



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN  
MARTÍN**

**INSTITUTO CIENCIAS DE LA REHABILITACIÓN  
Y EL MOVIMIENTO**

**LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL**

**ASIGNATURA: DISEÑO DE TRABAJO FINAL**

**EQUIPO DOCENTE:**

Dra. Mariela Nabergoi  
Esp. Andrea Albino  
Lic. Florencia Itovich  
Lic. Luisa Rossi  
Lic. Macarena Lopez

**DOCENTES SUPERVISORES:**

Dra. Mariela Nabergoi  
Lic. Luisa Rossi

**TRABAJO FINAL INTEGRADOR**

***TEMA:** “Estrategias compensatorias que realizan los pacientes de 65 años y más con diagnóstico de insuficiencia cardíaca clase III, para completar las actividades diarias de baño y vestido ante la dificultad que le generan los síntomas asociados”*

**Grupo 24**

**Año de cursada: 2017**

**Alumnas:**

Bustos, Fernanda Daniela  
DNI 37.294.579

[fernanda.dbustos@gmail.com](mailto:fernanda.dbustos@gmail.com)

Llanes Alvarez, Angeles  
DNI 32.047.319

[angelesllanes@gmail.com](mailto:angelesllanes@gmail.com)

**Octubre 2018**

## AGRADECIMIENTOS

- ✚ A nuestras familias y afectos, por el apoyo y el cariño que nos dieron en cada paso que avanzábamos.
- ✚ Al Prof. Dr. Gustavo Otegui, quien amablemente se interesó por nuestro trabajo y brindó su tiempo para leerlo y hacer invalorable aportes al mismo.
- ✚ Al Prof. Dr. Marcelo Álvarez, por abrirnos las puertas del Hospital de Clínicas “Gral. José de San Martín”.
- ✚ A la Lic.TO Sandra Clariá y la Dra.Romina Rubin directora médica del Nuevo hogar LeDor VaDor, quienes amablemente colaboraron con esta investigación.
- ✚ Al equipo docente, por acompañarnos y guiarnos a lo largo de este proceso.
- ✚ A nosotras. Nos agradecemos mutuamente por nuestro compañerismo, por tenernos la paciencia necesaria para aprender y confianza en que así sería.

## INDICE

### **INTRODUCCIÓN**

Área	3
Tema	3
Palabras claves	3
Planteamiento del problema	3
Pregunta de investigación	3
Relevancia y justificación	5
Hipótesis	8
Objetivos	8

### **DESARROLLO**

Marco teórico	11
---------------	----

### **METODOLOGÍA**

Tipo de diseño	22
Universo y muestra	23
Matriz de datos	25
Definiciones operacionales	30
Fuentes e instrumentos	32
Aspectos Éticos	33

<b>Análisis de los datos</b>	33
------------------------------	----

<b>Resultados</b>	37
-------------------	----

Conclusiones	61
--------------	----

Bibliografía	65
--------------	----

Anexos	68
--------	----

## INTRODUCCIÓN

### ÁREA Y TEMA

Estrategias compensatorias que realizan los pacientes de 65 años y más, que habitan en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o en el Gran Buenos Aires, entre los meses de junio y septiembre de 2018, con diagnóstico de insuficiencia cardíaca clase III, para completar las actividades diarias de baño y vestido ante la dificultad que le generan los síntomas asociados

### PALABRAS CLAVE

Síntomas asociados a insuficiencia cardíaca, estrategias compensatorias en Actividades de la vida diaria, insuficiencia cardíaca, personas de 65 años y más.

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA CIENTÍFICO

La investigación estará enfocada en personas de 65 años y más que presenten síntomas asociados a insuficiencia cardíaca clase III y que habiten en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o Gran Buenos Aires, durante los meses de Junio y Septiembre 2018.

Con tal fin nos proponemos responder a las preguntas:

¿Cuál es el síntoma asociado a la insuficiencia cardíaca clase III que más problemas representa, para la finalización autónoma de las actividades de la vida diaria (a partir de ahora, AVD) de baño y vestido?

¿Qué estrategias compensatorias utiliza/ realiza la persona durante sus actividades de baño y vestido?

¿Cómo contribuyen estas adaptaciones/ estrategias compensatorias al desempeño de los individuos?

¿Cuál es la relación que existe entre la cantidad de estrategias compensatorias y la edad del individuo?

¿Qué relación existe entre el uso de estas estrategias compensatorias y el sexo del paciente?

¿Realizan más, menos o igual cantidad de adaptaciones y/o estrategias compensatorias las personas que reciben ayuda de terceros en comparación a las que no la reciben?

Finalmente, se rastrearán las adaptaciones/ estrategias compensatorias que realizan los pacientes entrevistados en sus lugares de atención y hogares, basándonos en algunas pautas propuestas en el libro “Terapia Ocupacional y disfunción física” (Turner, 2003. Pág: 595) correspondientes a las actividades planteadas como objeto de estudio, donde se aconseja a los pacientes:

Sobre el lavado:

- Las duchas sobre la bañera y los monocomando reducen el trabajo necesario para ducharse y bañarse.
- La ventilación aumentada de la habitación y el evitar la aplicación del agua directamente sobre la cara, reducen el riesgo de hiperventilación.
- La preparación de todos los artículos necesarios en un lugar próximo, preferiblemente en un estante a la altura de los hombros, reduce la necesidad de inclinarse y evita los esfuerzos para alcanzar objetos alejados.
- Es más fácil secarse con un bata de baño que con una toalla.
- El empleo de un banquito junto al lavamanos, reduce la estancia de pie.
- Los utensilios con mangos largos facilitan la limpieza de la porción inferior de las piernas y los pies.

Sobre el vestido:

- Empleo de vestidos sueltos, especialmente en la cintura y el cuello.
- Vestirse en postura sentada y ponerse las faldas introduciéndolas por la cabeza, para disminuir la necesidad de inclinarse.
- Empleo de ayudas para vestirse, como ajustadores y un calzador de mango largo, para no tener que inclinarse.
- Organizar y colocar juntas todas las prendas, antes de comenzar a vestirse.

## **RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN**

Hoy en día, por primera vez en la historia, la mayoría de las personas puede aspirar a vivir más allá de los 60 años. En los países de ingresos bajos y medianos, esto se debe en gran parte a la notable reducción de la mortalidad en las primeras etapas de la vida, sobre todo durante la infancia y el nacimiento, y de la mortalidad por enfermedades infecciosas. En los países de ingresos altos, el aumento sostenido de la esperanza de vida actualmente se debe sobre todo al descenso de la mortalidad entre las personas mayores (OMS, 2015).

Las personas mayores hacen aportes a la sociedad de muchas maneras, ya sea en sus familias, su comunidad o en la sociedad en general. Sin embargo, las oportunidades que tendremos al envejecer depende en gran medida de algo fundamental: nuestra salud. Si las personas viven esos años adicionales de vida en buen estado de salud, su capacidad para hacer lo que valoran se verá apenas limitado. Pero si esos años sumados a la vejez se caracterizan por la disminución de la capacidad física y mental, las consecuencias para las personas mayores y sus familias serán mucho más negativas.

En nuestro país, las “Enfermedades del sistema circulatorio” son las principales causas de defunción, constituyendo 96.252 casos en el año 2015. De los casos antes mencionados, la insuficiencia cardíaca representó la causa de 25.174 muertes. (Dirección de estadísticas e información de salud). A su vez, cuando la enfermedad no determina una causa de muerte, “produce una situación de discapacidad, al presentar limitaciones de la actividad y restricciones en la participación, como consecuencia de la aparición de deficiencias en las funciones cardíacas, especialmente en relación a la capacidad de resistencia física” (A. Vila Paz; I. De RosendeCeleiro, 2016)

Los objetivos de los servicios de rehabilitación cardíaca, orientados a la atención de personas con las enfermedades antes mencionadas, se orientan hacia el aumento de la capacidad funcional cardíaca de la persona para que esta luego pueda volver a participar de todas aquellas actividades significativas en las que se ocupaba previamente, manteniendo hábitos saludables (A. Vila Paz; I. De RosendeCeleiro, 2016). Estos objetivos corresponden a los intereses propios de la disciplina de Terapia Ocupacional, por lo que se considera que corresponde a un campo de acción de la misma.

Tal y como expresan Alba Vila Paz e Iván de RosendeCeleiro en el artículo Contribución de la Terapia Ocupacional en la rehabilitación cardíaca: intervención, desafíos y reflexiones, respecto a la participación de la disciplina en los equipos de rehabilitación cardíaca, “a pesar de su rol destacado en la promoción de la autonomía, la implementación de estrategias de Terapia Ocupacional continua siendo muy reducida en el ámbito de la cardiología; [...] , es necesario incorporar a este profesional en los equipos interdisciplinarios de intervención en personas con ECV” (Enfermedades cardiovasculares), justificamos el aporte teórico de la presente investigación en cuanto a los conocimientos acerca de las dificultades que se les presentan a los individuos que padecen esta enfermedad y como las logran superar para continuar de forma autónoma la realización de las AVD, con un fin preventivo. Realizará este trabajo un gran aporte educativo para los pacientes que presenten la enfermedad de insuficiencia cardíaca, principalmente por las escasas fuentes de información propias en nuestro país, como también por las descripciones que se intentarán brindar acerca de cuáles son las estrategias compensatorias y las adaptaciones que se llevan adelante más comúnmente para hacer frente a los síntomas asociados e intentar prolongar los momentos sin su presencia.

La relevancia práctica se encuentra directamente relacionada con los aportes teóricos de dicho trabajo. De los mismos surgirán cuales son las estrategias y adaptaciones más utilizadas por los pacientes, como también su prevalencia según sexo y grupo etario de los adultos mayores. De este modo podrán ser transmitidos a los pacientes que inician con los primeros síntomas de insuficiencia cardíaca, haciendo posible el brindarles de forma temprana un entrenamiento de las estrategias compensatorias como también del uso de las adaptaciones, desde el inicio de la enfermedad.

Por último, la relevancia social del trabajo, se encuentra vinculada con los aportes teóricos y prácticos, ya que se orienta a mantener la participación de los pacientes en las actividades básicas de la vida diaria. A su vez, favorecerá al entorno vincular próximo del mismo (familiares, cuidadores, amigos), ya que brindará conocimientos acerca de las estrategias compensatorias y adaptaciones utilizadas por otras personas con similares características patológicas, lo que permite la posibilidad de anticiparse y brindar la ayuda adecuada ante las dificultades que pudieran presentar estos pacientes en las actividades desarrolladas en el presente trabajo.

Es sabido que los adultos mayores ven afectada su capacidad funcional, estando ésta formada por “... Los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características” (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Por esta razón, y con el fin de que las personas mayores vean afectada su capacidad funcional lo menos posible, el presente trabajo acercará a la población en general información acerca de cuáles son las estrategias compensatorias y las adaptaciones más utilizadas por los pacientes para mantenerse en función por el mayor lapso de tiempo posible.



## **HIPÓTESIS**

El trabajo de investigación apunta a constatar o refutar los siguientes enunciados:

1. Los pacientes de 65 años y más que padecen disnea secundaria a insuficiencia cardíaca clase III, presentan alteraciones en la ejecución de las actividades de AVD de baño y vestido con respecto a cómo la realizaban anteriormente a la presencia de la enfermedad.
2. Las alteraciones de las AVD de baño y vestido se originan mayormente como consecuencia a la disnea (Sensación subjetiva del paciente de falta de aire) que padecen los pacientes durante la ejecución de dichas actividades.
3. Los pacientes requieren, para completar la AVD de baño, el agregado/modificación de un objeto o espacio donde se realizan las actividades.
4. Los pacientes requieren, para realizar por completo la AVD de vestido, la participación de un tercero que asista de forma física.

## **OBJETIVOS**

El presente trabajo de investigación busca cumplir los siguientes objetivos:

### **OBJETIVOS GENERALES**

- Explorar las alteraciones del desempeño en las AVD de baño y vestido, previo y posteriormente al desarrollo de la enfermedad de insuficiencia cardíaca según la percepción de los pacientes.
- Enumerar los síntomas y/o signos presentes durante el desempeño de las AVD de baño y vestido, que dificultan el cumplimiento de las actividades.

- Evidenciar la presencia de adaptaciones durante el desempeño de las AVD de baño, realizadas para poder completar dicha actividad en pacientes de 65 años y más, que viven en CABA y Gran Buenos Aires durante los meses de junio y septiembre de 2018.
- Constatar la presencia de un tercero durante la realización de la AVD de vestido en pacientes de 65 años y más con insuficiencia cardiaca clase III.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar la/s etapas de la actividad en las que presentan diferencias en el desempeño actual con respecto al desempeño que tenían previo a padecer insuficiencia cardíaca clase III, durante la realización de las AVD de baño y vestido.
- Identificar los síntomas y/o signos que dificultan el cumplimiento de las actividades más frecuentemente durante el desempeño de las AVD de baño y vestido.
- Identificar las adaptaciones que son realizadas tanto en el entorno físico como en los pasos de la actividad de baño por las personas de 65 años y más con insuficiencia cardiaca clase III.
- Reconocer en qué paso de la actividad de vestido es más frecuente la asistencia física de un tercero para la realización de la actividad de forma completa por pacientes con insuficiencia cardiaca clase III de 65 años y más.

### **OBJETIVOS DE ENTRECruzAMIENTO DE VARIABLES**

- Relacionar cantidad de estrategias compensatorias usadas con la edad de los pacientes.

- Reconocer los pasos de las AVD estudiadas más afectados por los síntomas y/o signos de la enfermedad cardíaca.
- Conocer la relación existente entre la cantidad de estrategias compensatorias usadas y el sexo del paciente.
- Comparar las características de las adaptaciones, entre los pacientes que reciben apoyo de terceros y los que no.

## MARCO TEÓRICO

En “La Asamblea Mundial sobre el envejecimiento” convocada por la Organización de las Naciones Unidas en Viena en 1982, se acordó considerar como ancianos a la población de 60 años y más. Posteriormente a los individuos de este grupo poblacional se les dio el nombre de “adultos mayores”. (Varela, 2003).

La dinámica de la salud en la vejez es compleja, los elementos que entran en juego se expresan, en última instancia, en las capacidades físicas y mentales y en el funcionamiento de la persona adulta mayor. Con los años, se producen numerosos cambios fisiológicos fundamentales, y aumenta el riesgo de enfermedades crónicas. Después de los 60 años, las grandes cargas de la discapacidad y la muerte sobrevienen debido a la pérdida de audición, visión y movilidad relacionada con la edad y a las enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y la demencia.

Dado que el envejecimiento también se asocia con un mayor riesgo de presentar más de una afección crónica al mismo tiempo (lo que se conoce como multi morbilidad), sería simplista considerar el impacto de cada afección por separado. Por ejemplo, en Alemania, se estima que el 24 % de las personas de entre 70 y 85 años presentan cinco enfermedades o más a la vez (OMS, 2015). Estos estados de salud complejos tampoco son estáticos. En una persona mayor, la insuficiencia cardíaca congestiva, por ejemplo, puede tomar distintas trayectorias típicas, y las necesidades de la persona y las de sus cuidadores pueden variar de manera predecible según la trayectoria de la enfermedad.

Al evaluar las necesidades de salud de una persona adulta mayor, no solo es importante tener en cuenta las enfermedades que puede presentar, sino también cómo estas interactúan con el entorno y repercuten en su capacidad funcional: “La capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características. La capacidad intrínseca es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona.” (OMS, 2015)

El entorno comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida de una persona. Incluye —desde el nivel micro hasta el nivel macro— el hogar, la comunidad y la sociedad en general. Sin embargo, el nivel de funcionalidad se determina no sólo mediante la evaluación de las capacidades físicas y mentales, sino también por las interacciones que tenemos con los entornos que habitamos a lo largo de la vida. Estas influencias del entorno en la salud durante la vejez pueden ser muy diferentes y abarcan, por ejemplo, las características físicas de los entornos naturales y construidos y las redes sociales a las que pueden recurrir las personas adultas mayores. Serán estas influencias las que definirán las capacidades físicas y mentales que presentamos en cada momento y serán las que determinan, si podemos hacer las cosas que queremos. Por ejemplo, si queremos ir a algún lugar, ¿tenemos transporte a disposición para llegar hasta allí?

Sin embargo, si las personas mayores pueden lograr o no las cosas que les importan dependerá no solo de esa capacidad, sino también de otras interacciones con el entorno que habitan en un momento determinado de su vida. Esta combinación final entre la persona y su entorno, y la interacción entre ellos, es lo que se conoce como la capacidad funcional del individuo.

A partir de la lectura de los textos, se concluye como relevante la enfermedad en personas adultas mayores a partir de los 65 años, ya que el 5% de los individuos entre 65 y 75 años y entre el 10 y 20% de las mayores de 80 años la presentan a nivel global (Guillén Lera 2008. Pág: 789.) Se considera, además, que esta población posee un deterioro natural a causa del envejecimiento en sus factores personales (llamadas “Características del cliente” en el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso, 2010) que son potenciados por los síntomas de la enfermedad, siendo mayormente afectadas sus habilidades para desempeñarse de forma independiente en sus AVDB. Estas “características del cliente” son “...aquellas habilidades, características o creencias propias de los individuos que pueden afectar su rendimiento en el desempeño de una ocupación. Estas características del paciente se ven afectadas por la presencia o ausencia de enfermedad, la privación y la discapacidad. Esta situación afecta y está afectada por las destrezas de ejecución, las demandas de la actividad y los factores contextuales y del entorno” (AOTA, 2008 p: 13).

A medida que las personas envejecen, sufren una acumulación gradual de daños moleculares y celulares que ocasiona una disminución general de las reservas fisiológicas. Estos amplios

cambios fisiológicos y homeostáticos son, en gran medida, inevitables, a pesar de que su grado varía considerablemente entre individuos de la misma edad cronológica. Además de estos cambios fundamentales, la exposición a una serie de influencias positivas y negativas del entorno en el curso de la vida puede influir en el desarrollo de otras características de salud, como factores fisiológicos de riesgo (por ejemplo, hipertensión arterial), enfermedades, lesiones y síndromes geriátricos más amplios.

En el sistema cardiopulmonar la eficacia respiratoria se reduce con la edad. La persona inhala menor volumen de aire debido a los cambios musculo esqueléticos de los pulmones, que tienden a reducir su tamaño. (Torres Olmedo, 2003). Se presenta una disminución del intercambio gaseoso provocado por la disminución del tamaño del tórax y de la capacidad pulmonar, por último se puede presentar disnea como consecuencia de una falta de oxígeno a los músculos al aumentar la actividad.

Se presenta un menor aporte sanguíneo, como consecuencia a una reducción de la elasticidad arterial al igual que el músculo cardíaco, provocando un aumento de la tensión arterial diastólica. Dando como resultado una disminución en la capacidad de trabajo del corazón. Las válvulas del corazón tienden a hacerse más rígidas, lo cual ocasiona la reducción de su capacidad de llenado y vaciado. Además, el bombeo de la sangre se reduce debido a los cambios que se produce en las arterias coronarias, que proporcionan cantidades cada vez menores de sangre al músculo cardíaco, estos cambios se hacen presentes al aumentar la actividad física y se manifiesta mediante fatiga respiratoria.

La elasticidad de las arterias pequeñas se reduce debido al engrosamiento de sus paredes y a los depósitos de calcio de la capa muscular, provocando un menor aporte sanguíneo a las piernas y al cerebro, lo que provoca dolores en las piernas y mareos frecuentes.

