA PERSONAL EN
ARTROSIS

POR:

Graff, Miriam Viviana

Mar de Plata. Buenos Aires. Argentina.

Año 2009

INDICE

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario 4093	Signatura top /
Vol /	Ejemplar: 1
Universidad Nacional de Mar del Plata	

01 OCT 2012

1	Autor.....	3
2	Dirección y Asesoramiento.....	4
3	Agradecimientos.....	5
4	Introducción.....	6
5	Estado Actual de la Cuestión.....	12
6	Formulación del Problema y Objetivos.....	19
7	Marco Teórico.....	20
7.1	Capítulo 1.....	21
7.1.1.1	Referencias Bibliográficas.....	49
7.2	Capítulo 2.....	51
7.2.1.1	Referencias Bibliográficas.....	65
7.3	Capítulo 3.....	67
7.3.1.1	Referencias Bibliográficas.....	94
8	Aspectos Metodológicos.....	96
8.1.1	Definición Científica y Operacional.....	97
8.1.2	Dimensionamiento de la variable.....	103
8.1.3	Categorización.....	105
8.1.4	Variables de Atributo.....	105
8.1.5	Variables Intervinientes.....	105
8.1.6	Tipo de Estudio.....	106
8.1.7	Universo de Estudio.....	106
8.1.8	Método de selección de la muestra.....	107
8.1.9	Muestra.....	107
8.1.10	Criterios de selección de la muestra.....	107

8.1.11 Técnicas de Recolección de Datos.....	107
8.1.12 Procedimiento para la recolección de datos.....	110
8.1.13 Procedimiento para el análisis de los Datos.....	111
9 Análisis de los datos.....	113
9.1 Análisis de los datos pre y post taller.....	114
9.2 Interpretación de los resultados.....	143
9.3 Análisis e interpretación correspondiente a la evaluación del proceso.....	146
10 Conclusión.....	153
11 Bibliografía General.....	156
12 Anexos:.....	161
12.1. Encuesta (Pre taller).....	162
12.2 Encuesta (Post taller).....	167
12.2. Ficha de sistematización para evaluar a los coordinadores del taller de educación para la salud.....	171
12.3. Ficha de sistematización para evaluar a los participantes del taller de educación para la salud.....	174

AUTORA

Graff, Miriam Viviana

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Miriam Graff', written over a large, hand-drawn circle.

DIRECCION Y ASESORAMIENTO

DIRECTORA:

Lic. en Terapia Ocupacional, Silvia Cunietti



ASESORIA METODOLOGICA:

Asignatura: Taller de Trabajo Final

AGRADECIMIENTOS

Los mayores y más sinceros agradecimientos a todos aquellos que me han acompañado a lo largo de esta carrera. En especial a:

Mis padres, quienes me han facilitado la oportunidad de estudiar a expensas de muchos sacrificios;

Natalia, mi hermana, que me ha brindado la mayor de las contenciones;

Sebastián, mi hermano, quien siempre tuvo palabras de aliento;

Maggie y Silvia, por su colaboración en la realización de esta tesis;

Gastón, por el entendimiento, paciencia y amor, y porque, a pesar de la distancia, siempre estuvo presente.

INTRODUCCION

INTRODUCCIÓN

La Artrosis es definida como una enfermedad mono o poliarticular, de causa no bien conocida, producida por el desgaste del cartílago, el cual va perdiendo elasticidad, llegando a provocar un mal funcionamiento de la articulación. Como consecuencia, aparece dolor y dificultad para moverse. En general es lentamente progresiva.

Puede afectar a cualquier articulación del cuerpo, no obstante, las más frecuentes son zonas cervical, lumbar, cadera, rodilla, manos y pies.

Para referirse a la artrosis, se utilizan indistintamente varios términos, entre ellos, osteoartritis, osteoartrosis o enfermedad degenerativa articular. La palabra osteoartritis fue acuñada a partir de observaciones anatomopatológicas y radiológicas de un crecimiento excesivo de hueso marginal y subcondral a principios de siglo XX.

La osteoartritis es un cuadro degenerativo, que correspondería denominarse artrosis; el nombre terminado en "itis" ha sido favorecido por la industria farmacéutica, y promueve el uso de antiinflamatorios en el tratamiento de una enfermedad que no tiene componente inflamatorio en más del 90% de los casos. (1)

La Artrosis es la enfermedad osteoarticular más frecuente, suele iniciarse a partir de los 50 años de edad y afecta hasta a una cuarta parte de la población anciana en el mundo.

La obtención de cifras en estudios en varios países desarrollados sitúan la incidencia de la enfermedad en casi el 50% de los mayores de cincuenta años y hasta el 80% de los mayores de sesenta años.

La severidad y localización varían según el sexo. Por lo general, la artrosis es más común en las mujeres.

En los países desarrollados se considera que es la cuarta enfermedad en impacto sobre la salud de las mujeres y la octava para los hombres. (2)

La artrosis es la enfermedad reumática más frecuente y todavía la causa real de su aparición se desconoce.

Las enfermedades reumáticas afectan las funciones del sistema músculo-esquelético, y del tejido conectivo de forma aguda o crónica. Estas enfermedades son resultantes de una interacción de múltiples factores

relacionados con la persona afectada (raza, edad, sexo, etc.) y agentes infecciosos. Así, las enfermedades reumáticas se caracterizan por la aparición de lesiones o alteraciones en los huesos, las articulaciones, los músculos, los tendones y los ligamentos, pudiendo afectar al mismo tiempo a uno o más elementos y pudiéndose producir por distintos mecanismos.

Actualmente, muchos estudios demuestran la importancia de prevenir la artrosis interviniendo sobre los principales factores de riesgo para impedir su progresión. Se insiste en la edad de los pacientes, por la problemática social que exponen los ancianos de nuestro país, donde muchos viven solos, carecen de apoyo familiar y social, llegando a ser incapaces de desarrollar sus actividades habituales de forma normal. El gran problema de la artrosis es que implica uno de los motivos más importantes de discapacidad y empeoramiento de la calidad de vida.

La artrosis puede producir dificultad para llevar a cabo las diferentes actividades de la vida diaria. (3)

Debe favorecerse una comunicación adecuada y poner a disposición de los afectados distintos medios que tenemos a nuestro alcance, tanto sanitario como social.

Es necesario educar al paciente, e intervenir sobre los principales factores de riesgo.

En Atención Primaria, el tiempo de consulta constituye un importante inconveniente, lo que hace que en ocasiones se olvide lo importante que es la información al paciente. El profesional sanitario debe estar atento a los problemas que se presentan en los pacientes y ofrecer todo lo disponible intentando ayudar a mejorar su calidad de vida. (4)

A partir de la experiencia vivenciada durante la práctica clínica, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé, al que concurren pacientes con artrosis, surge la propuesta de llevar a cabo un trabajo de campo vinculado con dichos pacientes.

Las Lic. Bogliolo, María Cecilia, Botalla María Inés y Castro Lucrecia Alejandra de la Universidad Nacional de Mar del Plata, en el año 1996 en su tesis de grado de la Lic. en Terapia Ocupacional: "Actividades de la vida diaria en

pacientes con artritis reumatoidea”, investigaron la influencia de la participación en el grupo de autoayuda AMAR, Hospital Privado de Comunidad e I.N.A.R.E.P.S. en la adquisición de conocimientos de los principios de protección articular y su aplicación en las actividades de alimentación en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea.

Las tesistas concluyeron que la pertenencia a un grupo de autoayuda favorece el conocimiento de protección articular.

Si bien han dedicado sus esfuerzos a trabajar con pacientes cuyo diagnóstico fue Artritis Reumatoidea, implementando la actividad de alimentación y siendo los mismos participes de un grupo de autoayuda, dicha tesis fue motivadora y de gran aporte para poner en marcha el proceso de realización de ésta investigación.

A partir de aquí, nace la iniciativa de determinar la influencia en la participación en un taller educativo desde T.O en la adquisición de conocimientos de principios de protección articular y su aplicación en la actividad de ducha personal en pacientes con diagnóstico de artrosis, mayores de 50 años, de ambos sexos, que asisten al Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé.

La ciudad de Pigüé no cuenta con ningún grupo de autoayuda, ni institución que otorgue contención, ni tampoco servicio profesional específico dedicado para pacientes con artrosis, por lo que el propósito es ofrecer a los pacientes un espacio en el que se brinde la posibilidad de generar intercambios con sus pares y profesionales de la salud, proporcionar información específica de la patología y de diferentes aspectos relacionados con la actividad de ducha personal, entre otros, destinados a contribuir en el mantenimiento o mejoría de la calidad de vida de los pacientes con artrosis.

El espacio hospitalario es considerado adecuado para llevar a cabo este proceso, ya que como sabemos, la tendencia predominante en el esquema sanitario argentino no se orienta a la promoción y defensa de la salud, sino a promover acciones curativas, por lo que se considera de capital importancia la inclusión de este espacio que posibilite incrementar la información y conocimientos, esperando facilitar en los participantes del taller el alcance del éxito en la resolución de inconvenientes presentados en su vida cotidiana,

específicamente durante la realización de la actividad de ducha personal, para alcanzar los objetivos deseados por cada uno de ellos. (5)

El terapeuta ocupacional, como profesional de la salud, debe ayudar a las personas a desarrollar habilidades de autoayuda que promuevan estilos de vida y ambientes saludables. Producir conocimientos, responsabilidades y actitudes positivas son objetivos importantes en la búsqueda de la salud y el bienestar de las personas.

Los programas de promoción de la salud son fundamentalmente educativos, más que clínicos, y pueden comprender cambios en el estilo de vida. Debe tenerse presente que la promoción y educación para la salud deben responder de forma coherente a la evolución de las necesidades en salud que ocurren en la población. (6)

Referencias bibliográficas:

- (1) Maldonado Cocco, José A. y coautores (Citera, Gustavo; Paira, Sergio O.). Reumatología. "AP Americana de publicaciones S.A., Habas Group Company. 2000.
- (2) <http://www.fcm.uncu.edu.ar/medicina/posgrado/urm/lectura/Modulo%204%20Unidad%202.pdf> fecha de consulta: 06/06/08
- (3) <http://www.elmedicointeractivo.com/medicopaciente/pdf/15.pdf> fecha de consulta: 11/06/08
- (4) <http://psoriasisartrosis.com/farma/prensa/dossier2007.pdf>, fecha de consulta 07-06-2008
- (5) M. Videla. "la salud, un derecho de todos". Capitulo V: "prevención, intervención psicológica en salud comunitaria". Ediciones cinco. Material correspondiente a la cátedra de prevención primaria y comunidad. Trabajo práctico N°2. Pág. 135.
- (6) Williard & Spackman. Terapia Ocupacional. 10a ed. Buenos Aires. Ed. Médica Panamericana. 2005.

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

A partir de la búsqueda bibliográfica realizada a través de diferentes fuentes, entre ellas tesis de grado, internet, libros recomendados, bibliotecas específicas y especializadas, entre ellas, las del Centro Médico, Hospital Privado de Comunidad y de la Universidad Nacional de Mar del Plata, etc., a fin de recabar información acerca del estado actual, se han identificado los siguientes antecedentes:

En el año **1996**, las autoras Bogliolo, María Cecilia, Botalla María Inés y Castro Lucrecia Alejandra de la Universidad Nacional de Mar del Plata en su tesis de grado: "Actividades de la vida diaria en pacientes con artritis reumatoidea" estudiaron la influencia de la participación en el grupo de autoayuda en la adquisición de conocimientos de los principios de protección articular y su aplicación en las actividades de alimentación en 45 mujeres entre 35 y 69 años de edad con diagnóstico de artritis reumatoidea, con dos o más años de evolución de la enfermedad que concurren al grupo de autoayuda AMAR, Hospital Privado de Comunidad e I.N.A.R.E.P.S.

El diseño de dicha investigación fue descriptivo, analítico retrospectivo desde febrero-abril de 1996.

La técnica de recolección de datos utilizada fue una encuesta cerrada.

Al finalizar la investigación concluyeron que la pertenencia a un grupo de autoayuda favorece el conocimiento de protección articular por lo que recomiendan la participación en los grupos de autoayuda en los pacientes de artritis reumatoidea como complemento del proceso educativo. (1)

En el año **2002**, los autores Stamm, T.A.; Machold, K.P.; Smolen, J.S.; Fischer, S.; Redlich, K.; Graninger, W.; Ebner, W. y Erlacher, L., en la Universidad de Viena, Viena, Austria, realizaron una investigación en la que el objetivo fue determinar el efecto de la protección articular y ejercicios en el hogar de mano en pacientes con osteoartritis de mano durante 3 meses con asesor. El primer parámetro tenido en cuenta fue la fuerza de prensión y secundariamente un

cuestionario de asistencia de salud y escala visual análoga (VAS) para dolor y función global de la mano.

El estudio se realizó con 40 pacientes diagnosticados con osteoartrosis de mano que fueron asignados a dos grupos: un grupo recibió instrucción articular y ejercicios de mano en el hogar, y el otro, grupo control, recibió una sesión informativa acerca de la osteoartrosis de mano.

Como resultado lograron mejoras en la fuerza de prensión de un 25% en el primer grupo pero no en el grupo control. La función global de la mano se incrementó en gran proporción, un 65% en el primer grupo.

Al finalizar la investigación concluyeron que la protección articular y ejercicios de mano en el hogar mejoran la función en pacientes con osteoartritis de mano dado que, la protección articular y ejercicios de mano realizados en el hogar, de fácil administración e intervenciones fácilmente aceptadas, fueron encontrados para incrementar la fuerza de prensión y función global de la mano. (2)

Durante el año **2002** el “Estudio sobre el Buen Envejecimiento” (Well Elderly Study), dirigido por Florence A. Clark, Michael Carlson, Jaen Jackson, Deborah Mandel, investigadores de la Universidad del Sur de California (USC), proporcionó una prueba científica de la efectividad de la Terapia Ocupacional en la modificación del estilo de vida de las personas mayores que viven en su entorno habitual. Dicho estudio (WES) se realizó con 361 personas, hombres y mujeres de 60 y más años, de diferente origen racial y con bajos ingresos, que residían en apartamentos de protección oficial de la ciudad de Los Ángeles (California). Durante 9 meses, un tercio de los participantes recibieron T.O., otro tercio fue incluido en un programa de actividades sociales, y el tercio restante no recibió ningún tipo de intervención.

Al grupo que recibió T.O., los terapeutas ocupacionales les enseñaron cómo seleccionar y realizar un conjunto de actividades adaptadas con el objetivo de adquirir hábitos saludables que les fueran satisfactorios. Los autores lo han denominado modificar el estilo de vida (Lifestyle Redesign). Los participantes fueron sometidos a una instrucción teórica y a experiencia directa, abarcando una amplia gama de actividades. El programa consistió en distintos módulos centrados en temas tales como: ejercicio físico, seguridad en el hogar,

protección articular, nutrición, utilización del transporte público, etc., sobre la base de la importancia que supone comprometerse en actividades que tienen sentido para la persona (actividades con propósito). Los mayores recibieron sesiones de dos horas semanales en grupos pequeños además de nueve horas de tratamiento individual a lo largo de los nueve meses.

Los terapeutas ocupacionales ayudaron a los participantes a poner en práctica actividades con propósito en sus hábitos, basándose en un estudio individual de las necesidades de cada anciano.

El tercio de participantes, perteneciente al grupo control de actividades sociales, realizó juegos, manualidades, asistió a películas y espectáculos, y realizó excursiones en grupo. Estas sesiones fueron dirigidas por monitores que no eran terapeutas ocupacionales. Finalmente al grupo control no sometido a ningún tratamiento, se le realizó la valoración (test y entrevistas) del estudio.

Todos los participantes fueron sometidos a baterías de pruebas de valoración al principio del estudio, al finalizar los nueve meses y seis meses después de haber finalizado la intervención, para valorar su calidad de vida relativa a la salud, su funcionamiento diario y su bienestar psicológico. Los resultados afirman firmemente el valor de la T.O. Comparando con los otros dos grupos control (entre los cuales, no difiere uno del otro), los mayores que recibieron T.O. mostraron beneficios significativos en las siguientes variables: Satisfacción en la vida, Calidad en la interacción social, Percepción global de su salud, Funcionamiento físico, Vitalidad, Aptitudes de salud y emocionales para el desempeño de un rol determinado, Funcionamiento social, Salud mental y Disminución del dolor.

Se señaló que para la mayoría los efectos beneficiosos del tratamiento consistieron en una reducción de la sensación de declinar de la vida en las áreas anteriormente señaladas.

También se demostró en el estudio, que los ancianos que obtuvieron un mayor beneficio del tratamiento, fueron aquellos que tenían peor estado de salud en su comienzo. Esto además es alentador, por cuanto ofrece esperanzas a aquellos mayores que tienen un elevado riesgo de perder su autonomía.

Adicionalmente en ausencia de otra intervención posterior, los efectos de la T.O. se mantenían en la valoración que se hizo seis meses después. De media,

estos mayores que recibieron T.O., mantuvieron el 90% de la ganancia relativa de las variables medidas. Este último efecto va en consonancia con el propósito básico de la T.O., de ayudar a los mayores a promover cambios positivos y duraderos en su actividad diaria y lograr efectos beneficiosos en la salud y bienestar. (3)

En el año 2006, Buszewicz M, Rait G, Griffin M y cols., para evaluar la eficacia de campañas de educación sanitaria diseñadas para que el paciente aprenda a proteger sus articulaciones y manejar su patología buscando conseguir aliviar el dolor y reducir los costos asistenciales, realizaron un ensayo aleatorizado y controlado que incluyó 812 pacientes del sistema de atención primaria de Inglaterra, que padecían artrosis de cadera o de rodilla con dolor o incapacidad funcional.

La edad media de los pacientes fue 68 años, y dos tercios fueron mujeres. Un grupo de 406 pacientes fue asignado al grupo control, que recibió sólo información escrita acerca del manejo de la artrosis (folletos que habitualmente se dan en este sistema de atención primaria) y otro grupo de 406 pacientes recibió los mismos folletos y una invitación para participar en un curso de 6 clases sobre el manejo de esta patología. Los cursos, entre otras cosas, educan al paciente sobre cómo proteger sus articulaciones, cómo aplicarse calor, qué ejercicios pueden realizar para fortalecer los músculos periarticulares y cómo evitar sobrecargas excesivas. El objetivo principal evaluado fue la calidad de vida, según la escala SF-36 (*Short Form Health Survey*), que se realizó al inicio, a los 4 y a los 12 meses. También se evaluó la evolución de la artrosis, el estado de ánimo y la percepción de los pacientes acerca del manejo que ellos tenían de su enfermedad (*arthritis self efficacy*). Todos estos puntos fueron incluidos en cuestionarios que se enviaron por correo a los pacientes y cuando ellos no contestaban se intentó localizarlos por teléfono. El porcentaje de respuestas a los 4 meses fue del 80% y a los 12 meses del 76%. Los resultados obtenidos sólo mostraron un beneficio significativo en el estado de ansiedad de los pacientes y en la percepción acerca del manejo del dolor que ellos tenían respecto de su enfermedad.

Estos beneficios fueron similares entre los pacientes que realizaron 4 o más clases y aquellos que hicieron el curso incompleto. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en la calidad de vida, el número de consultas realizadas en el sistema de salud por ambos grupos, ni en los demás parámetros analizados.

Los autores concluyeron que si bien este programa permite disminuir la ansiedad de los pacientes y mejorar la percepción que tienen acerca del manejo de su enfermedad, no tiene efectos significativos en el dolor, la capacidad funcional ni en el número de consultas que realizan dentro del primer año de seguimiento. Por lo tanto, sostienen que no hay evidencia suficiente para recomendar realizar estos programas en forma masiva en los sistemas de atención primaria. Quedaría entonces por definir cuál es el grupo de pacientes en el cual es más efectivo realizar estos programas. (4)

Referencias bibliográficas:

(1) Bogliolo, María Cecilia, Botalla María Inés y Castro Lucrecia Alejandra. "Actividades de la vida diaria en pacientes con artritis reumatoidea". Tesis de Grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1996.

(2) Stamm, T.A.; Machold, K.P.; Smolen, J.S.; Fischer, S.; Redlich, K.; Graninger, W.; Ebner, W. y Erlacher, L., "Joint Protection and Hand Exercises Improve Hand Function in Patients with Hand Osteoarthritis": A Randomized Controlled Trial. Viena, Austria. 2002.

Material suministrado por biblioteca del centro médico de Mar del Plata. 2008

(3) http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Modificando_estilo_vida.shtml
Fecha de consulta: 10/05/08

(4) <http://www.medicinageriatrica.com.ar/viewnews.php?id=EEZkuuEkEEkwTjkOxH>,
Fecha de consulta: 16/05/08

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS

Problema:

¿En qué medida la participación en un taller educativo desde T.O. contribuye en la adquisición de conocimientos de principios de protección articular y su aplicación en la actividad de ducha personal en pacientes con diagnóstico de artrosis que concurren al Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé durante el 2do. Cuatrimestre del año 2008?

Objetivos:

General:

-Determinar la influencia en la participación en un taller educativo desde T.O en la adquisición de conocimientos de principios de protección articular y su aplicación en la actividad de ducha personal en pacientes con diagnóstico de artrosis que concurren al Hospital Municipal y Maternidad de Pigüé durante el 2do. Cuatrimestre del año 2008

Específicos:

- determinar el *nivel de conocimiento* respecto de los principios de protección articular en la actividad de ducha personal antes y después de la implementación de un taller educativo.
- determinar el *nivel de aplicación* respecto de los principios de protección articular en la actividad de ducha personal antes y después de la implementación de un taller educativo.
- Comparar el nivel educativo de conocimiento respecto de los principios de protección articular y su nivel de aplicación en la actividad de ducha personal pre y post taller educativo

MARCO TEORICO

CAPITULO 1

ARTROSIS

DEFINICION:

La artrosis, también conocida por otros nombres tales como: osteoartrosis, osteoartritis o artropatía degenerativa, es un proceso degenerativo articular de causa desconocida, producido por el desgaste del cartílago articular, alteración del hueso subcondral a la articulación y la inflamación de la membrana sinovial. La artrosis esta "caracterizada por lesiones degenerativas y destructivas del cartílago, condensación ósea en aéreas de presión y neoformación osteofítica en la periferia de las articulaciones diartrodiales; cursando habitualmente sin signos inflamatorios, en forma lenta y progresiva, con dolor, limitaciones de la movilidad y deformidad en su faz clínica."¹

La Organización Mundial de la Salud y la American Academy of Orthopaedic Surgeons (1944) propusieron un esbozo de definición que engloba los principales aspectos de la enfermedad: "La artrosis es la resultante de los fenómenos mecánicos y biológicos que desestabilizan el equilibrio entre la síntesis y la degradación del cartílago y el hueso subcondral. Este desequilibrio puede iniciarse por múltiples factores: genéticos, de desarrollo, metabólicos y traumáticos. La artrosis afecta a todos los tejidos diartrodial y se manifiesta a través de modificaciones morfológicas, bioquímicas, moleculares y biomecánicas de las células de la matriz cartilaginosa que conducen a un reblandecimiento, fisuración, ulceración y pérdida del cartílago articular y a una esclerosis del hueso subcondral con producción de osteofitos y de quistes subcondrales. Cuando se hace sintomática, la artrosis comporta dolor y rigidez articulares y un eventual derrame articular con grados variables de inflamación local."²

¹ Battagliotti, Carlos; Gentiletti, Alberto y colaboradores. Actualización terapéutica en reumatología y colagenopatías. Laboratorio de composición en frio del Servicio de Publicaciones de la Universidad Nacional de Rosario. 1.986. Pág. 170

² Mazieres B. et, Tressol- Verrouil, E.. Características generales de la artrosis. Enciclopedia Médico-Quirúrgica. Ed. Elsevier, París-Francia. 1997. 12p. Pág. 1

PREVALENCIA

La artrosis es la enfermedad reumática más frecuente, se extiende de forma universal entre las poblaciones de mayor edad y en los países desarrollados, se la ubica entre los tres principales problemas de salud.

En Europa, del 20 al 30% de los adultos se ven afectados en algún momento de su vida por un dolor reumático. El Programa de Control de la Carga Mundial de Enfermedad de la OMS (The WHO Global Burden of Disease Monitoring Programme) ha identificado a la artritis como una de las 10 principales causas de discapacidad en los países de la UE (Unión Europea). Si utilizamos la unidad de medida de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), la artrosis es la cuarta causa prevista más frecuente de problemas en todo el mundo en las mujeres y la octava en los varones.

Dos de cada 5 personas con una enfermedad reumática ven limitada su capacidad para desempeñar las actividades cotidianas. (1)

Habitualmente comienza a la edad de 40-50 años. Todas las personas mayores de 55 ó 60 años, se encuentran afectadas en mayor o menor grado.

Existen pacientes que presentan un desarrollo temprano de la artrosis, a la edad de 30-35 años. (2)

El hombre es afectado tanto como la mujer hasta los 50 años, a partir de esta edad tiene un marcado predominio en mujeres (después de la edad menopáusica).

Esta prevalencia se modifica de acuerdo a las articulaciones: "en la franja de edad comprendida entre los 65 y 75 años en las mujeres, la artrosis de la columna lumbar se presenta en el 64% de los casos, la de mano (interfalángicas distales) en el 75%, la de rodilla en el 35% y la de cadera en el 10%".³

³ Van Sasse JL, Van Romunde LK, Cats A, Vandenbroucke JP, Valkenburg HA. Epidemiology of osteoarthritis: Zoetermer survey. Comparison of radiologic osteoarthritis in a Dutch population with that in 10 other populations. *Ann Rheum Dis.* 1989. Pág. 271-280

CLASIFICACIÓN DE LA ARTROSIS

La clasificación de la artrosis, de acuerdo con el American College of Rheumatology, es la siguiente:

- **Artrosis Primaria o Idiopática:** *se considera primaria cuando ocurre en ausencia de cualquier factor predisponente conocido.*

La artrosis primaria o idiopática puede dividirse de acuerdo a criterios anatómicos:

Localizada

- *Articulaciones Periféricas*

- Manos
- Hombro
- Codo
- Cadera
- Rodilla
- Pies

- *Columna Vertebral*

- Articulaciones intervertebrales
- Articulaciones apofisiarias
- Espondilosis
- Ligamentos

Generalizada (si afecta a tres o más áreas)

- *Artrosis Generalizada Primaria*

- Artrosis inflamatoria erosiva de las manos
- Hiperostosis difusa idiopática
- Condromalacia rotuliana

- **Artrosis Secundaria:** *cuando existe un factor conocido y predisponente a su desarrollo. Traumatismos agudos o crónicos, de causa conocida, que afectan a menor número de personas y se dividen según criterios causales.*

- *Postraumática*
- *Trastornos del desarrollo o enfermedades congénitas*
- *Enfermedades metabólicas*

- ❖ Ocronosis
- ❖ Hemocromatosis
- ❖ Enfermedad de Wilson
- ❖ Enfermedad de Gaucher
- *Enfermedades endocrinas*
 - ❖ Acromegalia
 - ❖ Hiperparatiroidismo
 - ❖ Diabetes miellitus
 - ❖ Hipotiroidismo
- *Enfermedades por depósito de micro cristales*
 - ❖ Condrocalcinosis
 - ❖ Artropatía por depósito de hidroxapatita
- *Otras enfermedades óseas y articulares*
 - ❖ Osteonecrosis
 - ❖ Artritis reumatoidea
 - ❖ Artritis infecciosas
 - ❖ Gota
 - ❖ Enfermedad de Paget
 - ❖ Otras
- *Artropatía neuropática*
- *Miscelánea*

Para controlar la artrosis y sus manifestaciones es oportuno conocer los factores de riesgo que la propician.

FACTORES DE RIESGO:

Algunos de los factores que influyen en su aparición, a pesar de que es de causa desconocida, son múltiples y frecuentemente aparecen asociados en una misma persona, por lo que aumentan sus posibilidades de desarrollar la enfermedad.

Entre los factores de riesgo **no modificables** pueden mencionarse:

- **Edad:** aumenta gradualmente el riesgo de padecerla. Al aumentar la edad, y sumado a una menor capacidad de recuperación de los tejidos, se originan desgastes de la articulación producida por el uso durante años, a pesar de ello, la artrosis se trata de una enfermedad, que debe ser diagnosticada y tratada cuanto antes.
- **Herencia:** existe una predisposición familiar, principalmente entre las mujeres.
- **Sexo:** en mujeres es más frecuente la artrosis de interfalángicas distales y de rodillas, siendo la más usual la de metacarpofalángicas y caderas en varones.

Además, suelen presentar artrosis más sintomática las mujeres que los varones.

Factores de riesgo **modificables:**

- **Obesidad:** afecta las articulaciones y lesiona el cartílago articular, por lo que predispone a la artrosis en las caderas y rodillas.

“...hasta la fecha sólo se ha podido relacionar con alguna localización concreta y no se conocen todavía los mecanismos por los que la obesidad podría favorecer la aparición de la artrosis. Existen al menos 3 teorías: 1) el sobrepeso aumenta la presión realizada sobre una articulación de carga. 2) la obesidad actúa directamente induciendo cambios metabólicos tales como intolerancia a la glucosa, hiperlipemia o cambios en la densidad ósea. 3) Determinados elementos de la dieta que favorecen la obesidad producen daños en el cartílago, en el hueso y en otras estructuras articulares.”⁴

- **Trastornos por sobrecarga:** se producen desgastes en la totalidad o parte de la articulación anormal que soportan pesos

⁴ Blanco García, F.J.; Carreira Delgado, P; Mola, E.M.; Mendoza, J.M., Navarro Sarabia, F.; Olive Marques, A.; Tornero Molina, J.. Manual SER de las enfermedades reumáticas. 4ta. Edición. Sociedad Española de reumatología. Editorial Médica Panamericana. 2004. Pág. 317-318.

- **Lesiones locales:** producto de fracturas, golpes importantes o inflamaciones de cualquier causa, la recuperación nunca es completa y existe cierta perturbación del cartílago.
- **Exceso de uso:** el uso continuado, persistente y repetitivo conducen al desarrollo temprano de la artrosis o en lugares poco usuales.
- **Enfermedades sistémicas**

Algunas enfermedades endocrinas, tales como el hipotiroidismo o la diabetes parecen favorecer el desarrollo de la artrosis.

- **Densidad mineral ósea**

Una mayor densidad puede reflejar un mayor estrés biomecánico sobre el cartílago, favoreciendo su degradación.

- **Otros:** socioeconómico, endocrino, etc.

Los *factores protectores* son aquellos que, según se ha demostrado en diferentes estudios, disminuyen la probabilidad de desarrollar diferentes trastornos y/o conductas de riesgo.

Los factores protectores pueden ser definidos como: “aquellas características personales o elementos del ambiente, o la percepción que se tiene de ellos, capaces de disminuir los efectos negativos que el proceso de estrés puede tener sobre la salud y el bienestar.”⁵

FACTORES PROTECTORES:

- **prevención primaria basada en la enseñanza** (protección de las articulaciones frente a lesiones).
- **el ejercicio**
- **evitar la obesidad**
- **evitar actividades con movimientos repetitivos.**

⁵ <http://www.saludparalavida.sld.cu/modules.php?name-news&file-article&sid-262>, fecha de consulta 20/05/08

La aparición de los diferentes síntomas depende de las articulaciones que estén comprometidas.

Las **MANIFESTACIONES CLÍNICAS** son:

- dolor articular (es el síntoma cardinal, aunque en los pacientes con artrosis radiológica no siempre está presente. Es intermitente, autolimitado y responde a analgésicos simples en los casos de enfermedad precoz, en cambio puede ser persistente, con inadecuada respuesta a antiinflamatorios no esteroides a medida que progresa la enfermedad.

Se presenta con el uso articular, al iniciar el movimiento. Frecuentemente disminuye mediante el ejercicio, reaparece con la actividad prolongada y mejora durante el reposo. Debido al reposo y a la ausencia de ejercicio, en algunas ocasiones, los músculos que rodean la articulación se atrofian, y en otras el dolor y las deformaciones óseas producen contracturas musculares.

En etapas tardías de la enfermedad, asociado con brotes de inflamación articular o de ligamentos adyacentes suele manifestar dolor nocturno.)

“Mientras casi todos los pacientes sintomáticos con artrosis tienen dolor relacionado con la actividad, solo un 50% o menos describe dolor de reposo y alrededor de un 30% refieren dolor nocturno”.⁶

- Rigidez articular: al iniciar el movimiento y luego del reposo o inactividad articular.
- Entumecimiento: las articulaciones se presentan agrandadas, frecuentemente de tipo “óseo” por la presencia de osteofitos, pudiendo existir en partes blandas tumefacción por derrame articular o sinovitis, aumento leve de la temperatura y/o dolor ante la palpación.
- limitación del movimiento: acompañando o precediendo al dolor, el paciente refiere limitación gradual del movimiento articular (pudiendo llegar a afectar la marcha como también las actividades de la vida diaria)

⁶ Dieppe, PA, Cushnaghan, J. The natural course and prognosis of osteoarthritis. 2nd ed. Philadelphia. WB. Saunders. 1991. pág. 119

- crepitación: gruesa, audible o palpable en grandes articulaciones (caderas o rodillas por ej.)
- derrame ocasional:
- grados variables de inflamación
- deformidad articular: el paciente refiere agrandamiento de una o varias articulaciones como rodillas, IFP y/o IFP de manos
- sensación de inestabilidad o inseguridad: para la marcha, provocada por hipotrofia muscular e inestabilidad ligamentosa secundaria al daño articular. (2)(3)

Articulación con artrosis:

FASES CONSECUTIVAS

En un **inicio** se altera el cartílago y progresivamente la superficie se va erosionando hasta alcanzar el desgaste o desaparición del mismo, dejando los extremos de los huesos en contacto directo.

Luego, el hueso subcondral reacciona y prolifera hacia los lados, y por presencia de los osteofitos, se deforma.

Por último, se engruesa la membrana sinovial y produce un líquido. Este es el líquido sinovial que, además de ser menos viscoso, lubrica menos y además puede contener fragmentos de cartílago que se han soltado y que flotan libres en la cavidad articular. Dichos fragmentos originan una inflamación de la membrana y la producción de sustancias que al pasar a la cavidad articular aceleran la destrucción del cartílago.

En los primeros estadios de la enfermedad el paciente no manifiesta ningún síntoma y el cartílago aún puede recuperarse. Cuando éste desaparece la enfermedad está ya muy avanzada y el proceso es ya irreversible.

Los cambios del cartílago articular son variables y puede persistir la artrosis durante largos períodos sin que aumente su gravedad. (4)

Usualmente sigue un curso con exacerbaciones y remisiones clínicas que conducen a la destrucción articular, con cierta deformidad y limitación funcional que, en ocasiones, da lugar a una condición de invalidez.

FISIOPATOLOGIA DE LOS CAMBIOS CARTILAGINOSOS:

“El cartílago articular se compone de dos grandes macromoléculas: los proteoglucanos (PG), que son responsables de la elasticidad del tejido y de la resistencia a la sobrecarga, y el colágeno, que aporta la fuerza de tensión y la resistencia al cizallamiento.

Los datos bioquímicos sugieren un defecto en la red de colágeno del cartílago, debido posiblemente a la ruptura del “pegamento” que mantiene unidas las fibras de colágeno adyacentes de la matriz. La fibrilación que se produce en el cartílago permiten que se escapen los proteoglucanos de la superficie articular, desencadenando un **proceso degenerativo** autoperpetuante alentado por la acción de fuerzas anormales. Los impactos repetidos producen microfracturas trabeculares subcondrales, las cuales ocasionan un aumento de la rigidez de la superficie ósea. Al disminuir la capacidad de absorber presiones del hueso, el cartílago debe soportar las presiones mecánicas que se ejercen sobre la superficie articular. Investigaciones más recientes demuestran un ablandamiento del hueso subcondral debido al impacto por presión. (Brandt, 1994).

La destrucción del cartílago es seguida por *intentos de reparación del tejido*. Los condrocitos del cartílago sufren una intensa división celular y producen grandes cantidades de colágeno y PG (Schnitzer, 1997). El incremento en la concentración de PG se asocia a un engrosamiento cartilaginosa y a artrosis estabilizada y “compensada”. Estos mecanismos homeostáticos mantienen una función razonable de la articulación durante años.

La osteoartrosis aparece cuando los procesos reparativos no pueden contrabalancear a los fenómenos degenerativos, la velocidad de síntesis de PG se reduce y aparece la artrosis “terminal” con una pérdida completa del cartílago.

Estudios más recientes sugieren que hay factores inmunológicos que pueden desempeñar un papel en la perpetuación y aceleración de las alteraciones degenerativas. (Brandt, 1994).”⁷

AFECCION DE ARTICULACIONES ESPECÍFICAS:

La artrosis habitualmente afecta a las articulaciones de los dedos de las manos, las rodillas, las caderas, y la columna cervical y lumbar y la articulación del dedo gordo del pie. Es poco frecuente la artrosis de otras articulaciones como los hombros, los codos o las muñecas y casi siempre son secundarias a traumatismos o sobreutilización de estas articulaciones.

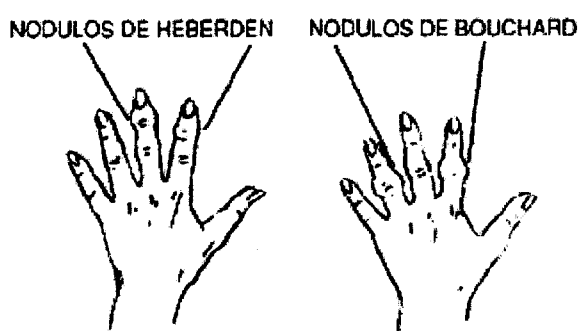
La **artrosis de dedos de las manos** es una degeneración del cartílago de las articulaciones que puede producir dolor, dificultad para mover los dedos y deformidad.

Surge primero en una articulación y paulatinamente se van extendiendo a las demás de forma bilateral. Los pacientes advierten dolor e inflamación que va siendo menor a medida que van apareciendo los nódulos (bultos duros, consecuencia del crecimiento del hueso). Al completarse la deformación suelen ausentarse todas las molestias.

- ♣ **artrosis de las interfalángicas distales (IFD):** es una de las localizaciones más frecuentes (principalmente en las formas primarias), contribuyendo al diagnóstico diferencial con otras enfermedades reumáticas que comprometen las manos. Se produce un lento y progresivo engrosamiento de las articulaciones hasta formar los “nódulos de Heberden”.

⁷ Masson, Flavia Andrea; Seoane, María Agustina. Aporte del tratamiento de Terapia Ocupacional en artrosis trapeciometacarpiana. Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. 2000. pág. 23 a 24

- ♣ **Artrosis de las interfalángicas proximales (IFP):** se asocia generalmente a la afección de las IFD como también a la trapeziometacarpiana. Suele comenzar posteriormente a la aparición de los signos y síntomas en las IFD. En esta articulación se originan los “nódulos de Bouchard”. A medida que progresa la enfermedad produce subluxaciones horizontales en sentido radial o cubital, lo que sumado a las presentadas en las IFD, da lugar a la deformidad en los dedos que asemeja a una serpiente.



Fuente: <http://psoriasisartrosis.com/farma/prensa/dossier2007.pdf>, fecha de consulta 07-06-2008. Nuevos enfoques en el tratamiento de la artrosis. Dossier de Prensa. Bioiberica Farma.

- ♣ **Artrosis trapeziometacarpiana:** denominada también artrosis del pulgar o rizartrrosis. Es una localización muy frecuente de artrosis de manos, suele ser bilateral, aunque predomina de un lado. Puede afectarse independientemente, pero generalmente se la asocia a la presencia de nódulos de Heberden. Aparece con preferencia en mujeres.

Aparece dolor y deformidad en la base del pulgar, principalmente en las labores manuales, y puede entorpecer el uso normal de la mano.

- ♣ **Artrosis trapecioescafoidea:** generalmente acompaña a la artrosis trapeziometacarpiana avanzada. Su presentación aislada suele ser secundaria a Condrocálcinosis. El dolor originado sobre esta articulación es de predominio mecánico.

♣ **Artrosis de otras articulaciones del carpo:** son poco usuales, cuando aparece es secundaria a fracturas, necrosis aséptica, Condrocalcinosis u otras enfermedades inflamatorias. Las manifestaciones clínicas típicas son dolor, y limitación articular de predominio mecánico.

♣ **Artrosis de codo:** también es infrecuente y suele ser secundaria a factor traumático o enfermedad articular previa. Generalmente manifiesta dolor y limitación moderada del movimiento secundario al entrapamiento del nervio cubital a nivel del codo, debido a la presencia de osteofitos o calcificaciones.

♣ **Artrosis de hombro, o artrosis glenohumeral:** es poco corriente. A pesar de esto, es la segunda causa de dolor de hombro luego de las periartrosis escapulohumerales. Jamás forma parte de una artrosis primaria. Se evidencia por dolor, localizado en el tercio superior del brazo, pudiendo irradiarse hacia el cuello, brazo o dorso de la mano, acompañado de rigidez y limitación de la movilidad.

♣ **Artrosis acromioclavicular:** dolor intenso, con rigidez e importante limitación de la movilidad en oportunidades se producen durante episodios agudos. Aparecen síntomas en personas de edad avanzada, aunque suele ser asintomática. Pueden surgir sin causa aparente o secundariamente a una luxación traumática de la articulación. Se plantea el diagnóstico diferencial con la artritis séptica u otras afecciones de hombro como la tendinitis.

♣ **Artrosis esternoclavicular:** se presenta en personas mayores de 50 años y casi siempre es asintomática. Se asocia frecuentemente con artrosis acromioclavicular y limitación de la movilidad glenohumeral debido a la sobrecarga funcional que esto supone. Existe una prominencia subcutánea debido a una subluxación anterior del extremo proximal de la clavícula.

♣ **Artrosis de cadera:** localización frecuente e incapacitante. Generalmente, el dolor nunca se localiza en las “caderas” propiamente dichas, sino en zonas de alrededor como en la ingle irradiándose a la cara anterior y lateral del muslo hasta las rodillas o en otras ocasiones el dolor se localiza en la región glútea, cara posterior o en la región interna del muslo. Éste aparece al subir y bajar escaleras, al caminar o al atarse los cordones de los zapatos. Muestra disminución en flexión y abducción durante la movilidad pasiva. De forma progresiva, es normal que aparezca una báscula de pelvis al lado contrario cuando el paciente se apoya del lado enfermo (signo de Trendelenburg). Se trata de una enfermedad propia de las personas mayores, que sólo excepcionalmente la padecen algunos jóvenes.

