



Instituto de Ciencias de la  
Rehabilitación y el movimiento  
ICRM\_UNSAM

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN**  
**INSTITUTO CIENCIAS DE LA REHABILITACIÓN**  
**Y EL MOVIMIENTO**

**LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL.**

**ASIGNATURA: DISEÑO DE TRABAJO FINAL.**

**Equipo docente:**

Dra. Mariela Nabergoi

Esp. Andrea Albino

Lic. Florencia Itovich

Lic. Luisa Rossi

Lic. Macarena Lopez

**Docente/s supervisor/es:** Dra. Mariela Nabergoi

**TRABAJO FINAL INTEGRADOR**

**TEMA:** Análisis de la evidencia (externa, interna, recursos y opinión del paciente) sobre las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y /o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson, en un Centro de Rehabilitación Física de San Martín, Pcia de Bs. As durante el año 2019.

**Grupo N°:** 28, MYG

**Año de cursada:** 2018

**Alumnos:**

Heredia, Malvina. DNI: 31.436.308

[malvina\\_heredia@yahoo.com.ar](mailto:malvina_heredia@yahoo.com.ar).

Tomaciello, Gabriela DNI: 27.734.299

[gtomaciello@yahoo.com.ar](mailto:gtomaciello@yahoo.com.ar).

Velasquez, Yanina. DNI: 30.120.751

[yanina\\_velasquezto@yahoo.com.ar](mailto:yanina_velasquezto@yahoo.com.ar).

**Fecha de presentación:** 4 de Agosto del 2020.

## **Agradecimientos**

A las docentes de la cátedra Metodología de la Investigación y Diseño de Trabajo Final, en especial a Mariela Nabergoi quien nos formó, guió y alentó durante todo el trabajo.

A todos los pacientes que nos inspiraron para investigar sobre la temática y participaron en este proyecto, junto a los terapeutas ocupacionales que colaboraron para llevarlo a cabo.

A nuestras familias que nos tuvieron paciencia y nos acompañaron en este camino.

A nuestros compañeros de trabajo que nos brindaron su aporte, nos facilitaron material y nos ofrecieron su crítica para mejorar el trabajo.

## INDICE

<b>TEMA</b> .....	<b>3</b>
<b>PALABRAS CLAVES</b> .....	<b>3</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.</b> .....	<b>3</b>
<b>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>6</b>
<b>RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>6</b>
<b>SUPUESTOS</b> .....	<b>7</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>8</b>
<b>DESARROLLO</b> .....	<b>9</b>
<b>MARCO TEORICO.</b> .....	<b>9</b>
<b>METODOLOGÍA.</b> .....	<b>16</b>
<b>ANALISIS DE DATOS</b> .....	<b>39</b>
<b>Resultados del análisis de la Evidencia Externa.</b> .....	<b>44</b>
<b>Resultados del análisis de la Evidencia Interna.</b> .....	<b>54</b>
<b>Resultados del Análisis de la opinión del paciente.</b> .....	<b>60</b>
<b>Resultados del análisis de los recursos que utilizan los T.O del Centro de Rehabilitación Física de San Martín</b> .....	<b>67</b>
<b>Síntesis de los resultados de la evidencia (externa, interna, recursos y opinión del paciente) sobre cada intervención para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional</b> .....	<b>69</b>
<b>CONCLUSIÓN</b> .....	<b>76</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>80</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>96</b>

## **TEMA**

Análisis de la evidencia (externa, interna, recursos y opinión del paciente) sobre las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y /o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson en un Centro de Rehabilitación Física de San Martín, Pcia de Bs.As durante el año 2019.

## **PALABRAS CLAVES**

Terapia Ocupacional- Enfermedad de Parkinson- Movilidad Funcional - Práctica Basada en la Evidencia-

## **INTRODUCCIÓN.**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La práctica basada en la evidencia surge en la década de los 80, en el ámbito de la medicina. Su objetivo es unir el conocimiento científico y la práctica clínica tratando de integrar el análisis de la mejor evidencia, que proviene de la investigación científica, con la experiencia del profesional y la situación específica de cada paciente en la toma de decisiones clínicas. (Evidence-Based Medicine Working Group,1992 ;Sackett et. al, 1996; Straus et. al., 2019). Con respecto a la evidencia, existen escalas para medir la calidad de la misma y su jerarquía se basa en el rigor científico de la metodología empleada. En estas escalas, los Estudios Controlados Aleatorizados se encuentran en el nivel más alto y las notificaciones de un caso aislado en el menor nivel (Jovell y Navarro-Rubio, 1995). Ahora bien, implementar intervenciones que están basadas en estudios de alto nivel de evidencia, en nuestra práctica profesional diaria, no nos garantiza que obtengamos los mismos resultados. Esto se debe a que los pacientes y las condiciones de nuestra clínica son diferentes a las de la investigación que fundamenta su evidencia. Es así que los conceptos de eficacia y de efectividad de una intervención cobran importancia. Una intervención es eficaz cuando la misma es aplicada en condiciones ideales, esto es en estricta ejecución de una técnica y criterios de inclusión y exclusión. En cambio, que sea efectiva implica que haya alcanzado el resultado deseado en las condiciones reales o habituales de uso. (Conde, 2002).

La sobrevaloración de los estudios controlados aleatorizados que llevaría a aplicar intervenciones como si fueran recetas de cocina, es una de las tantas críticas que recibe esta práctica. Otras tienen que ver con abaratar costos y no ser pensada para la práctica diaria por el tiempo y recursos que conlleva la misma. Strauss et al (2019) en su libro Medicina Basada en la Evidencia trata de refutar estas críticas y brindar herramientas que permitan desarrollar habilidades para llevar adelante esta práctica en la Medicina.

Hasta ahora, esta evidencia de la que se viene hablando, proviene de investigaciones cuantitativas, dejando en un lugar inferior a las cualitativas. Estas no son de gran valor dentro de la jerarquía que propone las reglas tradicionales de evidencia, y sin embargo brindan información muy rica ya que pone énfasis en el significado que las personas le dan a los hechos en los que se encuentran involucrados. (Souza Minayo, 2012; Giacomini,2001.)

Varias disciplinas han incorporado esta práctica, entre ellas la Terapia Ocupacional. En Terapia Ocupacional Rumbo Prieto, Aranton Aerosa y García Gonzalo (2005) propusieron un concepto denominado Terapia Ocupacional Basada en la Evidencia (TOBE), con el propósito de que la práctica profesional se base en el análisis de las pruebas que brindan las investigaciones científicas y se unan a la experiencia del terapeuta y a los valores del paciente teniendo en cuenta también los recursos con los que se disponen.

Para Clair & Newcombe (2014) la incorporación de la evidencia basada en la práctica (EBP) en la Terapia Ocupacional, no solo es importante para mejorar la práctica e identidad de la disciplina, sino que también es importante la responsabilidad que se tiene con los pacientes, de ofrecer y entregar la mejor atención, herramientas y guías ante su situación o dificultad específica.

En cuanto a la producción científica de Terapia Ocupacional existen ciertas controversias, siempre se intenta reflexionar sobre qué tipo de conocimiento genera la disciplina para fundamentar sus intervenciones. (Guajardo, 2009; Paganizzi, 2001; Medeiros, 1999). Según Talavera Valverde (2011) las investigaciones que llevan a cabo los terapeutas ocupacionales deberían presentar mayor calidad, esto es mayor rigor metodológico de los estudios cuantitativos. Pero el enfoque y la dinámica que aplican en su práctica diaria, valorando la ocupación y la experiencia de sus clientes los lleva a necesitar de un modelo de práctica basada en la evidencia que tenga en cuenta todas las pruebas importantes, incluyendo los estudios cualitativos. Estos son importantes porque aportan la perspectiva del paciente, la satisfacción, la importancia de participar en el tratamiento y los efectos secundarios psicosociales que hacen a la efectividad de la intervención. (Tomlin y Borgetto, 2011).

En relación a la práctica basada en la evidencia los terapeutas ocupacionales la consideran importante, pero aún así la mayoría basa sus intervenciones en la experiencia clínica y en información que adquieren a través de cursos y de colegas. Refieren que las principales barreras para implementar esta práctica son la falta de tiempo, la dificultad para acceder a la evidencia científica y no tener las habilidades para llevar adelante la misma. (Bennet et.al., 2003)

En la actualidad y en lo que respecta a América del Sur, en Chile específicamente, García et.al (2018) dicen que la falta de acceso a conocimientos sólidos, la falta de desarrollo de la cultura de investigación y el pobre nexo con la comunidad científica mundial limita la práctica basada en la evidencia de los terapeutas ocupacionales de este país. Y esto los lleva a basar sus intervenciones en la intuición, la experiencia clínica y a acceder al conocimiento a través de redes profesionales.

Según la CIE-10 (2015) la enfermedad de Parkinson (EP), es una enfermedad neurodegenerativa crónica caracterizada por bradicinesia, rigidez y temblor. Su causa es desconocida. Por su prevalencia es la segunda enfermedad neurodegenerativa después de la enfermedad de Alzheimer y aumenta a medida que se incrementa la edad.

A nivel mundial, la incidencia anual de la enfermedad de Parkinson es de dieciocho nuevos casos por cada cien mil habitantes, pero la alta esperanza de vida que suelen presentar los pacientes hace que la prevalencia de la enfermedad en la población sea cuantitativamente mayor que la incidencia, registrándose unos ciento sesenta y cuatro casos por cada cien mil habitantes. (Pringsheim, et. al. ,2014). Federico Micheli (2013) refiere que en Argentina la

prevalencia es similar a otras partes del mundo aunque no hay datos estadísticos que avalen esta afirmación, ya que los mismos fueron recabados a partir de los registros de venta de la medicación que se indica en el tratamiento de estos pacientes.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la prevalencia es de 219/100.000 habitantes por año en la población en general y 394/100.000 en la población mayor de 40 años.(Bauso et. al., 2012).

Las personas con enfermedad de Parkinson presentan síntomas motores y no motores que impactan en su calidad de vida de manera negativa. Las mayores limitaciones se ven reflejadas en la movilidad y en la participación social. (Raggi et. al, 2010). Según Duncan y Earhart (2011) el congelamiento de la marcha y la incapacidad de levantarse de una silla son las dificultades que se presentan con mayor frecuencia en la movilidad funcional de estas personas. Foppa et. al (2018) describen otras dificultades que también aparecen limitando la movilidad funcional, como la lentitud de movimiento, dificultad para colocar compras en bolsas y transportarlas, tropezones y caídas, dificultad para entrar y salir de la cama, y para subir escaleras.

El enfoque de Terapia Ocupacional para el tratamiento de estos pacientes debe conseguir minimizar el impacto negativo que genera el trastorno sobre el desempeño ocupacional en las actividades de la vida diaria, teniendo en cuenta las singularidades, estilo de vida, entorno y los aspectos de la enfermedad para planificar un tratamiento personalizado, centrado en la persona (Begoña Polonio López,2015).

La práctica basada en la evidencia de Terapia Ocupacional para la atención de pacientes con EP revela insuficiente evidencia para validar su eficacia desde los estudios científicos, pero se recomienda desde el diagnóstico de la enfermedad. De todos modos por la complejidad de la enfermedad y los diferentes factores que influyen en el desempeño ocupacional (estadio de la enfermedad, medicación, factores ambientales físicos y sociales, problemas de motivación, deterioro cognitivo, entre otros) de cada paciente, no hay práctica estandarizada que limite las intervenciones de terapia ocupacional sólo al tratamiento de los síntomas según el estadio de la misma (Jansa y Aragón, 2015).

Algo muy utilizado en la práctica basada en la evidencia son las guías de práctica clínica. A partir del rastreo del Estado del Arte se encontraron guías de prácticas clínicas que orientan a los profesionales que trabajan con personas con Enfermedad de Parkinson en la toma de decisiones para la intervención. En la Argentina el desarrollo, difusión e implementación de guías de práctica clínica fue incrementando desde 1994 en cantidad pero la calidad de las mismas son bajas (Esandi et. al., 2008). Aún así no se ha encontrado en la literatura local una guía de práctica clínica destinada al tratamiento no farmacológico de personas con Parkinson. Con respecto a la literatura de América Latina, el Ministerio de Salud de Chile (2010) a logrado realizar su Guía de Práctica Clínica para esta población y en su declaración de intención dice que "...la adherencia a las recomendaciones de la guía no asegura un desenlace exitoso en cada paciente"(p 8.). También reconoce y hace notar que existen prácticas que resultan eficaces y no presentan evidencia científica, y tal vez nunca se generen pruebas de su efectividad, pero esto no debe ser una limitación en la implementación de un procedimiento o la utilización de un recurso.

A todo lo anteriormente citado se le suma la participación del paciente en toda esta trama y cómo éste incorpora en su vida cotidiana todo lo trabajado en el ámbito de la

rehabilitación, o sea, cómo valoran e incorporan estas intervenciones que aplican, sugieren los profesionales de la salud y que deberían estar basadas en la evidencia. Según Almeida (1997) que las personas puedan o no transportar a su cotidianeidad lo aprendido en la rehabilitación depende del significado que estas le atribuyen. Con respecto a esto, Anne Fisher (1998) nos brinda un modelo que invita a centrar nuestras intervenciones en la ocupación, en aquella en la que el paciente participe activamente porque le es significativa, alentando a trabajar en los ambientes naturales de la vida cotidiana del paciente, con objetos reales logrando así un mejor desempeño ocupacional.

Y por último, otro elemento que compone la práctica basada en la evidencia y va a influir en ella, son los recursos. Como dice Rumbo Prieto (2005) los recursos con los que se dispone van a condicionar la práctica basada en la evidencia, desde el tiempo y el personal capacitado, hasta materiales y tecnología que se necesite para llevar adelante la misma.

Por todo lo antedicho nos preguntamos:

### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Qué evidencia (externa, interna, recursos y opinión del paciente) presentan las intervenciones para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson, en un Centro de Rehabilitación Física de San Martín, Pcia de Bs.As durante el año 2019?

### **RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN**

Los resultados de este trabajo podrían contribuir al campo de la Terapia Ocupacional ampliando el conocimiento sobre la práctica basada en la evidencia para la atención de pacientes con enfermedad de Parkinson, específicamente en conocer cuál es la evidencia que aporta la bibliografía científica (externa), la experiencia del profesional (interna), la opinión del paciente y los recursos sobre las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en ellos.

También podría servir a los terapeutas ocupacionales que realizan investigaciones para fomentar la documentación de las experiencias profesionales no solo de las causas y efectos de las disfunciones ocupacionales y las intervenciones que se utilizan para tratarlas, sino también el resultado que se obtiene de ellas en un mundo real, complejo y en constante cambio y la experiencia de nuestros pacientes en sus contextos reales (Tomlin & Borgetto, 2011). Por otra parte contribuir como material teórico de consulta para estudiantes o profesionales de Terapia Ocupacional interesados en la temática y como punto de partida para futuras investigaciones que aborden estos cuatro elementos que componen la evidencia de las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales en otras ocupaciones de los pacientes con enfermedad de Parkinson, tales como otras actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, trabajo, descanso, tiempo libre, entre otras ocupaciones cotidianas.

En relación a la praxis, esta investigación ayudaría a los terapeutas ocupacionales a valorar todos los elementos que componen la práctica basada en la evidencia para brindar un servicio de calidad, ya que una fusión de diferentes tipos de evidencia se adecua mejor a las necesidades de toma de decisiones en la práctica clínica de la Terapia Ocupacional. (Tomlin

y Borgetto,2011). Es decir, que los terapeutas ocupacionales incorporen un poco más el uso de la evidencia externa, confíen en su experiencia clínica e intuición, tomen en cuenta la opinión de sus pacientes sobre las intervenciones que utilizan y que puedan llegar a obtener buenos resultados con los recursos que disponen para que sus intervenciones sean efectivas y así evitar aplicar intervenciones genéricas para todos los pacientes. (Law,2010).

Los pacientes se verían beneficiados, ya que daría cuenta de la importancia que tiene su opinión sobre la efectividad de las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales, y así empoderar al mismo y brindarle la oportunidad de tener un rol activo en su tratamiento.

En cuanto a la relevancia social de este trabajo de investigación, aportaría a la construcción del conocimiento en terapia ocupacional sobre la evidencia de las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson y que estas se puedan relacionar con la cultura, el contexto y las necesidades individuales de los pacientes, y así garantizar el derecho a todos los pacientes de participar de la vida cotidiana plenamente. (Law,2010) .

## **SUPUESTOS**

Nuestro trabajo de investigación no tendrá una hipótesis ya que su tipo de diseño es descriptivo exploratorio, es por esto que tendrá supuestos en relación a los distintos elementos que componen la evidencia sobre las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson.

Con respecto a las características de la evidencia externa sobre las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson, los artículos científicos presentan un nivel de evidencia moderada ya que el tipo de estudio de los mismos son de revisiones sistemáticas y la mayoría de la producción científica en relación a este tema se realizan en países de otras regiones existiendo escasa producción nacional.

Sobre la evidencia interna, las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales del Centro de Rehabilitación Física de San Martín para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de los pacientes con enfermedad de Parkinson, son las pistas visuales y auditivas, sugerencia de productos de apoyo para utilizar en el baño y adaptaciones ambientales como la organización del mobiliario en el hogar. Y consideran que son más efectivas, en la mayoría de los casos, las adaptaciones ambientales como la organización del mobiliario en el hogar y los productos de apoyo que sugieren para el baño.

En relación a los recursos humanos, materiales y tecnológicos, pensamos que disponen de todo lo necesario para llevar a cabo las intervenciones que sugiere la literatura científica.

Y por último, con respecto a la opinión del receptor (paciente) sobre la efectividad de las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional, los pacientes consideran a las adaptaciones ambientales y a

la implementación de productos de apoyo como las más efectivas y a las que utilizan con mayor frecuencia.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

1. Analizar la evidencia externa, la evidencia interna, los recursos y la opinión del paciente sobre las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson que asisten al Centro de Rehabilitación Física de San Martín, Pcia de Bs.As durante el año 2019.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1.1 Caracterizar la evidencia externa sobre las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson según autor, año de publicación, ubicación geográfica de la publicación del artículo científico, ubicación geográfica de la investigación, tipo de estudio, nivel de evidencia.

1.2 Describir las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales del Centro de Rehabilitación Física de San Martín para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de los pacientes con enfermedad de Parkinson durante el año 2019.

1.3 Describir los recursos humanos, materiales y tecnológicos que utilizan los terapeutas ocupacionales del Centro de Rehabilitación Física de San Martín para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de los pacientes con enfermedad de Parkinson durante el año 2019.

1.4 Conocer la percepción de efectividad de los terapeutas ocupacionales sobre las intervenciones que utilizan para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en los pacientes con enfermedad de Parkinson que asisten al Centro de Rehabilitación Física de San Martín durante el año 2019.

1.5 Conocer la percepción de efectividad de los receptores (pacientes) sobre las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales del Centro de Rehabilitación Física de San Martín para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional durante el año 2019.

1.6 Conocer la frecuencia con que utilizan en su vida diaria los pacientes con enfermedad de Parkinson las sugerencias que los terapeutas ocupacionales del Centro de Rehabilitación Física de San Martín les brindan para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional durante el año 2019.

## **DESARROLLO**

### **MARCO TEORICO.**

La terapia ocupacional tiene como objetivo mejorar la salud y alcanzar el bienestar de las personas promoviendo la participación de las mismas en ocupaciones que le son significativas. Para lograr este objetivo el terapeuta ocupacional ayuda a que ellas desarrollen habilidades, adaptando la ocupación o el entorno si es necesario (Woft ,2012).

Su práctica actual se caracteriza por centrarse en el paciente, en la ocupación y por estar basada en la evidencia (Blesedell Crepeau et.al,2005). Una práctica centrada en el paciente significa que el proceso terapéutico se lleva a cabo a través del trabajo en conjunto entre el profesional de Terapia Ocupacional y el paciente, promoviendo así la participación activa de este último en su propio tratamiento (Law, 1995). Que este proceso se centre en la ocupación tiene relación con que el terapeuta ocupacional valora las ocupaciones significativas para el paciente y el contexto real donde las realiza, planteando los objetivos en función de los intereses ocupacionales de las persona (Fisher, 1998). Por otra parte, para basar la práctica en la evidencia existente, el profesional debe acceder, evaluar e interpretar las investigaciones relevantes para luego incorporarlas al razonamiento clínico, sin olvidar comunicar a la persona los posibles resultados, para que ellas puedan elegir participar o no del tratamiento. Rumbo Prieto et. al (2005) propone una definición de Terapia Ocupacional Basada en la Evidencia que consiste en:

Proceso sistemático de búsqueda, evaluación, y aplicación de los resultados de la investigación más actual, que ayuda a la toma de decisiones al Terapeuta Ocupacional, en base a las preferencias del paciente, su experiencia profesional, y los recursos sanitarios y/o sociales disponibles. (Pag 10.)

Según dichos autores la toma de decisiones clínicas basada en la evidencia en terapia ocupacional está coordinada por 4 elementos: la evidencia externa, la evidencia interna, la opinión del receptor y los recursos.

Según la RAE (2005) el término evidencia significa “certeza clara y manifiesta de la que no se puede dudar” o “prueba determinante de un proceso”. La traducción al español del significado de la palabra evidence dice que es “el conjunto de hechos o información disponible que indica si una creencia o proposición es verdadera o válida” y uno de sus sinónimos es “prueba”. Esta diferencia en el concepto de la misma palabra de estos idiomas ha generado ciertas controversias, por lo que Manteca González (1997) recomienda que la palabra evidencia sea entendida como prueba, experiencia o demostración. Entonces, la evidencia externa, son las pruebas científicas que provienen de las investigaciones clínicas encontradas en la literatura científica. Aquí, el terapeuta ocupacional debe llevar adelante una serie de pasos que comienzan con la formulación de una pregunta, luego se realiza la búsqueda de investigaciones y análisis de las mismas. Por último integrarlo a la experiencia clínica, a la situación particular del paciente y a los recursos disponibles. Para la valoración crítica de la evidencia, hay que tener en cuenta la calidad de las investigaciones en función de los diversos tipos de estudios. Existen diferentes clasificaciones para esto y la mayoría coloca a los ensayos clínicos controlados en la cabeza de la pirámide jerárquica y la opinión de expertos en la base. Siguiendo en orden de mayor a menor calidad de evidencia de esta pirámide jerárquica, aparecen en primer lugar el ensayo clínico controlado entendido como

un diseño de estudio experimental en el que las personas son asignadas por azar a dos o más grupos, uno o más grupos reciben el tratamiento que se está probando, y el otro recibe un tratamiento alternativo. Los grupos son seguidos para observar cualquier diferencia en los resultados. Deben ser cegados o enmascarados, esto es, que ni el paciente, ni el terapeuta, ni el evaluador tengan información sobre la intervención que se está probando. Así se evalúa la eficacia del tratamiento. Luego sigue el meta-análisis, que es una técnica estadística que permite integrar los resultados de distintos estudios en un único estimador. Continúa la revisión sistemática, en este tipo de estudio se revisa la evidencia sobre un tema. La revisión es sistemáticamente identificada, criticada y resumida de acuerdo a unos criterios predeterminados. Seguido viene el estudio de caso-control, que es un estudio observacional que trata de establecer una relación entre un factor de riesgo y una enfermedad o evento, comparando el nivel de exposición al factor de riesgo entre un grupo de personas con el evento o enfermedad (casos) y un grupo de comparación o referencia de personas que no lo tienen (controles). El estudio de cohorte es aquel en el que se comparan dos o más grupos de personas (cohortes) que se diferencian por la presencia o el nivel de una determinada condición o exposición o por recibir un tipo de tratamiento o intervención. Este estudio es seguido a lo largo del tiempo estudiándose tras el mismo la incidencia de los eventos de interés. Ya finalizando, se encuentra el estudio observacional, que es el tipo de estudio en el que el investigador no interviene ni manipula ninguna variable o factor de riesgo que pueda influir en el resultado de interés. (CASPe, 2019). Y la opinión de expertos es un método de validación útil para verificar la fiabilidad de una investigación y se define como “una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones” (Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008).

Según Marzo y Viana 2007, se considera nivel de evidencia alta cuando los estudios son meta-análisis o revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados o ensayos controlados aleatorizados. Evidencia moderada cuando son revisiones sistemáticas de estudios de cohorte y caso-control, o estudios de cohorte y casos-control de alta calidad, o estudios de cohorte y casos-control. Y se considera evidencia de calidad baja a los estudios observacional descriptivo, serie de casos y opinión de expertos. (Ver anexos).

El segundo elemento es la evidencia interna y hace referencia a la experiencia del profesional de Terapia Ocupacional y su razonamiento clínico para la toma de decisiones indicada por la evidencia. Esta destreza se inicia y es aprendida durante el pregrado, continúa con el postgrado, y se renueva con la práctica clínica, docente, de gestión o investigadora. La experiencia y razonamiento clínico del terapeuta ocupacional debe tratar de integrar las intervenciones, con los objetivos, con los recursos que dispone y con las oportunidades que brinda el dispositivo de atención (Cámara, 2005).

Los terapeutas ocupacionales utilizan distintos enfoques de intervención. Estas estrategias específicas dirigen el proceso y se basan en lo que espera el paciente, la evaluación y la evidencia. El enfoque de “restaurar” pretende cambiar ciertos aspectos del paciente para desarrollar una habilidad nueva o remediar una que haya sido afectada. El enfoque de “mantener” provee las ayudas que permiten a los pacientes preservar capacidades de desempeño que se han recuperado. Sin el mantenimiento continuo, el rendimiento, bienestar y calidad de vida disminuyen. Y el enfoque de “modificar” busca la manera de

cambiar el ambiente o las demandas de la actividad para compensar las capacidades afectadas y poder llevar a cabo el desempeño ocupacional de manera efectiva. (Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso, 2014).

El tercer elemento tiene que ver con la opinión del receptor y este incluye los valores y circunstancias del paciente. Los valores son las preferencias, preocupaciones y expectativas de la persona que se incorporan a la decisión clínica. Y las circunstancias hacen referencia a la situación clínica particular de cada paciente. El paciente en base a sus experiencias previas y sus propios conocimientos puede decidir aceptar o rechazar la intervención sugerida. (Strauss et. al., 2019).

Y por último el cuarto elemento que forma parte de la producción de la evidencia son los recursos disponibles. Entre ellos podemos mencionar los recursos humanos entendidos como todo el personal formado y competente que contribuye a alcanzar el mayor grado de bienestar posible de los pacientes (OMS, 2018). En esta investigación nos referiremos a los terapeutas ocupacionales que trabajan con pacientes con enfermedad de Parkinson. Como recursos materiales son todos los bienes concretos con los que dispone una organización para cumplir sus objetivos, tales como instalaciones, materia prima, equipos, herramientas, entre otros. Los recursos técnicos y tecnológicos se valen de la tecnología para cumplir con un propósito determinado. Éstos pueden ser tangibles como una computadora, impresora u otra máquina o intangibles como un programa o una aplicación virtual.

Los recursos muchas veces por cuestiones presupuestarias pueden verse limitados, obligando al profesional a llevar adelante la práctica en función de los recursos que dispone. (Rumbo Prieto et. al, 2005)

Según la CIE-10 (2015) la Enfermedad de Parkinson (E.P de ahora en adelante), es un trastorno neurológico del sistema nervioso central de etiología desconocida. En los últimos años los investigadores han coincidido en que se trata de una combinación de causas ambientales y genéticas. Esta enfermedad conlleva una serie de síntomas importantes para la salud de las personas que la padecen, tanto motores como no motores. Con respecto a los síntomas motores, los más frecuentes son el temblor en reposo, la bradicinesia, el congelamiento de la marcha, trastornos en la postura y la rigidez. La persona puede ser incapaz de planificar, iniciar y ejecutar un movimiento, mantener una secuencia durante el mismo o realizar tareas simultáneas. Esto puede manifestarse de varias maneras pero el modo más característico es la marcha lenta, con pasos cortos, arrastrando los pies y con la disminución o la ausencia de braceo. A lo descrito anteriormente puede sumarse el congelamiento de marcha que aparece repentinamente deteniendo la misma. La persona siente como si sus pies se pegasen al suelo. La rigidez hace que la amplitud de los movimientos disminuya y así limite la capacidad de girar en la cama, incorporarse de la silla o cualquier otro cambio de decúbito. Los trastornos de la postura se manifiestan por la alteración del equilibrio y la inestabilidad que producen alteración en la marcha. Conforme progresa la EP, las personas adoptan una postura encorvada, con las piernas y brazos ligeramente flexionados y el tronco hacia delante. Este síntoma puede dar lugar a inestabilidad que conlleva a mayor riesgo de caídas en acciones cotidianas.

Todos estos síntomas hacen que la movilidad funcional de estos pacientes se encuentre afectada. El Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (2010) define a la movilidad funcional como una de las actividades de la vida diaria

(AVD) que incluye moverse de una posición o lugar a otro durante la realización de las actividades cotidianas. Por ejemplo, moverse en la cama, en silla de ruedas y realizar transferencias. También toma en cuenta la deambulaci3n funcional y el transporte de objetos. As3 mismo la OMS (2001), en la Clasificaci3n Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) la define como los movimientos que se realizan al cambiar el cuerpo de posici3n o de lugar; al tomar, mover o manipular objetos, al andar, correr o trepar y cuando se emplean varios medios de transporte.

La movilidad funcional de los pacientes con E.P se realiza dentro de un entorno f3sico y social situado dentro de un contexto. Tanto entorno como contexto se tendr3n en cuenta para esta investigaci3n y as3 considerar la amplia variedad de condiciones interrelacionadas tanto internas como externas al paciente que influyen en el desempe1o. El entorno f3sico se refiere al ambiente natural y construido no humano y los objetos dentro de 3ste. El entorno social est3 formado por la presencia, relaciones y expectativas de las personas, grupos y organizaciones con quienes el cliente tiene contacto. Y los contextos son el cultural, personal, temporal y virtual. (Marco de Trabajo para la Pr3ctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso, 2010).

Entonces, es muy importante a la hora de pensar las intervenciones, tener en cuenta el entorno y el contexto de rehabilitaci3n, como el del hogar del paciente. En general, el desempe1o de habilidades motoras que implican la movilidad funcional de las personas, es mejor en sus hogares que en el entorno de la rehabilitaci3n. (Park, Fisher y Velozo, 1993). Y tambi3n hay que tener en cuenta qu3 sugerencias realizadas por el terapeuta ocupacional son trasladadas a la vida cotidiana del paciente. Se entiende vida cotidiana como el conjunto de actividades que se realiza habitualmente, lo que se hace todos los d3as, algunas son comunes a todos los sujetos y otras dependen de la realidad de cada persona. En la vida cotidiana se desarrolla y expresa la reproducci3n social. (Heller, 1985)

La E.P puede clasificarse en estadios cl3nicos seg3n el grado de afectaci3n. Hay varias escalas de evaluaci3n que se pueden utilizar como herramientas para determinar la progresi3n de la enfermedad. Los criterios para evaluar la E.P se centran en la severidad de las alteraciones motoras y en el grado de deterioro en las actividades diarias que ejecuta la persona. Una de las escalas, es la Escala de Evaluaci3n de Hoehn y Yahr (1967). Esta se centra en las alteraciones motoras y describe la progresi3n de los s3ntomas de acuerdo a su severidad en estadios del 1 a 5. Con la escala, dependiendo de las dificultades de la persona para realizar sus actividades, se asigna un puntaje de 1 y 2 (leve a moderado) en la etapa temprana del cuadro; puntaje de 2 y 3 (moderado a severo) en la etapa media; y de 4 y 5 (severo a invalidante) en la etapa m3s avanzada de la enfermedad. Las personas que se encuentran en el estadio 1 presentan s3ntomas molestos pero no limitantes, aparece el temblor en una extremidad y puede ser que amigos y familiares notan cierto cambio en la postura, marcha o en la expresi3n facial. En el estadio 2, la marcha comienza a afectarse. En el estadio 3, los movimientos corporales son lentos y empieza a notarse dificultad en el equilibrio tanto en la marcha como al incorporarse. En el estadio 4 la disfunci3n es m3s severa, puede caminar distancias limitadas, presenta rigidez, bradicinesia y ya no est3 apto para vivir solo. En el 5 estadio la persona presenta invalidez completa, ya no puede caminar ni mantenerse en pie y necesita de cuidados constantes de enfermer3a. (Ver Anexo)

Hasta el momento, no existe cura para esta enfermedad, por lo que su tratamiento es paliativo, orientado a frenar su evolución y disminuir o paliar los síntomas que produce. El tratamiento de estos pacientes es farmacológico, acompañado de tratamiento rehabilitador y en algunas ocasiones puede ser quirúrgico. Con respecto al tratamiento farmacológico la Levodopa es el fármaco de mayor eficacia en la actualidad y es particularmente útil para disminuir la bradicinesia y la rigidez, pero mejora hasta cierto grado todos los síntomas. Puede darse junto con otros fármacos necesarios para tratar distintos síntomas asociados a la enfermedad. Una vez iniciado el tratamiento con Levodopa es imprescindible seguir controles periódicos para ajustar su dosificación y minimizar los efectos secundarios que habitualmente produce a largo plazo. El tratamiento rehabilitador en la mayoría de los casos es brindado por un equipo interdisciplinario compuesto por Kinesiólogos, Fonoaudiólogos, Psicólogos, Nutricionistas y Terapistas Ocupacionales.

