

“Desempeño de las Actividades básicas de la vida diaria en pacientes con secuela de heminegligencia post ACV”

Equipo docente: Dra. TO Mariela Nabergoi,
Lic. TO Natalia Spallato,
Lic. TO Juan Manuel Zorzoli.

Alumnas: Catelon Echavarria, Martina DNI: 35.982.051

Mail: martinacatelon@gmail.com

Ito, Natalia Elizabeth DNI 26.939.171

Mail: nataliaito@yahoo.com.ar

Masciangioli, Anabel Sofia DNI 36.949.963

Mail: to.anabelmas@gmail.com

Fecha de entrega: 1 de Agosto del 2017

INDICE

| | |
|---|----|
| Tema | 2 |
| Palabras claves | 2 |
| 1. Introducción | |
| 1.1 Planteamiento del problema científico | 2 |
| 1.2 Pregunta de investigación | 5 |
| 1.3 Relevancia y justificación | 5 |
| 1.4 Hipótesis | 5 |
| 1.5 Objetivos | 6 |
| 2. Desarrollo | |
| 2.1 Marco teórico | 8 |
| 2.2 Metodología | 16 |
| 2.2.1 Tipo de diseño | 16 |
| 2.2.2 Universo y muestra | 17 |
| 2.2.3 Definiciones operacionales | 18 |
| 2.2.4 Fuentes e instrumentos | 33 |
| 2.2.5 Análisis de datos | 35 |
| 2.3 Resultados | 37 |
| 3. Conclusión | 50 |
| Bibliografía | 54 |
| Anexos | 57 |

TEMA: Desempeño de las Actividades básicas de la vida diaria en pacientes con secuela de heminegligencia post ACV.

PALABRAS CLAVES: Accidente Cerebrovascular, Actividades básicas de la vida diaria, Heminegligencia, Terapia ocupacional.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1994) el accidente cerebrovascular (ACV) es una interrupción del flujo circulatorio en una determinada área encefálica, que origina manifestaciones clínicas neurológicas, focales o globales, de instauración brusca. Este déficit puede permanecer estable, mejorar rápidamente o empeorar de manera progresiva. Su importancia radica, en la complejidad de su tratamiento, en la gravedad de las secuelas permanentes y en el impacto psicosocial que tiene sobre la persona que lo padece y su entorno social inmediato, ya que un 50 % de los afectados sufre secuelas que impiden su incorporación plena a la sociedad activa.

El Dr. Masson (2015) explica los tipos de ACV y los divide en: isquémico y hemorrágico. En el primer caso, el ACV ocurre cuando un vaso sanguíneo que irriga sangre al cerebro resulta bloqueado por un coágulo de sangre. Por otro lado, un ACV hemorrágico sucede cuando un vaso sanguíneo en alguna parte del cerebro se debilita y se rompe.

Los ACV dejan como secuelas: Trastornos motores, sensitivos, de la comunicación, emocionales, de la percepción, psicológicos y de la conducta. (Franch Verdiá, 2011).

Desde el punto de vista rehabilitador del ACV, dentro del cual se enmarca el rol del Terapeuta Ocupacional, los objetivos principales son: conseguir la máxima funcionalidad y mantenerla, prevenir y tratar las complicaciones, mantener las funciones residuales y evitar el síndrome de desuso, y lograr la máxima independencia y reinserción social posible y mejorar la calidad de vida del paciente y de su familia. (Tarrés y Polonio López, 2004)

Según los autores Rodrigues Tsukimoto y Antunes Valester, (Brasil, 2005) el ACV es una causa importante de muerte en los países en desarrollo y la principal causa de discapacidad física y mental.

Ameriso (2014) en la conferencia “Nuevas fronteras en el accidente cerebrovascular” dictada en Fleni, Escobar, Bs.As., Argentina, plantea que aproximadamente y en forma tentativa

existen entre 40.000 a 80.000 casos por año, lo que se traduce a que cada 4 minutos una persona sufre un ataque cerebral. Asimismo, la predisposición a sufrir un ACV aumenta a partir de los 55 años y hay mayor prevalencia en hombres que en mujeres (Amengual, 2013). Los mismos refieren que en la Argentina actualmente no se encuentran estadísticas oficiales sobre la prevalencia del ACV.

La adultez tardía o segunda adultez que va de los 50 a 65 años de edad (Griffa y Moreno, 2005), se caracteriza por desempeñar distintos roles prescritos socialmente y elegidos en forma individual que estructuran la vida diaria y proporcionan identidad. La característica más importante de la vida del adulto es el trabajo. Los mismos dividen su tiempo en los distintos roles y ocupaciones que deben cumplir, su rutina es dividida en trabajo, juego, descanso, autocuidado y familia. Las actividades básicas de la vida diaria son fundamentales para la realización y culminación de los roles del adulto. (Kielhofner, 2011)

Como plantea Franch Verdiá (2011), los accidentes cerebrovasculares (ACV), dejan como secuelas: Trastornos motores, sensitivos, de la comunicación, emocionales, de la percepción, psicológicos y de la conducta. Dentro de los trastornos de atención se encuentra la heminegligencia. Ésta es una falla en la orientación y respuesta de estímulos contralaterales a la lesión tras un ACV, el síndrome de negligencia involucra un conjunto de conductas en la vida del individuo con respecto a él mismo y al mundo que lo rodea. La heminegligencia se debe a un trastorno específico de la atención selectiva (Arango-Lasprilla y Allegri 2006).

Allegri (2000) refiere que la secuela de heminegligencia se presenta mayormente en lesiones del hemisferio derecho con una incidencia del 31 al 46% y sólo del 2 al 12% en lesiones del hemisferio izquierdo, la misma es un tipo de trastorno de la percepción.

En Brasil se ha publicado que las dificultades que surgen de la heminegligencia aumentan el grado de dependencia, ya que la persona necesita ayuda para realizar parte de la actividad, el total de la actividad o el requerimiento de diferentes estímulos. A su vez, la autonomía también puede verse comprometida por la pérdida de la capacidad de elección y decisión, lo cual repercute en la planificación, organización y ejecución de las tareas. (Rodrigues Tsukimoto; Antunes Valester, 2005)

Los métodos de rehabilitación orientados a esta secuela surgen hacia aproximadamente cuatro décadas, los cuales están basados en orientar la atención visual del paciente hacia el hemicuerpo afectado mediante la utilización de estrategias compensatorias como utilizar los dedos para guiar la atención, trazar una línea roja en la hoja o llevar dispositivos sonoros en algún bolsillo lateral (Arango-Lasprilla y Allegri 2006). Dentro de la terapia ocupacional se

continúan utilizando estos tipos de estrategias compensatorias además de reentrenar las actividades cotidianas. (Domingo, 2006).

A lo largo de la búsqueda de información se encontraron otros tipos de estrategias de rehabilitación, como, por ejemplo, incrementar el nivel de conciencia de los déficits, estimulación vestibular calórica, técnica de “eye patching”, tareas de imaginación vestibular y activación del miembro contralateral (Arango-Lasprilla; Allegri, 2006)

Por otro lado, Freeman (2001) en Sudáfrica, plantea que existen enfoques que se pueden utilizar en Terapia Ocupacional que pueden ser eficaces, aunque se deben seguir trabajando no sólo el desarrollo de teorías si no también la aplicación de práctica de los diferentes enfoques. Se necesita más investigación sobre el uso de diversas técnicas de recuperación con los pacientes con negligencia unilateral, especialmente en relación con los resultados funcionales a largo plazo de estas estrategias de intervención.

En textos de Canadá se ha encontrado que la implicancia que tiene la heminegligencia es altamente incapacitante en las personas, pero la intervención y evaluaciones que se utilizan no son óptimas y se deben mejorar los tratamientos y el uso de evaluaciones estandarizadas. (Menon-Nair, MSc; Korner-Bitensky, 2007).

En los últimos años el aumento de la incidencia del ACV se ha ido incrementado en la población adulta, intensificándose como problema, la secuela de heminegligencia y generando así, un impacto altamente incapacitante en la realización de las AVD; por lo que es fundamental que los Terapistas Ocupacionales sepan identificar la deficiencia, las evaluaciones y herramientas necesarias para utilizar e intervenir de una manera adecuada (Menon-Nair, MSc; Korner-Bitensky, 2007)

Freeman, (2001) refiere que la presencia de heminegligencia parecía ser el factor más importante en el retraso de la recuperación de las AVD.

Tomando como base lo anteriormente desarrollado, surge el interés de focalizar nuestra investigación en el área ocupacional de ABVD, en la etapa subaguda ya que consideramos que es el momento óptimo para su tratamiento donde están las mayores posibilidades de que la persona se reorganice e incorpore del hemicuerpo afectado. Pasado este período, la heminegligencia se cronifica y la evolución es menos significativa. (Durà Mata y colaboradores 2010)

1.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de la independencia funcional en las actividades básicas de la vida diaria que presentan los pacientes de 50-65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional reciben tratamiento específico para la misma al inicio y a los 6 meses y los pacientes con las mismas características que no reciben tratamiento específico, que se encuentran internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015?

1.3 Relevancia y Justificación

Teórica: Generaría un conocimiento más amplio acerca de la evolución de la independencia funcional con respecto a las actividades básicas de la vida diaria y su vínculo con el tratamiento de Terapia Ocupacional en la secuela de heminegligencia post ACV.

Práctica: Aportaría al campo de la rehabilitación física el poder aplicar tratamientos específicos de heminegligencia de manera interdisciplinaria y que tratando la secuela desde el inicio favorecería la independencia de la persona en sus actividades básicas de la vida diaria.

Social: Concientizaría acerca de los beneficios que existen en los tratamientos específicos de heminegligencia y la evolución que existe en la independencia funcional de las personas afectadas en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria que generaría una mejora en la calidad de vida de las personas afectadas y su contexto inmediato.

1.4 Hipótesis

El nivel de independencia funcional en las actividades básicas de la vida diaria en los pacientes de 50 a 65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional reciben tratamiento específico para la misma es al inicio, dependencia con asistencia total y a los 6 meses independencia parcial con supervisión, mientras que los pacientes con las mismas características que no reciben tratamiento específico es al inicio dependencia con asistencia total y a los 6 meses dependencia con asistencia moderada, que se encuentran internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015

1.5 Objetivos:

General:

Analizar la diferencia de la independencia funcional en la actividad básica de la vida diaria que presentan los pacientes de 50-65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional reciben tratamiento específico para la misma al inicio y a los 6 meses y los pacientes con las mismas características que no reciben tratamiento específico, que se encuentran internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

Específicos:

- Identificar el nivel de la independencia funcional en la actividad básica de la vida diaria Bañarse que presentan los pacientes de 50-65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional reciben tratamiento específico para la misma al inicio y a los 6 meses y los pacientes con las mismas características que no reciben tratamiento específico, que se encuentran internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.
- Identificar el nivel de la independencia funcional en la actividad básica de la vida diaria Vestido tren superior que presentan los pacientes de 50-65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional reciben tratamiento específico para la misma al inicio y a los 6 meses y los pacientes con las mismas características que no reciben tratamiento específico, que se encuentran internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.
- Identificar el nivel de la independencia funcional en la actividad básica de la vida diaria Vestido tren inferior que presentan los pacientes de 50-65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional reciben tratamiento específico para la misma al inicio y a los 6 meses y los pacientes con las mismas características que no reciben tratamiento específico, que se encuentran internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.
- Identificar el nivel de la independencia funcional en la actividad básica de la vida diaria Alimentación que presentan los pacientes de 50-65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional reciben tratamiento específico para la misma al inicio y a los 6 meses y los pacientes con las mismas características que no reciben tratamiento específico, que se

encuentran internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

- Identificar el nivel de la independencia funcional en la actividad básica de la vida diaria Movilidad funcional que presentan los pacientes de 50-65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional reciben tratamiento específico para la misma al inicio y a los 6 meses y los pacientes con las mismas características que no reciben tratamiento específico, que se encuentran internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.
- Identificar el nivel de la independencia funcional en la actividad básica de la vida diaria Higiene y arreglo personal que presentan los pacientes de 50-65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional reciben tratamiento específico para la misma al inicio y a los 6 meses y los pacientes con las mismas características que no reciben tratamiento específico, que se encuentran internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.
- Identificar el nivel de la independencia funcional en la actividad básica de la vida diaria Aseo e higiene en el inodoro que presentan los pacientes de 50-65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional reciben tratamiento específico para la misma al inicio y a los 6 meses y los pacientes con las mismas características que no reciben tratamiento específico, que se encuentran internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.
- Comparar el nivel de la independencia funcional que presentan los pacientes de 50-65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional reciben tratamiento específico para la misma al inicio y a los 6 meses, que se encuentran internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia de Buenos Aires en el año 2015.
- Comparar el nivel de la independencia funcional que presentan los pacientes de 50-65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional no reciben tratamiento específico para la misma al inicio y a los 6 meses, que se encuentran internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.
- Comparar el nivel de la independencia funcional en las ABVD que presentan los pacientes de 50-65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional reciben tratamiento específico para la misma al

inicio y a los 6 meses y los pacientes con las mismas características que no reciben tratamiento específico, que se encuentran internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

2. DESARROLLO

2.1 Marco teórico

Labrador (2004) define a la Terapia Ocupacional como una profesión que se ocupa de la promoción de la Salud y el Bienestar a través de la ocupación, siendo su principal objetivo capacitar a las personas para lograr su participación en las actividades de la vida diaria.

Según el Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional (AOTA citando a Wilcock y Townsend, 2010, p2) el objetivo de la misma es que “Toda persona necesita ser capaz o estar disponible para comprometerse con la ocupación que necesite y seleccione para crecer a través de lo que hace y experimentar independencia o interdependencia, equidad, participación, seguridad, salud y bienestar.”

La Terapia Ocupacional está basada en la creencia en que la ocupación, incluyendo sus componentes interpersonales y ambientales, puede utilizarse para prevenir y mejorar la disfunción y para promover el máximo nivel de independencia. La actividad utilizada por un terapeuta ocupacional incluye ambos propósitos, intrínseco a la actividad y terapéutico. (Polonio López, 2001)

Los terapeutas ocupacionales (T.O.) utilizan las ocupaciones como método de implementar la intervención involucrando a través de todo el proceso a los pacientes en ocupaciones que son seleccionadas desde el punto de vista terapéutico. El uso que esta profesión hace de la ocupación como medio y como fin es una aplicación única del proceso (AOTA citando a Trombly, 2010)

Según el marco de trabajo (AOTA, 2010), las ocupaciones de una persona se encuentran divididas en diferentes áreas, por un lado las Actividades de la vida diaria (AVD), también llamadas Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) que incluyen las actividades que están orientadas al cuidado del propio cuerpo. Entre ellas se encuentran: Bañarse, cuidado del intestino y vejiga, vestirse, alimentación, movilidad funcional, cuidado de los dispositivos de atención personal, higiene y arreglo personal, actividad sexual y aseo e higiene en el inodoro; y por otro lado las Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) que son actividades de apoyo a la vida cotidiana en el hogar y la comunidad más complejas que las anteriores. Las mismas son: Cuidado de otros, cuidado de mascotas, facilitar la crianza de los niños, gestión de la comunicación, movilidad en la comunidad, uso de la gestión financiera, gestión y mantenimiento de la salud, establecimiento y gestión del hogar, preparación de la comida y la

limpieza, compras, mantenimiento de la seguridad y responder a la emergencia y práctica de la religión.

En lo que respecta al Descanso y sueño, incluye las actividades relacionadas con obtener el sueño y un descanso restaurador que apoye la participación activa en otras áreas ocupacionales. Estas son: descansar, preparación para el sueño, participación en el sueño.

Educación, actividades necesarias para el aprendizaje y la participación en el ambiente incluyen la participación en la educación formal, la exploración de las necesidades educativas informales o de interés personal y la participación en la educación informal.

En cuanto al Trabajo, se refiere a actividades necesarias para participar en un empleo remunerado o en actividades voluntarias que incluyen búsqueda y adquisición de empleo, rendimiento en el empleo, preparación y ajuste para la jubilación/retiro, participación como voluntario.

En lo que respecta al Juego, se refiere a una actividad que proporcione disfrute, entretenimiento o diversión incluyendo exploración del juego y participación en el juego.

El Ocio o tiempo libre, es una actividad no obligatoria que está intrínsecamente motivada y en la cual participa durante un tiempo libre incluyendo exploración del ocio y la participación en el ocio.

La Participación social, incluye participación en la comunidad, participación en la familia y participación con compañeros/amigos.

De acuerdo a la ley 27.051 las incumbencias que el profesional de Terapia Ocupacional puede desempeñar dentro del ámbito de la rehabilitación física pueden ser realizar acciones de promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas a través del estudio e instrumentación de las actividades y ocupaciones básicas, instrumentales, educativas, productivas y de tiempo libre, como también realizar entrenamiento con técnicas específicas de las destrezas necesarias propias de las actividades y ocupaciones y diseñar, evaluar y aplicar métodos y técnicas para la recuperación y mantenimiento de las capacidades funcionales biopsicosociales de las personas, entre otras.

La profesión de Terapia Ocupacional considera a una persona independiente cuando realiza las actividades por sí mismo, realiza las actividades en un ambiente modificado o adaptado, hace uso de dispositivos o estrategias alternativas o supervisa la actividad completada por otros. (AOTA, 2010).

Según la AOTA (2010) la independencia es un estado auto-dirigido de ser caracterizado por la capacidad de un individuo para participar en ocupaciones necesarias y preferidas de una forma satisfactoria independientemente de la cantidad o tipo de asistencia externa deseada o requerida. Es definida por la cultura y los valores del individuo, sus sistemas de apoyo y su

auto-determinación. En cambio, la funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente. Cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne (MIN- SAL, 2003).

Una de las evaluaciones estandarizadas que se utiliza en discapacidad para evaluar la independencia es la Medida de la independencia funcional (FIM). El mismo es una escala para medir discapacidad de 18 ítems desarrollada en 1984 por un grupo de tarea de expertos en rehabilitación en América del Norte para obtener una medida de severidad de la discapacidad de la persona enferma y del resultado de la rehabilitación. Los datos generados por el FIM pueden usarse en el análisis de los resultados en el proceso de rehabilitación. El FIM incluye una escala de 7 niveles que designa graduaciones importantes en el comportamiento desde la dependencia a la independencia. Clasifica si los pacientes pueden efectuar una actividad independientemente o si se necesita otra persona, un asistente, y si necesita ayuda, cuanta. La necesidad de asistencia se traduce en tiempo/energía que otra persona debe emplear para servir las necesidades dependientes de la persona discapacitada, para lograr y mantener una cierta calidad de vida. (Freeman y Hobart, 1994).

Los T.O. pueden ejercer su profesión en diferentes ámbitos de actuación como ser hospitales, centros de salud, domicilios particulares, escuelas, etc. (Labrador, 2004) De forma autónoma o integrado a equipos interdisciplinarios o transdisciplinarios, en forma privada o en instituciones públicas o privadas que requieran sus servicios (Ley Nacional 27.051, 2014)

Uno de los ejemplos de los ámbitos de actuación de los T.O. son los centros de rehabilitación de tercer nivel que son establecimientos destinados a prestar asistencia sanitaria con internación especializada destinada a resolver la demanda en una sola especialidad como por ejemplo la rehabilitación física. (Ministerio de Salud, 2013)

Como mencionamos en el planteamiento del problema, la predisposición a sufrir un accidente cerebro vascular (ACV), aumenta a partir de los 55 años de edad y hay mayor prevalencia en hombres que en mujeres (Amengual, 2013). Esta incidencia, se encuentra dentro de lo que llamamos “Adulterz tardía”, que comprende el período de 50 a 65 años de edad. Las personas en esta etapa de la vida, poseen roles de padre, abuelo, hijo, amigo, colega y trabajador. En referencia a este último rol, Kielhofner, (2011) sostiene que es el más significativo ya que muchas personas son el único sostén económico del grupo familiar. Pasados los 65 años de edad, se pierde el rol de trabajador pasando a ser de jubilado, y fortaleciéndose los roles de abuelo, padre y amigo.

Según la Federación Argentina de Cardiología (2008) el ACV es una enfermedad frecuente de alta incidencia y prevalencia en la población a partir de los 50 años. Dicha patología se

considera como la primera causa de discapacidad en el mundo. Por lo tanto, es frecuente encontrar pacientes con esta patología en los centros de rehabilitación.

“El accidente cerebrovascular (ACV) es una enfermedad grave que ocurre cuando el suministro de sangre de una zona del cerebro se interrumpe, causada por cualquier anomalía en el cerebro como resultado de un proceso patológico de los vasos sanguíneos, incluyendo la oclusión de la luz por embolia o trombosis, ruptura de un vaso, una alteración de la permeabilidad de la pared del vaso, o aumento de la viscosidad u otro cambio en la calidad de la sangre que fluye a través de los vasos cerebrales. El cerebro requiere de oxígeno y nutrientes que la sangre proporciona correctamente, si el suministro se restringe o se detiene las células del cerebro comienzan a morir. Un ACV es considerado una urgencia médica”. (Villarreal Reyna, 2012, p. 01)

Franch Verdiá, (2011) Clasifica al ACV según diferentes criterios: Primero, por tiempo de evolución: Ataque isquémico transitorio, Déficit neurológico isquémico reversible, ACV establecido y de evolución.