♣ **Artrosis de rodilla:** es una de las enfermedades reumáticas más frecuentes. Afecta a los compartimentos femorotibial medial, lateral y femoropatelar. Provoca dolor en la rodilla que predomina al subir y bajar las escaleras, arrodillarse y al levantarse de la cama o una silla (es el más frecuente). El dolor mecánico, crepitación, rigidez e impotencia funcional son habituales y más severos a medida que progresa la enfermedad. No duele en reposo durante los primeros años, pero con el paso del tiempo se origina atrofia del cuádriceps y actitud en flexión más o menos importante, lo que provoca fallas en la rodilla como también aparición del dolor durante el reposo y todo ello causa que para caminar el paciente tenga que ayudarse de bastones o muletas.

♣ **Artrosis de tobillo:** a pesar de ser una articulación que soporta peso, esta localización es poco frecuente. Cuando se presenta suele ser secundaria a lesiones como consecuencia de fracturas previas, traumatismos de repetición o enfermedades inflamatorias, como en el caso de la gota. Cursa con dolor mecánico, rigidez luego del reposo e impotencia funcional que puede llevar a requerir artrodesis quirúrgica.

♣ **Artrosis de tarso:** la persona afectada en esta localización manifiesta dolor al bipedestarse y deambular. El compromiso de la articulación

calcaneoastagalina provoca dolor en el talón y región submaleolar, en cambio la afección mediotarsiana irradia dolor al dorso y zona interna del pie. En la tarsometatarsiana el dolor se presenta en el dorso del pie y región de apoyo de las cabezas metatarsianas.

♣ **Artrosis metatarsofalángicas:** es habitual la localización en la primera metatarsofalángica (hallux rigidus). Produce dolor progresivo y limitación de la movilidad especialmente durante la extensión. Al explorar manifiesta dolor, deformidad (producto de las proliferaciones osteofitarias y trastornos de alineamiento y limitación de la movilidad). En caso de inflamación de las bolsas serosas vecinas se produce un aumento importante del dolor y tumefacción.

♣ **Artrosis de columna:** afecta los discos intervertebrales, cuerpo vertebral, articulaciones interapofisiarias y es muy frecuente. Los discos intervertebrales, con el transcurso de los años, pierden elasticidad y altura, lo que les resta eficacia en su función amortiguadora, e induce a que las vértebras establezcan contacto directo ocasionando un roce que causa una reacción del hueso que consiste en la producción de más hueso.

Las vértebras de las zonas medias de la columna cervical y dorsal y las 3 y 4 lumbar son las que presentan mayor movilidad y su afección es más usual.

Los síntomas son dolor y rigidez en la zona paravertebral. También puede manifestarse dolor radicular (por compromiso de raíces nerviosas por osteofitos o prolapso de discos degenerados), alteraciones sensitivas, de los reflejos y motoras en las metámeras comprometidas.

Cambios radiológicos significativos pueden producir ausencia o mínimas perturbaciones; sin embargo, en otros casos, logran desencadenarse síntomas intensos ante pequeñas protusiones u osteofitos. (3)

DIAGNÓSTICO MÉDICO

El diagnóstico en la artrosis no implica gran dificultad debido a que en la práctica es de frecuencia habitual. Requiere un diagnóstico diferencial con otras enfermedades articulares (entre ellas artritis reumatoide, fibromialgia,

bursitis anserina, etc.) ya que, estas enfermedades presentan síntomas en común.

El médico la diagnostica según la localización (en el caso de la artrosis de los dedos de las manos, la simple observación directa de los dedos deformados es suficiente para obtener un diagnóstico) y el tipo de dolor, sumado a una exploración de las articulaciones comprometidas, y al comprobar bajo que situaciones mejora o empeora.

No existen test diagnósticos para la artrosis. Una combinación de hallazgos clínicos, con evidencias radiológicas y/o de laboratorio involucra el término de artrosis. Para monitorear su progresión son de gran utilidad las técnicas imagenológicas. Además, se están estudiando marcadores potenciales en suero, líquido sinovial y orina para diagnóstico, pronóstico y respuesta terapéutica de pacientes con artrosis.

Imagenología:

Radiografía simple:

Permite apreciar los cambios característicos de la enfermedad y la gravedad de la artrosis.

Es la técnica de mayor utilidad y bajo costo para evaluar a los pacientes con esta patología.

Las alteraciones son mínimas o ausentes durante los estadios iniciales. A medida que avanza el proceso, surgen hallazgos distintivos:

- pinzamiento del espacio articular (producto de la disminución del grosor del cartílago).
- esclerosis subcondral (respuesta reactiva del hueso que provoca aumento de la densidad ósea del hueso subyacente al cartílago articular) asociada con más o menos frecuencia a geodas.
- osteofitos centrales o marginales (proliferaciones óseas nacidos en los márgenes osteoarticulares, producto de la neoformación ósea secundaria al estrés repetitivo sobre el hueso articular).

Amplificación radiográfica:

En determinados casos, especialmente para casos evolutivos de la artrosis y para evaluaciones terapéuticas, como también para una mejor medición del

espacio articular, puede resultar útil la amplificación de la imagen articular por medio de Rx microfocal ampliada o digitalización de la imagen (Rx digital).

Tomografía axial computada (TAC):

De utilidad para demostrar alteraciones no visibles en Rx simples, especialmente en casos de artrosis secundarias y en el estudio de la artrosis espinal juntamente con la RMN.

Rx contrastadas: Artrografía: para la detección de lesiones meniscales, intraarticulares y complicaciones (ruptura quiste sinovial). **Discografía:** para observar el grado y extensión de las lesiones discales. **Mielo/radiculografía:** para estudiar el canal medular y raíces. **Ecografía:** para evaluar partes blandas o medida de espesor del cartílago articular. **RMN:** a través de un procedimiento incruento, informa acerca de la estructura anatómica y del estado fisiológico tisular (de gran utilidad para partes blandas articulares y periarticulares).

Datos del laboratorio

Sangre:

Se realiza con el propósito de descartar otras enfermedades, más que para diagnosticar artrosis.

En artrosis primaria la velocidad de sedimentación globular es moderadamente elevada.

Se aprecia viscosidad elevada del líquido sinovial y escasa celularidad que no suele superar las 1.000 células por cc.

Aspiración del líquido articular:

Resulta útil y efectivo para ratificar el diagnóstico y descartar otras enfermedades reumáticas siempre que sea posible adquirir una muestra (habitualmente sólo en la artrosis de rodilla).

El líquido sinovial extraído puede evidenciar inflamación (aumento del volumen, disminución de la viscosidad, aumento leve o moderado de la celularidad y discreto aumento de las proteínas). (2)

PRONOSTICO

Resulta variable, de acuerdo al tipo de articulación que comprometa.

La artrosis debe ser considerada una lesión crónica, irreversible y progresiva, que determina el mayor número de incapacidades laborales y discapacidades. La capacidad funcional resultará del número y localización de las articulaciones afectadas, de la intensidad y persistencia de la sintomatología, como también del grado de dificultad para ejecutar la Actividades de la Vida Diaria. Generalmente es de progresión lenta, facilitando al paciente la ejecución de las actividades diarias. La artrosis alterna períodos asintomáticos o de cierta estabilidad con otros agudos y de rápida progresión.

Un mejor pronóstico puede obtenerse mediante la modificación de factores de riesgo influyentes.

TRATAMIENTO MÉDICO

Es conveniente la individualización y ajuste personal de acuerdo a las articulaciones que se encuentren comprometidas.

“el tratamiento de la artrosis se puede clasificar en 2 grandes grupos terapéuticos:

- 1) tratamientos modificadores del síntoma: son aquellas opciones terapéuticas (farmacológicas o no) que reducen la sintomatología (dolor) del paciente con artrosis.
- 2) Tratamientos modificadores de estructura: son aquellas opciones terapéuticas que son capaces de reducir, frenar o revertir la destrucción del cartílago articular.”⁸

“Como no existe una terapéutica específica de la enfermedad, resulta muy importante su prevención, controlando ciertos factores considerados como desencadenantes: obesidad, vicios posturales, alineación articular defectuosa y traumatismos.”⁹

⁸ Blanco García, F.J.; Carreira Delgado, P; Mola, E.M.; Mendoza, J.M., Navarro Sarabia, F.; Olive Marques, A.; Tornero Molina, J.. Manual SER de las enfermedades reumáticas. 4ta. Edición. Sociedad Española de reumatología. Editorial Médica Panamericana. 2004. Pág. 325

⁹ Javier Molina L. Fundamentos de Medicina. Reumatología. 4ta. Edición. Colombia .Ed. CIB. 1995. Pág. 307.

El tratamiento dependerá de la topografía lesional como también de su período evolutivo.

Los objetivos de tratamiento deben ser:

- Disminuir la sintomatología (dolor e incapacidad)
- Mantener o mejorar la funcionalidad de la articulación.
- Minimizar la progresión de la artrosis
- Evitar la progresión de la enfermedad.

FORMAS DE TRATAMIENTO:

El tratamiento incluye:

✓ **Educación y reeducación:** acerca de la enfermedad que padece, adecuado tratamiento de factores predisponentes o que colaboran en la progresión de la patología, uso criterioso de la terapia con drogas en forma sistémica o intraarticular y una adecuada terapia física.

Es importante, instruir al paciente respecto de técnicas antiálgicas y economía articular (evitar llevar peso, andar sobre un terreno irregular, estar de pie en forma prolongada, etc.), entre otros. En ocasiones son necesarios los cambios de puestos de trabajo o adaptaciones en el domicilio, especialmente en la cocina, el baño y los lavabos. Se pretende resolver los problemas prácticos ocasionados por la artrosis. Se trata tanto de educación como de reeducación.

✓ **Pérdida de peso:** disminuir el sobrepeso (sobrecarga articular), si lo hubiere, favoreciendo el control del dolor y reduciendo el grado de discapacidad.

✓ **Técnicas antiálgicas** (masajes sedantes, calor y/o frío, etc.)

✓ **Gimnasia isométrica e isotónica**

✓ **Aconsejar la realización de ejercicio físico aeróbico:** favorece la protección de la articulación, mejora la fuerza muscular y la movilidad articular. Debe evitarse la inmovilidad articular en la medida de lo posible ya que favorece la invalidez del paciente.

✓ **Reposo:** alternar ejercicio y reposo para una correcta actuación terapéutica.

✓ **Balneoterapia:** permite practicar esta gimnasia sin efecto de la gravedad.

- ✓ **Higiene ortopédica articular o “economía articular”:** evitar llevar peso, andar sobre un terreno irregular, o estar de pie de forma prolongada. Puede implicar modificaciones en el puesto de trabajo o domicilio (especialmente en cocina y baño). (5)
- ✓ **Terapia física/ocupacional** (desarrollada posteriormente)
- ✓ **Terapia farmacológica:** el alivio del dolor suele ser la primera indicación para el uso de drogas en la artrosis. Es extendido el empleo de drogas antiinflamatorias no esteroides (DAINEs) para el alivio del dolor como primer paso del tratamiento, sin embargo no debería ser así debido a que los pacientes consiguen la remisión del cuadro doloroso con el uso de analgésicos como el acetaminofeno. Si no responde a los analgésicos, por vía oral, o no se quiere administrar terapia por esta vía, el uso de la capsaisina tópica (sustancia natural derivada de la solanáceas, cuyo mecanismo de acción es por depleción e inhibición de la reacumulación de la sustancia P, que actúa como mediadora de los impulsos dolorosos que van de la periferia al sistema nervioso central) en la articulación afectada es una opción válida. Debe ser aplicada cuatro veces por día en la articulación afectada.

Si el paciente no puede ser controlado con la terapia anterior, puede ser indicado el uso de DAINEs (ibuprofeno de 1200mg. por día, diclofenac, etc.). El propósito es actuar sobre el dolor y la rigidez y también posee un efecto analgésico. Hay pacientes que responden a analgésicos y otros que no, que encuentran alivio con DAINEs. Al administrarse este último, debe tenerse en cuenta posibles efectos adversos gastrointestinales y renales, por lo que deben utilizarse durante un período reducido para aliviar la sintomatología. Siempre deben tenerse en cuenta en cuanto a riesgos colaterales los riesgos-beneficios.

Esteroides intraarticulares (corticosteroides sistémicos): su uso intraarticular puede tener lugar en casos seleccionados, pudiendo estar indicado ante signos de tumefacción y dolor, presentados en pacientes artrósicos, en los cuales la aspiración y posterior inyección intraarticular de esteroides puede disminuir los síntomas.

- Consejos de economía de movimiento, según edad y actividad del afectado.
- Prescripción de tratamiento (se necesita una prescripción prolongada y sin interrupción, por lo que se debe explicar con exactitud al paciente, ya que en este período no se siente enfermo en absoluto).
- Perspectiva del futuro, teniendo en cuenta las actividades desarrolladas por el enfermo.
- Tranquilizar y aconsejar al paciente

Al sufrir una *crisis dolorosa*:

- Si existe un derrame, debe ser evacuado. Son dolorosos los grandes derrames debido a que producen gran distensión mecánica. Es conveniente sustraer la totalidad de los derrames dado que contienen citocinas y enzimas de degradación. También es aconsejable analizar el líquido extraído.
- El reposo articular es conveniente; si las 2 rodillas o caderas están comprometidas, en cama y sin apoyo. Si la afección es unilateral durante la crisis, con muletas aproximadamente 8 días.
- Para superar el dolor son de utilidad los AINE, que se prescriben durante aproximadamente 2 a 3 semanas.

Es beneficioso resolver los cuidados físicos (analgésicos) y luego atender los cuidados reeducativos.

La *fase crónica* es la más complicada de manejar y presenta el argumento de la posibilidad quirúrgica. Antes, es oportuno certificarse que desde el punto de vista médico se ha hecho todo lo posible (administración de analgésicos de efecto prolongado, corrección ortopédica, infiltración de corticoides y conservación de la inexistencia de derrame. A partir de aquí, y luego de un plazo de entre 6 y 12 meses, puede considerarse la posibilidad de intervención quirúrgica. (5)

EQUIPO DE REHABILITACION REUMATOLOGICA:

El equipo de rehabilitación reumatológica generalmente está constituido por: médico (de atención primaria con experiencia en rehabilitación y reumatología o reumatólogo con experiencia en rehabilitación), enfermera de rehabilitación con experiencia en reumatología, terapeuta físico y ocupacional, psicólogo, trabajador social, asesor de rehabilitación vocacional, y ocasionalmente terapeuta del lenguaje.

La *terapia física / ocupacional* cumple un rol importante dentro del programa de tratamiento de los pacientes con artrosis. Un adecuado plan favorece la disminución del dolor articular y contribuye a mantener el rango de movimiento articular, fortalecer la musculatura y preservar la función. Favorece la protección articular al reducir el estrés sobre la misma, mejora la función y previene la discapacidad secundaria a la inactividad, al incrementar el nivel de actividad diaria y la capacidad al ejercicio.

En primer lugar, son recomendados los ejercicios isométricos, ya que aplican menor tensión sobre la articulación. Estos pueden ser seguidos por ejercicios isotónicos.

Un estudio comparativo entre dos grupos de pacientes con artrosis, a los cuales se les realizó un plan de ejercicios isométricos al primero y rango de movimiento al segundo, mostró mejoría en la función articular y dolor en el primero, y el segundo grupo no mejoró la función y empeoró el dolor. (7)

El plan de ejercicios debe comenzar con pocas repeticiones diarias y luego ir incrementándose las mismas.

Ejercicios aeróbicos, como caminatas y natación son recomendables.

La hidroterapia favorece la relajación articular y reduce la fuerza de gravedad, lo cual permite reducir el estrés de la articulación.

En un paciente con dolor severo, no debería comenzarse un plan de tratamiento y debe replantearse la intensidad con la cual el mismo se realiza, si al empezar el dolor se agrava en forma marcada.

“Los pacientes con artrosis que comprometen articulaciones que soportan peso pueden realizar ejercicios, mejorando su capacidad aeróbica y actividad física sin incremento del dolor o consumo de DAINEs o analgésicos”.¹⁰

El terapeuta ocupacional evalúa la habilidad del paciente para realizar actividades de la vida diaria y provee los accesorios de asistencia que el mismo requiere (adaptaciones o ayudas técnicas). También se enseña al paciente la forma en que deben proteger sus articulaciones. (8)

El terapeuta ocupacional, está dedicado a la función de las extremidades superiores para aumentar el rango de movimiento, fuerza, coordinación y resistencia. En las actividades de la vida diaria, valoran y entrenan las habilidades de autocuidado e independencia. Brinda instrucción y entrenamiento al presentarse problemas para lograr habilidades compensatorias o adaptativas y educa sobre los principios de protección articular y conservación de energía. También elabora ortesis para miembros superiores, evalúa la accesibilidad y seguridad en el hogar e instruye respecto de modalidades de control del dolor. (9)

“Los objetivos buscados, desde un **abordaje productivo-compensador** son los siguientes:

- ◆ Aliviar el dolor
- ◆ Evitar y/o corregir deformidades
- ◆ Favorecer y/o mantener la fuerza muscular
- ◆ Mantener y/o aumentar la función e integridad articular
- ◆ Adaptar las actividades del paciente de acuerdo con sus limitaciones temporales o permanentes.”

En esta investigación, desde un **abordaje profiláctico-preventivo**, la función del terapeuta ocupacional pretende lograr:

¹⁰ Minor, M.; Hewett J.; Webel, R.; Anderson, S.; Kay, D. Efficacy of physical conditioning exercise in patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. Arthritis Rheum. 1989. Pág. 1396

- ◆ Capacitar al paciente para desempeñarse independientemente, con un mínimo de estrés en las articulaciones comprometidas, a través de la adaptación de las actividades de la vida diaria.
- ◆ Educar al paciente, buscando prevenir la pérdida de capacidades.¹¹

Francisco Radrigan, médico jefe de Unidad de Reumatología del Hospital Sotero del Río, Instructor asociado de reumatología, Pontificia Universidad Católica de Chile, establece que las medidas no farmacológicas son parte primordial del tratamiento (Educación, Corrección del peso, Fisioterapia, Ejercicios, Medidas de protección articular)

La educación es una medida fundamental en toda enfermedad crónica. Un metaanálisis mostro que la educación logra una mejoría de 20% – 30% en la sintomatología, similar a lo obtenido con el uso de antiinflamatorios no esteroides (AINE).

Se debe reafirmar al paciente, hacerlo participe de las decisiones terapéuticas a largo plazo y enseñarle las técnicas para protección articular. En el caso de los ancianos, se debe comprometer a toda la familia del paciente. Esta labor debe ser llevada a cabo de forma constante por el equipo multidisciplinario, entre ellos el terapeuta ocupacional, que participa en el tratamiento del paciente.

En cuanto a las medidas de protección articular, se determina que la sobrecarga articular aumenta el daño articular, por lo que se debe evitar. El reposo en cama, sin carga articular, produce también adelgazamiento del cartílago articular y atrofia del hueso subcondral, por lo que debe ser evitado. Los músculos absorben un importante porcentaje de la carga, por lo que son uno de los mejores métodos de protección articular, y su fortalecimiento podría incluso retardar la necesidad de prótesis de rodilla. (10)

PRINCIPIOS DE CONSERVACIÓN DE ENERGÍA:

¹¹ Bogliolo, María Cecilia, Botalla María Inés y Castro Lucrecia Alejandra. "Actividades de la vida diaria en pacientes con artritis reumatoidea". Tesis de grado. UNMdP. 1996. pág. 14

“Son habilidades al proceder, ahorrando energía, restringiendo actividad, simplificando el trabajo, manejando el tiempo y/o organizando el medio para minimizar el esfuerzo.

1. Organizar la actividad
2. Eliminar las tareas innecesarias
3. Sentarse para trabajar
4. Tener todo el equipo requerido listo antes de comenzar una actividad
5. Combinar tareas para eliminar actividades extras
6. Usar artefactos eléctricos para conservar la energía personal
7. Usar utensilios y herramientas livianas
8. Trabajar con asistencia de la gravedad, no en contra
9. Descansar antes de sentirse fatigado

SIMPLIFICACIÓN DEL TRABAJO:

A través del análisis de las tareas a realizar, eliminando pasos innecesarios, combinando operaciones y valorando la posibilidad de efectuar cambios en el método, equipo o secuencia de trabajo.

PRINCIPIOS DE PROTECCIÓN ARTICULAR:

Entendidos como métodos de realización de las actividades de la vida diaria con una mínima cantidad de estrés en las articulaciones para reducir el dolor, preservar funciones, estructuras articulares y conservar la energía física.

Están basados en principios anatómicos y funcionales que minimizan la producción de deformidades.

LOS PRINCIPIOS DE PROTECCIÓN BÁSICOS SON LOS SIGUIENTES:

- a) Estimular a cada articulación para ser usada en el máximo de recorrido y fuerza posible (compatible con el proceso de la enfermedad).

Los ejercicios son una parte importante de todo el programa de tratamiento. El terapeuta ocupacional asesora al paciente para que pueda integrar estos ejercicios dentro de su rutina diaria para mantener el rango de movimiento y fuerza muscular.

Las actividades de la vida diaria no son un sustituto del programa de ejercicio porque no se logra el rango de movimiento, no está graduada la resistencia en forma adecuada para el fortalecimiento muscular y la actividad repetitiva puede ser dañina. La duración, la intensidad y la frecuencia no están controladas.

b) Evitar posiciones que conducen a deformidades: presiones externas e internas.

Deben analizarse las actividades de la vida diaria para identificar las fuerzas internas y externas que puedan conducir a deformidad.

Las posturas incorrectas constantes, son en sí, mecanismos de deformidad. Es necesario enseñarle al paciente cuales son las articulaciones más vulnerables y en especial debe aprender como protegerlas.

c) Usar cada articulación en el plano de máxima estabilidad anatómica y funcional:

Proporcionar alineación al cuerpo al estar parado, sentado, al levantarse y al cambiar de posición usando los músculos y las articulaciones más eficientemente.

d) Usar las articulaciones mas fuertes para la realización de actividades:

Las articulaciones proximales son más fuertes que las distales y su uso protege a las articulaciones más débiles. El peso debe cargarse sobre las articulaciones más grandes porque están protegidas por musculosa más potentes. El propósito es reducir el estrés articular y prevenir el dolor articular.

e) Evitar desequilibrios musculares:

Las buenas posturas son fundamentales en todo momento ya sea durante el descanso como durante la actividad. Los desequilibrios musculares y en consecuencia movimientos de movimientos pobres contribuyen a las malas posturas y deformidades.

f) Evitar actividades que no puedan suspender inmediatamente si es que la actividad le exige una fuerza mayor a la que tiene para completarla:

Es importante prevenir la fatiga y el estiramiento con el fin de que no se sobrecarguen cápsulas y ligamentos.

- g) Evitar cualquier actividad que exija el uso de articulaciones y músculos en posición de sostén durante lapsos indebidos de tiempo:

El propósito es reducir la fatiga, la rigidez articular, prevenir la contractura muscular y el dolor articular.

En la articulación misma, diferentes aspectos de la superficie articular se tocan unos con otros durante la excursión del movimiento; el mantener una misma posición en forma prolongada agrega desgaste en este punto.

- h) Evitar el dolor:

El ejercicio activo y pasivo se realiza solamente hasta el punto del dolor y se considera que el ejercicio o la actividad han sido excesivos si el dolor persiste una hora más allá de haber concluído. Si el dolor excede una hora, el número de repeticiones o el número de ejercicio debería ser reducido a la mitad.

TÉCNICAS PARA APLICAR LOS PRINCIPIOS DE PROTECCIÓN ARTICULAR EN MANO:

La función manual y la función del miembro superior son de fundamental importancia. Las funciones prensiles (pinza-garra) y las no prensiles (uso de la mano estáticamente) deben ser consideradas. Si las funciones prensiles pueden ser sustituidas, las articulaciones pueden ser protegidas de la deformidad.

Las técnicas para la protección de las manos son:

1. Mantener la excursión de extensión y supinación de antebrazo: la pérdida de extensión de muñeca implica la pérdida de fuerza de prensión. La pérdida de la supinación de antebrazo implica dificultad para cambiar el método de sostener.
2. Cambiar de métodos en aquellas actividades que exigen prensiones de fuerza: evitar esfuerzos o estiramiento abductor de la falange y estiramientos laterales en cada uno de los dedos.

3. Asegurar patrones correctos de movimientos: la secuencia correcta de movimiento, es la base para la reeducación de la mano. La flexión de los dedos debe comenzar con la flexión de las articulaciones interfalángicas distales. La extensión de los dedos debe comenzar a nivel de las metacarpofalángicas.
4. Sostener objetos paralelos a los nudillos (articulaciones metacarpofalángicas) y no en diagonal a través de la palma de la mano: el sostener objetos paralelos a las articulaciones metacarpofalángicas permite mantener una buena alineación de los dedos con respecto a los metacarpianos.
5. Usar las palmas de la mano o el pliegue de flexión de codo, en lugar de los dedos: usar las articulaciones más fuertes.
6. Usar ambas palmas de la mano para levantar objetos: mejor es arrastrar que levantar.
7. Evitar mantener pesos en el aire: hacer uso de la gravedad, apoyando en lugar de mantener en el aire. Deslizar en lugar de levantar.”¹²

¹² Bogliolo, María Cecilia, Botalla María Inés y Castro Lucrecia Alejandra. “Actividades de la vida diaria en pacientes con artritis reumatoidea”. Tesis de grado. UNMdP. 1996. pág. 18

Referencias Bibliográficas:

- (1) <http://silencio-fm.blogspot.com/2007/12/sistema-sanitario-para-los-pacientes.html>, fecha de consulta: 08-05-2008
- (2) Maldonado Cocco, José A. y coautores (Citera, Gustavo; Paira, Sergio O.). Reumatología. "AP Americana de publicaciones S.A., Habas Group Company. 2000.
- (3) Blanco García, F.J.; Carreira Delgado, P; Mola, E.M.; Mendoza, J.M., Navarro Sarabia, F.; Olive Marques, A.; Tornero Molina, J.. Manual SER de las enfermedades reumáticas. 4ta. Edición. Sociedad Española de reumatología. Editorial Médica Panamericana.
- (4) Leona A. Mourad. Ortopedia. Segunda edición. España. Serie Mosby de Enfermería Clínica. Mosby Doyma Libros. S.A. 1996.
- (5) Mazieres B. et., Tressol- Verrouil, E. Características generales de la artrosis. Enciclopedia Médico-Quirúrgica. París-Francia. Ed. Elsevier. 1997.
- (6) <http://www.elmedicointeractivo.com/medicopaciente/pdf/15.pdf>, fecha de consulta: 12-06-2008
- (7) Feinberg, J.; Marzouk, D.; Sokolec C. et. Effects of isometric versus range of motion exercise on joint pain and function in patients with knee osteoarthritis. Arthritis Rheum. 1992.
- (8) Minor, M.; Hewett J.; Webel, R.; Anderson, S.; Kay, D. Efficacy of physical conditioning exercise in patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. Arthritis Rheum. 1989.

(9) Klippel, John H. Principios de las enfermedades reumáticas. Arthritis Foundation. Edición 11. Educación Médica Continua Ltda. Colombia. 2001

(10) Radrigan, Francisco. Médico jefe de Unidad de Reumatología, Hospital Sotero del Río, Instructor asociado de reumatología, Pontificia Universidad Católica de Chile. "Tratamiento médico de la artrosis en la rodilla del anciano": Reumatología 2004. Material suministrado por biblioteca del centro médico de Mar del Plata. 2008.

CAPITULO 2
TERAPIA OCUPACIONAL
LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

"La Terapia Ocupacional es el uso terapéutico en las actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas y el entorno para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida" ¹³

La función principal del terapeuta ocupacional es la de maximizar la independencia en las actividades y tareas propias de la vida diaria, prevenir la incapacidad y mantener la salud de los individuos que se encuentran limitados por una lesión o enfermedad física, disfunción psicosocial, incapacidades del desarrollo o del aprendizaje, pobreza o diferencias culturales o por el proceso de envejecimiento.

El terapeuta ocupacional, emplea el entrenamiento de las habilidades de la vida diaria, desarrollo de las destrezas perceptivo-motrices y del funcionamiento sensorial integrado; desarrollo de las destrezas de juego y de las capacidades prevocacionales y para el tiempo libre, ejercicios técnico terapéuticos diseñados para posibilitar el desempeño funcional, diseño y fabricación o aplicación de dispositivos ortésicos o protésicos seleccionados, y la adaptación del entorno para el discapacitado, con el objetivo de facilitar el desarrollo de los roles deseados en las situaciones de la vida familiar, colegio, lugar de trabajo y comunidad. (1)

¹³ American Occupational Therapy Association (AOTA). 1986. AOTA. Occupational Therapy Code of Ethics. Disponible en página web: <http://www.aota.org/general/docs/ethicscode05.pdf>, fecha de consulta: 08-06-2008

En terapeuta ocupacional, en el ámbito de la REUMATOLOGIA está capacitado para:

- Realizar las intervenciones terapéuticas (educación en Principios de Protección Articular, modificación de rutina, intervención sobre componentes del desempeño).
- Diseñar, confeccionar y entrenar en el uso de férulas y adaptaciones,
- Registrar resultados de evaluaciones, planes de tratamiento y evolución en registros internos e historias clínicas.
- Implementar evaluaciones a pacientes con patologías reumáticas
- Flexibilizar y adecuar las intervenciones en función del ámbito de atención y el estadio de la enfermedad.
- Instrumentar las estrategias terapéuticas necesarias para el logro de la máxima autonomía en las áreas del desempeño ocupacional.
- Diseñar, confeccionar y entrenar en el uso de férulas y adaptaciones.
- Educar en principios de protección articular, conservación de la energía y manejo de síntomas.
- Diseñar planes de reeducación analítica de manos.
- Sugerir oportunamente derivación a otras especialidades del equipo de salud.
- Difundir el rol y promover el trabajo interdisciplinario. (2)

El terapeuta ocupacional interviene con el objetivo de:

- impedir que las enfermedades invalidantes afecten la capacidad de los sujetos,
- recuperar y optimizar el desempeño ocupacional,
- preservar y/o restablecer la salud,
- proveer el aprendizaje de destrezas y funciones esenciales para la adaptación y productividad, como también de tratamiento específico de las patologías.

Esto es elemental, para desempeñar satisfactoriamente las tareas y roles para la vida productiva, el dominio de sí mismo y el ambiente.

La salud se vincula con la independencia para desempeñarse en el medio habitual de una persona, y la pérdida parcial o total de esta capacidad de autonomía se asocia a la dependencia o necesidad de ayuda por parte de otra persona. Entre los componentes de la calidad de vida relacionada con la salud destacan los niveles o capacidades de movilidad, actividades de la vida diaria, etc.

Un objetivo prioritario es obtener el mayor grado de capacidad o independencia de la persona para realizar sus actividades de la vida diaria, porque es el principal factor influyente de la calidad de vida relacionada con la salud, tanto desde una perspectiva biológica como psicosocial. Esta capacidad-independencia está influida directamente por las posibles patologías que sufra una persona y por factores externos modificables. (3)

Los terapeutas ocupacionales buscan obtener el desempeño pretendido por los pacientes en las AVD, personales e instrumentales como también en la educación, trabajo, juego y la participación social.

La actual conceptualización de las actividades de la vida diaria, según la Clasificación Internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF), confeccionada por la Organización Mundial de la Salud, enfatiza el uso del tiempo, roles, patrones de actividad y participación por medio del desarrollo de actividades cotidianas, lúdicas y reproductivas, y se la distingue como un atributo central de la experiencia individual de la discapacidad y la enfermedad.

“Los términos de **AVD** se utilizan arbitrariamente, variando su definición según los autores que la desarrollan.

“Kielhofner (2004) las define como las tareas vitales típicas necesarias para el cuidado de sí mismo y el automantenimiento, tales como el aseo, el baño, la alimentación, la limpieza de la casa y la lavandería.”

Williard and Spackman: “tareas de automantenimiento consideradas necesarias para hacer frente a las demandas de la vida diaria incluyen actividades tales como baño, vestido arreglo personal, higiene oral, alimentación, toma de la medicación y comunicación.”

Trombly (1983) expone que “las AVD son aquellas que llevamos a cabo diariamente para prepararnos, es decir, son actividades auxiliares del quehacer principal que desempeña cada sujeto.”¹⁴

A fin de sobrevivir, toda persona debe desempeñar ocupaciones implicadas en mantener las funciones vitales, supervivencia y pertenencia.

Las **actividades de baño y ducha** se relacionan con el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades, pero no constituye una necesidad fisiológica, sino que, se encuentra regulada por normas sociales, culturales y personales que determinan cuando, de qué forma y por qué llevarlas a cabo.

Todas las actividades realizadas a diario asociadas al mantenimiento y cuidado del cuerpo y tareas domésticas se encuentran asociadas a aspectos culturales y sociales como también íntimamente relacionadas con la identidad, con un importante valor simbólico que depende de distintos factores, entre ellos: edad, estadio del ciclo vital, estado de salud, historia personal y familiar, cultura y estatus social en el que se encuentra inmerso la persona, más allá de la función social que desempeñan.

Las habilidades para lograr el manejo son adquiridas progresivamente durante el desarrollo evolutivo de las personas y se transmiten desde los progenitores u otros agentes culturales a través de procesos de socialización primaria y secundaria, que constituye la posibilidad para incorporar y adquirir los valores y creencias culturales como propias.

Las actividades de la vida diaria adquieren su significado en un contexto socio-cultural.

El significado de las AVD, se modifica a lo largo del desarrollo individual en la medida en que cambia el contexto (físico, temporal, cultural, etc.) en el que se desarrolla y depende de la capacidad del sujeto para aprehenderlo en la medida en que se modifican sus circunstancias.

¹⁴ Pedro Moruno Miralles, Dulce María Romero Ayuso. Actividades de la vida diaria, herramientas para la evaluación de las actividades de la vida diaria. Ed.Masson. 2006. Página 114.

La autoestima, la identidad personal, el sentido de dignidad, de pertenencia y lo que se entiende como importante o significativo se encuentran influenciados por la ejecución de las AVD.

Las personas eligen realizar cosas que encuentran significativas y evitan aquellas que no lo son.

Las actividades de la vida diaria constituyen elementos de capital importancia para lograr en el individuo bienestar psicológico y social. También determinan formas de expresión y diferenciación personal que conforman la identidad de cada sujeto, siendo en ocasiones interpretadas como reflejo de lo que es la persona, que en oportunidades siente vergüenza, pudor o incomodidad si están sin hacer.

Los terapeutas ocupacionales deben centrarse en insistir a los pacientes intentando implicarlos en actividades de la vida diaria, consideradas significativas y con propósito, intentando favorecer el desempeño y autonomía en la realización de las mismas. (4)

"Los Terapeutas Ocupacionales tienden a hablar de una persona como "autónoma" cuando de hecho quieren decir "capaz de llevar a cabo elecciones y control sobre su propia vida personal", y como persona "independiente" cuando quieren decir "capaz de hacer lo que se requiere para mantener la salud y su autocuidado, sin necesidad de nadie que le ayude".¹⁵

Entre otras actividades, el baño demanda cierta inversión de tiempo ya que se repiten con cierta frecuencia (diaria según la mayor parte de las culturas), que supone una pérdida importante de autonomía e independencia personal ante impedimentos u obstáculos que dificulte o impida su realización o desempeño.

Las AVD configuran el sustento de la autonomía e independencia personal. En las personas con discapacidades, las actividades como el desplazamiento, alcance, manipulación de objetos entre otros, adquieren un valor de gran significancia.

¹⁵ DURANTE, Pilar. "Conceptos básicos de la Terapia ocupacional". Conceptos Fundamentales de la Terapia Ocupacional. Madrid. Ed. Médica Panamericana. 2001. Pág. 21.

De la estructura y funcionamiento de todas las dimensiones del cuerpo humano (capacidades neurofisiológicas, neuropsicologías y *neuromusculares*) depende el dominio de ciertas destrezas.

En los ancianos, los efectos de los cambios normales relacionados con la edad sumada a la presencia de nuevas enfermedades pueden interferir en el desempeño de la tarea. (5)

Al sufrir un deterioro, se producen limitaciones funcionales o déficit, o sea, la pérdida de la capacidad para desempeñar las tareas en las AVD, trabajo y juego. (6)

La independencia en la ejecución de las actividades de la vida diaria gradualmente se reduce debido a la evolución de patologías crónicas y/o aparición de nuevas enfermedades.

“La ejecución independiente del baño y la higiene personal suele ser la primera actividad de automantenimiento que queda afectada cuando el anciano experimenta un deterioro funcional. Es también la que se considera más peligrosa de todas las actividades básicas por el riesgo de caídas y traumatismos y por su complejidad física”.¹⁶

Las AVD caracterizadas por seguir una serie de pasos ordenados destinados a obtener un resultado, no están determinadas por la finalidad, ya que no acaban una vez completada la actividad, debido a que el resultado del quehacer se deteriorara en breve, lo que implica volver a hacerlas pronto.

La repetición diaria de la actividad de baño, asociada al mantenimiento y cuidado del cuerpo, evidencia la inseparable unión de esta actividad con la condición humana.

Al intervenir el terapeuta ocupacional, teniendo como objetivo general aumentar el grado de independencia del paciente, es habitual ofrecer al paciente

¹⁶ Pedro Moruno Miralles, Dulce María Romero Ayuso. Actividades de la vida diaria, herramientas para la evaluación de las actividades de la vida diaria. Ed.Masson. 2006. Página 114.

habilidades o maneras nuevas de realizar las actividades que presentan comprometidas por la presencia de un proceso patológico. Para lograr este objetivo, el T.O. intenta modificar la actividad, enseñar una nueva forma de realización, proveer ayudas técnicas, modificar materiales, como también adaptar el entorno a la actividad hasta lograr mejorar las habilidades del paciente. Pueden distinguirse 4 grandes líneas dentro de las estrategias de intervención:

- Estrategias de recuperación y sustitución
- Estrategias de compensación y adaptación
- Estrategias de prevención
- Estrategias de promoción de la salud

En la medida de lo posible, el terapeuta ocupacional ayudará al paciente a recuperar el grado de funcionalidad previo o apropiado a la edad, grupo social, capacidades o entorno físico, o en su defecto buscará lograr la máxima integración y adaptación social.

Es importante valorar diferentes aspectos en el momento de evaluar al paciente, entre ellos: frecuencia y forma de aseo previo a la instalación de la enfermedad, si requería de asistencia para llevar a cabo la actividad, además del tiempo invertido en la realización. De igual forma, en pacientes con compromisos osteoarticulares, se tendrá en cuenta la seguridad y equilibrio de transferencia a la bañera o plato de ducha, presencia de caídas previas al bañarse y/ transferirse, distribución del espacio de baño (con el objetivo de proponer modificaciones apropiadas a las necesidades y posibilidades, ya que factores ambientales pueden incidir en el desempeño), capacidad de prensión y alcance funcional de la totalidad de las partes del cuerpo, entre otras.

Esto ayuda a determinar los objetivos de tratamiento y el pronóstico de ejecución de la actividad.

Los hábitos durante la actividad de baño pueden variar en la población. La frecuencia diaria para desarrollar esta actividad puede no corresponderse en la población mayor, especialmente en zonas rurales, donde las condiciones del

entorno no favorecen su realización (ausencia de agua caliente, calefacción, ubicación del cuarto de baño en el exterior de la casa, etc.).

El aseo puede realizarse de manera completa en la bañera o plato de ducha o utilizando el bidé y lavabo a fin de higienizarse por partes. Siempre que la ejecución no suponga un riesgo para la salud o seguridad del paciente, debe respetarse su ejecución.

Según Trombly (2002), "la premisa para la intervención en las AVD es que el paciente quiere dirigir su propia vida y cuidar de el mismo lo mejor que pueda".

¹⁷

En un estudio de investigación sobre seguridad en el domicilio de personas mayores, en la que se preguntó a los adultos mayores encuestados sobre una serie de actividades cotidianas, preguntando si tenían alguna dificultad en realizar la misma, se obtuvieron datos significativos como los que se mencionan a continuación:

Las actividades que más dificultades presentaban a los mayores eran lavarse/ ducharse (20%), realizar las tareas domésticas (19,4%) y realizar las compras (19,1%), mientras que llamar por teléfono y comer eran las que menos problemas ofrecían (solo un 3,9% y un 2,1% respectivamente referían tener dificultades para ello). (Los % han sido calculados sobre un total de 1619 encuestados)

Respecto a instalación y las ayudas técnicas que utilizan los adultos mayores en sus hogares, la instalación más frecuente era la cocina de gas (60,2%) seguido por el plato de la ducha (52,9% de los mayores lo tenían instalado en sus hogares). 45,2% tenían ascensor, 46,3% cocina eléctrica y 33,0% asidero del baño. Otras ayudas técnicas como los testigos luminosos o detector de gas eran más infrecuentes. (7)

Los terapeutas ocupacionales han considerado siempre la importancia de las modificaciones en el hogar para ayudar a las personas mayores a mejorar su calidad de vida. Los estudios indican que las modificaciones realizadas en los

¹⁷ Ibid. Página 93.

hogares y la utilización de instrumentos adaptados hacen las tareas más sencillas, facilitan los cuidados, aumentan la independencia, mejoran la seguridad, reducen la necesidad de asistencia personal e, incluso, ahorran dinero y listas de espera en el sistema sanitario.

La valoración del terapeuta es apropiada para recomendar ayudas técnicas que faciliten la ejecución de las AVD.

Las evaluaciones de los terapeutas resultan soluciones de asistencia a pequeña escala (asientos de baño portátiles) o cambios generales en el entorno (barras) que no requieren de conocimientos de arquitectura o construcción. Cuando se recomiendan grandes cambios debe involucrarse a los técnicos adecuados para que verifiquen si la modificación es viable en esa vivienda en particular.

Generalmente, los propios pacientes ayudan a identificar los problemas específicos, como barreras o impedimentos, que perturban su actividad.

Muy frecuentemente, numerosos pacientes no saben que existen oportunidad de lograr soluciones como es la posibilidad de cambiar su comportamiento utilizando principios de protección articular o utilizar adaptaciones en lugar de considerar hacer modificaciones en sus casas. Asimismo, en vez de arriesgarse a una caída o afrontar que tienen dificultades para salir de la bañera, prefieren lavarse solo con una esponja. Aunque los agarradores son prácticos en un principio, soluciones mejores como un banco de ducha, barras de agarre o ayudas técnicas hacen que la bañera pueda usarse como antes. (8)

La búsqueda de Ayudas Técnicas, contribución a la elección informada del futuro usuario de éstas y formación en su utilización, así como la adecuación del hogar, puede suponer un ejemplo de la intervención en la que el Terapeuta Ocupacional debe brindar sus conocimientos al futuro usuario del sistema, en ese reajuste entre respuesta y demanda. Con esta forma de intervención se previene la dependencia y se facilita el trabajo de la persona que asiste. (9)

Condiciones físicas regulares o malas, menor movilidad, etc., aumentan considerablemente en la población mayor.

En los hogares de personas con compromisos artrósicos, es muy recomendable adaptar los interiores y el mobiliario de los baños a sus necesidades y posibilidades. Existen innumerables elementos que facilitan la realización de las tareas cotidianas de forma cómoda, sencilla y segura.