La sumatoria de estos cambios fisiológicos, acompañado de los factores predisponentes tanto hereditarios como adquiridos y ambientales, resultan en la aparición de la insuficiencia cardíaca en el anciano. La insuficiencia cardíaca es una enfermedad crónica, definida como “síndrome clínico, debido a la incapacidad de los ventriculos para eyectar la sangre o para llenarse sin un aumento compensatorio de la presión auricular en reposo y/o esfuerzo”. (Argente Álvarez, 2005. p: 345) Que tiene como una de sus consecuencias más incapacitantes la fatiga, la cual se define como la “Sensación de cansancio que se experimenta durante una

actividad o después de ella” (Willard&Spackman, 2011. p: 558).

Esta enfermedad generalmente suele estar relacionada con otros cuadros que afectan a la persona, como por ejemplo vasculopatía periférica, diabetes, enfermedad respiratoria e insuficiencia renal. A su vez, podrían existir algunos casos de depresión y defectos cognitivos, tal como A. Turner, M. Foster y S. Johnson citan a Rich en el libro “Terapia Ocupacional y disfunción física. Principios, técnicas y práctica (2003)”.

Sus síntomas y signos más comunes son:

*Disnea:* Síntoma. Definida como “La respiración trabajosa y dificultosa; es una forma desagradable de respirar, si bien no es dolorosa en el sentido usual del término. Es subjetiva y, al igual que el dolor, involucra tanto la percepción de la sensación por el paciente como su reacción ante la misma ” (Argente Álvarez, 2005. p: 84)

Esta disnea, puede mejorar con cambios de postura en los casos más leves, sin embargo cuando la gravedad del cuadro es avanzado, compromete a gran escala la realización de las actividades cotidianas.

*Edema:* Signo. Definido como: “Existencia de líquido en el espacio intersticial... El edema se origina por aumento de la presión hidrostática de los capilares sanguíneos en relación a su entorno, y/o por disminución de la presión osmótica coloidal de la sangre” (Kumar, Abbas, Fausto, 2005. p: 122 ). Perpetúa la incapacidad de la persona limitando la capacidad de llevar a cabo las AVD.

*Dolor:* Síntoma. Influido multifactorialmente y relacionado a su vez con las actividades u oportunidades perdidas por la persona (Turner, Foster, Johnson. 2003), ya que consideramos que la dificultad para participar o ser parte de aquellos entornos y actividades que hacen a la identidad de la persona a causa de limitaciones en la salud, acrecientan este síntoma.

La New York Association crea una clasificación de la Insuficiencia Cardíaca en la cual caracteriza la gravedad del cuadro respecto a los síntomas antes descritos. Consiste en cuatro clases funcionales que se van incrementando.

CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN
Clase I	Ausencia de síntomas o limitaciones cuando se realizan actividades físicas habituales (caminar, subir escaleras, etc.)
Clase II	Síntomas leves (Disnea leve, palpitación, fatiga y/o angina de pecho) y ligera limitación durante la actividad física habitual.
Clase III	Limitación importante de la actividad debido a los síntomas, incluso con actividades inferiores a las habituales (caminar distancias cortas (20/100 metros)). Solo se encuentra cómodo en reposo.
Clase IV	Limitaciones graves con síntomas incluso en reposo. Principalmente se trata de pacientes encamados.

Tabla 1: Clasificación funcional de la New York Heart Association (NYHA). (La Rue, Joseph y Ewald, 2014. "Manual Washington de terapéutica médica" Pág: 172).

Considerando el cuadro de la clasificación de la NYHA, enfocaremos la investigación en la población de pacientes con insuficiencia cardíaca clase III, ya que dentro de este grupo las limitaciones en las actividades están acentuadas y son importantes a causa de los síntomas y signos secundarios de la insuficiencia cardíaca, sin embargo el individuo se mantiene activo.

### **Consumo de energía y las actividades cotidianas**

Tal y como Crepeau y BoytSchell (2011) citan a Pierce (2001) en el libro Willard&Spackman, donde menciona que se conoce a las actividades como "(...) una clase de acciones humanas definidas culturalmente (...)". Estas requieren de una serie de demandas para poder ser ejecutada con eficacia, así es como se ven implicados los siguientes aspectos: los objetos y sus propiedades, espacio, demandas sociales, secuencia y ritmo de tiempo, acciones y habilidades requeridas, y funciones y estructuras corporales necesarias para llevar a cabo la actividad". (AOTA, 2011. p 21).



A su vez, las actividades pueden clasificarse en 2 diferentes tipos: “moderada” y “vigorosa”, esto refleja la intensidad con la que son realizadas y/o el esfuerzo requerido (OMS, 2017). Para cuantificar ello, se utiliza la medición del equivalente metabólico (MET). El MET es una expresión de energía que mejor simula la cantidad de energía que expende un cuerpo al realizar una determinada actividad física y su valor numérico o energético es de 3.5 ml O<sub>2</sub> / kg de peso corporal/minuto o 1Kcal/Kg de peso corporal/ hora. Sin duda alguna el MET se ha convertido en la medida de descripción de la carga de trabajo realizada en un esfuerzo físico.” (BentzBrugal, 2011). Por cuanto, se considera una actividad moderada, aquella que implica un esfuerzo aproximado de 3-6 MET, y una actividad vigorosa o intensa, aquella que implica un consumo de más de 6 MET (OMS, 2017). Otros autores, como por ejemplo Paz y RosendeCeleiro (2016) consideran que la actividad es intensa cuando supera los 4-5 MET.

Por lo antes expuesto, utilizaremos las actividades de Bañarse y Vestirse como objeto en el cual buscaremos las estrategias compensatorias realizadas. Ya que, como se expone en el texto de Paz y RosendeCeleiro, estas actividades son las que consumen más cantidad de MET's, dentro de las clasificadas como AVDB. También son relevantes a la hora de la evaluación post alta del paciente que fue hospitalizado, por la importancia que revisten en la autonomía del paciente, y por la importancia sociocultural que de por sí implican.

La actividad de bañarse consiste en “Obtener y utilizar suministros; enjabonarse, enjuagarse y secarse partes del cuerpo, mantener la posición en el baño, y transferirse desde y hacia la bañera”. (AOTA, 2011. p: 10) Esta actividad es considerada “Intensa” ya que consume 4 MET's (Vila Paz, RosendeCeleiro. 2016. Pág: 796). Por otra parte, la actividad de vestirse, consiste en “Seleccionar las prendas de vestir y los accesorios adecuados a la hora del día, el tiempo, y la ocasión; obtener prendas de vestir del área de almacenamiento, vestirse y desvestirse en secuencia; amarrarse y ajustarse la ropa y los zapatos, y aplicar y remover los aparatos personales, prótesis u ortesis” (AOTA, 2011. p: 10). Esta actividad es considerada “Moderada”, ya que consume 3 MET's.

Las demás actividades comprendidas dentro de la categoría “AVD” como lo son: Cuidado de intestino y vejiga, comer, alimentación, movilidad funcional, cuidado de los dispositivos de

atención personal, higiene y arreglo personal, actividad sexual, aseo e higiene del inodoro; no las consideraremos dentro de la investigación, ya que el esfuerzo que conllevan, están categorizados como “Leve” y “Muy Leve” ya que consumen 2 y 1 MET’s.

Estas actividades se encuentran dentro de la categoría de AVD básicas, en el concepto de Áreas de Ocupación, el cual es definido en el Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional (2008) como categorías en las cuales se ordenan las actividades u ocupaciones. Estas categorías son: actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social.

Las capacidades, o “características del cliente” (AOTA, 2010) que tiene insuficiencia cardiaca, se ven afectadas por la enfermedad misma. A su vez, las acciones requeridas en las actividades cotidianas, se ven altamente influenciadas por todos los objetos requeridos para las mismas. Estos pueden ser materiales, herramientas o equipamientos, los cuales presentan propiedades intrínsecas que afectan tanto las demandas de la tarea como las capacidades de las personas.

De esta forma, se debe considerar que al momento de analizar una actividad para poder modificarla y favorecer el desempeño de las personas que así lo requieren, se deben calcular no solo las propiedades de la misma, sino también la capacidad de desempeño de las personas con insuficiencia cardiaca y las propiedades de los objetos utilizados durante las actividades. Así como también, cómo la combinación de estas, en su uso, puede afectar los sentidos de los usuarios.

Como ejemplo podemos mencionar la capacidad de resistencia de una persona con IC que realiza la actividad de baño y requiere mantenerse de pie durante un periodo extenso, en un ambiente de tamaño chico y con poca circulación de aire. El indicar el uso de banquitos para sedestación durante su desempeño, favorece la resistencia de la persona y la disminución de la fatiga. “Las propiedades de los objetos de la tarea pueden aumentar o disminuir la calidad de la demanda de las tareas para los clientes[...], los pasos de la tarea, y las propiedades intrínsecas y el diseño de los objetos específicos de la tarea utilizados para realizar una tarea,

tienen fuerte influencia sobre las demandas de la tarea y los resultados del desempeño.” (Willard&Spackman, 2011 Pág: 487).

De una misma forma sucede con las “demandas ambientales”, las cuales corresponden al entorno en el cual se desarrolla la actividad. “El entorno es un constructo multifacético (p. ejemplo físico, social, cultural, temporal)” (Willard&Spackman, 2011 Pág: 487). Sin embargo, durante el desarrollo de este trabajo sólo consideraremos el constructo físico, el cual se encuentra compuesto por el “espacio, disposición del equipamiento y objetos, controles del equipamiento, alturas de la superficie, iluminación, temperatura, ruido, humedad, vibración y ventilación (Demore-Tabor, 1995; Hagedorn, 1995; Jacobs, 1999; Raschko, 1991).” En el entorno no solo se deben tener en cuenta los aspectos estáticos, sino también aquellos que pueden ser dinámicos, o fluctuantes, tales como la ventilación o la humedad que aumenta y disminuye. Principalmente, estos últimos aspectos mencionados son aquellos que interfieren en gran medida con las destrezas de desempeño de aquellas personas que presentan insuficiencia cardíaca, por su influencia en el sistema cardiorespiratorio.

En síntesis, podemos decir que los individuos no son sujetos pasivos de los efectos que conllevan los entornos (en este caso, el entorno físico), así como también de las demandas de las tareas del diario vivir, sino que, tal como se menciona en el Cap. 46, página 487 del libro Willard&Spackman, las personas actúan sobre las fuerzas de las tareas y los entornos, y estas actúan sobre las fuerzas de las personas, creando una relación transaccional de interdependencia. Cuando los objetos o entornos son modificados, esta transacción es modificada de forma automática.

Se podría decir entonces, que si se realiza un análisis exhaustivo de las capacidades de desempeño de la persona con IC, las demandas de la tarea, los objetos utilizados y el ambiente físico, se podrían favorecer los parámetros de desempeño del individuo, los cuales incluyen: Independencia, Seguridad y Adecuación, conceptos que serán desarrollados más adelante.

Turner (2003) refiere que, en muchas ocasiones cuando el paciente llega a la consulta de Terapia ocupacional, ya adoptó estrategias compensatorias (no especificadas por el autor) en

la realización de las actividades, para cumplir con las demandas que las mismas implican.

Entendemos como adaptación y estrategias compensatorias a las maniobras que se realizan con el fin de cambiar las demandas de la ocupación de modo que sean congruentes con el nivel funcional de la persona. Las adaptaciones pueden involucrar la modificación de la ocupación propiamente dicha al reducir sus demandas, el uso de dispositivos de asistencia o cambios en los entornos físico o social (Willard&Spackman, 2011. p: 370).

Las adaptaciones del hogar (realizadas a elementos físicos, de forma permanente para reducir las exigencias del entorno físico (OMS, 2015)) pueden tener diversos beneficios: Facilitan las tareas; reducen los riesgos para la salud, como las caídas; brindan mayor seguridad; ayudan a mantener la independencia con el transcurso del tiempo.

Un trabajo de la OMS ha demostrado que las adaptaciones del hogar por lo general, se centran en uno o más de los siguientes tres aspectos:

- La accesibilidad física: por ejemplo, mediante la eliminación de obstáculos (como escaleras de ingreso) y la inclusión de elementos de ayuda para la movilidad y la seguridad (como barras de sujeción en las duchas y cerca de los inodoros);
- La comodidad: por ejemplo, mediante la mejora de la eficiencia energética con la instalación de aislamientos y burletes;
- La seguridad: por ejemplo, mediante la instalación de pisos antideslizantes en los baños.

Las personas mayores pueden hacer planes con tiempo e integrar los cambios necesarios para asegurar la accesibilidad —por ejemplo, agregar barras de sujeción cuando renuevan el baño—, o pueden realizar los cambios a medida que su capacidad disminuye.

Como se ha desarrollado previamente, existen diversas causas por las cuales una persona puede ver afectadas sus capacidades al momento de desempeñar una actividad cotidiana. Cuando esto sucede y las demandas de la actividad superan las mismas, se produce lo que se conoce como “*discrepancia de desempeño*”.

La discrepancia de desempeño, en el libro Willard&Spackman (2011) es desarrollada como una problemática que puede ser reducida, eliminada o evitada a través de diversas estrategias que incluyen:

- Restablecimiento de funciones afectadas
- Reducción de la demanda de la tarea
- Reducción de la demanda ambiental
- Combinación de las anteriores

De esta forma, se logra alcanzar con los parámetros de desempeño nombrados con anterioridad (independencia, seguridad, adecuación).

*Independencia:* Es el parámetro más frecuente con el cual se mide el desempeño ocupacional de las personas. Con él se califica la capacidad de los individuos para realizar sus actividades sin asistencia de terceros. Sin embargo, este parámetro incluye el uso de tecnología asistiva.

De este parámetro se desprende un concepto evaluado en este proyecto de investigación:

*Asistencia de terceros*, la cual hemos definido como la “Ayuda que brinda una persona a otra para poder completar una actividad o cumplir con los parámetros que requiere la misma (Willard&Spackman, 2011 Pág: 493.)”

Existen diversos tipos de asistencia de terceros, la asistencia no física, propia de la que requieren personas poco dependientes, puede incluir: *regulación de la tarea* (por ejemplo, ordenar los elementos necesarios para el baño o la vestimenta en la secuencia en que debe ser usada/colocada), *supervisión* (la persona se encuentra disponible para asistir a la persona en caso de que sea necesario, pero no se encuentra constantemente en el lugar), *asistencia de reserva* (la persona que asiste se encuentra en todo momento presente durante el desempeño del paciente), *indicaciones verbales* (utilizar palabras de forma escrita u oral para estimular a la persona durante la actividad), *indicaciones no verbales* (se realiza demostración o gestos de lo que se debe realizar) e *instrucciones*.

Finalmente, la asistencia física, es en la cual nos centramos durante la investigación, que es definida con anterioridad y se encuentra en el sector de definiciones operacionales. Dentro de ella encontramos el tipo de asistencia física conocido como *guía física*, en la cual el asistente guía la actividad mientras el paciente participa activamente, y la asistencia física llamada

propriadamente “*asistencia física*”, es la cual vamos a considerar durante el presente trabajo y se define como la asistencia brindada a un paciente durante una actividad, con un mínimo de cooperación por parte del paciente, con quien lo asiste (Willard&Spackman, 2011 Pág: 493).

Otro parámetro dentro del desempeño ocupacional es el parámetro de *Seguridad*: Esta es la transacción entre persona-tarea-entorno. Consiste en el riesgo al que están expuestas las personas y el entorno cuando estas realizan sus actividades. La seguridad puede ser modificada a través de modificaciones en el ambiente, en la tarea o con entrenamiento apropiado de la persona en cuestión. Sin embargo, las características inseguras de un hogar, pueden indicar un desempeño inseguro de la tarea o un riesgo aumentado (Willard&Spackman, 2011 Pág: 493).

Por último, el tercer parámetro de desempeño ocupacional, es el de *Adecuación*, el cual consiste al nivel de eficiencia con el que se realiza una actividad, así como también la aceptabilidad de la misma. La eficiencia implica un mínimo de esfuerzo necesario, y está influenciada por la dificultad de la tarea, el dolor que pueda llegar a sentir la persona durante el desempeño, la fatiga y disnea, (características que consideramos principales en la población de estudio del presente trabajo) y la duración que requiere la actividad para poder llevarla a cabo. La aceptabilidad, por su parte, consiste en un conjunto de parámetros conocidos como estándares sociales, satisfacción y conductas aberrantes, que califican el resultado final de la actividad (Willard&Spackman, 2011 Pág: 494-495).

## APARTADO METODOLÓGICO

### **Tipo de diseño**

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo transversal acerca de la problemática planteada. Con esta investigación se intentó describir el comportamiento de la variable “Estrategias compensatorias” en la actividad baño y la inclusión de un tercero durante la actividad de vestido, como también dar a conocer la complejidad de las variaciones, tipos o pautas características (Ynoub, R. 2014. Pág: 9). Ya que se observaron diversos aspectos de dichas estrategias, como por ejemplo la implementación de modificaciones en la tarea y en el ambiente, y se intentó describir las características principales del conjunto de pacientes estudiados, consideramos nuestro trabajo, según el grado de conocimiento, como *descriptivo*.

A la vez es un estudio de metodología *cuantitativa* ya que se utilizó la recolección de datos para probar o refutar las hipótesis planteadas, basándonos en la medición numérica y el análisis de los datos obtenidos a través de las encuestas con los pacientes. De esta forma se dilucidaron los patrones de comportamiento y se analizaron las conductas realizadas por los pacientes cotidianamente.

Según la posición adoptada por las investigadoras, es un trabajo *observacional* ya que realizamos una evaluación de parámetros sobre los cuales no interferimos.

Teniendo en cuenta la clasificación del diseño de investigación realizado por Sampieri (1988) en donde divide al mismo en experimental y no experimental, consideramos al segundo tipo de investigación, como el que representa el diseño de nuestro trabajo, debido a que observamos y medimos las variables para posteriormente analizarlas. Para el autor, el diseño no experimental se divide a su vez de acuerdo al tiempo en los que se recolectan los datos: *transaccional o transversal*, es el tipo de recolección de datos que se realiza una vez en el tiempo y *longitudinal* en el cual la medición se realiza varias veces a través de un tiempo. Por tal razón, nuestro trabajo es *transversal*, ya que los datos fueron recabados en sólo un tiempo a través de un cuestionario.

## **Diseño del universo y muestras**

Universo: Todos los pacientes hombres y mujeres de 65 años y más, con diagnóstico de insuficiencia cardíaca clase III, que habiten en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o en el Gran Buenos Aires, entre los meses de junio y septiembre de 2018.

Muestra: Es una muestra de tipo no probabilística, y de subtipo intencional, ya que su participación en esta investigación fue producto del cumplimiento de los criterios de inclusión, como también de que dichos pacientes sigan su tratamiento en los centros y/o consultorios donde se realizaron los cuestionarios.

En primera instancia, fueron contactados médicos en sus respectivos consultorios, a quienes se les brindó un resumen del trabajo a realizar, el instrumento y los criterios de inclusión y exclusión. Los médicos que accedieron a participar, designaron de entre sus pacientes a quienes cumplieran con los mismos y de esta forma, fueron invitados a participar de la investigación. De la misma manera se procedió en la institución Le Dor Va Dor, en el sector de piso protegido, el cual es un dispositivo sin personal asistencial sobre las AVD básicas, en donde las personas deciden ir vivir de forma voluntaria por diversas razones (en general, vinculares y/o sociales).

La participación de los pacientes entrevistados fue voluntaria, previo consentimiento escrito de los mismos e información suficiente respecto al proceso de recolección de los datos.