Por otro lado, según su etiología: El ACV Isquémico se produce cuando una parte del cerebro deja de recibir nutrientes y oxígeno cuando los vasos sanguíneos se bloquean. Se puede producir de dos maneras: 1) por trombosis arterial que es la que ocurre cuando se forma un coágulo de sangre (trombo) en un vaso sanguíneo que suministra sangre al cerebro y se bloquea el suministro del mismo. Embolia cerebral: es el que ocurre cuando un coágulo de sangre que se formó en otra parte del cuerpo (émbolo), se desplaza hacia el cerebro y bloquea el suministro del mismo. 2) ACV Hemorrágico que ocurre cuando un vaso sanguíneo localizado en el cerebro se rompe y provoca un sangrado dentro del mismo. Puede ser de etiología traumática o provocada por defectos en los vasos sanguíneos como Aneurisma o malformación arteriovenosa. Los síntomas pueden variar de cefaleas de reciente instauración con náuseas y vómitos. Dependiendo de su localización puede provocar síntomas y signos de irritación meníngea o hipertensión intracraneal.

A su vez Franch Verdiá (2011) plantea que el ACV tiene 6 fases de recuperación. La Fase 1 que es la que ocurre inmediatamente después del episodio agudo sucede el periodo de flacidez. En el cual no aparece tono muscular y el paciente no posee la capacidad de movilizar de forma voluntario sus miembros. Fase 2: comienzo de la recuperación, algunos de los componentes de las sinergias básicas aparecen como reacciones asociadas o aparecen los primeros movimientos voluntarios. Comienza el desarrollo de la espasticidad. Fase 3: el paciente comienza a controlar las sinergias de movimientos, aunque no en rangos completos. Aumenta la espasticidad. Fase 4: inicia movimientos fuera de las sinergias con

dificultad. Comienza a disminuir la espasticidad. Fase 5: si existe evolución, adquiere combinación de movimientos más complejos y las sinergias de movimientos pierden protagonismo en los actos motores. Fase 6: con la disminución de la espasticidad es posible la disociación de movimientos y mejora la coordinación.

Durà Mata y colaboradores (2010), establecen que tras un ACV la evolución funcional del paciente atraviesa por tres periodos, un periodo agudo que incluye desde que se inician los síntomas hasta el alta hospitalaria, un periodo subagudo en el que se presenta una mejora funcional progresiva, que se estima sucede durante los primeros 3-6 meses y posteriormente una fase crónica de estabilización funcional. Los autores señalan que existe una mejoría funcional progresiva más allá de los 12 meses si se realiza tratamiento rehabilitador, y un progresivo deterioro funcional en ausencia de una terapia específica. La rehabilitación tiene un papel fundamental en este proceso ya que influye directamente en la disminución de la discapacidad y de la minusvalía reduciendo el coste personal, familiar y social, y su utilidad se encuentra plenamente establecida.

Franch Verdía, clasifica las secuelas post ACV en varios grupos, entre los cuales se encuentran los Trastornos cognitivos (Alteración de las funciones cerebrales superiores, desorientación en espacio y tiempo, problemas de atención y memoria, reducción de la velocidad de procesamiento, dificultades al resolver problemas, planificar, organizar, falta de flexibilidad mental y de razonamiento, trastornos de la percepción, deficiencias visuoespaciales.); Trastornos emocionales y de comportamiento (dificultad para controlar sus emociones, agresividad, impulsividad, agitación, apatía, desinhibición, depresión, ideas delirantes etc.); Trastornos de la comunicación (problemas en la comprensión de órdenes sencillas y en la expresión, dificultades en la articulación de palabras); Alteraciones de la funcionalidad y pérdida de autonomía (El paciente puede no ser capaz de realizar con normalidad actividades básicas de la vida diaria como comer, vestirse o asearse, requiriendo asistencia o supervisión para las mismas.); Trastornos físicos (alteración de la movilidad, hemiplejía o hemiparesia, alteración de la sensibilidad, problemas de coordinación y equilibrio, alteraciones del tono muscular, deformidades producidas por la inmovilidad.); Trastornos de la deglución (dificultades para ingerir determinados tipos de alimentos o líquidos).

Dentro de los trastornos de atención se encuentra la heminegligencia, que es una falla para referirse, responder u orientarse hacia un estímulo presente contralateralmente a una lesión cerebral, siempre que el trastorno no se deba a una alteración motora o sensorial elemental (Heilman, Watson y Valenstein, 1993). En las formas agudas, el paciente puede conducirse como si una mitad del universo sensorial hubiera dejado de existir abruptamente, donde puede observarse que la persona se afeita la mitad de la cara, viste una mitad de su cuerpo, come la

mitad de la comida de un plato u omite leer o escribir en la mitad de una hoja. En formas más leves, los pacientes sólo prestan menos atención a los estímulos o se mueven menos en una mitad del espacio. (Arango-Lasprilla y Allegri, 2003)

En los diferentes textos la heminegligencia también es citada como abandono unilateral, negligencia espacial, negligencia unilateral, negligencia espacial unilateral, hemi-espacial descuido y hemi-inatención. Para evitar confusiones, a lo largo de nuestra investigación nos referiremos a esta secuela como “heminegligencia.”

La heminegligencia aparece en el hemicuerpo contralateral donde se produce la lesión.

El daño más implicado en la causa de dicha secuela es el cortical del lóbulo parietal inferior derecho junto a las lesiones en la unión temporo-parietal, también puede aparecer tras lesiones focales del lóbulo frontal inferior y lesiones de los ganglios basales o el tálamo (Galiano 2013)

Para Mesulam (2000) la heminegligencia es una patología del sistema atencional, a lo que Allegri agrega, en el mismo año, que en este tipo de secuela está afectada la atención selectiva, la cual se ocupa de la dirección de la atención y es la habilidad de dirigir el foco de la vigilancia hacia los aspectos relevantes del espacio sensorial.

Este tipo de atención, según Allegri (2000), involucra el aspecto sensorial el cual está relacionado a los estímulos presentes el espacio externo (extracorporal) o referido al propio cuerpo (personal), el aspecto motor que corresponde a la tendencia a realizar movimientos exploratorios y de búsqueda con la cabeza, ojos y miembros, como también el aspecto límbico que está vinculado a la importancia afectiva y motivacional que se le da a los estímulos y el aspecto representacional que es la atención relacionada a la imagen mental.

En base a los diferentes aspectos involucrados en la atención selectiva, la heminegligencia se puede clasificar en: Heminegligencia atencional o sensorial que se refiere a la dificultad en responder a un estímulo que está presente en el lado opuesto a la lesión cerebral (Heilman y col.1993).

Dentro de la misma encontramos: heminegligencia o hemi-inatención sensorial donde el paciente no dirige espontáneamente su atención hacia el hemiespacio alterado. Puede ser visual, auditiva o táctil. La extinción sensorial a estímulos simultáneos se produce cuando el paciente puede responder ante estímulos separados en ambos lados del cuerpo, mientras que cuando se realiza una estimulación simultánea bilateral el paciente informa únicamente del estímulo aplicado en el lado ipsilateral a la lesión. La heminegligencia espacial es la falla para atender a un estímulo en el espacio extracorporal, y toca además el conjunto de actividades del paciente como el vestirse, la lectura, la escritura, etc.

La heminegligencia personal también llamada hemisomatognosia, ocurre cuando la persona no reconoce que sus extremidades contralesionales le pertenecen.

La Heminegligencia intencional o motora se trata de un retardo en la iniciación de los movimientos o de ausencia de los mismos. La misma se subdivide en: Hemiakinesia (fallo en la iniciación del movimiento); Extinción motora; Hipokinesia (inicia el movimiento después de un lapso anormalmente largo); Impersistencia motora (imposibilidad de mantener una posición comandada más de 10 segundos.)

En la Heminegligencia afectiva la conducta del paciente es como si no sucediera nada de importancia, a pesar de tener su hemiplejía. Aún en algunos sujetos existe un rechazo o maltrato con el hemicuerpo izquierdo.

En la Heminegligencia representacional, la negligencia es hacia una mitad de la imagen mental.

Según Freeman (2001) la Terapia Ocupacional debe enfocarse en las implicancias de la heminegligencia con respecto a la disminución de la atención de un lado del espacio extrapersonal generando una dificultad en la movilidad, la alimentación y en la realización de actividades de cuidado personal.

Domingo García (2006) refiere que se debe evaluar aquellos aspectos más relevantes para el tratamiento, entre los cuales el principal es la valoración de las **Actividades básicas de la vida diaria** (ABVD). El Marco de trabajo de Terapia Ocupacional (AOTA, 2010) las clasifica de la siguiente manera: 1) Bañarse/ducharse que se refiere a obtener y utilizar suministros, enjabonarse, enjuagarse y secarse partes del cuerpo, mantener la posición en el baño desde y hacia la bañera. 2) Vestido: Implica seleccionar las prendas de vestir y los accesorios adecuados a la hora del día, el tiempo y la ocasión; obtener prendas de vestir del área de almacenamiento, vestirse y desvestirse en secuencia; amarrarse y ajustarse la ropa y los zapatos, aplicar y remover los dispositivos personales, prótesis y/u órtesis. 3) Alimentación que es el proceso de preparar, organizar y llevar el alimento/líquido del plato o taza/vaso a la boca, a veces también llamado autoalimentación. 4) Movilidad funcional que se refiere a moverse de una posición o lugar a otro (durante la ejecución de las actividades cotidianas), tales como moverse en la cama, moverse en silla de ruedas, y las transferencias (por ejemplo, sillas de ruedas, cama, coche, bañera, inodoro, bañera/ducha, silla, piso). Incluye ambulación funcional y transportar objetos. 5) Higiene y arreglo personal que se trata de obtener y usar suministros; eliminar el vello corporal (por ejemplo, usar navajas de afeitar, pinzas, lociones); aplicar y eliminar cosméticos; lavar, secar, peinar, dar estilo, cepillar y recortar el pelo, cuidar las uñas (manos y pies); cuidar la piel, oídos, ojos y nariz, aplicar el desodorante; limpiar la boca, cepillar dientes y usar hilo dental, o eliminar, limpiar, y colocar ortesis y prótesis dentales. 6) Aseo e higiene en inodoro que se refiere a obtener y utilizar suministros, manejo de la ropa, mantener la posición en el inodoro, transferirse hacia y desde la posición para el uso del inodoro: limpiarse el cuerpo y cuidar de las necesidades de la menstruación y las

necesidades de la continencia (incluyendo el manejo de catéteres, colostomías y supositorios).

Sin embargo, existen diversas formas de evaluar la heminegligencia, entre ellas se encuentran las evaluaciones no estandarizadas como el Test de tachado de los círculos, test de cancelación o test de bisección de líneas (Arango-Lasprilla y Allegri 2006), el test de determinación del punto medio de una línea de 18 cm de longitud, copia de dibujos, campimetría por confrontación, lectura y escritura (Galiano 2013).

La rehabilitación de la heminegligencia presenta diferentes tipos de métodos, entre los cuales se encuentran la adaptación al prisma, entrenamiento en activación del miembro contralesional, estimulación vestibular calórica, entrenamiento con imágenes mentales, hemivisión y vibración muscular del cuello. (Domingo, 2006) (Arango-Lasprilla y Allegri 2006).

Galiano (2013) explica cada uno de ellos: la adaptación al prisma (AP) donde los pacientes son entrenados en una tarea de señalar con el miembro superior sano llevando gafas prismáticas que producen una desviación de la mirada hacia la derecha del campo visual donde genera una modificación en la entrada sensorial. En su investigación Fortis (2011) demuestra que gracias a AP se recalibra la referencia visual, propioceptiva y motora mediante la plasticidad neuronal en respuesta a las nuevas demandas sensoriales. Por otro lado, el entrenamiento del miembro contralesional consta en restringir el uso del miembro sano. La heminegligencia puede ser mejorada si los sistemas del hemisferio derecho dañado se activan, por ejemplo, moviendo el brazo izquierdo en el lado izquierdo del cuerpo. Esto activa dos sistemas mutuamente facilitadores en el hemisferio derecho, uno correspondiente a la representación de la parte izquierda del cuerpo (espacio personal), y el otro la mitad izquierda del espacio de alcance peripersonal. A su vez, la estimulación vestibular calórica consiste en irrigar agua fría en el oído externo contralateral a la lesión. Con el mismo se estimula el canal auditivo horizontal del sistema vestibular. En la Vibración muscular del cuello se estimulan los músculos del cuello del lado contralesional mediante un vibrador. Resulta de gran utilidad en las primeras fases de la rehabilitación ya que es mínimamente dependiente de la cooperación de los pacientes. Es fácil de aplicar, no invasivo y requiere de tecnología de bajo costo. Asimismo, con el entrenamiento con imágenes mentales, el paciente debe idear imágenes mentales en movimiento y describir una habitación, un camino, etc. Los movimientos espaciales se los debe imaginar con el hemicuerpo afectado y realizarlos con el miembro no afectado. Y, por último, con el método de hemivisión también llamado “eye patching”, se tapa mediante un parche o gafas el ojo del lado de la lesión, por lo que la persona recibe información proveniente del hemicuerpo afectado lo que logra producir una

respuesta de orientación por parte del cóliculo superior derecho hacia el lado izquierdo mejorando la heminegligencia.

2.2 Metodología

2.2.1 Tipo de diseño

El diseño de nuestro trabajo de investigación según el grado de conocimiento es de tipo *exploratorio*, ya que luego de realizar el rastreo del estado del arte nos hemos encontrado con información e investigaciones acerca de la heminegligencia y su tratamiento en general, situándonos en un terreno donde existe escasa información con respecto a la relación entre la heminegligencia y la funcionalidad de la persona en cuanto a su desempeño de las actividades básicas de la vida diaria. Se requiere más investigación sobre el uso de diferentes técnicas y su relación con los resultados funcionales a largo plazo de las personas con heminegligencia (Freeman, 2001).

A su vez el enfoque metodológico es de tipo *cuantitativo* ya que a través del instrumento que se utilizará (escala “Medida de la independencia funcional” FIM), se podrá comparar la evolución en el grado de independencia funcional en las actividades básicas de la vida diaria que presentan los pacientes de 50 a 65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional reciben tratamiento específico para la misma durante el periodo subagudo y los pacientes con las mismas características que no reciben tratamiento específico.

De acuerdo a la temporalidad de los datos podemos decir que es de tipo *prospectivo*, porque se necesitará recolectar datos a través del cuestionario para evaluar la evolución de la independencia funcional en las actividades básicas de la vida diaria de los pacientes que dentro del área de terapia ocupacional reciben tratamiento específico y los que no. Según el tipo de trabajo a realizar nuestra investigación es *de campo*, ya que los resultados se obtendrán mediante la administración del instrumento en los lugares y en las personas pertinentes.

Según el movimiento del objeto es de tipo *transversal*, ya que en el estudio se realizan dos recortes en un momento particular (al inicio del tratamiento y a los 6 meses del mismo) dentro del año 2015. La fecha de inicio del tratamiento de Terapia Ocupacional puede variar en los meses dentro del año mientras cumpla con el periodo subagudo de la enfermedad que abarca de los 3 a 6 meses.

2.2.2 Universo y muestra

Universo:

Todos los pacientes de 50 a 65 años de edad que han sufrido un accidente cerebrovascular el cual causo secuela de heminegligencia, que fueron derivados de un hospital general donde transitaron su periodo agudo y que en la actualidad reciben tratamiento de rehabilitación interdisciplinaria, durante el periodo subagudo, en centros de rehabilitación de 3 nivel en la provincia de Buenos Aires en el año 2015.

Muestra:

Pacientes de 50 a 65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional reciben tratamiento específico para la misma durante el periodo subagudo y los pacientes con las mismas características que no reciben tratamiento específico, que se encuentran internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015

La muestra es de tipo *no probabilística en cuotas*, ya que en tipos de diseño exploratorio como es nuestro caso, la mejor opción es el uso de este tipo de muestras y no dejar al azar las personas que se incluyen en la misma (Samaja 1993). La muestra si divide en grupos homogéneos y exclusivos de pacientes de 50 a 65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional reciben tratamiento específico durante el periodo subagudo y los pacientes con las mismas características que no reciben tratamiento, que se encuentran internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de Buenos Aires en el año 2015.

El tamaño de la muestra está formado por 10 casos clínicos en total.

Para establecer la cantidad de personas que se incluyeron en la muestra, se tuvo en cuenta el número de pacientes que recibieron tratamiento específico para la secuela, anteriormente mencionada, ya que al recibir los cuestionarios completados por los terapeutas ocupacionales, se obtuvo un total de 5 casos en referencia a este último grupo, mientras que para el grupo que no recibió tratamiento específico se consiguieron 7 casos en total.

Ante esta diferencia, se decidió seleccionar aquellos casos que iniciaran con una dependencia con asistencial total y de esta manera generar una mejor y más completa comparación de su evolución en las diferentes AVBD

Criterios de inclusión de la muestra.

- Pacientes de 50 a 65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional reciben tratamiento específico para la misma durante el periodo subagudo y que se encuentran internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de Buenos Aires en el año 2015.

- Pacientes de 50 a 65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional no reciben tratamiento específico para la misma durante el periodo subagudo y que se encuentran internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de Buenos Aires en el año 2015.

Criterios de exclusión de la muestra.

- Pacientes con secuela de heminegligencia que presenten trastornos cognitivos asociados.
- Paciente que no tenga realizado por el terapeuta ocupacional el FIM al inicio del tratamiento y/o a los 6 meses del mismo.

2.2.3 Definiciones operacionales

UA: Cada uno de los pacientes de 50-65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional reciben tratamiento específico para la misma durante el periodo subagudo y los pacientes que con las mismas características que no reciben tratamiento específico, que se encuentran internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

Variables:

Necesarias:

- Recibe tratamiento específico para la heminegligencia como secuela de ACV dentro del área de terapia ocupacional
- Tipos de tratamiento de heminegligencia
- Nivel de asistencia en actividades básicas de la vida diaria al inicio del tratamiento de Terapia Ocupacional
- Nivel de asistencia en actividades básicas de la vida diaria a los 6 meses de tratamiento de Terapia Ocupacional

Suficientes:

- Edad
- Sexo
- Etiología del ACV
- Secuelas Asociadas

V1 Necesaria: - Recibe tratamiento específico para la heminegligencia como secuela de ACV dentro del área de terapia ocupacional

R1: Si

No

I1: Se obtiene a través de la respuesta a la Subvariable 1. Se tomará como respuesta “SI” cuando se indique en el ítem nº 5 algunos de los siguientes métodos de tratamiento: Adaptación al prisma, entrenamiento en activación del miembro contralesional, estimulación vestibular calórica, entrenamiento con imágenes mentales, eye patching y vibración muscular del cuello. Se tomará como respuesta “NO” cuando se indique en el ítem nº5 ninguno de los anteriores tratamientos.

Fuente: Primaria. Se responderá la misma a través de la respuesta al ítem nº1 del cuestionario autoadministrado por parte del terapeuta ocupacional que se desempeña en los centros de rehabilitación de la Zona Noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

V2 Necesaria: Tipos de tratamiento de heminegligencia (Métodos específicos para la rehabilitación de la secuela heminegligencia)

R2: Adaptación al prisma

Entrenamiento en activación del miembro contralesional

Estimulación vestibular calórica

Entrenamiento con imágenes mentales

Eye patching o Redivisión o Hemivisión

Vibración muscular del cuello

Ninguno de los anteriores tratamientos

Más de un tratamiento

I2: Se obtiene a través de la respuesta al ítem nº 5 “Marque que tipo de tratamiento recibe el paciente para la secuela de heminegligencia” del cuestionario autoadministrado.

El valor “Más de un tratamiento” se toma cuando los terapeutas ocupacionales marcan más de una opción de los tratamientos específicos que utilizan.

Fuente: Primaria: terapeuta ocupacional que se desempeña en los centros de rehabilitación de la Zona Noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015

V3 Necesaria: Nivel de asistencia en actividades básicas de la vida diaria al inicio del tratamiento de Terapia Ocupacional (Nivel de ayuda que requiere el paciente por parte de un tercero en las actividades de autocuidado).

R3: Independencia

Independencia modificada (de la actividad o con adaptaciones)

Independencia con supervisión

Dependencia con asistencia mínima

Dependencia con asistencia moderada

Dependencia con asistencia máxima

Dependencia con asistencia total

I2: Tomar el resultado obtenido del ítem 6 del cuestionario que corresponde al Nivel de independencia funcional, donde se utilizará el score de la evaluación Medida de independencia funcional (FIM). Se calcula el promedio del total del score de cada sub-variable dividido la cantidad de las 7 sub-variable tomadas. Para determinar los puntajes nos guiaremos según el manual instructivo del FIM.

El perfil se conforma con las subvariables 1 a 7. Cuando las mismas tienen todo el valor de Independientes (puntaje 7) es Independiente, el rango de intervalo de independiente el puntaje va de 49 a 44, con la posibilidad de que 7 subvariables sean Independiente y en una de ellas Independiente modificada (puntaje 48), 7 subvariables Independiente y una de ellas Independencia con supervisión o 5 subvariables Independiente y 2 de ellas independencia modificada (puntaje 47), 6 subvariables Independiente y una de ella dependencia con asistencia mínima o 5 subvariables Independiente más una de ellas con independencia modificada y otra de ellas con independencia con supervisión (puntaje 46), 6 subvariables Independientes y una de ella con Dependencia con asistencia moderada o 5 subvariables Independiente y dos de las subvariables con Independencia con asistencia (puntaje 45) y el puntaje 44 puede ser conformado con 6 subvariables Independiente y una de ella Dependiente con asistencia máxima o 5 subvariables independiente más una Subvariable Independencia modificada y otra con Dependencia con asistencia moderada o 5 subvariables independiente otra que sea con independencia con supervisión y otra con Dependencia con asistencia mínima.