A partir del rastreo del Estado del Arte se encontraron guías de prácticas clínicas que orientan a los profesionales, que trabajan con personas con EP, en la toma de decisiones. Las mismas se basan en los fundamentos de la medicina basada en la evidencia. El Instituto de Medicina de los Estados Unidos (1990) las define como:

El conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, para ayudar a los clínicos y a los pacientes en el proceso de la toma de decisiones, sobre cuáles son las intervenciones más adecuadas para resolver un problema clínico en unas circunstancias sanitarias específicas. (p.8)

Las intervenciones que recomiendan estas guías y las que utilizan específicamente los terapeutas ocupacionales, según una revisión bibliográfica realizada en el 2015 por Jelka Jansa, Ana Aragon, para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional son varias. Una de ellas es la educación, el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (2014) la define como el “proceso de intervención que supone impartir conocimiento e información sobre ocupación, salud y participación”.(p.45). En el caso de mejorar la movilidad funcional de los pacientes con EP, se trata de educar en estrategias cognitivas que le permitan a la persona moverse de un lugar a otro, cambiar de posición, sentarse y levantarse de una silla, trasladarse y transportar objetos de manera segura y efectiva. Algunos ejemplos de estas guías son: realizar una tarea a la vez y enfocar toda la atención en ella; realizar parte de la tarea si no puede completarse; organizar y planificar lo que hay que hacer; pensar en las acciones a realizar y hablar de ellas; visualizar la acción. Es importante educar a las personas para caminar de manera más segura visualizando líneas en el piso, concentrarse en el braceo, caminar rápido, detenerse y empezar de nuevo en caso de congelamiento de la marcha. Otras estrategias mencionadas en la guías para la movilidad en la cama, son utilizar mantas con poco peso y usar sábanas de raso, seda o satén. (Beattie A.; Harrison J, 2003).

Otro tipo de intervención tiene que ver con los ejercicios o actividad física. La OMS (2020) define a la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. El ejercicio es una variedad de la actividad física estructurada y repetitiva que requiere de planificación para mejorar o mantener algún componente de la aptitud física. En el caso del tratamiento de personas con EP estos implican

el desplazamiento en trayectos cortos y largos con o sin obstáculos, transportar objetos, movimientos de los diferentes segmentos corporales. (Alcaine S, Casanovas M, Holtohefer A, Petit C., 2009). La evidencia que sustenta este tipo de intervenciones es de calidad fuerte a moderada y refiere que el entrenamiento físico aumenta el rendimiento motor, el control postural y el equilibrio. (Jansa J, Aragon A; 2015).

La adaptación ambiental es otra de las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para promover la participación en la movilidad funcional. Esta tiene que ver con los cambios en el entorno físico del paciente, y tiene como objetivo que la misma se realice de manera segura y efectiva. (Gomez Lillo, 2006; De Rosende Celeiro, Santos Del Riego, 2013). Por ejemplo, sugerir el uso de colchón duro para evitar hundirse, que la cama sea pequeña para facilitar la movilidad y los giros, usar sillas altas con apoya brazos, retirar todos los posibles obstáculos que aparezcan en los distintos ambientes, colocar guías específicas en lugares difíciles, colocar rampas y puertas más anchas, realizar modificaciones en el baño, entre otros. (Beattie A.; Harrison J, 2003)

Continuando con las intervenciones, las señales sensoriales externas son muy utilizadas para mejorar la capacidad motora de las personas con EP. Una de ellas, son las pistas auditivas, estas son señales facilitadoras para el inicio de actos motores en los pacientes con Parkinson, como por ejemplo, metrónomo, música, palmas, entre otras. La mejora en la capacidad motora se mantiene mientras dura el estímulo. Estas obligan a la persona a sincronizar sus movimientos con la señal que se le presenta. Algunos estudios informan que las señales auditivas motoras son facilitadoras en el inicio de los actos motores, pero no cuando estos se mantienen en el tiempo, cuestionando su utilidad para generar patrones estables. (Fernandez del Saz, S.2011).

Así mismo, las pistas visuales también se consideran señales sensoriales externas que facilitan el inicio de actos motores en los pacientes con Parkinson. Fue estudiado por Martín en 1967, quien comprobó que una serie de líneas de colores en el suelo de forma perpendicular a la dirección de la marcha mejoraba la misma. La literatura presenta la estimulación sensorial externa como un instrumento útil para mejorar la autonomía motora de los enfermos de parkinson que debiera ser considerado por los profesionales de la salud. (Fernández Del Olmo, Arias, Cudeiro-Mazaira, 2004).

Algunos estudios de moderada evidencia demuestran que los productos de apoyo impactan de manera positiva en el control motor dentro de la movilidad funcional y otras actividades que realizan las personas con enfermedad de Parkinson. (Jansa y Aragon, 2015)

Se entiende como producto de apoyo, a cualquier producto, incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos y software, fabricado especialmente o disponible en el mercado, que tienen como objetivo facilitar la participación; proteger, apoyar, entrenar, medir o sustituir funciones/estructuras corporales y actividades; o prevenir deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación. (Sebastián Herranz M., Valle Gallego I., Vígara Cerrato A., 2011) Esta definición supone la actualización del término teniendo en cuenta los conceptos y la filosofía de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), redactada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sustituye al término ayudas técnicas. Algunos de los productos utilizados por las personas con Parkinson son bastones, andadores, barrales, y dispositivos para la movilidad en la cama, entre otros. (Beattie A, Harrison, 2003).

Y por último, existe evidencia muy reciente que emplea juegos de tecnología para la rehabilitación de pacientes con E.P. La rehabilitación virtual es el entrenamiento basado en ejercicios de simulación mediante tecnología de realidad virtual. Esta se utiliza tanto para que mejore el desempeño general de la persona, como para entrenar habilidades específicas dentro de entornos simulados sin correr riesgos de caídas. Existen diferentes dispositivos, entre ellos se encuentran la Wii, Xbox 360 Kinect, Playstation 3 Move, e Irex. (Lloréns, R., 2011).

## **METODOLOGÍA.**

### **TIPO DE DISEÑO**

Según el grado de conocimiento esta investigación fue descriptiva y exploratoria. Descriptiva porque, por un lado, se intentó describir no sólo las características de la evidencia externa, esto es, de los artículos científicos que mencionan las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson, sino también las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales del Centro de Rehabilitación Física de San Martín y los recursos con que cuentan para dicho objetivo. A su vez es una investigación exploratoria ya que durante el rastreo del estado del arte y teniendo en cuenta el concepto de terapia ocupacional basada en la evidencia (TOBE) tomada para esta investigación, no se encontró suficiente información sobre la evidencia interna, la opinión de los pacientes y los recursos en relación a las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson.(Samaja, 2003).

Según el tipo de trabajo a realizar, el diseño fue un “diseño bibliográfico” ya que se obtuvieron datos a partir de la búsqueda bibliográfica de artículos científicos que mencionan las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson. También fue un “diseño de campo”, ya que los datos se extrajeron de la realidad tal como se presenta en los terapeutas ocupacionales y en los pacientes con enfermedad de Parkinson del Centro de Rehabilitación Física de San Martín mediante la administración de la encuesta personal.

Según el recorte temporal del objeto fue de tipo “transversal”, porque la recolección de datos se realizó en un sólo corte en el tiempo, es decir durante el período del año 2019.

De acuerdo a la temporalidad en la cual se construyeron los datos se lo consideró “prospectivo”, teniendo en cuenta que estos fueron generados o a medida que avanzó la investigación.

El enfoque metodológico de nuestro diseño fue mixto. Podemos decir que tuvo un enfoque cuantitativo debido a que se intentó recortar las variables de estudio para realizar una medición controlada de las mismas. Los datos que se obtuvieron son precisos y estructurados y no brindaron la posibilidad al entrevistado de explayarse sobre el tema, por el contrario, se buscó que respondan solo a lo indagado (Bottinelli,2007).

También tuvo un enfoque cualitativo ya que el análisis de las preguntas abiertas con respecto a la efectividad de las intervenciones utilizadas por los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson, nos permitieron comprender en profundidad la percepción de la misma por parte de pacientes y terapeutas ocupacionales del Centro de Rehabilitación Física de San Martín. Se obtuvieron así datos reales, ricos y profundos que nos permitieron dar cuenta de la diversidad en el significado que se le da a la experiencia por parte de las propias personas que participan en ellas. (Botinelli,2007)

## **UNIVERSO Y MUESTRA**

### **Universo y muestra de los artículos científicos (para evaluar la evidencia externa).**

El universo de este trabajo estuvo formado por todos los artículos científicos que mencionaron las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de pacientes con enfermedad de Parkinson.

La muestra fue no probabilística, ya que no se basó en los criterios de probabilidad y aleatoriedad, y no se buscó generalizar los resultados a una población más amplia. El subtipo fue intencional, debido a que la elección de los artículos científicos para la muestra se llevó a cabo siguiendo criterios de selección relacionados al tema de investigación y teniendo en cuenta uno de los objetivos de la investigación de caracterizar los artículos científicos que mencionan las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson según autor, año de publicación, ubicación geográfica de la publicación del artículo científico, ubicación geográfica de la investigación, tipo de estudio, nivel de evidencia que se hayan publicado entre los años 2014 y 2019. (Padua,1994; Rubio y Varas,1999).

### **Universo y muestra de los Terapeutas Ocupacionales (para evaluar la evidencia interna y recursos).**

El universo estuvo conformado por todos los Terapeutas Ocupacionales que atienden en el área de rehabilitación física a pacientes con enfermedad de Parkinson durante el año 2019.

La muestra quedó conformada por 3 terapeutas ocupacionales. El tipo de muestreo fue no probabilístico, ya que no se basó en los criterios de probabilidad y aleatoriedad con la intención de generalizar los resultados, sino en criterios que los investigadores acordaron para alcanzar los objetivos de la investigación. El subtipo fue intencional o de conveniencia, debido a que se seleccionaron directa e intencionalmente a los terapeutas ocupacionales que trabajan en el Centro de Rehabilitación Física de San Martín con pacientes con enfermedad de Parkinson por ser de fácil acceso y por cumplir con los criterios de selección. (Padua,1994; Rubio y Varas,1999)

### **Universo y muestra de los pacientes (para evaluar la opinión del paciente).**

El universo estuvo conformado por todos los pacientes con enfermedad de Parkinson que se encontraban en etapas 2-3 de H&Y y en tratamiento de rehabilitación en la modalidad de hospital de día durante el año 2019.

La muestra quedó finalmente conformada por 4 pacientes. El tipo de muestreo fue no probabilístico, ya que no se intentó generalizar los resultados, porque los investigadores acordaron criterios para alcanzar los objetivos de la investigación. El subtipo es intencional o de conveniencia, debido a que seleccionaron directa e intencionalmente a los pacientes con enfermedad de Parkinson que se encuentren en etapas 2-3 de H&Y y en tratamiento de rehabilitación en la modalidad de Hospital de Día del Centro de Rehabilitación Física de San Martín, por ser de fácil acceso a cada uno de ellos y cumplir con los criterios de selección. (Padua,1994; Rubio y Varas,1999).

## DEFINICIONES OPERACIONALES

**U.A:** Cada uno de los artículos científicos que mencionen las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson a nivel mundial entre los años 2015 y 2019.

### Variables Necesarias.

**V1: Menciona y/o estudia estrategias educativas como tipo de intervención que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

Se entiende como estrategias educativas a la acción de transmitir conocimientos e información sobre cómo moverse de un lugar a otro, cambiar de posición, trasladarse y transportar objetos de manera segura y efectiva.

**R1:** Si menciona.

**R2:** No menciona.

**I:** Se identificará mediante la lectura de los artículos científicos sobre las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales en pacientes con enfermedad de Parkinson, si menciona y/o estudia estrategias educativas como tipo de intervención para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de estos pacientes.

**V2: Menciona y/o estudia al ejercicio o actividad física como tipo de intervención que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

Se entiende como ejercicio o actividad física aquellas que implican el desplazamiento en trayectos cortos y largos con o sin obstáculos, transporte de objetos, movimientos de los diferentes segmentos corporales.

**R1:** Si menciona y/o estudia.

**R2:** No menciona y/o estudia.

**I:** Se identificará mediante la lectura de los artículos científicos sobre las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales en pacientes con enfermedad de Parkinson, si menciona y/o estudia el ejercicio o actividad física como tipo de intervención para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de estos pacientes.

**V3: Menciona y/o estudia las adaptaciones ambientales como tipo de intervención que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

Se entiende como adaptación ambiental a la modificación del ambiente para promover la participación en la ocupación (movilidad funcional)

**R1:** Si menciona y/o estudia.

**R2:** No menciona y/o estudia.

**I:** Se identificará mediante la lectura de los artículos científicos sobre las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales en pacientes con enfermedad de Parkinson, si menciona

y/o estudia las adaptaciones ambientales como tipo de intervención para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de estos pacientes.

**V4: Menciona y/o estudia las pistas sensoriales auditivas como tipo de intervención que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

Se entiende como pistas sensoriales auditivas (metrónomo, música, palmadas, etc) a las señales facilitadoras para el inicio de actos motores en los pacientes con Parkinson y se mantiene mientras dura el estímulo.

**R1:** Si menciona y/o estudia.

**R2:** No menciona y/o estudia.

**I:** Se identificará mediante la lectura de los artículos científicos sobre las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales en pacientes con enfermedad de Parkinson, si menciona y/o estudia las pistas sensoriales auditivas como tipo de intervención para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de estos pacientes.

**V5: Menciona y/o estudia las pistas sensoriales visuales como tipo de intervención que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

Se entiende como pistas sensoriales visuales (Cinta de colores o cualquier otro estímulo visual, etc) a las señales facilitadoras para el inicio de actos motores en los pacientes con Parkinson y se mantiene mientras dura el estímulo.

**R1:** Si menciona y/o estudia.

**R2:** No menciona y/o estudia.

**I:** Se identificará mediante la lectura de los artículos científicos sobre las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales en pacientes con enfermedad de Parkinson, si menciona y/o estudia las pistas sensoriales visuales como tipo de intervención para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de estos pacientes.

**V6: Menciona y/o estudia productos de apoyo como tipo de intervención que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

Se entiende como productos de apoyo a cualquier producto ya sea dispositivo, equipo, instrumentos (bastón, barral, etc) que facilite la participación en la movilidad funcional.

**R1:** Si menciona y/o estudia.

**R2:** No menciona y/o estudia

**I:** Se identificará mediante la lectura de los artículos científicos sobre las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales en pacientes con enfermedad de Parkinson, si menciona y/o estudia productos de apoyo como tipo de intervención para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de estos pacientes.

**V7: Menciona y/o estudia a la rehabilitación virtual como tipo de intervención que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

Se entiende a la rehabilitación virtual como el entrenamiento basado en ejercicios de simulación mediante tecnología de realidad virtual. (Xbox, Wii, Playstation, etc.)

**R1:** Si menciona y/o estudia.

**R2:** No menciona y/o estudia.

**I:** Se identificará mediante la lectura de los artículos científicos sobre las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales en pacientes con enfermedad de Parkinson, si menciona y/o estudia a la rehabilitación virtual como tipo de intervención para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de estos pacientes.

**V8: Menciona y/o estudia otro tipo de intervención que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

Se entiende a otro tipo de intervención aquella que no sean estrategias educativas, ejercicios o actividad física, adaptación ambiental, pistas sensoriales auditivas y visuales, productos de apoyo o rehabilitación virtual.

**R1:** Si menciona y/o estudia.

**R2:** No menciona y/o estudia.

**I:** Se identificará mediante la lectura de los artículos científicos sobre las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales en pacientes con enfermedad de Parkinson, si menciona y/o estudia alguna que no sean estrategias educativas, ejercicios o actividad física, adaptación ambiental, pistas sensoriales auditivas y visuales, productos de apoyo o rehabilitación virtual como tipo de intervención para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de estos pacientes.

**V9: Número de tipo de intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional que menciona y/o estudia el artículo científico.**

**R:** 1

**R:** 2

**R:** 3

**R:** 4

**R:** Más de 4.

**I:** Se leerá el artículo científico y se contabilizará la cantidad de intervenciones para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional que se estudien y/o mencionen.

**V10: Tipo de estudio.**

Se entiende como tipo de estudio a la clasificación según el tipo de información que espera obtener el investigador y el nivel de análisis que se deberá realizar, teniendo en cuenta los objetivos y las hipótesis planteadas de la investigación.

**R1:** Metaanálisis de ECA.

**R2:** Revisiones sistemáticas de ECA.

**R3:** ECA.

**R4:** Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o casos y controles.

**R5:** Estudios de cohortes o casos y controles de alta calidad.

**R6:** Estudios de cohortes o casos y controles.

**R7:** Estudio observacional descriptivo, serie de casos.

**R8:** Opinión de expertos.

**I:** Se identificará mediante la lectura del artículo científico el tipo de estudio y se registrará en el instrumento de recolección de datos diseñado por los investigadores en una planilla de datos.

**V11: Nivel de evidencia de las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con Parkinson.**

Se entiende como nivel de evidencia a la clasificación de la calidad de los estudios científicos según la metodología y el tipo estudio empleada. Es una variable compleja que comprende el análisis de la dimensión tipo de estudio.

**R1:** Alta evidencia

**R2:** Moderada evidencia.

**R3:** Baja evidencia

**I:** Si la intervención que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y /o modificar la movilidad funcional se menciona en un estudio de tipo metaanálisis de ECA, una revisión sistemática de ECA o un ECA se considerará una intervención de nivel de Evidencia Alta. Si la intervención se menciona en un estudio de tipo revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o casos y controles, estudios de cohortes o casos y controles de alta calidad y estudios de cohortes o casos y controles, se considerará una intervención de nivel de Evidencia Moderada. Y si se menciona en un estudio observacional descriptivo, serie de casos o una opinión de expertos, se considerará una intervención de nivel de Evidencia Baja.

**Variables Suficientes:**

**V1: Año de publicación de los artículos científicos.**

Se considera al año de publicación a la fecha mencionada en el artículo científico, se tendrá en cuenta los últimos 5/6 años tal como se define en la muestra.

**R1:** 2014

**R2:** 2015

**R3:** 2016

**R4:** 2017

**R5:** 2018

**R6:** 2019

**I:** Se leerá el artículo científico y se identificará el año de publicación para volcar la fecha en la planilla de datos.

**V2: Ubicación geográfica de la publicación del artículo científico.**

Se entiende como ubicación geográfica de la publicación del artículo científico al país en el que fue publicada la investigación.

**R1:** Estados Unidos

**R2:** España

**R3:** Chile

**R4:** Brasil

**R5:** Argentina

**R6:** Inglaterra

**R7:** Otros.

**I:** Se leerá el artículo científico y se identificará el país de la publicación para volcar en la planilla de datos.

**V3: Ubicación geográfica de la investigación.**

Se entiende como ubicación geográfica del artículo científico al país en dónde se realizó la investigación.

**R1:** Estados Unidos

**R2:** España

**R3:** Chile

**R4:** Brasil

**R5:** Argentina

**R6:** Inglaterra

**R7:** Otros.

**I:** Se leerá el artículo científico y se identificará el país donde se realizó la investigación para volcar en la planilla de datos.

**V4: Idioma en el que está publicado el artículo científico.**

Se entiende como idioma de publicación a la lengua en el que el artículo científico fue publicado.

**R1:** Inglés

**R2:** Español

**R3:** Portugués

**R4:** Otros

**I:** Se leerá el artículo científico para identificar el idioma en el que fue publicado y volcarla en la planilla de datos.

**U.A:** Cada uno de los Terapistas Ocupacionales que trabajan en el campo de rehabilitación física con pacientes con enfermedad de Parkinson durante el año 2019 en el Centro de Rehabilitación Física de San Martín, Pcia de Bs.As

### **Variables necesarias.**

#### **V1: Implementa estrategias educativas para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

Se entiende como estrategias educativas a la acción de transmitir conocimientos e información sobre cómo moverse de un lugar a otro, cambiar de posición, trasladarse y transportar objetos de manera segura y efectiva.

**R1:** Si implementa

**R2:** No implementa

**I:** Respuesta a la pregunta N°1: ¿Implementa estrategias educativas para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional?

#### **V2: Implementa ejercicios o actividad física para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

Se entiende como ejercicio o actividad física aquellas que implican el desplazamiento en trayectos cortos y largos con o sin obstáculos, transporte de objetos, movimientos de los diferentes segmentos corporales.

**R1:** Si implementa

**R2:** No implementa

**I:** Respuesta a la pregunta N°5: ¿Implementa ejercicios o actividad física como estrategia para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional?

#### **V3: Implementa adaptaciones ambientales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

Se entiende como adaptación ambiental a la modificación del ambiente para promover la participación en la ocupación (movilidad funcional).

**R1:** Si implementan.

**R2:** No implementan.

**I:** Respuesta a la pregunta N°9: ¿Implementa adaptaciones ambientales como estrategia para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional?

#### **V4: Implementa pistas sensoriales visuales y/o auditivas para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

Se entiende como pistas sensoriales auditivas y visuales a las señales facilitadoras para el inicio de actos motores en los pacientes con Parkinson y se mantiene mientras dura el estímulo.

**R1:** Si implementa.

**R2:** No implementa.

**I:** Respuesta a la pregunta N°13: ¿Implementa pistas sensoriales visuales y/o auditivas como estrategia para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional?

**V5: Sugiere productos de apoyo para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

Se entiende como productos de apoyo a cualquier producto ya sea dispositivo, equipo, instrumentos, que faciliten la participación en la movilidad funcional.

**R1:** Sí sugiere.

**R2:** No sugiere.

**I:** Respuesta a la pregunta N°17: ¿Sugiere y entrena en el uso de productos de apoyo como estrategia para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional?

**V6: Implementa rehabilitación virtual para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

Se entiende a la rehabilitación virtual como el entrenamiento basado en ejercicios de simulación mediante tecnología de realidad virtual, utilizando dispositivos como Wii, Xbox 360 Kinect, Playstation 3, etc.

**R1:** Si implementa.

**R2:** No implementa.

**I:** Respuesta a la pregunta N°21: ¿Implementa la rehabilitación virtual como estrategia para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional?

**V7: Utiliza otra/s intervención/es para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

Se entiende a otra/s intervenciones como aquellas que no se han nombrado anteriormente.

**R1:** Si utiliza.

**R2:** No utiliza.

**I:** Respuesta a la pregunta N° 27: ¿Utiliza otra estrategia que no se haya mencionado?

**V8: Percepción de efectividad de las estrategias educativas para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson.**

Se considera percepción de efectividad a la idea o conocimiento que tiene el terapeuta ocupacional sobre el efecto deseado o esperado en las condiciones reales o habituales de las estrategias educativas para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson .

**R1:** Muy efectiva.

**R2:** Efectiva

**R3:** Poco efectiva.

**R4:** Nada efectiva.

**I:** Respuesta a la pregunta N°3: De acuerdo a su percepción ¿Qué tan efectiva considera a esta estrategia según esta escala de valores? Para complementar esta variable, se realizará una pregunta que se analizará de manera cualitativa. Se transcribirá textualmente la respuesta a la pregunta N°4: ¿Por qué considera ese valor? Podría dar un ejemplo.

**V9: Percepción de efectividad de los ejercicios o actividad física para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson.**

Se considera percepción de efectividad a la idea o conocimiento que tiene el terapeuta ocupacional sobre el efecto deseado o esperado en las condiciones reales o habituales de los ejercicios o actividad física, para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson .

**R1:** Muy efectiva.

**R2:** Efectiva.

**R3:** Poco efectiva.

**R4:** Nada efectiva.

**I:** Respuesta a la pregunta N°7: De acuerdo a su percepción ¿Qué tan efectiva considera a esta estrategia según esta escala de valores? Para complementar esta variable se realizará una pregunta que se analizará de manera cualitativa. Se transcribirá textualmente la respuesta a la pregunta N°8: ¿Por qué considera ese valor? Podría dar un ejemplo.

**V10: Percepción de efectividad de las adaptaciones ambientales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson.**

Se considera percepción de efectividad a la idea o conocimiento que tiene el terapeuta ocupacional sobre el efecto deseado o esperado en las condiciones reales o habituales de las adaptaciones ambientales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson .

**R1:** Muy efectiva.

**R2:** Efectiva.

**R3:** Poco efectiva.

**R4:** Nada efectiva.

**I:** Respuesta a la pregunta N° 11: De acuerdo a su percepción ¿Qué tan efectiva considera a esta estrategia según esta escala de valores? Para complementar esta variable se realizará una pregunta que se analizará de manera cualitativa. Se transcribirá textualmente la respuesta a la pregunta N°12: ¿Por qué considera ese valor? Podría dar un ejemplo.

**V11: Percepción de efectividad de las pistas sensoriales visuales y/o auditivas para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson.**

Se considera percepción de efectividad a la idea o conocimiento que tiene el terapeuta ocupacional sobre el efecto deseado o esperado en las condiciones reales o habituales de las pistas sensoriales visuales y/o auditivas, para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson .

**R1:** Muy efectiva.

**R2:** Efectiva.

**R3:** Poco efectiva.

**R4:** Nada efectiva.

**I:** Respuesta a la pregunta N° 15: De acuerdo a su percepción ¿Qué tan efectiva considera a esta estrategia según esta escala de valores? Para complementar esta variable se realizará una pregunta que se analizará de manera cualitativa. Se transcribirá textualmente la respuesta a la pregunta N°16: ¿Por qué considera ese valor? Podría dar un ejemplo.

**V12: Percepción de efectividad sobre la sugerencia y entrenamiento en productos de apoyo para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson.**

Se considera percepción de efectividad a la idea o conocimiento que tiene el terapeuta ocupacional sobre el efecto deseado o esperado en las condiciones reales o habituales en la sugerencia y entrenamiento en productos de apoyo, para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson .

**R1:** Muy efectiva.

**R2:** Efectiva.

**R3:** Poco efectiva.

**R4:** Nada efectiva.

**I:** Respuesta a la pregunta N°19: De acuerdo a su percepción ¿Qué tan efectiva considera a esta estrategia según esta escala de valores? Para complementar esta variable se realizará una pregunta que se analizará de manera cualitativa. Se transcribirá textualmente la respuesta a la pregunta N°20: ¿Por qué considera ese valor? Podría dar un ejemplo.

**V13: Percepción de efectividad sobre la rehabilitación virtual para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson.**

Se considera percepción de efectividad a la idea o conocimiento que tiene el terapeuta ocupacional sobre el efecto deseado o esperado en las condiciones reales o habituales de la rehabilitación virtual, para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson .

**R1:** Muy efectiva.

**R2:** Efectiva.

**R3:** Poco efectiva.

**R4:** Nada efectiva.

**I:** Respuesta a la pregunta N°23: De acuerdo a su percepción ¿Qué tan efectiva considera a esta estrategia según esta escala de valores? Para complementar esta variable se realizará una pregunta que se analizará de manera cualitativa. Se transcribirá textualmente la respuesta a la pregunta N°24: ¿Por qué considera ese valor? Podría dar un ejemplo.

**V14: Percepción de efectividad sobre otra/s intervención/es para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson.**

Se considera percepción de efectividad a la idea o conocimiento que tiene el terapeuta ocupacional sobre el efecto deseado o esperado en las condiciones reales o habituales de otras intervenciones para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson .

**R1:** Muy efectiva.

**R2:** Efectiva.

**R3:** Poco efectiva.

**R4:** Nada efectiva.

**I:** Respuesta a la pregunta N° 23: De acuerdo a su percepción ¿Qué tan efectiva considera a esta estrategia según esta escala de valores? Para complementar esta variable se realizará una pregunta que se analizará de manera cualitativa. Se transcribirá textualmente la respuesta a la pregunta N° 34: ¿Por qué considera ese valor? Podría dar un ejemplo.

**V15: Cantidad de terapeutas ocupacionales que trabajan en el Centro de Rehabilitación Física de San Martín, Pcia de Bs.As, en ambos turnos, durante el año 2019.**

Se entiende a los terapeutas ocupacionales como el personal formado y competente que trabaja para contribuir al bienestar de pacientes con enfermedad de Parkinson.

**R1:** Un terapeuta.

**R2:** Dos terapeutas.

**R3:** Tres terapeutas.

**R4:** Cuatro terapeutas.

**R5:** Cinco terapeutas.

**R6:** Más de cinco terapeutas.

**I:** Se contabilizarán los terapeutas ocupacionales que fueron encuestados y se pasará a corroborar con personal directivo la cantidad de terapeutas que forman parte de los recursos humanos y que se encuentran trabajando durante el año 2019.

**D1: Recursos materiales y técnicos-tecnológicos que utiliza para llevar a cabo las estrategias de intervención para restaurar, mantener y/ o modificar la movilidad funcional.**

Se entiende como recurso material a los bienes concretos que dispone una organización y a los técnicos - tecnológicos a aquellos basados en algún tipo de tecnología. Todos estos utilizados para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson. A partir de las intervenciones descritas en este trabajo se armó una lista de posibles recursos utilizados para cada intervención y así armar los valores de esta variable.

**R1:** Metrónomo

**R2:** Artículos de librería (hojas, lápices, gomas, reglas, pizarras, cinta de papel, de colores, marcadores)

**R3:** Computadora e impresora.

**R4:** Equipamientos (Aros, pelotas, conos)

**R5:** Productos de apoyo.

**R6:** Simuladores de ambientes del hogar adaptados.

**R7:** Xbox

**R8:** Kinetic

**R9:** Wii

**R10:** PlayStation.

**R11:** Otros.

**I:** Respuesta a la pregunta N° 23: ¿Qué recursos materiales y/o tecnológicos utiliza para llevar a cabo las estrategias de intervención para restaurar, mantener y/o modificar la

movilidad funcional? N° 24¿Qué recursos le gustaría utilizar pero no dispone? ¿Con cuales cuenta pero no utiliza? ¿Por que?

**V16: Tipo de recursos que utiliza para llevar a cabo las estrategias de intervención para restaurar, mantener y/ o modificar la movilidad funcional en pacientes con Parkinson.**

Los tipos de recursos pueden ser materiales o técnicos y tecnológicos. Se entiende como recursos materiales a todos los bienes concretos con los que dispone el Centro de Rehabilitación Física de San Martín, para implementar las estrategias de intervención para restaurar, mantener y/ o modificar la movilidad funcional en pacientes con Parkinson tales como instalaciones, materia prima, equipos, herramientas, entre otros. Por ejemplo metrónomo, artículos de librería (hojas, lápices, gomas, reglas, pizarras, cinta de papel, de colores, marcadores), equipamientos (aros, pelotas, conos), productos de apoyos, simuladores de ambientes del hogar adaptados. Los recursos técnicos y tecnológicos se valen de la tecnología para implementar las estrategias de intervención, estos pueden ser tangibles como una computadora, impresora, Xbox, Kinetic, Wii, PlayStation o intangibles como un programa o una aplicación virtual.

**R1:** Materiales.

**R2:** Técnicos y tecnológicos.

**R1:** Materiales y técnicos y tecnológicos.

**R4:** Ninguno.

**I:** Respuesta a la pregunta N° 23: ¿Qué recursos materiales y/o tecnológicos utiliza para llevar a cabo las estrategias de intervención para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional? Primero se analizarán los valores de la D1, para luego asignar el valor a la V16. Para complementar esta variable se realizará una pregunta que se analizará de manera cualitativa. Se transcribirá textualmente la respuesta a la pregunta N° 24¿Qué recursos le gustaría utilizar pero no dispone? ¿Con cuáles cuenta pero no utiliza? ¿Por qué?

**Variables suficientes.**

**V1: Cantidad de años de graduado de la carrera de Terapia Ocupacional.**

Se entiende a la cantidad de años de graduado de la carrera de Terapia Ocupacional desde que el profesional finalizó su carrera de grado.

**R1:** 1

**R2:** 2

**R3:** 3

**R4:** 4

**R5:** 5

**I:** Se tomará el dato de la entrevista en el apartado inicial donde se registra los años transcurridos desde la graduación del profesional.

**V2: Cantidad de años de experiencia en el tratamiento de pacientes con enfermedad de Parkinson.**

Se entiende a los años de experiencia en el tratamiento de pacientes con Parkinson a la cantidad de tiempo que lleva atendiendo a pacientes con enfermedad de Parkinson.

**R1:** 1

**R2:** 2

**R3:** 3

**R4:** 4

**R5:** 5

**I:** Se tomará el dato de la entrevista en el apartado inicial donde se registran los años de experiencia en el tratamiento de pacientes con enfermedad de Parkinson del profesional entrevistado.