Dentro de las dificultades que se presentaron en el proceso de este trabajo, la principal fue la gran cantidad de personas que debido a su avanzada edad, o estado de salud general, se encontraban institucionalizados en centros de tercera edad con asistencia del personal en todas sus AVD. Si bien puede suponerse que dentro de este grupo, había muchos casos que podrían haber mantenido su independencia en esta área, la condición de que haya personal de asistencia a disposición, influía sobre la veracidad de los datos que pudieran brindar las personas, por lo que, no fueron aceptados dentro de las muestras requeridas. Otro factor limitante, fue que de las personas que no se encontraban institucionalizadas con personal



asistencial, no lograban pasar los criterios de inclusión, especialmente, el criterio de un puntaje mínimo de 23/30 de la evaluación Mini Mental State.

Estas razones hicieron que nuestro número muestral fuera menor al esperado.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mujeres u hombres de 65 años y más.
- Pacientes que tengan diagnóstico de insuficiencia cardíaca clase III
- Pacientes sin deterioro cognitivo o con un puntaje de evaluación de Mini Mental State igual o mayor a 23.
- Pacientes que residan en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o Gran Buenos Aires entre los meses de junio y septiembre de 2018.

Siendo los criterios de exclusión:

- Quienes no cumplan con los criterios de inclusión
- Pacientes con antecedentes de patología neuromotora
- Quienes no firmen el consentimiento informado

## MATRIZ DE DATOS:

1.

Unidad de Análisis: “Cada una de las personas de 65 años y más que realizan estrategias compensatorias y/o adaptaciones en las AVD, que tienen diagnóstico de insuficiencia cardíaca clase III, que vivan en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o en Gran Buenos Aires entre mayo de 2017 y septiembre de 2018”

VARIABLES:

a. Edad

Escala de valores: 65 a 74 años – 75 a 84 años – 85 y más años.

Indicador: Cada unidad de análisis marcará con una cruz el rango de edad al que pertenece.

b. Sexo

Escala de valores: Masculino - Femenino

Indicador: Cada unidad de análisis marcará con una cruz su sexo biológico.

c. Tiempo de diagnóstico

Escala de valores: Menos de 1 año; Entre 1 a 5 años; Más de 5 años.

Indicador: Cada unidad de análisis marcará con una cruz el rango de tiempo desde que fue diagnosticado de Insuficiencia Cardíaca.

d. El/los signos/síntomas que afecta/n el desempeño durante las actividades cotidianas.

Escala de valores: Cansancio; falta de aire; dolor de pecho; sensación de aceleración del corazón; hinchazón de piernas; otro.

Indicador: Cada unidad de análisis marcará con una cruz el o las opciones que considere, con respecto a la percepción de su causa de limitación en las actividades.

2.

Unidad de Análisis: "Cada una de las diferencias en la ejecución realizadas durante la actividad de bañarse que perciben las personas de 65 años y más con diagnóstico de insuficiencia cardíaca clase III, que vivan en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o Gran

Buenos Aires entre mayo de 2017 y septiembre 2018"

Variables:

A. Percepción de diferencias en la ejecución de la actividad de bañarse.

Escala de valores: Si - no

Indicador: Cuestionario donde responderán a la pregunta “¿Siente diferencias para llevar a cabo la actividad de bañarse, con respecto a cómo se bañaba antes de tener la enfermedad cardíaca?”.

I. Sub variable A 1:

Etapas de la actividad bañarse en la que percibe diferencias con respecto a cómo realizaba la actividad previo al diagnóstico de la enfermedad cardíaca.

Escala de valores:

Seleccionar la ropa, Desvestirse, Mantenerse de pie durante el baño, Enjabonar cuerpo y pelo, Enjuagar cuerpo y pelo, Secarse, Vestirse, Otro paso.

Indicador:

En caso de ser afirmativa la respuesta brindada en el ítem que dice “¿Siente diferencias para llevar a cabo la actividad de bañarse, con respecto a cómo se bañaba antes de tener la enfermedad cardíaca?”, será respondida la pregunta del cuestionario “¿En qué etapa usted percibe esta diferencia?”

Variable B:

Necesidad de agregar / modificar algo del entorno para llevar adelante la actividad.

Escala de valores: Si - No

Indicador: Responderá la pregunta del cuestionario “¿Tuvo que agregar / modificar algo del entorno para poder completar la actividad?”.

Sub Variable B1:

Estrategias de agregado / modificación del entorno para poder llevar adelante la actividad de baño.

Escala de valores: Asiento para desvestirse, Asiento en la ducha, Disminuir la temperatura, del agua, para disminuir la cantidad de vapor durante el baño, Aumento de la ventilación del lugar donde se viste / desviste, Aumento de la ventilación del baño.

Indicador:

De ser afirmativa la respuesta del ítem que dice “¿Tuvo que agregar / modificar algo del entorno para poder completar la actividad?” se marcará con una cruz en el cuestionario la /las opciones que se considere, respondiendo a la consigna “seleccione la/las opciones que correspondan”.

Variable C:

Asistencia física de una persona para la realización de la actividad de baño

Escala de valores: Si - No

Indicador: El entrevistado responderá a la pregunta del cuestionario “¿Tuvo que agregar una persona durante la actividad para poder completarla?”

Sub variable C1:

Paso de la actividad en que es necesaria la asistencia física de una tercera persona.

Escala de valores: Seleccionar la ropa, Desvestirse, Mantenerse de pie durante el baño,

Enjabonar cuerpo y pelo, Enjuagar cuerpo y pelo, Secarse, Vestirse, Otro paso.

Indicador: De ser afirmativa la respuesta del ítem anterior, seleccionará del ítem las opciones que correspondan.

Variable D

El /los signos/síntomas que afecta/ n el desempeño durante la actividad de baño

Escala de valores: Cansancio - Falta de aire - Dolor en el pecho - Sensación de aceleración del corazón - Hinchazón de las piernas - Otro.

Indicador: Seleccionará del cuestionario el / los ítem/ s que correspondan, de la pregunta “¿Cuál/cuáles considera el/los síntomas que afectan su desempeño durante la actividad?”

3.

Unidad de Análisis: "Cada una de las diferencias en la ejecución realizadas durante la actividad de vestirse que perciben las personas de 65 años y más con diagnóstico de

insuficiencia cardíaca clase III, que vivan en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o Gran Buenos Aires entre mayo de 2017 y septiembre 2018"

Variables:

A. Percepción de diferencias durante la actividad de vestirse.

Escala de valores: Si - no

Indicador: Cuestionario donde responderán a la pregunta “¿Siente diferencias para llevar a cabo la actividad de vestirse, con respecto a cómo se vestía antes de tener la enfermedad cardíaca?”

I. Sub variable A1. Modificaciones en los pasos de la actividad de vestirse.

Escala de valores: Vestir la parte superior del cuerpo - vestir la parte inferior del cuerpo.

Indicador: De responder afirmativamente la pregunta del cuestionario “¿Siente diferencias para llevar a cabo la actividad de vestirse, con respecto a cómo se vestía antes de ser diagnosticado con la enfermedad cardíaca?” Marcarán la / las respuesta/s que consideren acordes en la pregunta “¿En cuál/es etapa/s usted percibe esta diferencia?”

B. Agregó / Modificó algo en el entorno físico durante la actividad de vestirse

Escala de valores: si - no

Indicador: En el cuestionario responderán la pregunta “¿Tuvo que agregar/ modificar algo del entorno del lugar donde se viste para poder completar esta actividad?”

I. Sub variable B1: Agregó/ Modificó algo del espacio físico

Escala de valores: Asiento para vestirse - Banquito para apoyar los pies - Uso de prendas más holgadas - Aumento de la ventilación del lugar donde se viste - Otro.

Indicador: De ser afirmativa la respuesta del cuestionario “¿Tuvo que agregar/ modificar algo del entorno del lugar donde se viste para poder completar esta actividad?” contestará el ítem siguiente, que dice “Seleccione la/las opción/ es que corresponda/n”

Variable C: Asistencia física de una persona para la realización de la actividad de Vestido

Escala de valores: Si - No

Indicador: El entrevistado responderá a la pregunta del cuestionario “¿Tuvo que agregar una persona durante la actividad para poder completarla?”

Sub Variable C1:

Paso de la actividad en que es necesaria la asistencia física de una tercera persona.

Escala de valores: Vestir la parte superior del cuerpo, vestir la parte inferior del cuerpo, Otro paso.

Indicador: De ser afirmativa la respuesta del ítem anterior, seleccionará del ítem la/ las opción/es que corresponda/n.

Variable D

El /los signos/síntomas que afecta/ n el desempeño durante la actividad de vestido

Escala de valores: Cansancio - Falta de aire - Dolor en el pecho - Sensación de aceleración del corazón - Hinchazón de las piernas - Otro.

Indicador: Seleccionará del cuestionario el / los ítem/ s que correspondan, de la pregunta “¿Cuál/cuáles considera el/los síntomas que afectan su desempeño durante la actividad?”

## DEFINICIONES OPERACIONALES

1. Estrategias Compensatorias / adaptaciones: En el presente trabajo, el concepto de “Estrategias compensatorias” será el utilizado en el apartado de “Estrategias compensatorias y Adaptaciones” del libro Willard&Spackman (2011), donde se expresa que *“El objetivo de la adaptación o modificación es permitir la participación de la persona en una ocupación valorada. En lugar de luchar por mejorar o modificar la capacidad funcional del individuo, la adaptación se enfoca en cambiar las demandas de la ocupación de modo que sean congruentes con el nivel de capacidad de la persona. Estas adaptaciones pueden involucrar la modificación de la ocupación propiamente dicha al reducir sus demandas, el uso de dispositivos de asistencia o cambios en el entorno físico o social. La adaptación funcional del medio ambiente donde el individuo en cuestión realiza una actividad. Estas adaptaciones podrán ser en el ambiente físico (inclusión de elementos como barrales para el ingreso/salida de la ducha), para favorecer la comodidad (incluyendo objetos que optimicen la energía de los pacientes) (Dunn, Mc Lainn, Brown y Youngstrom, 2003; Fisher, 2001, 2006).”* (Crepeau y Schell, 2011). Teniendo esta definición presente, consideraremos:

Estrategia compensatoria / Adaptaciones: Toda modificación que realice el paciente tanto sea en el tiempo que dispone para realizar la actividad en cuestión; la planificación de la actividad a realizar; la inclusión de un tercero para la asistencia antes, durante o después de la actividad; el agregado o la quita de pasos de la actividad (en relación con los pasos que realizaba antes de tener el diagnóstico de insuficiencia cardíaca clase III) y aquellas modificaciones en el entorno físico, el cual incluye el espacio físico y los objetos utilizados.

2. Actividad de bañarse: Se considerará en el trabajo el concepto de actividad de bañarse perteneciente a La Asociación Americana de Terapia Ocupacional (2010), quién la define como "obtener y utilizar suministros; enjabonarse, enjuagarse y secarse partes del cuerpo, mantener la posición en el baño y transferirse desde y hacia la bañera".

3. Actividad de vestirse: La concepción de actividad de vestirse que formará parte de esta investigación será la definida en el Marco de trabajo para la práctica profesional, la cual describe a la misma como la actividad que incluye “Seleccionar las prendas de vestir y los accesorios adecuados a la hora del día, el tiempo, y la ocasión; obtener prendas de vestir del

área de almacenamiento, vestirse y desvestirse en secuencia; amarrarse y ajustarse la ropa y los zapatos, y aplicar y remover los aparatos personales, prótesis u ortesis.” (AOTA, 2008. Pág 10)

4. Objetos utilizados: Se define a partir del concepto de “Objetos y sus propiedades” presente en el Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional. Son "herramientas, materiales y equipos utilizado en el proceso de realizar la actividad" (AOTA 2010), incluyendo las características de los mismos. Considerando para este trabajo solamente el concepto de Herramienta el cual será: “Herramientas: todos los elementos que sean utilizados por los pacientes, que se hayan incluido en el tiempo que dista desde el diagnóstico de la enfermedad cardíaca, al día en que se toma la evaluación y que tienen como fin facilitar algún paso de la actividad”.

5. Pasos de la actividad: Se define como “pequeñas unidades de comportamiento” que conforman en su conjunto una actividad (Willard&Spackman, 2011, pág. 361). Al ser los pasos la mínima unidad que compone una actividad, los pasos serán tomados en el trabajo como una de las unidades de medida de las estrategias compensatorias y las adaptaciones.

6. Entorno Físico: “Ambiente natural y construido, no humano, y a los objetos dentro de éste” (Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional, 2010, pág. 28). Por lo tanto el criterio de uso de este concepto será en referencia a los espacios donde los pacientes realizan las actividades a estudiar como también a las herramientas ubicadas en él.

7. Edad: Estrictamente hablando, la edad es definida como “Tiempo de existencia desde el nacimiento” (WordReference.com Diccionario de la lengua española, 2005). En nuestra investigación este concepto estará presente en forma de “Rangos etarios”, ya que consideramos basándonos en la literatura, que un grupo de edades (Rango etario) incluyen similares características con lo que respecta a nuestra investigación. Estos rangos etarios serán 3: 65 a 74 años. 75 a 84 años. 85 y más años.

8. Sexo: Tomaremos el sexo como variable dicotómica, que tendrá como posibles valores: Masculino y Femenino, ya que será considerado como un concepto biológico. Basándonos en



la siguiente definición de la Real Academia Española: “sexo: Del lat. *sexus*. 1. m. Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.” (RAE, 2014)

9. Asistencia de terceros: Ayuda que brinda una persona a otra para poder completar una actividad o cumplir con los parámetros que requiere la misma. Si bien existen diversos tipos de asistencia de terceros, para este trabajo consideraremos dicha asistencia como “*asistencia física*” definida como la asistencia brindada a un paciente durante una actividad, con un mínimo de cooperación por parte del paciente, con quien lo asiste (Willard&Spackman, 2011 Pág:493.)

## **FUENTES DE DATOS**

Para la recolección de datos se seleccionaron fuentes primarias, ya que se consideró que la información requerida para la presente investigación, requiere ser obtenida directamente de las personas que vivencian el objeto de estudio, a fin de lograr la mayor precisión y detalle del mismo.

El acceso a las fuentes se logró a través de permisos tramitados con las diferentes instituciones, públicas y privadas, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires, que brinden atención al Universo de investigación. Se contó con varios nexos de contacto, tales como colegas del área y profesionales de la salud en general, así como también personal administrativo que facilitan el acceso a las instituciones.

## **INSTRUMENTO:**

Se utilizó un cuestionario para ser realizado de manera personal por cada uno de los participantes, con opción múltiple donde cada pregunta está dirigida a conocer aspectos específicos de una variable de estudio. La auto administración tendrá una duración aproximada de 5 a 10 minutos. Finalmente los datos obtenidos por el cuestionario, serán pasados a una planilla final para poder someterlos a análisis y entrecruzamientos de las variables.

Al tratarse de un instrumento elaborado para el presente proyecto final, el proceso de validación será realizado a través de pilotajes que puedan ofrecer una perspectiva respecto de

su fiabilidad, validez, factibilidad y sensibilidad.

## **ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

A cada uno de los informantes se entregó una hoja informativa en donde se detalla el proceso de entrevista, sus alcances, objetivos y libertades, así como también un Consentimiento Informado duplicado en el cual se exprese la voluntad de participación en la misma.

Se asegurará la confidencialidad de los datos aportados y la posibilidad de retirarse del proyecto en el momento que sea requerido.

Durante el proceso de entrevista se asegura desarrollar una actividad académica basada en el respeto hacia la dignidad humana y la tolerancia en cada uno de los procesos realizados.

## **ANÁLISIS DE LOS DATOS**

### **Procesamiento y sistematización:**

Para la recolección de los datos se utilizó una encuesta auto administrada de elección múltiple para cada paciente, donde cada pregunta está dirigida a conocer aspectos específicos de una variable de estudio.

Una vez realizadas todas las entrevistas, cada dato obtenido a través del cuestionario fue volcado en una planilla de Excel titulada “Base general”. En ella se introdujeron los datos de cada participante del cuestionario asignándole un número de referencia en relación al orden en que se les tomó el cuestionario.

Los datos obtenidos, fueron volcados y organizados de forma informática, en una base de datos realizada con el software Microsoft Excel.

En dicha base de datos, las columnas contienen la información de las variables. Se incluyeron tanto las variables necesarias como las suficientes. Cada fila corresponde a una unidad de análisis, en las celdas de intersección entre columnas y filas se colocaron los valores obtenidos que le corresponden a cada unidad de análisis en relación a esa variable.

Para volcar algunos datos en los cuadros de entrecruzamientos, se realizaron las siguientes codificaciones:

- A cada unidad de análisis se les asignó un número según el orden en que fueron entrevistados. Siendo “U.A. 1”, quién fuera primero entrevistado, “U.A. 2” el segundo, y así sucesivamente.
- En las tablas nombradas como “Baño 3er persona- UA” y “Vestido 3er persona-UA” se le asignó el número “1” a la respuesta afirmativa del entrevistado en las pregunta 4 del apartado “Bañarse” y “Vestirse” de la encuesta.

La base de datos realizada cuenta con una serie de hojas, las cuales fueron etiquetadas con la descripción del entrecruzamiento de variables que presentan.

### **Análisis y presentación de los resultados:**

Enfocándonos en las respuestas brindadas por los entrevistados y, teniendo presente que los objetivos generales y específicos de éste trabajo pretenden el relevamiento de información sin relacionar variables, este análisis se condice con el descripto por Samaja (2002) como *análisis univariado*.

El análisis bivariado, fue el que se realizó para poder cumplir con los objetivos de entrecruzamiento de variables de nuestra investigación.

Por otro lado, el análisis realizado sobre los datos obtenidos, fue de verificación. Ya que nuestro trabajo tiene dentro de sus objetivos constatar que el síntoma que genera mayor alteración es la disnea, como también verificar modificaciones realizadas y asistencia física de un tercero durante las actividades de baño y vestido.

Nuestras variables, son consideradas estadísticamente como variables cualitativas, y que tienen valores nominales. Raimondo (2006) clasifica estas variables como aquellas que describen una característica que posee un hecho, es decir aquellas que no pueden ser representadas por números escalares. Si la escala de valores posee dos categorías mutuamente excluyentes se denominan variables dicotómicas y si existen más de dos categorías nos referimos a variables politómicas.

Para el primer objetivo general que tenía como fin *“Explorar las alteraciones del desempeño en las AVD de baño y vestido, previo y posteriormente al desarrollo de la enfermedad de insuficiencia cardíaca según la percepción de los pacientes.”* Se complementó con el objetivo específico 1, el cual intenta identificar dichas diferencias en la ejecución de las AVD de baño y vestido según la percepción de los entrevistados.

Para el análisis de este objetivo se utilizaron las variables “Percepción de diferencia en la ejecución de la AVD de Baño” y “Percepción de diferencias en la ejecución de la AVD de vestido”. Con ayuda de la planilla de Excel donde fueron volcados los datos obtenidos en las entrevistas, se cuantificó la cantidad de pacientes que percibían diferencias en la ejecución de ambas AVD tanto por separado, como los que percibían cambios en ambas actividades. Se realizaron tablas de distribución de frecuencias de cada variable.

Se realizaron gráficos de torta para las variables baño, vestido y ambas actividades. Para hacer más visibles los resultados, se utilizó el porcentaje en dichas tortas.

