

Grado en Terapia Ocupacional

Facultad de Psicología

Universidad de Salamanca

Trabajo Fin de Grado

*Actualización sobre la
repercusión del ictus en las
Actividades de la Vida Diaria*



VNIVERSIDAD
D SALAMANCA

Autora: Jéssica Nogueiras Rivero

Tutora: María José Sánchez Ledesma

Julio, 2015.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Declaro que he redactado el trabajo “Actualización sobre la repercusión del ictus en las Actividades de la vida diaria”, para la asignatura Trabajo Fin de Grado en el curso académico 2014-2015 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.

ÍNDICE GENERAL

1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCIÓN	2
2.1 JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO	2
2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	3
2.3 INCIDENCIA Y PREVALENCIA	4
2.4 FACTORES PREDISPONENTES.....	5
2.5 CLINICA, EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO	5
2.6 OBJETIVOS	7
3. METODOLOGÍA.....	8
3.1 MATERIALES.....	8
3.2 BASES DE DATOS	8
3.3 PALABRAS CLAVE	8
3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	8
3.5 PROCEDIMIENTO.....	9
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	11
5. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA	23
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
ANEXOS.....	28
Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional (C.M.O.P).....	29
Modelo de Ocupación Humana (M.O.H.O.)	32
Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional	34

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de los estudios según publicación, autor, población, tipo de ictus, localización y evolución.....	12
Tabla 2. Afectación de los sujetos en las “ABVD.....	14
Tabla 3. Afectación de los sujetos en las “AIVD”	15
Tabla 4. Afectación de los sujetos en “Educación”	16
Tabla 5. Afectación de los sujetos en “Trabajo”.....	17
Tabla 6. Afectación de los sujetos en “Ocio y tiempo libre”	18
Tabla 7. Afectación de los sujetos en “Participación Social.....	19

1. RESUMEN

En este trabajo se ha analizado la bibliografía más significativa sobre la repercusión del ictus en las Actividades de la Vida Diaria (AVD), intentando identificar cuáles son los factores desencadenantes para la restricción en la participación. Se justifica la importancia que tiene el logro de la independencia en todas estas actividades, ya que está estrechamente relacionada con una buena calidad de vida. Mediante la exposición de las grandes limitaciones que sufren estas personas se hace entrever la importancia de la figura del terapeuta ocupacional en la rehabilitación de estos sujetos, se plantea un enfoque de intervención basado en las premisas del “Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional” y del “Modelo de Ocupación Humana” exclusivos de esta disciplina.

Se ha concluido que en la mayoría de casos el factor desencadenante para la limitación de la actividad es provocada por una deambulacion inestable, lo que provoca en ellos un gran miedo a las caídas. Para evitar esto muchos confiesan que optan por dejar de realizarlas, si a esto se le suma todos los cambios que suceden en su cuerpo y un estado depresivo, nos da como resultado una participación social escasa e insatisfactoria.

Palabras clave: participación; ictus; actividades de la vida diaria y calidad de vida.

2. INTRODUCCIÓN

La participación en ocupaciones es una dimensión de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un concepto en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF), que se define como "participación en una situación de la vida".

Se considera que existe una restricción en la participación cuando hay una discrepancia entre lo que el individuo quiere hacer y lo que realmente puede hacer en la vida cotidiana (OMS, 2001). Según Crepeau, Cohn, y Schell (2003) definen el término ocupación como: "Actividades diarias que reflejan valores culturales, proveen estructura de vida y dan significado a los individuos; esas actividades se relacionan con las necesidades humanas de autocuidado, disfrute y participación en la sociedad" American Occupational Therapy Association (AOTA, 2010, p.6).

Cuando alguien sufre un accidente cerebrovascular esta dimensión se ve truncada provocando un gran desajuste, Bergström et al. (2012) han demostrado en su estudio que las personas con ictus aún perciben restricciones en la participación 12 meses después del inicio del accidente cerebrovascular y que el proceso de rehabilitación después de una apoplejía lleva tiempo, poniendo de relieve que durante el primer año las necesidades de los individuos puede cambiar.

2.1 JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

Las enfermedades cerebrovasculares constituyen en la actualidad un problema de salud pública muy importante, con un gran coste personal, familiar y social. Muchos de los pacientes que sobreviven sufren importantes secuelas, que limitan sus AVD (López et al., 2012). Dado que el riesgo aumenta con la edad, con el envejecimiento progresivo de la población, este problema se verá agravado y lo hará aún más en el futuro, sobre todo en el mundo occidental (Masjuan et al., 2011).

El propósito de este trabajo es hacer una revisión bibliográfica recopilando los estudios publicados en relación a la influencia del ictus sobre la realización de las

AVD, valorar la repercusión en la calidad de vida de estos sujetos, así como analizar si los recursos disponibles son suficientes en cada situación. La intención es dar a conocer todos estos aspectos y justificar el papel de la terapia ocupacional que tiene como objetivo ayudar a las personas a alcanzar su máximo nivel de funcionalidad e independencia en todos los aspectos de su vida diaria, mediante la rehabilitación, compensación o sustitución de sus funciones.

2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Este estudio se basa en el marco conceptual de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF) proporcionada por la Organización Mundial de la Salud, haciendo hincapié en las consecuencias de las condiciones de salud en términos de actividades y la participación en situaciones de la vida (CIF, 2001).

Los modelos sobre los que se fundamenta esta revisión bibliográfica son los siguientes:

El “*Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional*” (C.M.O.P) desarrollado por Townsend et al., (1980) en el Anexo 1, describen la relación dinámica y entrelazada que existe entre las personas, su medio ambiente y la ocupación resultante del desempeño ocupacional a lo largo de su vida. Este modelo apunta que todas las personas tienen potencial para identificar, escoger o involucrarse en ocupaciones en su medioambiente, el terapeuta ocupacional debe ser el medio facilitador que le aporte la información, la técnica y las herramientas pero siempre va a ser el cliente quien tome las decisiones hacia dónde dirigirse. El proceso que utiliza consiste en capacitar a los sujetos para elegir, organizar y desarrollar aquellas ocupaciones que encuentren útiles y significativas en su medio (Romero y Moruno, 2003).

El “*Modelo de Ocupación Humana*” (M.O.H.O) descrito por Kielhofner (1980) en el Anexo 2, nos dice que las características internas de la persona y su entorno externo están estrechamente ligadas en un todo dinámico. Conceptualiza al terapeuta ocupacional como la figura que facilita la participación del cliente en las ocupaciones,

con el fin de modelar sus destrezas, la rutina de realizar las cosas y los sentimientos y pensamientos que tienen sobre ellos mismos. Este modelo está pensado para ser utilizado con cualquier persona que experimente problemas en su vida ocupacional, busca entender la realidad de la persona y proveer oportunidades y apoyos adecuados para que se redescubra así misma (Romero y Moruno, 2003).

Estos dos modelos teóricos exclusivos de terapia ocupacional, ponen de manifiesto la ocupación como el eje central de sus premisas, un aspecto relevante para ellos es la persona y sobre todo sus intereses, necesarios para involucrarse en ocupaciones de forma satisfactoria. Su aplicación es idónea para sujetos con esta patología, debido a que suelen presentar numerosos déficits y alteraciones que influyen directamente sobre el estilo de vida y la rutina diaria. Todas estas afectaciones provocan una menor autonomía para el desarrollo de las actividades y una gran dificultad de adaptación a su entorno habitual. (Pinedo et al., 2012). Aplicando estos modelos se busca una mejora de todos estos aspectos, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas.

2.3 INCIDENCIA Y PREVALENCIA

El ictus es una entidad compleja y heterogénea que incluye tanto a la enfermedad cerebrovascular isquémica como a la hemorrágica (Fernández, et al., 2014). Cada año en España ocurren entre 80.000 y 90.000 ictus, la tasa de incidencia de la enfermedad cerebrovascular está en 187 por 100.000 habitantes (Clua-Espuny et al., 2012). Aproximadamente el 75% de los ictus afectan a pacientes mayores de 65 años, se ha calculado que para el año 2025, 1.200.000 españoles habrán sobrevivido a un ictus, de los cuales más de 500.000 tendrán alguna discapacidad (Masjuan et al., 2011). El impacto de esta enfermedad representa la primera causa de discapacidad permanente en el adulto (Clua-Espuny et al., 2012). En España representa la segunda causa de muerte, siendo la primera causa entre las mujeres (INE, 2012).

A los 6 meses del ictus alrededor del 50% de los pacientes presentan algún grado de hemiparesia, un 35% depresión y un 26% de los supervivientes va a sufrir dependencia parcial o completa para las AVD (Roger et al., 2012).

En el caso de recurrencia del ictus, los datos empeoran, la mortalidad pasa a un 34,7% y la dependencia funcional a un 51% por ello, la prevención de la recurrencia del ictus es fundamental para evitar la discapacidad (Masjuan et al., 2011).

2.4 FACTORES PREDISPONENTES

Se han identificado diversos factores de riesgo en el accidente cerebrovascular, unos son potencialmente modificables y otros no.

- *Factores de riesgo no modificables*: la edad, la raza, el género y la herencia.

- *Factores de riesgo modificables*: la hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardíacas, tabaquismo, enolismo, dislipemia, Accidente Isquémico Transitorio (AIT), obesidad y otros (Gutiérrez-Cabello, 2007).

