



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

**Facultade de Ciencias da Saúde**

**Grao en Terapia Ocupacional**

Curso académico 2022-2023

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Exploración del desempeño ocupacional de  
odontólogos con rizartrrosis de A Coruña**

**José Freijeiro Nieto**

**Febrero 2023**

Exploración del desempeño ocupacional de odontólogos con rizartrrosis de A Coruña

**Directora del Trabajo de Fin de Grado**

**María del Carmen Miranda Duro:** Terapeuta Ocupacional por la Universidad da Coruña. Profesora de la Facultad de Ciencias da Saúde.

## Índice

1.	Antecedentes y estado actual del tema .....	7
1.1	Concepto y contextualización de la rizartrrosis .....	7
1.2	Anatomía de la base del pulgar .....	10
1.3.	Diagnóstico y clasificación radiológica.....	12
1.4	Intervención y abordaje de la rizartrrosis .....	14
1.5	Abordaje de la rizartrrosis desde terapia ocupacional .....	15
2.	Bibliografía.....	20
3.	Objetivos.....	26
3.1.	Objetivo general .....	26
3.2.	Objetivos específicos.....	26
4.	Metodología.....	27
4.1.	Posición del investigador .....	27
4.2.	Tipo de Estudio .....	27
4.2.	Período de Estudio.....	28
4.3.	Ámbito y Muestra de Estudio.....	28
4.4	Criterios de Inclusión y Exclusión .....	29
4.5	Selección de la muestra .....	30
4.6	Entrada al campo y consentimiento informado .....	30
4.7	Técnicas de recogida de datos .....	31
4.10	Aplicabilidad de los resultados .....	33
4.11	Plan de trabajo .....	34
4.12	Aspectos Éticos de la Investigación.....	35
4.13	Difusión de los resultados .....	36
4.14	Presupuesto .....	38
4.15.	Posibles fuentes de financiación .....	39
5.	Agradecimientos .....	40
6.	Apéndices.....	41
	Apéndice 1: Hoja de información al participante.....	41
	Apéndice 2: Consentimiento informado para la participación en la investigación ....	44
	Apéndice 3: Guion de entrevista.....	45
	Apéndice 4: Listado de abreviaturas .....	47

## Resumen

**Título:** Exploración del desempeño ocupacional de odontólogos con rizartrrosis de A Coruña.

**Introducción** La rizartrrosis es una patología que afecta al dedo pulgar de la mano, definiéndose como la degeneración de la articulación trapeciometacarpiana. La rizartrrosis provoca dolor y limitaciones a nivel funcional en todas las áreas ocupacionales. Se trata de una condición de salud que afecta más a mujeres que a hombres. El abordaje de terapia ocupacional se enfoca en técnicas de ergonomía, asesoramiento o el uso de férulas, entre otros.

**Objetivo:** Estudiar y conocer las vivencias de personas con rizartrrosis en relación con su desempeño ocupacional y calidad de vida.

**Metodología:** Se trata de un proyecto de investigación para el que se ha seleccionado la metodología cualitativa desde un enfoque fenomenológico. La recogida de los datos se realizará a través de una entrevista semiestructurada.

**Palabras Claves:** fenomenología, osteoartritis, rizartrrosis, terapia ocupacional, trapeciometacarpiana.

**Tipo de estudio:** Proyecto de investigación.

## Resumo

**Título:** Exploración do desempeño ocupacional dos odontólogos con rizartrrose da Coruña.

**Introdución:** A rizartrrose é unha patoloxía que afecta ao dedo polgar da man, definíndose como a dexeneración da articulación trapeciometacarpiana. A rizartrrose provoca dor e limitacións a nivel funcional en todas as áreas ocupacionais. Trátase dunha condición de saúde que afecta máis a mulleres que a homes. O abordaxe da terapia ocupacional enfócase en técnicas de ergonomía, asesoramento ou o emprego de férulas, entre outros.

**Obxectivo:** Estudar e coñecer as vivencias das persoas con rizartrrose en relación ao seu desempeño ocupacional e calidade de vida.

**Metodoloxía:** Trátase dun proxecto de investigación para o que se seleccionou a metodoloxía cualitativa dende un enfoque fenomenolóxico. A recollida dos datos realizaráse a través dunha entrevista semiestruturada.

**Palabras clave:** fenomenoloxía, osteoartrite, rizartrrose, terapia ocupacional, trapeciometacarpina.

**Tipo de traballo:** Proxecto de investigación.

## **Abstract**

**Title:** Exploration of the occupational performance of odontologists with rhizartrrosis in A Coruña.

**Background:** Rhizartrrosis is a pathology that affects the thumb of the hand, defined as the degeneration of the trapeziometacarpal joint. Rhizartrrosis causes pain and limitations in the functionality related to occupational areas. It is a health condition that affects women more than men. The approach of occupational therapy is focus on ergonomic techniques, counselling or the use of splints, among others.

**Objective:** Study and learn about the experiences of people with rhizartrrosis in relation to their occupational performance and quality of life.

**Methodology:** This is a research project which the qualitative methodology has been selected for, from a phenomenological approach. For data collection, it will be done through a semi-structured interview.

**Keywords:** occupational therapy, osteoarthritis, phenomenology, rhizartrrosis, trapeziometacarpal.

**Type of study:** Research Project.

## 1. Antecedentes y estado actual del tema

### 1.1 Concepto y contextualización de la rizartrrosis

La rizartrrosis es un tipo de artrosis que se produce en la articulación trapeciometacarpiana (TMC) del pulgar, tal y como se puede observar en la figura 1 y 2, la cual es una afectación progresiva y crónica (1). La artrosis se entiende como una enfermedad degenerativa caracterizada principalmente por la destrucción del cartílago hialino que recubre las superficies óseas (2). Concretamente la rizartrrosis tiene su origen en la base del pulgar, en el punto en donde se unen el hueso trapecio y el primer metacarpiano (véase figura 1 y 2). Esta condición de salud surge como consecuencia de la degeneración del cartílago que recubre la articulación TMC, el cual tiene como función, facilitar la movilidad de las articulaciones, específicamente para realizar el movimiento de pinza, que consiste en unir el pulgar con las demás falanges (1-4).

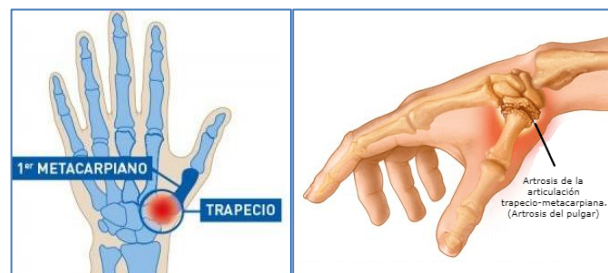


Figura 1. Articulación metacarpofalángica. Representación gráfica de la rizartrrosis. Fuente: (5) / Figura 2. Representación gráfica de artrosis del pulgar. Fuente: (6)

En esta línea, la artrosis de la mano se suele localizar en las articulaciones interfalángicas distales (IFD) e interfalángicas proximales (IFP), a las que se une la articulación trapeciometacarpiana (TMC), la cual es la articulación afectada en la rizartrrosis. Cuando la artrosis se ubica entre las articulaciones interfalángicas, comienza el dolor en la IFD, crece el tejido, pudiendo ser blando o duro, dando lugar a la aparición de nódulos. Este es el caso del nódulo que se produce en la IFD, conocido como nódulos de Heberden. Las representaciones a nivel clínico de la artrosis de la mano serían: (7)

- Forma nodal con la aparición de nódulos de Heberden (IFD) y de Bouchard (IFP).
- Forma erosiva, la cual se caracteriza por un componente inflamatorio y destructivo.

- Afectación de la TMC (rizartrrosis).

En cuanto a la clasificación de la rizartrrosis, es posible catalogarla en función al origen de su formación y desarrollo. En primer lugar, está la rizartrrosis primaria, que es un tipo que se produce debido a las lesiones articulares preexistentes, mientras que la rizartrrosis secundaria tiene su origen desconocido (8). Asimismo, la artrosis del pulgar puede estar asociada a otras patologías de la mano, como pueden ser el síndrome del túnel carpiano y la artritis escafo trapezoide, que se produce por la compresión que ejercen los nervios de la muñeca (9).

Los factores de riesgo y las causas de la artrosis del pulgar son similares a la artrosis en otras zonas, algunas de estas causas o factores de riesgo pueden ser considerados intrínsecas a la persona (10):

- **Sexo:** la rizartrrosis es más frecuente en mujeres, de hecho se presenta en dos mujeres por cada hombre y aparece principalmente en la población adulta (10), ubicándose con preferencia en formas erosivas y nodulares. La localización más frecuente en mujeres es en la IFD y en el hombre en la TMC.
- **Edad:** es común en mujeres de edad avanzada. Más del 50% de las personas mayores de 65 años presentan signos radiológicos, mientras que un 10% tienen los síntomas de artrosis de mano (10).
- **Factor genético:** el componente hereditario, puede influir en el desarrollo de la enfermedad, es decir, si hay antecedentes familiares (10).
- **Factores hormonales:** a pesar de que hay estudios que muestran que la administración de estrógenos en las mujeres con menopausia, disminuyen en cierta medida la incidencia de artrosis de mano, no ha sido comprobado (10).

En cuanto a los factores extrínsecos, que son modificables, nos encontramos con la obesidad, el nivel de estudios, la actividad laboral y el lugar de residencia. En cuanto a la obesidad, es otro de los factores de riesgo en la artrosis, que afecta también al desarrollo de la artrosis de la mano. Por otro lado, la actividad laboral, aunque se encontró poca información al respecto para poder hacer una confirmación de que esto es veraz. Sin embargo, podría influir en su desarrollo, ya que la sobrecarga mecánica a la que se somete la articulación,



fundamentalmente cargas axiales al sujetar y al agarrar de forma prolongada en el tiempo, además de una alta movilidad de la articulación, influye en el proceso degenerativo (11).