La independencia modificada posee un intervalo de puntaje de 43 a 38. Teniendo en cuenta que las subvariables en su mayoría deben tener un valor de Independencia modificada. Con la posibilidad de que 6 subvariables sea Independencia modificada y una de ella Independiente (puntaje 43), la suma de las 7 subvariables con puntaje 6 refiere que el paciente es Independiente con modificaciones (puntaje 42), siendo también cuando 6 subvariables es Independencia modificada y una de ellas con independencia con supervisión (puntaje 41), luego el puntaje 40 es con la posibilidad de que una subvariable dependencia con asistencia mínima y las demás Independencia modificada, 6 subvariables independencia modificada y una de ellas dependencia con asistencia moderada (puntaje 39) y por último el puntaje 38 se puede conformar con 6 subvariables independencia modificada y una de ellas dependencia con asistencia máxima.

La independencia con supervisión se conforma con las subvariables en su mayoría con el puntaje 5 que corresponde a la independencia con supervisión. El intervalo del puntaje va de 37 a 32 en la suma de los valores de la subvariable. El puntaje 37 se conforma con 6 subvariables independencia con supervisión y una independiente. El puntaje 36 es de 6 subvariables independencia con supervisión y una subvariable independencia modificada. El puntaje 35 es de todas las subvariables independencia con supervisión. Por otro lado, 6 subvariables independencia con supervisión y una de ellas dependencia con asistencia mínima es el puntaje 34. El puntaje 33 se conforma con 6 subvariables independencia con supervisión y una dependencia con asistencia moderada y por último en el intervalo de independencia con supervisión, puntaje 33 con 6 subvariables con este valor y uno de dependencia con asistencia máxima.

La dependencia con asistencia mínima corresponde a la mayoría de las subvariables con el valor correspondiente, con el puntaje 4. El intervalo varía del puntaje 31 a 26. El puntaje 31 corresponde a 6 subvariables con el valor dependencia con asistencia mínima y una de independencia. Luego el puntaje 30 es de 6 subvariables con el valor correspondiente al intervalo y una de independencia modificada, el 29 una de las subvariables posee el valor de independencia con supervisión y 6 subvariables de dependencia con asistencia mínima. El puntaje 28 corresponde a las 7 subvariables de dependencia con asistencia mínima. El puntaje 27 posee el valor de dependencia con asistencia mínima en 6 subvariables y una de dependencia con asistencia moderada y el último puntaje del intervalo es de 26 con 6 subvariables de dependencia con asistencia mínima y una de asistencia máxima.

La dependencia con asistencia moderada corresponde a la mayoría de las subvariables con el valor de dependencia con asistencia moderada, el valor de la misma es de 3 y el intervalo de la variable es de 25 a 20. El puntaje 25 corresponde a 6 subvariables con el valor dependencia con asistencia moderada y una de independencia. Luego el puntaje 24 es de 6 subvariables con el valor correspondiente al intervalo y una de independencia modificada, el 23 una de las subvariables posee el valor de independencia con supervisión y 6 subvariables de dependencia con asistencia moderada. El puntaje 22 corresponde a 6 subvariables de dependencia con asistencia moderada y una de dependencia con asistencia mínima. El puntaje 21 corresponde a todas las subvariables con el valor de dependencia con asistencia moderada y el último puntaje del intervalo es de 20 con 6 subvariables de dependencia con asistencia moderada y una con asistencia máxima.

La dependencia con asistencia máxima corresponde a la mayoría de las subvariables con el valor de dependencia con asistencia máxima con puntaje 2, el intervalo de la variable es de 19 a 14. El puntaje 19 corresponde a 6 subvariables con el valor dependencia con asistencia

máxima y una de independencia. Luego el puntaje 18 es de 6 subvariables con el valor correspondiente al intervalo y una de independencia modificada, en el puntaje 17 una de las subvariables posee el valor de independencia con supervisión y 6 subvariables de dependencia con asistencia máxima. El puntaje 16 corresponde 6 subvariables con el valor de dependencia con asistencia máxima y una de asistencia mínima. El puntaje 15 posee el valor de dependencia con asistencia máxima en 6 subvariables y una de dependencia con asistencia moderada y el último puntaje del intervalo es de 14 es del total de las subvariables con el valor de dependencia con asistencia máxima.

Por último, la dependencia con asistencia total corresponde a la mayoría de las subvariables con el valor de asistencia total y su puntaje es de 1. El intervalo de la variable es de 13 a 7, siendo este último el mínimo valor que puede poseer la variable.

Fuente: Primaria: A través de la respuesta a las subvariables 1 a 6 del cuestionario “Nivel de independencia funcional”. La misma es respondida por el terapeuta ocupacional de uno de los centros de rehabilitación de la Zona Noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

Sub-variable 1: Nivel de asistencia en ABVD Bañarse al inicio del tratamiento de Terapia Ocupacional (Incluye la actividad de lavado, enjuagado y secado del cuerpo desde el cuello hacia abajo, tanto en la bañera, ducha o baño con esponja en cama al ingreso del paciente al servicio de Terapia Ocupacional).

SRI: Independencia

Independencia modificada (de la actividad o con adaptaciones)

Independencia con supervisión

Dependencia con asistencia mínima

Dependencia con asistencia moderada

Dependencia con asistencia máxima

Dependencia con asistencia total

SII: Se obtiene a través de la respuesta al ítem 6.2 “ABVD Bañarse” del cuestionario autoadministrado en el ítem 6 que corresponde al Nivel de independencia funcional.

Fuente: Primaria: A través de la respuesta al ítem 6.2 “ABVD Bañarse” del cuestionario autoadministrado en el ítem 6 que corresponde al Nivel de independencia funcional. La misma es respondida por el terapeuta ocupacional de uno de los centros de rehabilitación de la Zona Noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

Sub-variable 2: Nivel de asistencia en ABVD Vestido Tren superior al inicio del tratamiento de Terapia Ocupacional (incluye vestir y desvestir tren superior, así como también aplicar y

quitar prótesis u ortesis al ingreso del paciente al servicio de Terapia Ocupacional).

SR2: Independencia

Independencia modificada (de la actividad o con adaptaciones)

Independencia con supervisión

Dependencia con asistencia mínima

Dependencia con asistencia moderada

Dependencia con asistencia máxima

Dependencia con asistencia total

SI2: Se obtiene a través de la respuesta al ítem 6.3 “ABVD Vestido de tren superior” del cuestionario autoadministrado en el ítem 6 que corresponde al Nivel de independencia funcional.

Fuente: Primaria: A través de la respuesta al ítem 6.3 “ABVD Vestido de tren superior” del cuestionario autoadministrado en el ítem 6 que corresponde al Nivel de independencia funcional. La misma es respondida por el terapeuta ocupacional de uno de los centros de rehabilitación de la Zona Noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

Sub-variable 3: Nivel de asistencia en ABVD Vestido Tren inferior al inicio del tratamiento de Terapia Ocupacional (incluye vestir y desvestir tren inferior del cuerpo, así como también aplicar y quitar prótesis u ortesis al ingreso del paciente al servicio de Terapia Ocupacional).

SR3: Independencia

Independencia modificada (de la actividad o con adaptaciones)

Independencia con supervisión

Dependencia con asistencia mínima

Dependencia con asistencia moderada

Dependencia con asistencia máxima

Dependencia con asistencia total

SI3: Se obtiene a través de la respuesta al ítem 6.4 “ABVD Vestido de tren inferior” del cuestionario autoadministrado en el ítem 6 que corresponde al Nivel de independencia funcional.

Fuente: Primaria A través de la respuesta al ítem 6.4 “ABVD Vestido de tren inferior” del cuestionario autoadministrado en el ítem 6 que corresponde al Nivel de independencia funcional. La misma se responde por el terapeuta ocupacional de uno de los centros de rehabilitación de la Zona: Noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

Sub-variable 4: Nivel de asistencia en ABVD Alimentación al inicio del tratamiento de Terapia Ocupacional (incluye el uso de utensilios apropiados para llevar el alimento a la boca

una vez que la comida se encuentre presente en la manera normal sobre una mesa o bandeja al ingreso del paciente al servicio de Terapia Ocupacional).

SR4: Independencia

Independencia modificada (de la actividad o con adaptaciones)

Independencia con supervisión

Dependencia con asistencia mínima

Dependencia con asistencia moderada

Dependencia con asistencia máxima

Dependencia con asistencia total

SI4: Se obtiene a través de la respuesta al ítem 6.5 “ABVD Alimentación” del cuestionario autoadministrado en el ítem 6 que corresponde al Nivel de independencia funcional.

Fuente: Primaria A través de la respuesta al ítem 6.5 “ABVD Alimentación” del cuestionario autoadministrado en el ítem 6 que corresponde al Nivel de independencia funcional. La misma se responde por el terapeuta ocupacional de uno de los centros de rehabilitación de la Zona Noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

Sub-variable 5: Nivel de asistencia en ABVD Movilidad funcional al inicio del tratamiento de Terapia Ocupacional (incluye las transferencias en todos los aspectos y locomoción ya sea marcha o silla de ruedas al ingreso del paciente al servicio de Terapia Ocupacional)

SR5: Independencia

Independencia modificada (de la actividad o con adaptaciones)

Independencia con supervisión

Dependencia con asistencia mínima

Dependencia con asistencia moderada

Dependencia con asistencia máxima

Dependencia con asistencia total

SI5: Se obtiene a través de la respuesta al ítem 6.6 “ABVD Movilidad funcional” del cuestionario autoadministrado en el ítem 6 que corresponde al Nivel de independencia funcional.

Fuente: Primaria: A través de la respuesta al ítem 6.6 “ABVD Movilidad funcional” del cuestionario autoadministrado en el ítem 6 que corresponde al Nivel de independencia funcional. La misma es respondida por el terapeuta ocupacional de uno de los centros de rehabilitación de la Zona Noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

Noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

Sub-variable 6: Nivel de asistencia en ABVD Higiene y arreglo personal al inicio del tratamiento de Terapia Ocupacional (incluye cuidado oral, arreglo del cabello, peinado y cepillado, lavado de manos, lavado de cara, afeitado de cara y aplicar maquillaje al ingreso del paciente al servicio de Terapia Ocupacional).

SR6: Independencia

Independencia modificada (de la actividad o con adaptaciones)

Independencia con supervisión

Dependencia con asistencia mínima

Dependencia con asistencia moderada

Dependencia con asistencia máxima

Dependencia con asistencia total

SI6: Se obtiene a través de la respuesta al ítem 6.7 “ABVD Higiene y arreglo personal” del cuestionario autoadministrado en el ítem 6 que corresponde al Nivel de independencia funcional.

Fuente: Primaria: A través de la respuesta al ítem 6.7 “ABVD Higiene y arreglo personal” del cuestionario autoadministrado en el ítem 6 que corresponde al Nivel de independencia funcional. La misma es respondida por el terapeuta ocupacional de uno de los centros de rehabilitación de la Zona Noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

Sub-variable 7: Nivel de asistencia en ABVD Aseo e higiene en el inodoro al inicio del tratamiento de Terapia Ocupacional (incluye el mantenimiento de la higiene perineal y ajuste de la ropa antes y después de usar el servicio o dispositivo especial al ingreso del paciente al servicio de Terapia Ocupacional).

SR7: Independencia

Independencia modificada (de la actividad o con adaptaciones)

Independencia con supervisión

Dependencia con asistencia mínima

Dependencia con asistencia moderada

Dependencia con asistencia máxima

Dependencia con asistencia total

SI7: Se obtiene a través de la respuesta al ítem 6.8 “ABVD Aseo e higiene en el inodoro” del cuestionario autoadministrado en el ítem 6 que corresponde al Nivel de independencia funcional.

Fuente: Primaria: A través de la respuesta al ítem 6.8 “ABVD Aseo e higiene en el inodoro” del cuestionario autoadministrado en el ítem 6 que corresponde al Nivel de independencia funcional. La misma es respondida por el terapeuta ocupacional de uno de los centros de rehabilitación de la Zona Noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

V4 Necesaria: Nivel de asistencia en actividades básicas de la vida diaria a los 6 meses de tratamiento de Terapia Ocupacional (Nivel de ayuda que requiere el paciente por parte de un tercero en las actividades de autocuidado)

R4: Independencia

Independencia modificada (de la actividad o con adaptaciones)

Independencia con supervisión

Dependencia con asistencia mínima

Dependencia con asistencia moderada

Dependencia con asistencia máxima

Dependencia con asistencia total

I4: Tomar el resultado obtenido del ítem 6 del cuestionario que corresponde al Nivel de independencia funcional, donde se utilizará el score de la evaluación Medida de independencia funcional (FIM). Se calcula el promedio del total del score de cada subvariable dividido la cantidad de las 6 sub-variable tomadas. El perfil se conforma con las subvariables 1 a 7. Cuando las mismas tienen todas el valor de Independientes (puntaje 7) es Independiente, el rango de intervalo de independiente el puntaje va de 49 a 44, con la posibilidad de que 7 subvariables sean Independiente y en una de ellas Independiente modificada (puntaje 48), 7 subvariables Independiente y una de ellas Independencia con supervisión o 5 subvariables Independiente y 2 de ellas independencia modificada (puntaje 47), 6 subvariables Independiente y una de ella dependencia con asistencia mínima o 5 subvariables Independiente más una de ellas con independencia modificada y otra de ellas independencia con supervisión (puntaje 46), 6 subvariables Independientes y una de ella Dependencia con asistencia moderada o 5 subvariables Independiente y dos de las subvariables Independencia con asistencia (puntaje 45) y el puntaje 44 puede ser conformado con 6 subvariables Independiente y una de ellas Dependiente con asistencia máxima o 5 subvariables independiente más una subvariable Independencia modificada y otra Dependencia con asistencia moderada o 5 subvariables independiente otra que sea con independencia con supervisión y otra Dependencia con asistencia mínima.

La independencia modificada posee un intervalo de puntaje de 43 a 38. Teniendo en cuenta que las subvariables en su mayoría deben tener un valor de Independencia modificada. Con la

posibilidad de que 6 subvariables sean Independencia modificada y una de ella Independiente (puntaje 43), la suma de las 7 subvariables con puntaje 6 refiere que el paciente es Independiente con modificaciones (puntaje 42), siendo también cuando 6 subvariables es Independencia modificada y una de ellas con independencia con supervisión (puntaje 41), luego el puntaje 40 es con la posibilidad de una subvariable de dependencia con asistencia mínima y las demás Independencia modificada, 6 subvariables independencia modificada y una de ellas de dependencia con asistencia moderada (puntaje 39) y por último el puntaje 38 se puede conformar con 6 subvariables de independencia modificada y una de ellas dependencia con asistencia máxima.

La independencia con supervisión se conforma con las subvariables en su mayoría con el puntaje 5 que corresponde a la independencia con supervisión. El intervalo del puntaje va de 37 a 32 en la suma de los valores de la subvariable. El puntaje 37 se conforma con 6 subvariables de independencia con supervisión y una independiente. El puntaje 36 es de 6 subvariables de independencia con supervisión y una subvariable independencia modificada. El puntaje 35 es de todas las subvariables independencia con supervisión. 6 subvariables independencia con supervisión y una de ellas de dependencia con asistencia mínima es el puntaje 34. El puntaje 33 se conforma con 6 subvariables de independencia con supervisión y una de dependencia con asistencia moderada y por último en el intervalo de independencia con supervisión, puntaje 33 con 6 subvariables con este valor y uno de dependencia con asistencia máxima.

La dependencia con asistencia mínima corresponde a la mayoría de las subvariables con el valor correspondiente, con el puntaje 4. El intervalo varía del puntaje 31 a 26. El puntaje 31 corresponde a 6 subvariables con el valor dependencia con asistencia mínima y una de independencia. Luego el puntaje 30 es de 6 subvariables con el valor correspondiente al intervalo y una de independencia modificada, el 29 una de las subvariables posee el valor de independencia con supervisión y 6 subvariables de dependencia con asistencia mínima. El puntaje 28 corresponde a las 7 subvariables dependencia con asistencia mínima. El puntaje 27 posee el valor de dependencia con asistencia mínima en 6 subvariables y una de dependencia con asistencia moderada y el último puntaje del intervalo es de 26 con 6 subvariables de dependencia con asistencia mínima y una de asistencia máxima.

La dependencia con asistencia moderada corresponde a la mayoría de las subvariables con el valor de dependencia con asistencia moderada, el valor de la misma es de 3 y el intervalo de la variable es de 25 a 20. El puntaje 25 corresponde a 6 subvariables con el valor dependencia con asistencia moderada y una de independencia. Luego el puntaje 24 es de 6 subvariables con el valor correspondiente al intervalo y una de independencia modificada, el 23 una de las

subvariables posee el valor de independencia con supervisión y 6 subvariables de dependencia con asistencia moderada. El puntaje 22 corresponde a 6 subvariables de dependencia con asistencia moderada y una de con dependencia con asistencia mínima. El puntaje 21 corresponde a todas las subvariables con el valor de dependencia con asistencia moderada y el último puntaje del intervalo es de 20 con 6 subvariables de dependencia con asistencia moderada y una de asistencia máxima.

La dependencia con asistencia máxima corresponde a la mayoría de las subvariables con el valor de dependencia con asistencia máxima con puntaje 2, el intervalo de la variable es de 19 a 14. El puntaje 19 corresponde a 6 subvariables con el valor dependencia con asistencia máxima y una de independencia. Luego el puntaje 18 es de 6 subvariables con el valor correspondiente al intervalo y una de independencia modificada, en el puntaje 17 una de las subvariables posee el valor de independencia con supervisión y 6 subvariables de dependencia con asistencia máxima. El puntaje 16 corresponde 6 subvariables con el valor de dependencia con asistencia máxima y una de asistencia mínima. El puntaje 15 posee el valor de dependencia con asistencia máxima en 6 subvariables y una de dependencia con asistencia moderada y el último puntaje del intervalo es de 14 es del total de las subvariables con el valor de dependencia con asistencia máxima.

Por último, la dependencia con asistencia total corresponde a la mayoría de las subvariables con el valor de asistencia total y su puntaje es de 1. El intervalo de la variable es de 13 a 7, siendo este último el mínimo valor que puede poseer la variable.

El resultado total de las sub-variables para que se considere como independencia es de 49. Si el promedio en cada una de las ABVD es de 7, el paciente realiza cada una de ellas en forma independiente, si el promedio es de 6 se considera que realiza las actividades de forma independiente con modificaciones en la actividad o usa adaptaciones, si el promedio es de 5 el paciente requiere asistencia con supervisión (verbal, control o indicación), si el promedio es de 4 el mismo requiere asistencia mínima, si el promedio es de 3 la asistencia es moderada, si el promedio es de 2 la asistencia es máxima y si el promedio es de 1 la asistencia es total.

Para determinar los puntajes nos guiaremos según el manual instructivo del FIM.

Fuente: Primaria: A través de la respuesta a las subvariables 1 a 6 del cuestionario “Nivel de independencia funcional”. La misma se responde por el terapeuta ocupacional de uno de los centros de rehabilitación de la Zona Noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

Sub-variable 1: Nivel de asistencia en ABVD Bañarse a los 6 meses de tratamiento de Terapia Ocupacional (Incluye lavado, enjuagado y secado del cuerpo desde el cuello hacia abajo, tanto en la bañera, ducha o baño con esponja en cama).

SR1: Independencia

Independencia modificada (de la actividad o con adaptaciones)

Independencia con supervisión

Dependencia con asistencia mínima

Dependencia con asistencia moderada

Dependencia con asistencia máxima

Dependencia con asistencia total

SII: Se obtiene a través de la respuesta al ítem 6.2 “ABVD Bañarse” del cuestionario autoadministrado en el ítem 6 que corresponde al Nivel de independencia funcional.

Fuente: Primaria. A través de la respuesta al ítem 6.2 “ABVD Bañarse” del cuestionario autoadministrado en el ítem 6 que corresponde al Nivel de independencia funcional. La misma es respondida por el terapeuta ocupacional de uno de los centros de rehabilitación de la Zona Noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

Sub-variable 2: Nivel de asistencia en ABVD Vestido Tren superior a los 6 meses de tratamiento de Terapia Ocupacional (incluye vestir y desvestir tren superior, así como también aplicar y quitar prótesis u ortesis)

SR2: Independencia

Independencia modificada (de la actividad o con adaptaciones)

Independencia con supervisión

Dependencia con asistencia mínima

Dependencia con asistencia moderada

Dependencia con asistencia máxima

Dependencia con asistencia total

SI2: Se obtiene a través de la respuesta al ítem 6.3 “ABVD Vestido de tren superior” del cuestionario autoadministrado en el ítem 6 que corresponde al Nivel de independencia funcional.

Fuente: Primaria: A través de la respuesta al ítem 6.3 “ABVD Vestido de tren superior” del cuestionario autoadministrado en el ítem 6 que corresponde al Nivel de independencia funcional. La misma es respondida por el terapeuta ocupacional de uno de los centros de rehabilitación de la Zona Noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

Sub-variable 3: Nivel de asistencia en ABVD Vestido Tren inferior a los 6 meses de tratamiento de Terapia Ocupacional (incluye vestir y desvestir tren inferior del cuerpo, así como también aplicar y quitar prótesis u ortesis)

SR3: Independencia

Independencia modificada (de la actividad o con adaptaciones)

Independencia con supervisión

Dependencia con asistencia mínima

Dependencia con asistencia moderada

Dependencia con asistencia máxima

Dependencia con asistencia total

SI3: Se obtiene a través de la respuesta al ítem 6.4 “ABVD Vestido de tren inferior” del cuestionario autoadministrado en el ítem 6 que corresponde al Nivel de independencia funcional.

Fuente: Secundario directo. A través de la respuesta al ítem 6.4 “ABVD Vestido de tren inferior” del cuestionario autoadministrado en el ítem 6 que corresponde al Nivel de independencia funcional.

La misma es respondida por el terapeuta ocupacional de uno de los centros de rehabilitación de la Zona Noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

Sub-variable 4: Nivel de asistencia en ABVD Alimentación a los 6 meses de tratamiento de Terapia Ocupacional (incluye el uso de utensilios apropiados para llevar el alimento a la boca una vez que la comida se encuentre presente en la manera normal sobre una mesa o bandeja)

SR4: Independencia

Independencia modificada (de la actividad o con adaptaciones)

Independencia con supervisión

Dependencia con asistencia mínima

Dependencia con asistencia moderada

Dependencia con asistencia máxima

Dependencia con asistencia total

SI4: Se obtiene a través de la respuesta al ítem 6.5 “ABVD Alimentación” del cuestionario autoadministrado en el ítem 6 que corresponde al Nivel de independencia funcional.

Fuente: Primaria: A través de la respuesta al ítem 6.5 “ABVD Alimentación” del cuestionario autoadministrado en el ítem 6 que corresponde al Nivel de independencia funcional.

La misma se responde por el terapeuta ocupacional de uno de los centros de rehabilitación de la Zona Noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

Sub-variable 5: Nivel de asistencia en ABVD Movilidad funcional a los 6 meses de tratamiento de Terapia Ocupacional (incluye las transferencias en todos los aspectos y locomoción ya sea marcha o silla de ruedas)

SR5: Independencia

Independencia modificada (de la actividad o con adaptaciones)

Independencia con supervisión

Dependencia con asistencia mínima

Dependencia con asistencia moderada

Dependencia con asistencia máxima

Dependencia con asistencia total

SI5: Se obtiene a través de la respuesta al ítem 6.6 “ABVD Movilidad funcional” del cuestionario autoadministrado: en el ítem 6 que corresponde al Nivel de independencia funcional.

Fuente: Primaria A través de la respuesta al ítem 6.6 “ABVD Movilidad funcional” del cuestionario autoadministrado en el ítem 6 que corresponde al Nivel de independencia funcional. La misma la completa el terapeuta ocupacional de uno de los centros de rehabilitación de la Zona Noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

Sub-variable 6: Nivel de asistencia en ABVD Higiene y arreglo personal a los 6 meses de tratamiento de Terapia Ocupacional (incluye cuidado oral, arreglo del cabello, peinado y cepillado, lavado de manos, lavado de cara, afeitado de cara y aplicar maquillaje)

SR6: Independencia

Independencia modificada (de la actividad o con adaptaciones)

Independencia con supervisión

Dependencia con asistencia mínima

Dependencia con asistencia moderada

Dependencia con asistencia máxima

Dependencia con asistencia total

SI6: Se obtiene a través de la respuesta al ítem 6.7 “ABVD Higiene y arreglo personal” del cuestionario autoadministrado en el ítem 6 que corresponde al Nivel de independencia funcional.

Fuente: Primaria: A través de la respuesta al ítem 6.7 “ABVD Higiene y arreglo personal” del cuestionario autoadministrado en el ítem 6 que corresponde al Nivel de independencia funcional. La misma se completa por el terapeuta ocupacional de uno de los centros de

rehabilitación de la Zona Noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

Sub-variable 7: Nivel de asistencia en ABVD Aseo e higiene en el inodoro a los 6 meses de tratamiento de Terapia Ocupacional (incluye el mantenimiento de la higiene perineal y ajuste de la ropa antes y después de usar el servicio o dispositivo especial)

SR7: Independencia

Independencia modificada (de la actividad o con adaptaciones)

Independencia con supervisión

Dependencia con asistencia mínima

Dependencia con asistencia moderada

Dependencia con asistencia máxima

Dependencia con asistencia total

SI7: Se obtiene a través de la respuesta al ítem 6.8 “ABVD Aseo e higiene en el inodoro” del cuestionario autoadministrado en el ítem 6 que corresponde al Nivel de independencia funcional.

Fuente Primaria: A través de la respuesta al ítem 6.8 “ABVD Aseo e higiene en el inodoro” del cuestionario autoadministrado en el ítem 6 que corresponde al Nivel de independencia funcional. La misma es completada por el terapeuta ocupacional de un centro de rehabilitación de la Zona Noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

V5 Suficiente: Edad (Se considera la edad cronológica de las personas entre 50 a 65 años de edad)

R5: 50-53

54-57

58-61

62-65

I5: Se obtiene de la respuesta al ítem 1 “Edad” del cuestionario autoadministrado. Para conocer a que intervalo corresponde cada una de las personas, se identifica la respuesta del ítem 1 contestado por el terapeuta ocupacional y se ubica en el intervalo correspondiente.

Fuente: Primaria: terapeuta ocupacional que se desempeña en uno de los centros de rehabilitación de la Zona Noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

V6 Suficiente: Sexo (variable biológica y genética)

R6: Varón

Mujer

I6: Se obtiene de la respuesta al ítem 2 “Sexo” del cuestionario autoadministrado.

Fuente: Primaria: terapeuta ocupacional que se desempeña en uno de los centros de rehabilitación de la Zona Noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

V7 Suficiente: Etiología del ACV (Causa por la cual se produce el ACV)

R7: Isquémico

Hemorrágico

I7: Se obtiene de la respuesta al ítem 3 “Etiología del ACV” del cuestionario autoadministrado

Fuente: Primaria: se obtiene a través del cuestionario completado por el terapeuta ocupacional que se desempeña en uno de los centros de rehabilitación de la Zona Noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

V8 Suficiente: Secuelas Asociadas (lesión o trastorno remanente tras el ACV)

R8: Trastornos emocionales y de comportamiento

Trastornos físicos

Trastornos de la deglución

Trastornos sensitivos y de la percepción

Más de una secuela asociada

I8: Se obtiene de la respuesta al ítem 4 “Secuelas asociadas” del cuestionario autoadministrado. El valor “Más de una secuela asociada” se obtiene cuando el terapeuta ocupacional selecciona en el cuestionario más de un trastorno o secuela.

Fuente: Primaria: se obtiene a través del cuestionario completado por el terapeuta ocupacional que se desempeña en uno de los centros de rehabilitación de la Zona Noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

2.2.4 Fuentes e instrumento

Fuentes

Para nuestra investigación, utilizamos fuentes de tipo primaria, teniendo en cuenta el tipo de datos que quisimos recolectar a partir de las encuestas realizadas a los distintos terapeutas ocupacionales que se desempeñan en centros de rehabilitación de la zona Noroeste de la Provincia de Buenos Aires.

Elegimos a los terapeutas ocupacionales que atienden pacientes con secuela de heminegligencia como fuentes primarias, para asegurar la calidad y riqueza de los datos, y

que los mismos reflejen con una mirada objetiva las dificultades que presentan cada uno de los pacientes en el desempeño de las áreas ocupacionales.

Instrumento

El tipo de instrumento seleccionado para la recolección de datos es un cuestionario autoadministrado que fue respondido por los terapeutas ocupacionales pertenecientes a los centros de rehabilitación de la zona Noroeste de la provincia de Buenos Aires, y se aplicaron a los pacientes pertenecientes a la muestra. Según Rubio J. Y Varas J. el tipo de modalidad del cuestionario es autoadministrado ya que el profesional fue el encargado de leer y responder por sí mismo dicho cuestionario. El mismo fue entregado en forma personal o por correo electrónico.

El diseño del cuestionario incluyó los siguientes tipos de pregunta según las respuestas o ítems, función, objeto y número de variables. Como por ejemplo, preguntas cerradas con listado de respuesta que incluye una serie de ítems entre los cuales el profesional pudo realizar una elección múltiple o única, escala del score de la evaluación Medida de independencia funcional (FIM) y multivariadas. La información necesaria para completar el cuestionario auto-administrado tuvo que haber sido consultada de la historia clínica de los pacientes que se incluyeron en la muestra.

La encuesta consta de 3 páginas, la primera contiene los datos introductorios del paciente donde el t.o. tuvo que responder las siguientes preguntas: Edad, sexo, etiología del ACV, secuelas asociadas, tipo de tratamiento específico de Terapia Ocupacional para la heminegligencia. En la página 2 se realiza una breve descripción de los tratamientos específicos para la heminegligencia para uso del profesional.

Por último, en la página 3, se encuentra el cuadro de nivel de independencia funcional que contiene: Fecha de evaluación y las actividades básicas de la vida diaria a evaluar (Bañarse, vestido, alimentación, movilidad funcional, higiene y arreglo personal y aseo e higiene en el inodoro.) El mismo se obtuvo con la escala del score de la evaluación Medida de independencia funcional (FIM).

Seleccionamos utilizar el score del FIM, ya que es utilizada en el ámbito de la rehabilitación y puede ser administrada por cualquier profesional, es de fácil administración, no lleva más de 30 minutos, los resultados pueden ser comparados en diferentes etapas del tratamiento y ver los cambios en cada actividad puntual. Indica el nivel de funcionalidad, o sea la independencia de la persona realizando una determinada actividad, que es justamente lo que estudiamos.

En el score del FIM el **puntaje 7** refiere que el paciente es **independiente** en sus ABDV, ya que las mismas son desempeñadas sin riesgo, sin modificaciones, ni dispositivos o ayudas de terceros y dentro de un periodo de tiempo razonable.

En el score del FIM el **puntaje 6** refiere que el paciente tiene **independencia modificada** en sus ABDV, ya que las mismas requieren de un dispositivo auxiliar, requiere mayor tiempo de ejecución o existen consideraciones de seguridad (riesgo)

En el score del FIM el **puntaje 5** refiere que el paciente tiene **dependencia con supervisión** en sus ABDV, ya que la misma requiere de asistencia en la preparación, indicación o persuasión de forma verbal.

En el score del FIM el **puntaje 4** refiere que el paciente tiene **dependencia con asistencia mínima** en sus ABDV, requiere de una asistencia física y el paciente emplea el 75% o más del esfuerzo para realizar la actividad.

En el score del FIM el **puntaje 3** refiere que el paciente tiene **dependencia con asistencia moderada** en sus ABDV, requiere de una asistencia física mayor que el punto anterior y el paciente emplea el 50% o más del esfuerzo para realizar la actividad.

En el score del FIM el **puntaje 2** refiere que el paciente tiene **dependencia con asistencia máxima** en sus ABDV, requiere de una asistencia física mayor que el punto anterior y el paciente emplea el 25% o más del esfuerzo para realizar la actividad.

En el score del FIM el **puntaje 1** refiere que el paciente tiene **dependencia con asistencia total** en sus ABDV, requiere de una asistencia física total y el paciente emplea menos el 25% del esfuerzo para realizar la actividad.

2.2.5 Análisis de datos

Para procesar la información obtenida del instrumento se enumeraron todos los cuestionarios auto-administrados para cada unidad de análisis. Luego se codificaron los datos cuyo código se transfirió a una base de datos confeccionados para dicho objetivo.

La codificación de los datos obtenidos de cada una de las variables se realizó de la siguiente manera

| Variable | Escala de valores | Código |
|---|---|--------|
| V1 Recibe tratamiento de Terapia Ocupacional para la heminegligencia como secuela de ACV | Si | S |
| | No | N |
| V2 Tipos de tratamiento de heminegligencia | Adaptación al prisma | AP |
| | Entrenamiento en activación del miembro contralateral | AMC |
| | Estimulación vestibular calórica | VC |
| | Entrenamiento con imágenes mentales | IM |
| | Eye patching | EP |
| | Vibración muscular del cuello | VMC |
| | Ninguno de los anteriores | NG |
| | Más de un tratamiento | +M |
| V3 Nivel de asistencia en actividades básicas de la vida diaria al inicio del tratamiento de Terapia Ocupacional V4 Nivel de asistencia en actividades básicas de la vida diaria a los 6 meses de tratamiento de Terapia Ocupacional | Independencia | 7 |
| | Independencia modificada | 6 |
| | Independencia con supervisión | 5 |
| | Dependencia con asistencia mínima | 4 |
| | Dependencia con asistencia moderada | 3 |
| | Dependencia con asistencia máxima | 2 |
| | Dependencia con asistencia total | 1 |
| V5 Edad | 50-53 | E1 |
| | 54-57 | E2 |
| | 58-61 | E3 |
| | 62-65 | E4 |
| V6 Sexo | Varón | V |
| | Mujer | M. |
| V7 Etiología del ACV | Isquémico | IS |
| | Hemorrágico | HE |
| V8 Secuelas Asociadas | Trastornos Emocionales | TE |
| | Trastornos sensitivos y percepción | TS |
| | Trastornos físicos | TF |
| | Trastornos de la deglución | TD |
| | Más de una secuela asociada | +SA |

Tabulación: Para poder conocer el nivel de asistencia (Variable 3 y 4) se sumaron los puntajes de cada subvariable y se lo dividió por la cantidad de las mismas, y así se obtuvo el nivel de independencia de cada una de las personas al inicio del tratamiento de terapia ocupacional y a los 6 meses del mismo.

Sistematización: Para confeccionar la base de datos se utilizó el programa Microsoft Office Excel, el cual permitió la sistematización de los datos cuantitativos obtenidos.

Para el análisis de datos cuantitativos se ha creado un libro de Excel con 1 hoja la cual se titula “UA”. Se conformó por las unidades de análisis en filas con una escala numérica creciente a partir del 1 al 10, las variables se presentaron en columnas con sus subvariables correspondientes.

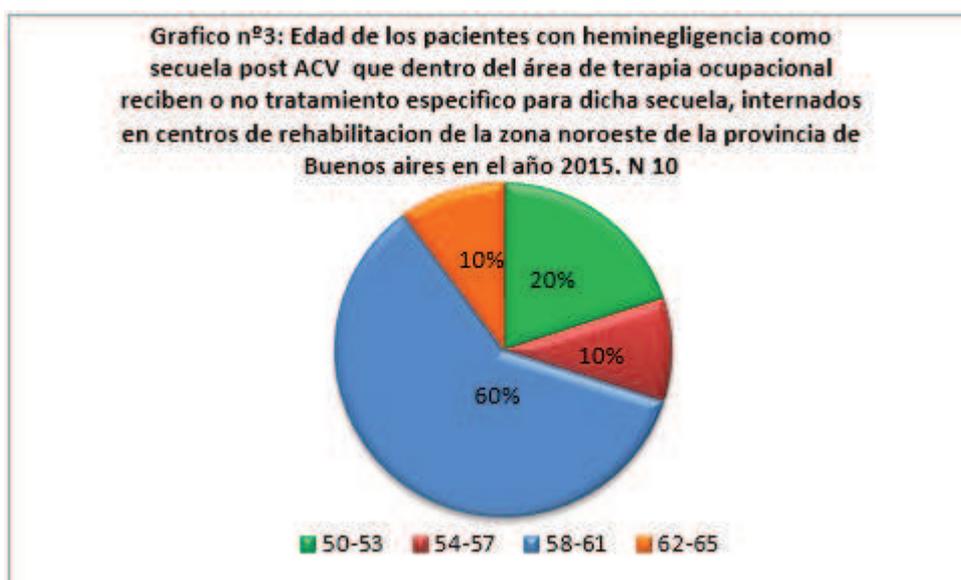
El orden en que se encuentra no es coincidente con la estructura del dato, ya que se encuentran en primer lugar los datos de registro (variables suficientes), y luego las variables necesarias.

2.3 Resultados

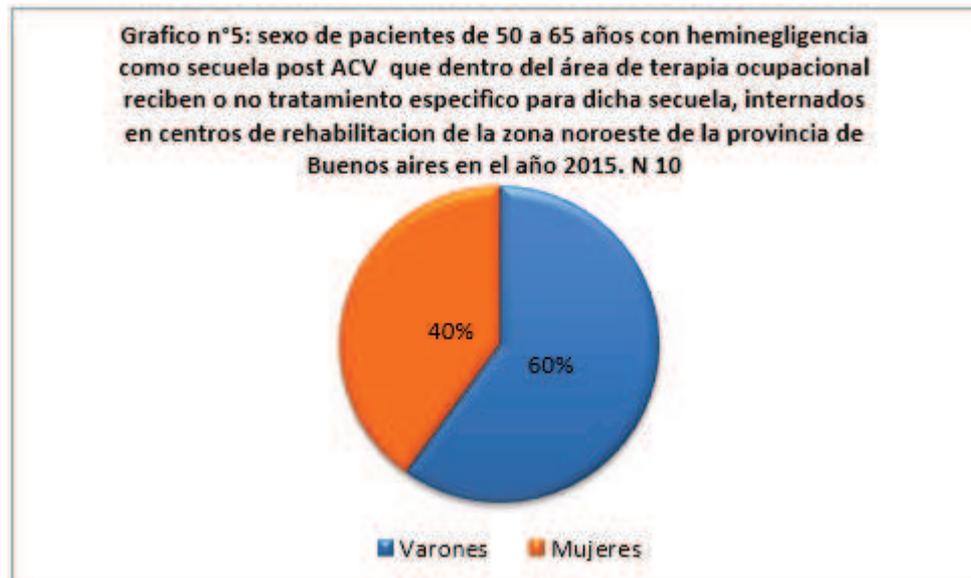
Para organizar el desarrollo de los resultados, inicialmente se presentaron las características de la muestra y luego, los resultados distribuidos en apartados según el objetivo al que correspondan.

Caracterización de la muestra

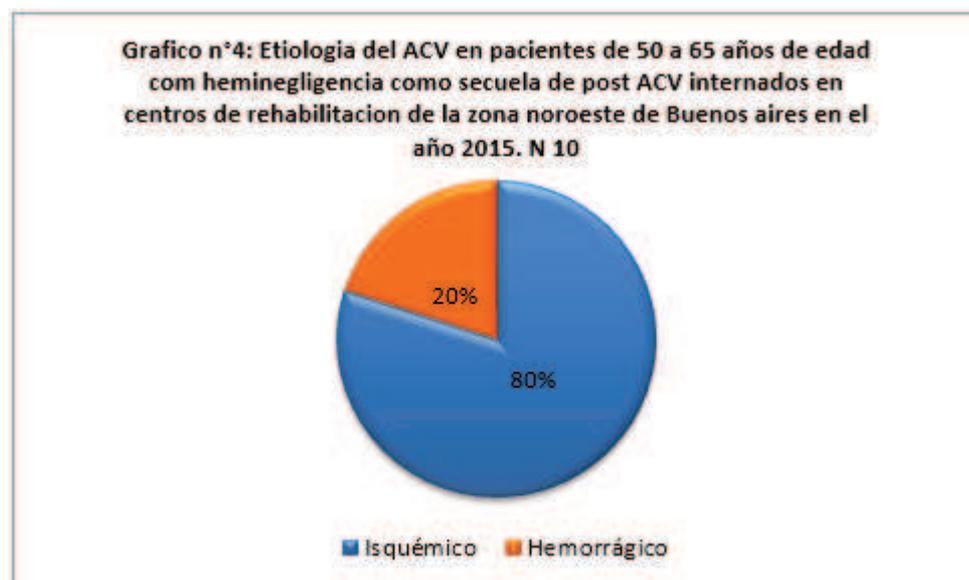
La muestra obtenida para este estudio fue constituida por un total de 10 adultos, de los cuales, el 60% tiene entre 58-61 años, mientras que el 20% alcanza los 50-53 años, el 10% se encuentra entre los 54-57 años y el 10% restante entre los 62-65 años. (Ver gráfico N°3)



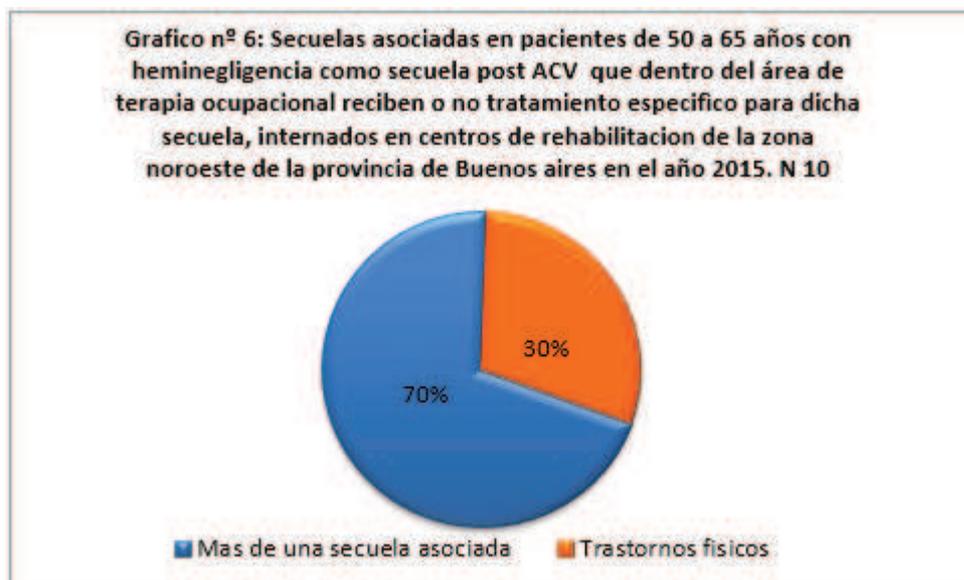
Del total de la muestra, el 60% fueron hombres, mientras que el otro 40% mujeres.
(Ver gráfico N°5)



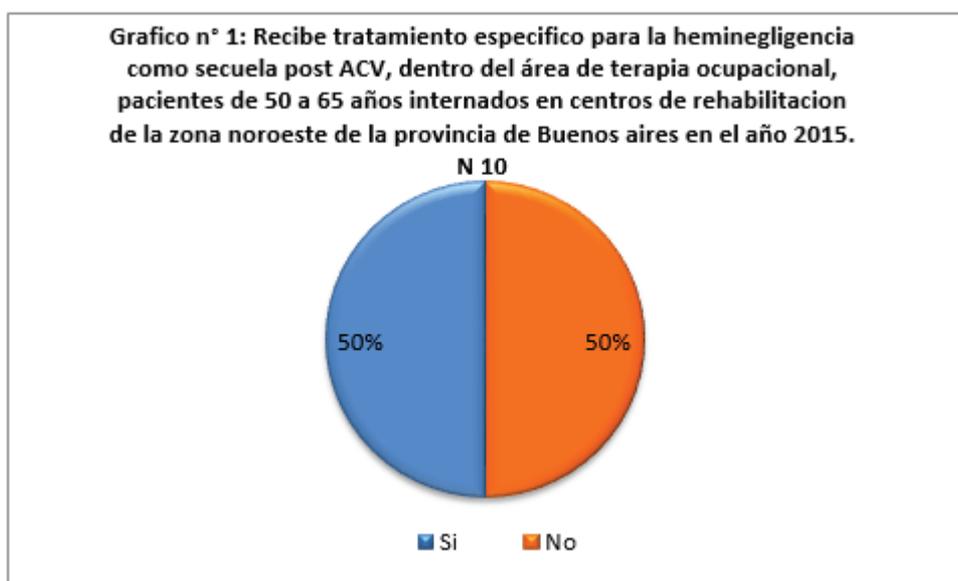
Los participantes de la muestra sufrieron un ACV durante el año 2015, de los cuales el 80% presentaron un ACV de etiología isquémica, mientras que el 20% era de origen hemorrágico.
(Ver gráfico N°4)



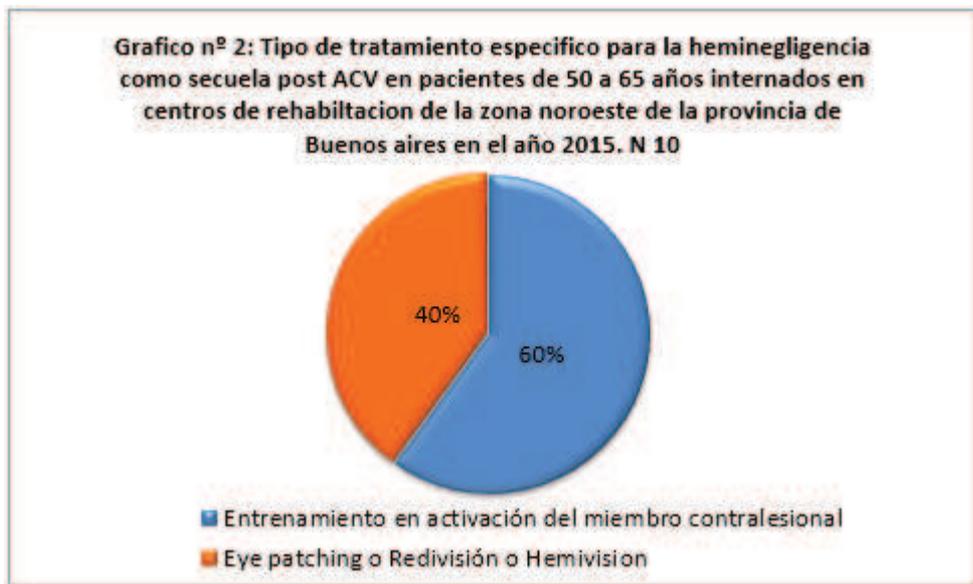
El 70% presentó más de una secuela asociada post ACV, mientras que el 30% restante presentó como secuela asociada trastornos físicos. (Ver gráfico N° 6)



De dicha muestra el 50% dentro del área de terapia ocupacional, recibieron tratamiento específico para la secuela de heminegligencia durante su internación, mientras que el otro 50% no recibieron dicho tratamiento específico. (Ver gráfico N°1)



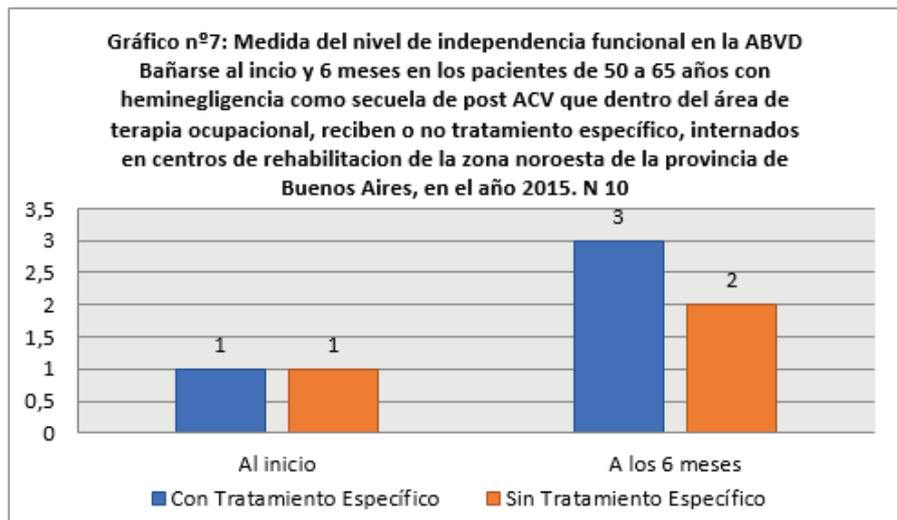
De las personas que recibieron tratamiento específico de Terapia Ocupacional, el 60% fueron tratados con la técnica de entrenamiento en activación del miembro contralesional, mientras que al 40% con la técnica de Eye patching (ver gráfico N°2).



Objetivo General:

Analizar la diferencia de la independencia funcional que presentan los pacientes de 50-65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional reciben tratamiento específico para la misma, al inicio y a los 6 meses y los pacientes con las mismas características que no reciben tratamiento específico, que se encuentran internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

Objetivo específico N°1: Identificar el nivel de la independencia funcional en la actividad básica de la vida diaria “Bañarse” que presentan los pacientes de 50-65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional reciben tratamiento específico para la misma al inicio y a los 6 meses y los pacientes con las mismas características que no reciben tratamiento específico, que se encuentran internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.



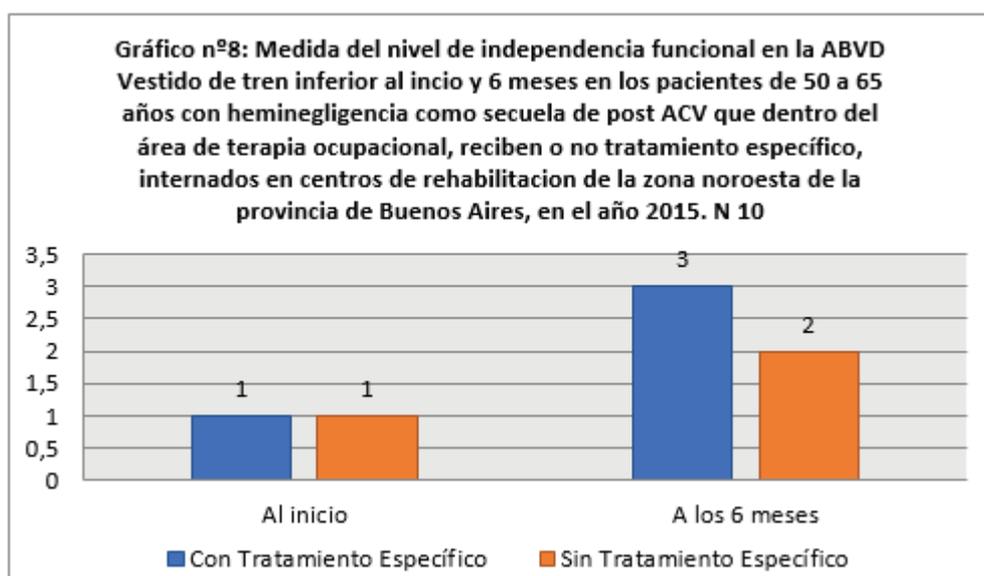
En la ABVD Bañarse los pacientes con heminegligencia que recibieron tratamiento específico para la misma, como los que no recibieron dicho tratamiento, presentaron al inicio una media con puntaje 1, que hace referencia a una dependencia con asistencia total.

A los 6 meses las personas que recibieron tratamiento alcanzaron una media con puntaje 3 que refiere a una dependencia con asistencia moderada, mientras que los que no recibieron tratamiento específico, presentaron una media con puntaje 2 la cual corresponde a una dependencia con asistencia máxima.(Ver gráfico n°7)

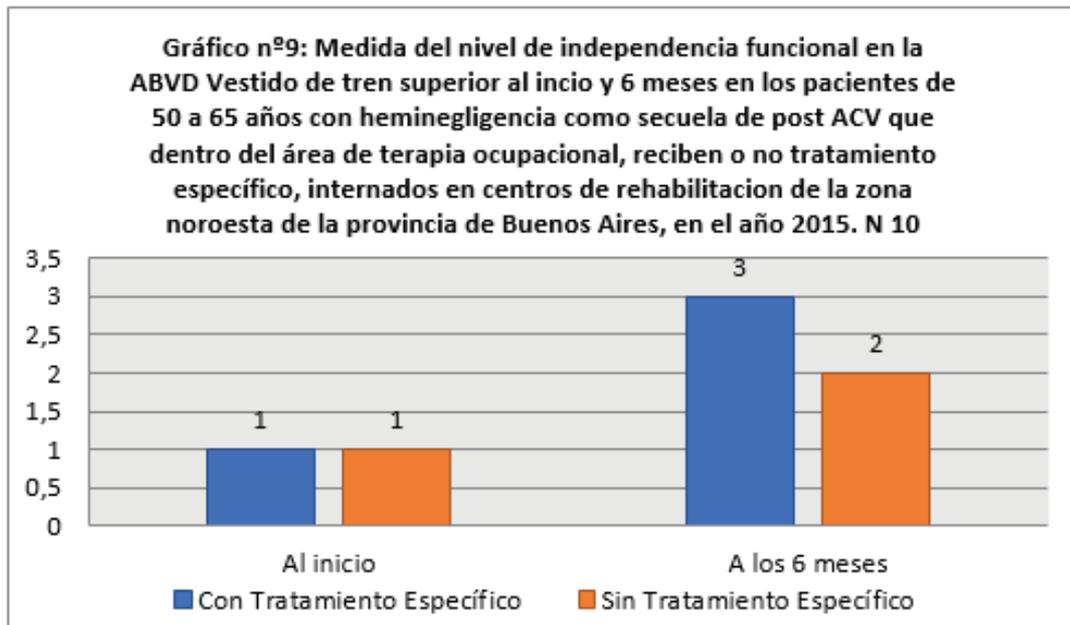
Objetivo específico N°2:Identificar el nivel de la independencia funcional en la actividad básica de la vida diaria Vestido tren superior que presentan los pacientes de 50-65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional reciben tratamiento específico para la misma al inicio y a los 6 meses y los pacientes con las mismas características que no reciben tratamiento específico, que se encuentran internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

Para ambos grupos que conformaron la muestra, al inicio la media era de un puntaje 1, lo cual indica una dependencia con asistencia total en el área de Vestido de tren superior

A los 6 meses el grupo que recibió tratamiento específico para la secuela de heminegligencia, alcanzaron una media con puntaje 3, que refiere a una dependencia con asistencia moderada, por otra parte los que no recibieron este tratamiento específico presentaron una media con puntaje 2 la cual corresponde a una dependencia con asistencia máxima. (Ver gráfico 8)



Objetivo específico N°3: Identificar el nivel de la independencia funcional en la actividad básica de la vida diaria Vestido tren inferior que presentan los pacientes de 50-65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional reciben tratamiento específico para la misma al inicio y a los 6 meses y los pacientes con las mismas características que no reciben tratamiento específico, que se encuentran internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.



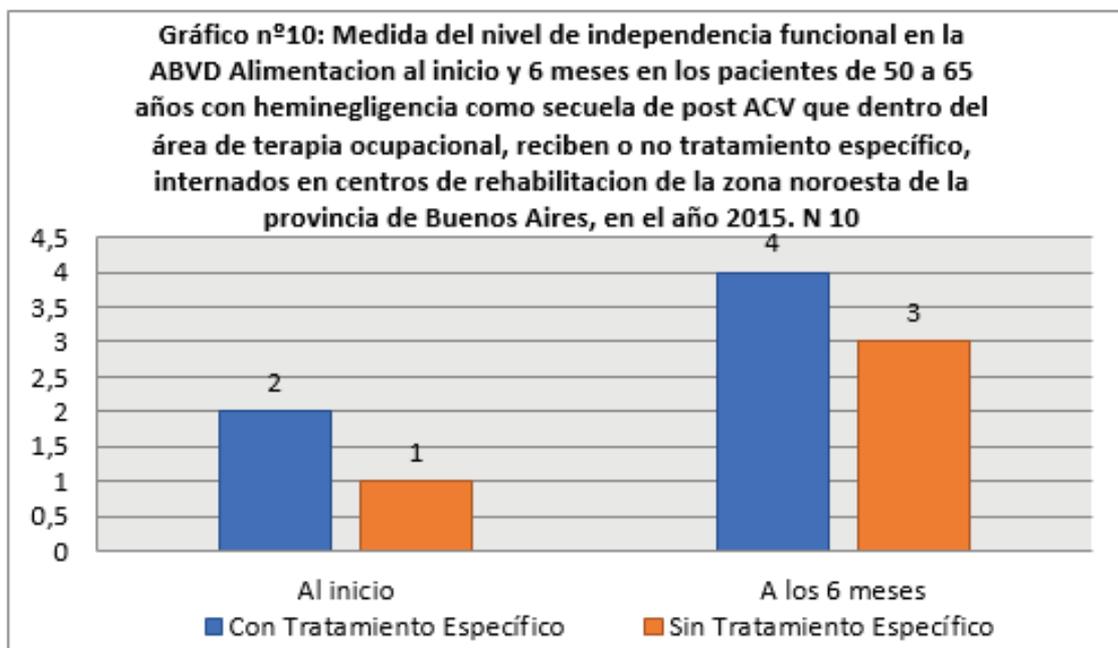
Según los datos recolectados por medio del instrumento, los pacientes que recibieron tratamiento específico para la secuela de heminegligencia y los que no recibieron el mismo, presentaron al inicio, en la ABVD vestido de tren inferior, una media con puntaje 1 que hace referencia a una dependencia con asistencia total.

Pasados 6 meses, en dicha ABVD, las personas que recibieron tratamiento específico, alcanzaron una media con puntaje 3 que refiere a una dependencia con asistencia moderada, a su vez lo que no contaron con este tipo de tratamiento presentaron una media con puntaje 2, la cual corresponde a una dependencia con asistencia máxima. (Ver gráfico N°9)

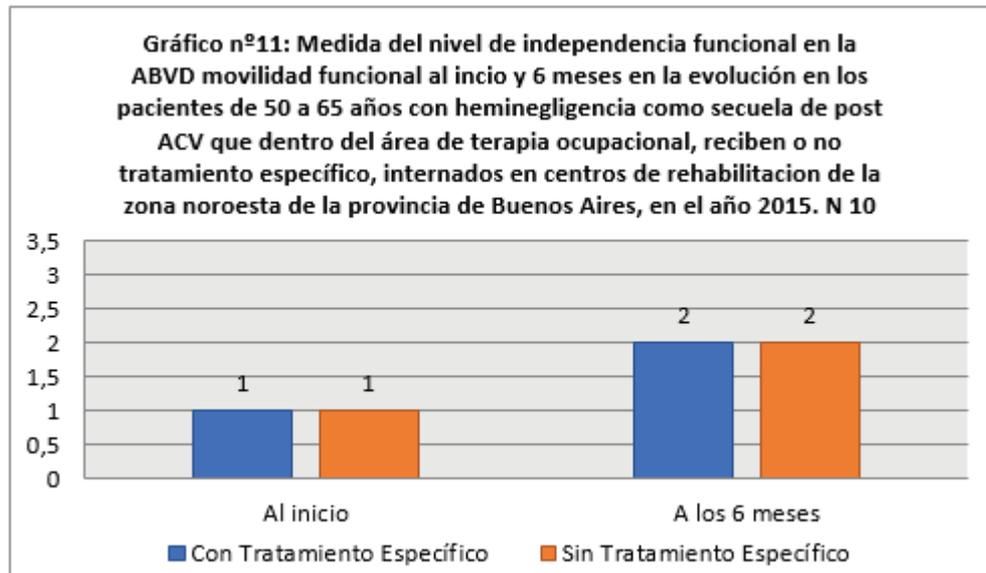
Objetivo específico N°4: Identificar el nivel de la independencia funcional en la actividad básica de la vida diaria Alimentación que presentan los pacientes de 50-65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional reciben tratamiento específico para la misma al inicio y a los 6 meses y los pacientes con las mismas características que no reciben tratamiento específico, que se encuentran internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

Para la ABVD Alimentación, los pacientes con heminegligencia que recibieron tratamiento específico, presentaron al inicio una media con puntaje 1, que hace referencia a una dependencia con asistencia total, a su vez a los que no se les efectuó dicho tratamiento, mostraron una media con puntaje 2 que refiere a una dependencia con asistencia máxima.

6 meses después las personas que habían recibido este tratamiento específico, alcanzaron una media con puntaje 4 que refiere a una dependencia con asistencia mínima, en cambio los que no recibieron el tratamiento para la secuela, presentaron una media con puntaje 3, la cual corresponde a una dependencia con asistencia moderada. (Ver gráfico N°10)



Objetivo específico N° 5: Identificar el nivel de la independencia funcional en la actividad básica de la vida diaria Movilidad funcional que presentan los pacientes de 50-65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional reciben tratamiento específico para la misma al inicio y a los 6 meses y los pacientes con las mismas características que no reciben tratamiento específico, que se encuentran internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.



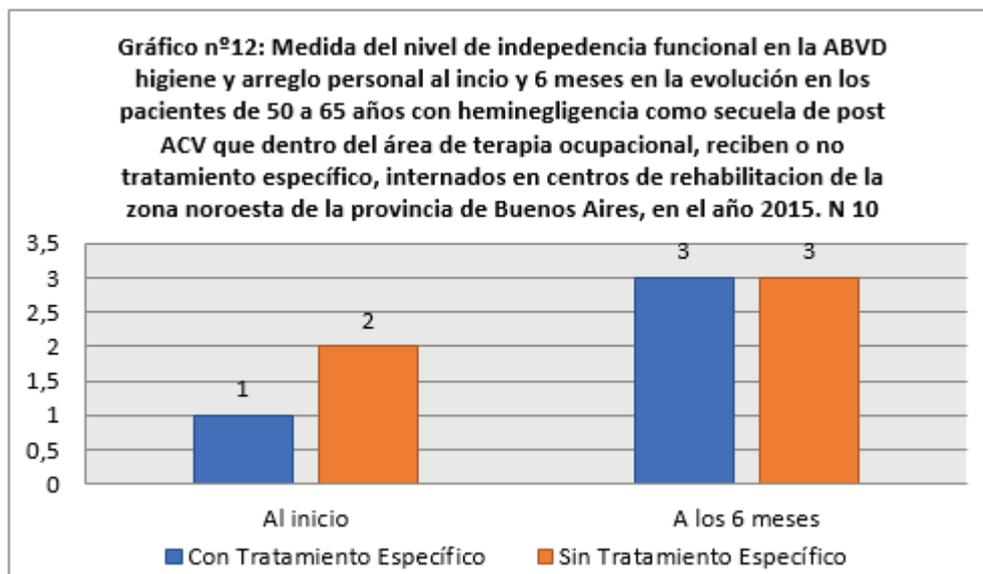
Los dos grupos que conformaron la muestra, en la ABVD movilidad funcional, presentaron al inicio una media con puntaje 1, que hace referencia a una dependencia con asistencia total y a los 6 meses ambos alcanzaron una media con puntaje 2 reflejando dependencia con asistencia máxima (Ver gráfico nº 11)

Objetivo específico N°6: Identificar el nivel de la independencia funcional en la actividad básica de la vida diaria Higiene y arreglo personal que presentan los pacientes de 50-65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional reciben tratamiento específico para la misma al inicio y a los 6 meses y los pacientes con las mismas características que no reciben tratamiento específico, que se encuentran internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

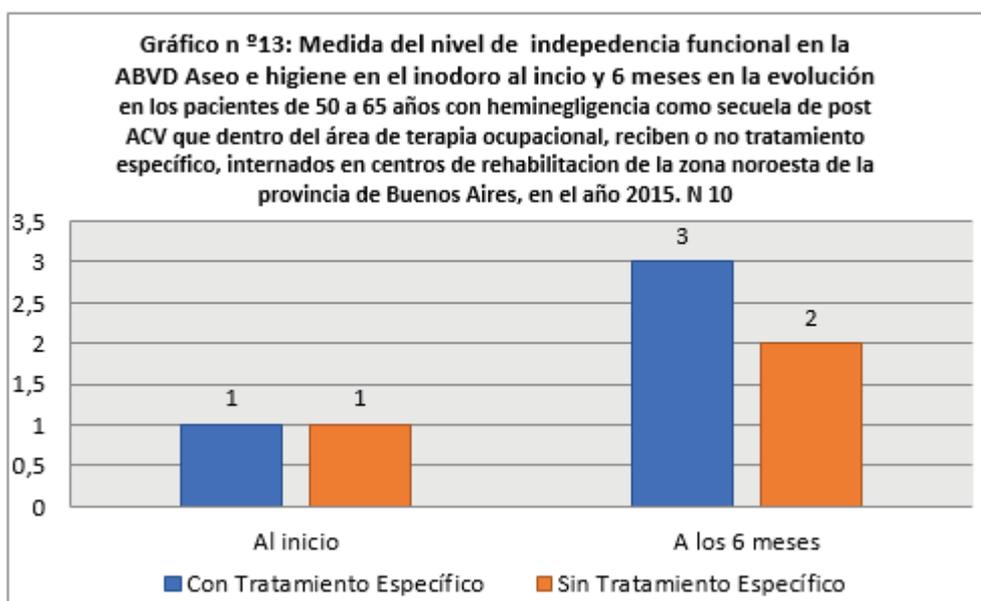
Con respecto a la ABVD Higiene y arreglo personal, los pacientes que recibieron tratamiento específico para la secuela, presentaron al inicio del mismo una media con puntaje 1, que hace referencia a una dependencia con asistencia total, a su vez los que no recibieron

dicho tratamiento mostraron una media con puntaje 2 que refiere a una dependencia con asistencia máxima.