2.5 CLINICA, EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Las enfermedades cerebrovasculares agudas o ictus son consecuencia de una alteración de la circulación cerebral, que ocasiona un déficit transitorio o definitivo del funcionamiento de una o varias áreas del encéfalo. Según la naturaleza de la lesión encefálica se distinguen dos grandes tipos de ictus: isquémico (85% de los casos) y hemorrágico (15%). El primero es debido a la falta de aporte sanguíneo a una determinada zona del parénquima encefálico y el segundo, a la rotura de un vaso sanguíneo encefálico con extravasación de sangre fuera del flujo vascular (Díez-Tejedor, 2006).

1 Ictus isquémico: La obstrucción del vaso sanguíneo se produce por el desarrollo de depósitos de grasa en los muros del vaso, lo que se denomina arteriosclerosis. Estos depósitos de grasa provocan dos tipos de obstrucciones:

-*Trombosis*: en este caso la obstrucción se desarrolla en el mismo vaso sanguíneo cerebral.

-*Embolismo*: El causante de la isquemia se desarrolla en otra parte del cuerpo, generalmente en las grandes arterias de la parte superior del torax, cuello

y corazón. Se desprende y viaja por el árbol vascular hasta que se encuentra con un vaso que es más pequeño y lo bloquea.

Infarto lacunar es un infarto de pequeño tamaño (<1,5cm) secundario a arteriopatía de pequeño vaso (arterias lenticuloestriadas, tálamo perforante y geniculadas de la arteria posterior y perforantes de la arteria basilar). Su principal riesgo es la hipertensión arterial (Gutiérrez-Cabello, 2007).

Los infartos cerebrales aterotrombóticos aparecen en el 35% de los casos; en segundo lugar están los secundarios a embolia de origen cardiaco con el 25% de los casos y los infartos cerebrales de tipo lacunar aparecen en el 15 % de los casos. Se dan otras etiologías indeterminadas que aparecen en el 15-20% (Díez-Tejedor, 2006).

2 Ictus hemorrágico: en este caso, el vaso se rompe, lo que provoca que la sangre se acumule en el parénquima y comprima el tejido cerebral. Podemos observar dos tipos: la hemorragia intracerebral y la subaracnoidea. Los ictus hemorrágicos pueden aparecer debido a un aneurisma, vasculitis, o por malformaciones aritovenosas.

Ataques isquémicos transitorios: en este caso los ictus isquémicos se presentan durante un período de tiempo (< 24 horas), y se resuelven espontáneamente a través de mecanismos normales (Gutiérrez-Cabello, 2007).

Según el Dr. Antonio Gil Núñez, coordinador del grupo de Estudio de Enfermedades cerebrovasculares de la Sociedad de Neurología (SEN), la prevalencia del ictus, varía en función de la edad. Entre las personas comprendidas entre los 55 y los 65 es de un 2%, entre las de 65 a 75 es de un 5%, ente 75 a 85 es de un 9% y en los mayores de 85 de un 11% (Fuentes et al., 2014). Debido al envejecimiento de la población occidental se anticipa que va a haber un aumento de las enfermedades crónicas y de los pacientes que sufren un accidente cerebrovascular. El ictus provoca un número significativo de hemiplejias o discapacidades cognitivas (incluido el lenguaje). Después de un infarto cerebral, casi uno de cada tres afectados (31%) necesita asistencia con cuidados, uno de cada cinco (20%) necesita ayuda para caminar y el 71% se ve obligado a abandonar su profesión (Gutiérrez-Cabello, 2007).

Las secuelas derivadas de los ictus varían según la gravedad, seguimiento y atención recibida (Jiménez-Hernández, Alés, Fernández y Terol, 2011). Según Fernández, Ruiz y Sánchez-Cabeza (2009), el 68% de las personas afectadas por algún daño cerebral adquirido presentan algún tipo de dificultad para llevar a cabo las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) (alimentación, aseo personal, transferencias, control de esfínteres y vestido). El 84% presenta problemas a la hora de manejarse fuera del domicilio, el 71% no es capaz de realizar las tareas domésticas en el hogar, un 50% no puede desplazarse sin algún tipo de ayuda y hasta un 40% presenta alteraciones en la capacidad de aprendizaje y adquisición de nuevos conocimientos así como en el desarrollo de tareas de mayor complejidad como las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) (manejo de dinero, utilización del transporte...). Tras sufrir un ictus, el 100% de los sujetos experimentaron una alteración de la percepción de la calidad de vida respecto a la salud y la calidad de vida respecto a la salud y el grado de dependencia para las actividades de la vida diaria están claramente relacionados (López, 2014). De ahí la necesidad de un planteamiento terapéutico para las personas que sufren un accidente cerebrovascular ya que la rehabilitación ha demostrado ser útil en la mejoría del paciente, dado que mejora la autonomía funcional, aumenta la frecuencia de regreso al domicilio y reduce la hospitalización (Fuentes et al., 2014).

2.6 OBJETIVOS

- Realizar una revisión bibliográfica en relación con las restricciones que muestran las personas que han sufrido un accidente cerebrovascular en las actividades de la vida diaria.
- Descubrir cuáles son los factores fundamentales en la limitación de las AVD.
- Poner de relieve las dificultades que encuentran estos sujetos en las actividades que son esenciales para la vida en la comunidad.

3. METODOLOGÍA

3.1 MATERIALES

Para la elaboración del trabajo se preseleccionaron un total de 37 documentos, entre ellos hay artículos de investigación, artículos de revisión, tesis doctorales, guías informativas y libros de texto. De estos 37, se seleccionaron finalmente 10 para realizar un análisis comparativo entre los datos recogidos en estas publicaciones.

3.2 BASES DE DATOS

La búsqueda se ha realizado de los últimos 10 años, utilizando las bases de datos PUBMED, DIALNET, BIBLIOTECA COCHRANE PLUS, SCIELO, GOOGLE ACADÉMICO, GOOGLE SCHOLAR, y AMERICAN JOURNAL OCCUPATIONAL THERAPY.

3.3 PALABRAS CLAVE

Las palabras clave con las que se ha dirigido la búsqueda han sido: "participación", "ictus", "actividades de la vida diaria" y "calidad de vida" todas ellas en castellano o en inglés, en función de la fuente bibliográfica de búsqueda.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se incluyeron en esta revisión artículos que cumplieran la suma de los siguientes criterios:

- Estudios clínicos en pacientes con accidente cerebrovascular sin importar el género, el tipo de ictus ni el tiempo de evolución desde el ACV.
- Investigaciones sin tener en cuenta el número de sujetos y edades.

- Estudios donde figurasen específicamente algún tipo de referencia a una o varias AVD.
- Estudios publicados o en inglés o castellano.
- Estudios publicados a texto completo.

Se excluyeron de esta revisión los artículos que no cumplían los siguientes requisitos.

- Publicados hace más de 10 años.
- Estudios relacionados con la patología pero que no figurasen algún tipo de relación con AVD.

3.5 PROCEDIMIENTO

En PUBMED se ha comenzado la búsqueda con las palabras clave “stroke” y “activities of daily living”, encontrando un total de 2.417 artículos, para reducirla se ha añadido la palabra clave “quality of life” y se ha filtrado a texto completo y disponibles en red, quedando un total de 189 artículos; también se ha buscado con la palabra clave “participation”. De todos ellos se han seleccionado 11.

La siguiente base de datos consultada ha sido DIALNET, aquí se han buscado tesis doctorales sobre ictus que sirvieran para documentarse sobre la patología, se ha empleado la palabra clave “ictus” dando como resultado un total de 44 tesis, posteriormente se añadió calidad de vida quedando un total de 38, de estas se han elegido 2. En Dialnet ,también se han buscado artículos de revista con las palabras clave “ictus” , “actividades de la vida diaria” y “calidad de vida”, dando como resultado un total de 7 artículos de revista, 4 no cumplían con el objetivo del trabajo y 1 no estaba a texto completo, finalmente se han elegido 2.

En la BIBLIOTECA CHROCANE PLUS la búsqueda se ha realizado con las palabra clave “stroke” y “activities of daily living”, resultando un total de 19 artículos,

todos ellos en inglés, de estos todos solamente se ha elegido 1; 4 fueron excluidos por la fecha y el resto por no cumplir con los objetivos del trabajo.

En SCIELO, no se ha encontrado ningún artículo de interés.

Se continuó en GOOGLE ACADÉMICO donde se filtraron los artículos con la palabra clave “íctus”, orientando la búsqueda a la obtención de datos sobre la patología, la incidencia y la prevalencia. Se han elegido solo guías informativas o documentos en formato de artículo, de todos ellos se han seleccionado 13; todos en español.

Posteriormente la búsqueda se ha realizado en la versión inglesa GOOGLE SCHOLAR con las palabras clave “quality of life, “stroke” y “activities of daily living”, poniendo como criterio de inclusión, artículos de menos de 10 años de antigüedad, de ahí se han encontrado un total de 139 documentos, de éstos, solo se han seleccionado los que estaban disponibles en formato de artículo y a texto completo publicados en revistas como “Medical Journal” o “BMC Neurology” de estos se han elegido 4. Dentro de GOOGLE ACADÉMICO se ha buscado en la página de American Journal Occupational Therapy, donde con la palabra “stroke” resultaron un total de 42 artículos, de estos se han elegido los que eran únicamente de acceso libre, un total de 6, finalmente se han seleccionado 2.

Se emplearon en la elaboración del trabajo, 2 libros de texto sobre terapia ocupacional y ACV.

