

LICENCIATURA EN
TERAPIA OCUPACIONAL

INSTITUTO DE CIENCIAS DE
LA REHABILITACIÓN Y
EL MOVIMIENTO



“Fases iniciales del proceso de validación de una evaluación estandarizada que sirva como instrumento facilitador en el diagnóstico y valoración de la severidad de la heminegligencia en personas con secuelas de lesión cerebral en Argentina.

Una mirada desde Terapia Ocupacional.”

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN - DICIEMBRE 2020

ALUMNAS:

BUSTELO, Denise

DNI: 36.530.786

MAIL: denu.bustelo@hotmail.com

CÁNEPA, Agustina

DNI: 34.023.222

MAIL: agustinacanepa4@gmail.com

MATERIAS:

Metodología de la Investigación - Diseño de trabajo final

DOCENTES: Dra. TO Nabergoi Mariela, Lic. TO Rossi Luisa,
Esp. TO Albino Andrea, Lic. Itovich Florencia, Lic. Lopez
Macarena

ÍNDICE

ÍNDICE	pág. 2
AGRADECIMIENTOS	pág. 3
TEMA	pág. 4
PALABRAS CLAVE	pág. 4
<u>INTRODUCCIÓN</u>	
Planteamiento del problema	pág. 4
Pregunta de investigación	pág. 7
Relevancia y justificación	pág. 7
Hipótesis	pág. 8
Objetivos	pág. 8
<u>DESARROLLO</u>	
MARCO TEÓRICO	pág. 9
<u>METODOLOGÍA</u>	
Tipo de diseño	pág. 20
Universo y muestra	pág. 21
Definiciones operacionales	pág. 24
Fuentes e instrumentos	pág. 32
Análisis de los datos	pág. 35
<u>RESULTADOS</u>	pág. 37
<u>CONCLUSIONES</u>	pág. 42
BIBLIOGRAFÍA	pág. 44
ANEXO	pág. 48

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queremos agradecer a nuestras colegas e integrantes del equipo docente, por sus sinceros pero afectuosos consejos, sugerencias, acompañamiento y sostén durante el proceso de investigación; en especial a Mariela, quien fue nuestra guía, transmitiéndonos generosamente sus saberes y ofreciéndonos su apoyo y estímulo constante; y, a Florencia, por sus valiosos aportes y motivación.

A nuestras familias, por habernos allanado el camino hacia una educación de calidad, por las experiencias vividas, por habernos alentado y apoyado siempre en cada una de nuestras decisiones.

A nosotras mismas, por habernos amalgamado y complementado durante todo el proceso de formación, logrando un equilibrio próspero entre profesionalismo, amistad, aprendizaje y responsabilidad, factores que resultaron indispensables como sostén a lo largo de toda la carrera universitaria.

TEMA

Fases iniciales del proceso de validación de una evaluación estandarizada que sirva como instrumento facilitador en el diagnóstico y valoración de la severidad de la heminegligencia en personas con secuelas de lesión cerebral en Argentina. Una mirada desde Terapia Ocupacional.

PALABRAS CLAVE

- Terapia Ocupacional
- Lesión cerebral
- Heminegligencia
- Evaluación estandarizada
- Validación de evaluaciones

INTRODUCCIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Adquirir una lesión cerebral puede disminuir la capacidad funcional de la persona, pudiendo verse afectados diferentes ámbitos de la vida en donde se presente alguna limitación para la participación de actividades de manera independiente y satisfactoria (Daño cerebral adquirido, 2016). Desde Terapia Ocupacional, estos aspectos pueden ser abordados, debido a que interviene a partir de la implementación de actividades con propósito para lograr objetivos funcionales a fin de promover la salud, prevenir la enfermedad y desarrollar la mejora, mantenimiento o recuperación del mayor nivel de independencia posible para aquel que haya sufrido una lesión, enfermedad o presente otras dificultades. Las personas con lesiones cerebrales pueden presentar alteraciones a nivel físico y/o cognitivo-conductual, ocasionando variaciones en la calidad de vida propia y la de su entorno familiar y social, debido a la aparición de alteraciones en las destrezas de ejecución y en el desempeño ocupacional (Papel de la terapia ocupacional en la rehabilitación del daño cerebral adquirido, 2015).

La *heminegligencia* es un desorden neurocognitivo de la atención, que se produce en algunas ocasiones a partir de una lesión cerebral (Chen y Hreha, 2015); es por esto que se la suele ubicar como una alteración dentro de las destrezas cognitivas.

En relación a esto, se considera una de las alteraciones más comunes tras el daño cerebral adquirido por un Accidente Cerebro Vascular (ACV), en donde su incidencia supera el 40% y se estima que un tercio de las personas con ACV continúan presentándola al cabo del primer año (Cid-Guede et. al, 2018). Según la Fundación Kessler de acuerdo a estudios propios y del aporte de otros, la heminegligencia ocurre en aproximadamente el 50% de los sobrevivientes a un ACV con daño cerebral derecho, y el 30% a los que presentan un daño cerebral izquierdo (Chen y Hreha, 2015).

Una persona con heminegligencia presenta alteración de las destrezas cognitivas y perceptuales, generando mayormente afectación de la representación espacial, la imagen mental y la planificación motora (Chen y Hreha, 2015); motivo por el cual probablemente se vea afectado su desempeño en una o varias de las actividades de la vida diaria.

Por otro lado, la heminegligencia puede aparecer y clasificarse de varias formas; es decir que no constituye un síndrome unitario, sino que corresponde a un conjunto de signos y síntomas. Debido a que su detección y evaluación puede resultar una tarea compleja, se relaciona al trastorno con peor curso clínico tras la lesión cerebral. Por tal motivo, y teniendo en cuenta que el uso de pruebas únicas y rápidas puede fallar en el diagnóstico de heminegligencia, se considera conveniente la implementación de una evaluación formal, que incluya la valoración de diferentes aspectos (Lopez et al, 2007).

Por su parte, la *Terapia Ocupacional* es una disciplina tendiente a que el ser humano se desenvuelva en su entorno de la manera más autónoma posible. Desde la misma se trabaja conjuntamente con la persona, utilizando diversos enfoques y marcos teóricos, a partir de los cuales se apunta a que ésta pueda adquirir diversas técnicas de ejecución de actividades, compensar los déficits propios de su trastorno o patología, realizar modificaciones ambientales y/o adaptaciones de los materiales y herramientas, secuenciar o simplificar las tareas, entre otras cuestiones (Polonio López, 2015).

Para la disciplina, la instancia de *evaluación* es fundamental al momento de iniciar un tratamiento, como así también lo son las reevaluaciones a lo largo del mismo. Si bien dicha intervención no corresponde a un diagnóstico médico, sí permite identificar diferentes signos y síntomas; además de cómo estos impactan en la vida de las personas. Las evaluaciones y reevaluaciones permiten planificar y llevar a cabo un tratamiento acorde a cada persona, como así también corroborar continuamente los resultados que se van obteniendo (Polonio López, 2015).

Existen *herramientas de evaluación no estandarizadas y estandarizadas* para valorar diferentes trastornos o patologías, los cuales presentan ventajas y desventajas diversas.

Las *evaluaciones no estandarizadas* son procedimientos o métodos de evaluación que no cuentan con una forma predeterminada de ejecución. Suelen ser de comprensión sencilla y de rápida implementación. Los mismos no poseen instrucciones preestablecidas, no tienen una medida estipulada, no tienen un modo determinado de registrar los datos obtenidos ni de evaluar los resultados. Es por esto, que sus resultados podrían estar sujetos a la subjetividad de cada profesional que evalúe. (Polonio López, 2001).

Las *evaluaciones estandarizadas* cuentan con un manual que detalla el propósito de la escala, el tipo de población a la que está dirigida y la muestra seleccionada dentro de esa población; además del proceso de estandarización seguido y otras investigaciones posteriores que se han

realizado sobre su validez y fiabilidad. Plantean procedimientos uniformes para su utilización y para la valoración de resultados, a partir de instrucciones claras y criterios específicos para valorar los resultados. Suelen sugerir lectura comprometida y entrenamiento previo. Presentan diversas ventajas al ser implementadas como una herramienta de medición, entre las que se encuentran (Terrer Perez, 2006):

- Criterios uniformes de utilización.
- Objetividad y fiabilidad de la valoración.
- Resultados objetivos y medibles, con calificaciones estándar.
- Instrucciones claras para su aplicación, de forma que los resultados son invariables aunque cambie el evaluador.
- Utilidad como herramientas de comparación para el seguimiento del tratamiento.
- Permiten la realización de una estadística o un trabajo de investigación, ya que evalúa en las mismas condiciones a todas las personas y se aplica una calificación protocolada.
- Facilitan el intercambio de información con el equipo interdisciplinario utilizando un lenguaje común.

Para la valoración de la heminegligencia, se suelen utilizar métodos de evaluación convencionales (Estévez y Fuentes, 1998), no estandarizados o de tipo screening, los cuales no son exclusivos para dicho síndrome. De acuerdo a la presente investigación, los instrumentos no estandarizados (entre ellos: observación, bisección de líneas (Halligan, 1995); copia de dibujos (Marshall & Halligan, 1993); lectura, dibujo o descripciones de memoria (Beschlin, Cocchini, Della Sala & Logie, 1997)), si bien son de implementación rápida y sencilla, presentan la dificultad de ser poco objetivos, ya que no poseen un protocolo de implementación ni de puntuación cuantificable o medible para determinar la presencia de heminegligencia o su grado de severidad (leve a severa). Sus resultados pueden variar según cada profesional que evalúe. A su vez, el diagnóstico de heminegligencia mediante estos tests puede no ser certero. Con respecto a esto, Escribano Silva et al (2001), sostienen que no identificar al trastorno de manera apropiada, podría dificultar su abordaje y posterior recuperación (Escribano Silva et al, 2001). Para Estévez y Fuentes (1998), a la hora de evaluar, es necesario tener en cuenta que “diferentes tests de heminegligencia parecen tener niveles variables de sensibilidad tal como indica el número de pacientes que falla en uno o más de ellos” (Estévez y Fuentes, 1998, p.550).

El acceso a las evaluaciones funcionales para heminegligencia disponibles en Argentina presenta ciertas características limitantes: un costo económico alto, la incompletud de las evaluaciones, y el idioma (inglés y francés). Entre estas escalas se encuentran el Test de Inatención Comportamental (Behavioural Inattention Test, BIT) y la Escala Catherine Bergego (Catherine Bergego Scale, CBS). Estévez y Fuentes (1998) mencionan que la BIT fue desarrollada con el fin de proporcionar un examen más natural o ecológico de la heminegligencia (Wilson et al, 1987). La misma es costosa económicamente. Por su parte, la CBS está destinada a la detección y valoración de la heminegligencia, pero es de difícil acceso ya que no se

encuentra con facilidad, puede hallarse información general sobre la misma pero ésta es parcial para su correcta administración (Estévez y Fuentes, 1998). La versión original se encuentra disponible en idioma francés (Bergego, 1995).

En relación a la incompletud de la CBS, la Fundación Kessler en el año 2011, llega a la conclusión que se necesitaban instrucciones adicionales para una confiable administración de la misma, motivo por el que deciden estandarizar el procedimiento administrativo y el criterio de puntuación de la CBS, dando lugar a la creación del Manual KF-NAP 2015, guía de aplicación/administración de la evaluación existente, la CBS (Chen y Hreha, 2015). El Manual KF-NAP 2015, se encuentra disponible en su versión completa, de manera gratuita para descargar en la web y en diferentes idiomas, aunque no se encuentra disponible la versión en español.

Es por lo expuesto que se decide iniciar el proceso de validación del Manual KF-NAP 2015 (Manual de aplicación realizado para la evaluación estandarizada de heminegligencia "CBS"), basándose en lo enunciado en el texto "Validación de escalas de medición en salud" de Sánchez y Echeverry (2004).

Al inicio del presente trabajo de investigación, se apunta a abordar los tres primeros pasos de dicho proceso, que son los de: selección de la escala, traducción de la escala y prueba preliminar para ajuste. Empero, debido a la situación de público conocimiento ocasionada por la Pandemia por COVID-19 y las consecuencias aparejadas, se ha podido únicamente actuar sobre los dos primeros pasos, incluyendo además la validación por expertos.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo no posee *pregunta de investigación* en sentido estricto. Esperamos con el mismo contribuir a despejar o aproximarnos a explorar el siguiente interrogante:

¿Qué aportes brinda la validación de una evaluación estandarizada como instrumento de detección y valoración de severidad de heminegligencia en personas con lesión cerebral en Argentina?

RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN

- Relevancia teórica: Los resultados de este trabajo aportarían una evaluación estandarizada, en idioma español y con instrucciones claras para detectar presencia de heminegligencia y puntuarla según severidad, brindando además aportes para su (eventual) posterior validación.
- Relevancia práctica: La validación de la traducción del Manual permitiría contar con una herramienta medible y objetivable. Además, brindaría importantes aportes a la profesión

de Terapia Ocupacional y a otras especialidades del ámbito de la salud, principalmente a los relacionados con patologías neurológicas, al ser exclusiva para una afección relativamente frecuente y de difícil diagnóstico certero. A su vez, permitiría mejoras en la planificación de los tratamientos y, por lo tanto, mejor abordaje durante el proceso de rehabilitación, favoreciendo el alcance de los resultados.

- **Relevancia Social:** La validación de la traducción traería beneficios tanto a los profesionales de Terapia Ocupacional del país y a la disciplina en sí misma, pudiendo contar a partir de esto con una evaluación estandarizada y validada en el país, propia de la profesión, facilitando la práctica y el planteamiento del plan de acción teniendo en cuenta lo recabado a través de ésta. A las personas con heminegligencia que reciban tratamiento y a sus familias, les permitirá ser evaluados con una herramienta objetiva y medible, que permita plantear objetivos claros y centrados en su desempeño ocupacional. Además, tendrá relevancia para aquellos profesionales de otras especialidades que se desempeñen en el ámbito de investigación, evaluación y/o rehabilitación de personas con dicha patología o afines, pudiendo acceder a una herramienta económica, de fácil lectura, comprensión, implementación y objetividad.

HIPÓTESIS

El presente trabajo no cuenta con una *hipótesis* en sentido estricto; no obstante, el principal supuesto que orienta el proceso es el siguiente:

“La validación de una evaluación estandarizada facilitará la detección y la valoración de la severidad de la heminegligencia en personas con secuelas de lesión cerebral en Argentina.”

OBJETIVOS

- **General:**
 - Iniciar el proceso de validación de una evaluación estandarizada para personas con lesión cerebral en la Argentina.
- **Específicos:**
 - Validar la selección de la escala efectuando una cuidadosa revisión sistemática de la literatura disponible y a través de la consulta a expertos.
 - Validar la traducción de la evaluación al idioma español, realizando una traducción directa por diferentes individuos y una revisión por expertos.
 - Validar la prueba preliminar, analizando aspectos particulares de los rubros y la utilidad de la evaluación.

DESARROLLO

MARCO TEÓRICO

La *heminegligencia* es considerada un desorden neurocognitivo de la atención, que se produce en algunas ocasiones a partir de una lesión cerebral (Chen y Hreha, 2015); motivo por el cual se la suele ubicar como una alteración dentro de las destrezas cognitivas. Una persona con heminegligencia presenta entonces una alteración de las destrezas cognitivas, como también de las perceptuales, presentando mayormente afectación de la percepción y de la representación espacial, la imagen mental y la planificación motora (Chen y Hreha, 2015); por lo que probablemente se vea afectado su desempeño en una o varias de las actividades de la vida diaria. Por su parte, la Fundación Kessler sostiene que es un desorden neurocognitivo de la atención espacial, el cual compromete la percepción, la representación espacial, la imagen mental y la planificación motora. Las personas que presentan negligencia espacial muestran una falta o lentitud para informar, responder, orientar o iniciar una acción hacia un estímulo que se presenta en el lado contrario a la lesión primaria del cerebro.”

Para López Arguelles (2012), la *heminegligencia* es la dificultad que presenta el sujeto para orientarse, actuar o responder a los estímulos o acciones que suceden en el lado contralateral al de la lesión hemisférica, sin deberse a trastornos sensoriales o motores.” (López Arguelles et al, 2012)

Debido a que la misma suele presentarse como secuela a una lesión cerebral, es decir que son diversas las patologías del sistema nervioso central en las cuales ésta puede presentarse, resulta oportuno abordar brevemente algunos conceptos fundamentales sobre neuroanatomía y posibles lesiones:

El Sistema Nervioso Central (SNC) está formado por distintos órganos, entre estos: el cerebro, el cerebelo, los pedúnculos cerebrales, la protuberancia anular, el bulbo raquídeo y la médula espinal. Existen diversas causas patológicas que pueden dañar al SNC o alterar su funcionamiento, ocasionando un daño cerebral adquirido. Entre éstas encontramos: traumatismos, lesiones vasculares, lesiones infecciosas o inflamatorias, intoxicaciones, enfermedades degenerativas (como las enfermedades de Parkinson y Alzheimer) y enfermedades genéticas, entre otras. En todas ellas, existe la posibilidad de presentar heminegligencia aunque con distinta prevalencia.

Parton afirma que la heminegligencia solamente sucede cuando la afección cerebral es en el hemisferio derecho: “La heminegligencia es un trastorno cognitivo que hace que el paciente no responda u oriente a un estímulo que se hace presente contralateralmente a una lesión cerebral, siempre que el trastorno no sea debido a una alteración motora o sensorial elemental. Se debe a lesiones cerebrales unilaterales, específicamente en el hemisferio derecho,

principalmente en el contexto de accidentes cerebrovasculares y hemorragias". (Parton en Castiñeiras Jiménez, 2015, p. 4). No obstante, teniendo en cuenta los aportes de Hauser, el hemisferio derecho dirige la atención a todo el espacio extrapersonal, tanto izquierdo como derecho; mientras que el hemisferio izquierdo, la dirige principalmente al espacio contralateral. Es por esto que se considera que las lesiones unilaterales del hemisferio izquierdo no producen una negligencia significativa contralateral a la lesión, debido a que los mecanismos de atención del hemisferio derecho hacia su mismo lado pueden compensar la pérdida de las funciones del hemisferio izquierdo; mientras que las lesiones en el hemisferio derecho, producen una grave negligencia en el lado contrario a la lesión, debido a que el hemisferio izquierdo indemne no posee mecanismos para dirigir la atención hacia su propio lado (Hauser, 2007). Es por esto que, históricamente, se ha considerado como un síndrome del lóbulo parietal derecho, si bien es un trastorno que puede presentarse con mayor o menor frecuencia por lesión cerebral en cualquiera de los hemisferios. (Briginha, 2000)

Existen diferentes clasificaciones para la heminegligencia, de acuerdo a los diferentes autores que lo abordan, pudiendo variar los nombres o maneras de mencionarlos. No obstante, todos hacen referencias a las mismas alteraciones.

Fustinoni (2012) engloba a la *heminegligencia* dentro de las otras agnosias existentes y, a su vez, la clasifica según sus alteraciones y la incluye dentro de las *agnosias visuales*. Menciona además que las agnosias visuoespaciales incluyen la agnosia espacial unilateral, también denominada heminegligencia, hemiinatención o descuido visual, y la pérdida de nociones topográficas, describiéndola como la ignorancia por parte de la persona de una de las mitades de su campo visual, haciendo hincapié en que se debe haber descartado la hemianopsia (falta de visión de la mitad del campo visual). La persona tiene la capacidad de reconocer los objetos ubicados en ambos hemicampos visuales, pero no presta atención a aquellos colocados en el hemicampo visual contrario al de la lesión, eligiendo los objetos ubicados en el lado contrario al hemisferio sano. El mismo autor incluye en las agnosias somestésicas a la heminegligencia, hemiinatención o descuidos somestésicos, u olvidos del hemicuerpo. El paciente ignora o no tiene en cuenta el hemicuerpo afectado, que generalmente es el izquierdo, dando cuenta que debe haberse descartado la presencia de hemiparesia. Según Fustinoni, la heminegligencia siempre va asociada a la pérdida del reconocimiento de la enfermedad, es decir, a la anosognosia. (Fustinoni, 2012)

Por su parte, Heilman (1979), clasifica al trastorno teniendo en cuenta el déficit atencional ocasionado, pudiendo ser relacionado con la visión, la audición y/o el tacto. Estos son:

- Heminegligencia sensorial o inatencional: responde a un déficit en el conocimiento del estímulo contralateral a la lesión, el cual no responde a una alteración de los sistemas de proyecciones sensoriales o áreas sensoriales corticales primarias desde las cuales se

proyectan. Se refiere a fallos en lo que respecta a la percepción sensorial del estímulo en el lado contralateral a la lesión, sin mediar en ésta trastornos orgánicos.