Las adaptaciones de la actividad, mediante el cambio de posición en relación con la persona, suponen cambios en el método para efectuar la actividad cuando no es posible debido a las circunstancias o incapacidad de la persona o a través de cambios en la altura o inclinación de la superficie de trabajo, o ubicación de los objetos utilizados para la actividad.

Es posible lograr la adaptación de los objetos a través de la modificación de peso, cambio de materiales, tamaño o forma y adición de resortes con el propósito de por ejemplo incrementar la potencia o la respuesta de contracción mediante la resistencia para ayudar al musculo débil.

El baño puede resultar peligroso si no está bien acondicionado; las personas mayores y con problemas de movilidad no pueden acceder a una bañera, por lo que necesitan barras para agarrarse junto a la ducha y requieren de suficiente espacio para desenvolverse y de elementos que disminuyan el riesgo de tropiezos y resbalones.

El baño es, sin lugar a dudas, uno de los lugares de primera necesidad del hogar.

Por lo tanto, puede adaptarse en casos de movilidad reducida y deterioro físico debido a la presencia de artrosis, para facilitar sus funciones como también evitar accidentes por una mala adecuación. Desde un pasamanos, eliminación de escalones, inodoros o grifos automáticos, etc., Conviene que sea un especialista, como es el caso del terapeuta ocupacional, quien analice las barreras del cuarto de baño y proponga adaptaciones que faciliten el desempeño y promuevan la independencia al afectado, sin suponer un trastorno de utilidad para el resto de familiares.

Adaptando correctamente el baño se beneficiará toda la familia, en especial el enfermo artrósico o con dificultades físicas. Además, facilita el trabajo a los cuidadores o asistentes, pudiendo ocuparse de otros cuidados que mejorarán la calidad de vida de ambos.

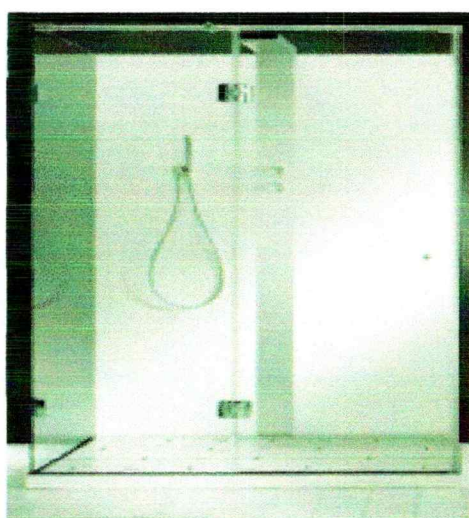
El diseño de un baño no se limita al uso de tecnologías avanzadas; hay ciertas medidas características de los dispositivos a respetar:

- El inodoro, con las medidas adecuadas e instalado en una altura y posición que no suponga ningún obstáculo.
- El lavabo: con grifos accesibles, también con las medidas y colocación idóneas.
- La ducha: preferiblemente con asiento rebatible y una zona seca, y en caso de ser necesario, adecuada al uso con silla de ruedas.
- Para eliminar la barrera que supone la bañera, pueden adquirirse aparatos que ayuden a salvar la barrera de la bañera, como ciertos asientos, tablas, grúas, entre otros. (10)

Baño adaptado para personas con impedimentos físicos:



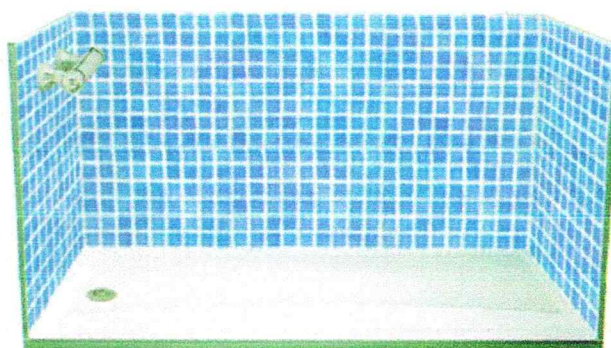
El siguiente es un sistema de ducha de obra que se puede instalar con una sencilla reforma, que permite sustituir la clásica bañera por una ducha a ras de suelo cómoda, higiénica y funcional, al no tener desnivel es mucho más accesible e incrementa el espacio libre en el baño favoreciendo la comodidad.



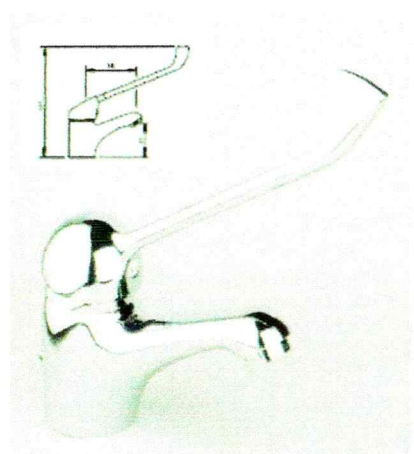
El sistema de ducha Antideslizante es seguro y accesible para las personas con problemas de movilidad reducida, eliminando el riesgo de accidentes por caídas en la ducha. Para permitir un cómodo ingreso, también puede colocarse una rampa hacia la ducha o platos de duchas con una pendiente suave hacia al interior de la cubeta, para que sea accesible.



El plato de ducha antideslizante permite el acceso sin ningún problema ni esfuerzo, ya que su forma es casi lisa tanto en ancho como en largo, y solo contempla una pequeña caída hacia el punto de desagüe para la perfecta evacuación del agua.



Un plato de ducha con un panel frontal y dos paneles laterales, que cubren la superficie de la bañera, creada en un material antideslizante, elimina el riesgo de caídas por deslizamiento, y facilita el acceso a su interior, lo cual es ideal para las personas con invalidez física.



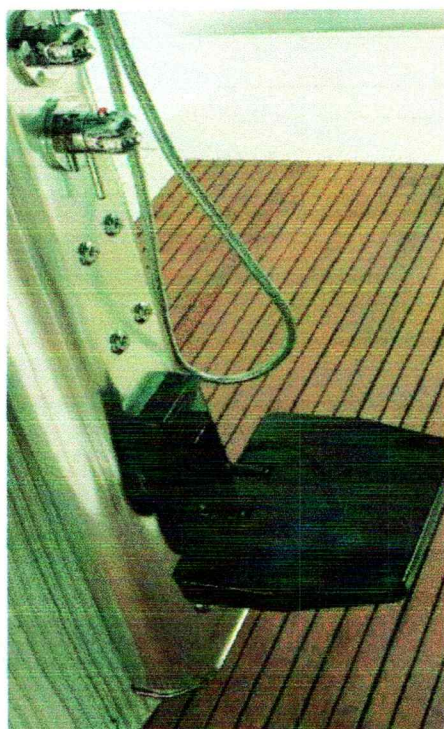
Los grifos electrónicos disminuyen dificultades de alcance y manipulación, favoreciendo la autonomía personal. Sus dimensiones funcionales se encuentran adaptadas a la antropometría y capacidades físicas y de percepción de usuarios y el óptimo diseño de los mandos para la regulación de la temperatura y del caudal de salida, benefician la funcionalidad, la seguridad, la accesibilidad y la aceptabilidad en el uso.



Una base de ducha es una excelente elección para un baño práctico. Al elegir es necesario tener en cuenta: la medida (cómoda que nos permita desenvolvernos dentro de la ducha), forma (que se acomode al baño permitiendo ganar espacio o sustituir completamente el hueco dejado por una bañera), material, (cerámico, es más higiénico pero más frío al tacto o acrílico, más cálido, con más posibilidades de medidas pero menos económico), la accesibilidad, (un plato de ducha extraplano permite eliminar barreras de entrada a la ducha evitando tropiezos)



Los asientos en la ducha o en la bañera, facilita estabilidad y seguridad durante el baño. Otra opción es construir un asiento de obra, que se ajuste a las necesidades de quien lo va a utilizar.



Las cabinas o columnas de ducha con asiento incorporado suelen contar también con función de hidromasaje. Su objetivo es, fundamentalmente, potenciar estas prestaciones mediante un hidromasaje lumbar. En el caso de las columnas, es aconsejable calcular la altura idónea antes de su colocación.

Referencias bibliográficas:

- (1) www.ucam.edu/titulaciones/guia/terapia.pdf, fecha de consulta: 25-05-2008
- (2) <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/res/prog/to.pdf>, fecha de consulta: 25-05-2008
- (3) www.juntaex.es/consejerias/sanidad-dependencia/dg-planificacion-ordenacion-coordinacion/cammon/eps/3_actividad-fisica.pdf, fecha de consulta: 15/06/08
- (4) Pedro Moruno Miralles, Dulce María Romero Ayuso. Actividades de la vida diaria, herramientas para la evaluación de las actividades de la vida diaria. Ed.Masson. 2006.
- (5) Williard & Spackman. Terapia Ocupacional. 10a ed. Buenos Aires. Ed. Médica Panamericana. 2005.
- (6) Klippel, John H. Principios de las enfermedades reumáticas. Arthritis Foundation. Edición 11. Educación Médica Continua Ltda. Colombia. 2001
- (7) www.mapfre.com/salaprensa/es/documentos/noticias/estudio-seguridad-mayores.pdf, fecha de consulta: 15-06-08
- (8) [http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Trabajo equipo modific hogar.shtml](http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Trabajo_equipo_modific_hogar.shtml), fecha de consulta 05-06-2008
- (9) [http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Terapia-ocupacional ley dependencia RNoya may06.shtml](http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Terapia-ocupacional_ley_dependencia_RNoya_may06.shtml), fecha de consulta: 29-06-08
- <http://blog.securibath.com/?cat=2&paged=2>, fecha de consulta: 29-06-2008

(10) Trombly, Catherine Anne. Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente. Ediciones científicas. La prensa medica mexicana. Traducido por: Dr. Roberto Carrasco Ruiz. 1990.

CAPITULO 3
EDUCACIÓN PARA LA SALUD
TALLER EDUCATIVO

“Según C. E. A. Winslow (1923), “La *salud pública* es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de las enfermedades, mediante el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada individuo un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud y el disfrute como derecho natural a la salud y a la longevidad.”

W. G. Smille, definió la salud pública como: “ciencia y arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la eficiencia física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad”¹⁸

Algunas de las funciones de la salud pública son: promoción de la salud (busca propiciar y desarrollar al máximo toda actividad que favorezca la obtención del bienestar y contribuir a transformar de manera provechosa y continuada al hombre y al ambiente.) y educación (disponer recursos humanos a nivel profesional, técnico y popular).

La **educación para la salud**, entre otros, constituye uno de los campos de acción de la salud pública. “Debe generar el desarrollo de todas aquellas potencialidades que transformen al individuo y a la comunidad en dueños de su propio destino, en constructores de alternativas y soluciones”¹⁹

La *educación para la salud*, pretende modificar de modo favorable la actitud de la comunidad en búsqueda de bienestar físico, mental y social. Deben ser

¹⁸ Fajardo Ortiz, Guillermo. Atención Médica. Teoría y práctica administrativa. Ediciones científicas. 1ra. Edición. La prensa medica mexicana, S. A. Ediciones Copilco S.A. 1983. Pág.16 a 39

¹⁹ Kroeger, Axel; Luna, Ronaldo. Atención Primaria de Salud. Segunda edición. Editorial Pax México. 1992. Pág.151

tomados en cuenta los factores culturales de la comunidad (como tolerancia, respeto, afecto, etc.), mantener óptimas relaciones humanas y responder a los problemas reales de la comunidad en cuanto a sus aspiraciones e intereses específicos en relación a la salud física, mental y social del individuo y del grupo.

Para llevar a la práctica la educación para la salud, algunos de los medios pueden ser: visuales, auditivos y audiovisuales. No es suficiente comunicar, también hace falta motivar. Se debe crear "mentalidad de salud" que lleve a cada persona a aplicar a sus actividades diarias las reglas de una vida sana.

La *atención primaria de salud*, es principalmente asistencia sanitaria, al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que le sean aceptables, con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Está orientada hacia los principales problemas de salud pertenecientes a la comunidad y brinda servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de fomento de la salud.

Constituye una respuesta a las necesidades básicas de salud de los seres humanos e incluye diferentes actividades: curativas, preventivas de la enfermedad, de promoción y conservación de la salud en el contexto de desarrollo del individuo y la comunidad.

Actualmente, varios organismos de salud dan prioridad a los aspectos curativos, sin otorgar debida importancia a las acciones de fomento, prevención y rehabilitación. (1)

Una de las tareas preventivas la constituye la educación, que constituye todas aquellas experiencias del aprendizaje que son planeadas, organizadas y planteadas con el propósito de facilitar la adaptación voluntaria de conductas o creencias que se dirigen a la salud.

A través de la educación se pretende aumentar los conocimientos del paciente referentes a la enfermedad. El método de aprendizaje, las necesidades psicosociales, y factores socioeconómicos de programas educativos se concentran en comportamientos y creencias o se enfocan en la adquisición de conocimientos, desarrollo de habilidades y reforzamiento de control de la enfermedad.

En los pacientes con enfermedades reumáticas, los objetivos de educación señalados por Daltroy y Liang son similares a los cuidados médicos tradicionales:

- ◆ Mejorar la función
- ◆ Aliviar el dolor
- ◆ Aumentar el bienestar psicológico
- ◆ Conservar la interacción social y empleo
- ◆ Controlar la actividad de la enfermedad.

Lorig ha adicionado a los anteriores:

- ◆ Mantener o mejorar la salud
- ◆ Hacer más lento el deterioro

Durante el proceso educativo es fundamental la transferencia de conocimientos. Contribuir en la transmisión de conocimientos respecto de la enfermedad es un aspecto importante en el plan global de tratamiento, según un consenso universal.

El objetivo de los programas educativos es intervenir para lograr aumento de la autoeficiencia y autoconfianza, que permita satisfacer retos físicos y emocionales que le impone la enfermedad. Logran un efecto significativo sobre el estado de salud. (2)

“La educación terapéutica puede ser individual y grupal, ambas son complementarias y no excluyentes. La educación grupal promueve el intercambio de conocimientos y experiencias, permite compartir la solución de problemas, promueve la maduración de la relación entre el paciente y la familia, y fomenta el autocontrol y la pertenencia.

El proceso educativo comienza y culmina con la evaluación, determinando el logro alcanzado por el grupo.

¿Por qué abordaje grupal?

Siguiendo los criterios de la Task Force (grupos consolidados de expertos que trabajan y elaboran informes sobre la pertinencia y aplicabilidad de las

actividades preventivas) acerca de: eficiencia, eficacia y efectividad, se considera que el abordaje grupal abarca los 3 conceptos.

Desde el de **eficiencia** se logra una mayor atención de pacientes con mínimos recursos humanos.

Desde el de **eficacia**, se acuerda a conceptualizaciones de la teoría psicoanalítica y de la teoría de lo grupal, se tiene en cuenta la complejidad del ser humano atendiendo a las instancias intrasubjetiva, intersubjetiva y transubjetiva.

El aparato psíquico grupal contiene fantasías-grupo interno, que se han ido deconstruyendo y reconstruyendo a través de las experiencias de vida, donde el otro y el contexto intervienen activamente en la introyección de rasgos a través del proceso de la identificación. La red de identificaciones que se produce al configurarse un grupo propiciará el logro de los objetivos propuestos en los diversos programas por la propia subjetividad de los miembros que lo conforman.

Desde la **efectividad**, como estos procesos operan inconscientemente desde la experiencia vivida, los cambios pasan a ser parte del sujeto, corresponden a su mismidad, lo que favorece el mantenimiento de lo adquirido.”²⁰

Desde terapia ocupacional, la instrucción a los pacientes con enfermedades reumáticas, pretende lograr el objetivo de reducir el esfuerzo requerido para las tareas diarias.

Se busca enseñar posiciones alternas del cuerpo, organización, secuencia y simplificación de tareas y uso de instrumentos especializados o dispositivos de ayuda que permitan el funcionamiento independiente. También se sugieren modificaciones del entorno que frecuenta el paciente.

Anderson y Mosey “señalan el valor del proceso de enseñanza- aprendizaje en el cual el paciente es considerado no como un inválido, sino como un adulto

²⁰ Migliavaca, María Claudia; Schnegelberger, Daniela Inés. Taller de educación terapéutica en el autocuidado de pacientes con diabetes tipo 2. Un enfoque desde terapia ocupacional. Tesis de grado. UNMdP. 2005. Pág. 41

que aprende. El modelo de Anderson coloca al mismo nivel el tratamiento y la enseñanza y considera al terapeuta como un responsable de ayudar al paciente para aprender aquellas habilidades que necesita para cuidar de su propia salud, su nueva vocación, o para hacer adaptaciones en su casa o negocio. Según este modelo, las responsabilidades del terapeuta incluyen:

1. La asignación de trabajos de aprendizaje orientados al desarrollo de nuevas funciones y habilidades para trabajar.
2. El desarrollo de una metodología para la enseñanza, que armonice con el estilo de aprendizaje del paciente y con sus conocimientos previos.
3. Interés en la sucesión y oportunidad de las labores de aprendizaje.
4. Interés en la idoneidad de los objetivos de aprendizaje de cada paciente.
5. Determinar la disposición para el aprendizaje y evaluar los modos de enseñar.
6. Identificación y transmisión de la información al paciente y su familia relacionada con las tareas que el paciente debe ejercitar.” (3)

A fin de conseguir un abordaje integral es necesario llevar a cabo una correcta educación del enfermo para que conozca los síntomas, factores de riesgo y tratamientos de su enfermedad con el objetivo de conseguir un adecuado cumplimiento terapéutico. (4)

La educación e intervención familiar es una de las áreas que los terapeutas ocupacionales abordan escasamente.

La facilitación de la independencia en el funcionamiento ocupacional puede lograrse cambiando la tarea, alternar el método de hacerla, adaptación de los objetos, cambiar el contexto y educar a la familia y educadores. (5)

La **educación** del paciente puede producir un mejor entendimiento de la enfermedad y una mejor conducta, cumplimiento con el trabajo, práctica de ejercicios y protección de las articulaciones.

Los pacientes informados tienen una mayor capacidad para comunicarse con sus familiares en relación a la enfermedad.

Es importante identificar los requerimientos educacionales del paciente y su conocimiento básico acerca de la enfermedad. Actualmente se acepta la educación del paciente como un componente importante del tratamiento y la falta de conocimiento exhibida por muchos de ellos respalda el rol de los programas de educación. Sin embargo, la necesidad de educación y de apoyo percibida por los pacientes varía ampliamente.

Un método para proveer información acerca de la educación del paciente puede ser el equipo interdisciplinario. Este enfoque requiere la participación de diferentes miembros, tales como médicos, enfermeras y terapeutas. Algunos autores promueven también, la educación en forma de autoayuda coordinada por personas capacitadas y entrenadas.

Los programas de educación pueden mejorar el cumplimiento del tratamiento y ayudar a los pacientes a adaptarse mejor a su enfermedad. La educación de los pacientes estimula la adaptación a la enfermedad con consecuencias psicológicas, sociales y quizá clínicas favorables.

Los **métodos de protección de las articulaciones** están destinados a la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) con un mínimo estrés para las articulaciones, con la finalidad de reducir el dolor y preservar las estructuras articulares. Hay que enseñarle al paciente algunos principios básicos. Es importante para el paciente aprender a controlar sus actividades y a interrumpirlas cuando se producen molestias. El paciente debe estar instruido para evitar posiciones que podrían llevarlo a las deformidades articulares o apresurarlas, y es importante corregir las posiciones de las articulaciones durante las actividades. Los pacientes deben utilizar las articulaciones más grandes y más fuertes siempre que sea posible; ya que las articulaciones grandes pueden tolerar con mayor facilidad la tensión de las actividades diarias que las articulaciones pequeñas. Por ejemplo, la persona debería llevar un bolso en el hombro o en el antebrazo, para reducir las tensiones de las pequeñas articulaciones de las manos. Los pacientes deben evitar estar en una misma posición por un período de tiempo prolongado.

También deben planificar sus actividades para minimizar el uso prolongado y excesivo de una articulación. (6)

Es importante brindar Información al paciente y familiares a fin de que obtengan conocimientos acerca de las características propias de la afectación, y aquellas circunstancias que influyen sobre ella de manera negativa. Igualmente generar una actitud positiva ante una enfermedad crónica que mejore el cumplimiento adecuado y mantenido de las medidas de autocuidado y protección articular.

Normas de protección articular: Pretenden evitar la sobrecarga de las articulaciones afectadas:

- Generar un equilibrio entre reposo y ejercicio suave con descansos parciales cada 30 minutos de actividad, interrumpiendo antes de la aparición de fatiga.
- Evitar la inmovilización prolongada, ya que favorece la aparición de osteoporosis, contracturas musculares y rigidez de las articulaciones afectadas, que a su vez aumentan el dolor.
- Evitar posturas incorrectas o mantenidas, adoptando posturas correctas o fáciles de mantener.
- El ahorro de energía es fundamental, para ello es muy importante evitar las tareas y desplazamientos inútiles o poco productivos y ordenar adecuadamente las tareas y desplazamientos necesarios.
- Utilizar ayudas de tipo ortopédico cuando estén indicadas, Ej.: el uso de bastones en el caso de artrosis de rodilla y cadera (el bastón se llevará en el lado sano), o el uso de plantillas o cuñas correctoras en el caso de alteraciones del eje de carga.
- Imprescindible en la artrosis de rodilla y de cadera la reducción del sobrepeso y la obesidad.(7)

Es útil instruir al paciente a través de Programas de protección articular y conservación de la energía. La enseñanza de estrategias para conservar la energía se indica en pacientes en los que la fatiga sea un síntoma relevante.

Las técnicas de protección articular son métodos educativos para que el paciente conozca el modo de realizar las diferentes actividades cotidianas con

la mínima cantidad de estrés sobre las articulaciones afectadas. En la revisión Cochrane de Steultjens et al (2006) se analizaron 8 estudios sobre estas técnicas en 370 pacientes con AR establecida. Se concluyó que hay evidencias fuertes de que las *intervenciones sobre protección articular aumentan el conocimiento y mejoran, de modo significativo, la habilidad funcional de los pacientes*. En una revisión previa, el mismo autor (Steultjens, 2002) había encontrado sólo evidencias limitadas. Posteriormente, otro trabajo (Hammond, 2001) apoyó las conclusiones de la Colaboración Cochrane. Además en un estudio (Hammond, 2004) donde se seguían durante 4 años a pacientes con menos de 5 años de evolución tras el diagnóstico de AR, se observó que *un programa educativo de tipo conductual mejoraba significativamente la adherencia del paciente y mantenía la habilidad funcional a largo plazo. Los beneficios parecen más evidentes con el tiempo por lo que la protección articular podría ayudar a enlentecer los efectos de la progresión de la AR*.

Las técnicas de conservación de la energía incluyen instrucciones sobre cómo alternar actividad y reposo (incluyendo micro descansos) y formas de simplificar las tareas (Hammond, 2003). Su objetivo es ahorrar esfuerzos durante las actividades cotidianas. Este ahorro energético puede dedicarse a otras actividades relevantes para la persona y que le ayuden a mantener su bienestar físico y emocional y su papel social. Las instrucciones modelos cognitivo-conductuales parecen mucho más eficaces que los métodos de enseñanza tradicionales (Hammond, 2001; Hammond 2004; Freeman, 2002).

No hay estudios que investiguen el impacto de los consejos sobre protección articular o conservación de la energía facilitados en la propia consulta médica pero podría ser una opción razonable si no se dispone de programas más estructurados (Philips, 1989).

Respecto a las **ayudas técnicas**, pueden ser definidas como: “todas las ayudas mecánicas que se utilizan para proteger, asistir o suplir una función”.²¹

Son *ejemplos* de estas:

Ayudas para:

- Cuidados posturales: camas, colchones, almohadones, etc.
- Para la deambulaci3n y/o desplazamiento: silla de ruedas, bastones, andadores, muletas, etc.
- Ortesis y férulas: lentes, audífonos, Ortesis y férulas para miembros.

Se debe valorar el uso para las tareas más relevantes, en pacientes que presentan dificultad para realizar actividades, básicas o instrumentales, de la vida diaria debidas a debilidad o falta de destreza manual (que no mejoran con un programa de ejercicios), o por dolor (que no se controla con otras terapias).

Las ayudas técnicas son productos, instrumentos, equipos o sistemas técnicos diseñados y fabricados para compensar las limitaciones funcionales de las personas con discapacidad. Se prescriben para intentar reducir el dolor al ejecutar tareas, compensar la debilidad muscular que impide su adecuada realización o minimizar la repercusi3n funcional (García Pérez, 2004).

Estos dispositivos pueden ayudar a conservar la independencia en las actividades cotidianas y aumentar la calidad de vida.

Cerca de un 80% de pacientes con AR poseen al menos una ayuda técnica (Veehof, 2006). Aunque existe una gran variedad (Rogers, 1992) las más utilizadas son las ayudas para la movilidad como bastones, muletas o andadores (casi la mitad de los pacientes tiene uno) (van der Esch, 2003), las ayudas para beber y comer (Thyberg, 2004), como cuchillos adaptados, y los sistemas para facilitar la apertura de grifos o el uso de llaves (Shigham, 2003).

También se emplean con frecuencia adaptaciones de la vivienda (elevadores de la altura del retrete, barras de sujeci3n a la pared, asientos de ducha...),

²¹ Terzaghi, Cecilia; Freysselinard, Eduardo. Fragilidad, Discapacidad y Vejez. Especializaci3n en Gerontología Comunitaria e Institucional. Modulo 9. Secretaria Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Ministerio de Desarrollo Social. Presidencia de la Naci3n. Facultad de Psicología. UNMdP. 2007. Pág. 61

mobiliario especial, cierres de velcro (para vestido y calzado) y mangos curvados, alargados y/o engrosados para acoplar diferentes utensilios de tamaño reducido.

El interés actual sobre las posibilidades terapéuticas de las ayudas técnicas es cada vez mayor pero la investigación aún es muy escasa (Ivanoff, 2006).

En el caso de considerar necesaria la prescripción de ayudas técnicas, habrá que seleccionar las más adecuadas y lo ideal es que un terapeuta ocupacional entrene al paciente sobre su correcta utilización y su adecuado mantenimiento para evitar abandonos y posibles efectos perjudiciales. Periódicamente conviene revisar su grado de utilización y su estado, para cambiarlas si se deterioran, así como para adaptarlas a cada fase de la enfermedad (Malcus-Johnson, 2005). (8)

Los ambientes de intervención pueden ser médicos, educacionales o comunitarios, y en cada uno de estos influyen diferentes características, entre ellas, los recursos físicos y factores sociales. (9)

“debe alentarse a los pacientes a que satisfagan sus necesidades dentro de sus condiciones físicas y médicas presentes. La exploración de los intereses recreativos, métodos de adaptación y nuevas técnicas físicas ayudarán al paciente al desarrollo de todo su potencial.”²²

El terapeuta ocupacional utiliza actividades y tareas destinadas producir respuestas adaptativas específicas y estimular la adquisición de nuevos hábitos y aptitudes.

²² Trombly, Catherine Anne. Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente. Ediciones científicas. La prensa medica mexicana. Traducido por: Dr. Roberto Carrasco Ruiz. 1990. Pág. 40

ESTRATEGIA DE TALLER DE EDUCACION: consideraciones generales

Taller, según Ander Egg, es "el lugar donde se trabaja, se elabora y se transforma algo para ser utilizado. Aplicado al ámbito de la salud, el alcance es el mismo, se trata de una forma de enseñar y sobre todo de aprender mediante la realización de algo que se lleva a cabo conjuntamente. Como sistema de enseñanza aprendizaje, el taller tiene la siguiente característica: es un aprender haciendo mediante una metodología participativa. Es una pedagogía de la pregunta contrapuesta a la pedagogía de la respuesta propia de la educación tradicional. Tiene un carácter globalizador e integrador. Implica y exige de un trabajo en equipo y el uso de técnicas asociadas. Permite integrar en un solo proceso tres instancias como son la docencia, la investigación y la práctica."²³

La Educación para la Salud es uno de los pilares básicos de la intervención en Salud Pública. La Organización Mundial de la Salud la define como "una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores y habilidades personales que promuevan salud".²⁴

"La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario".²⁵

²³ Ander-Egg, Ezequiel. Diccionario de Pedagogía. Buenos Aires Magisterio del Rio de La Plata, 1997.

²⁴ www.madrid.org, fecha de consulta: 29-04-08

²⁵ Anexo I. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. (17-21 de noviembre de 1986).

Cód.: 5440. Material bibliográfico perteneciente a la cátedra de prevención primaria y comunidad.

La promoción de la salud, según el gran historiador Henry E. Sigerist (quien la definió en primera instancia), es una de las 4 tareas principales de la medicina (1- promoción de la salud, 2- prevención de las enfermedades, 3- recuperación del enfermo, 4- rehabilitación). Tiende a prevenir enfermedades y resulta esencial para cada una de las 4 tareas básicas de la salud pública, o sea, para mejorar el bienestar y la capacidad funcional, prevenir las enfermedades y lesiones, tratar las enfermedades y rehabilitar al discapacitado. (10)

La promoción de la salud constituye una práctica primordial que intenta capacitar al individuo a través de actuaciones que mejoren la salud, en búsqueda de un estado de salud y de bienestar óptimos. Informando, formando e implicando a la población sobre los distintos aspectos relacionados con la salud y la enfermedad, contribuiremos a que ésta conserve o mejore su salud y prevenga la enfermedad.

La educación para la salud constituye una herramienta fundamental para ejercer la promoción de la salud. (11)

“El profesional de la salud, en la atención primaria, asume un rol de coordinador de un equipo y comparte la responsabilidad de la salud de la población en su área. No puede reducir su rol a esperar al enfermo, por el contrario, debe tomar la iniciativa y manejar un programa destinado a mejorar la situación de la salud.”²⁶

²⁶ Kroeger, Axel; Luna, Ronaldo. Atención Primaria de Salud. Segunda edición. Editorial Pax México. 1992. Pág. 49

TALLER DE TERAPIA OCUPACIONAL SOBRE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA ADULTOS MAYORES:

“El creciente envejecimiento poblacional hace imprescindible favorecer la máxima adaptabilidad de las personas a sus progresivos deterioros físicos y/o mentales”²⁷

Según Lalonde, M. (1983) “el estilo de vida representa el conjunto de decisiones que toma el individuo sobre su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control”.²⁸ Desde este punto de vista las malas decisiones y los hábitos perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo.

Cada sujeto, más allá de las características generales de la vejez, atraviesa el proceso de envejecimiento de acuerdo al posicionamiento personal que adopte frente a la vida. (12)

Es importante mantener la seguridad y la autonomía el mayor tiempo posible para lograr el desenvolvimiento activo en el entorno al que pertenece la persona.

La terapia ocupacional intenta conseguir la mayor independencia posible ayudando a recuperar al máximo las habilidades para que puedan desempeñarse satisfactoriamente y de forma autónoma en el medio social al cual pertenece.

Durante el envejecimiento se debe acompañar a la persona a través de la reeducación, procurando superar las dificultades y resistencias presentadas a lo largo de este proceso, facilitando el quehacer cotidiano de la persona en su entorno.

Aunque el espectro de ámbitos de actuación de la Educación para la Salud es muy amplio, su inclusión en la Atención Primaria de Salud, que dentro de los servicios de salud es quien ocupa el lugar más cercano a la ciudadanía, adquiere una especial relevancia. (13) (14)

En el taller de educación para la salud se imparte conocimientos, enseñanza y aprendizaje dirigido por el educador, cuyo objetivo es, que las personas cuiden

²⁷ Escudero, Juan Manuel; Diana Scharovsky. *Habitar al envejecer. Una visión pluridisciplinar de la relación de los adultos mayores con el entorno construido.* Editorial eudem. 2008. Pág. 11

²⁸ Monchietti, Alicia; Krzemien, Deysi. *Participación social y estilo de vida. Su relación con la calidad de vida en la vejez.* Curso Virtual Educación para el envejecimiento. 2do. Curso. 2008

de sí mismas, de su familia o comunidad, llegando a modificar conductas y alcanzar nuevos hábitos para conservar el estado de salud.

“el taller es una propuesta de actividades diversas y organizador frente a lo que ocurre, a través del interjuego de los participantes con la actividad confluyen pensamientos, sentimientos y acción constituyéndose este en una técnica de interacción para el terapeuta ocupacional, donde la actividad grupal facilita el proceso de integración de los miembros del grupo”.²⁹

Durante el taller es necesario generar acciones de cambio destinados a lograr los objetivos que se plantearon en la planificación.

Objetivos del taller:

- ♣ Registrar a través de la encuesta el nivel conocimiento de los participantes del taller respecto de los principios de protección articular en la actividad de ducha personal antes y después de la implementación del taller de educación para la salud.
- ♣ Proporcionar alternativas de aplicación de principios de protección articular y conservación de energía durante la actividad de ducha personal.
- ♣ Informar y asesorar respecto de ayudas técnicas que faciliten la ejecución de la actividad de ducha personal y mejoren la calidad de vida.
- ♣ Facilitar a los asistentes una cartilla que contenga información sobre la temática propuesta en los encuentros.
- ♣ Evaluar al finalizar cada encuentro al grupo participante y actividades desarrolladas por terapia ocupacional en el taller a través de una ficha de sistematización de los datos (ver anexo).

Desarrollo del taller:

Contenidos:

El contenido de cada uno de los encuentros fue organizado en función de los objetivos y actividades planificadas previamente que fueron tenidos en cuenta a

²⁹ Migliavaca, María Claudia; Schnegelberger Daniela Inés. Taller de educación terapéutica en el autocuidado de pacientes con diabetes tipo 2. Tesis de grado. Un enfoque desde terapia ocupacional. UNMdP. 2005. Pág. 41

lo largo de todo el proceso, no obstante, se mantuvo flexibilidad y apertura, teniendo en cuenta la demanda e intereses surgidos por parte de los participantes.

Duración:

- ♣ El taller se llevó a cabo a través de 5 encuentros.
- ♣ Cabe aclararse que, con respecto a la propuesta inicial (de 2 horas y media), surgió una modificación en la duración de los encuentros a partir de la propuesta del grupo luego de finalizado el primer encuentro. La duración desde el 2do. al 5to. encuentro, fue de 1 hora y media aprox. cada uno, ya que se tuvo en cuenta que los mismos no resultaran extensos y por consiguiente de poco interés o motivación para los participantes.
- ♣ También se modificó la frecuencia de los encuentros que en lugar de realizarse 1 por semana, según se planificó, se llevaron a cabo con una frecuencia de 2 por semana, ya que así lo posibilitaron el espacio y recursos disponibles. Esto se debió principalmente a que el espacio brindado por las autoridades de la institución pertenece a un sector que se encuentra próximo a ser inaugurado, por lo que fue imprescindible concluir el taller antes de la mencionada inauguración aumentando la cantidad de encuentros semanales.

Recursos Humanos:

- ♣ La modalidad utilizada fue mediante la coordinación de la autora de esta investigación.
- ♣ La colaboración de la Lic. en T.O. María Maggie Janariz, fue constante durante la totalidad del proceso del taller. Su función se dirigió tanto a acompañar el desarrollo del taller, en el que intervino en los casos que consideró necesarios y oportunos, asistiendo a los grupos participantes del taller, completando la planilla de sistematización, etc.
- ♣ El grupo de trabajo se mantuvo en forma constante a lo largo de todo el proceso, y la modalidad utilizada fue de tipo cerrada, por lo que no se permitió el ingreso de nuevos integrantes una vez iniciado el taller. Esto

facilitó las relaciones vinculares y favoreció el proceso de aprendizaje, comunicación y búsqueda de resolución de problemas, entre otros.

- ♣ Personal del Hospital, en especial administrativos, colaboraron en cuestiones de organización y adquisición de recursos, ya que se vieron motivados por el interés que demostraban los participantes del taller.

Recursos materiales y técnicos:

- ♣ Se utilizó power point en los que se proyectó no solo contenido teórico importante, sino también imágenes de ayudas técnicas/adaptaciones, videos relacionados con la temática, etc.
- ♣ La secretaría de cultura del municipio de Pigüé proveyó de cañón y equipo de sonido, los cuales se gestionaron con anticipación mediante una carta de solicitud a la que se anexó los intereses, objetivos, propuestas etc. del taller educativo. Se utilizó notebook personal.
- ♣ La administración del Hospital colaboró con carpetas en las que se entregaron las encuestas, como también gaseosas, café y galletitas para convidar a los participantes.
- ♣ Una farmacia de la ciudad de Pigüé, donó lapiceras para que las personas pudiesen completar las encuestas y tomar notas de aquello que les resultase importante.
- ♣ A quienes proporcionaron lo mencionado anteriormente se les envió carta de agradecimiento en reconocimiento de la colaboración brindada.

Recursos físicos:

- ♣ El taller educativo para personas con artrosis se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé, espacio que fue brindado por las autoridades de la institución. El mismo se adaptó adecuadamente a las necesidades ya que contó con fácil acceso, buena ventilación, iluminación acorde a los requerimientos (principalmente al proyectar, se contó con acceso cercano de tableros de suministro de energía) y fue suficientemente amplio para permitir el trabajo del importante número de personas presentes. Dicho espacio pertenece a

un sector del Hospital que está a días de ser inaugurado, por lo que se encuentra en inmejorables condiciones.

- ♣ Las sillas necesarias fueron trasladadas desde otro sector contiguo del hospital, en el que funcionan los consultorios externos pero en el que durante el horario de los encuentros disminuye la demanda notablemente, por lo que no hubo inconvenientes para su uso.

Cabe mencionarse que M. Maggie Janariz facilitó la ubicación de autoridades a las que debía comunicarse la realización del encuentro, entre ellos Director de Salud, Administrador y Director del Hospital, etc. y colaboró en el preparado y desmontado del espacio antes y después de cada encuentro respectivamente, condición establecida previamente por las autoridades, a fin de mantener el orden institucional.

Evaluación del taller:

Evaluación pre taller:

- Al momento de iniciar el taller y antes de comenzar a brindar información a las personas participantes del taller, se entregó y evaluó a los mismos mediante una **encuesta cerrada** formulada especialmente para la ocasión, a fin de determinar el nivel de conocimiento respecto de los principios de protección articular y su aplicación en la actividad de ducha personal. La encuesta fue administrada por cada una de las personas concurrentes del taller que, a partir de la lectura en voz alta por parte de la tesista, aclarando el significado de cada uno de los ítems a evaluar, fueron los encargados de marcar la opción correcta según su caso particular.

Para permitir una óptima interpretación, en simultáneo con la explicación verbal de la tesista, se proyectó a través de un power point las imágenes de las diferentes opciones de ejecución de las actividades correspondientes a cada ítem de la encuesta.

Este instrumento de evaluación, fue diseñado por la autora de esta tesis, tomando como referencia la encuesta utilizada por las Lic. Bogliolo, María

Cecilia, Botalla María Inés y Castro Lucrecia Alejandra de la Universidad Nacional de Mar del Plata en su tesis de grado: "Actividades de la vida diaria en pacientes con artritis reumatoidea".

Evaluación del proceso del taller:

El objetivo fue demostrar si las metas propuestas fueron cumplidas y determinar la forma en que se desarrollan las actividades planificadas, a fin de, en caso necesario, obtener nuevas estrategias acordes a los intereses buscados en el taller.

Para evaluar a los **participantes del taller** la técnica utilizada fue la *observación estructurada*. Para esto, se utilizó una *ficha de sistematización* que permitió la evaluación del grupo participante del taller de educación para la salud de terapia ocupacional. Los datos que permitió recabar fueron: lugar, fecha y hora establecidos y en que fueron llevados a cabo cada encuentro, asistencia de los concurrentes (registrada al arribar al lugar), vínculo establecido entre los participantes con sus pares y coordinadores (si, no) y el tipo de participación (activa, pasiva, no participativa).

❖ A los **coordinadores** del taller se los evaluó mediante la técnica: *observación estructurada* utilizando una *ficha de sistematización* que proporcionó los siguientes datos: lugar, fecha y hora establecidos y en que fueron llevados a cabo cada encuentro, la asistencia de los coordinadores (tomada al llegar), vínculo establecido entre los coordinadores con sus pares y con los participantes (si, no), el tipo de participación (activa, pasiva, no participativa), desempeño de los responsables de la realización de las actividades (muy bueno, bueno, regular o malo), cumplimiento de los objetivos previstos (total, más de la mitad, menos de la mitad de los mismos, ninguno), desarrollo de las tareas planificadas (secuencia exacta, reforma, situaciones imprevistas), modificaciones durante el transcurso (resolución total, parcial o ausencia de resolución).

Cada uno de estos conceptos (datos valorados a través de las fichas de sistematización) se encuentran definidos en las referencias de las fichas de sistematización adjuntadas en el anexo.

Estos indicadores fueron evaluados una vez finalizados cada uno de los encuentros de forma conjunta entre la tesista, Lic. En Terapia Ocupacional M. Maggie Janariz, y uno de los participantes del taller que en la primera oportunidad fue elegido por el grupo y posteriormente se ofrecieron de manera espontánea.

Evaluación final post taller:

Al finalizar el 5to. encuentro, se implementó la encuesta cerrada (utilizada al iniciar el primer encuentro) a fin de determinar la influencia en la participación en un taller educativo desde T.O en la adquisición de conocimientos de principios de protección articular y su aplicación en la actividad de ducha personal en pacientes con diagnóstico de artrosis.

Como estaba planificado, durante la post evaluación se excluyeron los ítems 3 a 10 inclusive (correspondiente a los datos personales), ya que los mismos se obtuvieron en la encuesta inicial. Se solicitó el nombre y fecha de nacimiento de cada encuestado a fin de verificar la participación de los mismos durante el pre y post evaluación.

Las actividades planificadas y llevadas a cabo en los encuentros estuvieron determinadas por diferentes actividades desarrolladas a continuación.

PRIMER ENCUENTRO:

CONTENIDOS:

- ♣ Presentación de tesista a los participantes del taller.
- ♣ Presentación de profesionales colaboradores del taller, como son: Lic. en T.O. María Maggie Janariz y traumatólogo, Dr. Marcelo Cotarelo. Ambos son oriundos de la ciudad de Pigüé y forman parte del personal del Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé, "Dr. Adolfo Ducos".
- ♣ Definir, clasificar y detallar la artrosis.

OBJETIVOS:

- ♣ Informar los propósitos del taller.

- ♣ Evaluar a los participantes (mediante encuesta) acerca de los principios de protección articular en la actividad de ducha personal, pre taller.
- ♣ Brindar conceptos básicos de dicha enfermedad.
- ♣ Ofrecer un espacio en el que puedan expresarse comentarios, dudas e inquietudes respecto de lo presentado y surgido en el taller.