De todos estos documentos se ha hecho un subgrupo eligiendo solo aquellos que reuniesen la máxima información sobre el tema central del trabajo. Se eligieron 8 de PUBMED, 1 de GOOGLE SCHOOLAR y otro de GOOGLE ACADÉMICO, concretamente de la página de American Journal of Occupational Therapy.

Todos los artículos seleccionados se organizaron en función de la fecha y del contenido, distribuyéndolos en grupos y subgrupos.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo ha sido analizar la bibliografía más significativa e identificar cuáles son los factores desencadenantes para la restricción en la participación de AVD, que actividades son las más afectadas y cuál es la visión que tienen de la vida las personas tras sufrir un ictus.

Nos encontramos con bastantes limitaciones en cuanto al intervalo de búsqueda de la bibliografía. Debido a los pocos estudios que existen sobre el tema y la escasez de información en muchos de ellos, se seleccionaron aquellos donde los participantes hablasen sobre alguna actividad alterada o que esta supusiera algún tipo de limitación para su desarrollo. Se ha intentado buscar el mismo instrumento de medida en todos los estudios, para averiguar cuáles eran las más afectadas y así llegar a unos resultados comparables, pero ha sido prácticamente imposible reunir este criterio. Finalmente se han seleccionado diez artículos, que poseen muestras e instrumentos de medida no concordantes. En ellos hay muy pocos datos sobre cuestiones como, el tipo de ictus, la localización de la lesión y los tipos de alteraciones físicas o cognitivas que presentan. Se hace referencia a estos aspectos únicamente como sujetos que han sufrido un ictus. Todo ello limita de manera considerable los resultados a la hora de analizar la afectación de las distintas actividades.

Independientemente de los sesgos, se ha calculado que la edad media de los sujetos es de 54 años, el tiempo de evolución es de 31.55 meses de media y la del número de participantes es de 79.2. Como se puede ver en la Tabla 1, datos sobre el tipo de ictus solo han sido identificados en los artículos 1, 2, 4, 6 y 10, y de estos el 1 y el 10 dan como única cifra que los sujetos tienen un ACV hemorrágico e isquémico pero no especifican el número de pacientes de cada tipo.

En cuanto a la localización de la lesión, solo los artículos 2, 3,4 y 6 aportan esta información.

Tabla 1. Características de los estudios según publicación, autor, población, tipo de ictus, localización y evolución.

Publicación	Autores	Población			Tipo de ictus		Localización			Evolución tras el ictus (meses)
		N	Edad	Media	I	H	HD	HI	C	
Art 1. Journal of Rehabilitation Medicine, 45(6), 528-534.	Fallahpour, M., Jonsson, H., Taghi Joghataei, M., Nikbakht Nasrabadi, A., & Tham, K. (2013).	8	40-75	-	**	**	-	-	-	5-30
Art 2. Disability and Rehabilitation, 36(25), 2107-2119.	Taule, T., & Råheim, M. (2014).	8	45-80	63	7	1	3	4	1	6-8
Art 3. Journal of Rehabilitation Medicine, 44(1), 36-42.	Bergström, A., Guidetti, S., Tistad, M., Tham, K., von Koch, L., & Eriksson, G. (2012).	200	-	69	-	-	88	80	-	12
Art 4. Disability & Rehabilitation, 29(7), 559-566	Hartman-Maeir, A., Soroker, N., Ring, H., Avni, N., & Katz, N. (2007).	56	-	57,7	45	11	32	24	-	12
Art 5. African health sciences, 13(1), 24-31.	Amosun, S. L., Nyante, G. G., & Wiredu, E. K. (2013).	186	28-65	46.5	-	-	-	-	-	3-24
Art 6. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, 55(2), 112-127.	Doucet, T., Muller, F., Verdun-Esquer, C., Debelleix, X., & Brochard, P. (2012).	72	-	48	28	20	32*	23*	8	36
Art 7. American Journal of Occupational Therapy, 63(3), 310-316	Schmid, A. A., & Rittman, M. (2009).	132	-	66	-	-	-	-	-	1-6
Art. 8 BMC Geriatrics, 7(1), 20	Vincent, C., Deaudelin, I., Robichaud, L., Rousseau, J., Viscogliosi, C., Talbot, L. R., & Desrosiers, J. (2007).	17	65-85	-	-	-	-	-	-	24
Art 9. Journal of Physical Therapy Science. 26(3) 417-419.	Kyung, K. P., Youg-Mi, K., & Eun-Kyung, K. (2014).	68	-	64,68	-	-	-	-	-	162
Art 10. European journal of physical and rehabilitation medicine	Andrenelli, E., Ippoliti, E., Coccia, M., Millevolte, M., Cicconi, B., Latini, L., ... & Capecci, M..(2015).	45	-	70	**	**	-	-	-	28

Nota. I: Isquémico, H: Hemorrágico, C: Cerebeloso, HD: Hemisferio derecho, HI: Hemisferio izquierdo, * en dicho estudio había 6 sujetos que presentaban el ictus en HD y HI sumandose al total de ambos. ** sujetos con dichas características sin porcentaje.

Los instrumentos más utilizados en estos estudios son las entrevistas cualitativas analizadas de forma empírica, mediante preguntas informales y de composición abierta, de los 10 artículos seleccionados, en 6 se utiliza este método para obtener resultados; de estos 6, 3 utilizan la entrevista de forma exclusiva.

Las escalas empleadas para la valoración de las actividades son las siguientes:

- *Occupational Gap Questionnaire* (OGQ). Lista de 28 actividades que tienen que ver con las ABVD, el trabajo, actividades de ocio y actividades sociales. Mide la capacidad de realizarlas.
- *Stroke Impact Scale* (SIS) mide el impacto percibido por los sujetos tras sufrir un ictus, se compone de 59 elementos en 8 dominios entre los cuales se encuentran: la memoria, el estado de ánimo, la participación social, la movilidad en la comunidad, actividades del día a día, problemas a nivel físico, problemas funcionales y la participación en actividades. Su finalidad es medir el funcionamiento para la participación social.
- *Índice de Barthel* (BI) mide las ABVD, son 15 ítems, 9 sobre autocuidado y 6 sobre movilidad funcional.
- *Functional Independence Measure* (FIM) es una herramienta de medición de 18 ítems que evalúa los siguientes parámetros: el auto-cuidado, control de esfínteres, la movilidad (transferencias), la locomoción, comunicación y participación social.
- *Instrumental Activities of Daily Living Questionnaire* (IADLq) evalúa las AIVD en 8 ítems.

De las escalas citadas anteriormente, los artículos 1, 2, 5, 6 y el 8 no emplean ninguna de ellas, el art. 3 utiliza la (OGQ), la (SIS) y el (BI). El art. 4 la (FIM) y la (IADLq), el art. 7 la (FIM); el art. 9 la (FIM) y finalmente en el art 10 utilizan el (BI), el resto de artículos emplean otro tipo de instrumentos.

Para evaluar los niveles de satisfacción y la calidad de vida de los participantes se utilizaron las siguientes escalas.

- *Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL)*, es una medida específica de la calidad de vida en personas que sufren un ictus. Consta de 49 ítems con 12 dominios: rol social, la movilidad, el idioma, el autocuidado, el estado de ánimo, la personalidad, los pensamientos, función de las extremidades superiores, el papel de la familia y el trabajo.
- *Life Satisfaction Checklist (LiSat-9)* mide la satisfacción con la vida de forma global. Incluye 9 preguntas, la primera se refiere a la satisfacción de la vida como un conjunto, luego las siguientes están relacionadas con el autocuidado, la situación profesional, la situación financiera, el ocio, la vida sexual, relaciones familiares y contacto con amigos.

De las dos escalas citadas la primera se utiliza en el art.9 y la segunda en el art. 3 y 4. El resto de datos aportados sobre la satisfacción y la calidad de vida de los participantes surge de testimonios en aquellos estudios que utilizan la entrevista.

Tras el análisis de las escalas empleadas en los distintos artículos se pretende mostrar la variedad de formas utilizadas para reflejar los datos sobre las actividades y percepciones de los sujetos. Intentando unificar la información obtenida y poder mostrarla de forma clara, se han realizado distintas tablas basándonos en el “Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional” (Anexo 3), el cual clasifica las actividades en “Áreas de Ocupación” definidas como “Diversos tipos de actividades de la vida diaria en las que las personas, poblaciones o las organizaciones participan, incluyendo las “*ABVD*”, “*AIVD*”, “*Descanso y Sueño*”, “*Educación*”, “*Trabajo*”, “*Juego*”, “*Ocio y tiempo libre*” y “*Participación Social*” (AOTA, 2010, p.10). Debido a que muchos de estos artículos no evalúan todas estas áreas, solamente se han analizado aquellas que se muestran de algún modo en los documentos, bien mediante narrativas o fruto de resultados de las escalas empleadas.

La Tabla 2 muestra los resultados obtenidos del análisis de las “*ABVD*”, denominadas por Christiansen y Hammecker (2001) como “Actividades orientadas al

cuidado del propio cuerpo, que son fundamentales para vivir en un mundo social, que permiten la supervivencia y el bienestar” (AOTA, 2010, p.10).

De los 10 artículos seleccionados, 4 de ellos no muestran ningún resultado sobre estas actividades. En el art. 4, la actividad más afectada es la actividad de bañarse, seguida de vestirse y de la movilidad funcional para el W.C.

Tabla 2. Afectación de los sujetos en las “ABVD”.