- Heminégligencia motora o intencional: Referida a las alteraciones en los procesos de respuesta activa hacia el lado contrario a la lesión, aunque exista un conocimiento de los mismos e incluso la fuerza requerida para responder a estos.
- Heminégligencia afectiva: también denominada anosognosia, se basa en el desconocimiento o negación del trastorno por parte de los pacientes.
- Heminégligencia representacional y memorística: las personas no logran describir de memoria la parte de una habitación correspondiente al lado contralateral de la lesión cerebral. También, se evidencia un fallo para memorizar estímulos del lado opuesto de la lesión aunque las personas sean capaces de percibirlos.

Se entiende a la *Terapia Ocupacional* como el arte y ciencia de brindar oportunidades a las personas, para que las mismas realicen las actividades de la vida diaria, que resultan importantes para procurar su salud y bienestar personal, de la manera más autónoma posible, a través de la implicancia en ocupaciones valiosas. Es decir, la Terapia Ocupacional hace referencia a todas las ocupaciones que llevan a cabo las personas, en las cuales ocupan su tiempo y mediante las que otorgan significado a sus vidas (American Occupational Therapy Association [AOTA], 1994). La disciplina tiene como objeto de estudio e intervención al hombre y a las ocupaciones, utilizando a éstas y a las actividades como medio terapéutico (Romero Ayuso, 2010).

Por su parte, Kielhofner (2006), manifiesta que la Terapia Ocupacional es una disciplina que considera al hombre como un ser activo, con la posibilidad de decidir sobre los acontecimientos de su vida, respetando siempre sus valores, creencias, intereses, características personales, necesidades y posibilidades de vida. Tiene en cuenta al hombre como un sujeto en constante relación con el entorno, desde sus aspectos físicos, mentales, sociales, emocionales, familiares, sociales, entre otros.

Centrándose en la clasificación e interrelación que describe el Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional (AOTA, 2008) entre las áreas ocupacionales y las destrezas de ejecución, es que se puede decir cuál es la importancia de tratar la heminegligencia desde la Terapia Ocupacional. Al ser la heminegligencia un desorden neurocognitivo de la atención producto de una lesión cerebral (Chen y Hreha, 2015), se la podría ubicar como una alteración dentro de las destrezas cognitivas. Como bien expresa el Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional, las destrezas de ejecución se encuentran estrechamente ligadas al desempeño en las áreas ocupacionales, por lo que, al presentarse una alteración de dichas destrezas, probablemente se verán repercusiones en el desempeño ocupacional de la persona. Asimismo, en el Marco de Trabajo, las áreas ocupacionales en las que una persona se desempeña a lo largo de su vida, son las siguientes: Actividades de la vida diaria (AVD),

Actividades de la vida diaria instrumentales (AVDI), Educación, Trabajo, Juego, Ocio y Participación Social. Las mismas se presentan en mayor o menor medida, dependiendo de la etapa de la vida que se esté atravesando. Además, se sostiene que para desempeñarse en cada una de estas áreas, el ser humano requiere diversas destrezas de ejecución, definidas como acciones concretas del cliente y orientadas a un propósito, que lleva a cabo cuando se ve implicado en una ocupación. Las destrezas de ejecución se clasifican en destrezas motoras y praxias, destrezas sensoriales-perceptuales, destrezas de regulación emocional, destrezas cognitivas y destrezas de comunicación y sociales (AOTA, 2008). Las mismas se encuentran en interrelación, de manera que al verse afectada una de ellas, repercute en las demás.

Por esto, teniendo en cuenta que las personas con negligencia grave pueden ser incapaces de realizar acciones y tareas que involucren la zona contralateral a la lesión (Bradley, 2010), probablemente presentarán dificultades para desempeñarse en las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales (AVDB y AVDI), áreas de incumbencia de la Terapia Ocupacional (Heminegligencia y su repercusión en las Actividades Básicas de la Vida Diaria, 2017) Al no atender a su hemicuerpo afectado ni a los estímulos que le llegan por el mismo, se ven comprometidas las AVDB y AVDI, apareciendo incapacidad o dificultad para la ejecución de las mismas (Heminegligencia y su repercusión en las Actividades Básicas de la Vida Diaria, 2017), entre las que podemos mencionar las siguientes:

- Higiene menor, mayor y arreglo personal: Dificultad para higienizar y realizar arreglo personal en la totalidad de su cuerpo (uso de productos de higiene y arreglo personal, lavado, enjuague y secado)
- Vestido: Dificultad para orientar la prenda en relación al cuerpo, distinguir el derecho del revés en las prendas; vestir ambos hemicuerpos.
- Alimentación y limpieza durante las comidas: Dificultad para cumplir la totalidad de los pasos de la actividad (localización del alimento, carga y/o derrame del mismo, higiene del espacio y del hemicuerpo).
- Desplazamientos y Marcha: Dificultad para movilizarse con seguridad, por ignorar un hemicuerpo y hemiespacio. Puede chocar con objetos, muebles, puertas o escalones, etc.
- Manejo en la comunidad y Uso de transportes: Dificultad para trasladarse y orientarse en la comunidad debido al no registro del hemicuerpo y hemiespacio contralateral a la lesión. Problemas para interpretar un horario de autobús o tren; dificultad a la hora de orientarse y bajar en la parada deseada; riesgos de caída en el transporte.
- Preparación de alimentos: Dificultad para elaborar alimentos y seguir recetas por no integrar ambos hemicuerpos y hemiespacios; aumento de los riesgos de sufrir lesiones cortantes o quemaduras.
- Manejo de la medicación: Dificultad para organizarse el pastillero y equivocarse a la hora de tomarse las dosis prescritas.

Por otro lado, el Marco de Trabajo de la Terapia Ocupacional, describe las etapas del Proceso de Intervención: *Evaluación*, *Intervención* y Seguimiento de *resultados*. El presente trabajo de investigación estará orientado a la instancia de *evaluación*, aunque indirectamente sea imprescindible considerar también a las dos siguientes, ya que es un proceso continuo y cíclico.

Se entiende a la *evaluación* como el proceso utilizado para obtener e interpretar toda aquella información necesaria para la intervención desde Terapia Ocupacional. A su vez, dicho proceso incluye las instancias de planificación y de documentación de todo el proceso y de sus resultados (AOTA, 2008). Por su parte, Polonio López (2001) menciona que la *evaluación* es el proceso utilizado para obtener e interpretar la información necesaria para llevar a cabo la intervención, incluyendo además las instancias de planificación, documentación de la evaluación y de los resultados.

En cuanto al proceso de *intervención*, se trata de las acciones llevadas a cabo por profesionales de la disciplina conjuntamente con la persona, a fin de facilitar el compromiso con la ocupación en relación a la salud y a la participación. Dicho proceso puede variar durante el transcurso del mismo, adaptándolo a la persona y al contexto (Moyers y Dale, 2007). A lo largo de éste se atraviesan distintas instancias, como ser: la planificación, la implementación y la revisión de la intervención. Con respecto a la *planificación*, la misma consta de la necesidad de desarrollar inicialmente un plan con el paciente, fijando metas medibles en un plazo de tiempo, considerando las necesidades, seleccionando los instrumentos y herramientas a utilizar, entre otras (Moyers y Dale, 2007). La *implementación*, por su parte, se refiere al proceso de poner en acción el plan, utilizando como estrategias la determinación del tipo de intervención a llevar a cabo, así como también la observación y aceptación del cliente hacia la misma. En esta instancia se llevan a cabo evaluaciones periódicas, a fin de observar el progreso (o no) hacia los objetivos planteados en la planificación. Finalmente se encuentra la instancia de *revisión de la intervención*, a lo largo de la cual se lleva a cabo una constante re-evaluación y revisión del plan, de las estrategias terapéuticas, de su eficacia, de los objetivos y de los logros alcanzados. A su vez, en caso de considerarse necesario, se modifica el plan de intervención, y/o se determina la necesidad de continuar o culminar con la intervención.

En cuanto a las evaluaciones, Polonio López (2001) sostiene que existen diferentes tipos de valoración, entre los que se mencionan a continuación los de tipo *no estandarizado* y *estandarizado*.

Las *evaluaciones no estandarizadas* tratan de procedimientos o de métodos de evaluación más subjetivos, que no cuentan con una forma o un método predeterminado de ejecución. Existen quienes los denominan *métodos abiertos de evaluación*. Los mismos no cuentan con instrucciones predeterminadas, no tienen una medida estipulada, no tienen un modo determinado de registrar los datos obtenidos ni de evaluar los resultados. En muchos casos son

diseñados por cada profesional, adaptándolo a las necesidades que pudieran surgir a lo largo de su intervención. (Polonio López, 2001).

La principal dificultad que se presenta con estos métodos es que son poco objetivos, ya que no poseen un protocolo de implementación; así como tampoco de puntuación cuantificable o medible para determinar la presencia de heminegligencia o su grado de severidad (leve a severa). Sus resultados podrían entonces estar sujetos a la subjetividad de cada profesional que evalúe. (Polonio López, 2001).

Con respecto a las *evaluaciones estandarizadas*, Polonio López (2001) sostiene que para las mismas existe un formato preestablecido, que determina cómo se lleva a cabo dicha evaluación. Es decir que se trata de una herramienta de medición estandarizada. En dichos casos, los datos y resultados obtenidos, se registran de acuerdo a los valores y a las pautas predeterminadas por el método y/o evaluación escogida. Asimismo, los resultados deben ser evaluados a partir de indicadores y consignas concretas y predefinidas.

Por estos motivos se sostiene que las segundas corresponden a métodos de evaluación válidos, fiables y estandarizados; a diferencia de las herramientas de evaluación por observación o no estandarizadas, que quizás tienden a requerir más tiempo y sus resultados dependen de quién la lleva a cabo, las estandarizadas permiten llegar a un resultado objetivo y medible; son pruebas validadas con instrucciones claras para su aplicación, de forma que los resultados son invariables aunque cambie el evaluador; son muy útiles como herramientas de comparación para el seguimiento de un paciente, pudiendo registrar progresos, retrocesos o que se mantengan las mismas condiciones a lo largo del tratamiento; su administración es rápida, y su calificación es sencilla; al evaluar a los pacientes siempre en las mismas condiciones, permitiría la realización de una estadística o un trabajo de investigación; permiten intercambiar información con el equipo interdisciplinario utilizando un lenguaje común. (Terrer, 2006)

Los resultados de las evaluaciones estandarizadas suelen utilizarse en estudios cuantitativos, aplicando técnicas de procesamiento de datos, los cuales pueden considerarse luego en conjunto con otros datos similares; y números, mediante técnicas de procesamiento numérico. (Polonio López, 2001)

Si bien actualmente la *detección y clasificación* de la heminegligencia se realiza principalmente por el tipo de disfunción que genera (López Argüelles, 2012), y que la observación es el método más utilizado para detectar el déficit (Polonio, 2015), existen empero, distintos test que se utilizan para detectarla, aunque estos no son exclusivos para heminegligencia. Entre estos se encuentran los siguientes: Test del reloj, Tachado de líneas, Cancelación de letras, entre otros. Más adelante se retomará este aspecto, esclareciendo sus beneficios y detrimentos.

Patterson y Zangwill (1994, 1995) fueron los primeros en emplear una amplia variedad de tests o tareas diseñadas para evaluar las manifestaciones visuoespaciales de sus pacientes; incluyendo entre éstas el dibujo de un reloj, tareas de señalar, dibujo espontáneo y copia. Dichos

autores señalaron también los efectos de la complejidad del síndrome, además del efecto variable de la heminegligencia sobre las actividades diarias.

A continuación, se describen detalladamente algunas de las pruebas o test convencionales, rápidos y no estandarizados utilizados con frecuencia para evaluar la heminegligencia visuoespacial, basado en las investigaciones de Estévez y Fuentes (1998).

- Test de bisección de líneas: el paciente es colocado frente a una hoja con líneas horizontales, en las cuales debe marcar el punto medio de cada una.
- Pruebas de cancelación: se coloca una hoja de papel con letras o signos claves colocados al azar entre otros no claves. El paciente deberá marcar aquellas claves. Se estudiará el sitio de inicio, la dirección del recorrido y los estímulos claves omitidos.
- Test de las campanas: se presenta al paciente una lámina que contiene 35 estímulos (campanas) y 280 distractores (casas, caballos, etc.); las imágenes se ofrecen de manera aparentemente aleatoria, pero en realidad están distribuidos en siete columnas que contienen cada una cinco campanas y cuarenta distractores. Las columnas se presentan tres en el lado izquierdo de la lámina; tres en el derecho; y una en el centro. Se pide al paciente que rodee con un círculo, lo más rápidamente posible, todas las campanas que aparecen en la lámina
- Test del reloj: Se entrega al paciente una hoja en blanco y se le indica que dibuje un reloj y ponga las agujas en determinado horario. Debe dibujar el círculo, los números y las agujas de forma correcta.
- Copia de modelos: dicho test incluye tareas de dibujo, solicitándole al paciente que dibuje un reloj analógico, una persona -hombre o una mujer-, o una mariposa, por ejemplo); y de copia, indicándole que copie figuras, como una estrella, una flor o un cubo. Todos estos estímulos son bilaterales; algunos incluso bilateralmente simétricos; y otros, con detalles a ambos lados igualmente importantes. Puede realizarse con figuras geométricas o dibujos simples. Se le pedirá al paciente que copie los modelos en una hoja.
- Dibujos espontáneos y a la copia: se debe analizar las características de los mismos, las omisiones, asimetrías, etc.
- Lectura, dibujo o descripciones de memoria: se solicita al paciente la lectura de palabras largas y/o compuestas; el dibujo y posterior descripción de memoria de objetos o situaciones conocidas (flor, casa, árbol, entre otras).

Sobre éstas, Estévez y Fuentes (1998) sostienen que “aunque la mayoría de estas tareas requieren una respuesta motora, esa respuesta es tan mínima que difícilmente los cualifica como test de funcionamiento visomotor. Su utilidad radica en su sensibilidad para detectar la heminegligencia visual.” (Estévez y Fuentes, 1998, p. 536)

Por otro lado, se mencionan aquellas *evaluaciones estandarizadas* que se utilizan específicamente para valorar dicho trastorno, las cuales están compuestas por baterías de diferentes tests (Estévez y Fuentes, 1998). A éstas, Estévez y Fuentes (1998) las nombran como evaluaciones funcionales.

- La evaluación estandarizada más utilizada es el Test de inatención conductual (The Behavioral Inattention Test, BIT) (Wilson, Cockburn & Halligan, 1987). Es una prueba validada que se compone de seis subtest convencionales: cancelación de líneas, cancelación de letras, copiado de figuras, cancelación de estrellas, bisección de líneas y dibujo representacional; y nueve subtest de comportamiento (exploración visual de una foto, marcación de un teléfono, lectura de un artículo, lectura de un menú, mirar y ajustar la hora de un reloj, clasificación de monedas, copia de una frase, orientación en un mapa, clasificación de tarjetas). La puntuación de cada test se suma y se obtiene una puntuación total de 146, para los test convencionales y 81, para los de comportamiento.
- Escala Catherine Bergego o Catherine Bergego Scale (CBS): Es una breve evaluación estandarizada, diseñada para evaluar la existencia y el grado de heminegligencia mediante la observación de los pacientes durante la ejecución de una serie de actividades de la vida diaria. Es una herramienta de observación y de autoadministración, ya que compara la perspectiva del terapeuta y la conciencia de enfermedad del paciente. Es una escala que no se basa en situaciones de laboratorio, sino en las observaciones directas llevadas a cabo por el terapeuta. (Azouvi et al, 1996). La CBS incluye los siguientes ítems: Higiene, lavarse o afeitarse la cara; Vestido, ponerse una prenda superior con apertura delantera; Alimentación y limpieza: comer y limpiarse durante las comidas; Estímulos auditivos, responder a estímulos externos; Colisiones durante el traslado y Orientación de la mirada. La gravedad de la heminegligencia se evalúa teniendo en cuenta una escala de cuatro puntos para cada ítem, donde 0 representa que no se observa presencia de heminegligencia, hasta 3, cuando no es capaz de explorar el hemiespacio izquierdo. La puntuación es igual cuando la afección sucede en el hemiespacio derecho.

Azouvi et al. (1996) analizaron la validez de la CBS, comparándola con otros test convencionales. Los resultados sugieren que la evaluación funcional resulta ser más sensible que la convencional, pudiendo detectar heminegligencia en el 50-60 % de los casos. Por otro lado, la puntuación de la CBS correlacionó de manera significativa con las medidas tradicionales, demostrando una adecuada sensibilidad para detectar la gravedad del déficit. Además, la mayor cantidad de correlaciones entre la puntuación de la CBS con las convencionales se asocia a aquellas tareas que resultan ser las más sensibles para detectar heminegligencia en la muestra de pacientes utilizada durante el estudio (particularmente el test de las campanas, dentro de las tareas de cancelación). “Estos resultados demuestran que esta escala puede ser una medida válida y significativa de la

heminegligencia en la vida diaria. Este test además tiene la ventaja de ofrecer una aproximación funcional a la anosognosia a través de un cuestionario de autoevaluación". (Estévez y Fuentes, 1998, p. 544)

- Kessler Foundation Neglect Assessment Process – Proceso de evaluación de Negligencia de la Fundación Kessler – Manual KF-NAP 2015: Es el manual de administración de la Evaluación KF-NAP para heminegligencia, resultado de la revisión de la Escala Catherine Bergego (CBS). Es una evaluación de observación durante actividades de la vida diaria. La misma cuenta con un manual con instrucciones para su implementación y puntuación, una hoja de puntuación y un apartado en donde detalla el kit de elementos necesarios que debe tener el evaluador. Los ítems que evalúa son diez (10): Orientación de la mirada, Conciencia de extremidad, Atención auditiva, Pertenencias, Vestido, Cuidado personal, Desplazamiento, Colisiones, Comidas y Limpieza después de las comidas. La evaluación puede administrarse en diferentes entornos (hogar de la persona, hospital de agudos, centro de rehabilitación para personas hospitalizadas o clínica ambulatoria), teniendo en cuenta que es necesario que la persona tenga consigo algunas pertenencias para evaluar determinados ítems. También se deberá poder acceder a una comida completa que se utilizará para la categoría de Comidas. Cada categoría es puntuada con un valor de 0 a 3, donde cero representa sin negligencia; y tres, severa negligencia. En cada categoría se especifica cómo considerar y puntuar el síntoma según severidad, siendo: severo (puntaje 3), moderado (puntaje 2), leve (puntaje 1) o no es un síntoma de negligencia espacial (puntaje 0). Se obtiene un puntaje total mediante un cálculo que se detalla en la hoja destinada a tal fin, arrojando como resultado un valor que dará cuenta de la presencia o no de heminegligencia y, en este último caso, de su severidad. (Ausente (0); Leve (1-10); Moderada (11-20); Severa (21-30)) (Chen y Hreha, 2015)

Teniendo en cuenta que existen subtipos dentro del trastorno de la heminegligencia, su diagnóstico y evaluación se torna una tarea compleja, debido principalmente al polimorfismo clínico que la compone (Lopez et al, 2007). Por ello, se recomienda no ceñirse a una sola prueba; sino emplear una batería de test que englobe los distintos aspectos de este síndrome (Corbetta, 2014). En la heminegligencia, las alteraciones de la atención no constituyen un proceso unitario, sino que se llevan a cabo por diferentes mecanismos que trabajan de forma coordinada, además de que numerosas enfermedades neurológicas se acompañan de trastornos de la atención. Es por esto que corresponde a una patología limitada en cuanto a su evaluación, en caso de evaluarla únicamente a partir de alguno de los test convencionales. Especialistas sostienen que, debido a la marcada variabilidad clínica del trastorno, la heminegligencia no debe evaluarse mediante una única de estas pruebas. Por tal motivo, se recomienda el uso de una batería de

pruebas que evalúe, de una manera más objetiva, medible y cuantificable, todos los tipos de heminegligencia. (Lopez et al, 2007).

El estudio en mención confirma que el uso de una única prueba para diagnosticar la heminegligencia puede resultar inapropiado, ocasionando consecuencias potencialmente graves, resultantes de no abordar idóneamente las necesidades individuales de las personas.

En general, se ha observado que las pruebas de papel y lápiz mencionadas anteriormente, subestiman la presencia de heminegligencia, mientras que la evaluación subjetiva de los evaluadores parece corresponderse más con la realidad. Una posible explicación de esto, es que en la clínica se suele someter a la persona a actividades más complejas, con mayores requerimientos y más demandantes, por lo que el futuro de la evaluación en heminegligencia podría estar en el desarrollo más elaborado de este tipo de pruebas. (Barrett, 2006).