Para el objetivo general *“Enumerar los síntomas y/o signos presentes durante el desempeño de las AVD de baño y vestido, que dificultan el cumplimiento de las actividades.”* Se realizó el análisis del objetivo específico 2, el cual propone *Identificar los síntomas y/o signos más frecuentes durante el desempeño de las AVD de baño y vestido, que dificultan el cumplimiento de las actividades;* se utilizó la variable politómica signo/ síntoma, formada por la escala de valores: Cansancio; falta de aire; dolor de pecho; sensación de aceleración del corazón; hinchazón de piernas; otro.

El análisis de la variable “Signo y/o síntoma”, se realizó utilizando la medida de tendencia central *Moda* para conocer el dato seleccionado con mayor frecuencia por los pacientes y de esta forma probar o refutar una de nuestras hipótesis.

Para presentar los resultados, se realizó una tabla de distribución de frecuencias y se representaron los resultados en un gráfico de barras.

El tercer objetivo general *“Evidenciar la presencia de adaptaciones durante el desempeño de las AVD de baño realizadas para poder completar dicha actividad en pacientes de 65 años y más, que viven en CABA y Gran Buenos Aires durante los meses de junio y septiembre de 2018.”* Se analizó junto al objetivo específico número 3, donde se propone identificar las adaptaciones que son realizadas tanto en el entorno físico como en los pasos de la AVD de baño por los pacientes entrevistados. Para dicho fin, se utilizó la variable dicotómica “Percepción de diferencias en la ejecución de la actividad de bañarse”, la cual presenta una escala de valores compuesta por las opciones SI / NO, y se realizó una tabla de contingencia, donde se extrajeron para continuar el análisis, sólo la muestra de pacientes que respondió de forma afirmativa. A partir de este nuevo número de entrevistados, se analizó la sub variable politómica “Etapa en la actividad de bañarse en la que percibe diferencias”. Se realizó la tabla

de distribución de frecuencias correspondiente y a partir de ésta, un gráfico de barras superpuestas.

Por último, para el cuarto objetivo general “*Constatar la presencia de un tercero durante la realización de la AVD de vestido en pacientes de 65 años y más con insuficiencia cardiaca clase III.*” se realizó el análisis del objetivo específico número 4, que tiene como propósito reconocer en qué paso de la actividad de vestido es más frecuente la necesidad de asistencia física. Para cumplir con éste análisis, se utilizó la variable dicotómica “Asistencia física de una persona para la realización de la actividad de vestido.” Con los datos obtenidos se realizó una tabla de contingencia, a partir de ésta se extrajeron los datos de los pacientes que respondieron afirmativamente. Con estos datos, se analizó la sub variable “Paso de la actividad en que es necesaria la asistencia física de una tercera persona” a partir de una tabla de distribución de frecuencias. Con los resultados obtenidos, se realizó un gráfico de barras superpuestas, para su mejor visualización.

## **RESULTADOS**

### **Características de la muestra**

La muestra analizada estuvo conformada por 14 personas de los cuales 4 son de sexo masculino y 10 de sexo femenino. La edad de los pacientes, fue recabada por rangos: de 65 a 74 años; 75 a 84 y de 85 y más años. Siendo el rango de 65 a 74 años el que más pacientes incluye (50% del total de los entrevistados).

En relación al tiempo de diagnóstico, también se ha agrupado la muestra en tres grupos: un grupo correspondiente a *menos de un año* de diagnóstico, otro grupo que abarca *entre uno y cinco años* de diagnóstico, y un tercer grupo que incluye a todos aquellos con *más de cinco años* de diagnóstico. Se observó que prevalece en esta población los pacientes que fueron diagnosticados hace más de 5 años, siendo 12 de las 14 personas entrevistadas.

### **Resultados obtenidos del estudio de las alteraciones en la ejecución de las AVD de baño y vestido**

En relación al objetivo general “*Explorar las alteraciones del desempeño en las AVD de baño y vestido, previo y posteriormente al desarrollo de la enfermedad de insuficiencia cardíaca según la percepción de los pacientes.*”, podemos comparar en los gráficos 1 y 2, que la actividad de vestido es en la que se percibe un mayor número de diferencias, siendo 12 de las 14 personas entrevistadas (86% de la muestra) las que evidenciaron ejecutar esta actividad de forma diferente luego de la aparición de los síntomas. Con respecto a la actividad de baño, fueron 6 las personas entrevistadas (43% de la muestra) que manifestaron diferencias al momento de realizar la misma.

Consideramos importante destacar que, el total de personas que afirmaron tener diferencias en la ejecución de la actividad de baño, también lo hicieron en la actividad de vestido. Sin embargo, no necesariamente el total de la muestra que afirmó tener diferencias en la actividad de vestido la evidenció también en la de baño.

REPRESENTACION PORCENTUAL DE LA VARIABLE PERCEPCION DE  
DIFERENCIAS DURANTE LA EJECUCION DE LA AVD DE VESTIDO



Gráfico 1

REPRESENTACION PORCENTUAL DE LA VARIABLE PERCEPCION DE  
DIFERENCIAS DURANTE LA EJECUCION DE LA AVD DE BAÑO



Gráfico 2

A los fines prácticos de este trabajo, para analizar a la AVD de baño se la dividió en cinco etapas: “Secarse”, “Mantenerse de pie”, “Enjabonar cuerpo y pelo”, “Enjuagar cuerpo y pelo” y “Otra”.

De las seis personas que respondieron de forma afirmativa a la pregunta inicial, tres reconocieron una sola etapa con diferencias a como la hacían previamente. Una persona manifestó discrepancias en dos etapas, otro entrevistado en tres etapas, y un entrevistado en las cuatro etapas mencionadas en la entrevista. Ninguna persona identificó diferencias en otra etapa por fuera de las mencionadas, por lo que, en la opción *otra*, el porcentaje fue igual a 0. Dentro de estas etapas, la denominada *Secarse* fue la moda entre las personas entrevistadas (Gráfico 3), ya que cuatro de las seis personas la seleccionaron.

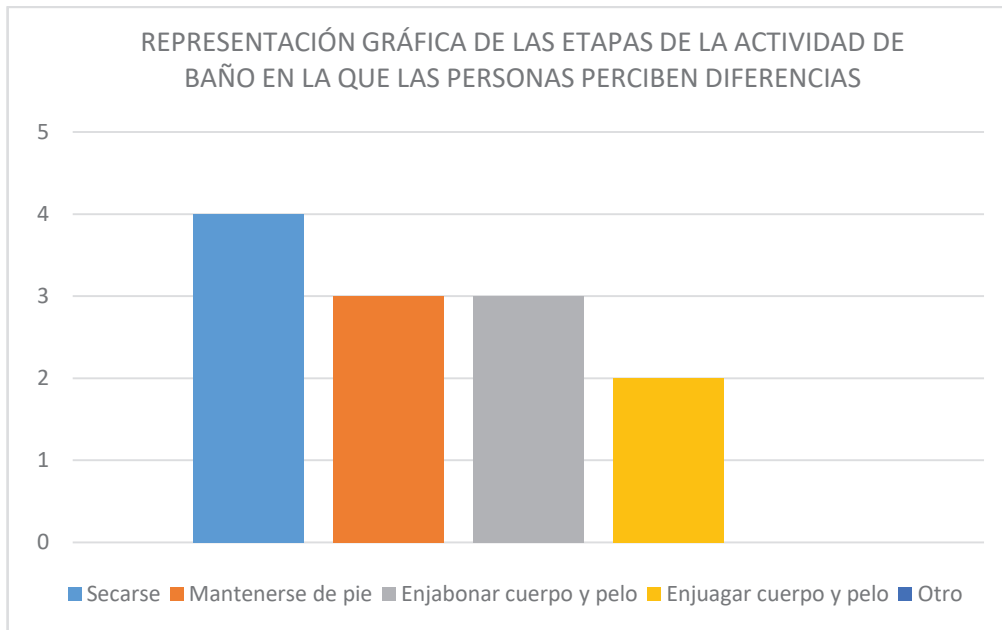


Gráfico 3

Siguiendo el análisis de las actividades, podemos observar que el vestido de tren inferior fue la etapa de la actividad de vestido que mayor dificultad representa dentro del grupo de las personas entrevistadas, habiendo sido seleccionada por 11 de las 14 personas (Gráfico 4). De estas 11 personas, cuatro a su vez marcaron que presentan diferencias en vestido de tren superior, dos en desvestirse y dos en seleccionar ropa. Una sola persona de la muestra contestó de forma afirmativa a percibir diferencias en el desempeño de la actividad, sin embargo no lo identificó con ninguna de las opciones brindadas ni aportó en la opción *otro paso*.



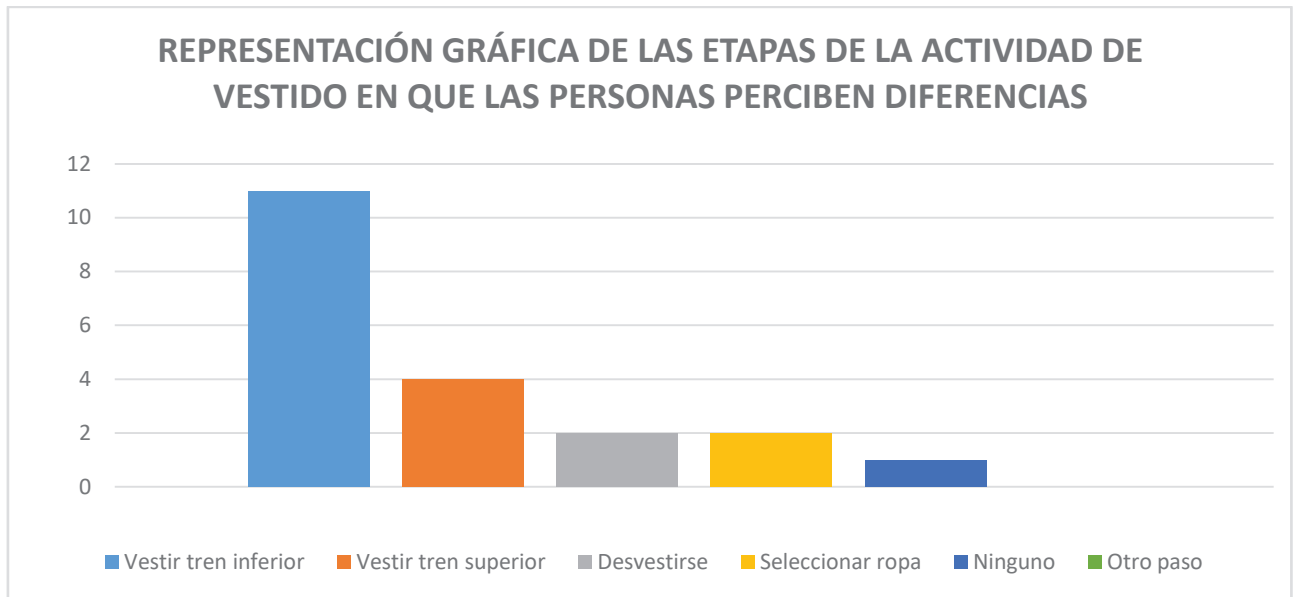


Gráfico 4

En conclusión a lo que respecta al primer objetivo, a partir del cual se propone explorar las discrepancias en el desempeño previo y actual a la aparición de los síntomas cardíacos y a su vez, identificar las etapas más afectadas, podemos afirmar que se ha cumplido con el mismo. Se identifica que el 86 % de los entrevistados (correspondiente a 12 de las 14 personas) manifiesta percibir diferencias entre el desempeño actual y previo, ya sea en una o ambas actividades, luego de la aparición de los síntomas de la enfermedad cardíaca. (Gráfico 5)

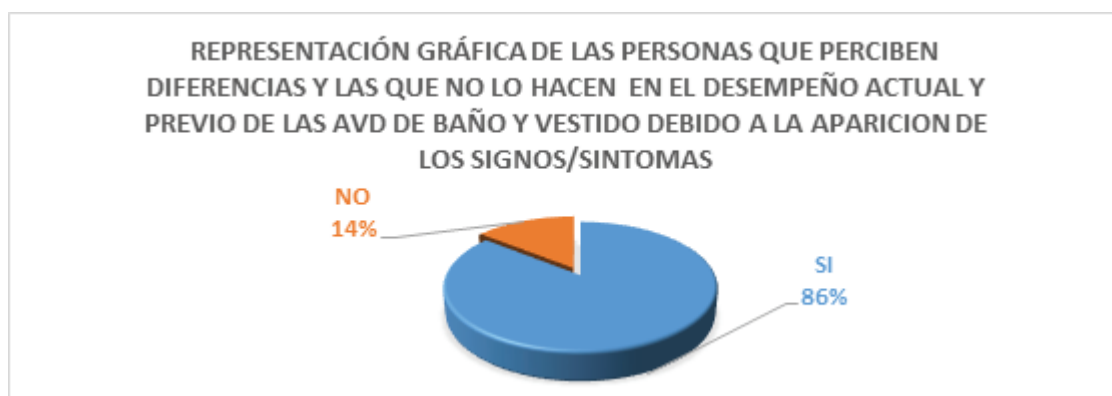


Gráfico 5

Cómo se desarrolló previamente, se aprecia mayor percepción de discrepancias en la actividad de vestido en contraposición a la actividad de baño. Este resultado se encuentra dentro de lo esperable ya que, como se desarrolló en el marco teórico, la *insuficiencia*

*cardiaca clase III* implica un nivel de resistencia limitada durante las actividades respecto a estadios previos, y las actividades implicadas en la investigación fueron seleccionadas porque, justamente, representan a las actividades que más consumo energético (MET's) tienen.

Resaltamos como peculiar que el 14% de la muestra (correspondiente a 2 de las 14 personas entrevistadas) no identifican cambios en ninguna de las dos actividades. Sin embargo, esto puede estar relacionado con el tratamiento farmacológico u otros factores no evaluados en esta investigación.

Dentro de las etapas más afectadas, se logra identificar dentro de la actividad de baño la etapa de secarse, esto está en relación con las diferentes destrezas necesarias para lograr llevarlo a cabo de forma satisfactoria en los diferentes planos del cuerpo. Dentro del rastreo del estado del arte, se encontraron adaptaciones de la actividad para favorecer el desempeño en esta etapa utilizando un *albornoz templado*, lo que en Argentina se conoce como *bata* o *salida de baño*.

Por su parte, en la actividad de vestido, la etapa que es reconocida como una de las principales en la que se perciben diferencias en el desempeño, es la de vestimenta en tren inferior. En algunos casos, esta etapa puede no ser la única, sino que se acompaña de otras como vestimenta de tren superior, desvestirse o seleccionar ropa. En el rastreo del estado del arte también se han identificado estrategias para favorecer esta etapa, como por ejemplo, introducir las prendas correspondientes por la parte de arriba, o vestirse sentado a un banquito para retrasar la aparición de la fatiga. Por ende, si bien la muestra no es representativa del universo que padece insuficiencia cardiaca clase III, se puede pensar que al encontrar estas estrategias en la bibliografía consultada es justamente por lo común de estas dificultades en dicha etapa, cumpliendo así con el objetivo planteado.

Los objetivos analizados en este apartado, se plantearon a partir de las hipótesis alternativa (a partir de ahora **H1**) “Los pacientes de 65 años y más que padecen disnea secundaria a insuficiencia cardíaca clase III, presentan alteraciones en la ejecución de las actividades de AVD de baño y vestido con respecto a cómo la realizaban anteriormente a la presencia de la

enfermedad”, y su hipótesis nula (**H0**) “Los pacientes de 65 años y más que padecen disnea secundaria a insuficiencia cardíaca clase III, no presentan ningún tipo de alteraciones en la ejecución de las actividades de AVD de baño y vestido con respecto a cómo la realizaban anteriormente a la presencia de la enfermedad”.

Luego de finalizado el análisis de estas variables, podemos observar una tendencia de acercamiento a la H1. Sin embargo, debido al bajo número muestral no se pudo realizar ninguna prueba estadística que avale o rechace ninguna de las dos hipótesis.

### **Resultados del análisis de los signos y síntomas percibidos por los pacientes durante el desempeño de las AVD de baño y vestido y durante las actividades cotidianas.**

Para poder recabar esta información, los pacientes respondieron a las preguntas; “¿Cuál/ cuáles considera el/ los signos/ síntomas que afectan su desempeño durante la actividad?” En referencia a las AVD de baño y vestido y la pregunta “¿Cuál de estos signos / síntomas de la enfermedad cardíaca, considera usted que más lo limitan en sus actividades cotidianas?” Teniendo en cuenta las respuestas brindadas por los pacientes se realizaron tres tablas de contingencia que cruzan las variables:

- Signos/síntomas limitantes con actividad de baño,
- Signos/síntomas limitantes con actividad de vestido,
- Y por último signos/ síntomas limitantes con durante las actividades cotidianas.

A partir de éstas tablas, se confeccionaron los gráficos que facilitan la lectura de los resultados obtenidos (Gráfico 6).

En él se evidencia que el *cansancio* es el síntoma que más limita la actividad de baño, elegido por 6 de las 14 personas encuestadas. A su vez, tres de esas seis personas también seleccionaron la falta de aire como síntoma limitante. Finalmente, 2 de los pacientes, seleccionaron la opción *Otro* aportando la siguiente información:

- Un participante refirió sentir *agitación*.
- Otro paciente menciona *falta de habilidad* como factor limitante.
- Ninguna persona seleccionó “*hinchazón de las piernas*” como síntoma.

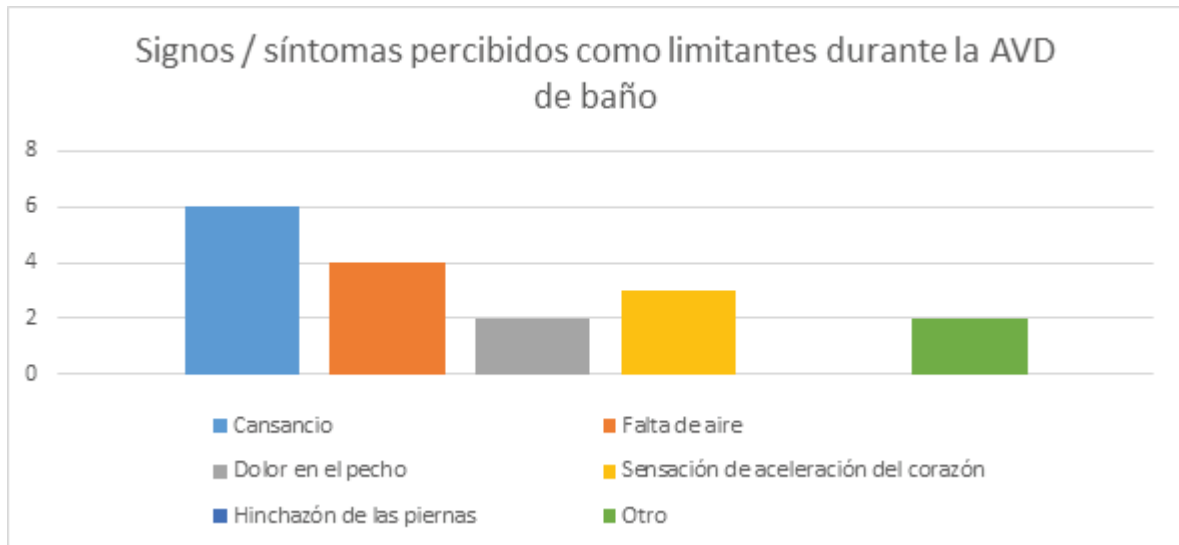


Gráfico 6

Con referencia a la actividad de vestido (Gráfico 7), los datos obtenidos fueron similares a los anteriores, ya que también se evidenció que era el cansancio el síntoma más limitante (Seleccionado por 8 de los 14 entrevistados, el 40% de los mismos), seguido por la falta de aire que fue seleccionado por 5 personas (equivalente al 20% del total).