En esta línea, Fontana y Cols. en un estudio de casos y controles realizado con mujeres, tuvieron en cuenta otros factores, como la actividad laboral, y el uso repetitivo de la mano durante la jornada laboral. De hecho, dichos autores concluyen que aquellas que haciendo un uso repetitivo del pulgar como parte de su trabajo manual, tenían 12 veces mayor riesgo de desarrollar rizartrrosis (12).

Otro factor de riesgo es la zona donde reside la persona, ya sea en un entorno rural o urbano. A pesar de no encontrarse diferentes significativas con respecto al entorno rural o urbano, tanto en el estudio del año 2000 como el realizado en el año 2016 por la Sociedad Española de Reumatología, en ambos estudios se tuvo en cuenta como un factor de riesgo.

Como se mencionaba, el nivel de estudios también se considera un factor de riesgo para la rizartrrosis. Sin embargo, el estudio EPISER 2016, no lo toma en cuenta para el análisis sobre los factores de riesgo como la actividad laboral, aunque si incluye el nivel de estudios (13).

Tras haber realizado una búsqueda en relación con la rizartrrosis, son pocos los datos estadísticos encontrados que sean relativos a la rizartrrosis de forma concreta, es por ello, que los que a continuación se aportarán datos asociados con la artrosis en general y en particular de la artrosis de la mano, sin ser específicos de la condición de salud a la que nos referimos en este proyecto de investigación. La prevalencia de la artrosis en España, tal y como se refleja en el **gráfico 3**, va en aumento según nos hacemos mayores. Específicamente, la prevalencia de la artrosis de la mano en España es similar a la prevalencia en otros países del mundo, siendo del 6% en el grupo de edad de 4 a 49 años, alrededor del 30% en edades comprendidas entre los 50 y 59 años, y progresivamente aumentando en función de la edad, con una prevalencia aproximada del 50% en personas mayores de 80 años (14).

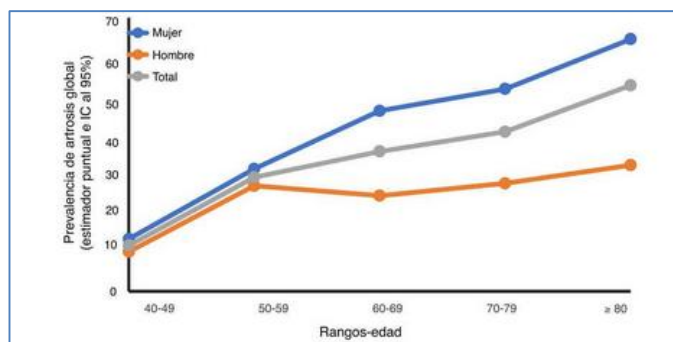


Figura 3. Prevalencia de la artrosis en España. Datos del año 2016. Fuente: (15)

Dada la prevalencia de la artrosis en España, se han realizado estudios epidemiológicos, relacionados con las enfermedades musculoesqueléticas que preceden el tema del presente estudio de investigación. El primero de ellos se corresponde al estudio EPISER 2000, referido a la prevalencia de enfermedades reumáticas en la población en España, específicamente en personas mayores de 20 años. Dicho estudio fue liderado por la Sociedad Española de Reumatología, en el cual se estimó la prevalencia de patologías como la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico, la lumbalgia, la artrosis de manos y rodillas, la fibromialgia y la osteoporosis (16). Más tarde, en el año 2016, se realizó un nuevo estudio de las enfermedades reumáticas en adultos EPISER 2016 con el objetivo de conocer la prevalencia de personas adultas con enfermedad reumática, incluyendo en este estudio algunas enfermedades que no se habían tenido en cuenta en el anterior EPISER 2000, como por ejemplo la espondilitis anquilosante o la artropatía psoriásica (16).

## 1.2 Anatomía de la base del pulgar

En este apartado trataremos un breve recordatorio acerca de la anatomía relacionada con la articulación TMC y su relación con el resto de la mano, la cual es el principal órgano implicado en la rizartrrosis, y así comprender como está desde un punto de vista biomecánico.

Uno de los principales órganos que se encarga de ejecutar las órdenes del cerebro es la mano. Ello se debe a sus prestaciones funcionales y por la existencia de diferentes articulaciones que proporcionan a la mano la movilidad en todos los planos de la dimensión espacial (17).

Para comprender la anatomía de la base del pulgar es necesario mencionar su estructura, en donde el carpo se encuentra conformado por ocho huesos, tal y como se puede ver en la [figura 4](#). El orden de los huesos se muestra en dos filas transversales: siendo la primera, la compuesta por el escafoides, el semilunar, el piramidal y el pisiforme; la segunda, por el trapecio, trapezoide, hueso grande, y ganchoso (17).

Desde un punto de vista biomecánico, los huesos del carpo forman tres columnas longitudinales: una de ellas es la columna escafoidea radial (escafoides, trapecio y trapezoide), otra se corresponde a la columna semilunar central (semilunar y grande) y finalmente se encuentra la columna piramidal cubital (piramidal y ganchoso) (18).

La cadena ósea constituye un mecanismo articular complejo en el ser humano y a su vez permite la movilidad de la muñeca en todos los planos. Por su parte, los movimientos angulares y de circunducción de la muñeca se corresponden a las articulaciones como: la radiocubital distal, la articulación radiocarpiana que se encuentra entre la superficie articular del radio y los huesos de la primera hilera del carpo, la articulación mediocarpiana que se ubica entre la primera y la segunda fila de huesos del carpo. Además de las articulaciones intercarpianas que se localizan entre los huesos del carpo y finalmente las articulaciones carpometacarpianas, ubicadas entre la segunda hilera y los metacarpianos (18).

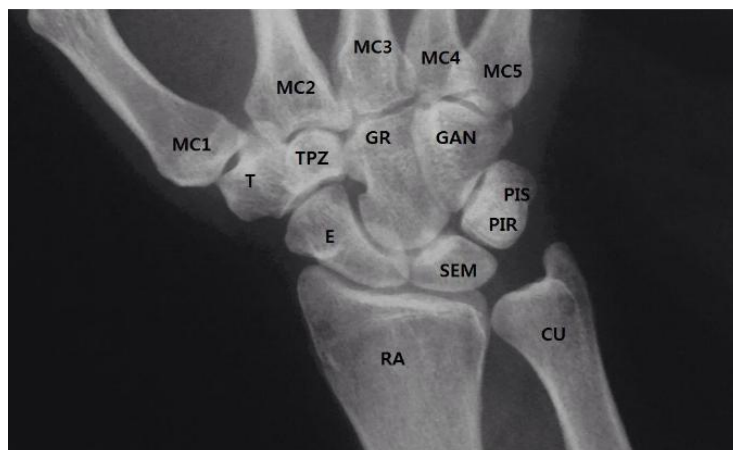


Figura 4. Representación de la anatomía de la mano. Fuente: (17)

\*MC: metacarpo, T: trapecio, TPZ: trapezoide, GR: grande, GAN: ganchoso, E: escafoides, SEM: semilunar, PIR: piramidal, PIS: pisiforme, RA: radio, CU: cúbito.

Una de las principales articulaciones de la mano, es la pantrapecial, tal y como se observa en la [figura 5](#), en donde están implicados las siguientes articulaciones (18):

- La articulación TMC, la cual está localizada entre el primer metacarpiano (MC1) y el trapecio.
- La articulación trapecioescafoidea, que se ubica entre el hueso escafoides y el trapecio.
- La articulación trapeciotrapezoidea (entre el hueso trapecio y trapezoide).
- La articulación escafotrapezoidea (entre el hueso escafoides y trapezoide).
- La articulación ubicada entre el trapecio y el segundo metacarpiano.



Figura 5. Fuente: (17) \*MC: metacarpo, T: trapecio, TPZ: trapezoide, E: escafoides.

En este contexto, es necesario destacar desde un punto de vista estructural y biomecánico la importancia que tiene la unidad anatómica de la articulación TMC, como un elemento que ha evolucionado con el propósito de mover el pulgar. Ello obedece a la independencia móvil que tiene el MC1 en la articulación con el trapecio, sin embargo, esto no se produce con el resto de metacarpianos de los dedos largos, que están fusionados con la segunda hilera del carpo (18).

### 1.3. Diagnóstico y clasificación radiológica

El diagnóstico de la rizartrrosis se puede hacer de dos formas diferentes. En un primer lugar, se podría diagnosticar por la clínica y los síntomas y signos que refiere la persona, sin embargo, la confirmación definitiva de su presencia se realiza a través de la exploración radiológica, la cual ofrece la certeza de la presencia o no de esta enfermedad (19)

La exploración clínica de la rizartrrosis se puede diagnosticar por el dolor que refiere la persona en la base del pulgar, realizándose la palpación en la zona dorsal, debido a que se encuentra en la superficie de la mano. Sin embargo, es el diagnóstico por medio de una radiografía en donde se confirma o no, tal y como se puede ver en la [figura 6](#), en donde se puede observar el deterioro presente en la articulación TMC (19).



Figura 6. Radiografía de una persona con rizartrrosis. Fuente: (20)

Con respecto a la clasificación radiológica de la rizartrrosis, la más utilizada es la propuesta por Eaton y Glickel, siendo esta una reforma de la establecida con anterioridad por Eaton y Litter. En esta clasificación se consideran los siguientes estadios de la enfermedad (véase [tabla 1](#)) (21).