Estévez y Fuentes (1998) concluyen que se utilizan dos tipos de evaluaciones para heminegligencia: los tests convencionales, los cuales evalúan las capacidades visuoespaciales de las personas; y las evaluaciones funcionales, las cuales se abocan a los aspectos que se ven deteriorados después de una lesión cerebral en la vida cotidiana. Además, mencionan que predomina el uso de los tests convencionales a la hora de detectar rasgos de heminegligencia, sin embargo creen que para el desarrollo de estrategias de rehabilitación efectivas es necesaria una descripción clínica lo más completa posible sobre la naturaleza de la disfunción de la persona y de sus capacidades actuales, por lo que se deberían utilizar conjuntamente ambos tipos de medidas.

Asimismo, sostienen la importancia de tener en cuenta las escalas para detectar la heminegligencia en las *actividades de la vida diaria*, ya que abordan específicamente las actividades cotidianas como limpiarse la boca, afeitarse, limpiarse, entre otros. Además de dar información concreta sobre el desempeño ocupacional de la persona durante la ejecución de las AVD, ayudan también a valorar el nivel de conciencia de enfermedad que presenta la persona, pensando en un trastorno que suele estar acompañado de anosognosia. (Estévez y Fuentes, 1998).

En resumen, uno de los descubrimientos más firmes sobre la evaluación de este síndrome es que el uso de múltiples test es más sensible, abarcativo y objetivo que el de uno solo, además de que se considera conveniente la implementación de una evaluación formal, que incluya la valoración de diferentes aspectos (Lopez et al, 2007).

A raíz de lo antedicho, al investigar acerca de los procedimientos a seguir en caso de efectuar la *validación de una escala en salud*, se menciona que este es un proceso complejo, el cual comprende distintas etapas y que requiere un número elevado de aplicaciones. En líneas

generales, el proceso de validación de una escala debe tener las siguientes etapas: Selección de la Escala; Traducción; Pruebas Preliminares para realizar ajustes (de ítems y utilidad); Pruebas de su Validez; Pruebas de su Confiabilidad y Determinación de su Utilidad (Sánchez y Echeverry, 2004).

Debido a que el presente trabajo de investigación aborda los primeros tres, los detallaremos a continuación:

- Selección de la escala: Se precisa hacer una cuidadosa revisión de la literatura disponible sobre el tema y eventualmente realizar una consulta a expertos en el área. Es importante que la escala que se decida validar sea la mejor de las disponibles, y se debe fundamentar de forma suficiente por qué se seleccionó la misma y no otra/s. (Sánchez y Echeverry, 2004).

- Traducción: Debido a que la escala original se encuentra en otro idioma, se la debe someter a un proceso de traducción, el cual debe realizarse con cuidado ya que podría introducir distorsiones en la escala y, por lo tanto, a posteriori generar fallas de medición y aplicación. El énfasis de este proceso no es la traducción textual o literal de la escala, sino la traducción del sentido conceptual que cada ítem de la misma aborda.

Inicialmente se debe conformar un comité de revisión, el cual estará compuesto por al menos dos personas; además de una o dos personas con experiencia en el área de aplicación del instrumento y conocimiento del idioma original de la escala; y, por uno o dos sujetos que hayan presentado o que presenten la condición que busca medir el instrumento. Previamente deben anticiparse las dificultades que pudieran surgir en la traducción o validación (por ejemplo: que por cuestiones culturales del país de origen algún ítem no se adapte a la realidad del país en el que se pretenda aplicar). Una vez revisado este aspecto, el instrumento es enviado a los traductores. El número de traductores requerido no es tan importante como la calidad de los mismos.

Existen diferentes estrategias para garantizar una traducción de la mejor calidad, siendo lo más recomendado, práctico y sencillo contar con al menos dos traducciones directas (del idioma original al idioma de aplicación), realizadas por diferentes individuos. En caso de que se presenten entre ambas diferencias relevantes en el significado de alguno de los ítems, se puede pedir a los traductores que trabajen en conjunto para llegar a un acuerdo sobre dichos puntos discordantes. Si esto no fuera posible, debe recurrirse a un tercer traductor. (Sánchez y Echeverry, 2004).

- Prueba preliminar para ajuste: La versión traducida tomada como definitiva en la fase previa se aplicará a un grupo de pacientes (entre 10 y 15), siendo implementada por parte de dos o tres evaluadores diferentes. El escenario de aplicación final de la escala y las características de los pacientes y de los evaluadores deben ser similares al original. En esta instancia se analizan

aspectos relacionados con particularidades de los rubros y con la utilidad de la escala. (Sánchez y Echeverry, 2004).

METODOLOGÍA

TIPO DE DISEÑO

El *diseño* del presente trabajo de investigación es centralmente de tipo *descriptivo*, con aspectos de tipo *exploratorio*. Se menciona el primero, ya que si bien se conocen las categorías que requieren ser estudiadas, se desconoce la manera en las que éstas se presentan en la realidad. En este caso, se conoce a la evaluación que se pretende validar, pero se desconoce cómo será tomada en cuenta en nuestro país, si podrá ser traducida, si podrá utilizarse aquí, si podrá validarse, entre otras. En cuanto al segundo, es de tipo *exploratorio* ya que se abarca un tema de estudio poco investigado, intentando identificar a través del proceso la problemática que el mismo representa. En este caso, la identificación de la problemática o tema poco estudiado se vería reflejado en que no existen evaluaciones estandarizadas para medir la heminegligencia en Argentina. A la vez, la heminegligencia es un tema poco difundido por los profesionales de Terapia Ocupacional en Argentina. A raíz de esto es que surge nuestra investigación y finalmente el inicio de la validación de una evaluación estandarizada para heminegligencia en Argentina.

Con respecto al *tipo de trabajo* a realizar, el mismo es *mixto*, ya que no sólo necesitamos del trabajo de campo para construir la matriz de datos, sino que también precisamos material bibliográfico. Para llevar a cabo el objetivo específico 1: validar la selección de la escala, necesitamos de material bibliográfico (revisión de literatura disponible) y de trabajo de campo (consulta a expertos); mientras que para realizar los objetivos específicos 2 y 3 debemos recurrir al trabajo de campo, realizando traducciones, comparaciones, encuestas y evaluaciones.

En cuanto a la *posición del investigador*, es de tipo *observacional*, ya que a lo largo del proceso no se modifica ni manipula la realidad o las variables, sino que la realidad se toma tal cual se presenta.

Según el *movimiento del objeto*, se trata del tipo *transversal*, ya que se estudiará en un momento y en un grupo determinados, donde la variable temporal no afecta la presentación del objeto: no se considerará al objeto en sus modificaciones en el tiempo.

En cuanto a la *temporalidad de los datos*, el diseño de investigación es de tipo *prospectivo* ya que a lo largo de la investigación se irán generando los datos necesarios para cumplir con los objetivos propuestos a partir de la misma. Es decir que, si bien desde el comienzo se cuenta con el Manual en inglés, a lo largo del proceso se irán atravesando los distintos pasos de la validación:

la consulta a expertos, la traducción del manual y el pilotaje del mismo, generando datos nuevos en cada uno de ellos.

Según el *enfoque metodológico*, se trata de uno de tipo *mixto*, siendo tanto *cualitativo* como *cuantitativo*. Será de tipo *cualitativo*, ya que pretende investigar acerca de las primeras instancias de validación del manual como instrumento facilitador en el diagnóstico y valoración de la severidad de la heminegligencia; teniendo en cuenta aspectos cualitativos de la misma, tanto positivos como negativos; y no tanto cuantitativos. Esto se verá reflejado sobre todo en los objetivos específicos 1, 2 y parte del 3, donde se harán consultas a expertos y profesionales de la salud, traducciones de la evaluación y sus respectivas comparaciones. Es decir que no se priorizará en la cantidad de datos obtenidos, sino en el tipo de información cualitativa obtenida a partir de la misma. Por otro lado, será de tipo *cuantitativo* gran parte del objetivo específico 3, donde realizamos una prueba piloto del manual en mención, por lo que para poder evaluar, analizar y obtener una conclusión de esos datos, debemos recurrir a herramientas cuantitativas.

UNIVERSO Y MUESTRA

El presente trabajo de investigación estuvo inicialmente destinado a abordar tres universos, pero debido a la Pandemia por COVID-19, el equipo de estudio pudo realizar trabajo de campo únicamente de los dos primeros. Es por esto que se encuentran descritos y desarrollados los tres universos en este apartado, aunque no se evidenciarán resultados del último, quedando disponible para futuras investigaciones.

UNIVERSO 1: Todos los expertos/profesionales de la salud que trabajen en el campo de neuro-rehabilitación dentro del territorio argentino.

Cuando nos referimos a profesionales de la salud, incluimos a todo tipo de profesional que tenga contacto con el campo específico de rehabilitación neurológica, como ser Médicos neurólogos, Kinesiólogos, Terapeutas Ocupacionales, Fonoaudiólogos, Enfermeros, entre otros.

Seleccionamos como universo a todos los profesionales del territorio argentino, ya que apuntamos a lograr la validación de la evaluación en nuestro país.

Muestra 1: Inicialmente se seleccionaron determinados profesionales de la salud, que se encontraban desempeñando su actividad en el campo de la neuro-rehabilitación en el país. Por cuestiones de acceso, tiempo y costo se consultó para esta investigación a un profesional del área de la Neurología. Es por esto que el tipo de muestra seleccionada en este caso es *no aleatoria*; no se adecúa a los criterios de aleatoriedad y probabilidad, es decir que la muestra no es al azar. A la vez, con estos tipos de muestra se minimizan costos económicos y se utilizan cuando no es necesario conseguir un grado de precisión elevado, sin alcanzar una validación con márgenes de error.

Por otro lado, responde a un subtipo de muestra *intencional o por juicio*, en el que las muestras se seleccionan basándose en el conocimiento, el juicio y la credibilidad del investigador. Se ha elegido cuidadosamente al experto teniendo en cuenta al que se creyó adecuado según sus atributos, área de intervención y experiencia profesional. Además, se trata de un tipo de muestreo que, ya que el experto cuenta con conocimiento y comprensión al tema, se permite agilizar los tiempos de ejecución.

Dentro de esta muestra se han establecido *distintos criterios de inclusión y exclusión* para la selección de expertos a consultar:

- Criterios de inclusión:
 - Profesionales que se desempeñen en el campo de la neuro-rehabilitación.
 - Profesionales que ejerzan en Argentina
 - Profesionales de las siguientes disciplinas: Médico/a neurólogo/a, Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogo/Fisiatra.
 - Profesionales con mínimo 5 años de ejercicio profesional.
 - Profesionales que hayan leído, comprendido y firmado el consentimiento informado.
- Criterios de exclusión:
 - Menos de 5 años ejerciendo la profesión.
 - Profesionales que no acepten participar de la investigación.
 - Profesionales del interior del país que no posean acceso a una comunicación virtual.

UNIVERSO 2: Todas las traducciones al idioma español de la evaluación estandarizada seleccionada.

Debido a que la bibliografía utilizada para realizar la validación de la escala menciona que no es importante la cantidad de traducciones que se realicen sino la calidad de las mismas (Sanchez y Echeverry, 2004); y a su vez, disponer de un gran número de traducciones significaría incrementar nuestro trabajo y el costo en cuanto a tiempo y esfuerzo al tener que comparar inconsistencias de tantas evaluaciones traducidas -para finalmente poder resolver una traducción final-, es que nuestra muestra se va a ver reducida de la siguiente forma:

Muestra 2: Dos traducciones de la evaluación estandarizada al idioma español.

El tipo de muestra seleccionada en este caso es *no aleatoria*, ya que no se adecúa a los criterios de aleatoriedad y probabilidad, es decir que la muestra no es al azar. A su vez, con estos tipos de muestra se minimizan costos económicos.

En cuanto al subtipo corresponde al de una muestra *intencional*, ya que seleccionamos dos traducciones que consideramos las más convenientes, teniendo en cuenta el texto de Sanchez y Echeverry (2004) sobre la validación de escalas en salud, para luego alcanzar una traducción final. En el mismo menciona que la cantidad de traductores con los que se disponga no es tan importante como la calidad de los mismos. Ellos recomiendan contar con al menos dos traducciones directas realizadas por diferentes individuos para garantizar la mejor calidad, siendo lo más práctico y sencillo.

Dentro de esta muestra se han establecido *distintos criterios de inclusión y exclusión* para traducir las evaluaciones:

- Criterios de inclusión:
 - Traducciones a cargo de traductores capacitados
 - Chequeo de términos a cargo de profesionales idóneos en el tema

- Criterios de exclusión:
 - Traducciones por medio de traductores on-line

UNIVERSO 3: Todas las pruebas preliminares realizadas en pacientes con lesión cerebral que se encuentren en tratamiento durante el año 2020 en el territorio argentino.

Seleccionamos como universo a todas las pruebas preliminares en pacientes con lesión cerebral del territorio argentino, ya que nuestro objetivo final es lograr la validación de la evaluación en nuestro país.

Debido a que no está entre nuestras posibilidades lograr la administración de las pruebas preliminares en todo el territorio argentino; y siguiendo el material bibliográfico con el cual estamos realizando la validación de la evaluación, en donde menciona el adecuado n muestral con el cual trabajar en esta etapa de la validación, nuestra muestra se vería reducida de la siguiente manera:

Muestra 3: Entre 10 y 15 pruebas preliminares realizadas a pacientes con lesión cerebral que se encuentren en tratamiento durante el año 2020 en CABA y/o la Provincia de Buenos Aires.

Debido a una cuestión de limitaciones de tiempo y económicas, nos enfocaremos a realizar la prueba preliminar solamente en pacientes de CABA y/o Provincia de Buenos Aires.

Según el texto de "Validación de escalas" (Sánchez y Echeverry, 2004), la prueba preliminar debe ser tomada solamente por dos o tres profesionales evaluadores. De esta forma, realizarán distintas experiencias al evaluar a varios pacientes, pudiendo determinar luego la utilidad, claridad y ventajas/desventajas por medio de una comparación entre las evaluaciones tomadas. Estos datos serán recabados mediante una encuesta que los profesionales completarán una vez finalizadas las pruebas preliminares. Se buscará que los casos sean variados (profesionales que evalúan, modalidades de atención de los pacientes), de forma que se puedan representar lo más posible las variaciones presentes en la realidad del universo, logrando un instrumento adecuado a la variabilidad del fenómeno.

Dentro de esta muestra se han establecido *distintos criterios de inclusión y exclusión* para poder llevar a cabo las pruebas preliminares:

- Criterios de inclusión:
 - Profesionales que se desempeñen en el campo de la neuro-rehabilitación
 - Profesionales que ejerzan en CABA y/o Provincia de Buenos Aires
 - Dos o tres profesionales de alguna/s de las siguientes disciplinas: Médico Neurólogo, Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogo/Fisiatra, Fonoaudiólogo, Enfermero.
 - Profesionales que trabajen en distintas modalidades de atención.
 - Profesionales que hayan leído, comprendido y firmado el consentimiento informado.

- Criterios de exclusión:
 - Profesionales que no dispongan de tiempo y/o predisposición para con la investigación.
 - Profesionales que no estén dispuestos a adecuarse a evaluar según indica el Manual KF-NAP 2015

DEFINICIONES OPERACIONALES

UNIDAD DE ANÁLISIS 1: Selección de la escala

- UNIDAD DE ANÁLISIS 1: Cada uno de los expertos/profesionales de la salud que se encuentren desempeñando su actividad en el campo de la neuro-rehabilitación en Argentina.

- EJE: Opinión del experto en relación a evaluaciones estandarizadas para heminegligencia

Definición operacional: posición personal del experto basado en sus conocimientos y experiencias.

- **DIMENSIONES:**

- Utilidad de una herramienta estandarizada para facilitar el diagnóstico y medición de severidad de heminegligencia.
- Ventajas de disponer de una herramienta estandarizada para facilitar el diagnóstico y la medición de severidad de la heminegligencia.
- Desventajas de disponer de una herramienta estandarizada para facilitar el diagnóstico y la medición de severidad de la heminegligencia.
- Conocimiento y utilidad del Manual KF-NAP 2015 para facilitar el diagnóstico y la medición de severidad de la heminegligencia.

- **INDICADOR:** Para organizar y clasificar la información recabada en la entrevista, se utilizó una tabla comparativa en donde fueron volcados los diferentes datos relevados. La información se clasificó según el criterio de las investigadoras manteniendo coherencia con las dimensiones expresadas. Cuando el experto expresó si le parece favorable o no la utilización de una herramienta estandarizada para facilitar el diagnóstico y medición de severidad de heminegligencia, se categorizó en utilidad de una herramienta estandarizada para facilitar el diagnóstico y medición de severidad de heminegligencia. Cuando el experto expresó si disponer de una herramienta estandarizada para facilitar el diagnóstico y la medición de severidad de la heminegligencia implica ventajas, se categorizó en ventajas de disponer de una herramienta estandarizada para facilitar el diagnóstico y la medición de severidad de la heminegligencia. Cuando el experto expresó si disponer de una herramienta estandarizada para facilitar el diagnóstico y la medición de severidad de la heminegligencia implica desventajas, se categorizó en desventajas de disponer de una herramienta estandarizada para facilitar el diagnóstico y la medición de severidad de la heminegligencia. Cuando el experto expresó si conocía el Manual KF-NAP 2015 (Kessler Foundation Neglect Assessment Process – Proceso de evaluación de Negligencia de la Fundación Kessler) para evaluar heminegligencia o le interesaría conocerlo, se categorizó en Conocimiento y utilidad del Manual KF-NAP 2015 para facilitar el diagnóstico y la medición de severidad de la heminegligencia.

UNIDAD DE ANÁLISIS 2: Traducción

➤ **UNIDAD DE ANÁLISIS 2:** Cada una de las traducciones al idioma español de la evaluación estandarizada a validar.

- **EJE:** Inconsistencias entre las traducciones

Definición operacional: diferencias narrativas y lingüísticas encontradas en la comparación de una traducción con la otra. Se considerarán diferencias a toda escritura distinta que se encuentre relacionada a palabras, abreviaturas, frases y puntuación.

- **DIMENSIONES:**

- Inconsistencias en términos médicos o del ámbito de la salud.
- Inconsistencias de tiempos verbales/ verbos.
- Inconsistencias en adjetivos/ adverbios.
- Inconsistencias en sustantivos.
- Inconsistencias en coherencia y formalidad narrativa.
- Inconsistencias en autorías.
- Inconsistencias en información de contacto.
- Inconsistencias en siglas.
- Inconsistencias en referencias.

- **INDICADOR:** El procedimiento consistió en la lectura de ambas traducciones y el volcado de los datos inconsistentes en una tabla comparativa. Los mismos fueron clasificados según los conocimientos de gramática, lingüística y narrativa de las expertas que efectuaron la comparación. Cuando se encontraron palabras o conjuntos de palabras en alusión a una terminología técnica utilizada en el ámbito de la salud, se las categorizó en inconsistencias en términos médicos o del ámbito de la salud. Cuando se encontraron inconsistencias relacionadas a tiempos verbales o verbos, a adjetivos, adverbios o sustantivos, se categorizaron en sus respectivas dimensiones. Cuando se encontraron diferencias en cuanto a la puntuación (comas, puntos seguidos, punto aparte) y/o frases que se encuentren redactadas en otro orden, se las categorizó en inconsistencias en coherencia y formalidad narrativa. Cuando se encontraron diferencias en la redacción de los autores y colaboradores del manual (nombres y profesiones), se las categorizó en inconsistencias en autorías. Cuando se encontraron diferencias en la redacción de los

datos de contacto, se categorizaron en inconsistencias en información de contacto. Cuando se encontraron diferencias en cuanto a abreviaturas, se categorizaron en inconsistencias en siglas. Cuando se encontraron diferencias en cuanto a la redacción de la bibliografía, se categorizaron en inconsistencias en referencias.

UNIDAD DE ANÁLISIS 3: Prueba preliminar para ajuste

- **UNIDAD DE ANÁLISIS 3:** Cada una de las pruebas preliminares a pacientes con lesión cerebral que se encuentran en tratamiento de rehabilitación durante el año 2020 en CABA y/o en la Provincia de Buenos Aires.

- **Variable 1:** Sexo del paciente

Escala de valores 1: Masculino - Femenino

Indicador 1: Historia clínica/ Documento de identidad. Se obtendrán los datos a partir de lo que el profesional complete en este campo en base a los datos obtenidos de la Historia Clínica o Documento de identidad del paciente.

- **Variable 2:** Edad del paciente

Escala de valores 2: Años. Esta escala de valores se construirá con rangos que se harán a partir de la información obtenida de la Historia Clínica del paciente y volcada a posteriori en el cuestionario.

