

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

**“LA IMPORTANCIA DEL TERAPISTA
OCUPACIONAL Y RECREATIVO, EN UN
CLUB DE PACIENTES GERIATRICOS
CON OSTEOARTRITIS”**

*(Centro de Atención Médica Integral
para pensionados C.A.M.I.P.)*

*Informe Final de Investigación
presentado al Honorable Consejo Directivo
de la Escuela de Ciencias Psicológicas*

POR

VERONICA JEANNETH ESTRADA GONZALEZ
JULIA ANTONIETA ORTIZ MAQUIZ

**Previo a optar el título de
Terapeuta Ocupacional y Recreativo
en el Grado Académico de Técnico**

Guatemala, Octubre de 1996

F. (Castro)
C. H.

TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Abraham Cortez Mejía
D I R E C T O R

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
S E C R E T A R I A

Licenciado Felipe Alberto Soto Rodríguez
R E P R E S E N T A N T E C L A U S T R O C A T E D R A T I C O S



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edificio M-5, Cde. Universitaria, zona 12
Tels. 4760780-4, 4760885, ext. 480-1
rectos: 4769902, 4767219, fax. 4769914
GUAYEMALA, CENTROAMERICA

cc: Control Académico
CIEPs.
archivo

REG. 609-96

CODIPs. 674-96

DE ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL DE
INVESTIGACION

Octubre 15 de 1996

Señoritas Estudiantes
Verónica Jeanneth Estrada González
Julia Antonieta Ortiz Maquiz
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señoritas Estudiantes

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a
ustedes, el Punto QUINTO (So.) del Acta TREINTA Y SEIS NOVENTA
Y SEIS (36-96) de Consejo Directivo, de fecha 11 de octubre del
año en curso, que copiado literalmente dice:

"QUINTO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene
el Informe Final de Investigación titulado: "LA IMPORTANCIA DEL
TERAPISTA OCUPACIONAL Y RECREATIVO, EN UN CLUB DE PACIENTES
GERIATRICOS CON OSTEOARTRITIS" (Centro de Atención Médica
Integral para pensionados C.A.M.I.P.), de la Carrera TERAPIA
OCUPACIONAL Y RECREATIVA, realizado por:

VERONICA JEANNETH ESTRADA GONZALEZ CARNET No. 15-11396

JULIA ANTONIETA ORTIZ MAQUILZ CARNET No. 24-13639

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el
Fisioterapeuta Juan José Zaghi Chávez y revisado por la
Licenciada Edith Ríos de Maldonado.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo AUTORIZA LA
IMPRESION del mismo para los trámites correspondientes de
graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo
para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación
profesional."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce c.
SECRETARIA

/Roey



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Calle M-5, Cda. Universitaria, zona 12
Tel. 4760790-4, 4760985, ext. 490-1
Fax: 4769902, 4767219, fax. 4769914
GUATEMALA, CENTROAMERICA

CIEPs. 058-96

REG. 609-96

Guatemala, 27 de septiembre de 1996

INFORME FINAL

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLÓGICAS
RECIBIDO
27 SET 1996
HORA

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EDIFICIO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Edith Ríos de Maldonado, ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado: "LA IMPORTANCIA DEL TERAPISTA OCUPACIONAL Y RECREATIVO, EN UN CLUB DE PACIENTES GERIÁTRICOS CON OSTEOARTRITIS" (Centro de Atención Médica Integral para pensionados C.A.M.I.P).

CARRERA: TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA

ELABORADO POR:

VERONICA JEANNETH ESTRADA GONZALEZ
JULIA ANTONIETA ORTIZ MAQUIZ

CARNE No.
15-11396
24-13639

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Edith Ríos de Maldonado
LICDA. EDITH RÍOS DE MALDONADO
COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA

ERDM/edr
c.c. Docente Revisor
archivo



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS
Edificio M-S, Cda. Universitaria, zona 12
Tel. 4760790-4, 4760985, ext. 490-1
Fax: 4769902, 4767219, fax. 4769914
GUATEMALA, CENTROAMERICA

CIEPs. 057-96

Guatemala,
27 de septiembre de 1,996.

LICENCIADA
EDITH RIOS DE MALDONADO, COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
EDIFICIO

LICENCIADA RIOS:

Me dirijo a usted para informarle que he procedido a la
revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACION, titulado:

"LA IMPORTANCIA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL Y RECREATIVO, EN UN CLUB DE PACIEN
TES GERIATRICOS CON OSTEOARTRITIS" (Centro de Atención Médica Integral para
pensionados C.A.M.I.P.).

CARRERA: TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA

ELABORADO POR:

CARNE No.

VERÓNICA JEANNETH ESTRADA GONZALEZ
JULIA ANTONIETA ORTIZ MAQUIZ

15-11396
24-13639

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos
establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología,
emito DICTAMEN FAVORABLE, y solicito continuar con los trámites
correspondientes.

Atentamente,

"DID Y ENSEÑAD A TODOS"


LICDA. EDITH RIOS DE MALDONADO
DOCENTE REVISOR

c.c. archivo
Docente Revisor



Guatemala, 21 de agosto de 1,996

Licda. Edith Ríos de Maldonado
Coordinadora del Depto. de Investigación
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Apreciable Licenciada:

El Infrascripto Fisioterapeuta, graduado No. 41 Juan José Zaghi, en calidad de Asesor de la investigación titulada "LA IMPORTANCIA DEL TERAPISTA OCUPACIONAL Y RECREATIVO, EN UN CLUB DE PACIENTES GERIATRICOS CON OSTEOARTRITIS, DEL CENTRO DE ATENCION MEDICA INTEGRAL PARA PENSIONADOS C.A.M.I.P." de la carrera TERAPIA OCUPACIONAL OCUPACIONAL Y RECREATIVA, realizada por los estudiantes

ESTRADA GONZALEZ, VERONICA JEANNETTE 15-11396
ORTIZ MAQUIZ, JULIA ANTONIETA 24-13639

Después de haber cumplido con el asesoramiento y efectuado las reformas y correcciones en el Informe Final, por este medio: Considero que dicha Investigación satisface los requisitos legales académicos vigentes, y considero que que dicho trabajo servirá de orientación y consulta al sector estudiantil, el cual se vera beneficiado, lo mismo que el Centro de Día C.A.M.I.P.-I.G.S.S., por lo que me es grato en particular, emitir mi correspondiente APROBACION.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Ft. Juan José Zaghi-Chávez
GRADUADO No. 41

JUAN JOSE ZAGHI
Fisioterapeuta Grad No. 41



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EDIFICIOS 1-A, 1-B, 1-C
CARRANZA UNIVERSITARIA, ZONA 12
FONOS: 780780-84 Y 780985-86
ATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Acad.
CIEPs.
archivo

REG. 609-96

CODIPs. 555-96

APROBACION DE PROYECTO DE
INVESTIGACION Y NOMBRAMIENTO DE ASESOR

Señoritas Estudiantes
Verónica Jeanneth Estrada González
Julia Antonieta Ortiz Maquiz
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señoritas Estudiantes

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto VIGESIMO SEGUNDO (22o.) del Acta TREINTA NOVENTA Y SEIS (30-96) de Consejo Directivo, de fecha 27 de agosto del año en curso, que copiado literalmente dice:

"VIGESIMO SEGUNDO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Proyecto de Investigación titulado: "LA IMPORTANCIA DEL TERAPISTA OCUPACIONAL Y RECREATIVO, EN UN CLUB DE PACIENTES GERIATRICOS CON OSTEOARTRITIS, DEL CENTRO DE ATENCION MEDICA INTEGRAL PARA PENSIONADOS C.A.M.I.P.", de la carrera: TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA, presentado por:

VERONICA JEANNETH ESTRADA GONZALEZ

CARNET No. 15-11396

JULIA ANTONIETA ORTIZ MAQUIZ

CARNET No. 24-13639

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs., resuelve aprobarlo y nombrar como asesor al Fisioterapeuta Juan José Zaghi Chávez."

Atentamente,

" DID Y ENSEÑAD A TODOS "


Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA



/Roey

ACTO QUE DEDICO

- A Dios: Por haberme iluminado y guiado al logro de una de mis metas.*
- A mis padres: Marcial Salvador Estrada Gallardo
Rosa Amparo Gonzalez de Estrada
con amor y respeto.*
- A mis hijos: Wendy, Adler y Kennett.
Con mucho amor.*
- A mi Esposo: Mario Figueroa
Por su apoyo incondicional, con amor.*
- A mis Hermanos: Estuardo Salvador, Juan Antonio y Ludwin
Orlando, con cariño y respeto.*
- A mis sobrinos: Con cariño.*
- A mis cuñadas: Viky, Vilma y Maylin. Con respeto*
- A mis compañeros: De ideales comunes de superación en esta noble carrera. Especialmente a Julia Ortiz*

ACTO QUE DEDICO

A DIOS:

Por haberme iluminado para alcanzar este triunfo.

A MIS PADRES:

Alberto y Yolanda
Por su apoyo, Amor y Sabiduria

A MIS HERMANOS:

Luis Alberto, Ingrid y Carlos

A MIS ABUELITOS:

Felipe Ortíz (+)
Julia Morales (+)

A MIS AMIGAS:

Verónica Estrada, Norma, Magda, Ingrid, Katy,
Hilda, Ely, Verónica Girón, Maritza y Ericka.

A USTED ESPECIALMENTE:

PADRINOS

Licda. Bertha Melanie Girard Luna
Colegiada No. 4,444

Dr. Rafael González
Colegiado No. 7,108

PADRINOS

INGENIERO MARIO FIGUEROA LOPEZ

LICENCIADA BERTHA MELANIE GIRARD LUNA

AGRADECIMIENTO

A: LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A: LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

A: CENTRO DE ATENCION MEDICO INTEGRAL, A
PENSIONADOS C.A.M.I.P. IGSS.

AL ASESOR: FISIOTERAPISTA JUAN JOSE SAGHI

" AL OLMO VIEJO HENDIDO POR EL RAYO
Y EN SU MITAD PODRIDO
CON LAS LLUVIAS DE ABRIL Y EL SOL DE MAYO
ALGUNAS HOJAS VERDES LE HAN SALIDO
MI CORAZON ESPERA
TAMBIEN, HACIA LA LUZ Y HACIA LA VIDA
OTRO MILAGRO DE LA PRIMAVERA "

Antonio Machado
(1912)

Capítulo

1

I N T R O D U C C I O N

El origen de nuestra investigación se encontró en la observación de la realidad que vive la población jubilada y/o pensionada que asiste al Centro de Día C.A.M.I.P.

La adecuada interpretación del problema nos permitió establecer la Importancia del Terapeuta Ocupacional y Recreativo, en un club para pacientes geriátricos con Osteoartritis; se establecieron las técnicas más efectivas, elaborándose un programa terapéutico de autocuidado en base a los principios de la Terapia Ocupacional y Recreativa, para dichos pacientes.

Lo que se pretende con este estudio es crear y poner en práctica a través de talleres, un programa de autocuidado para poder sobrellevar la osteoartritis y aprender a convivir con ella.

El C.A.M.I.P. a través del Centro de Día, enfoca las necesidades de la creación de servicios de revitalización y autocuidado, como lo son los clubs (grupo de personas con características, físicas, psíquicas y sociales similares que se reúnen entre sí. Se lleva a cabo a través de un sistema de relaciones interpersonales de tipo formal e informal, mediante una serie de sesiones entre las que se obtiene un enriquecimiento teórico que les permita una proyección en su medio socio-familiar, contribuyendo de esta manera a su

autocuidado. Los pacientes se agrupan dependiendo su patología, en este caso con osteoartritis, que es una enfermedad degenerativa caracterizándose por deterioro y erosión del cartilago, deterioro progresivo y pérdida del cartilago articular así como por los cambios reactivos en los bordes de las articulaciones y en el hueso subcondral; enfermedad que regularmente es característica del paciente geriátrico o anciano, que por ser paciente ambulatorio, serán referidos por el médico Fisiatra.

La Terapia Ocupacional y Recreativa está integrada a los servicios que presta dicho centro asistencial; quienes llevan a cabo métodos específicos de tratamiento, mismos que son realizados por el Terapeuta Ocupacional y Recreativo quienes brindarán al paciente el apoyo para desarrollar las habilidades necesarias a fin de que pueda desenvolverse en las actividades de la vida diaria, valiéndose de las adaptaciones necesarias. Mediante el tratamiento físico y de apoyo se ayudará al paciente a mantener e incrementar su autoestima, a eliminar las frustraciones que acompañen a la enfermedad, así como las tensiones que surgen en el ámbito familiar, ayudándole, también, a su función en los miembros para lograr de esta manera su independencia y autocuidado.

Para poder realizar el presente trabajo de investigación se contó con cincuenta (50) pacientes geriátricos, de ambos sexos, que asisten al centro de día C.A.M.I.P., quienes presentan como patología osteoartritis que es la más frecuente de las artropatías en pacientes de la tercera edad.

El programa se realizó por medio de la promoción y reclutamiento de pacientes que fueron referidos y que necesitaron asistir al club de Osteoartritis. El Terapeuta Ocupacional y Recreativo participo en las diferentes conferencias, en las cuales dió a conocer la importancia de la Terapia Ocupacional y Recreativa, objetivos, técnicas y métodos que el paciente puede utilizar para sobrellevar la enfermedad.

El trabajo del Terapeuta Ocupacional y Recreativo estriba en que sus acciones estan dirigidas a que el paciente geriátrico tenga un mejor desenvolvimiento en sus actividades de la vida diaria, apoyándose en actividades controladas y planificadas en el club por medio de charlas, conferencias y actividades recreativas las que a su vez proporcionarán información valiosa sobre las posibilidades funcionales que contribuyen a la recuperación en un sentido físico y psicológico, las cuales tendrán como fin primordial el autocuidado e independencia del anciano.

Los pacientes geriátricos que sufren de una enfermedad irreversible y degenerativa, como lo es la osteoartritis tienen el mismo derecho a ejercer similares roles sociales que los otros ciudadanos, por lo tanto la actividad del Terapeuta Ocupacional y Recreativa deberá ser la de aplicar los métodos y técnicas específicas para obtener y mantener un buen estado físico y mental del paciente a fin de integrarlo a su medio social y familiar.