Tabla 1. Estadios de la rizartrrosis. Fuente: (21)

Estadios	Descripción
1	Mínimo ensanchamiento articular.
2	Mínimo estrechamiento articular, mínimo esclerosis subcondral y osteofitos o cuerpos libres < 2mm.
3	Estrechamiento marcado u obliteración del espacio articular, cambios quísticos, hueso esclerótico, diversos grados de subluxación dorsal, osteofitos o cuerpos libres > 2 mm.
4	En este estadio hay grandes osteofitos y quistes subcondrales, con afección importante de la articulación TMC.

Por otro lado, es necesario destacar que la problemática de esta clasificación radica en la escasa correlación entre diferentes perspectivas que puedan tener

los profesionales que observan la radiología, dado a que la descripción hace uso de algunos criterios mínimos que no son siempre cuantificables, y variará el criterio tomado sobre el marcado a nivel radiológico, los cuales no se pueden cuantificar ya que son un criterio meramente observable siendo difícil su interpretación. En este sentido, se han realizado los esfuerzos por crear parámetros lo más estandarizados posible que permitan asociar la relación de la exploración radiológica con la clínica que presenta la persona (22).

Además, se han realizado investigaciones que proponen el Índice Radiológico de Artrosis del Pulgar (ThOA), como una posible propuesta que da solución a las diferentes interpretaciones del observador, el cual se puede calcular a través de la proyección radiográfica de Roberts. El índice se encuentra determinado por la relación existente entre la altura y el ancho del trapecio (23).

#### 1.4 Intervención y abordaje de la rizartrrosis

El tratamiento de la rizartrrosis comprende diferentes opciones, una de ellas es el tratamiento conservador, así como las terapias y las técnicas quirúrgicas. Al inicio de la enfermedad es necesario considerar el uso de antiinflamatorios no esteroideos y cambios en las actividades que se realizan (24). Así, es importante comprender que estos tipos de abordajes y tratamientos porque afectarán de diferente forma al desempeño ocupacional de la persona, presentando diferentes implicaciones en la vida diaria en función del tipo de abordaje que se implemente (24).

Uno de los tratamientos utilizados son las infiltraciones de ácido hialurónico en la articulación TMC, dado a que estudios han evidenciado que su inyección mejora el dolor y la rigidez articular durante un lapso de 6 meses, aunque de igual manera se ha observado que el dolor se presenta posteriormente. Esta terapia constituye una opción, que ofrece una adecuada relación entre los riesgos y beneficios, todo antes de tomar la decisión de realizar una intervención quirúrgica (24).

Por lo general, cuando se considera la opción quirúrgica es porque los tratamientos y terapias anteriores han fracasado, sin embargo, es importante considerar el nivel de lesión que presenta la persona. En el estudio realizado por Smeraglia y Col, se demostró como un grupo de personas sometidas al

tratamiento quirúrgico logró mejoras considerables en un lapso de un año en un 94%, mientras que el grupo al que se le aplicó la inyección de esteroides sólo alcanzó mejoras de un 56% (25).

Dichos tratamientos quirúrgicos, comprenden algunas técnicas las cuales serán elegidas en función de la persona a la que vayan a ser aplicadas según sus características, como puede ser la edad o el estadio en el que se encuentre la enfermedad. Ninguna de las técnicas ha demostrado ser mejor que otra (25). Estas técnicas quirúrgicas son: ligamentoplastia, osteotomía de extensión, artroscopia TMC, artrodesis TMC, artroplastia con reconstrucción ligamentaria y suspensión, y artroplastia con prótesis (26).

En este sentido, los tratamientos para la rizartrrosis se pueden clasificar principalmente en tres tipos (26):

- **Farmacológico:** basado en tratamientos con medicamentos, sobre todo los más comunes son los antiinflamatorios no esteroideos (AINES).
- **Quirúrgico:** este se realiza en caso de fallar los anteriores o que sean persistente los síntomas.
- **No farmacológico:** basado por lo general en sesiones de fisioterapia, de terapia ocupacional y el uso de órtesis, pueden ser prefabricadas o realizadas de forma personalizada, por un terapeuta ocupacional en material termoplástico para que se ajusten a las necesidades de cada persona.

### 1.5 Abordaje de la rizartrrosis desde terapia ocupacional

En línea con los tratamientos no farmacológicos, se ubica la intervención desde Terapia Ocupacional (TO). La TO es una disciplina que abarca no solo el área de la salud, sino también el área social, con el propósito de ayudar a las personas, grupos o comunidades que pueden llevar a cabo actividades que les resulten significativas y que favorezcan y propicien también su inclusión social. La ocupación, es algo fundamental para el desarrollo de las habilidades de las personas, para que puedan realizar y llevar a cabo de la forma más satisfactoria posible, las ocupaciones que se propongan siguiendo una estructura dentro de sus rutinas o hábitos (27).

La TO del paradigma contemporáneo, el cual es el que actualmente está presenta en la disciplina, mantiene una perspectiva holística de la persona, teniendo en cuenta la propia persona, el entorno y la ocupación, sin poner el foco en una condición de salud concreta, como puede ser la rizartrrosis. Esta visión holística del ser humano defiende y contempla la diversidad cultural, social, étnica o funcional, teniendo presentes todos los aspectos de la persona, entre ellos, los biológicos, psicológicos, sociales u ocupacionales. Así, la función principal del terapeuta ocupacional se enfoca en trabajar por el bienestar de las personas, abogando por la inclusión y la no discriminación y lograr que las personas puedan llevar a cabo ocupaciones que les resulten significativas (27).

Además, el foco primordial de la TO actual es el enfoque sobre las ocupaciones significativas de las personas. La World Federation of Occupational Therapy (WFOT), las define como *“actividades diarias que las personas realizan como individuos, en familias y en comunidades que ocupan el tiempo y dan significado y propósito a la vida. Las ocupaciones incluyen cosas que las personas necesitan o quieren hacer, o que se espera que hagan”* (28)

Es importante recordar que la TO cuenta con el potencial y las herramientas necesarias para tratar de impedir situaciones de injusticia ocupacional que pueden darse por diferentes motivos como puede ser una condición de salud como es la rizartrrosis. Cuando hablamos de injusticia ocupacional estamos haciendo referencia a la imposibilidad que las personas tienen para *“hacer uso de sus habilidades, desplegar sus capacidades, poder desempeñar las ocupaciones que consideren significativas y tener acceso y participación plena en la sociedad, debido a condiciones políticas, económicas y sociales”* (29).

La WFOT considera, como hemos mencionado, a la TO como una disciplina que promueve la salud y el bienestar a través del uso terapéutico de la ocupación. Siendo su objetivo, capacitar a las personas para participar en las ocupaciones. Desde TO se logra este resultado a través de la capacitación de las personas para realizar aquellas tareas que mejoran su competencia de participar en ocupaciones, concretamente en el campo relacionado con la rizartrrosis predominando un enfoque focalizado en la modificación del entorno y/o actividad (30).



Tal y como se ha mencionado en los factores de riesgo, en ocasiones la profesión de la persona, en la que sus tareas demandan un uso continuo y repetitivo de la articulación, como es el caso de los/las costureros/as, los/las pianistas, los/las guitarristas profesionales, los/las odontólogos/as, los fisioterapeutas, entre otros, a largo plazo se puede desarrollar la rizartrrosis (31).

En particular, la mano es considerada para los/as odontólogos/as como su principal herramienta de trabajo, ya que para la realización de su actividad profesional se pone en tensión la articulación trapeciometacarpiana. Por lo que, la presión que se realiza con el dedo pulgar al realizar la pinza se multiplica por 12 en la articulación carpometacarpal y la pinza es uno de los movimientos que más realizan los odontólogos en su trabajo. Ello se observa al poner en práctica algunas técnicas como la de anestesiar en palatino (en el paladar) o la fuerza que se requiere para realizar exodoncias (extracciones dentales), lo cual afecta a la articulación del pulgar (31).

Es importante señalar que el dolor, el cual es uno de los principales signos de la rizartrrosis, es una barrera para la participación en las ocupaciones para las personas que conviven con la enfermedad. Además, la rizartrrosis suele ir acompañada de la disminución de la fuerza en la mano y la consecuente pérdida de la habilidad para realizar la pinza, dando lugar a la rigidez y debilidad, influyendo considerablemente el desempeño ocupacional de las personas que la presentan (32). Algunas de las ocupaciones que se ven afectadas serían el abrochar botones, cocinar, abrir o cerrar la tapa de un bote, escribir, abrir la manilla de una puerta, girar una llave en la cerradura o portar una bandeja o un plato, entre otros (33). Este tipo de enfoque es conservador enfocado en la rehabilitación, la cual se lleva a cabo después de la cirugía, todo ello con el propósito de valorar y adaptar las actividades que permitirán mejorar el desempeño de las personas (34).

Cabe mencionar, que uno de los principios de la TO consiste en brindar a las personas autonomía e independencia en el desempeño de sus ocupaciones. Sin embargo, y como es en este caso, cuando las personas se encuentran limitadas a nivel físico por consecuencia de una lesión, es recomendable utilizar diferentes productos de apoyo que le faciliten la realización de sus ocupaciones (35).

Desde el abordaje de la TO, es importante mencionar la aplicación de técnicas como son los principios de la economía articular en el desempeño ocupacional, cuyo propósito consiste en disminuir la sobrecarga articular. Dicha técnica comprende una serie de medidas, de acuerdo la articulación afectada, todo ello con el objeto de modificar los hábitos de la vida diaria en la realización de gestos y actividades, en donde esa articulación puede verse lesionada, debido a posiciones inadecuadas, sobrecarga mal distribuida, además del uso de objetos no adecuados (36).