Indicador 2: Historia clínica/ Documento de identidad. Se obtendrán los datos a partir de lo que el profesional complete en este campo en base a los datos obtenidos de la Historia Clínica o Documento de identidad del paciente.

- **Variable 3:** Etiología de lesión cerebral por la que el paciente actualmente recibe tratamiento

Escala de valores 3: ACV – TRAUMATISMO DE CRÁNEO – INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA - ESCLEROSIS MÚLTIPLE - OTRAS

Indicador 3: Historia Clínica. Se obtendrán los datos a partir de lo que el profesional complete en este campo en base a los datos obtenidos de la Historia Clínica del paciente. Cuando la lesión cerebral se debe a lesiones de tipo vascular en donde se interrumpe el suministro sanguíneo de una parte del cerebro, se categorizará como

ACV. Cuando la lesión cerebral se debe a una fuerza traumática externa que ocasiona un daño físico en el encéfalo, se categorizará como traumatismo de cráneo. Cuando la lesión cerebral se debe a una causa quirúrgica, se categorizará como intervención quirúrgica. Cuando la lesión cerebral se debe a una enfermedad autoinmune que afectan las vainas de mielina del Sistema Nervioso Central, se categorizará como esclerosis múltiple. Cuando la lesión cerebral se debe a otras causas, las cuales no sean ACV, Traumatismo de cráneo, intervención quirúrgica o Esclerosis Múltiple, se categorizará como otras.

- **Variable 4:** Tiempo de evolución de la lesión cerebral.

Escala de valores 4: (Esta escala de valores se construirá con rangos que se harán a partir de la información obtenida de la HC del paciente)

Indicador 4: Historia clínica. Se obtendrán los datos a partir de lo que el profesional complete en este campo en base a los datos obtenidos de la Historia Clínica del paciente.

- **Variable 5:** Hemisferio cerebral lesionado del paciente.

Escala de valores 5: DERECHO - IZQUIERDO – AMBOS

Indicador 5: Historia clínica. Se obtendrán los datos a partir de lo que el profesional complete en este campo en base a los datos obtenidos de la Historia Clínica del paciente. Cuando el paciente presente una lesión en el hemisferio cerebral derecho, se categorizará como derecho. Cuando el paciente presente una lesión en el hemisferio cerebral izquierdo, se categorizará como izquierdo. Cuando el paciente presente una lesión en el hemisferio cerebral derecho e izquierdo, se categorizará como ambos.

- **Variable 6:** Entorno en el que se llevó a cabo la prueba piloto

Escala de valores 6: HOGAR DEL PACIENTE - HOSPITAL DE AGUDOS - CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS - MODALIDAD AMBULATORIA

Indicador 6: Respuesta del profesional. Se obtendrán los datos a partir de lo que el profesional complete en este campo en base al entorno en el que realizó la prueba piloto. Si la evaluación es administrada en la vivienda del paciente, se categorizará

como hogar del paciente. Si la evaluación es administrada en el contexto de un Hospital de agudos, donde el paciente se encuentra hospitalizado, se categorizará como hospital de agudos. Si la evaluación es administrada en el contexto de un Centro de rehabilitación, donde el paciente se encuentra internado las 24 hs, se categorizará como centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados. Si la evaluación es administrada en consultorio, centro de rehabilitación, centro de día, etc. donde la característica principal del dispositivo es que el paciente se encuentre externado de la Institución, se categorizará como modalidad ambulatoria.

- **Variable 7:** Cantidad de sesiones requeridas para llevar a cabo la totalidad del pilotaje del Manual

Escala de valores 7: 1 SESIÓN - 2 SESIONES - 3 o MÁS SESIONES

Indicador 7: Respuesta del profesional. Se obtendrán los datos a partir de lo que el profesional complete en este campo en base a la cantidad de sesiones que precisó para realizar la prueba piloto. Cuando haya sido necesaria una sola sesión para implementar la totalidad del Manual, se categorizará como 1 sesión. Cuando hayan sido necesarias dos sesiones para implementar la totalidad del Manual, se categorizará como 2 sesiones. Cuando hayan sido necesarias tres o más sesiones para implementar la totalidad del Manual, se categorizará como 3 o más sesiones.

- **Variable 8:** Tiempo total de aplicación del pilotaje del Manual

Escala de valores 8: MINUTOS. Se armará la escala de valores con rangos, utilizando en todos los casos la unidad de medida “minutos”. La misma se hará a partir de los correspondientes datos obtenidos en la evaluación al paciente.

Indicador 8: Cronometración por parte del evaluador del tiempo que tardó en efectuar la prueba. Esto fue solicitado al profesional con anterioridad.

- **Variable 9:** Valoración del grado de comprensión de los rubros de la evaluación por parte de los profesionales (ver nota de las investigadoras).

Escala de valores 9: LENGUAJE SENCILLO Y COMPRENSIBLE- COMPRENSIÓN MEDIA DEL LENGUAJE- LENGUAJE COMPLEJO E INCOMPRENSIBLE

Indicador 9: Opinión del profesional que administró la evaluación estandarizada.

✓ *Nota de las investigadoras:* En el texto bibliográfico de "Validación de escalas en salud" (Sánchez R. y Echeverry J., 2004) se hace referencia a la comprensión del lenguaje por parte de los pacientes. Debido a que la herramienta de evaluación seleccionada no la leen los pacientes sino los profesionales, este apartado se refiere a la comprensión del manual por parte de estos últimos, ya que el Manual debe ser leído e interpretado por el profesional encargado de efectuar el pilotaje

- **Variable 10:** Valoración de la ambigüedad de términos de la evaluación por parte de los profesionales.

Escala de valores 10: TÉRMINOS PRECISOS- TÉRMINOS POCO PRECISOS- TÉRMINOS IMPRECISOS

Indicador 10: Opinión del profesional que administró la evaluación estandarizada, respondiendo a la encuesta post prueba preliminar, brindando respuestas en base a su experiencia a partir de la implementación del manual.

- **Variable 11:** Frecuencia de respuesta

Escala de valores 11: ÍTEM REITERADO- ÍTEM VARIADO

Indicador 11: La recopilación de todas las pruebas preliminares y su posterior análisis de los resultados obtenidos. Si más de un 95% de los pacientes a quienes se aplicó la prueba preliminar califican de igual manera en un ítem, se categorizará como ítem reiterado. Si menos de un 95% de los pacientes a quienes se aplicó la prueba preliminar califican de igual manera en un ítem, se categorizará como ítem variado.

- **Variable 12:** Restricción del rango de respuesta

Escala de valores 12: ÍTEM SIN USAR NUNCA- TODOS LOS ÍTEMS USADOS

Indicador 12: La recopilación de todas las pruebas preliminares y su posterior análisis de los resultados obtenidos. Cuando un ítem de cada categoría a evaluar en la prueba preliminar, nunca haya sido usado, se categorizará como ítem sin usar nunca. Cuando en la prueba preliminar hayan sido utilizados, al menos una vez, todos los ítems de cada categoría a evaluar, se categorizará como todos los ítems usados.

- **Variable 13:** Utilidad de la escala

Escala de valores 13: MUY BUENA- BUENA- REGULAR- MALA

Indicador 13: Será realizado a través del análisis de las subvariables a continuación:

- **Subvariable 13a:** Tiempo de diligenciamiento y aplicación

Escala de valores 13a: Se armará la escala de valores con rangos. Los mismos se harán a partir de los correspondientes datos obtenidos en las evaluaciones a los pacientes.

Indicador 13a: Cronometraje del tiempo que se tarda en efectuar la medición, por parte del evaluador.

- **Subvariable 13b:** Necesidad de entrenamiento del profesional evaluador

Escala de valores 13b: SI- NO

Indicador 13b: Indicaciones del manual de uso de la evaluación. Si existe necesidad de entrenamiento especial del evaluador, se categorizará como si. Si no existe necesidad de entrenamiento especial del evaluador, se categorizará como no.

- **Subvariable 13c:** Características del formato del instrumento

Escala de valores 13c: CORTO Y FÁCIL LECTURA- CORTO Y DIFÍCIL LECTURA- LARGO Y FÁCIL LECTURA- LARGO Y DIFÍCIL LECTURA

Indicador 13c: Opinión de los profesionales de salud que administren la evaluación, recabada por medio de una encuesta. Cuando el texto sea percibido como breve y su lectura como ágil, se categorizará como corto y fácil lectura. Cuando el texto ser percibido como breve pero su lectura como compleja, se categorizará como corto y difícil lectura. Cuando el texto sea percibido como extenso pero su lectura como ágil, se categorizará como largo y fácil lectura. Cuando el texto sea percibido como extenso y su lectura como compleja, se categorizará como largo y difícil lectura.

- **Subvariable 13d:** Facilidad para calcular el puntaje final de la escala

Escala de valores 13d: FÁCIL PROCEDIMIENTO- MEDIO PROCEDIMIENTO- DIFÍCIL PROCEDIMIENTO

Indicador 13d: Opinión de los profesionales de salud que administren la evaluación, recabada por medio de una encuesta. Cuando los profesionales perciban que no hay ítems con diferentes ponderaciones y/o algoritmos complicados para calificar, se categorizará como fácil procedimiento. Cuando los profesionales perciban que existen algunos ítems con diferentes ponderaciones y/o algoritmos complicados para calificar, se categorizará como medio procedimiento. Cuando los profesionales perciban que abundan los ítems con diferentes ponderaciones y/o algoritmos complicados para calificar, se categorizará como difícil procedimiento.

FUENTES E INSTRUMENTOS

➤ **UNIDAD DE ANÁLISIS 1: Primera etapa** → **Validación por experto**

Fuentes primarias obtenidas directamente del experto; instrumento, entrevista a experto. En cuanto al tipo de informante: *informante-clave*.

Como fuente primaria consideramos al experto, que fue previamente seleccionado por considerarlo confiable y con conocimiento de la disciplina en cuestión. En cuanto al instrumento, se llevó a cabo una entrevista de investigación focalizada, la cual se creó para indagar acerca de un tema específico y se buscó encontrar información de utilidad en torno al interés de la investigación, tomando al experto como conocedor del tema. Según su estructuración, responde a un tipo de entrevista estructurada o directiva, ya que se fijaron anticipadamente el listado de preguntas, incluyendo los aspectos de interés para la investigación. Se alternaron preguntas abiertas y cerradas, a fin de ampliar el potencial de obtención de información de utilidad (Rubio y Varas, 1999). La entrevista se llevó a cabo por correo, a través de un cuestionario autoadministrado. A partir de éste, el entrevistado fue el encargado de leer y rellenar cada aspecto del mismo. El mismo fue entregado al experto a través de correo electrónico, contando como ventaja con una mayor libertad por parte del mismo con respecto a los tiempos de reflexión, además de una mayor libertad de respuesta (Rubio y Varas, 1999).

Para organizar con mayor facilidad la información obtenida de la entrevista, desarrollamos la tabla que se presenta a continuación. El análisis realizado es de tipo cualitativo.

	Utilidad de una herramienta estandarizada para facilitar el diagnóstico y medición de severidad de heminegligencia.	Ventajas de disponer de una herramienta estandarizada para facilitar el diagnóstico y la medición de severidad de la heminegligencia.	Desventajas de disponer de una herramienta estandarizada para facilitar el diagnóstico y la medición de severidad de la heminegligencia.	Conocimiento y utilidad del Manual KF-NAP 2015 para facilitar el diagnóstico y la medición de severidad de la heminegligencia.
Experto				

➤ **UNIDAD DE ANÁLISIS 2: Segunda etapa→ Traducción**

Fuente secundaria indirecta: la traducción de la evaluación es secundaria porque son datos establecidos por otros, es decir, por los traductores. Además, se la considera indirecta porque los datos ya fueron analizados (la traducción fue realizada inicialmente por otros). En cuanto al instrumento, se utilizará un cuadro comparativo. La fuente son dos traducciones realizadas del Manual; mientras que el instrumento de comparación es un cuadro en el cual se volcaron los aspectos a comparar de cada traducción en busca de inconsistencias, y su posterior resolución.

Para obtener la versión final, comparamos y analizamos dos traducciones realizadas por dos personas diferentes, una por una traductora pública y otra por una persona con idóneo conocimiento y manejo del idioma inglés perteneciente al ámbito de la salud. El análisis realizado es de tipo cualitativo. Realizamos un cuadro comparativo en donde se fueron volcando las diferencias encontradas, dividiéndolas en 9 categorías según el tipo de inconsistencias, tal como se detalla en la tabla debajo:

	TRADUCCIÓN POR PARTE DE UNA PERSONA CON CONOCIMIENTO DE LA INCUMBENCIA PROFESIONAL Y CON ADECUADO MANEJO BILINGÜE	TRADUCCIÓN POR PARTE DE UN TRADUCTOR PÚBLICO
Términos médicos o del ámbito de la salud		
Tiempos verbales/ verbos		
Adjetivos/ adverbios		
Sustantivos		
Coherencia y formalidad narrativa		
Autorías		
Información de contacto		
Siglas		
Referencias		

➤ **UNIDAD DE ANÁLISIS 3: Tercer etapa → Prueba preliminar para ajuste**

Fuentes secundaria directa: los profesionales evaluadores; instrumento: encuesta post-prueba preliminar. La fuente será secundaria ya que los datos son establecidos por los profesionales que tomen la evaluación, es decir establecidos por otros. Se la considera directa ya que son datos en bruto de los cuales extraeremos determinada información. El instrumento utilizado será una encuesta post-prueba preliminar que deberán completar los evaluadores una vez finalizadas todas las pruebas preliminares que les correspondan.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

UA 1: ENTREVISTA A EXPERTOS

Procedimientos de procesamiento

Los datos fueron procesados a partir de la lectura de la entrevista autocompletada por el experto. Para relevar la información obtenida de la entrevista al experto se realizó una tabla de doble entrada con el objetivo de organizar la información. En la tabla se volcó la información correspondiente a cada dimensión. No se realizó un análisis cuantitativo con los datos obtenidos, ya que realizamos solamente una entrevista a experto.

UA2: CUADRO COMPARATIVO TRADUCCIONES

Procedimientos de procesamiento

Para comparar las traducciones se realizó una tabla comparativa entre las mismas, con el objetivo de alcanzar la traducción final. En la tabla figura cada inconsistencia detallada tal como aparece en las traducciones. Por ejemplo: en la variable "inconsistencias en sustantivos", en el texto 1 aparece el término "comida" y en el texto 2, "alimentación". Para determinar la traducción final se apuntó a que la misma tenga coherencia y formalidad narrativa, además de que se consideró la terminología específica del ámbito de la salud que facilite el entendimiento de los mismos por parte de los profesionales. No se realizó un análisis cuantitativo con los datos obtenidos, ya que no hallamos la manera de que éste nos aporte un dato relevante, dado que se contó únicamente dos traducciones, por lo que las inconsistencias entre éstas siempre serán la misma cantidad.

UA3: CUESTIONARIO A PROFESIONALES POST PILOTAJE

Debido a que esta unidad de análisis no fue llevada a campo por la pandemia de COVID-19, solamente se describe el procesamiento, sistematización, análisis y presentación como se pensó en el Plan de Análisis. Adjuntamos en el anexo las tablas pensadas para este apartado.

Procedimientos de procesamiento

Cada cuestionario a profesionales será numerado con la palabra "profesional", seguido de un número, que irá del 1 al 3, en orden progresivo. Es decir, "profesional1", "profesional2", y "profesional3". Los datos del cuestionario se codificarán con el fin de ser representados en una base de datos.

Los datos serán procesados a partir del análisis de los datos volcados por los profesionales en los cuestionarios. Los datos que puedan procesarse como cuantitativos, se volcarán en una base de datos de la siguiente manera:

- Fecha en la que se completa el cuestionario: No se codificará ni se traducirá, sino que siempre se ingresará el dato con el siguiente formato, día/mes/año (xx/xx/xxxx).
- El dato profesión se traducirá con la palabra "Profesión", y se codificará de la siguiente manera: para Médico Neurólogo, "Neuro"; para Terapeuta Ocupacional, "TO"; para Kinesiólogo/Fisiatra, "Kine"; para Fonoaudiólogo, "Fono"; para Enfermero, "Enfe"; y los que no se mencionan acá, "Otro".
- Entorno en el que se llevó a cabo la evaluación: se traducirá como "Entorno", y se codificará de la siguiente manera: para Hogar del paciente: "HP"; para Hospital de agudos: "HA"; para Centro de rehabilitación para personas hospitalizadas: "CRH"; y para Modalidad ambulatoria: "MA".
- Cantidad de sesiones requeridas para implementar la totalidad del Manual: se traducirá como "Sesiones", y se codificará de la siguiente manera: para 1 sesión: "1S"; para 2 sesiones: "2S"; y para 3 o más sesiones: "3S+".
- Tiempo de aplicación total: se traducirá como "Tiempo", se codificará ordenando los datos a partir de la agrupación de los mismos en intervalos. La cantidad de intervalos con los que trabajaremos será definida luego de la recopilación de los datos obtenidos, los cuales serán contemplados en la unidad de tiempo minutos.
- Grado de comprensión del lenguaje de la evaluación: se traducirá como "Lenguaje", y se codificará de la siguiente manera: para comprensible y sencillo: "CS"; para comprensión y sencillez media: "CSM"; y para incomprensible y complejo: "IC".
- Ambigüedad de términos de la evaluación: se traducirá como "Términos", y se codificará de la siguiente manera: para términos precisos: "TP"; para términos poco precisos: "TPP"; y para términos imprecisos: "TI".
- Características del formato del instrumento: se traducirá como "Formato", y se codificará de la siguiente manera: para corto y fácil lectura: "CFL"; para corto y difícil lectura: "CDL"; para largo y fácil lectura: "LFL"; y para largo y difícil lectura: "LDL".
- Facilidad para calcular el puntaje final de la escala: se traducirá como "Puntaje", y se codificará de la siguiente manera: para procedimiento fácil: "FÁCIL"; para procedimiento medio: "MEDIO"; y para procedimiento difícil: "DIFÍCIL".

Sistematización de datos

La organización y el volcado de la información se efectuará en una base de datos con diseño informático y la asistencia de programas inespecíficos (Microsoft Excel).

Análisis y presentación

La base de datos se conformará con un número de 4 filas en total; siendo una para el título, y las otras 3 para la cantidad de profesionales encuestados. Serán únicamente 3 ya que esto lo determina el texto “Validación de escalas de medición en salud”, pilar fundamental de nuestro trabajo de investigación. Las columnas serán 10, una correspondiente a la unidad de análisis; el resto, a las variables.

Los datos se volcarán en la base de datos misma conforme a los códigos establecidos anteriormente. Se marcarán más oscuras las celdas de las variables necesarias y quedarán claras las celdas de las variables suficientes.

El análisis a realizar será de tipo cuantitativo, ya que éste nos permitirá resumir la información y comparar los datos obtenidos con herramientas estadísticas. La Estadística que realizaremos será de tipo Descriptiva univariada, con variables mayoritariamente cualitativas, aunque también algunas cuantitativas. Con las variables cualitativas se realizarán Tablas de Frecuencia; mientras que con las variables cuantitativas se utilizarán Medidas de Tendencia Central. Las que utilizaremos serán la Media en el caso del tiempo de aplicación del Manual; y la Moda para la cantidad de sesiones requeridas para la completar la totalidad de la herramienta.

En esta etapa de la validación de la escala, no se utilizará la Estadística Inferencial ya que no se pretende alcanzar conclusiones generales a partir de los datos recolectados, sino simplemente sintetizarlos.

RESULTADOS

- **OBJETIVO: Validar la selección de la escala efectuando una cuidadosa revisión sistemática de la literatura disponible y a través de la consulta a expertos.**

En relación a la revisión bibliográfica que hemos llevado a cabo, podemos concluir que existen dos maneras de realizar la evaluación de heminegligencia: una a través de evaluaciones no estandarizadas, ya sean la observación, entrevista y/o tests convencionales; y otra con escalas estandarizadas.

En lo que respecta a la evaluación por observación, podemos concluir que la misma puede variar de acuerdo a el/ la profesional que la realice; además de que será poco precisa, pudiendo suceder que se confunda a la heminegligencia con otras afecciones.