Fueron objetivos de nuestro estudio, crear y poner en práctica un programa de autocuidado con técnicas activas y representativas para el paciente Osteoartrítico que asiste al C.A.M.I.P., la de establecer la eficacia de un programa de autocuidado en pacientes geriátricos con Osteoartritis, identificar las técnicas terapeuticas activas que son de suma importancia para el autocuidado del paciente geriátrico con Osteoartritis, y de facilitarle al paciente geriátrico con Osteoartritis, conocimientos necesarios acerca de la prevención y cuidado de su enfermedad.

M A R C O T E O R I C O

El presente trabajo de investigación se realizó en el Centro de Atención Médica Integral a Pensionados C.A.M.I.P. el cual fue creado por el Consejo Técnico del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en Febrero de 1984, quien propuso la cobertura de los servicios de Atención Médica a los pensionados cubiertos por el programa sobre protección relativa, invalidez, vejez y sobrevivencia del I.G.S.S.

Por mandato constitucional, expresado en el artículo 115 de la Constitución Política de la República de Guatemala, se establece la cobertura gratuita del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social a Jubilados del Estado. La junta directiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, por conducto del acuerdo No. 737 de fecha 12 de Diciembre de 1985 aprueba el reglamento de Atención Médica Integral a Pensionados "C. A. M. I. P." cuyo campo de aplicación incluye a los pensionados por el programa de invalidez, vejez y sobrevivencia con sus tres riesgos. Además por medio del acuerdo No. 739 crea el "C.A.M.I.P." el cual tiene a su cargo la coordinación general de la Asistencia Médica Integral a personas que tengan derecho a los servicios de conformidad con la reglamentación del instituto.

En el año de 1985 el "C.A.M.I.P" ofrece sus servicios en la instalaciones de la policlínica del I.G.S.S. por no contar con local propio, con un horario de 13:00 a 20:00

horas, cubriendo los programas de Enfermedad común o consulta externa y visita domiciliaria.

El "C A M I P" empieza a funcionar en sus instalaciones propias con la ejecución de los programas que regularmente tenían e iniciando con el Centro de Día el 10. de Julio de 1992, que en la actualidad se encuentran ubicadas en la 14av. y 4a. calle zona 12 Colinas de Pamplona en la ciudad capital.

El "C.A.M.I.P" depende del Departamento de Servicios Médicos Centrales del I.G.S.S. y sus niveles de mandato lo constituye la Dirección y Administración; la dirección es responsable del funcionamiento general del centro; los programas que ofrecen son: consulta externa, visita domiciliaria, Centro de Día.

En la consulta externa, el pensionado solicita por primera vez asistencia médica acudiendo a las oficinas de admisión de la sección de registros Médicos de "C.A.M.I.P", presentando su respectiva credencial y cédula. La oficina de admisión luego de hacer la calificación de derecho hace apertura de su expediente médico, asignándole determinada clínica en una de las dos jornadas (matutina o vespertina) en seguida recibe su carnet de citas quien solicita ese mismo día en su clínica asignada su respectiva cita, para tener derecho a su primera consulta; también se da asistencia por especialidades como: Ginecología, Traumatología, Cirugía, Oftalmología, Odontología, Reumatología y Rehabilitación cuando se trata de otras especialidades, todo paciente es

trasladado a otras unidades del Instituto así mismo las personas que son referidas de los departamentos son atendidas en el centro según la especialidad. Además se cuenta con asistencia farmacéutica, se realizan exámenes de laboratorio y exámenes complementarios.

El programa de visitas domiciliarias es el responsable de prestar atención médica a domicilio a los pensionados que por su estado patológico o por su misma senectud sean incapaces de ambular y ya no puedan asistir al Centro de Atención Médica Integral a Pensionados; la cual esta monitoreada por un Médico coordinador que ha sido nombrado por la dirección quien tiene a su cargo dirigir, programas y reportar las diferentes actividades que se desarrollan en el programa.

El programa del centro de día se inició en octubre del 1992 teniendo como finalidad prestar asistencia social en rehabilitación física, emocional y psicomotriz, en el que esta integrado el equipo multidisciplinario. (Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fisiatras, Psicología, Enfermería y Trabajo Social).

Según estadísticas consultadas se puede establecer, que en los pacientes de la tercera edad que asisten al C.A.M.I.P, las causas de morbilidad más frecuentes son las siguientes: Artritis, Hipertensión, Diabétes, Enfermedades Gástricas, Enfermedades del Sistema Osteomuscular, y del tejido Conjuntivo, Enfermedades Respiratorias, Enfermedades del

Corazón, Enfermedades Depresivas, Enfermedades dermatológicas Enfermedades o Problemas de Columna. (Tomado de la Planificación, Trabajo Social C.A.M.I.P. 1994).

Entre las actividades que se realizan en el centro de día es la organización de los clubs.

Entendiéndose como CLUB a un grupo de personas con características físicas, psíquicas y sociales que se reúnen para establecer entre sí un sistema de relaciones interpersonales de tipo formal e informal, mediante una serie de sesiones entre las que se obtiene un enriquecimiento teórico que les permita una proyección en su medio socio-familiar, contribuyendo de esta manera a su "Autocuidado". significando "Para uno mismo y por uno mismo" es el cuidado que se hace cuando se ha llegado a un estado de madurez que permite a la persona tomar iniciativa de manera eficaz y controlada. Complementándose a través de la combinación de experiencias sociales y conocimientos que permiten al hombre realizar actividades que promuevan un estado óptimo de salud.

Para comprender la dinámica de un club es importante conocer que un grupo es la reunión de varias personas que se reúnen un día, siguen trabajando juntos un cierto tiempo y al fin se dan cuenta de que sienten, piensan lo mismo sobre ciertas cosas. Entre las características de un grupo tenemos 1.- La identificación en la que el grupo debe aparecer como una reunión de dos o más personas identificables por sus componentes como por los observadores externos.

2.- *Conciencia de grupo* en la que los integrantes del grupo deben tener conciencia de unidad, darse cuenta de que forman un grupo. 3.- *Estructura social*, en donde cada persona compone el grupo, tiene una posición en relación con las posiciones que ocupan otras personas del mismo grupo. 4.- *Sentido de participación* en los mismos objetivos los participantes deben saber que persiguen los mismos objetivos metas e ideales. 5.- *Responsabilidad individual*, de donde debe comprender que en casa como también en un grupo existen papeles individuales que tiene que desempeñar cada uno, por lo tanto deben estar concientes de ellos. 6.- *Contacto y comunicación* el accionar de los componentes de un grupo deben ser reciproca, sin contrariedades, comunicarse entre sí, sin ninguna limitación o prejuicio.

Es importante que el paciente reconozca que todo grupo debe contar con su reglamento que sea explícito o implícito, vago o definido, donde incluya normas o comportamientos que definan el desempeño de sus funciones. Además debe reconocer que el interés y el valor común son elementos indispensables por los cuales un grupo se integra, así como, la permanencia de los integrantes del grupo va a depender de los objetivos por los cuales fue formado. Todas las acciones que pueda tener el grupo debe ser en forma unida, sin divisiones, que se observe un ambiente cálido favorable y positivo.

Debido a la gran afluencia de pacientes con osteoartritis, el departamento de Trabajo social crea un Club

de pacientes artríticos, donde se encuentra incluida la osteoartritis. Antiguamente no se le daba importancia a las Artritis, y es hasta en 1,938, cuando un grupo de médicos trató de crear un instituto para enfermedades reumáticas, existiendo poco interés entre los médicos que el proyecto fué abandonado.

Actualmente existe el Instituto para Artritis, el cual fue creado diez años más tarde por el mismo grupo de médicos que fracasó en 1,938. El gran Centro Clínico de Bethesda, Maryland, un suburbio de Washington, incluye al Instituto Nacional de Artritis y de Enfermedades Metabólicas que lleva a cabo investigaciones clínicas y otorga fondos a las escuelas de medicina para financiar programas de enseñanza e investigación.

"El término "Artritis" se deriva de la palabra griega arthon - coyuntura, y de itis - inflamación; por consiguiente significa literalmente "coyunturas inflamadas" ". (1)

Actualmente el público utiliza la palabra "Artritis" para designar dolor o malestar que se manifieste en cualquier parte del esqueleto. Los médicos por otra parte, emplean la palabra "reumatismo" y el término "Enfermedades Reumáticas", se le atribuye al médico francés Guillaume Bayou en el siglo XVII el que se basaba en la teoría de los humores.

(1) Derrell C. Crain, Manual para enfermos Artríticos (Mexico La Prensa Médica Mexicana, 1979), pag. 5

El primero en aislar enfermedades específicas individuales de los trastornos reumáticos fue Thomas Sydenham (1642-1689).

La Asociación Americana de Reumatismo y el Consejo Imperial del Reumatismo, actualmente la define como dolores musculares indefinidos. Al mismo tiempo "reumatología" es el estudio o la ciencia de estos trastornos y la clínica dedicada al diagnóstico y el tratamiento, es la "clínica reumatológica" y el médico especializado en este campo se denomina "reumatólogo".

Las primeras lesiones Reumáticas conocidas en seres humanos pertenecen a los hombres de las cavernas como el Pitecanthropus Erectus encontrado en Java por el francés Dubois, se ha encontrado también alteraciones que conducen a anquilosis de la columna vertebral en las momias Egipcias de la época Predinástica (10,000 años A.J.C.) que probablemente corresponden a una Espondiloartritis anquilopoyética.

No se puede definir fácilmente el concepto de Artritis, pero a pesar de este inconveniente se clasifican a las enfermedades reumáticas en dos grupos:

- 1. El formado por aquellos procesos en los que, si bien se conoce la enfermedad, su etiología es desconocida.*
- 2. Lo integran aquellos cuadros cuya etiología es conocida.*

1.- REUMATISMO DE ETIOLOGIA DESCONOCIDA

A. ARTRITIS REUMATOIDEA (Poliartritis crónica progresiva)

a.1.- Forma típica

a.2.- *Espondiloartritis anquilopoyética (deforma y fija la columna)*

a.3.- *Enfermedad de Still (juvenil)*

a.4.- *Reumatismo Psoriásico*

B.- OSTEOARTRITIS O ARTROSIS

b.1.- *Osteoartritis o Artrosis generalizada*

b.2.- *Espondiloartritis (Osteoartritis vertebral)*

b.3. *otros*

C.- OTROS REUMATISMOS DE ETIOLOGIA DESCONOCIDA

c.1.- *Artritis mixta*

c.2.- *Fiebre reumática*

c.3.- *Fibrositis*

c.4.- *Colagenosis*

2.- REUMATISMOS DE ETIOLOGIA CONOCIDA

A.- REUMATISMO METABOLICOS

a.1. *Gotoso*

a.2. *Diabético*

B.- REUMATISMO INFECCIOSOS

b.1. *Artritis Gonococcica (mono articular)*

b.2. *Artritis Neumococcica*

b.3. *Artritis Sifilitica*

b.4. *otras formas*

3.- ARTRITIS TRAUMATICAS

4.- ARTRITIS CONSTITUCIONAL

5.- ARTRITIS ALERGICA (*Artritis de la Enfermedad del suero*)

6.- ARTRITIS NEUROPATICA

7.- ARTRITIS PSIQUICA (*Reumatismo Psicógeno*)

ARTRITIS REUMATICA O POLIARTRITIS CRONICA PROGRESIVA

La artritis Reumatoidea es una enfermedad sistemática crónica, de etiología desconocida, que se caracteriza clínicamente por inflamación articular que evoluciona en brotes sucesivos y con tendencia a la producción de anquilosis en sus estadios finales.

ESPONDILOARTRITIS ANQUILOPOYETICA

Esta deforma y fija la columna vertebral; existen dos formas principales que afectan: una es de tipo degenerativo y afecta a las personas mayores de 50 años. La otra es de tipo inflamatorio y siempre empieza antes de los 35 años.

ENFERMEDAD DE STILL

Es una enfermedad rara de poliartritis degenerativa que comienza durante los primeros años de la edad adulta y afecta tanto a los hombres como a las mujeres, se caracteriza por fiebre alta intermitente diaria acompañada de rash muscular leve, de tipo saramposo no diseminado de color asalmonado.

REUMATISMO PSORIASICO

Ha sido clasificada ultimamente para designar artritis caracterizada por su predilección por las articulaciones interfalángicas distales.

FIEBRE REUMATICA

Es una enfermedad inflamatoria caracterizada clínicamente por fiebre, poliartritis y carditis, histológicamente, por la presencia de granuloma específicamente en el miocardio; y bacteriológicamente por antecedentes de infecciones estreptocócica.

ARTRITIS INFECCIOSAS

Es en la que interviene un agente infeccioso la que puede producir artritis mediante muchos mecanismos. En donde los microorganismos pueden invadir directamente la membrana sinovial y el líquido sinovial durante una infección originada en la sangre o después de su penetración directa, la que puede causar una artritis aguda o crónica sin estar presentes necesariamente en forma continua en la articulación

ARTRITIS NEUROPATICA (ARTICULACIONES DE CHARCOT)

Es una artropatía degenerativa, progresiva y crónica que afectan a una o más articulaciones periféricas o vertebrales. La enfermedad se desarrolla como resultado de un trastorno de la inversión sensorial de las articulaciones afectadas, por lo tanto representa la complicación de varios trastornos neuronales.

OSTEOARTRITIS O ARTROSIS

Para el presente trabajo de investigación tendremos muy presente la anatomía patológica, etiología, y tratamiento de la OSTEOARTRITIS O ARTROSIS.

El término lo introdujo J.K. Spender (Bath 1886) en lugar de artritis reumatoidea, pero no para designar la enfermedad o enfermedades a las que en la actualidad se aplica; el uso moderno y la diferenciación clínica con artritis reumatoide la estableció Archibald E. Garrod (1857 1936; Londres, 1907) Interesándole la avanzada edad de su instalación, también le impresionó su elevada frecuencia en mujeres, así como su tendencia hereditaria.

" La Osteoartritis es la enfermedad más comun tanto de las articulaciones axiales como de las diartrodiales periféricas. Se caracteriza por deterioro progresivo y pérdida de cartilago articular así como por un cambio reactivo en los bordes de las articulaciones y en el hueso subcondral." (1)

Se entiende por ARTROSIS, una infección articular progresiva, no inflamatoria ni anquilosante, de etiología múltiple y desconocida, que se caracteriza por una degeneración y destrucción del cartilago articular, formación de osteofitos, descalsificación epifisiaria, calcificaciones ligamentosas y otras.

La osteoartritis ha sido dividida en forma primaria y secundaria, lo que depende de la ausencia o presencia de un factor etiológico local o sistémico claramente evidenciable.

Los pacientes con osteoartritis primaria muestran afección de las articulaciones interfalángicas distales y proximales de las manos, así como de las primeras articulaciones carpometacarpiana, rodillas, caderas y articulaciones metatarsofalángicas.

