

# Explorando las actividades diarias y la participación social: un estudio en personas con una condición de salud del aparato locomotor

Daniel Ramos Veiguela<sup>a</sup>, Adriana Ávila Álvarez<sup>a</sup>, Rafael Arriaza Loureda<sup>b</sup>,  
Mírian Vizcaíno Cela<sup>a</sup>, Iván De Rosende Celeiro<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Ciencias de la Salud, Facultad Ciencias de la Salud, Universidade da Coruña,  
A Coruña, España.

<sup>b</sup>Universidade da Coruña, A Coruña, España.

**Resumen:** Introducción: Las enfermedades/lesiones del aparato locomotor son un problema de salud frecuente, producen discapacidad y disminuyen la calidad de vida. Objetivo: El objetivo principal consistió en evaluar cómo influyen las condiciones de salud del aparato locomotor sobre el desempeño de las actividades diarias. Método: Estudio descriptivo transversal, realizado con una muestra de 24 personas adultas operadas recientemente por una lesión/enfermedad del aparato locomotor, en una clínica de traumatología/ortopedia de A Coruña (España). Se utilizó un cuestionario de evaluación basado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. Resultados: Las actividades que realizaban con dificultad durante la lesión/enfermedad, con una frecuencia mayor, fueron las laborales o educativas (85,6%), seguidas por las transferencias, el cuidado del hogar y el ocio/tiempo libre (75%, cada una). En relación a los factores ambientales facilitadores, fue más frecuente la ayuda personal (presente en el 71,4% de las actividades estudiadas) que los productos de apoyo (utilizados en el 35,7% de actividades). Sólo encontraban barreras en el desempeño de la ducha/baño (8,3%), de tipo arquitectónico. Las lesiones/enfermedades en extremidad superior se asociaron significativamente con percibir dificultad en el vestido superior ( $p<0,001$ ), alimentación ( $p<0,001$ ), arreglo personal ( $p=0,001$ ), preparar la comida ( $p=0,001$ ) y usar dispositivos/técnicas de comunicación ( $p=0,037$ ); las localizadas en extremidad inferior se relacionaron con la dificultad para la vida social/comunitaria/cívica ( $p=0,039$ ). Conclusión: Las condiciones de salud del aparato locomotor comprometen seriamente el desempeño diario y la participación, por lo que es necesario desarrollar actuaciones de terapia ocupacional para promover la autonomía y calidad de vida.

**Palabras Clave:** *Actividades Cotidianas, Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud, Enfermedades Musculoesqueléticas.*

## Explorando atividades diárias e a participação social: um estudo com pessoas com problemas do sistema locomotor

**Resumo:** Introdução: Doenças/lesões do sistema musculoesquelético são um problema de saúde frequente, pois produzem deficiência e diminuem a qualidade de vida. Objetivo: Avaliar como as condições de saúde do sistema locomotor influenciam o desempenho das atividades diárias. Método: Estudo descritivo transversal, realizado com 24 adultos recentemente operados por uma lesão/doença do sistema locomotor, em uma clínica de traumatologia/ortopedia em A Coruña (Espanha). Foi utilizado um questionário de avaliação com base na Classificação Internacional de Funcionamento, Deficiência e Saúde. Resultados: As atividades realizadas com dificuldade durante a lesão/doença, com maior frequência, foram trabalho ou educação (85,6%), seguidas de transferências, cuidados domiciliares e lazer/tempo livre (75% cada). Quanto aos fatores ambientais facilitadores, a assistência pessoal foi mais frequente

Autor para la correspondencia: Daniel Ramos Veiguela, Universidade da Coruña, c/ Falperra 8 6º Izda, 15005, A Coruña, España, e-mail: danielramosveiguela@gmail.com

Recibido Feb. 23, 2018; Revisión Mayo 7, 2018; Aceptado Jun. 9, 2018.



Este es un artículo publicado en acceso abierto (Open Access) bajo la licencia Creative Commons Attribution, que permite su uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones siempre que el trabajo original sea debidamente citado.

(presente em 71,4% das atividades estudadas) do que os produtos de suporte (utilizados em 35,7% das atividades). Os indivíduos com deficiência apenas encontraram barreiras no desempenho do chuveiro/banheiro (8,3%), de tipo arquitetônico. As lesões/doenças na extremidade superior foram significativamente associadas à dificuldade percebida no vestuário superior ( $p < 0,001$ ), alimentação ( $p < 0,001$ ), higiene pessoal ( $p = 0,001$ ), preparação de alimentos ( $p = 0,001$ ) e uso de dispositivos/técnicas de comunicação ( $p = 0,037$ ); aqueles localizados na extremidade inferior estavam relacionados à dificuldade de vida social/comunidade/cívica ( $p = 0,039$ ). Conclusão: As condições de saúde locomotora comprometem seriamente o desempenho e a participação diária, pelo que é necessário desenvolver atividades de terapia ocupacional para promover a autonomia e a qualidade de vida.

**Palavras-chave:** *Atividades Cotidianas, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Doenças Musculoesqueléticas.*

## Exploring daily activities and social participation: a study in people with a health condition of the locomotor apparatus

**Abstract:** Introduction: Diseases/injuries of the musculoskeletal system are a frequent health problem, produce disability and diminish quality of life. Objective: The main objective was to evaluate how the health conditions of the locomotor system influence the performance of daily activities. Method: Cross-sectional descriptive study, carried out with a sample of 24 adults recently operated for an injury/disease of the locomotor system, in a traumatology/orthopedics clinic in A Coruña (Spain). An evaluation questionnaire based on the International Classification of Functioning, Disability and Health was used. Results: The activities performed with difficulty during the injury/illness with a higher frequency were work or education (85.6%), followed by transfers, domestic tasks and leisure/free time (75%, each). Regarding the facilitating environmental factors, personal assistance was more frequent (present in 71.4% of the activities studied) than the assistive products (used in 35.7% of activities). They only found barriers in the performance of the bathing/showering activity (8.3%), of architectural type. Injuries/diseases in the upper extremity were significantly associated with perceived difficulty in upper dressing ( $p < 0.001$ ), feeding ( $p < 0.001$ ), grooming ( $p = 0.001$ ), preparing food ( $p = 0.001$ ) and using devices/communication techniques ( $p = 0.037$ ); those located in the lower extremity were related to the difficulty for social/community/civic life ( $p = 0.039$ ). Conclusion: Locomotor health conditions seriously compromise daily performance and participation, so it is necessary to develop occupational therapy interventions to promote autonomy and quality of life.

**Keywords:** *Activities of Daily Living, International Classification of Functioning, Disability and Health, Musculoskeletal Diseases.*

## 1 Introducción

En la vida diaria, el ser humano desempeña sus ocupaciones en una interacción continua con el entorno; por ello, diversos elementos del contexto influyen sobre la salud, el bienestar y la calidad de vida. Dentro de los factores relacionados con el entorno físico, se encuentran agentes como el calor o fuerzas mecánicas que, en ocasiones, pueden afectar a diversas estructuras y funciones corporales ocasionando, por ejemplo, lesiones y/o enfermedades en el aparato locomotor (FORTUNE; PAULOS; LIENDO, 2005), siendo especialmente comunes en la población y con repercusiones variadas a nivel personal, laboral y familiar. El impacto social y económico que conllevan las condiciones de salud del aparato locomotor sitúa a este grupo de enfermedades como un problema de salud de

primera dimensión en diversos países del contexto internacional (MADRID, 2013).

Con frecuencia, las enfermedades del aparato locomotor tienden a la cronicidad, por lo que su duración se prolonga durante una amplia proporción del ciclo vital; además, causan situaciones de discapacidad, disminuyendo la productividad laboral y la calidad de vida. Estas condiciones de salud suponen una inversión económica relevante y aumentan el gasto en los recursos del sistema sanitario (MADRID, 2013). Por otra parte, debido al aumento de la esperanza de vida en diversas naciones y a una mayor presencia de estrategias dirigidas al fomento de estilos de vida saludables, se estima que estas lesiones y enfermedades irán en aumento en las próximas décadas en países como España (MADRID, 2013).