En relación a las escalas estandarizadas, podemos subdividirlas en dos grupos: una de tests aislados y otra de baterías de tests. (Estévez y Fuentes, 1998)

Teniendo en cuenta que la heminegligencia puede clasificarse de varias formas, es decir, que no constituye un cuadro unitario sino que corresponde a un conjunto de signos y síntomas, es que su detección y evaluación puede resultar una tarea compleja, resultando, en ocasiones, no diagnosticado o confundido con otros cuadros. A raíz de esto, se considera que las herramientas que frecuentemente se utilizan no serían realmente objetivas al utilizarlas como único medio. Uno de los descubrimientos más firmes sobre el proceso de evaluación de la heminegligencia, es que la implementación de una batería de evaluaciones es más perceptible, amplia y objetiva, que el uso de uno solo, principalmente en caso de tratarse de los tests convencionales. En cuanto a los resultados que se obtienen con los tests, podemos concluir que muchas veces subestiman la presencia de heminegligencia ya que no siempre se detecta la misma en ellos. Según la bibliografía recabada, se evidencian que han sido administrados tests convencionales en personas que presentan heminegligencia (resultado recabado por una batería de tests), que con los convencionales en algunos casos no fue detectado el síndrome.

En cuanto a evaluaciones compuestas por baterías de tests, podemos mencionar que en Argentina se podría acceder a la BIT y a la Catherine Bergego Scale (CBS). La ventaja que tiene la BIT es que aúna diferentes tests rápidos o convencionales que a veces se administran de manera individual pero en la misma se encuentran protocolizados con instrucciones de administración y puntuación. A su vez, incluye una segunda parte de evaluaciones funcionales que complementan a los tests convencionales, brindando una mirada más amplia y traspoleable a la vida cotidiana de las personas (Estévez y Fuentes, 1998). La mayor desventaja que presenta esta batería es el costo económico, impactando directamente en la accesibilidad. La misma se compra en el exterior en moneda extranjera, representando un costo realmente elevado. En cuanto a la CBS si bien diferentes estudios consideran que es una buena evaluación para valorar la heminegligencia, no logra ser accesible ya que su original se encuentra en idioma francés (Bergego, 1995), y los textos en idioma español o inglés a los cuales se logra acceder que la explican, no cuentan con instrucciones específicas para llevarla a cabo y poder realizar una puntuación predeterminada (Estévez y Fuentes, 1998). Por otro lado, la Fundación Kessler (2015) también menciona que las instrucciones que brinda son poco específicas, lo que la convierte en una evaluación estandarizada no tan confiable (Chen y Hreha, 2015).

En contrapartida, el Manual KF-NAP 2015, se encuentra disponible on-line de manera gratuita y cuenta con instrucciones detalladas para poder llevarla a cabo. La única dificultad que presenta es el idioma, ya que en la web se puede descargar el manual en diferentes idiomas, incluyendo su versión original en inglés, pero no se encuentra disponible en idioma español.

En resumen, uno de los descubrimientos más sólidos con respecto a la evaluación de este síndrome es que el uso de múltiples test es más sensible, abarcativo y objetivo que el de uno solo. Teniendo en cuenta que la heminegligencia puede aparecer y clasificarse de varias formas, es decir que no constituye un síndrome unitario, sino que corresponde a un conjunto de

signos y síntomas. Su detección y evaluación puede resultar una tarea compleja, comprometiendo el curso clínico tras la lesión cerebral. (Estévez y Fuentes, 1998)

Por tal motivo, y teniendo en cuenta que el uso de pruebas únicas y rápidas puede fallar en el diagnóstico de heminegligencia, se decide trabajar sobre esta evaluación formal, que incluya la valoración de diferentes aspectos.

Por otro lado, hemos realizado una consulta a expertos. La misma se realizó mediante entrevista a un Neurólogo que posee 7 años de ejercicio profesional y se desempeña en el ámbito público y privado.

A lo largo de la entrevista, el Neurólogo refirió encontrar heminegligencia en sus pacientes con una frecuencia relativamente baja, aproximadamente entre un 10-15% de toda su casuística. Por otro lado, en cuanto a cómo evalúa o concluye en su diagnóstico menciona que principalmente el mismo resulta semiológico, aunque para saber el motivo causante, se debería realizar una neuroimagen: Tomografía o resonancia magnética. También menciona, que otros colegas utilizan además otro tipo de test de screening para evaluar su presencia. Luego comenta que considera muy favorable la utilización de una herramienta estandarizada para evaluar heminegligencia. Menciona que considera que debería ser una herramienta que facilite la semiología o la rápida detección. No conoce otras de medición de severidad, refiere que podría resultar útil para evaluar la evolución. Además, agrega que en el paciente heminegligente generalmente se ve afectada la ejecución de diversos tipos de acciones, por lo que refiere que puede resultar útil alguna herramienta que profundice u organice la semiología, además de poder aportar información de utilidad para otras áreas de abordaje del paciente en mención.

En relación a las ventajas y desventajas que posee tener un instrumento estandarizado para evaluación, refiere que absolutamente es una ventaja y no encuentra desventajas: "Toda herramienta en salud debería implicar una ventaja, ya sea por poder cuantificar o evaluar la posibilidad de mejorar el estado del paciente; como también para evaluar con mayor certeza necesidad de posterior derivación a otras especialidades para su abordaje." En cuanto a las ventajas que aportan, lo puntúa con un 4, en una escala del 1 al 5 donde el 1 significa ninguna ventaja y el 5 significa muchísimas ventajas aunque aclara que hay que considerar el objetivo que tenga esa herramienta. En relación a las desventajas, puntúa con un 1 en una escala del 1 al 5 donde el 1 significa ninguna desventaja y el 5 significa muchísimas desventajas, ya que menciona que las herramientas estandarizadas suelen mejorar y facilitar los objetivos terapéuticos. Al preguntarle particularmente por el Manual KF-NAP 2015, refiere no conocerlo, aunque considera que debería ser claro y ágil. A su vez también menciona que le interesaría conocerla, ya que considera sumamente valioso todos los aportes que puedan realizarse al ámbito de salud.

Es por todo lo expuesto que consideramos pertinente la selección del Manual KF-NAP 2015 para iniciar el proceso de validación en el país.

- **OBJETIVO:** Validar la traducción de la evaluación al idioma español, realizando una traducción directa por diferentes individuos y una revisión por expertos.

Hemos organizado el presente apartado en orden decreciente, desde la variable con mayor cantidad de inconsistencias, hasta la de menor. Podemos mencionar que la mayor cantidad de inconsistencias entre ambas traducciones pertenece a la categoría de *coherencia y formalidad narrativa*; mientras que la de menor, a la de *siglas*. Presentamos el siguiente gráfico que expresa la cantidad de inconsistencias encontradas por cada variable entre las dos traducciones:



Las inconsistencias correspondientes a la categoría de *coherencia y formalidad narrativa* corresponden a un total de treinta y ocho (38) inconsistencias, si bien en ninguno de los casos dicha redacción afecta el significado de lo expresado a través de las frases u oraciones.

Podemos inferir que esto se debe a que una de las traducciones fue realizada por una traductora profesional, mientras que la otra por una persona con un alto conocimiento del idioma inglés, fluido manejo bilingüe, pero sin experiencia en traducciones en lenguaje técnico.

Asimismo, resulta importante destacar que, si bien la traductora es profesional, no se especializa en el ámbito de la salud, por lo que no conoce términos específicos del mismo ni de la disciplina de Terapia Ocupacional; mientras que la otra persona que realizó la traducción, sí pertenece a este ámbito. Este aspecto resultó influyente al momento de la toma de decisión en cuanto a algunas inconsistencias en los términos del ámbito de salud.

Luego, encontramos las correspondientes a *verbos y tiempos verbales*, con un total de treinta y tres (33) inconsistencias, seguida de la categoría *términos médicos o del ámbito de la salud*, con un total de diecisiete (17) diferencias. Luego continúan las referidas a *adjetivos y/o adverbios*, hallando un total de doce (12) disimilitudes entre ambas traducciones. Muy cerca de ésta se encuentran las inconsistencias correspondientes a *sustantivos*, con nueve (9) diferencias.

Finalmente, con cantidad de inconsistencias similares encontramos la categoría *autorías e información de contacto*, con tres (3) inconsistencias cada una; luego, la categoría *referencias*, con (2) dos; y, finalmente, la categoría *siglas*, con apenas una (1) inconsistencia.

Luego de un análisis exhaustivo, considerando que las variables con mayores inconsistencias encontradas fueron las que están relacionadas a la narrativa, uso del lenguaje y formalidad de escritura (*coherencia y formalidad narrativa, verbos y tiempos verbales, adjetivos y/o adverbios, sustantivos, información de contacto, referencias y siglas*) es que decidimos utilizar en mayor medida los aportes realizados por la traductora profesional. Sin embargo, creímos fundamental poder incorporar a la versión final de la traducción algunos términos específicos del ámbito de salud descritos en la traducción de la persona con idóneo conocimiento del inglés y perteneciente al área de salud, ya que facilita el entendimiento de los mismos por parte de los profesionales de la salud en Argentina. Estos son: vestido en vez de vestimenta; planificación motora en reemplazo de planificación motriz; desempeño asimétrico en lugar de comportamiento asimétrico; administración de evaluación en contraposición de empleo de evaluación; desplazamiento en lugar de motricidad gruesa y, Terapista Ocupacional en reemplazo de Terapeuta Ocupacional. Quisiéramos aclarar que decidimos elegir Terapista Ocupacional ya que es el término más utilizado en Argentina por los profesionales, aunque epistemológicamente no sea correcta esa palabra y lo sea Terapeuta.

Por otro lado, creemos que la cantidad de inconsistencias encontradas en las variables Autorías, Información de contacto, Referencias y Siglas fue significativamente menor en comparación con el resto ya que son variables que analizan categorías poco recurrentes o que aparecen con menor frecuencia a lo largo del manual. Por ejemplo, la variable información de contacto, analiza cómo están traducidos esos datos específicos que se encuentran únicamente al principio del manual.

➤ **OBJETIVO: Validar la prueba preliminar, analizando aspectos particulares de los rubros y la utilidad de la evaluación.**

Como ya hemos mencionado con anterioridad, debido a la situación actual pandémica de COVID-19 que nos encontramos atravesando en Argentina, no hemos logrado llevar a cabo el trabajo de campo pertinente a este objetivo. Esto se debió principalmente a dos motivos:

Por un lado, debido a este contexto, los profesionales no se encuentran realizando sus tareas habituales, han tenido que adaptarse a la situación global y colaborar con diferentes tareas que se requieran, encontrándose en muchos casos abocados a otras funciones.

Además, la atención que se pudo continuar realizando no se lleva a cabo de la manera habitual. Es requisito aplicar diversos protocolos de atención, los cuales varían según cada institución, generando que la posibilidad de implementar este pilotaje de la evaluación se vea dificultado por el tiempo con el que disponen los profesionales, la disminución de cantidad de personas que continuaron tratamiento, la obligatoriedad del uso constante de elementos de protección personal, la adaptación de la asistencia mediante tecnologías (atención virtual), la prohibición o limitación en cuanto a la deambulaci3n o pasaje de un sector a otro de la instituci3n y los ajustes en el plan de tratamiento para que sean lo m1s efectivos posibles en estas circunstancias.

CONCLUSIONES

Habiendo finalizado el presente trabajo de investigaci3n, transitando un exhaustivo rastreo del estado del arte y un an1lisis de los datos obtenidos a partir de los instrumentos elaborados, podemos confirmar que contar en la Argentina con el acceso a una herramienta estandarizada para valorar la heminegligencia y su severidad, de manera gratuita, en idioma espa1ol y con instrucciones claras y precisas, como lo es el Manual KF-NAP 2015, resulta de gran utilidad.

Si bien consideramos que la misma es un gran aporte para todos los profesionales del 1rea de la salud, creemos que para la profesi3n de Terapia Ocupacional es a1n m1s significativo o de mayor relevancia, ya que la misma eval1a diferentes actividades de la vida diaria en contexto, siendo 1stas nuestro objeto y herramienta de estudio e intervenci3n.

El hecho de que exista en el pa1s una *evaluaci3n estandarizada* exclusiva para personas con heminegligencia que considere la participaci3n en distintas actividades de la vida diaria, resulta beneficioso para, a partir de la evaluaci3n del desempe1o en las mismas, clasificar la heminegligencia seg1n severidad y, a su vez, para que el profesional o equipo tratante pueda realizar un seguimiento, as1 como tambi3n para decidir y planificar el plan de acci3n.

Por tal motivo, y teniendo en cuenta que el uso de pruebas 1nicas y r1pidas puede fallar en el diagn3stico de heminegligencia, se sostiene conveniente la implementaci3n de una evaluaci3n formal, que incluya la valoraci3n de diferentes aspectos. Asimismo, el retardo en el diagn3stico y la clasificaci3n de la misma, podr1a ocasionar que los signos y s1ntomas presentes en cada persona se consoliden a1n m1s, ocasionando mayores dificultades en la rehabilitaci3n, adem1s de un peor curso y evoluci3n cl1nica.

Con respecto a las limitaciones del presente trabajo de investigación, consideramos que hubiera sido positivo contar con el acceso a un mayor número de entrevistas a expertos, a fin de poder justificar con mayor casuística los beneficios y la utilidad que trae el hecho de contar en el país con el acceso a la escala en cuestión. Por otro lado, el entrevistado encuestado no conocía la herramienta KF-NAP 2015. De haber realizado más entrevistas a expertos, probablemente se hubiera podido analizar más en detalle la dimensión que trata sobre el conocimiento de la herramienta. Tal vez, se hubieran podido inferir otros resultados mediante esa comparación.

A su vez, nos encontramos ante el impedimento, debido a las cuestiones de público conocimiento en torno a la Pandemia por COVID-19, de completar todo el trabajo de campo de nuestra investigación. Hubiera resultado interesante poder llevar a cabo la Unidad de Análisis 3, referida a los pilotajes por parte de diferentes profesionales. Este apartado hubiera generado mayor información sobre la utilidad en la práctica del Manual KF-NAP 2015. Si bien, mediante toda nuestra revisión teórica y junto al sustento del experto entrevistado, llegamos a la conclusión de que las evaluaciones estandarizadas son muy eficientes y sensibles para la práctica en salud y que el Manual KF-NAP 2015 es la herramienta estandarizada más completa, fiable y de fácil acceso que se encuentra disponible; realizar la Unidad de Análisis 3 hubiera aportado una aproximación más concreta respecto a la lectura y comprensión de las instrucciones, la implementación y la utilidad práctica del Manual KF-NAP 2015. Reforzamos esto ya que, si bien se cree fuertemente en los objetivos del presente trabajo de investigación contando con un amplio proceso de rastreo, consideramos que hubiera resultado un material significativo para complementar y reforzar lo antedicho.

BIBLIOGRAFÍA

- Allegri, R. (2000) *Atención y negligencia: bases neurológicas, evaluación y trastornos*. Rev Neurol. 2000; 30 (5):491-5
- Aparicio-López, C. et al. (2014), *Heminegligencia visuo-espacial: aspectos clínicos, teóricos y tratamiento*, Acción psicol. vol.11 no.1 Madrid ene./jun. 2014
- Asher I.E. (Ed.), 2007, "*Occupational Therapy assessment tools: An annotated index*", 3era edición, AOTA Press.
- Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales. (2008). *Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. 2º Edición*. American Journal of Occupational Therapy, 62, 625-638. Adaptación al español del documento por: Mercado Padín, R.; Ramírez Ríos, A. Publicación y divulgación: www.terapia-ocupacional.com.
- Bergego, C. et al. (1995), *Validation d'une Échelle valuation fonctionnelle de l'héminégligence dans la vie quotidienne: l'échelle CB*, Ann Readaptation Med Phys, Elsevier, Paris
- Brighina F, Bisiach E, Piazza A, Oliveri M, La Bua V, Daniele O, et al., (2002), *Perceptual and response bias in visuospatial neglect due to frontal and parietal repetitive transcranial magnetic stimulation in normal subjects*, Neuroreport. 2002;13(18):2571-5.
- Castiñeiras Jiménez, J (Junio 2015), *Síndrome de heminegligencia como secuela de un accidente cerebrovascular* (Trabajo fin de grado), Universidad de Zaragoza, Zaragoza.
- *Catherine Bergego Scale* (1 agosto, 2019). Recuperado de: <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/catherine-bergego-scale-kessler-foundation-neglect-assessment-process>
- Chen, P., Hreha, K., (2015), *Kessler Foundation Neglect Assessment Process*, KF-NAP 2015 Manual. USA, Kessler Foundation.
- Cid-Guede Eva, et. al. (2018), *Tratamiento fisioterapéutico de la heminegligencia secundaria a un accidente cerebrovascular*, México, Archivos de Neurociencias (Mex)
- Corbetta, M. (2014), *Hemispatial neglect: clinic, pathogenesis, and treatment*. Semin. Neurol 34, pp.514–523.

- *Daño cerebral adquirido* (26 octubre 2016). Recuperado de:
<http://www.clinicaneuronova.com/dano-cerebral-adquirido/>
- Dong X, Simon MA, Evans D., (2012), *Elder self-neglect and hospitalization: findings from the Chicago Health and Aging Project*, J Am Geriatr Soc.
- Fustinoni, Osvaldo. *Semiología del sistema nervioso* – 14ª ed., 2ª reimpresión – Buenos Aires, Editorial El Ateneo, 2012. Cap. 14: Palabra y funciones cerebrales superiores: Lenguaje, Praxia, Gnosia, Memoria. p. 353, 354.
- Elsevier Doymar. García-Molina A, et al. *Heminegligencia espacial secundaria a traumatismo craneoencefálico*. Neurología. 2014. doi:10.1016/j.nrl.2013.12.018 Vol. 31. Núm. 01. Enero - Febrero 2016
- Escribano Silva M., Fernández García A., Quintía Casares J., Riveiro Temprano S., Barcia Seoane M. Síndrome de heminegligencia. Fisioterapia, Vol 23, Capítulo I
- Estévez, A. y Fuentes, L. (1998), *Negligencia visual unilateral: (I) Evaluación, Psicología Conductual*, Vol. 6, Nº 3, 1998, pp. 533-554
- Hauser, M. [Ed.] (2007), *Neurología en medicina clínica de Harrison*, España, 16ava edición, Editorial Interamericana de España.
- Heilman KN, Watson RT, Valenstein E., 2003. *"Clinical Neuropsychology"* 4º Edition, Oxford University Press, 2003
- *Heminegligencia: evaluación y rehabilitación* (31 agosto 2015). Recuperado de:
<https://neups.wordpress.com/2015/08/31/heminegligencia-evaluacion-y-rehabilitacion/>
- *Heminegligencia y su repercusión en las Actividades Básicas de la Vida Diaria*. (2017) Recuperado de: <https://neurorhb.com/blog-dano-cerebral/heminegligencia-repercusion-las-actividades-basicas-la-vida-diaria>
- Lopez Argüelles J, León D, Barboza Sanchis S, Pérez Manso D (agosto 2012). *Heminegligencia y hemianopsia. Presentación de un caso*, Cuba, Medisur vol.10 no.4
- Lopez, M. et al. (2007), *Screening Test are not enough to detect hemineglect*, *Arg Neuropsiquiatr* 2007;65(4-B):1192-1195

- Macchi R. *Introducción a la Estadística en Ciencias de la Salud*. Agosto 2001. Editorial Panamericana S.A.
- Micheli F., Nogués M., Asconapé A, Fernandez Pardal M., Biller J. (julio 2003), "*Tratado de Neurología Clínica*", Buenos Aires, Argentina, Ed. Panamericana.
- *Papel de la Terapia Ocupacional en la rehabilitación del daño cerebral* (23 enero 2015). Recuperado de: <https://xn--daocerebral-2db.es/papel-de-la-terapia-ocupacional-en-la-rehabilitacion-del-dano-cerebral/>
- Polonio López B., Duarte Molina P, Noya Arnaiz B. (2001) "*Conceptos fundamentales de terapia ocupacional*". 1º edición. Madrid, España. Editorial Médica Panamericana
- Polonio López, B. (2001) "*Terapia Ocupacional en discapacitados físicos: Teoría y Práctica*". Madrid, España, Ed. Médica Panamericana
- Polonio López B. (2015), "*Terapia Ocupacional en disfunciones físicas. Teoría y práctica*". 2º edición. Madrid, España, Ed. Médica Panamericana
- Rojas, M. (24 julio 2019), *Heminegligencia: cuando olvidas un lado de tu cuerpo*. Recuperado de: <https://neuro-class.com/heminegligencia-cuando-olvidas-un-lado-de-tu-cuerpo/>
- Romero Ayuso D.; "*El sentido de la Ocupación*"; TOG (A Coruña). [Revista en internet]. 2010; Vol 7; Supl. 6: p. 59-77. Recuperado de: www.revistatog.com/suple/num6/romero.pdf
- Rubio J, Varas J (1999). *El análisis de la realidad, en la intervención social. Métodos y técnicas de investigación*. Ed. CCD, Madrid
- Salazar López, E. (sin fecha), *Rehabilitación cognitiva en heminegligencia a través de estimulación eléctrica contralateral* (trabajo de investigación tutelada), Universidad de Granada, Granada
- Samaja, J (1993). *Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*. Colección Temas. EUDEBA
- Sanchez R, Echeverry J, (2004). *Validación de escalas de medición en salud*, Colombia, Rev. Salud pública 6 (3): 302-318
- *Stroke Engine* (Canadá). Assessments [en línea]: Find an assessment, [fecha de consulta: 23 de marzo de 2016]. Recuperado de: <http://www.strokeengine.ca/assess/bit/>

- Terrer P. MScOT. *Comparación del AMPS con otras valoraciones en Terapia Ocupacional*.
Noviembre 2006. Recuperado de: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/AMPS_Escala_valoracion_habilidades_motoras_procesamiento.shtml
- Tomaiuolo F, Voci L, Bresci M, Cozza S, Posteraro F, Oliva M, et al., (2010), *Selective visual neglect in right brain damaged patients with splenial interhemispheric disconnection*.
Exp Brain Res.
- Yasuda, K. et al. (2018), *Differing effects of an immersive virtual reality program on unilateral spatial neglect on activities of daily living*, doi:10.1136/bcr-2017-222860

ANEXO

ENTREVISTA A EXPERTO

- Fecha:
- Nombre:
- Profesión:
- Provincia:
- Institución:
- Años de ejercicio profesional:

Hola _____, como sabrá nosotras estamos haciendo nuestro trabajo final de la carrera de Lic. en Terapia Ocupacional, y estamos trabajando sobre una evaluación para heminegligencia. Ya que usted es un experto en neurología/ en el área/ de la profesión, es que decidimos realizarle esta entrevista. Concretamente estamos trabajando con el proceso de validación del instrumento en cuestión y queremos conocer su opinión al respecto.