En comparación, se infiere que éste síntoma afecta el desempeño de las personas entrevistadas en mayor medida durante la actividad de vestido que durante la de baño.

Dentro de los entrevistados, 2 de ellos seleccionaron la opción *Otro*, y en ambas ocasiones mencionaron como factor limitante *falta de habilidad*.

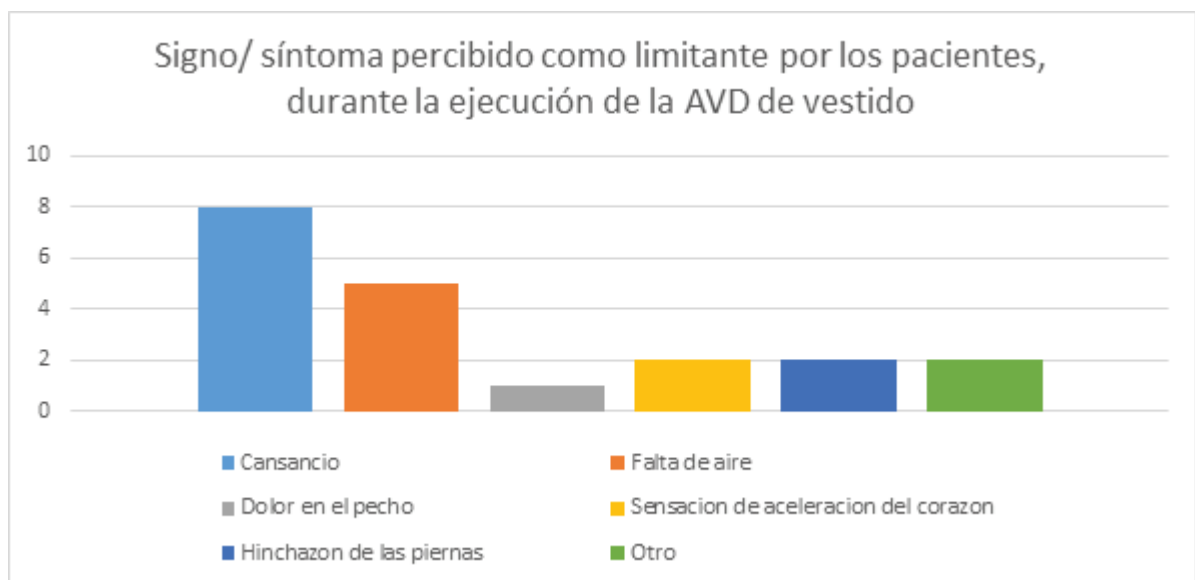
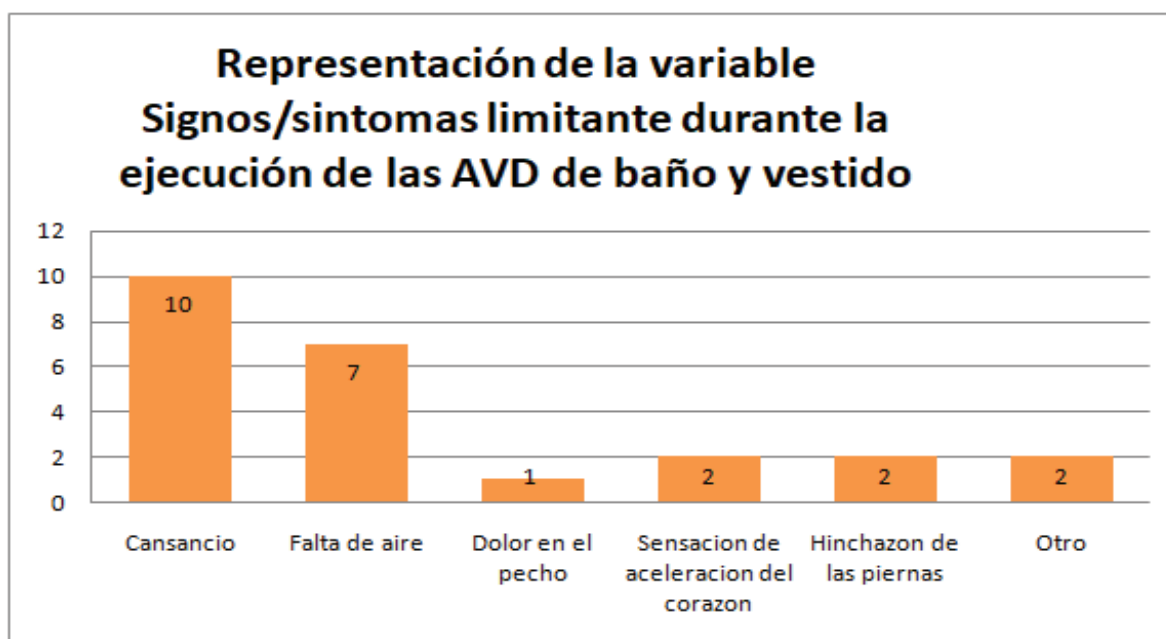


Gráfico 7

Continuando con el análisis de signos/síntomas limitantes, se realiza un gráfico final (Gráfico 9) que engloba las respuestas obtenidas ante el ítem “¿Cual/cuales considera el/los signos/síntomas que lo limitan en sus actividades cotidianas?” Aquí se observa una coincidencia respecto a la tendencia que brindan los datos anteriores, ya que los resultados se condicen con la tendencia general de las actividades cuestionadas por separado, siendo el *cansancio* el síntoma preponderante.



*Gráfico 9*

Hemos cumplimentado los objetivos general y específico referentes a la enumeración de signos y síntomas presentes durante el desempeño de las actividades de AVD de baño y vestido, como también la identificación de cuáles son los que aparecen con más frecuencia en dichas actividades.

Para este objetivo se planteó como **H1** lo siguiente: “Las alteraciones de las AVD de baño y vestido se originan mayormente como consecuencia a la disnea (sensación subjetiva del paciente de falta de aire) que padecen los pacientes durante la ejecución de dichas actividades”, siendo **H0**: “Las alteraciones de las AVD de baño y vestido se originan

mayormente como consecuencia al cansancio que padecen los pacientes durante la ejecución de dichas actividades”

En este caso, observamos una tendencia hacia la H0, sin embargo, como paso de forma previa, debido al bajo número muestral no se puede llevar a cabo ninguna prueba estadística que lo avale.

### **Resultados obtenidos del análisis de las estrategias compensatorias utilizadas por los pacientes y el requerimiento de asistencia física de terceras personas**

Gracias a la variedad de datos que se obtuvieron de las entrevistas, tuvimos la oportunidad de realizar una gran cantidad de entrecruzamiento que, si bien no son los que se plantearon en los objetivos, brindaron mucha información acerca del desempeño de los individuos con afectación cardíaca.

#### Estrategias compensatorias durante la actividad de baño:

Desarrollaremos en primera instancia los resultados obtenidos del análisis de las estrategias compensatorias usadas durante la actividad de baño.

Siendo el objetivo vinculado con esta hipótesis el que pretende evidenciar la presencia de adaptaciones y específicamente discriminar cuál o cuáles son las más usadas, se realizó un gráfico de barras con los datos brindados por los entrevistados (Gráfico 10).

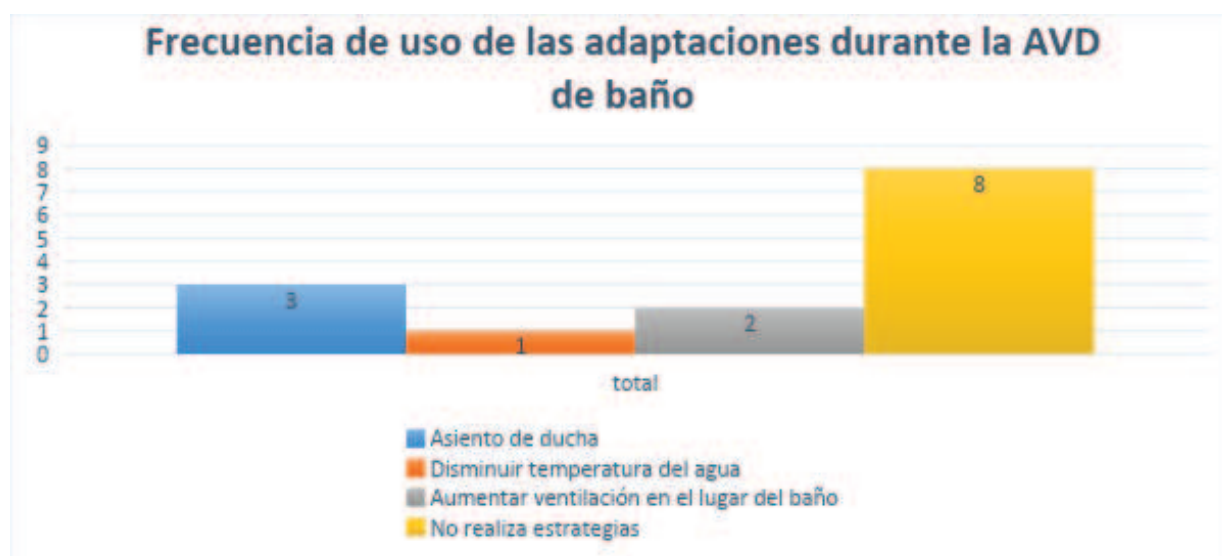


Gráfico 10

Como se puede ver, de los 14 pacientes entrevistados, 8 de ellos no realizan adaptaciones durante esta AVD. Sin embargo, 6 pacientes si lo hacen.

Se pudo cumplir con este objetivo teniendo presente el alto porcentaje de entrevistados que percibió una diferencia en la ejecución de las AVD de baño y vestido.

Gracias a la variada información que se obtuvo de las entrevistas, se realizaron análisis de la frecuencia de uso de las adaptaciones durante la actividad de baño, dividiendo a los pacientes en 3 rangos etarios: “65 a 74 años”; “75 a 84” y “85 y más”. Se realizó una tabla de contingencias, donde se volcaron los datos obtenidos y luego, se realizó un gráfico de barras (gráfico 11) para evidenciar dichas frecuencias. Como se puede observar en el gráfico, sólo 5 de las 14 personas entrevistadas emplean estrategias compensatorias, de las cuales, 2 se encuentran en el rango de 65 a 74 años. De ellos, una persona emplea 1 adaptación, y la otra utiliza dos. Del grupo etario compuesto por personas de entre 75 y 84 años, se observa que solo una utiliza 1 sola estrategia. Las dos personas restantes se encuentran en el rango etario de 85 años y más, y ambas utilizan una sola adaptación.

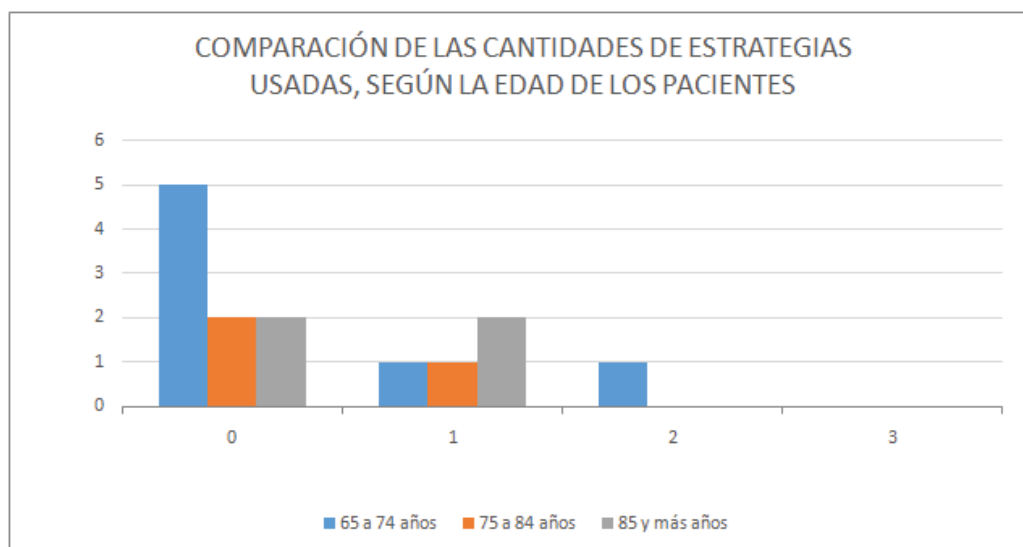


Gráfico 11

Realizando una discriminación entre el sexo biológico de las personas que componen la muestra, 10 de ellas seleccionaron la opción “femenino” y las 4 restantes “masculino”.

7 pacientes femeninas manifiestan que no llevan a cabo adaptaciones, 2 reconocen llevar a

cabo una y 1 lleva a cabo dos estrategias. Con lo que respecta a los participantes que se manifestaron como “masculinos”, 2 no realizan estrategias compensatorias, y otros 2 reconocen llevar a cabo 2 adaptaciones durante la actividad de baño (Gráfico 12).

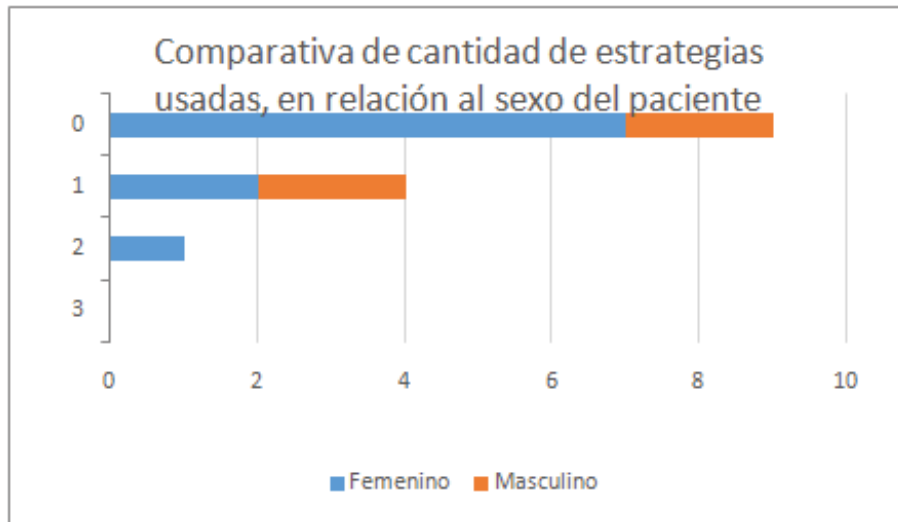


Gráfico 12

En relación al tipo de estrategias utilizadas, la moda entre los pacientes que contestaron de forma afirmativa, es la adaptación “asiento de ducha”. Esta adaptación fue seleccionada por dos personas de 85 años y más, y por una de 75 a 84 años. A dicha estrategia la siguen el aumento de la ventilación del lugar de baño, empleada por 2 personas de 65 a 74 años de edad. Finalmente, la disminución de la temperatura del agua, es utilizada por solo 1 persona del rango etario 65 a 74 años. (Gráfico 13)



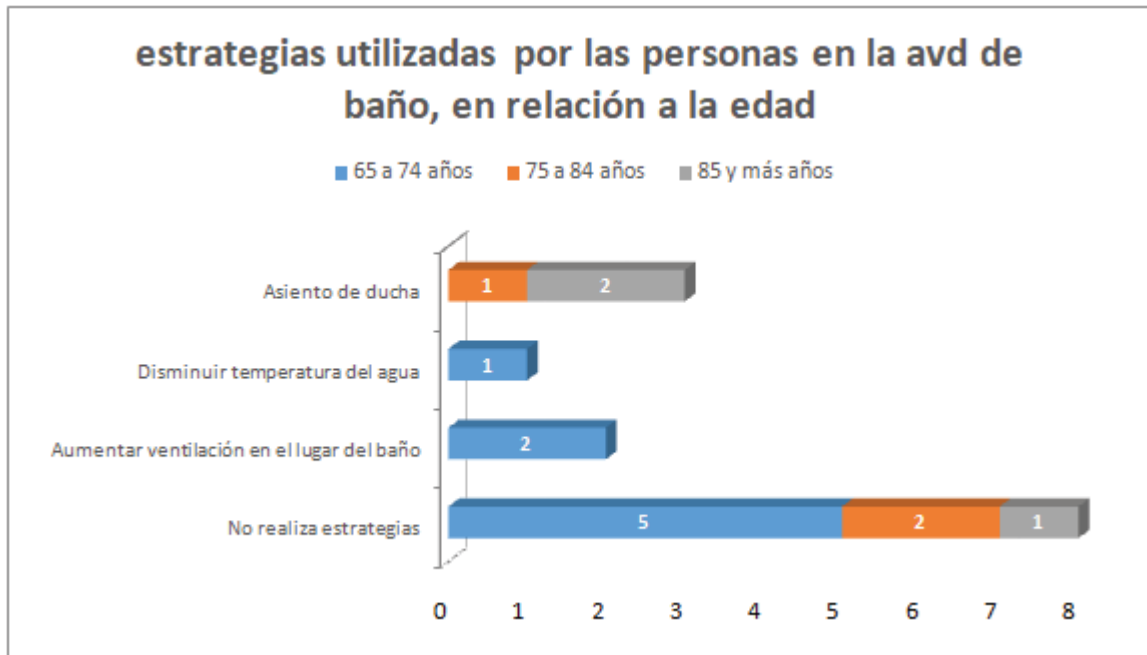


Gráfico 13

Finalmente, se realizaron dos gráficos de torta (gráficos 14 y 15) correspondientes al grupo muestral constituido por participantes femeninos y otro con participantes masculinos.

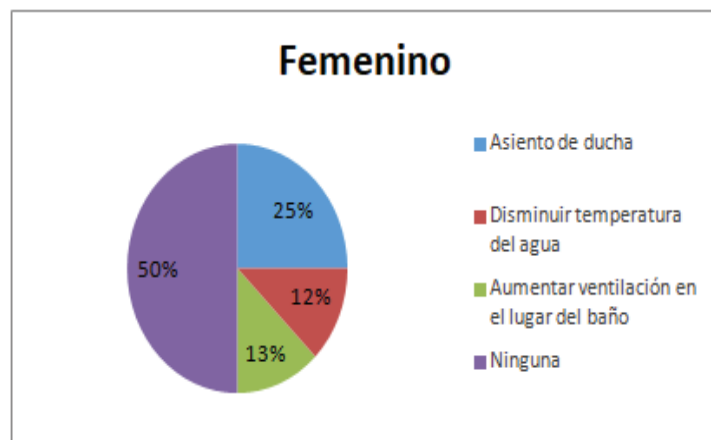


Gráfico 14

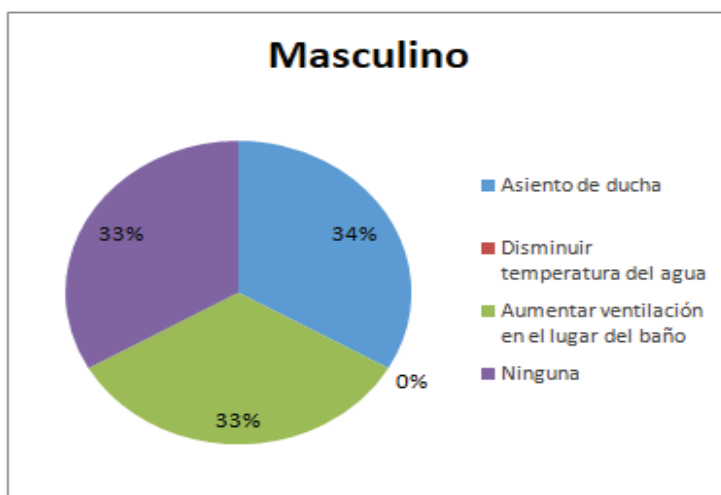


Gráfico 15

En ellos se puede observar la adaptación más frecuente utilizada por cada uno, coincidiendo en ambos sexos en el uso de asientos para la ducha.