Actividades Básicas de la Vida Diaria	Artículo	Sujetos	Actividad	N	%
	1	8	-	-	-
	2	8	-	-	-
	3	200	-	-	-
	4	56	Comer	2	4
			Bañarse	38	68
			Vestirse	32	58
			Ir al baño	4	7
			Control de la vejiga	4	7
			Control del intestino	3	5
			Movilidad funcional	Cama	14
		W.C.	27	48	
		Bañera/ducha	14	25	
	5	186	Autocuidado	29	14,9
	6	72	-	-	-
	7	132	Movilidad funcional	-	-
			Sexualidad	10	58,8
8	17	Comer	8	47	
		Autocuidado	2	11,8	
9	68	Movilidad funcional	-	-	
10	45	Comer	-	-	
		Control de la vejiga	-	-	

El art.5 refleja el autocuidado, el 7 la movilidad funcional, el 8 la sexualidad y comer, el 9 la movilidad funcional y el art. 10 comer y control de la vejiga. La actividad de la sexualidad únicamente se ha evaluado en el artículo 8, omitiendo este ítem en el art 4, pese a aparecer en el cuestionario. Cuestiones como estas reflejan la poca evidencia de estos estudios y si a eso le sumamos muestras tan dispares, nos conlleva a que sea más difícil llegar a una conclusión.

En la Tabla 3 se muestran reflejadas las “AIVD” definidas como Actividades que requieren una interacción con el entorno, son más complejas que las ABVD (AOTA, 2010, p.10).

A partir de los datos de esta tabla observamos que de todos los artículos comparados, el 1 y el 2 muestran únicamente como resultado la movilidad en la comunidad.

Tabla 3. Afectación de los sujetos en las “AIVD”.

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	Artículo	Sujetos	Actividad	N	%
	1	8	Movilidad en la comunidad	6	75
	2	8	Movilidad en la comunidad	-	-
	3	200	Preparar Comida	43	21
			Manejo del hogar	33	16
			Manejo de finanzas	27	13
			Movilidad en la comunidad	43	21
	4	56	Gestión del dinero	37	66
			Compras	51	91
			Preparar comida	50	89
Manejo del hogar			53	95	
Usar transporte			44	80	
Manejo de la medicación			29	53	
Movilidad en la comunidad			17	32	
5	186	Escaleras	34	61	
		Manejo del hogar	52	14,9	
		Manejo de finanzas	46	23,6	
6	72	Movilidad en la comunidad	115	57,5	
		-	-	-	
		-	-	-	
7	132	Movilidad en la comunidad	43	32	
		Manejo del hogar	1	5.88	
8	17	Movilidad en la comunidad	10	58.8	
		Manejo de Finanzas	1	5.88	
9	68	-	-	-	
10	45	Movilidad en la comunidad	-	-	

En el art.3, las actividades más afectas son de forma igualitaria preparar la comida y la movilidad en la comunidad, en el art.4, el mayor porcentaje es el manejo del hogar, seguido por las compras y preparar la comida. En el art.5 se vuelve a repetir la movilidad en la comunidad con un porcentaje muy por encima del resto de actividades, en el art. 7, 8 y 10 sucede lo mismo.

Podemos concluir que la movilidad en la comunidad es la actividad en la que los sujetos perciben una mayor alteración. La otra que más se repite es el manejo del hogar, reflejada en el art. 3, 4,5 y 8, de un total de 8 artículos que las analizan.

En la Tabla 4 reflejamos los resultados en “Educación”, definida como “Actividades necesarias para el aprendizaje y la participación en el ambiente” (AOTA, 2010, p.12).

De los 10 estudios, la educación solo se analiza en 2 de ellos. En el art. 5, de los 186 sujetos, 116 perciben alteraciones en esta actividad. Algo muy distinto sucede en el

Tabla 4. Afectación de los sujetos en “Educación”.

Educación	Artículo	Sujetos	Actividad	N	%
	1	8	-	-	-
	2	8	-	-	-
	3	200	Afectada	27	13
	4	56	-	-	-
	5	186	Afectada	116	50,9
	6	72	-	-	-
	7	132	-	-	-
	8	17	-	-	-
	9	68	-	-	-
10	45	-	-	-	

art. 3 donde de una muestra de 200 solo 27 perciben alteraciones. Resultados como estos hacen imposible sacar alguna conclusión sobre esta actividad.

En la Tabla 5 se van a mostrar los resultados obtenidos sobre el “Trabajo”, definida por Monsey (1996) como “Todas las actividades necesarias para participar en un empleo remunerado o en actividades de voluntariado” (AOTA, 2010, p.12).

A partir de los datos de la siguiente tabla, se puede ver que el trabajo se refleja en 5 de los 10 artículos totales, destacando en la mayoría de ellos un alto porcentaje. Haciendo un análisis más exhaustivo en el art. 3 Bergström et al., (2012) desglosan la ocupación del trabajo en distintos dominios, dando un total de 43 sujetos de una muestra de 200 que declaran tener problemas para poder desempeñar las mismas tareas que

antes de la lesión. En el art.4 Hart-Maeir, Soroker, Ring, Avni y Katz (2007) comentan que de los 56 sujetos, 48 estaban insatisfechos por no haber vuelto al trabajo, estos datos son resultados de la escala (Li-sáb 9) utilizada para medir los niveles de satisfacción en relación a distintas ocupaciones, el resultado de esta escala se apoya en el mismo estudio con un cuestionario al que respondieron los sujetos a cuestiones sobre el trabajo, donde resultó que de los 56 solo 1 había vuelto al trabajo.

Tabla 5. Afectación de los sujetos en " Trabajo ".

	Artículo	Sujetos	Actividad	N	%
Trabajo	1	8	-	-	-
	2	8	-	-	-
	3	200	Afectada	43	21.5
	4	56	Afectada	48	86
	5	186	Afectada	132	66
	6	72	Afectada	39	67,8
	7	132	-	-	-
	8	17	-	-	-
	9	68	-	-	-
	10	45	Afectada	-	-

El art, 6 se extiende más sobre este tema donde Doucet, Muller, Verdun-Esquer, Debelleix y Brochard (2012) señalan que de los 72 sujetos que habían sufrido un ictus solo 18 (32,1%) habían vuelto al trabajo, hablando de un tiempo de transcurso entre la enfermedad y la vuelta de unos 13 meses de media. 9 de los 18 pacientes (50%) había regresado a la misma posición y los otros 9 habían cambiado de trabajo. De los 38 sujetos que no habían regresado a trabajar, 17 (44,7%) había concedido prestaciones de invalidez permanente, 13 (34,2%), se habían jubilado, 5 (13,2%) se encontraban en formación o en reciclaje profesional, 1 era todavía baja por enfermedad y 2 no habían respondido a esta cuestión. El art. 10 no muestra ningún porcentaje, pero consideran esta actividad como una de las más afectadas. Doucet, et al., (2012) afirman que la tasa de vuelta al trabajo es significativamente menor cuando se observan trastornos del lenguaje, dato que no se puede analizar debido a que todos los artículos utilizados en esta revisión tienen como criterio de exclusión a sujetos con dificultades del habla.

La Tabla 6 muestra los resultados de “Ocio y tiempo libre” denominado por Parham y Fazio (1997) como “Una actividad no obligatoria que está intrínsecamente motivada y en la cual se participa durante un tiempo discrecional o libre” (AOTA, 2010, p.12).

De los 10 artículos comparados, solo 3 muestran resultados. El art.3 y el 8 reflejan la actividad de viajar por placer como la más afectada mientras que el art. 10 habla de afectaciones en esta área pero no especifican ninguna actividad.

Tabla 6. Afectación de los sujetos en “Ocio y tiempo libre”.

	Artículo	Sujetos	Actividad	N	%
Ocio y tiempo libre	1	8	-	-	-
	2	8	-	-	-
	3	200	Deporte	58	28
			Vida al aire libre	67	33
			Hobbies	52	26
			Actividades culturales	59	29
			Viajar por placer	76	38
	4	56	-	-	-
	5	186	-	-	-
	6	72	-	-	-
	7	132	-	-	-
	8	17	Viajar por placer	3	17,6
9	68	-	-	-	
10	45	Afectada	-	-	

Se puede concluir que viajar por placer podría ser la actividad más afectada dentro del ocio y tiempo libre.

La Tabla 7 refleja la “Participación Social” definida por Monsey (1996) como “Patrones de comportamiento organizados que son característicos y esperados de un individuo o de una posición determinada dentro de un sistema social” (AOTA, 2010, p.13).

A partir de los datos extraídos observamos que esta actividad está afectada en 7 de los 10 artículos, pero solo 3, aportan aclaraciones en cuanto a porcentajes de la afectación.

Tabla 7. Afectación de los sujetos en “Participación Social”.

	Artículo	Sujetos	Actividad	N	%
Participación social	1	8	Afectada	-	-
	2	8	Afectada	-	-
	3	200	Afectada	32	16
	4	56	-	-	-
	5	186	Afectada	39	19,5
	6	72	-	-	-
	7	132	-	-	-
	8	17	Afectada	9	52,9
	9	68	Afectada	-	-
	10	45	Afectada	-	-

Es obvio que son datos difíciles de relacionar, pero se puede deducir que la participación social es una de las áreas en las que estos sujetos presentan mayores alteraciones puesto que está mencionada en la mayoría de los estudios.

Tras el análisis de todas estas actividades cabe decir que en ninguno de los artículos se ha mencionado nada con respecto al área de “Descanso y sueño”, una actividad fundamental e inexcusable y que en muchas ocasiones puede llegar a ser responsable de incrementar los síntomas de fatiga tan habituales en estas personas, lo que puede ocasionar más negativas para la participación en ocupaciones.