**V3: Formas en las que aprendió las estrategias de intervención para restaurar, mantener y/ o modificar la movilidad funcional.**

Se entiende a formas en las que aprendió las estrategias de intervención a la manera en la que la terapeuta incorporo conocimiento sobre la intervención y sus beneficios.

**R1:** Por la experiencia clínica.

**R2:** Por otros Profesionales

**R3:** Lectura de Artículos Científico.

**R4:** En la carrera de grado.

**R5:** Otra fuente.

**I:** Respuesta a la pregunta N° 22. ¿Cómo conoció y/o aprendió las estrategias de intervención para restaurar, mantener y/ o modificar la movilidad funcional? (Marque todas las formas en las que aprendió la estrategia, en el caso de que haya sido a través de otra fuente especifique cual.)- Por la experiencia Clínica - Por otros Profesionales - Lectura de Artículos Científico - En la carrera de grado- Otra fuente.

**UA:** Cada uno de los pacientes con enfermedad de Parkinson que se encuentran entre etapas 2-3 de la Escala de H&Y y en tratamiento de rehabilitación en la modalidad de Hospital de Día del Centro de Rehabilitación Física de San Martín, Pcia de Bs.As durante el año 2019.

### **Variables Necesarias**

**V1: Recibió educación para restaurar, mantener y /o modificar la movilidad funcional.**

Se entiende por recibir educación, a recibir información sobre cómo moverse de un lugar a otro, cambiar de posición, trasladarse y transportar objetos de manera segura y efectiva por parte del terapeuta ocupacional.

**R1:** Si.

**R2:** No.

**I:** Respuesta a la pregunta N° 1: ¿Recibió información o estrategias sobre cómo moverse de un lugar a otro, cambiar de posición, trasladarse y transportar objetos de manera segura y efectiva por parte del terapeuta ocupacional?

**V2: Frecuencia con la que utiliza la información o estrategia en su vida diaria.**

Se considera frecuencia a la cantidad de veces que el paciente utiliza la información o estrategia brindada por el terapeuta ocupacional para moverse de un lugar a otro, cambiar de posición, trasladarse y transportar objetos de manera segura y efectiva en su vida diaria.

**R1:** Muy Frecuente.

**R2:** Frecuente.

**R3:** Poco Frecuente.

**R4:** Nada Frecuente.

**I:** Respuesta a la pregunta N° 2. Según esta escala de valores ¿Con qué frecuencia utiliza la información o estrategia que le brinda el terapeuta ocupacional para moverse de un lugar a otro, cambiar de posición, trasladarse y transportar objetos de manera segura y efectiva en su vida diaria?

**V3: Percepción de efectividad de la información o estrategia que le brinda el terapeuta ocupacional.**

Se entiende como percepción de efectividad, a la idea o conocimiento que tiene el paciente sobre el efecto deseado o esperado en las condiciones reales o habituales de uso de la información o estrategias para moverse de un lugar a otro, cambiar de posición, trasladarse y transportar objetos de manera segura y efectiva.

**R1:** Muy efectiva.

**R2:** Efectiva.

**R3:** Poco efectiva.

**R4:** Nada efectiva.

**I:** Respuesta a la pregunta N°3: Según esta escala de valores ¿Qué tan efectiva considera usted a la información o estrategias para moverse de un lugar a otro, cambiar de posición, trasladarse y transportar objetos de manera segura y efectiva? Para complementar esta

variable se realizará una pregunta que se analizará de manera cualitativa. Se transcribirá textualmente la respuesta a la pregunta N° 4: ¿Por qué considera ese valor? Podría dar un ejemplo.

**V4: Realiza ejercicios o actividad física con el terapeuta ocupacional.**

Se entiende que realiza ejercicios o actividad física cuando el paciente hace desplazamientos en trayectos cortos y largos, con o sin obstáculos, transporta objetos y realiza movimientos de los diferentes segmentos corporales durante la sesión con el terapeuta ocupacional.

**R1:** Si.

**R2:** No.

**I:** Respuesta a la pregunta N° 5: ¿Realiza ejercicios o actividad física con el terapeuta ocupacional como desplazamientos en trayectos cortos y largos con o sin obstáculos, transporta objetos, realiza movimientos de los diferentes segmentos corporales?

**V5: Frecuencia con la que utiliza los ejercicios o actividad física en su vida diaria.**

Se considera frecuencia, a la cantidad de veces que el paciente realiza desplazamientos en trayectos cortos y largos con o sin obstáculos, transporta objetos, realiza movimientos de los diferentes segmentos corporales como ejercicios o actividad física en su vida diaria.

**R1:** Muy Frecuente.

**R2:** Frecuente.

**R3:** Poco Frecuente.

**R4:** Nada Frecuente.

**I:** Respuesta a la pregunta N°6: Según esta escala de valores ¿Con qué frecuencia realiza desplazamientos en trayectos cortos y largos con o sin obstáculos, transporta objetos, realiza movimientos de los diferentes segmentos corporales como ejercicios o actividad física en su vida diaria?

**V6: Percepción de efectividad de los ejercicios o actividad física que realiza con el terapeuta ocupacional.**

Se entiende la percepción de efectividad, a la idea o conocimiento que tiene el paciente sobre el efecto deseado o esperado en las condiciones reales o habituales de uso de los ejercicios o actividad física como desplazamientos en trayectos cortos y largos con o sin obstáculos, transporta objetos y realiza movimientos de los diferentes segmentos corporales

**R1:** Muy efectiva.

**R2:** Efectiva.

**R3:** Poco efectiva.

**R4:** Nada efectiva.

**I:** Respuesta a la pregunta N° 7: Según esta escala de valores ¿Qué tan efectiva considera usted a los ejercicios o actividad física como los desplazamientos en trayectos cortos y largos con o sin obstáculos, transporta objetos, realiza movimientos de los diferentes segmentos corporales? Para complementar esta variable se realizará una pregunta que se analizará de manera cualitativa. Se transcribirá textualmente la respuesta a la pregunta N° 8: ¿Por qué considera ese valor? Podría dar un ejemplo.

**V8: Recibe estímulos visuales y/o auditivos para iniciar, continuar y/o mantener el movimiento en la sesión de Terapia Ocupacional.**

Se entiende por estímulos visuales a señales como cinta de color que marque un camino y se entiende a estímulos auditivos a señales sonoras como palmadas, metrónomo que ayuden a iniciar, continuar y/o mantener la marcha.

**R1:** Si.

**R3:** No.

**I:** Respuesta a la pregunta N° 9: ¿Recibe estímulos visuales como cintas de color en el piso y auditivos como el ruido de las palmas o metrónomo para iniciar, continuar o mantener la marcha durante las sesiones de Terapia Ocupacional?

**V9: Frecuencia con la que utiliza los estímulos visuales y/o auditivos para iniciar, continuar y/o mantener el movimiento en su vida diaria.**

Se considera frecuencia, a la cantidad de veces que el paciente utiliza los estímulos visuales y/o auditivos para iniciar continuar y/o mantener el movimiento en su vida diaria.

**R1:** Muy Frecuente.

**R2:** Frecuente.

**R3:** Poco Frecuente.

**R4:** Nada Frecuente.

**I:** Respuesta a la pregunta N°10. Según esta escala de valores ¿Con qué frecuencia utiliza estímulos visuales y/o auditivos para iniciar, continuar y/o mantener el movimiento en su vida diaria?

**V10: Percepción de efectividad de los estímulos visuales y/o auditivos para iniciar, continuar y/o mantener el movimiento en su vida diaria.**

Se entiende como percepción de efectividad, a la idea o conocimiento que tiene el paciente sobre el efecto deseado o esperado en las condiciones reales o habituales de uso de los estímulos visuales y/o auditivos para iniciar, continuar y/o mantener el movimiento en su vida diaria.

**R1:** Muy efectiva.

**R2:** Efectiva.

**R3:** Poco efectiva.

**R4:** Nada efectiva.

**I:** Respuesta a la pregunta N°11: Según esta escala de valores ¿Qué tan efectiva considera usted a los estímulos visuales y/o auditivos para iniciar, continuar y/o mantener el movimiento en su vida diaria? Para complementar esta variable se realizará una pregunta que se analizará de manera cualitativa. Se transcribirá textualmente la respuesta a la pregunta N°12: ¿Por qué considera ese valor ?Podría dar un ejemplo.

**V11: Recibió indicación de productos de apoyo por parte del terapeuta ocupacional para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

Se entiende que el paciente recibió como indicación productos de apoyo cuando el terapeuta ocupacional le sugiere un dispositivo, equipo o instrumento que faciliten la participación en

la movilidad funcional, como por ejemplo, elevador de inodoro, barrales, antideslizantes, sillas de baño, etc.

**R1: Si.**

**R2: No**

**I:** Respuesta a la pregunta N° 13: ¿El terapeuta ocupacional le indico algún dispositivo, equipo o instrumento que le facilite la participación en su movilidad?

**V12: Frecuencia con la que utiliza los productos de apoyo en su vida diaria.**

Se considera frecuencia a la cantidad de veces que el paciente utiliza el dispositivo, equipo o instrumento que faciliten la participación en la movilidad funcional en su vida diaria.

**R1:** Muy Frecuente.

**R2:** Frecuente.

**R3:** Poco Frecuente.

**R4:** Nada Frecuente.

**I:** Respuesta a la pregunta N°14. Según esta escala de valores¿ Con qué frecuencia utiliza el dispositivo, equipo o instrumento para facilitar la movilidad en su vida diaria?

**V13: Percepción de efectividad de los productos de apoyo en su vida diaria.**

Se entiende como percepción de efectividad, a la idea o conocimiento que tiene el paciente sobre el efecto deseado o esperado en las condiciones reales o habituales de uso de los productos de apoyo como los dispositivos, equipos o instrumentos que facilitan la movilidad en su vida diaria.

**R1:** Muy efectiva.

**R2:** Efectiva.

**R3:** Poco efectiva.

**R4:** Nada efectiva.

**I:** Respuesta a la pregunta N°15: Según esta escala de valores ¿Qué tan efectiva considera usted a los productos de apoyo como los dispositivos, equipos o instrumentos que facilitan la movilidad, indicada por los terapeutas ocupacionales, en su vida diaria? Para complementar esta variable se realizará una pregunta que se analizará de manera cualitativa. Se transcribirá textualmente la respuesta a la pregunta N°16: ¿Por qué considera ese valor ?Podría dar un ejemplo.

**V14: Recibió sugerencias de adaptaciones ambientales por parte del terapeuta ocupacional para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

Se entiende que el paciente recibió sugerencias de adaptaciones ambientales, cuando el terapeuta ocupacional le recomendó alguna modificación del ambiente para facilitar la movilidad.

**R1:** Si.

**R2:** No

**I:** Respuesta a la pregunta N° 17:¿El terapeuta ocupacional le sugirió alguna modificación ambiental para facilitar su movilidad?

**V15: Frecuencia con la que utiliza las adaptaciones ambientales en su vida diaria.**

Se considera como frecuencia, a la cantidad de veces que el paciente utiliza las adaptaciones ambientales para facilitar la movilidad funcional en su vida diaria.

**R1:** Muy Frecuente.

**R2:** Frecuente.

**R3:** Poco Frecuente.

**R4:** Nada Frecuente.

**I:** Respuesta a la pregunta N°18. Según esta escala de valores ¿Con qué frecuencia utiliza las adaptaciones ambientales que le sugirió el terapeuta ocupacional para facilitar su movilidad en su vida diaria?

**V16: Percepción de efectividad de las adaptaciones ambientales en su vida diaria.**

Se entiende como percepción de efectividad, a la idea o conocimiento que tiene el paciente sobre el efecto deseado o esperado en las condiciones reales o habituales de uso, de las adaptaciones ambientales que facilitan la movilidad en su vida diaria.

**R1:** Muy efectiva.

**R2:** Efectiva.

**R3:** Poco efectiva.

**R4:** Nada efectiva.

**I:** Respuesta a la pregunta N°19: Según esta escala de valores ¿Qué tan efectiva considera usted a las adaptaciones ambientales para facilitar la movilidad, indicada por los terapeutas ocupacionales, en su vida diaria? Para complementar esta variable se realizará una pregunta que se analizará de manera cualitativa. Se transcribirá textualmente la respuesta a la pregunta N°20: ¿Por qué considera ese valor? Podría dar un ejemplo.

**V17: Realiza rehabilitación virtual en la sesión de Terapia Ocupacional.**

Se entiende que realiza rehabilitación virtual, cuando entrena con ejercicios de simulación mediante tecnología de realidad virtual a través de distintos dispositivos como Wii, Xbox 360 Kinect, PlayStation 3, etc.

**R1:** Si.

**R3:** No.

**I:** Respuesta a la pregunta N°21: ¿Realiza ejercicios de simulación mediante juegos de tecnología como Wii, Xbox 360 Kinect, PlayStation 3, durante las sesiones de Terapia Ocupacional?

**V18: Frecuencia con la que realiza rehabilitación virtual en su vida diaria.**

Se considera frecuencia, a la cantidad de veces que el paciente realiza ejercicios mediante tecnología de realidad virtual a través de distintos dispositivos como Wii, Xbox 360 Kinect, PlayStation 3, en su vida diaria.

**R1:** Muy Frecuente.

**R2:** Frecuente.

**R3:** Poco Frecuente.

**R4:** Nada Frecuente.

**I:** Respuesta a la pregunta N°22. Según esta escala de valores ¿ Con qué frecuencia realiza ejercicios mediante tecnología de realidad virtual a través de distintos dispositivos como Wii, Xbox 360 Kinect, PlayStation 3, en su vida diaria?

**V19: Percepción de efectividad de la rehabilitación virtual.**

Se entiende como percepción de efectividad, a la idea o conocimiento que tiene el paciente sobre el efecto deseado o esperado en las condiciones reales o habituales de uso de los ejercicios mediante tecnología de realidad virtual a través de distintos dispositivos como Wii, Xbox 360 Kinect, PlayStation 3, etc.

**R1:** Muy efectiva.

**R2:** Efectiva.

**R3:** Poco efectiva.

**R4:** Nada efectiva.

**I:** Respuesta a la pregunta N°23: Según esta escala de valores ¿Qué tan efectiva considera usted los ejercicios mediante tecnología de realidad virtual a través de distintos dispositivos como Wii, Xbox 360 Kinect, PlayStation 3? Para complementar esta variable se realizará una pregunta que se analizará de manera cualitativa. Se transcribirá textualmente la respuesta a la pregunta N°24: ¿Por qué considera ese valor ?Podría dar un ejemplo.

**V20: Realiza otra actividad con el terapeuta ocupacional para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

Se entiende que realiza otra actividad, a aquella que no se haya detallado anteriormente durante la sesión con el terapeuta ocupacional y que tenga como objetivo restaurar mantener y/o modificar la movilidad funcional.

**R1: Si.**

**R2: No**

**I:** Respuesta a la pregunta N°25: ¿Realiza otra actividad con el terapeuta ocupacional para mejorar, mantener o ayudar a la movilidad funcional que no se haya nombrado anteriormente?

**V21: Frecuencia con la que utiliza otra actividad en su vida diaria.**

Se considera frecuencia, a la cantidad de veces que el paciente utiliza otra actividad que no se haya detallado anteriormente y que tiene como objetivo restaurar, mantener y/o modificar a la movilidad funcional en su vida diaria.

**R1:** Muy Frecuente.

**R2:** Frecuente.

**R3:** Poco Frecuente.

**R4:** Nada Frecuente.

**I:** Respuesta a la pregunta N°26. Según esta escala de valores ¿Con qué frecuencia utiliza otra actividad que no se haya detallado anteriormente y que tiene como objetivo restaurar, mantener y/o modificar a la movilidad funcional en su vida diaria?

**V22: Percepción de efectividad de otra actividad para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en su vida diaria.**

Se entiende como percepción de efectividad, a la idea o conocimiento que tiene el paciente sobre el efecto deseado o esperado en las condiciones reales o habituales de uso de otra actividad que no se haya detallado anteriormente y que tiene como objetivo restaurar, mantener y/o modificar a la movilidad funcional en su vida diaria.

**R1:** Muy efectiva.

**R2:** Efectiva.

**R3:** Poco efectiva.

**R4:** Nada efectiva.

**I:** Respuesta a la pregunta N ° 27: Según esta escala de valores ¿Qué tan efectiva considera usted esa actividad que tiene como objetivo mejorar, mantener y/o ayudar a la movilidad funcional en su vida diaria? Para complementar esta variable se realizará una pregunta que se analizará de manera cualitativa. Se transcribirá textualmente la respuesta a la pregunta N°28: ¿Por qué considera ese valor? Podría dar un ejemplo.

**Variables suficientes**

**V1: Sexo del paciente.**

Se considera sexo a la característica biológica y fisiológica que define al paciente. Esto es relevante ya que existe un 50% más de varones que padecen enfermedad de Parkinson en relación a las mujeres.

**R1:** Varón.

**R2:** Mujer.

**I:** Opción que seleccionó el paciente encuestado al preguntarle a qué sexo pertenece.

**V2: Edad del paciente.**

Se define como el tiempo cronológico transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha en la que se realizó la encuesta. Se empieza rango de edad a los 40, si bien la National Institute Neurological Disorders and Stroke dice que la edad promedio de inicio de la enfermedad es a los 60, existe un 5 a 10% que presenta un inicio temprano de la enfermedad.

**R1:** 40 a 50.

**R2:** 51 a 60.

**R3:** 61 a 70.

**R4:** Más de 70.

**I:** Respuesta a la pregunta sobre la edad que tiene el paciente en la encuesta.

**V3. Tiempo de evolución de la enfermedad.**

Se considera el tiempo de evolución de la enfermedad desde, el momento que al paciente le informaron como diagnóstico la enfermedad de Parkinson, hasta el momento en que se le administró la encuesta. Se armaran los rangos según lo que contesten los pacientes.

**R1:** 1 a 5 Años

**R2:** 6 a 10 Años

**R3:** 11 a 15 Años

**R4:** Más de 15 Años.

**I:** Respuesta a la pregunta cuántos años de evolución presenta su enfermedad.

**V4: Etapa de la enfermedad según la Escala de H&Y.**

Se considera etapa de la enfermedad según la Escala H&Y, al periodo en el que se manifiestan distintos síntomas de la enfermedad de Parkinson.

**R1:** Etapa 1.

**R2:** Etapa 2.

**R3:** Etapa 3.

**R4:** Etapa 4.

**R5:** Etapa 5.

**I:** Se consultará la historia clínica del paciente y se corroborará con el neurólogo/a la etapa de la enfermedad de cada paciente.

## FUENTES E INSTRUMENTOS

Las fuentes que se utilizaron para esta investigación, fueron los artículos científicos que mencionaban las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson. También fueron los pacientes con enfermedad de Parkinson y los terapeutas ocupacionales que trabajan con pacientes que presentan dicha patología, y a los que se les realizó una encuesta.

Según la clasificación de Samaja (2003) los artículos científicos son *fuentes de datos secundarias indirectas*, ya que son informes científicos que presentan datos ya resumidos e interpretados por otros investigadores. Los terapeutas ocupacionales y los pacientes con Parkinson del **Centro de Rehabilitación Física de San Martín, Pcia de Bs.As** se consideraron *fuentes de datos primarias*, debido a que los datos fueron generados durante la administración de una encuesta personal a cada uno de ellos. También se consultaron las historias clínicas para obtener el dato del estadio de la enfermedad según la Escala de H&Y de los pacientes con enfermedad de Parkinson. Estas son consideradas *fuentes de datos secundarias directas* debido a que son un sistema de registro ordinario de datos hechos por otras personas.

Como instrumento para recolectar los datos provenientes de los artículos científicos, se confeccionó una planilla en Excel. La misma contenía en cada columna las variables suficientes y necesarias de la unidad de análisis: Cada uno de los artículos científicos que mencionan las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson.

El instrumento que se utilizó para recabar los datos provenientes de los pacientes con Parkinson y los terapeutas ocupacionales fue la encuesta personal. La misma se administró a través de una entrevista cara a cara.

Las encuestas fueron confeccionadas por los investigadores, una para los pacientes con enfermedad de Parkinson y otra para los terapeutas ocupacionales. Las primeras preguntas estuvieron orientadas a conseguir datos de clasificación para recabar información básica útiles, para caracterizar la muestra de ambos. Para la encuesta dirigida a los pacientes fue, sexo, la edad, el tiempo de evolución de la enfermedad y el estadio de la misma. Y para los terapeutas ocupacionales, la edad, los años de recibido y años de experiencia en el tratamiento de pacientes con Parkinson.

Las siguientes preguntas de las encuestas fueron cerradas de tipo dicotómicas, otras cerradas de elección múltiple, otras de opinión y otras abiertas. Con el fin de recabar las valoraciones subjetivas con respecto a la frecuencia y efectividad que los pacientes y terapeutas ocupacionales tienen sobre las intervenciones para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional, se utilizó la Escala de Lickert solo con cuatro categorías, así la persona pudo optar una postura más decidida sobre lo que se le preguntó. (Rubio y Varaz, 1999.)

La encuesta se realizó a los Terapeutas Ocupacionales y pacientes con enfermedad de Parkinson, pertenecientes al Centro de Rehabilitación Física de San Martín, Pcia de Bs.As, estos se consideran transmisores de información sobre una situación de la que participan y son conocedores. En este caso, los encuestados fueron personas con información suficiente como para acercarnos al descubrimiento de nuestros objetivos de investigación. (Rubio y Varaz, 1999).

## **ANALISIS DE DATOS**

**Muestra de cada uno de los artículos científicos que mencionan las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de pacientes con enfermedad de Parkinson a nivel mundial entre los años 2014 y 2019.**

### **Procesamiento y sistematización.**

Para el procesamiento y sistematización de los datos obtenidos de los artículos científicos que mencionan las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de pacientes con enfermedad de Parkinson a nivel mundial entre los años 2014 y 2019, se realizó el siguiente procedimiento. Luego de la búsqueda bibliográfica, se guardaron los artículos en una carpeta llamada “Artículos Científicos”. A continuación, se procedió a leer cada uno de los artículos científicos y los datos se fueron cargando en una base de datos denominada “Datos bibliográficos”, creada con el programa Excel. La grilla contiene en cada columna las variables necesarias y suficientes de esta unidad de análisis. Estas son: título del artículo científico, el o los autores, año de publicación, ubicación geográfica de la publicación, ubicación geográfica de la investigación, idioma, cada intervención descrita en este trabajo, número de tipos de intervenciones que menciona, tipo de estudio y por último, el nivel de evidencia. Se armó un sistema de codificación para algunas variables conformados por números y letras, y así poder agilizar la carga de datos. Con respecto a la variable “Nivel de Evidencia”, primero se verificó el “tipo de estudio” y luego se consultó la tabla que se adjunta en anexos para determinar el valor de la variable “nivel de evidencia” en función del tipo de estudio.

### **Tipo de análisis y presentación de resultados.**

Se realizó un análisis cuantitativo centrado en la variable de cada variable necesaria, y así se pudo exponer cómo se comportan las unidades de análisis respecto de cada valor de las mismas. (Samaja, 2003).

Se utilizaron como herramientas estadísticas, las tablas de distribución de frecuencias de cada una de las variables suficientes y necesarias de esta unidad de análisis. Los resultados obtenidos fueron presentados mediante gráficos de columnas, utilizando la frecuencia absoluta.

De esta forma se cumplió con el objetivo específico **1.1**. Caracterizar la evidencia externa sobre las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de pacientes con enfermedad de Parkinson según autor, año de publicación, ubicación geográfica de la publicación del artículo científico, ubicación geográfica de la investigación, idioma, tipo de estudio, nivel de evidencia y si mencionan o no las distintas intervenciones.

## **Muestra de los terapeutas ocupacionales que trabajan en el Área de rehabilitación física con pacientes con Enfermedad de Parkinson durante el año 2019 del Centro de Rehabilitación Física de San Martín, Pcia de Bs.As**

### **Procesamiento y sistematización.**

Para el procesamiento y la sistematización de los datos cuantitativos de la muestra de terapeutas ocupacionales, primero se enumeró cada una de las encuestas. Luego, se creó una base de datos con el programa Excel a la que se denominó Datos Cuantitativos de la Encuesta a Terapeutas Ocupacionales del Centro. La planilla contiene en cada columna algunos datos de los encuestados y las variables necesarias y suficientes de dicha unidad de análisis. Las mismas son: número de la encuesta, iniciales del nombre del terapeuta ocupacional, edad, cantidad de años de graduado, años de experiencia en el tratamiento de pacientes con Parkinson, respuesta a las preguntas sobre si utilizan o no cada una de las intervenciones estudiadas en este trabajo, la percepción de efectividad de las mismas, la forma en la que aprendió a aplicar las intervenciones y por último, los recursos que utiliza. Se armó un sistema de codificación para la variable “*Percepción de Efectividad*” conformado por letras y así poder agilizar la carga de datos.

Para el procesamiento y sistematización de los datos cualitativos se creó una carpeta denominada “Intervenciones que utilizan los TO del Centro”. En dicha carpeta, se guardaron archivos de Word con el nombre de cada intervención que SI utilizan los terapeutas del Centro de Rehabilitación Física. En cada archivo de las intervenciones, se confeccionó un cuadro de tres columnas. En la primera columna se colocó el número de la encuesta. En la segunda columna se colocó el valor que le adjudicó el terapeuta ocupacional con respecto a la percepción de efectividad de esa intervención. En la tercera columna se transcribió fielmente la respuesta que dio la terapeuta a la pregunta ¿Por qué considera ese valor? Puede dar un ejemplo. De esta manera se concentraron los datos cualitativos de cada terapeuta ocupacional sobre una misma intervención para su posterior análisis.

Los datos cuantitativos y cualitativos de la variable “*Percepción de Efectividad*” para cada intervención fueron volcados en un cuadro mayor que contiene la información de los otros elementos que conforman la evidencia y así se pudo realizar un análisis global de cada intervención.

### **Tipo de análisis y presentación de resultados.**

Se realizó un análisis cuantitativo centrado en la variable de cada variable necesaria y suficiente, y así se pudo exponer cómo se comportan las unidades de análisis respecto de cada valor de las mismas. (Samaja, 2003)

Las variables suficientes edad, años de recibido, años de experiencia en el tratamiento de pacientes con Parkinson se utilizaron para caracterizar a la muestra, no responden a ningún objetivo específico. Al igual que la variable suficiente formas en que aprendió las estrategias de intervención para restaurar, mantener y/ o modificar la movilidad funcional, que se utilizó para caracterizar las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales del Centro de Rehabilitación Física de San Martín. Como herramientas estadísticas se confeccionaron tablas de distribución de frecuencias de cada una de las variables suficientes

y necesarias de esta unidad de análisis. Los resultados obtenidos fueron presentados mediante gráficos de columnas, utilizando las frecuencias absolutas.

El análisis cualitativo de la variable percepción de efectividad de los terapeutas ocupacionales sobre las intervenciones que utilizan para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de pacientes con enfermedad de Parkinson se realizó a partir del contenido de la información, comparando los datos de todas las unidades de análisis sobre cada una de las intervenciones. A partir de las citas textuales que demuestran la subjetividad y el significado de la experiencia de los terapeutas y pacientes con estas intervenciones, se resaltaron coincidencias y diferencias encontradas en las perspectivas de los terapeutas sobre cada intervención y se armaron categorías en relación a esto. (Botinelli, 2003)(Ver anexos).

La presentación de los datos cualitativos se realizó de manera narrativa complementando el análisis cuantitativo.

Los datos cuantitativos y cualitativos (categorías) de la variable “*Percepción de efectividad*” para cada intervención fueron volcados en un cuadro mayor que contienen la información de los otros elementos que conforman la evidencia y así se pudo realizar un análisis global de cada intervención.

De esta manera se cumplieron con los siguientes objetivos específicos:

**1.2** Describir las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales del Centro de Rehabilitación Física de San Martín, Pcia de Bs.As, para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de pacientes con enfermedad de Parkinson durante el año 2019.

**1.3** Describir los recursos humanos, materiales y tecnológicos que utilizan los terapeutas ocupacionales del Centro de Rehabilitación Física de San Martín, Pcia de Bs.As para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de pacientes con enfermedad de Parkinson durante el año 2019.

**1.4** Conocer la percepción de efectividad de los Terapeutas Ocupacionales sobre las intervenciones que utilizan para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de pacientes con enfermedad de Parkinson que asisten al Centro de Rehabilitación Física de San Martín, Pcia de Bs.As durante el año 2019

## **Muestra de los pacientes con Enfermedad de Parkinson que se encuentran entre etapas 2-3 de H&Y y en tratamiento de rehabilitación en la modalidad de hospital de día del Centro de Rehabilitación Física de San Martín, Pcia de Bs.As durante el año 2019.**

### **Procesamiento y sistematización.**

Para el procesamiento y la sistematización de los datos cuantitativos de la muestra de pacientes primero se enumeró cada una de las encuestas. Luego se creó una base de datos en el programa Excel que se llamó “Datos cuantitativos de la encuesta a Pacientes del “Centro”. La planilla contiene en cada columna las variables necesarias y suficientes de dicha unidad de análisis. Las mismas son: el número de la encuesta, las iniciales del paciente, el sexo, la edad, tiempo de evolución de la enfermedad, el estadio de la enfermedad, si recibieron o no la sugerencia, la frecuencia con que la utilizan en su vida diaria y la percepción de efectividad de cada intervención nombrada en este trabajo.

Esta planilla se guardó en una carpeta denominada “Encuestas a Pacientes del “Centro”. Para las variables “*Frecuencia con que utiliza el paciente la intervención en su vida diaria*”, “*Percepción de efectividad*” se armó un sistema de codificación” conformado por letras y así poder agilizar la carga de datos.

Para el procesamiento y sistematización de los datos cualitativos se realizó una carpeta denominada “Estrategias que utilizan los pacientes del “Centro”. En dicha carpeta se guardaron archivos de Word con el nombre de cada intervención que SI utilizan los pacientes en su vida diaria. En cada archivo de las estrategias se confeccionó un cuadro de tres columnas. En la primera columna se colocó el número de la encuesta. En la segunda columna el valor que le adjudicó el paciente con respecto a la percepción de efectividad a esa estrategia. En la tercera columna se transcribió fielmente la respuesta que dio a la pregunta ¿Por qué considera ese valor? Puede dar un ejemplo. De esta manera se concentraron los datos cualitativos de cada paciente sobre una misma estrategia para su posterior análisis.

### **Tipo de análisis y presentación de resultados.**

Se realizó un análisis cuantitativo centrado en la variable de cada variable necesaria y suficiente, y así exponer cómo se comportan las unidades de análisis respecto de cada valor de las mismas. (Samaja, 2003)

Las variables suficientes edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad y estadio de la misma se utilizarán para caracterizar a la muestra, no responden a ningún objetivo específico.

Como herramientas estadísticas se confeccionaron tablas de distribución de frecuencias de cada una de las variables suficientes y necesarias de esta unidad de análisis. Los resultados obtenidos serán presentados mediante gráficos de columnas utilizando las frecuencias absolutas.

El análisis cualitativo de la variable percepción de efectividad de los pacientes sobre las intervenciones que utilizan para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de pacientes con enfermedad de Parkinson se realizó a partir del contenido de la

información, comparando los datos de todas las unidades de análisis sobre cada una de las intervenciones. A partir de las citas textuales que demuestran la subjetividad y el significado de la experiencia de los pacientes con estas intervenciones, se resaltaron coincidencias y diferencias encontradas en las perspectivas de los mismos sobre cada intervención y se armaron categorías en relación a esto. (Botinelli, 2003) (Ver anexos).

La presentación de los datos cualitativos se realizó de manera narrativa complementando el análisis cuantitativo.

Los datos cuantitativos y cualitativos (categorías) de la variable “*Percepción de efectividad*” para cada intervención fueron volcados en un cuadro mayor que contienen la información de los otros elementos que conforman la evidencia y así se pudo realizar un análisis global de cada intervención.

De esta manera se cumplieron con los siguientes objetivos específicos:

**1.5** Conocer la percepción de efectividad de los receptores (pacientes) sobre las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales del Centro de Rehabilitación Física de San Martín, Pcia de Bs.As para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional durante el año 2019.

**1.6** Conocer la frecuencia con que utilizan en su vida diaria los pacientes con enfermedad de Parkinson las sugerencias que los terapeutas ocupacionales del Centro de Rehabilitación Física de San Martín, Pcia de Bs.As les brindan para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional durante el año 2019.