La diferencia más sobresaliente con respecto al análisis realizado en estas muestras divididas por sexo biológico, es que ninguno de los pacientes de sexo masculino marcaron la opción “disminuir temperatura del agua” como estrategia durante la actividad de baño.

La **H1** correspondiente expresa lo siguiente: “Los pacientes requieren, para completar la AVD de baño, el agregado/modificación de un objeto o espacio donde se realizan las actividades”, por su parte, la **H0** enuncia: “Los pacientes no requieren para completar la AVD de baño, el agregado/modificación de un objeto o espacio donde se realizan las actividades”. Por lo que se logra observar en los gráficos, la tendencia se encuentra dirigida hacia H0, pero no se ha podido implementar ninguna prueba estadística que lo confirme.

#### Estrategias compensatorias durante la actividad de vestido:

Uno de estos entrecruzamientos extra realizados, fue el análisis de los resultados obtenidos en el ítem “uso de adaptaciones durante la actividad de vestido”.

Como se puede ver, los resultados obtenidos impresionan ser similares a los que se obtuvieron en la otra actividad analizada, pero al adentrarnos en el análisis se observa que la cantidad de personas que requiere del uso de un asiento para vestirse, no dista en gran número de los que no requieren ningún tipo de adaptación para hacerlo (Gráfico 16). Un

participante marcó la opción “otro” y comentando que usa las “barandas en la pared” durante la actividad.

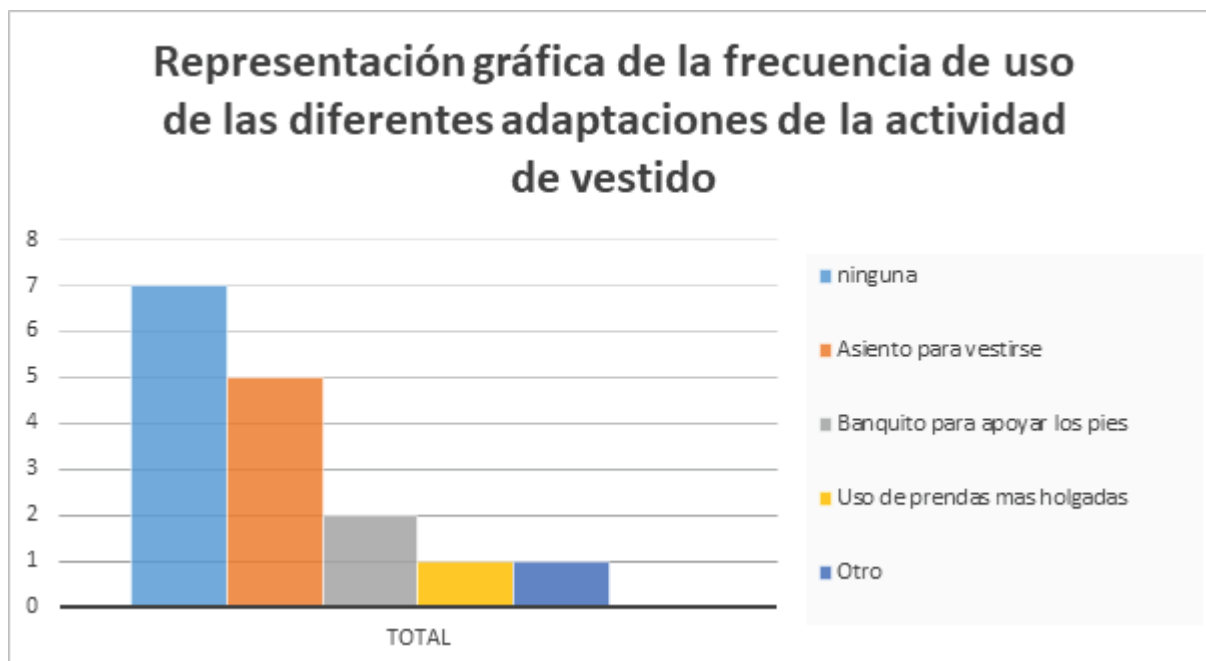
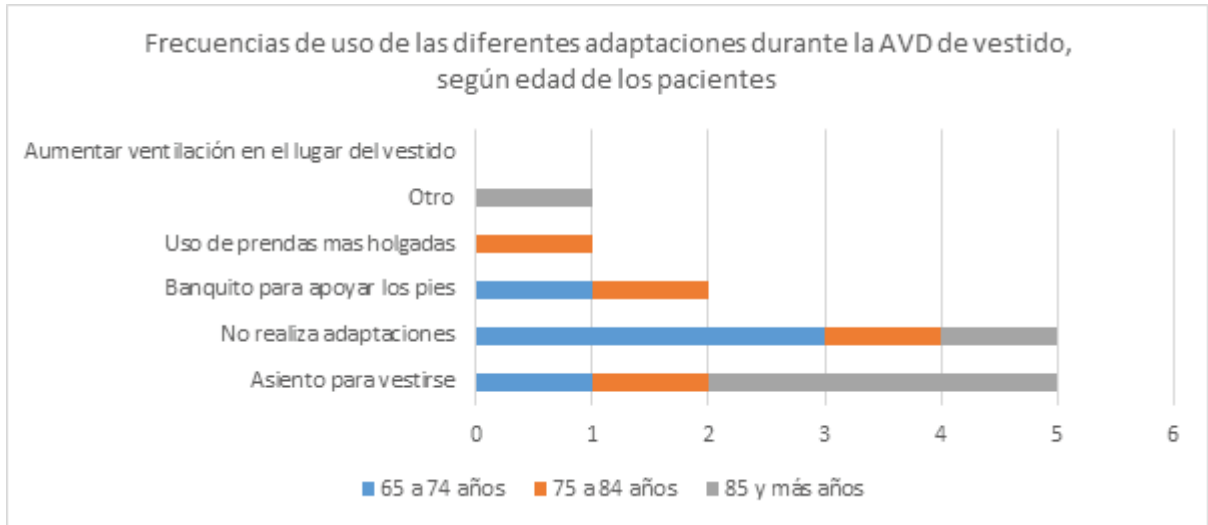


Gráfico 16

Con estos datos, también se realizó el análisis de las estrategias compensatorias usadas por los pacientes dividiéndolos en función de la edad y de su sexo biológico, al igual que se lo hizo para la actividad de baño.

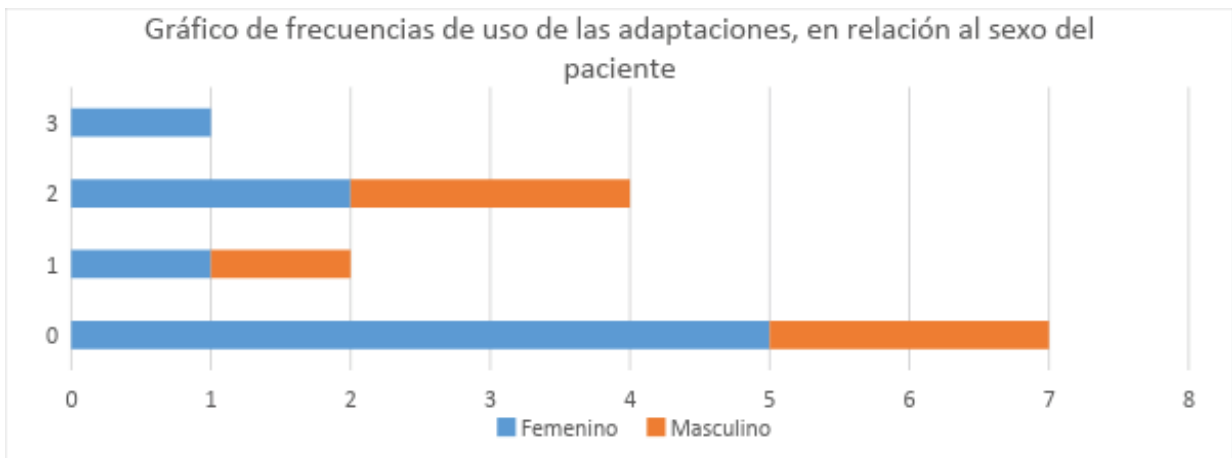
Como primera apreciación, se puede decir que 8 de los 14 entrevistados hacen uso de las mismas, en comparación con las 5 personas que las utilizan durante el baño.

Analizando el gráfico de barras horizontales realizado (gráfico 17), se puede ver que de estas 8 personas, 6 manifiestan llevar a cabo solo 1 adaptación. Este grupo de 6 personas está compuesto por: 3 del grupo etario “65 a 74 años”, 1 persona del grupo “75 a 84 años” y 2 personas de “85 y más años”; 2 personas reconocen llevar a cabo 2 estrategias simultáneas: 1 persona de 75 a 84 años y 1 de 85 o más años, siendo este valor 2 el número máximo de estrategias compensatorias usadas a la vez durante la actividad de vestido. De las 6 personas restantes de la muestra, 5 manifiestan no llevar a cabo ninguna estrategia, y 1 persona no contestó la pregunta.



*Gráfico 17*

Para poder realizar el análisis de las adaptaciones utilizadas según el sexo biológico de los pacientes, se realizó una tabla de contingencia donde se volcaron los datos de frecuencia de uso de las adaptaciones en función del sexo de los pacientes. (Gráfico 18) Se obtuvieron los siguientes resultados: De las 10 participantes de sexo femenino, 2 manifiestan no realizar ninguna estrategia compensatoria, 4 de ellas manifiesta realizar al menos una estrategia y 2 realizan dos estrategias compensatorias. Hubo 2 pacientes que no contestaron a la pregunta. Por su parte, de la muestra masculina, 3 indicaron no realizar estrategias compensatorias y 1 indicó realizar solo una.

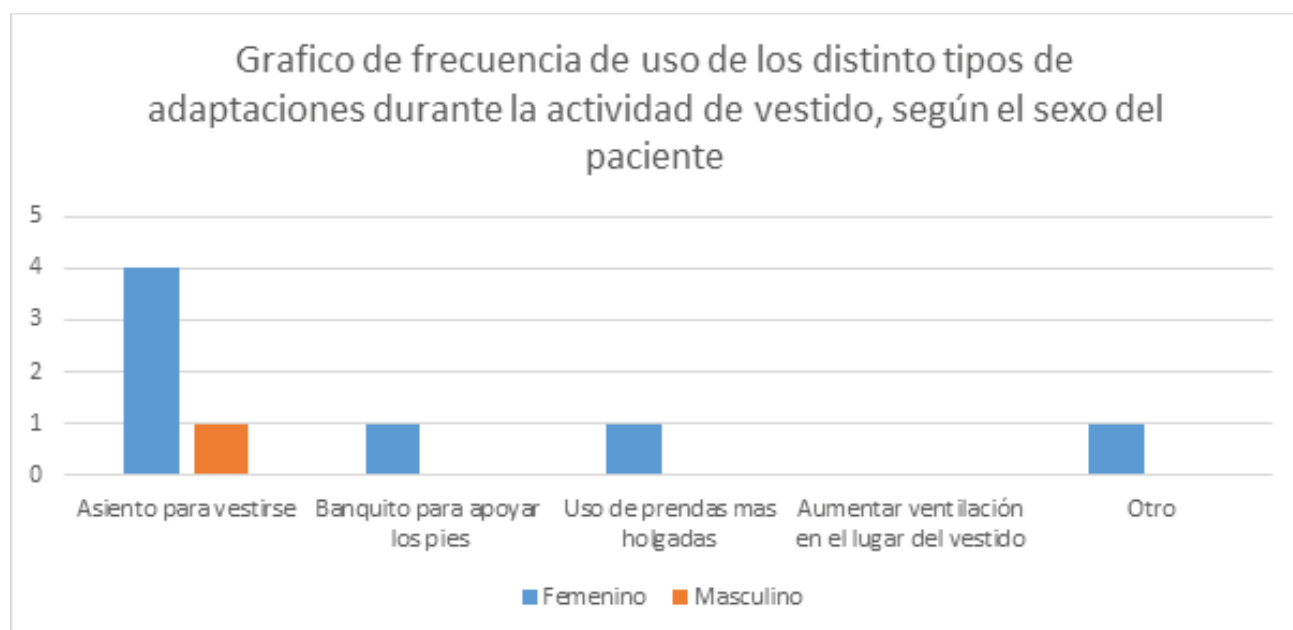


*Gráfico 18*

En cuanto al tipo de estrategia compensatoria utilizadas, ya sea en la muestra total como en la discriminación por sexo biológico, se observa que la principal estrategia utilizada es la del

uso de asiento para vestirse (gráfico 19). Esto coincide con lo rastreado en el estado del arte, en donde a través de la bibliografía consultada se reconoce ésta como una estrategia favorable para llevar a cabo la vestimenta cotidiana.

Como dato relevante, se pudo observar que sólo 1 paciente de sexo masculino admitió requerir una adaptación, y es justamente la de mayor cantidad de adeptos, “Asiento para vestirse”.



*Gráfico 19*

Asistencia física de terceros durante la actividad de baño:

Para comenzar brindaremos los resultados que se obtuvieron del análisis de los datos durante la actividad de baño.

Para este estudio se confeccionó una tabla de contingencias donde se volcaron las respuestas brindadas por la totalidad de la muestra. A partir de esta tabla, se realizaron gráficos de torta para facilitar la visualización de los resultados.

A priori se puede observar la tendencia de los pacientes a no precisar de las mismas. Ya que sólo 5 (36% de los entrevistados) de las 14 personas entrevistadas necesitan este tipo de apoyo físico (Gráfico 20). Dentro de este porcentaje de personas asistidas, el dato más relevante es que, la totalidad de los mismos requieren de apoyo de terceros para enjabonar su cuerpo y pelo.



Gráfico 20

Al realizar el análisis de los pacientes en función de su rango etario, se pudo observar que el total de las personas del rango “85 y más años” entrevistados requieren de esta ayuda. (Gráfico 21)

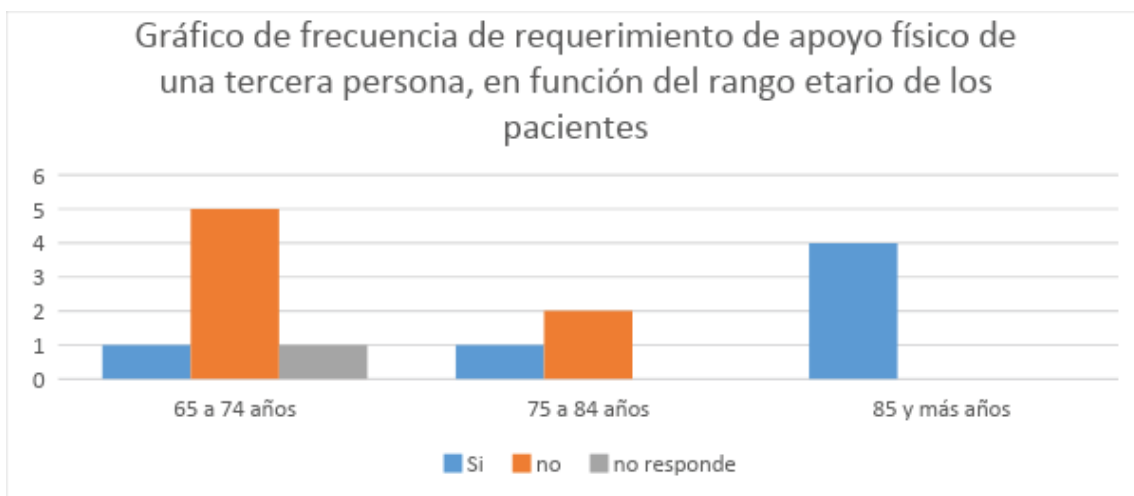


Gráfico 21

Luego, para estudiar los pasos de la actividad en que es más frecuente la participación, se realizó una segunda tabla de contingencias partiendo de un nuevo número muestral formado por los 6 pacientes que respondieron de forma afirmativa en la primera tabla. Este segundo cruce, arrojó los siguientes resultados que se representan en el gráfico 22:

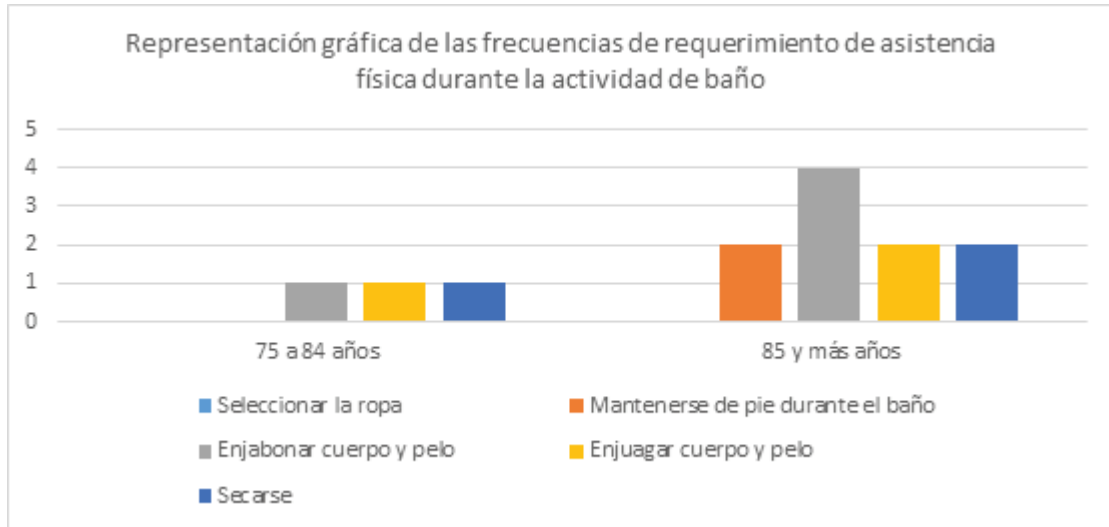


Gráfico 22

Como se aprecia, el grupo de 65 a 74 años no pertenece a esta muestra, 2 pacientes son del grupo de 75 a 84 años, y 4 del rango 85 y más años.

Como resultado final de este análisis, pudimos ver que la totalidad de los pacientes mayores de 85 años que fueron entrevistados requieren la asistencia física de terceros en el paso “*Enjabonar cuerpo y pelo*”.

Se estudiaron las frecuencias de uso de la asistencia de terceros en este grupo de pacientes, pero divididos ahora según su sexo biológico.