A través del análisis de la actividad, los terapeutas ocupacionales, analizan las demandas necesarias para llevar a cabo las ocupaciones y se tienen en cuenta las destrezas de ejecución de la persona, motoras y praxis, sensoriales-perceptuales, de regulación emocional, cognitivas y, de comunicación y sociales, necesarias para la realización de las actividades (37).

En esta línea una cuestión importante, es la evaluación como parte del proceso de terapia ocupacional, que permite obtener los datos necesarios y la información para poder desarrollar e implementar el plan de intervención o el tratamiento más adecuado para la persona, teniendo en cuenta las propias características de la persona, y sus contextos y entornos, y como todo ello influye sobre la ocupación (38).

Para llevar a cabo la evaluación de una persona con rizartrrosis, se puede realizar a través de una entrevista, la observación directa de la persona, dicha observación, puede y debe darse durante el momento de la realización de la entrevista a la persona. Y la evaluación, puede hacerse también mediante el uso de herramientas de evaluación específicas para patología de la mano y extremidad superior como es el caso de la Escala DASH (*Disabilities or the Arm, Shoulder and Hand*), que permite evaluar la calidad de vida analizando específicamente los problemas de la extremidad superior, incluida la mano, además está validada en español. Resultando adecuado y de interés en el caso de querer evaluar a una persona con rizartrrosis (39).

Al ser el dolor el principal síntoma de las personas con rizartrrosis, la Escala Visual Analógica (EVA), es otra herramienta indicada para la medición del dolor.

La persona puede expresar la intensidad de su dolor tanto en estático como en movimiento (40).

Como se ha mencionado anteriormente, los tipos de intervenciones desde TO en el ámbito de la rizartrrosis se podrían diferenciar entre el tratamiento conservador y el tratamiento ortésico. Dentro del tratamiento conservador, se pretende evitar los movimientos repetitivos y compensatorios, que puedan ocasionar lesiones a nivel óseo, por lo que se busca restringir los movimientos amplios para evitar también deformidades. Utilizando esta modalidad se hace una evolución de los componentes relacionados con el desempeño como recorrido articular, fuerza muscular, destreza motora, así como también de las áreas de desempeño como autocuidado, cuidado del hogar, trabajo, ocio y el entorno (41). En cuanto al tratamiento ortésico, el funcionamiento de las férulas se basa en la limitación del uso de la mano afectada en ciertas acciones, lo que produce la disminución de las fuerzas aplicadas en la base de la eminencia tenar, de modo que esa fuerza sea soportada por la férula en vez del pulgar (41).

El objetivo de la órtesis consiste en la prevención y corrección de deformidades, inmovilización y protección de la mano afectada, asistencia de una función y conexión a otros productos de apoyo (41). La utilización de férulas, (diseñadas y elaboradas por un terapeuta ocupacional), es uno de los métodos con mayor valoración para la rizartrrosis dentro de los tratamientos conservadores, y, debe de ser considerada como una opción por encima de inyecciones intraarticulares o cirugía. La literatura indica que la utilización de órtesis (férulas) puede reducir el dolor y, además, contribuye a la mejora del agarre y de la fuerza de pellizco, así como también a la mejora de la función (41).

Con respecto a las especificaciones, suelen tener más efectos aquellas que son fabricadas a medida de la persona, con preferencia de las cortas frente a las largas, cuyo material de fabricación dependerá de la eficacia que se quiera obtener, sin embargo, no existe evidencia de superioridad de un diseño con respecto a otro (42).

En cuanto a la modificación de las actividades es importante que la persona aprenda a identificar cuáles son las actividades y movimientos causantes del dolor para luego aplicar distintas maneras de ejecutar dichas tareas, de modo

Exploración del desempeño ocupacional de odontólogos con rizartrrosis de A Coruña

que el estrés articular sea menor. Quizá sea preciso adecuar utensilios o su adaptación para que no ocurra una sobre presión de los dedos pulgar e índice, incluso, por ejemplo, si la acción de escribir produce dolor, evitar herramientas de escritura como bolígrafos y lápices de poco grosor (42).

Así, la problemática fundamental con respecto al abordaje de la rizartrrosis desde TO, es la escasez de estudios y publicaciones específicas desarrolladas desde la propia disciplina, por lo que sería conveniente que se llevasen a cabo estudios específicos desde la mirada y enfoque de la TO, contribuyendo así a la práctica basada en la evidencia.

## 2. Bibliografía

1. Sodha S, Ring D, Zurakowski D, Jupiter JB. Prevalence of osteoarthritis of the trapeziometacarpal joint. *J Bone Joint Surg Am.* 2015;87(12):2614-8. <https://doi.org/10.2106/jbjs.e.00104>
2. López, P. y Pérez, D. Intervención de la Terapia Ocupacional en Rizartrrosis: Revisión Bibliográfica. *TOG (A Coruña)* Vol 16. Num 30. Nov 2019. ISSN 1885-527X. <https://www.revistatog.es/ojs/index.php/tog/article/view/35>
3. Martín, X. Roncer, V. y Vives, A. ¿Qué hay de nuevo en la Rizartrrosis? *Rev Esp Cirugía Osteoart.* Nº 261. Vol. 50. enero-marzo 2015.
4. Gillis J, Calder K, Williams J. Review of thumb carpometacarpal arthritis classification, treatment, and outcomes. *Can J Plast Surg.* 2014;19(4):134-138.
5. Vitalclinic. Rizartrrosis, Causas y Síntomas. [Internet]. (Consultado 30 enero 2023). Disponible en <https://vitalclinic.es/>.
6. Clínica Planas. Rizartrrosis. [Internet]. (Consultado 30 enero 2023). Disponible en: <https://www.clinicaplanas.com/unidad-de-la-mano/rizartrrosis>.
7. Frizziero A, Maffulli N, Masiero S, Frizziero L. Six-months pain relief and functional recovery after intra-articular injections with hyaluronic acid (mw 500-730 KDa) in trapeziometacarpal osteoarthritis. *Muscles Ligaments Tendons J* 2014; 4:256-61. DOI:10.11138/mltj/2014.4.2.256

8. Sillem H, Backman C, Miller W, Li L. Comparison of Two Carpometacarpal Stabilizing Splints for Individuals with Thumb Osteoarthritis. *J Hand Ther.* 2012; 24(3): 216-225. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2010.12.004>
9. Paricio, R. Programa de intervención de terapia ocupacional en pacientes mayores de 60 años con artrosis degenerativa de la mano. [Trabajo Fin de Grado en Internet] [Zaragoza] Universidad de Zaragoza. 2019. [Citado 15 Febrero 2023]. Recuperado a partir de: <https://zaguan.unizar.es/record/89121>
10. Batra S, Kanvinde R. Osteoarthritis of the thumb trapeziometacarpal joint. *Orthopaedics and Trauma* 2017; 21:135-44. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cuor.2007.02.006>
11. M.S. Shuler, S. Luri, T.E. Trumble. Basal joint arthritis of the thumb. *J Am Acad Orthop Surg*, 16. Medline. 2008, pp. 418-423. Disponible en <http://dx.doi.org/10.5435/00124635-200807000-00007>.
12. Fontana L, Neel S, Claise JM, Ughetto S, Catilina P. Osteoarthritis of the thumb carpometacarpal joint in women and occupational risk factors: A case-control study. *J Hand Surg Am.* 2007;32:459- 465. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhsa.2007.01.014>
13. Sociedad Española de Reumatología. Prevalencia de la artrosis sintomática en España. Estudio EPISER2016. Vol.17. Núm.8 pág. 461-470 (octubre 2021). DOI: 10.1016/j.reuma.2020.01.008
14. Loreto Carmona Ortells. Epidemiología de la artrosis. En: J. Monfort. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Madrid: Sociedad Española de Reumatología y Editorial Médica Panamericana; 2012. p.3-1
15. Reumatología Clínica. Prevalencia de la artrosis en España. Datos del año 2016. [Internet]. (Consultado el 28 Ene 2023). Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/>
16. Sociedad Española de Reumatología. Estudio EPISER: prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población española. Ed. Merck, Sharp and Dohme. 2016. DOI: 10.1016/j.reuma.2017.01.003.

17. Bernad, J. Tratamiento Quirúrgico de la Rizartrrosis. [Trabajo Fin de Grado en Internet] [Zaragoza] Universidad de Zaragoza. 2018. [Citado 12 Febrero 2023].

18. Zancolli E, Cozzi E. Articulación trapeziometacarpiana (anatomía y mecánica). Madrid: Panamericana; 2016. p. 493-509.

19. Amy L. Ladd, Joseph M. Messana, Aaron J. Berger, Arnold-Peter C. Weiss. Correlation of Clinical Disease Severtity to Radiographic Thumb Osteoarthritis Index. J Hand Surg Am 2015; 40:474-82. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhsa.2014.11.021>

20. Icatma. Artrosis del pulgar o Rizartrrosis. [Internet] (Consultado el 01 Feb 2023). Disponible en <https://www.icatma.es/>.

21. Eaton RG, Glickel SZ. Trapeziometacarpal osteoarthritis: staging as a rationale for treatment. Hand Clin 1987; 3:455-71. PMID: 3693416

22. Cook G, Lalonde D. Management of thumb carpometacarpal joint arthritis. Plast Reconstr Surg, 2018; 121: 1-9. <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000294708.70340.8c>

23. Regula Frouzakis, Daniel B. Herren, Miriam Marks. Evaluation of expectations and expectation fulfilment in patients treated for trapeziometacarpal osteoarthritis. J Hand SurgAm 2015; 40:483-90. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2014.10.066>

24. Martos GMS, Veltri KMS, Thoma AMD. Surgical treatment of osteoarthritis of the carpometacarpal joint of the thumb: a systematic review. Plast Reconstr Surg. 2004; 114:421-32. <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000131989.86319.b1>

25. Smeraglia F, Soldati A, Orabona G, Ivone A, Balato G, Pacelli M. Trapeziometacarpal arthrodesis: is bone union necessary for a good outcome? J Hand Surg Eur Vol 2015; 40:356-61. <https://doi.org/10.1177/1753193414564095>

26. García-Bernal Francisco-Javier. Tratamiento quirúrgico de la rizartrrosis: evaluación de resultados de distintas técnicas. Cir. plást. iberolatinoam. [Internet]. 2017 (consultado 24 Ene 2023). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0376-78922017000300012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922017000300012&lng=es).

27. Morrison, Rodolfo. La Terapia Ocupacional. Una interpretación desde Eleanor Clarke Slagle. Fides Et Ratio [online]. 2021, vol.21, n.21 (consultado 11 Ene 202), pp.103-126. Disponible en:

<[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2071-081X2021000100007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-081X2021000100007&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 2071-081X

28. World Federation of Occupational Therapists. About Occupational Therapy [Internet]. WFOT. 2019 (Consultado 11 Ene 2023). Disponible en: <https://www.wfot.org>

29. Olivares-Aising D. Justicia Ocupacional y desarrollo a escala humana: una propuesta de integración teórica. J Occup Ther [Internet]. 2018; 25(4): 27-38. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14427591.2018.1513781>

30. WFOT- World Federation of Occupational Therapy. Definición de la Terapia Ocupacional, 2012. Definición de la página oficial de internet disponible en <http://www.woft.org/>

31. Florack T, Miller RJ, Pellegrini VD, Burton RI, Dunn MG. The prevalence of carpal tunnel syndrome in patients with basal joint arthritis of the thumb. J Hand Surg Am. 2013;17(4):624-30. [https://doi.org/10.1016/0363-5023\(92\)90305-9](https://doi.org/10.1016/0363-5023(92)90305-9)

32. Richard MJ, Lunich JA, Correll GR. The use of the Artelon CMC Spacer for osteoarthritis of the basal joint of the thumb. J Hand Ther 2014; 27:122-5. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2013.12.001>

33 Hennig, T. y Mowinckel, P. Effect of home-based hand exercises in women with hand osteoarthritis: a randomised controlled trial. Ann Rheum Dis. 2015;74(8):1501-8.

34. Lax-Pérez R., Lajara Marco F., Picazo-Gabaldón, Sánchez-Baeza MC., García Gálvez A., Izquierdo Plazas L. Tratamiento de la rizartrrosis. Estudio retrospectivo. Revista Española de Cirugía Osteoarticular. Nº 261. Vol. 50. 2011; 39:47-53.

35. Martin-Ferrero M. Ten-year long-term results of total joint arthroplasties with ARPE. implant in the treatment of trapeziometacarpal osteoarthritis. J Hand Surg Eur Vol 2014; 39:826-32. <https://doi.org/10.1177/1753193413516244>

36. Wajon A, Carr E, Edmunds I, Ada L. Surgery for thumb (trapeziometacarpal joint) osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (4):CD004631. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004631.pub4>

37. Revista TOG. El análisis de la actividad en el proceso de valoración de la situación de dependencia. *Revista TOG (A Coruña)* 2020 Disponible en <http://www.revistatog.com/mono/num7/analisis.pdf>

38. Garcia-Elias M, Tandioy-Delgado FA. Modified technique for basilar thumb osteoarthritis. *J Hand Surg Am* 2014; 39(2):362-7. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2013.11.024>

39. Institute for Work & Health (2006). DASH. Disponible en: [https://dash.iwh.on.ca/sites/dash/public/translations/Scoring\\_DASH\\_Spanish\\_S\\_pain.pdf](https://dash.iwh.on.ca/sites/dash/public/translations/Scoring_DASH_Spanish_S_pain.pdf).

40. Díez Burón F, Marcos Vidal JM, Baticón Escudero PM, Montes Armenteros A, Bermejo López JC, Merino García M. Concordancia entre la escala verbal numérica y la escala visual analógica en el seguimiento del dolor agudo postoperatorio. *Rev Esp Anest Rean.* 2011; 58(5): 279-282. [https://doi.org/10.1016/S0034-9356\(11\)70062-7](https://doi.org/10.1016/S0034-9356(11)70062-7)

41. Parry JA, Kakar S. Dual Mini Tight Rope Suspensionplasty for Thumb Basilar Joint Arthritis: A Case Series. *J Hand Surg Am* 2015; 40:297-302. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2014.10.057>

42. Marks E, Toby EB. Commentary to “Conservative Treatment of Thumb Base Osteoarthritis: A Systematic Review”. *J Hand Surg Am.* 2015;40(1):22. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2014.08.046>

43. Hernández y Hernández. Metodología de la Investigación. México. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. 2010.

44. Consellería de Sanidade, Servicio Galego de Saúde. Redes de Comités de Ética de la Investigación. Axencia de Coñecemento e Sáude. Disponible en: <https://acis.sergas.es/>

45. Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (Consultado 02 Feb 2023) Disponible en <https://www.ine.es>. (Proyecciones de la Población).



46. López-Carriches C, Leco-Berrocal MI, Fernández-Tresguerres Hernández-Gil I, González Fernández-Tresguerres F, Torres García-Denche J. Rizartrosis de dedo pulgar en dentistas: Prevención y tratamiento. Av Odontoestomatol. 2022. <https://dx.doi.org/10.4321/s0213-12852022000100002>.

47. De Toscano, G. T. La entrevista semi-estructurada como técnica de investigación. Graciela Tonon (comp.), 2009. p.47. Argentina. Ediciones Universidad Nacional de la Matanza.

48. Vargas I. La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. Revista Calidad en la Educación Superior. Internet 2012; 3(1): 119-39 Disponible en: [dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3945773](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3945773)

49. Martínez, L. La observación y el diario de campo en la definición de un tema de investigación. Revista perfiles libertadores, 200. Disponible en: [www.ugel01.gob.pe](http://www.ugel01.gob.pe)

50. Flick, U. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid, España: Ediciones Morata. 2012.p233.

51. Mieles, M. Tonon, G y Alvarado, S. Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. Universidad del Magdalena, Santa Marta, Colombia. 2012. 95-225.

52. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE.

53. Casado y López B. El Convenio de Oviedo cumple veinte años. Propuestas para su modificación, Observatori de Bioètica i Dret, Universidad de Barcelona Barcelona, 2021, p.199.

54. Consejo General de Colegios de Terapeutas Ocupacionales. Código Deontológico de Terapia Ocupacional [Internet]. España; 2020 [consultado 11 enero 2023]. Disponible en: <https://consejoterapiaocupacional.org/elementor-1616/>

55. Rede Universidade da Coruña. Calculadora de contratos. [Internet] (consultado 25 Ene 2023) Disponible en <https://rede.udc.es/calculadoraContratos/CalcularContrato>.

### **3. Objetivos**

#### **3.1. Objetivo general**

Estudiar y conocer las vivencias de personas con rizartrrosis en relación con su desempeño ocupacional y calidad de vida.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- Conocer la percepción de las personas con rizartrrosis sobre su calidad de vida.
- Identificar los facilitadores y barreras en el desempeño ocupacional de los odontólogos que presentan rizartrrosis.
- Conocer las implicaciones que tiene la rizartrrosis en el desempeño del rol como odontólogo.

## 4. Metodología

### 4.1. Posición del investigador

Como alumno de 4º curso del grado en terapia ocupacional, con la ayuda y apoyo de mi directora de TFG, y debido a la curiosidad que tanto a nivel personal como de cara a un futuro profesional me suscita aprender y ampliar conocimientos respecto al tema sobre el que versa el presente proyecto de investigación. Esta inquietud por abordar más en profundidad el conocimiento del estudiante en esta cuestión es debido a que le parece interesante lo que desde la disciplina de terapia ocupacional se puede aportar en temas referidos a discapacidad física, como sucede en el caso de las personas con rizartrrosis. Además, la motivación del estudiante se ha reafirmado al haber realizado las prácticas de 4º curso con más de 350 horas, en el servicio de osteoarticular de terapia ocupacional de la unidad de rehabilitación del Hospital Marítimo de Oza. Allí, el estudiante pudo ver de primera mano, como los terapeutas ocupacionales, llevan a la práctica sus conocimientos para ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas con distintas condiciones de salud referidas a la mano, mejorando así su autonomía e independencia.

### 4.2. Tipo de Estudio

Tomando en cuenta que el objetivo del presente proyecto de investigación consiste en determinar el desempeño ocupacional y la calidad de vida en personas con rizartrrosis, se ha seleccionado hacer uso de la metodología cualitativa con enfoque fenomenológico.

El método de la investigación es la fenomenología, tiene como propósito mostrar la realidad del fenómeno desde las experiencias vividas y narradas por los sujetos con referencia su percepción respecto al fenómeno estudiado, ya que resulta un método que permite abordar las investigaciones que se relacionan como en este caso con una variable como lo es el desempeño ocupacional.

El método facilita observar, analizar y reflexionar percepciones, procesos cognitivos, pero sin considerar los aspectos teóricos o conceptuales del tema. Por lo tanto, este método pretende a través del análisis y la comprensión de los hechos, analizando el sujeto, el procedimiento que interviene en la elaboración del conocimiento. Es decir, la fenomenología permite estudiar la relación que hay

Exploración del desempeño ocupacional de odontólogos con rizartrrosis de A Coruña

entre los hechos (rizartrrosis) y el ámbito en que se hace presente esta realidad (desempeño ocupacional) (43).