DESARROLLO DE ACTIVIDADES:

- ❖ Presentación de tesista a los participantes del taller: se informaron los propósitos del taller, población a quien está dirigido, frecuencia, duración y objetivos del mismo.
- ❖ Se distribuyeron las encuestas y se evaluó a los concurrentes a fin de determinar el nivel de conocimiento respecto de los principios de protección articular y su aplicación en la actividad de ducha personal al momento de iniciar el taller.
- ❖ Presentación del traumatólogo disertante Dr. Marcelo Cotarelo quien a continuación y durante su disertación brindó a los concurrentes explicación desde lo clínico, respecto de que es la artrosis, su clasificación, sintomatología, progresión, y respuestas a las frecuentes consultas traumatológicas de los pacientes artrósicos en consultorio, como también de aquellas cuestiones/dudas que surgieron en el momento por parte de los enfermos artrósicos con el fin de evacuar las dudas presentes en dicha población relacionadas específicamente con la patología.
- ❖ Antes de retirarse se invitó con café, gaseosas y galletitas a los participantes. Esto brindó la posibilidad de entablar conversaciones y establecer vínculos tanto entre los participantes entre sí como también con los coordinadores.

SEGUNDO ENCUENTRO

CONTENIDOS:

- ♣ Actividades de la Vida Diaria
- ♣ Terapia ocupacional y la educación del paciente con artrosis

♣ Principios de Protección Articular

OBJETIVOS:

- ♣ Definir concisamente las incumbencias del T.O. e intervenciones en las actividades de la vida diaria.
- ♣ Brindar información sobre factores físicos y ambientales que influyen en la salud e independencia en la ejecución de la actividad de la vida diaria en personas con artrosis.
- ♣ Indicar la importancia de los principios de protección articular aplicados durante la ejecución de la actividad de ducha personal.
- ♣ Ofrecer un espacio de reflexión en el que puedan expresarse comentarios e inquietudes respecto de lo presentado y surgido en el taller.

DESARROLLO DE ACTIVIDADES:

- ❖ Para este encuentro la tesista ofreció a los concurrentes una breve explicación respecto de los quehaceres profesionales del T.O. en pacientes con enfermedades reumáticas, en este caso artrosis, desde lo educativo y preventivo, en relación a la ejecución de acciones corporales teniendo en cuenta los principios de protección articular, durante la actividad de ducha personal, en búsqueda de conocimiento para su adecuada aplicación por parte del paciente.
- ❖ Se les explicó, a través de visualización de imágenes, los factores físicos y ambientales que influyen en la salud e independencia durante la ejecución de la actividad de la vida diaria en personas con artrosis.
Para esta actividad se hizo uso del equipamiento para proyectar power point, en el que a través de imágenes se demostró a los participantes cuales son los principios de protección articular que permiten proteger las articulaciones y como estos permiten cuidar las articulaciones, y disminuir la sintomatología propia de la artrosis. Además se mostraron ejemplos de adaptaciones/ ayudas técnicas y equipamiento arquitectónico que facilita la ejecución e independencia durante el desarrollo de la actividad de ducha personal.

- ❖ Se proyectó un video referente a los adultos y el cuarto de baño, relacionado con la temática abordada.
- ❖ Al concluir el encuentro, se ofreció a los concurrentes un tiempo en el que pudieron reflexionar y analizar la información ofrecida en esta oportunidad y se invitó a poner en práctica en su domicilio los conceptos, propuestas y opciones de protección articular a fin de ser tratados posteriormente los resultados obtenidos.
- ❖ Antes de retirarse se invitó con café, gaseosas y galletitas a los participantes.

TERCER ENCUENTRO:

CONTENIDOS:

- ♣ Repaso del encuentro anterior
- ♣ Principios de Protección Articular en actividad de ducha personal
- ♣ Grupos de trabajo respecto de información de acciones corporales realizadas en actividad de ducha personal

OBJETIVOS:

- ♣ Analizar las acciones corporales realizadas por los participantes durante la actividad de ducha personal.
- ♣ Educar respecto de posibles modificaciones o acciones correctas al realizar la actividad de ducha personal que permitan proteger las articulaciones afectadas.
- ♣ Ofrecer un espacio de reflexión en el que puedan expresarse comentarios e inquietudes respecto de lo presentado y surgido en el taller.

DESARROLLO:

- ❖ En este encuentro, los materiales utilizados fueron diapositivas y proyector, para emitir a través de imágenes situaciones habituales que representen las cotidianas acciones realizadas incorrectamente y también demostraciones de posibles correcciones o modificaciones

viables para lograr acciones correctas que permitan una óptima función y protección articular durante la actividad de ducha personal.

- ❖ Posteriormente, a través del trabajo grupal, se analizó la actividad de ducha personal en la que se valoró la combinación de operaciones y acciones corporales realizadas habitualmente por los participantes y a partir de lo presentado se sugirió la posibilidad de eliminar pasos innecesarios, efectuar cambios en el método o secuencia de trabajo o de modificar la ejecución corporal, de acuerdo a lo manifestado por los integrantes del grupo, a partir de demostrar formas correctas de realización de la actividad de ducha personal.
- ❖ Durante esta presentación se buscó incluir/integrar a los concurrentes, teniendo en cuenta que son los destinatarios, quienes tuvieron oportunidad de manifestar u opinar respecto de las maneras en que habitualmente utilizan sus articulaciones para realizar cada una de las actividades y expresar posibles inconvenientes presentados en búsqueda de alternativas que permitan su resolución. También se tuvieron en cuenta las instalaciones, desde lo arquitectónico, utilizadas para llevar a cabo la ducha personal. Esto es significativo ya que la promoción y educación para la salud deben responder de forma coherente a la evolución de las necesidades en salud que ocurren en la población.
- ❖ Al finalizar se invitó a los concurrentes a reflexionar y analizar la información otorgada en esta ocasión y a poner en práctica en su hogar los conceptos, proposiciones y opciones de protección articular, para posteriormente plantear los resultados alcanzados.
- ❖ Posteriormente a la finalización del encuentro se convidó a los presentes con café, gaseosas y galletitas.

CUARTO ENCUENTRO:

CONTENIDOS:

- ♣ Repaso del encuentro anterior
- ♣ Principios de Protección Articular en actividad de ducha personal

- ♣ Grupos de trabajo respecto de información de equipo y adaptaciones utilizadas en la actividad de ducha personal

OBJETIVOS:

- ♣ Analizar las adaptaciones o equipamiento utilizado o no por los participantes durante la actividad de ducha personal.
- ♣ Educar respecto de posibles modificaciones o acciones correctas a través de la implementación de adaptaciones que permitan realizar la actividad de ducha personal buscando proteger las articulaciones afectadas.
- ♣ Ofrecer un espacio de reflexión en el que puedan expresarse comentarios e inquietudes respecto de lo presentado y surgido en el taller.

DESARROLLO:

- ❖ En esta oportunidad, los materiales que se utilizaron fueron diferentes propuestas de adaptaciones o elementos, en concreto y también a través de imágenes, permitiendo a los participantes conocer opciones válidas para lograr acciones correctas que permitan una óptima función y protección articular durante la actividad de ducha personal.
- ❖ Posteriormente, a través del trabajo grupal, se analizó la actividad de ducha personal en la que se valoró las adaptaciones o equipamiento utilizadas o no habitualmente por los participantes y a partir de lo presentado se sugirió la posibilidad de eliminar elementos innecesarios, efectuar cambios en el método o secuencia de trabajo o de incorporar instrumentos que se consideraron oportunos, de acuerdo a lo surgido, para lograr maneras correctas de realización de la actividad de ducha personal.
- ❖ Mediante este encuentro se buscó incluir/integrar a los concurrentes, destinatarios del taller, quienes pudieron manifestar o exponer las maneras en que usualmente ejecutan cada una de las actividades y expresar los inconvenientes presentados en búsqueda de alternativas que permitan su resolución. Se tuvieron en cuenta las instalaciones arquitectónicas, utilizadas para llevar a cabo la ducha personal, al igual que las adaptaciones que facilitan completar la actividad.

- ❖ Finalizado el encuentro, se propuso a los concurrentes reflexionar y considerar la información otorgada en esta ocasión. Se planteó la posibilidad de poner en práctica en su vivienda los conceptos, explicaciones y alternativas de protección articular a fin de ser planteados posteriormente los resultados obtenidos.
- ❖ Antes de retirarse se invitó a los participantes con café, gaseosas y galletitas.

QUINTO ENCUENTRO:

CONTENIDOS:

- ♣ Repaso del encuentro anterior
- ♣ Reflexión acerca de las temáticas desarrolladas
- ♣ Evaluación post taller
- ♣ Cierre del taller

OBJETIVOS:

- ♣ Repasar cuestiones tratadas en los encuentros precedentes.
- ♣ Ofrecer un espacio de reflexión en el que puedan expresarse opiniones, y expectativas acerca de lo vivido en el taller.
- ♣ Evaluar a los participantes (mediante encuesta) para su posterior análisis a fin de comparar el nivel de conocimiento respecto de los principios de protección articular y su nivel de aplicación en la actividad de ducha personal pre y post taller.
- ♣ Facilitar a los asistentes un folleto informativo, elaborado para la ocasión por la tesista, que contenga información sobre la temática abordada en los encuentros.
- ♣ Culminación del taller, agradecimientos y despedida.

DESARROLLO:

- ❖ Se brindó la oportunidad de manifestar posibles situaciones que hayan presentado dificultades de comprensión o aplicación como también satisfacciones en cuanto a la resolución de antiguos inconvenientes a partir de la implementación de principios de protección articular,

adaptaciones o modificaciones en la ejecución sugeridos en el taller para facilitar la actividad de ducha personal. De esta forma se verificó la comprensión y aplicación en el hogar de los participantes.

- ❖ Se evaluó mediante una encuesta post taller. Debieron responder las mismas consignas que en la encuesta pre taller, a excepción de las consignas 3 a 10 respectivamente que fueron eliminadas en la post evaluación, ya que correspondían a datos personales. Los resultados fueron comparados con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento respecto de los principios de protección articular y su nivel de aplicación en la actividad de ducha personal pre y post taller. Se recordó la finalidad de dicha evaluación.
- ❖ Se hizo entrega de un folleto cuyo contenido fue una síntesis de las temáticas más importantes desarrolladas en los encuentros del taller de educación para la salud.
- ❖ Para finalizar, se agradeció la concurrencia de todos los presentes y participantes, y se informó la oportunidad de conocer, una vez terminada la investigación, los resultados obtenidos mediante las encuestas, los cuales serán expuestos en un sector específico del hospital que se dió a conocer (cartelera ubicada en el ingreso principal del Hospital). También se facilitó un número telefónico para quienes opten conocer los resultados por este medio.

Se recordó que se pretende la adopción de cambios positivos en búsqueda de una repercusión favorable en la salud.

- ❖ Antes de retirarse se invitó con café, gaseosas y galletitas a los participantes.

Cabe mencionarse que las reflexiones permitieron un espacio para intentar interpretar aquello que se pretende transmitir a los participantes del taller, y es un medio que a través del discurso admiten el conocimiento de la opinión subjetiva de cada uno. Es importante otorgar esta oportunidad para que la información transmitida no quede abandonada y sin frutos, sino que se proyecta su posterior aplicación con el propósito de mejorar la calidad de vida,

y para esto es necesario razonar y compartir opiniones personales que puedan favorecer a terceros ya que son el objetivo del taller.

Referencias Bibliográficas:

- (1) Fajardo Ortiz, Guillermo. Atención Médica. Teoría y práctica administrativa. Ediciones científicas. 1ra. Edición. La prensa medica mexicana, S. A. Ediciones Copilco S.A. 1983.
- (2) Klippel, John H. Principios de las enfermedades reumáticas. Arthritis Foundation. Edición 11. Educación Médica Continua Ltda. Colombia. 2001
- (3) Trombly, Catherine Anne. Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente. Ediciones científicas. La prensa medica mexicana. Traducido por: Dr. Roberto Carrasco Ruiz. 1990.
- (4) <http://www.elmedicointeractivo.com/medicopaciente/pdf/15.pdf>, fecha de consulta: 12-06-2008
- (5) Pedro Moruno Miralles, Dulce María Romero Ayuso. Actividades de la vida diaria, herramientas para la evaluación de las actividades de la vida diaria. Ed. Masson. 2006.
- (6) <http://www.asmgfyf.org.ar/dmdocuments/pdf/famg/041sl-003.pdf>, fecha de consulta: 28-05-2008
- (7) <http://revistacaleruega2007.googlepages.com/artrosis>, fecha de consulta: 15-06-2008
- (8) http://www.ser.es/practicaClinica/GUIPCAR_2007/Otros_tratamientos/Menu7Otros-tratamientos_Rehabilitacion_VII2.php?PHPSESSID=d6ce1d6ced0ff53854ebb3eee71b0ce9, fecha de consulta: 25-06-2008
- (9) Williard & Spackman. Terapia Ocupacional. 10ª. Edición. Editorial Médica Panamericana. 2005.

(10) Milton Terris. La crisis de la salud pública. Tendencias actuales en la salud pública de las Américas. Material bibliográfico perteneciente a la cátedra de prevención primaria y comunidad. OPS-OMS. E.U.A. 1992.

(11) www.juntaex.es/consejerias/sanidad-dependencia/dg-planificacion-ordenacion-coordinacion/cammon/eps/3_actividad-fisica.pdf, fecha de consulta: 15/06/08

(12) Monchiatti, Alicia; Krzemien, Deysi. Participación social y estilo de vida. Su relación con la calidad de vida en la vejez. Curso Virtual Educación para el envejecimiento. 2do. Curso. 2008

(13) www.madrid.org, fecha de consulta: 29-04-08

(14) www.terapia-ocupacional.com, fecha de consulta: 21-06-08

ASPECTOS METODOLOGICOS

Problema:

¿En qué medida la participación en un taller educativo desde T.O. contribuye en la adquisición de conocimientos de principios de protección articular y su aplicación en la actividad de ducha personal en pacientes con diagnóstico de artrosis que concurren al Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé durante el 2do. Cuatrimestre del año 2008?

Objetivos:

General:

-Determinar la influencia en la participación en un taller educativo desde T.O en la adquisición de conocimientos de principios de protección articular y su aplicación en la actividad de ducha personal en pacientes con diagnóstico de artrosis que concurren al Hospital Municipal y Maternidad de Pigüé durante el 2do. Cuatrimestre del año 2008?

Específicos:

- determinar el *nivel de conocimiento* respecto de los principios de protección articular en la actividad de ducha personal antes y después de la implementación de un taller educativo.
- determinar el *nivel de aplicación* respecto de los principios de protección articular en la actividad de ducha personal antes y después de la implementación de un taller educativo.
- Comparar el nivel educativo de conocimiento respecto de los principios de protección articular y su nivel de aplicación en la actividad de ducha personal pre y post taller educativo

8.1.1 VARIABLES PRINCIPALES DE ESTUDIO

DEFINICION CIENTIFICA

TALLER DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD:

Técnica participativa en la que confluyen tiempo y espacio con una finalidad de capacitación y reflexión abriendo el camino al autoaprendizaje donde a partir de la presentación de información se ponen de manifiesto dificultades y posibilidades de resolución. Es una instancia de asesoramiento que pretende generar transformaciones individuales, intentando lograr resultados no sólo cognitivos, sino de capacidades para luego ponerlas en práctica, cuyo objetivo

primordial es promover y mejorar la salud hacia una calidad de vida óptima del sujeto tendiente a mantener el equilibrio dinámico biopsicosocial. (1) (2) (3)

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

TALLER DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD:

Instrucción activa y de intercambio compuesta de diferentes sesiones educativas que promueva la capacidad de generar actitudes, habilidades y conocimientos, que permitan tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud, abordando los factores (ambientales y personales) relacionados con los comportamientos en salud. (1) (2) (3)

Factores ambientales

Entorno próximo: constituido por los grupos sociales primarios (se conforma, en orden de importancia, por la esposa, hijo, nieto, cuñada/o, sobrina/o, nuera, yerno y en caso de no encontrarse estos, vecino o amigo). (4)

Entorno físico: condiciones de arquitectura de la vivienda en que habita y adaptaciones que intervengan en el desempeño de la persona en AVD.

Factores personales

Área cognitiva: aquellos conocimientos y capacidades cognitivas pertinentes a cada persona

Área emocional: compuesta por las creencias, actitudes, valores, autoeficacia e identidad personal.

Área Habilidades: conjunto de destrezas personales, sociales y motoras. (5)

DEFINICION CIENTIFICA

CONOCIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS DE PROTECCIÓN ARTICULAR:

conjunto de ideas que la persona posee referentes al uso y protección de las articulaciones durante el desempeño de las actividades de ducha personal.³⁰

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

³⁰ Bogliolo, María Cecilia, Botalla María Inés y Castro Lucrecia Alejandra. "Actividades de la vida diaria en pacientes con artritis reumatoidea". Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1996.

CONOCIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS DE PROTECCIÓN ARTICULAR:

reconocimiento de las indicaciones sobre el uso y protección de las articulaciones durante el desempeño de las actividades de ducha personal.³¹

- DESLIZAR OBJETOSsi: 3
.....no: 0
- USAR LAS PALMAS DE LAS MANOS PARA CARGAR PESO EN
LUGAR DE LOS DEDOSsi: 3
.....no: 0
- MOVER O REALIZAR EJERCICIOS CON TODAS LAS
ARTICULACIONESsi: 3
.....no: 0
- REALIZAR ACTIVIDADES EN AUSENCIA DE DOLOR:si: 3
.....no: 0
- EVITAR PRENSIONES DE FUERZAsi: 3
.....no: 0
- SOSTENER OBJETOS PARALELOS A LOS NUDILLOS DE LAS
MANOSsi: 3
.....no: 0
- MANTENER BUENAS POSTURAS DURANTE EL DESCANSO Y LA
ACTIVIDADsi: 3
.....no: 0

³¹ Ibid

- APOYAR OBJETOSsi: 3
.....no: 0

- INTERCALAR PERIODOS DE DESCANSO DURANTE LA REALIZACION DE ACTIVIDADsi: 3
.....no: 0

- EN PRESENCIA DE DOLOR EN LAS ARTICULACIONES SUSPENDER LA ACTIVIDADsi: 3
.....no: 0

DEFINICION CIENTIFICA

APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DE PROTECCIÓN ARTICULAR: conjunto de acciones que implican el uso de músculos y articulaciones en el plano de máxima estabilidad y fuerza posible, descargando el peso sobre las articulaciones más fuertes, evitando actividades de sostén o que no puedan suspenderse inmediatamente, respetando el límite del dolor para proteger las articulaciones durante las actividades de ducha personal. (6)

DEFINICION CIENTIFICA

DUCHA PERSONAL:

Actividad de higiene desempeñada por las personas, llevada a cabo en instalaciones tales como bañera, ducha con pie diluvio, duchador y/o mediante el uso del grifo/canilla y/o bidé, destinadas al autocuidado, relacionadas con el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades que se encuentra regulada por normas sociales, culturales y personales que determinan la frecuencia, forma y motivo de ejecución.

Posee un importante valor simbólico que depende de distintos factores, tales como: edad, estadio del ciclo vital, estado de salud, historia personal y familiar, cultura y estatus social en el que se encuentra inmerso la persona.

Las habilidades para lograr el manejo son adquiridas progresivamente durante el desarrollo evolutivo de las personas y transmitidas desde los progenitores u otros agentes culturales a través de procesos de socialización primaria y

secundaria, que constituye la posibilidad para incorporar y adquirir los valores y creencias culturales como propias. (7)

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DE PROTECCION ARTICULAR:

reconocer las indicaciones que proporcionan alineación a las articulaciones durante el desempeño de las actividades de ducha personal.

1-ABRIR Y/O CERRAR LAS CORTINAS, MAMPARA O PUERTA DE LA DUCHA:

-tomando la cortina/puerta con la mano realizando movimiento de codo y hombrosi: 3

-tomando la cortina/puerta con la mano y realizando movimiento de hombrosi: 3

-utilizando otra parte del cuerpo para ayudarse y abrirno: 0

2- ENTRAR Y/O SALIR EN LA DUCHA:

- levantando una pierna y luego otra sosteniéndose de la pared o sin sosténno: 0

- levantando una pierna y luego otra sosteniéndose del pasamanosi: 3

- utilizando una tabla de transferencia o banco para ducha que pase por encima de la bañerasi: 3

3- ABRIR, CERRAR Y/O REGULAR LA TEMPERATURA DEL AGUA CON EL GRIFO/CANILLA:

- realizando giros de muñeca hacia el lado del dedo meñique y pulgarno: 0

-manteniendo la muñeca derecha, evitando desviaciones hacia el dedo meñique o pulgar con codo extendido, realizando movimientos de hombrosi: 3

- utilizando grifos/canillas de una sola palancasi: 3

4- VIERTIR JABON EN LA ESPONJA:

- utilizando dispensadoressi: 3

- tomando jabón con una mano y con la otra la esponja, realizando movimientos repetitivos hasta enjabonarlano: 0

- utilizando esponja con banda dorsal que la sostenga a la manosi: 3

5- ENJABONAR Y LAVAR LAS DISTINTAS PARTES DE SU CUERPO:

-utilizando un mitón o esponja que permita mantener los dedos estirados mientras realiza la acciónsi: 3

- utilizando una esponja que requiera mantener los dedos en posición de garrano: 0

- utilizando esponjas con mangos largos (engrosados o no) que disminuyan los grados de flexión necesarios para alcanzar todas las partes del cuerposi: 3

- tomando jabón con una mano y deslizándolo por todo el cuerpono: 0

- tomando jabón con ambas manos y deslizándolo por todo el cuerpono: 0

6- TOMAR CHAMPU O ACONDICIONADOR PARA LAVAR EL PELO:

- utilizando envases a roscano: 0

- manipulando envases con tapas que se elevan y bajan requiriendo fuerzas de dedosno: 0

- usando dispensadoressi: 3

7- LAVAR EL PELO REALIZANDO MOVIMIENTOS DE:

- Manosno: 0

- Manos y codosno: 0

- Brazossi: 3

- Todas las anterioressi: 3

8- REALIZAR LA ACTIVIDAD DE BAÑO:

- sentadosi: 3

- paradono: 0

- alterna las anterioressi: 3

9- ALCANZAR LA TOALLA PARA SECAR EL CUERPO:

Tomando una toalla con ambas manos y recorriendo las distintas partes del cuerpo para secarlasno: 0

Utilizando batassi: 3

Utilizando toallas con velcro que permitan la sujeción de las mismas al cuerpo, dirigiendo la fuerza de las manos únicamente al secadosi: 3

**CONOCIMIENTO DE LOS
PRINCIPIOS DE
PROTECCIÓN ARTICULAR:**



Reconocimiento de las indicaciones sobre el uso y protección de las articulaciones durante el desempeño de las actividades de ducha personal.

- DESLIZAR OBJETOSsi: 3
.....no: 0
- USAR LAS PALMAS DE LAS MANOS PARA CARGAR PESO EN LUGAR DE LOS DEDOSsi: 3
.....no: 0
- MOVER O REALIZAR EJERCICIOS CON TODAS LAS ARTICULACIONESsi: 3
.....no: 0
- REALIZAR ACTIVIDADES EN AUSENCIA DE DOLOR:si: 3
.....no: 0
- EVITAR PRENSIONES DE FUERZAsi: 3
.....no: 0
- SOSTENER OBJETOS PARALELOS A LOS NUDILLOS DE LAS MANOSsi: 3
.....no: 0
- MANTENER BUENAS POSTURAS DURANTE EL DESCANSO Y LA ACTIVIDADsi: 3
.....no: 0
- APOYAR OBJETOSsi: 3
.....no: 0
- INTERCALAR PERIODOS DE DESCANSO DURANTE LA REALIZACION DE ACTIVIDADsi: 3
.....no: 0
- EN PRESENCIA DE DOLOR EN LAS ARTICULACIONES SUSPENDER LA ACTIVIDADsi: 3
.....no: 0

Categorización:

CONOCIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS DE PROTECCION ARTICULAR

Posee suficiente conocimiento30 a 22
 Posee medio o moderado conocimiento21 a 10
 Posee escaso o ausencia de conocimiento9 a 0

**APLICACIÓN DE LOS
PRINCIPIOS DE
PROTECCIÓN ARTICULAR:**



Reconocer las indicaciones
que proporcionan alineación
a las articulaciones durante
el desempeño de las
actividades de ducha personal.

1-ABRIR Y/O CERRAR LAS CORTINAS, MAMPARA O PUERTA DE LA DUCHA:

- tomando la cortina/puerta con la mano realizando movimiento de codo y hombrosi: 3
- tomando la cortina/puerta con la mano y realizando movimiento de hombrosi: 3
- utilizando otra parte del cuerpo para ayudarse y abrirno: 0

2- ENTRAR Y/O SALIR EN LA DUCHA:

- levantando una pierna y luego otra sosteniéndose de la pared o sin sosténno: 0
- levantando una pierna y luego otra sosteniéndose del pasamanosi: 3
- utilizando una tabla de transferencia o banco para ducha que pase por encima de la bañerasi: 3

3- ABRIR, CERRAR Y/O REGULAR LA TEMPERATURA DEL AGUA CON EL GRIFO/CANILLA:

- realizando giros de muñeca hacia el lado del dedo meñique y pulgarno: 0
- manteniendo la muñeca derecha, evitando desviaciones hacia el dedo meñique o pulgar con codo extendido, realizando movimientos de hombrosi: 3
- utilizando grifos/canillas de una sola palancasi: 3

4- VIERTIR JABON EN LA ESPONJA:

- utilizando dispensadoressi: 3
- tomando jabón con una mano y con la otra la esponja, realizando movimientos repetitivos hasta enjabonarlano: 0
- utilizando esponja con banda dorsal que la sostenga a la manosi: 3

5- ENJABONAR Y LAVAR LAS DISTINTAS PARTES DE SU CUERPO:

- utilizando un mitón o esponja que permita mantener los dedos estirados mientras realiza la acciónsi: 3
- utilizando una esponja que requiera mantener los dedos en posición de garrano: 0
- utilizando esponjas con mangos largos (engrosados o no) que disminuyan los grados de flexión necesarios para alcanzar todas las partes del cuerposi: 3
- tomando jabón con una mano y deslizándolo por todo el cuerpono: 0
- tomando jabón con ambas manos y deslizándolo por todo el cuerpono: 0

6- TOMAR CHAMPU O ACONDICIONADOR PARA LAVAR EL PELO:

- utilizando envases a roscano: 0
- manipulando envases con tapas que se elevan y bajan requiriendo fuerzas de dedosno: 0
- usando dispensadoressi: 3

7- LAVAR EL PELO REALIZANDO MOVIMIENTOS DE:

- Manosno: 0
- Manos y codosno: 0
- Brazossi: 3
- Todas las anterioressi: 3

8- REALIZAR LA ACTIVIDAD DE BAÑO:

- sentadosi: 3
- paradono: 0
- alterna las anterioressi: 3

9- ALCANZAR LA TOALLA PARA SECAR EL CUERPO:

Tomando una toalla con ambas manos y recorriendo las distintas partes del cuerpo para secarlasno: 0

Utilizando batassi: 3

Utilizando toallas con velcro que permitan la sujeción de las mismas al cuerpo, dirigiendo la fuerza de las manos únicamente al secadosi: 3

APLICACIÓN DE LOS

Aplica satisfactoriamente

..... 39 a 28

PRINCIPIOS DE

Aplica medianamente

..... 27 a 13

PROTECCIÓN ARTICULAR:

No aplica

.....12 a 0

Categorización:

8.1.3 CATEGORIZACION DE LAS VARIABLES:

CATEGORIAS: CONOCIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS DE PROTECCION ARTICULAR

- ❖ Posee suficiente conocimiento de los principios de protección articular30 a 22
- ❖ Posee medio o moderado conocimiento de los principios de protección articular21 a 10
- ❖ Posee escaso o ausencia de conocimiento de los principios de protección articular9 a 0

CATEGORIAS: APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DE PROTECCION ARTICULAR EN LAS ACTIVIDADES DE DUCHA PERSONAL

- ❖ Aplica satisfactoriamente los principios de protección articular 39 a 28
- ❖ Aplica medianamente los principios de protección articular 27 a 13
- ❖ No aplica los principios de protección articular12 a 0

8.1.4 VARIABLES EN ATRIBUTO:

- Edad en años (mayores de 50 años),
- Sexo (femenino o masculino)

8.1.5 VARIABLES INTERVINIENTES:

- Antecedentes familiares (si, no, no sabe),
- Años de evolución de la enfermedad (0 a 5, 6 a 10 y más de 10 años),
- Convivencia (solo o acompañado),
- Ocupación (desocupado, trabajo temporario, trabajo fijo, jubilado, pensionado),

- Nivel de escolaridad (primario incompleto, primario completo, secundario incompleto, secundario completo, terciario incompleto, terciario completo, universitario incompleto, universitario completo),
- Zona corporal de mayor dolor (cuello, manos, codos, hombros, tronco, caderas, rodillas, pie),
- Tipo de tratamiento actual (médico clínico, médico traumatólogo, terapia ocupacional, kinesiología, otros, ninguno),
- Instalación de baño utilizada diariamente o con mayor frecuencia (bañera, ducha, duchador, grifo/canilla)

8.1.6 TIPO DE ESTUDIO:

En esta investigación el enfoque utilizado es CUANTITATIVO. El tipo de estudio es EXPLORATORIO DESCRIPTIVO, de DISEÑO PREEXPERIMENTAL.

Es EXPLORATORIO porque no hay registro de investigaciones realizadas sobre talleres de educación para la salud desde terapia ocupacional sobre conocimiento y aplicación de principios de protección articular en actividades de la vida diaria, específicamente en ducha personal, llevadas a cabo en pacientes con artrosis.

Es DESCRIPTIVO porque se pretende determinar la influencia en la participación en un taller educativo de la población de estudio respecto de los principios de protección articular y su aplicación en las actividades de baño personal, antes y después de la implementación del mismo.

PREEXPERIMENTAL, ya que se implementó en un solo grupo de estudio pre y post prueba. Cada paciente fue entrevistado antes y después de la implementación del taller, mediante un instrumento que incluyó los indicadores de las variables: principios de protección articular y aplicación de los principios de protección articular en la actividad de ducha personal.

8.1.7 UNIVERSO DE ESTUDIO:

La población está conformada por los adultos mayores de 50 años de edad, seleccionados a partir de la recopilación de datos extraídos de las Historias

Clínicas del Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé, según los criterios de inclusión y exclusión.

8.1.8 MÉTODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

El método de selección de la muestra fue no probabilístico, por conveniencia o accidental.

8.1.9 MUESTRA:

La muestra está integrada por 34 personas seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, mencionados a continuación.

8.1.10 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 50 años
- Ambos sexos
- Diagnóstico médico de artrosis que conste en la historia clínica
- Pacientes que concurren al Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé
- Pacientes que otorguen su consentimiento de manera verbal o escrita para participar del taller de educación para la salud

Criterios de exclusión:

- Pacientes que requieran de asistencia para realizar la actividad de ducha personal, o sea, que no posea independencia
- Pacientes con patologías asociadas a la artrosis

8.1.11 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS:

Para la recolección de los datos se utilizaron las siguientes técnicas:

- **ENCUESTA CERRADA**, para pacientes diagnosticados con artrosis.

La encuesta cerrada se administró a cada uno de los participantes que cumplió con los criterios de inclusión y exclusión mencionados anteriormente. La tesista aclaró las dudas que surgieron en los encuestados, de manera verbal y en voz

alta, comentando a la totalidad de los mismos las preguntas particulares, a fin de mejorar la interpretación de cada consigna, en los casos necesarios. Se buscó facilitar la comprensión de cada ítem, para lo cual se mostraron imágenes de cada uno de ellos, para optimizar la respuesta. Este procedimiento se aplicó durante el primer y último encuentro, con el objetivo de comparar los conocimientos y aplicación de los principios de protección articular de los evaluados.

Este instrumento de evaluación, fue diseñado por la autora de esta tesis, tomando como referencia la encuesta utilizada por las Lic. Bogliolo, María Cecilia, Botalla María Inés y Castro Lucrecia Alejandra de la Universidad Nacional de Mar del Plata en su tesis de grado: "Actividades de la vida diaria en pacientes con artritis reumatoidea".

Cabe mencionarse, que el ítem de la encuesta: 9- CUANDO ALCANZA LA TOALLA PARA SECAR EL CUERPO: C: *Utilizando toallas con velcro que permitan la sujeción de las mismas al cuerpo, dirigiendo la fuerza de las manos únicamente al secado*, si bien se consideró que los participantes del taller desconocían esta forma de realización de la actividad antes de iniciarlo debido a que no existen en la ciudad de Pigüé grupos, equipos de trabajo, profesionales, etc. dedicados especialmente a brindar esta información, fue designado y tomado en cuenta, ya que esta forma de ejecución se explicó durante el transcurso del taller, por lo que se estimó que quizás algún participante adquiriera y consecuentemente marcara esta opción en la post evaluación.

Como ha sido citado, se implementó la misma encuesta en el primer y último encuentro, cuya única modificación de la misma fue la quita de los ítems 3 a 10 inclusive, en la post evaluación, correspondiente a los datos personales.

Nota: Se aclaró a los participantes, que quienes no reconocieran las indicaciones (mencionadas en el ítem 11 de la encuesta) sobre cómo proteger o cuidar las articulaciones dolorosas durante el desempeño de las actividades de ducha personal, o quienes dudaron de estos conceptos fueron considerado como conocimiento negativo, o sea, no debieron marcarlo.

Las **partes** que constituyen al instrumento de evaluación son:

Primera: permitió recabar datos personales y relativos a las variables de atributo e intervinientes que si bien no son objeto de estudio influyen en el mismo.

Segunda: se recabaron datos relacionados con la variable “conocimiento de los principios de protección articular”. Los indicadores se formularon teniendo como referencia teórica los principios de protección articular de Joy Cordery. También permite reconocer la fuente que provee la información del conocimiento de los principios de protección articular a los pacientes.

Tercera: proporcionó datos concernientes a la variable “*Aplicación de los principios de protección articular*”. Se utilizaron los pasos de la actividad de ducha personal extraídos de Actividades de la vida diaria, herramientas para la evaluación de las actividades de la vida diaria. Pedro Moruno Miralles, Dulce María Romero Ayuso y Principios de Protección Articular de Joy Cordery.

Estas actividades son indicadores de la aplicación de los principios de protección articular durante la actividad de ducha personal.

Además permite determinar la fuente de información que provee la enseñanza de la aplicación de los principios de protección articular en la ducha personal.

❖ **OBSERVACION ESTRUCTURADA PARA LA EVALUACION DEL TALLER POR PARTE DE LOS PARTICIPANTES**, a través de una ficha de sistematización que permitió la evaluación del grupo participante del taller de educación para la salud de terapia ocupacional.

Cada uno de estos indicadores fueron evaluados una vez finalizados los encuentros de forma conjunta entre la tesista, Lic. En Terapia Ocupacional M. Maggie Janariz, y uno de los participantes del taller elegido por el grupo, o que se ofreció, los cuales participaron del proceso. Cada uno de los responsables de esta evaluación debió justificar su opinión/decisión respecto de la valoración que proporcionó de acuerdo a su experiencia en el taller. En caso de no acordar entre las partes, debió buscarse el promedio entre los sectores involucrados.

❖ Los datos que se buscaron fueron acerca de: lugar, fecha y hora establecidos y en que fueron llevados a cabo en cada encuentro, la asistencia

de los concurrentes, vínculo establecido entre los participantes con sus pares y coordinadores (si, no) y el tipo de participación (activa, pasiva, no participativa).

❖ **OBSERVACION ESTRUCTURADA, PARA LA EVALUACION DEL TALLER POR PARTE DE LOS COORDINADORES** a través de una ficha de sistematización que permitió la evaluación de los coordinadores del taller de educación para la salud de terapia ocupacional.

- ❖ Los datos que se buscaron fueron acerca de: lugar, fecha y hora establecidos y en que fueron llevados a cabo en cada encuentro, la asistencia de los coordinadores, vínculo establecido entre los coordinadores con sus pares y con los participantes (si, no), el tipo de participación (activa, pasiva, no participativa), desempeño de los responsables de la realización de las actividades (muy bueno, bueno, regular o malo), cumplimiento de los objetivos previstos (total, más de la mitad, menos de la mitad de los mismos, ninguno), desarrollo de las tareas planificadas (secuencia exacta, reforma, situaciones imprevistas), y en caso de presentarse: modificaciones durante el transcurso (resolución total, parcial o ausencia de resolución).

Debajo de cada planilla de sistematización para evaluar los encuentros, en la referencia, se define cada uno de los conceptos mencionados anteriormente.

- ❖ El mismo procedimiento citado anteriormente fue implementado para valorar y evaluar a los coordinadores del taller.

8.1.12 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

- A fin de obtener los datos de los posibles pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión establecidos para llevar a cabo la investigación, se realizó una búsqueda en las Historias Clínicas de los pacientes que concurren al Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé.
- Primeramente se determinaron los números de Historias Clínicas de pacientes mayores de 50 años, con el objetivo de agilizar la búsqueda.
- Una vez obtenido el listado de posibles pacientes, en los que se incluyó los siguientes datos: nombre, apellido, diagnóstico, dirección y número

de teléfono, estos fueron convocados a través de una invitación escrita entregada en los domicilios particulares, y mediante llamados telefónicos en los casos en que no pudieron localizarse personalmente.

- Al primer encuentro concurrieron 34 personas, que constituyó la muestra del estudio, ya que la modalidad de trabajo fue de tipo cerrada, por lo que no se permitió el ingreso de nuevos participantes.
- Estos integrantes fueron evaluados mediante encuesta cerrada el iniciarse el 1er. y finalizar el 5to. encuentro, con el objetivo de comparar los conocimientos y aplicación de los principios de protección articular.
- La evaluación del proceso se realizó a través de las fichas de sistematización de datos (observación estructurada), las cuales permitieron evaluar a los coordinadores del taller de educación para la salud de terapia ocupacional (anexo 2) y al grupo participante (anexo 3). Los datos de las dichas fichas se obtuvieron el finalizar cada encuentro, al ser analizados por la tesista, Lic. en T.O. M. Maggie Janariz y un beneficiario del grupo.

8.1.13 PROCEDIMIENTO PARA EL ANALISIS DE LOS DATOS

El análisis de los datos se realizó mediante gráficos circulares y de columnas.

Referencias bibliográficas:

(1) Carvajo, A.; Navone, M.; y Xifra M. Talleres de Educación para la Salud en asma bronquial pediátrico. Un enfoque desde Terapia Ocupacional. Tesis de Grado. UNMdP. 2002

(2) www.juntaex.es/consejerias/sanidad-dependencia/dg-planificacion-ordenacion-coordinacion/cammon/eps/3_actividad-fisica.pdf, fecha de consulta: 15/06/08

(3) www.madrid.org, fecha de consulta: 05/05/08

(4) Monchietti, Alicia; Krzemien, Deysi. Participación social y estilo de vida. Su relación con la calidad de vida en la vejez. Curso Virtual: Educación para el envejecimiento. 2do. Curso. 2008

(5) http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/5/documentos_avanzar.pdf, fecha de consulta: 03/05/08

(6) Bogliolo, María Cecilia, Botalla María Inés y Castro Lucrecia Alejandra. "Actividades de la vida diaria en pacientes con artritis reumatoidea". Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1996.

(7) Pedro Moruno Miralles, Dulce María Romero Ayuso. Actividades de la vida diaria, herramientas para la evaluación de las actividades de la vida diaria. Ed.Masson. 2006.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

9.1 ANALISIS DE LOS DATOS PRE Y POST TALLER:

Características de la muestra:

El grupo estuvo conformado por 34 personas con diagnóstico de artrosis, de los cuales el 56% manifestó presentar antecedentes de dicha patología y un 47% presenta más de 10 años de evolución de la enfermedad.

El promedio de edad fue de 65 años.