La primer tabla de contingencias, está formada por las opciones “si / no / no responde” según la respuesta brindada por los pacientes. Se realizó a partir de esta tabla, el siguiente gráfico de barras (Gráfico 23):

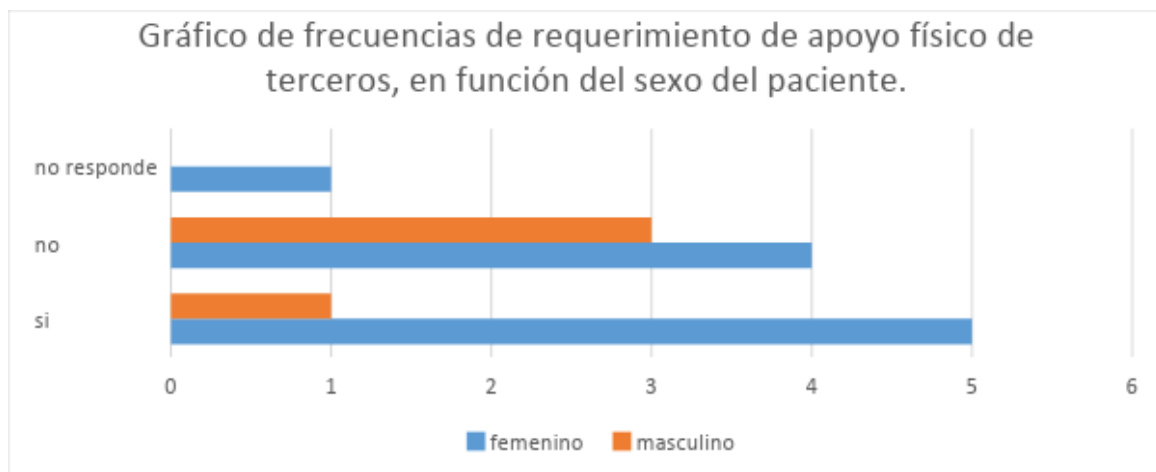
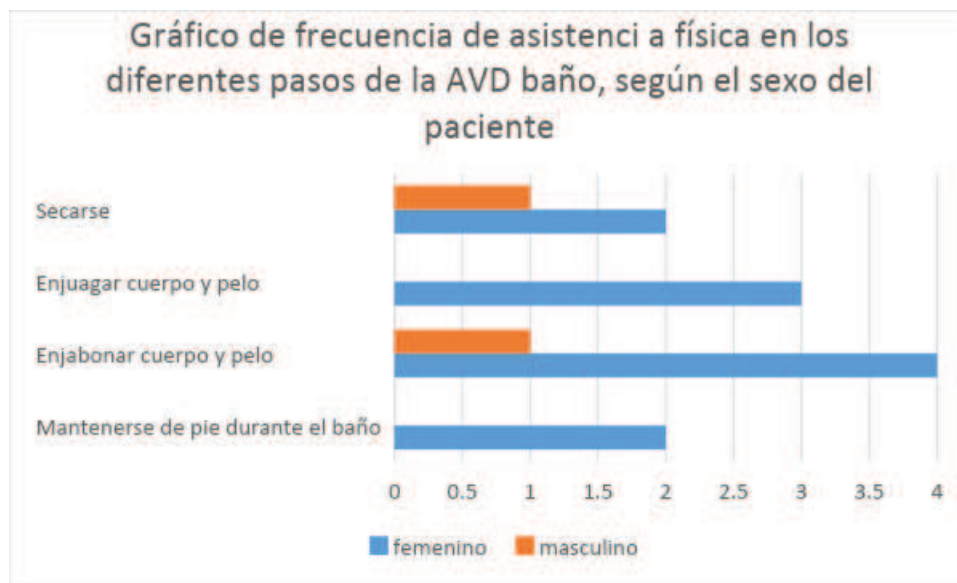


Gráfico 23

Es notable la supremacía del requerimiento del apoyo de terceros en pacientes femeninos, en comparación con los masculinos. Aunque también, se puede ver que este número de 5 pacientes femeninas apenas supera en número de 1 a las que no necesitan dicha asistencia.

Luego de este análisis, se prosiguió con un nuevo número muestral brindado por los pacientes que respondieron afirmativamente. Obteniendo así otro cuadro, pero ahora demostrando en que pasos de la actividad es requerido el apoyo (gráfico 24).



*Gráfico 24*

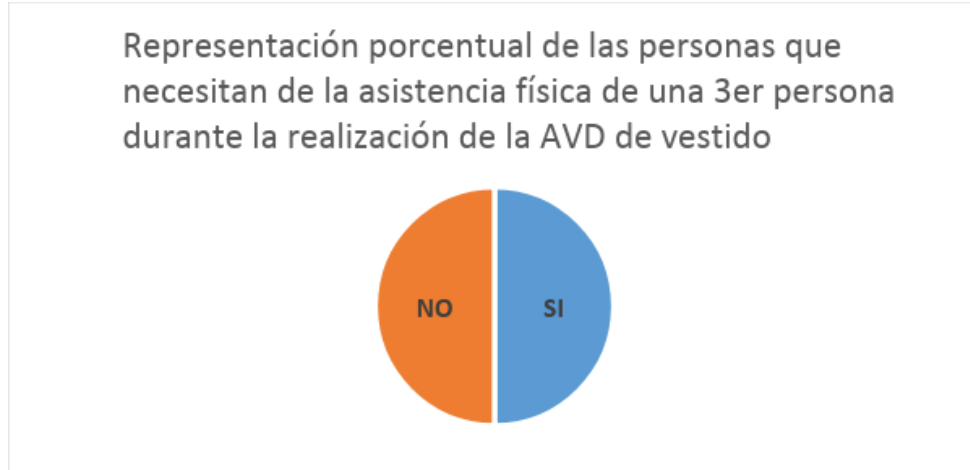
Este gráfico de barras horizontales demuestra que el paso en que más pacientes requieren ayuda de una tercera persona, es el de “Enjabonar el cuerpo y pelo”, seguido por “Secarse” y “Enjuagar cuerpo y pelo”. Este resultado está dentro de lo esperado en consecuencia a lo expresado en el marco teórico con respecto a la alta cantidad de MET’S que esta actividad requiere por el empleo de habilidades motoras y resistencia por parte del paciente para la realización de los mismos. Cabe destacar que “enjabonar” es el paso de la actividad que más esfuerzo requiere, seguido por “secarse” y por ultimo “enjuagar”.

#### Asistencia física de terceros durante la actividad de vestido:

Con lo que a asistencia de terceros respecta, realizamos el análisis de los datos para poder completar los objetivos vinculados a esta variable que proponen reconocer cual o cuales son los pasos de esta AVD donde es más frecuente la asistencia física de un tercero.



Los datos arrojados por las entrevistas, dan cuenta de que la mitad de los pacientes (7 de los 14 totales) requieren la asistencia física de un tercero durante esta actividad (gráfico 25).



*Gráfico 25*

Luego, para continuar con este estudio, se utilizó un filtro sobre la muestra total para obtener un nuevo número muestral con las personas que marcaron afirmativamente al requerimiento de asistencia de un tercero y así poder conocer en cuál de los pasos de la actividad es más frecuente dicha asistencia.

La actividad fue dividida en 4 pasos: “Seleccionar ropa”; “Desvestirse”; “Vestir el tren superior”; “Vestir el tren inferior”.

Los pasos de desvestido y selección de la ropa, fueron seleccionados por 1 sólo paciente cada paso; los de vestido de tren superior y tren inferior fueron seleccionados por 6 de los 7 pacientes del nuevo número muestral, con la particularidad de que todos tienen necesidad de asistencia física en ambos pasos del vestido (Gráfico 26).

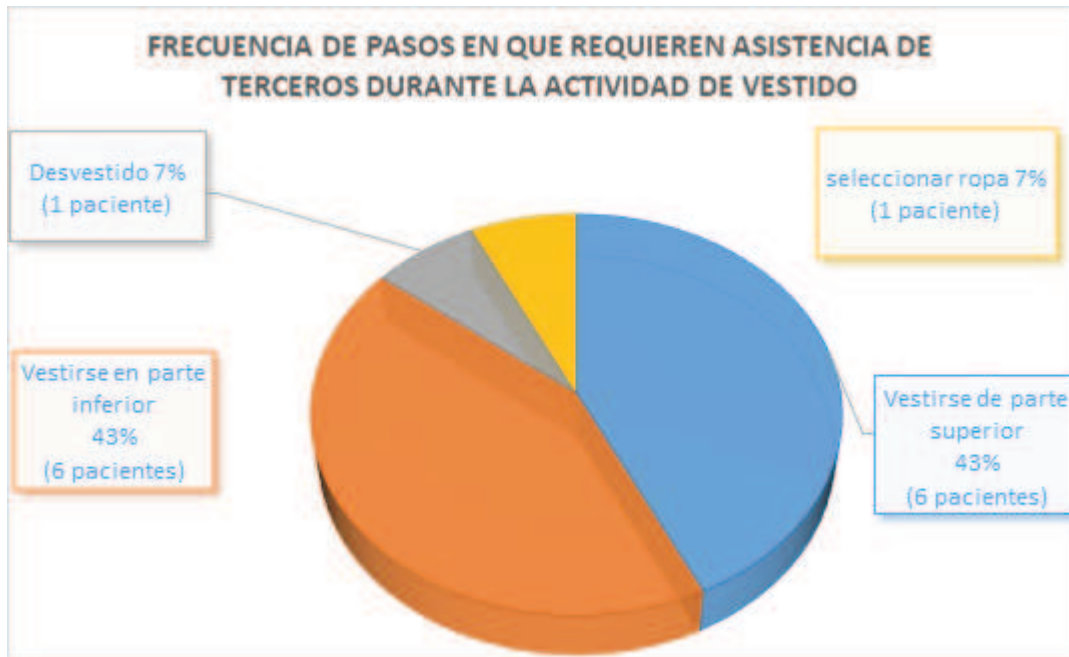


Gráfico 26

Se podría decir que los pacientes requieren asistencia de un tercero durante esta AVD, concluyendo así que éste objetivo se cumplió.

Se analizó también la variable en función al sexo y el rango etario de los pacientes, del mismo modo en que se realizó para el estudio de la AVD de baño.

En primer lugar, presentaremos los resultados arrojados por el análisis realizado a los pacientes quienes fueron divididos en 3 rangos etarios, a saber: “65 a 74 años”; “75 a 84 años” y “85 y más años”.

Se realizó una tabla de contingencia con los datos extraídos de las encuestas y luego se confeccionó el siguiente gráfico de barras (Gráfico 27):

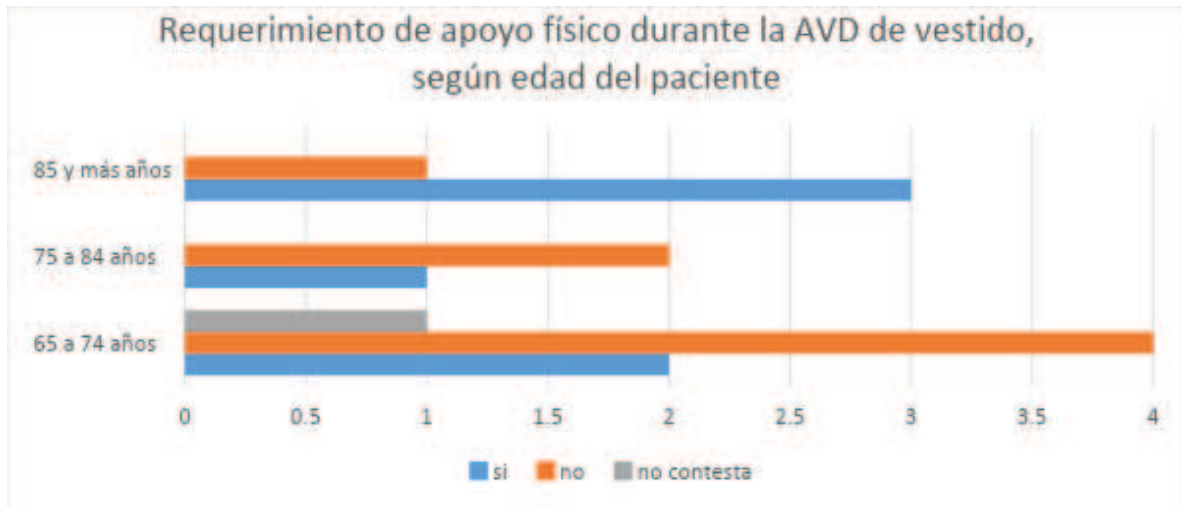


Gráfico 27

De nuevo, y siguiendo con la tendencia que ya se presentaba en la AVD de baño, es notable la proporción de pacientes de 85 años y más que requieren esta asistencia física durante el vestido en contraposición con los pacientes de 65 a 74 años, quienes en su mayoría no la requieren.

Con las personas que contestaron de forma afirmativa a la pregunta anterior, se obtuvo un nuevo número muestral compuesto por 6 personas y se analizó a través de una nueva tabla de contingencia, en cuál de los pasos tienen este requerimiento. Se realizó con esos valores un nuevo gráfico (Gráfico 28):

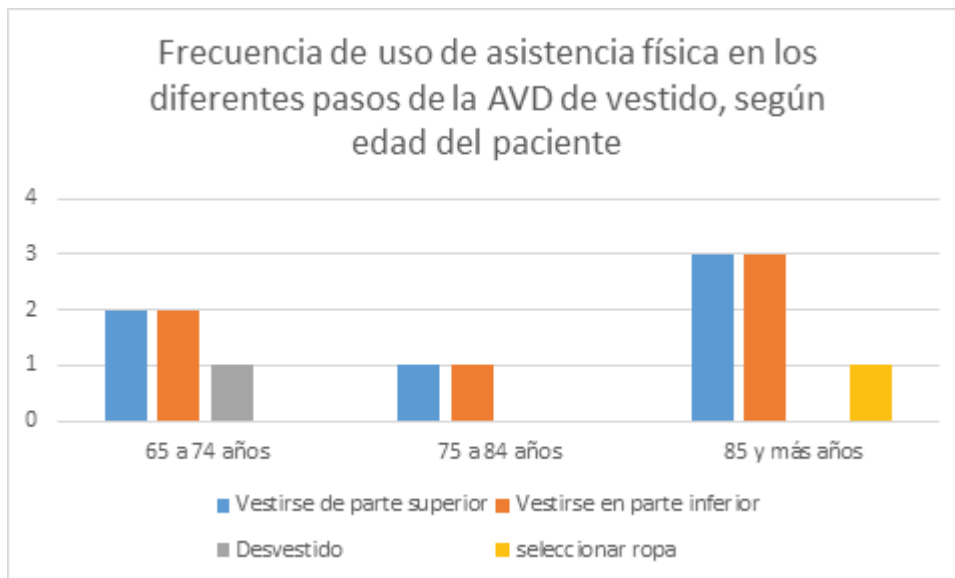


Gráfico 28

Para finalizar con el análisis de la AVD de vestido, estudiamos el comportamiento de esta variable, en función al sexo biológico de los pacientes.

De la misma forma que durante el examen de la AVD de baño, se volcaron las respuestas brindadas por los pacientes en una tabla y a partir de ella, se confeccionó el gráfico que sigue (Gráfico 29):

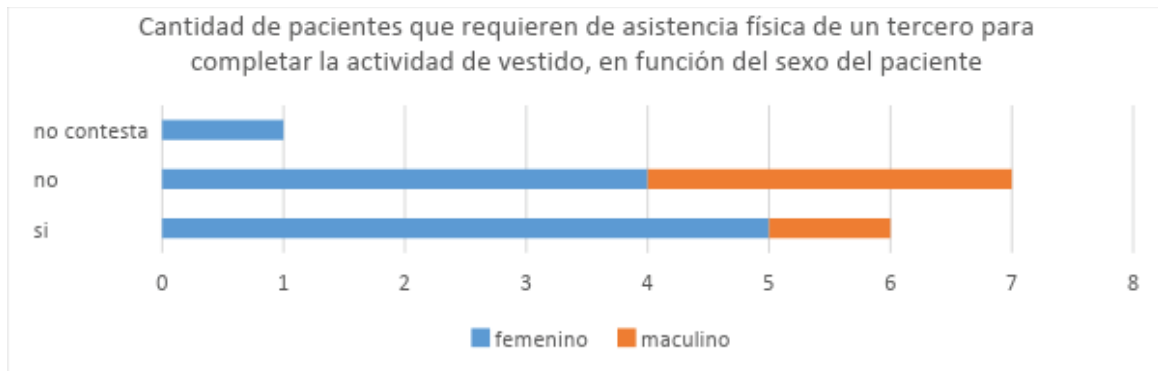


Gráfico 29

Según el sexo de los pacientes, la mayoría de ellos no requeriría asistencia durante la actividad. Pero, no obstante, hay un paciente que no contestó la pregunta. Por esto, no es concluyente esta primacía, ya que de ser afirmativa la respuesta de quién no contestó, estaríamos frente a un resultado parejo.

Luego, se extrajeron los resultados positivos y se generó con este nuevo número muestral otra tabla, pero ahora ésta discrimina en las 4 etapas de la actividad en las que dividimos el vestido, siendo estas: “Vestido parte superior”; “Vestido parte inferior”; “Desvestido” y “Seleccionar ropa”. El gráfico siguiente evidencia los resultados obtenidos (Gráfico 30):



Gráfico 30

Como se comprueba, ningún paciente refirió necesitar de un apoyo físico para su desvestido y selección de la ropa y, a diferencia de la tendencia que venían trayendo los datos anteriormente, es el paso de vestir tren superior el que presenta más personas con necesidad de asistencia física para su realización.

Respecto a las hipótesis planteadas para este apartado, se plantea como **H1**: “Los pacientes requieren, para realizar por completo la AVD de vestido, la participación de un tercero que asista de forma física.”, siendo **H0**: “Los pacientes no requieren, para realizar por completo la AVD de vestido, la participación de un tercero que los asista de forma física.”

Con respecto a la particularidad de los resultados obtenidos (50% de la muestra requiere asistencia física de terceros vs 50% de la muestra que no requiere asistencia física de terceros), no se puede estimar ninguna de las dos hipótesis.

## CONCLUSIONES

Con este trabajo final integrador pudimos cumplir con los objetivos planteados, los cuales han atravesado algunas modificaciones a lo largo del desarrollo mismo. Debido a la riqueza de los datos obtenidos, no solo se han cumplido los objetivos generales y específicos que acompañan las hipótesis, sino también los vinculados a los entrecruzamientos de variables, con fuerte relevancia en la práctica cotidiana.

Junto con ellos, hemos aprendido gran variedad de datos acerca de la patología estudiada, la cual se encuentra presente en una parte considerable (y en continuo crecimiento siguiendo las estadísticas de salud pública en donde se ve a la patología cardíaca como una de las principales en la epidemiología) de la población adulta mayor de nuestro país. Es por eso, que consideramos de suma relevancia tanto este trabajo como un primer acercamiento al desempeño ocupacional de las personas con insuficiencia cardíaca (ya que en nuestro país no se constatan estudios previos relacionados con nuestra disciplina), así como también la continuidad por parte de la comunidad científica de Terapia Ocupacional, que pudiese continuar con esta línea de investigación para llevar a cabo estudios cada vez más específicos y dar fuerza a las conclusiones que pudimos llevar a cabo con nuestra muestra.

En un principio, este trabajo estaba orientado a un análisis de los datos de forma porcentual de datos cuantitativos y, al ser una afección presente de forma no menor en la población de mayores de 65 años, confiamos en que la muestra que se podría obtener sería mayor. Sin embargo, al momento de salir a campo y al realizar los primeros pilotajes, comprobamos que lo anteriormente dicho no era de esta forma.

Nuestra población objetivo tenía una particularidad: la mayoría de ellos se encontraban institucionalizados. Con esto, nos referimos a centros para la tercera edad (hogares, residencias, geriátricos). Es por eso, que el número inicial de personas (o sea, personas que quisieran y pudieran participar de nuestro trabajo), disminuyó significativamente. Por cuanto resaltamos y pedimos que se tenga en cuenta, que los resultados obtenidos, como hemos dicho en el apartado de *Resultados*, no constituyen generalidades del universo planteado, sino

meramente a la muestra estudiada, la cual abre un panorama a las características posibles del universo antes mencionado.