#### 4.2. Período de Estudio

Este estudio se desarrollará durante el período de tiempo comprendido entre los meses de marzo 2023 a diciembre del 2023. Con una duración, por lo tanto, de diez meses. En primer lugar, se procede a la búsqueda bibliográfica para conocer los antecedentes y el estado actual del tema, la búsqueda se lleva a cabo durante todo el tiempo de realización del proyecto. A continuación, y previo al inicio de la investigación, se pedirá la autorización del CEIG del área Sanitaria de A Coruña y Ferrol, perteneciente al Servicio Galego de Saúde (SERGAS) (44).

Se realizará a través de los modelos de documentación que la entidad dispone para tal efecto. El siguiente paso en el proyecto, consiste en la entrada al campo, la cual se lleva a cabo para buscar entidades que sirvan como portero (en este caso será el Colegio oficial de odontólogos y estomatólogos de A Coruña), para encontrar a los participantes susceptibles de participar en la investigación, teniendo en cuenta que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. Además, se llevará a cabo el procedimiento de consentimiento informado, que consiste en dar hoja de información y consentimiento e informar de los inconvenientes que pueda tener la investigación. A continuación, se lleva a cabo la recogida de la información a través de las entrevistas (entrevista semiestructurada), para posteriormente proceder al análisis de los datos obtenidos. Por último, se debe elaborar un informe final y proceder a la difusión de los resultados a través de revistas, congresos..., en donde pueda resultar de interés el tema del proyecto.

#### 4.3. Ámbito y Muestra de Estudio

El estudio para realizar considera a los odontólogos y estomatólogos de la provincia de A Coruña, ello se debe a que es una patología asociada a este tipo de profesionales. Además, que por su ocupación la rizartrrosis representa un factor de riesgo. El ámbito del estudio, a través del cual se llevará a cabo el presente proyecto de investigación, será en el contexto geográfico de la provincia de A Coruña, tanto en áreas rurales como en ciudad.

Exploración del desempeño ocupacional de odontólogos con rizartrrosis de A Coruña

Según los datos obtenidos a través de la página web del colegio oficial de odontólogos y estomatólogos de A Coruña (icoec.es) <http://www.icoec.es/> , obran inscritos como miembros colegiados un total de 1040 personas.

También se ha consultado en el Instituto Nacional de Estadística (INE) los datos correspondientes a la población total de la provincia de A Coruña, así los últimos datos disponibles correspondientes al año 2021 dan un total de 1.120.134 personas de las cuales 537.004 son hombres y 583.130 son mujeres (45).

Si tomamos en cuenta estos datos, hay aproximadamente 1.077 personas por cada odontólogo/estomatólogo colegiado.

#### 4.4 Criterios de Inclusión y Exclusión

Para aquellos participantes del estudio que no dispongan de un diagnóstico previo de la enfermedad pero si muestren sintomatología compatible con ella, se les realizará un cribado o screening a través de la administración de una herramienta de evaluación como puede ser la Escala DASH, la cual está conformada por dos componentes: 30 preguntas que se puntúan del 1 al 5 y una sección específica referida al trabajo que es opcional, siendo importante su realización en este caso, que consta de 4 preguntas, puntuadas del 1 al 5. La puntuación total de la escala va de 0 a 100, siendo cero la ausencia de discapacidad y cien, discapacidad severa, por lo tanto, cuanto mayor puntuación, será mayor la afectación de la persona (46)

Para la evaluación del dolor, la Escala Eva, será la elegida para tal motivo, puntuando de cero a diez, la valoración será: leve, (menor de 3), moderado (entre 4 y 7) o severo, (mayor de 8) (46).

Tabla 2. Criterios de Inclusión y Exclusión

Inclusión	Exclusión
Odontólogos en activo de la provincia de A Coruña	Odontólogos de otra provincia
Odontólogos con más de 10 años de ejercicio profesional	Odontólogos con menos de 10 años de ejercicio profesional
Odontólogos con diagnóstico de rizartrrosis o sintomatología compatible	No diagnóstico ni síntomas compatibles con la rizartrrosis

#### 4.5 Selección de la muestra

Para realizar la selección de la muestra, se tomará en cuenta aquellos inscritos en el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos en A Coruña, los cuales conforman la muestra. A partir de esta información se seleccionará a los participantes, en este caso serían los odontólogos que acepten conformar parte de la unidad de análisis y cumplan con los criterios de inclusión señalados, por lo tanto se realizará un muestreo intencional y teórico.

#### 4.6 Entrada al campo y consentimiento informado

La entrada al campo se llevará a cabo a través del contacto que se debe realizar con el Colegio oficial de Odontólogos y Estomatólogos de A Coruña. Lo que se pretende lograr a través de esta institución, es obtener la ubicación y formas de comunicarse con las diferentes clínicas dentales de la provincia, esto permitirá a los investigadores del presente estudio tener acceso a los participantes, todo ello mediante un documento explicativo del proyecto, en donde se detalle el fin académico que tendrá la información suministrada y las garantías de confidencialidad que requiere un estudio de este tipo.

El presente proyecto constará de la realización de unas entrevistas semiestructuradas a los profesionales de odontología, las cuales serán grabadas para que el estudiante pueda reproducirlas las veces que considere necesario para el análisis de los datos. Para ello, las personas participantes en la investigación firmarán la autorización (incluida en el documento de consentimiento informado). Sólo tendrán acceso a las grabaciones el

Exploración del desempeño ocupacional de odontólogos con rizartrrosis de A Coruña

investigador y también la directora del proyecto para comprobar que no hay sesgos en la interpretación de los resultados.

#### 4.7 Técnicas de recogida de datos

Las técnicas de recolección de información son de carácter cualitativo, pensadas en especial para recolectar las mismas. La naturaleza descriptiva de estas técnicas e instrumentos se ajustarán a las intenciones del estudio. En este sentido, se seleccionó la entrevista semiestructurada, en donde se pretende conocer la situación de los profesionales de odontología en el ejercicio de sus actividades y cómo la rizartrrosis los afecta (apéndice 3), aplicada a los odontólogos en la provincia de A Coruña. La entrevista se realizará de forma individual a cada participante con una duración aproximada de una hora.

La entrevista semiestructurada es definida como *“un evento dialógico propiciador de encuentros entre subjetividades, que se conectan o vinculan a través de la palabra, permitiendo que afloren representaciones, recuerdos, emociones, racionalidades pertenecientes a la historia personal, a la memoria colectiva y a la realidad socio cultural de cada uno de los sujetos implicados”* (p.47).

La entrevista como estrategia de investigación es *“una conversación, es el arte de realizar preguntas y escuchar respuestas”* (p.48). A través de ella, se recopila la información necesaria y relevante sobre el tema a estudio, en este caso, la percepción del desempeño ocupacional de las personas con rizartrrosis, a través de los profesionales odontólogos de la provincia de A Coruña. Y ello, mediante el relato oral de la propia persona entrevistada. Cabe señalar la importancia de las condiciones en las que se lleva a cabo, así como la habilidad y experiencia por parte de quién la realiza, en este caso será un terapeuta ocupacional, el cual, tratará de obtener los resultados óptimos (48).

Es importante destacar que, en el enfoque cualitativo, se utilizan las entrevistas semiestructuradas, esto obedece a que se recomiendan para crear situaciones en la que los participantes del estudio puedan suministrar información relevante con respecto a la percepción que tienen. También los datos que se requieren para llevar a cabo la investigación. Por lo tanto, estas entrevistas muestran la *“expectativa de que es más probable que los sujetos entrevistados expresen sus*



*puntos de vista en una situación de entrevista diseñada de manera relativamente abierta que en una entrevista estandarizada o cuestionario" (p.47).*

Además, a lo largo de todo el proceso de realización de la investigación, el investigador contará con un cuaderno o diario de campo. En este cuaderno, se tomará nota de todo aquello que suceda en cualquiera de las fases del proyecto, describiendo cualquier cuestión que vaya surgiendo, cambios en el procedimiento inicialmente establecidos e incluso las incidencias si surgieran. Toda la información que se registre en el cuaderno de campo será revisada y utilizada si es necesario para el momento del análisis de los datos de la investigación.

El diario de campo *“debe permitirle al investigador un monitoreo permanente del proceso de observación. Puede ser especialmente útil [...] al investigador en él se toma nota de aspectos que considere importantes para organizar, analizar e interpretar la información que está recogiendo”* (p.49).

#### 4.8 Plan de análisis de los datos

Al analizar la información recolectada, es importante considerar los datos no-numéricos, esto permitirá comprender todas la opiniones, percepciones y experiencias. Estos son generados a través del método cualitativo, con el objetivo de obtener los datos relevantes de la investigación. Cabe mencionar, que el análisis representa un paso en la interpretación conceptual de los datos como un todo, por lo que se requiere del uso de estrategias analíticas (50).

Un aspecto muy importante para tener presente cuando se lleva a cabo una investigación cualitativa es la sistematización de los datos obtenidos. Esto es debido en parte, a que la información está relacionada con la percepción, sentimientos y apreciaciones de la persona de forma subjetiva, de la cual se recaba la información. El análisis temático, según los autores Braun y Clarke (51), consta de una serie de fases, seis, que ayudan a que el análisis de los datos se desarrolle bajo el rigor científico. Las citadas fases son: la fase 1, consiste en familiarizarse con los datos, la fase 2, generar categorías o códigos, la fase 3, buscar temas, la fase 4, revisar los datos, la fase 5, definir y denominar los temas y la fase 6, consistirá en producir un informe final. Además, el análisis temático, está indicado para analizar la información obtenida a través de herramientas

como puede ser la entrevista, siendo así, en este proyecto de investigación. Y, también concuerda su uso con el enfoque fenomenológico de la investigación, con el cual se trata de conocer perspectivas personales y experiencias de la vida de las personas dentro de un determinado contexto (51).

#### 4.9 Limitaciones del Estudio

Como limitaciones encontradas para llevar a cabo el presente estudio se encuentran la obtención de la muestra, la cual depende de la información suministrada por el Colegio oficial de Odontólogos de A Coruña y el contactar con aquellos que posean más de 10 años ejercicio de la profesión y tengan diagnóstico de rizartrrosis o sintomatología compatible con la enfermedad. Otra limitación puede ser el abandono de algún/a participante del estudio por diferentes motivos como puede ser el perder la confianza o la conexión entre la persona investigada y el investigador. Además de esto, existe poca bibliografía actualizada relacionada con el tema de la rizartrrosis.

#### 4.10 Aplicabilidad de los resultados

Considerando que el objetivo del presente proyecto consiste en del desempeño ocupacional y la calidad de vida en personas con rizartrrosis. Además de ello, se pretende conocer como la rizartrrosis, puede afectar el trabajo de los odontólogos, por lo que es importante manejar aspectos relacionados tanto con la prevención como los tratamientos.

Por otra parte, se espera que a través de la información que se obtenga de los odontólogos o estomatólogos seleccionados se pueda realizar un aporte significativo. En donde, se pueda evidenciar como los odontólogos por lo general se especializan en ortodoncia, endodoncia, entre otros, siendo estos los que mayores riesgos presentan de sufrir rizartrrosis. Esto se debe a que tienen que repetir los mismos movimientos y la sobrecarga es un factor de riesgo, al igual que sucede con otras profesiones como es el caso de los fisioterapeutas, costureras.

Desde la perspectiva científica, este proyecto proporcionará información relevante con respecto a la percepción del desempeño ocupacional de las personas con rizartrrosis y al trabajo que pueden realizan los terapeutas

ocupacionales con estas personas, el primero es el preventivo, el cual consiste en proporcionar la educación (en este caso) a los odontólogos en cuanto a las normas de protección articular (adaptación de la actividad y uso de productos de apoyo). También se encuentra el tratamiento ortésico; como el uso de férulas, realizadas por un terapeuta ocupacional de forma individual para cada persona, ya que no hay dos manos iguales.

#### 4.11 Plan de trabajo

La investigación se desarrollará a lo largo de diez meses, entre marzo de 2023 a diciembre de 2023. A continuación, se muestra un cronograma donde aparecen las fases de la investigación junto a la duración de estas. Sin embargo, este periodo se encuentra sujeto a poder ser modificado en el caso de ser necesario por los posibles inconvenientes que puedan surgir en el proceso de la investigación.

<b>Fases/ meses</b>	<b>1º</b>	<b>2º</b>	<b>3º</b>	<b>4º</b>	<b>5º</b>	<b>6º</b>	<b>7º</b>	<b>8º</b>	<b>9º</b>	<b>10º</b>
Búsqueda bibliográfica										
Solicitud comité de ética										
Acceso al campo										
Trabajo de campo										
Análisis de los datos										
Elaborar informe final										
Difusión de los resultados										

#### 4.12 Aspectos Éticos de la Investigación

Para desarrollar el presente proyecto, es importante cumplir con algunos aspectos y consideraciones éticas como son: la Ley de Protección de Datos, El Convenio de Oviedo y el Código deontológico de Terapia Ocupacional de España, los cuales se mencionan a continuación.

##### Ley de Protección de Datos

La Ley de Protección de Datos, Ley orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal y garantía de los derechos digitales (52).

##### Convenio de Oviedo

El Convenio de Oviedo, es conocido también como el Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina. Su objetivo es servir de fundamento ético y de impedir el abuso del desarrollo tecnológico en lo que concierne a la biomedicina y proteger la dignidad y los derechos humanos. Por lo que establece que se debe proteger la dignidad del ser humano y su identidad, también garantizar a toda persona, sin discriminación sus libertades y derechos en cuanto a las aplicaciones de la biología y la medicina (53).

##### Código Deontológico de Terapia Ocupacional de España

Las prácticas por realizar en el desarrollo del presente proyecto se enmarcan en el Código Deontológico de Terapia Ocupacional de España. Este fue desarrollado por el Consejo General de Colegios de Terapeutas Ocupacionales, con el propósito de establecer todo lo referido a los aspectos éticos que deben los terapeutas ocupacionales.

Este código pretende reafirmar el compromiso que tienen los terapeutas ocupacionales en el desempeño de la profesión, ello comprende los conocimientos científicos y técnicos, pero además de ello rige la conducta de los terapeutas ocupacionales en España (54).

#### 4.13 Difusión de los resultados

Tras llevar a cabo la investigación, se procederá a la difusión de los resultados obtenidos a través de distintas revistas y congresos o jornadas, tanto a nivel nacional como internacional, en la medida de lo posible.

Esperando así, que esta investigación pueda contribuir a la evidencia científica de la disciplina de terapia ocupacional y también a otras afines.

Revistas nacionales:

- Revista de Terapia Ocupacional de Galicia (Revista TOG): es una revista cuya frecuencia de publicación es semestral, es de acceso libre y gratuita. Su propósito es divulgar información relevante de investigaciones y la difusión de la terapia ocupacional. Sin factor de impacto. Cuenta con acceso Open Access.
- Revista Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO): es una revista nacional publicada por la Asociación profesional de terapeutas ocupacionales. Su publicación se realiza de forma anual. Se especializa en la publicación de artículos y estudios de la profesión (investigación, programas y metodología, eventos, noticias, aspectos jurídicos). Sin factor de impacto. Acceso Open Access.

Revistas internacionales:

- American Journal of Occupational Therapy (AJOT): es una revista que sirve como marco de referencia en cuanto a las revistas internacionales para los profesionales de la terapia ocupacional. Cuenta con factor de impacto (Q1) y opción de acceso Open Access.

Congresos:

- Congreso SECMA: la Sociedad Española de Cirugía de la Mano (SECMA), realiza congresos anuales, para el 2023 está previsto su celebración en Granada, la difusión de los resultados del estudio, se llevaría a cabo para la edición del año 2024, que todavía no tiene fijada su fecha exacta ni lugar de celebración. Aunque no se trata de un congreso específico de terapia ocupacional, podría resultar de interés la

exposición del estudio ya que aborda un tema relacionado con una patología que afecta a la mano, como es la rizartrrosis.

- Congreso Internacional de Terapia Ocupacional de la Universidad Miguel Hernández (CITO). Este congreso se celebra en Elche (España), para este año 2023 se celebrará la VII edición, prevista para la primera quincena del mes de mayo. Por lo tanto, la publicación de este proyecto de investigación se prevé para la edición VIII del año 2024.
- 1º Occupational Therapy European Congress.: será el primer congreso europeo de terapia ocupacional coorganizado por la Asociación Polaca de Terapia Ocupacional y la (ENOTHE), (COTEC) y (ROTOS). La ciudad donde se realizará es Cracovia en Polonia en el año 2024.
- ENOTHE 28 Annual Meeting. Es un encuentro, programado por la Red Europea de Terapia Ocupacional en Educación Superior. Se trata de la 28 reunión anual a celebrar en Leiria/Portugal en la escuela Politécnica de Leiria de Ciencias de la Salud. Previsto para el año 2025.

También se plantea su difusión a través de la Sociedad Científica de Terapia Ocupacional (SOCINTO), que fue creada en el año 2015 para impulsar la creación científica desde la disciplina de terapia ocupacional. Formada por las universidades que imparten la titulación y las asociaciones y colegios profesionales de terapia ocupacional. Siendo en la actualidad la presidenta de la Junta Directiva la Decana de la Facultade de Ciencias da Saúde de la UDC, Dña. Adriana Ávila.

#### 4.14 Presupuesto

Tabla 1: Recursos necesarios

Material	Recursos necesarios	Precio (€)	Total
Recursos humanos	Técnico de investigación de apoyo a media jornada	1371,96€	13.719,60 €*
Materiales	Ordenador portátil Impresora	500€ 100€	600€
Fungibles	Material de oficina, folios, bolígrafos, tóner/tinta impresora	200€	200€

Exploración del desempeño ocupacional de odontólogos con rizartrosis de A Coruña

Desplazamientos	Vehículo propio	500€	500€
Gastos difusión resultados	Inscripción congresos, tasas publicación revistas	3000€	3000€
TOTAL			12700€
* <a href="https://rede.udc.es/calculadoraContratos/CalcularContrato">https://rede.udc.es/calculadoraContratos/CalcularContrato</a> (55)			

#### 4.15. Posibles fuentes de financiación

Las fuentes de financiación pueden ser públicas o privadas. En el caso de las públicas es posible contar con el Servicio de acción social, cultural y deportes de la Diputación de A Coruña, la cual oferta becas anuales de investigación en el ámbito de la salud por un total de 8.000€ cada una. En el momento de la realización del presente proyecto, no está todavía publicada la oferta para el año 2023.

Entre las fuentes de financiación privada, figuran la Fundación Santander, la cual ofrece financiación para 20 proyectos por convocatoria por un importe máximo de 5.000€ a través de una iniciativa denominada “Ayuda, discapacidad, salud y envejecimiento”. La oferta para el año 2023, todavía no está publicada.

La Fundación Mapfre, a través de sus Ayudas a la Investigación Ignacio H. de Larramendi, que, por tratarse de un proyecto de salud, la misma ofrece financiación por un máximo de 30.000€.