1. Inicialmente nos gustaría saber si usted en la clínica ve/ atiende casos de heminegligencia. ¿Podría contarnos cómo se presenta la heminegligencia en su práctica cotidiana? Si tuviera que decirnos de 0 a 100, ¿en qué % de pacientes se presenta esta característica?
2. Usted, ¿evalúa la heminegligencia? ¿Cómo? ¿Conoce instrumentos/métodos de evaluación de heminegligencia? ¿Cuáles? ¿Tiene una opinión formada sobre los instrumentos/métodos (confiabilidad, utilidad, viabilidad/factibilidad en la clínica, exactitud, practicidad ...)?
3. ¿Qué opina de la utilización de una herramienta estandarizada para facilitar el diagnóstico de heminegligencia? ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de utilizar una herramienta estandarizada? ¿Qué piensa de la utilización de una herramienta estandarizada para medir la severidad de la heminegligencia? Y en tal caso, ¿qué podría aportarle ese dato a su ejercicio profesional?
4. Nuestro trabajo de investigación es sobre el Manual KF-NAP 2015 (Kessler Foundation Neglect Assessment Process – Proceso de evaluación de Negligencia de la Fundación Kessler). ¿Tiene conocimiento del mismo? El mismo está basado en la Escala Cathering Bergego (CBS). De ser posible nos gustaría conocer su opinión sobre el mismo, principalmente en cuanto a su confiabilidad, viabilidad, comprensibilidad, etc. Le dejamos una copia del Manual (si bien no es la versión definitiva del mismo) y a la brevedad nos pondremos en contacto con usted para conocer su apreciación sobre este. Una vez tengamos la versión definitiva, le será enviada.

Desde ya, agradecemos mucho su colaboración la cual será de gran aporte para nuestra investigación.

ENTREVISTA A EXPERTO

Fecha: 05/10/2019

Nombre: Augusto

Profesión: Neurólogo

Institución/es: Hospital Aleman, Hospital Pedro Fiorito de Avellaneda

Localidad/es de ejercicio: CABA, Prov. Bs. As.

Años de ejercicio: 7

1. ¿Qué podría decirnos sobre la heminegligencia en cuanto a diagnóstico, tipos, evaluaciones y severidad?

La heminegligencia es un signo de afección neurológica, que afecta principalmente al lóbulo parietal no dominante, en el cual el paciente presenta una falta de reconocimiento de un hemicuerpo. Posiblemente la causa de esto se deba a una afección vascular o por una lesión ocupante de espacio de dicho lóbulo.

2. ¿Con qué frecuencia tiene la sospecha de encontrarse frente a pacientes con heminegligencia? ¿Podría traducir su respuesta a un porcentaje del 0 al 100%?

La frecuencia en la que me he encontrado frente a estos pacientes es relativamente baja, presentando un 10-15% de toda mi casuística.

3. ¿Qué instrumentos/métodos conoce para diagnosticar/evaluar la heminegligencia? ¿Utiliza alguno? ¿Cuáles?

El diagnóstico resulta principalmente semiológico, aunque para saber el motivo causante, se debería realizar una neuroimagen: Tomografía o resonancia magnética. Hay colegas que utilizan además otro tipo de test de screening para evaluar su presencia.

4. ¿Considera favorable la utilización de una herramienta estandarizada para facilitar el diagnóstico y medición de severidad de heminegligencia? ¿Por qué?

Si, lo considero muy favorable. Si nos referimos al diagnóstico médico inicial, considero que debería ser una herramienta que facilite la semiología o la rápida detección. No conozco otras de medición de severidad, podría resultar útil para evaluar evolución. De todas formas, en el paciente heminegligente, se ve generalmente afectada la ejecución de diversos tipos de acciones, por lo que puede resultar útil alguna herramienta que profundice u organice la semiología, además de poder aportar información de utilidad para otras áreas de abordaje del paciente en mención.

5. ¿Considera que disponer de una herramienta estandarizada para facilitar el diagnóstico y la medición de severidad de la heminegligencia implica ventajas? ¿Cuáles? (Responder en

base a una escala del 1 al 5, donde el 1 significa ninguna ventaja y el 5 significa muchísimas ventajas)

Si, absolutamente. Toda herramienta en salud debería implicar una ventaja, ya sea por poder cuantificar o evaluar la posibilidad de mejorar el estado del paciente; como también para evaluar con mayor certeza necesidad de posterior derivación a otras especialidades para su abordaje. Lo calificaría con un 4, dependiendo el objetivo que busque esa herramienta.

6. ¿Podría decirnos, en una escala del 1 al 5, si disponer de una herramienta estandarizada para facilitar el diagnóstico y la medición de severidad de la heminegligencia implica desventajas? ¿Cuáles? (Responder en base a una escala del 1 al 5, donde el 1 significa ninguna desventaja y el 5 significa muchísimas desventajas)

Sinceramente no encuentro ninguna desventaja, por lo que en dicha escala le asignaría un 1. Creo que las herramientas estandarizadas suelen facilitar el diagnóstico, favorecer a la semiología y facilitar incluso el planteamiento de los objetivos.

7. ¿Conoce el Manual KF-NAP 2015 (Kessler Foundation Neglect Assessment Process – Proceso de evaluación de Negligencia de la Fundación Kessler) para evaluar heminegligencia? ¿Le interesaría conocerlo?

No lo conozco, aunque creo debería ser algo claro y ágil. Me interesaría conocerla, ya que considero sumamente válido todo aporte que pueda realizarse al ámbito de salud.

MANUAL KF-NAP 2015

TABLA DE DOBLE ENTRADA: COMPARACIÓN DE TRADUCCIONES

	TRADUCCIÓN POR PARTE DE PERSONA CON CONOCIMIENTO DE LA INCUMBENCIA PROFESIONAL Y CON ADECUADO MANEJO BILINGÜE	TRADUCCIÓN POR PARTE DE TRADUCTOR PÚBLICO
V1	<ul style="list-style-type: none"> - Vestido - Acicalamiento / Aseo - Desplazamiento - Terapista Ocupacional - Negligencia espacial izquierda - Negligencia espacial derecha - Médicos - Planificación Motora - A la lesión primaria del cerebro - Rehabilitación hospitalaria - "[...] pueden provocar respuestas falsas a lo que debería ser una evaluación de observación" - Estado de vigilia - Desempeño asimétrico - Percepción espacial - Ayuda - Discapacidad - Derrame cerebral 	<ul style="list-style-type: none"> - Vestimenta - Cuidado Personal - Motricidad gruesa - Terapista ocupacional vs. Terapeuta ocupacional - Negligencia unilateral espacial izquierda - Negligencia unilateral espacial derecha - Profesionales de la salud - Planificación Motriz - Al daño cerebral primario - Clínica ambulatoria - "...puede provocar respuestas falsas a lo que debería ser la presentación del ejercicio de observación" - Estado de insomnio - Comportamiento asimétrico - Conciencia espacial - Asistencia - Limitación - Lesión cerebral
V2	<ul style="list-style-type: none"> - Brinde - Sea administrada - Lleva - Es respaldado por - A hacer - No es responsable - Comenzamos - Ellos recogieron - Llegó - Mejoran - Nos animó - Fueran bien detallados 	<ul style="list-style-type: none"> - Indique - Se administra - Conduce - Se halla respaldado por - A realizar - No se responsabiliza - Lanzamos - Recolectaron - Llegaron - Potenciaron - Nos alentó - Estuvieran detallados con profundidad

	<ul style="list-style-type: none"> - Nos gustaría - Hacer mejor - Se describe - Proporcionamos - Encontramos - Afectando - Se preocupa solo por - Enfocaremos - Usar - Los cuales tendrán - Es aplicable - Ayudará - Será utilizada - Participar - Sea observada - Se clarifica - Verá la - Ser útil en - No es accesible - Pida - Desviarse 	<ul style="list-style-type: none"> - Quisiéramos - Mejorar - Describimos - Establecemos - Descubrimos - Que afecta - Abarca únicamente - Focalizaremos - Utilizar - Que tengan - Puede aplicarse - Facilitará - Se utilizará - Hacerlos participar - Se observe - Se aclara - Se notará que - Resultar útil para - No se hallan accesibles - Solicite - Girar
V3	<ul style="list-style-type: none"> - Mayoritariamente - (nada) refinar - Fueran bien detallados - Grandes cambios - Pertenencias personales - Se preocupa solo por - Después - Con cuidado - Hará difícil 	<ul style="list-style-type: none"> - En mayor medida - Nuevamente refinar - Estuvieran detallados con profundidad - Cambios importantes - Pertenencias - Abarca únicamente - Luego - Cuidadosamente - Dificultará
V4	<ul style="list-style-type: none"> - Suministros - Cepillo de pelo - Descargo - Prefacio - Casa - Pertenencias personales - Ámbito ambulatorio 	<ul style="list-style-type: none"> - Objetos - Cepillo para el cabello - Exoneración - Prólogo - Hogar - Pertenencias - Entorno ambulatorio

	<ul style="list-style-type: none"> - La administración de la evaluación - Forma - Lavabo - Snack - Cuarto de baño 	<ul style="list-style-type: none"> - El empleo de la evaluación - Manera - Lavamanos - Colación - Baño
<p>V5</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Un cesto de basura vacío o cualquier objeto seguro para tirar al piso y hacer un ruido fuerte. - [...] camisa de botones - Leve negligencia/moderada negligencia/severa negligencia - Los contenidos de este manual no necesariamente representan la política del Departamento de Educación y no se debe asumir respaldo del gobierno federal. - Se recomienda que la KF-NAP sea administrada solo por individuos entrenados. La KF-NAP puede ayudar a los clínicos. ... un diagnóstico de negligencia espacial. - Durante las reuniones anuales del año 2011 del Congreso Americano de Medicina de Rehabilitación - [...] (ACRM-ASNR) - nosotros y nuestros colegas, la sra. Y dr. ..., presentaron nuestro método en el uso de la Catherine Bergego Scale (CBS). Este método determinó que eran necesarias ... Mucha gente de la audiencia estaba entusiasmada como nosotros, y nos alentó a estandarizar el procedimiento administrativo y el criterio de puntuación de la CBS en un manual formal. - En 2012, [...]: una revisión de la Catherine Bergego Scale y una introducción de la Kessler Foundation Neglect Process” en la 	<ul style="list-style-type: none"> - Un cesto de basura vacío o cualquier objeto seguro con el fin de arrojarlo al suelo y provocar un sonido fuerte e inesperado. - [...] camisa con botones - Negligencia leve/ negligencia moderada/ negligencia severa - Los contenidos de este manual no representan necesariamente la política del Departamento de Educación y ninguna persona deberá suponer que este último cuenta con el respaldo del gobierno federal. - Se recomienda que la KF-NAP se administre por personas idóneas únicamente. La KF-NAP puede ayudar a clínicos. [...] un diagnóstico relacionado con la negligencia espacial. - Durante las reuniones anuales del Congreso Americano de Medicina de Rehabilitación - [...] (ACRM-ASNR, por sus siglas en inglés)- llevadas a cabo en el 2011, nosotros y nuestros colegas la Sra. Y el Dr [...], presentamos nuestro método al utilizar la escala Catherine Bergego (Catherine Bergego Scale, CBS por sus siglas en inglés). Este método determinó que se necesitaban instrucciones adicionales para una confiable administración de la CBS. El público estaba tan entusiasmado como nosotros, y nos alentó a estandarizar el procedimiento administrativo y el criterio de puntuación de la CBS y volcarlo en un manual. - En 2012 [...]:Revisión de la Escala Catherine Bergego y presentación del Proceso de Evaluación de Negligencia de la Fundación (Kessler Foundation Neglect Assessment

<p>revista [...] En este artículo [...] se incluyó una página de hoja de instrucciones KF-NAP describiendo cómo puntuar cada categoría. Además, los términos de varias categorías de la CBS fueron cambiados a fin de transmitir mejor el propósito de la observación, para incluir la evaluación de síntomas de negligencia del lado derecho, o para simplificar la redacción. [...] En este momento, [...] anuncios de nuestras actividades [...]</p> <ul style="list-style-type: none"> - No debe esconder ni ordenar... - Muestre una tendencia espacial. - Puedes tomar nota de la manera en que... - Es como transferir - Pida la ayuda apropiada - El sitio indicado - Si hay suficiente espacio en la habitación... - Cerrado - Pero - Generalmente - Tendencia - Contactamos a los terapeutas ocupacionales [...] el manual llevando a cabo un proyecto de investigación. [...] Al mismo tiempo, [...] valiosa sobre cómo la negligencia espacial [...] - A pesar de [...], pueden ser más eficaces programas prácticos de formación sobre el uso de la evaluación [...] Otra vez, durante este tiempo de atención detallada al proceso[...]. Y 4) [...] “Comer” a “Comidas”, porque durante esta observación, usted no está evaluando [...] 	<p>Process) en la revista [...]. En este artículo ... e incluimos una hoja con instrucciones KF-NAP acerca de cómo puntuar cada categoría. Además, se modificaron los términos de varias categorías de la CBS con el fin de transmitir de una mejor manera el propósito de la observación, incluir la evaluación de síntomas de negligencia del lado derecho, o simplificar la redacción[...] En este momento, [...] anuncios acerca de nuestras actividades [...]</p> <ul style="list-style-type: none"> - No esconda ni ordene [...] - Se muestre tendenciosa respecto del espacio. - Se podrá tomar nota de cómo [...] - Para transferir - [...] que necesite asistencia, por favor solicítela - El lugar que le resulta familiar - Si en la habitación del paciente hay suficiente espacio... - Abotonado - No obstante - Por lo general - Preferencia a... - Nos contactamos con los terapeutas ocupacionales [...] el manual al conducir un proyecto de investigación. Al mismo tiempo, [...]valiosa acerca de la manera en que la negligencia espacial [...] - A pesar de [...], los programas intensivos de entrenamiento para el uso de la evaluación pueden ser más eficaces. [...] Otra vez, durante este momento de focalización puntual en el proceso, [...] Y 4) [...] “Comer” cambiado a “Comidas”, porque durante esta observación, no se está evaluando [...]
--	---

<ul style="list-style-type: none"> - La negligencia espacial es un desorden neurocognitivo de la atención y la inatención espacial [...] La negligencia del lado izquierdo frecuentemente ocurre debido a un daño cerebral derecho mientras que la negligencia (nada) del lado derecho es resultado de un daño cerebral (nada) izquierdo. De acuerdo a nuestros y otros estudios (nada), [...] - Para hacer a este manual de más fácil seguimiento [...] - "Para proporcionarle la información adicional acerca de ..." - "Siendo un médico de rehabilitación, [...]" - ¿qué hay a la izquierda[...]? - Usted debe buscar el comportamiento del paciente que esté sesgado hacia un lado del espacio. Es decir, si sus ojos, extremidades, o el cuerpo a menudo se mueven hacia un lado, prestando menos atención al otro lado. - Aunque no es absolutamente crítico, el orden - En el mismo horario del día y en el mismo lugar que será observado en esa primera sesión. Haciendo eso, [...] - También, las diez categorías deberán ser observadas durante la misma sesión. - Por lo que, un puntaje más alto significa un déficit o síntomas más severo. - En este manual, el síntoma severo que es calificado con tres puntos, es descripto al principio [...] 	<ul style="list-style-type: none"> - La negligencia espacial es un desorden neurocognitivo de la atención espacial e inatención...Por lo general, la negligencia unilateral del lado derecho es el resultado de un daño cerebral del lado izquierdo, mientras que la negligencia unilateral del lado derecho es el resultado de un daño cerebral del lado izquierdo. De acuerdo con nuestros estudios y los de otros colegas ... - Para que este manual sea más fácil de seguir... - "En caso de solicitar información adicional acerca de [...]" - "Al ser un profesional de la rehabilitación, [...]" - ¿qué se halla hacia la izquierda [...]? - Se debe buscar el comportamiento del paciente que esté inclinado hacia un lado del espacio; es decir, que sus ojos, sus extremidades, o su cuerpo a menudo se muevan hacia un lado, y le presenten menos atención al otro. - Aunque no es absolutamente crítico, dicho orden - En el mismo horario y en el mismo lugar que fue observado en esa primera sesión, De esa manera [...] - Además, deberán observarse las diez categorías completas durante la misma sesión. - Por lo tanto, a mayor puntaje, más severo es el déficit o síntoma. - En este manual, el síntoma severo calificado con tres puntos, está descripto al principio [...]
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> - " Dar una puntuación de 3 o 0 es generalmente más fácil que puntuar con 2 y 1. - Muchas veces la diferencia entre 2 y 1 es una cuestión de graduación en la presentación de un determinado síntoma. - A continuación, hay algunas sugerencias para hacer la evaluación más fácil: [...] - Tome toda la sesión como un período de tiempo continuo. - De ser así, probablemente deberá puntuar al paciente preferentemente con un 2 que con un 1 en la categoría. - Puedes sentarte [...] - Marca esta categoría - Las colisiones es más probable verlas... 	<ul style="list-style-type: none"> - Por lo general, dar una puntuación de 3 o 0 es más sencillo que puntuar con 2 o 1. - Muchas veces la diferencia entre 1 y 2 es una cuestión de grado en la presentación de un síntoma determinado. - A continuación, daremos algunas sugerencias para hacer la evaluación más sencilla: [...] - Tome toda la sesión como un período continuo. - De ser así, probablemente deberá puntuarlo preferentemente con un 2 antes que con un 1 en la categoría determinada. - Usted podrá sentarse [...] - Marque esta categoría - Es más probable ver una colisión cuando...
V6	<ul style="list-style-type: none"> - auditiva - Limpieza después de las comidas - Terapeuta Ocupacional 	<ul style="list-style-type: none"> - Auditiva - Limpieza después de las Comidas - Terapeuta ocupacional
V7	<ul style="list-style-type: none"> - (nada) - Peii Chen, (nada) - Kimberly Hreha, (nada) 	<ul style="list-style-type: none"> - Copyright 2015 Fundación Kessler 2015. Todos los derechos reservados. (en todas las hojas: kit, puntuación, manual.) - Peii Chen, PhD - Kimberly Hreha, terapeuta ocupacional matriculada
V8	<ul style="list-style-type: none"> - Información de contacto 	<ul style="list-style-type: none"> - Contacto
V9	<ul style="list-style-type: none"> - KF-NAP - La bibliografía la traduce al español 	<ul style="list-style-type: none"> - KF-NAP TM - La bibliografía la mantiene en su idioma original

MANUAL KF-NAP 2015

TRADUCCIÓN FINAL

Kessler Foundation Neglect Assessment Process – Proceso de evaluación de Negligencia de la Fundación Kessler.