# **Resultados del análisis de la Evidencia Externa.**

## **Búsqueda bibliográfica.**

Se realizó una búsqueda sistemática de artículos científicos en el metabuscador de la Biblioteca Electrónica de Ciencia y Tecnología (Mincyt). Las palabras claves utilizadas fueron “Parkinson” y “Terapia ocupacional”, “Parkinson disease” y “occupational therapy”. Se aplicaron filtros de búsqueda avanzada que respondieron a los siguientes criterios de inclusión en una primera etapa: publicaciones académicas entre los años 2014 y 2018, para obtener información científica actualizada ya que el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (2009) recomienda en el caso de las actualizaciones de Guías de Práctica Clínica hacerla una vez cada 2 años y no sobrepasar los 5 años; artículos de texto completo y gratuito; artículos publicados en distintos idiomas; que tengan relación directa con las intervenciones que se utilizan para mejorar, mantener y/o restaurar la movilidad funcional de pacientes con enfermedad de Parkinson y que puedan ser utilizadas por terapeutas ocupacionales. Luego, se decidió flexibilizar este criterio y se buscaron publicaciones entre los años 2014 y 2019, es decir, con más de 5 años de publicación, pero manteniendo el resto de los criterios antes mencionados. Más tarde se realizó una búsqueda avanzada en el metabuscador con las palabras claves “Parkinson” en combinación con “Movilidad Funcional”.

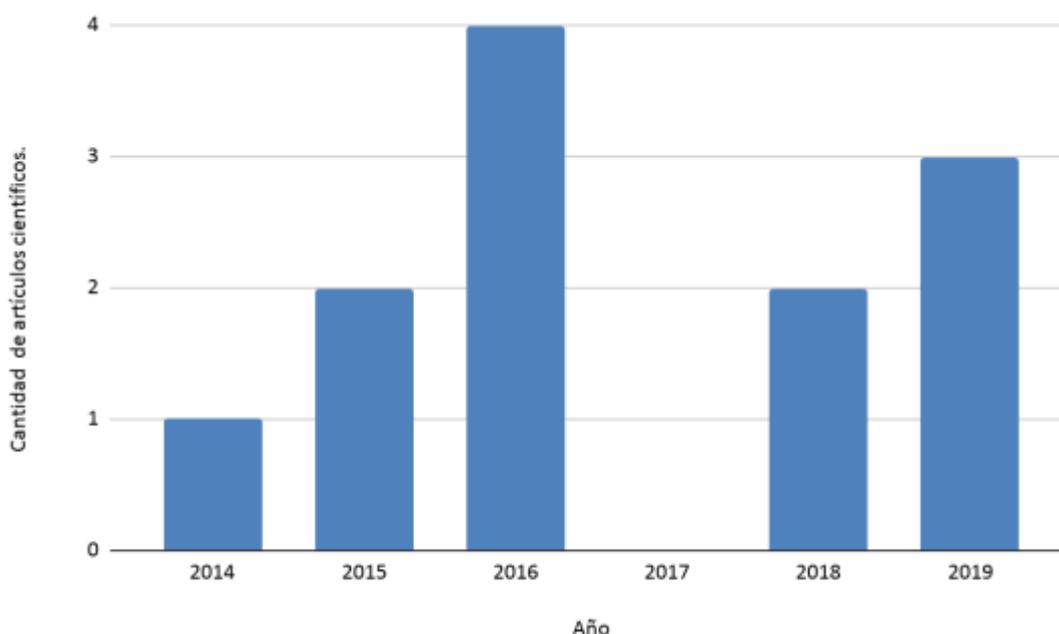
El resultado de la búsqueda con las combinaciones de las palabras clave “Parkinson” y “Terapia ocupacional” y con las palabras claves “Parkinson disease” y “Occupational therapy” arrojó 60 artículos. La combinación de las palabras claves “parkinson” y “movilidad funcional” arrojó 5 resultados, que fueron excluidos, por estar repetidos. En conclusión, se excluyeron 46 al encontrarse el mismo en distintos idiomas (español, inglés y portugués) y aquellos poco relevantes al tema de investigación, de acuerdo a la descripción de cada resumen de los mismos. Por lo tanto, 12 fueron seleccionados para ser analizados.

### **Características de la muestra.**

De los 12 artículos científicos identificados 4 de ellos fueron publicados en el año 2016. En el año 2018 se publicaron 2 artículos y en 2019 se publicaron 3 artículos en relación a la temática. Se puede destacar que, si bien disminuyó la cantidad de publicaciones durante los años siguientes al 2016, estas fueron en aumento en relación a los años anteriores al mismo.

### **Gráfico 1**

**Año de publicación de los artículos científicos.**

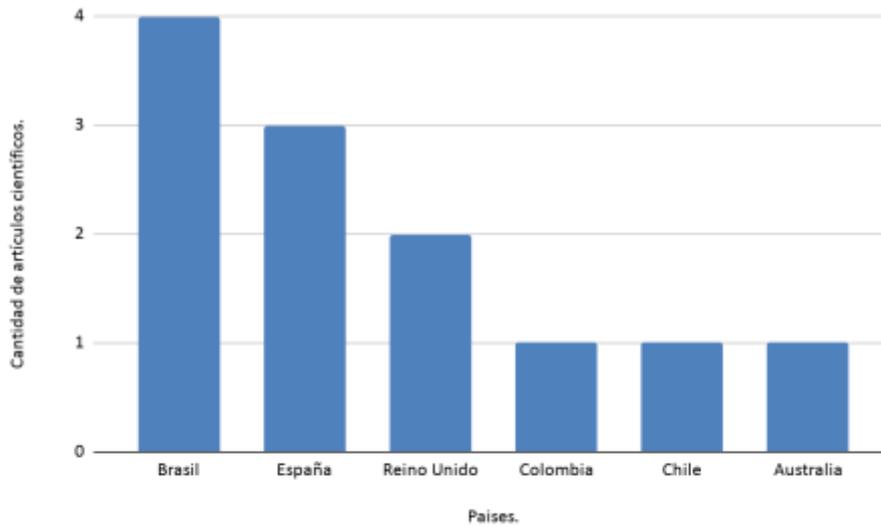


Con respecto a la ubicación geográfica de las publicaciones, la mayoría de los artículos científicos fueron publicados en Brasil (4) y España (3). El Reino Unido le sigue en jerarquía con 2 artículos y por último Australia, Chile y Colombia con 1 artículo cada uno.

Comparando la ubicación geográfica de las publicaciones con la ubicación geográfica de las investigaciones se puede observar que en general se publican los artículos científicos de las investigaciones realizadas en el mismo país. Solo se observaron 2 casos, uno en donde la investigación había sido realizada en Brasil y se publicó en España y el otro en donde la investigación se llevó a cabo en Eslovenia y se publicó en el Reino Unido.

## Gráfico 2

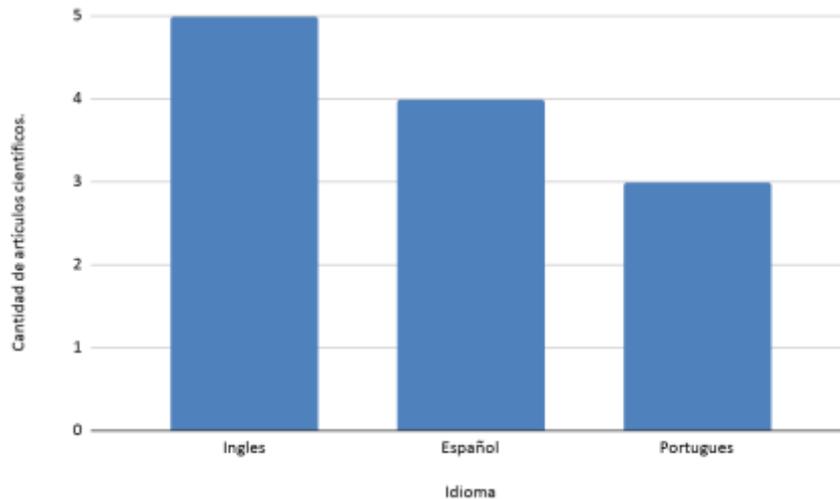
### Ubicación geográfica de la publicación de los artículos científicos.



En cuanto al idioma en el que se publicaron los artículos, 5 fueron en idioma Inglés y 4 en español. Solo 3 fueron publicados en portugués.

## Gráfico 3

### Idioma de los artículos científicos.

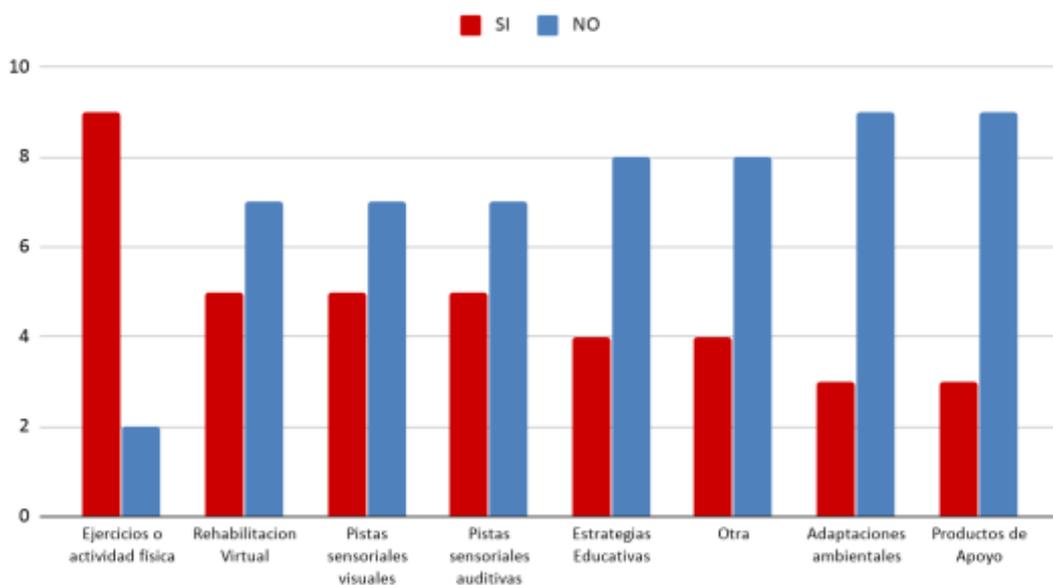


## **Resultados sobre las intervenciones que mencionan los artículos científicos.**

Las intervenciones para mantener, restaurar y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson que mencionan los artículos científicos con más frecuencia son los ejercicios y/o la actividad física (9). De los 12 artículos, 5 mencionan a la rehabilitación virtual, 5 a las pistas sensoriales visuales y 5 a las pistas sensoriales auditivas. Siguiendo la escala de menciones, otro tipo de intervención fue mencionada en 4 artículos. En un artículo se mencionó a las intervenciones cognitivo-conductuales individualizadas como otra intervención. En otro artículo a la práctica mental (control consciente del movimiento a través de estrategias cognitivas). El tercer artículo se refería a las intervenciones que orientaban al paciente en la realización de actividades en el domicilio y en el que incorporan un cuaderno de caligrafía para la realización de tareas semanales de escritura manual y seguimiento del cuadro de micrografía. Y para finalizar otro artículo hizo referencia a las actividades multimodales o múltiples (entrenamiento de autocuidado o alimentación) a la que se consideró como otra intervención. En igual cantidad de mención (4) continúan las estrategias educativas. Por último, las que menos se mencionan son las adaptaciones ambientales y los productos de apoyo (3).

**Gráfico 4**

### **Intervenciones que mencionan los artículos científicos.**



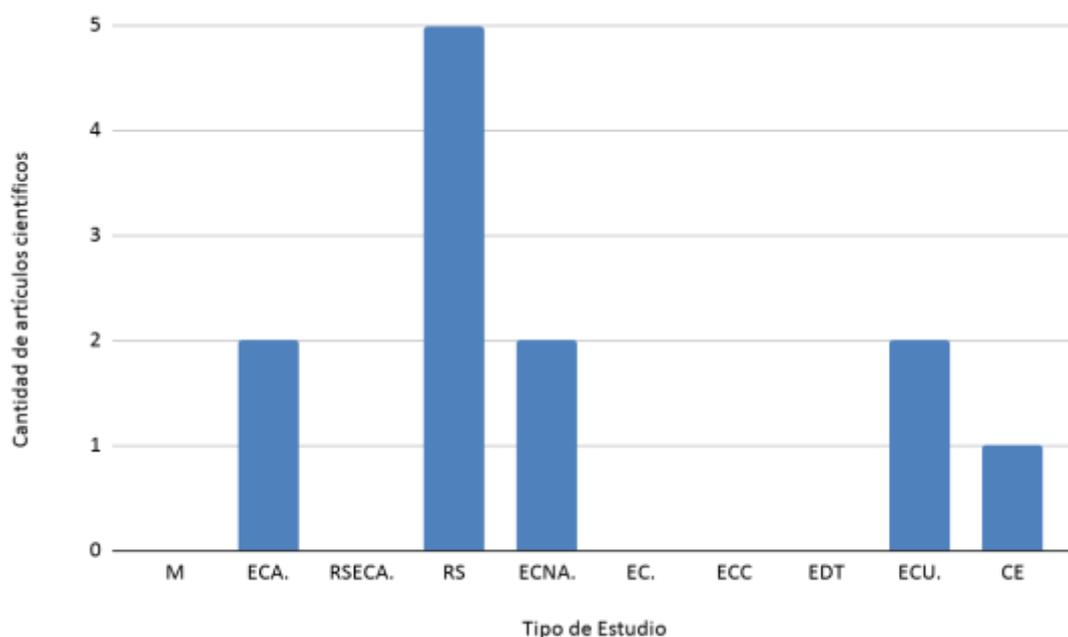
La mayoría de los artículos científicos son de Revisión Sistemática. Solo se encontraron 2 ECA. El ECA simple ciego de Monteiro et.al. 2017 tiene como objetivo evaluar el uso de la práctica mental después de la terapia física para mantener los efectos obtenidos en la movilidad funcional de las personas con enfermedad de parkinson. Incluye 14 sujetos de ambos sexos con EP en las etapas 1 a 3 de la Escala Hoehn y Yahr, sin diferencias significativas

entre los grupos de práctica mental (MPG) y grupo control (CG). Los pacientes se sometieron a 15 sesiones de entrenamiento motor con señales visuales y táctiles, dos veces por semana con una duración de 40 min. Luego se los asignó de manera aleatoria al GC o MPG. El grupo de PM realizó 10 sesiones de entrenamiento de PM más ejercicios convencionales para realizar en sus casas y el grupo control solo ejercicios convencionales. Se observó que la PM es capaz de mantener la movilidad funcional en pacientes con EP a través de la terapia física, logrando el control consciente del movimiento a través de estrategias cognitivas.

El segundo ECA encontrado, Yamada. P et.al 2016 tiene como objetivo verificar el efecto que tienen los estímulos auditivos en la marcha y movilidad funcional, utilizando una cinta de correr en personas con enfermedad de parkinson. Incluye 14 individuos de ambos sexos, en estadios 1 y 3 de la Escala Hoehn & Yahr, divididos en dos grupos: grupo de intervención y grupo control. La evaluación constaba de dos pruebas en donde se evaluaba la movilidad funcional y la velocidad de la marcha. el primer grupo de intervención fue asistido por estímulos auditivos y el grupo control sin estímulo. Los resultados mostraron que ambos grupos mejoraron la movilidad funcional y la velocidad de la caminata por la implementación del uso de la cinta de correr y no por la asociación del estímulo auditivo.

## Gráfico 5

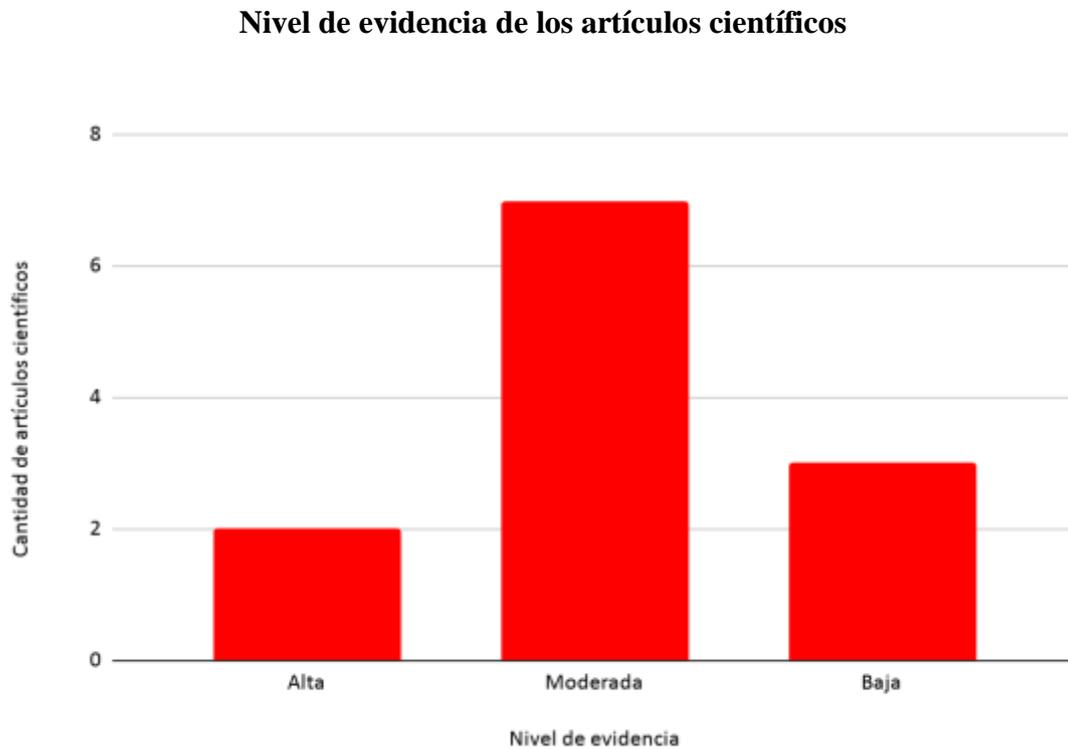
### Tipo de estudio de los artículos científicos



**M:** Metaanálisis. **ECA:** Estudios controlados aleatorizados. **RSECA:** Revisiones sistemáticas de ECA. **RS:** Revisiones Sistemáticas. **ECNA:** Ensayos clínicos no aleatorizados. **EC:** Estudios de cohorte. **ECC:** Estudios de caso control. **EDT:** Estudios descriptivos transversales. **ECU:** Estudios cualitativos. **CE:** Comité de expertos.

Con respecto al nivel de evidencia como se identificaron 5 revisiones sistemáticas y solo 2 estudios controlados no aleatorizados, se considera que la mayoría (7 de 12) de los artículos científicos son de moderada evidencia.

### Gráfico 6

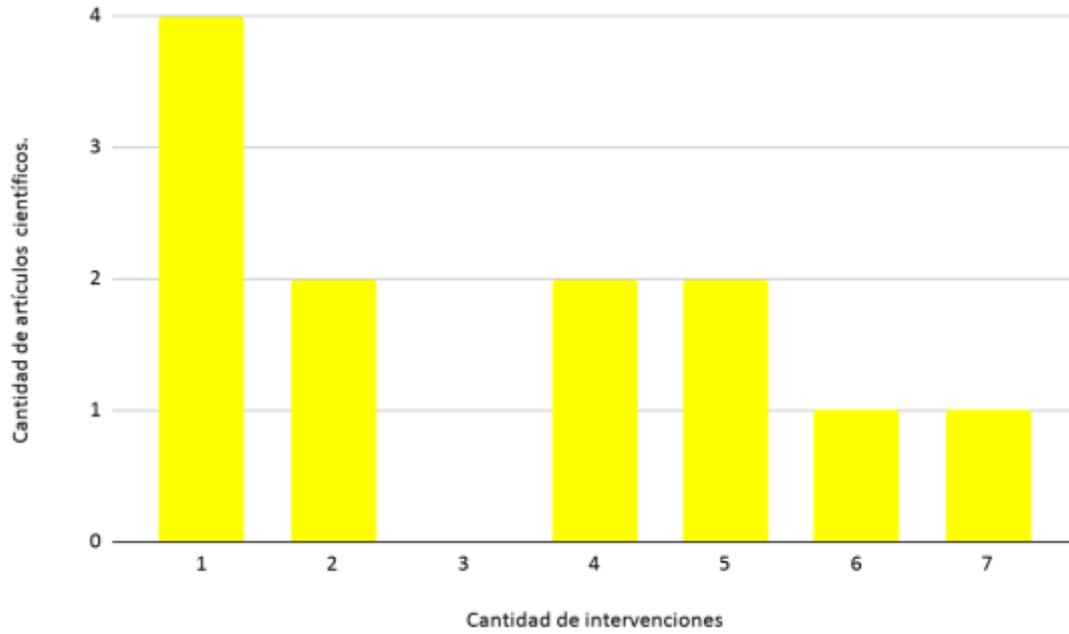


En general los artículos científicos mencionan al menos una sola intervención para restaurar mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con Parkinson. 3 artículos mencionan 4 intervenciones y 3 artículos mencionan entre 5 y 7 intervenciones. (Gráfico 7)

La intervención que se menciona con mayor frecuencia (9 de 13) en los artículos científicos son los ejercicios y/o actividad física. Y la que menos se menciona son los productos de apoyo. (Gráfico 8)

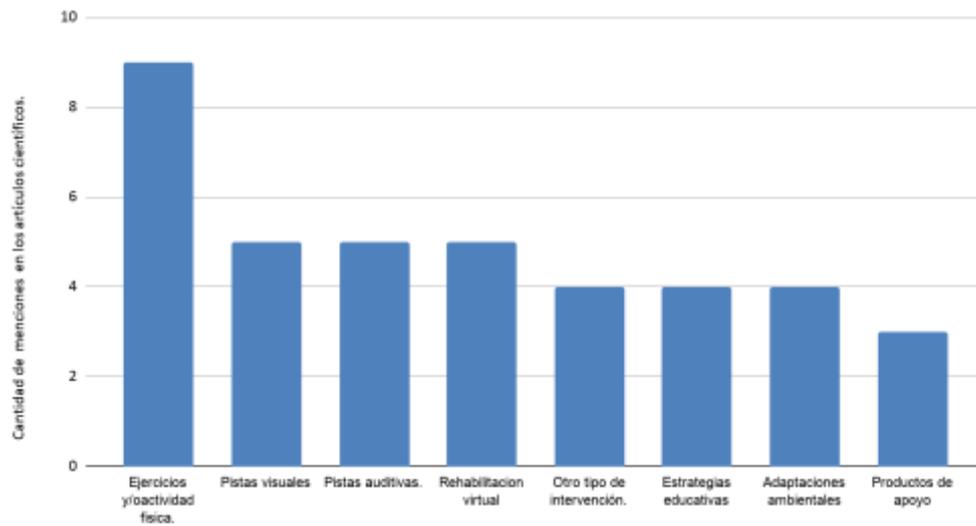
**Gráfico 7**

**Cantidad de intervenciones que mencionan cada artículo científico.**



**Gráfico 8**

**Intervenciones que se mencionan con mayor frecuencia en los artículos científicos.**



Las estrategias educativas presentan en su mayoría nivel de evidencia moderada, ya que fueron mencionadas en 2 revisiones sistemáticas. También fueron mencionadas en un estudio controlado aleatorizado (ECA) y uno cualitativo.

Los ejercicios y/o actividad física presentan en general entre moderada y bajo nivel de evidencia. Fueron mencionadas en 4 estudios de nivel de evidencia moderada, los mismos son un estudio pre experimental con muestra intencionada y 3 revisiones sistemáticas. Y 4 estudios de nivel de evidencia baja, estos son uno de consenso de experto, un estudio cualitativo, un estudio de caso y un estudio descriptivo. Sólo 2 estudios controlados aleatorizados (Nivel de evidencia alta) nombraron esta intervención.

Las adaptaciones ambientales fueron mencionadas en 3 estudios, un consenso de expertos, un estudio de caso y uno cualitativo. Teniendo en cuenta esto, se considera que esta intervención cuenta con bajo nivel de evidencia. Pero también fue mencionada en una revisión sistemática, por lo que se considera de moderada evidencia en menor medida.

Las pistas visuales se consideran de bajo nivel de evidencia, ya que fueron mencionadas en un estudio cualitativo y en un consenso de expertos. También se mencionó en un estudio controlado aleatorizado siendo esta de alta evidencia y en una revisión sistemática (nivel de evidencia moderada).

Las pistas auditivas, se consideran en cuanto al nivel de evidencia entre moderada y baja, ya que fueron mencionadas en dos revisiones sistemáticas y también en un estudio cualitativo y un consenso de expertos.

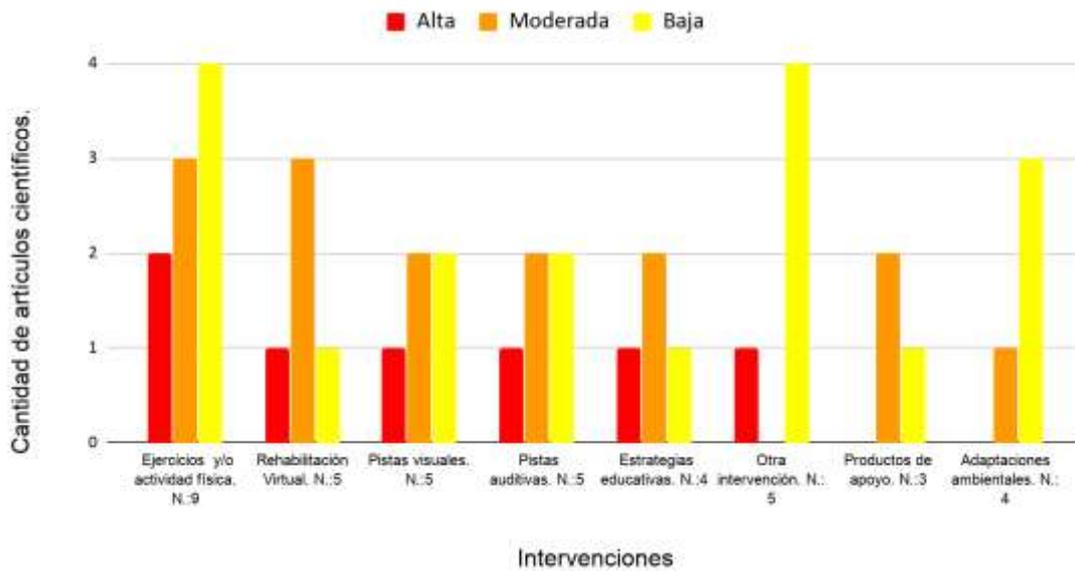
Los productos de apoyo presentan entre moderada y bajo nivel de evidencia, ya que fueron mencionados en una revisión sistemática y un estudio cualitativo.

La rehabilitación virtual presenta moderada evidencia porque fue mencionada en un ensayo clínico no aleatorizado y 3 revisiones sistemáticas. También fue mencionada en un estudio de bajo nivel de evidencia, estudio cualitativo.

Y por último las otras intervenciones mencionadas presentan baja evidencia en su mayoría, ya que las intervenciones cognitivo-conductuales fueron mencionadas en un estudio cualitativo y las orientaciones para la realización de actividades a domicilio, con la incorporación de un cuaderno de caligrafía, fueron mencionadas en un estudio de caso. También fue mencionada como otra intervención actividades multimodales o múltiples (entrenamiento de autocuidado o alimentación) en un consenso de expertos. Solo la practica mental se mencionó en un estudio controlado aleatorizado y por esto se lo considera como nivel de evidencia alta.

### Gráfico 9

Nivel de evidencia de las intervenciones para mantener, restaurar y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson según tipo de estudio de los artículos científicos.



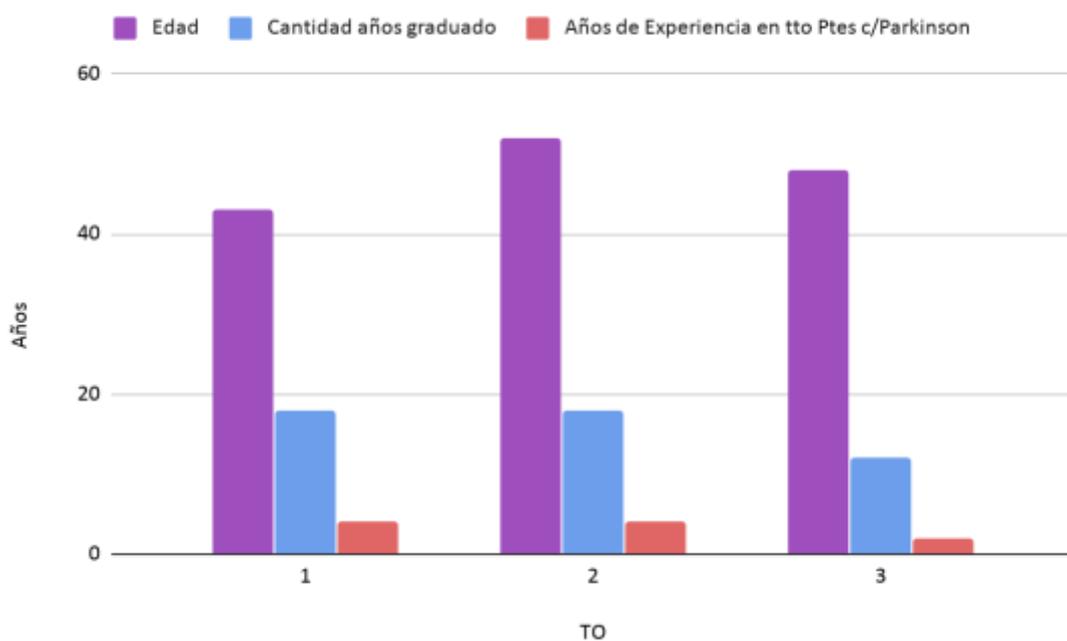
# **Resultados del análisis de la Evidencia Interna.**

**Características de la muestra de los terapeutas ocupacionales que atienden en el área de rehabilitación física del Centro de Rehabilitación Física de San Martín, Pcia de Bs.As durante el año 2019.**

Se encuestaron a 3 terapeutas ocupacionales que trabajan en el Centro de Rehabilitación Física de San Martín, Pcia de Bs.As. Las tres son de género femenino. Las edades rondaban entre 43 y 52 años. Dos de las terapeutas se graduaron hace 18 años y una hace 12. Con respecto a la cantidad de años de experiencia en el tratamiento de pacientes con enfermedad de Parkinson, 2 de ellas presentan 4 años de experiencia y la terapeuta restante presenta 2 años de experiencia. .

**Gráfico 1**

**Características de la muestra de terapeutas ocupacionales. N.:3.**



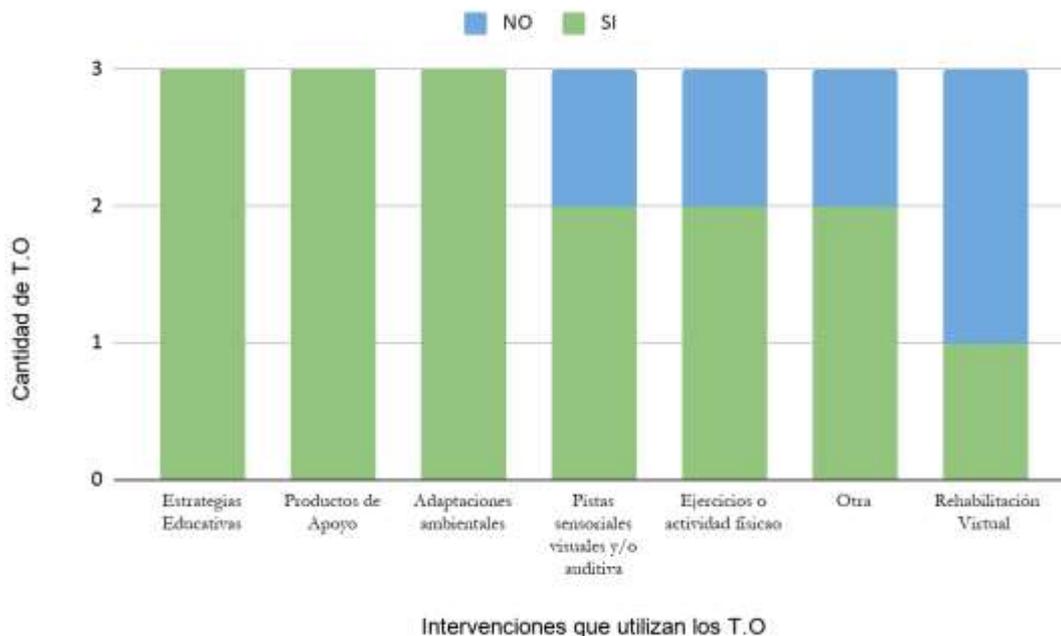
**Fuente:** Encuesta realizada a terapeutas ocupacionales que trabajan en el Centro de Rehabilitación Física de San Martín, Pcia de Bs.As en el año 2019.

**Resultados sobre las intervenciones para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de pacientes con enfermedad de Parkinson utilizadas por los Terapistas Ocupacionales del Centro de Rehabilitación Física de San Martín, durante el año 2019.**

Con respecto a las intervenciones que utilizan las T.O. del Centro de Rehabilitación Física de San Martín, para restaurar, mantener y/ o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson, se observa que las tres coinciden en el uso de estrategias educativas, adaptaciones ambientales y el uso de productos de apoyo. Dos de ellas también utilizan pistas sensoriales, visuales y/o auditivas, ejercicios o actividad física y otras formas de intervenciones como por ejemplo los subsidios de Perfetti, huerta, entrenamiento y transferencia en el uso del auto. Solo una T.O. mencionó que utiliza la rehabilitación virtual como medio de intervención para la movilidad funcional.