Como se ha presentado, los datos extraídos sobre las actividades son muy escasos, la mayoría de los estudios no ofrecen resultados cuantificables, ni tampoco evalúan las mismas actividades, por ello es difícil identificar en cuál de ellas predomina la mayor afectación. Es evidente que hay una gran escasez de detalle en la mayoría de las publicaciones y que muchas veces dan una valoración general del resultado tras aplicar una escala, pero luego no recogen cuál de todas esas actividades es la más afectada. Algo similar ocurre con las investigaciones que emplean la entrevista como método de evaluación, sus resultados son difíciles de relacionar ya que no aportan ningún porcentaje que se pueda utilizar para comparar con otros estudios en los que se utilizan escalas.

Otro dato que juega en contra de unificar un resultado es la variabilidad en el tiempo de transcurso de la enfermedad de los sujetos, donde unos son evaluados a los pocos meses de sufrir el ictus, mientras en otros estudios el transcurso de la enfermedad es ya de 5 años, con lo cual sus necesidades en lo referente a la realización de actividades van a ser completamente distintas.

Aun existiendo estos problemas, la recopilación de los datos presentes muestra que a pesar de la independencia alcanzada en muchas ABVD hay muchas otras en las que siguen siendo dependientes, lo que provoca en ellos una disminución de su calidad de vida y en la mayoría de las veces un aislamiento social (Andrenelli et al., 2015).

Una vez hecho el análisis de todas las actividades que figuran en los estudios y teniendo en cuenta los testimonios revelados por los pacientes, se podría decir que una vez superada la fase aguda de la enfermedad, la movilidad en la comunidad es una de las actividades más afectadas, esto conlleva a que estas personas eviten realizar actividades de ocio; lo que deriva en una participación social escasa e insatisfactoria, otra actividad que presenta grandes alteraciones es el trabajo.

Para intentar dar respuesta a cuales son las mayores dificultades que encuentran estos sujetos para participar en las actividades de la comunidad, se han reunido los testimonios más relevantes obtenidos en estos estudios.

La mayoría de sujetos recalcan los cambios significativos a nivel físico y a nivel funcional, lo que provoca en ellos una conexión diferente a sus AVD y al mundo. Todos estos motivos les generan mucho estrés, con lo cual optan por evitar la socialización, buscando preservar su antigua imagen a los ojos de los demás (Fallahpour, Jonsson, Joghataei, Nasrabadi y Tham, 2013). Califican su vida actual como estresante, difícil y poco satisfactoria, en el estudio de Andrenelli et al., (2015) los sujetos revelan que el motivo principal es la deambulación inestable, lo que produce que eviten realizar actividades fuera del hogar. El mismo testimonio es descrito en el estudio de Taule y Raheim (2014), donde afirman que aunque pueden caminar experimentan una gran pérdida de control y fatiga; mostrando características comunes de dolor. Las preocupaciones de los participantes relacionados con su cuerpo son extensas, los

problemas emocionales se caracterizan por una fuerte tristeza debido a que algunos aspectos apreciados y alcanzables en un tiempo previo ahora los ven inalcanzables.

En general la impresión es que las deficiencias, la falta de energía, y la insatisfacción afectan a la capacidad de participar en la sociedad y de negativas para comprometerse. Diversos estudios (Schmid y Rittman, 2009; Amosun, Nyante, y Wiredu ,2013) afirman que la mayoría de estos sujetos perciben restricciones en la participación y la autonomía para ir fuera de casa en lo referente a la movilidad, considerando las caídas como el factor responsable.

Otras causas responsables según Andreanelli et al., (2015) son los déficits cognitivos que sufren la mayoría de personas tras sufrir un ictus, ya que estos muestran una tendencia hacia el deterioro. Las alteraciones en la deglución y la disfunción de la vejiga también contribuyen a una menor participación social.

Se puede concluir que los motivos que ocasionan a estos sujetos en la mayoría de casos una limitación de la actividad es provocada por los cambios físicos que suceden en su cuerpo, estos dan lugar a una deambulación inestable lo que genera numerosas caídas. Para evitar esto la mayoría de ellos optan por dejar de realizar muchas actividades, si a esto se le suma un estado depresivo, alteraciones cognitivas y disfunciones de la deglución y de la vejiga nos da como resultado una participación social casi inexistente.

Vincent et al., (2007) han revelado que debido al estrés experimentado en la fase aguda, las personas que sufren un ictus muy pocas veces logran durante el período de hospitalización los máximos beneficios de la rehabilitación; del mismo modo Fernández et al., (2009) dicen que los pacientes que tienen un alta precoz para regresar a casa sufren un proceso de cambio y una interrupción de la vida más evidente que cuando el proceso hospitalario es más largo. Esto conlleva a que muchas personas se encuentran con necesidades insatisfechas causadas por la falta de continuidad de los servicios de rehabilitación. La autonomía se considera un requisito previo importante para la participación, ya que está relacionada con el derecho que tienen las personas con discapacidad de tomar sus propias decisiones y ejercer control sobre sí mismas. Como se ha expuesto, esta afectación neurológica repercute gravemente en el desempeño de

muchas AVD, para lograr una mejora de todas estas cuestiones se requiere la terapia ocupacional, disciplina que tiene como objetivo la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación, con la finalidad de devolver en la mayor medida la autonomía perdida.

La mayoría de artículos recalcan la estrecha relación que existe entre la calidad de vida y alcanzar la mayor independencia posible para realizar AVD, una forma de proporcionar esta independencia desde el rol del terapeuta ocupacional es siguiendo las premisas del “*M.O.H.O*”, el cual nos muestra la estrecha relación que existe entre la ocupación y la identidad de una persona, partiendo del principio de que la actividad humana es necesaria para la vida. En ocasiones las afectaciones de estos sujetos se vuelven crónicas, por lo que este modelo propone como opción cambiar el entorno cuando sea necesario para seguir preservando la participación en ocupaciones.

El “*C.O.M.P*” persigue la interdependencia entre la persona, el entorno y la ocupación; así el rendimiento ocupacional es el resultado de la interacción de la persona con su entorno al que se halla completamente ligada. El apoyo familiar puede ser una forma valiosa de facilitar la participación mediante la creación de oportunidades para preservar antiguos papeles importantes del individuo, tanto como sea posible. Se busca que el individuo se encuentre a gusto consigo mismo.

5. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA

Como se ha podido ver existen muchos obstáculos para la participación de las distintas actividades en los pacientes con secuelas causadas por el ictus vascular, donde juegan un papel importante los factores personales, factores ambientales y hábitos de vida. La falta de contacto social y el aislamiento son secuelas comunes de esta patología, los estudios revisados muestran una situación de vida alterada; encontrándose además una alteración en la identidad de los individuos, donde la participación en las actividades, las habilidades y roles de antes del ictus están estrechamente relacionados con su ideal de bienestar. La comprensión de su propio

cuerpo y los cambios que en él suceden es un largo proceso que les cuesta llegar a entender.

En general los participantes dan ejemplos de niveles de actividad reducidos, hábitos cambiados y una discrepancia entre lo que pueden hacer frente a lo que quieren hacer. Se perciben a sí mismos como menos capaces que antes, la pérdida de capacidad para desempeñar antiguos roles, es calificada como una pérdida de identidad, la vuelta al trabajo, el sentirse útiles y productivos se describen como los factores más invalidantes. Existe una gran relación en cuanto a los pacientes que presentan mayores dificultades en las ABVD con la participación en actividades en la comunidad, ya que estos raras veces participan en ellas, a diferencia de los que logran la independencia.

Los estudios comparados muestran la gran insatisfacción que sufren los supervivientes del ACV en las distintas áreas de ocupación, la mayoría concluye que estas restricciones colocan a esta población en riesgo, provocando un aislamiento social. Necesidades de rehabilitación parcial y no satisfechas pueden conducir a una pérdida de autonomía funcional, lo que aumenta la utilización de servicios de salud, el número de hospitalizaciones y la institucionalización temprana, lo que lleva a una carga psicológica y financiera en los pacientes, sus familias y el sistema de salud (Ávila, 2014).

Se necesita la oferta de más servicios de rehabilitación que ayuden a estas personas a reanudar sus actividades y papeles anteriores en la comunidad. La terapia ocupacional es una disciplina sociosanitaria, bastante desconocida en muchos sectores, tanto sanitarios como sociales; con esta revisión se pretende poner de relieve todas las carencias que sufren estas personas y el papel tan importante que tiene esta profesión para su rehabilitación. Donde además de buscar una rehabilitación física hay que minimizar la morbilidad psicosocial y promover la reintegración de los sobrevivientes en la comunidad ayudándoles a redefinir su nueva identidad.

Es necesario un mejor conocimiento de las necesidades de rehabilitación no satisfechas expresadas por las personas que han sufrido un ictus. Cuestiones como continuar con los servicios de rehabilitación una vez dada el alta hospitalaria, la orientación de los cuidadores, la mejora de los recursos de la comunidad y la

prescripción de productos de apoyo pueden conducir a una mejora de la calidad de vida de estas personas.

Los datos obtenidos en la revisión bibliografía no son suficientemente homogéneos para permitir un agrupamiento de resultados, siendo necesarios otros estudios que investiguen las asociaciones entre las barreras ambientales, la participación en las actividades de la vida diaria y la calidad de vida de los sobrevivientes tras un ACV.

