



Universidad
Zaragoza



Trabajo Fin de Grado

Grado en Terapia Ocupacional

INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN UN CASO DE RIZARTROSIS

Autora:

Noelia Paricio Úbeda

Tutor:

Daniel Gan Benedí

Facultad de Ciencias de la Salud

2012/2013

RESUMEN

La artrosis de la base del pulgar, o también conocida como rizartrosis es una patología muy frecuente en nuestra sociedad, afecta principalmente a mujeres en edad postmenopáusica. La principal característica es dolor en la base del pulgar y disminución del primer espacio interdigital, lo que dificulta la realización de las actividades de la vida diaria. Un objetivo de la Terapia Ocupacional es capacitar e involucrar al individuo en la rehabilitación de su mano, la mejora de su desempeño ocupacional y la realización de las actividades de la vida diaria. El propósito general de este trabajo es demostrar la eficacia de la terapia ocupacional en la independencia funcional de la mano dominante de una paciente con rizartrosis, en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), a través de la recuperación del tono muscular, mejora del dolor y del recorrido articular del pulgar. Se utilizan varios modelos en la intervención, entre ellos el rehabilitador-compensador y el biomecánico teniendo siempre en cuenta la orientación de las actividades hacia la ocupación, como base teórica de la práctica, proporcionando las herramientas de evaluación adecuadas. Para ello se hace una extensa revisión bibliográfica, se recopilan datos de forma indirecta (informes médicos) y directa (observación, entrevista personal, evaluación). Tras los resultados de la evaluación inicial se establece un plan de intervención con objetivos operativos, se divide en tres fases, haciendo una reevaluación en cada una de ellas.

Tras la evaluación final se aprecia una mejora del dolor y de la limitación articular de la mencionada articulación así como del tono muscular, permitiendo la mejora en la realización de las actividades cotidianas de la paciente. Sin embargo, no se ha podido demostrar la eficacia en la recuperación de la sensibilidad de la mano.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN -----	Pág. 4
OBJETIVO-----	Pág. 6
METODOLOGÍA-----	Pág. 7
DESARROLLO-----	Pág. 12
CONCLUSIÓN-----	Pág. 16
BIBLIOGRAFÍA-----	Pág. 17
ANEXOS-----	Pág. 20

INTRODUCCION

La rizartrosis es una artrosis de la articulación trapeciometacarpiana (1), es una enfermedad degenerativa de la articulación, en la cual se alteran las propiedades mecánicas del cartílago y el hueso subcondral (2, 3) llegando a provocar un deterioro progresivo de las articulaciones y la formación de osteofitos (4). La articulación trapeciometacarpiana es la responsable de la movilidad del dedo pulgar, es un complejo muy importante para la funcionalidad de la mano (5)

Se puede hacer una clasificación de rizartrosis dependiendo del origen de su formación y desarrollo. Según esto, podemos hablar de rizartrosis primaria, que se debe a lesiones articulares preexistentes en la mano o rizartrosis secundaria, de origen desconocido en la actualidad.(1,4)

La artrosis de pulgar puede llevar asociadas otras patologías de la mano, como es el síndrome del túnel carpiano y artritis escafotrapezoide, debido a la compresión de los nervios de la muñeca.(6)

Esta patología de pulgar implica cambios anatómicos que repercuten en los casos más graves en la estética y funcionalidad de la mano. Se produce una luxación de la articulación trapeciometacarpiana y una incapacidad para la separación del pulgar del borde radial de la mano.(4) En casos más avanzados de la artrosis se produce una deformidad en cuello de cisne con una aducción del primer metacarpiano acompañado de una hiperextensión compensatoria de la articulación metacarpofalángica (3), lo que se conoce como pulgar en forma de L.

La prevalencia de la rizartrosis aumenta con la edad, y la relación mujer-varón es de 6:1, se observa un aumento significativo en el periodo postmenopáusico. Desde el punto de vista radiológico, afecta al 38% de las mujeres y 24,5% de los varones por encima de los 66 años de edad. (3,6) Afecta principalmente a mujeres postmenopáusicas, llegando a tener una prevalencia mayor. Presenta una predisposición familiar y se manifiesta comúnmente en el sexo femenino. (5)

Según el último estudio sobre prevalencia realizado por la Sociedad Española de Reumatología, en Aragón, la artrosis de mano afecta al 6,2% (74.385 personas) de un total de población de 1.199.753, mientras que en España, la prevalencia de artrosis de mano es del 6,15% de un total de 41.152.842 (8)

De las artrosis de mano, la de pulgar, es la que más dolor e incapacidad de la funcionalidad provoca,(7) repercutiendo en las actividades de la vida diaria de los pacientes (así como la apertura de botes, abotonado...) debido a una perdida de la fuerza muscular (2), por lo que le impide coger objetos de gran tamaño debido a una disminución del primer espacio interdigital, además del cepillado de dientes, girar una llave para abrir una puerta, abrir puerta de un coche... (5) La terapia ocupacional ofrece grandes cambios en las actividades de la vida diaria de la paciente, ya que la rizartrosis provoca que el individuo empiece a usar mal el dedo pulgar para evitar el dolor (2).

El propósito general del presente trabajo es, demostrar la eficacia de la terapia ocupacional en la independencia funcional de la mano dominante de una paciente con rizartrosis, en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), a través de la recuperación del tono muscular, mejora del dolor y del recorrido articular.

La intervención se va a desarrollar en el domicilio particular de la paciente, ya que, actualmente, no ha sido derivada a ningún centro para realizar la rehabilitación de su mano. Una característica importante a la hora de realizar la intervención en el domicilio particular, es poder observar de forma directa las limitaciones y necesidades en su desempeño de las actividades de la vida diaria y poder adaptar aquellos aspectos que se crean más relevantes para su rehabilitación.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Elaborar un plan de intervención desde terapia ocupacional adecuado a las características de la paciente con rizartrosis en su mano dominante, para la mejora de su desempeño ocupacional.
- Realizar un seguimiento y evaluación del plan de intervención elaborado para la paciente con rizartrosis en su mano dominante.

METODOLOGIA

Para desarrollar los objetivos planteados en el trabajo, he realizado una búsqueda bibliográfica a través de diferentes bases de datos, entre ellas; science direct, pubmed, dialnet, diversas revistas electrónicas. Las palabras claves para la realización de la búsqueda, así como los descriptores de ciencias de la salud utilizados han sido: artrosis mano, rizartrosis, osteoartritis, evaluación mano, férulas reposo mano, rehabilit* hand, hand occup* ther*.

Por otro lado, he realizado una revisión tanto de revistas de terapia ocupacional como de libros en el catálogo bibliográfico de la Universidad de Zaragoza.

En un primer contacto con la paciente realizo una entrevista personal con el fin de recoger su historia clínica y realizar un perfil ocupacional de la paciente (9,10), haciendo hincapié en los aspectos más relevantes para el plan de intervención. Las entrevistas nos son útiles para conocer mejor a la paciente y poder llevar a cabo una mejor relación terapeuta-paciente y poder realizar el plan de intervención adecuado a sus características (9). La paciente es una mujer de 54 años de edad, casada y con dos hijas. Sus ocupaciones principales son el trabajo y cuidado de la familia.

En el año 2008 acude a su médico de cabecera por presentar dolores en la mano derecha tras la realización de actividades de forma constante. Tanto en el trabajo como en casa, manifiesta que el dolor empieza en la base del pulgar y cuando éste es más severo, puede irradiar al resto de la mano. Su médico le prescribe antiinflamatorios para la toma en periodos de máximo dolor. Unos meses más tarde vuelve a su médico de cabecera, ya que los dolores empeoran. Le derivan al traumatólogo, por presentar antecedentes de rizartrosis en su mano izquierda y ser intervenida quirúrgicamente a principios del año 2008 en esa mano.

En el servicio de traumatología del Hospital Universitario Miguel Servet le realizan varias exploraciones, entre ellas una radiografía, finalmente se le diagnostica grado primario de rizartrosis en su mano derecha. El tratamiento planteado desde el servicio de traumatología es reposo y toma de antiinflamatorios en periodos de máximo dolor. Desde hace 5 años le realizan una radiografía al año como método de seguimiento, pero no se le deriva a ningún servicio de rehabilitación.

En noviembre 2012, visito a la paciente y le propongo desarrollar un plan de intervención desde terapia ocupacional explicándole los beneficios que tiene la terapia ocupacional en la rehabilitación de su mano con artrosis (9). La paciente firma el consentimiento informado (anexo 1), realiza una valoración más exhaustiva de la mano, además de observar de forma directa a la paciente en la realización de las actividades de la vida diaria en su entorno, para identificar las limitaciones y posibles necesidades.