1) Gerard P. Rodnan, Compendio de las Enfermedades Reumaticas (The Arthritis foundation, Atlanta, U.S.A., 1983) Pag. 117

Se desconoce la naturaleza del factor iniciador de la osteoartritis, pero la causa más probable es el traumatismo agudo o crónico; otro factor importante es el envejecimiento, que de por sí puede no ser causa de la osteoartritis, pero puede provocar los cambios necesarios en la función del condrocito para el comienzo del proceso osteoartítico o su perpetuación; otra forma similar, son los factores hormonales que pueden desempeñar un papel, particularmente debido a que la osteoartritis es más frecuente en las mujeres que en los varones, lo que produce una frecuencia 10 veces mayor en éstas que en los hombres; los factores genéticos desempeñan un papel en el desarrollo de osteoartritis de las articulaciones interfalángicas distales de la manos (nódulos de Herberden). La obesidad puede también ser un fenómeno secundario relacionado con actividades físicas disminuidas ocasionalmente por dolor articular y limitación de movimientos.

Podemos decir que la osteoartritis es la forma de artritis más frecuente, se calcula que el 10 -15% de todas las personas consultan alguna vez al Médico debido a la descompensación de su artritis, es más frecuente en mujeres, la edad de comienzo es entre los 40-50 años, el clima no influye mucho en la incidencia, aunque los climas húmedos suelen aumentar las molestias de estos enfermos y las localizaciones más frecuentes del proceso son las vertebrales espondiloartritis.

La anatomía patológica básicamente en la artritis existe una degeneración del cartilago articular y una proliferación del hueso afectado, la membrana sinovial no posee alteraciones salvo en fases avanzadas y la atrofia muscular que se observa, es secundaria por el poco uso que se hace de esa articulación artrósica. La formación de osteofitos, verdaderos espolones, es una lesión proliferativa que se observa más propiamente en los bordes de las articulaciones; el hueso subcondral se engrosa y esclerosa. La sinovitis secundaria observada frecuentemente en el estadio avanzado de la enfermedad puede deberse a liberación de cristales del cartilago, a mediadores inflamatorios que activados por los componentes de la rotura cartilaginosa o posiblemente por la estimulación inmunitaria de materiales proteicos previamente ocultos. A la larga, se observan deformaciones groseras y subluxaciones de las articulaciones.

Entre las características clínicas los síntomas y signos son habitualmente locales. El dolor artrósico aparece al movimiento, inicialmente se manifiesta después del uso de la articulación y cede con el reposo; posteriormente ocurre con movimientos mínimos o aún en reposo, en esa fase es frecuente el dolor nocturno; el dolor va aumentando hasta el punto de producir gran sufrimiento; no aliviándose con los analgésicos de uso habitual. El dolor provocado por movimientos pasivos y las crepitaciones -sensación de crujidos y cuando se mueve la articulación - son hallazgos destacados.

El ensanchamiento articular es el resultado de la sinovitis, del incremento en la cantidad del liquido sinovial o de cambios proliferativos en cartilago y hueso; los ruidosos crujidos al movimiento la articulación primeramente son finos y luego se hacen secos y groseros, por la gran irregularidad de las superficies articulares en fricción.

"Los nódulos de Herberden se caracterizan por la formación de tuberosidades en la cara posterior y medial de las articulaciones interfalángicas distales de los dedos. Son frecuentes las desviaciones en flexión y laterales de las falanges distales. Cambios similares en las articulaciones interfalángicas proximales se denominan nódulos de Bouchard"
(1)

Para el tratamiento de la osteoartritis los medios terapeuticos son muy diversos, como corresponde a una entidad de etiopatogenia compleja y variada y cuyos cuadros clinicos varían según la localización. Los antalgicos más eficaces y tolerados son el Acido Acetil Salicilico (Aspirinas) y los salicilatos, ya que, afin de cuentas, lo más urgente es calmar el dolor.

Como se pudo observar la osteoartritis es una enfermedad degenerativa progresiva, por lo que es de suma importancia que el paciente geriátrico (anciano) aprenda de una manera sistemática la mejor forma de sobre llevar la enfermedad.

(1) Gerard P. Rodnan, Compendio de las Enfermedades Reumaticas (The Arthritis fountation, Atlanta, U.S.A., 1984), pag.117

Para comprender mejor debemos definir los tipos de ancianos, así mismo, tomar en cuenta lo que es el estado físico, el estado mental, su relación con su familia, así como su integración con la sociedad.

De donde podemos definir los siguientes tipos de ancianos.

A.- ANCIANO SANO

Es aquel que a pesar de la evolución natural, sus reacciones físicas o psíquicas no le ocasionan dificultad considerable para la vida de relación.

Este tipo de ancianos es independiente y es capaz de realizar las funciones de la vida diaria, incluso funciones realizadas con el trabajo y la obtención de ingresos.

También podríamos decir que anciano sano es el que no padece alguna enfermedad sin síndrome invalidante pero que a su actividad psico-física esta disminuida por el proceso involutivo de la edad.

B.- ANCIANO ENFERMO

Es aquel que padece un proceso patológico de cualquier naturaleza que limita sus actividades normales; de donde los podemos subdividir de la siguiente manera:

1.- ANCIANO CON PROBLEMAS MEDICOS MENORES

Es aquel que a pesar de tener algun padecimiento crónico degenerativo, ejemplo: diabetes mellitus,

osteoartritis etc. es capaz de controlarse por medio de un apoyo correcto, tanto del sector médico como de la familia, y es además autosuficiente e independiente en la vida de relación e incluso en el trabajo.

2.- ANCIANO CRONICO

Es aquel que presenta una o varias enfermedades crónicas que se prolongan durante un tiempo mas largo de lo habitual, en algunas ocasiones para toda la vida, con o sin periodos de reagudización. Estos enfermos pueden producir limitaciones para la vida de relación y para el trabajo especialmente.

3.- ANCIANO VALIDO

Es aquel en que las afecciones patológicas independietes o no de sus involuciones no hacen que necesiten ayuda de terceros que les permita valerse por si mismo. Este anciano es independiente pero no puede ser autosuficiente.

C.- ANCIANO CON SINDROME INVALIDANTE

Es el que presenta una limitación espedica de una forma mas o menos permante, que por consiguiente necesita ayuda de terceros, para realizar funciones de la vida diaria, sus afecciones patológicas y la involución le impiden realizar labores e inclusive funciones de relación para la vida diaria.

TIPOS DE TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA A UTILIZAR

En la rehabilitación geriátrica los subdividimos en:

A. - PRIMARIA

- 1.- TERAPIA OCUPACIONAL FUNCIONAL*
- 2.- TERAPIA OCUPACIONAL DE AUTO AYUDA*
- 3.- TERAPIA OCUPACIONAL DE SOSTEN*
- 4.- TERAPIA OCUPACIONAL RECREATIVA*

B. - SECUNDARIOS

- 1.- TERAPIA OCUPACIONAL PREVOCAACIONAL*
- 2.- TERAPIA OCUPACIONAL EDUCACIONAL*
- 3.- ERGOTERAPIA*

TIPO PRIMARIOS

1.- TERAPIA OCUPACIONAL FUNCIONAL

Contribuye a la recuperación de la función en un sentido físico, mediante el tratamiento del síndrome invalidante, con técnicas especiales aplicadas a ellas, dentro de este tipo persiguen varios aspectos:

- a.- aumentar la amplitud articular*
- b.- aumentar la fuerza muscular*
- c.- desarrollar la coordinación, la habilidad motriz y la tolerancia al trabajo*

Con todo ello conseguiremos que el paciente aprenda a utilizar la forma más provechosa posible, para llevar a cabo sus actividades diarias en una mayor forma posible.

2.- TERAPIA OCUPACIONAL DE AUTO AYUDA

Con ella colaboraremos a conseguir la independencia total de cada anciano siendo esta la finalidad primordial así como el tipo en la rehabilitación geriátrica. Por lo que consideramos como el tipo esencial de Terapia Ocupacional en geriatría el tipo de dependencia, la cual la podemos obtener mediante dos formas:

a.- independencia para desplazamiento

b.- independencia para realizar actividades de la vida diaria que es lo que nos interesa en esta investigación.

Si queremos conseguir la independencia, tendrá que ser necesaria la utilización de prótesis, férulas, órtesis, o mas ayudas técnicas en las cuales se tendrá que entrenar al anciano para su utilización, para que logre tener dominio y destreza de las mismas. Es indispensable para que el anciano pueda desarrollar actividades de la vida diaria. Información que es proporcionada por el Terapeuta Ocupacional en las diferentes intervenciones que tendrá en el Club de Paciente Geriátrico con Osteoartritis.

3.- TERAPIA OCUPACIONAL DE SOSTEN

Aquí debe considerarse los esfuerzos del médico rehabilitador, El Terapeuta Ocupacional y el equipo multidisciplinario con el fin de conseguir lo siguiente:

- a.- *Que venza el estado depresivo normal que resulta de su enfermedad.*
- b.- *Que el paciente se de cuenta de sus facultades y de sus incapacidades.*
- c.- *Crear un ambiente que facilite la mejoría física y psicológica.*
- d.- *Brindar la oportunidad al anciano de probarse a sí mismo que no ha perdido la capacidad como miembro de la sociedad (socialización)*

Para lo que tendremos una práctica seleccionada de actividades, con las que lograremos vencer la introversión social, la ansiedad o el síndrome que lo hace aislarse de su medio social. (se vuelven uraños)

4.- TERAPIA OCUPACIONAL RECREATIVA

Con ella pretendemos ocupar el tiempo libre del anciano tanto en el ambiente hospitalario, como extrahospitalario mediante la práctica de actividades múltiples, por medio de juegos, charlas, conferencias, cines, actividades al aire libre, además que el terapeuta no debe imponer actividades, sino dejar libre la elección del anciano. Los principios para la tercera edad pueden ser de la siguiente forma:

- a.- *Lograr el interés del anciano*
- b.- *Enseñar nuevos juegos o destrezas*
- c.- *En la participación no se busca la perfección de cada sujeto, va progresando según su velocidad*

- d.- No hay que introducir cambios bruscos en el programa
- e.- Los programas recreativos deben ser más numerosos para las mujeres.

TIPOS SECUNDARIOS

Se aplican de mejor manera en la rehabilitación geriátrica y los fines que se alcanzan con ellos, solo pueden ser determinados en ancianos sanos, y por los factores socioeconómicos.

1.- PREVOCACIONALES

En esta el adolescente y el adulto juegan un papel muy importante, pero el anciano tiene muy escasa participación, ya que ha pasado parte de su vida en actividades laborales y esto ya pertenece al pasado que al futuro, pero sin embargo puede existir una actividad, que por factores socioeconómicos no haya podido realizar, con esto estimular y potencializara su desarrollo encaminado a la ergoterapia.

2.- EDUCACIONALES

En el niño y en el adolescente este tipo de Terapia Ocupacional no ocupa un lugar importante, pero en el anciano es de gran utilidad e importancia, la cual puede darse por medio de charlas, conferencias, cines y en este caso en los clubs, que le deje una enseñanza específica, pero también sin exigir gran consistencia en ello, ya que el anciano puede reprimirse, frustrarse al no alcanzar sus metas.

3.- ERGOTERAPIA

Es un tipo de ocupación terapéutica, que se sirve de los oficios y las artes. En el anciano esto puede ser muy beneficioso y se encausa a trabajos utiles, motivados a poder ser renumerados. Hay que buscar el tipo de programa necesario para que el anciano y las actividades sean idoneas, que tengan un fin recreativo para no llegar a un trabajo competitivo. Las condiciones que ha de reunir cualquier trabajo a la tercera edad son:

Exigir un esfuerzo moderado, ritmo libre y personal, que sean no dirigidos. Y los factores a considerar son: médicos, sociales y laborales; tambien es necesario analizar los factores positivos y negativos de la tercera edad.

El paciente geriátrico debe comprender la importancia de su autocuidado; en donde el Terapista Ocupacional y Recreativa juega un papel importante.

La Terapia Ocupacional y Recreativa en pacientes Geriátricos se puede definir como Un método activo de tratamiento con una profunda justificación psicológica. Con ella mediante una valoración cuidadosa del paciente se tiende a utilizar situaciones y actividades apropiadas, para así conseguir recuperar o desarrollar sus aptitudes en los aspectos físicos, psicológicos, sociales y económicos, así como la capacidad para comunicarse e integrarse totalmente a su familia.

La Terapia Ocupacional y Recreativa es un medio terapéutico activo e integrado en el programa rehabilitador "RUSK la define como cualquier actividad mental o física, medicamente prescrita y profesionalmente guiada, para ayudar al paciente a recuperarse de la enfermedad o de los traumatismos" Constituye una parte de la rehabilitación que procura la mejora del paciente, mediante la ocupación y el recreo, tratando al individuo totalmente, deduciendo así que la prescripción del programa de Terapia Ocupacional y Recreativa a desarrollar dentro del proceso rehabilitador, corresponde al médico, medicando la finalidad del tratamiento.

La realización del tratamiento y los medios utilizados corresponden exclusivamente al terapeuta ocupacional

Los objetivos que persigue el Terapeuta Ocupacional y Recreativa en un el "Club de pacientes geriátricos con osteoartritis" son:

A.- OBJETIVOS PRIMORDIALES

Este objetivo estriba en que la senectud se vive activamente con los menores sufrimientos y pérdida de autonomía posible, para lograr una calidad de vida digna.

B.- OBJETIVOS GENERALES

1.- Fomentar una actividad humana y positiva hacia la persona anciana.

- 2.- *Demostrar satisfacción y vocación en la actividad que se desarrolla, tanto en cuanto al anciano como sus familiares y la sociedad de que depende.*
- 3.- *Conocer los factores sociales, demográficos, sanitarios y económicos del envejecimiento en general y del area local o regional en que se actua.*
- 4.- *Saber observar los cambios relacionados con la edad en las personas y apreciar los factores que pueda motivar el aislamiento, la dependencia o la invalidez.*
- 5.- *Comprender la importancia de la libertad para el anciano, haciendo lo posible para que pueda ejercerla en sus diversas circunstancias, conforme a su estilo de vida.*
- 6.- *Conocer los diversos servicios y modelos sociosanitarios, sus medios y los servicios existentes, para hacerlos eficientes o ayudar a crearlos, buscando agilizar la admisión y la cooperación entre instituciones, familia y sociedad.*
- 7.- *Actuar como educador no solo en la gente de la tercera edad, sino del pueblo en general, en cuestiones de la vejez, problemas de los ancianos.*
- 8.- *Aprender a trabajar en equipo con sentido interdisciplinario en relación con los problemas asociados con las personas de la tercera edad.*

C. - OBJETIVOS INMEDIATOS EN LA REHABILITACION

1.- Valoración de las capacidades residuales

Al hacer la valoración se ha de tener en cuenta la antigüedad del proceso, la edad del paciente, el peso, la región afectada, el estado mental, las complicaciones y en general todos aquellos factores que de alguna forma influyen con agravantes y determinantes de una mayor dificultad para conseguir una independencia básica. Se ha de valorar también el tipo de vida que lleva con anterioridad el proceso patológico causantes de su minusvalía y el medio socio familiar en que se desenvuelve.

2.- Conseguir la independencia para el desarrollo de todas las actividades cotidianas y de su propia movilidad:

El paciente ha de perder el sentido y necesidad de dependencia, y en muchas ocasiones lo único que podemos conseguir con nuestra terapeutica, es la independencia para actividades básicas.

Por otra parte debemos hacer ver a la familia, la necesidad de obligar al anciano a realizar ciertas actividades por sí mismo sin prestarle ayuda alguna o en último caso la mínima posible.

3.- Mantener la integración en el medio sociofamiliar

Para lo que las hospitalizaciones han de ser lo mas breve posible, el tiempo mínimo de solucionar el proceso agudo, con lo que la reinserción posterior

será mas fácil, tanto para el paciente como para la familia.

4.- Desarrollar el interes para la práctica de diversas actividades:

Con el fin de que el anciano este entretenido y se distraiga, y al mismo tiempo pueda apreciar cierta utilidad que desarrolle. El anciano sin signos de invalidez aparente, tenemos que utilizar una serie de factores que no dificulten la aplicación terapéutica de cualquier tipo de terapia rehabilitadora.

5.- Consulta pasiva

Por lo general nos encontramos con personas que han perdido el interes por cualquier tipo de actividad por lo que habrá que estimular al desarrollo y práctica de la misma, proporcionándole incentivos para que pueda encontrar satisfacciones y recreo al hacerlo.

6.- Dependencia

En el anciano suele hacerse dependiente incluso en las instituciones, aun fuera de la familia, como refugio de su soledad interior. Teniendo que forzar al máximo la consecucion de una total independencia de todas las actividades tanto personales como colectivas.

7.- Alejamiento

Otro de los problemas que nos plantea el anciano es el alejamiento de todo contacto social, siendo necesario el estímulo para una convivencia, que en muchas ocasiones sera el resultado de una terapia de grupo bien definida.

8.- Existencia de mitos

Es frecuente en estas edades oír frases como estas: "A mi edad ya no sirvo para nada; para lo que voy a vivir". " Soy un estorbo para mi familia y la sociedad, debería morirme". Tenemos que demostrarles por todos los medios, con sus propias actividades, que aún son útiles para el desarrollo de funciones que puedan reanudar en beneficio propio y de los demás.

Siendo pues los objetivos que nos hemos marcado y al decidirnos a poner en marcha e intentar mencionar esa calidad de vida del anciano por medio de aplicaciones de técnicas terapéuticas.

TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA EN REUMATOLOGIA

INDICACIONES:

- Mantener o incrementar la amplitud del movimiento, potencia resistencia de los miembros superiores.
- Mejorar las capacidades funcionales de las A.V.D.

- *Proporcionar educación al paciente.*
- *Explorar adaptaciones o alternativas en intereses vocacionales y no vocacionales.*
- *Se facilitara la adaptacion psicosocial por el impacto de la incapacidad.*

MODALIDADES:

- *Instruccion en los metodos de A.V.D. adaptados y el uso de dispositivos.*
- *Mano funcional y adiestramiento de la E.S.*
- *Instrucción en la proteccion articular, conservación de energia y técnicas de simplificación del trabajo.*
- *Fabricación de férulas*
- *Ejercicios terapéuticos*
- *Apoyo psicosocial por medio de la verbalizacion y de la solucion de problemas.*
- *Actividades de la vida diaria.*

LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA COMPRENDEN:

Se requiere la evolucion de las destrezas de A.V.D. presentes y pasadas. amplitudes articulares, resistencia, fatiga, dolor, rigidez, deformidad, motivacion y estado médico general.

CLASIFICACION FUNCIONAL DE AMERICAN RHEUMATIC ASSOCIATION

CLASE I capacidad funcional completa con aptitud para llevar a cabo los deberes usuales sin ningun monoscabo.

CLASE II Capacidad funcional adecuada para realizar las actividades normales a pesar del monoscabo

representado por las molestias o la limitación de la movilidad de una o más articulaciones.

CLASE III Capacidad funcional adecuada para realizar solo algún o ninguno de los deberes de la ocupación usual o de la propia independencia.

CLASE IV Incapacidad importante o completa con el paciente encamado o confinado a silla de ruedas.

TRATAMIENTO DE A.V.D.

ALIMENTO: mango de los utensilios largo o angulados, maguito universal, utensilio liviano.

VESTIDO: Calzador de mango largo para los zapatos, tirantes, alargador, abotonador, tirantes para calcetines, cierres de cremallera, vestido anchos y abrochados por delante.

HIGIENE Y BAÑO: peine, cepillo o esponja de mango largo, ducha de manguera, barrera de sujeción en la bañera, banquito para trasladarse del baño, y asiento elevado para el aseo.

OTROS DISPOSITIVOS MANUALES

abridores automáticos, sostenedores de libros, puertas correderas, abrideros de puertas.

EDUCACION DEL PTE.

Comprende instrucciones en protección articular:

A.- Los conceptos de protección articular ayuda a conservar la integridad articular y reducir la sobrecarga en las estructuras afectadas.

Debe considerar el dolor como señal para una actividad moderada, conviene aconsejarlos para evitar las posiciones de deformidad, la garra o la pinza demasiado rígidas y la posición estática o de apoyo.

Las técnicas de conservación con frecuencia, utilizar siempre las estructuras mas potentes y de mayor volumen, usar férulas.

B.- Las técnicas de conservación de energía favorecen al complemento de las tareas con un mínimo de gasto de energía. Es esencial el equilibrio de reposos y trabajo y requiere una meticulosa valoración diaria. Son importantes la mecánica corporal apropiada, la postura y la posición, debe emplearse adaptaciones en domicilio y trabajo, como el uso de aparatos eléctricos livianos. Todo pacientes afectos de artritis reumatoide. Debe evitar sobre carga en todas las articulaciones en particular la mano y articulaciones inflamadas.

FERULAS:

a.- DINAMICAS

b.- ESTATICAS

Para las inflamaciones de la mano reumatoidea, se utiliza la Ferula con canal volar para muñeca. Se usa para proporcionar soporte a la muñeca extiende el pliegue palmar distal y eminencia tenar, proporciona reposo completo de la mano.

H I P O T E S I S

El programa de autocuidado es efectivo en pacientes geriátricos con Osteoartritis, que reciben atención en el Centro de Atención Medica Integral para Pensionados C. A. M. I. P., toda vez que le permite sobrellevar la osteoartritis y convivir con ella.

Identificandose las siguientes variables e indicadores:

VARIABLE DEPENDIENTE

Aceptación para sobrellevar la Osteoartritis y capacidad para convivir con ella

INDICADORES

Autocuidado, independencia, autoestima, funcionalidad, tensiones emocionales, ambiente familiar, tolerancia a la frustración, tolerancia al dolor.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Efectividad del programa de Terapia Ocupacional y Recreativa de autocuidado para el paciente geriátrico.

INDICADORES

Conocimiento de la enfermedad, técnicas activas y pasivas, terapia de sosten y autoayuda, actividades sociales, actividades recreativas, ergoterapia.

Capítulo

2

C A P I T U L O II

T E C N I C A S E I N S T R U M E N T O S

DISEÑO DE PRUEBA

Se tomó a la población de cincuenta pacientes que tienen Osteoartritis y que asisten al C.A.M.I.P., de ambos sexos, comprendidos entre las edades de 50 a 70 años, tomando en consideración que son pensionados y/o jubilados, en su mayoría, de una condición socio-económica baja, con escolaridad a nivel medio.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

En el estudio acerca del programa de autocuidado, se contó con la ayuda de: guías de observación, cuestionarios estructurados y entrevistas libres.

Se realizaron tres cuestionarios estructurados, para tener mayor conocimiento de su enfermedad, y saber hasta qué grado se encuentran limitados sus miembros inferiores, qué conocimientos tienen de Terapia Ocupacional y Recreativa y se comprobó al final del tratamiento, qué conocimientos adquirieron en el programa impartido.

La observación participativa, permitió al Terapeuta experimentar junto con los pacientes los resultados del programa de Autocuidado. Así mismo, se trabajó en talleres, en el que se les enseñó a realizar adaptaciones para el manejo de instrumentos con miembros superiores.

Las observaciones se realizaron en un horario de 8:00 a 12:00 de la mañana, durante el transcurso de los seis meses del programa.

Las entrevistas libres sirvieron para ampliar la información recogida a través de los cuestionarios, éstas permitieron profundizar en el desarrollo del programa así, como en la evaluación de cada paciente.

TECNICAS DE ANALISIS ESTADISTICO. DESCRIPCION E
INTERPRETACION DE DATOS

El estudio fué más de tipo cualitativo que cuantitativo, se utilizó un análisis porcentual en el que describimos a través de gráficas, cuantos pacientes evolucionaron de acuerdo al diagnóstico inicial.

Capítulo

3

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Luego de haber puesto en práctica, el Programa de Terapia Ocupacional para pacientes Osteoartríticos, con la muestra de 50 pacientes, se evaluó por medio de cuestionarios establecer los conocimientos de su enfermedad y grado de limitación de sus miembros superiores, conocimientos acerca de Terapia Ocupacional y Recreativa, así mismo comprobar los conocimientos adquiridos en dicho programa.

Para la realización del presente trabajo, se estudió el 100% de la población con Osteoartritis, que asiste al Centro de Atención Médico Integral para Pensionados C.A.M.I.P. del IGSS.

La muestra escogida debió reunir las siguientes características:

Ser paciente jubilado y/o pensionado que asistiera regularmente al CAMIP.

Ser pacientes Osteoartrítico.

Pacientes de ambos sexos

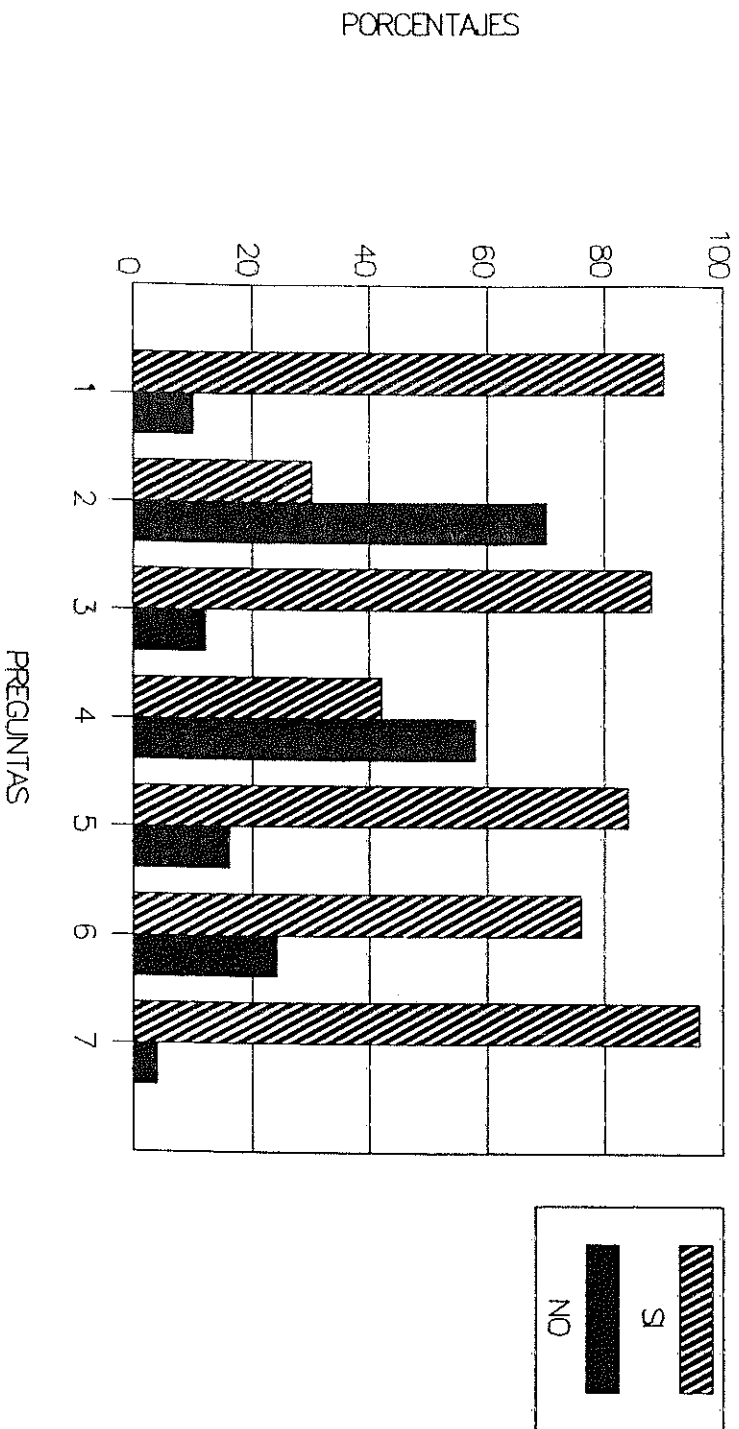
Estar comprendido entre las edades de 50 a 70 años.

Estar interesado en su autocuidado.

El 100% de pacientes osteoartríticos arrojarán porcentajes que a continuación se presentan a través de, diagramas de barras.