Se hace un llamamiento sobre la importancia de realizar más investigaciones en las que se incluya un análisis de todas las áreas de ocupación, para aportar un mejor conocimiento sobre las alteraciones de estos sujetos. Esto nos ayudará a entender la importancia de plantearnos la rehabilitación de forma global ya que es de vital importancia valorar a la persona como seres únicos e individuales, el entorno en el que se desenvuelven y sus preferencias en cuanto a ocupaciones. El conocimiento de todos estos aspectos van a proporcionar una rehabilitación personalizada, la cual posiblemente genere en ellos una mayor satisfacción con la vida.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Amosun, S. L., Nyante, G. G., & Wiredu, E. K. (2013). Perceived and experienced restrictions in participation and autonomy among adult survivors of stroke in Ghana. *African health sciences*, 13(1), 24–31.
- 2 Andrenelli, E., Ippoliti, E., Coccia, M., Millevolte, M., Cicconi, B., Latini, L., ... Capecci, M. (2015). Features and predictors of activity limitations and participation restriction 2 years after intensive rehabilitation following first-ever stroke. *European journal of physical and rehabilitation medicine*. Recuperado a partir de <http://europepmc.org/abstract/med/25616152>
- 3 Ávila-Álvarez, A., Martínez-Piédrola, R., Matilla-Mora, R. et al. (2010). *Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso*. (2ª Ed) [Traducido de American Occupational Therapy Association, 2008, Occupational therapy practice framework: Domain and process (2ª ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 625-683]
- 4 Ávila, I.T. (2014). Evidencia del tratamiento desde terapia ocupacional en actividades de la vida diaria en pacientes con accidente cerebrovascular. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia*, (19), 3
- 5 Bergström, A., Guidetti, S., Tistad, M., Tham, K., Von Koch, L., & Eriksson, G. (2012). Perceived occupational gaps one year after stroke: An explorative study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44(1), 36-42. <http://doi.org/10.2340/16501977-0892>
- 6 Bertilsson, A. S., Ranner, M., Von Koch, L., Eriksson, G., Johansson, U., Ytterberg, C., ... & Tham, K. (2014). A client-centred ADL intervention: three-month follow-up of a randomized controlled trial. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 21(5), 377-391.
- 7 Chau, J. P., Thompson, D. R., Twinn, S., Chang, A. M., & Woo, J. (2009). Determinants of participation restriction among community dwelling stroke survivors: A path analysis. *BMC Neurology*, 9(1), 49. <http://doi.org/10.1186/1471-2377-9-49>.
- 8 Clua-Espuny, J. L., Piñol-Moreso, J. L., Gil-Guillén, V. F., Orozco-Beltrán, D., Panisello-Tafalla, A., Lucas-Noll, J., ... & Pla-Farnós, R. (2012). Resultados de prevención cardiovascular primaria y secundaria en pacientes con ictus: riesgo de recurrencia y supervivencia asociada (estudio Ebrictus). *Rev Neurol*, 54(2), 81-92.
- 9 Díez-Tejedor, E. (2006). *Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus*. Barcelona: Prous Science. Sociedad Española de Neurología.
- 10 Doucet, T., Muller, F., Verdun-Esquer, C., Debelleix, X., & Brochard, P. (2012). Returning to work after a stroke: A retrospective study at the Physical and Rehabilitation Medicine Center «La Tour de Gassies». *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 55(2), 112-127. <http://doi.org/10.1016/j.rehab.2012.01.007>
- 11 Ekstam, L., Uppgard, B., Kottorp, A., & Tham, K. (2006). Relationship between awareness of disability and occupational performance during the first year after a stroke. *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association*, 61(5), 503-511.

- 12 Fallahpour, M., Jonsson, H., Taghi Joghataei, M., Nikbakht Nasrabadi, A., & Tham, K. (2013). « I Am Not Living My Life»: Lived Experience of Participation in Everyday Occupations After Stroke in Tehran. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 45(6), 528–534.
- 13 Fernández, G. E., Ruiz, S. A., Sánchez-Cabeza A. (2009). Terapia ocupacional en daño cerebral adquirido.2009.*Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, 6(4) 410-414.
- 14 Fernández, J. L., Vallejo, J. M., Lara, J. A., González, M. B., Paniagua, E. B., Naranjo, I. C., ... & Sánchez, J. V. (2014). Análisis de recursos asistenciales para el ictus en España en 2012:¿ beneficios de la Estrategia del Ictus del Sistema Nacional de Salud? . *Neurología*, 29(7), 387-396.
- 15 Fuentes, B., Gállego, J., Gil-Nuñez, A., Morales, A., Purroy, F., Roquer, J., ... & Vivancos, J. (2014). Guía para el tratamiento preventivo del ictus isquémico y AIT (II). Recomendaciones según subtipo etiológico. *Neurología*, 29(3), 168-183.
- 16 Gutiérrez-Cabello, L. (2007). *Comportamiento cognitivo y afectivo en un grupo de pacientes con ictus no corticales*. (Tesis Doctoral). Universitat de Barcelona. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=4142>
- 17 Hartman-Maeir, A., Soroker, N., Ring, H., Avni, N., & Katz, N. (2007). Activities, participation and satisfaction one-year post stroke. *Disability & Rehabilitation*, 29(7), 559-566. <http://doi.org/10.1080/09638280600924996>
- 18 Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según causa de muerte. [acceso el 12 de febrero 2015]. Disponible en <http://www.ine.es/>
- 19 Jiménez-Hernández, M., Alés, O. E., Fernández G. E., & Terol F. E. (2011). *Plan Andaluz de Atención al Ictus*, 2011-2014. Sevilla: Consejería de salud, Andalucía.
- 20 Kyung, K. P., Youg-Mi, K., & Eun-Kyung, K. (2014). Correlation between the activities of daily living of stroke patients in a community setting and their quality of life. *Journal of physical therapy science*, 26(3), 417-419.
- 21 Legg, L., Drummond, A., & Langhorne, P. (2006). Occupational therapy for patients with problems in activities of daily living after stroke. *The Cochrane Library*. Recuperado a partir de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003585.pub2/full>
- 22 López, B. J., Moreno, J. O., Cerezo, M. W., Perez, L. P., Serrano A. P., & Montón-Á. F. (2012). Social and economic costs and health-related quality of life in stroke survivors in the Canary Islands, Spain. *BMC health services research*, 12(1), 315.
- 23 López-Espuela, F. (2014). *Estudio Longitudinal de la calidad de vida, estado de ánimo y dependencia funcional de los pacientes afectados por ictus en Extremadura*. (Tesis Doctoral). Universidad de Extremadura. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=44041>
- 24 Masjuan, J., Álvarez-Sabín, J., Arenillas, J., Calleja, S., Castillo, J., Dávalos, A..... & Tejero, C. (2011). Plan de asistencia sanitaria al ICTUS II. 2010.*Neurología*, 26(7), 383-396.
- 25 Matías-Guiu, J., Villoria, F., Oliva, J., Viñas, S., Martí, J. C., & others. (2009). *Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad.

- 26 Pinedo, F. C., Pérez, J. H., Zurdo, M., Fúnez, B. R., Fernández, C. G., Rincón, B. C., ... & Manchón, V. R. (2012). Trastornos psicopatológicos y calidad de vida en el infarto cerebral. *Neurología*, 27(2), 76-82.
- 27 Polonio, L. B. (2010). *Terapia ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido*. Ed. Médica Panamericana.
- 28 Portilla-Cuenca, J. C., Ramírez-Moreno, J. M., López-Espuela, F., Romero-Sevilla, R. M., Jiménez-Caballero, P. E., Fermín-Marrero, J. A.,... others. (2014). Situación funcional tras un ictus y experiencia acumulada de una unidad de ictus. *Neurología*, 29(5), 271-279. <http://doi.org/10.1016/j.nrl.2013.06.010>
- 29 Roger, V. L., Go, A. S., Lloyd-Jones, D. M., Benjamin, E. J., Berry, J. D., Borden, W. B., ... & Turner, M. B. (2012). Heart disease and stroke statistics—2012 update a report from the American heart association. *Circulation*, 125(1), e2-e220.
- 30 Romero-Ayuso, D. y Moruno-Miralles, P. (2003). *Terapia ocupacional: teoría y técnicas*. España: Masson.
- 31 Schmid, A. A., & Rittman, M. (2009). Consequences of poststroke falls: Activity limitation, increased dependence, and the development of fear of falling. *American Journal of Occupational Therapy*, 63(3), 310–316.
- 32 Taule, T., & Råheim, M. (2014). Life changed existentially: a qualitative study of experiences at 6–8 months after mild stroke. *Disability and Rehabilitation*, 36(25), 2107-2119. <http://doi.org/10.3109/09638288.2014.904448>
- 33 Vincent, C., Deaudelin, I., Robichaud, L., Rousseau, J., Viscogliosi, C., Talbot, L. R., & Desrosiers, J. (2007). Rehabilitation needs for older adults with stroke living at home: perceptions of four populations. *BMC Geriatrics*, 7(1), 20. <http://doi.org/10.1186/1471-2318-7-20>
- 34 Vluggen, T. P., van Haastregt, J. C., Verbunt, J. A., Keijsers, E. J., & Schols, J. M. (2012). Multidisciplinary transmurial rehabilitation for older persons with a stroke: the design of a randomised controlled trial. *BMC neurology*, 12(1), 164.
- 35 World Health Organization. (2005). *Evite los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares: no sea una víctima, protéjase*. Geneva: World Health Organization.
- 36 World Health Organization (2001). *International classification of functioning, disability, and health: ICF short version*. Geneva: World Health Organization.
- 37 Yi, T. I., Han, J. S., Lee, K. E., & Ha, S. A. (2015). Participation in Leisure Activity and Exercise of Chronic Stroke Survivors Using Community-Based Rehabilitation Services in Seongnam City. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 39(2), 234. <http://doi.org/10.5535/arm.2015.39.2.234>

ANEXOS

Anexo 1

Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional (C.M.O.P.)