Manual KF-NAP 2015

Autores:

Peii Chen, PhD^{1,2}

Mg. Kimberly Hreha, Terapista Ocupacional matriculada^{3,4}

Colaboradores:

Dr. A.M. Barrett,^{1,2,3} Marco Pitteri, Ph.D,⁵ Mg. Sharon Holman, Terapista Ocupacional matriculada,³ Dra. Courtney Silviotti, Terapista Ocupacional matriculada ³ Mg. Lindsay Comardo, Terapista Ocupacional matriculada,³ y Gretchen March, Terapista Oupacional matriculada; ³

¹Fundación Kessler, West Orange, New Jersey;

²Department of Physical Medicine and Rehabilitation (Departamento de Medicina y Rehabilitación física), Escuela de Medicina de New Jersey, Rutgers University, Newark, New Jersey;

³Instituto para la Rehabilitación Kessler, New Jersey;

⁴Ciencia del Movimiento y Terapia Ocupacional, Instituto Docente, Universidad de Columbia, New York, New York;

⁵Laboratorio de Neuropsicología, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, San Camillo Fundación Hospital, Lido-Venecia, Italia

Exoneración de responsabilidad

El trabajo de investigación que conduce al Manual KF-NAP 2015 se halla respaldado por los Institutos Nacionales de la Salud (*National Institutes of Health*) NIH/NINDS, R01NS05588; NIH/NICHD/NCMRR, K24HD062647 y el Departamento de Educación (*Department of Education*)/ Instituto Nacional de la Discapacidad (*National Institute on Disability*), Investigación de la Rehabilitación y Vida Independiente (*Independent Living and Rehabilitation Research*) e Investigación de la Rehabilitación (*Rehabilitation Research*) NIDRR, H133G120203. Los contenidos de este manual no representan necesariamente la política del Departamento de Educación y ninguna persona deberá suponer que este último cuenta con el respaldo del gobierno federal.

Se recomienda que la KF-NAP™ se administre por personas idóneas únicamente. La KF-NAP™ puede ayudar a clínicos a realizar un diagnóstico relacionado con la negligencia espacial. La Fundación Kessler no se responsabiliza por los diagnósticos clínicos.

Contacto

Peii Chen, PhD: pchen@kesslerfoundation.org

Mg. Kimberly Hreha, Terapista Ocupacional matriculada: khreha@kesslerfoundation.org

Fundación Kessler: 1199 Pleasant Valley Way, West Orange, New Jersey 07052, EE. UU

Prólogo

Durante las reuniones anuales del Congreso Americano de Medicina de Rehabilitación - Sociedad Americana de Neurorehabilitación (ACRM – ASNR, por sus siglas en inglés) llevadas a cabo en el año 2011, nosotros y nuestros colegas, la Sra. Robin Hedeman y Dr. A. M. Barrett, presentamos nuestro método al utilizar la escala Catherine Bergego (*Catherine Bergego Scale*, CBS por sus siglas en inglés). Este método determinó que se necesitaban instrucciones adicionales para una confiable administración de la CBS. El público estaba tan entusiasmado como nosotros, y nos alentó a estandarizar el procedimiento administrativo y el criterio de puntuación de la CBS y volcarlo en un manual.

En 2012, publicamos la primera edición del manual KF-NAP™ en un artículo titulado "Evaluación funcional de la negligencia espacial: Revisión de la Escala Catherine Bergego y presentación del Proceso de Evaluación de Negligencia de la Fundación Kessler (*Kessler Foundation Neglect Assessment Process*) en la revista *Topics in Stroke Rehabilitation*. En este artículo, revisamos la importancia de evaluar la negligencia espacial durante las actividades de la vida diaria e incluimos una hoja con instrucciones KF-NAP acerca de cómo puntuar cada categoría. Además, se modificaron los términos de varias categorías de la CBS con el fin de transmitir de una mejor manera el propósito de la observación, incluir la evaluación de síntomas de negligencia del lado derecho, o simplificar la redacción. Por ejemplo, en la CBS figura una categoría como "Conocimiento de las extremidades izquierdas" y en la KF-NAP™ como "Conciencia de extremidad". En este momento, lanzamos un sitio web para dar a conocer el manual y para hacer anuncios acerca de nuestras actividades de investigación relacionadas con la negligencia espacial.

<http://kesslerfoundation.org/researchcenter/stroke/strokenetworkforspatialneglect.php>

Nos contactamos con Terapistas Ocupacionales que pudieran estar interesados en perfeccionar el manual al conducir un proyecto de investigación. De julio de 2012 a marzo de 2014, Gretchen March, Sharon Holman, Courtney Silviotti, Lindsay Comardo, Yamiley Lemoine y Shira Schwarz aprendieron de nosotros (en mayor medida de Kimberly Hreha) a utilizar el proceso de evaluación KF- NAP™. Al mismo tiempo, recolectaron información valiosa acerca de la manera en que la negligencia espacial afectaba los resultados de la rehabilitación. Durante este período, numerosos clínicos y estudiantes en los EE. UU., y médicos extranjeros de Italia, India y Corea del Sur llegaron a la Fundación Kessler para aprender la KF- NAP™. Todas estas actividades potenciaron nuestra capacidad para aclarar aún más nuestras instrucciones y nuevamente refinar el proceso de evaluación.

En la primavera de 2014, lanzamos el Manual KF- NAP™ 2014, que era mucho más que una "una hoja". El Dr. Marco Pitteri nos alentó a refinar las instrucciones para que el proceso de evaluación y los criterios de puntuación estuvieran detallados con profundidad. Por lo tanto, quisiéramos no sólo reconocerlo como uno de los autores del Manual de 2014, sino darle las gracias por su entusiasmo en mejorar la KF-NAP™. En este manual describimos cómo asignar una puntuación de 0, 1, 2 ó 3 para la observación de cada categoría. También establecemos principios generales para todas las categorías. Además, el Manual KF- NAP™ 2014 especifica el entorno donde la observación se lleva a cabo y cómo observar el rendimiento asimétrico izquierda vs. derecha en una categoría dada.

A pesar de que el Manual de 2014 se encuentra detallado, los programas intensivos de entrenamiento para el uso de la evaluación pueden ser más eficaces. Sin embargo, también pueden ser costosos y consumir mucho tiempo. Por lo tanto, hemos producido una serie de videos de entrenamiento para usar en conjunto con el manual. Otra vez, durante este momento de focalización puntual en el proceso, descubrimos que el manual podría ser refinado aún más. Decidimos hacer cuatro cambios importantes: 1) el orden de las categorías, 2) la presentación de la hoja de calificación, 3) la organización de los criterios de puntuación en cada categoría, y 4) el nombre de la categoría "Comer" cambiado a "Comidas", porque durante esta observación, no se está evaluando la capacidad de masticar o tragar (que también puede ser afectada). Esperamos que encuentre el Manual KF- NAP 2015 y su Video Tutorial útiles en su evaluación de la negligencia espacial durante las actividades de la vida diaria.

West Orange, NJ

Febrero de 2015

Peii Chen, Ph.D.

Mg. Kimberly Hreha, Terapista Ocupacional matriculada

CONTENIDO

Prefacio	3
I. INTRODUCCIÓN	6
Pacientes elegibles	
Entorno	
Principios generales	
II. INSTRUCCIONES	10
1. Orientación de la mirada	10
2. Conciencia de extremidad	11
3. Atención auditiva	13
4. Pertenencias	14
5. Vestido	16
6. Cuidado personal	18
7. Desplazamiento	20
8. Colisiones	21
9. Comidas	23
10. Limpieza después de las comidas	23
Referencias	25

I. INTRODUCCIÓN

La **negligencia espacial** es un desorden neurocognitivo de la atención espacial e intención, que afecta la percepción y representación espacial, la imagen mental, y la planificación de la acción motora. Las personas con negligencia espacial muestran una falta o lentitud para informar, responder, orientar o iniciar una acción hacia el estímulo ubicado en el lado opuesto al daño cerebral primario. Por lo general, la negligencia unilateral del lado izquierdo ocurre luego de un daño cerebral del lado derecho, mientras que la negligencia unilateral del lado derecho es el resultado de un daño cerebral del lado izquierdo. De acuerdo con nuestros estudios y los de otros colegas, la negligencia espacial ocurre en aproximadamente el 50% de los sobrevivientes de un ACV con daño cerebral derecho, y el 30% de aquellos que presentan un daño cerebral izquierdo. Los términos “negligencia unilateral izquierda” y “negligencia unilateral derecha” se relacionan con el cuerpo del paciente (llamado “negligencia centrada en el cuerpo”). Hay otras formas de negligencia espacial basadas en diferentes marcos de referencia, tales como la negligencia centrada en el objeto. Esta evaluación abarca únicamente la negligencia centrada en el cuerpo.

Para que este manual sea más fácil de seguir, nos focalizaremos en la negligencia unilateral izquierda que ocurre luego de un daño cerebral derecho. De todas formas, el examinador puede utilizar los mismos principios para evaluar a personas con daño cerebral izquierdo que tengan una negligencia en su lado derecho. La hoja de puntuación puede aplicarse a ambas negligencias, tanto del lado izquierdo como del derecho.

Pacientes elegibles

La KF- NAP™ puede utilizarse para evaluar a los individuos que tienen un daño o una lesión cerebral, después de haber sufrido un accidente cerebro vascular (ACV), traumatismo encéfalo craneano (TEC), intervenciones quirúrgicas, etc.

Entorno

La evaluación KF-NAP puede administrarse en una variedad de entornos. Puede ser utilizada en el hogar del paciente, en un hospital de agudos, en un centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados, o en una clínica ambulatoria. Este manual se centra en el entorno de rehabilitación hospitalaria. Sin embargo, si la evaluación se lleva a cabo en una clínica ambulatoria, es importante que el paciente traiga algunas pertenencias, tales como un abrigo, gafas, un bolso o una mochila, lo que facilitará la evaluación de Pertenencias. Además, el paciente deberá llevar una comida completa que se utilizará para la categoría de Comidas. En caso de solicitar información adicional acerca de los elementos a utilizar en el entorno ambulatorio, consulte el Kit del examinador KF-NAP que figura en el Apéndice.

Principios generales

1. No brindar pistas de lateralidad

Al ser un profesional del ámbito de la rehabilitación, tal como un Terapeuta Ocupacional, es posible que a menudo se le brinde al paciente instrucciones verbales para iniciar, o tratar de iniciar, ciertos comportamientos o hacerlos participar en una tarea durante la sesión.

Sin embargo, durante la administración de la evaluación KF-NAP, es extremadamente importante que las instrucciones verbales no incluyan pistas espaciales, ni se brinde ningún tipo de señal que ayude a mejorar la atención espacial. Por ejemplo, frases como “mire más hacia la izquierda” o “¿qué se halla hacia la izquierda de la bandeja?” pueden provocar respuestas falsas a lo que debería ser la presentación del ejercicio de observación. Para evitar esto, dele tiempo al paciente para que explore el ambiente, y permítale que use sus extremidades y mueva sus ojos libremente.

2. Buscar el comportamiento lateralizado o asimétrico

Se debe buscar el comportamiento del paciente que esté inclinado hacia un lado del espacio; es decir, que sus ojos, sus extremidades, o su cuerpo a menudo se muevan hacia un lado, y le presten menos atención al otro. Es importante que ambos lados (derecho e izquierdo) sean evaluados de igual manera antes de llegar a la conclusión de que el paciente presenta una negligencia espacial unilateral derecha o izquierda.

3. Puntuar el déficit

Sugerimos puntuar las categorías en el orden indicado en la hoja de puntuación. Aunque no es absolutamente crítico, dicho orden sigue una progresión natural. Por ejemplo, la categoría que toma la mayor cantidad de tiempo es Comidas, por lo que se sugiere que se observe al final de la evaluación. Si la KF-NAP™ se utiliza como evaluación de seguimiento, se recomienda que se observe al paciente en el mismo horario y en el mismo lugar en el que fue observado en esa primera sesión. De esa manera se reducirán los efectos del estado de insomnio, de ánimo, o de motivación, todos factores que pueden fluctuar a lo largo del día e influir en la exactitud de la evaluación.

Además, deberán observarse las diez categorías completas durante la misma sesión.

Cada categoría es puntuada de 0 a 3. Cero representa sin negligencia. Tres representa severa negligencia. Por lo tanto, a mayor puntaje, más severo es el déficit o síntoma.

En este manual, el síntoma severo calificado con tres puntos está descripto al principio de las instrucciones de puntuación de cada categoría, seguido de la descripción de síntoma moderado y leve. Finalmente, se aclara cuál no es un síntoma de negligencia espacial (puntaje cero).

Por lo general, dar una puntuación de 3 o 0 es más sencillo que puntuar con 2 o 1. Muchas veces la diferencia entre 2 y 1 es una cuestión de grado en la presentación de un síntoma determinado. En las instrucciones de puntuación de cada categoría, a veces se notará que la descripción de “2” es continuada en “1”. A continuación, daremos algunas sugerencias para hacer la evaluación más sencilla:

- Tome toda la sesión como un período continuo. Si el paciente muestra un desempeño asimétrico izquierdo-derecho en las dos terceras partes de la sesión, entonces califique a una determinada categoría con una puntuación de 2; si el desempeño asimétrico izquierdo-derecho se produce durante un tercio de la sesión, el paciente recibe una puntuación de 1. Este principio puede resultar útil para la observación de los ítems: Orientación en la mirada y Conciencia de extremidad.
- Ante la presencia de una duda, debe preguntarse a sí mismo si “inefectivo e incompleto” describen el desempeño del paciente. De ser así, probablemente deberá puntuarlo preferentemente con un 2 antes que con un 1 en la categoría determinada. Esto puede resultar útil en la observación de Vestido, Cuidado personal, Comidas y Limpieza después de las comidas.

II. INSTRUCCIONES

En este manual, proveemos instrucciones para evaluar la **negligencia espacial unilateral del lado izquierdo**, comúnmente producida después de un daño cerebral derecho. Sin embargo, se pueden utilizar los mismos principios para evaluar la negligencia unilateral del lado derecho, comúnmente producida luego de un daño cerebral izquierdo. La hoja de puntuación es aplicable a ambos tipos de negligencia espacial, tanto izquierda como derecha.

1. Orientación de la mirada – observar a lo largo de toda la sesión

Antes de comenzar esta evaluación, asegúrese de que el paciente no tenga ningún déficit que impida el movimiento del ojo. Si determina tales déficits, no podrá realizar esta evaluación, y deberá realizar una nota en la hoja de puntuación.

A lo largo de toda la sesión, observe cómo el paciente cambia espontáneamente su mirada. Observe cómo explora el espacio.

¿El paciente mueve la cabeza cuando usted le está hablando? ¿Mira hacia usted con sus ojos?
¿Mira alrededor de la habitación?

Tome nota de cuánto tiempo el paciente se dedica a explorar ambos lados del espacio, derecha e izquierda.

Asignación de puntaje:

Puntaje = 3 El paciente puede fácilmente direccionar su mirada hacia el lado derecho del espacio pero no intenta orientar sus ojos hacia el lado izquierdo.

Puntaje = 2 Hay constantes y claras asimetrías en la orientación de la mirada hacia la izquierda y la derecha del espacio. El paciente explora el entorno mirando primero hacia la derecha, y luego de una gran demora, mira lentamente hacia la izquierda. Durante toda la sesión, el paciente dedica mucha más cantidad de tiempo mirando hacia su lado derecho.

Puntaje = 1 Hay asimetrías inconsistentes pero observables en la orientación de la mirada hacia el lado izquierdo y derecho del espacio. El paciente explora el entorno mirando primero hacia la derecha, y luego lentamente hacia la izquierda con un poco de vacilación. Durante toda la sesión, el paciente mira a la derecha más a menudo que a la izquierda.

Puntaje = 0 El paciente dirige espontáneamente su mirada hacia el lado derecho e izquierdo del espacio sin vacilación y sin ninguna petición.

2. Conciencia de extremidad – observar a lo largo de toda la sesión

Dependiendo de la actividad que esté siendo evaluada, el término extremidad o extremidades puede hacer referencia tanto a las extremidades superiores como a las inferiores, o ambas.

Debido al derrame cerebral derecho, los pacientes pueden tener una debilidad significativa en su brazo izquierdo y pierna izquierda.

Sin embargo, esto no significa que todos los pacientes que hayan tenido un derrame cerebral manifiesten una negligencia en sus brazos y piernas débiles. Si este fuera el caso, entonces se podrá ver al paciente enderezar de forma pasiva los dedos de su mano izquierda para evitar un calambre o malestar. Lo mismo podrá observarse en la pierna izquierda, ya que la atención a las extremidades izquierdas es normal.

Asignación de puntaje:

Puntaje = 3 El paciente ignora completamente sus extremidades izquierdas y nunca intenta, con la asistencia de la mano derecha, mover el brazo o pierna izquierda. Tampoco reconoce verbalmente cualquier molestia en su pierna o brazo izquierdo. No se puede observar ninguna atención por sus extremidades izquierdas.

Puntaje = 2 El tiempo dedicado al cuidado de sus miembros izquierdos es breve y con desempeño incompleto. Por ejemplo, durante la sesión entera, el paciente cuida de su brazo izquierdo una vez corréndolo hacia el apoyabrazos, pero durante el resto de la sesión, no se preocupa demasiado por él y lo deja sin querer colgando fuera de la silla. Otro ejemplo sería cuando se le pide al paciente que lave sus manos, y no lava su mano izquierda o sólo lo hace incidentalmente. O puede considerarse a la sesión entera como un período de tiempo continuo. Si el paciente cuida de sus extremidades izquierdas solo un tercio del tiempo, se le dará una puntuación de 2.

Puntaje = 1 ... Si el paciente atiende sus extremidades izquierdas dos tercios del tiempo, se le dará una puntuación de 1.

Puntaje = 0 El paciente presta atención y cuida de sus extremidades izquierdas tanto como lo hace con sus derechas. El paciente recibe un puntaje de 0, incluso si se queja de una dificultad para mover las extremidades izquierdas y podrá pedir ayuda, lo que significa que presta atención a éstos.

3. Atención auditiva – observar cuando se realiza un ruido fuerte

Asegúrese de que el paciente no tenga una pérdida severa de audición en ambos oídos. Un déficit bilateral de audición dificultará en absoluto escuchar cualquier sonido, por lo que no será posible evaluar esta categoría. Asegúrese de tomar nota de la pérdida de audición en la hoja de puntuación. Sin embargo, se podrá evaluar aún con la pérdida de audición de un oído, dado que la deficiencia auditiva de un solo oído no necesariamente impide que el paciente logre localizar la fuente de sonido.

Para observar esta categoría, asegúrese de estar fuera del campo de visión del paciente, y luego, sin previo aviso, haga un ruido fuerte a la derecha o a la izquierda del paciente. Puede dejar caer un objeto, como un cesto de basura, o aplaudir fuerte. Hágalo una vez para el lado derecho. Más adelante en la sesión, hágalo de nuevo a la izquierda.

Observe si el paciente manifiesta alguna reacción inmediata. Una reacción inmediata puede ser un sobresalto como un parpadeo o una mueca de dolor. Otro ejemplo podría ser girar rápidamente la cabeza hacia donde se produjo el sonido.

Asignación de puntaje:

Puntaje = 3 El paciente muestra una reacción inmediata al sonido que proviene del lado derecho, pero ninguna al sonido que proviene del lado izquierdo.

Puntaje = 2 El paciente muestra una reacción inmediata al sonido proveniente del lado derecho, pero la reacción al sonido del lado izquierdo es inadecuada e incorrecta. Por ejemplo, el paciente puede afirmar que oyó algo, pero no es capaz de identificar la localización del sonido realizado del lado izquierdo. O puede mover sus ojos, cabeza o cuerpo hacia su derecha cuando en realidad el sonido proviene de su lado izquierdo.

Puntaje = 1 El paciente reacciona de manera inmediata y correcta al sonido producido a su derecha, pero se observa que tarda más tiempo o que duda en reaccionar al sonido del lado izquierdo.

Puntaje = 0 Todas las reacciones observadas son correctas e inmediatas en ambos lados, derechos e izquierdos.

4. Pertenencias – *observar preguntando la localización de 3 objetos personales a la derecha del paciente, y 3 a la izquierda.*

A efectos de esta evaluación, un objeto puede considerarse “pertenencia” solo si éste se encuentra usualmente guardado en determinado lugar por el paciente. Por ejemplo, si el paciente siempre cuelga su abrigo en un ropero específico. Otro ejemplo podrían ser los anteojos de lectura que se encuentran siempre en el mismo cajón, o las flores que están siempre al lado de la ventana. Observe si el paciente puede decirle dónde se ubica cada objeto personal. El paciente responderá verbalmente o señalando la ubicación. Las pertenencias son objetos que el paciente usa a menudo y que probablemente se encuentren siempre en el mismo lugar. Entre estos objetos se pueden incluir una cartera o bolso, anteojos, cepillo de dientes, portarretratos, prendas de vestir, flores, tarjetas de felicitaciones, entre otros.

Cuando se observe esta categoría, no esconda ni ordene los objetos para que el paciente los encuentre. Los lugares preferidos para los objetos deberán ser determinados por el paciente, si la evaluación se lleva a cabo en un centro médico o en el hogar del paciente.

Asegúrese de preguntar la misma cantidad de objetos del lado izquierdo y derecho del paciente. Se sugiere preguntar por 3 o 6 objetos en orden por cada lado para facilitar la asignación de puntaje. Si existe una cantidad limitada de objetos, se podrá preguntar por los mismos objetos más tarde en la sesión, cuando la posición del paciente frente al objeto haya cambiado. Por ejemplo, al principio de la sesión, el paciente estaba mirando hacia la puerta, con el cepillo dental y los anteojos a su izquierda y su abrigo a su derecha. Luego, durante la sesión, cuando el paciente se haya dado vuelta, la relación con los objetos será opuesta: el abrigo estará a su izquierda, y el cepillo dental y los anteojos se encontrarán su derecha.

Al solicitarle al paciente que localice los objetos, es importante no plantear la pregunta de manera que se muestre tendenciosa respecto del espacio. Por ejemplo, en vez de decir: “¿Puede decirme si sus anteojos se encuentran a la izquierda o a la derecha?”, deberá decir: “No puedo encontrar sus anteojos. ¿Podría decirme donde están?”.

Como parte de su observación, se podrá tomar nota de la manera en que el paciente busca el objeto en sus alrededores y explora el ambiente. Podrá notar que el paciente mueve sus ojos hacia un lado o que mantiene su cabeza posicionada hacia el lado derecho. Dichas observaciones podrán brindar información adicional para puntuar mejor la categoría “Orientación de la mirada”. Como parte de la evaluación “Pertenencias”, se puede preguntar al paciente que localice su abrigo y continuar hacia la categoría “Vestido”.

Asignación de puntaje:

Puntaje = 3 El paciente siempre localiza y señala los objetos que se encuentran a su derecha pero falla en localizar cualquier objeto que se halle a su izquierda.

Puntaje = 2 El paciente siempre localiza y señala los objetos que se encuentran a su derecha pero falla en localizar dos terceras partes (2/3) de los objetos a su izquierda.

Puntaje = 1 El paciente siempre localiza y señala los objetos que se encuentran a su derecha pero falla en localizar y señalar un tercio (1/3) de los objetos a su izquierda.

Puntaje = 0 El paciente no duda en localizar y señalar todos los objetos ubicados a su derecha y a su izquierda.

5. Vestido – *observar solicitando al paciente que se coloque una camisa que se abroche por el frente o un abrigo.*

Para esta evaluación, utilice una camisa que se prenda por delante o un abrigo con botones. Se le puede decir al paciente: “¿Podría ponerse esto, por favor?” o “Muéstreme cómo se colocaría esto”.

Observe cómo el paciente realiza la tarea. Identifique las diferencias en el desempeño del lado izquierdo y el lado derecho del cuerpo.

Asignación de puntaje:

Puntaje = 3 El paciente solo intenta colocar su brazo derecho e ignora completamente su lado izquierdo, sin hacer ningún intento de colocar la manga en el brazo izquierdo. Tampoco reconoce necesitar ayuda.

Puntaje = 2 El paciente no reconoce necesitar ayuda. Comienza colocando su brazo derecho en la manga y continúa con la izquierda. Sin embargo, dedica menos tiempo en vestir su lado izquierdo, y la camisa está muy desordenada de ese lado. Finalmente, el desempeño en el lado izquierdo es incompleto e inefectivo.

Puntaje = 1 La diferencia entre el puntaje 1 y 2 es una cuestión de grado. En la asignación de un puntaje 1, el paciente tampoco reconoce necesitar ayuda. Primero atenderá su lado derecho, colocando su brazo derecho en la manga, y eventualmente con un poco de vacilación, colocará su brazo izquierdo en la manga. Al final, el paciente es capaz de colocarse la camisa, pero el lado izquierdo no está completamente abotonado o no se ve igual de bien que el lado derecho. El paciente no reconoce necesitar ayuda.

Puntaje = 0 El paciente pide ayuda con su lado izquierdo del cuerpo, y le presta atención a su brazo izquierdo esforzándose por completar la tarea.

Esto puede resultar confuso. ¿Por qué darle una puntuación de 0 a alguien que no puede completar la tarea? Esto es debido a que no se está evaluando la habilidad para vestirse, sino la conciencia de su discapacidad. Esto es importante. Si el paciente es físicamente incapaz de colocarse la camisa por encima de su hombro izquierdo o en su brazo izquierdo, pero es consciente de su discapacidad y pide ayuda, indica que el paciente no presenta negligencia en su brazo izquierdo durante la actividad. Si pide ayuda, bríndele asistencia.

6. Cuidado personal – *observar pidiéndole al paciente que realice 3 tareas de cuidado personal*

Esta categoría debe ser evaluada con un lavamanos y un espejo colocado por encima del mismo. Por lo general, se pueden hallar en la habitación del hospital donde usted ya se encuentra, o en el baño del hogar del paciente. Si el baño o el lavamanos se encuentran en otra habitación, podrá evaluar “Navegación” y “Colisiones” antes que “Cuidado personal”.

Si está en el hogar del paciente durante la observación de acicalamiento, también puede pedir que busque sus pertenencias en su propio baño – un cepillo de dientes, una toalla, un peine, etc. Eso lo ayudará a puntuar “Pertenencias”. Sin embargo, NO DEBE evaluar “Pertenencias personales” mientras observa “Cuidado personal” si la evaluación no está siendo tomada en el propio hogar del paciente. En otro escenario como puede ser una clínica o un hospital, es probable que los artículos de tocador sean movidos sin el conocimiento del paciente.

Durante el cuidado personal, también puede solicitarle al paciente que lave sus manos y así observar si se ocupa de sus dos manos o ignora la mano izquierda o derecha. Esto ayudará en la observación de “Conciencia de extremidad”.

Ahora vamos a centrarnos en “Cuidado personal”. Para evaluar la negligencia espacial en las actividades de cuidado personal, necesitará algunos suministros tales como un peine, un cepillo de pelo, jabón, toallas de tela o papel. Si aplica, puede proveer una afeitadora eléctrica. Sin embargo, si el baño o el lavamanos no se hallan accesibles como lo son en una sala de atención de pacientes ambulatorios, deberá acondicionar el entorno para poder llevar a cabo las tareas. Para más información, mire el Kit del examinador KF-NAP en el Apéndice.

Sugerimos que le solicite al paciente realizar 3 tareas de cuidado personal antes de asignar el puntaje. Puede pedirle al paciente que se lave la cara, que se la seque, y que peine o cepille su pelo.

Asignación de puntaje:

Puntaje = 3 En las tres tareas, el paciente sólo presta atención a su lado derecho y siempre ignora el lado izquierdo.

Puntaje = 2 El paciente siempre cuida primero su lado derecho, y falla en atender el lado izquierdo en al menos una de las tareas.

Puntaje = 1 El paciente completa de manera satisfactoria las tres tareas. Siempre cuida primero su lado derecho, y emplea significativamente menor tiempo y menos esfuerzo en su lado izquierdo.

Puntaje = 0 El paciente completa las tres tareas sin una asimetría izquierda-derecha aparente.

7. Desplazamiento – *observar al paciente pidiéndole indicaciones para llegar a lugares familiares, con el mismo número de giros a la derecha y a la izquierda*

Antes de observar “Desplazamiento”, asegúrese de conocer el nivel funcional del paciente. Consulte con el equipo terapéutico, el doctor o miembros de la familia para determinar la movilidad del mismo. Si usted no está entrenado para transferir o deambular con una persona que necesite asistencia, por favor solicítela.

Pida al paciente que encuentre el camino hacia un lugar familiar. El paciente puede estar caminando o en silla de ruedas. En el contexto hospitalario, es probable que el paciente tenga que permanecer en silla de ruedas. Dependiendo de la política del servicio o de las condiciones físicas del paciente, puede caminar con o sin ayuda, o puede utilizar la silla de ruedas con la mano o con el pie. Se puede empujar la silla de ruedas mientras el paciente señala el camino hacia el lugar que le resulta familiar. Puede dirigirlo mediante gestos, con la mano o verbalmente.

Si en la habitación del paciente hay suficiente espacio para deambular, puede pedirle que se traslade hacia el baño o al lavamanos como una transición a la evaluación “Cuidado personal”. Cuando las actividades de cuidado personal finalicen, puede pedirle que vuelva hacia su cama. No obstante, es preferible elegir un lugar fuera de la habitación para poder observar mejor el desplazamiento. Un lugar familiar más allá de su habitación, podría ser la cafetería o el gimnasio. Puede decir “¿Puede llevarme hasta el gimnasio?”.

Lo mejor es que este lugar requiera un número igual de giros a la derecha y a la izquierda. Cuando haya un número limitado de giros, se puede pedir al paciente que llegue a destino, y luego que vuelva al lugar del que partió. Lo mejor es que la distancia recorrida entre las ubicaciones sea lo suficientemente lejos para determinar si existe un déficit en la conciencia espacial.

Asignación de puntaje:

Puntaje = 3 El paciente solo trata de hacer giros hacia la derecha para llegar al destino. El paciente suele ser incapaz de llegar al destino final.

Puntaje = 2 El paciente hace mayor cantidad de giros a la derecha de lo necesario y sólo gira a la izquierda cuando no le queda otra opción. En un giro a la izquierda, puede dudar por algunos segundos o más, y puede elegir una ruta más larga por su tendencia para girar a la derecha. Al final, el paciente puede no ser capaz de llegar a destino.

Puntaje = 1 El paciente hace mayor cantidad de giros a la derecha de lo necesario y algunos giros a la izquierda para llegar a destino. Duda en los giros a la izquierda y puede tomar una ruta más larga por su tendencia a girar a la derecha. Al final, el paciente puede ser capaz de llegar a destino final.

Puntaje = 0 El paciente emplea aproximadamente un número igual de giros a la derecha y a la izquierda para llegar al destino. Es capaz de llegar a destino de forma correcta.

8. Colisiones – *observar cuando el paciente se mueve de un lugar a otro por sus propios medios*

El objetivo de esta evaluación es determinar si el paciente puede circular por el ambiente sin colisionar con ningún objeto.

¿Qué pasa si el paciente gira cuando debería caminar derecho? Virar y colisionar son cosas distintas. Los pacientes con negligencia espacial pueden girar a la derecha o a la izquierda cuando se supone que deberían caminar derecho. Por lo tanto, girar no es la mejor manera de determinar si el paciente tiene negligencia de un lado o del otro. Independientemente, la colisión con un objeto por lo general ocurre del lado izquierdo, lado al cual los pacientes prestan menos atención.

Nos enfocaremos en la observación de colisiones. Si el paciente tiene un déficit cardíaco, o no puede caminar incluso con un dispositivo de asistencia, o no puede usar la silla de ruedas, y no es capaz de propulsarla por sí mismo, marque esta categoría en la hoja de puntuación como “n/a” (no aplicable) y anote los motivos.

Es más probable ver una colisión cuando el paciente hace un giro hacia la izquierda o la derecha. También, son más probables de ver cuando hay objetos a lo largo de un pasillo recto. Puede colocar ítems, estratégicamente, a lo largo del camino que realice el paciente. Es importante que el número de obstáculos colocados sea el mismo del lado derecho y del lado izquierdo del paciente.

Si, en cualquier momento de la observación, el paciente se pone en peligro, y corre riesgo inmediato de chocar con una pared o un mueble, por favor intervenga y evite que esto suceda. Si para usted es obvio que sin su ayuda se hubiera producido una colisión, puede anotar el incidente como colisión en esta evaluación.

Asignación de puntaje

Puntaje = 3 El paciente choca con objetos o paredes en su lado izquierdo en casi todos los giros y movimientos.

Puntaje = 2 El paciente choca con objetos o paredes en su lado izquierdo frecuentemente y mucho más seguido que con ítems a su derecha.

Puntaje = 1 El paciente choca con objetos o paredes en su lado izquierdo con poca frecuencia, pero más seguido que con los ítems a su derecha.

Puntaje = 0 El paciente no colisiona con ningún objeto a lo largo de su camino.

9. Comidas – observar cuando el paciente come

Las siguientes categorías: “Comidas” y “Limpieza después de las comidas”, pueden ser observadas al mismo tiempo. En la categoría “Comidas”, se observará y evaluará al paciente intentando comer una comida o una colación grande. Sin embargo, no se evaluará la habilidad para masticar o tragar, que también puede verse afectada. Se evaluará cómo el paciente localiza los ítems en la bandeja.

Asegúrese de preparar y acomodar los ítems en la bandeja antes de presentársela al paciente. Todos los ítems relacionados, la comida, los utensilios, los condimentos, el café y la leche deben estar organizados de manera convencional en la bandeja. Aunque, deben estar colocados lo más simétricamente posible.

Recomendamos observar esta categoría durante la hora real de la comida si el paciente se encuentra hospitalizado. Si se encuentra en una clínica, puede pedir al paciente o a su cuidador que traigan los ítems para la comida. Si el paciente solo trae una colación, deberá tener platos, utensilios e incluso alimentos adicionales a disposición para proporcionar un número suficiente de elementos para la evaluación.

Nos centraremos en el entorno hospitalario. Usted podrá sentarse y mantener una conversación casual con el paciente mientras come su comida, como ser el desayuno o el almuerzo. Cuando el paciente pregunte por algún elemento, debe dar una respuesta imparcial. Por ejemplo, podrá observar que el paciente mira a su alrededor para localizar un ítem particular en la bandeja. Esta observación ayudará a puntuar “Orientación de la mirada”. Si el paciente realiza una pausa larga y deja de comer, puedes preguntar: “¿Ha terminado o le gustaría algo más?”

Asignación de puntaje:

Puntaje = 3 El paciente sólo come la comida que se encuentra en el lado derecho y no es capaz de encontrar ítems en el lado izquierdo. Por ejemplo, pregunta por el café aunque éste se encuentre en la bandeja. Una vez dicho que el café está en la bandeja, es incapaz de mirar hacia la izquierda o encontrarlo.

Puntaje = 2 El paciente principalmente come la comida ubicada a la derecha y rara vez la que se encuentra ubicada a la izquierda. El paciente busca comida o elementos de derecha a izquierda, pero le es difícil encontrar ítems en la bandeja. No siempre encuentra los ítems situados a la izquierda.

Puntaje = 1 El paciente ingiere alimentos principalmente del lado derecho y duda para tomar comida del izquierdo. El paciente busca comida u objetos de derecha a izquierda.

Puntaje = 0 El paciente encuentra/come comida de su lado derecho e izquierdo sin ninguna dificultad o asimetría observable. Es capaz de encontrar, tocar y reconocer todos los ítems del plato y la bandeja.

10. Limpieza después de las comidas – *observar mientras el paciente come y una vez que terminó de comer*

Observará si el paciente se limpia espontáneamente ambos lados de la boca durante y después de la comida.

Asignación de puntaje:

Puntaje = 3 El paciente sólo se limpia el lado derecho de su boca. Durante la comida, raramente percibe la necesidad de limpiarse, y un poco de comida puede quedar en el rincón izquierdo de su boca durante y después de la comida.

Puntaje = 2 El paciente limpia el lado derecho de su boca, pero muestra un esfuerzo ineficiente e incompleto para limpiar su lado izquierdo. El paciente limpia algunas veces el lado izquierdo de su boca, pero no lo hace la cantidad de veces necesaria o con cuidado como lo hace en su lado derecho. Al finalizar la comida, puede haber comida en el costado izquierdo de la boca. La diferencia entre el puntaje 1 y 2 es un problema de grados. Si lo cuantificamos, para la puntuación 2 el paciente limpia el lado derecho, aproximadamente 3 veces más a menudo que el izquierdo, y...

Puntaje = 1 El paciente limpia el lado derecho 2 veces más a menudo que el izquierdo. Si el lado izquierdo se encuentra limpio, no estará tan limpio como el derecho.

Puntaje = 0 El paciente limpia ambos lados de su boca durante y después de la comida, y no deja comida en o alrededor de la misma.

Referencias

1. Azouvi P, Marchal F, Samuel C, et al. Consecuencias y conciencia funcional de la negligencia unilateral: estudio de una escala de evaluación. *Neuropsicología. Rehabilitación*. Abril 1996;6(2):133-150.
2. Bergego C, Azouvi P, Samuel C, et al. *Validation d'une echelle d'évaluation fonctionnelle de l'héminegligence dans la vie quotidienne: l'échelle C.B. Annales de Readaptation et de Médecine Physique*. 1995;38:183-189.
3. Chen P, Hreha K, Fortis P, Goedert KM, Barrett AM. *Evaluación funcional de la negligencia especial: revisión de la Escala Catherine Bergego e introducción del Proceso de Evaluación de Negligencia de la Fundación Kessler. Rehabilitación post infarto* 2012;19(5):423-435.
4. Chen P, Hreha K, Pitteri M. *Proceso de evaluación de negligencia de la Fundación Kessler: KF-NAP 2014*. West Orange, New Jersey, USA: Kessler Foundation; 2014.
5. Heilman KM, Watson RT, Valenstein E. Negligencia y trastornos relacionados. In: Heilman KM, Valenstein E, eds. *Neuropsicología Clínica* 5ta. Edición, New York: Oxford University; 2012:296-348.
6. Alvarez TL, Kim EH, Vicci VR, Dhar SK, Biswal BB, Barrett AM. Disfunciones oculares concurrentes en la insuficiencia de convergencia con daño cerebral. *Optometría. Vis. Sci.* Dec 2012;89(12):1740-1751.
7. Pavlovskaya M, Groswasser Z, Keren O, Mordvinov E, Hochstein S. Asimetría hemisférica en la atención visual en pacientes con daño cerebral. *Rehabilitación Cognitiva Cerebral*. Jun 2007;64(1):21-29.
8. Chen P, Chen CC, Hreha K, Goedert KM, Barrett AM. Kessler Foundation Neglect Assessment Process measures spatial neglect during activities of daily living. *Fisiología. Medicina. Rehabilitación*. Disponible en prensa.
9. Shah P, Spaldo N, Barrett AM, Chen P. Evaluación e impacto de la negligencia alocténtrica: recañtulación del estudio de un caso. *El Neurpsicólogo clínico*. 2013;27(5):840-863.

Kit del examinador KF-NAP™

Para observar las categorías de Atención Auditiva, Vestido, Cuidado Personal, Comidas y Limpieza después de las Comidas

- Atención Auditiva (Categoría 3)
 1. Un cesto de basura vacío o cualquier objeto seguro con el fin de arrojarlo al suelo y provocar un sonido fuerte e inesperado

- Vestido (Categoría 5)
 2. Guardapolvo o una camisa con botones

- Cuidado Personal (Categoría 6)
 3. Palangana plástica
 4. Espejo con soporte
 5. Objetos para el cuidado personal: cepillo para el cabello, jabón, toalla de papel

- Comidas (Categoría 9)
 6. Bandeja de comida
 7. Utensilios
 8. Agua y comida

- Limpieza después de las comidas (Categoría 10)
 9. Servilletas



Hoja de puntuación KF-NAP™

Fecha: _____

Paciente: _____

Hora: _____ am/pm

Examinador: _____

Proceso de evaluación de Negligencia de la Fundación Kessler (KF-NAP™)

Cómo utilizar la Escala Catherine Bergego para valorar la negligencia espacial

	Categoría	0 sin negligencia	1 negligencia leve	2 negligencia moderada	3 negligencia severa	N/A (indique razones)
1	Orientación de la mirada					
2	Conciencia de extremidad					
3	Atención auditiva					
4	Pertenencias personales					
5	Vestido					
6	Cuidado personal					
7	Desplazamiento					
8	Colisiones					
9	Comidas					
10	Limpieza después de las comidas					

Lado negligente (redondeé uno): negligencia unilat. espacial **izquierda** negligencia unilat. espacial **derecha**

Suma de los puntajes asignados: Cantidad de categorías puntuadas:	----- x 10 = Puntaje Final
--	-----------------------------------

Severidad de la negligencia (redondeé una): Ausente (0); Leve (1-10); Moderada (11-20); Severa (21-30)
Notas

- Observe el Manual de la KF-NAP 2015 para instrucciones detalladas de cada categoría.
- Se recomienda que la KF-NAP se administre por individuos capacitados solamente. La KF-NAP puede ayudar a los clínicos a realizar un diagnóstico relacionado a la negligencia espacial. La Fundación Kessler no es responsable por los diagnósticos clínicos.