Para poder desarrollar el plan de intervención, le paso el listado de roles e intereses (10, anexo 2) para poder examinar con más detenimiento las áreas de interés y poder orientar con éxito la actividad propositiva del plan de intervención.

Debido a la patología de la paciente y tras la recogida de datos en la entrevista personal y la observación directa de la paciente en su entorno cotidiano, decido evaluar unos aspectos concretos de la mano, entre ellos:

- Sensibilidad. La valoro mediante observación directa de su mano en la realización de sus actividades cotidianas, además de una entrevista subjetiva, otra medida a efectuar es la prueba de discriminación de dos puntos táctiles, es una prueba que presenta buena fiabilidad y sencilla de aplicar (12, 13,14),
- Cuestionario DASH proporciona una medida válida y específica para miembro superior, hombro y mano. (12,15 ,16 anexo3)
- Dolor. La valoro mediante la escala analógica visual (EVA). Es una escala con validez, fiabilidad y sensibilidad a la respuesta demostrada científicamente a través de un estudio de cohortes, en personas con lesiones del miembro superior. (17, anexo4)
- Limitación articular. La valoro a través de la realización de una tabla con el balance articular mediante goniómetro. (18, anexo5)
- Tono muscular. La valoro a través del balance muscular. (19, anexo6)

Otros aspectos a valorar para desarrollar el plan de intervención de forma efectiva son:

- Desempeño ocupacional. Se valora a través de la escala OPHI II de Gary Kielhofner, es una escala de calificación que proporciona una medida de la identidad, competencia ocupacional y del impacto del ambiente. (anexo 7)
- Listado de roles e intereses de Gary Kielhofner, en el cuál identificamos aquellas áreas de mayor interés para la persona y posterior aplicación en las actividades propuestas del plan de intervención.

Tras la evaluación inicial he observado una limitación en el recorrido articular de la articulación trapeciométacarpiana, una pérdida de fuerza, alteración de la sensibilidad de la zona tenar en la paciente, por lo que me dispongo a plantearme varios objetivos que son los que guiarán mi plan de intervención.

OBJETIVOS OPERATIVOS:

- Aumentar el rango articular de la articulación trapeciométacarpiana para evitar la limitación de la articulación.
- Mejorar el tono muscular de la mano, de tal manera que no se le caigan objetos de ella.
- Mejorar la sensibilidad de la mano para que no sufra heridas ni quemaduras inesperadas.
- Disminuir el dolor a través de una férula de reposo nocturno.

El marco de referencia que voy a utilizar principalmente va a ser el “rehabilitador-compensatorio” (20), es uno de los más utilizados en rehabilitación aunque no va a ser el único, ya que en algunos aspectos de la intervención voy a utilizar el modelo biomecánico (20, 21). La combinación de ambos modelos, rehabilitador y biomecánico, van a proporcionar los aspectos más importantes en la recuperación de

la mano de la paciente y la mejora de su desempeño ocupacional a través de actividades propositivas.

FASES DEL PROCESO DE INTERVENCION

La intervención la voy a realizar en el domicilio particular de la paciente dos/tres veces por semana con una duración de cada sesión de 30 minutos aproximadamente. Voy a dividirla en varias fases dependiendo del tipo de intervención que voy a realizar en cada una de ellas:

- Fase inicial; Noviembre a diciembre establezco contacto con la paciente en su domicilio y posterior explicación en que va a consistir el trabajo a realizar con ella en los meses siguientes, la paciente acepta mi propuesta y firma el consentimiento informado. El paso siguiente es la observación directa en su domicilio, para comprobar como es su desempeño ocupacional y como lleva acabo las actividades de la vida diaria. Me dispongo a evaluar de forma más específica la mano en aquellos aspectos que me parecen más relevantes, como he mencionado anteriormente, tras la evaluación me he planteado varios objetivos operativos que son los que van a guiar mi plan de intervención.
- Fase intermedia; Enero a Mayo, tras la evaluación de la mano de mi paciente, me dispongo a confeccionar una férula de reposo nocturno con el objetivo de disminuir el dolor que manifiesta la paciente y evitar la deformidad de la articulación trapeciométacarpiana propia de la rizartrosis (22, 23, 24). La férula la llevará colocada durante toda la noche previa instrucción y adaptación progresiva de la misma. Diversos estudios concluyen que existe una evidencia clara sobre el uso de férulas y la disminución del dolor de forma progresiva (25). Al mismo tiempo se procederá a la realización de actividades de tipo analítico en el cuál cada una de ellas tendrá una finalidad específica; (aumentar tono muscular, mejorar la sensibilidad...) todo ello con el objetivo de mejorar la funcionalidad de la mano basándome en las capacidades centradas de la persona y en sus actividades diarias (11). Para prevenir la deformidad y mantener la capacidad existente de los músculos de la mano para la realización

de las tareas ocupacionales con éxito. Al final de esta fase realizo una reevaluación de todos aquellos objetivos planteados.

- Fase final; Mayo a Julio, en esta última fase, se plantea una actividad propositiva basada en los intereses de la paciente, en este caso la actividad planteada es a través de la jardinería que engloba todos aquellos aspectos que quiero mejorar en los objetivos planteados y que permiten trabajar en aquellos deterioros específicos que presenta la paciente con rizartrosis en su mano dominante. El tipo de intervención en esta fase que voy a utilizar es el uso terapéutico de la actividad (10) que permite aumentar la motivación de la paciente hacia su propio tratamiento, ya que este tipo de actividad muestra una meta objetiva.

LIMITACIONES EN EL PROCESO DE INTERVENCION

A lo largo del proceso de intervención y evaluación he tenido varias limitaciones. En cuanto a la evaluación de la mano, la dificultad ha surgido en encontrar los métodos de evaluación, debido al alto coste de los instrumentos de medición como por ejemplo en la medición de la sensibilidad donde los monofilamentos de Semmes-Weinstein los he reemplazado por otros métodos, como la valoración a través la discriminación táctil entre dos puntos a través de un clip. Al llevar a cabo la intervención en el domicilio particular de la paciente he tenido limitado todos los elementos necesarios para la realización de las actividades, por lo que he comprado el material ajustándome a mi presupuesto.

DESARROLLO

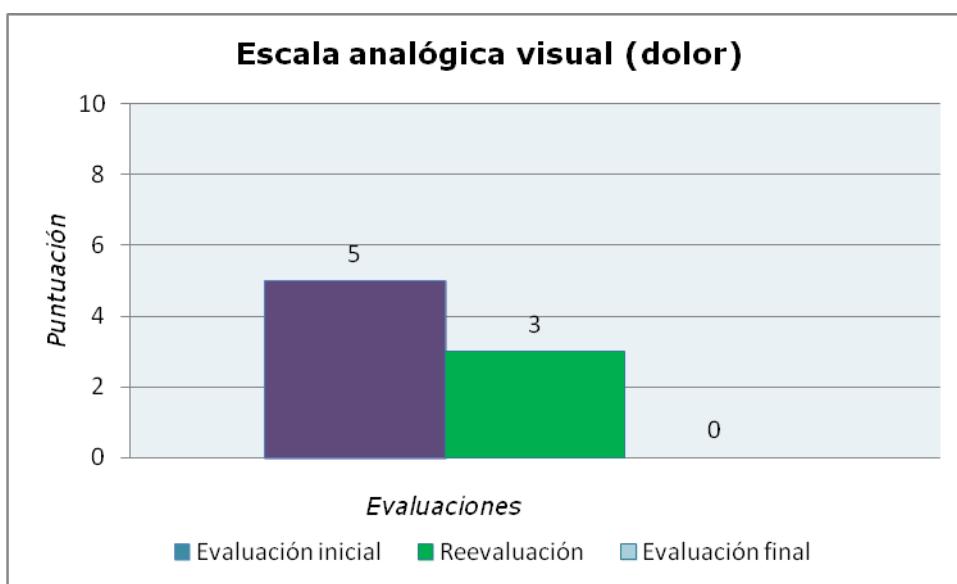
Tras la observación directa de la paciente en la realización de sus actividades de la vida diaria, evalué aquellos aspectos que podían presentar un déficit o limitación. En noviembre realice la evaluación inicial, en mayo la reevaluación y en julio la evaluación final. A lo largo de todo el proceso de evaluación he utilizado los mismos instrumentos de valoración. De la evaluación realizada obtuve los siguientes resultados que muestro en la tabla 1:

Tabla 1:

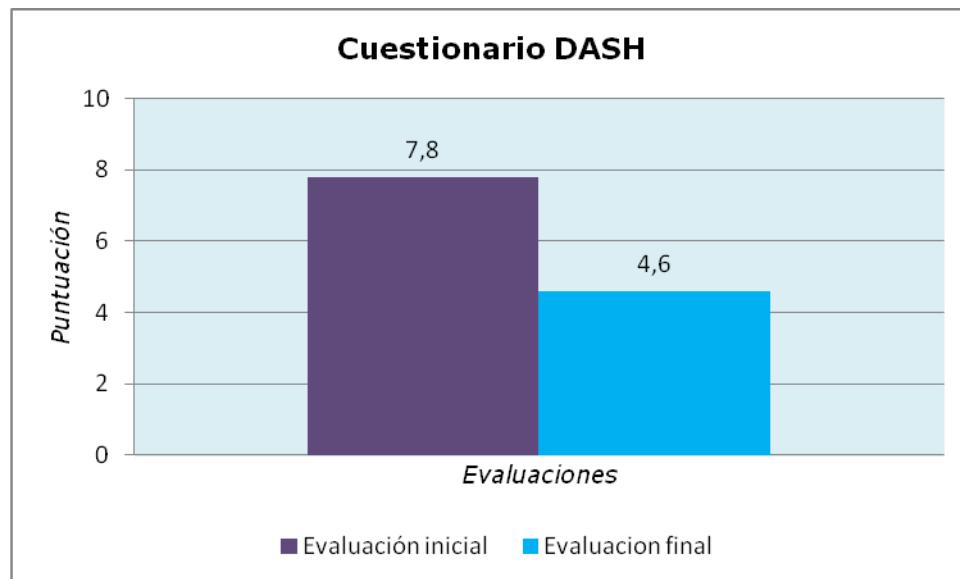
		EVALUACIÓN INICIAL	REEVALUACIÓN	EVALUACIÓN FINAL
Sensibilidad	Entrevista subjetiva	Manifiesta que la zona del pulgar es más sensible que el resto de los dedos	Discrimina mejor las temperaturas	Discrimina mejor las temperaturas
	Observación directa	Coge platos calientes sin tener apreciación real de la temperatura	Sigue sin apreciar la temperatura	Sigue sin apreciar la temperatura
	Esquema mano	Hipersensibilidad en zona tenar (color rojo) e hiposensibilidad en parte distal de los dedos (color verde) Anexo 8	Hipersensibilidad en zona tenar (color rojo) e hiposensibilidad en parte distal de los dedos (color verde) Anexo 8	Hipersensibilidad en zona tenar (color rojo) e hiposensibilidad en parte distal de los dedos (color verde) Anexo 8
	Discriminación táctil	no se valora al inicio	2mm en parte anterior y distal de los dedos presenta mayor dificultad	2mm en parte anterior y distal de los dedos presenta mayor dificultad

	Frio-calor	no se valora al inicio	diferencia bien las temperaturas de frio y calor	diferencia bien las temperaturas de frio y calor
	DASH	puntuación de 7,5	-----	puntuación de 4,16
Dolor	Escala analógica visual	5	2	0 (nada dolor)
articulación	balance articular	disminución del primer espacio interdigital	-----	apertura del primer espacio interdigital de 5-10º con respecto al inicio
tono muscular	balance muscular	Disminución del tono muscular en el músculo oponente del pulgar		Mejora del tono muscular general del pulgar

A continuación voy a exponer mediante unas graficas aquellos aspectos en los que se ha notado una mayor diferencia, desde la evaluación inicial a la final. Entre ellos son:



La escala analógica visual es una escala que valora la intensidad de dolor, siendo 0 nada de dolor y 10 máximo dolor. A lo largo del proceso del plan de intervención de terapia ocupacional, se observa una disminución progresiva del mismo hasta su desaparición en la evaluación final.



El cuestionario DASH es un instrumento específico para valorar la calidad de vida y discapacidad, relacionada con los problemas del miembro superior. Se valora de 0 a 100, siendo 0 nada de discapacidad y 100 máxima discapacidad. En la gráfica mostrada anteriormente, el eje Y (puntuación) aparece truncado para poder observar mejor visualmente las diferencias entre la evaluación inicial y final a la paciente.

A los 5 meses aproximadamente del comienzo de la intervención se procede a la reevaluación.

Tras la valoración de la sensibilidad, no se observa ninguna mejoría con respecto al inicio del tratamiento. Me planteo añadir dos pruebas de valoración (discriminación táctil y frío-calor). En la evaluación final, es decir, a los 8 meses del inicio de la intervención no se aprecia eficacia en el tratamiento de la sensibilidad. Se procede a cambiar el objetivo inicial; reeducar a la paciente en la realización de las actividades de la vida diaria, mostrándole los peligros que puede acarrear la no realización de unas medidas adecuadas de protección frente a objetos calientes o muy fríos. En la

prueba de examen de la mano que se valora a lo largo de las diferentes evaluaciones, se lleva a cabo mediante frío y calor y al dolor. Por ello, se establecen dos zonas, una hipersensible a las temperaturas y al dolor y otra hiposensible.

En la reevaluación del dolor he observado una evidente mejoría desde el comienzo del tratamiento de terapia ocupacional. La paciente continúa con el uso de la férula nocturna. En la evaluación final observo que la paciente no tiene dolor en ningún momento del día, según la escala analógica visual (EVA).

La reevaluación del balance articular y muscular no la realice ya que quiero observar la mejoría tanto al principio como final de la intervención. Con ello pretendo observar la mejoría o no del tratamiento con mayor claridad en un rango de tiempo mayor. La evaluación final de ambos objetivos puedo decir que ha existido una ligera mejoría en ambos aspectos. Con respecto al balance articular observo una ganancia de 7 grados aproximadamente del espacio interdigital del pulgar con respecto al principio, y de 10 grados en la oposición del mismo. Con respecto al balance muscular voy a mencionar aquellos resultados que han sido más relevantes basándome en el sistema de evaluación de Daniels; siendo 0 nulo, 1 vestigio, 2 deficiente, 3 aceptable y 5 normal: flexores de pulgar en la evaluación inicial obtuvieron una puntuación de 4 (bueno) y en la final de 5 (normal), el abductor corto y el aductor pasaron de tener un 3+ (aceptable) a 4+ (bueno). Se observa una ligera mejoría.

LIMITACIONES EN EL PROCESO DE EVALUACION DE RESULTADOS

En este periodo he tenido la dificultad de no tener la experiencia suficiente ni las herramientas adecuadas para una óptima valoración del balance muscular y articular.

CONCLUSIONES

Tras las evaluaciones realizadas a lo largo de todo el proceso de intervención. He observado una disminución significativa del dolor, debido al uso nocturno de la férula de reposo y la combinación de actividades propuestas a lo largo de todo el proceso de intervención. Tanto el recorrido articular de la articulación trapeciometacarpiana y el tono muscular del pulgar, ha mejorado sensiblemente gracias al continuo trabajo de la paciente durante los 8 meses del tratamiento. En cuanto al objetivo planteado sobre la sensibilidad, se comprobó que no se estaba cumpliendo, por lo que tomé la decisión de cambiar el objetivo y reeducar a la paciente en la realización de las actividades de la vida diaria. La sensibilidad no mejoró en todo este tiempo, no se sabe si por algún problema médico, por lo que debería hacerse pruebas, tipo electromiografía o también puede ser debido a un corto periodo de tiempo del tratamiento de terapia ocupacional.

Las ventajas que ofrece la terapia ocupacional no es solo el trabajar sobre un mismo objetivo, si no el poder cambiar y adaptarnos a las nuevas situaciones que van surgiendo a lo largo del tratamiento de un paciente.

Por ello puedo concluir que el objetivo general del presente trabajo se ha cumplido.

La motivación de la paciente ha mejorado ya que al no presentar dolor puede realizar un mayor número de actividades con éxito.

Tras la revisión bibliográfica consultada sobre rizartrosis puedo concluir que, el tratamiento de terapia ocupacional mejora el dolor eficazmente, así como el rango articular de la articulación trapeciometacarpiana y la fuerza muscular del pulgar, tal y como sucede con la paciente de mi trabajo. Por ello, puedo afirmar y añadir a la comunidad científica la eficacia de este tratamiento en pacientes con rizartrosis.

BIBLIOGRAFIA

- (1)** Quensot A, Chanussot J. Rizartrosis. En: Quensot A. Rehabilitación del miembro superior. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2010. P.343-349
- (2)** Chapinal Jiménez A. Rehabilitación de las manos con artritis y artrosis en terapia ocupacional. Barcelona: Masson; 2008.
- (3)** Arana-Echeverría JL, Sánchez A. Bases científicas para el diseño de un programa de ejercicios para artrosis de manos. Sociedad española de Medicina Física y Rehabilitación (SERMEF). Madrid. 2010. Disponible en: www.sermef-ejercicios.org/webprescriptor/bases/basesCientificasArtrosisMano.pdf
- (4)** Domingo García AM. Tratamiento de la rizartrosis en terapia ocupacional. APETO. 2006; 39.
- (5)** Jana U, Vincent D. Arthritis of the thumb basal joint complex. J Hand Ther. 2000; 13 (2): 91-107.
- (6)** Dias R, Chandrasenan J, Rajaratnam V, Burke F. Basal thumb Arthritis. Postgrad Med J. 2007; 83 (975): 40-43.
- (7)** Sociedad española de reumatología. [Internet] 2013 [consulta 15 febrero 2013]. Disponible en: http://www.ser.es/actualidad/Informes_Estadisticos.php
- (8)** Bernad Pineda M. Actualización en artrosis. Barcelona: Saned; 2007.
- (9)** Ye L, Kalichman L, Spittle A, Dobson F and Bennell K. Effects of rehabilitative interventions on pain, function and physical impairments in people with hand osteoarthritis: a systematic review. Arthritis Res Ther. 2011; 13 (1): 28.
- (10)** Willard H, Spackman C. Terapia ocupacional. 10^a ed. Madrid. Medica panamericana S.A.; 2005.
- (11)** Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [fecha de la consulta]; (85p.). Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American

Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and Process (2nd ed.).

(12) Novak C. Evaluation of hand sensibility: a review. *J Hand Ther.* 2001; 14: 266-272.

(13) Somatosensory examination and Evaluation study guide. [Internet] 2013 [consulta 5 abril 2013]. Disponible en: http://healthcaresciencesocw.wayne.edu/sensory/6_1.htm

(14) Finnell JT, Knopp R, Johnson P, Holland PC, Schubert W. A calibrated paper clip is a reliable measure of two-point discrimination. *Acad Emerg Med.* 2004 Jun; 11(6):710-4.

(15) Hervás MT, Navarro Collado MJ, Peiró S, Rodrigo Pérez JL, López Mateu P, Martínez Tello I. Versión española del cuestionario DASH. Adaptación transcultural, fiabilidad, validez y sensibilidad a los cambios. *Med Clin (Barc).* 2006; 127 (12): 441-7.

(16) Artega Domínguez A, Zarco Periñán MJ, García González, C. Dolor de muñeca y mano. En: Sánchez I, Ferrero A. Manual SERMEF de rehabilitación y medicina física. Madrid: Medica panamericana; 2008.421-425.

(17) Sindhu B, Shechtman O. Validity, reliability, and responsiveness of a digital versión of the visual analog scale. *J Hand Ther.* 2001; 24: 356-64.

(18) Kapanji AI. Fisiología articular. 6^aed. Madrid: Medica panamericana; 2006.

(19) Hislop H, Montgomey J. Técnicas de balance muscular. 7^aed. Barcelona: Elservier; 2008.

(20) Seidel A. Teorías derivadas de las perspectivas de rehabilitación. En: Turner A, Foster M, Johnson S. Terapia ocupacional y disfunción física: principios, técnicas y práctica. 5^aed. Madrid: Elservier; 2003. 235-241.

(21) Modelo biomecánico. En: Kielhofner. Modelos conceptuales de la terapia ocupacional. 3^aed. Madrid: Medica panamericana; 2004. 78-93.

- (22)** Duncan R. Basic principles of splinting the hand. Physical therapy. 1989; 69 (12): 112-124.
- (23)** Carolina Silva A, Jones A, Gabriel Silva P, Natour J. Effectiveness of a night-time hand positioning splint in rheumatoid Arthritis: a randomized controlled trial. J Rehabil Med. 2008; 40: 749-754.
- (24)** Rannou F, Dimet J, Boutron I, Baron G, Fayad F, Mace Y, et al. Splint for base of thumb osteoarthritis: a randomized trial. Ann Interm Med. 2009; 150: 661-9.
- (25)** Sillem H, Backman C, Li L. Comparison of two carpometacarpal stabilizing splints for individuals with thumb osteoarthritis. J Hand Ther. 2011; 24: 216-226.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado.

Consentimiento Informado para Participantes del Trabajo de Fin de Grado de Terapia Ocupacional de la Facultad de las Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en este Trabajo de Fin de Grado con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

El presente Trabajo de Fin de Grado es conducida por _____(nombre estudiante)_____, de la Universidad de Zaragoza. Facultad de las Ciencias de la Salud.

La meta de este Trabajo de Fin de Grado es

Si usted accede a participar en este Trabajo de Fin de Grado, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente _____ minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se registrará por escrito, de modo que el investigador/estudiante pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado. Además el investigador/estudiante podrá participar como observador o como asistente en el tratamiento de Terapia Ocupacional, del cual usted es beneficiario.

La participación en este Trabajo de Fin de Grado es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este Trabajo de Fin de Grado. Sus respuestas a los cuestionarios y a las entrevistas serán tratadas asegurando el anonimato.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en

cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por _____. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de este Trabajo de Fin de Grado es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al teléfono _(teléfono del estudiante)_____.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Anexo 2: Listado de roles e intereses. Disponible en:
http://www.uic.edu/depts/moho/images/AISLADO%20LISTADO%20DE%20ROLES_RC_11.26.07.pdf

El Listado de Roles es un listado que se completa a lápiz, requiere aproximadamente de 15 minutos para su administración, y es apropiado para ser usado con adolescentes, adultos o personas de la tercera edad. El listado está dividido en 2 partes. La primera parte evalúa, a través de un continuo temporal, los roles que más han servido para organizar la vida diaria del individuo. La segunda parte permite identificar el grado en que el individuo valora cada rol. Por lo tanto este listado aporta a la identificación de si es que la persona ha desempeñado, desempeña, e identifica desempeñando determinado número de roles en el futuro, aporta a comprender la congruencia entre los roles desempeñados y el valor asignado a éstos y su impacto en la satisfacción ocupacional, como así el balance de estos roles en la organización de una rutina satisfactoria, mostrando ya sea una ausencia o presencia de roles significativos, congruencia entre el deseo de participar en roles y las capacidades reales de la persona..

LISTADO DE ROLES

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____
Sexo : _____ Está ud.. Jubilado : _____

Estado civil: ___ Soltero: ___ Casado: ___ Separado: ___ Divorciado: ___ Viudo: ___

El propósito de este listado es identificar los diferentes roles que usted lleva a cabo. El listado presenta 10 roles y define cada uno de ellos.

PRIMERA PARTE:

Al lado de cada rol indica con una marca de cotejo si tenías ese rol en el pasado, si tienes ese rol en el presente y si planeas ese rol en el futuro. Puedes marcar más de un columna para cada rol.
Ejemplo: Si ofrecías servicios voluntarios en el pasado, en el presente no los ofreces, pero planeas en un futuro volver a ofrecerlos, marcarías entonces las columnas de pasado y futuro.

ROL	PASADO	PRESENTE	FUTURO
<u>ESTUDIANTE:</u> Asistir a la escuela a tiempo completo o a tiempo parcial.			
<u>TRABAJADOR:</u> Empleado a tiempo completo o a tiempo parcial.			
<u>VOLUNTARIO:</u> Ofrecer servicios sin recibir paga alguna a algún hospital, escuela, comunidad, grupo político, etc. Por lo menos 1 vez por semana.			
<u>PROVEEDOR DE CUIDADOS:</u> Tener la responsabilidad de cuidar niños, esposa/esposo, familiar o amigo, por lo menos 1 vez por semana.			
<u>AMA O AMO DE CASA:</u> Tener responsabilidad de tareas de limpieza de hogar o arreglo del patio, por lo menos 1 vez por semana.			
<u>AMIGO:</u> Pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con un amigo, por lo menos 1 vez por semana.			
<u>MIEMBRO DE FAMILIA:</u> Pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con algún miembro de la familia tales como hijos, esposa/esposo, padres u otro familiar, por lo menos una vez por semana.			
<u>MIEMBRO ACTIVO DE UN GRUPO RELIGIOSO:</u> Participar e involucrarse en grupos o actividades afiliadas a alguna religión, por lo menos una vez por semana.			
<u>AFICIONADO:</u> Participar y/o involucrarse en algún pasatiempo o afición tal como coser, tocar algún instrumento, deportes, teatro, trabajo en madera o participar en algún club o equipo, por lo menos 1 vez por semana.			
<u>PARTICIPANTE DE ORGANIZACIONES:</u> Participar en organizaciones tales como Club de Leones, Legión Americana, Asociación de fútbol , Alcohólicos Anónimos, asociaciones profesionales, etc. por lo menos 1 vez por semana.			
<u>OTROS ROLES:</u> _____ Algún otro rol el cual haya realizado anteriormente, el cual realiza ahora o el cual planea realizar. Escriba el rol en la línea en blanco y marca las columnas apropiadas.-----			

RESUMEN DEL LISTADO DE ROLES

Nombre _____ Edad: _____ Fecha: _____

Sexo _____ Jubilado _____

Jubilado: _____

Estado civil: ___ Soltero: ___ Casado: ___ Separado: ___ Divorciado: ___ Viudo: ___

ROL	Incumbencia Percibida			Valor asignado		
	Pasado	Presente	Futuro	Ninguno	Alguno	Mucho
Estudiante						
Trabajador						
Voluntario						
Proveedor de cuidado						
Ama o amo de casa						
Amigo						
Miembro de familia						
Miembro activo de grupo religioso						
Aficionado						
Participante de organizaciones						
Otros						

Comentarios: _____

Anexo 3: Cuestionario DASH. Disponible en: Med Clin (Barc). 2006 Sep 30;127(12):441-7.