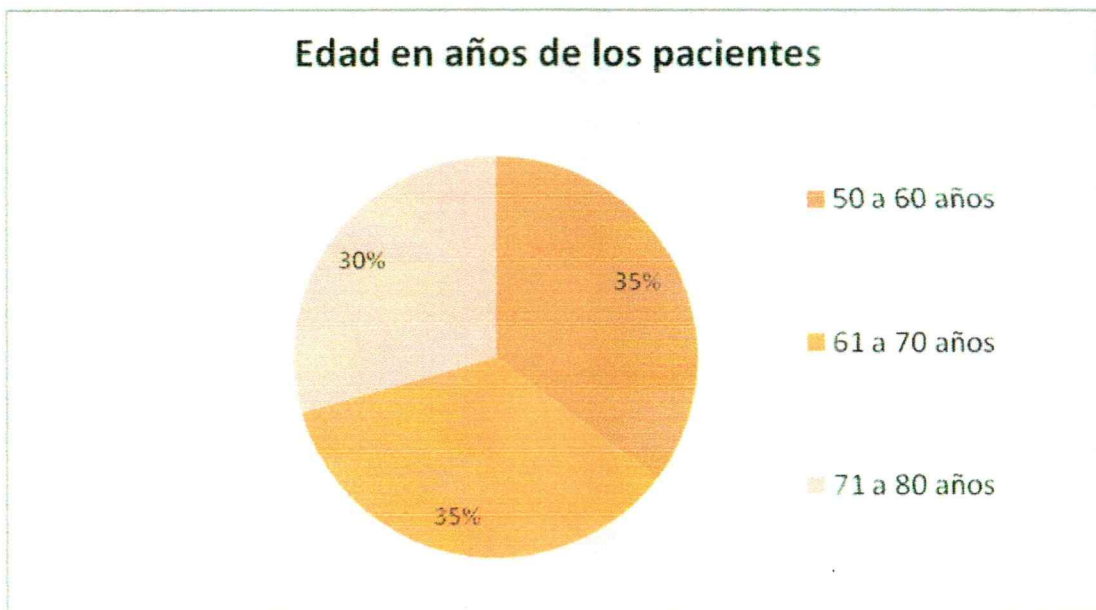


Gráfico N° 1: Edad en años de los pacientes con artrosis, entrevistados en pre y post taller de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

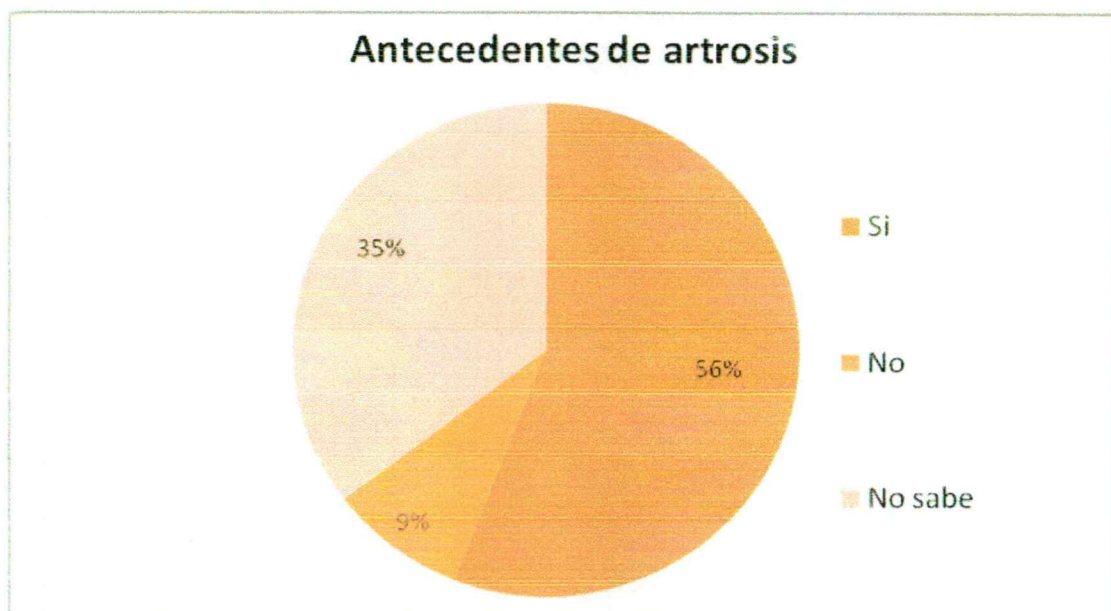


Gráfico N° 2: Antecedentes de artrosis de los pacientes entrevistados pre y post taller de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

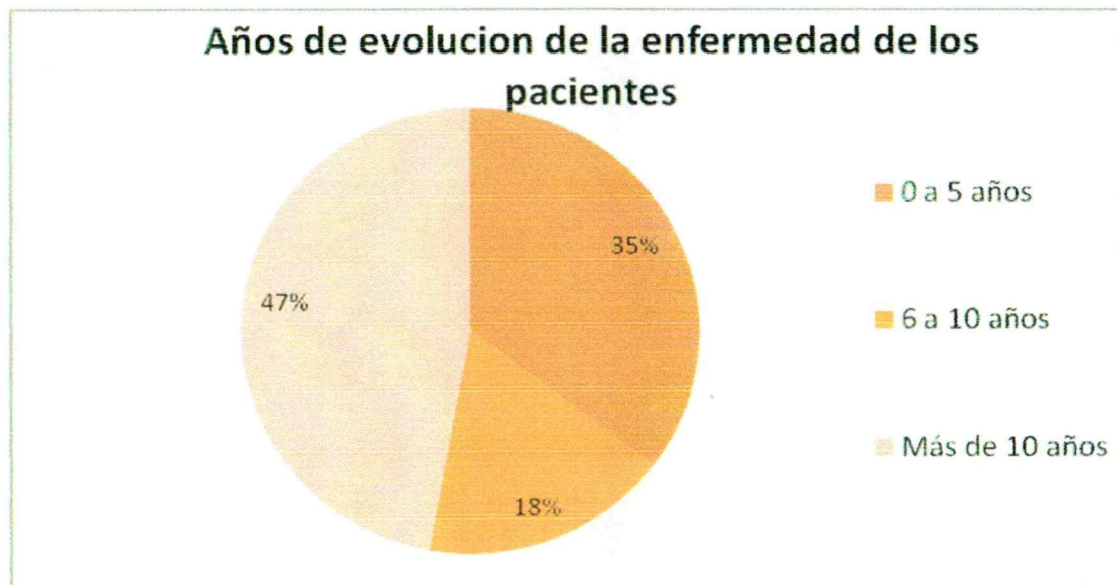


Gráfico N° 3: Años de evolución de la enfermedad de pacientes con artrosis, entrevistados en pre y post taller de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires Argentina

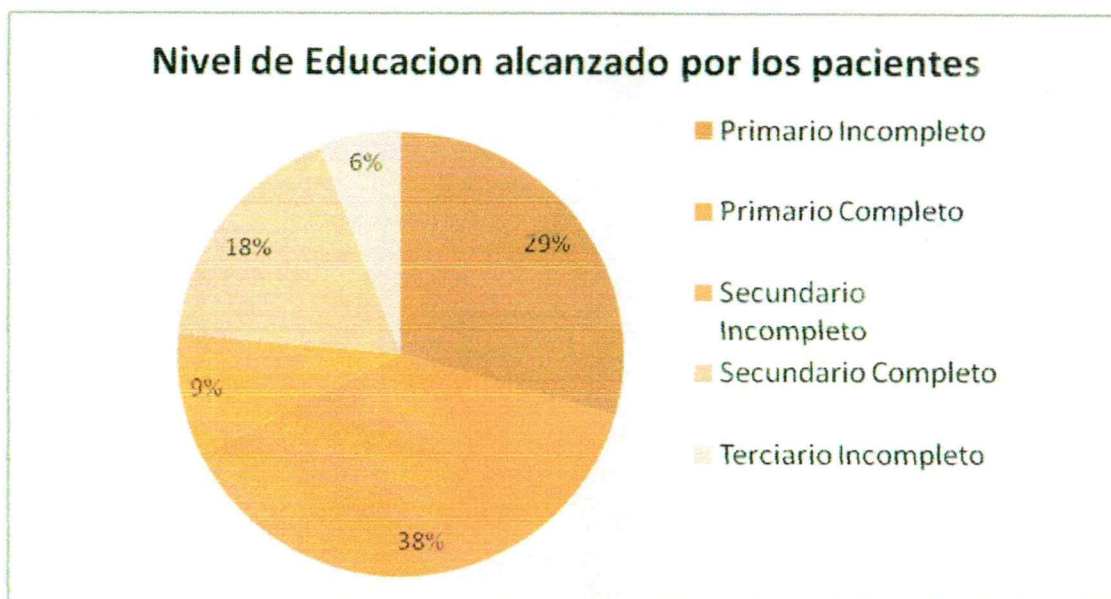


Gráfico N° 4: Nivel de educación alcanzado por los pacientes con artrosis entrevistados en pre y post taller de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires Argentina

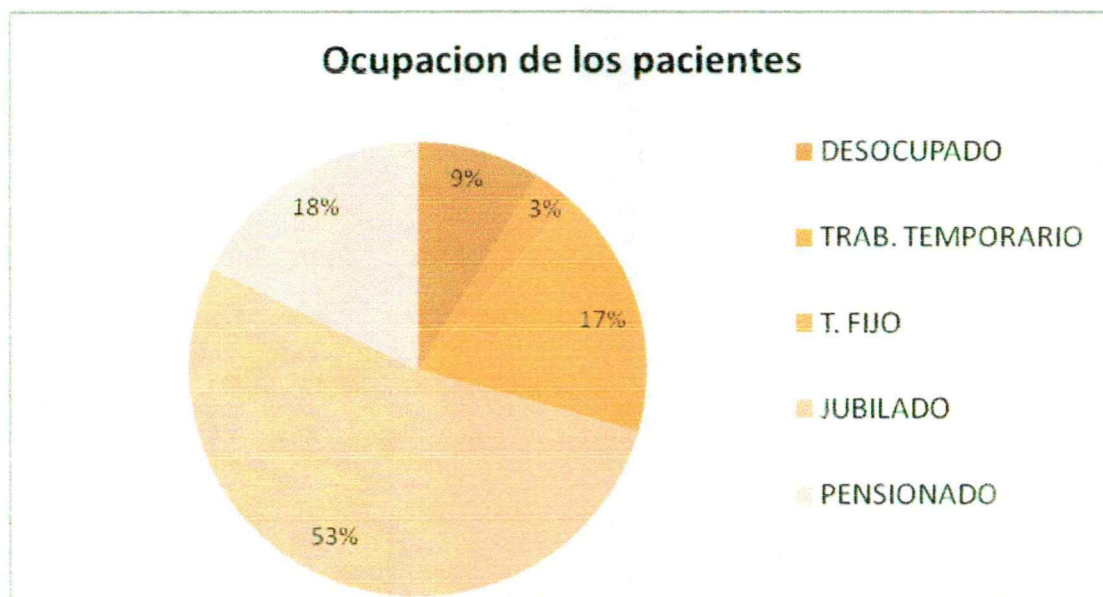


Gráfico N° 5: Ocupación de los pacientes con artrosis entrevistados en pre y post taller de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

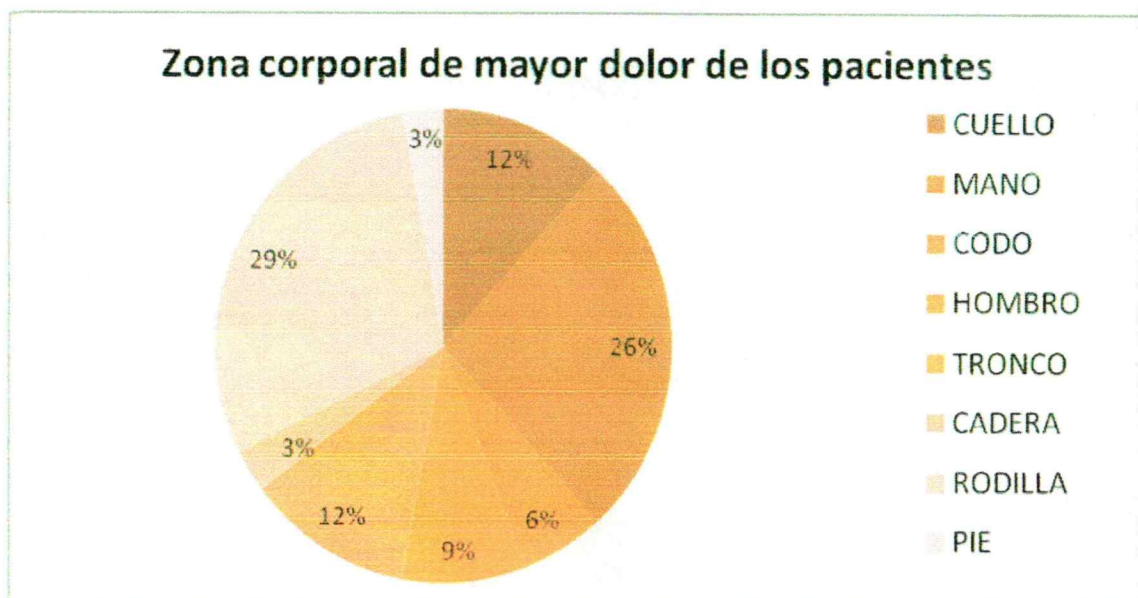


Gráfico N°6: Zona corporal de mayor dolor de los pacientes con artrosis entrevistados en pre y post taller de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

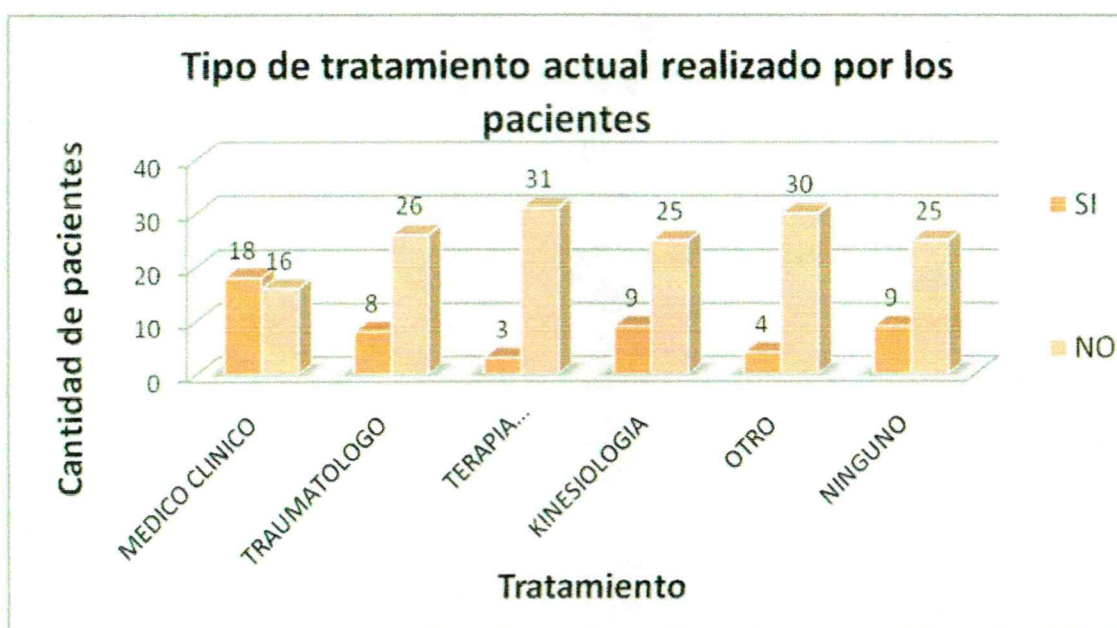


Gráfico N° 7: Tipo de tratamiento actual de los pacientes con artrosis entrevistados en pre y post taller de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

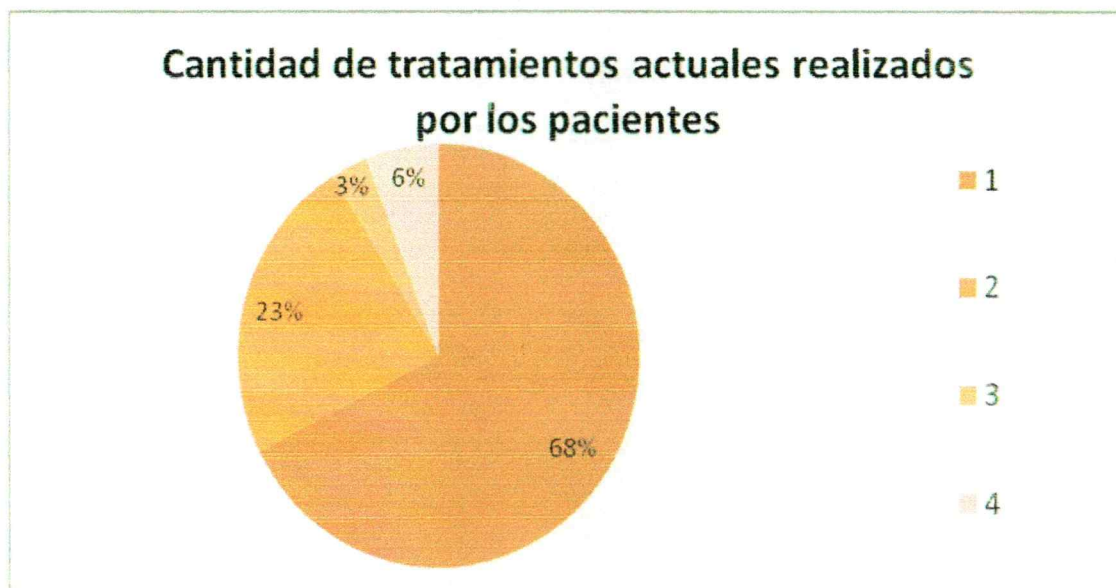


Gráfico N° 8: Cantidad de tratamientos actuales realizados por los pacientes con artrosis entrevistados en pre y post taller de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

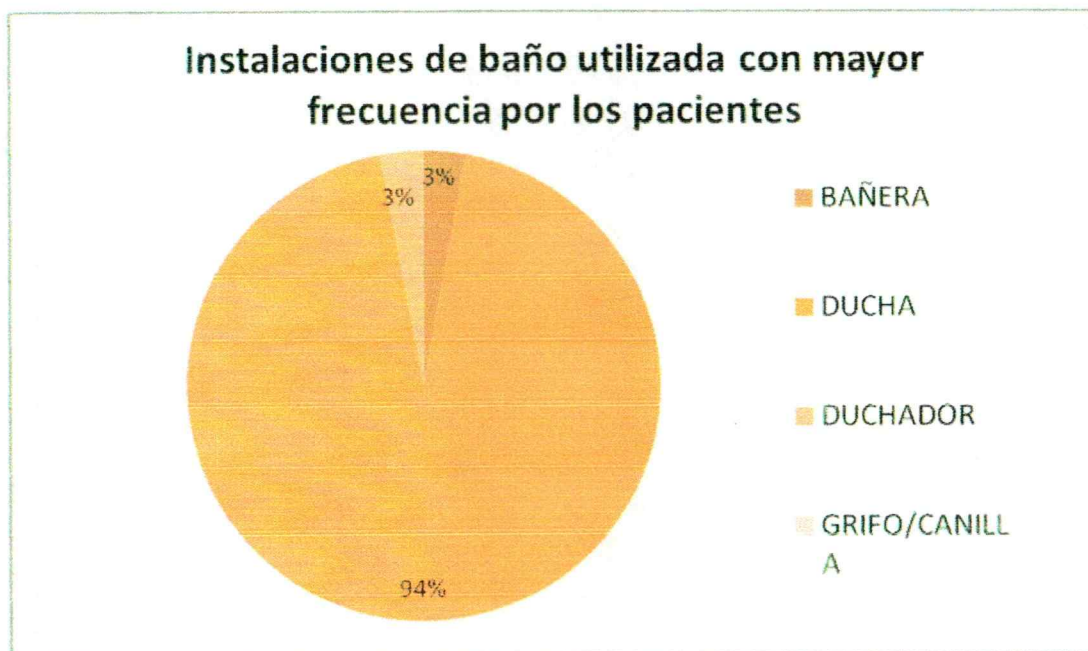


Gráfico N° 9: Instalaciones de baño utilizada con mayor frecuencia por los pacientes con artrosis entrevistados en pre y post taller de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

VARIABLES PRINCIPALES DE ESTUDIO:

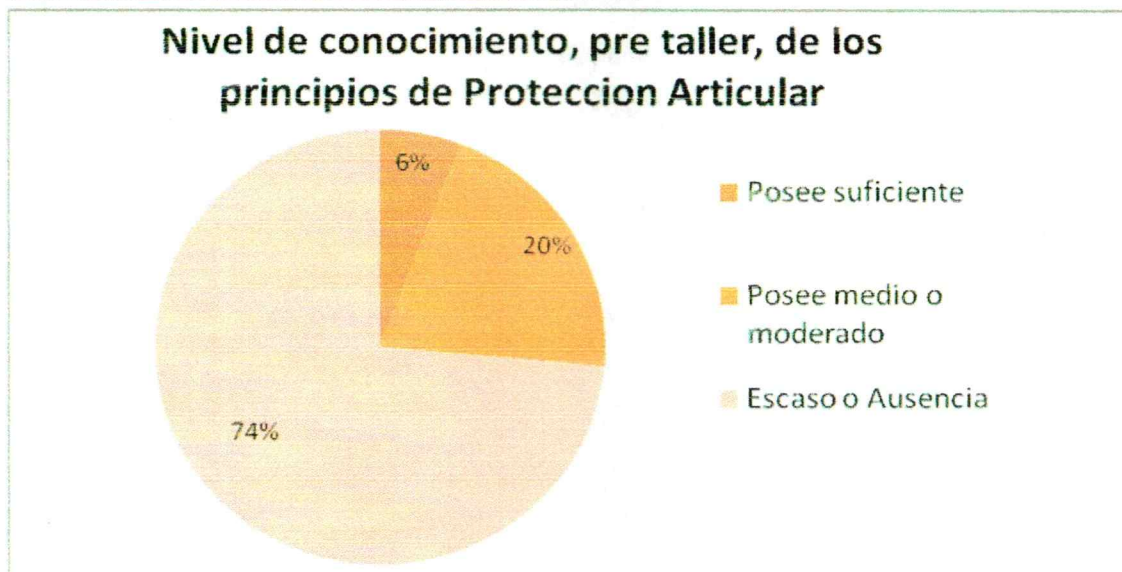


Gráfico N° 10: Valoración del nivel de conocimiento de los Principios de Protección Articular en la actividad de ducha personal de pacientes con artrosis, entrevistados en **pre taller** de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

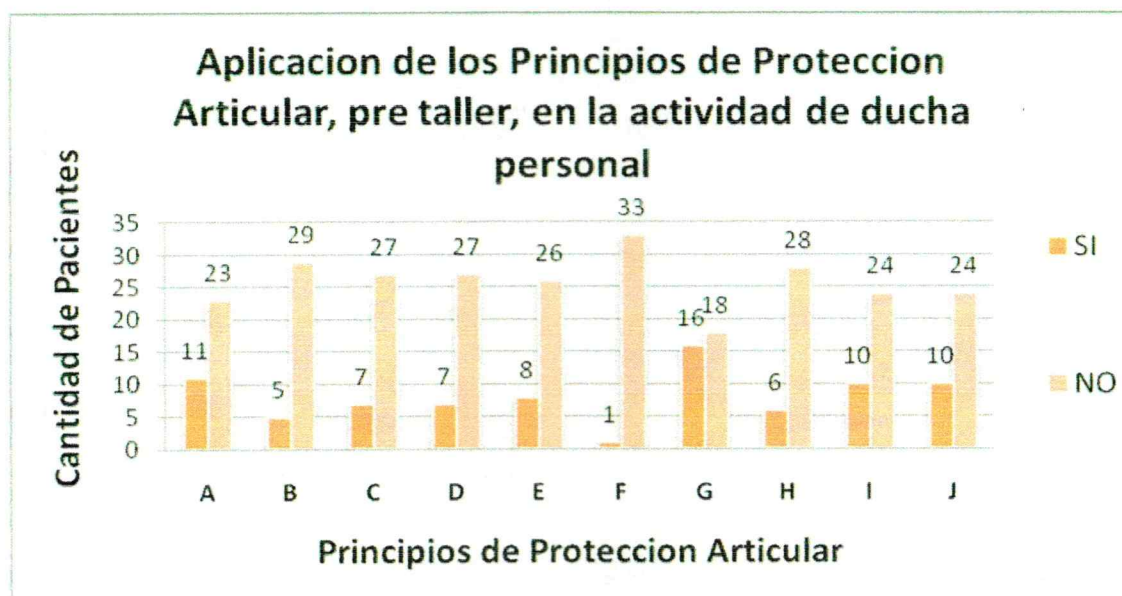


Gráfico N° 11: Valoración de la Aplicación de los Principios de Protección Articular de pacientes con artrosis, entrevistados en **pre taller** de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

Referencias

A	DESLIZAR OBJETOS EN LUGAR DE LEVANTARLOS
B	USAR LAS PALMAS DE LAS MANOS PARA CARGAR PESO EN LUGAR DE LOS DEDOS
C	MOVER O REALIZAR EJERCICIOS CON TODAS LAS ARTICULACIONES
D	REALIZAR ACTIVIDADES EN AUSENCIA DE DOLOR
E	EVITAR PRENSIONES DE FUERZA
F	SOSTENER OBJETOS PARALELOS A LOS NUDILLOS DE LAS MANOS Y NO EN DIAGONAL
G	MANTENER BUENAS POSTURAS DURANTE EL DESCANSO Y LA ACTIVIDAD
H	APOYAR OBJETOS EN LUGAR DE MANTENERLOS SUSPENDIDOS EN EL AIRE
I	INTERCALAR PERIODOS DE DESCANSO DURANTE LA REALIZACION DE ACTIVIDADES
J	EN PRESENCIA DE DOLOR EN LAS ARTICULACIONES SUSPENDER LA ACTIVIDAD

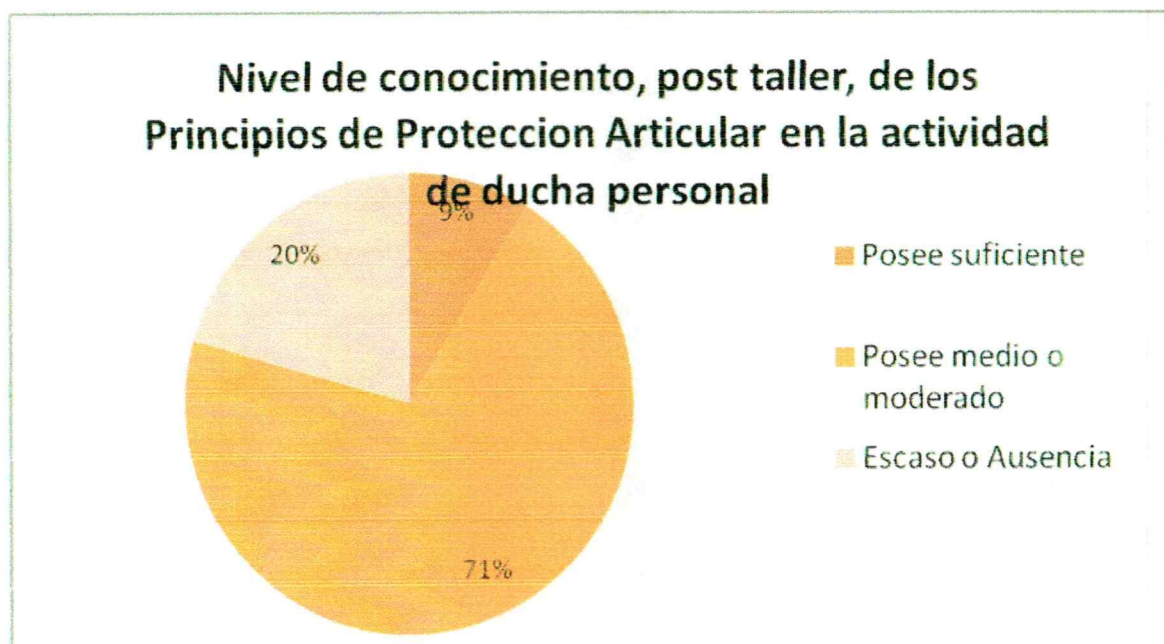


Gráfico N° 12: Valoración del nivel de conocimiento de los Principios de Protección Articular en la actividad de ducha personal de pacientes con artrosis, entrevistados en **post taller** de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

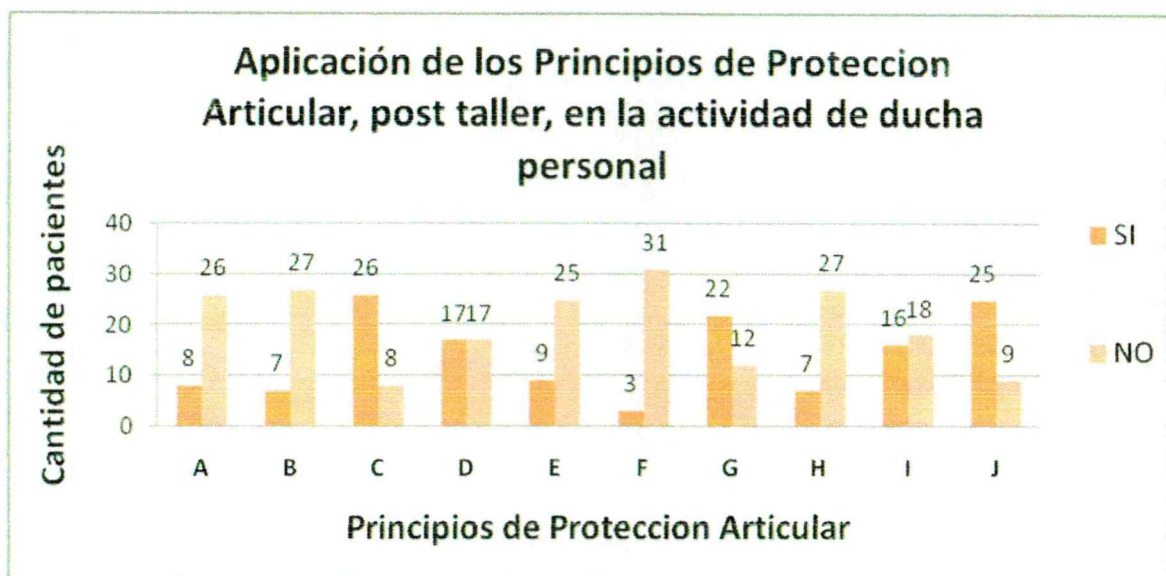


Gráfico N° 13: Valoración de la Aplicación de los Principios de Protección Articular de pacientes con artrosis, entrevistados en **post taller** de terapia ocupacional, en Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

Referencias

- A** DESLIZAR OBJETOS EN LUGAR DE LEVANTARLOS
- B** USAR LAS PALMAS DE LAS MANOS PARA CARGAR PESO EN LUGAR DE LOS DEDOS
- C** MOVER O REALIZAR EJERCICIOS CON TODAS LAS ARTICULACIONES
- D** REALIZAR ACTIVIDADES EN AUSENCIA DE DOLOR
- E** EVITAR PRENSIONES DE FUERZA
- F** SOSTENER OBJETOS PARALELOS A LOS NUDILLOS DE LAS MANOS Y NO EN DIAGONAL
- G** MANTENER BUENAS POSTURAS DURANTE EL DESCANSO Y LA ACTIVIDAD
- H** APOYAR OBJETOS EN LUGAR DE MANTENERLOS SUSPENDIDOS EN EL AIRE
- I** INTERCALAR PERIODOS DE DESCANSO DURANTE LA REALIZACION DE ACTIVIDADES
- J** EN PRESENCIA DE DOLOR EN LAS ARTICULACIONES SUSPENDER LA ACTIVIDAD

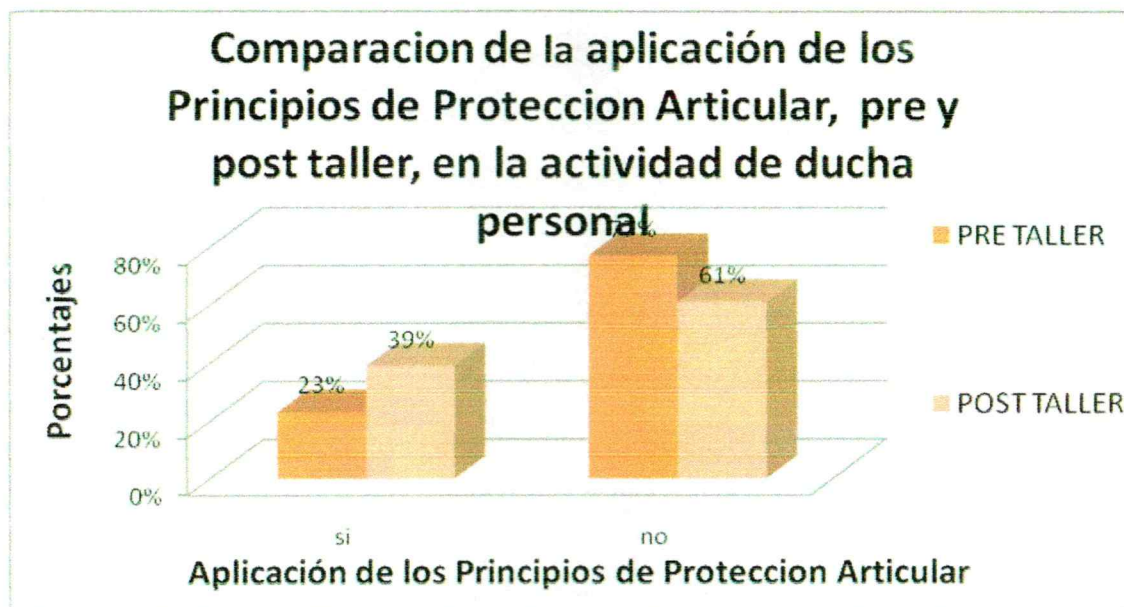


Gráfico N° 14: Comparación de la Aplicación de los Principios de Protección Articular en la actividad de ducha personal de pacientes con artrosis, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

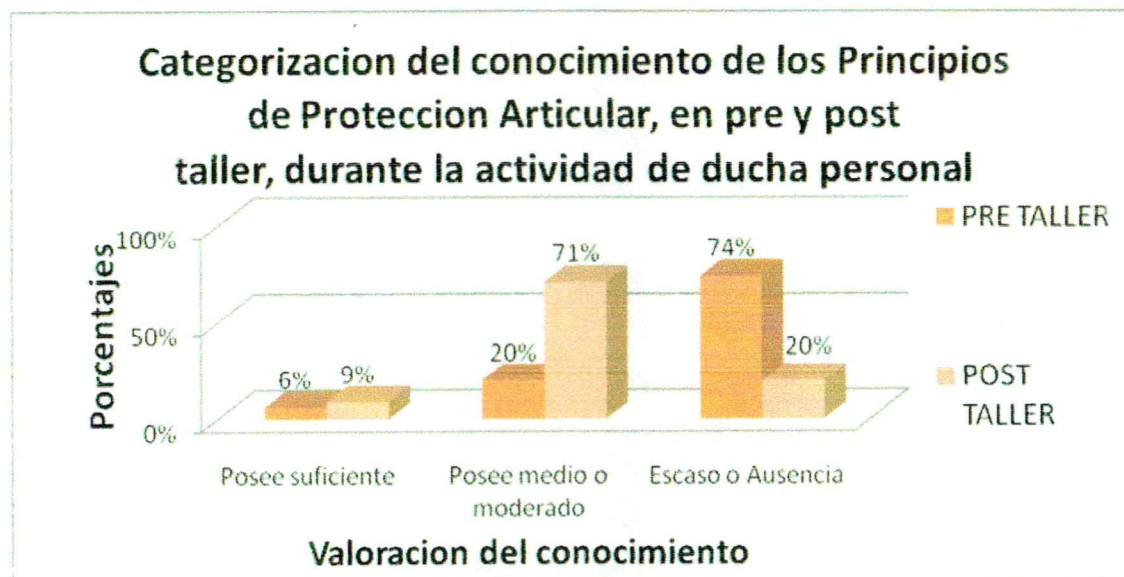


Gráfico N° 15: Categorización de variable conocimiento de los Principios de Protección Articular en la actividad de ducha personal de pacientes con artrosis, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

Referencias:

Posee suficiente conocimiento de los P.P.A.: 22 a 30

Posee medio o moderado conocimiento de los P.P.A.: 10 a 21

Posee escaso o ausencia de conocimiento de los P.P.A.: 0 a 9

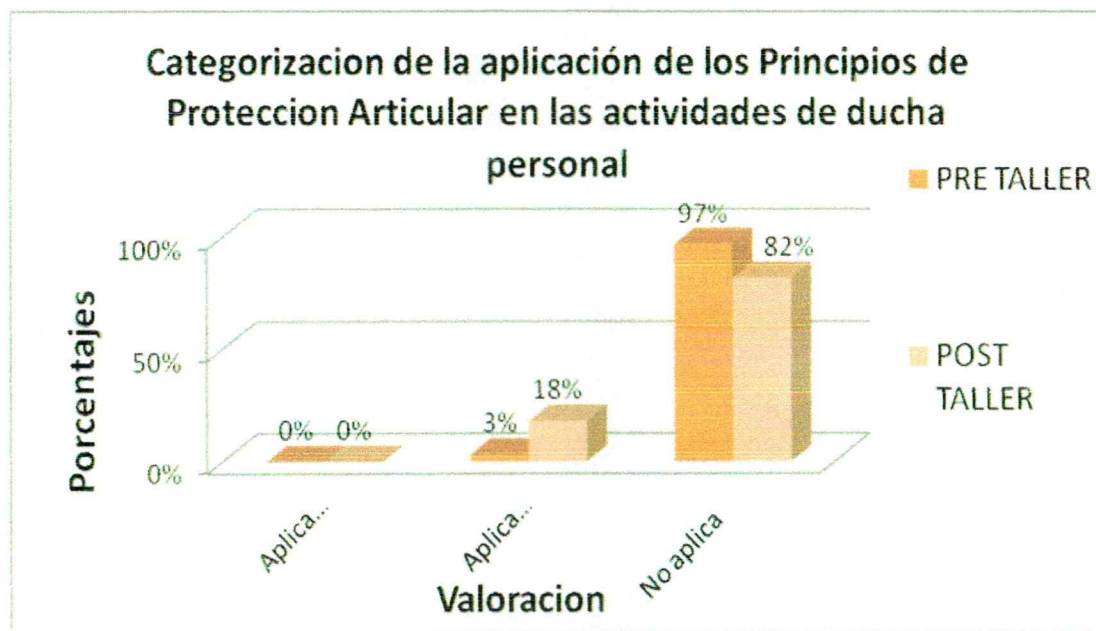


Gráfico N° 16: Categorización de la variable Aplicación de los Principios de Protección Articular en la actividad de ducha personal pacientes con artrosis, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé Buenos Aires. Argentina

Referencias:

* Aplica satisfactoriamente los Principios de Protección Articular: 28 a 39

* Aplica medianamente los Principios de Protección Articular: 13 a 27

*No aplica los Principios de Protección Articular: 0 a 12

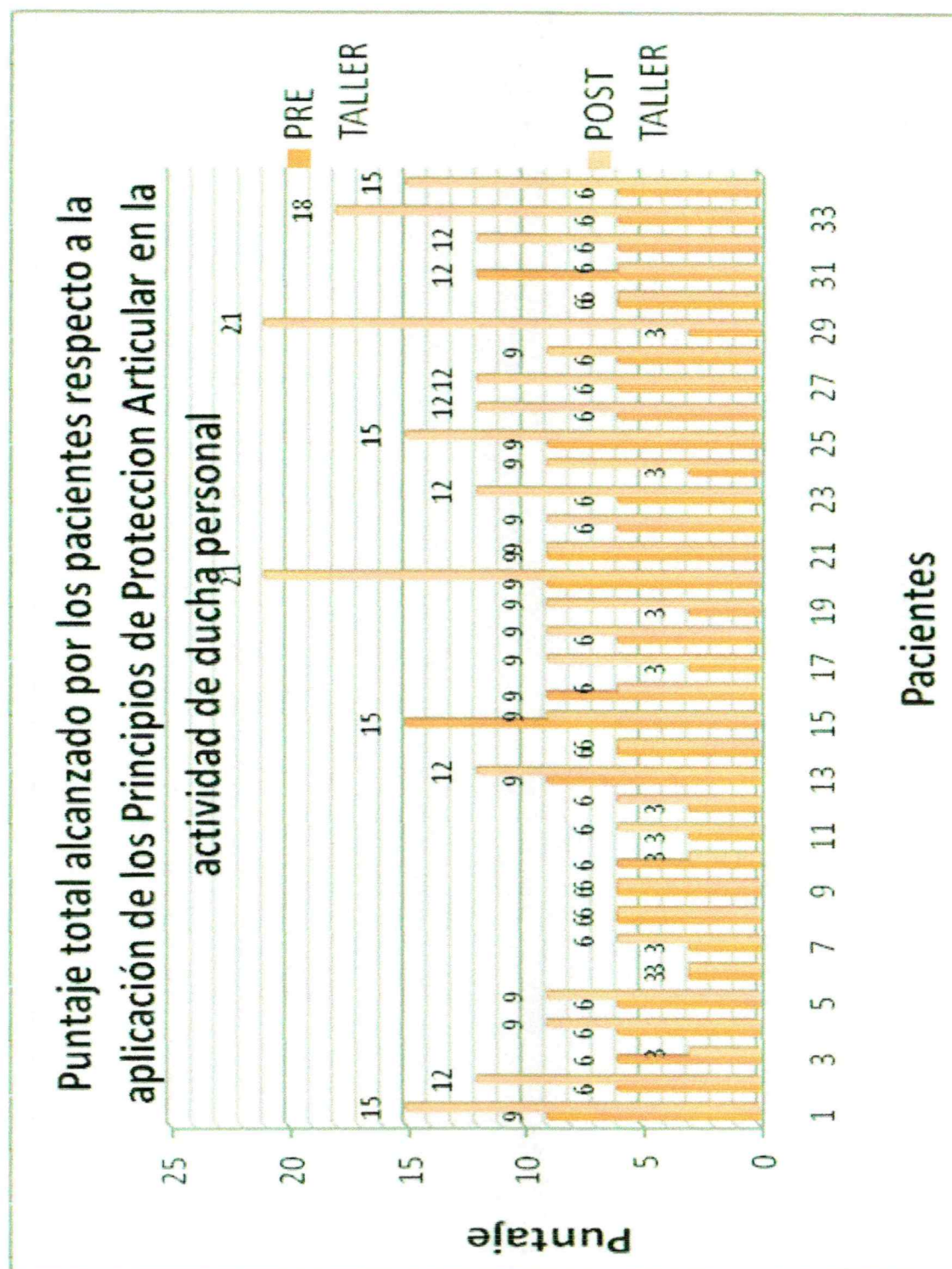


Gráfico Nº 17: Valoración del puntaje total alcanzado respecto de la Aplicación de los Principios de Protección Articular en la actividad de ducha personal de pacientes con artrosis, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DE PROTECCION ARTICULAR PRE Y POST TALLER:

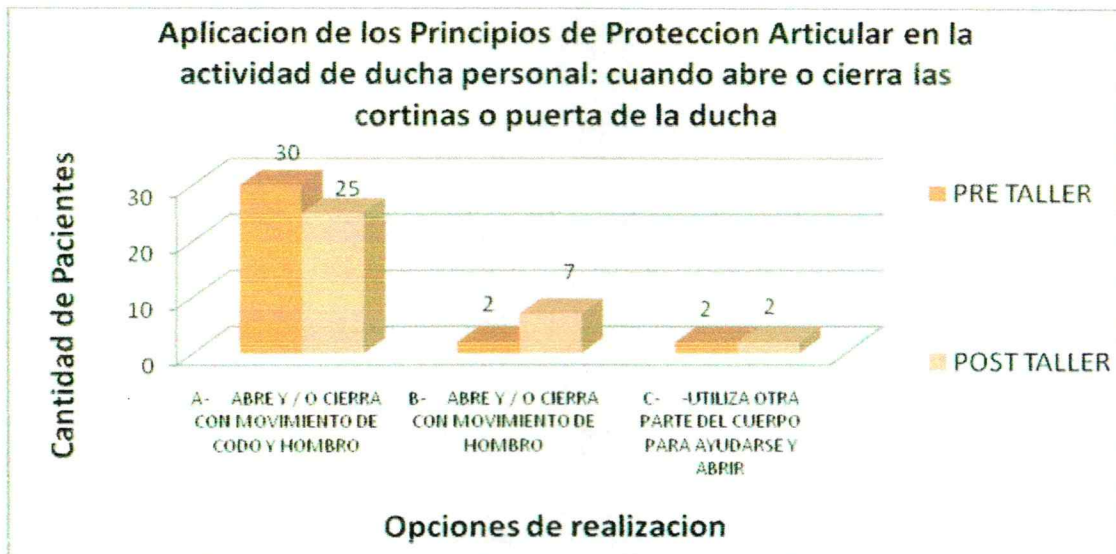


Gráfico N° 18: Valoración de la aplicación de los Principios de Protección Articular en la actividad de ducha personal en pacientes con artrosis, cuando abre o cierra las cortinas o puerta de la ducha, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé, Buenos Aires, Argentina