**Gráfico 2**

**Intervenciones que utilizan los T.O del Centro de Rehabilitación Física de San Martín, para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en Pacientes con Parkinson.**

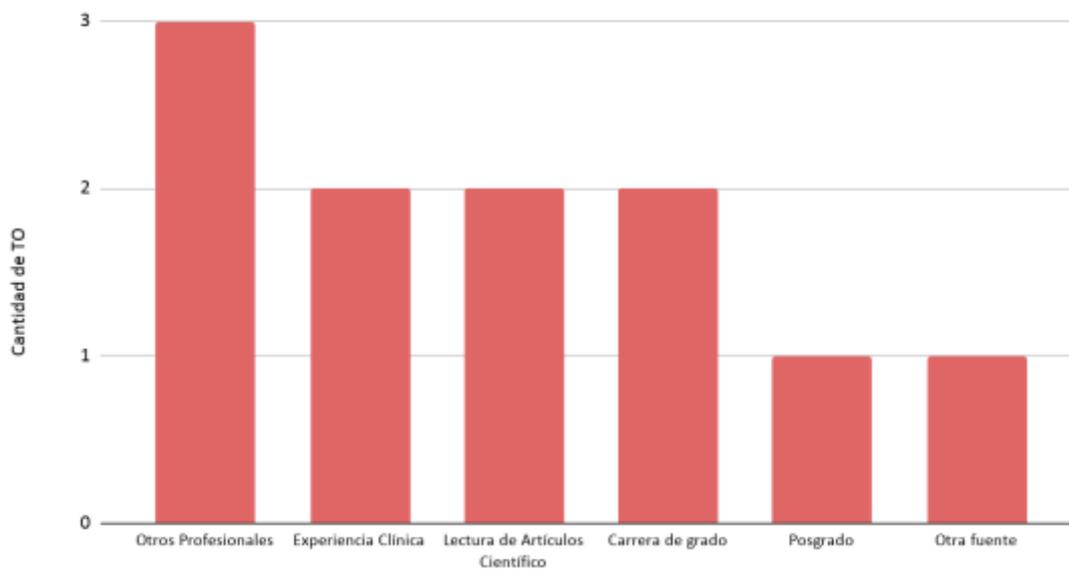


**Fuente:** Encuesta realizada a terapeutas ocupacionales que trabajan en el Centro de Rehabilitación Física de San Martín, en el año 2019.

En general, las TO entrevistadas adquirieron los conocimientos sobre las intervenciones para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de pacientes con enfermedad de Parkinson a través de todas las modalidades mencionadas en el gráfico 3. Las tres TO coincidieron que adquirieron los conocimientos a través de otros profesionales de la salud. Al menos 2 de ellas coincidieron en que adquirieron los conocimientos a través de la experiencia clínica, la lectura de artículos científicos y durante la carrera de grado. Una de ellas se encuentra realizando un posgrado y otra mencionó que utiliza otra fuente como videos.

### Gráfico 3

**Forma de aprender las intervenciones para mantener, restaurar y/ o modificar la movilidad funcional en Pacientes con Parkinson. N:3**



**Fuente:** Encuesta realizada a terapistas ocupacionales que trabajan en el Centro de Rehabilitación Física de San Martín, en el año 2019.

## **Resultados sobre la percepción de efectividad de las TO del Centro de Rehabilitación Física de San Martín, sobre las intervenciones para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de pacientes con enfermedad de Parkinson en el año 2019.**

Las tres terapistas utilizan estrategias educativas, adaptaciones ambientales y productos de apoyo como intervenciones para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de pacientes con enfermedad de Parkinson. Con respecto a la percepción de efectividad (gráfico 4) de las adaptaciones ambientales las tres terapistas ocupacionales coinciden en que son efectivas, dependiendo de cada persona y siempre y cuando lo incorporen a la vida cotidiana. Una de ellas refiere que es efectiva por que se trabaja con el familiar y este es un apoyo para que la estrategia se lleve a cabo. En relación a la percepción de efectividad sobre las estrategias educativas, las tres T.O coinciden en que son poco efectivas debido a que el paciente no logra incorporar las estrategias sugeridas para generalizarlas en la vida cotidiana. En cuanto a los productos de apoyo, dos de las terapistas refieren que estas intervenciones son efectivas porque al igual que las adaptaciones ambientales, se trabaja con el familiar y este es un apoyo para que la estrategia se lleve a cabo, siempre y cuando el paciente tome conciencia de los beneficios de su implementación en su vida cotidiana. La terapeuta que percibió a esta intervención poco efectiva, refirió que no siempre los pacientes aceptan el uso de los productos de apoyo.

La percepción de efectividad sobre las pistas sensoriales visuales y/o auditivas de las dos terapistas ocupacionales que mencionaron utilizarlos como intervención para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de pacientes con enfermedad de Parkinson se polariza entre muy efectivo y poco efectivo. Una terapeuta ocupacional refiere que este tipo de estrategia es muy efectiva porque le brinda al paciente la posibilidad de ser más eficiente y tener un movimiento más fluido. En contraste a esta respuesta, la otra T.O considera poco efectiva esta intervención porque a los pacientes les resulta difícil atender a dos estímulos a la vez.

La percepción de efectividad sobre los ejercicios y/o actividad física de las dos terapistas ocupacionales que mencionaron utilizarlos como intervención para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de pacientes con enfermedad de Parkinson varió entre efectiva y poco efectiva. La terapeuta ocupacional que consideró al ejercicio y/o actividad física como efectiva, refirió que esto depende de cada persona, pero en general los pacientes los resaltan como algo importante para su desempeño en la movilidad funcional. Por otro lado, la otra terapeuta ocupacional manifestó que este tipo de intervención es poco efectiva porque los pacientes no incorporan estas sugerencias en la casa debido a desganado, aburrimiento y poca paciencia.

Dos terapistas mencionaron otras intervenciones que utilizan para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de pacientes con enfermedad de Parkinson, la percepción de efectividad de estas varían de poco a nada efectivas. Una de las terapistas mencionó como otra estrategia hacer consciente cada movimiento a través de indicaciones verbales. A esto lo percibe como nada efectivo porque requiere de un apoyo verbal constante y no puede incorporar el aprendizaje.

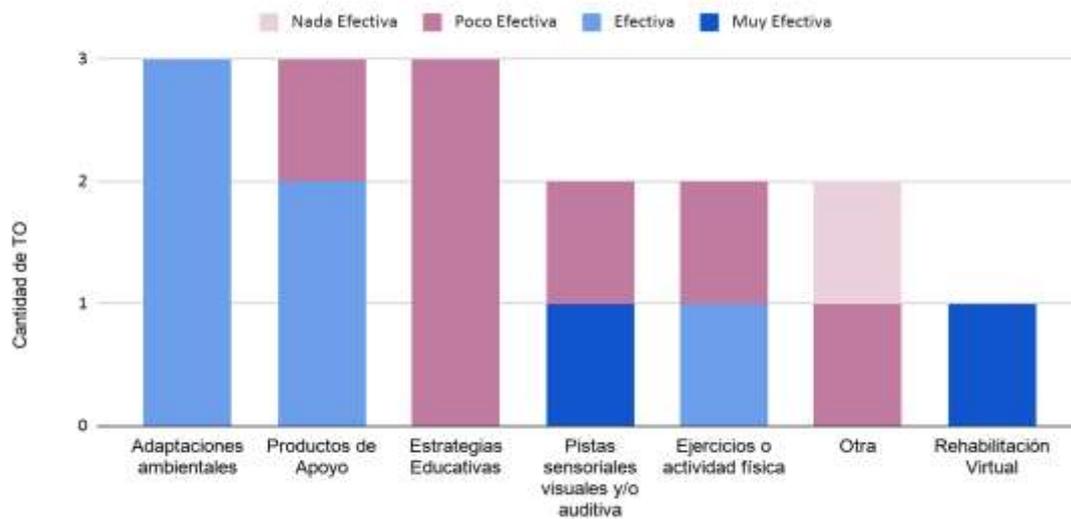
La terapeuta restante mencionó los subsidios del Método Perfetti (rehabilitación neurocognitiva) como otra estrategia de intervención a la que percibió como poco efectiva

porque está en proceso de formación y no la implementa con frecuencia con el mismo paciente.

Por último, la única T.O que utiliza la rehabilitación virtual como intervención la percibe como muy efectiva porque se puede evidenciar un mejor desempeño motor con el uso de la rehabilitación virtual y los pacientes lo refieren como beneficioso.

#### Gráfico 4

**Percepción de efectividad de las TO del Centro de Rehabilitación Física de San Martín sobre las intervenciones para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson.**



**Fuente:** Encuesta realizada a terapeutas ocupacionales que trabajan en el Centro de Rehabilitación Física de San Martín, Pcia. de Bs. As. en el año 2019.

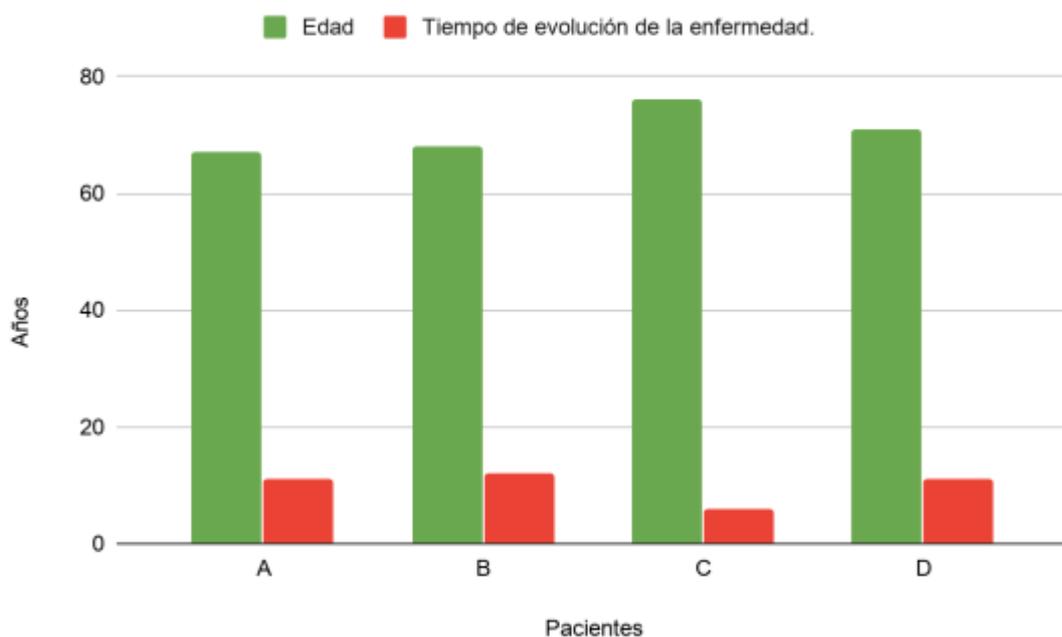
# **Resultados del Análisis de la opinión del paciente.**

**Característica de la muestra de los pacientes con enfermedad de Parkinson que se encuentren en etapas 2-3 de H&Y y en tratamiento de rehabilitación en la modalidad de hospital de día en el Centro de Rehabilitación Física de San Martín durante el año 2019.**

Se encuestaron a cuatro pacientes que asisten al Centro de Rehabilitación Física de San Martín para realizar su rehabilitación. Todos son de sexo biológico masculino entre 67 y 76 años de edad. El tiempo de evolución de la enfermedad varía de 6 a 12 años. Dos de ellos presentan 11 años de evolución de la enfermedad. Con respecto al estadio de la enfermedad según las etapas de H&Y, tres de ellos se encuentran en etapa 3 y solo uno en etapa 2.

**Gráfico 1**

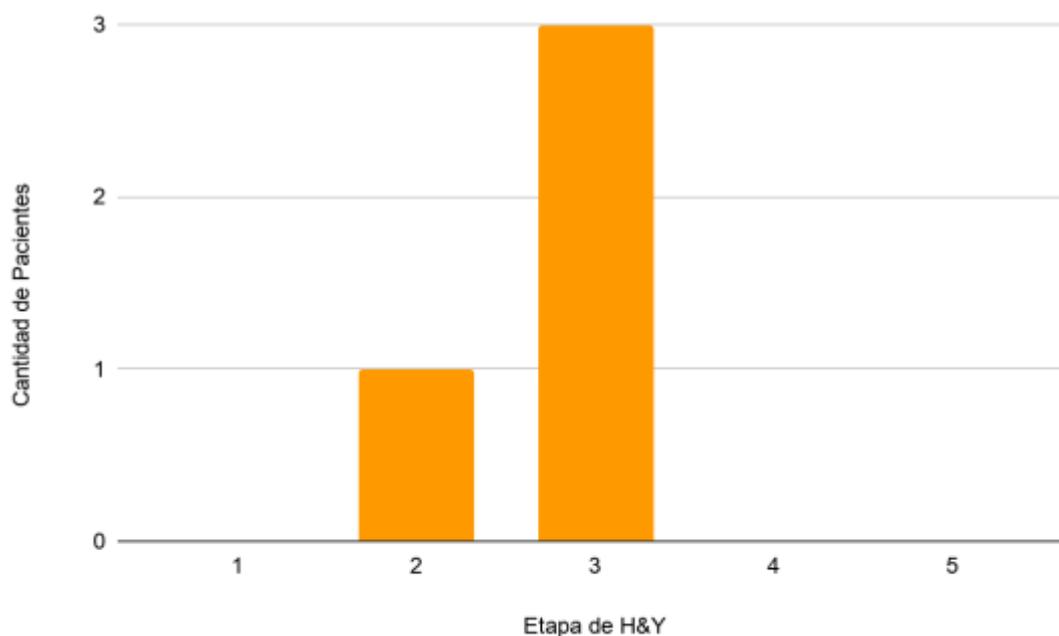
**Características de la muestra pacientes con enfermedad de Parkinson. N:4**



**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes con enfermedad de Parkinson que asisten al Centro de Rehabilitación Física de San Martín en el año 2019.

**Gráfico 2**

**Etapa de H&Y de los pacientes con enfermedad de Parkinson del Centro de Rehabilitación Física de San Martín.N:4**



**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes con enfermedad de Parkinson que asisten al Centro de Rehabilitación Física de San Martín, en el año 2019.

**Estrategias de intervención para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional, sugeridas por los terapeutas ocupacionales según los pacientes.**

Los pacientes del Centro de Rehabilitación Física de San Martín, refieren haber recibido por parte de las terapeutas ocupacionales las siguientes intervenciones: estrategias educativas, ejercicios y/o actividad física, pistas sensoriales visuales y/o auditivas, productos de apoyo y rehabilitación virtual, otras (actividades de motricidad fina, juegos motores y cognitivos) y adaptaciones ambientales. Con respecto a las adaptaciones ambientales dos de los cuatro pacientes manifestaron no haber recibido esta sugerencia.

**Gráfico 3**

**Estrategias para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional que sugirieron los T.O según los pacientes.**



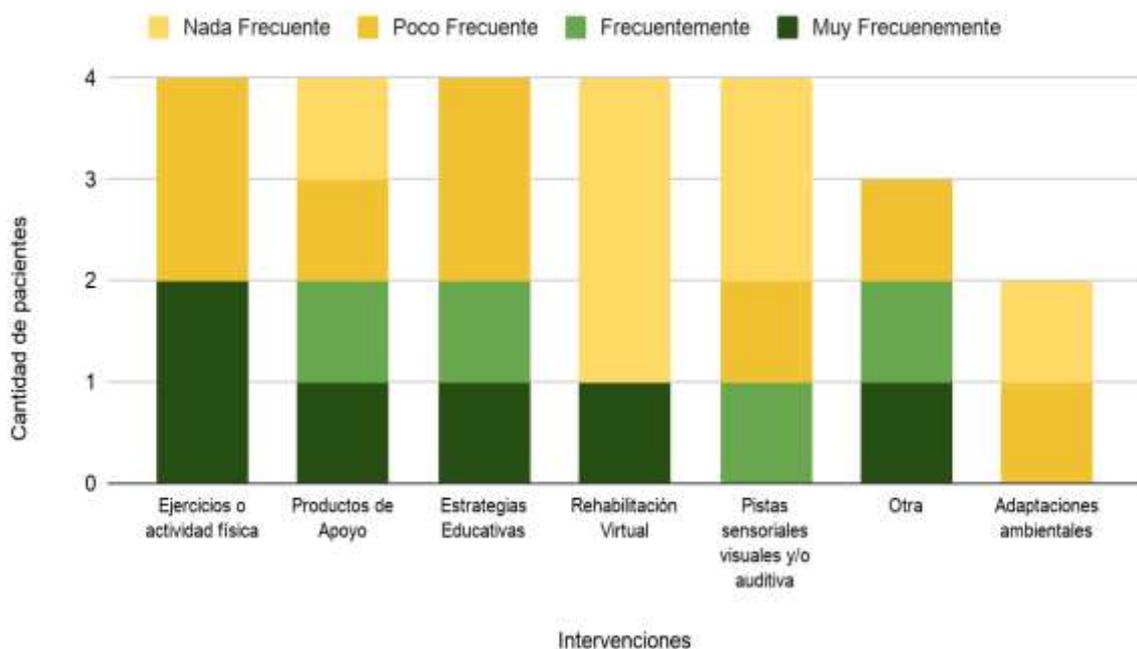
**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes con enfermedad de Parkinson que asisten al Centro de Rehabilitación Física de San Martín en el año 2019.

**Resultados sobre la frecuencia con la que utilizan las sugerencias o intervenciones para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional e en su vida diaria.**

El Gráfico 4 describe, con respecto a los ejercicios y/o actividad física, que dos pacientes manifestaron el uso de manera muy frecuente y dos poco frecuente en su vida diaria. En relación a los productos de apoyo, se observa una variación entre nada frecuente a muy frecuente. Con respecto a las estrategias educativas, dos pacientes manifestaron utilizarlas de manera poco frecuente y los dos restantes variaron entre frecuente y muy frecuente. En la utilización de la rehabilitación virtual tres pacientes manifestaron usar esta estrategia de manera nada frecuente y solo uno mencionó usarla muy frecuente. Sobre las pistas sensoriales visuales y/o auditivas, dos pacientes refirieron utilizarlas de manera nada frecuente, uno poco frecuente y el restante de manera frecuente. De los tres pacientes que refirieron utilizar otra intervención, uno mencionó realizar juegos de preguntas y respuestas con pelotas de manera muy frecuente y de los dos restantes, uno dijo realizar ejercicios de motricidad fina de forma frecuente y el otro poco frecuente. Por último, los dos pacientes que refirieron utilizar las adaptaciones ambientales, uno mencionó utilizarla de manera poco frecuente y el otro nada frecuente.

**Gráfico 4**

**Frecuencia con la que utilizan las sugerencias o intervenciones para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en su vida diaria.**



**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes con enfermedad de Parkinson que asisten al Centro de Rehabilitación Física de San Martín en el año 2019.

## **Resultados sobre la percepción de efectividad de los pacientes con enfermedad de Parkinson sobre las intervenciones para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

Con respecto a la percepción de efectividad que los pacientes tienen sobre las intervenciones, en general, a la mayoría las consideran entre muy efectivas y efectivas. Las que más se destacan entre muy efectivas y efectivas son los ejercicios y/o actividad física y la rehabilitación virtual. En relación a los ejercicios y/o actividad física, de los cuatro pacientes, uno solo la percibió muy efectiva porque refiere necesitarla para moverse mejor. Los tres restantes la consideran efectiva porque les permite moverse mejor, mejorar el equilibrio y la coordinación. Uno de ellos hizo referencia a la frecuencia con la que lo realiza, concluyendo que sería más efectiva si lo hace más veces por semana.

La rehabilitación virtual es percibida de muy efectiva a efectiva por los cuatro pacientes. Tanto el paciente que considero esta intervención como muy efectiva como los pacientes que la percibieron efectiva coincidieron en que esta implica la movilidad de todas las articulaciones, coordinación, agilidad, es motivadora y ofrece superación y competencia.

Con respecto a las estrategias educativas el paciente que consideró estas intervenciones como muy efectivas refirió que son útiles ya que aprenden a realizar la movilidad funcional de manera adecuada. De los dos pacientes que la consideraron efectivas, uno argumentó que es efectiva dependiendo del entorno en donde las implementa. El otro considero ese valor por costumbre de hacer siempre lo mismo, pero resaltó la importancia de la indicación verbal por parte del profesional. El paciente que percibió esta estrategia poco efectiva, lo hizo porque su vivienda es pequeña y no logra implementar las sugerencias. También relaciona la poca efectividad de las mismas con los períodos de on y off.

Los productos de apoyo también son percibidos entre muy efectivos y efectivos. Dos de los pacientes percibieron esta intervención como muy efectiva porque les da seguridad, y facilita la ejecución de las actividades de la vida diaria. El paciente que refiere que es efectiva considera que es porque les ayuda a prevenir accidentes. Solo un paciente percibe que es nada efectiva porque le resulta molesto y considera no necesitarlo.

Con respecto a las pistas sensoriales visuales y auditivas, la percepción de efectividad varía entre muy efectiva-efectiva y poco efectiva-nada efectiva. El paciente que considera muy efectiva estas intervenciones no logra ejemplificar y justificar su respuesta. El paciente que percibió esta intervención como efectiva refiere que es así mientras dura el estímulo auditivo. Los dos pacientes que dijeron que la intervención es poca efectiva y nada efectiva refieren no necesitarla o aplicarlas en la vida diaria.

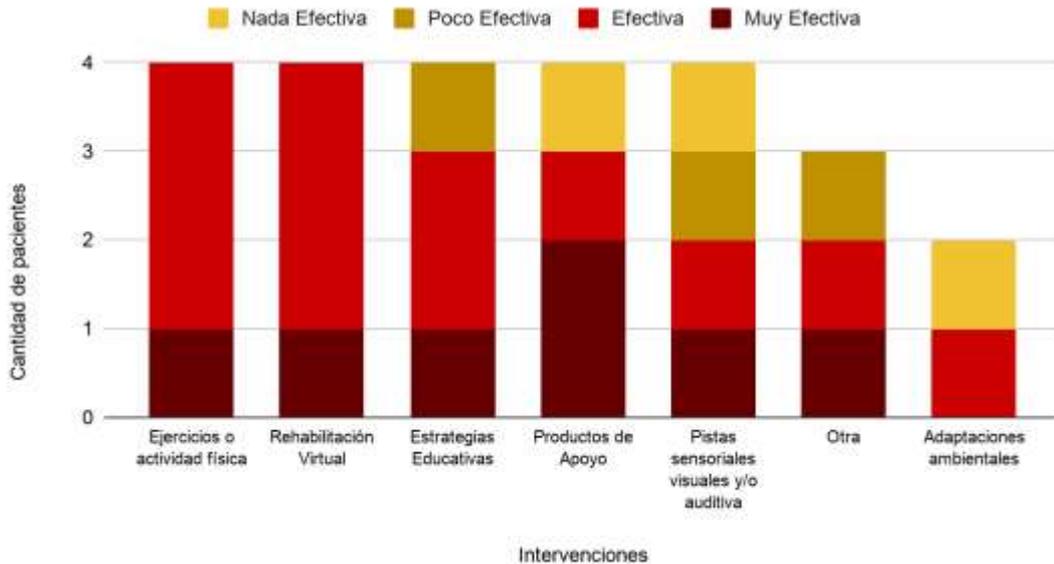
En relación a otras intervenciones utilizadas para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional, un paciente refirió realizar juegos de preguntas y respuestas usando pelotas. A esta intervención la percibió como muy efectiva porque facilita la marcha. Por otra parte dos pacientes mencionaron como otra estrategia haber realizado actividades de motricidad fina, percibiéndolas como poco efectivas ya que presentan dificultad para realizarlas.

Las adaptaciones ambientales son implementadas solo por un paciente y la percibe efectiva solo cuando se acuerda de usarla o si un familiar se lo recuerda y hace referencia a cuestiones económicas que dificultan implementar todas las sugerencias.

Son percibidas muy efectivas todas excepto a las adaptaciones ambientales.

### Gráfico 5

**Percepción de efectividad de los pacientes con enfermedad de Parkinson sobre las intervenciones para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**



**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes con enfermedad de Parkinson que asisten al Centro de Rehabilitación Física de San Martín en el año 2019.

**Resultados del análisis de los recursos que  
utilizan los T.O del Centro de  
Rehabilitación Física de San Martín**

## **Resultados de la descripción de los recursos humanos, materiales y tecnológicos que utilizan los terapeutas ocupacionales del Centro de Rehabilitación Física de San Martín durante el año 2019.**

El Centro de Rehabilitación Física de San Martín cuenta con 4 terapeutas ocupacionales dentro de la modalidad hospital de día, distribuidas en dos turnos. En el turno de la mañana trabajan 2 terapeutas y 2 en el turno de la tarde. Una de las terapeutas no fue encuestada por formar parte del equipo que lleva adelante este trabajo final.

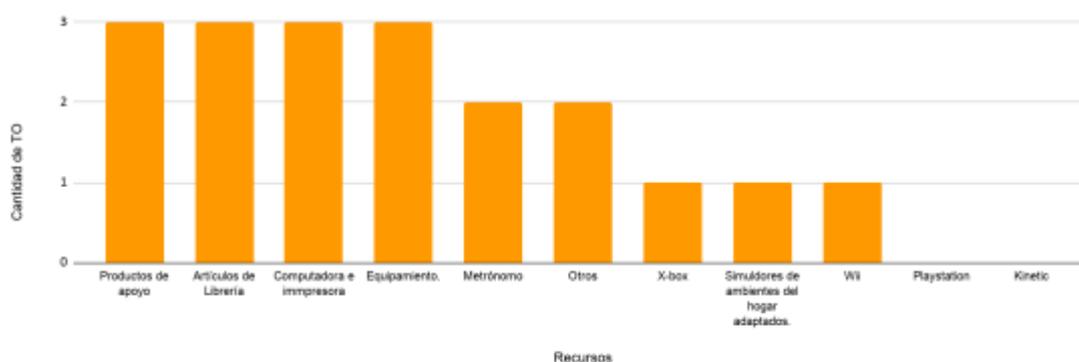
Las 3 terapeutas encuestadas utilizan recursos materiales, técnicos y tecnológicos en la implementación de las intervenciones para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de los pacientes con enfermedad de Parkinson. Las mismas coinciden en el uso de productos de apoyo, artículos de librería, computadora e impresora y equipamientos. Sólo dos utilizan el metrónomo y otros tipos de recursos como la música, la huerta y el auto. La X-box, la Wii y los simuladores de ambientes del hogar adaptados son recursos utilizados por al menos una T.O.

En cuanto a los recursos que a las T.O les gustaría usar y no dispone se observó diferencias en sus respuestas. Una T.O refirió que le alcanzan los recursos con los que cuenta. Otra T.O hizo referencia a su formación para la selección y utilización de los recursos. Y la T.O restante nombró a las clases de tango como un recurso que en un momento tuvieron y con el que ya no cuentan, pero le gustaría volver a tener.

Con respecto a los recursos con los que disponen en la institución pero no utilizan las terapeutas se observó similitud en sus respuestas, ya que hicieron referencia a la rehabilitación virtual. Dos terapeutas nombraron a la X-box y a la Wii como recursos con los que disponen pero no utilizan. Una de ellas por cuestiones operativas y la otra porque nunca accedió a leer los beneficios de las mismas. La terapeuta restante agregó que no utilizaba los simuladores del hogar adaptados porque según su formación actual (Perfetti), estos no tienen las demandas reales del ambiente. Con respecto a la realidad virtual, esta terapeuta refiere poder comenzar a usarlas porque está leyendo sobre una nueva teoría que implica la utilización de la misma.

### **Gráfico 1**

**Recursos que utilizan los T.O del Centro de Rehabilitación Física de San Martín durante el año 2019.**



**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes con enfermedad de Parkinson que asisten al Centro de Rehabilitación Física de San Martín en el año 2019.

**Síntesis de los resultados de la evidencia  
(externa, interna, recursos y opinión del  
paciente) sobre cada intervención para  
restaurar, mantener y/o modificar la  
movilidad funcional**

El propósito de este cuadro fue sintetizar la información obtenida de las diversas evidencias para poder analizarlas y concluir de manera global sobre cada una de las intervenciones que utilizan las terapistas ocupacionales del Centro de Rehabilitación Física de San Martín para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de los pacientes con EP.

En el cuadro se ve plasmado los cuatro elementos que componen la evidencia (externa, interna, recursos y opinión del paciente) de cada intervención. En la primera columna se puede observar la intervención, en las columnas siguientes se colocó los distintos elementos que componen la evidencia. En la evidencia externa se colocó el nivel de evidencia que presentan los artículos científicos sobre la intervención mencionada. En la evidencia interna se presentó el valor de efectividad que le asignaron la mayoría de las terapistas ocupacionales de acuerdo a la escala de valores presentada en la encuesta y en la percepción de efectividad las categorías que se armaron luego del análisis de contenido de las respuestas. Lo mismo se realizó en la opinión del paciente. En los recursos, se colocó si las terapistas contaban con los recursos para llevar adelante la intervención y si la utilizaban o no. En el cuadro también se puede observar en números la cantidad de artículos científicos, terapistas ocupacionales y pacientes que se analizaron.

A continuación se presenta la lista de categorías armadas a partir del análisis cualitativo sobre las respuestas de los terapistas ocupacionales y pacientes sobre la percepción de efectividad (Ver Anexos):

**Generalización en la vida cotidiana.** Esta categoría hace referencia a no poder trasladar lo aprendido en la sesión de la terapia a la casa. Esta es una observación en la que coincidieron los terapistas ocupacionales y en los pacientes se la interpreto cuando manifestaban que no es un hábito que tengan incorporado.

-Poca generalización en la vida cotidiana.

**Efecto sobre el desempeño motor.** Esta categoría refiere a la manifestación que hacen, tanto los terapistas ocupacionales como los pacientes, sobre la mejora en la coordinación, equilibrio y movilidad funcional en general o sobre alguna dificultad que les impida realizarlas de manera optima.

-Mejora el desempeño motor

-Dificulta el desempeño motor.

**Efecto sobre la motivación.** Esta categoría surge a partir de la manifestación explícita de los pacientes sobre mantener el impulso que moviliza a la persona a desarrollar algunas de las intervenciones planteadas.

-Aumenta la motivación.

**Valoración que le asigna el paciente a la intervención.** Esta categoría hace referencia a la importancia que le dan los pacientes a la intervención en función de creer necesitarlas o no, si le sirven o no, si les genera sensaciones positivas o negativas y si les brinda algún tipo de beneficios que le ayuden en la movilidad funcional o no.

-Valoración positiva del paciente.

-Valoración negativa del paciente.

**Importancia de la participación de la familia en el tratamiento.** Esta categoría surge de la manifestación, tanto de los terapistas ocupacionales como de los pacientes,

sobre el apoyo que brinda el familiar en la intervención implementada. En los pacientes se interpreto como tal, cuando referían utilizar determinada intervención si los estaban mirando.

**Efecto sobre las Actividades de la vida diaria.** Esta categoría hace referencia a la manifestación de los pacientes sobre la ayuda o dificultad que le brinda determinada intervención para realizar alguna actividad de la vida diaria.

-Facilita las AVD.

**Aprendizaje y automatización de la estrategia/sugerencia / intervención.** Esta categoría surge de la manifestación de los terapeutas ocupacionales sobre la capacidad que tengan los pacientes de aprender e incorporar y hacer consciente las estrategias que se brindan durante la sesión. En el relato de los pacientes se pudo observar esta categoría cuando referían no acordarse de las estrategias.

-No se observa aprendizaje y automatización de la estrategia/sugerencia / intervención.

**Recursos económicos para implementar la estrategia/sugerencia/ intervención.** Esta categoría hace referencia a la capacidad que tenga el paciente de contar o no con recursos económicos para implementar una intervención sugerida por el terapeuta ocupacional.

**Influencia del entorno físico.** Esta categoría hace referencia a la manifestación que hacen los pacientes sobre el ambiente y como este facilita o dificulta la movilidad funcional.

**Frecuencia de implementación de la intervención.** Esta categoría surge a partir de la manifestación, tanto de los terapeutas ocupacionales como los pacientes, sobre la cantidad de veces que realizan determinada estrategia o implementan la intervención en el caso de los terapeutas.

**Influencia de los periodos de ON y OFF de la enfermedad.** Esta categoría hacer referencia a la manifestación por parte de los pacientes sobre como se sienten en los periodos de ON (control satisfactorio de los síntomas que permite una actividad motora normal) y de OFF (reaparecen los síntomas y alteran la función motora).