CUESTIONARIO No. 1

CONOCIMIENTO DE ARTRITIS

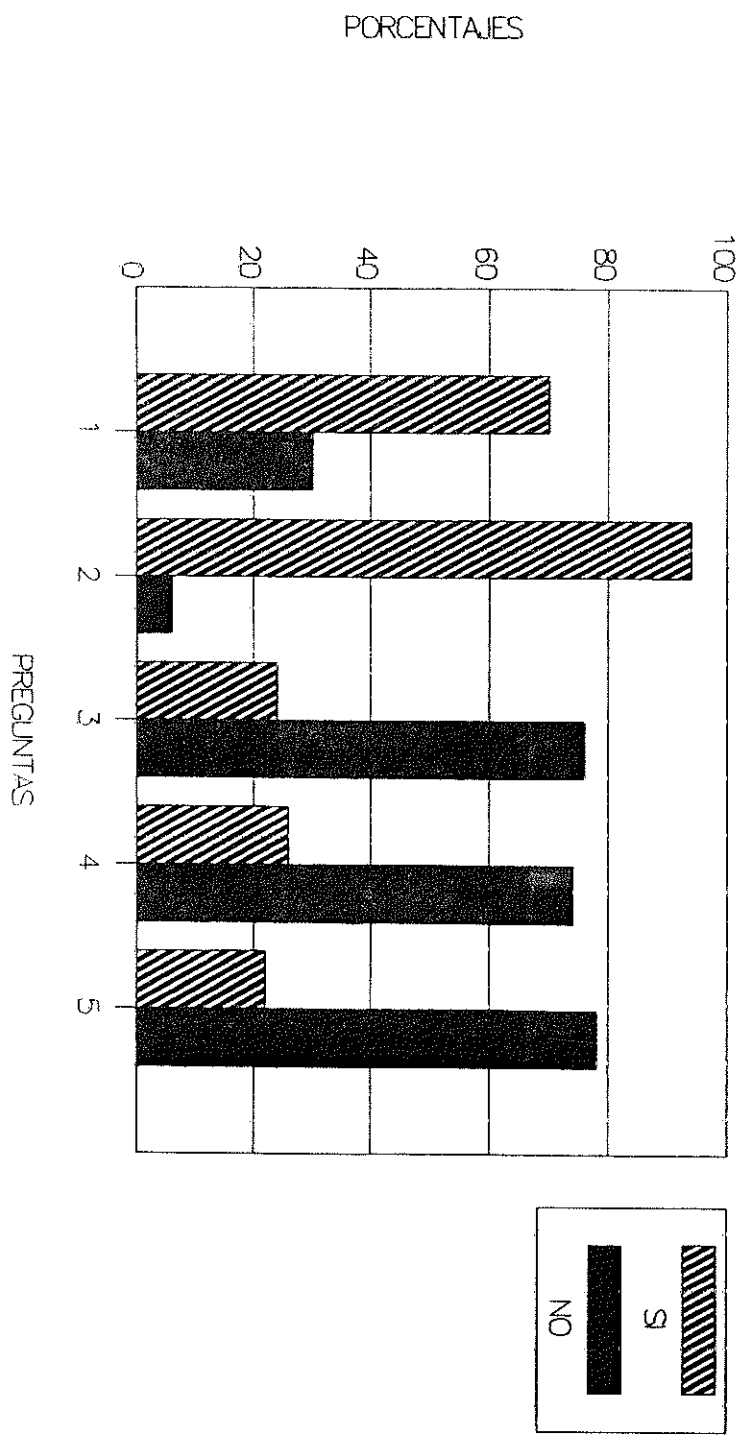


CUESTIONARIO No. 1

- 1.- De las 50 personas encuestadas, con respecto a: si saben que es Artritis, 45 contestaron que sí, equivalente al 90%, y 5 que no, equivalente al 10%.*
- 2.- De las 50 personas encuestadas, con respecto a: si sabe que tipo de artritis sufre, 15 contestaron que sí, equivalente al 30%, y 35 que no, equivalente al 70%.*
- 3.- De las 50 personas encuestadas, con respecto a: si padece de otra enfermedad, 44 contestaron que sí, equivalente al 88%, y 6 que no, equivalente al 12% .*
- 4.- De las 50 personas encuestadas, con respecto al conocimientos de las complicaciones que tiene la osteoartritis, 21 contestaron que sí, equivalente al 42%, y 29 que no, equivalente al 58%.*
- 5.- De las 50 personas encuestadas, con respecto a tener dificultades para realizar actividades de la vida diaria, 42 contestaron que sí, equivalente al 84%, y 8 que no, equivalente al 16%.*
- 5.- De las 50 personas encuestadas, con respecto a: como le ha afectado la enfermedad en el círculo familiar, 38 contestaron que sí, equivalente al 76%, y 12 que no, equivalente al 24%.*
- 7.- De las 50 personas encuestadas, con respecto a: si sigue indicaciones del médico, 48 contestaron que sí, equivalente al 96%, y 2 que no, equivalente al 4%.*

CUESTIONARIO No. 2

CONOCIMIENTO DE T. O. y R.



CUESTIONARIO No.3

1.- De las 50 personas encuestadas, con respecto a: que si obtuvo beneficios en la asistencia al club de Osteoartríticos, 48 contestaron que sí, equivalente al 96%, y 2 que no, equivalente al 4%.

2.- De las 50 personas encuestadas, con respecto a que si la Terapia Ocupacional y Recreativa le proporciono beneficios, 48 contestaron que sí, equivalente al 96%, y 2 que no, equivalente al 4%.

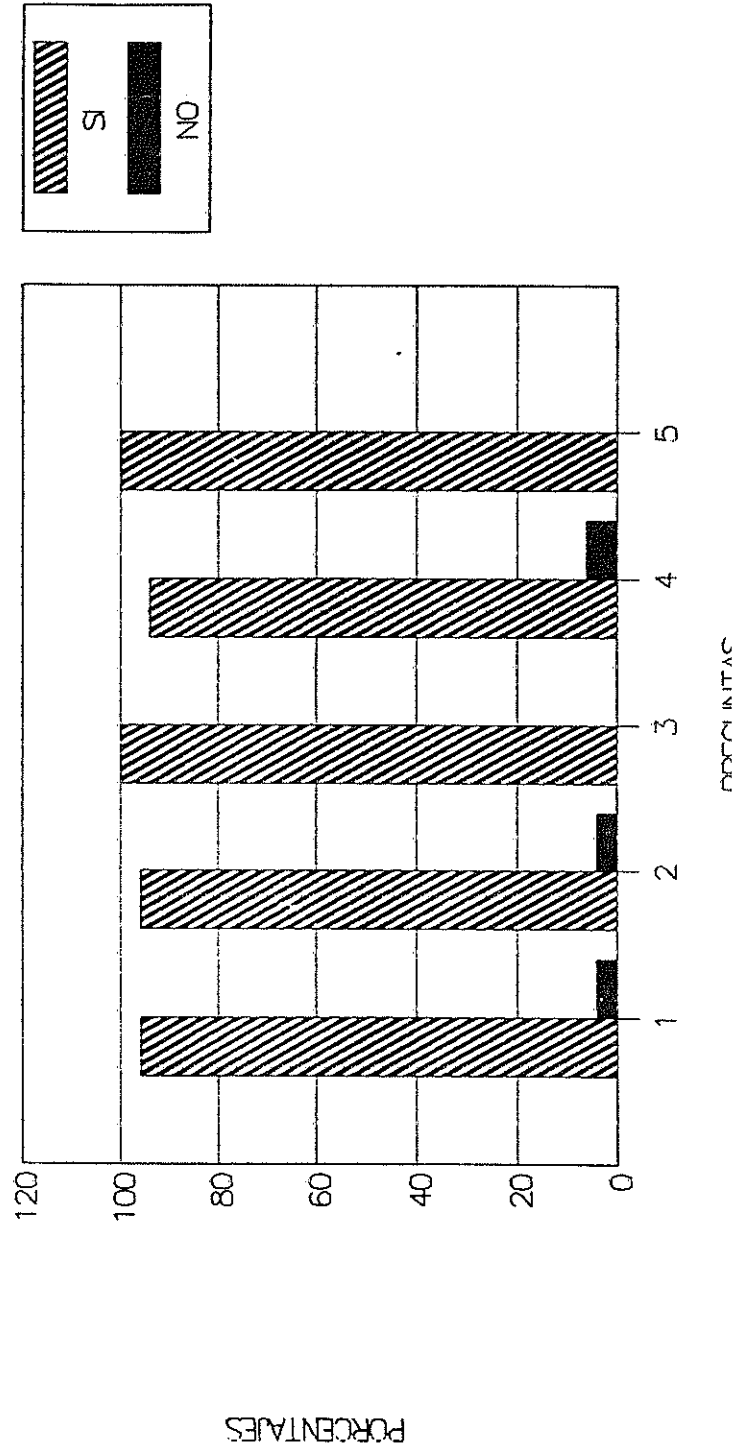
3.- De las 50 personas encuestadas, con respecto a que si ha puesto en práctica los ejercicios sugeridos por Terapia Ocupacional y Recreativa, las 50 contestaron que sí, equivalente al 100%.

4.- De las 50 personas encuestadas, con respecto a que si ha notado algun cambio en sus miembros superiores desde que realiza los ejercicios sugeridos por Terapia Ocupacional y Recreativa, 47 contestaron que sí, equivalente al 94%, y 3 que no equivalente al 6% .

5.- De las 50 personas encuestadas, con respecto a que si ha logrado independencia en sus actividades de la vida diaria, las 50 contestaron que sí, equivalente al 100%.

CUESTIONARIO No. 3

CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS



CUESTIONARIO No.2

- 1.- De las 50 personas encuestadas, con respecto al conocimiento que tienen de Terapia Ocupacional y Recreativa, 35 contestaron que sí, equivalente al 70%, y 15 que no, equivalente al 30%.*

- 2.- De las 50 personas encuestadas, con respecto a: si creen que la Terapia Ocupacional y Recreativa, les puede ayudar con su enfermedad, 47 contestaron que sí, equivalente al 94%, y 3 que no, equivalente al 6%.*

- 3.- De las 50 personas encuestadas, con respecto a: si ha estado en el departamento de Terapia Ocupacional y Recreativa realizando alguna actividad, 12 contestaron que sí, equivalente al 24%, y 38 que no, equivalente al 76%.*

- 4.- De las 50 personas encuestadas, con respecto a: si tiene dificultad para realizar actividades de higiene, 13 contestaron que sí, equivalente al 26%, y 37 que no, equivalente al 74%.*

- 5.- De las 50 personas encuestadas, con respecto a: si tiene dificultad en la utilización de utensilios de mesa, 11 contestaron que sí, equivalente al 22%, y 39 que no, equivalente al 78%.*

- 6.- De las 50 personas encuestadas, con respecto a que si le son difíciles realizar actividades de vestido, 19 contestaron que sí, equivalente al 38%, y 31 que no, equivalente al 62%.
- 7.- De las 50 personas encuestadas, con respecto a que si realiza algun ejercicio, 34 contestaron que sí, equivalente al 68%, y 16 que no, equivalente al 32%.
- 8.- De las 50 personas encuestadas, con respecto a que si se preocupan cuando no pueden realizar alguna actividad, 42 contestaron que sí, equivalente al 84%, y 8 que no, equivalente al 16%.

Con base en los resultados cuantitativos obtenidos, se pudo comprobar a través del análisis porcentual la *IMPORTANCIA Y EFICACIA DEL PROGRAMA DE AUTOCAUIDADO*, y por lo tanto se acepta la hipótesis planteada, es decir que *El Programa de Autocuidado es efectivo en pacientes geriátricos con Osteoartritis, que reciben atención en el Centro de Atención Médico para Pensionados CAMIP .*

El club de Osteoartríticos funcionó con la colaboración del equipo multidisciplinario, en el que cada integrante expuso sobre su especialidad, el Terapeuta Ocupacional y Recreativo se integró a dicho equipo, mismo que hizo énfasis en la importancia del autocuidado del paciente geriátrico.

El programa se llevó a cabo los días martes de 8:00 a.m. a 12:00 horas durante seis meses, en los que se presentaron diversas conferencias sobre la importancia del Terapeuta Ocupacional y Recreativo teniendo como objetivos; crear y poner en práctica un programa de autocuidado con técnicas activas y representativas, para facilitarle al paciente los conocimientos necesarios acerca de la prevención y cuidado de su enfermedad, así mismo, se realizaron talleres en los que se elaboraron diferentes adaptadores para miembros superiores. En cada reunión se llevaron a cabo actividades educativas, (conferencias) de ergoterapia, (taller de adaptaciones) recreativas (juegos) y sociales .

Conforme fue evolucionado el programa, los pacientes expresaron sus logros y satisfacciones.

Se pudo observar y comprobar por medios de las diferentes dinámicas realizadas, que ellos han seguido las instrucciones sobre "Los Principios para la protección de las Articulaciones" (la forma correcta para barrer, de levantar objetos pesados, al utilizar un sostenedor de botones para abotonarse, un jalador de zipper para subirlo o bajarlo, como transportar varios objetos, etc.).

Otro aspecto positivo del programa se pudo observar que después de haber enseñado a realizar las diferentes adaptaciones por medio de los talleres, lograron independizarse para realizar las diferentes actividades de la vida diaria, (escribir, peinarse, bañarse, etc.) e incluso con las adaptaciones realizadas en algunos juegos de mesa, lograron compartir más con sus familiares y amigos, por lo que su familia lo ha integrado al círculo familiar y que no lo veían como una persona inútil.

Actualmente existe un grupo de seguimiento que se reúne cada mes, en donde comparten sus experiencias y se ayudan mutuamente, además de expresarle a otros pacientes los beneficios obtenidos e invitarlos a que se informen y asistan al Club de Osteoartritis que se forma en CAMIP, con ayuda del equipo multidisciplinario.

Lo expuesto anteriormente se pudo corroborar a través de los cuestionarios y entrevistas aplicados a los pacientes en los cuales estos manifiestan su satisfacción hacia las actividades.

Para lograr la evolución físico-Psicológica, el Terapeuta Ocupacional realizó, su trabajo con iniciativa, responsabilidad y creatividad, logrando así que el paciente tuviera una participación positiva, actuando con mucho empeño y voluntad por recuperarse.