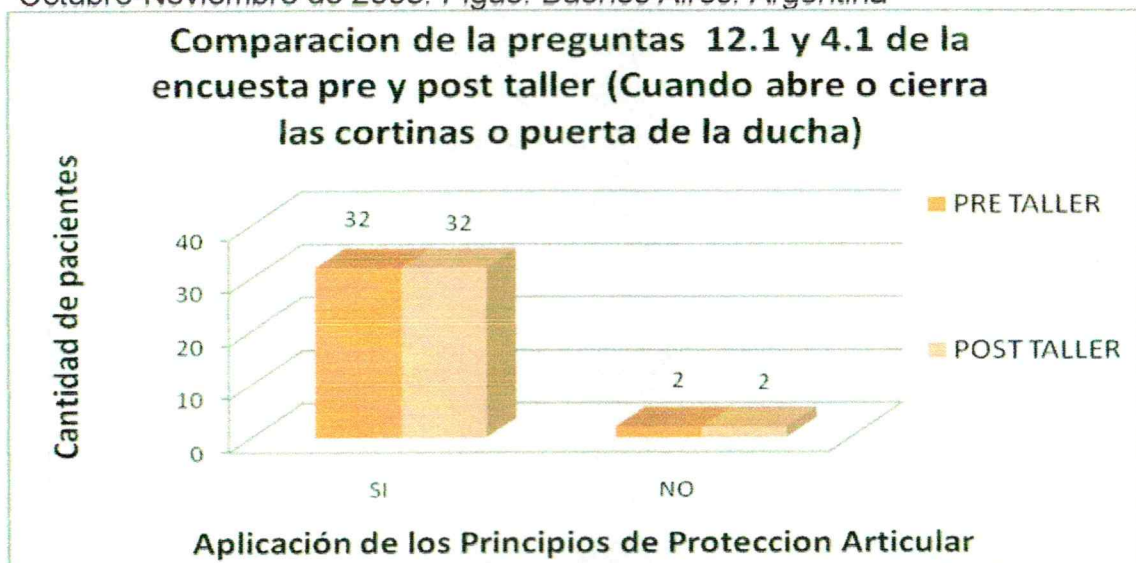


Gráfico N° 19: Comparación de la Aplicación de los Principios de Protección Articular de pacientes con artrosis, cuando abre o cierra las cortinas o puerta de la ducha, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé, Buenos Aires, Argentina

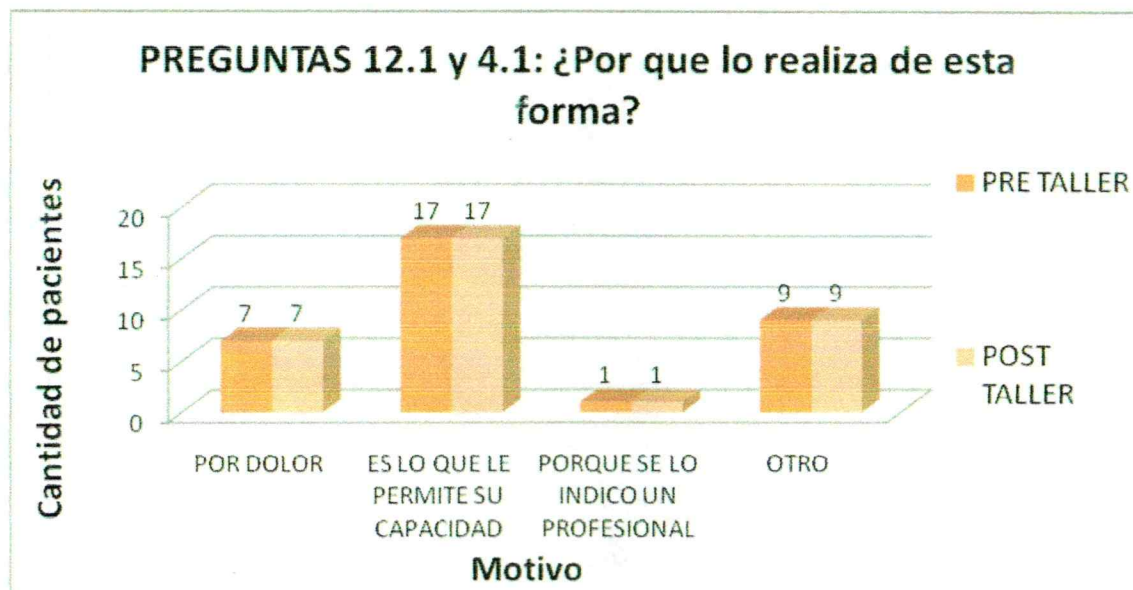


Gráfico N° 20: Valoración del motivo de realización de la actividad de apertura o cierre las cortinas o puerta de la ducha pacientes con artrosis, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

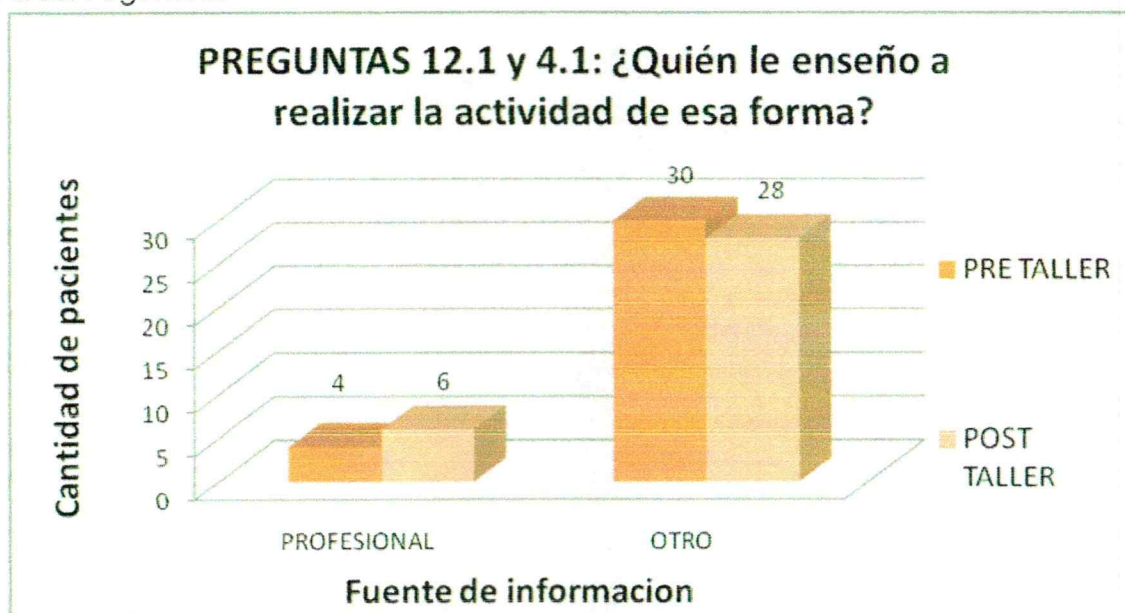


Gráfico N° 21: Valoración del motivo de realización de la actividad de apertura o cierre las cortinas o puerta de la ducha pacientes con artrosis, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

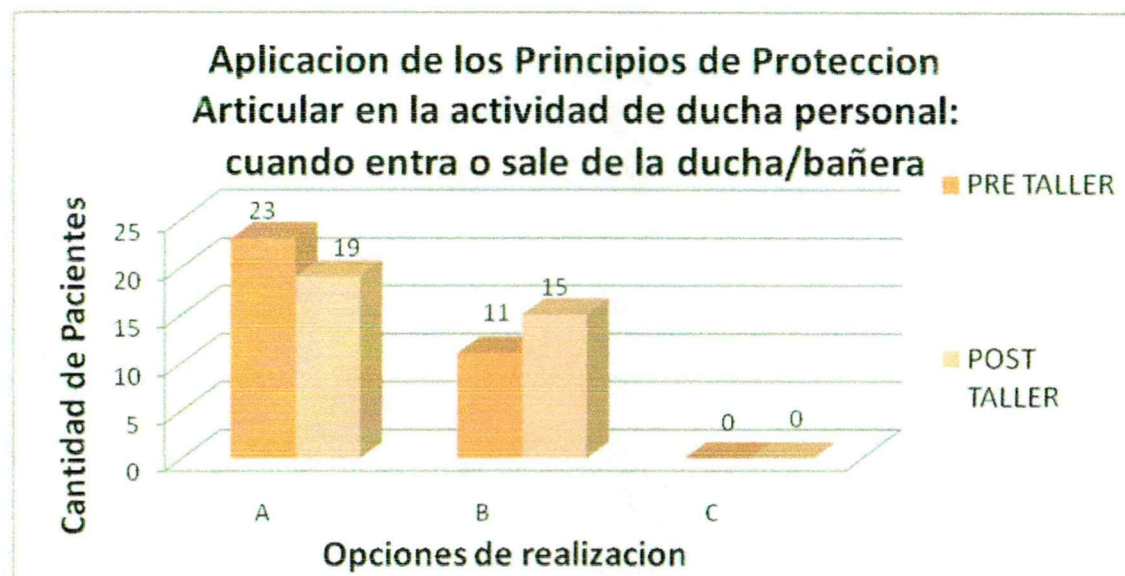


Gráfico N° 22: Valoración de la aplicación de los Principios de Protección Articular en la actividad de ducha personal en pacientes con artrosis, cuando abre o cierra las cortinas o puerta de la ducha, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

Referencias:

- A** LEVANTA UNA PIERNA Y LUEGO LA OTRA PARA INGRESAR SOSTENIENDOSE DE LA PARED
- B** LEVANTA UNA PIERNA Y LUEGO LA OTRA PARA INGRESAR SOSTENIENDOSE DE UN PASAMANOS
- C** UTILIZA UNA TABLA DE TRANSFERENCIA O BANCO PARA BAÑO QUE PASE POR ENCIMA DE LA BAÑERA PARA HACER EL TRASLADO MAS SEGURO

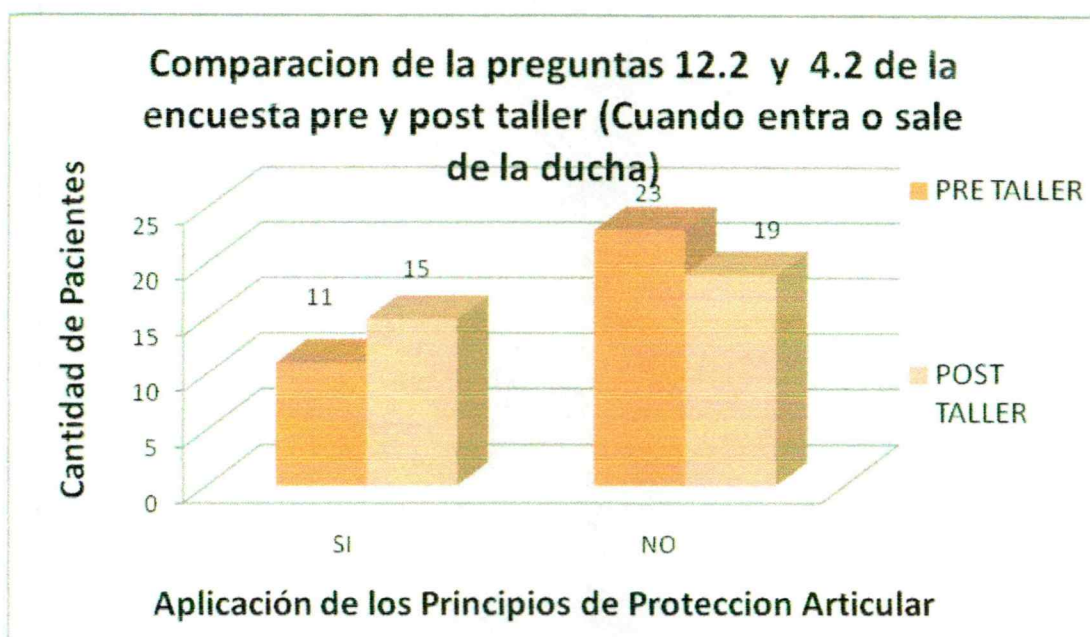


Gráfico N° 23: Comparación de la Aplicación de los Principios de Protección Articular de pacientes con artrosis, cuando entra o sale de la ducha, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

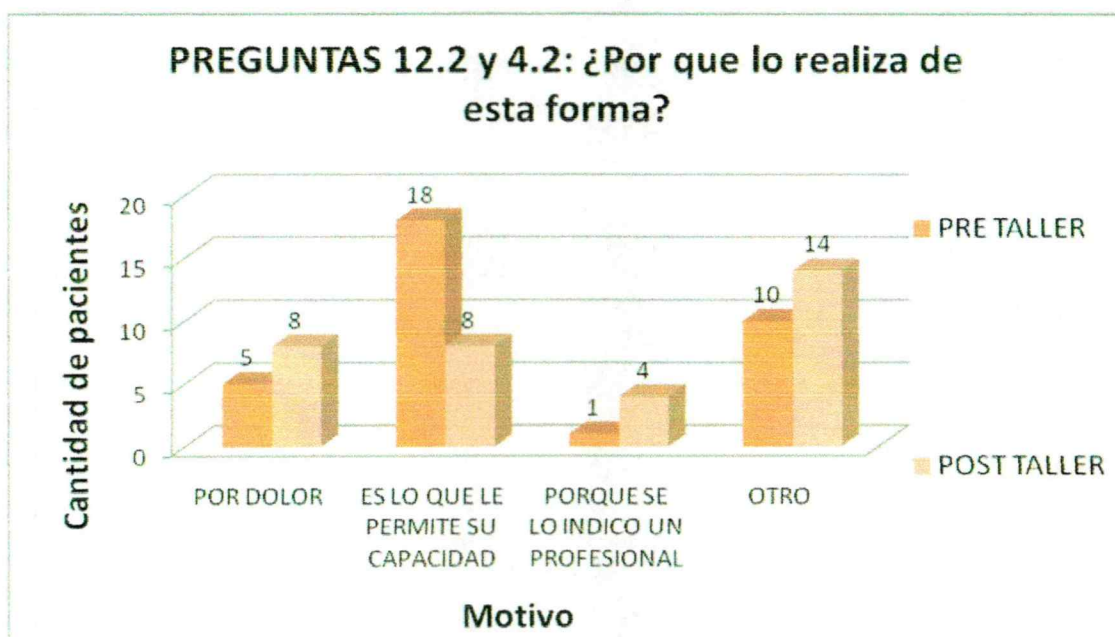


Gráfico N° 24: Valoración del motivo de realización de la actividad de entrar y salir de la ducha pacientes con artrosis, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

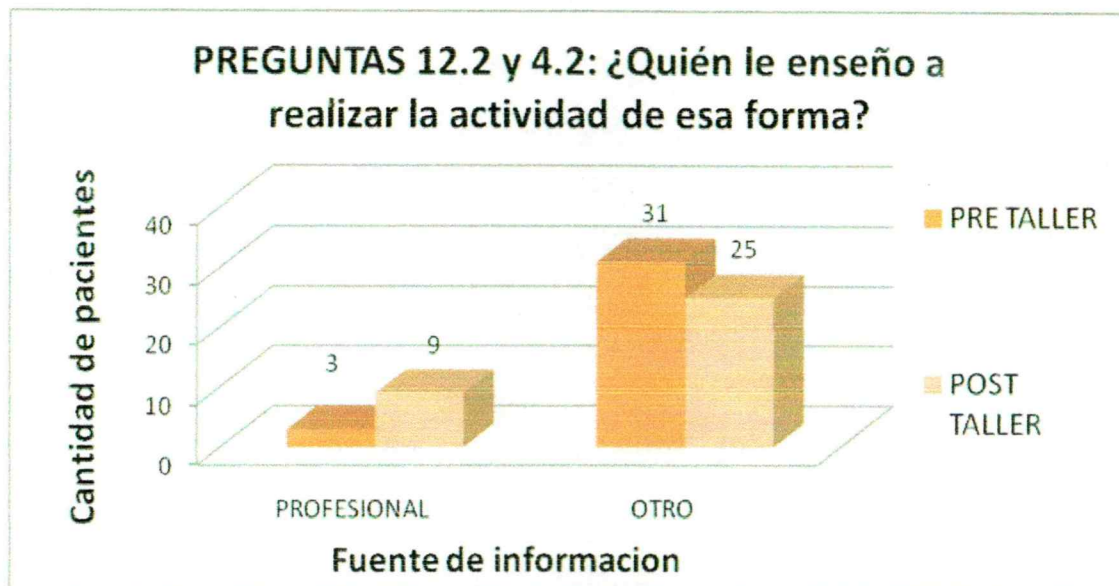


Gráfico N° 25: Valoración de la fuente de información en la realización de la actividad de entrar y salir de la ducha pacientes con artrosis, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina.

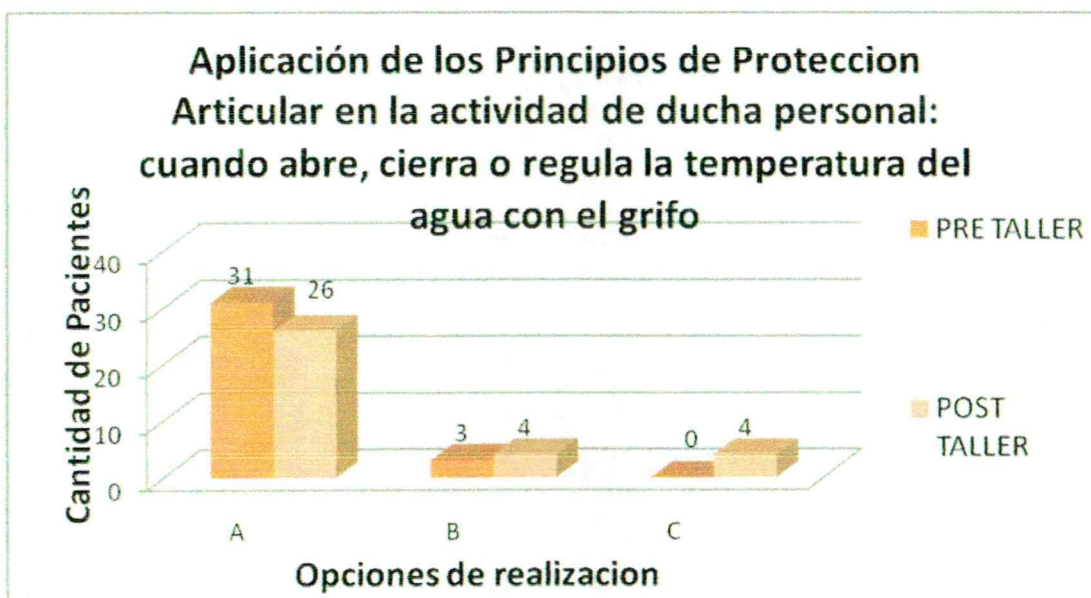


Gráfico N° 26: Valoración de la aplicación de los Principios de Protección Articular en la actividad de ducha personal en pacientes con artrosis, cuando abre, cierra o regula la temperatura del agua con el grifo, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

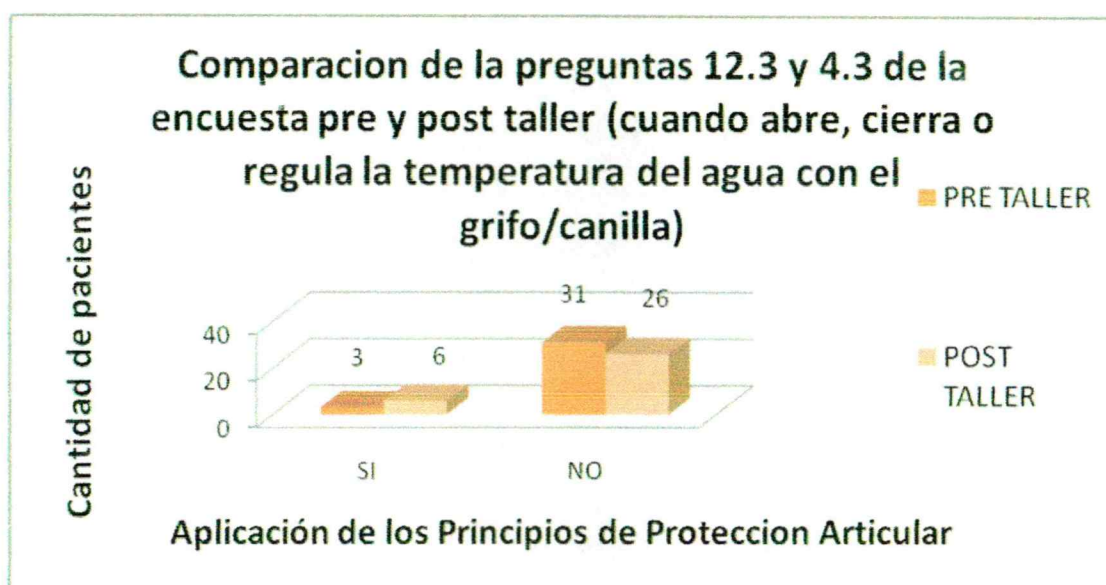


Gráfico N° 27: Comparación de la Aplicación de los Principios de Protección Articular pacientes con artrosis, cuando abre , cierra o regula la temperatura del agua con el grifo/canilla, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre- Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

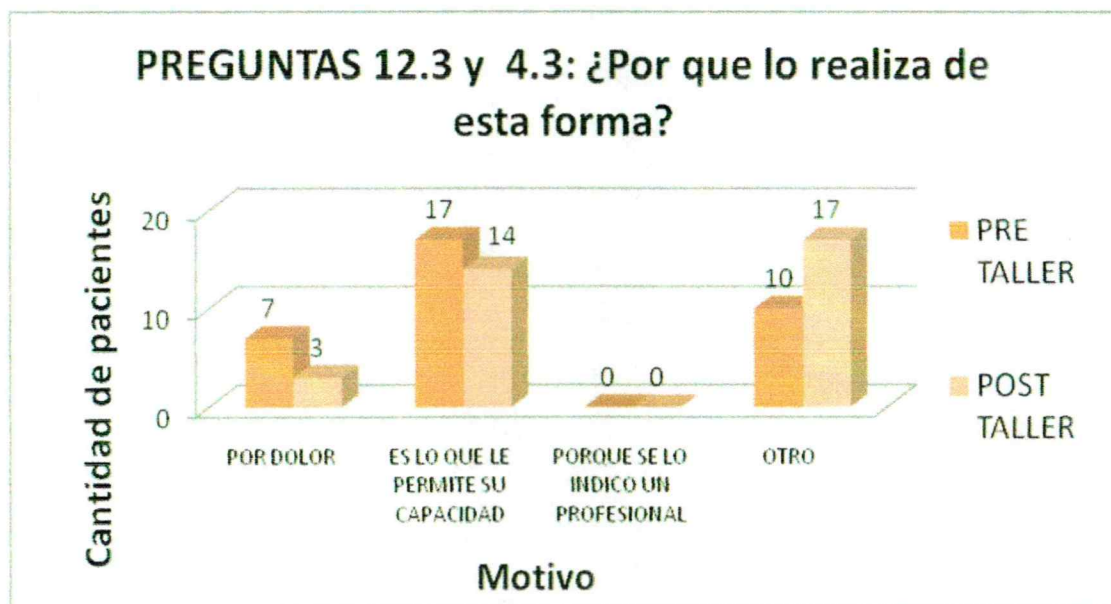


Gráfico N° 28: Valoración del motivo de realización de la actividad de abrir, cerrar o regular la temperatura del agua con el grifo/canilla pacientes con artrosis, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre- Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

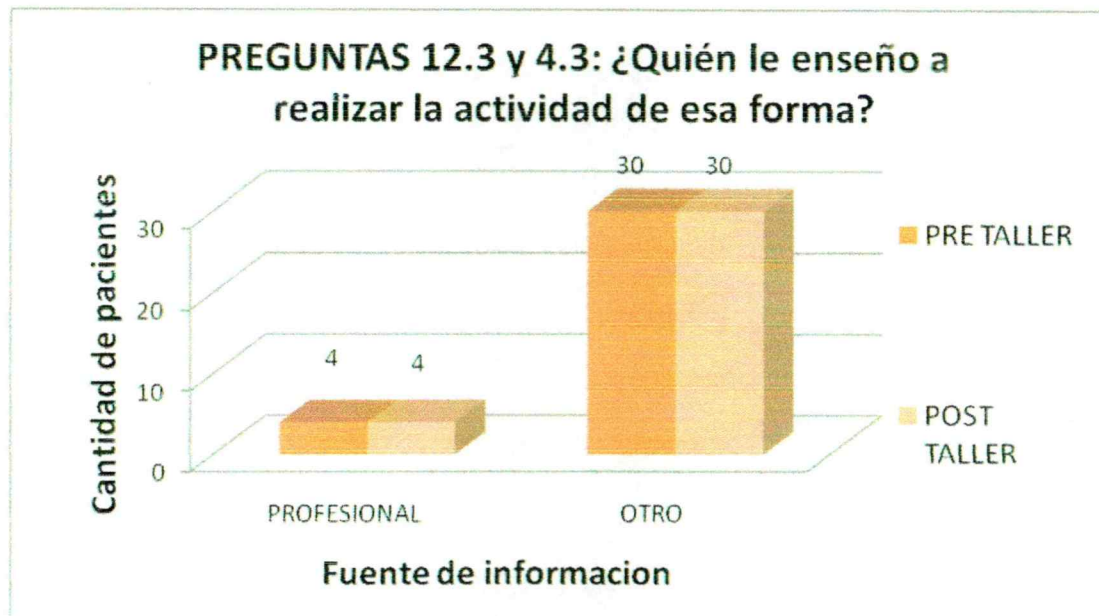


Gráfico N° 29: Valoración de la fuente de información en la realización de la actividad de apertura o cierre las cortinas o puerta de la ducha pacientes con artrosis, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina



Gráfico N° 30: Valoración de la aplicación de los Principios de Protección Articular en la actividad de ducha personal en pacientes con artrosis, cuando vierte jabón en la esponja, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

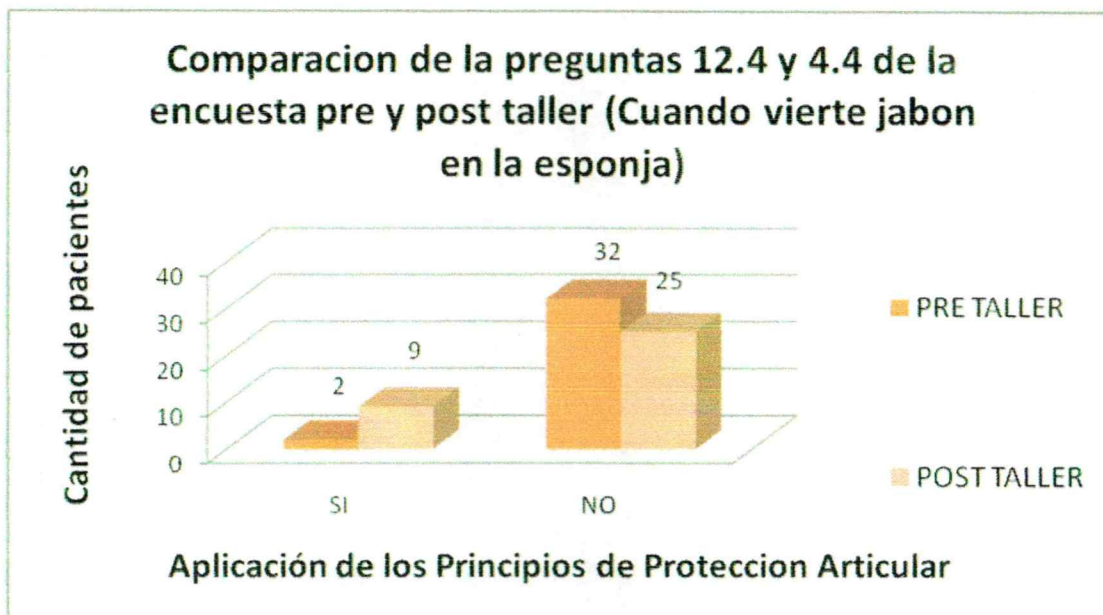


Gráfico N° 31: Comparación de la Aplicación de los Principios de Protección Articular de pacientes con artrosis, cuando vierte jabón en la esponja, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé Buenos Aires. Argentina

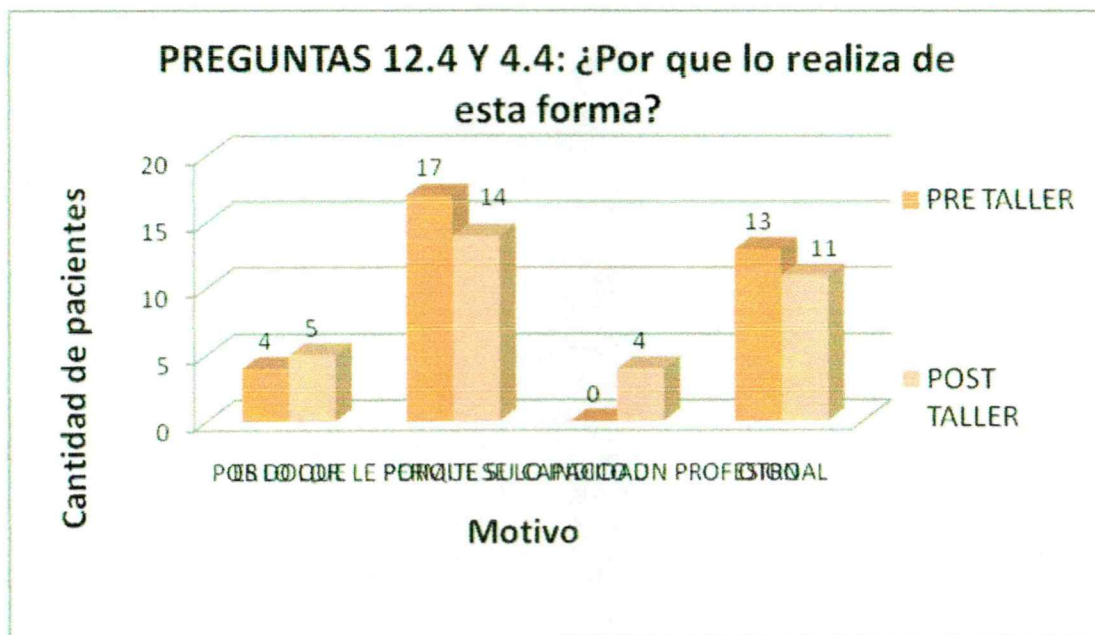


Gráfico N° 32: Valoración del motivo de realización de la actividad de verter jabón en la esponja de pacientes con artrosis, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

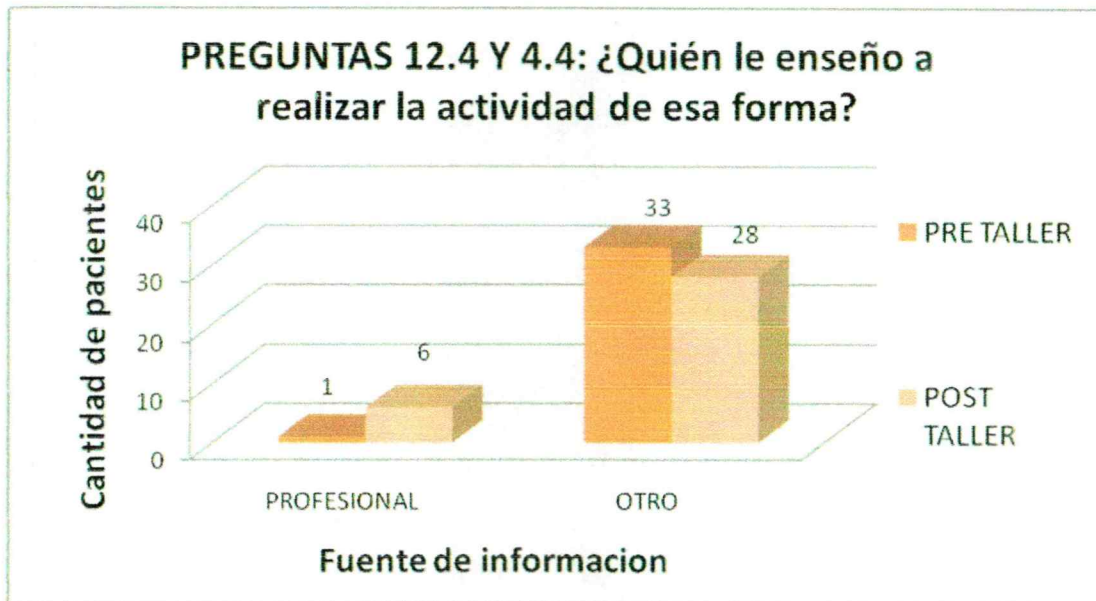


Gráfico N° 33: Valoración de la fuente de información en la realización de la actividad de verter jabón en la esponja de pacientes con artrosis, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé Buenos Aires. Argentina

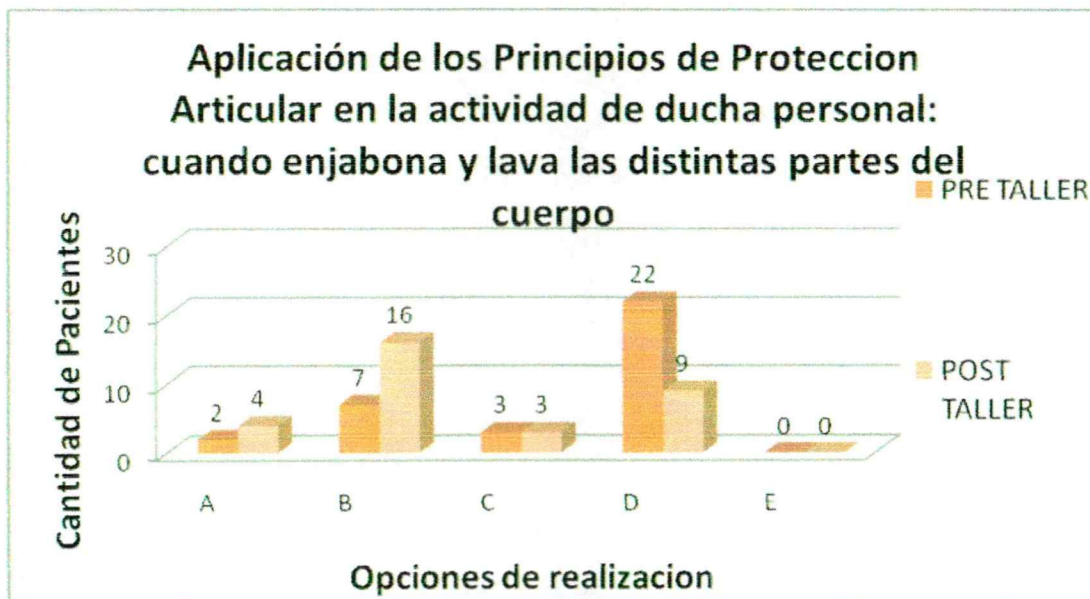


Gráfico N° 34: Valoración de la aplicación de los Principios de Protección Articular en la actividad de ducha personal en pacientes con artrosis, cuando enjabona y lava las distintas partes del cuerpo, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

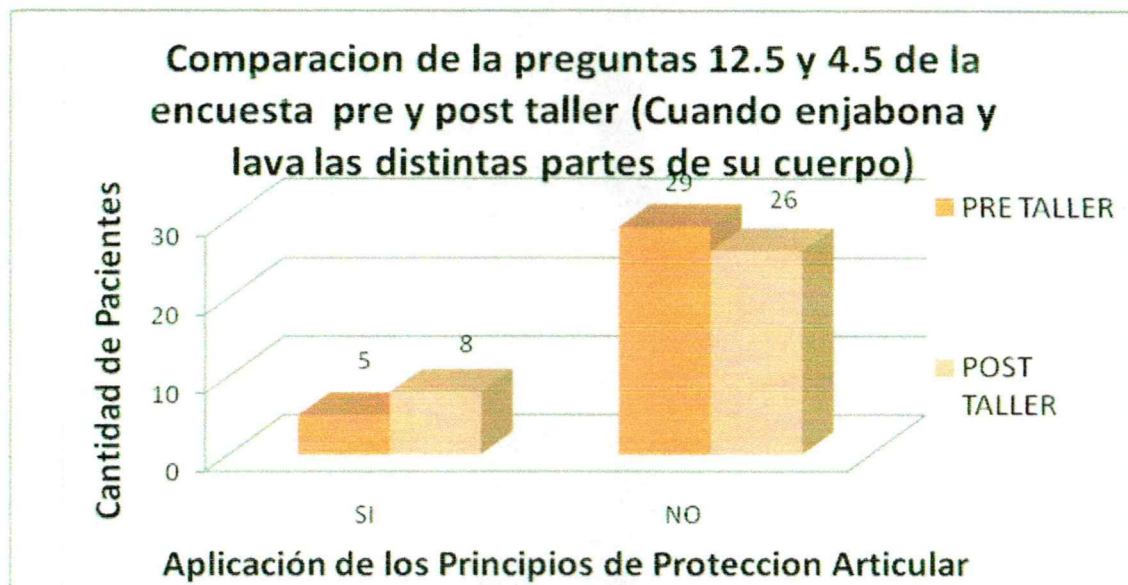


Gráfico N° 35: Comparación de la Aplicación de los Principios de Protección Articular pacientes con artrosis, cuando enjabona y lava las distintas partes del cuerpo, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008.

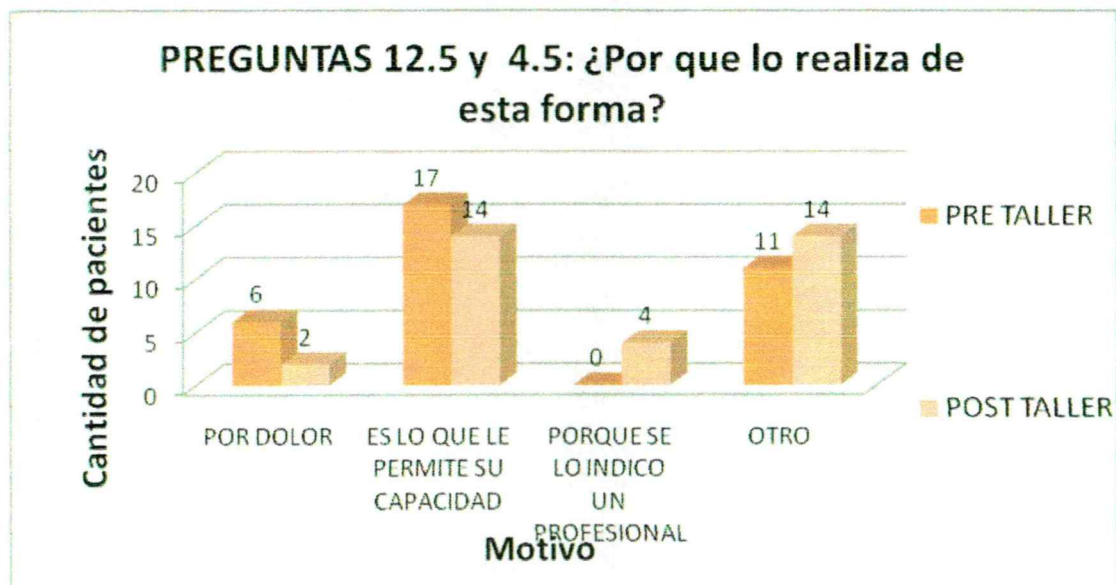


Gráfico N° 36: Valoración del motivo de realización de la actividad de enjabonar y lavar las distintas partes del cuerpo pacientes con artrosis, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

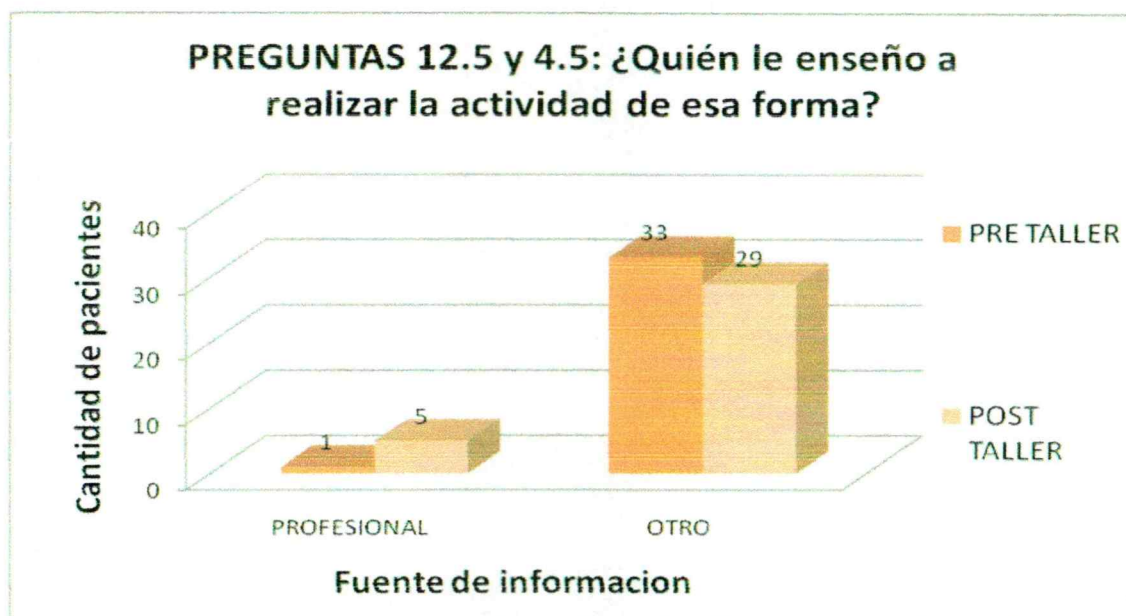


Gráfico N° 37: Valoración del motivo de realización de la actividad de enjabonar y lavar las distintas partes del cuerpo pacientes con artrosis, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

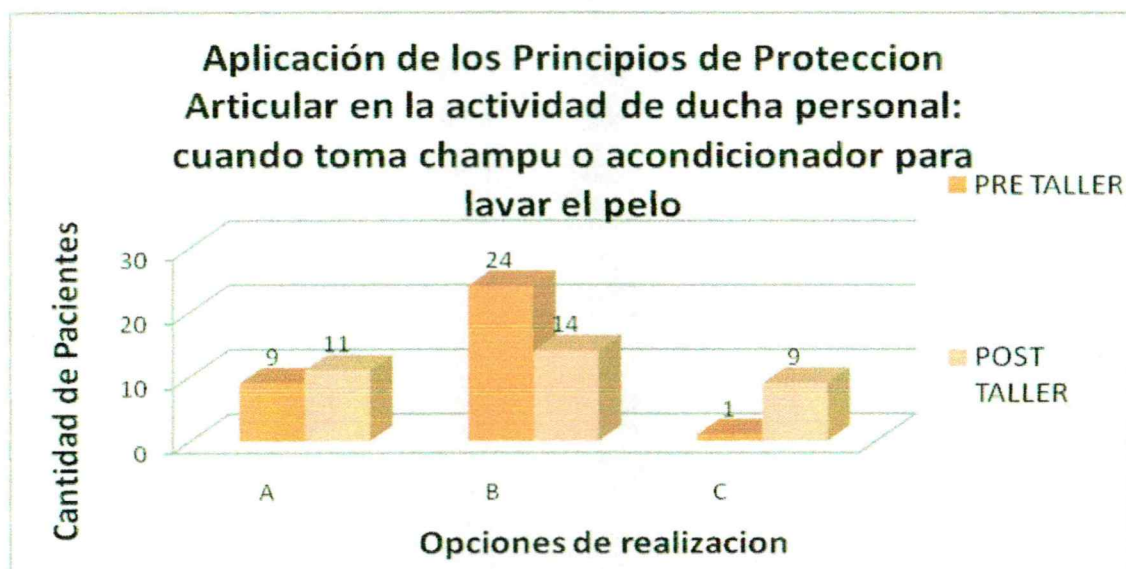


Gráfico N° 38: Valoración de la aplicación de los Principios de Protección Articular en la actividad de ducha personal en pacientes con artrosis, cuando toma champú o acondicionador para lavar el pelo, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé.

Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

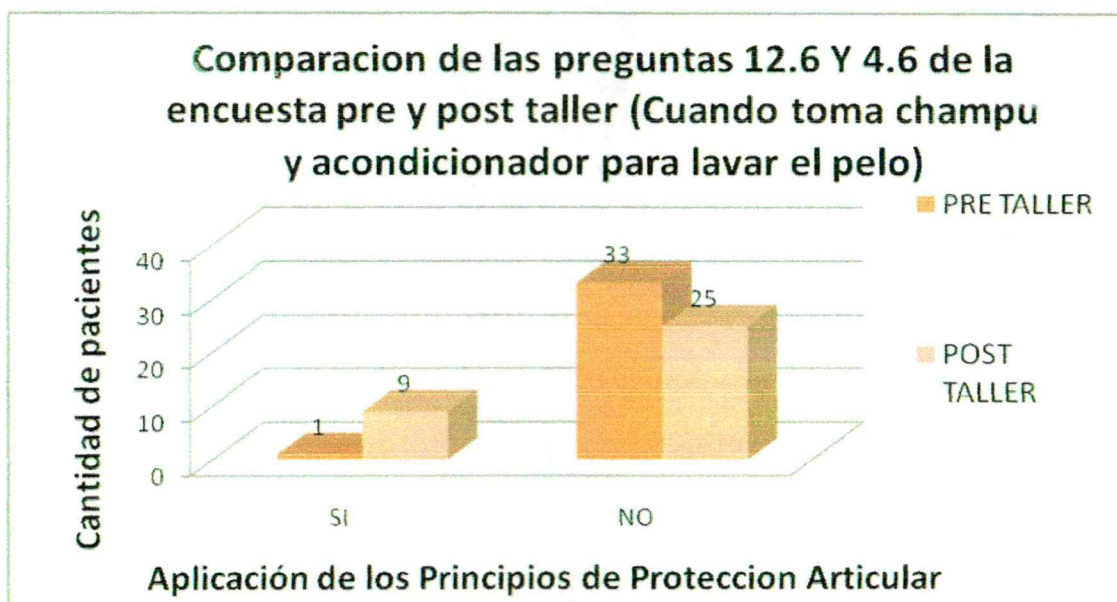


Gráfico N° 39: Comparación de la Aplicación de los Principios de Protección Articular de pacientes con artrosis, cuando toma champú o acondicionador para el pelo, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

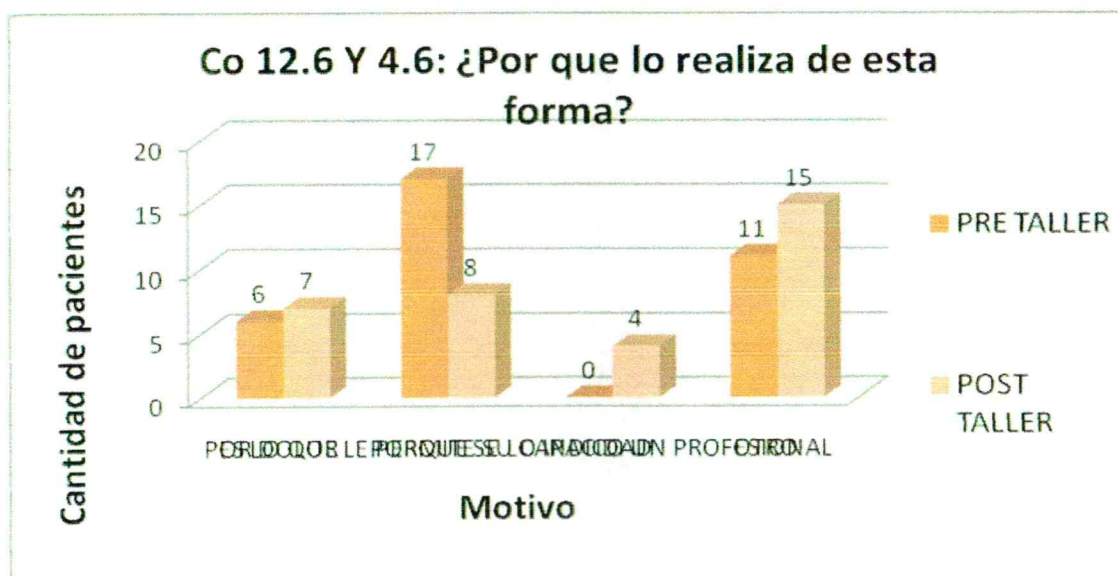


Gráfico N° 40: Valoración del motivo de realización de la actividad de tomar champú o acondicionador para el pelo, pacientes con artrosis, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires.

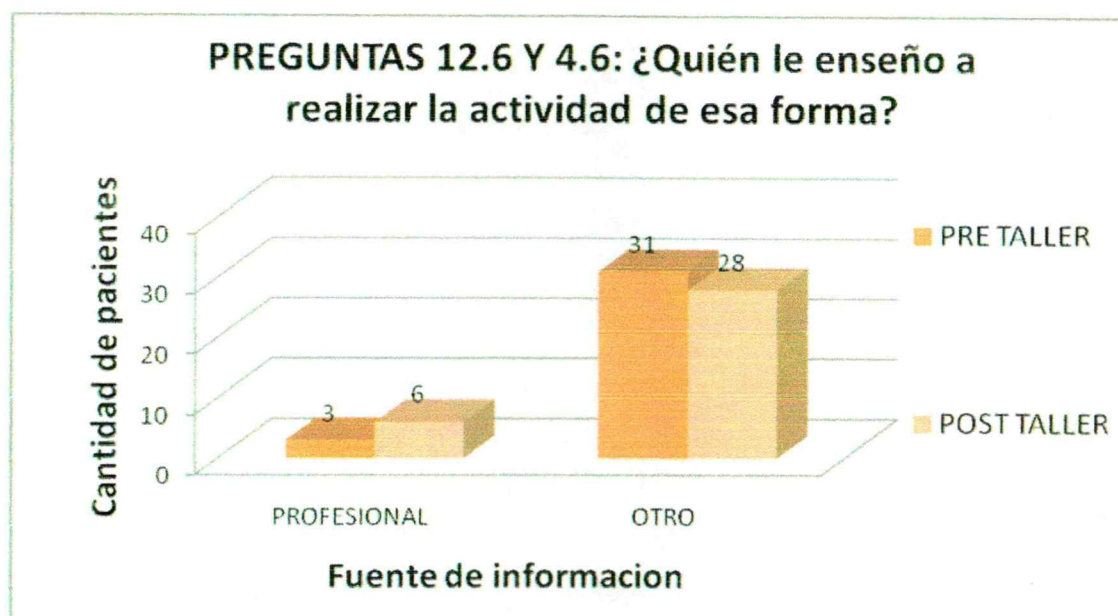


Gráfico N° 41: Valoración del motivo de realización de la actividad de tomar champú o acondicionador para el pelo, pacientes con artrosis, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina



Gráfico N° 42: Valoración de la aplicación de los Principios de Protección Articular en la actividad de ducha personal en pacientes con artrosis, cuando toma champú o acondicionador para lavar el pelo, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

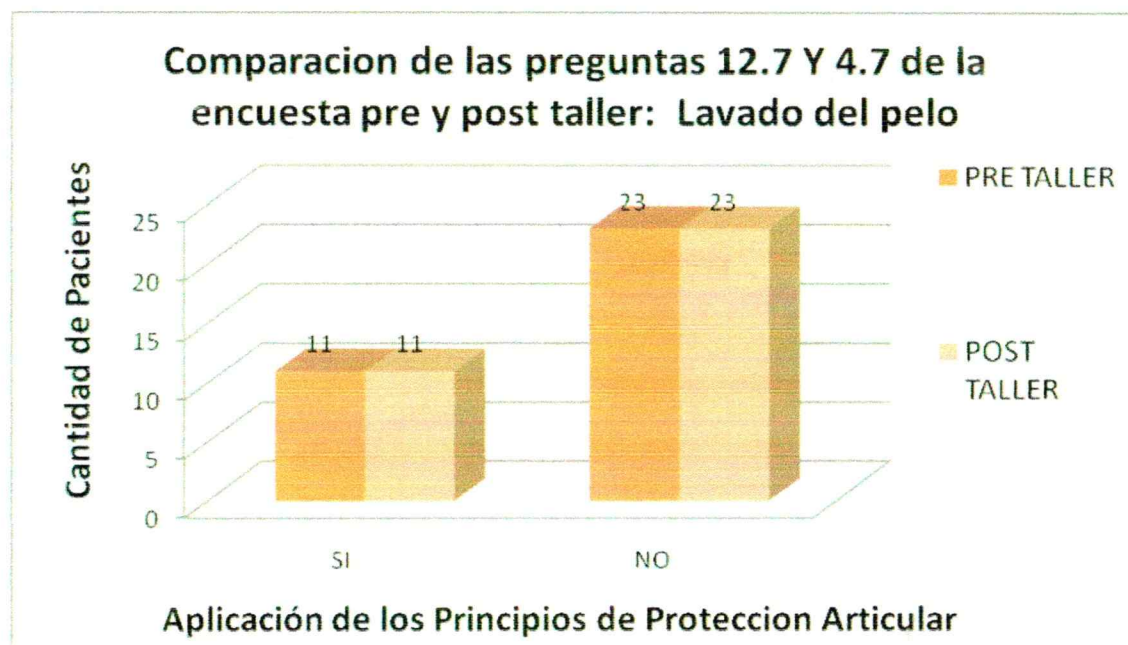


Gráfico N° 43: Comparación de la Aplicación de los Principios de Protección Articular de pacientes con artrosis, al lavar el pelo, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

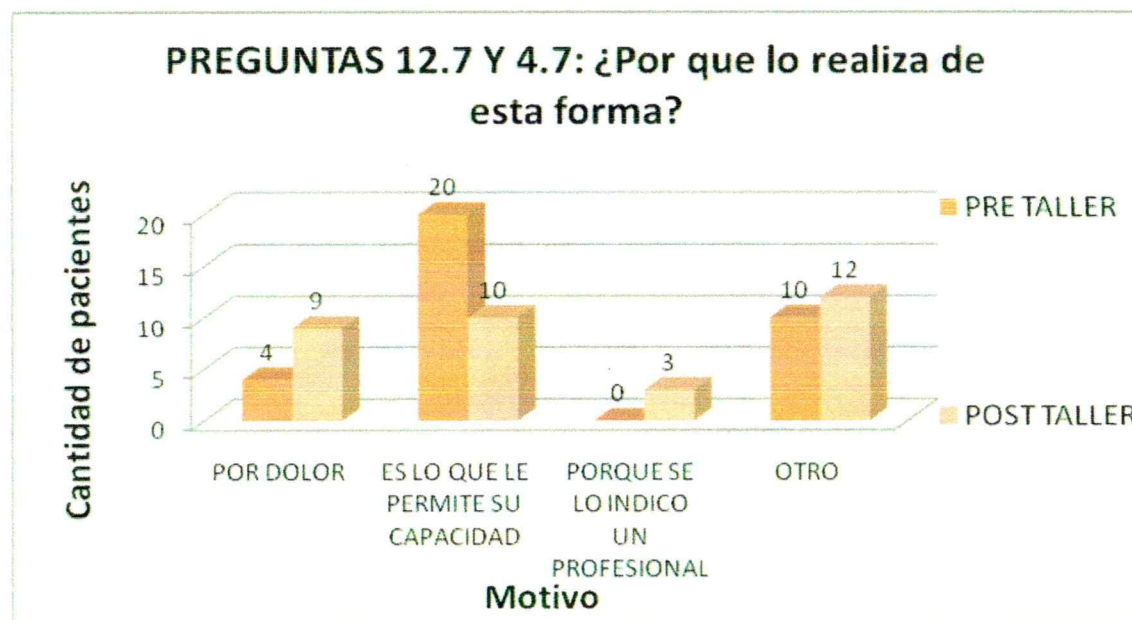


Gráfico N° 44: Valoración del motivo de realización de la actividad de al lavado del pelo pacientes con artrosis, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé Buenos Aires. Argentina

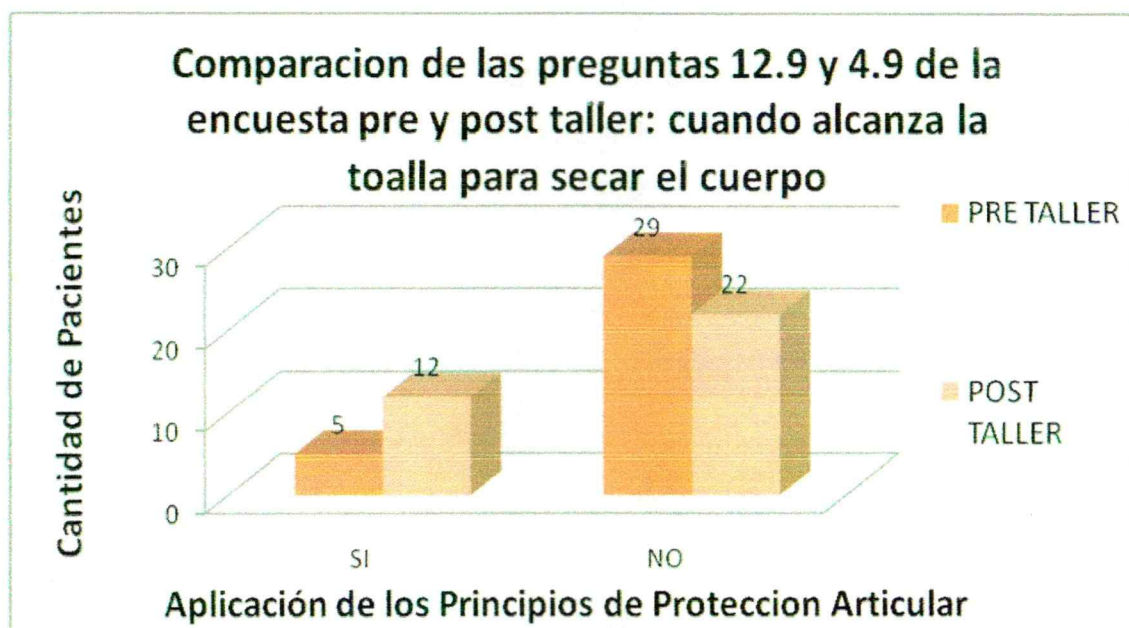


Gráfico N° 51: Comparación de la Aplicación de los Principios de Protección Articular de pacientes con artrosis, cuando alcanza la toalla para secar el cuerpo, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

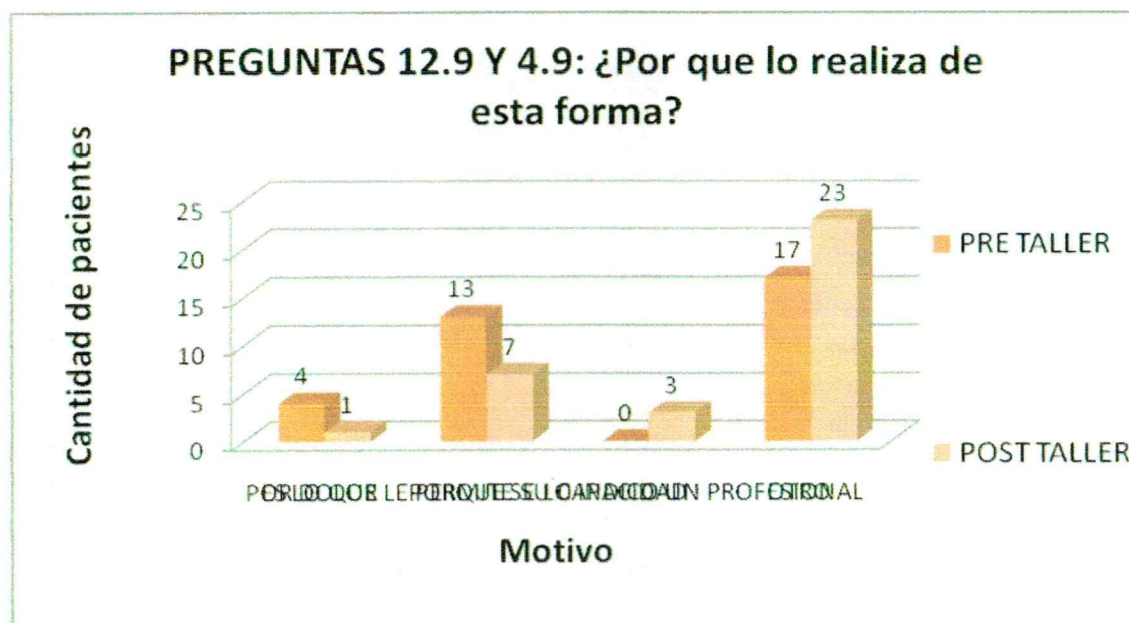


Gráfico N° 52: Valoración del motivo de realización de la actividad de alcanzar la toalla para secar el cuerpo pacientes con artrosis, entrevistados en **pre y post taller** de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

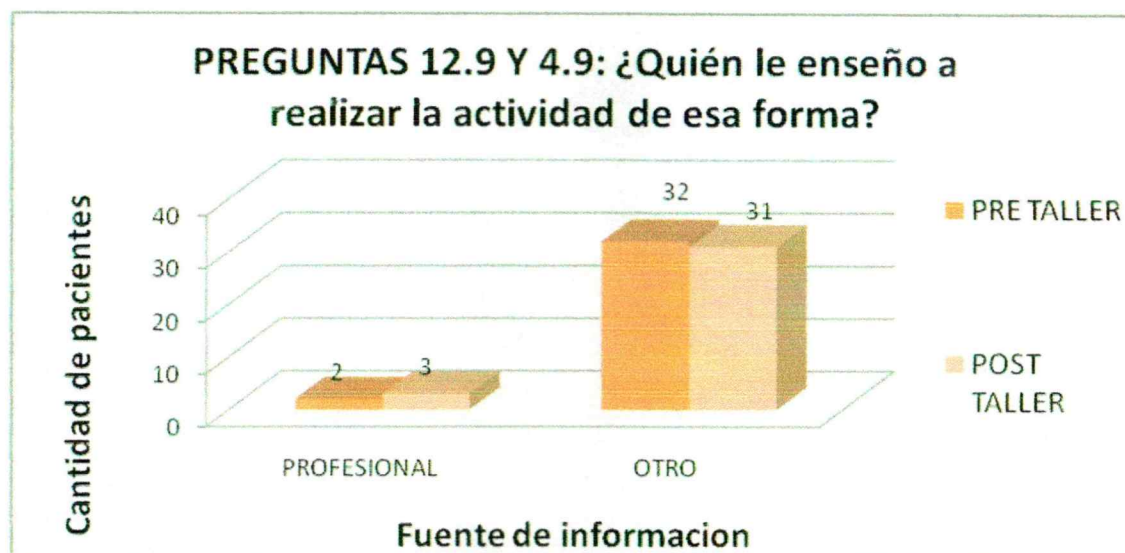


Gráfico Nº 53: Valoración del motivo de realización de la actividad de alcanzar la toalla para secar el cuerpo pacientes con artrosis, entrevistados en pre y post taller de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

9.2 INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Una vez obtenidos los resultados del presente trabajo, pude establecer la importancia que implica el Taller de Educación para la Salud de Terapia Ocupacional destinado a pacientes con artrosis.

Teniendo en cuenta que la investigación se llevó a cabo en la ciudad de Pigüé, con las características propias de una ciudad pequeña de la ciudad de Buenos Aires, se observaron relaciones vinculares favorecidas por el contacto y conocimiento previo a la participación del taller. Este factor, sumado al abordaje grupal llevado a cabo a lo largo del proceso, ofrece la posibilidad de expresarse y establecer intercambios de conocimientos, vivencias y experiencias propias de cada integrante, brindando un espacio óptimo para el cambio en el estilo de vida de estos pacientes. A partir del compromiso e interés demostrado hacia las actividades desarrolladas, se facilitó la posibilidad de alcanzar mayores conocimientos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida e independencia de los pacientes con artrosis.

A pesar de la inexistencia en Pigüé, previa a la implementación del Taller de Educación para la Salud de Terapia Ocupacional, de grupos de profesionales o interesados que trabajasen a favor de los pacientes con artrosis, desde un inicio se apreció la motivación y disposición de cada uno de los integrantes del mismo, los que se vieron comprometidos con una patología (artrosis) que afectó la vida de cada uno de ellos, aunque de manera diferente en cada uno de los casos. Esto fue aclarado desde un inicio, ya que todos presentaban compromisos diferentes de acuerdo al grado de artrosis que los afectara, tiempo de evolución de la enfermedad, etc. Esto fue de utilidad ya que quienes se encontraban en estadios avanzados de la enfermedad podían alertar a quienes no lo estaban y permitió la toma de conciencia de la importancia de responsabilizarse y comprometerse para lograr cambios en el estilo de vida de los pacientes.

Al analizar los datos obtenidos en las encuestas, se establece que el Taller Educativo estuvo conformado por 34 personas con diagnóstico de artrosis; el promedio de edad de los pacientes fue de 65 años (con predominio de sexo femenino), y respecto del nivel de escolaridad el 38 % posee primaria completa.

El 79% de los pacientes vive acompañado y el 52% de los mismos son jubilados. El 94% utiliza la ducha con mayor frecuencia para higienizarse.

Un porcentaje representativo de la población (56%), manifiesta tener antecedentes de artrosis y el promedio de evolución de la enfermedad de los pacientes es superior a los 10 años (47%).

La zona corporal de mayor dolor es en primer lugar (29%) las rodillas, y en segundo lugar (26%) las manos. El 52.9% realizan actualmente el tratamiento con médico clínico, vale destacar que un 9% lo realiza en el servicio de Terapia Ocupacional. El 68 % realiza solo un tratamiento, mientras que un 23% realiza 2 tratamientos. Estos resultados demuestran la falta de interés o dedicación de las personas entrevistadas respecto de la patología que sufren.

La instalación de baño utilizada con mayor frecuencia por los pacientes es la ducha en un 94% de los casos.

La selección en la pre y post encuesta de diferentes modos de realización de la actividad de ducha personal sin aplicación de los Principios de Protección Articular, como es el caso de las opciones de la pregunta 4.5 y 4.6 en la pre y post encuesta se debe, probablemente, a que los pacientes no conservan una sola forma de ejecución de la actividad de ducha personal.

Pudo observarse gran variabilidad en las respuestas elegidas por los pacientes al seleccionar el motivo por el cual realizan la actividad de determinada manera apreciándose que las opciones optadas en la mayoría de los casos fueron: "es lo que le permite su capacidad" y "otro" (lo aprendió de esta forma/no sabe).

La fuente de información en la aplicación de los Principios de Protección Articular, para realizar la actividad de ducha personal, fue en un mayor porcentaje el indicador "otro" (costumbre/desconocimiento). A pesar de lo citado anteriormente, cabe mencionarse que la opción "profesional" obtuvo un aumento constante en todos los pasos de la actividad de ducha personal en post taller con respecto a la cantidad de pacientes que seleccionaron esta opción.

9.3 ANALISIS E INTERPRETACION CORRESPONDIENTE A LA EVALUACION DEL PROCESO DEL TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD DE TERAPIA OCUPACIONAL:

COORDINADORES:

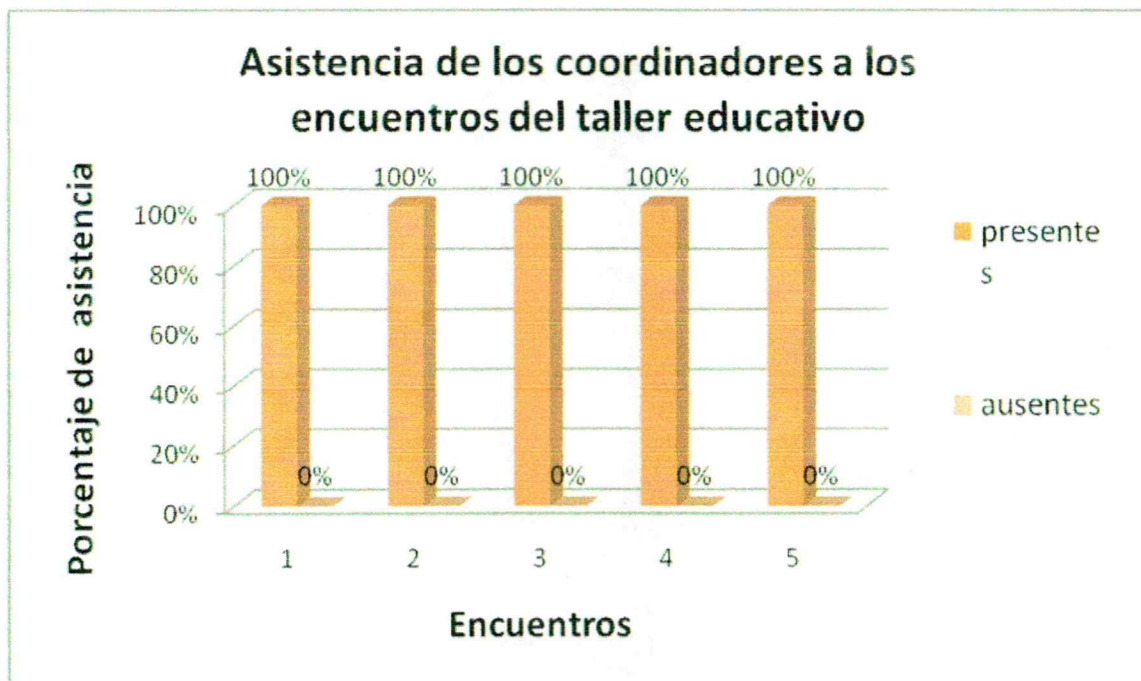


Gráfico N° 54: Asistencia de los coordinadores a los encuentros del taller educativo de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

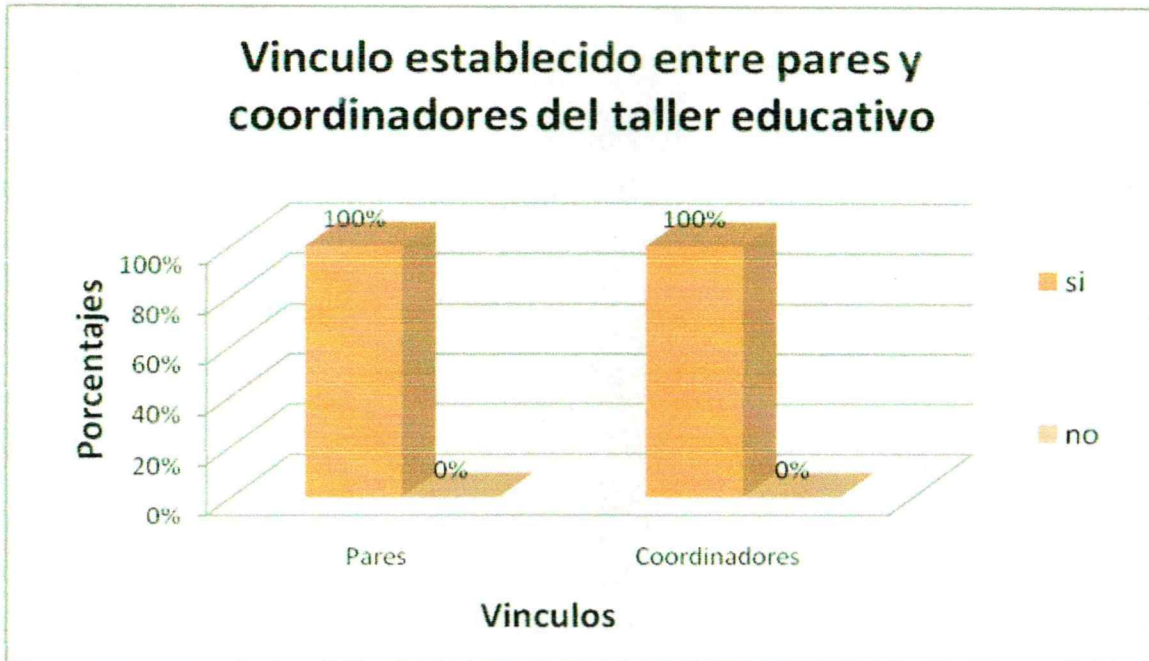


Gráfico N° 55: Vinculo establecido entre los pares y coordinadores del taller educativo de terapia ocupacional, siendo **constante en cada uno de los encuentros** realizado en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé Buenos Aires. Argentina

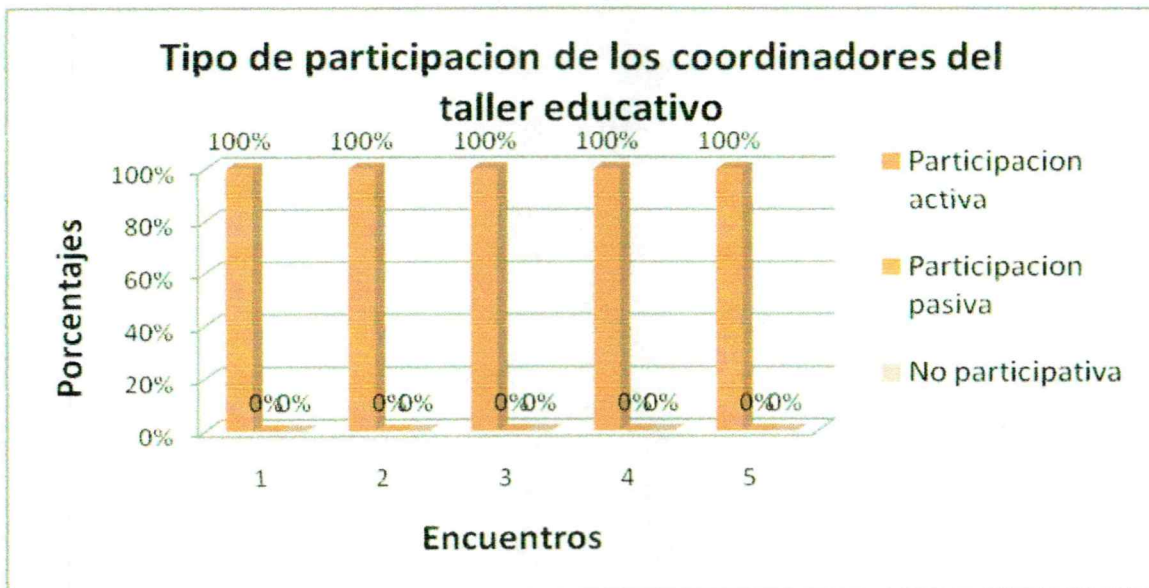


Gráfico N° 56: Tipo de participación de los coordinadores en cada uno de los encuentros del taller educativo de terapia ocupacional, siendo **constante en cada uno de los encuentros** realizado en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

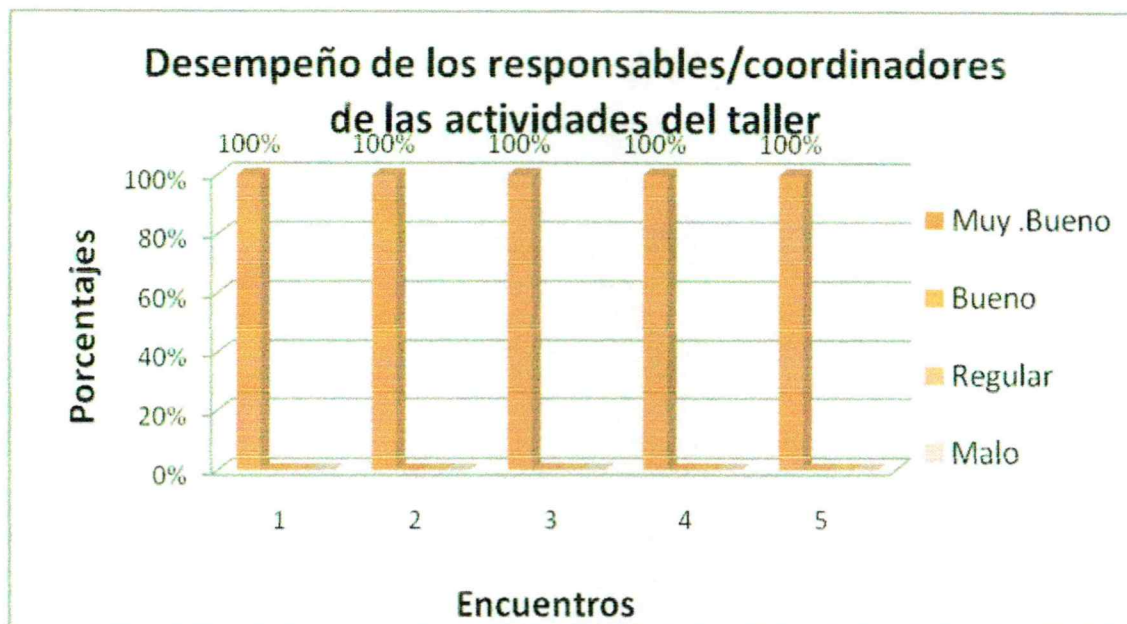


Gráfico N° 57: Tipo de desempeño de los coordinadores en las actividades, en cada uno de los encuentros del taller educativo de terapia ocupacional, **siendo constante en cada uno de los encuentros** realizado en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

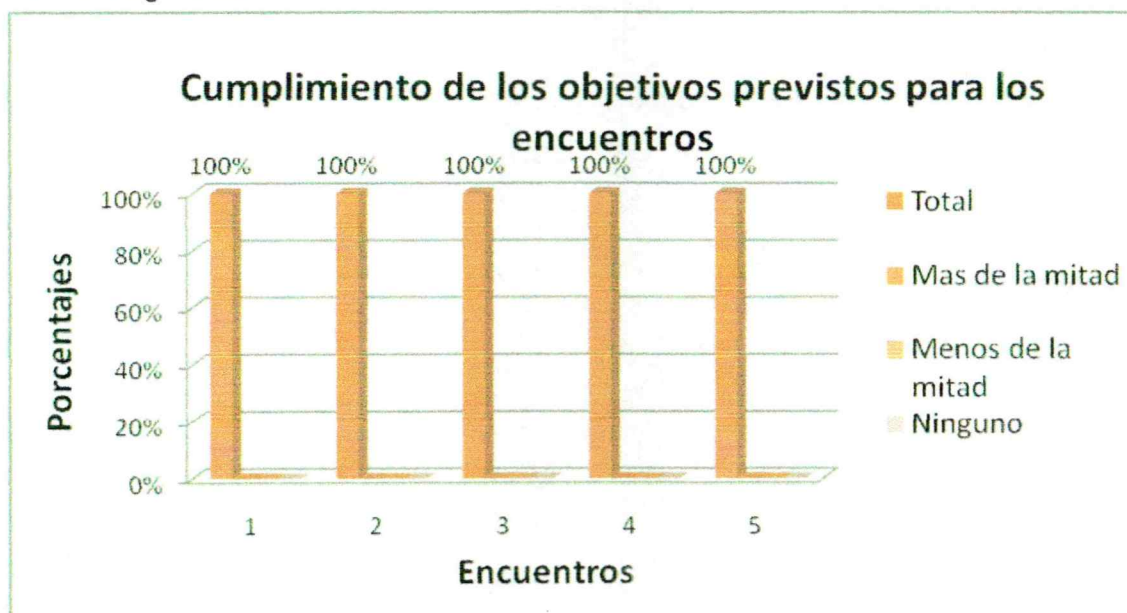


Gráfico N° 58: Valoración del cumplimiento de los objetivos previstos en el taller educativo de terapia ocupacional, **siendo constante en cada uno de los encuentros** realizado en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

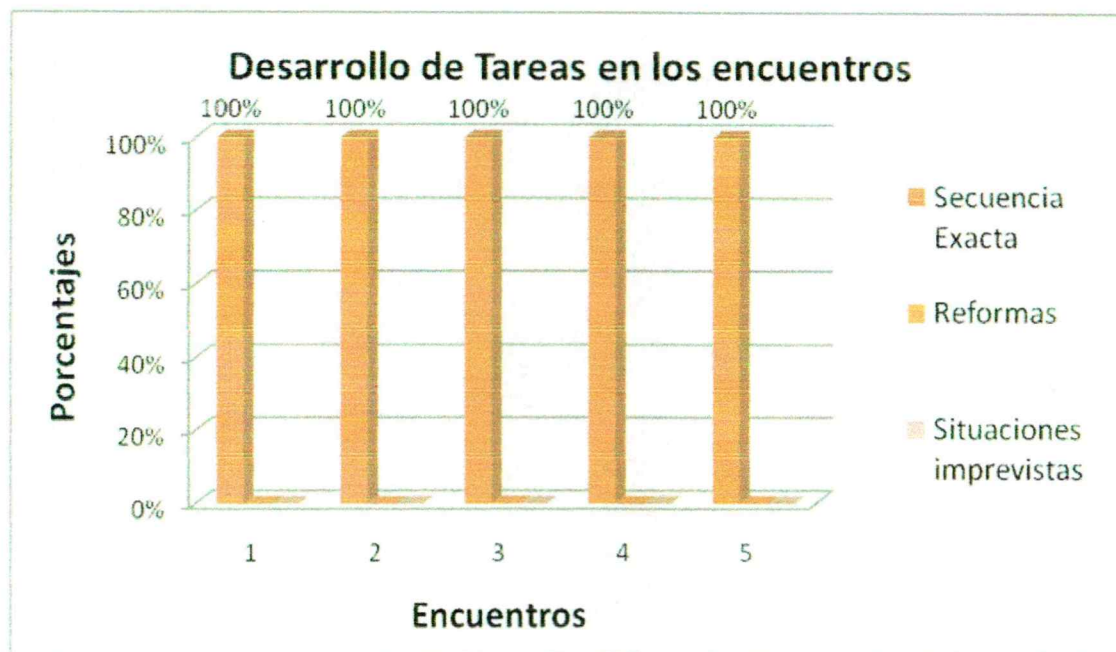


Gráfico N° 59: Desarrollo de tareas en el taller educativo de terapia ocupacional, **siendo constante en cada uno de los encuentros** realizado en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

PARTICIPANTES DEL TALLER:

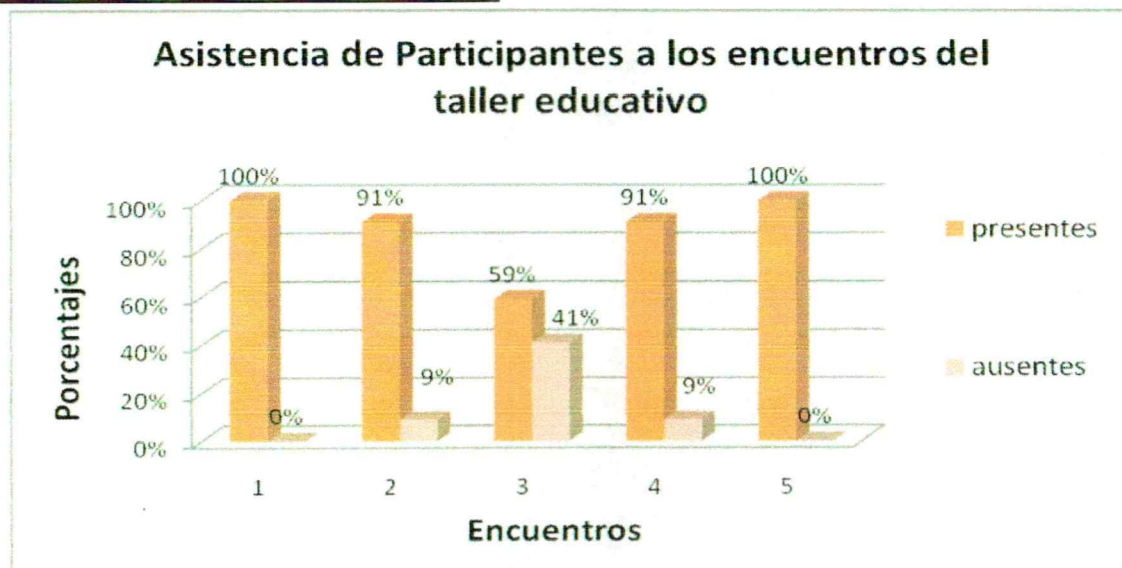


Gráfico N° 60: Porcentaje de asistencia de los participantes a los encuentros del taller educativo de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

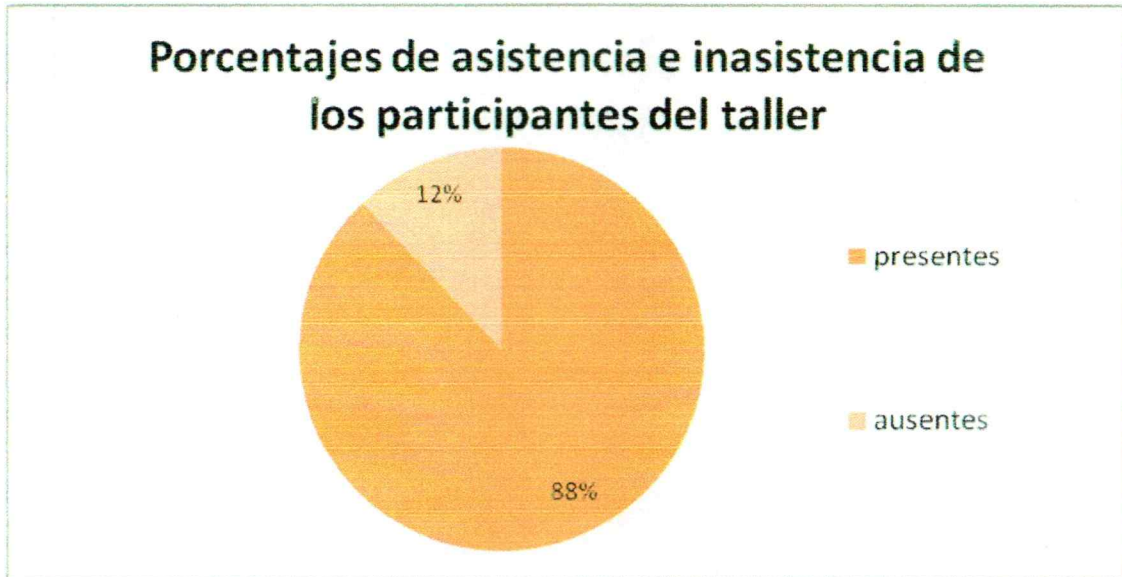


Gráfico N° 61: Porcentajes de asistencia e inasistencia de los participantes a los encuentros del taller educativo de terapia ocupacional, en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

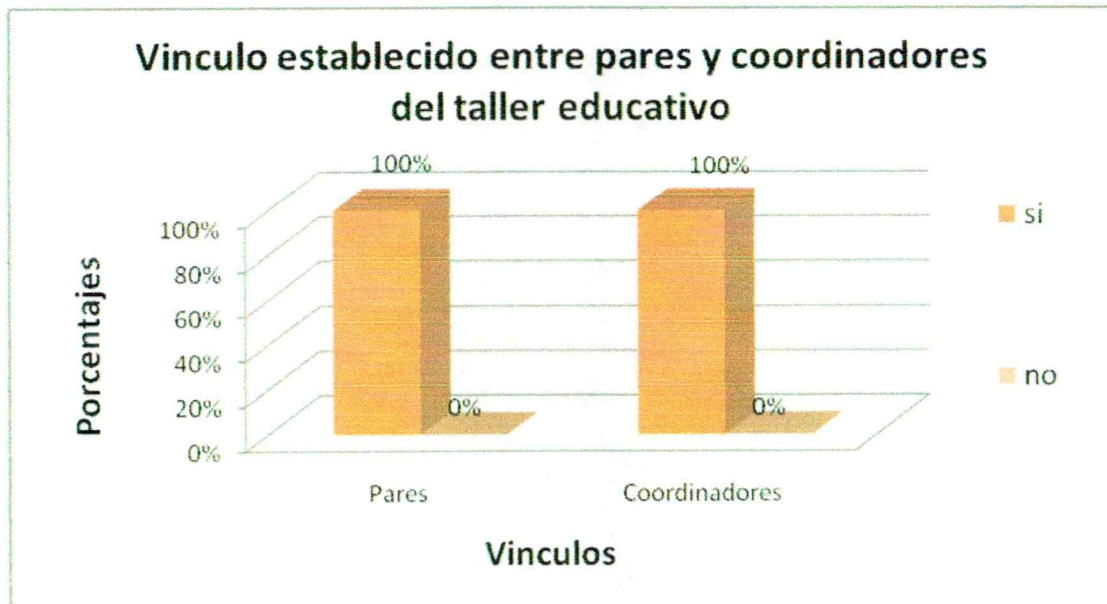


Gráfico N° 62: Vinculo establecido entre los pares y coordinadores del taller educativo de terapia ocupacional, siendo constante en cada uno de los encuentros realizado en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

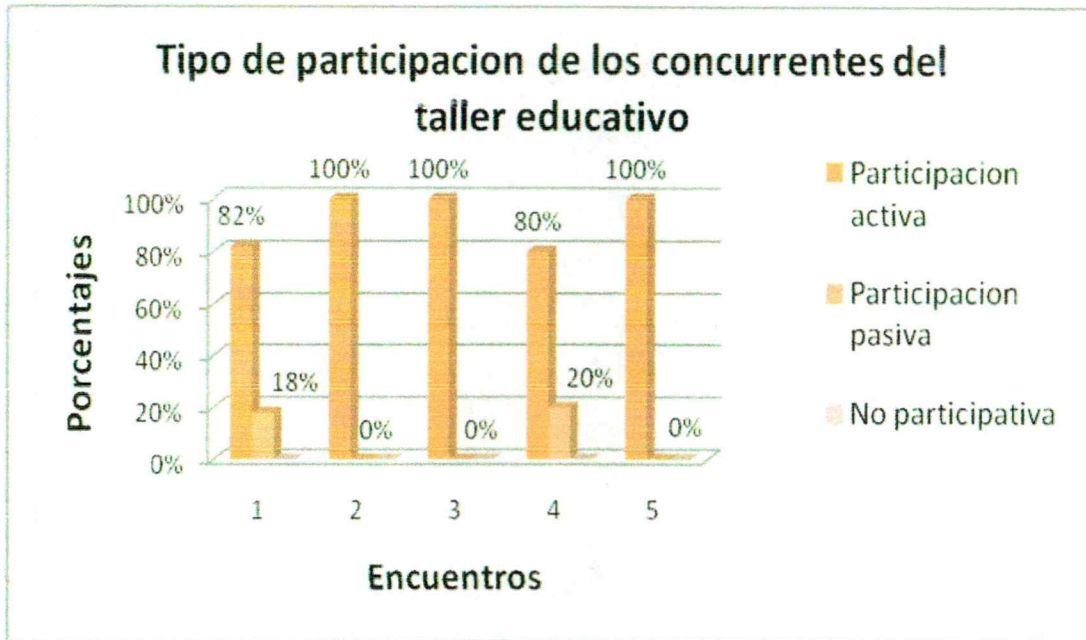


Gráfico N° 63: Tipo de participación de los concurrentes. encada uno de los encuentros del taller educativo de terapia ocupacional, **siendo constante en cada uno de los encuentros** realizado en el Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé. Octubre-Noviembre de 2008. Pigüé. Buenos Aires. Argentina

La asistencia de todos los coordinadores del taller fue del 100% en la totalidad de los encuentros. Obteniendo también resultados del 100% en cuanto a la participación activa, desempeño en las actividades y alcanzando un cumplimiento total de los objetivos previstos para cada encuentro. Además, dado que la secuencia de las actividades planificadas fue cumplida en forma exacta, no fue necesario realizar modificaciones en ninguno de los encuentros del taller.

Los registros realizados respecto al vínculo establecido entre pares y coordinadores, son iguales, observándose que la totalidad de los participantes han establecido vínculo con sus pares como con los coordinadores.

En relación a los participantes del taller, el promedio de asistencia al taller es de 88%. Durante los encuentros 1 y 5 se registro el mayor número de asistencia, 34 personas (100%), mientras que en el tercer encuentro se registro el menor número de asistencias, 14 personas (41%). La significativa ausencia

de los participantes al tercer encuentro pudo deberse a las malas condiciones climáticas ocurridas ese día. El promedio de inasistencias es del 12%.

Se aprecia activa participación del 100% de los participantes en el segundo, tercer y quinto encuentro. Durante el primer encuentro el 82% de los concurrentes participo activamente, mientras que el 18% lo hizo de forma pasiva. En el cuarto encuentro el 80% mantuvo participación activa y un 20% pasiva.

Cabe destacarse que en cada uno de los encuentros se percibió puntualidad de los participantes, como así también muy buena predisposición de todos los integrantes del taller para compartir experiencias y aportar ideas y conocimientos a favor de sí mismo y del grupo.

10. CONCLUSIÓN

A partir del análisis de los datos obtenidos en el Taller de Educación para la Salud de Terapia Ocupacional, puedo concluir que ha sido alcanzado el objetivo general planteado en esta investigación.

He logrado determinar la influencia en la participación en un taller educativo desde T.O. en la adquisición de conocimientos de Principios de Protección Articular (P.P.A.) y su aplicación en la actividad de ducha personal en pacientes con diagnóstico de artrosis.

Los resultados han sido favorables, permitiendo afirmar que el Taller de Terapia Ocupacional refuerza el conocimiento de principios de protección articular en la actividad de ducha personal de dichos pacientes. En post Taller los resultados obtenidos lo demuestran, ya que un 9% de los pacientes alcanzaron suficiente conocimiento respecto de un 6% en pre taller; el 71% de los pacientes lograron medio o moderado conocimiento en post taller, mientras que el porcentaje en pre taller había sido de solo el 20%. Además en post taller el 20% de los pacientes presentaron escasos o ausencia de conocimiento siendo en pre taller el 74% de los pacientes los que se ubicaban en esta categoría.

Respecto del nivel de aplicación de los P.P.A. pudo determinarse que el 23% los aplicaba en pre taller y el 39% en post taller.

En pre taller el 97% no aplicaba los P.P.A. y el 3% los aplicaba medianamente. Si bien los datos obtenidos en el post taller respecto del nivel de aplicación de los Principios de Protección Articular determinan que un 18% de los pacientes los aplica medianamente y un 82% no los aplica según la categorización de la variable "aplicación de los Principios de Protección Articular", cabe mencionarse que una gran cantidad de los pacientes aumento el puntaje total alcanzado en la post encuesta a pesar de no permitirles acceder a un puntaje que les permita mejorar su categorización de acuerdo al puntaje logrado.

Por lo mencionado anteriormente puede concluirse que el Taller de Educación para la Salud de Terapia Ocupacional aumenta el nivel de conocimiento, sin lograr un equivalente nivel de aplicación de los Principios de Protección Articular.

La artrosis aun no puede curarse, pero a través del Taller Educativo desde T.O., implementando una metodología grupal se consigue que los afectados logren informarse respecto de la enfermedad, Principios de Protección Articular, entre otros, buscando soluciones, comprendiendo sus limitaciones y posibilidades físicas, logrando conocimientos y promoviendo conductas que permitan alcanzar/conseguir beneficios para mejorar la calidad de vida de los mismos o permitiendo llevar una vida prácticamente normal.

"La libertad de elegir depende de oportunidades y alternativas realistas, y de la posibilidad de la toma de riesgo y del conocimiento de la resultante de esa elección. Sabemos también que las mejores elecciones se hacen cuando la persona se siente segura y no limitada, comprende las cuestiones y puede ver la relevancia y significado personal en lo elegido. Las peores elecciones son el resultado del control, coerción, inseguridad, ansiedad, tensión, falta de información, falta de oportunidad y falta de relevancia para los deseos o experiencia personal"

(DURANTE, Pilar. "Conceptos básicos de la Terapia ocupacional". En: Conceptos Fundamentales de la Terapia Ocupacional. Madrid: Médica Panamericana, 2001. p 19)

PROPUESTAS PARA PROXIMAS INVESTIGACIONES:

- Realizar, a través de un taller educativo, el entrenamiento de las actividades de la vida diaria, además de proporcionar los conocimientos, para asegurar la aplicación de los principios de Protección Articular a largo plazo.
- Continuar esta tesis empleando un taller de educación para la salud en pacientes con artrosis, con integrantes de otras poblaciones de distintas características geográficas.
- Determinar el conocimiento y aplicación de los P.P.A. en otras actividades de la vida diaria de los pacientes con artrosis.
- Continuar investigando desde Terapia Ocupacional sobre artrosis

11. Bibliografía General:

Libros:

1. Blanco García, F.J.; Carreira Delgado, P; Mola, E.M.; Mendoza, J.M., Navarro Sarabia, F.; Olive Marques, A.; Tornero Molina, J.. Manual SER de las enfermedades reumáticas. 4ta. Edición. Sociedad Española de reumatología. Editorial Médica Panamericana.
2. Bogliolo, María Cecilia, Botalla María Inés y Castro Lucrecia Alejandra. "Actividades de la vida diaria en pacientes con artritis reumatoidea". Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1996.
3. Carvajo, A.; Navone, M.; y Xifra M. Talleres de Educación para la Salud en asma bronquial pediátrico. Un enfoque desde Terapia Ocupacional. Tesis de Grado. UNMdP. 2002
4. Fajardo Ortiz, Guillermo. Atención Médica. Teoría y práctica administrativa. Ediciones científicas. 1ra. Edición. La prensa medica mexicana, S. A. Ediciones Copilco S.A. 1983.
5. Feinberg, J.; Marzouk, D.; Sokolec C. et. Effects of isometric versus range of motion exercise on joint pain and function in patients with knee osteoarthritis. Arthritis Rheum. 1992.
6. Klippel, John H. Principios de las enfermedades reumáticas. Arthritis Foundation. Edición 11. Educación Médica Continua Ltda. Colombia. 2001
7. Klippel, John H. Principios de las enfermedades reumáticas. Arthritis Foundation. Edición 11. Educación Médica Continua Ltda. Colombia. 2001

8. Leona A. Mourad. Ortopedia. Segunda edición. España. Serie Mosby de Enfermería Clínica. Mosby Doyma Libros. S.A. 1996.
9. M. Videla. "la salud, un derecho de todos". Capitulo V: "prevención, intervención psicológica en salud comunitaria". Ediciones cinco. Material correspondiente a la cátedra de prevención primaria y comunidad. Trabajo práctico N°2. Pág. 135.
10. Maldonado Cocco, José A. y coautores (Citera, Gustavo; Paira, Sergio O.). Reumatología. "AP Americana de publicaciones S.A., Habas Group Company. 2000.
11. Mazieres B. et., Tressol- Verrouil, E. Características generales de la artrosis. Enciclopedia Médico-Quirúrgica. París-Francia. Ed. Elsevier. 1997.
12. Milton Terris. La crisis de la salud pública. Tendencias actuales en la salud pública de las Américas. Material bibliográfico perteneciente a la cátedra de prevención primaria y comunidad. OPS-OMS. E.U.A. 1992.
13. Minor, M.; Hewett J.; Webel, R.; Anderson, S.; Kay, D. Efficacy of physical conditioning exercise in patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. Arthritis Rheum. 1989.
14. Monchiatti, Alicia; Krzemien, Deysi. Participación social y estilo de vida. Su relación con la calidad de vida en la vejez. Curso Virtual Educación para el envejecimiento. 2do. Curso. 2008
15. Pedro Moruno Miralles, Dulce María Romero Ayuso. Actividades de la vida diaria, herramientas para la evaluación de las actividades de la vida diaria. Ed. Masson. 2006.

16. Radrigan, Francisco. Médico jefe de Unidad de Reumatología, Hospital Sotero del Rio, Instructor asociado de reumatología, Pontificia Universidad Católica de Chile. "Tratamiento médico de la artrosis en la rodilla del anciano": Reumatología 2004. Material suministrado por biblioteca del centro médico de Mar del Plata. 2008.
17. Stamm, T.A.; Machold, K.P.; Smolen, J.S.; Fischer, S.; Redlich, K.; Graninger, W.; Ebner, W. y Erlacher, L., "Joint Protection and Hand Exercises Improve Hand Function in Patients with Hand Osteoarthritis": A Randomized Controlled Trial. Viena, Austria. 2002. Material suministrado por biblioteca del centro médico de Mar del Plata. 2008
18. Trombly, Catherine Anne. Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente. Ediciones científicas. La prensa medica mexicana. Traducido por: Dr. Roberto Carrasco Ruiz. 1990.
19. Williard & Spackman. Terapia Ocupacional. 10a ed. Buenos Aires. Ed. Médica Panamericana. 2005.

Páginas de internet consultadas:

20. <http://blog.securibath.com/?cat=2&paged=2>, fecha de consulta: 29-06-2008
21. <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/res/prog/to.pdf>, fecha de consulta: 25-05-2008
22. <http://psoriasisartrosis.com/farma/prensa/dossier2007.pdf>, fecha de consulta 07-06-2008

23. <http://revistacaleruega2007.googlepages.com/artrosis>, fecha de consulta: 15-06-2008
24. <http://silencio-fm.blogspot.com/2007/12/sistema-sanitario-para-los-pacientes.html>, fecha de consulta: 08-05-2008
25. <http://www.asmgfy.org.ar/dmdocuments/pdf/amg/041sl-003.pdf>, fecha de consulta: 28-05-2008
26. <http://www.elmedicointeractivo.com/medicopaciente/pdf/15.pdf>, fecha de consulta: 12-06-2008
27. <http://www.fcm.uncu.edu.ar/medicina/posgrado/urm/lectura/Modulo%204%20Unidad%202.pdf> fecha de consulta: 06/06/08
28. <http://www.medicinageriatrica.com.ar/viewnews.php?id=EEZkuuEkEEkwTjkOxH>, Fecha de consulta: 16/05/08
29. http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/5/documentos_avanzar.pdf, fecha de consulta: 03/05/08
30. http://www.ser.es/practicaClinica/GUIPCAR_2007/Otros_tratamientos/Menu7Otros-tratamientos_Rehabilitacion_VII2.php?PHPSESSID=d6ce1d6ced0ff53854ebb3eee71b0ce9, fecha de consulta: 25-06-2008
31. http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Terapia-ocupacional_ley_dependencia_RNoya_may06.shtml, fecha de consulta: 29-06-08

32. http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Modificando_estilo_vida.shtml Fecha de consulta: 10/05/08.
33. http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Trabajo_equipo_modific_hogar.shtml, fecha de consulta 05-06-2008
34. www.juntaex.es/consejerias/sanidad-dependencia/dg-planificacion-ordenacion-coordinacion/cammon/eps/3_actividad-fisica.pdf, fecha de consulta: 15/06/08
35. www.madrid.org, fecha de consulta: 29-04-08
36. www.mapfre.com/salaprensa/es/documentos/noticias/estudio-seguridad-mayores.pdf, fecha de consulta: 15-06-08
37. www.terapia-ocupacional.com, fecha de consulta: 21-06-08
38. www.ucam.edu/titulaciones/guia/terapia.pdf, fecha de consulta: 25-05-2008

ANEXOS

Anexos: 12.1 encuesta pre taller:

ENCUESTA: DUCHA EN PACIENTES CON ARTROSIS

Nº DE FICHA:.....

1- NOMBRE:.....

2- FECHA DE NACIMIENTO:.....

3- ANTECEDENTES FAMILIARES DE ARTROSIS: SI.....
(MARQUE CON UNA CRUZ LA OPCION CORRECTA) NO.....
NO SABE.....

4- TIEMPO APROXIMADO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD: MARQUE LA OPCION CORRECTA
.....0 A 5 AÑOS
.....6 A 10 AÑOS
.....MAS DE 10 AÑOS

5- USTED VIVE SOLO/A? (MARQUE CON UNA CRUZ LA OPCION CORRECTA)
SI.....
NO.....

6- OCUPACION: (MARQUE CON UNA CRUZ LA OPCION CORRECTA)

- DESOCUPADO
- TRABAJO TEMPORARIO
- TRABAJO FIJO
- JUBILADO
- PENSIONADO

7- ¿CUAL ES EL MAYOR NIVEL DE EDUCACION QUE USTED HA ALCANZADO? MARQUE CON UNA CRUZ LA OPCION CORRECTA

- PRIMARIO INCOMPLETA.....
- PRIMARIO COMPLETO.....
- SECUNDARIO INCOMPLETA.....
- SECUNDARIO COMPLETO.....
- TERCARIO INCOMPLETA.....
- TERCARIO COMPLETO.....
- UNIVERSITARIO INCOMPLETO.....
- UNIVERSITARIO COMPLETO.....

8- ¿CUAL ES LA ZONA CORPORAL DE MAYOR DOLOR?: MARQUE CON UNA CRUZ SOLO UNA OPCION

.....CUELLO
.....MANOS
.....CODOS
.....HOMBROS
.....TRONCO
.....CADERAS
.....RODILLAS
.....PIE

9- ¿QUE TIPO DE TRATAMIENTO RECIBE ACTUALMENTE?

-MEDICO CLINICO
-MEDICO TRAUMATOLOGO
-TERAPIA OCUPACIONAL
-KINESIOLOGIA
-OTROS
-NINGUNO

10-¿CUAL DE ESTAS INSTALACIONES DEL BAÑO UTILIZA DIARIAMENTE O CON MAYOR FRECUENCIA?

MARQUE CON UNA CRUZ SOLO UNA OPCION:

- A** BAÑERA.....
- B** DUCHA... ..
- C** DUCHADOR.....
- D** GRIFO/CANILLA.....

11- MARQUE CON UNA CRUZ CUAL DE LAS SIGUIENTES INDICACIONES USTED CONOCE PARA PROTEGER O CUIDAR SUS ARTICULACIONES DOLOROSAS:

- A** DESLIZAR OBJETOS EN LUGAR DE LEVANTARLOS
- B** USAR LAS PALMAS DE LAS MANOS PARA CARGAR PESO EN LUGAR DE LOS DEDOS
- C** MOVER O REALIZAR EJERCICIOS CON **TODAS** LAS ARTICULACIONES
- D** REALIZAR ACTIVIDADES EN AUSENCIA DE DOLOR
- E** EVITAR PRENSIONES DE FUERZA
- F** SOSTENER OBJETOS PARALELOS A LOS NUDILLOS DE LAS MANOS Y NO EN DIAGONAL
- G** MANTENER BUENAS POSTURAS DURANTE EL DESCANSO Y LA ACTIVIDAD
- H** APOYAR OBJETOS EN LUGAR DE MANTENERLOS SUSPENDIDOS EN EL AIRE
- I** INTERCALAR PERIODOS DE DESCANSO DURANTE LA REALIZACION DE ACTIVIDADES
- J** EN PRESENCIA DE DOLOR EN LAS ARTICULACIONES SUSPENDER LA ACTIVIDAD

¿QUIEN LE DIO LA INFORMACION?

- PROFESIONAL.....
- OTRO.....

12-INDIQUE COMO REALIZA USTED LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

MARQUE CON UNA CRUZ SOLO UNA OPCION:

1-CUANDO ABRE O CIERRA LAS CORTINAS O PUERTA DE LA DUCHA/BAÑO:

- A-** ABRE Y / O CIERRA CON MOVIMIENTO DE CODO Y HOMBRO
- B-** ABRE Y / O CIERRA CON MOVIMIENTO DE HOMBRO
- C-** -UTILIZA OTRA PARTE DEL CUERPO PARA AYUDARSE Y ABRIR

POR QUE LO HACE DE ESTA MANERA? MARQUE CON UNA CRUZ SOLO UNA OPCION

- POR DOLOR.....
- PORQUE ES LO QUE LE PERMITE SU CAPACIDAD.....
- PORQUE SE LO INDICO UN PROFESIONAL.....
- OTRO.....

¿QUIEN LE ENSEÑO A HACERLO ASI?

- PROFESIONAL.....
- OTRO.....

2- CUANDO ENTRA O SALE DE LA DUCHA /BAÑERA:

- A LEVANTA UNA PIERNA Y LUEGO LA OTRA PARA INGRESAR SOSTENIENDOSE DE LA PARED
- B LEVANTA UNA PIERNA Y LUEGO LA OTRA PARA INGRESAR SOSTENIENDOSE DE UN PASAMANOS
- C UTILIZA UNA TABLA DE TRANSFERENCIA O BANCO PARA BAÑO QUE PASE POR ENCIMA DE LA BAÑERA PARA HACER EL TRASLADO MAS SEGURO

POR QUE LO HACE DE ESTA MANERA? MARQUE CON UNA CRUZ SOLO UNA OPCION

POR DOLOR.....

PORQUE ES LO QUE LE PERMITE SU CAPACIDAD.....

PORQUE SE LO INDICO UN PROFESIONAL.....

OTRO.....

¿QUIEN LE ENSEÑO A HACERLO ASI?

PROFESIONAL.....

OTRO.....

3- CUANDO ABRE, CIERRA O REGULA LA TEMPERATURA DEL AGUA CON EL GRIFO:

- A REALIZA GIROS DE MUÑECA HACIA EL LADO DEL DEDO MEÑIQUE Y PULGAR
- B MANTIENE LA MUÑECA DERECHA EVITANDO DESVIACION HACIA EL DEDO MEÑIQUE O PULGAR CON CODO EXTENDIDO Y ABRE CON MOVIMIENTOS DE HOMBRO
- C UTILIZA GRIFOS/CANILLAS DE UNA SOLA PALANCA

POR QUE LO HACE DE ESTA MANERA? MARQUE CON UNA CRUZ SOLO UNA OPCION

POR DOLOR.....

PORQUE ES LO QUE LE PERMITE SU CAPACIDAD.....

PORQUE SE LO INDICO UN PROFESIONAL.....

OTRO.....

¿QUIEN LE ENSEÑO A HACERLO ASI?

PROFESIONAL.....

OTRO.....

4- CUANDO VIERTI JABON EN LA ESPONJA:

- A UTILIZA DISPENSADORES FIJOS O NO A LA PARED
- B TOMA JABON CON UNA MANO Y CON LA OTRA LA ESPONJA Y REALIZA MOVIMIENTOS REPETITIVOS HASTA ENJABONARLA
- C UTILIZA ESPONJA CON BANDA (DORSAL) QUE LA SOSTENGA A LA MANO

POR QUE LO HACE DE ESTA MANERA? MARQUE CON UNA CRUZ SOLO UNA OPCION

POR DOLOR.....

PORQUE ES LO QUE LE PERMITE SU CAPACIDAD.....

PORQUE SE LO INDICO UN PROFESIONAL.....

OTRO.....

¿QUIEN LE ENSEÑO A HACERLO ASI?

PROFESIONAL.....

OTRO.....

5- CUANDO ENJABONA Y LAVA LAS DISTINTAS PARTES DE SU CUERPO:

- A UTILIZA UN MITON O ESPONJA GRANDE QUE PERMITE MANTENER LOS DEDOS ESTIRADOS MIENTRAS REALIZA LA ACCION
- B UTILIZA UNA ESPONJA QUE REQUIERE MANTENER LOS DEDOS EN POSICION DE GARRA
- C UTILIZA ESPONJAS CON MANGOS LARGOS (ENGROSADOS O NO) QUE DISMINUYAN LOS GRADOS DE FLEXION NECESARIOS PARA ALCANZAR TODAS LAS PARTES DEL CUERPO

D TOMA JABON *CON UNA MANO* Y LO DESLIZA POR TODO EL CUERPO

E TOMA JABON *CON AMBAS MANOS* Y LO DESLIZA POR TODO EL CUERPO

POR QUE LO HACE DE ESTA MANERA? MARQUE CON UNA CRUZ SOLO UNA OPCION
POR DOLOR.....

PORQUE ES LO QUE LE PERMITE SU CAPACIDAD.....

PORQUE SE LO INDICO UN PROFESIONAL.....

OTRO.....

¿QUIEN LE ENSEÑO A HACERLO ASI?

PROFESIONAL.....

OTRO.....

6- CUANDO TOMA CHAMPU O ACONDICIONADOR PARA LAVAR EL PELO

A UTILIZA ENVASES A ROSCA

B UTILIZA ENVASES CON TAPAS QUE SE ELEVAN Y BAJAN REQUIRIENDO FUERZAS DE
DEDOS

C UTILIZA DISPENSADORES DE FACIL MANEJO

POR QUE LO HACE DE ESTA MANERA? MARQUE CON UNA CRUZ SOLO UNA OPCION
POR DOLOR.....

PORQUE ES LO QUE LE PERMITE SU CAPACIDAD.....

PORQUE SE LO INDICO UN PROFESIONAL.....

OTRO.....

¿QUIEN LE ENSEÑO A HACERLO ASI?

PROFESIONAL.....

OTRO.....

7- AL LAVAR EL PELO: REALIZA MOVIMIENTOS DE:

A -MANOS

B -MANOS Y CODOS

C -BRAZOS

D -TODAS LAS ANTERIORES

POR QUE LO HACE DE ESTA MANERA? MARQUE CON UNA CRUZ SOLO UNA OPCION
POR DOLOR.....

PORQUE ES LO QUE LE PERMITE SU CAPACIDAD.....

PORQUE SE LO INDICO UN PROFESIONAL.....

OTRO.....

¿QUIEN LE ENSEÑO A HACERLO ASI?

PROFESIONAL.....

OTRO.....

8- REALIZA LA ACTIVIDAD DE BAÑO:

A SENTADO

B PARADO

C ALTERNA LAS ANTERIORES

POR QUE LO HACE DE ESTA MANERA? MARQUE CON UNA CRUZ SOLO UNA OPCION
POR DOLOR.....

PORQUE ES LO QUE LE PERMITE SU CAPACIDAD.....

PORQUE SE LO INDICO UN PROFESIONAL.....

OTRO.....

¿QUIEN LE ENSEÑO A HACERLO ASI?

PROFESIONAL.....

OTRO.....

9- CUANDO ALCANZA LA TOALLA PARA SECAR EL CUERPO:

- A** TOMA UNA TOALLA CON AMBAS MANOS Y RECORRE LAS DISTINTAS PARTES DEL CUERPO PARA SECARLAS
- B** UTILIZA BATAS
- C** UTILIZANDO TOALLAS CON VELCRO QUE PERMITAN LA SUJECIÓN DE LAS MISMAS AL CUERPO, DIRIGIENDO LA FUERZA DE LAS MANOS ÚNICAMENTE AL SECADO

POR QUE LO HACE DE ESTA MANERA? MARQUE CON UNA CRUZ SOLO UNA OPCION

POR DOLOR.....

PORQUE ES LO QUE LE PERMITE SU CAPACIDAD.....

PORQUE SE LO INDICO UN PROFESIONAL.....

OTRO.....

¿QUIEN LE ENSEÑO A HACERLO ASI?

PROFESIONAL.....

OTRO.....

COMO SE LE HA INFORMADO, LOS DATOS OBTENIDOS EN LAS ENCUESTAS FORMARAN PARTE DE UN TRABAJO DE INVESTIGACION.

LOS DATOS SERAN ANONIMOS.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION.

12.2 Encuesta post taller

ENCUESTA: DUCHA EN PACIENTES CON ARTROSIS

Nº DE FICHA:.....

1- NOMBRE:.....

2- FECHA DE NACIMIENTO:.....

3- MARQUE CON UNA CRUZ CUAL DE LAS SIGUIENTES INDICACIONES USTED CONOCE PARA PROTEGER O CUIDAR SUS ARTICULACIONES DOLOROSAS:

- K DESLIZAR OBJETOS EN LUGAR DE LEVANTARLOS
- L USAR LAS PALMAS DE LAS MANOS PARA CARGAR PESO EN LUGAR DE LOS DEDOS
- M MOVER O REALIZAR EJERCICIOS CON TODAS LAS ARTICULACIONES
- N REALIZAR ACTIVIDADES EN AUSENCIA DE DOLOR
- O EVITAR PRENSIONES DE FUERZA
- P SOSTENER OBJETOS PARALELOS A LOS NUDILLOS DE LAS MANOS Y NO EN DIAGONAL
- Q MANTENER BUENAS POSTURAS DURANTE EL DESCANSO Y LA ACTIVIDAD
- R APOYAR OBJETOS EN LUGAR DE MANTENERLOS SUSPENDIDOS EN EL AIRE
- S INTERCALAR PERIODOS DE DESCANSO DURANTE LA REALIZACION DE ACTIVIDADES
- T EN PRESENCIA DE DOLOR EN LAS ARTICULACIONES SUSPENDER LA ACTIVIDAD

¿QUIEN LE DIO LA INFORMACION?

PROFESIONAL.....

OTRO.....

4- INDIQUE COMO REALIZA USTED LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

MARQUE CON UNA CRUZ SOLO UNA OPCION:

1-CUANDO ABRE O CIERRA LAS CORTINAS O PUERTA DE LA DUCHA/BAÑO:

- A- ABRE Y / O CIERRA CON MOVIMIENTO DE CODO Y HOMBRO
- B- ABRE Y / O CIERRA CON MOVIMIENTO DE HOMBRO
- C- -UTILIZA OTRA PARTE DEL CUERPO PARA AYUDARSE Y ABRIR

POR QUE LO HACE DE ESTA MANERA? MARQUE CON UNA CRUZ SOLO UNA OPCION POR DOLOR.....

PORQUE ES LO QUE LE PERMITE SU CAPACIDAD.....

PORQUE SE LO INDICO UN PROFESIONAL.....

OTRO.....

¿QUIEN LE ENSEÑO A HACERLO ASI?

PROFESIONAL.....

OTRO.....

2- CUANDO ENTRA O SALE DE LA DUCHA /BAÑERA:

- A LEVANTA UNA PIERNA Y LUEGO LA OTRA PARA INGRESAR SOSTENIENDOSE DE LA PARED
- B LEVANTA UNA PIERNA Y LUEGO LA OTRA PARA INGRESAR SOSTENIENDOSE DE UN PASAMANOS

- C UTILIZA UNA TABLA DE TRANSFERENCIA O BANCO PARA BAÑO QUE PASE POR ENCIMA DE LA BAÑERA PARA HACER EL TRASLADO MAS SEGURO

POR QUE LO HACE DE ESTA MANERA? MARQUE CON UNA CRUZ SOLO UNA OPCION
POR DOLOR.....

PORQUE ES LO QUE LE PERMITE SU CAPACIDAD.....

PORQUE SE LO INDICO UN PROFESIONAL.....

OTRO.....

¿QUIEN LE ENSEÑO A HACERLO ASI?

PROFESIONAL.....

OTRO.....

3- CUANDO ABRE, CIERRA O REGULA LA TEMPERATURA DEL AGUA CON EL GRIFO:

- A REALIZA GIROS DE MUÑECA HACIA EL LADO DEL DEDO MEÑIQUE Y PULGAR
- B MANTIENE LA MUÑECA DERECHA EVITANDO DESVIACION HACIA EL DEDO MEÑIQUE O PULGAR CON CODO EXTENDIDO Y ABRE CON MOVIMIENTOS DE HOMBRO
- C UTILIZA GRIFOS/CANILLAS DE UNA SOLA PALANCA

POR QUE LO HACE DE ESTA MANERA? MARQUE CON UNA CRUZ SOLO UNA OPCION
POR DOLOR.....

PORQUE ES LO QUE LE PERMITE SU CAPACIDAD.....

PORQUE SE LO INDICO UN PROFESIONAL.....

OTRO.....

¿QUIEN LE ENSEÑO A HACERLO ASI?

PROFESIONAL.....

OTRO.....

4- CUANDO VIERTES JABON EN LA ESPONJA:

- A UTILIZA DISPENSADORES FIJOS O NO A LA PARED
- B TOMA JABON CON UNA MANO Y CON LA OTRA LA ESPONJA Y REALIZA MOVIMIENTOS REPETITIVOS HASTA ENJABONARLA
- C UTILIZA ESPONJA CON BANDA (DORSAL) QUE LA SOSTENGA A LA MANO

POR QUE LO HACE DE ESTA MANERA? MARQUE CON UNA CRUZ SOLO UNA OPCION
POR DOLOR.....

PORQUE ES LO QUE LE PERMITE SU CAPACIDAD.....

PORQUE SE LO INDICO UN PROFESIONAL.....

OTRO.....

¿QUIEN LE ENSEÑO A HACERLO ASI?

PROFESIONAL.....

OTRO.....

5- CUANDO ENJABONA Y LAVA LAS DISTINTAS PARTES DE SU CUERPO:

- A UTILIZA UN MITON O ESPONJA GRANDE QUE PERMITE MANTENER LOS DEDOS ESTIRADOS MIENTRAS REALIZA LA ACCION
- B UTILIZA UNA ESPONJA QUE REQUIERE MANTENER LOS DEDOS EN POSICION DE GARRA
- C UTILIZA ESPONJAS CON MANGOS LARGOS (ENGROSADOS O NO) QUE DISMINUYAN LOS GRADOS DE FLEXION NECESARIOS PARA ALCANZAR TODAS LAS PARTES DEL CUERPO
- D TOMA JABON CON UNA MANO Y LO DESLIZA POR TODO EL CUERPO
- E TOMA JABON CON AMBAS MANOS Y LO DESLIZA POR TODO EL CUERPO

POR QUE LO HACE DE ESTA MANERA? MARQUE CON UNA CRUZ SOLO UNA OPCION
POR DOLOR.....

PORQUE ES LO QUE LE PERMITE SU CAPACIDAD.....

PORQUE SE LO INDICO UN PROFESIONAL.....

OTRO.....

¿QUIEN LE ENSEÑO A HACERLO ASI?

PROFESIONAL.....

OTRO.....

6- CUANDO TOMA CHAMPU O ACONDICIONADOR PARA LAVAR EL PELO

A UTILIZA ENVASES A ROSCA

B UTILIZA ENVASES CON TAPAS QUE SE ELEVAN Y BAJAN REQUIRIENDO FUERZAS DE DEDOS

C UTILIZA DISPENSADORES DE FACIL MANEJO

POR QUE LO HACE DE ESTA MANERA? MARQUE CON UNA CRUZ SOLO UNA OPCION
POR DOLOR.....

PORQUE ES LO QUE LE PERMITE SU CAPACIDAD.....

PORQUE SE LO INDICO UN PROFESIONAL.....

OTRO.....

¿QUIEN LE ENSEÑO A HACERLO ASI?

PROFESIONAL.....

OTRO.....

7- AL LAVAR EL PELO: REALIZA MOVIMIENTOS DE:

A -MANOS

B -MANOS Y CODOS

C -BRAZOS

D -TODAS LAS ANTERIORES

POR QUE LO HACE DE ESTA MANERA? MARQUE CON UNA CRUZ SOLO UNA OPCION
POR DOLOR.....

PORQUE ES LO QUE LE PERMITE SU CAPACIDAD.....

PORQUE SE LO INDICO UN PROFESIONAL.....

OTRO.....

¿QUIEN LE ENSEÑO A HACERLO ASI?

PROFESIONAL.....

OTRO.....

8- REALIZA LA ACTIVIDAD DE BAÑO:

A SENTADO

B PARADO

C ALTERNA LAS ANTERIORES

POR QUE LO HACE DE ESTA MANERA? MARQUE CON UNA CRUZ SOLO UNA OPCION
POR DOLOR.....

PORQUE ES LO QUE LE PERMITE SU CAPACIDAD.....

PORQUE SE LO INDICO UN PROFESIONAL.....

OTRO.....

¿QUIEN LE ENSEÑO A HACERLO ASI?

PROFESIONAL.....

OTRO.....

9- CUANDO ALCANZA LA TOALLA PARA SECAR EL CUERPO:

- A** TOMA UNA TOALLA CON AMBAS MANOS Y RECORRE LAS DISTINTAS PARTES DEL CUERPO PARA SECARLAS
- B** UTILIZA BATAS
- C** UTILIZANDO TOALLAS CON VELCRO QUE PERMITAN LA SUJECIÓN DE LAS MISMAS AL CUERPO, DIRIGIENDO LA FUERZA DE LAS MANOS ÚNICAMENTE AL SECADO

POR QUE LO HACE DE ESTA MANERA? MARQUE CON UNA CRUZ SOLO UNA OPCION POR DOLOR.....

PORQUE ES LO QUE LE PERMITE SU CAPACIDAD.....

PORQUE SE LO INDICO UN PROFESIONAL.....

OTRO.....

¿QUIEN LE ENSEÑO A HACERLO ASI?

PROFESIONAL.....

OTRO.....

COMO SE LE HA INFORMADO, LOS DATOS OBTENIDOS EN LAS ENCUESTAS FORMARAN PARTE DE UN TRABAJO DE INVESTIGACION.

LOS DATOS SERAN ANONIMOS.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION.

REFERENCIAS:

VINCULO: proceso mediante el cual, a través de un intercambio verbal y/o no verbal, se genera un espacio de comunicación de carácter dialéctico y bidireccional, aportando a la relación común y al enriquecimiento mutuo. Sucede en un espacio particular o encuadre que actúa como organizador.

SI: se indica esta acción cuando existe intercambio verbal o gestual.

NO: se indica esta acción cuando no existe intercambio verbal o gestual.

PARTICIPACION ACTIVA: proceso mediante el cual cada participante del taller aporta conocimiento, sugiere ideas, expresa experiencias personales, expresa diferencias en relación a la opinión de otros y resuelve situaciones prácticas respondiendo a las consignas dadas por los coordinadores.

PARTICIPACION PASIVA: proceso por el cual el participante del taller opera como observador del acontecer grupal.

NO PARTICIPATIVA: realiza otra actividad ajena al taller.

DESEMPEÑO DE LOS RESPONSABLES DE ACTIVIDADES: ejecución, cualidades y aptitudes de quienes deben cumplir con las actividades planificadas.

MUY BUENO: la presentación (presencia y conducta), contenidos (de temáticas planificadas), puntualidad (cumplimiento de horarios pautados), y expresión (clara y precisa) son óptimas.

BUENO: solo cumple con 3 de las siguientes características: presentación (presencia y conducta adecuada), contenidos (temáticas acordes a las planificadas), puntualidad (cumplimiento de horarios pautados), y expresión (clara y precisa).

REGULAR: solo cumple con 2 de las siguientes características: presentación (presencia y conducta adecuada), contenidos (temáticas acordes a las planificadas), puntualidad (cumplimiento de horarios pautados), y expresión (clara y precisa).

MALO: cumple con 1 o ninguna de las siguientes características: presentación (presencia y conducta adecuada), contenidos (temáticas acordes a las planificadas), puntualidad (cumplimiento de horarios pautados), y expresión (clara y precisa).

CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS PREVISTOS: consumación de metas planificadas para cada encuentro

TOTAL: el número total de los objetivos planteados para el encuentro fueron cumplidos.

MÁS DE LA MITAD: se cumplen más de la mitad de los objetivos planteados.

MENOS DE LA MITAD: se cumplen menos de la mitad de los objetivos planteados.

NINGUNO: no se cumple ninguno de los objetivos planificados.

DESARROLLO DE TAREAS: proceso de quehaceres planificados para cada encuentro.

SECUENCIA EXACTA: la consecución de tareas ejecutadas durante el transcurso del taller se cumple exactamente de acuerdo a lo planificado.

REFORMAS: las actividades/tareas o secuencia de las mismas sufren adaptaciones/modificaciones según situaciones que lo requieran.

SITUACIONES IMPREVISTAS: se presentan situaciones que no han sido tenidas en cuenta.

MODIFICACIONES: cambios o variaciones que surgen durante el encuentro planificado.

RESOLUCION TOTAL: se implementan cambios y/o correcciones que permiten la resolución total de inconveniente, reforma o situación imprevista presentada, a fin de favorecer el desarrollo óptimo de los mismos.

RESOLUCION PARCIAL: los cambios y/o correcciones llevados a cabo resuelven de manera parcial o incompleta la problemática presentada.

AUSENCIA DE RESOLUCION: se llevan a cabo cambios y/o correcciones que no permiten solucionar los inconvenientes presentados durante el transcurso del taller.

REFERENCIAS:

VINCULO: proceso mediante el cual, a través de un intercambio verbal y/o no verbal, se genera un espacio de comunicación de carácter dialéctico y bidireccional, aportando a la relación común y al enriquecimiento mutuo. Sucede en un espacio particular o encuadre que actúa como organizador.

SI: se indica esta acción cuando existe intercambio verbal o gestual.

NO: se indica esta acción cuando no existe intercambio verbal o gestual.

PARTICIPACION ACTIVA: proceso mediante el cual cada participante del taller aporta conocimiento, sugiere ideas, expresa experiencias personales, expresa diferencias en relación a la opinión de otros y resuelve situaciones prácticas respondiendo a las consignas dadas por los coordinadores.

PARTICIPACION PASIVA: proceso por el cual el participante del taller opera como observador del acontecer grupal.

NO PARTICIPATIVA: realiza otra actividad ajena al taller.



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
D. FUNES 3350 - TEL/FAX: 0223- 4752442.

Jurado:

✓ LIC CUNNETTI SILVIA

✓ LIC PORRO SANDRA

✓ TO LOPEZ MARCELA

Fecha de Defensa: 15-5-09

NOTA 10 (diez)