Intervención	Evidencia externa	Evidencia interna		Opinión del receptor.		Recursos
	Nivel de evidencia	Valor	Percepción de efectividad	Valor	Percepción de efectividad	
<b>Ejercicios físicos y /o actividad física.</b>	Baja 4/9	Efectiva 1/2	Valoración positiva del pte.	Efectiva 3/4	Mejora el desempeño motor. Aumenta la motivación.	Si cuentan con recursos. Y las 3 TO. los utilizan.
	Moderada 3/9	Poco efectiva. 1/2	Valoración negativa (aburrimiento)	Muy efectiva. 1/4	A mayor frecuencia, mayor efectividad. Valoración negativa (aburrimiento por repetición)	

<b>Rehabilitación virtual.</b>	Moderada 2/5	Muy efectivo 1/1	Mejora el desempeño motor. Valoración positiva del Pte.	Efectiva 3/4 Muy efectiva. 1/4	Mejora desempeño motor Aumenta la motivación	Cuentan con el recurso y 2 de 3 TO no lo utilizan.
<b>Estrategias educativas</b>	Moderada 2/4	Poco efectiva. 3/3	Poca generalización en la vida cotidiana	Efectiva. 2/4 Muy efectiva. 1/4  Poco efectivo 1/4	Influencia del entorno físico. Poca generalización en la vida cotidiana  Depende de los períodos de ON OFF.	Si cuentan con recursos y lo utilizan.
<b>Productos de Apoyo</b>	Moderada 2/3	Efectivo 2/3	Importancia de la participación de la familia en el tratamiento.  Valoración positiva del paciente	Muy efectiva 2/4	Facilita la ejecución de las AVD  Valoración positiva del paciente (seguridad)	Si cuentan con los recursos. Todas las TO lo utilizan.

<b>Pistas visuales y/o auditivas</b>	Moderada 2/5 Baja 2/5.	Muy efectivo. 1/2  Poco efectivo. 1/2	Mejora desempeño motor  Dificulta el desempeño motor	Muy efectiva/ Efectiva) 2/4 Poco efectiva/ Nada efectiva)	Valoración positiva durante el estímulo  Valoración negativa	Si cuentan con los recursos. Solo 2 T.O usan el metrónomo.
<b>Otras intervenciones.</b>  <b>Práctica mental.</b>  <b>Estrategias cognitivo. conductual</b>  <b>Actividades multimodales o múltiples (entrenamiento en autocuidado)</b>	Baja 4/4	<b>Hacer consciente cada movimiento.</b> Poco efectivo. 1/2  <b>Perfetti:</b> Nada Efectivo 1/2	Se requiere de apoyo verbal constante.  En proceso de formación (no lo implementa con frecuencia).	Juegos cognitivos/motor es Muy Efectivo	Valoración positiva	

<p><b>y alimentación)</b></p> <p><b>Actividades para mejorar la micrografía</b></p>				<p>Motricidad fina Efectivo 1/3</p> <p>Poco Efectivo 1/3</p>	<p>Motricidad fina: Valoración positiva o negativa de acuerdo a si lo puede realizar.</p>	
<p><b>Adaptaciones ambientales</b></p>	<p>Baja 3/4</p>	<p>Efectivo 3/3</p>	<p>Importancia de la participación del familiar en el tratamiento</p> <p>Aprendizaje y automatización de la estrategia</p>	<p>Efectivo 1/2</p> <p>Nada Efectivo 1/2</p>	<p>Depende de la participación del familiar en el tratamiento. Sujeto a recursos económicos.</p> <p>No se observa aprendizaje y automatización de la estrategia/sugerencia/intervención.</p>	<p>Cuentan con los recursos. Solo una T.O lo utiliza.</p>

## **CONCLUSIÓN**

A partir de los resultados obtenidos y en relación con la pregunta de investigación, los supuestos y los objetivos planteados, se pudo concluir lo siguiente respecto a cada uno de los elementos que componen la evidencia de las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de pacientes con enfermedad de Parkinson.

Sobre la evidencia externa, se concluye que los artículos científicos presentan un nivel de evidencia moderada, ya que la mayoría de los tipos de estudios fueron revisiones sistemáticas. No se encontró producción bibliográfica nacional referente a las intervenciones que se utilizan para mantener, restaurar y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson en general y tampoco sobre las utilizadas por los terapeutas ocupacionales específicamente. Estas conclusiones están en concordancia con los supuestos planteados y apoyan lo referido en el planteamiento del problema sobre la insuficiente evidencia que presentan los artículos científicos, siempre juzgando con la jerarquía propuesta por el rigor metodológico científico tradicional, para validar la eficacia de las intervenciones de los terapeutas ocupacionales en la atención de pacientes con enfermedad de Parkinson, tal como lo mencionaba Aragon y Jansa (2015).

Con respecto a nuestro objetivo planteado de caracterizar los artículos científicos, se concluye que la mayoría fueron publicados en 2016, pero en los años siguientes (2018 y 2019) también se publicaron artículos referidos a la temática. Los países que realizaron mayores producciones fueron Brasil y España. En general, las investigaciones científicas fueron publicadas en el mismo país donde se realizaron. Los idiomas más frecuentes fueron en inglés y en español; y en menor medida en portugués. Del total de los artículos científicos (12), la mayoría mencionan entre una y dos intervenciones. La intervención que se mencionaba con mayor frecuencia era el ejercicio y/o actividad física y con menor frecuencia los productos de apoyo, los cuales presentaban un nivel de evidencia baja a moderada.

Sobre la evidencia interna y en relación a la experiencia del profesional, se puede concluir que las terapeutas ocupacionales encuestadas presentan pocos años de experiencia (entre 4 y 2 años) en el tratamiento de personas con enfermedad de Parkinson, en comparación con la cantidad de años de recibidas (más de 10 años). Con respecto al razonamiento clínico que incluye la forma de adquisición de los conocimientos sobre las intervenciones para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson, en general coincidieron en que lo realizaron a través de la carrera de grado, durante la experiencia clínica, consulta con otros profesionales y en la lectura de artículos científicos. En relación a la descripción de las intervenciones que utilizan las terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson, se puede concluir que los productos de apoyo, las adaptaciones ambientales y las estrategias educativas, son las más utilizadas. Las pistas sensoriales, los ejercicios y/o actividad física y otras intervenciones (como el Ejercicio Terapéutico Cognoscitivo conocido como Método Perfetti, estrategias donde los pacientes hacen conscientes los movimientos, entrenamiento y transferencias en el uso del automóvil y la huerta) y la rehabilitación virtual son las que se utilizan en menor medida.

Encontramos coincidencias parciales con los supuestos planteados en el trabajo, en relación a la utilización y la percepción de efectividad con respecto a las adaptaciones ambientales y los productos de apoyo. La percepción de efectividad, tanto de las terapeutas ocupacionales como de los pacientes, apoyan positivamente el nivel de evidencia que aporta la literatura científica, la cual considera a las adaptaciones ambientales con un nivel de evidencia baja y a los productos de apoyo con un nivel de evidencia moderada. Sin embargo, las terapeutas ocupacionales la perciben como efectivas, haciendo hincapié en la importancia

en que el paciente logre comprender los beneficios que tienen estas intervenciones, poder realizar el aprendizaje implementando la sugerencia en el hogar y contar con un familiar que sirva de apoyo para su implementación. Paralelamente, los pacientes mencionaron utilizarla entre frecuente y muy frecuente en su vida diaria. Acerca de la percepción de efectividad de esta intervención, la mayoría de los pacientes la consideran entre muy efectiva y efectiva. Los mismos coincidieron en que brindan seguridad. En cambio, con las adaptaciones ambientales los pacientes refirieron implementarlas poco frecuente o no implementarlas, observándose una discrepancia con los supuestos planteados. También se observó esta diferencia en relación a la percepción de efectividad de esta intervención, donde los pacientes que mencionaron utilizarlas la consideran efectiva o nada efectiva, en función del interés que tengan sobre la utilización de esta intervención y las posibilidades tanto económicas como contextuales para poder realizar las adaptaciones ambientales sugeridas por parte de las profesionales.

Otra de las intervenciones mencionadas en los supuestos, fueron las pistas sensoriales visuales y auditivas, los artículos científicos arrojaron variaciones en el nivel de evidencia de baja a moderada. La variación en la percepción de efectividad tanto de las terapistas como de los pacientes sobre esta intervención se podría adjudicar a las dificultades motoras y/o cognitivas que presenta cada paciente. A modo de ejemplificación, el paciente y la terapeuta que percibieron esta intervención como efectiva, concuerdan en que ésta mejora el desempeño motor, aludiendo a la duración del estímulo. En cuanto a las respuestas de las terapistas ocupacionales y los pacientes entrevistados, una terapeuta la percibió como muy efectiva, la cual mencionó al respecto: [...] *le brindan la posibilidad de ser más eficientes y tener un movimiento más fluido*”(TO1); el Pte C dice: *A veces escucho una música de mi época y empiezo a bailar y salgo caminando bien solo, pero sirve el tiempo que dura la canción[...] después sigue todo igual*. Otra terapeuta la considera como poco efectiva diciendo: [...] *resulta difícil tener que hacer algo y mientras tanto tener que escuchar el ritmo*.”(TO2); para lo cual el Pte B, refiere: *El estímulo de los ruidos, el metrónomo a mi no. Claro, yo si estoy con vos y estoy parado me muevo haciendo ejercicios o cosas parecidas*. Osea, que esta intervención no sería aplicable en todos los pacientes con enfermedad de Parkinson para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional, ya que dependerá del grado de severidad de la enfermedad y de la presencia o no de fluctuaciones motoras.

Una de las estrategias no mencionadas en los supuestos, fueron las estrategias educativas. Si bien en la literatura científica el nivel de evidencia es moderada, estas son utilizadas por las tres terapistas ocupacionales encuestadas, sin embargo la perciben como poco efectiva por la dificultad que presentan los pacientes para trasladarlas a su vida cotidiana, aunque a pesar de esta dificultad, para los pacientes estas estrategias educativas son percibidas como efectivas. También esta percepción está sujeta a la influencia del entorno y a los períodos de ON y OFF que presenta la enfermedad y que dificultan la movilidad funcional.

Aquí, se podría destacar la importancia de la intervención en el contexto real del paciente como se mencionó en el planteamiento del problema para generar aprendizajes y mejorar el desempeño ocupacional de las personas con enfermedad de Parkinson.

Sobre los ejercicios y/o actividad física que se plantean como medio de intervención para restaurar, mantener, y/o modificar la movilidad funcional, si bien en la literatura científica se presenta de baja a moderada evidencia, las terapistas tienen distintos puntos de vista en cuanto a la percepción de efectividad, variando de efectiva a poco efectiva. Este valor está sujeto a cuán importante es esta intervención para el paciente, con lo cual este también va a determinar que sea efectiva o no. Esta valoración es en función a la mejoría en el desempeño motor, al aumento de la motivación y consideran que a mayor frecuencia mayor es la efectividad de la intervención. Sin embargo, también expresan una valoración menos positiva ya que los pacientes coinciden en que los ejercicios pueden resultar aburridos y repetitivos.

Acercas de la rehabilitación virtual, podemos concluir que es una intervención de moderada evidencia según la literatura científica; la cual junto a la evidencia interna y la opinión del paciente, esta intervención es percibida como efectiva, al mejorar el desempeño motor y aumentar la motivación durante la ejecución. Al respecto, una terapeuta refiere [...] *sentís que no tienen ningún tipo de dificultad y además pueden decirte que es muy beneficioso para ellos y para su cuerpo.*(TO 1): y el Pte C menciona: *Porque te motiva, creo q a todos les gusta jugar [...] si se hace continuo es efectivo [...] ayudan a coordinar, a mantener el ritmo[...] a superarse y superar a otros, de competir y te entusiasma .*

En cuanto a los pacientes se puede concluir que, en general, mencionaron haber recibido la mayoría de las intervenciones indagadas en la encuesta. También refirieron haber recibido otros tipos de intervenciones, como los ejercicios de motricidad fina y juegos de preguntas y respuestas con pelotas.

Por último, con respecto a los recursos y en relación a los supuestos, se puede concluir que las terapistas del Centro de Rehabilitación Física de San Martín cuentan con todos los recursos para llevar a cabo el plan de tratamiento ideado para cada paciente con enfermedad de Parkinson. La selección del uso de los mismos está sujeta al tipo de intervención que implementarán, a la formación académica que guía su práctica clínica y a la dinámica institucional con respecto a la disponibilidad y acceso del recurso que se necesita.

Para finalizar nuestra conclusión como investigadoras para la realización de este trabajo integrador final, queremos expresar que si bien en el camino nos encontramos con algunas limitaciones, logramos cumplir con nuestros objetivos planteados. Haciendo referencia a la práctica basada en la evidencia que conlleva la búsqueda, lectura, valoración según la metodología y traducción de los artículos científicos, nos dimos cuenta que son tareas a realizar que demandan tiempo y dedicación. En relación a esto y a la valoración que tienen los terapeutas ocupacionales de Argentina sobre la práctica basada en la evidencia, no se encontró material bibliográfico en el rastreo del estado del arte referido a las intervenciones para mejorar la movilidad funcional de pacientes con EP. Es por esto que se alienta para futuras investigaciones, conocer cómo es la práctica basada en la evidencia de los terapeutas ocupacionales argentinos. Una limitación destacable de la investigación, se relaciona con los pacientes entrevistados, debido a que algunos presentaron dificultades en las habilidades de comunicación y se vio entorpecida en cierta forma la desgrabación de las entrevistas, sin embargo afirmamos que la información recabada es fidedigna.

En cuanto a las intervenciones mencionadas para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de pacientes con EP, se sugiere para próximas investigaciones, profundizar sobre la evidencia de cada intervención descrita en el trabajo, como también documentar los resultados generando material bibliográfico de producción nacional sobre la temática.

Por todo lo antedicho, la escasa evidencia o los niveles bajos de efectividad en relación a ciertas estrategias de intervención, no deberían limitar la utilización y aplicación de las mismas, ya que también deben considerarse las otras evidencias que componen la TOBE.

Concluimos que no hay práctica estandarizada para el tratamiento de personas con EP. Por todo lo antedicho, la escasa evidencia o los niveles bajos de efectividad en relación a ciertas estrategias de intervención, no deberían limitar la utilización y aplicación de las mismas, ya que también deben considerarse las otras evidencias que componen la TOBE. La aplicación de un protocolo descrito en un artículo científico o de recomendaciones de Guías de Práctica Clínica estará sujeta a las necesidades e intereses de los pacientes, la etapa de la enfermedad en la que se encuentran, la frecuencia con la que concurren a la terapia, el encuadre del servicio de Terapia Ocupacional y la dinámica de la Institución; también los conocimientos y experiencia de los terapeutas en el manejo de personas con EP, la habilidad para seleccionar y aplicar estrategias potencialmente efectivas, considerando los recursos con los que cuentan y un enfoque de atención centrado en el paciente.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y BIBLIOGRAFÍA.**

### **Referencias Bibliográficas.**

- Alcaine S, Casanovas M, Holtohefer A, Petit C. (2009). Ejercicios físicos, de habla y voz para afectados de Parkinson. Farmalia Comunicación, S.L.
- Almeida, M.C. (1997) Deficiencia y Cotidianeidad: reflejos y reflexiones acerca de la rehabilitación. Rev.Ter.Ocup.Univ. Sao Paulo. 8, (2/3), p.81.
- Asociación Americana de Terapia Ocupacional [AOTA](2010). Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (2da edición), American Journal of Occupational Therapy, 62, pp. 625-683. Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). Recuperado de <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>.
- Bauso, D.J., Tartari, J.P., Stefani, C.V., Rojas, J.I., Giunta, D.H. & Cristiano, E. (2012). Incidence and prevalence of Parkinson's disease in Buenos Aires City, Argentina. European Journal of Neurology, 19(8), pp. 1108-1113. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-1331.2012.03683.x>
- Beattie, A., Harrison, J..(2003).Enfermedad de Parkinson. En A. Turner, M. Foster & S.E Johnson. Terapia Ocupacional y Disfunción Física. Principios, técnicas y práctica. (p 599-615) Elsevier España S.A. Madrid.
- Bennett S., Tooth L., McKenna K., Rodger S., Strong J., Ziviani J., Mickan S., & Gibson L.(2003) Perceptions of evidence - based practice: A survey of Australian occupational therapists. Australian Occupational Therapy Journal, 50 (1), pp. 13-22. Recuperado de <https://doi.org/10.1046/j.1440-1630.2003.00341>.
- Blesedell Crepeau, E., Cohn, E. S,Boyt & Schell, B., (2005) Práctica de la terapia ocupacional. En E. B. Crepeau, E. S Cohn y B. A. Boyt Schell, Willard & Spackman. 10ª edición. (pp 27 – 45). Buenos Aires: Editorial Panamericana.

- Cámara, L. (2005). Planificación estratégica: guía para entidades sin ánimo de lucro que prestan servicios de inserción sociolaboral. Madrid: Cideal
- CASPe (2019) Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español. Glosario según tipo de estudios. Recuperado de <http://www.redcaspe.org/herramientas/glosarios>.
- Conde J. L. (2002). Eficacia y efectividad: una distinción útil para la práctica y la investigación clínicas. *Revista de Nefrología*, 12 (3), pp. 219-222.
- Da Rocha Medeiros, M. H.(1999) La Producción y Transmisión de Conocimiento en Terapia Ocupacional. Cuadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, 1(1), Traducción: Maria Rita Martínez Antón (Ficha de cátedra de la materia Teoría y Técnica de la Terapia Ocupacional I, Carrera de Terapia Ocupacional, Facultad de Psicología, UBA).
- De Rosende Celeiro, Iván & Santos del Riego, Sergio. (2013). Influencia de la Terapia Ocupacional en la realización de adaptaciones en el hogar de las personas en situación de dependencia.. *TOG (A Coruña)*. 10 (18).
- Duncan Ryan P. & Earhart Gammon M. (2011) Measuring participation in individuals with Parkinson disease: relationships with disease severity, quality of life, and mobility. *Disability and Rehabilitation*, 33 (15-16), pp. 1440-1446. DOI: 10.3109/09638288.2010.533245
- Esandi M. E., Ortiz Z., Chapman E., García Dieguez M. , Mejía R. y Bernztein R. (2008). Production and quality of clinical practice guidelines in Argentina (1994–2004): a cross-sectional study. *Implementation Science*, 3 (43), pp.1-10. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-43>.

- Evidence-Based Medicine Working Group,(1992).Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA, 268(17), 2420-2425. Recuperado de DOI:10.1001/jama.1992.03490170092032.
- Escobar Pérez, J., Cuervo Martínez, A. (2008) Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. Avances en Medición, 6, pp. 27–36.
- Fernandez del Saz, S (9/5/2011). Estrategias de movimiento compensadoras en el parkinson, uso de pistas sensoriales y cognitivas. Recuperado de <http://www.efisioterapia.net/articulos/estrategias-movimiento-compensadoras-el-parkinson-uso-pistas-sensoriales-y-cognitivas>
- Fernández del Olmo M, Arias P, Cudeiro Mazaira F.J. (2004). Facilitación de la actividad motora por estímulos sensoriales en la enfermedad de Parkinson. Revista de Neurología, 39 (9), pp. 841- 847. Recuperado de <https://www.neurologia.com/articulo/2004475>.
- Field MJ, Lohr KN, editors (1990). Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washinton DC: National Academy Press, Institute of Medicine, Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines, Kathleen N. Lohr . P.8
- Fisher A.G (1998). Uniting Practice and theory in an occupational framework. American Journal of Occupational Therapy, 52, pp. 509-521.
- Foppa A.A., Vargas-Peláez C.M., Buendgens B.F., Chemello C, Charmillot F. M. P., Marin M., Seemann M & Rocha Farias M., (2018). Perceptions of Individuals with Parkinson's Disease about Quality of Life. Rev.Cienc.Salud, 16(2),262-278.

- García Rojas J., Copley J., Turpin M., y Peña Jeldes N.(2017) Práctica basada en evidencia en el área pediátrica en Chile, un desafío pendiente. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 17(2), pp. 57-68.
- Giacomini, M.K.(2001) The rocky road: qualitative research as evidence. *ACP Journal Club*, 134(1), pp.11-13. Recuperado de doi:10.7326/ACPJC-2001-134-1-A11
- Gómez Lillo, S..(2006) Equilibrio y organización de la rutina diaria. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 6. Recuperado de [http://web.uchile.cl/vignette/terapiaocupacional/CDA/to\\_completa/0,1371,SCID=20966%26ISID=729,00.html](http://web.uchile.cl/vignette/terapiaocupacional/CDA/to_completa/0,1371,SCID=20966%26ISID=729,00.html)
- Guajardo A.(2009). “Desafíos actuales del campo de la Terapia Ocupacional. Reflexiones sobre el presente y futuro de las prácticas y teorías en contextos sociales y comunitarios”. Espacio de Diálogo sobre el libro “Terapia Ocupacional sin Fronteras”. [Fragmento de conferencia organizado por la cátedra de Metodología de la Investigación y Estadística de la Carrera de Terapia Ocupacional. . Desgrabación preliminar no revisada para uso exclusivo de la cátedra.]Sec. Extensión Universitaria.Facultad de Psicología. UBA.
- Heller, Agnes. *Historia y Vida Cotidiana*. México, Editorial Grijalbo, 1985, p. 39
- Jans J & Aragon A (2015) *La vida con Parkinson y el rol emergente de la Terapia Ocupacional*. Hindawi Publishing Corporation Parkinson’s Disease. Traducción hecha por la alumna el 1/4/2018. Recuperado el 29/3/2018 desde la página de la Asociación Europea de Parkinson. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/196303>

- Jovell A J, Navarro-Rubio M D.(1995) Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc), 105, pp. 740-743.
- Law M. (2010) Learning by doing: creating knowledge for occupational therapy, World Federation of Occupational Therapists Bulletin, 62:1, 12-18, DOI: 10.1179/otb.2010.62.1.004
- Law, M., Baptiste, S. & Mills, J. (1995).Client-Centred Practice: What does it Mean and Does it Make a Difference? Canadian Journal of Occupational Therapy, 62(5), pp.250–257.
- Lloréns, R. (2011) “Realidad virtual en rehabilitación”. Presentación Jornada sobre daño cerebral adquirido. Recuperado de <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/13labhumanrobertollorems.pdf>.
- Manteca González A. (1997) Sobre el término evidencia. Atención Primaria, 20(8), pp.118-119.
- Marzo Castillejo M y Viana Zulaica C. (2007) Calidad de la evidencia y grado de recomendación. Revistas Guías Práctica Clínica, 1(6), pp 1-14. Recuperado de <https://www.fisterra.com/bd/upload/6-Sintesis.pdf>.
- Micheli F . (2013). Entrevista. Día mundial de la enfermedad de Parkinson. IntraMed entrevista a un destacado especialista en esta enfermedad. Portal Intramed. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=79832>.
- Ministerio de Salud de Chile (Minsal) (2010). Guía Clínica enfermedad de Parkinson. Gobierno de Chile Ministerio de Salud. Santiago de Chile.

- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1992). CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico. Méditor. Madrid.
- Organización Mundial de la Salud [O.M.S]. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento la Discapacidad y la Salud: CIF. Versión abreviada en español. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). España. Recuperado de <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016) Provisión, capacitación y empoderamiento. Lista de productos de apoyo prioritarios. Recuperado de <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22396es/s22396es.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020) Definición de recursos humanos. Recuperado de <https://www.who.int/hrh/about/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020) Definición de actividad física. Recuperado de <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>.
- Paganizzi, Liliana (2001) Producción de Conocimiento en Terapia Ocupacional. Presentado en el primer Encuentro de T.O. del Litoral, Cdad. de Santa Fe, mayo de 2001.
- Park S, Fisher A & Velozo C. (1994) Using the Assessment of Motor and Process Skills to Compare Occupational Performance Between Clinic and Home Settings. The American Journal of Occupational Therapy, 48 (8), pp. 697-709.

- Polonio López, B. (2015). Enfermedad de Parkinson. En Polonio, *Terapia Ocupacional en Disfunciones Físicas: teoría y práctica* (2ª ed.) (p. 479). Médica Panamericana. Madrid.
- Pringsheim, T., Jette, N., Frolkis, A. & Steeves, T. (2014). The prevalence of Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Movement Disorders*, 29(13), pp.1583-1590. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1002/mds.25945>.
- Raggi A., Leonardi M., Ajovalasit D., Carella F., Soliveri P., Albanese A. & Romito L. (2010). Functioning and disability in Parkinson's disease, *Disability and Rehabilitation*, 32 (1), pp. 33-41. Recuperado de DOI: 10.3109/09638288.2010.511688.
- Real Academia Española [R.A.E] (2005). Definición de evidencia. Recuperado de <https://dle.rae.es/?w=evidencia>.
- Rumbo Pietro, J. M, Aranton Arosa, L. y García Gonzalo, N. (2005). TOBE o no TOBE, actividades para la práctica de la TO Basada en la evidencia. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional*, 2, pp. 1-28.
- Sackett D.L., Rosenberg M.C.W., Gray J.A., Haynes R.B. & Scott R.W. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 12, pp.71-72.
- Sackett, D. L.; Straus, S. E; Richardson, W. S; Rosenberg, W.; Haynes R.B.(2001). Introducción. En: Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Medicina basada en la evidencia. Cómo practicar y enseñar la MBE*. 2ª edición. Ediciones Harcourt. Madrid. P (1-10).
- Sebastián Herranz M., Valle Gallego I. y Vígara Cerrato Á., (2011). Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia: Productos de Apoyo para la Autonomía Personal. INMERSO. Ministerio de Sanidad

Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. Recuperado de <http://www.ceapat.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/guadeproductosdeapoyo.pdf>.

Sociedad Neurológica Argentina (2019). Estadios de Hoehn y Yahr (1967). Escala de evaluación neurológica. Área de movimientos anormales. Consultado el: Abril 2019.

Recuperado de

[http://www.sna.org.ar/web/admin/art\\_doc/169/Estadios\\_de\\_Hoehn\\_y\\_Yahr.pdf](http://www.sna.org.ar/web/admin/art_doc/169/Estadios_de_Hoehn_y_Yahr.pdf)

Souza Minayo, M. C, Ferreira Deslandes S., Gomes R. (2012) Investigación Social: teoría, método y creatividad.(2da. Edición)Lugar Editorial. Buenos Aires.

Strauss Sharon E., Glasziou P., Richardson S.W. & Haynes B.(2019) Introducción. En: E. Strauss Sharon., P. Glasziou, S.W. Richardson & B. Haynes. Medicina basada en la evidencia. Como enseñar y practicar la MBE. 5ta. Edición. Elsevier, Barcelona. P (1-10).

Talavera Valverde M.A-(2011). Terapia ocupacional en evidencia. Revista Electrónica

TOG.(A Coruña), 8 (7). pp.111-118. Disponible

en:<http://www.revistatog.com/suple/num7/toevidencia.pdf>

Tomlin G, Borgetto B.(2011) Research Pyramid: a new evidence-based practice model for occupational therapy. Am J Occup Ther. 65 (2). pp. 189-196.

doi:10.5014/ajot.2011.000828.

World Federation Occupational Therapy [WFTO] .(2012). Definitios of Occupational Therapy. Consultado el: Abril 2019. P 1-68. Recuperado de:

<https://wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations>.

### **Resultados de la búsqueda bibliográfica.**

Ferreira de Santana C.M., Gomes Lins O., Carneiro de Menezes Sanguinetti D., Pereira da Silva F., Damasceno de Albuquerque Angelo T, Wanderley de Sales Coriolano M. d G., Buarque Câmara B., Araújo Silva J. P. (2015) Efeitos do tratamento com realidade virtual não imersiva na qualidade de vida de indivíduos com Parkinson. Rev. bras. geriatr. gerontol. [online]. 18 (1) pp.49-58. Disponible en: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232015000100049&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000100049&lng=en&nrm=iso)>.

Gazmuri-Cancino M, Regalado-Vásquez R, Pavez-Adasme G., Hernández-Mosqueira C. (2019)Efectos de un programa de entrenamiento multicomponente en la marcha funcional en pacientes con Parkinson. Rev. méd. Chile 147 (4 )ISSN 0034-9887. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000400465>

Gómez-González, J. & Casas, Patricia & Cano de la Cuerda, Roberto. (2016). Efectos de los estímulos auditivos en la fase de iniciación de la marcha y de giro en pacientes con enfermedad de Parkinson. Rev. Neurología. 34. (6.) pp. 396- 407 DOI :10.1016/j.nrl.2016.10.008.

Jansa J, Aragon A. (2015).Living with Parkinson's and the Emerging Role of Occupational Therapy. Hindawi Publishing Corporation Parkinson's Disease Volume 2015, Article ID 196303, 8 pages. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/196303>

- Liddle J; Eagles R. (2014). Moderate evidence exists for occupational therapy- related interventions for people with Parkinson's disease in physical activity training, environmental cues and individualised programmes promoting personal control and quality of life. *Australian Occupational Therapy Journal*. 61 (4),p287-288. DOI: 10.1111/1440-1630.12153
- Marin M, Daniel S; Carmona V, Hans; Ibarra Q, Melissa and Gamez C, Manuela. (2018) Enfermedad de Parkinson: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud* [online]. 50 (1), pp.79-92. ISSN 0121-0807. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v50n1-2018008>.
- Monteiro, D., Pereira da Silva, L, Oliveira de Sá, P., Ribeiro de Oliveira, A. L., Wanderley de Sales Coriolano, Maria das Graças, & Gomes Lins, Otávio. (2018). Mental practice after physiotherapy maintains functional mobility of people with Parkinson's disease. *Rev. Fisioterapia e Pesquisa*, 25(1), pp. 65-73. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/17192425012018>
- Monzélia Gustavo Artur, Toniolob Ana Carolina, Cezar da Cruz Daniel Marinho (2016 ). *Intervenção em terapia ocupacional com um sujeito com doença de Parkinson* .
- Pereira da Silva T., & Reinoso Araujo de Carvalho, C. (2019). Parkinson's Disease: The occupational therapeutic treatment in the perspective of professionals and elderly. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27(2), pp. 331-344.Disponible en: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1229>.
- Radder D; Sturkenboom I; Van Nimwegen M; Keus S; Bloem B; De Vries Nienke M. (2017). *Physical Therapy and Occupational Therapy in Parkinson's disease*.

Ramírez-Nieto M., Ortiz-Gutiérrez R.M. , Cano-de la Cuerda R. (2018) Eficacia de los videojuegos comerciales en el tratamiento del equilibrio y la marcha en la enfermedad de Parkinson. *Rev. Rehabilitación.* 52 (2), pp. 114-24. DOI: 10.1016/j.rh.2017.11.003

Vargas Jaramillo J.D, Barrios Vincos G.( 2019) Tratamiento de la enfermedad de Parkinson temprana. *Acta Neurol Colomb.* 35 (3) 1. Pp 11-18.ISSN 0120-8748. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22379/24224022245>

Yamada Aguiar P; Amaral F; Kesia M; Fernandes Rodrigues B; Peloggia Cursino M; Zamfolini Hallal C; Faganello Navega F. (2016). Efeito agudo da marcha em esteira com estímulo auditivo sobre parâmetros cinemáticos da marcha e mobilidade em Parkinsonia. 12 (2), p 107-115. 9p. DOI:106063/motricidade7875.

### **Bibliografía.**

Águila Maturana, A.M. (2012). Ciencias de la salud basadas en la evidencia: aportaciones a la neurorehabilitación. En Cano de la Cuerda y Collado Vázquez. *Neurorehabilitación. Métodos específicos de valoración y tratamiento.*(p 51-59). Panamericana. Madrid, España.

Alcaine S, Casanovas M, Holtohefer A, Petit C. (2009). Ejercicios físicos, de habla y voz para afectados de Parkinson. Farmalia Comunicación, S.L.

Aravena Castro, J.M, (2015). ¿Qué tanto entendemos el concepto de práctica basada en la evidencia en terapia ocupacional?. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 15 (1),pp. 189 – 192. Recuperado de <https://revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/37142>.

Asociación Americana de Terapia Ocupacional [AOTA](2015) Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (3ra edición-2014). Traducción no oficial para uso interno con fines docentes. Traducido por: Martínez S. Lorena, Muñoz H. Flavia, Suazo G. Cristian y estudiantes de 2do año de la Escuela de Terapia Ocupacional de la Universidad Mayor (2014). Santiago de Chile.

Biblioteca Central UNSAM. (2016). Guía para el armado de citas, referencias bibliográficas y bibliografía. Basado en: manual APA tercera edición traducida de la sexta en inglés. Manuscrito inédito, Universidad Nacional de San Martín, Buenos Aires. Recuperado de <https://es.calameo.com/read/0048847466271d44eb426>.

Bottinelli, M. (2003) Metodología de la Investigación. Herramientas para un pensamiento científico complejo. El Autor. Buenos Aires

Cano de la Cuerda, R., Macías Jiménez A.I, Cuadrado Pérez, M.L, Miangolarra Page, J.C. y Morales Cabezas, M. (2004). Trastornos de la postura y de la marcha e incidencia de caídas en pacientes con enfermedad de Parkinson. Revista de Neurología, 38 (12), pp. 1128-1132. Recuperado de <https://www.neurologia.com/articulo/2004005>

Cano-de la Cuerda, R., Vela-Desojo, L., Miangolarra-Page, J. C., Macías-Macías, Y. y Muñoz-Hellin, E.(2010). Calidad de vida relacionada con la Salud en Enfermedad de Parkinson. Medicina (B.Aires) , 70(6), pp. 503-507.

Ceransky, S. Heartlein, C. (2002). Ayudando a los mayores a prevenir caídas. Revista OT Practice. AOTA. Vol 7. Traducido y adaptado por Mora Mantilla Rosa.

- Contreras K., Cubillos R., Hernández O., Reveco C., Santis N. (2014) Rehabilitación Virtual en la intervención de Terapia Ocupacional. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 14 (2), pp.197-209.
- De Rosende Celeiro I y Santos Del Riego S. (2013). Influencia de la Terapia Ocupacional en la realización de adaptaciones en el hogar de las personas en situación de dependencia. *TOG (A Coruña)*, 10(18), pp. 1-16. Recuperado de <http://www.revistatog.com/num18/pdfs/original2.pdf>.
- Ferreira Barbosa, A., Chen, J., Freitag, F., Valente, D., de Oliveira Souza, C., Callil Voos, M. y Fen Chien, H.(2016). Marcha, postura y cognición en la enfermedad de Parkinson. *Dementia & Neuropsychologia*, 10 (4), pp. 280-286. Texto traducido por la alumna. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339548909006>.
- González García B, García Chasco G., Martínez López M., Tirado Fernández S., Marcos Eva C. y Martín Jiménez A.(2008).La situación de los enfermos afectados por la enfermedad de Parkinson, sus necesidades y sus demandas. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).Madrid.
- López Martín, O Y Sanchez Rodriguez O. (2015). Nuevos modelos organizativos y planificación estratégica. En *Terapia Ocupacional en Disfunciones Físicas: teoría y práctica (2ª ed.)* (p. 334). Médica Panamericana. Madrid.
- Martínez Jurado, E. y Cervantes Arriagan, A. (2010). Calidad de vida en personas con Enfermedad de Parkinson. *Neurología, Laboratorio Clínico de Enfermedades Neurodegenerativas, Clínica de movimientos anormales. Revista mexicana de neurociencias*, 11, pp. 480- 486.

- Miangolarra Page, J.C. y Morales Cabezas, M. (2004). Trastornos de la postura y de la marcha e incidencia de caídas en pacientes con enfermedad de Parkinson. *Revista de Neurología*, 38 (12), pp. 1128-1132. Recuperado de <https://www.neurologia.com/articulo/2004005>
- Nabergoi, Mariela; Benassi, Julia (2007) Reflexiones Epistemológicas en Terapia Ocupacional. Un eje para pensar sobre las implicancias de nuestras intervenciones. En Paganizzi, L. y otros "Terapia Ocupacional Psicosocial. Escenarios clínicos y metodológicos". Ed Polemos. Pág. 59-64.
- Palazón García, R., Gómez del Monte, C., Cantero Garlito, P. A., Cabañas Elías, J., y Berrocal Sánchez, I. (2001). Protocolo terapéutico en la enfermedad de parkinson. *Revista Elsevier*, 35 (3), pp. 175-178. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-pdf-S0048712001731647-S300>
- Rubio, J. y Varas, J. (1999) El análisis de la realidad en la intervención social. Métodos y técnicas de Investigación. CCS. Madrid
- Samaja, J. (1993) Epistemología y Metodología. Elementos de una teoría de la investigación científica. Colección Temas. EUDEBA.
- Sturkenboom, Ingrid HWM; Graff, Maud JL; Hendriks, Jan CM; Veenhuizen, Yvonne; Munneke, Marten; Bloem, Bastiaan R; der Sander, María W Nijhuis-van. Efficacy of occupational therapy for patients with Parkinson's disease: a randomised controlled trial. *Junio 2014, Vol 13 Issue 6, p557-566. 10p DOI: 10.1016/S1474-4422(14)70055-9*

## **Guías de Práctica Clínica en pacientes con enfermedad de Parkinson consultados.**

Alonso A., Aroca G., Catalán M.J., Crespillo M.R., Chueca E.P., Donate S., Gálvez M., Molina R., Segovia A., Sierra L. y Villanueva Y.(2014) Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con enfermedad de Parkinson. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad , Servicios Sociales e Igualdad. IMSERSO. Recuperado de [http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/gv\\_parkinson.pdf](http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/gv_parkinson.pdf).

Duaso Magaña E., Garnica Fernández A., Gutierrez Duque O., Mariscal A., Martinez Castrillo J.C., Montero Fernández N., Rojo Sebastian A., Sesar A. y Veiga Fernández F. (2009). Guía de buena práctica clínica en geriatría. Enfermedad de Parkinson. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Sociedad Española de Neurología y ELSEVIER ESPAÑA, S.L.

Grupo Andaluz de trastornos del movimiento [GATM] y Sociedad Andaluza de Neurología [SAN] (2017). Recomendaciones de práctica clínica en la enfermedad de Parkinson. Glosa. Andalucía.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Enfermedad de Parkinson. (2014). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Enfermedad de Parkinson. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; Guías de Práctica Clínica en el SNS.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Enfermedad de Parkinson. (2014) Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con

Enfermedad de Parkinson. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud;. Guías de Práctica Clínica en el SNS. (P. 101-107).

Ministerio de Salud de Chile [Minsal] (2016) Guía Clínica AUGE Enfermedad de Parkinson, Tratamiento no Farmacológico de Rehabilitación. Gobierno de Chile Ministerio de Salud. Santiago de Chile.

Secretaria de Salud de México. (2010) Diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad de Parkinson inicial y avanzada en el tercer nivel de atención. Editor General:Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. México. Recuperado de [www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html).

Servicio Madrileño de Salud, Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo y Asociación de Parkinson Madrid.(2012).Protocolo de manejo y derivación de pacientes con enfermedad de Parkinson. Guía rápida. Servicio Madrileño de Salud Agencia Lain Entralgo. España.

# **ANEXOS**

## Cuadro de niveles de evidencia.

**Tabla 6-1. Grado de recomendación, nivel de evidencia, tipo de estudio empleado y significado**

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Tipo de estudio	Significado
A	1 a: Evidencia muy satisfactoria	Metaanálisis de ECA Revisiones sistemáticas de ECA	Hay evidencia buena o muy buena para recomendarlo
	1 b: Evidencia satisfactoria	ECA	
B	2 a: Evidencia aceptable	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o casos y controles Estudios de cohortes o casos y controles de alta calidad	Evidencia razonable para recomendarla
C	2 b: Evidencia aceptable	Estudios de cohortes o casos y controles	Evidencia aceptable para recomendarla
D	3: Baja evidencia	Estudio observacional descriptivo, serie de casos	Un grupo de consenso por la experiencia recomienda la intervención
	4: Evidencia muy baja	Opinión de expertos	

Modificada de Marzo y Viana.<sup>24</sup>  
ECA: ensayo clínico aleatorizado.

## AREA DE MOVIMIENTOS ANORMALES

---

### ESCALA DE EVALUACION NEUROLOGICA

---

#### Estadios de Hoehn y Yahr

---

- **Estadio 1**

1. Signos y síntomas unilaterales.
2. Síntomas leves.
3. Síntomas molestos pero no incapacitantes.
4. Generalmente se presentan con temblor en una extremidad.
5. Amigos han notado cambios en la postura, locomoción y expresión facial.

- **Estadio 2**

1. Síntomas bilaterales.
2. Mínima incapacidad.
3. La postura y la marcha están afectadas.

- **Estadio 3**

1. Significativo enlentecimiento de los movimientos corporales.
2. Dificultad precoz para mantener el equilibrio al marchar o pararse.
3. Disfunción generalizada moderadamente severa.

- **Estadio 4**

1. Síntomas severos.
2. Todavía puede caminar una distancia limitada.
3. Rigidez y bradicinesia.
4. No está más capacitado para vivir solo.
5. El temblor puede ser menor que en los estadios anteriores.

- **Estadio 5**

1. Estadio caquético
2. Invalidez completa.
3. No puede mantenerse de pie ni caminar.
4. Requiere cuidados constantes de enfermería.

## Encuesta al Terapeuta Ocupacional

**Nombre y Apellido:**

**Edad:**

**Años de recibido:**

**Años de experiencia en el tratamiento de pacientes con Parkinson:**

1. ¿Utiliza estrategias educativas para restaurar, mantener y/ o modificar la movilidad funcional?           **SI**           **NO**

(Si la respuesta es **SI**, se realiza la siguiente pregunta. Si la respuesta es **NO**, pasar a la pregunta 4.)

2. De acuerdo a su percepción, qué tan efectiva considera a esta estrategia según esta escala de valores?

**MUY EFECTIVA      EFECTIVA      POCO EFECTIVA      NADA EFECTIVA.**

3. ¿Por qué considera ese valor? ¿Podría dar un ejemplo?

4. ¿Utiliza ejercicios o actividad física como estrategia para restaurar, mantener y/ o modificar la movilidad funcional?           **SI**           **NO**

(Si la respuesta es **SI**, se realiza la siguiente pregunta. Si la respuesta es **NO**, pasar a la pregunta 7)

5. De acuerdo a su percepción ¿Que tan efectiva considera a esta estrategia según esta escala de valores?

**MUY EFECTIVA      EFECTIVA      POCO EFECTIVA      NADA EFECTIVA**

6. ¿Por qué considera ese valor? ¿Podría dar un ejemplo?

7. ¿Utiliza adaptaciones ambientales como estrategia para restaurar, mantener y/ o modificar la movilidad funcional?           **SI**           **NO**

(Si la respuesta es **SI**, se realiza la siguiente pregunta. Si la respuesta es **NO**, pasar a la pregunta 10)

8. De acuerdo a su percepción ¿Qué tan efectiva considera a esta estrategia según esta escala de valores?

**MUY EFECTIVA      EFECTIVA      POCO EFECTIVA      NADA EFECTIVA.**

9. ¿Por qué considera ese valor? ¿Podría dar un ejemplo?

10. ¿Utiliza pistas sensoriales auditivas y/o visuales como estrategia para restaurar, mantener y/ o modificar la movilidad funcional?           **SI**           **NO**

(Si la respuesta es **SI**, se realiza la siguiente pregunta. Si la respuesta es **NO**, pasar a la pregunta **13**)

**11.** De acuerdo a su percepción ¿Qué tan efectiva considera a esta estrategia según esta escala de valores?

**MUY EFECTIVA            EFECTIVA            POCO EFECTIVA            NADA EFECTIVA**

**12.** ¿Por qué considera este valor? ¿Podría dar un ejemplo?

**13.** ¿Sugiere y entrena en el uso de productos de apoyo como estrategia para restaurar, mantener y/ o modificar la movilidad funcional?    **SI            NO**

(Si la respuesta es **SI**, se realiza la siguiente pregunta. Si la respuesta es **NO**, pasar a la pregunta **16**)

**14.** De acuerdo a su percepción ¿Qué tan efectiva considera a esta estrategia según esta escala de valores?

**MUY EFECTIVA            EFECTIVA            POCO EFECTIVA            NADA EFECTIVA**

**15.** ¿Por qué considera ese valor? ¿Podría dar un ejemplo?

**16.** ¿Utiliza rehabilitación virtual como estrategia para restaurar, mantener y/ o modificar la movilidad funcional?            **SI            NO**

(Si la respuesta es **SI**, se realiza la siguiente pregunta. Si contesta **NO**, pasar a la pregunta **19**)

**17.** De acuerdo a su percepción ¿Que tan efectiva considera a esta estrategia según esta escala de valores?

**MUY EFECTIVA            EFECTIVA            POCO EFECTIVA            NADA EFECTIVA**

**18.** ¿Por qué considera este valor? ¿Podría dar un ejemplo?

**19.** ¿Utiliza otra estrategia que no se haya mencionado? **SI    NO**

¿Cuál o cuáles? (Si la respuesta es **SI**, detallar y continuar con las siguientes preguntas.)

**20.** De acuerdo a su percepción ¿qué tan efectiva considera a esa estrategia según la escala de valores antes mencionada?

**MUY EFECTIVA            EFECTIVA            POCO EFECTIVA            NADA EFECTIVA.**

**21.** ¿Por qué considera ese valor? ¿Podría dar un ejemplo?

**22.** ¿Cómo conoció y/o aprendió las estrategias de intervención para restaurar, mantener y/ o modificar la movilidad funcional? (Marque todas las formas en las que aprendió la estrategia, en el caso de que haya sido a través de otra fuente especifique cual.)

**- Por la experiencia Clínica - Por otros Profesionales - Lectura de Artículos Científico - En la carrera de grado- Otra fuente.**

**23.** ¿Qué recursos (materiales, técnicos y tecnológicos) utiliza para llevar a cabo las estrategias de intervención para restaurar, mantener y/ o modificar la movilidad funcional? (Marque todas las que usa, en el caso de que haya algún recurso que no esté en el listado de recursos especifique cual.).

**- Metrónomo**

**- Artículos de librería (hojas, lápices, gomas, reglas, pizarras, cinta de papel, de colores, marcadores)**

**- Computadora e impresora.**

**- Aros, pelotas, conos.**

**- Productos de apoyos.**

**- Simuladores de ambientes del hogar adaptados.**

**- Xbox**

**- Kinetic**

**- Wii**

**- PlayStation.**

**- Otros.**

**24**¿Qué recursos le gustaría utilizar pero no dispone? ¿Con cuáles cuenta pero no utiliza? ¿Por qué?

## Encuesta a los Pacientes

**Nombre:**

**Sexo:**

**Edad:**

**Tiempo de evolución de la enfermedad:**

**Etapa de la enfermedad.**

1. ¿Recibió información o estrategias sobre cómo moverse de un lugar a otro, cambiar de posición, trasladarse y transportar objetos de manera segura y efectiva por parte del terapeuta ocupacional?        **SI**        **NO**

2. Según esta escala de valores ¿Con qué frecuencia utiliza la información o estrategia que le brinda el terapeuta ocupacional para moverse de un lugar a otro, cambiar de posición, trasladarse y transportar objetos de manera segura y efectiva en su vida diaria?

**MUY FRECUENTE    FRECUENTE    POCO FRECUENTE    NADA FRECUENTE**

3. Según esta escala de valores ¿Que tan efectiva considera usted a la la información o estrategias para moverse de un lugar a otro, cambiar de posición, trasladarse y transportar objetos de manera segura y efectiva?

**MUY EFECTIVA    EFECTIVA    POCO EFECTIVA    NADA EFECTIVA**

4. ¿Por qué considera ese valor ?Podría dar un ejemplo.

5. ¿Realiza ejercicios o actividad física con el terapeuta ocupacional como desplazamientos en trayectos cortos y largos con o sin obstáculos, transporta objetos, movimientos de los diferentes segmentos corporales? **SI**        **NO**

6. Según esta escala de valores ¿Con qué frecuencia realiza desplazamientos en trayectos cortos y largos con o sin obstáculos, transporta objetos, movimientos de los diferentes segmentos corporales como ejercicios o actividad física en su vida diaria?

**MUY FRECUENTE    FRECUENTE    POCO FRECUENTE    NADA FRECUENTE**

7. Según esta escala de valores ¿Que tan efectiva considera usted a los ejercicios o actividad física como los desplazamientos en trayectos cortos y largos con o sin obstáculos, transporta objetos, movimientos de los diferentes segmentos corporales?

**MUY EFECTIVA    EFECTIVA    POCO EFECTIVA    NADA EFECTIVA**

8. ¿Por qué considera ese valor ?Podría dar un ejemplo.

9. ¿Recibe estímulos visuales como cintas de color en el piso y auditivos como el ruido de las palmas o metrónomo para iniciar, continuar o mantener la marcha durante las sesiones de Terapia Ocupacional?    **SI**        **NO**

10. Según esta escala de valores ¿Con qué frecuencia utiliza estímulos visuales y/o auditivos para iniciar continuar y/o mantener el movimiento en su vida diaria?

**MUY FRECUENTE    FRECUENTE    POCO FRECUENTE    NADA FRECUENTE**

11. Según esta escala de valores ¿Que tan efectiva considera usted a los estímulos visuales y/o auditivos para iniciar continuar y/o mantener el movimiento en su vida diaria?

**MUY EFECTIVA    EFECTIVA    POCO EFECTIVA    NADA EFECTIVA**

13. ¿El terapeuta ocupacional le indico algún dispositivo, equipo o instrumentos que le facilite la participación en su movilidad? **SI            NO**

14. Según esta escala de valores ¿Con qué frecuencia utiliza el dispositivo, equipo o instrumento para facilitar su movilidad en su vida diaria?

**MUY FRECUENTE    FRECUENTE    POCO FRECUENTE    NADA FRECUENTE**

15. Según esta escala de valores ¿Que tan efectiva considera usted a los productos de apoyo como los dispositivo, equipo o instrumentos que facilitan la movilidad, indicada por los terapeutas ocupacionales, en su vida diaria?

**MUY EFECTIVA    EFECTIVA    POCO EFECTIVA    NADA EFECTIVA**

16. ¿Por qué considera ese valor ?Podría dar un ejemplo.

17. ¿El terapeuta ocupacional le sugirió alguna modificación ambiental para facilitar su movilidad? **SI            NO**

18. Según esta escala de valores ¿Con qué frecuencia utiliza las adaptaciones ambientales que le sugirió el terapeuta ocupacional para facilitar su movilidad en su vida diaria?

**MUY FRECUENTE    FRECUENTE    POCO FRECUENTE    NADA FRECUENTE**

19. ¿Qué tan efectiva considera usted a las adaptaciones ambientales para facilitar la movilidad, indicada por los terapeutas ocupacionales, en su vida diaria?

**MUY EFECTIVA    EFECTIVA    POCO EFECTIVA    NADA EFECTIVA**

20. ¿Por qué considera ese valor ?Podría dar un ejemplo.

21. ¿Realiza ejercicios de simulación mediante juegos de tecnología como Wii, Xbox 360 Kinect, PlayStation 3, durante las sesiones de Terapia Ocupacional? **SI            NO**

22. Según esta escala de valores ¿Con qué frecuencia realiza ejercicios mediante tecnología de realidad virtual a través de distintos dispositivos como Wii, Xbox 360 Kinect, PlayStation 3, en su vida diaria?

**MUY FRECUENTE    FRECUENTE    POCO FRECUENTE    NADA FRECUENTE**

23. Según esta escala de valores ¿Que tan efectiva considera usted los ejercicios mediante tecnología de realidad virtual a través de distintos dispositivos como Wii, Xbox 360 Kinect, PlayStation 3

**MUY EFECTIVA    EFECTIVA    POCO EFECTIVA    NADA EFECTIVA**

24. ¿Por qué considera ese valor ?Podría dar un ejemplo.

25. ¿Realiza otra actividad con el terapeuta ocupacional para mejorar, mantener o ayudar a la movilidad funcional que no se haya nombrado anteriormente? **SI            NO**

26. Según esta escala de valores ¿Con qué frecuencia utiliza otra actividad que no se haya detallado anteriormente y que tiene como objetivo restaurar, mantener y/o modificar a la movilidad funcional en su vida diaria?

**MUY FRECUENTE    FRECUENTE    POCO FRECUENTE    NADA FRECUENTE**

27. Según esta escala de valores ¿Que tan efectiva considera usted esa actividad que tiene como objetivo mejorar, mantener y/o ayudar a la movilidad funcional en su vida diaria?

**MUY EFECTIVA    EFECTIVA    POCO EFECTIVA    NADA EFECTIVA**

28. ¿Por qué considera ese valor ?Podría dar un ejemplo.

## **ASPECTOS ÈTICOS.**

Se presentará un consentimiento informado, compuesto por diferentes apartados, a cada uno de los pacientes con enfermedad de Parkinson que asisten al Centro de Rehabilitación física de San Martín, Pcia. de Bs. As. para realizar su rehabilitación y a cada uno de los terapeutas ocupacionales que trabajan en dicha institución durante el año 2018, estas serán las fuentes primarias.

En primer lugar se les comentará que se sientan en absoluta libertad de preguntar cualquier duda que se les presente al leerlo.

Dentro de los consentimientos se les explicará los objetivos de este trabajo. En el consentimiento informado dirigido a cada uno de los terapeutas ocupacionales de Centro de Rehabilitación física de San Martín, Pcia. de Bs. As. se informará que los objetivos están orientados a describir las intervenciones que utilizan para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de los pacientes con enfermedad de Parkinson, describir los recursos humanos, materiales y tecnológicos que utilizan para implementar dichas intervenciones y conocer la percepción de efectividad de los terapeutas ocupacionales sobre las mismas. En el consentimiento informado dirigido a cada uno de los pacientes con enfermedad de Parkinson que asisten al Centro de Rehabilitación física de San Martín, Pcia. de Bs. As. se comunicará que los objetivos están dirigidos a conocer la percepción de efectividad que tienen sobre las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales del Centro de Rehabilitación física de San Martín, Pcia. de Bs. As. para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional y la frecuencia con que utilizan las sugerencias que los mismos les brindan para dicho objetivo.

Se les informará que la metodología que se implementará para recabar datos será la realización de un trabajo de campo, que consistirá en una entrevista a los terapeutas ocupacionales y a los pacientes. La entrevista se llevará a cabo en el Centro de Rehabilitación física de San Martín, Pcia. de Bs. As. en un horario a convenir con los entrevistados, sin interferir en los horarios de tratamiento.

A su vez, se asegurará la confidencialidad de las respuestas obtenidas por medio de la entrevista conforme lo establecido por la Ley Nacional 25.326 de protección de datos personales, quedando estas bajo secreto profesional.

Los entrevistados serán advertidos de que acceden a contribuir con la investigación de forma voluntaria. A su vez, se les otorgará la posibilidad de decidir no continuar siendo parte de la investigación en caso de que lo deseen, y de solicitar información actualizada durante el transcurso de la investigación. Finalmente, se los contactará para comunicarles acerca de la finalización del trabajo de investigación y se les brindará la posibilidad de solicitar los resultados de la misma en caso de que lo deseen.

## UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

### Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y el Movimiento.

#### Lic. en Terapia Ocupacional – Cátedras Metodología de la Investigación y Diseño de Trabajo Final

#### HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

**Título:** “Análisis de la evidencia (externa, interna, recursos y opinión del paciente) sobre las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y /o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson del Centro de Rehabilitación física de San Martín, Pcia. de Bs. As. durante el año 2019”.

**Investigadores:** Heredia Malvina (DNI: 31.436.308), Tomaciello Gabriela (DNI: 27.734.299) y Velasquez, Yanina (DNI: 30.120.751).

Se lo invita a usted a participar en el estudio de investigación final de la carrera de Lic. en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de San Martín titulado “*Análisis de la evidencia (externa, interna, recursos y opinión del paciente) sobre las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y /o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson en el Centro de Rehabilitación física de San Martín, Pcia. de Bs. As. durante el año 2019*”.

Usted es convocado a participar por el diagnóstico que presenta de enfermedad de Parkinson. Tómese el tiempo que necesite para leer cuidadosamente este documento y realice las preguntas que desee al personal que realiza el trabajo de investigación antes de decidir participar.

#### **Introducción:**

Los pacientes que sufren enfermedad de Parkinson presentan una serie de síntomas motores como la lentitud en los movimientos, el temblor y la rigidez; y otros síntomas que pueden estar o no presentes luego de algún tiempo de evolución como el trastorno de la marcha, del equilibrio, entre otros.

Estos síntomas impactan en la vida cotidiana de los pacientes afectando la movilidad dentro y fuera del hogar haciendo difícil moverse de un lugar a otro, cambiar de posición y transportar objetos.

A través de esta investigación buscamos conocer la percepción de efectividad que tienen los pacientes sobre las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales en el Centro de Rehabilitación física de San Martín, Pcia. de Bs. As. para mejorar la movilidad durante el desempeño de las actividades de la vida diaria.

**Objetivo:**

Los objetivos de esta investigación están dirigidos a conocer la percepción de efectividad que tiene usted sobre las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales del Centro de Rehabilitación física de San Martín, Pcia. de Bs. As. para mejorar su movilidad funcional y la frecuencia con que utiliza las sugerencias que los mismos les brindan para dicho objetivo.

**Procedimiento:**

Se realizará una entrevista, donde deberá responder una serie de preguntas que serán grabadas para su posterior análisis. Las preguntas están relacionadas con la percepción de efectividad que usted tiene de las intervenciones implementadas por los terapeutas ocupacionales del Centro de Rehabilitación física de San Martín, Pcia. de Bs. As. para mejorar la movilidad funcional.

La entrevista demora aproximadamente entre 30 y 40 minutos y será realizada durante la sesión de terapia ocupacional.

**Beneficios / riesgos derivados de su participación:**

No se puede garantizar que con esta intervención usted obtenga un beneficio directo.

Sí se podrá obtener un aporte al conocimiento general en la rehabilitación de los pacientes con enfermedad de Parkinson.

Usted puede desistir de continuar en cualquier momento de la entrevista sin necesidad de dar explicaciones, sin que esto afecte su presente o futura atención en Centro de Rehabilitación física de San Martín, Pcia. de Bs. As.

**Compensación económica:**

La participación es voluntaria. Usted no recibirá beneficio monetario alguno por su participación en la entrevista, ni por los viáticos, ya que la misma se realizará dentro del horario habitual de su terapia.

**Datos personales:**

Se le comunica que según lo establecido en la Ley Nacional 25.326 de protección de datos personales, la información que brinde quedará en estricta confidencialidad y no serán utilizados para fines que estén fuera de esta investigación.

Sus datos personales extraídos de la entrevista serán utilizados únicamente para la realización de la investigación. Éstos no serán publicados junto a los resultados de la investigación.

Todo tipo de información por usted requerida será brindada en forma clara acompañada de una explicación.

Los resultados estarán disponibles en la biblioteca del Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y el Movimiento de la Universidad Nacional de San Martín ubicado en la calle Ramsay 2250 (CABA).

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN**

**Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y el Movimiento**

**Lic. en Terapia Ocupacional – Cátedras Metodología de la Investigación y Diseño de Trabajo Final**

ACTA DE CONSENTIMIENTO

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2019

Por la presente presto mi conformidad para participar de la entrevista para la investigación: *“Análisis de la evidencia (externa, interna, recursos y opinión del paciente) sobre las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y /o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson en Centro de Rehabilitación física de San Martín, Pcia. de Bs. As. durante el año 2019”*.

Declaro que se han esclarecido mis preguntas sobre la investigación a desarrollar con la precisión necesaria para conocerlo con claridad. Estoy en pleno conocimiento que la información que brinde será confidencial. Sé que la decisión de participar en esta investigación es absolutamente voluntaria y no recibiré remuneración económica. Asimismo se me ha informado que la no aceptación de este compromiso de ninguna manera afecta mi presente o futura atención en el Centro de Rehabilitación física de San Martín, Pcia. de Bs. As. y que puedo desistir de continuar con la entrevista en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones.

Autorizo a las investigadoras a utilizar, de manera anónima en su trabajo de investigación, las respuestas que brinde en la entrevista.

Cualquier consulta sobre la investigación puede comunicarse con sus investigadores, Heredia Malvina, teléfono 15-6802-0968 o vía e-mail: malvinaheredia@yahoo.com.ar; Gabriela Tomaciello, tel 15- 5051-0596; Yanina Velasquez, tel 15-3604-9715.

**Firma del paciente** \_\_\_\_\_

**Aclaración** \_\_\_\_\_

**DNI** \_\_\_\_\_

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

## Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y el Movimiento

### Lic. en Terapia Ocupacional – Cátedras Metodología de la Investigación y Diseño de Trabajo Final

#### HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL TERAPISTA OCUPACIONAL

**Título:** “Análisis de la evidencia (externa, interna, recursos y opinión del paciente) sobre las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y /o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson en el Centro de Rehabilitación física de San Martín, Pcia. de Bs. As. durante el año 2019”.

**Investigadores:** Heredia Malvina (DNI: 31.436.308), Tomaciello Gabriela (DNI: 27.734.299) y Velasquez, Yanina (DNI: 30.120.751).

Se lo invita a usted a participar en el estudio de investigación final de la carrera de Lic. en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de San Martín titulado “*Análisis de la evidencia (externa, interna, recursos y opinión del paciente) sobre las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y /o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson en el Centro de Rehabilitación física de San Martín, Pcia. de Bs. As. durante el año 2019*”.

Usted es convocado a participar por ser terapeuta ocupacional del Centro de Rehabilitación física de San Martín, Pcia. de Bs. As. y trabajar con pacientes con enfermedad de Parkinson. Tómese el tiempo que necesite para leer cuidadosamente este documento y realice las preguntas que desee al personal que realiza el trabajo de investigación antes de decidir participar.

Los objetivos de esta investigación están orientados a describir las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales del Centro de Rehabilitación física de San Martín, Pcia. de Bs. As. para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional de los pacientes con enfermedad de Parkinson, describir los recursos humanos, materiales y tecnológicos que utilizan para implementar dichas intervenciones y conocer la percepción de efectividad de los terapeutas ocupacionales sobre las mismas.

Se le comunica que según lo establecido en la Ley Nacional 25.326, de protección de datos personales, toda información que brinde quedará en estricta confidencialidad y no serán utilizados para fines que estén fuera de esta investigación.

La participación es voluntaria y los entrevistados no recibirán un beneficio monetario alguno por su participación. Tiene el derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento del transcurso de la investigación sin tener que dar explicación alguna ni que ello implique alguna consecuencia negativa para usted.

Los resultados estarán disponibles en la biblioteca del Instituto de Ciencias de Rehabilitación y Movimiento de la Universidad Nacional de San Martín ubicado en la calle Ramsay 2250 (CABA).

Ante cualquier duda o consulta puede contactarse con:

-Heredia Malvina, DNI: 31.436.308, TEL: 15-6802-0968 o vía e-mail: malvina\_heredia@yahoo.com.ar.

-Tomaciello Gabriela, DNI: 27.734.299, TEL: 15-3688-8018 o vía e-mail gtomaciello@yahoo.com.ar

-Velasquez, Yanina. DNI: 30.120.751, TEL: 15-3604-9715 o vía e-mail yanina\_velasquezto@yahoo.com.ar

Desde ya, muchas gracias por su colaboración.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN**

**Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y el Movimiento**

**Lic. en Terapia Ocupacional – Cátedras Metodología de la Investigación y Diseño de Trabajo Final**

**ACTA DE CONSENTIMIENTO**

**Ciudad Autónoma de Buenos Aires, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2019**

Por la presente presto mi conformidad para participar de la entrevista para la investigación: *“Análisis de la evidencia (externa, interna, recursos y opinión del paciente) sobre las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para restaurar, mantener y /o modificar la movilidad funcional en pacientes con enfermedad de Parkinson en el Centro de Rehabilitación física de San Martín, Pcia. de Bs. As. durante el año 2019”*.

Declaro que se han esclarecido mis preguntas sobre la investigación a desarrollar con la precisión necesaria para conocerlo con claridad. Estoy en pleno conocimiento que la información que brinde será confidencial. Sé que la decisión de participar en esta investigación es absolutamente voluntaria y no recibiré remuneración económica. Autorizo a las investigadoras a utilizar, de manera anónima en su trabajo de investigación, las respuestas que brinde en la entrevista.

Cualquier consulta sobre la investigación puede comunicarse con sus investigadores, Heredia Malvina, teléfono 15-6802-0968 o vía e-mail: malvinaheredia@yahoo.com.ar; Gabriela Tomaciello, tel 15- 5051-0596; Yanina Velasquez, tel 15-3604-9715.

**Firma** \_\_\_\_\_

**Aclaración** \_\_\_\_\_

**DNI** \_\_\_\_\_

**Recortes de entrevista de los terapeutas ocupacionales para el análisis cualitativo.**

**Estrategias educativas para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

N° de Encuesta	Percepción de efectividad	¿Por qué considera ese valor? ¿Podría dar un ejemplo?	Categoría
1	PE	y.. depende de cada una de las personas con las que trabajamos, algunas son muy receptivas y pueden incorporar alguna sugerencia desde el punto de vista de la educación, del asesoramiento.. <u>varía la posibilidad de poder generalizar esas estrategias</u> o esas pautas para lograr mayor efectividad en la movilidad	-Poca generalización en la vida cotidiana.
2	PE	Porque no tengo registro de que el paciente la <u>incorpore en su vida cotidiana</u>	-Poca generalización en la vida cotidiana.
3	PE	Porque uno le puede decir al paciente.. enseñarle al paciente como hacerlo y de repente <u>no lo puede llevar a la práctica en su casa</u> y al otro día de la sesión se le olvido.	-Poca generalización en la vida cotidiana.

**Fuente:** Encuesta realizada a terapeutas ocupacionales que trabajan en el Centro de Rehabilitación de San Martín, Pcia. De Bs As en el año 2019.