C A P I T U L O I V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

- 1.- *Se acepta la hipótesis presentada, en cuanto que el programa de autocuidado si es efectiva para el tratamiento de pacientes Geriátricos con osteoartritis.*
- 2.- *El Programa de Autocuidado a través de los clubs es un medio acertado para estimular la sociabilidad entre los pacientes.*
- 3.- *El Programa de Autocuidado ofrece nuevas posibilidades en el tratamiento de la osteoartritis.*
- 4.- *El Programa de Autocuidado como parte de los programas presentado en el club, si es efectiva para mantener el funcionamiento físico-psicológico de los pacientes con osteoartritis.*
- 5.- *El programa de Autocuidado, debe formar parte de las técnicas de Terapia Ocupacional, pues es una nueva modalidad de incrementar el autocuidado en los pacientes con Osteoartritis.*

RECOMENDACIONES

- 1.- *Que los Terapistas Ocupacionales y estudiantes, que participen con los pacientes Osteoartríticos, en procesos de autocuidado, utilicen el Programa de Autocuidado, como recurso efectivo.*
- 2.- *Utilizar adecuadamente el Programa de Autocuidado, en pacientes geriátricos con Osteoartritis.*
- 3.- *Que los Terapistas Ocupacionales realicen nuevas investigaciones, para mejorar el programa de autocuidado y obtener mejores resultados terapéuticos.*
- 4.- *Dar a conocer la Terapia Ocupacional y Recreativa, por medio del Programa de Autocuidado para paciente geriátrico con Osteoartritis y con otros problemas de salud, como Diabéticos, Depresión, Strees, etc.*

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Darrell C. Crain "Manual para enfermos artríticos" La prensa médica mexicana, Mexico, 1974;
- 2.- Documento: "Planificación 1,994" Sección de Trabajo Social" Centro de Atención Médica Integral para Pensionados, Guatemala, 1,974
- 3.- Documento: "Golding. D.N. Osteoartritis" Guatemala, 1975;
- 4.- Gerald P. Rodman "Compendio de las enfermedades Reumaticas" 8o. edición; The Arthritis Foundation, Atlanta U.S.A. 1,995
- 5.- Girón Mena, Manuel Antonio; "Gerocultura" apoyada por O.P.S./O.M.S. 1,986; Guatemala,
- 6.- Hooker, Susan "La Tercera Edad", Gedesa S.A. Baracelona España, 1978.
- 7.- T 13 (03) TOR; Icu de Levenber, Albertina "La Importancia y La Necesidad de la Terapia Ocupacional y Recreativa en el Paciente Geriátrico" Guatemala, 1988

- 8.- *Jornet Casas, Alberto "Manual de Reumatologia y Trastornos Ortopedicos Ambulatorios, Diagnosticos y Terapeutica" Edit. Salvat S.A., Baracelona España, 1972*

- 9.- *Macdonald "Terapeutica Ocupacional en Rehabilitación" Salvat, Barcelona, España, 1972.*

- 10.- *T9(20)R. Morales Barco, Aracely "El Rol que desempeña el Terapista Ocupacional y Recreativa en el Equipo Multidisciplinario hospitalario" Guatemala, 1989.*

- 11.- *Merck Sharp "El Manual Merck" Dolme International, Sexta edición, U.S.A. 1978.*

- 12.- *Silby Philip y Adrian Griffitha "Guia para un envejecimiento Satisfactorio" Parthenon Publishing, Inglaterra 1,986.*

*PROGRAMA DE ACTIVIDADES A REALIZAR
EN EL CLUB DE OSTEOARTRITIS*

El trabajo de campo se realizó con dos grupos consecutivos de osteoarthriticos, con un número de veinticinco participantes por grupo.

Se trabajó en las siguientes areas:

- 1.- la de integración social*
- 2.- la educacional*

Las reuniones se llevarón a cabo de la siguiente manera:

PRIMERA REUNION:

Se efectó observación e integración con el grupo que participaron en el Club de Pacientes con Osteoartritis, posteriormente se efectuó una encuesta, sobre la enfermedad que padecen y cuidados generales, ya que esto, nos brindará conocimiento de donde pondiamos enfatizar.

(ANEXO No.1)

SEGUNDA REUNION:

1.- Se dió inicio la actividad con la presentación e integración del grupo con la dinámica de integración "Un viaje por el campo", con las siguientes instrucciones:

- a.- todos los integrantes del club se colocan en círculo. en posición de pié.*

b.- según se fue relatando el cuento los participantes fueron realizando las acciones.

c.- Se les indico la importancia de la actividad realizada

2.- Se impartió la conferencia sobre:

OBJETIVOS E IMPORTANCIA DE TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA

A.- QUE ES TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA

B.- OBJETIVOS DE TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA

TERCERA REUNION:

Se dió reforzamiento de la reunion anterior, así como ejemplificar la actividades anteriores, posteriormente se efectuó una evaluación de la importancia y objetivos de Terapia Ocupacional y Recreativa en las actividades de la vida diaria. (ANEXO 2)

CUARTA Y QUINTA REUNION:

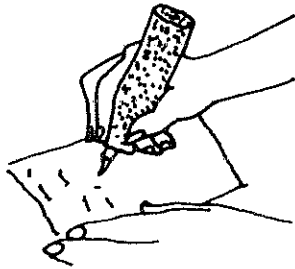
Se impartió la conferencia sobre

PRINCIPIO PARA LAS PROTECCIONES ARTICULARES

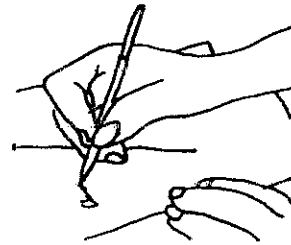
Existen 4 poturas que contribuyen a crear deformidades; las cuales se usan muchas veces durante el día.

Al escribir, debe de mantener su espalda recta, en una área bien iluminada. Coloque el lapicero un poco levantado para una mejor escritura. Un lapicero con una punta de nylon, será más fácil de usar, que un lápiz o un bolígrafo.

CORRECTO

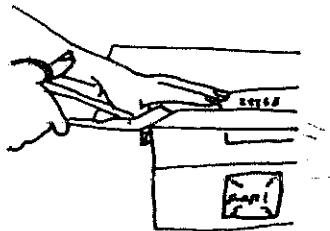


INCORRECTO

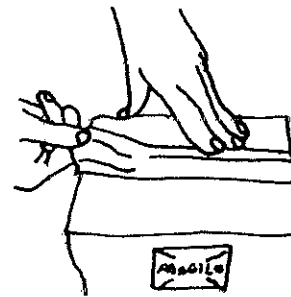


Use las herramientas apropiadas, como tijeras o cuchillos para abrir paquetes. No haga esfuerzos para abrirlos con sus dedos

CORRECTO



INCORRECTO



Al abrir frascos, coloque su mano totalmente extendida sobre la tapadera de estos. Abra el frasco con su mano izquierda y ciérrelo con su mano derecha. Cuando usted gire la tapadera rótleela hacia el lado del dedo gordo de su mano.

CORRECTO

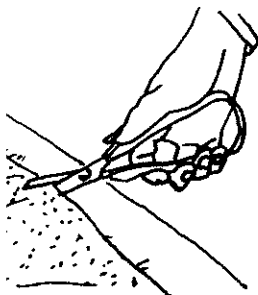


INCORRECTO

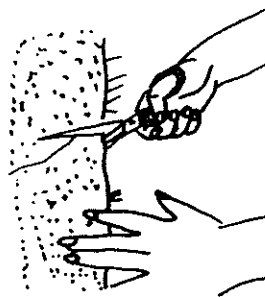


Si usted usa con frecuencia tijeras para cortar, utilice tijeras adaptadas o un cuchillo con filo, en lugar de tijera convencionales.

CORRECTO

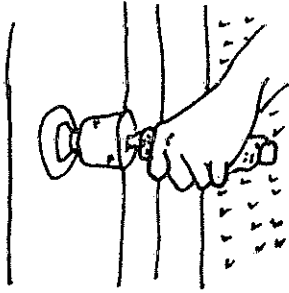


INCORRECTO

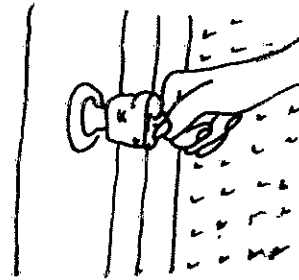


Un armado de llave es más fácil de sostener que una llave, especialmente cuando la cerradura es difícil de maniobrar. Esta clase de manejo de llave le da una mayor palanca a su brazo, ya que gira su brazo para voltear la llave.

CORRECTO

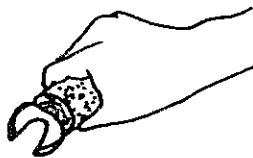


INCORRECTO

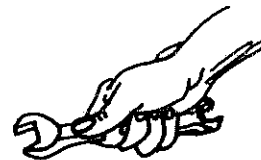


Evite usar herramientas que sean duras y angostas a su tacto. Debe de adherir a cualquiera de sus herramientas, un pedazo de esponja o tela, lo que permitirá que sean más comfortable fáciles de manejar y de menor esfuerzo para su uso.

CORRECTO



INCORRECTO



Quando barra, trapee o use el rastrillo, mantenga el mango de estos enfrente de usted, y su espalda bien recta. Evite tener el mango por debajo de su cintura, esto le conduce a malas posturas e innecesarias tensiones.

CORRECTO

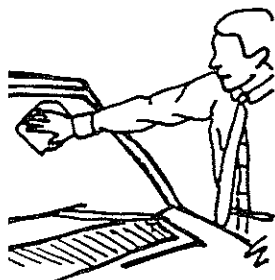


INCORRECTO

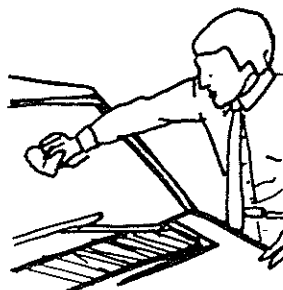


Coloque su mano extendida al lavar ventanas, mostradores altos o cualquier otro fondo plano. Extienda la tela junto con su mano.

CORRECTO

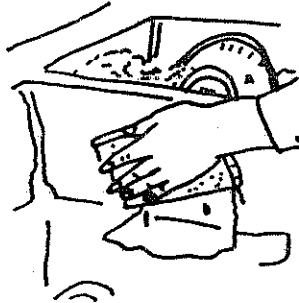


INCORRECTO



No remueva el agua de la tela exprimiéndola o retorciéndola. En lugar de esto, doble la tela o esponja, sobre el grifo, coloque su mano extendida encima de la tela y presione para poder exprimirla.

CORRECTO

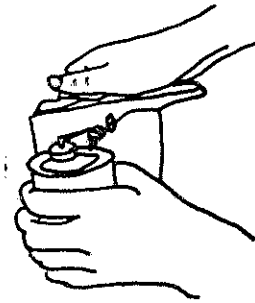


INCORRECTO

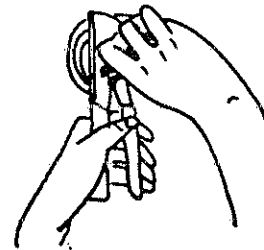


Use aparatos eléctricos cada vez que pueda para evitar la fuerza y la tensión en sus dedos. Por ejemplo, use un abridor de latas eléctrico en lugar de un manual.

CORRECTO

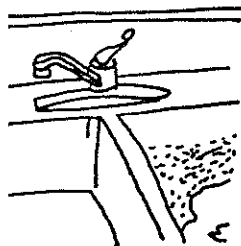


INCORRECTO

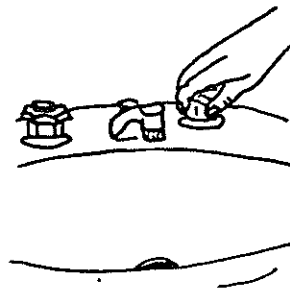


reemplace los pequeños grifos que le ocasionan dificultad de encender, por el tipo de grifos que tengan palancas. Usted puede usar la palma de su mano para encender la llave. Si usted tiene la llave de su grifo redonda, coloque la palma de su mano de manera que detenga la palanca (grifo), y la pueda encender.

CORRECTO

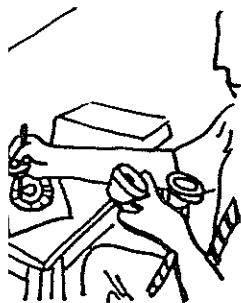


INCORRECTO

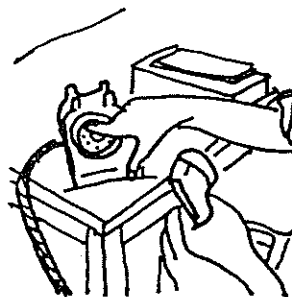


Si usted tiene un teléfono automático, mantenga un lápiz o un apicero junto a este, para marcar el número al que usted llamará, así evitará usar su dedo índice para tal acción.

CORRECTO

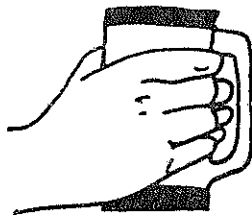


INCORRECTO

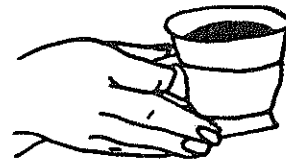


Quando tome bebidas calientes use un pocillo, evite tomar en tazas que tengan orejas pequeñas.

CORRECTO

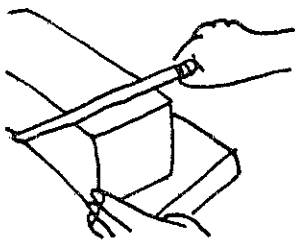


INCORRECTO

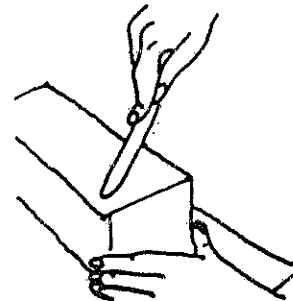


Use un cuchillo que tenga un mango largo, manteniendo sus sierras paralelas a su mano. Evite usar cuchillos de mango pequeño, especialmente cuando corte comidas duras como queso o carne. Asegúrese que su cuchillo tenga filo. Los cuchillos afilados cortan más fácil que los que no tienen filo.

CORRECTO



INCORRECTO



Coloque su bolsa sobre su hombro o antebrazo, no sobre su mano. Trate de utilizar una cartera no muy pesada.

CORRECTO



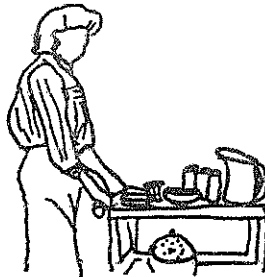
INCORRECTO



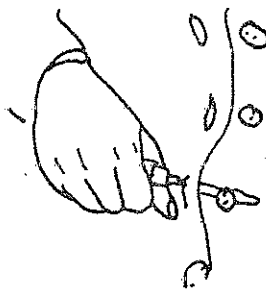
Cambie las herramientas y métodos que utiliza para realizar un trabajo, si al hacerlo le resulta más fácil.