HERVÁS MT ET AL. VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO DASH. ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL, FIABILIDAD, VALIDEZ Y SENSIBILIDAD A LOS CAMBIOS

ANEXO 1

Cuestionario de Discapacidad del Brazo, Hombro y Mano (DASHe)

Califique su capacidad para realizar las siguientes actividades durante la última semana marcando con un círculo el número que figura bajo la respuesta correspondiente	Sin dificultad	Dificultad leve	Dificultad moderada	Dificultad severa	Incapaz
	1	2	3	4	5
1. Abrir un bote apretado o nuevo	1	2	3	4	5
2. Escribir	1	2	3	4	5
3. Girar una llave	1	2	3	4	5
4. Preparar una comida	1	2	3	4	5
5. Empujar una puerta pesada para abrirla	1	2	3	4	5
6. Colocar un objeto en un estante por encima de la cabeza	1	2	3	4	5
7. Realizar tareas domésticas pesadas (p. ej., limpiar paredes o fregar suelos)	1	2	3	4	5
8. Cuidar plantas en el jardín o la terraza	1	2	3	4	5
9. Hacer una cama	1	2	3	4	5
10. Llevar una bolsa de la compra o una cartera	1	2	3	4	5
11. Llevar un objeto pesado (más de 5 kg)	1	2	3	4	5
12. Cambiar una bombilla que esté por encima de la cabeza	1	2	3	4	5
13. Lavarse o secarse el pelo	1	2	3	4	5
14. Lavarse la espalda	1	2	3	4	5
15. Ponerte un jersey	1	2	3	4	5
16. Usar un cuchillo para cortar alimentos	1	2	3	4	5
17. Actividades recreativas que requieren poco esfuerzo (p. ej., jugar a las cartas, hacer punto)	1	2	3	4	5
18. Actividades recreativas en las que se realice alguna fuerza o se soporte algún impacto en el brazo, el hombro o la mano (p. ej., golf, tenis, dar martillazos)	1	2	3	4	5
19. Actividades recreativas en las que mueve libremente el brazo, el hombro o la mano (p. ej., jugar a ping-pong, lanzar una pelota)	1	2	3	4	5
20. Posibilidad de utilizar transportes (ir de un sitio a otro)	1	2	3	4	5
21. Actividades sexuales	1	2	3	4	5
22. Durante la semana pasada, ¿en qué medida el problema de su brazo, hombro o mano interfió en sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos? (Marque el número con un círculo)	Nada 1	Ligeramente 2	Moderadamente 3	Mucho 4	Extremadamente 5
23. Durante la semana pasada, ¿el problema de su brazo, hombro o mano limitó sus actividades laborales u otras actividades de la vida diaria? (Marque el número con un círculo)	Nada limitado 1	Ligeramente limitado 2	Moderadamente limitado 3	Muy limitado 4	Incapaz 5
Valore la gravedad de los siguientes síntomas durante la semana pasada (marque el número con un círculo)	Nula 1	Leve 2	Moderada 3	Severa 4	Extrema 5
24. Dolor en el brazo, hombro o mano	1	2	3	4	5
25. Dolor en el brazo, hombro o mano cuando realiza una actividad concreta	1	2	3	4	5
26. Sensación punzante u hormigueo en el brazo, hombro o mano	1	2	3	4	5
27. Debilidad en el brazo, hombro o mano	1	2	3	4	5
28. Rígidez en el brazo, hombro o mano	1	2	3	4	5
29. Durante la semana pasada, ¿cuánta dificultad tuvo para dormir a causa del dolor en el brazo, hombro o mano? (Marque el número con un círculo)	Ninguna dificultad 1	Dificultad leve 2	Dificultad moderada 3	Dificultad severa 4	Tanta dificultad que no pude dormir 5
30. Me siento menos capaz, con menos confianza y menos útil, a causa del problema en el brazo, hombro o mano (marque el número con un círculo)	Totalmente en desacuerdo 1	En desacuerdo 2	Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3	De acuerdo 4	Totalmente de acuerdo 5

Módulo de Deportes y Artes Plásticas (DASHe). Opcional

Las siguientes preguntas se refieren al impacto que tiene su problema del brazo, hombro o mano cuando toca un instrumento musical o practica deporte o en ambos casos. Si practica más de un deporte o toca más de un instrumento (o si practica un deporte y toca un instrumento), responda en relación con aquella actividad que sea más importante para usted. Si no practica deportes ni toca instrumentos musicales, no es necesario que rellene esta sección

Indique el deporte o el instrumento que sea más importante para usted:

Marque con un círculo el número que mejor describa su capacidad física durante la semana pasada. ¿Tuvo alguna dificultad...

1. ... para usar su técnica habitual al tocar el instrumento o practicar el deporte?
2. ... para tocar el instrumento musical o para practicar el deporte a causa del dolor en el brazo, hombro o mano?
3. ... para tocar el instrumento musical o para practicar el deporte tan bien como quisiera?
4. ... para tocar el instrumento o practicar el deporte durante el tiempo que suele dedicar habitualmente a hacerlo?

Ninguna dificultad 1	Dificultad leve 2	Dificultad moderada 3	Dificultad severa 4	Incapaz 5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Módulo Laboral (DASHe). Opcional

Las siguientes preguntas se refieren al impacto que tiene su problema del brazo, hombro o mano sobre su capacidad para trabajar (incluido el trabajo doméstico, si es su tarea principal). Si no trabaja no es necesario que rellene esta sección

Indique en qué consiste su oficio/trabajo:

Marque con un círculo el número que mejor describa su capacidad física durante la semana pasada. ¿Tuvo alguna dificultad...

1. ... para usar su forma habitual de realizar su trabajo?
2. ... para realizar su trabajo habitual a causa del dolor en el brazo, hombro o mano?
3. ... para realizar su trabajo tan bien como quisiera?
4. ... para realizar su trabajo durante el tiempo que suele dedicar habitualmente a hacerlo?

Ninguna dificultad 1	Dificultad leve 2	Dificultad moderada 3	Dificultad severa 4	Incapaz 5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Anexo 4: Escala analógica visual (EVA). Disponible en:
http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/anexos/Anexo2_Escalas.pdf

La **Escala Visual Analógica (EVA)** permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

Sin dolor _____ Máximo dolor

La **Escala numérica** es un conjunto de números de cero a diez, donde cero es la ausencia del síntoma a evaluar y diez su mayor intensidad. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad del síntoma que se está evaluando. Es el método más sencillo de interpretar y el más utilizado.

Anexo5: Ficha de evaluación de balance articular del pulgar. Elaboración propia basándome en el libro de texto *Técnicas de balance muscular* (Daniels&Worthingham)

FICHA DE EVALUACIÓN		
PULGAR		
Paciente	Terapeuta	
Apellido:	Apellido:	
Nombre:	Nombre:	
Profesión:	Deporte:	
Lado afectado: derecho		
MCF	flexión	
	extensión	
IF	flexión	
	extensión	
Abducción		
Aducción		
Oposición		
Observaciones:		

Anexo 6: ficha de valoración de balance muscular del pulgar. Elaboración propia basándome en el libro de texto *Técnicas de balance muscular* (Daniels&Worthingham)

FICHA DE EVALUACIÓN		
PULGAR		
Paciente	Terapeuta	
Apellido:	Apellido:	
Nombre:	Nombre:	
Profesión:	Deporte:	
Lado afectado: derecho		
MCF	flexor corto del pulgar	
	extensor corto del pulgar	
IF	flexor largo del pulgar	
	extensor largo del pulgar	
Abducción: abductor largo y corto		
Aducción: aductor del pulgar		
Oposición: oponente del pulgar		
Observaciones:		

Anexo 7: Cuestionario de evaluación del desempeño ocupacional- OPHI II. Disponible en: <http://terapiaocupacional.co/escalas-de-calificacion-ophi-ii.html>

ESCALAS DE CALIFICACIÓN – OPHI II

El OPHI II, Es una entrevista semi-estructurada que explora la historia ocupacional de un cliente, que es capaz de responder a una entrevista de historia de vida. Escalas de calificación que proporcionan una medida de la identidad y competencias ocupacionales de la persona y el impacto del ambiente (entorno, atmósfera) de comportamiento ocupacional, Compuesto de una serie de preguntas recomendadas de flujo para guiar la entrevista se proporcionan para ayudar al Terapeuta, aprender cómo llevar a cabo la entrevista. Esta diseñado sin relación expresa con conceptos teóricos a fin de ser compatibles con diferentes teorías de Terapia Ocupacional como el Modelo de la Ocupación Humana son una influencia final e importante sobre él , incorporando al análisis de Rasch.