Este modelo ha sido desarrollado por (Townsend et al., 1980) describe, desde el punto de vista de la Terapia Ocupacional, la relación dinámica y entrelazada de las personas, su medio ambiente y la ocupación que resulta en el desempeño ocupacional de la persona a lo largo de su vida.

Entiende a las personas como seres espirituales que son agentes de su propio proceso de cambio, se estructura de forma circular, con un triángulo superpuesto que representa los elementos que interactúan en el desempeño ocupacional. Este triángulo central comprende cuatro componentes básicos del desempeño (afectivo, espiritual, cognitivo y físico), situando la espiritualidad en el centro. Debajo del triángulo está el círculo central de los componentes de la ocupación (cuidado personal, productividad y ocio) y rodeando a este círculo se presenta uno externo que representa los entornos (físico, institucional, cultural y social).

Este modelo describe tres elementos principales: la persona, la ocupación y el entorno:

La persona: es vista de una forma holística, en su totalidad, como seres completos integrados por mente, cuerpo y espíritu. Su desempeño se desarrolla a través de tres componentes: físico, cognitivo y afectivo.

La ocupación: se refiere a grupos de actividades y tareas de la vida diaria, organizaciones a las que los individuos y la cultura dan valor y significado. Incluye ámbitos de:

- Autocuidado: ocupaciones dedicadas a cuidar de uno mismo.
- Productividad: ocupaciones que contribuyen social o económicamente o que sirven de sustento económico.
- Ocio: comprende todas aquellas ocupaciones que se llevan a cabo por placer.

El entorno: la persona y el desempeño ocupacional no se pueden considerar nunca de forma aislada de su medio. Se define como los contextos y situaciones que se manifiestan en el exterior del individuo y que suscitan respuestas de su parte. El modelo clasifica el entorno en: físico, social, cultural e institucional.

El modelo se considera aplicable a personas de cualquier edad y/o usuarios de recursos tanto hospitalarios, como comunitarios o domiciliarios.

Para llevar a cabo la evaluación de los problemas más relevantes de estas personas se emplearía el instrumento de valoración “*Canadian Occupational Performance Measure*” (C.O.P.M).

Es un instrumento de evaluación individual diseñado para detectar el cambio en la autopercepción del cliente sobre su desempeño ocupacional en el tiempo, a nivel de realización y de satisfacción.

Este sistema de evaluación puede administrarse al individuo o a otra persona del entorno. Sirve para

- Identificar las áreas problemáticas.
- Evaluar la actuación y la satisfacción relativa a esas áreas.
- Medir los cambios en la percepción de la persona sobre su actuación.

El *C.O.P.M.* pide a los clientes su opinión sobre las áreas ocupacionales.

- El cliente identifica los problemas.
- El cliente clasifica los problemas según su importancia.
- El cliente evalúa su nivel de función.

El cliente identifica los factores ambientales y relacionados con sus roles que interfieren en su éxito.

Para administrarlo se hace mediante una entrevista semiestructurada, de 20 a 30 minutos de duración para identificar los problemas en la función ocupacional.

Las primeras preguntas se basan en las ocupaciones que la persona necesita realizar, mientras que las segundas se basan en la satisfacción que expresa en su realización ocupacional.

Se valora la importancia con una escala de 1 (no muy importante) a 10 (extremadamente importante), así establecemos las prioridades de intervención.

Se eligen las 5 áreas que la persona ha elegido como prioritarias

Dentro de los problemas identificados la persona vuelve a valorar de 1 a 10

La persona valora su realización de esta ocupación en este momento.

La persona valora la satisfacción que experimenta al hacerlo.

La valoración total se obtiene sumando los valores de desempeño por un lado, y dividiéndolo por el número de problemas, al igual que hacemos con la satisfacción. Estamos validando la percepción de la persona y su evolución, no comparándola con otro grupo.

La investigación demuestra que las ganancias de más de 2 puntos son clínicamente importantes. C.O.P.M. no implica el no realizar más valoraciones. (Romero y Moruno, 2003).

Anexo 2

Modelo de Ocupación Humana (M.O.H.O.)

Este modelo ha sido desarrollado por Kielhofner, (1980) y está pensado para ser utilizado con cualquier persona que experimenta o podría experimentar problemas en la vida cotidiana, conceptualiza a las personas como seres compuestos por tres elementos interactivos.

Volición: se define como un patrón de pensamientos y sentimientos acerca del propio ser. Se construye en base a varias dimensiones:

- Causalidad personal: conocimiento de la capacidad (habilidades y limitaciones) y sentido de la eficacia (sentido de control sobre nuestro comportamiento y sobre los resultados que queremos producir para ese comportamiento)
- Valores: grupo de convicciones de sentido común dentro de una cultura acerca de lo que es importante en la vida.
- Intereses: disposiciones para encontrar placer y satisfacción en las ocupaciones y en el autoconocimiento de esas ocupaciones.

Habitación: patrón organizativo del comportamiento ocupacional, dividido en:

- Hábitos: tendencias adquiridas para responder y desempeñarse en ciertas formas constantes en ambientes o situaciones familiares.
- Roles: concepto que emerge del reconocimiento de una identidad social particular y de las obligaciones relacionadas junto con las consiguientes actitudes y comportamientos que conlleva.

Capacidad de desempeño: definida como las habilidades de hacer cosas provistas por el estado de los componentes físico y mental, aspectos importantes a tener en cuenta al hablar de ocupación.

Los tres elementos, volición, habitación y capacidad de desempeño están muy influenciados por el entorno en todo momento.

Para evaluar las limitaciones en las AVD siguiendo este modelo se emplearía la “*Evaluación de las Habilidades Motoras y de Procesamiento*” (AMPS).

El evaluador y el cliente eligen en una entrevista inicial cinco tareas cotidianas y relevantes, que le supongan una dificultad y de estas eligen a lo menos dos para ser evaluadas siempre se hará en un ambiente natural y con un material habitual.

Es un instrumento de evaluación observacional, donde se va a valorar la capacidad de desempeño de las AVD, teniendo en cuenta:

- El nivel de esfuerzo físico.
- El grado de eficiencia.
- El grado de seguridad.
- La necesidad de asistencia.

Los conceptos evaluados son las habilidades motoras y de procesamiento.

Habilidades motoras: son acciones observables que la persona realiza con un objetivo dirigido durante la ejecución de las tareas de las AVD, con el fin de moverse a sí mismo y a los objetos.

Habilidades de procesamiento: son acciones observables de la ejecución que la persona realiza para secuenciar de forma lógica las tareas de las actividades, la selección y el uso apropiado de utensilios y la adaptación de la ejecución cuando encuentra problemas.

La valoración de las habilidades en las tareas pueden ser: 1 Déficit/inaceptable, 2 Ineficaz/inefectiva, 3 Dudoso/cuestionable o 4 Competente.

Los resultados son registrados en un programa informático, a partir del cual saldrá un informe para ver dónde está la alteración del cliente, a partir de ahí se va a proponer un programa de intervención (Romero y Moruno, 2003).

Anexo 3

Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional

Según el Marco de Trabajo, las actividades están ordenadas en categorías llamadas “áreas de ocupación” – actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social.

➤ *Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)*

Según Christiansen y Hammecker (2001) “Actividades que están orientadas al cuidado del propio que son fundamentales para vivir en un mundo social, que permitan la supervivencia y el bienestar” (AOTA, 2010, p.10).

- ***Bañarse, ducharse:*** Obtener y utilizar suministros; enjabonarse, enjuaguarse y secarse partes del cuerpo, mantener la posición en el baño, y transferirse desde y hacia la bañera.

- ***Cuidado del intestino y la vejiga:*** Incluye el completo control intencional de los movimientos del intestino y de la vejiga urinaria y de ser necesario, utilizar equipos o agentes de control de la vejiga.

- ***Vestirse:*** 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 dispositivos personales, prótesis u ortesis.

- ***Comer:*** “La capacidad para manipular y mantener los alimentos o líquidos en la boca y tragarlos; comer y tragar a menudo se usan de manera intercambiable”.

- ***Alimentación:*** “Es el proceso de preparar, organizar y llevar el alimento [o líquido] del plato o taza/vaso a la boca; a veces también llamado autoalimentación”.

- ***Movilidad funcional:*** moverse de una posición o lugar a otro (durante la ejecución de las actividades cotidianas), tales como moverse en la cama, moverse en

silla de ruedas, y las transferencias (por ejemplo, sillas de ruedas, cama, coche, bañera, inodoro, bañera/ducha, silla, piso). Incluye transportar objetos.

- **Cuidado de los dispositivos de atención personal:** Usar, limpiar y mantener artículos de cuidado personal, tales como aparatos auditivos, lentes de contacto, gafas, ortesis, prótesis, equipo de ayuda técnica y los dispositivos anticonceptivos y sexuales.

- **Higiene y arreglo personal:** Obtener y usar suministros; eliminar el vello corporal (por ejemplo, usar navajas de afeitar, pinzas, lociones); aplicar y eliminar cosméticos; lavar, secar, peinar, dar estilo, cepillar y recortar de pelo, cuidar las uñas (manos y pies); cuidar la piel, oídos, ojos y nariz; aplicar el desodorante; limpiar la boca, cepillar dientes y usar hilo dental, o eliminar, limpiar, y colocar ortesis y prótesis dentales.

- **Actividad sexual:** Participar en actividades que busquen la satisfacción sexual.

- **Aseo e higiene en el inodoro:** Obtener y utilizar suministros; manejo de la ropa, mantener la posición en el inodoro, transferirse hacia y desde la posición para el uso inodoro; limpiarse el cuerpo; y cuidar de las necesidades de la menstruación y las necesidades de la continencia (incluyendo el manejo de catéteres, colostomías y supositorios).

➤ **Actividades Instrumentales de La Vida Diaria (AIVD)**

Actividades que requieren una interacción con el entorno, son más complejas que las ABVD (AOTA, 2010, p.10).

- **Cuidado de los otros:** (Incluyendo seleccionar y supervisar a los cuidadores)- Organizar, supervisar, o proveer el cuidado a otros.

- **Cuidado de mascotas:** Organizar, supervisar, o proveer la atención a mascotas y animales de servicio.

- **Facilitar la crianza de los niños:** Proveer el cuidado y supervisión para respaldar las necesidades de desarrollo de un niño.

- **Gestión de la comunicación:** Enviar, recibir e interpretar la información utilizando una variedad de sistemas y equipos, incluyendo herramientas de escritura,

teléfonos, máquinas de escribir, grabadoras de audiovisuales, ordenadores, tableros de comunicación, luces de llamada, sistemas de emergencia, escritores Braille, dispositivos de telecomunicación para los sordos, sistemas de comunicación aumentativa, y asistentes digitales personales.

- ***Movilidad en la comunidad:*** Moverse por la comunidad y utilizar el transporte público o privado, como conducir, caminar, andar en bicicleta, o acceder al autobús, taxi u otros sistemas de transporte.

- ***Uso de la gestión financiera:*** Manejar los recursos fiscales, incluyendo métodos alternativos de transacción financiera y planificar y usar las finanzas con objetivos a corto y largo plazo.

- ***Gestión y mantenimiento de la salud:*** Desarrollar, manejar y mantener una rutina para la salud y la promoción del bienestar, tales como la salud física, nutrición, disminuir comportamientos de riesgo para la salud y rutina de toma de medicamentos.

- ***Manejo del hogar:*** Obtener y mantener las posesiones personales y del hogar, y mantener el entorno de este (por ejemplo, domicilio, patio, jardín, electrodomésticos, vehículos), incluido el mantener y reparar los efectos personales (ropa y artículos del hogar) y saber cómo pedir ayuda o a quién contactar. Preparación de la comida y la limpieza- Planificar, preparar, servir comidas bien equilibradas y nutritivas; y la limpieza de los alimentos y utensilios después de las comidas.

- ***Práctica de la religión:*** Participar en la religión, “un sistema organizado de creencias, prácticas, rituales y símbolos diseñados para facilitar la cercanía a lo sagrado o trascendental”

- ***Mantenimiento de la seguridad y responder a la emergencia:*** Conocer y realizar procedimientos de prevención para mantener un entorno seguro, así como reconocer situaciones peligrosas inesperadas y repentinas; e iniciar una acción de urgencia para reducir la amenaza a la salud y la seguridad.

- ***Compras:*** Preparar la lista de la compra (comestibles y otros), seleccionar, adquirir y transportar los artículos; seleccionar el método de pago, y completar las transacciones monetarias.

➤ **Descanso y sueño**

Incluye las actividades relacionadas con obtener el sueño y un descanso restaurador que apoye la participación activa en otras áreas de ocupación (AOTA, 2010, p.11).

- **Descansar:** Según Nurit y Michel (2003). Acciones silenciosas y sin esfuerzo que interrumpen la actividad física y mental, resultando en un estado relajado. Incluye identificar la necesidad de relajarse; reducir la participación agotadora en actividades físicas, mentales o sociales; y participar en la relajación u otros esfuerzos que restablezcan la energía, la calma, y un renovado interés en esta participación (AOTA, 2010)

- **Dormir:** Serie de actividades que resultan en ir a dormir, permanecer dormido y garantizar la seguridad, a través de la participación en el sueño manteniendo el compromiso con los entornos físico y social.

- **Prepararse para el sueño:** (1) Participar en las rutinas que nos preparan para un descanso cómodo, tales como el aseo y desvestirse, leer o escuchar música para dormirse, decir buenas noches a los demás, la meditación o las oraciones; determinar el momento del día y la duración del tiempo deseado para dormir, o el tiempo necesario para despertar y establecer los patrones de sueño que apoyen el crecimiento y la salud (los patrones son a menudo personal y culturalmente determinados). (2) Preparar el entorno físico para los períodos de inconsciencia, tales como preparar la cama o el espacio en el que se va a dormir; garantizar la calidez / frescura y protección, colocar el reloj de alarma; asegurar el domicilio, como asegurar las cerraduras, cerrar las puertas, ventanas y cortinas; y apagar los enseres electrónicos y las luces.

- **Participación en el sueño:** Cuidar las necesidades personales de dormir, como el cese de actividades para garantizar el inicio del sueño, siesta, soñar, mantener un estado de sueño sin interrupciones, y el cuidado nocturno de las necesidades de ir al baño o la hidratación. Negociar las necesidades y requisitos de los demás en el entorno social. Interactuar con los que comparten el espacio para dormir; como los niños o parejas, proporcionando atención en la noche como la lactancia materna, y el

seguimiento o vigilancia de la comodidad y la seguridad de otros, como la familia mientras duerme.

➤ **Educación**

Actividades necesarias para el aprendizaje y la participación en el ambiente. (AOTA, 2010, p.12).

- **Participación en la educación formal:** Incluye las categorías de participación académica (por ejemplo, las matemáticas, la lectura, trabajar para obtener un grado o título), no académica (por ejemplo, en el recreo, comedor, pasillo), extracurricular (por ejemplo, en deportes, banda, animadoras, bailes), y vocacional (pre-vocacional y vocacional / profesional).

- **Exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales** (más allá de la educación formal): Identificar temas y métodos para obtener información o habilidades en los temas identificados.

- **Participación en la educación personal informal:** Participar en clases, programas y actividades que ofrecen instrucción / formación en las áreas de interés identificadas.

➤ **Trabajo**

Definida por Monsey (1996) como “Todas las actividades necesarias para participar en un empleo remunerado o en actividades de voluntariado (AOTA, 2010, p.12).

- **Búsqueda y adquisición de empleo:** Identificar y solicitar oportunidades de empleo; completar, presentar y revisar los de entrevistas; participar en entrevistas y el seguimiento posterior; discutir los beneficios del empleo; y finalizar las negociaciones.

- **Rendimiento en el trabajo / empleo:** Rendimiento en el trabajo incluyendo las habilidades y las pautas del trabajo; manejo del tiempo; las relaciones con los compañeros, administradores y clientes; la creación, producción y distribución de productos y servicios; inicio, mantenimiento y finalización de los trabajos; y el cumplimiento de las normas y procedimientos del empleo.

- **Preparación y ajuste para la jubilación / retiro:** Determinar las aptitudes, desarrollar intereses y habilidades, y seleccionar actividades vocacionales apropiadas. Exploración para el voluntariado. Determinar causas, organizaciones u oportunidades comunitarias para el “trabajo” no remunerado en relación a las aptitudes, intereses personales, ubicación y tiempo disponible.

- **Participación como voluntario:** Realizar “trabajo” no remunerado en beneficio de las causas, organizaciones o instalaciones seleccionadas.

➤ **Juego**

Según Parham y Fazio (1997). “Cualquier actividad organizada o espontánea que proporcione disfrute, entretenimiento o diversión” (AOTA, 2010, p.12).

- **Exploración del juego:** Identificar actividades de juego apropiadas, las cuales pueden incluir la exploración del juego, la práctica del juego, el juego imaginario o simulado, el juego simbólico.

- **Participación en el juego:** Participar en el juego; mantener un balance entre el juego y las demás áreas de ocupación; y obtener, utilizar y mantener los juguetes, equipos y suministros apropiadamente.

➤ **Ocio y Tiempo Libre**

Según Parham y Fazio (1997) “Una actividad no obligatoria que está intrínsecamente motivada y en la cual se participa durante un tiempo discrecional o libre, es decir, un tiempo no comprometido con ocupaciones obligatorias tales como trabajo, cuidado propio o dormir” (AOTA, 2010, p.12).

- **Exploración del ocio:** Identificar intereses, habilidades, oportunidades, y actividades de ocio apropiadas. Participación en el ocio- Planificar y participar en actividades de esparcimiento adecuadas; mantener un equilibrio de las actividades de ocio con otras áreas de ocupación; y obtener, utilizar y mantener los equipos y suministros, según corresponda.

➤ ***Participación Social***

Según Mosey (1996) “Patrones de comportamiento organizados que son característicos y esperados de un individuo o de una posición determinada dentro de un sistema social” (AOTA, 2010, p.12).

- **Participación en la comunidad:** Participar en actividades que resultan en una interacción exitosa a nivel de la comunidad (es decir, barrio, vecindad, organizaciones, trabajo, colegio).

- **Participación en la familia:** Participar en “[las actividades que resultan en] una interacción exitosa en los roles familiares requeridos y/o deseados.

- **Participación con compañeros, amigos:** Participar en actividades a diferentes niveles de intimidad, incluyendo participar en actividades sexuales deseadas.