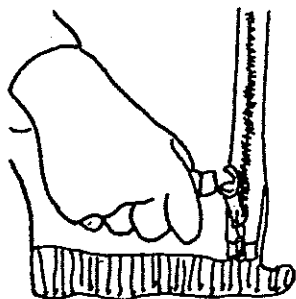
*Para transportar objetos utilice si es posible una mesa con
ruedas. Canastas, valijas, bolsas o algun objeto similar
puede transportarse así más fácilmente.*



*Al utilizar un sostenedor de botones puede abotonarse más
fácilmente.*



*n jalador de zipper puede usarse para subir o bajar el
ipper de sus chumpas, etc.*



*l hablar por teléfono un hombro debe sostener el auricular,
ara que sus manos queden libres y pueda tomar nota de lo que
onsidere necesario.*

CORRECTO



INCORRECTO

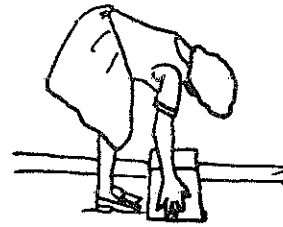


Cuando levante objetos por debajo de su cintura, doble a rodillas y mantenga su espalda recta.

CORRECTO



INCORRECTO

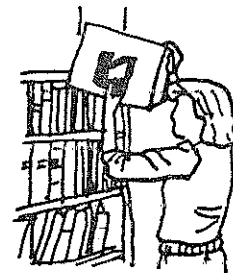


No levante objetos pesados por encima de su cabeza. Use un banco o cualquier objeto similar para alcanzar lugares altos.

CORRECTO

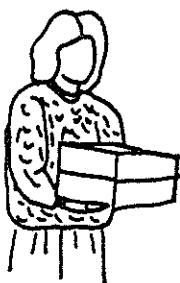


INCORRECTO



evante cualquier objeto con ambas manos. Use ambos brazos para cargar los objetos cerca de su cuerpo (codos doblados), en lugar de cargarlos solo con sus dedos.

CORRECTO

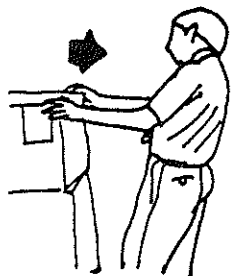


INCORRECTO

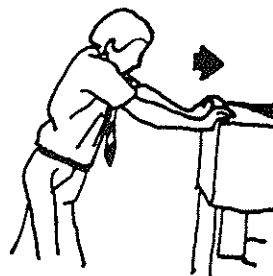


Para mover objetos pesados, empuje los objetos con su peso, en lugar de jalarlos con sus dedos. Esto le permite a sus piernas y cadera hacer el esfuerzo, en vez de sus brazos y manos.

CORRECTO

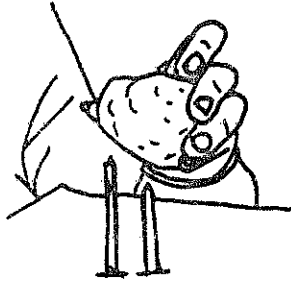


INCORRECTO

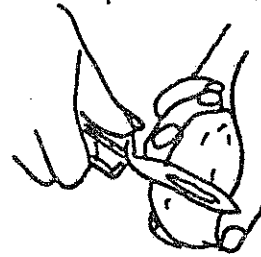


Evite el esfuerzo y tensión al detener vegetales y frutas pequeñas. Use una tabla de cortar con puntas. Las puntas detendrán el artículo (fruta, vegetal), mientras usted lo pela o corta.

CORRECTO



INCORRECTO



Cuando le sea posible, coloque objetos pesados sobre una carretilla, o deslicelos en lugar de cargarlos.

CORRECTO



INCORRECTO



levantarse de una silla o al sentarse, coloque la palma de mano sobre el borde de la silla para empujarse o apoyarse. apoyarse sobre los dedos.

CORRECTO



INCORRECTO



Evite posiciones que requieran excesiva o constante presión en sus articulaciones.

CORRECTO



INCORRECTO

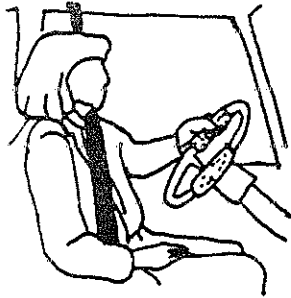


Evite descansar su barbilla, sobre sus nudillos. Si este es un hábito déjelo, use la palma de su mano en lugar de sus nudillos.

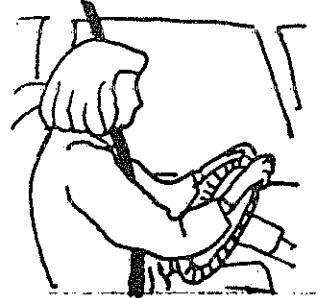
Evite posiciones estáticas prolongadas.

Quando maneje un carro por largas distancias periódicamente quite la tensión que lleva al sostener el timón, sosténgalo por un tiempo sólo con una mano y luego deberá cambiar de mano para guiar el timón. Una esponja o trapo adherido al timón le proporcionará una mejor prensión ya que será más suave y confortable.

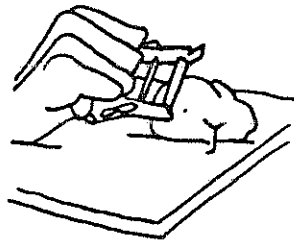
CORRECTO



INCORRECTO



Compre utensilios que están diseñadas para reducir el esfuerzo de trabajo. (pelador de papa)



Evite tejer por largos periodos de tiempo.

Batir huevos hacia adentro (hacia el dedo gordo).

Siga las instrucciones de su médico.

Tome su medicina tal como se le ha prescrito, asegúrese de tomarlas correctamente. Nunca cambie la dosis indicada, pero pregúntele a su médico si existe algun cambio en ella, cada vez que tenga consulta.

Entablillar sus articulaciones es una manera de evitar deformidades y preservar su función.

Quando sienta dolor en alguna articulación, descanse y de tiempo a que el dolor disminuya antes de continuar sus actividades.

Evite movimientos que le causan dolor.

Evite actividades que no pueda suspender rápidamente en caso de que produzcan dolor.

Evite golpes o vibraciones fuertes.

Reduzca a mínimo actividades que requieren presión fuerte y firme.

No se deje caer al sentarse, use sillas altas.

Se les proporcionó a los participantes un boletín sobre lo explicado anteriormente, para que lo practicaran en sus casas, y que en la próxima reunión dieran a conocer los resultados obtenidos. (1)

Zavala, Waldemar Principio para la Protección de las Articulaciones (C.A.M.I.P Departamento de relaciones Públicas Guatemala, 1993)

SEXTA REUNION:

Se explico sobre la importancia que tienen las adaptaciones en algunos utensilios que se utilizan en las actividades de la vida diaria, así como la elaboración de un adaptador para llave o desarmador.

CONFERENCIA:

La artritis puede a veces dificultar la función de una o más articulaciones. Cuando esto ocurre, es útil tener a la mano algún objeto que ayude a llevar a cabo las tareas diarias. Se han inventado muchos aditamentos útiles; algunos de ellos pueden hacerse en casa y los más complejos pueden comprarse en algunas casas especializadas.

En el caso de que se vean afectados los dedos, de manera que cueste trabajo cerrar la mano por completo, puede ser difícil servirse de un cuchillo y tenedor común y corriente o de una pluma o lápiz. El envolverse los mangos de estas herramientas con gasa y/o esponja, tela adhesiva puede ser una solución adecuada. (ANEXO 4) También se puede calentar el mango de un cuchillo o tenedor y hacerlo pasar a través de una vela. El alargar el mango de los cubiertos (sobre todo el tenedor), dará mayor seguridad al cortar los alimentos. Si hay limitación en el movimiento del codo o del hombro, un peine de mango largo, un calzador y un instrumento para ponerse las medias puede ser de valor incalculable para vestirse. (ANEXO 3)

OPTIMA REUNION

Se efectuó evaluación sobre los principios para la rotación de las Articulaciones, la cual fue participativa; en la que se le solicitó a diferente paciente que efectuara lo incorrecto y posteriormente lo correcto de una de las diferentes posturas que se expuso, para que el resto de los participantes indicaran cual es la correcta y de esta manera reafirmar lo importante que es el autocuidado en las personas que sufren de osteoartritis.

ACTIVA REUNION

Se realizó una prueba final para verificar conocimiento adquiridos en el club, principalmente sobre el autocuidado de la importancia de Terapia Ocupacional y Recreativa en los pacientes Geriátricos con osteoartritis. (ANEXO 3)

Se les proporcionó un documento de ejercicios sugeridos para mejorar sus amplitudes articulares y fuerza muscular de los hombros, cuales tendrán que efectuarlo todos los días y así mejorar aún más su autocuidado.

EJERCICIOS PARA LOS HOMBROS

Los siguientes ejercicios se deben hacer en posición erguida y con las manos a los lados del cuerpo.

- 1.- Póngase enfrente de un espejo. Manteniendo firmes los brazos, haga girar ambos hombros en la misma dirección, en un movimiento circular, hacia adelante y luego hacia atrás. (10 veces)

- 2.- Póngase frente a un espejo, a un poco menos de un brazo de distancia. Ponga las puntas de los dedos en el espejo y "trepe" por el espejo con la mano. Obsérve en el espejo para asegurarse de que esté alzado el brazo desde el hombro, sin alzar el cuerpo o inclinarlo. Cuente hasta cinco en la posición más alta que pueda alcanzar, luego baje el brazo al lado del cuerpo. (10 veces)
- 3.- Gire el cuerpo hasta que esté en ángulo recto en relación al espejo. (repita el ejercicio 2)
- 4.- Cruce los brazos en el pecho. hora levante los brazos tan alto como pueda sin alzar los hombros, tocándose la frente si es posible. Cuente hasta dos y regrese. (10 veces)
- 5.- Ponga ambas manos en la parte inferior de la espalda. Jale los codos hacia atrás como pueda, luego hacia adelante tanto como pueda. (10 veces)

EJERCICIOS PARA LOS CODOS

- 1.- Póngase en posición erecta, con las manos a los lados del cuerpo, flexione los codos y toque los hombros con la punta de los dedos, Cuente hasta dos y regrese a la posición original. (10 veces)
- 2.- Siéntese en una silla y ponga el brazo enfrente de usted sobre una mesa, con la mano hacia arriba. Ahora haga girar la mano hasta que la palma esté

hacia abajo. Cuente hasta uno y gire a la posición original. (10 veces cada uno)

3.- Siéntese en un sillón. Ponga las manos en los brazos del sillón; haga fuerza contra los brazos del sillón enderezando los codos, levantando las caderas del sillón, cuente hasta uno y regre al sillón.

(10 veces)

4.- Como egla general, mantega la bolsa o el postafolio en la agarradera, con los brazos pendientes rectamente a los lados del cuerpo.

EJERCICIOS PARA LA MUÑECA

1.- Junte los dedos y el pulgar en un puño bien apretado. Cuente hasta dos y ábralos lo más posible, separando los dedos tanto como pueda. Cuente hasta dos y relájese, repitalo 10 veces.

2.- Agarre ambos lados de la perilla de una puerta. Hágala girar con una mano, mientras la otra descansa, repita con la otra mano. (10 veces cada uno)

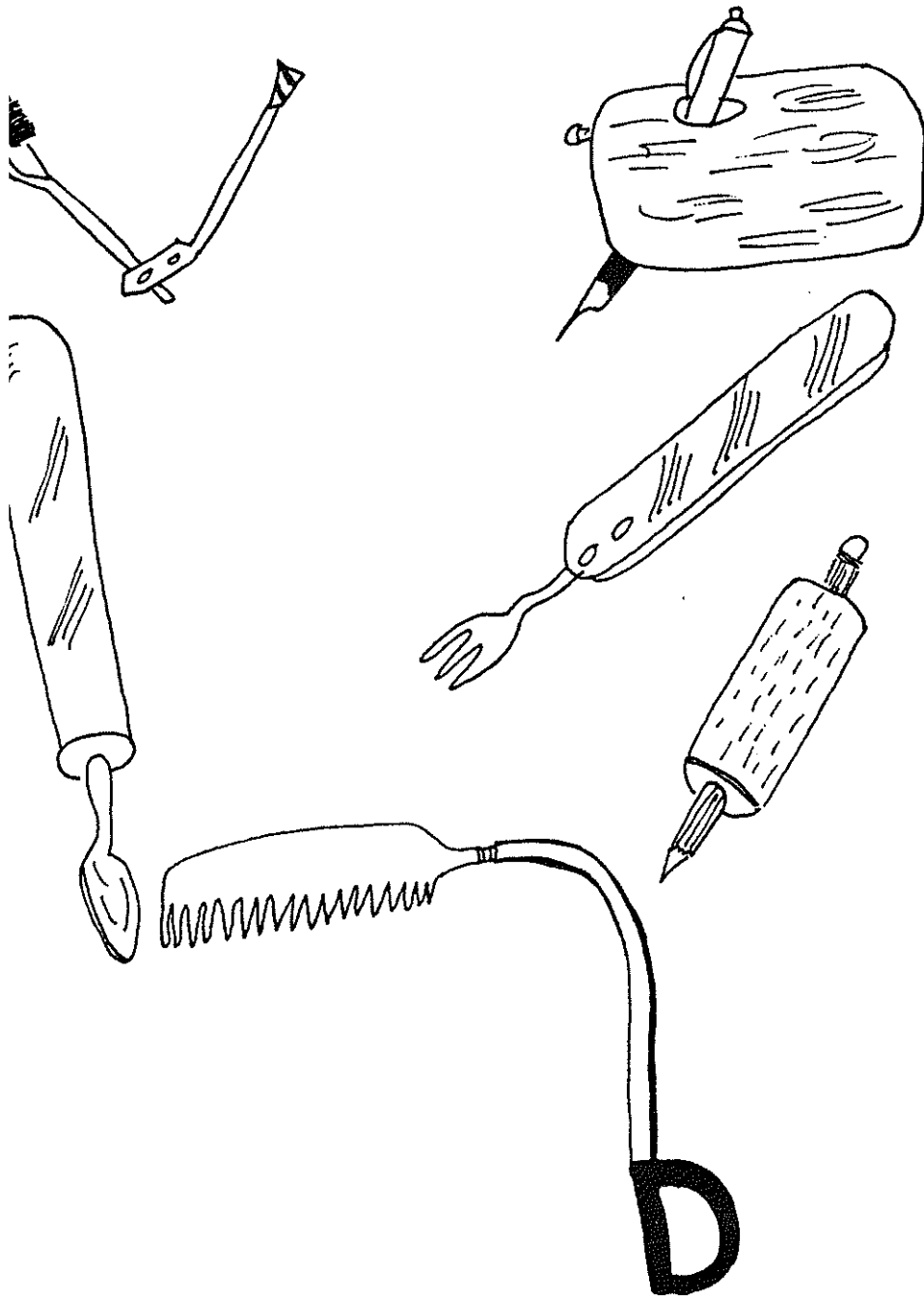
3.- Usando ambas manos, exprima trapos de diversos tamaños, por 10 veces cada uno.

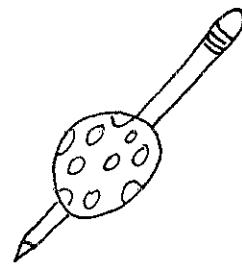
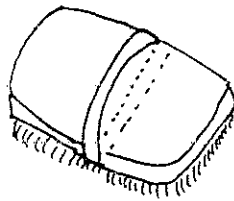
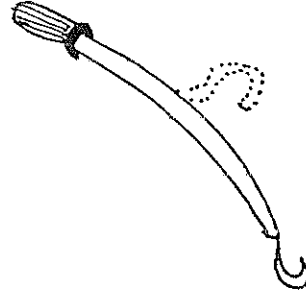
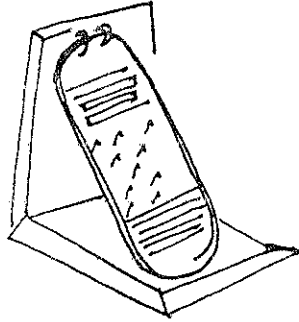
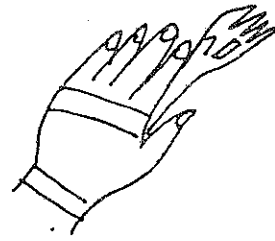
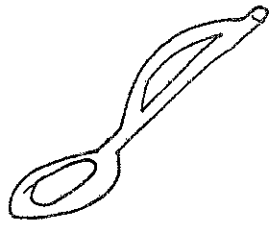
4.- Sostenga una vara o bastón firmemente en ambas manos, trate de hacerlo girar en una dirección con una mano, y en dirección opuesta con la otra. Invierta las manos. (10 veces cada uno)

EJERCICIOS PARA LOS DEDOS

- 1.- Separe los dedos tanto como pueda, ahora forma la letra "O", tocando la punta del pulgar con la punta del índice, separe los dedos otra vez. Ahora la punta del pulgar con la punta del dedo mediano. Repita el ejercicio con los dedos restantes.
10 veces.
- 2.- Haga una pelota de una página entera del periódico con los dedos de una sola mano.
- 3.- Apriete una pequeña pelota de esponja o de hule. Después de cada apretón, deje descancar la pelota y extienda los dedos tanto como pueda. (25 veces)
PRECAUCION: No haga este ejercicio si hay cualquier deformidad de los dedos o de la muñeca, ya que puede incremenar la deformidad.
 - a.- dedos en cuello de cisne
 - b.- dedos en boton
 - c.- dedos en mazo
 - d.- desviación cubital de la muñeca en flexión metacarpofalangica de los dedos.
- 4.- Ponga la mano en la mesa, Aparte los dedos y júntelos luego. (20 veces)
- 5.- Extienda los brazos enfrente del pecho, con las palmas de las manos unidas. Empuje los dedos de la mano con los e la otra. Invierta el ejercicio, presionando con la otra mano. (10 veces)

ADAPTADORES PARA MIEMBROS SUPERIORES





CUESTIONARIO No.1

Cuantos años tiene?_____

Marque con una X a que sexo pertenece

Masculino

Femenino

1. Sabe Ud. que es Artritis:

SI

NO

2. Sabe que tipo de Artritis sufre

Si

NO

3. Padece otra enfermedad además de la Artritis

Si

NO

4. Conoce las complicaciones que tiene la Artritis

Si

NO

5. Tiene dificultades para realizar actividades cotidianas

Si

NO

6. Le ha afectado la enfermedad en el círculo familiar

Si

NO

7. Sigue indicaciones del médico

Si

NO

Terapia Ocupacional

CUESTIONARIO No. 2

SABE USTED QUE ES TERAPIA OCUPACIONAL

SI NO

CREE USTED QUE LA TERAPIA OCUPACIONAL LE PUEDE AYUDAR EN SU ENFERMEDAD?

SI NO

A ESTADO USTED EN EL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL REALIZANDO ALGUNA ACTIVIDAD?

SI NO

TIENE DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE HIGIENE COMO:

BANARSE	SI	NO	ARRÉGLARSE	SI	NO
CEPILLARSE	SI	NO	PEINARSE	SI	NO
RASURARSE	SI	NO			

SE LE DIFICULTA LA UTILIZACION DE UTENSILIOS DE MESA COMO:

CORTAR ALIMENTOS CON CUCHILLO	SI	NO		
UTILIZAR ATENEDOR	SI	NO		
UTILIZAR CUCHARA	SI	NO		
AGARRAR UNA TAZA CON LIQUIDO	SI	NO		
AGARRAR UN VASO CON LIQUIDO	SI	NO		

LE ES DIFICIL:

ABOTONAR	SI	NO	SUBIR GRADAS	SI	NO
DESABOTONAR	SI	NO	BAJAR GRADAS	SI	NO
SUBIR ZIPER	SI	NO	ABRIR PUERTAS	SI	NO
BAJAR ZIPER	SI	NO	QUITAR LLAVE	SI	NO
DESABROCHAR	SI	NO			

EXISTEN OTRAS ACTIVIDADES QUE LE ES DIFICIL REALIZAR?

SI NO

REALIZA ALGUN EJERCICIO

SI NO

SE PREOCUPA CUANDO NO PUEDE REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD

SI NO

Terapia Ocupacional y R.

C U E S T I O N A R I O No. 3

CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1.- *Obtuvo beneficios de la asistencia al club de Osteoartritis.*

SI

NO

2.- *Obtuvo algunos beneficios que proporciona la Terapia Ocupacional*

SI

NO

3.- *Ha puesto en práctica los ejercicios sugeridos por Terapia Ocupacional?*

SI

NO

4.- *Ha notado algun cambio en sus miembros superiores desde que realiza los ejercicios de Terapia Ocupacional*

SI

NO

5.- *Ha logrado independencia en sus actividades de la vida diaria tales como:
vestirse, desvestirse, peinarse, escribir, agarrar una taza con liquidos, utilizar cubiertos, trapear, agacharse, lavar planchar, etc.*

SI

NO

Terapia Ocupacional

G L O S A R I O

- A.V.D.* *Acatividades de la vida diaria*
- ARTICULACION* *Unión de dos huesos*
- ARTRITIS* *Es una enfermedad crónica generalizada inflamatoria, de causa desconocida, per cuya patogenia reside de las alteracione del sistema inmune. Su frecuencia es de 1% al 3% de la población en general siendo más comun en las mujeres, s inicia generalmente en la juventud y eda adulta, entre los 30 a 50 años, aunqu puede comenzar a cualquier edad.*
- AUTOCUIDADO* *"Para uno mismo y por uno mismo" Es e cuidado que se hace cuando se ha llegad a un estado de madurez que permite a l persona tomar iniciativa de manera efica y controlada.*
- C.A.M.I.P.* *Centro de Atención Medica Integral para Pensionados y jubilados.*
- CENTRO GEROTOLOGICO (CENTRO DE DIA)* *Enfoca la necesidad de la creación d servicios de rehabilitacion (Fisioterapia y Terapia Ocupacional), las condiciones en los mismos requiere que en el anciano sea independiente y presente ninguna clase de síndrome invalidante o enfermedad que impida una convivencia normal. En los residentes se puede presentar algun proceso agudo que determine una secuela invalidante o que esta puede ser determinada por los procesos involuntarios que se deberian llevar a cabo en los Centros Gerontologicos como: rehabilitacion funcional especifica, rehabilitacion geriátrica, terapia ocupacional, actividades físicas en general y actividades sociales.*
- CLUB* *Grupo de personas con características físicas, psíquicas y sociales que se reunen para establecer entre si un sistema de relaciones interpersonales de tipo formal e informal.*

- EPRESION** Las causas principales son de tipo ambiental, con gran prevalencia sobre los de tipo herencia. El stress, la tensión emocional, el síndrome de perdida tan característico de la vejez (perdida de la salud, bienes, afectos, prestigio, valores, esposa, seres queridos, etc), ocupan un lugar muy determinante de este padecimiento en la vejez.
- NVEJECIMIENTO** Son todas las modificaciones morfológicas y fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, que aparecen como consecuencia de la acción del ser vivo. Se considera un fenómeno de desgaste orgánico.
- ARMACOLOGIA GERIATRICA** Es de capital importancia, ya que la absorción, metabolismo, distribución, efecto y excreción de los medicamentos son modificados por una serie de factores que hacen a los viejos susceptibles de obtener efecto indeseable o reaccionable secundarias en mayor proporción que en el adulto.
- ERONTOLOGIA:** Proviene de la Raices Griegas Geron, Geronto, Viejos y Logos. Tratado. Es la ciencia que estudia los cambios anatómicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos en los seres humanos, producidos por el efecto del tiempo, así como todos los problemas derivados de la vejez: económicos, médicos, sanitarios, etc.
- ERIATRIA:** Es la rama de la Medicina que estudia los procesos patológicos que afectan a las personas de edad avanzada. Es la medicina clínica de viejos. Proviene de Ger: viejo; iatros; medicina.
- ERIATRIA CLINICA** Llamada también medicina Interna de la Vejez. Se sustenta en el mismo principio de la Pediatría.
- EROKINESIATRIA** Se basa en el empleo de los movimientos pasivos y activo en prevención, tratamiento y rehabilitación. El ejercicio y la buena condición física son sinónimo de la salud en la vejez.

- GERICULTURA** Se ocupa del cuidado de los ancianos a través de mantenerlos en buenas condiciones física y psíquicas. Es el manejo por personal asistencial entrenado en técnicas geriátricas.
- GERONTOPSICOLOGIA** Estudia los cambios psíquicos que trae consigo la involución física del organismo, aquello que viene como consecuencia de la declinación en las capacidades de actividad y recreatividad, que originan el carácter tan especial de los viejos con tendencia franca a la depresión y a las actividades que a su vez se convertirán en factores aceleradores de envejecimiento.
- GERONTOLOGIA SOCIAL** Se ocupa del lugar y la participación del viejo en la sociedad en que vive; el aspecto económico, jubilación, protección legal, problemas de vivienda, salarios, alimentación, terapia ocupacional, asilo, residencias, clubs, instituciones geriátricas, etc.; es decir al medio ambiente en el que va a desarrollarse y que en nuestra sociedad por su pérdida de productividad se a derivado hacia la marginación y la desasimilación social, haciendo del viejo el sector mas pobre y dependiente de la población.
- GERONTOHIGIENE** Señala las normas higiénicas personales y ambientales para una vejez sana.
- JUBILACION** Eximir el servicio a un empleado o funcionario por motivos de ancianidad o enfermedad.
- JUBILACION** Renta que disfruta la persona jubilada
- NUTRICION GERIATRICA** El envejecimiento fisiológico esta ligada a una nutrición balanceada y adecuada. La alimentación incorrecta es la causa principal que influye en la aparición de patología de la vejez.
- OSTEOARTRITIS** Enfermedad degenerativa que se caracteriza por deterioro y erosión del cartilago, aumento de la densidad en los sitios de presión y deformación en las articulaciones.

ENSIÓNADO

Persona que disfruta de alguna pensión

PERIODO DE VEJEZ

a) PERIODO DE PRE-VEJEZ. De los 45 a 60 años (período pre-clínico), es cuando la persona madura sufrirá una serie de cambios en el organismo, que si son adecuados le permitira pasar a otros períodos. Es la etapa de los transtornos en la vejez. b) SENESCENCIA O VEJEZ VERDADERA De los 60 a 70 años (período de tratamiento), es aquel que se presenta la mayoría de las enfermedades dichas propias de la vejez, que no son propias ya que puede presentarse en otras edades, el padecimiento puede modificarse en forma favorable con tratamientos adecuados. c) SENILIDAD O VEJEZ-ANCIANIDAD De los 75 años en adelante, termina en la decrepitud, aquí los procesos patológicos o enfermedades pueden llegar a un extremo irremediable; sin embargo, se puede intentar en su progresión o bien iniciar procesos de rehabilitación.

INOVITIS

Transtorno inflamatorio de la membrana sinovial de una articulación como resultado de una herida aséptica o una lesión traumática.

TIPOS DE VEJEZ

Se clasifican de acuerdo a: FISICO sano-enfermo, crónico-agudo inválido b) ESTADO MENTAL lúcido, confuso, demente c) RESPECTO A FAMILIA integrado, no integrado d) RESPECTO A LA ECONOMIA dependiente, independiente e) RESPECTO A LA PRODUCTIVIDAD productivo, improductivo f) RESPECTO A La SOCIEDAD asimilado, desasimilado En resumen tenemos: 1. El viejo joven sano: de los 60 a 75 años (fase transicional). Independiente o parcialmente dependiente. 2. El viejo enfermo crónico o inválido: Totalmente dependiente.

I N D I C E

	PAGINAS
<i>CAPITULO I</i>	
I. <i>INTRODUCCION</i>	1
<i>Marco Teórico</i>	5
<i>Antecedentes Históricos CAMIP</i>	5
<i>Que es un club</i>	8
<i>Artritis</i>	10
<i>Clasificación de Artritis</i>	11
<i>Osteoartritis</i>	14
<i>Geriatría</i>	19
<i>Terapia Ocupacional y Recreativa</i>	21
<i>Terapia Ocupacional y Recreativa en Reumatología</i>	30
<i>Hipótesis</i>	34
<i>CAPITULO II</i>	
II. <i>TECNICAS E INSTRUMENTOS</i>	
<i>Diseño de prueba</i>	35
<i>Instrumento de Recolección de datos</i>	35
<i>Técnicas de Análisis, Estadístico,</i>	
<i>Descripción e Interpretación de Datos</i>	36
<i>CAPITULO III</i>	
III. <i>PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS</i>	
<i>Análisis Cualitativo</i>	37
<i>CAPITULO IV</i>	
IV. <i>RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES</i>	48
<i>Bibliografía</i>	50
<i>CAPITULO V</i>	
V. <i>ANEXOS</i>	
<i>Programa de Actividades</i>	52
<i>Adaptaciones</i>	75
<i>Cuestionarios</i>	77
<i>Glosario</i>	80