ORIGEN DEL OPHI:

En 1985; (AOTA) ((AOTF) decidieron financiar conjuntamente la investigación para el desarrollo de una entrevista histórica genérica para Terapia Ocupacional, Es probable que las raíces del OPHI-11 estén mejor localizadas en la tradición de comportamiento ocupacional encabezada por Mary Reilly, en la Universidad del Sur de California en las décadas de 1960 y 1970.

Conceptos Teóricos que Influyen el OPHI-II:

MODELO DE LA OCUPACION HUMANA, ANÁLISIS DE RASCH.

1. IDENTIDAD OCUPACIONAL

Item	Calific.	Criterios	Notas Adicionales
Tiene metas personales y proyectos	4	- Metas/proyectos personales de desafío y/o que aumentan esfuerzo requerido. - Se siente con energía/emocionado con respecto a metas futuras/proyectos personales.	
	3	-Metas, proyectos personales congruentes con habilidades/limitaciones. -Tiene suficiente deseo a futuro para resolver dudas/desafíos. - Motivado para trabajar en metas/proyectos personales.	
	2	- Metas/proyectos se encuentran arriba/debajo de habilidades estimadas. - No esta muy motivado para trabajar en metas/proyectos personales. - Se le dificulta pensar a cerca de metas/proyectos personales futuros. - Compromiso/emoción/motivación limitada.	
	1	- No puede identificar proyectos personales. - No esta muy motivado para trabajar en metas/proyectos deseados son inalcanzables en relación a sus capacidades. - Las metas tienen poca/ninguna relación con habilidades/ limitaciones. - Carece de compromiso motivaciones para el futuro. - Esta desmotivado debido a metas/proyectos personales conflictivas/excesivas.	
Identifica un estilo de vida ocupacional deseado	4	- Sumamente comprometido con un estilo de vida. - Fuerte convicción acerca de cómo se ve. - Tiene un fuerte estilo de vida preferido. - Identifica una o varias ocupaciones significativas. - Tiene ideas claras acerca de las prioridades para estructurar /ocupar su tiempo.	
	3	- Identifica un estilo deseado de vida con algunas dudas/insatisfacciones. - Tiene ideas claras acerca de las prioridades para estructurar/ocupar su tiempo. - Identifica una o más ocupaciones de alguna manera importantes/significativas.	
	2	- Tiene problemas en identificar el tipo de estilo de vida ocupacional que desea. - Fuertes dudas/insatisfacciones con la actividad ocupacional que desempeña. - Se le dificulta identificar como estructurar/ocupar su tiempo. - Identifica una o más ocupaciones que son de alguna forma importantes/significativas.	

(Tomado de Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional II. Autores: Gary Kielhofner, Trudy Mallison, Carrie Crawford, Meika Novak, Matt Rigby, Alexis Henry, Devora Walens. Department of Occupational Therapy, University of Illinois at Chicago. 1998. Traducción al Español: Christina Bolanos, Lizette Bolanos, Janina Rio del Río. 1998. Revisión de la Traducción: Carmen Gloria de las Heras, MS, OTR. 1999.

	1	<ul style="list-style-type: none"> - Extremadamente descontento con su estilo de vida/rutina. - No puede identificar un estilo de vida significativo. - No puede identificar ocupaciones que le emocionen/ llenen. - No puede visualizar como estructurar/ocupar su tiempo. 	
Espera el éxito	4	<ul style="list-style-type: none"> - Sumamente confiado acerca de cómo debe vencer obstáculos/limitaciones/fallas. - Espera enfrentar los desafíos. - Tiene fuertes creencias en su efectividad. - Se siente en control de hacia donde va su vida. - Acepta las circunstancias fuera de su control sin afectarse. 	
	3	<ul style="list-style-type: none"> - Mantiene un adecuado control sobre obstáculos/ limitaciones/fallas por resolver. - Enfrenta los desafíos esperando tener éxito. - Espera tener éxito en determinado número de áreas. - Cree adecuadamente en su efectividad como persona. 	
	2	<ul style="list-style-type: none"> - Tiene una dudosa capacidad de auto-control/enfrentar. - Siente inseguridad acerca de la posibilidad de tener éxito. - Se le dificulta mantenerse confiado respecto de obstáculos/limitaciones/fracasos por vencer - Se afecta fácilmente cuando enfrenta desafíos. 	
	1	<ul style="list-style-type: none"> - Tener una visión pesimista de la capacidad de su desempeño. - Se siente inútil. - Se siente incapaz de auto-controlarse. - Se siente inútil para influir en los acontecimientos. - Se rinde en presencia de obstáculos/ limitaciones/ fracasos. 	

Item	Calif.	Criterios	Notas Adicionales
Acepta responsabilidades	4	<ul style="list-style-type: none"> - Acepta responsabilidades razonables en acciones personales. - Busca/utiliza retroalimentación para mejorar. 	
	3	<ul style="list-style-type: none"> - Acepta responsabilidades en la mayoría de las acciones que realiza. - No se auto-culpa o critica en escaso. - Puede usar de la retroalimentación para modificar estrategias. 	
	2	<ul style="list-style-type: none"> - Tiende a evitar responsabilidades razonables en acciones. - Culpa a otros/circunstancias de sus fracasos. - Se critica en exceso. - Tiende a negar/se siente abrumado por la retroalimentación. 	
	1	<ul style="list-style-type: none"> - Acepta poca o ninguna responsabilidad por sus fracasos. - Se devalúan permanentemente. - Evita/no puede utilizar las retroalimentaciones eficazmente. - Permanentemente se vale de otras/circunstancias para evitar las responsabilidades. 	
Valora capacidades y limitaciones	4	<ul style="list-style-type: none"> - Rápidamente reconoce/acepta limitaciones en tanto enfatiza recursos. - Rápidamente confirma que las capacidades pueden compensar sus limitaciones. - Evalúa de manera realista sus capacidades al escoger una ocupación/realizar esfuerzo. 	
	3	<ul style="list-style-type: none"> - Reconoce algunas limitaciones. - Tiene una razonable tendencia para sobre/sub-estimar capacidades. - Tiene un adecuado conocimiento de capacidades/ limitaciones para escoger una ocupación adecuada/ realizar un esfuerzo. 	
	2	<ul style="list-style-type: none"> - Sobre/sub-estima sus propias capacidades llevándolas a desarrollar ocupaciones inadecuadas. - Se le dificulta reconocer/compensar limitaciones con capacidades. 	
	1	<ul style="list-style-type: none"> - Falla en estimar en forma real sus capacidades. - Se le dificulta reconocer/compensar limitaciones con capacidades. 	
Tiene compromisos y valores	4	<ul style="list-style-type: none"> - Un fuerte sentimiento de lo que es importante moldea/ dirige elecciones. - compromisos dan un fuerte sentido de dirección/propósito. - Estandares personales claros en relación con la forma de vida dan por resultado una imagen positiva de si mismo. 	
	3	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica algunos valores que influyen en la elección ocupacional. - Tiene un adecuado compromiso hacia una dirección u objetivo en la vida. - Los estándares personales/principios resultan en una adecuada relación. 	
	2	<ul style="list-style-type: none"> - Los valores conflictivos limitan la elección ocupacional. - Desconoce el objetivo/dirección de su vida. - Tiene valores no compartidos por uno o varios grupos sociales/sociedad. 	
	1	<ul style="list-style-type: none"> - A llenado/carece de compromiso o elección ocupacional. - No puede encontrar inversión/sentido del objetivo y dirección en la vida. - No se identifica con los valores grupales o de la sociedad. - Tiene valores que están desviados en contra de grupos sociales/sociedad. 	

(Tomado de Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional II. Autores: Gary Kielhofner, Trudy Mallison, Carrie Crawford, Meika Novak, Matt Rigby, Alexis Henry, Devora Walens. Department of Occupational Therapy, University of Illinois at Chicago. 1998. Traducción al Español: Christina Bolanos, Lizette Bolanos, Janina Rio del Río. 1998. Revisión de la Traducción: Carmen Gloria de las Heras, MS, OTR. 1999.

Reconoce identidades y obligaciones	4	- Se ve así mismo dentro de un rango amplio de roles. - Tiene un fuerte sentido de identidad que emana de sus roles. - Esta fuertemente comprometido con sus roles.	
	3	- Se ve así mismo en uno o más roles. - Obtiene una adecuada identidad de roles. - Esta comprometido con los roles.	
	2	- Se le dificulta verse en uno o más roles. - Esta comprometido marginalmente con los roles. - Se le dificulta identificar las responsabilidades de los roles a pesar de quererlos. - Tiene una débil identificación con los roles.	
	1	- No se identifica con ningún rol ocupacional. - Se identifica con roles desviados. - Carece de compromiso hacia los roles.	
Tiene intereses	4	- Esta fuertemente atraído por una o más actividad(es) ocupacionales que motivan a una elección. - Sus interese incrementan habilidades/oportunidades.	
	3	- Adecua intereses para guiar elecciones. - Atraido por ocupaciones que corresponden a sus habilidades/oportunidades.	
	2	- Se le dificulta identificar intereses. - Tiene una limitada atracción hacia cualquier ocupación que concuerda con sus habilidades. - Sus interese no concuerdan bien con habilidades/ oportunidades.	
	1	- Incapaz de identificar intereses. - Sus intereses no tienen ninguna relación con sus habilidades/oportunidades para involucrarse en ellos.	

Item	Calific.	Criterios	Notas Adicionales
Se sintió efectivo (en el pasado)	4	- Fuerte sentido de responsabilidad personal. - Espero tener éxito en situaciones de desafío.	
	3	- Sintió que la responsabilidad era inadecuada cuando se le dio. - Tuvo la esperanza de tener éxito en situaciones de desafío.	
	2	- Sintió que la responsabilidad era inadecuada cuando se le dio. - Se sintió desalentado cuando se enfrentó a situaciones de desafío.	
	1	- Careció de sentido de responsabilidad. - Se sintió desesperado.	
Encontró sentido y satisfacción en su estilo de vida	4	- Estaba sumamente contento con su estilo de vida. - Encontró gran satisfacción/sentido de su vida. - Tenía una fuerte identidad personal.	
	3	- Estaba generalmente contento con sus roles de vida pero había cosas que él/ella deseaba cambiar. - Tenía un determinado número de experiencias ocupacionales llenas de sentido/satisfactorias.	
	2	- Estaba de alguna forma descontento con sus roles de vida. - Tenía alguna dificultad en identificar intereses. - Tenía dificultad en encontrar satisfacciones/sentido a la vida.	
	1	- Esta extremadamente descontento con su estilo/roles de vida. - Era incapaz de identificar intereses. - Era incapaz de encontrar sentido a la vida.	
Hizo elecciones ocupacionales (en el pasado)	4	- Ha estado comprometido/energizado por una historia de vida significativa. - Hizo excelentes elecciones ocupacionales para buscar su historia de vida. - Sus elecciones ocupacionales fueron realísticamente alcanzables.	
	3	- Estuvo adecuadamente motivado por una historia de vida significativa. - Hizo elecciones ocupacionales adecuadas en la búsqueda de una historia de vida.	
	2	- Tuvo dificultad en identificar/comprometerse con un estilo de vida. - Hizo elecciones ocupacionales que interfirieron con la búsqueda de una historia de vida. - La historia de vida condujo a elecciones ocupacionales negativas.	
	1	- Su historia de vida no fue motivante (por ejemplo: trágica, se retrata como víctima). - Fue incapaz de visualizar una historia de vida. - Evitó/hizo muy malas elecciones ocupacionales.	

2. COMPETENCIA OCUPACIONAL

Item	Calific.	Criterios	Notas Adicionales
------	----------	-----------	-------------------

(Tomado de Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional II. Autores: Gary Kielhofner, Trudy Mallison, Carrie Crawford, Meika Novak, Matt Rigby, Alexis Henry, Devora Walens. Department of Occupational Therapy, University of Illinois at Chicago. 1998. Traducción al Español: Christina Bolanos, Lizette Bolanos, Janina Río del Río. 1998. Revisión de la Traducción: Carmen Gloria de las Heras, MS, OTR. 1999.)

Item	Calific.	Criterios	Notas Adicionales
Cumple con las expectativas de los roles	4	- Destaca en cumplir las obligaciones de todos los roles. - Las obligaciones/demandas de los roles son consistentes con un estilo de vida altamente productivo.	
	3	- Generalmente cumple con las obligaciones de diversos roles. - Las obligaciones/demandas de los roles son generalmente suficientes para mantener un patrón consistente de logro.	
	2	- Ocasionalmente/dificultad creciente de cumplir las expectativas de los roles (debido a excesivas demandas de los roles/capacidad disminuida). - Pocas obligaciones para mantener un patrón consistente de logro.	
	1	- Incapaz de cumplir las demandas de los roles de vida mayores. - Perdió completamente los roles principales de vida debido a una incapacidad. - Negligente/sin demandas personales en sus roles y con poca oportunidad de logro.	
Trabaja hacia metas personales	4	- Mantiene/enfoca esfuerzos altamente exitosos hacia el cumplimiento de las metas. - Consistente logra/excede las metas. - Se anticipa a cómo y cuándo se requiere formular metas para lograr una óptima productividad/satisfacción.	
	3	- Regularmente mantiene su esfuerzo hacia sus metas. - Logra/casi logra alcanzar la mayoría de sus metas. - Es capaz de reorientar metas/esfuerzos cuando las circunstancias se lo dictan.	
	2	- La enfermedad crea interferencias/interrupciones parciales al logro de sus metas. - Ocasionalmente pierde el enfoque/compromiso hacia sus metas. - Las metas fueron significativamente impactadas por la enfermedad. - Progresó en forma variable hacia sus metas. - Algunas veces persiste en lograr metas inalcanzables.	
	1	- La enfermedad/trauma invalida las metas. - No puede mantenerse enfocado en las metas/ en mantener un esfuerzo hacia las metas a través del tiempo. - Abandona metas. - Lucha por metas inalcanzables lo que lo lleva a fracasos constantes.	
Cubre los estándares de desarrollo personal	4	- Logra un nivel de desempeño acorde con sus mayores aspiraciones/expectativas.	
	3	- Debido a algún alto/ bajo estándar personal.	Alcanza un nivel de desempeño que generalmente cubre lo esperado
	2	- Debido a expectativas personales excesivas - Debido a limitaciones significativas/capacidad Disminuida	Existe una continua diferencia entre resultados y estándares que genera una duda en sí mismo.
	1	- Existe una dificultad continua para alcanzar expectativas personales irrealistas. - La fuerte perdida en su capacidad impide el logro de los estándares de desarrollo personal.	
Organiza el tiempo para sus responsabilidades	4	- Tiene una buena rutina y organización que rápidamente le hace cubrir sus responsabilidades/metas. - Rápidamente hace flexible la rutina a fin de hacer frente a responsabilidades/circunstancias de manera creativa. - La rutina expresa una forma muy elevada de estrategias adaptativas.	
	3	- Tiene una rutina consistente que permite cubrir la mayoría de las responsabilidades. - Generalmente es capaz de modificar la rutina cuando se requieren las responsabilidades/cambios en las circunstancias. - La rutina expresa una forma de estrategias adaptativas.	
	2	- Tiene una gran dificultad en organizar rutinas que le permiten cubrir múltiples responsabilidades/adaptarse a cambios. - Tiene pocas metas/responsabilidades que requieran una rutina adaptativa. - Estos elementos de la rutina supone conducta/ estrategias desadaptativas.	
	1	- Totalmente desorganizado/rutina caótica. - Incapaz de organizar su rutina en labores de autocuidado básicas. - Incapaz de adaptar su rutina a nuevas circunstancias. - La rutina expresa conductas altamente desadaptadas como abuso de drogas/estrategias de adaptación negativas.	

(Tomado de Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional II. Autores: Gary Kielhofner, Trudy Mallison, Carrie Crawford, Meika Novak, Matt Rigby, Alexis Henry, Devora Walens. Department of Occupational Therapy, University of Illinois at Chicago. 1998. Traducción al Español: Christina Bolanos, Lizette Bolanos, Janina Río del Río. 1998. Revisión de la Traducción: Carmen Gloria de las Heras, MS, OTR. 1999.)

Item	Calific.	Criterios	Notas Adicionales
Participa en intereses	4	- Busaca apasionadamente/con satisfacción uno o más intereses. - Rápidamente está listo/goza por nuevos intereses.	
	3	- Consistentemente participa en intereses.	
	2	- Generalmente es capaz de tratar de gozar de nuevos intereses. - Tiene una participación inconstante en los intereses. - Tiene alguna dificultad en encontrar tiempo/fuerzas para participar en intereses importantes. - La enfermedad/interrumpe/reduce su involucración en intereses pasados. - Tiene dificultad en tratar de desarrollar/encontrar satisfacción en nuevos intereses/adaptarse a ellos.	
	1	- Mínima/falta de búsqueda de intereses. - Sin/poca energía/tiempo para participar en intereses. - Enfermedad/tráumas interfirieron fuertemente/evitaron la involucración en intereses pasados. - Completamente incapaz de tratar de adaptarse a nuevos intereses.	
Cumplió con las expectativas de los roles (pasado)	4	- Manejó completamente los roles de desarrollo apropiados. - Fue capaz de balancear las múltiples demandas de los roles.	
	3	- Generalmente mantuvo los roles de desarrollo apropiados. - Fue generalmente capaz de balancear las múltiples demandas de los roles.	
	2	- Tuvo dificultad en balancear las demandas de los roles. - Tuvo períodos de roles difíciles de cumplir con demandas. - Tuvo un desempeño variable/inconsistente en sus roles. - Tuvo roles conflictivos.	
	1	- Tuvo fracasos significativos en uno o más de los roles principales. - Tuvo carencia de roles. - Tuvo serios problemas en varios/todos los roles.	
Mantuvo hábitos (pasado)	4	- Mantuvo una rutina altamente organizada en sus fases de desarrollo/metas. - Mantuvo un programa diario altamente satisfactorio/productivo.	
	3	- Generalmente mantuvo un programa diario productivo. - Generalmente mantuvo una rutina apropiada a sus fases de desarrollo/metas.	
	2	- Su programa diario fue inconsistente. - Su rutina estuvo insuficientemente organizada para su etapa de desarrollo/metas. - Tuvo períodos de significativa desorganización de su vida diaria.	
	1	- Tuvo problemas significativos para mantener su rutina. - Los patrones de rutina fracasaron para ajustarse a las etapas de desarrollo/metas. - Tuvo patrones de vida caóticos en relación con sus etapas de desarrollo/metas. - Tuvo una rutina inactiva. - Tuvo patrones de vida marcadamente desviados.	
Logró satisfacción (pasado)	4	- Logró/metas alcanzadas/su estilo de vida pasad le proporcionaron un alto nivel de satisfacción. - Tenía un buen balance de trabajo/descanso y diversión.	
	3	- Alcanzó la mayoría de las metas importantes en la vida. - Generalmente logró balancear trabajo/descanso y diversión. - Su estilo de vida fue generalmente entretenido. - Generalmente mantuvo/dio seguimiento a sus metas.	
	2	- Tuvo una significativa insatisfacción con su estilo de vida. - Tuvo cierta falta de balance entre el trabajo/descanso y diversión. - Fracasos importantes desvieron/interfirieron sus logros. - Perdió su interés o meta importante y no lo remplazó. - Tuvo dificultades en dar seguimiento a sus metas.	
	1	- Enfermedad/trauma significativamente impidió/interfirió el buscar metas/intereses. - Tuvo un fuerte sentimiento de fracaso/insatisfacción con su estilo de vida. - Tuvo un significativo fracaso que condujo a insatisfacción. - Tuvo un pobre balance de trabajo/descanso y diversión.	

3. ESCALA DE AMBIENTES DE COMPORTAMIENTO OCUPACIONAL

Item	Calific.	Criterios	Notas Adicionales
------	----------	-----------	-------------------

(Tomado de Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional II. Autores: Gary Kielhofner, Trudy Mallison, Carrie Crawford, Meika Novak, Matt Rigby, Alexis Henry, Devora Walens. Department of Occupational Therapy, University of Illinois at Chicago. 1998. Traducción al Español: Christina Bolanos, Lizette Bolanos, Janina Rio del Rio. 1998. Revisión de la Traducción: Carmen Gloria de las Heras, MS, OTR. 1999.)

Grupo social del principal rol productivo	4	- Oportunidades/expectativas de la interaccion/apoyo de colaboracion funcionan de manera optima. - Ambiente emocional/practico intensifica el funcionamiento - Otros valoran habilidades/contribuciones/esfuerzos	
	3	- La necesaria interaccion/collaboracion con otros generalmente apoya un funcionamiento positivo - Ambiente emocional/practico apoya el funcionamiento - Otros reconocen habilidades/contribuciones y esfuerzos	
	2	- Poca/sobredemanda interaccion/collaboracion limita el funcionamiento. - Ambiente emocional/practico retrae el funcionamiento - Otros no reconocen habilidades/contribuciones y esfuerzos	
	1	- Interaccion/collaboracion no existe/o demanda lo imposible o es conflictivo - Ambiente emocional/practico contribuye a un ambiente desadaptado - Se siente inutil en su capacidad para influir en los resultados.	
Grupo social de diversion	4	- Oportunidades/expectativas de la interaccion/apoyo de colaboracion funcionan de manera optima. - Ambiente emocional/practico intensifica el funcionamiento - Otros valoran habilidades/contribuciones/esfuerzos	
	3	- La necesaria interaccion/collaboracion con otros generalmente apoya un funcionamiento positivo - Ambiente emocional/practico apoya el funcionamiento - Otros reconocen habilidades/contribuciones y esfuerzos	
	2	- Poca/sobredemanda interaccion/collaboracion limita el funcionamiento. - Ambiente emocional/practico retrae el funcionamiento - Otros no reconocen habilidades/contribuciones y esfuerzos	
	1	- Interaccion/collaboracion no existe/o demanda lo imposible o es conflictivo - Ambiente emocional/practico contribuye a un ambiente desadaptado - Se siente inutil en su capacidad para influir en los resultados.	
Vida del hogar espacio fisico objetos y recursos	4	- Completamente accesible - Seguro con minimo riesgo - Congrue exactamente con necesidad de privacidad - Muy confortable - Muy estimulante/ significativo - Suficiente / presta apoyo	
	3	- Mayemente accesible - Generalmente seguro con riesgo moderado - Adecuadamente privado - Adecuadamente confortable - Adecuadamente estimulantes/significativo - Presta apoyo adecuadamente	
	2	- En cierta forma accesible - Inseguro con riesgos sustanciales - En cierta forma intrusivo - En cierta forma incomodo - En cierta forma desmotivante / falto de significado - En cierta forma sin prestar apoyo	
	1	- Inaccesible - Inseguro con alto riesgo - Sin privacidad - Muy incomodo - Desmotivante/falto de significado - Totalmente inadecuado	

Item	Calif.	Criterios	Notas Adicionales
rol productivo espacio fisico objetos y	4	- Completamente accesible - Seguro con minimo riesgo - Congrue exactamente con necesidad de privacidad - Muy confortable - Muy estimulante/ significativo - Suficiente / presta apoyo	

(Tomado de Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional II. Autores: Gary Kielhofner, Trudy Mallison, Carrie Crawford, Meika Novak, Matt Rigby, Alexis Henry, Devora Walens. Department of Occupational Therapy, University of Illinois at Chicago. 1998. Traducción al Español: Christina Bolanos, Lizette Bolanos, Janina Rio del Rio. 1998. Revisión de la Traducción: Carmen Gloria de las Heras, MS, OTR. 1999.

División espacio físico objetos y recursos	3	- Mayormente accesible - Generalmente seguro con riesgo moderado - Adecuadamente privado - Adecuadamente confortable - Adecuadamente estimulantes/significativo - Presta apoyo adecuadamente	
		- En cierta forma accesible - Inseguro con riesgos sustanciales - En cierta forma intrusivo - En cierta forma incomodo - En cierta forma desmotivante / falto de significado - En cierta forma sin prestar apoyo	
		- Inaccesible - Inseguro con alto riesgo - Sin privacidad - Muy incomodo - Desmotivante/falto de significado - Totalmente inadecuado	
	4	- Completamente accesible - Seguro con mínimo riesgo - Congrue exactamente con necesidad de privacidad - Muy confortable - Muy estimulante/ significativo - Suficiente / presta apoyo	
	3	- Mayormente accesible - Generalmente seguro con riesgo moderado - Adecuadamente privado - Adecuadamente confortable - Adecuadamente estimulantes/significativo - Presta apoyo adecuadamente	
		- En cierta forma accesible - Inseguro con riesgos sustanciales - En cierta forma intrusivo - En cierta forma incomodo - En cierta forma desmotivante / falto de significado - En cierta forma sin prestar apoyo	
	2	- Inaccesible - Inseguro con alto riesgo - Sin privacidad - Muy incomodo - Desmotivante/falto de significado - Totalmente inadecuado	
		- Inaccesible - Inseguro con alto riesgo - Sin privacidad - Muy incomodo - Desmotivante/falto de significado - Totalmente inadecuado	

(Tomado de Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional II. Autores: Gary Kielhofner, Trudy Mallison, Carrie Crawford, Meika Novak, Matt Rigby, Alexis Henry, Devora Walens. Department of Occupational Therapy, University of Illinois at Chicago. 1998. Traducción al Español: Christina Bolanos, Lizette Bolanos, Janina Rio del Rio. 1998. Revisión de la Traducción: Carmen Gloria de las Heras, MS, OTR. 1999.

Anexo 8: Esquema de la mano derecha.