El Colegio profesional de Terapeutas Ocupacionales de Extremadura (COPOEX), ofrece ayudas a la investigación para promover, divulgar y potenciar la Terapia Ocupacional por un importe de 1.800€.

El Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Galicia, convoca becas para la investigación. Para el año 2023, se espera la publicación de la convocatoria para la III Beca investigación COTOGA. Tanto la edición I como la II correspondientes a los años 2021 y 2022 respectivamente, estuvieron dotadas de 1500€ brutos para el estudio de investigación premiado.

Por último, se cuenta con la financiación propia, la cual va a depender en su totalidad del investigador.



## 5. Agradecimientos

Me gustaría agradecer en primer lugar a mi tutora de TFG, Carmen, por su apoyo, dedicación y ayuda en la elaboración del trabajo. Después de alguna que otra versión, finalmente me ha guiado para lograr la definitiva con la que poder concluir este largo periodo de formación universitaria. Muchas gracias por ser la guía necesaria y por todo el ánimo que me ha dado en los momentos de frustración. ¡Gracias!

También quisiera darle las gracias a mi familia, en especial, Rebe, mi compañera de vida y la persona que siempre ha estado ahí cuando la necesité, sin su ayuda nunca podría haber cumplido el sueño de graduarme en la universidad.

No quiero dejar pasar este momento, para recordar a aquellos que ya no están, pero estoy seguro de que se alegrarían por mí, siempre los tengo presentes y en especial en estos momentos.

A todo el profesorado y por supuesto a todos los compañeros y compañeras con los que pude compartir la formación, siempre han hecho que me sintiera uno más.

## 6. Apéndices

### Apéndice 1: Hoja de información al participante

**Título del estudio:** Exploración del desempeño ocupacional de odontólogos con rizartrrosis de A Coruña.

**Investigador:** José Freijeiro Nieto, estudiante de 4º del grado en terapia ocupacional de la UDC.

**Centro:** Universidade da Coruña

La tutora que dirige el trabajo fin de grado es María del Carmen Miranda Duro, terapeuta ocupacional y docente de la Facultade de Ciencias da Saúde (UDC).

Este documento tiene el objetivo de ofrecerle información sobre un proyecto de investigación en el que se le invita a colaborar.

Si decide participar, debe leer antes este documento y posteriormente recibir a información personalizada por parte del investigador. Puede usar el documento para consultar con otras personas y dedicar el tiempo necesario para tomar la decisión de si quiere participar o no.

La participación en el estudio es totalmente voluntaria. En cualquier momento puede decidir dejar el estudio retirando el consentimiento sin tener que dar explicaciones.

#### **¿Cuál es la finalidad del estudio?**

El propósito de este estudio es conocer la percepción del desempeño ocupacional en las personas con rizartrrosis a través de los profesionales de la odontología, tanto a nivel personal en su desempeño diario, así como a nivel laboral.

#### **¿Por qué me ofrecen participar a mí?**

Es invitado a participar en el estudio ya que cumple con los criterios de inclusión establecidos en el proyecto de investigación, ser odontólogo en la provincia de A Coruña, con más de 10 años de ejercicio profesional y tener diagnóstico de rizartrrosis o sintomatología compatible con la enfermedad.

### **¿En qué consiste mi participación?**

Si decide participar en el estudio, tendrá varias reuniones con el investigador, una de ellas (la primera), para ofrecerle toda la información y resolver sus dudas con respecto al estudio. La duración de esta primera reunión será de unos 30 minutos aproximadamente. La siguiente reunión será para realizarle una entrevista a través de la cual se tratará de conocer cuál es su percepción del desempeño ocupacional en las ocupaciones diarias y también en su actividad profesional, buscaremos conocer las posibles dificultades que presenta debido a la enfermedad. La duración de la entrevista será de unos 30 minutos a 1 hora aproximadamente.

Al ser participante no solo es sujeto de investigación, sino que, pasa a ser miembro de un equipo (un miembro más del equipo de investigación).

### **¿Obtendré algún beneficio por participar?**

No obtendrá ningún beneficio directo por participar en el estudio. La información recogida en esta investigación puede ser de utilidad para otras personas.

### **¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?**

Si, recibirá los resultados del estudio, ya que al ser sujeto de investigación, es también miembro del equipo. Pero, si no desea recibirlos, tendrá la oportunidad de especificarlo en el documento de consentimiento informado.

### **¿Se publicarán los resultados de este estudio?**

Los resultados de la investigación serán enviados a publicaciones científicas, congresos o jornadas para su difusión, pero en ningún caso se aportará o dará a conocer la identificación de los participantes (nombres ni datos personales).

### **Información referente a sus datos**

Solo el investigador y la tutora del trabajo tendrán acceso a los datos obtenidos de la investigación, además los datos serán conservados hasta el final del estudio, pero una vez termine, los datos serán eliminados o en cualquier caso guardados anónimos para su uso en otras investigaciones futuras.

Exploración del desempeño ocupacional de odontólogos con rizartrrosis de A Coruña

Además, se protegerá la confidencialidad de los datos, acorde a lo recogido en la Ley Orgánica 03/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

**¿Existen intereses económicos en el estudio?**

No, ninguna de las personas implicadas en la investigación tendrá remuneración a tal efecto por su dedicación. Se trata de un trabajo académico (TFG).

**¿Cómo puede contactar con el equipo investigador?**

Podrá ponerse en contacto con el investigador José Freijeiro Nieto a través de la dirección de correo electrónico [xxxxxxxxxxxxx@udc.es](mailto:xxxxxxxxxxxxx@udc.es)

**Muchas gracias por su colaboración.**

Apéndice 2: Consentimiento informado para la participación en la investigación

Título del estudio: Exploración del desempeño ocupacional de odontólogos con rizartrrosis de A Coruña.

YO: .....

- Leí la hoja que se me entregó de información al participante, además el investigador me la ha explicado y he podido realizar todas preguntas que consideré necesarias.
- Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo abandonar el estudio en cualquier momento, cuando quiera, sin tener que dar explicaciones.
- Accedo al uso de mis datos en las condiciones que se detallan en la hoja de información al participante.
- Expreso libremente mi conformidad para participar en el estudio.
- Me gustaría recibir los resultados obtenidos del estudio.
- Acepto que se grabe la entrevista que me van a realizar

Una vez terminado el estudio, acepto que mis datos sean:

- Eliminados.
- Conservados de forma anónima para su uso en futuros estudios.

Fdo.: El/la participante

Fdo.: El investigador que solicita el  
Consentimiento.

Nombre y Apellidos

Nombre y Apellidos

Fecha:

Fecha:

### Apéndice 3: Guion de entrevista

Antes de comenzar con la entrevista, me gustaría comentarle que, si en algún momento necesita parar o incluso decide aplazarla para otro día, lo podemos hacer sin problema. De igual forma, si no quiere responder a alguna de las preguntas, no tiene por qué hacerlo, pasaremos a la siguiente. Comenzamos entonces y de antemano muchas gracias por su colaboración.

Código:

Nombre:

Apellidos:

Fecha de nacimiento

Situación del profesional:

- Autónomo
- Asalariado /empleado
- Jubilado

2. ¿Cuáles son los principales síntomas que le provoca a usted la rizartrrosis? ¿cómo fue el proceso de diagnóstico?

3. Me podría decir en qué actividades de su día a día le afecta más la enfermedad, es decir, aquellas en las que encuentra alguna limitación para su realización. (Ejemplo: para realizar el peinado, cepillar los dientes, hacer la cama...)

4. La rizartrrosis, ¿le afecta en alguna actividad relativa a su ocio y tiempo libre?, Cuénteme como le afecta.

5. ¿Cómo ha sido su trayectoria profesional antes de ejercer como odontólogo/a?, ¿ha tenido alguna otra ocupación profesional que haya podido influir en el desarrollo de la rizartrrosis? Cuénteme un poco como ha sido su experiencia laboral profesional.

6. Me podría contar si le afecta a nivel laboral, y de ser así, ¿qué tareas son las que siente que realiza con mayor limitación o dificultad y si por ello siente que

Exploración del desempeño ocupacional de odontólogos con rizartrrosis de A Coruña

tiene que dejar de hacer algunas técnicas y que eso impide su crecimiento y desarrollo como profesional?

7. En su día a día toma alguna medida para reducir el dolor? (hace uso de algún producto de apoyo, o modificó la forma de usar la mano)

8. ¿Usa alguna férula para el reposo nocturno? De ser así, ¿Es una férula prefabricada o una hecha a medida realizada por un terapeuta ocupacional? Haga una pequeña descripción de la férula y su uso.

9. ¿Cómo ha influido en cuanto a la sintomatología de la enfermedad desde que usa la férula? ¿Ha notado cambios positivos o negativos? Cuente un poco en detalle.

10. Podría intentar hacer una pequeña reflexión sobre cómo se siente cuando tiene que dejar de hacer actividades que para usted son importantes.

11. Para finalizar, ¿conoce la terapia ocupacional o ha asistido alguna vez a un terapeuta ocupacional por este motivo o cualquier otro?

#### Apéndice 4: Listado de abreviaturas

CU: cúbito.

DASH: Disabilities or the Arm Shoulder and Hand

E: escafoides

EVA: Escala Visual Analógica

GAN: ganchoso

GR: grande

IFD: interfalángica distal

IFD: interfalángica proximal

MC: metacarpo

MC1: primer metacarpiano

RA: radio

SEM: semilunar

T: trapecio

ThOA: Índice Radiológico de Artrosis del Pulgar

TMC: trapeciometacarpiana

TO: terapia ocupacional

TPZ: trapezoide

PIR: piramidal

PIS: pisiforme

WFOT: World Federation of Occupational Therapy