Mientras que, pasados 6 meses, ambos grupos presentaron una media con puntaje 3, la cual corresponde a una dependencia con asistencia moderada en dicha ABVD. (Ver gráfico N°12)



Objetivo específico N° 7: Identificar el nivel de la independencia funcional en la actividad básica de la vida diaria Aseo e higiene en el inodoro que presentan los pacientes de 50-65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional reciben tratamiento específico para la misma al inicio y a los 6 meses y los pacientes con las mismas características que no reciben tratamiento específico, que se encuentran internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.



Ambos grupos de pacientes presentaron, en la ABVD Aseo e higiene en el inodoro, al inicio una media con puntaje 1, haciendo referencia a una dependencia con asistencia total.

A los 6 meses los que recibieron tratamiento específico para la secuela alcanzaron una media con puntaje 3 indicando dependencia con asistencia moderada, por otra parte los que no recibieron dicho tratamiento, logran una media con puntaje 2, la cual corresponde a una dependencia con asistencia máxima (Ver gráfico nº13).

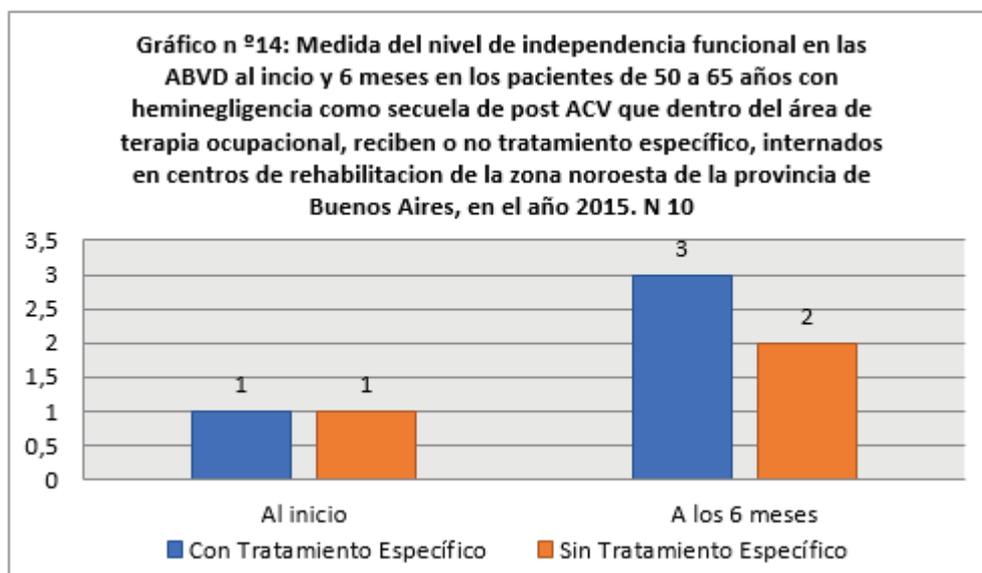
Objetivos específicos 8 y 9:

-Comparar el nivel de la independencia funcional que presentan los pacientes de 50-65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional reciben tratamiento específico para la misma al inicio y a los 6 meses y los pacientes con las mismas características que no reciben tratamiento específico, que se encuentran internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

-Comparar el nivel de la independencia funcional que presentan los pacientes de 50-65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional reciben tratamiento específico para la misma al inicio y a los 6 meses y los pacientes con las mismas características que no reciben tratamiento específico, que se encuentran internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

Según el total de los datos relevados tanto los pacientes que recibieron tratamiento específico para la secuela de heminegligencia como los que no, presentaron al inicio una media con puntaje 1, haciendo referencia a una dependencia con asistencia total.

Pasados 6 meses las personas que recibieron el tratamiento específico alcanzaron una media con puntaje 3 que refiere a una dependencia con asistencia moderada, a su vez los que no fueron receptores del mismo, presentaron una media con puntaje 2 la cual corresponde a una dependencia con asistencia máxima. (Ver gráfico N°14)



Objetivo específico N° 10: Comparar el nivel de la independencia funcional que presentan los pacientes de 50-65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional reciben tratamiento específico para la misma al inicio y a los 6 meses y los pacientes con las mismas características que no reciben tratamiento específico, que se encuentran internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015.

Del 100% de nuestra muestra, la mitad recibió tratamiento específico para la secuela de heminegligencia, dentro de este grupo, un 40%, al inicio, presento un puntaje 1, que hace referencia a una dependencia máxima, mientras que el otro 10% presento una dependencia total, que hace referencia a un puntaje 2.

El 50% restante de la muestra, al cual no se le efectuó dicho tratamiento para la secuela, conto con los mismos porcentajes que el grupo anteriormente mencionados.

Pasados 6 meses se puede observar, que de este último grupo mencionado un 40% logro un puntaje 2 y un 10% avanza hasta un puntaje 3, el cual hace referencia a que la persona presenta una dependencia con asistencia moderada. En cambio, del 50% de los pacientes que contaron con el tratamiento específico, un 10% se mantuvo con un puntaje 1, un 20% logro un puntaje 3, un 10% alcanza una independencia con asistencia mínima, ósea un puntaje 4 y un 10% un puntaje 5, que refiere a una independencia con supervisión. (Ver tablas de contingencia n° 15 y n°16)

Tabla de contingencia N° 15: en relación al nivel de independencia en las AVBD al inicio de los pacientes con secuela de heminegligencia y recibe tratamiento específico de Terapia ocupacional. N 10

| Recibe TTO de TO | Nivel de independencia al inicio | | | | | | | TOTAL |
|------------------|----------------------------------|----------|---|---|---|---|---|------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| SI | 4 40% | 1 10% | | | | | | 5 50% |
| NO | 4 40% | 1 10% | | | | | | 5 50% |
| TOTAL | 8 80% | 2 20% | | | | | | 10 100% |

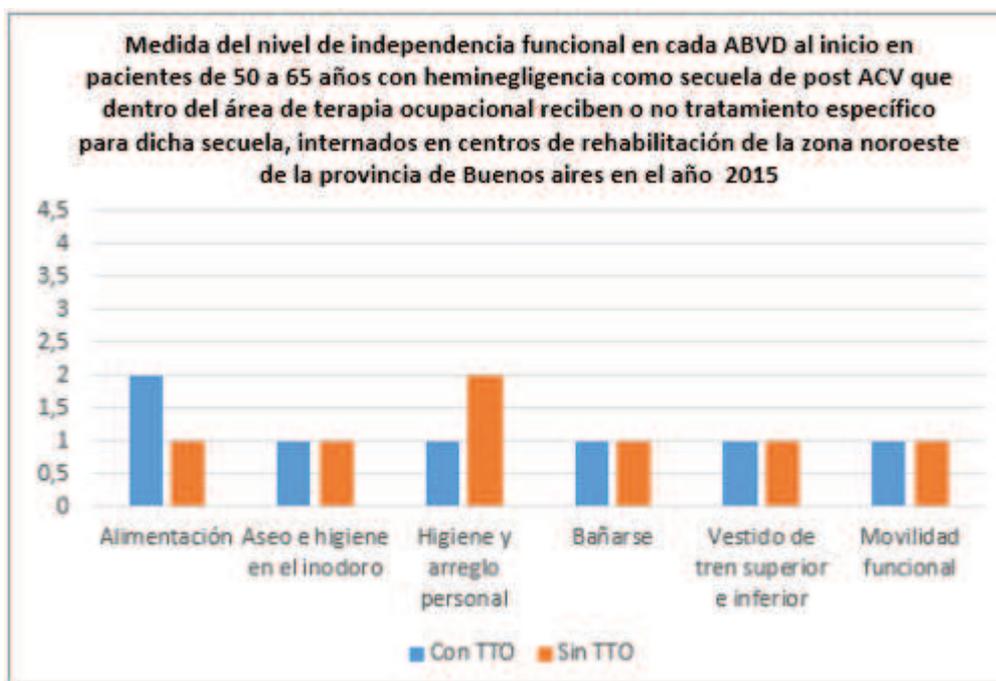


Tabla de contingencia N° 16: en relación al nivel de independencia en las AVBD a los 6 meses de los pacientes con secuela de heminegligencia y recibe tratamiento específico de Terapia ocupacional. N 10

| Recibe TTO de TO | Nivel de independencia a los 6 meses | | | | | | | TOTAL |
|------------------|--------------------------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| SI | 1 10% | | 2 20% | 1 10% | 1 10% | | | 5 50% |
| NO | | 4 40% | 1 10% | | | | | 5 50% |
| TOTAL | 1 10% | 4 40% | 3 30% | 1 10% | 1 10% | | | 10 100% |

Medida del nivel de independencia funcional en cada ABVD a los e meses en pacientes de 50 a 65 años con heminegligencia como secuela de post ACV que dentro del área de terapia ocupacional reciben o no tratamiento específico para dicha secuela, internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia de Buenos aires en el año 2015



3. CONCLUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo identificar el nivel de independencia funcional de los pacientes que presentaron heminegligencia post ACV que se encontraban internados en centros de rehabilitación de la zona Noroeste de la provincia de Buenos Aires en 2015 y que recibieron o no tratamiento específico para dicha secuela en el servicio de terapia ocupacional. El mismo se compuso de personas entre 50 a 65 años de edad.

Habiendo analizado los datos obtenidos podemos concluir que nuestra hipótesis es parcialmente verdadera. Ya que los pacientes que recibieron tratamiento específico en el servicio de terapia ocupacional para la secuela de heminegligencia han logrado un mayor avance en su independencia funcional con respecto a los que no recibieron dicho tratamiento, pero el progreso que presentaron dichos pacientes discrepa del que en un comienzo supusimos que iban a lograr cuando desarrollamos nuestra hipótesis, luego de haber realizado el rastreo del estado del arte.

En la hipótesis se planteó que los pacientes a los 6 meses de recibir tratamiento específico lograrían una independencia con supervisión (puntaje 5), en cambio han alcanzado un puntaje de 3 que se refiere a una dependencia con asistencia moderada. Con respecto a los pacientes que no recibieron un tratamiento específico para la secuela en el servicio de terapia ocupacional han alcanzado un puntaje de 2, los cuales se desempeñan con una dependencia con asistencia máxima, cuando se supuso que lograrían una dependencia con asistencia moderada correspondiente al puntaje 3.

Esta discrepancia que surge entre la suposición y el resultado se puede deber a que no fueron tomados en cuenta factores que influyen directamente en la rehabilitación de los pacientes, como son su personalidad, los tiempos de cada uno, aspectos emocionales, contención familiar, conciencia de situación y déficit, anosognosia, motivación, iniciativa, adherencia al tratamiento, empatía con el profesional, desafío justo de la actividad y dificultad para trasladar aprendizajes a nuevas actividades.

En referencia a la caracterización de nuestra muestra, la cual está compuesta por 10 pacientes, siendo 6 hombres y 4 mujeres, esta cantidad de personas "N" puede influir asimismo en la hipótesis planteada, ya que quizás no provee un número suficiente de casos y puede generar distorsiones en cuanto a la representatividad.

Con respecto a los resultados obtenidos en las encuestas, realizadas por los profesionales de Terapia ocupacional, y partiendo de los mismos, se efectuó en ambos grupos, un promedio del nivel de independencia funcional en las diversas actividades básicas de la vida diaria (ABVD), pasados los 6 meses de internación.

Nos centramos en evaluar dichas actividades, ya que primeramente es una incumbencia exclusiva de la Terapia Ocupacional, son fundamentales para la realización y culminación de los roles del adulto y también por que la secuela de heminegligencia es altamente incapacitante en la realización de las mismas, lo cual genera en una persona adulta, en edad productiva y que en un inicio era totalmente independiente, un sentimiento de frustración.

Por tal motivo surge el interés de focalizar nuestra investigación en dichas actividades, ya que consideramos que la persona pudiendo realizarlas de manera autónoma o con la menor asistencia posible, le generara gratificación y una mejor calidad de vida.

Retomando los resultados de los cuestionarios, se observó que, de una muestra de 10 pacientes, el 50% recibió tratamiento específico de terapia ocupacional, siendo el más utilizado la técnica de entrenamiento en activación del miembro contralesional.

Dicho grupo logró su mayor puntaje en la ABVD Alimentación, el cual fue de 4, el mismo refiere que la persona ejecuta el 75% o más de la actividad y recibe ayuda de forma casual, a su vez una de los pacientes de este grupo obtuvo un puntaje 6, lo cual significa que lo logra mediante Independencia modificada, ya sea de la actividad o que la realiza por medio de adaptaciones. En cuanto a las ABVD Bañarse, Higiene y arreglo personal, Vestido de tren superior e inferior y Aseo e higiene en el inodoro, el puntaje es 3, lo cual quiere decir que realiza el 50% o más de la actividad y recibe una intervención constante, requiriendo tanto de apoyos físicos como verbales.

Con respecto a la ABVD Movilidad funcional alcanzaron un puntaje 2, que hace referencia a que efectúan el 25% o más de la actividad, requiriendo asistencia total para efectuar los diversos traslados.

El 50% restante de la muestra evaluada, no recibió ningún tipo de tratamiento específico para la heminegligencia por parte de Terapia ocupacional. La misma presentó su mayor puntaje, que fue de 3, en las ABVD Alimentación e Higiene y arreglo personal, en las cuales llevan a cabo el 50% o más de la actividad y precisan una intervención constante, no sólo apoyo físico sino también de ayudas verbales y/o visuales.

En referencia a las ABVD Bañarse, Aseo e higiene en el inodoro, Vestido de tren superior e inferior y Movilidad funcional consiguieron un puntaje de 2, en donde realizan el 25% o más de la actividad y la asistencia debe ser total.

Un punto importante que llamó nuestra atención al analizar los datos obtenidos, fueron aquellos casos en los que los pacientes presentaban algunas características en común pero el resultado de su nivel de independencia fue diverso, acá es donde se ven reflejados aquellos

factores personales que no tuvimos en cuenta a la hora de plantear nuestra investigación y que pudieron generar estas diferencias entre los casos.

Hubo dos casos que superaron la media del resto y alcanzaron la mayor funcionalidad. En el grupo que no recibió tratamiento específico para la secuela, el primer caso fue el de un paciente masculino, en el rango de edad de 50 a 53 años, con un ACV isquémico y con más de una secuela asociada, que logró una dependencia con asistencia moderada en sus ABVD, lo cual corresponde a un puntaje 3, mientras que el grupo alcanzó una dependencia con asistencia máxima. Con respecto al grupo que recibió tratamiento específico, el segundo caso también fue de un paciente masculino, que sufrió un ACV de igual etiología, pero en el rango de edad de 58 a 61 años y con secuelas físicas, el cual recibió el tratamiento de entrenamiento de activación del miembro contralesional y obtuvo un puntaje de 5, lo cual representa que realiza sus ABVD de forma independiente con supervisión, mientras que el resto del grupo alcanzaron una dependencia con asistencia moderada.

Asimismo dentro del mismo grupo, se encontraron dos casos que representaron la menor funcionalidad alcanzada, la cual corresponde a una paciente femenina y a una masculina, con el mismo rango de edad y etiología de ACV, pero la femenina presenta más de un trastorno asociado (de deglución, emocionales y del comportamiento) y recibió el tratamiento de eye patching o también llamado hemivisión, la cual obtuvo un puntaje de 1, lo que refiere que no realiza sus ABVD de forma independiente y recibe asistencia total, mientras que el masculino recibió otro tipo de tratamiento específico que los planteados en el trabajo y presentó como secuela asociada Síndrome de pusher y anosognosia (falta de conciencia de enfermedad), alcanzando un puntaje 2 que quiere decir que recibe asistencia máxima para desempeñar sus ABVD. En este último caso podemos observar que las secuelas presentes reflejan una dificultad en la rehabilitación, ya que la anosognosia dificulta el tratamiento, debido a que para el paciente no son necesarias las intervenciones que los profesionales proponen, porque para él no hay déficit.

A su vez tomando todos los casos de la muestra, pudimos observar que en ninguno de ellos se realiza una combinación de tratamientos, lo cual nos deja como interrogante, que quizás combinando las técnicas específicas para la heminegligencia, se produciría un mayor avance en el nivel de independencia en las AVDB

Partiendo de todo el recorrido del estado del arte y el trabajo de campo realizado nos encontramos con algunas interrogantes, como ¿Qué ocurre con el dolor?, ¿Existe un mínimo registro por parte del paciente?, Las técnicas que se aplican ¿Son eficientes?, ¿Los profesionales tienen conocimiento de todas las técnicas que se utilizan?, ¿Existen nuevas técnicas?

Este último interrogante incitó a realizar una búsqueda de nuevas técnicas, con el objetivo de poder saber si en este tiempo se realizó un avance o no, ya que las técnicas planteadas en esta investigación no son actuales.

Mediante esta búsqueda nos encontramos que se están investigando el uso de teorías como: la del espejo la cual tiene como objetivo que los pacientes miren el reflejo de su mano no afectada en un espejo, colocado en una caja, realizando diversos movimientos y actividades funcionales, y que los atribuyan a su mano afectada, que se encuentra dentro de la caja. Para que dicha teoría sea beneficiosa se plantea que la lesión no debe localizarse en el lóbulo parietal inferior, ya que es la región clave en el sistema de neuronas espejo (Aparicio López).

También se encuentra el tratamiento a través del uso de la realidad virtual, mediante la cual los pacientes interactúan con imágenes visuales, pueden mover y manipular objetos virtuales, lo cual les genera un sentimiento de realidad, que estimula su interés y participación, ya que reciben de forma inmediata el feedback de su propia ejecución. Asimismo, esta técnica permite individualizar el tratamiento de acuerdo a las necesidades de cada persona y la posibilidad de aumentar gradualmente la complejidad de las tareas (Aparicio López).

A su vez consideramos que combinar las diferentes técnicas que existen para el tratamiento de la heminegligencia y realizar el mismo desde un enfoque multicontextual, el cual le permitiría al paciente obtener mayores resultados en cuanto a la generalización del aprendizaje, tanto en las ABVD, como también en otras actividades que sean significativas y propositivas para él.

Planteamos esto porque dicho abordaje tiene en cuenta las características, intereses y motivación del paciente para el planteamiento de la intervención, asimismo propone una participación activa y que el mismo practique las estrategias y técnicas, que le permitirán desempeñarse de forma independiente, en diversas situaciones que van a favorecer el aprendizaje y la generalización (Toglia 1991).

Para concluir consideramos que es importante continuar investigando la temática abordada en esta investigación, para que se continúe avanzando en el alcance de los terapeutas ocupacionales en el uso de las diferentes técnicas que se utilizan como herramientas de rehabilitación para la secuela de heminegligencia, como también para el desarrollo e implementación de nuevas técnicas. Como así también para que los profesionales logren evaluar y proponer tratamientos adecuados, teniendo en cuenta los aspectos personales, emocionales, intereses y actividades significativas, observando a los pacientes desde una mirada holística y no reduccionista.

BIBLIOGRAFÍA

- Dr. Allegri F Ricardo (2000) “Atención y negligencia: bases neurológicas, evaluación y Trastornos”, Revista de Neurología, N° 5, volumen 30, Páginas: 491-494
Recuperado de:
<https://docs.google.com/file/d/0B84u8Lj9ZgcINDUwMWZINGEtZWU1My00NGQwLTg2MTEtNDcxODU0ZTIkMmE5/edit>
- Ameriso (2014) “Nuevas fronteras en el accidente cerebrovascular”
Recuperada: <https://www.youtube.com/user/InfoFLENI/featured>
- Arango-Lasprilla J.C.; Allegri R.F. (2003) “Rehabilitación de la conducta de heminegligencia”, Avances en Psicología Clínica Latinoamericana, Volumen 21. Páginas 53-68.
Recuperado de:
http://neurociencias.udea.edu.co/es/research/cognitive/publications/download_pdf/32
- Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez B, (2010). Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (2° Edición ed.).
Recuperado de: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
- Barrios Escudero R, Cuesta García C.(2016) “Intervención en heminegligencia sobrevenida a un accidente cerebrovascular desde terapia ocupacional”, Revista Gallega de Terapia Ocupacional. Volumen13, N° 23, Páginas:1-26
Recuperado de: <http://www.revistatog.com/num23/pdfs/revision5.pdf>
- Begoña Polonio López (2001) “Terapia Ocupacional en discapacitados físicos: Teoría y Práctica”. Madrid, España, Ed. Médica Panamericana
- Begoña Polonio López, Pilar Duarte Molina, Blanca Noya Arnaiz (2001) “Conceptos fundamentales de terapia ocupacional” .1° edición. Madrid, España. Editorial Médica Panamericana
- Federación Argentina de Cardiología (2008)
Recuperado de: <http://www.fac.org.ar/index.php>
- Freeman, E. (2001) “Unilateral spatial neglect: New treatment approaches with potential application to occupational therapy”, American Journal of Occupational Therapy, Volumen 55. Páginas 401-408
Recuperado marzo 2015: <http://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1869014>
- Franch Verdiá Marta (2011) Evaluación y Rehabilitación de la heminegligencia tras el Ictus (Tesis final de master). Instituto superior de estudios psicológicos (ISEP), Valencia
Recuperado de:
https://drive.google.com/file/d/0B_Rzq9hb1dfbUIXY0hpS1hXdWs/view

- García Domingo, A.M. (2006) “Tratamiento de terapia ocupacional en el accidente cerebrovascular”, Revista Gallega de Terapia Ocupacional. N° 3, Páginas; 2-24
Recuperado de: <http://www.revistatog.com/num3/num2.htm>

- Hobar J, Freeman J, Caceres F,(1994) Guía para el Conjunto de Datos Uniformes para la Rehabilitación Médica (Fim Adulto) Versión 4.0. Medida de la independencia funcional (FIM) y Medición de la evaluación funcional (Fim+Fam),Escala de discapacidad, Manual instructivo.

- Labrador, C. (10 de 06 de 2004). WFOT (World Federation of Occupational Therapists)
Recuperado de <file:///C:/Users/200111/Downloads/SpanishWFOTDefl.pdf>

- Ley Nacional 27.051 "De ejercicio de la profesión de terapeutas ocupacionales, terapistas ocupacionales y licenciados en terapia ocupacional". Buenos Aires, Argentina. 03 de Diciembre de 2014
Recuperado de:
<http://www.terapia-ocupacional.org.ar/wp-content/uploads/2014/12/Ley-Nacional-del-Ejercicio-de-la-Profesi%C3%B3n-de-TO.pdf>

- López Aparicio Celeste. Rehabilitación de la heminegligencia visuo-espacial en pacientes que han sufrido un ictus hemisférico derecho (Tesis Doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona
Recuperado de: [file:///C:/Users/200111/Downloads/cal1de1%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/200111/Downloads/cal1de1%20(1).pdf)

- Menon-Nair, MSc; Korner-Bitensky, PhD; Ogourtsova, BSc (2007).”Occupational Therapists’ Identification, Assessment, and Treatment of Unilateral Spatial Neglect During Stroke Rehabilitation in Canada”. Stroke, Volumen 38, Pagina 2556-2562.
Recuperado abril 2015 de: <file:///C:/Users/200111/Downloads/2556.full.pdf>

- Micheli E. Federico, Fernández Pardal Manuel, (2010) “Neurología” 2ª Edición, Buenos Aires, Argentina, Ed: Medica Panamericana

- Ministerio de Salud (2013)
Recuperado de: <http://www.msal.gob.ar/index.php/home/ministro-salud>

- Rodriguez Tsukimoto Denise; Antunes Valester Gabriela (2005)
“The influence of unilateral negligence in the performance of activities of daily living - report of 3 cases”, Revista acta fisiátrica. N° 3, Volumen 12, Páginas: 108-114
Recuperado de: http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=219

- Rubio J, Varas J (1999). El análisis de la realidad, en la intervención social. Métodos y técnicas de investigación. Ed. CCD, Madrid

- Samaja, J (1993). Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica. Colección Temas. EUDEBA

- Serrano Galiano, S. (2013) Tratamiento de la heminegligencia tras un accidente cerebrovascular.
Recuperado marzo 2015 de:
http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/19749/TFG_Serrano_Galiano_2013.pdf?sequence=1

- Togliá Joan Pascale (1991). Capítulo 21 Perspectiva del aprendizaje, sección 5, página 264 272. Crepeau, E. B, Cohn, E. S, y Scheel, B. A, (2003). Willard y Spackman, Terapia Ocupacional 10 Edición. Montevideo, Uruguay, Ed Medica Panamerica

- Dr. Villarreal Reyna, (2012) Accidente cerebrovascular (ACV) Definición. P. 01
Recuperado de:
[http://www.academia.edu/15180686/Dr. Gustavo Villarreal Reyna ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ACV Defini%C3%B3n](http://www.academia.edu/15180686/Dr._Gustavo_Villarreal_Reyna_ACCIDENTE_CEREBROVASCULAR_ACV_Definici%C3%B3n)

ANEXOS

Anexo 1: Carta a las instituciones

Sres:

Atte:

De nuestra consideración:

Buenos Aires,

Somos estudiantes de la carrera de Terapia Ocupacional finalizando la licenciatura, por lo que estamos trabajando sobre nuestro trabajo final de investigación acerca de “El desempeño de las Actividades básicas de la vida diaria en pacientes con secuela de heminegligencia post ACV.” donde se investigará cuál es la evolución de la independencia funcional en las actividades básicas de la vida diaria que presentan los pacientes de 50-65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV que dentro del área de terapia ocupacional reciben tratamiento específico para la misma durante el periodo subagudo y los pacientes con las mismas características que no reciben tratamiento específico.

El propósito de éste es identificar la medida de independencia funcional en algunas AVDB al momento del inicio del tratamiento y a los seis meses de evolución y comparar los resultados. Este estudio ayudará a los profesionales de Terapia Ocupacional a determinar si es efectivo el tratamiento específico de la heminegligencia y cuáles son los más efectivos. No tiene fines de lucro ni para los investigadores ni para los participantes por lo que no hay un beneficio económico.

Necesitamos su autorización para poder recabar información relevante de los pacientes de su institución realizando entrevistas a los profesionales. Para ello, hemos realizado una carta de consentimiento informado tanto para los pacientes como para los profesionales.

Los datos obtenidos de la encuesta serán almacenados en una base de datos para caracterizar, agrupar los datos y así poder sacar conclusiones.

Adjuntamos el modelo de consentimiento informado.

Sin otro particular, hacemos propicia la ocasión para saludarlo cordialmente.

T.O. Catelon Martina

T.O. Ito Natalia

T.O Masciangioli Anabel

Anexo 2: Consentimientos informado

❖ Para el paciente

Consentimiento Informado

Lo invitamos a que participe de un estudio de investigación sobre:

“El desempeño de las Actividades básicas de la vida diaria en pacientes con secuela de heminegligencia post ACV.”

El propósito de éste es identificar qué actividades de la vida diaria se ven limitadas, que tipos de tratamientos específicos se utilizan en la actualidad y la evolución del mismo. Si usted decide participar, ayudará a los profesionales de Terapia Ocupacional a entender cómo la heminegligencia está afectando sus capacidades de desempeño y también qué tratamiento es más efectivo. Por otro lado, ayudará a la promoción e investigación de la heminegligencia post ACV. No tiene fines de lucro.

Si usted acepta participar de este estudio, su información personal será mantenida **en absoluta confidencialidad**. Los datos obtenidos de la encuesta serán proporcionados por el profesional de salud que lo atiende, éstos serán almacenados en una base de datos para caracterizar, agrupar los datos y así poder sacar conclusiones. Si decide dejar de participar en el estudio, usted puede revocar su autorización durante los seis meses posteriores al inicio del estudio.

Formulario consentimiento

Estoy totalmente de acuerdo en que mis datos proporcionados por el profesional de salud sean analizados y procesados por los Estudiantes de Terapia ocupacional con el fin de colaborar con el estudio “Desempeño de las Actividades básicas de la vida diaria en pacientes con secuela de heminegligencia post ACV” que tiene como propósito identificar qué actividades de la vida diaria se ven limitadas y los tipos de tratamiento específicos que se utilizan en la actualidad.

Entiendo que tengo el derecho a retirarme del estudio sin que me afecte de ninguna manera, informando en tiempo y forma a las terapistas ocupacionales que lo solicitan.

He leído la información proporcionada como también he tenido la oportunidad de preguntar sobre la encuesta y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente a participar de este estudio para fines académicos, habiendo leído y comprendido lo mencionado anteriormente.

Firma del participante:.....

Fecha:.....

❖ **Para el profesional**

Consentimiento informado

Somos estudiantes de la carrera de Terapia Ocupacional, cursando la última materia de la licenciatura: “Metodología de la Investigación” de la Universidad Nacional de San Martín.

Lo invitamos a que participe de un estudio sobre: “El desempeño de las Actividades básicas de la vida diaria en pacientes con secuela de heminegligencia post ACV.” donde se dará a conocer cuál es la evolución de la independencia funcional en las actividades básicas de la vida diaria que presentan los pacientes de 50-60 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV.

Este trabajo ayudará a los profesionales de Terapia Ocupacional a determinar si es efectivo el tratamiento específico de la heminegligencia. No tiene fines de lucro.

Si usted acepta participar de este estudio, su información y las suministradas por usted acerca de sus pacientes serán mantenidas **en absoluta confidencialidad**. Los datos obtenidos de la encuesta serán almacenados en una base de datos para caracterizar, agrupar los datos y así poder sacar conclusiones.

T.O. Catelon Martina

T.O. Ito Natalia

T.O. Masciangioli Anabel

Formulario consentimiento

Estoy totalmente de acuerdo en que los datos proporcionados sean analizados y procesados por los Estudiantes de Terapia ocupacional con el fin de colaborar con el estudio “Desempeño de las Actividades básicas de la vida diaria en pacientes con secuela de heminegligencia post ACV” que tiene como propósito identificar la medida de independencia funcional en algunas AVDB al momento del inicio del tratamiento y a los seis meses de evolución y comparar los resultados. Entiendo que tengo el derecho a retirarme de la investigación sin que me afecte de ninguna manera, informando en tiempo y forma a las terapistas ocupacionales que lo solicitan.

He leído la información proporcionada como también he tenido la oportunidad de preguntar sobre la encuesta y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente a participar de esta investigación para fines académicos y científicos, habiendo leído y comprendido lo mencionado anteriormente.

Firma del participante:.....

Fecha:.....

Anexo 3: Instrumento

Cuestionario de heminegligencia

El siguiente es un cuestionario que se debe completar por los Terapistas Ocupacionales de los centros de rehabilitación con los datos de los pacientes que han sufrido un Accidente cerebrovascular y como secuela del mismo presentan heminegligencia.

El objetivo de dicho instrumento es el de registrar la evolución de la independencia funcional de los pacientes en sus actividades básicas de la vida diaria y la diferencia que puede existir o no entre los que reciben tratamiento específico de Terapia Ocupacional para dicha secuela y los que no.

Para realizar dicho cuestionario es necesario que los pacientes se encuentren en periodo subagudo y estén en el rango de edad de entre 50 a 65 años

Datos del paciente

1. Escriba la edad de su paciente.....

2. Marque con una X el sexo de su paciente

Mujer

Varón

3. Marque con una X la etiología del ACV de su paciente

Hemorrágico

Isquémico

4. Marque con una X las secuelas asociadas que presenta su paciente

Trastornos emocionales y de comportamiento

Trastornos físicos

Trastornos Sensitivos y de la percepción

Trastornos de la deglución

5. Marque con una X los tratamientos que usted realiza para la heminegligencia

- Adaptación al prisma
- Entrenamiento en activación del miembro contralesional
- Estimulación vestibular calórica
- Entrenamiento con imágenes mentales
- Eye patching o Redivisión o Hemivision
- Vibración muscular del cuello
- Ninguno de los anteriores tratamientos específicos

Breve descripción de los tratamientos:

-Adaptación al prisma: consiste en que las gafas prismáticas desplacen el entorno visual en 10 grados hacia la derecha; lo que lleva a que se produzca una adaptación para poder obtener un objeto, luego de quitar el prisma el mismo produce que el paciente deba desplazarse hacia la izquierda para lograr obtener el objeto

-Activación del miembro lesionado: se restringe el uso del miembro sano.

-Estimulación vestibular calórica: se debe irrigar agua fría en el oído externo contralateral a la lesión

-Entrenamiento con imágenes mentales: el paciente debe idear imágenes mentales en movimiento y describir una habitación, un camino, etc.

-Hemivisión también llamado “eye patching”: se tapa mediante un parche o gafas el ojo del lado de la lesión con el fin de estimular el colículo superior del mismo lado, gracias a las aferencias visuales del ojo contralateral a la lesión cerebral.

-Vibración muscular del cuello: consiste en ofrecer estímulos propioceptivos

6. Nivel de independencia funcional

En este apartado del cuestionario se debe traspasar los datos obtenidos de la evaluación FIM, realizada previamente al paciente, en las actividades básicas de la vida diaria que se especifican.

La primera fecha de evaluación indica el inicio del tratamiento (cuando el paciente ingresa al servicio de Terapia Ocupacional). A su vez la segunda evaluación se debe realizar/registrar aproximadamente a los 6 meses de tratamiento.

| Tabla de puntuación de niveles de independencia funcional | |
|--|---|
| 7 | Independencia |
| 6 | Independencia modificada (de la actividad o con adaptaciones) |
| <i>Dependencia parcial</i> | |
| 5 | Dependencia con supervisión |
| 4 | Dependencia con asistencia mínima (Sujeto realiza el 75% o más de la actividad) |
| 3 | Dependencia con asistencia moderada (Sujeto realiza el 50% o más de la actividad) |
| <i>Dependencia completa</i> | |
| 2 | Dependencia con asistencia máxima (Sujeto realiza el 25% o más de la actividad) |
| 1 | Dependencia con asistencia total (Sujeto realiza menos del 25% de la actividad) |

| 6.1 Fecha de evaluación | Al inicio | A los 6 meses |
|--|-----------|---------------|
| 6.2 ABVD Bañarse | | |
| 6.3 ABVD Vestido tren superior | | |
| 6.4 ABVD Vestido tren inferior | | |
| 6.5 ABVD Alimentación | | |
| 6.6 ABVD Movilidad funcional | | |
| 6.7 ABVD Higiene y arreglo personal | | |
| 6.8 ABVD Aseo e higiene en el inodoro | | |

Anexo 4: Informe del Pilotaje

Se realiza el pilotaje a tres profesionales de Terapia Ocupacional que se desempeñan en el área de rehabilitación física en CABA el día 8 de junio del 2015

Se le entrega a cada profesional el cuestionario diseñado y se les explica en líneas generales como está conformado el instrumento, los aspectos principales y se les aclara que en caso de tener alguna inquietud que no duden en consultarnos.

A través del pilotaje pudimos observar junto con la ayuda de los profesionales los aspectos del instrumento que debemos modificar y aquellos que no.

Al entregar el cuestionario a los profesionales no les quedaba claro en qué tipo de paciente tenían que centrarse, por lo cual se les informa que debían pensar en un tipo determinado de paciente de entre 50 a 65 años que presentara secuela de heminegligencia post ACV y que se encontrara en periodo subagudo.

Ante esta dificultad surge la idea de confeccionar una introducción, que se encuentre al inicio del cuestionario, en donde se expresen las características específicas que debe presentar el paciente sobre el cual se va a realizar dicho instrumento como también brindar una mirada más amplia sobre el objetivo del mismo.

El tiempo que se tomaron los tres profesionales en realizar el cuestionario fue de aproximadamente 15 minutos.

Mediante el pilotaje se logra la validez del instrumento, ya que se observa que los profesionales logran comprender la consigna y los diversos ítems del cuestionario sin presentar dificultad.

Anexo 4: Tablas

- Tabla N°1: Recibe tratamiento de específico de Terapia Ocupacional para la heminegligencia como secuela de ACV pacientes de 50 a 65 años de edad internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015. N=10

| Recibe tratamiento de T.O. para la heminegligencia | FA | FR | FR% |
|---|-----------|-----------|-------------|
| SI | 5 | 0,5 | 50% |
| NO | 5 | 0,5 | 50% |
| TOTAL | 10 | 1 | 100% |

- Tabla N°2: Tipo de tratamiento para la heminegligencia como secuela de ACV en pacientes de 50 a 65 años de edad internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015. N=5

| Tipos de tratamiento | FA | FR | F% |
|--|-----------|-----------|-------------|
| Adaptación al prisma | 0 | 0 | 0 |
| Entrenamiento en activación del miembro contralesional | 3 | 0,6 | 60% |
| Estimulación vestibular calórica | 0 | 0 | 0 |
| Entrenamiento con imágenes mentales | 0 | 0 | 0 |
| Eye patching o Redivisión o Hemivision | 2 | 0,4 | 40% |
| Vibración muscular del cuello | 0 | 0 | 0 |
| Ninguno de los anteriores tratamientos específicos | 0 | 0 | 0 |
| Más de un tratamiento | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 5 | 1 | 100% |

- Tabla N°3: Edad de pacientes con heminegligencia como secuela de ACV internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015 N=10

| Edad | FA | FR | FR% | F. Acum. % |
|--------------|-----------|------------|-------------|-------------------|
| 50-53 | 2 | 0,2 | 20% | 20 |
| 54-57 | 1 | 0,1 | 10% | 30 |
| 58-61 | 6 | 0,6 | 60% | 90 |
| 62-65 | 1 | 0,1 | 10% | 100 |
| TOTAL | 10 | 1 | 100% | |

- Tabla N°4: Etiología del ACV en pacientes de 50 a 65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015. N=10

| Etiología del ACV | FA | FR | FR% |
|--------------------------|-----------|------------|-------------|
| Isquémico | 8 | 0,8 | 80% |
| Hemorrágico | 2 | 0,2 | 20% |
| TOTAL | 10 | 1 | 100% |

- Tabla N°5: Sexo de pacientes de 50 a 65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015. N=10

| Sexo | FA | FR | FR% |
|--------------|-----------|------------|-------------|
| Masculino | 6 | 0,6 | 60% |
| Femenino | 4 | 0,4 | 40% |
| TOTAL | 10 | 1 | 100% |

- Tabla N°6: Secuelas asociadas en pacientes de 50 a 65 años de edad con heminegligencia como secuela de ACV internados en centros de rehabilitación de la zona noroeste de la provincia Buenos Aires en el año 2015. N=10

| Secuelas asociadas | FA | FR | F% |
|-----------------------------|-----------|------------|-------------|
| Trastornos emocionales | 0 | 0 | 0 |
| Trastornos físicos | 3 | 0,3 | 70% |
| Trastornos de la deglución | 0 | 0 | 0 |
| Más de una secuela asociada | 7 | 0,7 | 70% |
| TOTAL | 10 | 1 | 100% |

- Tabla N°7: Nivel de asistencia en la actividad básica de la vida diaria Bañarse al inicio del tratamiento de Terapia Ocupacional y a los 6 meses del mismo. N:10

| UA | Recibe tratamiento de TO para heminegligencia | Nivel de asistencia en ABVD Bañarse al inicio | Nivel de asistencia en ABVD Bañarse a los 6 meses |
|-----------|--|--|--|
| UA1 | S | 1 | 1 |
| UA2 | S | 1 | 3 |
| UA3 | S | 2 | 5 |
| UA4 | S | 2 | 4 |
| UA5 | S | 1 | 3 |
| UA6 | N | 2 | 3 |
| UA7 | N | 1 | 2 |
| UA8 | N | 1 | 2 |
| UA9 | N | 1 | 1 |
| UA10 | N | 1 | 2 |

- Tabla N°8: Nivel de asistencia en la actividad básica de la vida diaria Vestido tren superior al inicio del tratamiento de Terapia Ocupacional y a los 6 meses del mismo. N:10

| UA | Recibe tratamiento de TO para heminegligencia | Nivel de asistencia en ABVD vestido tren superior al inicio | Nivel de asistencia en ABVD Vestido tren superior a los 6 meses |
|------|---|---|---|
| UA1 | S | 1 | 1 |
| UA2 | S | 1 | 4 |
| UA3 | S | 2 | 5 |
| UA4 | S | 1 | 4 |
| UA5 | S | 1 | 2 |
| UA6 | N | 2 | 3 |
| UA7 | N | 1 | 2 |
| UA8 | N | 1 | 2 |
| UA9 | N | 2 | 2 |
| UA10 | N | 1 | 2 |

- Tabla N°9: Nivel de asistencia en la actividad básica de la vida diaria Vestido tren inferior al inicio del tratamiento de Terapia Ocupacional y a los 6 meses del mismo. N:10

| UA | Recibe tratamiento de TO para heminegligencia | Nivel de asistencia en ABVD vestido tren inferior al inicio | Nivel de asistencia en ABVD Vestido tren inferior a los 6 meses |
|------|---|---|---|
| UA1 | S | 1 | 1 |
| UA2 | S | 1 | 3 |
| UA3 | S | 2 | 5 |
| UA4 | S | 1 | 3 |
| UA5 | S | 1 | 2 |
| UA6 | N | 2 | 3 |
| UA7 | N | 1 | 2 |
| UA8 | N | 1 | 2 |
| UA9 | N | 1 | 2 |
| UA10 | N | 1 | 1 |

- Tabla N°10: Nivel de asistencia en la actividad básica de la vida diaria Alimentación al inicio del tratamiento de Terapia Ocupacional y a los 6 meses del mismo. N:10

| UA | Recibe tratamiento de TO para heminegligencia | Nivel de asistencia en ABVD Alimentación al inicio | Nivel de asistencia en ABVD Alimentación a los 6 meses |
|------|---|--|--|
| UA1 | S | 1 | 2 |
| UA2 | S | 2 | 4 |
| UA3 | S | 2 | 6 |
| UA4 | S | 2 | 5 |
| UA5 | S | 2 | 5 |
| UA6 | N | 2 | 4 |
| UA7 | N | 1 | 3 |
| UA8 | N | 1 | 2 |
| UA9 | N | 1 | 3 |
| UA10 | N | 1 | 3 |

- Tabla N°11: Nivel de asistencia en la actividad básica de la vida diaria Movilidad funcional al inicio del tratamiento de Terapia Ocupacional y a los 6 meses del mismo. N:10

| UA | Recibe tratamiento de TO para heminegligencia | Nivel de asistencia en ABVD Movilidad funcional al inicio | Nivel de asistencia en ABVD Movilidad funcional a los 6 meses |
|------|---|---|---|
| UA1 | S | 1 | 1 |
| UA2 | S | 1 | 1 |
| UA3 | S | 1 | 5 |
| UA4 | S | 1 | 3 |
| UA5 | S | 1 | 1 |
| UA6 | N | 1 | 4 |
| UA7 | N | 1 | 1 |
| UA8 | N | 1 | 1 |
| UA9 | N | 1 | 1 |
| UA10 | N | 1 | 4 |

- Tabla N°12: Nivel de asistencia en la actividad básica de la vida diaria Higiene y arreglo personal al inicio del tratamiento de Terapia Ocupacional y a los 6 meses del mismo.
N:10

| UA | Recibe tratamiento de TO para heminegligencia | Nivel de asistencia en ABVD Higiene y arreglo personal al inicio | Nivel de asistencia en ABVD Higiene y arreglo personal a los 6 meses |
|------|---|--|--|
| UA1 | S | 1 | 1 |
| UA2 | S | 1 | 3 |
| UA3 | S | 2 | 5 |
| UA4 | S | 1 | 3 |
| UA5 | S | 2 | 4 |
| UA6 | N | 2 | 3 |
| UA7 | N | 1 | 3 |
| UA8 | N | 1 | 2 |
| UA9 | N | 2 | 2 |
| UA10 | N | 2 | 3 |

- Tabla N°13: Nivel de asistencia en la actividad básica de la vida diaria Aseo e higiene en el inodoro al inicio del tratamiento de Terapia Ocupacional y a los 6 meses del mismo.
N:10

| UA | Recibe tratamiento de TO para heminegligencia | Nivel de asistencia en ABVD Aseo e higiene en el inodoro al inicio | Nivel de asistencia en ABVD Aseo e higiene en el inodoro a los 6 meses |
|------|---|--|--|
| UA1 | S | 1 | 1 |
| UA2 | S | 1 | 3 |
| UA3 | S | 1 | 5 |
| UA4 | S | 1 | 3 |
| UA5 | S | 1 | 3 |
| UA6 | N | 1 | 3 |
| UA7 | N | 1 | 2 |
| UA8 | N | 1 | 1 |
| UA9 | N | 1 | 1 |
| UA10 | N | 1 | 2 |

- Tabla N°14: Nivel de asistencia en las actividades básicas de la vida diaria al inicio del tratamiento de Terapia Ocupacional y a los 6 meses del mismo. N:10

| UA | Recibe tratamiento de TO para heminegligencia | Nivel de asistencia en ABVD al inicio | Nivel de asistencia en ABVD a los 6 meses |
|------|---|---------------------------------------|---|
| UA1 | S | 1 | 1 |
| UA2 | S | 1 | 3 |
| UA3 | S | 2 | 5 |
| UA4 | S | 1 | 4 |
| UA5 | S | 1 | 3 |
| UA6 | N | 2 | 3 |
| UA7 | N | 1 | 2 |
| UA8 | N | 1 | 2 |
| UA9 | N | 1 | 2 |
| UA10 | N | 1 | 2 |

- Tabla N°15: Medidas de Tendencia Central y de Dispersión correspondiente al nivel de asistencia en las ABVD Bañarse de los pacientes con secuela de Heminegligencia que SI reciben tratamiento de Terapia ocupacional. N:10

| Variable: Nivel de asistencia en las ABVD Bañarse | MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL | | | MEDIDAD DE DISPERSIÓN | | |
|---|------------------------------|-----|-----|-----------------------|-----|------|
| | X | MAX | MIN | Rango | DM | DEST |
| Al inicio | 1 | 2 | 1 | 1 | 0,5 | 0,5 |
| A los 6 meses | 3 | 5 | 1 | 4 | 0,2 | 2,2 |

- Tabla N°16: Medidas de Tendencia Central y de Dispersión correspondiente al nivel de asistencia en las ABVD Bañarse de los pacientes con secuela de Heminegligencia que NO reciben tratamiento de Terapia ocupacional. N:10

| Variable: Nivel de asistencia en las ABVD Bañarse | MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL | | | MEDIDAD DE DISPERSIÓN | | |
|---|------------------------------|-----|-----|-----------------------|-----|------|
| | X | MAX | MIN | Rango | DM | DEST |
| Al inicio | 1 | 2 | 1 | 1 | 0,5 | 0,5 |
| A los 6 meses | 3 | 5 | 1 | 4 | 0,2 | 2,2 |

- Tabla N°17: Medidas de Tendencia Central y de Dispersión correspondiente al nivel de asistencia en las ABVD Vestido tren superior de los pacientes con secuela de Heminegligencia que SI reciben tratamiento de Terapia ocupacional. N:10

| Variable: Nivel de asistencia en las ABVD Vestido tren superior | MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL | | | MEDIDAD DE DISPERSIÓN | | |
|---|------------------------------|-----|-----|-----------------------|-----|------|
| | X | MAX | MIN | Rango | DM | DEST |
| Al inicio | 1 | 2 | 1 | 1 | 0,2 | 0,2 |
| A los 6 meses | 3 | 5 | 1 | 4 | 0,2 | 2,7 |

- Tabla N°18: Medidas de Tendencia Central y de Dispersión correspondiente al nivel de asistencia en las ABVD Vestido tren superior de los pacientes con secuela de Heminegligencia que NO reciben tratamiento de Terapia ocupacional. N:10

| Variable: Nivel de asistencia en las ABVD Vestido tren superior | MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL | | | MEDIDAD DE DISPERSIÓN | | |
|---|------------------------------|-----|-----|-----------------------|-----|------|
| | X | MAX | MIN | Rango | DM | DEST |
| Al inicio | 1 | 2 | 1 | 1 | 0,5 | 0,5 |
| A los 6 meses | 2 | 3 | 2 | 1 | 0,2 | 0,2 |

- Tabla N°19: Medidas de Tendencia Central y de Dispersión correspondiente al nivel de asistencia en las ABVD Vestido tren inferior de los pacientes con secuela de Heminegligencia que SI reciben tratamiento de Terapia ocupacional. N:10

| Variable: Nivel de asistencia en las ABVD Vestido tren inferior | MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL | | | MEDIDAD DE DISPERSIÓN | | |
|---|------------------------------|-----|-----|-----------------------|-----|------|
| | X | MAX | MIN | Rango | DM | DEST |
| Al inicio | 1 | 2 | 1 | 1 | 0,2 | 0,2 |
| A los 6 meses | 3 | 5 | 1 | 4 | 0,2 | 1,7 |

- Tabla N°20: Medidas de Tendencia Central y de Dispersión correspondiente al nivel de asistencia en las ABVD Vestido tren inferior de los pacientes con secuela de Heminegligencia que NO reciben tratamiento de Terapia ocupacional. N:10

| Variable: Nivel de asistencia en las ABVD Vestido tren inferior | MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL | | | MEDIDAD DE DISPERSIÓN | | |
|---|------------------------------|-----|-----|-----------------------|-----|------|
| | X | MAX | MIN | Rango | DM | DEST |
| Al inicio | 1 | 2 | 1 | 1 | 0,2 | 0,2 |
| A los 6 meses | 2 | 3 | 1 | 2 | 0 | 0,5 |

- Tabla N°21: Medidas de Tendencia Central y de Dispersión correspondiente al nivel de asistencia en las ABVD Alimentación de los pacientes con secuela de Heminegligencia que SI reciben tratamiento de Terapia ocupacional. N:10

| Variable: Nivel de asistencia en las ABVD Alimentación | MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL | | | MEDIDAD DE DISPERSIÓN | | |
|--|------------------------------|-----|-----|-----------------------|-----|------|
| | X | MAX | MIN | Rango | DM | DEST |
| Al inicio | 2 | 2 | 1 | 1 | 0,2 | 0,2 |
| A los 6 meses | 4 | 6 | 2 | 4 | 0,5 | 2,5 |

- Tabla N°22: Medidas de Tendencia Central y de Dispersión correspondiente al nivel de asistencia en las ABVD Alimentación de los pacientes con secuela de Heminegligencia que NO reciben tratamiento de Terapia ocupacional. N:10

| Variable: Nivel de asistencia en las ABVD Alimentación | MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL | | | MEDIDAD DE DISPERSIÓN | | |
|--|------------------------------|-----|-----|-----------------------|-----|------|
| | X | MAX | MIN | Rango | DM | DEST |
| Al inicio | 1 | 2 | 1 | 1 | 0,2 | 0,2 |
| A los 6 meses | 3 | 4 | 2 | 2 | 0 | 0,5 |

- Tabla N°23: Medidas de Tendencia Central y de Dispersión correspondiente al nivel de asistencia en las ABVD Movilidad funcional de los pacientes con secuela de Heminegligencia que SI reciben tratamiento de Terapia ocupacional. N:10

| Variable: Nivel de asistencia en las ABVD Movilidad funcional | MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL | | | MEDIDAD DE DISPERSIÓN | | |
|---|------------------------------|-----|-----|-----------------------|----|------|
| | X | MAX | MIN | Rango | DM | DEST |
| Al inicio | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| A los 6 meses | 2 | 5 | 1 | 4 | 0 | 2 |

- Tabla N°24: Medidas de Tendencia Central y de Dispersión correspondiente al nivel de asistencia en las ABVD Movilidad funcional de los pacientes con secuela de Heminegligencia que NO reciben tratamiento de Terapia ocupacional. N:10

| Variable: Nivel de asistencia en las ABVD Movilidad funcional | MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL | | | MEDIDAD DE DISPERSIÓN | | |
|---|------------------------------|-----|-----|-----------------------|-----|------|
| | X | MAX | MIN | Rango | DM | DEST |
| Al inicio | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| A los 6 meses | 2 | 4 | 1 | 3 | 0,2 | 2,7 |

- Tabla N°25: Medidas de Tendencia Central y de Dispersión correspondiente al nivel de asistencia en las ABVD Higiene y arreglo personal de los pacientes con secuela de Heminegligencia que SI reciben tratamiento de Terapia ocupacional. N:10

| Variable: Nivel de asistencia en las ABVD Higiene y arreglo personal | MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL | | | MEDIDAD DE DISPERSIÓN | | |
|--|------------------------------|-----|-----|-----------------------|-----|------|
| | X | MAX | MIN | Rango | DM | DEST |
| Al inicio | 1 | 2 | 1 | 1 | 0,5 | 0,5 |
| A los 6 meses | 3 | 5 | 1 | 4 | 0,2 | 1,7 |

- Tabla N°26: Medidas de Tendencia Central y de Dispersión correspondiente al nivel de asistencia en las ABVD Higiene y arreglo personal de los pacientes con secuela de Heminegligencia que NO reciben tratamiento de Terapia ocupacional. N:10

| Variable: Nivel de asistencia en las ABVD Higiene y arreglo personal | MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL | | | MEDIDAD DE DISPERSIÓN | | |
|--|------------------------------|-----|-----|-----------------------|-----|------|
| | X | MAX | MIN | Rango | DM | DEST |
| Al inicio | 2 | 2 | 1 | 1 | 0,5 | 0,5 |
| A los 6 meses | 3 | 3 | 2 | 1 | 0,5 | 0,5 |

- Tabla N°27: Medidas de Tendencia Central y de Dispersión correspondiente al nivel de asistencia en las ABVD Aseo e higiene en el inodoro de los pacientes con secuela de Heminegligencia que SI reciben tratamiento de Terapia ocupacional. N:10

| Variable: Nivel de asistencia en las ABVD Aseo e higiene en el inodoro | MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL | | | MEDIDAD DE DISPERSIÓN | | |
|--|------------------------------|-----|-----|-----------------------|----|------|
| | X | MAX | MIN | Rango | DM | DEST |
| Al inicio | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| A los 6 meses | 3 | 5 | 1 | 4 | 0 | 2 |

- Tabla N°28: Medidas de Tendencia Central y de Dispersión correspondiente al nivel de asistencia en las ABVD Aseo e higiene en el inodoro de los pacientes con secuela de Heminegligencia que NO reciben tratamiento de Terapia ocupacional. N:10

| Variable: Nivel de asistencia en las ABVD Aseo e higiene en el inodoro | MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL | | | MEDIDAD DE DISPERSIÓN | | |
|--|------------------------------|-----|-----|-----------------------|-----|------|
| | X | MAX | MIN | Rango | DM | DEST |
| Al inicio | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| A los 6 meses | 2 | 3 | 1 | 2 | 0,2 | 0,7 |

- Tabla N°29: Medidas de Tendencia Central y de Dispersión correspondiente al nivel de asistencia en las ABVD de los pacientes con secuela de Heminegligencia que SI reciben tratamiento de Terapia ocupacional. N:10

| Variable: Nivel de asistencia en las ABVD | MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL | | | MEDIDAD DE DISPERSIÓN | | |
|---|------------------------------|-----|-----|-----------------------|-----|------|
| | X | MAX | MIN | Rango | DM | DEST |
| Al inicio | 1 | 2 | 1 | 1 | 0,2 | 0,2 |
| A los 6 meses | 3 | 5 | 1 | 4 | 0,2 | 2,2 |

- Tabla N°30: Medidas de Tendencia Central y de Dispersión correspondiente al nivel de asistencia en las ABVD de los pacientes con secuela de Heminegligencia que NO reciben tratamiento de Terapia ocupacional. N:10

| Variable: Nivel de asistencia en las ABVD | MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL | | | MEDIDAD DE DISPERSIÓN | | |
|---|------------------------------|-----|-----|-----------------------|-----|------|
| | X | MAX | MIN | Rango | DM | DEST |
| Al inicio | 1 | 2 | 1 | 1 | 0,2 | 0,2 |
| A los 6 meses | 2 | 3 | 2 | 1 | 0,2 | 0,2 |

Anexo 5: Cruce de variables

Tabla de contingencia N° 1: en relación al nivel de independencia en la ABVD Bañarse al inicio de los pacientes con secuela de heminegligencia y recibe tratamiento específico de Terapia ocupacional. N 10

| Recibe TTO de TO | Nivel de independencia al inicio | | | | | | | TOTAL |
|------------------|----------------------------------|----------|---|---|---|---|---|------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| SI | 3 30% | 2 20% | | | | | | 5 50% |
| NO | 4 40% | 1 10% | | | | | | 5 50% |
| TOTAL | 7 70% | 3 30% | | | | | | 10 100% |

Tabla de contingencia N° 2: en relación al nivel de independencia en la ABVD Bañarse a los 6 meses de los pacientes con secuela de heminegligencia y recibe tratamiento específico de Terapia ocupacional. N 10

| Recibe TTO de TO | Nivel de independencia a los 6 meses | | | | | | | TOTAL |
|------------------|--------------------------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| SI | 1 10% | | 2 20% | 1 10% | 1 10% | | | 5 50% |
| NO | 1 10% | 3 30% | 1 10% | | | | | 5 50% |
| TOTAL | 2 20% | 3 30% | 3 30% | 1 10% | 1 10% | | | 10 100% |

Tabla de contingencia N° 3 en relación al nivel de independencia en la ABVD Vestido de tren superior al inicio de los pacientes con secuela de heminegligencia y recibe tratamiento específico de Terapia ocupacional. N 10

| Recibe TTO de TO | Nivel de independencia al inicio | | | | | | | TOTAL |
|------------------|----------------------------------|----------|---|---|---|---|---|------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| SI | 4 40% | 1 10% | | | | | | 5 50% |
| NO | 3 30% | 2 20% | | | | | | 5 50% |
| TOTAL | 7 70% | 3 30% | | | | | | 10 100% |

Tabla de contingencia N°4: en relación al nivel de independencia en la ABVD Vestido de tren superior a los 6 meses de los pacientes con secuela de heminegligencia y recibe tratamiento específico de Terapia ocupacional. N 10

| Nivel de independencia a los 6 meses Recibe TTO de TO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|---|---|------------|
| SI | 1 10% | 1 10% | | 2 20% | 1 10% | | | 5 50% |
| NO | | 4 40% | 1 10% | | | | | 5 50% |
| TOTAL | 1 10% | 5 50% | 1 10% | 2 20% | 1 10% | | | 10 100% |

Tabla de contingencia N° 5 en relación al nivel de independencia en la ABVD Vestido de tren inferior al inicio de los pacientes con secuela de heminegligencia y recibe tratamiento específico de Terapia ocupacional. N 10

| Nivel de independencia al inicio Recibe TTO de TO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL |
|--|----------|----------|---|---|---|---|---|------------|
| SI | 4 40% | 1 10% | | | | | | 5 50% |
| NO | 4 40% | 1 10% | | | | | | 5 50% |
| TOTAL | 8 80% | 2 20% | | | | | | 10 100% |

Tabla de contingencia N° 6 en relación al nivel de independencia en la ABVD Vestido de tren inferior a los 6 meses de los pacientes con secuela de heminegligencia y recibe tratamiento específico de Terapia ocupacional. N 10

| Nivel de independencia a los 6 meses Recibe TTO de TO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL |
|--|----------|----------|----------|---|----------|---|---|------------|
| SI | 1 10% | 1 10% | 2 20% | | 1 10% | | | 5 50% |
| NO | | 3 30% | 1 10% | | | | | 5 50% |
| TOTAL | 2 20% | 4 40% | 3 30% | | 1 10% | | | 10 100% |

Tabla de contingencia N° 7: en relación al nivel de independencia en la ABVD Alimentación al inicio de los pacientes con secuela de heminegligencia y recibe tratamiento específico de Terapia ocupacional. N 10

| Nivel de independencia al inicio Recibe TTO de TO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL |
|--|----------|----------|----------|---|---|---|---|------------|
| | SI | 1 10% | 4 40% | | | | | |
| NO | 4 40% | 1 10% | | | | | | 5 50% |
| TOTAL | 5 50% | 5 50% | | | | | | 10 100% |

Tabla de contingencia N° 8: en relación al nivel de independencia en la ABVD Alimentación a los 6 meses de los pacientes con secuela de heminegligencia y recibe tratamiento específico de Terapia ocupacional N 10

| Nivel de independencia a los 6 meses Recibe TTO de TO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL |
|--|----|----------|----------|----------|----------|----------|----------|------------|
| | SI | | 1 10% | | 1 10% | 2 20% | 1 10% | |
| NO | | 1 10% | 3 30% | 1 10% | | | | 5 50% |
| TOTAL | | 2 20% | 3 30% | 2 20% | 2 20% | 1 10% | | 10 100% |

Tabla de contingencia N° 9: en relación al nivel de independencia en la ABVD Movilidad funcional al inicio de los pacientes con secuela de heminegligencia y recibe tratamiento específico de Terapia ocupacional. N 10

| Nivel de independencia al inicio Recibe TTO de TO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL |
|--|------------|----------|---|---|---|---|---|------------|
| | SI | 5 50% | | | | | | |
| NO | 5 50% | | | | | | | 5 50% |
| TOTAL | 10 100% | | | | | | | 10 100% |

Tabla de contingencia N° 10: en relación al nivel de independencia en la ABVD Movilidad funcional a los 6 meses de los pacientes con secuela de heminegligencia y recibe tratamiento específico de Terapia ocupacional. N 10

| Nivel de independencia a los 6 meses Recibe TTO de TO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---|------------|
| | SI | 3 30% | | 1 10% | | 1 10% | | |
| NO | 3 30% | | | 2 20% | | | | 5 50% |
| TOTAL | 5 60% | | 1 10% | 2 20% | 1 10% | | | 10 100% |

Tabla de contingencia N° 11: en relación al nivel de independencia en la ABVD Higiene y arreglo personal al inicio de los pacientes con secuela de heminegligencia y recibe tratamiento específico de Terapia ocupacional. N 10

| Nivel de independencia al inicio Recibe TTO de TO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL |
|--|----------|----------|----------|---|---|---|---|------------|
| | SI | 3 30% | 2 20% | | | | | |
| NO | 2 20% | 3 30% | | | | | | 5 50% |
| TOTAL | 5 50% | 5 50% | | | | | | 10 100% |

Tabla de contingencia N° 12: en relación al nivel de independencia en la ABVD Higiene y arreglo personal a los 6 meses de los pacientes con secuela de heminegligencia y recibe tratamiento específico de Terapia ocupacional. N 10

| Nivel de independencia a los 6 meses Recibe TTO de TO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---|------------|
| | SI | 1 10% | | 2 20% | 1 10% | 1 10% | | |
| NO | | 2 20% | 3 30% | | | | | 5 50% |
| TOTAL | 1 10% | 2 20% | 5 50% | 1 10% | 1 10% | | | 10 100% |

Tabla de contingencia N° 13: en relación al nivel de independencia en la AVBD Aseo e higiene en el inodoro al inicio de los pacientes con secuela de heminegligencia y recibe tratamiento específico de Terapia ocupacional. N 10

| Nivel de independencia a al inicio Recibe TTO de TO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL |
|--|------------|---|---|---|---|---|---|------------|
| SI | 5 50% | | | | | | | 5 50% |
| NO | 5 50% | | | | | | | 5 50% |
| TOTAL | 10 100% | | | | | | | 10 100% |

Tabla de contingencia N° 14: en relación al nivel de independencia en la AVBD Aseo e higiene en el inodoro a los 6 meses de los pacientes con secuela de heminegligencia y recibe tratamiento específico de Terapia ocupacional. N 10

| Nivel de independencia a los 6 meses Recibe TTO de TO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL |
|--|----------|----------|----------|---|----------|---|---|------------|
| SI | 1 10% | | 3 30% | | 1 10% | | | 5 50% |
| NO | 2 20% | 2 20% | 1 10% | | | | | 5 50% |
| TOTAL | 3 30% | 2 20% | 4 40% | | 1 10% | | | 10 100% |

Tabla de contingencia N° 15: en relación al nivel de independencia en las AVBD al inicio de los pacientes con secuela de heminegligencia y recibe tratamiento específico de Terapia ocupacional. N 10

| Nivel de independencia al inicio Recibe TTO de TO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | TOTAL |
|--|----------|----------|---|---|---|---|---|------------|
| SI | 4 40% | 1 10% | | | | | | 5 50% |
| NO | 4 40% | 1 10% | | | | | | 5 50% |
| TOTAL | 8 80% | 2 20% | | | | | | 10 100% |

Tabla de contingencia N° 16: en relación al nivel de independencia en las AVBD a los 6 meses de los pacientes con secuela de heminegligencia y recibe tratamiento específico de Terapia ocupacional. N 10

| Recibe TTO de TO | Nivel de independencia a los 6 meses | | | | | | | TOTAL |
|------------------|--------------------------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| SI | 1 10% | | 2 20% | 1 10% | 1 10% | | | 5 50% |
| NO | | 4 40% | 1 10% | | | | | 5 50% |
| TOTAL | 1 10% | 4 40% | 3 30% | 1 10% | 1 10% | | | 10 100% |