Diversos documentos técnicos muestran la elevada prevalencia de estas condiciones de salud. Por ejemplo, según la Comisión Europea (EUROPEAN..., 2007), las enfermedades y/o lesiones del aparato locomotor son uno de los motivos principales por los que enferma la población en el continente europeo; en concreto, el 22% padece o ha padecido alguna enfermedad musculoesquelética crónica y, con respecto a la población europea que es tratada por una afección crónica, el 32% de los casos se deben a este tipo de enfermedades y lesiones. Más de 100 millones de ciudadanos europeos sufren algún tipo de dolor crónico musculoesquelético, alcanzando al 27% de la población española (BEVAN et al., 2009). En la población española mayor de 20 años, el 23% afirma haber sido diagnosticado/a de alguna enfermedad del aparato locomotor (CARMONA et al., 2001). La prevalencia de estas enfermedades y/o lesiones varía dependiendo del sexo y la edad. En coherencia con lo anterior, el *Informe Mujer y Salud* (MADRID, 2008) destaca que las mujeres españolas tienen 1,5 veces más probabilidades de encontrar limitaciones para desempeñar una actividad a causa de estas lesiones y enfermedades, en comparación a los hombres.

Este grupo de condiciones de salud afectan a la salud y la calidad de vida, conceptos relacionados entre sí, debido a factores como la presencia de dolor o las limitaciones en el bienestar emocional o en la capacidad funcional de la persona (BERNAD-PINEDA; DE LAS HERAS-SOTOS; GARCÉS-PUENTES, 2014; GEUSKENS et al., 2008). Esta situación puede influir en el entorno familiar y social de los ciudadanos, debido a la posible aparición, de una forma progresiva, de una situación de dependencia, con la consiguiente carga física y afectiva que soporta la persona que asume el rol de cuidador (LÁZARO et al., 2009).

Los terapeutas ocupacionales forman parte del equipo interdisciplinar dirigido a la prevención y a la intervención sobre las necesidades ocupacionales de las personas que padecen enfermedades musculoesqueléticas. Las actividades que la persona desempeña en su vida diaria, conocidas como ocupaciones, son un aspecto clave en la experiencia humana (WILCOCK, 1993) y un elemento central en la intervención de la terapia ocupacional (TO). Las ocupaciones son aquellas actividades en las que se implican las personas de forma cotidiana en su contexto de vida, influenciadas por la cultura, con una organización y un propósito específico, y cuyo desempeño aporta un valor y un significado para cada individuo (AMERICAN..., 2014; TOWNSEND, 1997). Este concepto incluye actividades como las de autocuidado, las domésticas, laborales, de

ocio, el juego, el descanso y la participación social (AMERICAN..., 2014). A través de la participación en ocupaciones en la vida diaria, el ser humano cumple con sus necesidades básicas de supervivencia, explora y desarrolla habilidades, logra su adaptación a un entorno cambiante y desarrolla aficiones e intereses que le permiten realizarse como persona (WILCOCK, 1993). Por ello, los fundamentos filosóficos de la profesión destacan que el ser humano es un ser ocupacional y reivindican los beneficios que aporta el desempeño de ocupaciones para la salud y el bienestar (MEYER, 1977; WILCOCK, 1998; YERXA, 1998). Al considerar que la ocupación influye sobre la salud y la calidad de vida, la TO tiene como objetivo principal promover y facilitar la participación en las ocupaciones significativas para cada persona (AMERICAN..., 2014; OSPINA, 2015; SANZ; LIZAURO; SEBASTIÁ, 2004). Este profesional trabaja en estrecha colaboración con la persona, dentro del entorno propio y de referencia del cada individuo, para favorecer el desarrollo de un estilo de vida saludable caracterizado por el logro de un equilibrio satisfactorio entre las diversas áreas de ocupación del ser humano (HAMMOND, 2004).

El modelo biopsicosocial de la Organización Mundial de la Salud (OMS), descrito en la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud* (ORGANIZACIÓN..., 2001), es uno de los referentes actuales de la práctica profesional de los terapeutas ocupacionales. Este modelo establece la existencia de una interacción dinámica y bidireccional entre la persona, con una condición de salud, y el contexto en el que vive, caracterizado por la presencia de diversos factores que pueden actuar como barreras o facilitadores para el funcionamiento. La CIF clasifica los “componentes de salud” en dos grandes grupos: (a) estructuras y funciones corporales, y (b) actividades y participación. Dentro del componente “Actividades y participación”, objeto de análisis del presente estudio, se incluyen diferentes áreas vitales relacionadas con el funcionamiento humano: la comunicación, la movilidad, el autocuidado y la vida doméstica, las interacciones personales y la vida comunitaria, cívica y social, entre otras. Con respecto a estas áreas vitales, el concepto de *desempeño* describe lo que cada individuo hace en su contexto de vida. Por otra parte, funcionamiento es un término genérico que engloba los aspectos positivos de la interacción persona/contexto, en relación a los componentes de estructuras y funciones corporales, actividades y participación. En contraposición a este término, la discapacidad incluye los aspectos negativos o problemas en esta interacción, abarcando las deficiencias (“pérdidas/desviaciones” en estructuras/funciones

corporales), las limitaciones en la actividad (“dificultades en el desempeño” de tareas/acciones) y las restricciones en la participación (“problemas para involucrarse en situaciones vitales”). Las características del contexto físico, social y actitudinal, agrupadas en los factores ambientales, influyen sobre el desempeño a través de un efecto *facilitador*, cuando facilitan el funcionamiento y reducen la discapacidad, o actuando como *barrera*, cuando producen una discapacidad. Todos los componentes anteriores se evalúan mediante una escala genérica cuantitativa, entre 0 (no hay problema) y 4 (problema completo). Estudios como el realizado por Bagraith y Strong (2013) han argumentado la utilidad del uso de la CIF en los procedimientos de evaluación dirigidos a las personas con enfermedades o lesiones del aparato locomotor, facilitando además la comunicación entre las diversas profesiones. Stamm et al. (2004) concluyeron la importancia que tiene la CIF para la práctica de la TO en las personas con estas condiciones de salud, al centrarse en las dificultades que encuentra el individuo en la vida diaria para desempeñar sus ocupaciones, área primordial de interés en la valoración del terapeuta ocupacional.

Diversos estudios muestran la existencia de una fuerte relación conceptual entre el modelo del funcionamiento y discapacidad de la OMS descrito en la CIF, los modelos teóricos propios de la TO y el dominio profesional de los terapeutas ocupacionales (HAGLUND; HENRIKSSON, 2003; STAMM et al., 2006; FARRELL et al., 2007; STAMM et al., 2004; KJELLBERG; BOLIC; HAGLUND, 2012). Modelos teóricos desarrollados dentro del ámbito de conocimiento específico de la TO como el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional (CANADIAN..., 1991; LAW et al., 1998; TOWNSEND, 1997) o el Modelo de la Ocupación Humana (KIELHOFNER, 1995, 2002) concuerdan con los postulados de la CIF al destacar la existencia de una relación directa entre la participación en ocupaciones y la salud y bienestar. Asimismo, de forma consistente con el modelo biopsicosocial de la CIF, estos modelos de TO subrayan la importancia de analizar la interacción persona-entorno, al considerar que el contexto es un elemento fundamental en la vida diaria, con una influencia significativa sobre las áreas de ocupación, facilitando el equilibrio ocupacional, o bien actuando como una barrera para el desempeño diario. Kielhofner (1995) destacó que el ser humano es un ser holístico, conformado por un conjunto individualizado de roles, hábitos y motivaciones, en una interacción dinámica y continua con el entorno. Según los principios del Modelo Canadiense del Desempeño

Ocupacional (CANADIAN..., 1991; LAW et al., 1998; TOWNSEND, 1997), los terapeutas ocupacionales especializan su práctica profesional en maximizar el ajuste persona-entorno-ocupación, es decir, promover el mayor equilibrio entre las habilidades e intereses de la persona, las características de sus entornos y las ocupaciones que dan significado a su vida cotidiana.

En las personas con una condición de salud relacionada con el aparato locomotor, la intervención de TO proporciona actividades, técnicas y espacios terapéuticos para el entrenamiento y el asesoramiento individualizados, dirigidos a favorecer el desempeño óptimo de ocupaciones diarias significativas como el autocuidado, el trabajo y el ocio/tiempo libre, en el contexto domiciliario y comunitario de cada persona y con el mayor grado de autonomía posible (COLAIANNI; PROVIDENT, 2010; VON DER HEYDE, 2011). Acciones de educación sobre la protección e higiene articular en la vida diaria, las técnicas de conservación de la energía, la confección de férulas y órtesis, el entrenamiento en habilidades de autocuidado y productividad o la recomendación de tecnología de apoyo y modificaciones del entorno, son ejemplos de los métodos de intervención que emplean los terapeutas ocupacionales en la población de personas con enfermedades o lesiones en el aparato locomotor (CASE-SMITH, 2003; HAGSTEN; SVENSSON; GARDULF, 2006; STEULTJENS et al., 2002; SPADARO et al., 2008).

El primer paso en las intervenciones basadas en la ocupación humana consiste en identificar el perfil de necesidades ocupacionales de cada individuo. Por ello, conocer qué dificultades encuentran las personas con enfermedades del aparato locomotor en su vida diaria es relevante para el dominio profesional de la TO. En consecuencia, tras el repaso de la literatura previa y al tratarse de un estudio diseñado desde el conocimiento científico de interés para el terapeuta ocupacional, se planteó utilizar un cuestionario basado en la CIF, con el fin de explorar el desempeño ocupacional de las personas afectadas por este tipo de condiciones de salud. El objetivo principal del estudio consistió en evaluar cómo influyen las condiciones de salud del aparato locomotor sobre el desempeño de las actividades que realiza la persona en su vida diaria. Como objetivos secundarios, este trabajo se dirigió a determinar (i) qué factores del entorno actúan como facilitadores y como barreras para el desempeño de las actividades, (ii) cuál es la relación entre el tipo de lesión/enfermedad del aparato locomotor y la percepción de dificultad en las actividades diarias, y, por último, (iii) cómo afectan estas condiciones

de salud sobre la vida cotidiana de la familia y del entorno de amistades del participante.

## 2 Metodología

### 2.1 Diseño

Se trata de un estudio descriptivo y transversal.

### 2.2 Ámbito

El estudio se realizó en una clínica de traumatología y ortopedia, especializada en medicina del deporte, situada en la ciudad de A Coruña (España).

### 2.3 Participantes y recogida de información

La población de estudio está formada por personas adultas con una condición de salud del aparato locomotor (lesión y/o enfermedad), en relación a las extremidades superiores o inferiores del cuerpo, tratadas por profesionales del ámbito de la traumatología y ortopedia mediante una intervención quirúrgica reciente.

Los criterios utilizados para la inclusión de los participantes fueron: (i) edad igual o superior a 18 años, (ii) padecer una lesión y/o una enfermedad del aparato locomotor, (iii) haber sido sometido a una intervención quirúrgica en los 15 últimos días en relación a esta lesión/ enfermedad, así como (iv) acudir al centro clínico para el seguimiento posterior a la cirugía y para el tratamiento de la herida quirúrgica (curas). Se excluyó a las personas que cumplieran alguno de los criterios siguientes: (i) presentar un trastorno en las habilidades de comunicación o en las funciones cognitivas que impida la comprensión de las preguntas del estudio, (ii) no hablar ni comprender el idioma español o gallego, o bien (iii) no prestar el consentimiento para la participación en la investigación.

La selección de los participantes se realizó a través de una técnica no aleatoria, empleando un procedimiento de muestreo de carácter consecutivo. Se solicitó la participación en el estudio a las personas que acudieron a la clínica de traumatología y ortopedia durante el período de estudio y que cumplieran los criterios de inclusión. Los profesionales sanitarios de la clínica informaron a cada persona de la posibilidad de participar en el estudio y las entrevistas fueron realizadas por el primer autor. El período de recogida de información comprendió los meses de marzo y abril de 2016.

### 2.4 Aspectos éticos

Todos los participantes recibieron información completa sobre los objetivos, las características y la metodología del estudio, a través de una hoja informativa. Este documento recogía que la participación era voluntaria y que los participantes podían abandonar el estudio cuando ellos lo consideraran oportuno. Después de resolver todas las dudas planteadas por la persona, se entregó la hoja de consentimiento informado, documento cuya firma fue necesaria para la participación en la investigación.

Al tratarse de un estudio piloto y de carácter descriptivo (no experimental), la investigación no cuenta con la aprobación por un comité de ética institucional. Sin embargo, se preservó la privacidad y la confidencialidad de los participantes de acuerdo con la legislación española de protección de datos de carácter personal vigente en el momento de realización del estudio (Ley 15/1999). Además, la investigación respetó los principios éticos propios de la terapia ocupacional (“beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia, veracidad y fidelidad”), descritos en el código ético de la TO del año 2015 (AMERICAN..., 2015).

### 2.5 Actividades y participación: desempeño, barreras y facilitadores

El estudio sigue los principios del modelo biopsicosocial del funcionamiento y la salud de la OMS, desarrollado en la CIF (ORGANIZACIÓN..., 2001). Se utilizó un cuestionario elaborado *ad hoc* para el estudio, con varias preguntas basadas en los componentes de la CIF y en su sistema de evaluación cuantitativa (0-4), para analizar el desempeño de las personas con una lesión o enfermedad del aparato locomotor en las áreas de Actividades y participación, así como las barreras y los facilitadores que encuentran en su realización, desde el punto de vista de la percepción del propio participante. Se estudió un total de 14 actividades, incluidas en el componente Actividades y participación, agrupadas en las siguientes ocupaciones: autocuidado (cinco actividades: ducha/baño, vestido superior, vestido inferior, arreglo personal y alimentación), movilidad funcional (una actividad, incluyendo la movilidad en la cama, sentarse y las transferencias al inodoro y a ducha/bañera), desplazarse dentro del hogar, descanso y sueño, cuidado del hogar, preparar la comida, educación y/o trabajo, uso de dispositivos y técnicas de comunicación (escribir, utilizar el

ordenador o el teléfono), ocio/tiempo libre, y, por último, la vida social/comunitaria/cívica.

1. **Desempeño.** Se evaluó el desempeño del participante en las 14 actividades. La CIF propone analizar el desempeño a través de una escala ordinal que evalúa el grado de dificultad que la persona encuentra para realizar cada actividad en su contexto actual. Empleando la escala de calificación de la CIF, el participante autoevaluó el grado de dificultad que encontraba para realizar cada actividad durante la lesión/enfermedad del aparato locomotor, es decir, antes de la cirugía realizada recientemente: 0 (sin dificultad), 1 (dificultad ligera), 2 (moderada), 3 (grave) o 4 (completa);
2. **Facilitadores.** En relación a las 14 actividades estudiadas, se preguntó a los participantes si recibían ayuda de otra persona o utilizaban algún producto de apoyo en el desempeño de cada actividad durante la lesión/enfermedad del aparato locomotor (sí/no). En caso afirmativo, el participante evaluó el grado en el cual ese factor ambiental (ayuda personal o producto de apoyo) actuaba como un facilitador de la actividad, empleando la escala de la CIF: 1 (facilitador ligero), 2 (moderado), 3 (sustancial) o 4 (completo/total). También se determinó qué tipo de facilitadores utilizaban en cada actividad (ayuda personal o tecnología de apoyo);
3. **Barreras.** Con respecto a las actividades evaluadas, se preguntó a los participantes si encontraban algún obstáculo en el entorno que les dificultara el desempeño de la actividad, durante la lesión/enfermedad del aparato locomotor (sí/no). En caso afirmativo, el participante evaluó el grado en el cual ese obstáculo actuaba como una barrera para el desempeño de la actividad, empleando la siguiente escala de valoración: 1 (barrera de importancia ligera), 2 (moderada), 3 (sustancial) o 4 (completa/total). Por último, se identificó qué tipo de barrera encontraban los participantes en el desempeño de cada actividad.

## 2.6 Otras variables de estudio

1. Sociodemográficas: género, edad (años) y ocupación principal del participante;

2. Características de la lesión/enfermedad del aparato locomotor: estructuras corporales afectadas (miembro superior o inferior; en el lado dominante/no dominante), antigüedad de la lesión/enfermedad y desde cuándo percibe que esta condición de salud comenzó a afectar en su vida cotidiana, así como tipo de cirugía realizada;
3. Influencia de la lesión/enfermedad sobre la familia y red social de amistades. Cada participante valoró si considera que la lesión/enfermedad afectó a la vida cotidiana de su familia o amistades (sí/no);
4. Prioridades en relación al desempeño ocupacional. En relación a las 14 actividades estudiadas, se preguntó al participante cuál es la más importante para ella/él en su vida diaria.

## 2.7 Análisis estadístico

Se realizó una descripción de las variables de estudio. Las cualitativas se expresan como valor absoluto y porcentaje. Para describir la edad, al comprobar que cumple la hipótesis de normalidad, según el test de Kolmogorov-Smirnov, se utilizó la media y la desviación estándar (DE). Con la finalidad de determinar la asociación entre el tipo de lesión/enfermedad (extremidad superior vs. inferior) y la percepción de algún grado de dificultad (dificultad vs. no) en el desempeño de las actividades estudiadas, se aplicó el test  $\chi^2$  de Pearson o el test exacto de Fisher como procedimiento de contraste de hipótesis. En todas las pruebas, el nivel de significación estadística empleado fue  $p < 0,05$  (bilateral). El análisis de los datos se realizó con el programa *IBM SPSS Statistics*, versión 22.0.

## 3 Resultados

La muestra final alcanzada en el estudio está formada por un total de 24 participantes, con una edad media superior a los 55 años. Con respecto a la ocupación principal, más del 45% desempeñaba una actividad laboral; en orden decreciente de frecuencia, en segundo lugar, se encontraban los participantes en situación de jubilación (Tabla 1).

La Tabla 1 describe las principales características de las condiciones de salud del aparato locomotor que presentaban los participantes. La estructura anatómica afectada con una mayor frecuencia fue la extremidad inferior correspondiente al lado dominante, en una tercera parte de la muestra. La antigüedad

Tabla 1. Características de los participantes ( $n=24$ ).

Características sociodemográficas	Resultado <sup>a</sup>
Género: hombre	12 (50)
Edad: media (DE)	55,25 (15,97)
Ocupación	
Trabaja	11 (45,8)
Jubilación	10 (41,7)
Estudiante	2 (8,3)
Desempleo	1 (4,2)
Lesión o enfermedad del aparato locomotor	$n$ (%)
Estructuras corporales afectadas	
Miembro superior dominante	5 (20,8)
Miembro superior no dominante	7 (29,2)
Miembro inferior dominante	8 (33,3)
Miembro inferior no dominante	4 (16,7)
Antigüedad de la lesión/enfermedad	
Un mes o inferior	5 (20,8)
Seis meses o inferior	4 (16,7)
Un año o inferior	1 (4,2)
Dos años o inferior	3 (12,5)
Cinco años o inferior	6 (24,9)
Diez años o inferior	1 (4,2)
Más de diez años	4 (16,7)
¿Cuándo comenzó a afectar a su vida cotidiana?	
Hace un mes o menos	5 (20,9)
Hace seis meses o menos	7 (29,1)
Hace un año o menos	7 (29,1)
Hace dos años o menos	4 (16,7)
Hace más de dos años	1 (4,2)
Cirugía realizada	
Hombro	8 (33,3)
Codo	2 (8,3)
Muñeca	1 (4,2)
Mano	1 (4,2)
Cadera	1 (4,2)
Rodilla	4 (16,7)
Pie	7 (29,1)

<sup>a</sup>Resultados expresado en frecuencia (porcentaje), a menos que se indique lo contrario; DE = desviación estándar.

de la lesión/enfermedad del aparato locomotor era igual o inferior a los dos años en más de la mitad de los participantes (54,2%), especialmente en los seis últimos meses. Similarmente, en más de la mitad de la muestra, esta condición de salud comenzó a afectar a la vida cotidiana de la persona dentro del período de los seis últimos meses (50,8%). En relación a la cirugía implementada recientemente, ésta se realizó, con una mayor frecuencia, a nivel del hombro, en una tercera parte de la muestra, así como en las estructuras corporales del pie (29,1%).

En cuanto al desempeño de las actividades analizadas en el estudio, la Tabla 2 muestra el grado

autoevaluado de dificultad que encontraban los participantes en la realización de cada actividad. Más del 70% desempeñaba sin dificultad las actividades de uso de dispositivos/técnicas de comunicación (p.ej. utilizar el ordenador o escribir) y el desplazamiento dentro del hogar. Por otra parte, el trabajo/educación, la movilidad funcional, el cuidado del hogar y el ocio/tiempo libre son las actividades que realizan con algún grado de dificultad con una mayor frecuencia; destacan las tareas laborales o educativas, en más del 85% de los participantes. Además, el trabajo/educación era la categoría de actividad en la cual los participantes experimentaban más frecuentemente el mayor grado de dificultad de la escala de evaluación utilizada (dificultad completa) (Tabla 2).

En un total de cuatro actividades (educación y/o trabajo, usar dispositivos/técnicas de comunicación, ocio/tiempo libre, así como la vida social, comunitaria y cívica), los participantes no utilizaban ninguno de los factores ambientales analizados en el estudio como facilitadores, es decir, ayuda personal o los productos de apoyo. Las actividades en las que empleaban alguno de estos facilitadores con una mayor frecuencia eran la ducha/baño, el cuidado del hogar y la preparación de la comida. La ayuda de otra persona y la tecnología de apoyo intervienen como un facilitador del desempeño de actividades mayoritariamente en un grado "moderado" (Tabla 3).

La ayuda personal era el factor ambiental facilitador más frecuente en la mayoría de las actividades, en comparación con los productos de apoyo. Los participantes recibían la asistencia de otra persona en un total de diez actividades, destacando el cuidado del hogar, en una tercera parte de la muestra, así como el vestido de la parte inferior (en el 29,2% del total); a continuación, se situaban las actividades de ducha/baño, vestido de la parte superior, alimentación y la preparación de comidas, en una cuarta parte de los participantes. Por último, el 8,3% de los participantes recibía ayuda de otra persona para el arreglo personal y un 4,2% en la actividad de movilidad funcional. En cinco actividades, los participantes utilizaban productos de apoyo como facilitadores del desempeño, especialmente para el descanso/sueño (20,8%) y para el desplazamiento dentro del hogar (12,5%); otras actividades en las que usaban dispositivos de tecnología de apoyo eran la ducha/baño (8,3%), la preparación de comidas (8,3%) y la movilidad funcional/transferencias corporales (4,2%).

Los participantes sólo encuentran obstáculos en el entorno (barreras) en el desempeño de la actividad de ducha/baño, en un porcentaje sobre

Tabla 2. Desempeño de actividades y participación: grado autoevaluado de dificultad que encuentra el participante para realizar las actividades ( $n=24$ ).

Actividades y participación	Sin dificultad	Dificultad ligera	Dificultad moderada	Dificultad grave	Dificultad completa
Ducha/baño	7 (29,2)	5 (20,8)	7 (29,2)	3 (12,5)	2 (8,3)
Vestido de parte superior	13 (54,2)	0	4 (16,7)	5 (20,8)	2 (8,3)
Vestido inferior	8 (33,3)	5 (20,8)	5 (20,8)	5 (20,8)	1 (4,2)
Arreglo personal	14 (58,3)	4 (16,7)	6 (25)	0	0
Alimentación	14 (58,3)	6 (25)	0	4 (16,7)	0
Movilidad funcional (transferencias)	6 (25)	7 (29,3)	6 (25)	4 (16,7)	1 (4,2)
Desplazarse dentro del hogar <sup>a</sup>	9 (75)	3 (25)	0	0	0
Descanso y sueño	8 (33,3)	7 (29,2)	4 (16,7)	4 (16,7)	1 (4,2)
Cuidado del hogar	6 (25)	3 (12,5)	4 (16,7)	4 (16,7)	7 (29,2)
Preparar la comida	8 (33,3)	6 (25)	4 (16,7)	5 (20,8)	1 (4,2)
Educación y/o trabajo <sup>b</sup>	2 (14,4)	1 (7,1)	3 (21,4)	3 (21,4)	5 (35,7)
Usar dispositivos/técnicas comunicación	19 (79,2)	1 (4,2)	2 (8,3)	2 (8,3)	0
Ocio/tiempo libre	6 (25)	2 (8,3)	1 (4,2)	8 (33,3)	7 (29,2)
Vida social, comunitaria y cívica	12 (50)	7 (29,2)	2 (8,3)	3 (12,5)	0

Resultados expresados en  $n$  (%). <sup>a</sup>Aplicable en las personas con una lesión/enfermedad en extremidad inferior ( $n=12$ ); <sup>b</sup>Aplicable en las personas que estudian, trabajan o en situación de desempleo ( $n=14$ ).

Tabla 3. Facilitadores del desempeño: grado en el cual los factores ambientales (ayuda personal o producto de apoyo) actúan como un facilitador de las actividades ( $n=24$ ).

Actividades y participación	No hay facilitador	Facilitador ligero	Facilitador moderado	Facilitador sustancial	Facilitador completo
Ducha/baño	16 (66,7)	2 (8,3)	3 (12,5)	3 (12,5)	0
Vestido de parte superior	18 (75)	0	3 (12,5)	3 (12,5)	0
Vestido inferior	17 (70,8)	2 (8,3)	3 (12,5)	2 (8,3)	0
Arreglo personal	22 (91,7)	0	2 (8,3)	0	0
Alimentación	18 (75)	1 (4,2)	1 (4,2)	4 (16,7)	0
Movilidad funcional (transferencias)	22 (91,7)	1 (4,2)	1 (4,2)	0	0
Desplazarse dentro del hogar <sup>a</sup>	9 (75)	2 (16,7)	1 (8,3)	0	0
Descanso y sueño	19 (79,2)	3 (12,5)	1 (4,2)	1 (4,2)	0
Cuidado del hogar	16 (66,7)	0	2 (8,3)	0	6 (25)
Preparar la comida	16 (66,7)	3 (12,5)	3 (12,5)	1 (4,2)	1 (4,2)
Educación y/o trabajo <sup>b</sup>	14 (100)	0	0	0	0
Usar dispositivos/técnicas comunicación	24 (100)	0	0	0	0
Ocio/tiempo libre	24 (100)	0	0	0	0
Vida social, comunitaria y cívica	24 (100)	0	0	0	0

Resultados expresados como  $n$  (%). <sup>a</sup>Aplicable en las personas con una lesión/enfermedad en extremidad inferior ( $n=12$ ); <sup>b</sup>Aplicable en las personas que estudian, trabajan o en situación de desempleo ( $n=14$ ).

el total de la muestra inferior al 9% ( $n=2$ ): para un participante este obstáculo interviene como una barrera “moderada” para el desempeño; para el otro participante, supone una barrera “sustancial”. En los dos casos, la barrera identificada por el individuo era de tipo arquitectónico.

La Tabla 4 detalla los resultados del análisis de la relación entre el tipo de condición de salud del aparato locomotor (en la extremidad superior vs. extremidad inferior) y la percepción de algún grado de dificultad (dificultad vs. sin dificultad) en el desempeño de

las actividades incluidas en el estudio. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre tener una lesión/enfermedad a nivel del miembro superior y percibir dificultad en las actividades de vestido de parte superior ( $p < 0,001$ ), alimentación ( $p < 0,001$ ), arreglo personal ( $p=0,001$ ), preparar la comida ( $p=0,001$ ) y usar dispositivos/técnicas para la comunicación ( $p=0,037$ ). Por otra parte, presentar una condición de salud en la extremidad inferior se relacionó de una forma estadísticamente significativa con la percepción de dificultad en el desempeño de vida social, comunitaria y cívica ( $p=0,039$ ).



Tabla 4. Asociación entre el tipo de lesión/enfermedad del aparato locomotor y la percepción de dificultad en el desempeño de actividades ( $n=24$ ).

Actividades y participación	Tipo de lesión/enfermedad		<i>p</i>
	Extremidad superior	Extremidad inferior	
Ducha/baño			
Dificultad	11 (91,7)	6 (50)	0,069
Vestido de parte superior			
Dificultad	11 (91,7)	0	<b><i>p</i>&lt; 0,001</b>
Vestido inferior			
Dificultad	9 (75)	7 (58,3)	0,667
Arreglo personal			
Dificultad	9 (75)	1 (8,3)	<b>0,001</b>
Alimentación			
Dificultad	10 (83,3)	0	<b><i>p</i>&lt; 0,001</b>
Movilidad funcional (transferencias)			
Dificultad	10 (83,3)	8 (66,7)	0,640
Descanso y sueño			
Dificultad	10 (83,3)	6 (50)	0,193
Cuidado del hogar			
Dificultad	11 (91,7)	7 (58,3)	0,155
Preparar la comida			
Dificultad	12 (100)	4 (33,3)	<b>0,001</b>
Educación y/o trabajo <sup>a</sup>			
Dificultad	6 (85,7)	6 (85,7)	1
Usar dispositivos/técnicas comunicación			
Dificultad	5 (41,7)	0	<b>0,037</b>
Ocio/tiempo libre			
Dificultad	8 (66,7)	10 (83,3)	0,640
Vida social, comunitaria y cívica			
Dificultad	3 (25)	9 (75)	<b>0,039</b>

Resultados expresados como *n* (%). En negrita se muestran los valores *p* que alcanzaron la significación estadística ( $p < 0,05$ ).

<sup>a</sup>Aplicable en las personas que estudian, trabajan o en situación de desempleo ( $n=14$ ).

Con respecto a las actividades evaluadas en el estudio, más de la mitad de los participantes consideraba que el ocio/tiempo libre era la más importante en su vida diaria (54,2%); en segundo lugar se situaron las actividades del área de autocuidado (29,2%) como la ducha, la higiene personal, el vestido o la alimentación. Los restantes participantes ( $n=4$ ) percibieron que el cuidado del hogar era la actividad de mayor importancia. Por último, la mayoría de los participantes consideró que la lesión/enfermedad del aparato locomotor afectó a la vida cotidiana de su familia o de entorno de amistades (58,3%).

## 4 Discusión

La contribución principal del presente estudio, dentro del conocimiento científico de la TO en las personas con una condición de salud en el aparato locomotor, consiste en mostrar con detalle el gran impacto que producen estas lesiones o enfermedades

en la participación en las diferentes áreas de ocupación de la persona, así como en relación a los contextos laboral y familiar. La presencia de una condición de salud en el aparato locomotor se asocia de una forma relevante con la percepción de dificultad en una amplia proporción de las actividades cotidianas e influye negativamente sobre la vida diaria de las personas del entorno social cercano. Sin embargo, los resultados demuestran que elementos facilitadores como la tecnología de apoyo, de especial interés para el terapeuta ocupacional, continúan siendo poco utilizados por las personas de este grupo de población.

Los participantes encontraban dificultad especialmente en el desempeño de las actividades laborales. Además, el trabajo es un área de ocupación de gran relevancia en la muestra, dado que la edad media se situó en los 55 años y casi la mitad de los participantes participaban en alguna ocupación laboral. Con respecto a este resultado, es necesario

destacar que las actividades del área laboral son centrales en la intervención de TO en personas con condiciones de salud en el aparato locomotor. La literatura, a través de estudios como el ensayo clínico aleatorio de Macedo et al. (2009), realizado en personas con artritis reumatoide en situación de riesgo de presentar una discapacidad en el área del trabajo, ha demostrado los beneficios que aportan las intervenciones centradas en la ocupación humana no sólo sobre la independencia funcional en la vida diaria, sino también sobre la calidad de vida y la participación en el ámbito laboral. Por otra parte, el presente estudio encontró que la percepción de dificultad también era frecuente en otras ocupaciones como el cuidado del hogar o las actividades de ocio y tiempo libre. Los resultados, obtenidos a través de la autoevaluación realizada por los participantes mediante la escala cuantitativa de la CIF (ORGANIZACIÓN..., 2001), son consistentes con investigaciones de metodología cualitativa realizadas en personas con una enfermedad del aparato locomotor de carácter crónico (ALSAKER; JOSEPHSSON, 2003) y en adultos con una enfermedad inflamatoria articular (DUBOULOZ et al., 2004); a través del uso de entrevistas semiestructuradas, estos estudios reflejan las modificaciones que las personas realizan en sus hábitos diarios y en sus roles ocupacionales como consecuencia de la condición de salud que presentan, ocasionando con frecuencia una situación de desequilibrio ocupacional susceptible de intervención desde la TO (ALSAKER; JOSEPHSSON, 2003; DUBOULOZ et al., 2004). Por último, la presente investigación muestra que las condiciones de salud del aparato locomotor no sólo influyen en la vida diaria de los participantes; este tipo de lesiones/enfermedades ejercen además un impacto notable sobre el funcionamiento en la vida de las personas de su entorno cercano, resultado que concuerda con el trabajo de Marco (2004); este autor describió el estrés y la percepción de situaciones de sobrecarga en los familiares que prestan apoyo en el desempeño de las actividades diarias de las personas con discapacidad.

Con respecto al impacto sobre el funcionamiento humano, un aspecto fundamental a considerar en el análisis de los resultados obtenidos es la localización corporal de la lesión o enfermedad del aparato locomotor. En relación a la extremidad superior, a pesar de los progresos en los procedimientos de cirugía y rehabilitación, la literatura muestra que continúan siendo frecuentes secuelas que dificultan el uso óptimo del miembro lesionado en la vida cotidiana (LUNDBORG; ROSÉN, 2007), situación confirmada por los resultados de este estudio.

Una tercera parte de los participantes se sometió a una cirugía de hombro, articulación de especial importancia para el desempeño diario, porque influye de forma significativa sobre el movimiento y la estabilidad de la extremidad, funciones necesarias para llevar a cabo las actividades diarias (VON DER HEYDE, 2011). En el estudio de Thyberg et al. (2005), se evaluaron las dificultades que encontraban más de 200 personas con enfermedades del aparato locomotor en su vida diaria, identificando limitaciones en diversas ocupaciones, destacando las de carácter doméstico como la preparación de la comida (por ejemplo, para abrir frascos y alcanzar objetos) o la realización de compras. En el presente estudio, las lesiones de extremidad superior se relacionaron significativamente con la percepción de dificultad en diversas actividades diarias, destacando el área del autocuidado. En la muñeca y en la mano, enfermedades como el síndrome del túnel carpiano limitan de forma importante el desempeño ocupacional, presentándose junto a otros factores como el dolor o alteraciones sensitivas, provocando una percepción subjetiva de insatisfacción en el individuo (SANZ; LIZUR; SEBASTIÁ, 2004). Además, las lesiones en la mano pueden dificultar las habilidades de destreza y manipulación fina, con una repercusión no sólo en el desempeño del autocuidado, sino también en las actividades educativas y en la productividad laboral (OSPINA, 2015; LUNDBORG; ROSÉN, 2007), disfunciones ocupacionales confirmadas por los hallazgos del presente trabajo. En la literatura, numerosos estudios han concluido que las intervenciones de TO son eficaces en la población de personas con una condición de salud en las extremidades superiores, con resultados positivos a nivel funcional y ocupacional. Algunos ejemplos son las revisiones sistemáticas de Marik y Roll (2017) y de Von der Heyde (2011), en relación a lesiones o traumatismos en la articulación del hombro, así como los trabajos de Case-Smith (2003) y de Donna et al. (2015), realizados en personas con una lesión o cirugía en las estructuras corporales de la mano.

Las condiciones de salud localizadas en las estructuras corporales del miembro inferior se asociaron con la percepción de dificultad en la vida social y comunitaria. De forma consistente con este resultado, una proporción elevada de las personas que sufren una fractura de cadera no recuperan la capacidad para realizar con autonomía la deambulación ni actividades significativas en otras áreas de la vida diaria (EDWARDS et al., 2007). Además, una de las principales causas de las limitaciones de la deambulación en las personas mayores es la artrosis a nivel de la cadera o la rodilla, afectando a la participación en

sus actividades cotidianas (BERNAD-PINEDA; DE LAS HERAS-SOTOS; GARCÉS-PUENTES, 2014). Por otra parte, Wickman et al. (2004) destacaron las consecuencias negativas sobre la independencia funcional y la calidad de vida que conllevan las enfermedades o lesiones localizadas en el pie, presentes aproximadamente en el 30% de los participantes de nuestro estudio. En otro trabajo sobre la repercusión funcional de las lesiones en las estructuras corporales del pie, Tran y Thordarson (2002) encontraron que este tipo de afecciones se relaciona significativamente con la existencia de dificultades en la función social, en consonancia con los hallazgos de nuestro estudio. Los terapeutas ocupacionales centran su intervención en la recuperación de los roles ocupacionales limitados tras la lesión o enfermedad en las extremidades inferiores. Por ejemplo, en personas con una fractura de cadera, diversos ensayos clínicos han demostrado que las intervenciones basadas en la ocupación, guiadas por el perfil de intereses y demandas de cada individuo, mejoran la autonomía en el desempeño diario y la participación en las actividades ocupacionales significativas de cada persona (DI MONACO et al., 2008; HAGSTEN; SVENSSON; GARDULF, 2004; HAGSTEN; SVENSSON; GARDULF, 2006).

Las ocupaciones de ocio/tiempo libre fueron las actividades de mayor importancia en la vida diaria de la población de estudio. Sin embargo, a pesar de ser el área ocupacional más valorada, tres de cada cuatro participantes encontraban dificultades en su desempeño. Este resultado concuerda con el trabajo de Wikström, Isacson y Jacobsson (2001), realizado en una muestra de personas con enfermedades musculoesqueléticas; los autores destacaron que la mayoría de los participantes se veían obligados a abandonar el desempeño de alguna ocupación de ocio desde el comienzo de la enfermedad. Además, las limitaciones en el desempeño del ocio influyen sobre el estado de ánimo y la percepción de bienestar. Por ejemplo, Katz y Yelin (2001) encontraron que la dificultad para participar en actividades ocio y tiempo libre puede aumentar de manera significativa el riesgo de padecer problemas en el estado de ánimo y síntomas de ánimo depresivo. La literatura ha destacado la importancia del ocio para la calidad de vida en los diversas etapas del ciclo vital, alcanzando una relevancia especial a partir de la finalización de la etapa laboral, debido a que las personas en situación de jubilación disponen de más tiempo para la autorrealización y el desempeño de las actividades de carácter recreativo y lúdico significativas (LIMÓN, 1993).

Con respecto al rol facilitador del contexto físico sobre el funcionamiento de la persona, los resultados reflejan el reducido uso de la tecnología de apoyo en la vida diaria de los participantes, a pesar de las dificultades que encuentran en las actividades cotidianas, optando fundamentalmente por la ayuda de otra persona. En la práctica profesional de los terapeutas ocupacionales, el asesoramiento individualizado sobre las necesidades de productos de apoyo es una intervención muy común, conscientes de los beneficios que aporta su utilización como facilitador de las diferentes ocupaciones, avalados por la evidencia científica; por ejemplo, un ensayo clínico realizado con personas con limitaciones en el desempeño diario concluyó que esta tecnología disminuye la percepción de dificultad en la ejecución de diversas actividades diarias, aumentando, además, la seguridad en el desempeño (PETERSSON et al., 2008). Rogers, Holm y Perkins (2002), en su estudio realizado en una muestra de personas con afecciones musculoesqueléticas, destacaron el significativo rol que ejerce el uso de productos de apoyo para la disminución de las limitaciones que encuentra la persona en las actividades de la vida diaria. Según el trabajo de Thyberg et al. (2004), dirigido a la población de personas con artritis reumatoide, es necesaria una evaluación detallada, individualizada y temprana de las necesidades de productos de apoyo, como estrategia de actuación básica dentro de los programas de promoción de la autonomía personal.

Aunque la vida diaria de los participantes se caracterizó por una fuerte presencia de dificultades en el desempeño ocupacional, muy pocas personas mencionaron la existencia de barreras para el funcionamiento. Sin embargo, el análisis y adaptación funcional del entorno es una competencia básica dentro de la práctica clínica y comunitaria de la TO, en consonancia con los principios teóricos del modelo biopsicosocial descrito en la CIF (ORGANIZACIÓN..., 2001), caracterizado por destacar la influencia del entorno sobre la participación en ocupaciones. Una de las razones que podrían explicar este resultado es la falta de información y conocimiento en la población sobre los efectos positivos que conlleva la promoción de entornos accesibles, basados en los principios del diseño universal. Los resultados argumentaron la necesidad de realizar acciones de concienciación y sensibilización en la población sobre la importancia de la adaptación del entorno para la vida diaria, avalada por la existencia de evidencia científica reciente como la revisión bibliográfica realizada por Wahl et al. (2009); estos autores concluyeron que la eliminación de barreras arquitectónicas en el hogar mejora de forma significativa el desempeño de las

actividades cotidianas. Esta estrategia no sólo es útil en el entorno domiciliario; con respecto al contexto laboral, Baldwin et al. (2012) demostraron que mejora el desempeño de las actividades productivas, disminuye el dolor y aumenta el grado de satisfacción.

Aunque los resultados del estudio son de especial relevancia para el ámbito profesional de la terapia ocupacional, es necesario analizar las limitaciones del presente trabajo. En primer lugar, el diseño transversal impide el establecimiento de relaciones causa-efecto entre las variables analizadas. Se necesitan estudios longitudinales para poder determinar la secuencia temporal de las asociaciones identificadas. Además, el tamaño de la muestra es reducido, aspecto que disminuye la potencia estadística de los análisis realizados. Por otra parte, el limitado tamaño muestral, la inclusión de participantes de un único centro clínico, así como la utilización de una técnica de muestreo no aleatorio, limitan la validez externa del estudio y argumentan la necesidad de mostrar cautela en la generalización de los resultados.

En conclusión, este trabajo muestra la importante influencia que ejercen las condiciones de salud del aparato locomotor sobre el desempeño ocupacional. Este grupo de lesiones o enfermedades comprometieron seriamente la vida diaria de los participantes, ocasionando una disfunción ocupacional en relación a las actividades cotidianas y en la participación social. Los resultados argumentan la necesidad de planificar e implementar programas de intervención de terapia ocupacional en las personas con una condición de salud del aparato locomotor, en la población de personas con una condición de salud relacionada con el aparato locomotor, como estrategia de actuación relevante para la promoción de la autonomía personal, la participación en ocupaciones significativas y la calidad de vida

## Referencias

ALSAKER, S.; JOSEPHSSON, S. Negotiating occupational identities while living with chronic rheumatic disease. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, Sweden, v. 10, n. 4, p. 167-176, 2003. <http://dx.doi.org/10.1080/11038120310017525>.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION – AOTA. Occupational therapy practice framework: Domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*, Bethesda, v. 68, p. S1-S48, 2014. Supplement 1.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION – AOTA. Occupational therapy code of ethics. *American Journal of Occupational Therapy*, Bethesda, v. 69, p. 1-8, 2015. Supplement 3.

BAGRAITH, K.; STRONG, J. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) can be used to describe multidisciplinary clinical assessment of people with chronic musculoskeletal conditions. *Clinical Rheumatology*, Brussels, v. 3, n. 32, p. 383-389, 2013. <http://dx.doi.org/10.1007/s10067-012-2130-1>.

BALDWIN, D. et al. Randomized prospective study of a work place ergonomic intervention for individuals with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Arthritis Care & Research*, Hoboken, v. 10, n. 64, p. 1527-1535, 2012. <http://dx.doi.org/10.1002/acr.21699>.

BERNAD-PINEDA, M.; DE LAS HERAS-SOTOS, J.; GARCÉS-PUENTES, M. Calidad de vida en pacientes con artrosis de rodilla y/o cadera. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, Barcelona, v. 5, n. 58, p. 283-289, 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.recot.2014.04.005>.

BEVAN, S. et al. *Fit for work? Musculoskeletal Disorders in the European Workforce*. London: The Work Foundation, 2009.

CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS – CAOT. *Occupational therapy guidelines for client-centered practice*. Toronto: CAOT, 1991.

CARMONA, L. et al. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: Results from a national survey. *Annals of the Rheumatism Diseases*, London, v. 11, n. 60, p. 1040-1045, 2001. <http://dx.doi.org/10.1136/ard.60.11.1040>.

CASE-SMITH, J. Outcomes in hand rehabilitation using occupational therapy services. *American Journal of Occupational Therapy*, Bethesda, v. 57, n. 5, p. 499-506, 2003. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.57.5.499>.

COLAIANNI, D.; PROVIDENT, I. The benefits of and challenges to the use of occupation in hand therapy. *Occupational Therapy in Health Care*, London, v. 24, n. 2, p. 130-146, 2010. <http://dx.doi.org/10.3109/07380570903349378>.

DI MONACO, M. et al. A single home visit by an occupational therapist reduces the risk of falling after hip fracture in elderly women: a quasi-randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*, Sweden, v. 40, n. 6, p. 446-450, 2008. <http://dx.doi.org/10.2340/16501977-0206>.

DONNA, J. et al. A phenomenology of occupation-based hand therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, Melbourne, v. 3, n. 62, p. 177-186, 2015.

DUBOULOZ, C. J. et al. Transformation of meaning perspectives in clients with rheumatoid arthritis. *American Journal of Occupational Therapy*, Bethesda, v. 58, n. 4, p. 398-407, 2004. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.58.4.398>.

EDWARDS, M. et al. Recovery after hip fracture: What can we learn from the Canadian Occupational Therapy Performance Measure? *American Journal of Occupational Therapy*, Bethesda, v. 3, n. 61, p. 335-344, 2007. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.61.3.335>.

- EUROPEAN COMMISSION. *Health in the European Union*. Brussels, 2007. (Special Eurobarometer, 272).
- FARRELL, J. et al. A survey of occupational therapist in Canada about their knowledge and use of the ICF. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, Ottawa, v. 74, n. 5, p. 221-232, 2007. Supplement. <http://dx.doi.org/10.1177/000841740707405S01>.
- FORTUNE, J.; PAULOS, J.; LIENDO, C. *Ortopedia y traumatología*. Santiago de Chile: Ediciones PUC, 2005.
- GEUSKENS, G. et al. Clear associations between demographic and psychosocial factors and health-related quality of life in patients with early inflammatory joint complaints. *The Journal of Rheumatology*, Toronto, v. 9, n. 35, p. 1754-1761, 2008.
- HAGLUND, L.; HENRIKSSON, C. Concepts in occupational therapy in relation to the ICF. *Occupational Therapy International*, London, v. 10, n. 4, p. 253-268, 2003. <http://dx.doi.org/10.1002/oti.189>.
- HAGSTEN, B.; SVENSSON, O.; GARDULF, A. Early individualized postoperative occupational therapy training in 100 patients improves ADL after hip fracture: a randomized trial. *Acta Orthopaedica Scandinavica*, Basingstoke, v. 75, n. 2, p. 177-183, 2004. <http://dx.doi.org/10.1080/00016470412331294435>.
- HAGSTEN, B.; SVENSSON, O.; GARDULF, A. Health-related quality of life and self-reported ability concerning ADL and IADL after hip fracture: a randomized trial. *Acta Orthopaedica*, Basingstoke, v. 77, n. 1, p. 114-119, 2006. <http://dx.doi.org/10.1080/17453670610045786>.
- HAMMOND, A. What is the role of the occupational therapist? Best practice and research. *Clinical Rheumatology*, Amsterdam, v. 4, n. 18, p. 491-505, 2004.
- KATZ, P.; YELIN, E. Activity loss and the onset of depressive symptoms. *Arthritis & Rheumatology*, Atlanta, v. 5, n. 44, p. 1194-1202, 2001. [http://dx.doi.org/10.1002/1529-0131\(200105\)44:5<1194::AID-ANR203>3.0.CO;2-6](http://dx.doi.org/10.1002/1529-0131(200105)44:5<1194::AID-ANR203>3.0.CO;2-6).
- KIELHOFNER, G. *Model of human occupation: theory and application*. Philadelphia: Williams & Wilkins, 1995.
- KIELHOFNER, G. *Model of human occupation: theory and application*. Baltimore: Lippincott, Williams, & Wilkins, 2002.
- KJELLBERG, A.; BOLIC, V.; HAGLUND, L. Utilization of ICF-based assessment from occupational therapists' perspectives. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, London, v. 3, n. 19, p. 274-281, 2012. <http://dx.doi.org/10.3109/11038128.2011.560962>.
- LAW, M. et al. *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*. Toronto: CAOT Publications ACE, 1998.
- LÁZARO, P. et al. *También está en tu mano: impacto de las enfermedades reumáticas en España*. Madrid: Fundación Abbot, 2009.
- LIMÓN, M. La preparación a la jubilación: nueva ocupación del tiempo. *Revista Complutense de Educación*, Madrid, v. 4, n. 1, p. 53-67, 1993.
- LUNDBORG, G.; ROSÉN, B. Hand function after nerve repair. *Acta Physiologica*, Oxford, v. 189, n. 2, p. 207-217, 2007. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-1716.2006.01653.x>.
- MACEDO, A. M. et al. Functional and work outcomes improve in patients with rheumatoid arthritis who receive targeted, comprehensive occupational therapy. *Arthritis and Rheumatism*, Hoboken, v. 61, n. 11, p. 1522-1530, 2009. <http://dx.doi.org/10.1002/art.24563>.
- MADRID. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Mujer y salud 2008*. Madrid: Instituto de la Mujer, 2008.
- MADRID. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud*. Madrid, 2013.
- MARCO, E. *Calidad de vida del cuidador del hemipléjico vascular*. 2004. 179 f. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía) – Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, 2004.
- MARIK, T. L.; ROLL, S. C. Effectiveness of occupational therapy interventions for musculoskeletal shoulder conditions: a systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, Bethesda, v. 71, n. 1, p. 1-11, 2017.
- MEYER, A. The philosophy of occupation therapy: reprinted from the Archives of Occupational Therapy, Volume 1, pp. 1-10, 1922. *American Journal of Occupational Therapy*, Bethesda, v. 31, n. 10, p. 639-642, 1977.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid: OMS, 2001.
- OSPINA, L. *Terapia ocupacional y articulación de los servicios de rehabilitación de mano con cirugía de mano en la red hospitalaria Méderi*. 2015. 46 f. Monografía (Graduação em Terapia Ocupacional) – Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, Bogotá, 2015.
- PETERSSON, I. et al. Impact of home modification services on ability in everyday life for people ageing with disabilities. *Journal of Rehabilitation Medicine*, Sweden, v. 40, n. 4, p. 253-260, 2008. <http://dx.doi.org/10.2340/16501977-0160>.
- ROGERS, J.; HOLM, M.; PERKINS, L. Trajectory of assistive device usage and user and non-user characteristics: Long-handled bath sponge. *Arthritis & Rheumatism*, Atlanta, v. 47, n. 6, p. 645-650, 2002. <http://dx.doi.org/10.1002/art.10788>.
- SANZ, J.; LIZAU, A.; SEBASTIÁ, E. La calidad de vida en el síndrome del túnel del carpo: estudio prospectivo tras cirugía abierta. *Revista Española de Cirugía Osteoarticular*, España, v. 219, n. 39, p. 121-124, 2004.
- SPADARO, A. et al. Occupational therapy in ankylosing spondylitis: Short-term prospective study in patients treated with anti-TNF-alpha drugs. *Joint Bone Spine: Revue Du*

- Rhumatisme, Paris, v. 75, n. 1, p. 29-33, 2008. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2007.07.006>.
- STAMM, T. et al. Content comparison of occupation-based instruments in adult rheumatology and musculoskeletal rehabilitation based on the international classification of functioning, disability and health. *Arthritis & Rheumatism*, Atlanta, v. 51, n. 6, p. 917-924, 2004. <http://dx.doi.org/10.1002/art.20842>.
- STAMM, T. et al. Exploration of the link between conceptual occupational therapy models and the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Australian Occupational Therapy Journal*, Australia, v. 53, n. 1, p. 9-17, 2006.
- STEULTJENS, E. M. et al. Occupational therapy for rheumatoid arthritis: a systematic review. *Arthritis and Rheumatism*, Atlanta, v. 47, n. 6, p. 672-685, 2002. <http://dx.doi.org/10.1002/art.10801>.
- THYBERG, I. et al. Survey of the use and effect of assistive devices in patients with early rheumatoid arthritis: A two-year follow-up of women and men. *Arthritis & Rheumatism*, Atlanta, v. 3, n. 51, p. 413-421, 2004. <http://dx.doi.org/10.1002/art.20410>.
- THYBERG, I. et al. Activity limitation in rheumatoid arthritis correlates with reduced grip force regardless of sex: the swedish TIRA project. *Arthritis & Rheumatism*, Atlanta, v. 53, n. 6, p. 886-896, 2005. <http://dx.doi.org/10.1002/art.21595>.
- TOWNSEND, E. (Ed.). *Enabling occupation: an occupational therapy perspective*. Ottawa: CAOT Publications ACE, 1997.
- TRAN, T.; THORDARSON, D. Functional outcome of multiply injured patients with associated foot injury. *Foot & Ankle International*, Baltimore, v. 23, n. 4, p. 340-343, 2002. <http://dx.doi.org/10.1177/107110070202300409>.
- VON DER HEYDE, R. Occupational therapy interventions for shoulder conditions: a systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, Bethesda, v. 65, n. 1, p. 16-23, 2011. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2011.09184>.
- WAHL, H. et al. The home environment and disability-related outcomes in aging individuals: what is the empirical evidence? *Gerontologist*, Cary, v. 49, n. 3, p. 355-367, 2009. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnp056>.
- WICKMAN, A. et al. Health-related quality of life for patients with rheumatoid arthritis foot involvement. *Foot & Ankle International*, Baltimore, v. 25, n. 1, p. 19-26, 2004. <http://dx.doi.org/10.1177/107110070402500105>.
- WIKSTRÖM, I.; ISACSSON, A.; JACOBSSON, L. Leisure activities in rheumatoid arthritis: change after disease onset and associated factors. *British Journal of Occupational Therapy*, London, v. 64, n. 2, p. 87-92, 2001. <http://dx.doi.org/10.1177/030802260106400206>.
- WILCOCK, A. A theory of the human need for occupation. *Journal of Occupational Science*, London, v. 1, n. 1, p. 17-23, 1993. <http://dx.doi.org/10.1080/14427591.1993.9686375>.
- WILCOCK, A. A. *An occupational perspective of health*. Thorofare: Slack, 1998.
- YERXA, E. J. Health and the human spirit for occupation. *American Journal of Occupational Therapy*, Bethesda, v. 52, n. 6, p. 412-418, 1998. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.52.6.412>.

## Contribución de los Autores

Daniel Ramos Veiguela, Rafael Arriaza Loureda, Mirian Vizcaíno Cela, Adriana Ávila Álvarez y Iván De Rosende Celeiro participaron en la concepción del trabajo, análisis de resultados, redacción del texto y revisión final. Todos los autores aprueban la versión final del texto.