**Ejercicios o actividad física para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

N° de Encuesta	Percepción de efectividad	¿Por qué considera ese valor? ¿Podría dar un ejemplo?	Categoría.
1	E	En realidad lo tomo como un parámetro general que puede ser efectiva, pero <u>depende de cada una de las personas, pero la mayoría resalta como algo importante</u> el trabajo, la actividad física para su desempeño en la movilidad funcional.	-Valoración positiva del paciente.
3	PE	Por ahí es solamente en la sesión que vos haces eso pero como siempre decimos, <u>queremos trasladar a que eso haga como un tipo de ejercicio en casa</u> , después que se despierte todo eso <u>para que mueva un poco.. un rango articular por ahí el paciente no tiene ganas viste en la casa siempre o tiene poca paciencia se aburre</u> porque los ejercicios también me parece que a veces es como <u>un aburrimiento total</u> o espero la sesión, lo hago ahí dos veces por semana lo usas más o menos en las terapias.	-Valoración negativa del paciente. -Poca generalización en la vida cotidiana.

**Fuente:** Encuesta realizada a terapeutas ocupacionales que trabajan en el Centro de Rehabilitación de San Martín, Pcia. De Bs As en el año 2019.

**Adaptaciones ambientales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

N° de Encuesta	Percepción de efectividad	¿Por qué considera ese valor? ¿Podría dar un ejemplo?	Categoría
1	E	A la hora de hacer alguna modificación ambiental, por ejemplo la <u>organización del mobiliario</u> dentro del dormitorio y evitar la aparición del frizzing. Esto es algo efectivo, pero también <u>depende de cada persona, de la posibilidad de implementar, de aceptar, de recepcionar la estrategia</u> , la sugerencia.	-Aprendizaje y automatización de la estrategia/sugerencia / intervención.
2	E	Porque <u>se utilizan con el familiar</u> y el familiar representa un apoyo dentro de lo que es la estrategia.	-Importancia de la participación de la familia en el tratamiento.

3	E	<p>Y, porque si no le pones barrales en el baño yo creo que eso lo terminan ellos asumiendo, a ver <u>también tiene que ver con el aprendizaje si lo automatizaron</u> vas y lo agarras, <u>si el paciente es consciente de que realmente en la sesión tuviste un aprendizaje</u>, que tiene riesgo de caída y si lo entendió que es así lo hacen no les importa el tiempo, cuanto le lleve pero <u>depende también del paciente de que lo pueda hacer o no si lo entiende o no</u> por ejemplo E sería un paciente que sí entiende, sabe lo que es el Parkinson otros pacientes por ahí no tienen registro, me pasa esto pero no sé qué es y no toman conciencia de que se pueden caer y se pueden lastimar.</p>	<p>-Aprendizaje y automatización de la estrategia/sugerencia / intervención.</p>
---	---	---	--

**Fuente:** Encuesta realizada a terapeutas ocupacionales que trabajan en el Centro de Rehabilitación de San Martín, Pcia. De Bs As en el año 2019.

**Pistas sensoriales auditivas y/o visuales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

N° de Encuesta	Percepción de efectividad	¿Por qué considera ese valor? ¿Podría dar un ejemplo?	Categoría.
1	ME	Circuitos motores que podemos llegar a planificar y a realizar con diferentes personas que <i>le brindan la posibilidad de ser más eficiente y tener un movimiento más fluido.</i>	-Mejora desempeño motor.
2	PE	Porque a veces a los pacientes les <i>resulta difícil tener que hacer algo y mientras tanto tener que escuchar el ritmo</i> me da la sensación de que son dos estímulos o es un estímulo y tienen que hacer una respuesta y con la lentificación que tienen, esto se les dificulta	-Dificulta el desempeño motor.

**Fuente:** Encuesta realizada a terapeutas ocupacionales que trabajan en el Centro de Rehabilitación de San Martín, Pcia. De Bs As en el año 2019.

**Sugiere y entrena en el uso de productos de apoyo para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

N° de Encuesta o Iniciales de TO	Percepción de efectividad	¿Por qué considera ese valor? ¿Podría dar un ejemplo?	Categoría.
1	PE	Sí hemos indicado, sugerido algún uso de adaptación pero.. pensaba en una persona en particular con la que trabajamos.. <i>pero depende también de la recepción que tenga</i> y a veces de...¿ cómo decirlo?... <u>del reparo que ponga de implementar una adaptación porque modifica su manera de verse frente al resto de las personas.</u>	-Aprendizaje y automatización de la estrategia/sugerencia / intervención. -Valoración positiva o negativa del paciente.
2	E	Para mí los productos de apoyo tienen que ver también con esto de muchas veces darle la indicación al familiar y para mí es como una estrategia utilizar al familiar en los productos de apoyo la <u>inclusión del familiar en los productos de apoyo y en el entrenamiento sobre todo.</u>	-Importancia de la participación de la familia en el tratamiento.

**Fuente:** Encuesta realizada a terapeutas ocupacionales que trabajan en el Centro de Rehabilitación de San Martín, Pcia. De Bs As en el año 2019.

**Rehabilitación virtual para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

N° de Encuesta	Percepción de efectividad	¿Por qué considera ese valor? ¿Podría dar un ejemplo?	Categoría.
1	ME	Al ver estas personas trabajar y ver cómo se desempeñan durante la realización de una actividad, eh.. con base en la tecnología, <u>sentís que no tienen ningún tipo de dificultad y además pueden decirte que es muy beneficioso para ellos y para su cuerpo.</u>	-Mejora el desempeño motor. -Valoración positiva del paciente.

**Fuente:** Encuesta realizada a terapeutas ocupacionales que trabajan en el Centro de Rehabilitación de San Martín, Pcia. De Bs As en el año 2019.

**Otra estrategia para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

Nº de Encuesta	¿Cuál?	Percepción de efectividad	¿Por qué considera ese valor? ¿Podría dar un ejemplo?	Categoría.
2	y a veces, mmm, estoy pensando, C tiene parkinson y para la movilidad funcional lo que hacemos es...estem, a veces medir tiempos <u>mucha conciencia de cómo él se mueve</u> en tanto pasarlo a cortical. No sería el proceso tratar de corticalizarlo y ver si eso le resulta a él... como darse cuenta de cómo tiene que ir haciendo las cosas, de ir pausando la actividad. TO: hacerlo consciente? TOE: sí si, hemos hecho esas cosas de que se tenga que levantar hacer e ir a buscar algo, después volver sentarse y ver si él incorporaba esto de por ahí una estrategia que uno le daba de pasos de	<b>PE</b>	No <u>nada efectiva</u> porque <u>tenes que estar haciendo de apoyo verbal</u> . Entrevistadora(E): sigue siendo un estímulo externo que sin ese estímulo la persona no funciona. TOE: <u>y le tenes que hacer un apoyo verbal no, lo incorpora</u>	-Aprendizaje y automatización de la estrategia/sugerencia / intervención.

	<p>cortar esa movilidad, si él incorporaba algo de esto. TO: sin nada que tenga que ver con cintas de sonido. TOE: nada de sonido nada nada, sino lo cotidiano porque él tiene muchas dificultades con los giros, entonces hace cosas repentinas, entonces tratábamos de pausarle.</p>			
3	<p>Yo estoy usando los subsidios de trayectoria con el paciente P, de trayectorias del movimiento. TO: durante la marcha también? . TOE: solo miembro superior y con F hicimos esquema corporal de cómo sin verse cómo está sentado, como es su postura cuando está sentado y él tiene que ir nombrando: el pie lo tengo más adelante... más atrás, si le cambia la posición del pie hacia dónde está dirigido, si la rodilla está más adelante o más atrás. TO: ¿y esto mejora una transferencia? TOE: y si, es que</p>	PE	<p>y es <u>muy poco</u> lo que empecé, que recién ahora lo estoy viendo... pongámosle <u>poco efectivo por el tiempo, porque no siempre lo agarro a él no siempre está conmigo a veces está con la alumna.</u> E: ¿O sea que no puedes saber el impacto que tiene? TOE: no puedo saber, pero si lo que es para trabajar la atención concentración en ese momento si o de postura</p>	<p>-Efectividad según frecuencia de la implementación de la intervención.</p>

porque cuando se va a parar tiene que saber dónde están los pies, ¿vos cuando te paras no sabes donde están los pies? Entonces, es una preparación para pararse. TO: ¿vos te estás refiriendo a Perfetti? TOE: <u>de Perfeti lo cognitivo, la atención, concentración ...ahí hay mucho.</u>		
---	--	--

**Fuente:** Encuesta realizada a terapistas ocupacionales que trabajan en el Centro de Rehabilitación de San Martín, Pcia. De Bs As en el año 2019.

**Recursos que utilizan los terapeutas ocupacionales del Centro de Rehabilitación de San Martín, Pcia de Bs.As.**

Nro de TO	N24¿ Qué recursos le gustaría utilizar pero no dispone?
3	<p><i>Estoy con esto de Perfetti. Yo, lo de estímulos, no es la vida misma. Es verlo afuera, que experimenten con las demandas del ambiente, y ahí es donde generas la estrategias. Por que sino siempre simulado en cualquier, o sea, la xbox y demás, es simulado en realidad. Tiene que enfrentar las demandas, a las demandas reales.</i> Porque nos pasa eso, que puede ser que el esté bien, pero después cuando sale afuera, claro tiene un montón de estímulos que no pueden prestarle atención. El ruido, mas cuando sale a la calle, si tienen que cruzar una calle, ni hablar el ruido de los autos, el semáforo, es como mucha atención no, y después se caen. E: Ah .. Cuando vos me dijiste del simulador de ambiente, a vos no te cierra la adaptación. TO Entrevistada: la adaptación, sino es como que le facilitas demasiado y uno no va por la vida facilitándole. E: ¿y un producto de apoyo tipo barral ¿ TOE Entrevistada: No, si ,si en la casa puede tener un barral, eso si.</p>
2	<p><i>Lo que dicen que es efectivo son las clases de tango, que en algún momento lo hacíamos y que, pero dejamos. A mi me gustaría que tengan esa posibilidad, es lo que se que hay evidencia.</i> Por ejemplo, por ahí algo de eso, no yo dando la clase.</p>
1	<p><i>La verdad que con lo que tengo me arreglo.</i> Y no se me ocurre ahora que puede ser necesario.</p>

**Fuente:** Encuesta realizada a terapeutas ocupacionales que trabajan en el Centro de Rehabilitación de San Martín, Pcia. De Bs As en el año 2019.

Nro de TO	N25¿Con cuáles cuenta pero no utiliza?¿por qué?
3	Y, todos esos jaa... <i>No, pero ahora si podría, por que estamos con la teoría del espejo.</i> Tenemos un libro de teoría del espejo. Es neurona en espejo con rehabilitación virtual.
2	<i>Xbox si. Kinetic no. Wee si. Play no. Nunca me puse a leer los beneficios para el Parkinson y eso.</i>
1	En este momento la tecnología, por cuestiones operativas. E: ¿Quieres agregar algo? Si, seria necesaria una evaluación desde el área de tecnología, falta esa pata. E: ¿Cómo seria eso? La posibilidad de derivar a un paciente al área de tecnología, que sea evaluado y tenga la posibilidad de una intervención con un abordaje concreto en tiempo, duración, resultados.

**Fuente:** Encuesta realizada a terapeutas ocupacionales que trabajan en el Centro de Rehabilitación de San Martín, Pcia. De Bs As en el año 2019.

**Recortes de entrevistas de pacientes para el análisis cualitativo.**

**Estrategias educativas para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

N° de Encuesta o Iniciales	Percepción de efectividad	¿Por qué considera ese valor? ¿Podría dar un ejemplo?	Categoría.
A	E	<p>Algunas poco efectivas <i>de acuerdo al entorno...</i> digamos, en vivienda familiar y en otras efectivas.</p> <p>Entrevistadora (E): Bueno, justamente lo que yo le iba a preguntar era un ejemplo... usted me dijo que algunas eran efectivas y otras poco efectivas de acuerdo al entorno donde uno se mueve.</p>	-Influencia del entorno físico.
C	E	<p>A veces sí y a veces no.. pero no porque está mal, sino por costumbre de hacer siempre lo mismo durante más de cincuenta años.</p> <p>Caminar derecho, marcar los movimientos de los brazos para que no estén tan rígidos, cuando reacciono me muevo mejor... <i>a veces me acuerdo lo que me enseñan</i>, de no caminar encorvado, <i>ustedes me marcan las cosas... pero si no estás viniendo te olvidas las cosas que nos enseñan, hay que poner voluntad.</i></p>	-No se observa aprendizaje y automatización de la estrategia/sugerencia / intervención.

<b>B</b>	<b>PE</b>	<p><u>No es que es un hábito total</u>, a veces hago macanas... otro recurso que tengo también es cuando a veces se me va la voz trabajo la respiración, la posición de la cabeza que no haga así para atrás que me cierra la laringe y ahí si me ayuda lo que hago con Flor porque tengo un problema con la voz. Lo que se me da, no sé si mentalice... <u>Es que cuando la hago me ayuda pero no siempre la hago</u> la caminata... es ahí donde corro riesgo de caídas, tropezones, cuando voy por la calle trato de no ir distraído. Ese es otro tema, trato de ir eh.. a mi el pase de OFF a ON me dura más o menos un minuto. Es decir de ON a OFF un minuto. <u>Yo estoy en ON y está todo bien y de repente “viene y me sube” y chau, no me puedo parar,</u> ehh como que me sube así de la planta de los pies y después <u>que en mi casa es bastante laberinto, es un departamento y arrastro mucho los pies. Ahí nada es efectivo.</u></p>	<p>-Poca generalización en la vida cotidiana -Depende de los períodos de ON OFF. -Influencia del entorno físico.</p>
<b>D</b>	<b>ME</b>	<p>Bueno porque por ejemplo en las sesiones de kinesiología para pararnos y sentarnos en la silla yo me paraba mucho en los talones y no me daba cuenta y tengo problemas en las plantas de los pies, entonces <u>me doy cuenta que es efectivo porque aprendo mucho de esas cosas.</u></p>	<p>-Valoración positiva del paciente.</p>

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes que asisten al Centro de Rehabilitación de San Martín, Pcia. De Bs As en el año 2019.

**Ejercicios o actividad física para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

Iniciales del Pte	Percepción de efectividad	¿Por qué considera ese valor? ¿Podría dar un ejemplo?	Categoría
A	E	<p><i>Es efectivo dependiendo de cuántas veces lo haga.. si fuera más veces por semana seria muy efectivo.</i></p> <p>E: ¿En qué sería efectivo? ¿Me da un ejemplo?</p> <p><i>Me permite moverme más, tener más equilibrio, desplazarme mejor.</i></p>	<p>-Efectividad según frecuencia de la implementación de la intervención.</p> <p>-Mejora el desempeño motor.</p>
C	E	<p><i>Los ejercicios físicos son efectivos siempre, pero me cuesta coordinar.. voy perdiendo la memoria.. porque por ejemplo a veces no recuerdo que me dijeron que haga.</i></p> <p><i>Los que me gustan los resuelvo bien muchas veces, si no me sale me pone muy mal, porque no puedo coordinar.</i></p>	<p>-Valoración positiva del paciente.</p>

B	E	<p>Lo que pasa es que ahora es más frecuente que trabajemos eh... es decir los ejercicios corporales habituales de esta terapia ahora los hacemos menos, hacemos lo de la parte cognitiva... <u>es decir el uso de la pelota, los obstáculos... eso que ponen ustedes son más útiles que otros que son muy sencillos y para mi no, pero son buenas para algo... para que se puedan mover ...</u></p> <p>E: y sí, son todos muy distintos y cuando uno trabaja en grupo cada uno tiene sus características.</p> <p>PTE: a veces uno de una manera y otro de otro, esta es una enfermedad, que me dijo una doctora, muy artesanal. (...) hay gente que tiene sueños vívidos y hay gente que no sueña nada y tiembla lento, después otra que hago, pero esto ya es psicológico, es no apurarme. Estoy dispuesto incluso a perderme un boleto de River Boca en la cancha de River. Si me dicen que tengo que ir corriendo no voy, no lo hago (...). Como lema tengo mi hija más chica que vive conmigo que está haciendo unos exámenes, está entrando a trabajar. Ella estudia en arquitectura, estudia ay!! se me fue de la cabeza el nombre... diseño industrial!!, ella se sacó un diez en un trabajo porque ella trabaja .. Hizo un trabajo que me dio una gran satisfacción porque hizo un vaso. Diseñó un vaso para los que tienen parkinson.E: ¿qué características tiene el vaso? Pte: lo armó todo con material de plástico residual orgánico que no se cae y si se cae no vuelca (...) ella me decía: ay papá! ¡cómo vas a volcar?, esto, lo otro . Y el tipo le dijo: se ve que lo quieres mucho a tu papá (...) lo pusieron como exposición ahora (...) E: Ah! ¿en Ciapat lo tiene que presentar? Pte: lo están presentando ahí esta semana. E: claro, porque es un producto de apoyo para la alimentación. Pte: sí estoy al tanto... bueno entonces eso que te digo, manejo de la pelota no sé, (...) <u>tienen una contra los ejercicios después de mes, mes y medio que lo usas te cansas, son aburridos</u> E: más vos viniendo con tanta frecuencia dos veces por semana y después de tantos años. Pte Sí pero yo lo hago ya como práctica, me cuesta mucho venir un día de frío pero vengo. E:</p>	<p>-Valoración positiva del paciente.</p> <p>-Mejora el desempeño motor.</p> <p>-Valoración negativa del paciente.</p>
---	---	--	---

Bueno, es como una clase como cualquiera que va al gimnasio o a spinning y lo único que hace es pedalear pero forma parte de mantener cierto acondicionamiento. Pte: yo pedaleo en casa, lo que no asumí yo todavía es la rutina en mi casa de hacer gimnasia quince minutos, media hora. Eso no lo hice, no lo hago. Hago tai chi pero es una vez por semana. Tai chi tiene muchos puntos en común. Con este es más entretenido pero es una danza pero bueno, eh...yo personalmente donde tengo mis dudas es si lo mío progresa o no progresa yo tengo, eh... la enfermedad progresa, tengo diez años y progresa porque me pongo a 5 años atrás y manejaba por ejemplo (...) yo fui un hombre que manejaba muy bien, yo me asombraba cómo manejaba (...) las piernas me pesan más, arrastro las piernas eh siempre con el freezing arrastro las piernas, eh sentarme mal me empieza a doler la espalda, la cintura. Hay momentos en que me siento en el sillón, en el sofá y termino casi acostado en el piso. Me dicen: papá sentate bien! que se yo, entonces eso es muy difícil... retar, eso avanza. Hay que estar armado para aceptar eso. Entonces los ejercicios a mi me ayudan a despejar un poco la cabeza (...) yo deje el vino ahora, puedo tomar vino porque estoy curado de la hepatitis. Me cure completamente. Era una enfermedad incurable y ahora es curable totalmente con una pastillita y no tomo más vino, como muy sano pero son muchas indicaciones, muchas cosas, entonces no las puedo hacer todas, me hago bardo (...) leer leo doble. Tengo siempre algún tipo de impedimento. El otro día le dije a un amigo: ehh, esta enfermedad... a ver, para. Viste a vos te duele la cabeza un día y un tirón en la cintura y ese día estás mal (...) yo ese día tengo catorce síntomas. No tengo uno, tengo diez síntomas, tengo... eh mareo porque cuando me paro me falta aire, oxígeno, entonces tengo que pararme esperar a cargar el tanque para caminar y si eso lo hago en el subterráneo es menos peligroso entonces para no entusiasmarme, olvidarme de eso no corro, camino despacio y me tomo el subte siguiente. Si todos hiciéramos eso tendríamos menos problemas. Yo eso tengo de haberlo visto hace años pero la experiencia me demostró... una mina decía que la experiencia es un

-Aumenta  
motivación.

la

peine que te lo dan cuando estas pelado, cuando tenes experiencia ya mucho no lo podes usar, esa es la realidad y yo esa realidad la entiendo, de hecho que pase de que ando bien entre comillas (...) Paso largo, eso es fundamental si a mi me viene algún desequilibrio busco algún punto de apoyo. En mi casa me caigo porque hay todavía lugares donde no hay puntos de apoyo y no sé cómo hacerlo. Después voy a ver. Tengo barandas, tengo una silla... que se yo, mi mujer es muy cachivachera. Ella es cartonera, llena la casa de porquerías tenemos una gata y muere por la gata, entonces todos los días trae una caja porque al gato le gusta meterse en la caja y se revuelca, entonces ella tiene más consideración a la gata que a mi...a mi no me molesta la gata, yo la quiero también pero es un gato obeso, así grandote. TO: y un obstáculo. Pte; y un obstáculo cuando te tienen, te abraza, te envuelve, te busca, entonces.. y además esta gata es sociable. Estamos ahí y está ella ahí. Es la dueña de la casa y eso hace mucho que me choque, me choco por eso o porque están las cajas o porque no tengo un punto de apoyo. Tiene un lado bueno que no tengan en cuenta, porque me hacen trabajar a mí inconscientemente. Yo protesto un poco, pero en otro momento yo también pienso, mejor así yo practico.

<b>D</b>	<b>ME</b>	<i>Porque yo necesito pautas para caminar y todo eso, entonces esas pautas me sirven mucho.</i>	-Valoración positiva del paciente.
----------	-----------	---	------------------------------------

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes que asisten al Centro de Rehabilitación de San Martín, Pcia. De Bs As en el año 2019.

**Pistas sensoriales auditivas y/o visuales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

INICIAL ES PTE	Percepción de efectividad	¿Por qué considera ese valor? ¿Podría dar un ejemplo?	Categoría.
<b>D</b>	<b>ME</b>	<p>TO: recién me dio un ejemplo de que usted tenía que usar unas técnicas ¿cuál es la estrategia que más utiliza en lo cotidiano para salir del freezing? ¿piensa en algo? ¿busca un punto fijo? ¿chasquea? ¿hace palmas? ¿qué es lo que más utiliza?</p> <p>Pte: trato de ponerme siempre... de tranquilizarme... agarrar algo, <i>tranquilizarme y buscar la vuelta de cómo tengo que hacer para mover las piernas</i>, entonces empiezo con arrastrar esta pierna izquierda para salir a caminar para que salga.</p> <p>TO: o sea que si piensa en la <i>secuencia de los pasos</i> que tiene que hacer puede salir. Y si no tiene algún elemento para tomarse ¿por un parque es igual de efectiva esta estrategia?</p> <p>Pte: sí si, lo que pasa trato de <i>buscar siempre, busco un punto de apoyo</i>.</p>	-Valoración positiva del paciente.
<b>B</b>	<b>PE</b>	<p>Si. Si más de uno, si es lo que te hablaba. Algunas cosas son efectivas, no tanto de sonido más de volumen de color, sonido no, poco hemos hecho cosas de sonido</p> <p><i>Poco efectivo. El estímulo de los ruidos, el metrónomo a mi no</i> . E: ¿Podría llegar a ser efectivo en contexto de laboratorio pero en la vida cotidiana? Pte: <i>Claro, yo si estoy con vos y estoy parado me muevo haciendo ejercicios o cosas parecidas</i>. En el tai chi yo estoy temblando y hago “esto asi hago, esto así” entonces me fluye la sangre y aparte tienen todo un significado pero sacando el significado ese tipo de un lado para el otro, para los costados, así la cintura para poder controlarlo, y si después si veo que no lo controlo me voy a acostar. Voy y me acuesto, a veces duermo veinte minutos, a veces dos horas, pero es el sueño que tenía (...) entonces la parte del sonido es poco efectiva.</p>	-Valoración positiva durante el estímulo.

<b>C</b>	<b>E</b>	<i>A veces escucho una música de mi época y empiezo a bailar y salgo caminando bien solo. pero sirve el tiempo que dura la canción.. después sigue todo igual.</i> Si camino con mi esposa al lado me marca el paso pero yo tengo otro ritmo.	-Valoración positiva durante el estímulo.
<b>A</b>	<b>PE</b>	<i>No, porque no las necesito, aunque tengo problemas de equilibrio,</i> no necesito usarlas. A la mañana estoy un poco rígido, me da frizzing pero enseguida se me pasa cuando tomo la medicación, se me pasa solo, cuando me estoy cambiando.. me pasa solo a la mañana cuando me levanto.. ah, y a veces me puede pasar a la tarde y a la noche..	-Valoración negativa

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes que asisten al Centro de Rehabilitación de San Martín, Pcia. De Bs As en el año 2019.

**Adaptaciones ambientales para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

N° de Encuesta o Iniciales del paciente	Percepción de efectividad	¿Por qué considera ese valor? ¿Podría dar un ejemplo?	Categoría.
C	E	Me indicaron la escalera con pasamanos, pero no lo concluí. <i>Tampoco la plata alcanza</i> y ya estamos grandes para hacer modificaciones.. solo incorporé un pedazo en la escalera pero no la uso casi.. <i>depende si me están mirando o si me acuerdo.</i>	<p>-Recursos económicos para implementar la estrategia/sugerencia/intervención.</p> <p>-Depende de la participación del familiar en el tratamiento.</p> <p>-No se observa aprendizaje y automatización de la estrategia/sugerencia/intervención.</p>

A	NE	<u>...no recuerdo bien pero creo que algo hemos hablado de cambiar las cosas de lugar.. ni .</u>	-Valoración negativa del paciente.
---	----	--	------------------------------------

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes que asisten al Centro de Rehabilitación de San Martín, Pcia. De Bs As en el año 2019.

**Productos de apoyo para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

Iniciales de PTE	Percepción de efectividad	¿Por qué considera ese valor? ¿Podría dar un ejemplo?	Categoría.
A	ME	<p>Si, un barral y hablamos de dispositivos externos, eh.. yo tengo un baston plegable que no estoy usando y un elevador de inodoro, pero no fue por esto, fue por la cadera.. igual lo sigo usando.. también eleve la cama.</p> <p><i>Son muy efectivos...me dan seguridad.. menos el bastón porque lo compre por las dudas.</i></p>	- Valoración positiva del paciente (seguridad)
C	E	<p><u>Todo lo que se use para la seguridad es efectivo, ayuda a no tener accidentes.</u></p>	- Valoración positiva del paciente (seguridad)

B	NE	<p>eh, N me sugirió algunas cosas. pero lo que pasa que <u>yo no siento que necesito complemento más bien me molesta</u> porque tiendo a cargar cosas yo con la mano derecha, a veces llevo el mate, llevo una pelota, el tenedor por decir (...) entonces yo después hago así, me muevo así y el mate se me cayó (...) el control con las manos a la distancia que está por ejemplo. TO:¿ en regular la distancia y pifiarla en agarrar una cosa?. PTE: y ahí tengo dificultades por ejemplo lo que más me pasa que me molesta mucho que festejo el día que no se me cae algo en la comida porque me muevo... pum el vaso pum tal cosa, después agarro, tengo el vaso, estoy hablando con vos y cuando termino parezco un bebé que estoy lleno de migas viste que no es gracioso, eso es una molestia, una muestra de estoy acá pero estoy presente no te vas a olvidar de mi, que el señor parkinson me dice, es decir yo puedo estar comiendo, hablando de la derrota de Macri, me pasa todo esto todo el día. Es el enemigo todo el día y bueno, en los movimientos que ahí no tengo no practicamos mucho estas cosas, para mi son funcionales, muy importantes. Por ejemplo yo voy caminando eso que es una cosa cognitiva que no creo que esto sea cognitivo estoy buscando los anteojos y no encuentro los anteojos y donde los tengo puestos entonces que pasa no encuentro los anteojos y me pongo ansioso por que tengo que salir y donde están los anteojos y los tengo aca puestos pero bueno eso lo puedo aceptar porque distraído soy en todos lados, la gente, los amigos todos siempre me lo dicen, te veo muy bien ahora y que quiere decir ¿ que antes me veían muy mal ?que no tienen porqué entenderlo. Tengo otro ejemplo hablando de los anteojos, yo estoy con estos anteojos que son de aumentos y voy caminando y hay una superposición de imágenes. Está el foco adelante y el foco atrás entonces yo voy y pienso que tengo una escalera (...) entonces me sale como un desnivel TO: ¿y cómo impacta eso en la movilidad? PTE: me tropiezo, es como una sensación de tropiezo es decir yo piso donde creo que hay un desnivel y no hay desnivel (...)</p> <p>(...)hago pasos cortos, eso me condujo al freezing. TO: ¿y donde colocó el barral?. Pte: yo coloque el barral. Me agarro del barral primero. TO: eso si es un producto de apoyo que mejoró.¿ de dónde a dónde va?. pte: es una pared que me comunica es decir, yo tengo el living comedor acá, tengo</p>	-Valoración negativa del paciente
---	----	--	-----------------------------------

una pared de vidrio y hay una especie de hall, esto es abierto porque es la entrada a mi casa pero esta la puerta acá, es la entrada a la pieza de mi hija después estamos al fondo nos queda el baño. Había otro baño que lo hicimos escritorio todo metal no el que me compre cosa que lo hice escritorio entonces ese pasillo está la pared de la cocina la pared de la pieza de mi hija y la pared de mi pieza ahí está todo a lo largo (...)

<b><u>D</u></b>	<b><u>ME</u></b>	<p><u>Si, tengo en la ducha y tengo afuera, tengo para ir, para lavarme cuando estoy sentado en el inodoro.</u> E: ¿eso se lo sugirió alguien o lo colocaron por su cuenta? Pte: lo había colocado antes pero ya me habían sugerido ustedes, me habían dicho que yo tenía que colocarlos.</p> <p><u>Muy efectivo. porque me agarro de los barrales. En el baño tengo la costumbre de agarrarme del barral sino me cuesta mucho trabajo levantarme entonces eso me ayuda mucho cuando me baño (...)</u>para limpiarme los pies por ejemplo (...)</p>	-Facilita la ejecución de las AVD
-----------------	------------------	---	-----------------------------------

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes que asisten al Centro de Rehabilitación de San Martín, Pcia. De Bs As en el año 2019.

**Rehabilitación virtual para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

Iniciales de PTE	Percepción de efectividad	¿Por qué considera ese valor? ¿Podría dar un ejemplo?	Categorías.
A	E	<u>Porque implica la movilidad de todas las articulaciones, y depende del juego también. Lo que no utilizamos fueron los ritmos musicales.. <i>te da mayor celeridad, tenes que coordinar.</i></u>	-Mejora desempeño motor
C	E	<u>Porque te motiva, creo que a todos les gusta jugar.. si se hace continuo es efectivo, pero ya no lo hacemos más.. <i>ayudan a coordinar a mantener el ritmo.</i> Generalmente a los varones nos gusta estos juegos, uno trata <i>de superarse y superar a otros, de competir y te entusiasma</i></u>	-Aumenta la motivación -Mejora desempeño motor

<b>D</b>	<b>ME</b>	<p>Bueno por que <u>aca hicimos una cosa que es con la computadora que te sirve mucho para la vida cotidiana esas cosas que se yo como agacharse eso es muy efectivo.</u> TO: claro, tiene mucho de movimiento de coordinación y en su casa usted tiene play o wii. Pte: no, no tengo, tengo computadora y la uso mucho. TO ¿y qué hace con la compu?. Pte: tengo homebanking y gmail. TO: ah ok utiliza para resolver otras cosas de la vida cotidiana.</p>	-Mejora desempeño motor
<b>B</b>	<b>E</b>	<p>Para mi estos ejercicios son efectivos porque en mi caso particular que me agarro un soplo en el corazón hacía mucho deporte, hacía gimnasia, formaba parte de un equipo de gimnasia (...)salimos campeones, todo una cosa de recuerdos <u>pero físicamente me dejo unas huella que es que agarro una pelota o cualquier cosa con un ritmo,</u> no es que llevo algo viste, como es el que nunca practico ningún deporte en que se tropieza con la pelota.(...) <u>me sirve para coordinar.</u></p>	-Mejora desempeño motor

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes que asisten al Centro de Rehabilitación de San Martín, Pcia. De Bs As en el año 2019.

**Otra estrategia para restaurar, mantener y/o modificar la movilidad funcional.**

Nro de s de PTES	¿Cuál?	Percepción de efectividad	¿Por qué considera ese valor? ¿Podría dar un ejemplo?	Categoría.
C	MOTRICIDAD FINA	PE	<u>Si, cosas de motricidad fina.. yo hacía esas cosas con mi oficio, con la relojería.. ahora ya no puedo.</u>	-Valoración negativa del paciente.
A	MOTRICIDAD FINA	PE	Podría llegar a ser efectiva.. <u>ahora no tengo mucha efectividad.. no puedo realizar cosas pero no por el parkinson, sino por la muñeca.. no puedo trasladar objetos, llevar platos.</u>	-Valoración negativa del paciente.

<b>D</b>		<b>ME</b>	<p>Si., los juegos con pelotas que hacemos acá, que se yo una cosa así pelotas(...)y <u>los juegos de preguntas y respuestas.. porque son muy importantes</u> para mi y para el padecimiento que yo tengo (...)para el freezing de la marcha entonces son efectivas para eso.</p>	-Valoración positiva del paciente.
----------	--	-----------	---	------------------------------------

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes que asisten al Centro de Rehabilitación de San Martín, Pcia. De Bs As en el año 2019.