Es por esto, y gracias a los mencionados contratiempos, que decidimos replantearnos el trabajo haciéndonos las siguientes preguntas: "¿Queremos saber qué porcentaje usa baranda en la ducha? o ¿sería mejor conocer las diferentes estrategias que emplean los pacientes?". "¿Realmente es relevante saber el número porcentual de individuos que necesitan una persona considerando el bajo número muestral al que realmente tendremos acceso?, ¿No sería más productivo e interesante conocer los pasos en que los necesitan?". En base a este replanteo, es que decidimos cambiar la orientación del trabajo hacia uno que lleve a cabo un análisis cualitativo de la población, por cuanto nos vimos obligadas a modificar algunos objetivos (generales y específicos) para no perder el sentido de la investigación.

Como conclusiones generales de este trabajo, finalmente, podemos decir que la insuficiencia cardíaca clase III, como el EPOC y otras enfermedades que afectan la capacidad respiratoria de los pacientes, afectan de forma transversal tanto su vida cotidiana como la de las personas cercanas. Al comprobar, la necesidad de asistencia presente tanto sea por una persona, un objeto o una modificación ambiental, nos hace pensar que estos pacientes requieren de una red de contención amplia y comprensiva. No sólo formada por los familiares o cuidadores que puedan tener, sino también de profesionales de la salud, los cuales partiendo cada uno de su lugar e incumbencia, brinden confort, contención emocional por las capacidades y oportunidades que la persona va perdiendo y la posibilidad de que cada individuo con esta afectación, pueda vivir y mantener su nivel de independencia el mayor tiempo posible, a través de la indicación de las adaptaciones y estrategias pertinentes. Esto último consiste en una de las tareas claves de nuestra disciplina, y de esta forma se interviene de forma preventiva a la posibilidad de que la persona vaya perdiendo su rol protagonista y de participación activa en las AVD. A su vez, disminuir el sentimiento de carga que suele traer la necesidad de ser asistido de forma permanente, y no transitoria, por un otro.

Respecto al uso de estrategias compensatorias en las AVD de baño y vestido (contemplado dentro de inclusión de objetos y modificación ambiental), nos sorprendió en gran medida el poco uso que se hizo de los mismos, más aún teniendo en cuenta que 12 de las 14 personas

participantes tiene un tiempo de diagnóstico mayor a 5 años. Por ende, los signos y síntomas característicos deberían encontrarse acentuados, y estos limitando la capacidad de la persona en su desempeño. A su vez, y en relación a las características principales de la enfermedad, consideramos que la disnea iba a ser el principal síntoma limitante en el desempeño, sin embargo, este aparece en segundo lugar en ambas actividades, preponderando la aparición del cansancio.

Si hablamos del tipo de estrategias compensatorias utilizadas, en ambas prepondera el uso de asientos, ya sea para vestirse o asiento de ducha. Esta estrategia coincide con las encontradas en bibliografía consultada, y no es casual la coincidencia, ya que la postura sedente favorece la resistencia del individuo y permite prolongar el tiempo para la aparición del cansancio limitante. Sólo una persona aportó una nueva estrategia que favorece el parámetro de desempeño *seguridad*, y consiste en el uso de barandas en la ducha. Desde nuestro punto de vista, sería interesante que si existiese la posibilidad de ampliar este trabajo ubicando mayor participación de personas con insuficiencia cardíaca clase III, podrían encontrarse nuevas estrategias que favorezcan estas actividades y que sirvan para futuros pacientes que requieran de las mismas.

Entre los pasos de la actividad más afectados y en los que las personas requieren de asistencia física de un tercero, encontramos en la actividad de baño principalmente *enjabonar cuerpo y pelo*, seguido con una misma cantidad de selecciones, *mantenerse de pie durante el baño*, *enjuagar cuerpo y pelo*, y *secarse*. Siendo la mayoría, personas de 85 años y más, quienes requieren de esta asistencia. Por su parte, en la actividad de vestido, se observa que la mayor cantidad de dificultades se encuentra en *vestido de tren superior e inferior*, requiriendo asistencia de terceros para realizarla. A su vez, coinciden junto con la actividad de baño, el rango etario preponderante, el cual es de las personas de 85 años y más. Estos resultados se constituyen como datos nuevos hacia nosotras ya que no teníamos ninguna fuente específica que detalle cuáles eran los pasos de la actividad que más se encuentran afectados en estas actividades.

Finalmente, como hemos dicho previamente, consideramos importante que se continúe la investigación entre el desempeño ocupacional de personas con patologías cardíacas a fin de



poder brindar mayores estrategias de abordaje desde el área y capacitación para pacientes, familiares y allegados. Así mismo, ampliar el rol del terapeuta ocupacional como efector de salud que trabaje sobre la evaluación ambiental, el asesoramiento de las mismas y entrenamiento de las personas para favorecer el desempeño ocupacional.

Luego de observar la gran cantidad de personas con IC institucionalizadas en diferentes dispositivos, podría plantearse un tópico de investigación, en el cual se piense la relación existente entre la falta de información y formación (comenzando por la comunidad de salud en general y por consiguiente de los vínculos familiares de la persona enferma) con la posterior institucionalización de los pacientes, a fin de poder abarcar las áreas de desempeño limitadas.

A partir de esto, pensamos en disparadores para nuevas líneas de investigación con respecto a los pacientes institucionalizados: ¿El paciente requiere realmente el apoyo que recibe? ¿Esta institucionalización solapa las verdaderas capacidades de los individuos, neutralizando su potencial y limitando su independencia? Y también para investigaciones acerca de las razones que motivaron a los familiares a llevar a esas personas a las instituciones: ¿Qué lo motivó a tomar esa decisión? ¿Consideró que su familiar corría riesgos de caída o de otro tipo, estando solo en su hogar?.

## BIBLIOGRAFÍA CITADA

- American Occupational Therapy Association (2008). Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. 2° edición. American Journal of Occupational Therapy, Vol. 62 N° 625-683 USA, 2002. Traducción al español abril 2010.
- Argente, H.; Alvarez, M. (2005). Semiología médica: Fisiopatología, semiología y propedéutica. Enseñanza basada en el paciente. Cap. 7, Secc. 4. 1° edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.
- Bentz Brugal (2011). Consideraciones sobre el equivalente metabólico MET. Rehabilitek. Recuperado de: <http://rehabilitacionrd.blogspot.com/2011/04/consideraciones-sobre-el-equivalente.html>
- Crepeau, E., Cohn, E., Schell, B., (2011). Willard & Spackman Terapia Ocupacional. Unidad N° 15. 11° edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana
- Dirección de estadísticas e información de salud (2015). Estadísticas vitales. Recuperado de: <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/estadisticas-vitales/>
- Godara, H.; Hirbe, A.; et al. (2014). Manual Washington de terapéutica médica. Cap. 5. 34° edición. Philadelphia, Estados Unidos. Editorial Wolters Kluwer.
- Kumar, V.; Abbas, A.; Fausto, N. (2005). Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional. Unidad 1, Cap. 4. 7° edición. Madrid. Editorial Elsevier.

- Muñóz M. (2016). Revisión concepto desempeño ocupacional. España. Recuperado de: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Desempe%C3%B1o-Ocupacional/216834.html>
- Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf)
- Polonio López; Durante Molina; Noya Arnaiz (2001). Conceptos fundamentales de terapia ocupacional. Madrid, España. Editorial Médica Panamericana.
- Real Academia Española (2017). Diccionario de la lengua española. Madrid, España. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=HfqhQml>
- Sabino, C (1992). El proceso de Investigación. Caracas. Editorial Panapo.
- Samaja, J. (2002). Epistemología y Metodología: Elementos para una Teoría de la Investigación Científica. Parte IV. 3° edición. Buenos Aires. Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Sampieri Hernández, R; Fernández Collado, C & Lucio Baptista, P (2004). Metodología de la investigación. 4° edición. Editorial Mc Graw Hill.
- Sanchez Rivas y otros. (2005). Cómo superar las pruebas físicas de las oposiciones. Cap 2. Sevilla. Editorial MAD.
- Sites.google.com. Análisis de desempeño ocupacional. - Incubando la Terapia Ocupacional en México. México. Recuperado de: <http://sites.google.com/site/incubandolatomejico/analisis-de-desempeno-ocupacional>
- Turner, A; Foster, M; Johnson, S. (2003). Terapia ocupacional y disfunciones físicas: principios, técnicas y prácticas. Madrid, España. Editorial Elsevier.

- Varela, L. 2003. Valoración geriátrica integral. Geriatría primera parte. Revista Diagnóstico, Vol. 42. N° 2 Pág 38 a 42. Recuperado de: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/category/revista/2003/marabr03/38-42.html>
- Vila Paz, A. y De RosendeCeleiro, I. (2016). Contribución de la terapia ocupacional en la rehabilitación cardíaca: intervención, desafíos y reflexiones. Recuperado de: <http://www.cuadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cuadernos/article/viewFile/1366/794>
- Ynoub, Roxana (2014). El «diseño de la investigación»: una cuestión de estrategia. Parte IV. Material de cátedra elaborado por la Dra. Roxana Ynoub. UBA/UNMdP. Facilitado en la Maestría de Investigaciones Científicas, UNLA.

# ANEXOS

## ANEXO 1:

Red conceptual del Marco Teórico:

- 1. ----- Vejez
  - 1.1. ----- Definición
  - 1.2. ----- Envejecimiento normal
  - 1.3. ----- Cambios fisiológicos cardiovasculares
- 2. ----- Insuficiencia cardiaca
  - 2.1 ----- Síntomas
    - 2.1.1 ----- Disnea
    - 2.1.2 ----- Edema
    - 2.1.3 ----- Dolor
  - 2.2 ----- Clasificaciones
- 3----- Actividades
  - 3.1----- Actividad de Baño
  - 3.2----- Actividad de vestido
- 4----- Demandas de la actividad
  - 4.1----- Esfuerzo
    - 4.1.1----- MET's
- 5----- Adaptaciones y estrategias compensatorias
  - 5.1----- accesibilidad física
  - 5.2----- Comodidad
  - 5.3----- Seguridad

## **ANEXO 2:**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estimado/a,

por medio de la presente solicitamos su autorización para participar de nuestro trabajo final integrador, llamado “Estrategias compensatorias que realizan los pacientes de 65 años y más con diagnóstico de insuficiencia cardiaca clase III, para completar las actividades diarias de baño y vestido ante la dificultad que le generan los síntomas asociados”, con el cual nosotras, Bustos Fernanda y Llanes Angeles, accederemos a completar el ciclo de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de San Martín.

En caso de acceder a participar, le pedimos que pueda completar un cuestionario llamado “Dificultades en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de baño y vestido”, el cual toma un tiempo de administración de entre 5 y 10 minutos y tiene como objetivo poder explorar las dificultades que presentan las personas con diagnóstico de Insuficiencia cardiaca clase III (Definida como *“limitación importante de la actividad debido a los síntomas, incluso con actividades inferiores a las habituales (caminar distancias cortas 20/100 metros). Solo se encuentra cómodo en reposo.”* Clasificación funcional de la New York HeartAssociation) en las actividades cotidianas de baño y vestido.

Su participación en dicho trabajo es meramente voluntaria, siendo sus datos personales y la información brindada anónimas. Estos no serán utilizados para ningún otro propósito salvo los mencionados en el presente documento, y en caso de desearlo, podrá retirar su participación sin ningún tipo de impedimento.

### **ANEXO 3:**

#### **MANIFESTACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Fecha \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, DNI N°: \_\_\_\_\_, acepto participar en la investigación “Estrategias compensatorias que realizan los pacientes de 65 años y más con diagnóstico de insuficiencia cardíaca clase III, para completar las actividades diarias de baño y vestido ante la dificultad que le generan los síntomas asociados” a la cual he sido invitado por las estudiantes de Licenciatura en Terapia Ocupacional Bustos Fernanda y Llanes Angeles y certifico que he sido informado/a a con la claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico, habiendo recibido copia de las mismas; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a éste procedimiento de forma activa. Soy conecedor/a de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita y que no se trata de una intervención con fines de tratamiento psicológico. Que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración



**ANEXO 4:**

**INSTRUMENTO**

**DIFICULTADES EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE  
BAÑO Y VESTIDO**

Marque con una cruz al lado de la / las respuestas que considere que se ajustan a su realidad en cada pregunta.

Edad: 65 a 74 años:  75 a 84 años:  85 años y más:

Sexo: Masculino  Femenino

Hace cuánto tiempo le diagnosticaron la Insuficiencia Cardíaca:

- Menos de un año
- Entre 1 y 5 años
- Más de 5 años

Cuál de estos signos / síntomas de la enfermedad cardíaca, considera usted que más lo limitan en sus actividades cotidianas:

- Cansancio
- Falta de aire
- Dolor en el pecho
- Sensación de aceleración del corazón
- Hinchazón de las piernas
- Otro  ¿Cuál?

Actividades de la vida diaria:

**Bañarse:**

1) ¿Siente diferencias para llevar a cabo la actividad de bañarse, con respecto a cómo se bañaba antes de la aparición de los síntomas de la enfermedad cardíaca?

- Si
- No

2) De ser afirmativa la respuesta anterior: En cuál/ cuáles etapa/s usted percibe esta diferencia:

- Mantenerse de pie durante el baño
- Enjabonar cuerpo y pelo
- Enjuagar cuerpo y pelo
- Secarse
- Otro paso                      ¿Cuál?

3) ¿Tuvo que agregar/ modificar algo del entorno para poder completar esta actividad?

- Si
- No

En caso de respuesta afirmativa, seleccione la/las opción/es que corresponda/n:

- Asiento en la ducha
- Disminuir la temperatura del agua, para disminuir la cantidad de vapor durante el baño
- Aumento de la ventilación del baño

4) ¿Tuvo que agregar una persona durante la actividad, para poder completarla?

- Si
- No

En caso afirmativo, seleccione el/los pasos que correspondan:

- Mantenerse de pie durante el baño
- Enjabonar cuerpo y pelo
- Enjuagar cuerpo y pelo
- Secarse
- Otro paso                      ¿Cuál?

5) ¿Cuál/cuáles considera el/los síntoma/ s que afecta/n su desempeño durante la actividad?  
(Puede marcar más de una).

- Cansancio
- Falta de aire
- Dolor en el pecho
- Sensación de aceleración del corazón
- Hinchazón de las piernas
- Otro                      ¿Cuál?

### Vestirse:

1. ¿Siente diferencias para llevar a cabo la actividad de vestirse, con respecto a cómo se vestía antes de la aparición de los síntomas de la enfermedad cardíaca?

- Si
- No



En caso afirmativo, seleccione el/los paso/s que correspondan:

- Seleccionar la ropa
- Desvestirse
- Vestir la parte superior del cuerpo. (Incluye tanto ponerse remeras, ropa interior, abrigos. Como también levantar los brazos y moverlos para poder ponerse la prenda, y todos los movimientos que se incluyan en este paso de la actividad).
- Vestir la parte inferior del cuerpo (Incluye ponerse pantalón, ropa interior, medias y zapatos. Como también inclinarse y levantarse para poner las diferentes prendas, levantar piernas y todos los movimientos que se incluyan en este paso de la actividad).
- Otro paso                      ¿Cuál?

5) ¿Cuál/cuáles considera el/los síntoma/s que afecta/n su desempeño durante la actividad?  
(Puede marcar más de una opción)

- Cansancio
- Falta de aire
- Dolor en el pecho
- Sensación de aceleración del corazón
- Hinchazón de las piernas
- Otro                      ¿Cuál?

¡Muchas gracias por su colaboración!

## ANEXO 5 PILOTAJE

### DIFICULTADES EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE BAÑO Y VESTIDO

Marque con una cruz al lado de la / las respuestas que considere que se ajustan a su realidad en cada pregunta.

Edad: 65 a 74 años: x  75 a 84 años:  85 años y más:

Sexo: Masculino x  Femenino

Hace cuánto tiempo le diagnosticaron la Insuficiencia Cardíaca:

- Menos de un año
- Entre 1 y 5 años
- Más de 5 años x

Cuál de estos signos / síntomas de la enfermedad cardíaca, considera usted que más lo limitan en sus actividades cotidianas:

- Cansancio
- Falta de aire x
- Dolor en el pecho x
- Sensación de aceleración del corazón
- Hinchazón de las piernas x
- Otro ¿Cuál?

Actividades de la vida diaria:

**Bañarse:**

1) ¿Siente diferencias para llevar a cabo la actividad de bañarse, con respecto a cómo se bañaba antes de la aparición de los síntomas de la enfermedad cardíaca?

- Si
- No

2) De ser afirmativa la respuesta anterior: En cuál/ cuáles etapa/s usted percibe esta diferencia:

- Mantenerse de pie durante el baño
- Enjabonar cuerpo y pelo
- Enjuagar cuerpo y pelo
- Secarse
- Otro paso  ¿Cuál?

3) ¿Tuvo que agregar/ modificar algo del entorno para poder completar esta actividad?

- Si
- No

En caso de respuesta afirmativa, seleccione la/las opción/es que corresponda/n:

- Asiento en la ducha
- Disminuir la temperatura del agua, para disminuir la cantidad de vapor durante el baño
- Aumento de la ventilación del baño

4) ¿Tuvo que agregar una persona durante la actividad, para poder completarla?

- Si
- No

En caso afirmativo, seleccione el/los pasos que correspondan:

- Mantenerse de pie durante el baño
- Enjabonar cuerpo y pelo
- Enjuagar cuerpo y pelo
- Secarse
- Otro paso  ¿Cuál?

5) ¿Cuál/cuáles considera el/los síntoma/s que afecta/n su desempeño durante la actividad?  
(Puede marcar más de una).

- Cansancio
- Falta de aire
- Dolor en el pecho
- Sensación de aceleración del corazón
- Hinchazón de las piernas
- Otro  ¿Cuál?

### Vestirse:

1. ¿Siente diferencias para llevar a cabo la actividad de vestirse, con respecto a cómo se vestía antes de la aparición de los síntomas de la enfermedad cardíaca?

- Si
- No



2) De ser afirmativa la respuesta anterior: En cuál/es etapa/s usted percibe esta diferencia:

- Seleccionar la ropa
- Desvestirse
- Vestir la parte superior del cuerpo. (Incluye tanto ponerse remera, camisa, ropa interior, abrigos. Como también levantar los brazos y moverlos para poder ponerse la prenda, y todos los movimientos requeridos en este paso de la actividad)
- Vestir la parte inferior del cuerpo (Incluye ponerse pantalón, ropa interior, medias y zapatos. Como también inclinarse y levantarse para poner las diferentes prendas, levantar piernas y todos los movimientos requeridos en este paso de la actividad).
- Otro paso  ¿Cuál?

3) ¿Tuvo que agregar/ modificar algo del entorno del lugar donde se viste para poder completar esta actividad?

- Si
- No

En caso de respuesta afirmativa, seleccione la/las opción/es que correspondan:

- Asiento para vestirse
- Banquito para apoyar los pies
- Uso de prendas más holgadas
- Aumento de la ventilación del lugar donde se viste
- Otro:  ¿Cuál?

4) ¿Tuvo que agregar una persona durante la actividad, para poder completarla?

- Si
- No

En caso afirmativo, seleccione el/los paso/s que correspondan:

