



Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino

Facultad de Ciencias de la Salud

Licenciatura en Terapia Ocupacional

TESIS FINAL

“Participación social de adultos mayores de 45 años con enfermedad de Parkinson, en estadio 2 y 3 de la escala de Hoehn y Yahr, asistentes a centros de rehabilitación de San Miguel de Tucumán”

Autora: Luciana Belén García

Directora: Lic. en Terapia Ocupacional Ana Lucía Murcani

Asesora metodológica: Lic. en Terapia Ocupacional María de los Ángeles Salvatierra

Tucumán, Argentina.

2019

Dedicatoria

Este trabajo va dedicado a Mariana y Julio, quienes con muchísimo esfuerzo me dieron la posibilidad de llegar hasta aquí y de convertirme en lo que soy hoy.

Y también, al sacrificio que implicó poder hacer esto realidad.

Agradecimientos

En primer lugar, no puedo dejar de agradecer a mi mamá y a mi papá, quienes me apoyaron y acompañaron desde el primer momento, confiando en cada una de mis decisiones y ayudando a que fueran posibles de llevar a cabo. Sin ellos, nada de lo que hice hasta hoy sería posible de contar. Fueron incondicionales y les estaré siempre muy agradecida, porque sé que este día también lo son, y lo serán en esta nueva etapa que se inicia.

A todos los docentes de la carrera quienes supieron brindarme, con muchísimo profesionalismo y vocación, todos y cada uno de los conocimientos que me fueron formando año a año. A todos los profesionales con los que me tocó vivir mis experiencias en Prácticas Clínicas I, II y III, quienes de manera desinteresada me inculcaron aprendizajes durante todo ese período. Un agradecimiento especial a la Lic. María de los Ángeles Casares, quien supo guiarme, confiándome sus pacientes y abriéndome las puertas de su consultorio, ofreciéndome herramientas de trabajo y enseñanzas que pude desempeñar durante las últimas prácticas. Y también, a la Lic. Ana Lucía Murcani, por aceptar el trabajo de dirigir y dedicar su tiempo en este proyecto. ¡Muchas gracias a todos ellos!

A todas mis compañeras y hoy amigas que iniciaron conmigo este camino y también algunas que fui encontrando en el transcurso, con quienes compartí incontables momentos y con las que fui de a poco descubriendo el amor por esta profesión. Gracias a ellas todo este camino fue fácil de llevar y lo pude disfrutar. A mis compañeras de prácticas, con las que llegue a compartir jornadas completas y supimos transitar todos esos días de la forma más linda posible, muchas gracias a ellas. Y también, quiero agradecer a todas ellas con quienes compartí numerosas tardes de estudio y en donde encontré una amistad llena de confianza y lealtad.

Quiero agradecer a todo mi entorno, abuelos, tíos, primos, amigos, por compartir cada uno de mis logros y estar en cada paso. A mis hermanos, Julito, Juancho y Jero, por estar conmigo en el día a día, por la paciencia, por ayudarme desde sus posibilidades, ¡gracias a los tres por estar! Y, por último, pero no menos importante, un Gracias eterno a Facu, mi novio, quien está desde la mitad de este camino y fue incondicional siempre, en los buenos momentos y en los no tan buenos también, gracias por apoyarme y compartir cada una de mis alegrías como propias.

Gracias a mi Pety querida desde donde quiera que estés, por hacerte presente en mis pensamientos todos estos años y alegrar mis días con tus recuerdos. ¡Comparto este logro con vos!

Gracias a todas las personas que conocí en este camino, cada una tuvo un motivo de estar ahí y forman parte de la persona en la que me fui convirtiendo al día de hoy. Gracias al universo por todo lo que ocurrió en estos años vividos. Y bienvenida sea esta nueva etapa.

Índice

1. Nomenclatura empleada	p. 9
2. Resumen	p. 10
3. Abstract	p. 11
4. Introducción	p. 12
5. <i>Capítulo I: Planteamiento del problema</i>	p. 15
5.1. Objetivos de investigación	p. 16
5.1.1. Objetivo general	p. 16
5.1.2. Objetivos específicos	p. 16
5.2. Interrogantes	p. 16
5.3. Justificación	p. 17
6. <i>Capítulo II: Marco teórico</i>	p. 19
6.1. Antecedentes	p. 20
6.2. Marco conceptual	p. 24
6.2.1. Terapia Ocupacional	p. 24
6.2.1.1. Definición, ejercicio, objetivo general y dominio	p. 24
6.2.1.2. Ocupaciones	p. 25
6.2.1.3. Características del cliente	p. 27
6.2.1.4. Destrezas de ejecución	p. 27
6.2.1.5. Patrones de ejecución	p. 28
6.2.1.6. Contexto y entorno	p. 29
6.2.2. Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner	p. 30

6.2.2.1.	Creación	p. 30
6.2.2.2.	Principios	p. 30
6.2.2.3.	Teoría de los sistemas	p. 32
6.2.2.4.	Disfunción ocupacional	p. 35
6.2.2.5.	Evaluaciones	p. 36
6.2.2.5.1.	Listado de intereses modificado	p. 36
6.2.2.5.2.	Listado de roles	p. 37
6.2.3.	Enfermedad de Parkinson	p. 37
6.2.3.1.	Definición	p. 37
6.2.3.2.	Incidencia	p. 37
6.2.3.3.	Síntomas	p. 38
6.2.3.3.1.	Motores	p. 38
6.2.3.3.2.	No motores	p. 39
6.2.3.4.	Tratamiento farmacológico	p. 40
6.2.3.5.	Escala de Hoehn y Yahr	p. 40
7.	Capítulo III: Marco metodológico	p. 42
7.1.	Tipo de investigación	p. 43
7.2.	Diseño	p. 43
7.3.	Población de estudio	p. 44
7.4.	Muestra	p. 44
7.5.	Muestreo	p. 44
7.6.	Unidad de análisis	p. 45

7.7. Criterios de inclusión	p. 45
7.8. Criterios de exclusión	p. 45
7.9. Variables	p. 46
7.9.1. Variable N° 1: Participación social de adultos con E.P.	p. 46
7.9.2. Variable N° 2: Actividades de interés limitadas por la patología	p. 47
7.9.3. Variable N° 3: Intervención de T.O. en la P.S. de pacientes con E.P.	p. 47
7.10. Instrumentos de recolección de datos	p. 48
7.11. Aplicación de instrumentos	p. 48
7.12. Plan de análisis de datos	p. 49
7.13. Consideraciones éticas	p. 51
8. <i>Capítulo IV: Trabajo de campo</i>	p. 52
8.1. Resultados del listado de roles (parte1)	p. 53
8.2. Resultados del listado de roles (parte 2)	p. 63
8.3. Resultados del listado de intereses	p. 68
8.4. Resultados del cuestionario anónimo semiestructurado dirigido a t.o.	p. 83
9. <i>Capítulo V: Discusión e interpretación de datos</i>	p. 88
9.1. Triangulación de datos	p. 89
9.1.1. Participación social y actividades de interés	p. 89
9.1.2. Intervención de T.O. en la P.S. del adulto con E.P.	p. 98
10. <i>Capítulo VI: Conclusión</i>	p. 104
10.1. Propuestas	p. 107
11. Bibliografía	p. 109

12. Anexo		p. 110
12.1.	Anexo 1: Listado de roles	p. 111
12.2.	Anexo 2: Listado de intereses	p. 113
12.3.	Anexo 3: Cuestionario anónimo semiestructurado dirigido a t.o.	p. 114
12.4.	Anexo 4: Consentimiento informado	p. 117
12.5.	Anexo 5: Enlace del cuestionario online	p. 119

1. Nomenclatura empleada

✓ Terapia Ocupacional	T.O.
✓ Terapeuta/s ocupacional/es	t.o.
✓ Enfermedad de Parkinson	E.P.
✓ Modelo de Ocupación Humana	MOHO
✓ Participación Social	P.S.
✓ Actividades de la vida diaria	AVD

2. Resumen

El objetivo de este trabajo es evaluar la participación social de pacientes con E.P. asistentes a centros de rehabilitación. Para ello, se indagó acerca de cómo ésta se ve influenciada por los diferentes roles que la persona ocupa y cuales son aquellas actividades que se encuentran mayormente limitadas. Para este fin, se acudió a dos evaluaciones propias del Modelo de Ocupación Humana (Kielhofner), en donde se pudo valorar, por un lado, roles en los que la persona participa hoy en día, antes (sin enfermedad) y en un futuro; y, por el otro, actividades de interés del individuo que realizaba antes de adquirir E.P. o que realiza en la actualidad en presencia de la misma.

Además, a través de un cuestionario, se pidió a t.o. que respondan preguntas referidas a cómo sería la intervención dirigida a un paciente con E.P., enfocándose en la P.S., con el objetivo de indicar cómo podría esta disciplina proporcionar herramientas en pro de mejorar dicha área ocupacional.

Palabras clave: Terapia Ocupacional. Participación social. Enfermedad de Parkinson. Modelo de Ocupación Humana. Roles. Actividades.

3. Abstract

The objective of this work is to evaluate the social participation of patients with Parkinson's disease who attend rehabilitation centers. For this, it was inquired about how this is influenced by the different roles that the person occupies and what are those activities that are mostly limited. For this purpose, two evaluations of the Human Occupation Model (Kielhofner) were used, where it was possible to assess, on the one hand, roles in which the person participates today, before (without disease) and in the future; and, on the other hand, activities of interest of the individual who performed before acquiring Parkinson's disease or currently performing in the presence of it.

In addition, through a questionnaire, occupational therapist was asked to answer questions regarding how the intervention would be directed to a patient with Parkinson' disease, focusing on social participation, with the aim of indicating how this discipline could provide tools for to improve said occupational area.

Keywords: Occupational Therapy. Social participation. Parkinson' disease. Human Occupation Model. Roles. Activities.

4. Introducción

La presente investigación hace referencia a las características del adulto mayor a 45 años con E.P., que transita esta afección entre un estadio 2 y 3 de la escala propuesta por Hoehn y Yahr. Dicha descripción parte desde el punto de vista de la participación social, es decir, como transita la persona sus ocupaciones de la vida cotidiana en interacción con personas de su entorno, como ser la familia, la comunidad, compañeros de trabajo, amigos. Por otra parte, se realiza un acercamiento a la intervención de T.O. centrando el área de análisis como punto de partida del tratamiento, apoyándonos en el Modelo de Ocupación Humana como fundamento teórico que justifique la práctica.

El ser humano, por su naturaleza, no puede vivir si no es en sociedad, es por ello que, parte de la motivación empieza por la necesidad de satisfacer a otros y ser satisfecho. Se entiende por *participación social* al cruce de ocupaciones que apoyan la realización de actividades deseadas en una comunidad, que involucran situaciones sociales con otros y apoyan la independencia social.

En presencia de una disfunción ocupacional, un individuo tiene dificultades para ejecutar ciertas acciones lo que puede generar impotencia y aislamiento, dejando de lado, por diversos motivos, la participación en las cosas cotidianas de la vida, produciéndose así un desequilibrio el cual perjudica el bienestar general de una persona.

De acuerdo al principio fundamental de la T.O., es responsabilidad del profesional mejorar la calidad de vida, contribuyendo a la salud, al bienestar y a que la persona participe en su vida con la mira en un compromiso ocupacional. Se reconoce también que esta participación debe ser activa

por parte de quien la protagoniza y para ello se requiere que el compromiso sea sincero y surja desde el interior, es decir, sea motivado por un verdadero significado.

Este trabajo se propuso, evaluar cómo se da actualmente la participación en las diferentes situaciones de vida de personas que viven con E.P., en comparación a cómo solían ser, para determinar de qué manera fue afectada, y cómo anhelarían que fueran; examinando en detalle, los roles que interfieren en sus tareas cotidianas y las actividades de mayor interés que son desempeñadas. Luego, un tercer objetivo se basó en dar cuenta de cómo sería la intervención de un t.o., centrando el tratamiento en la persona y colocando los objetivos desde la perspectiva de la P.S.

Para lograr los objetivos anteriormente descriptos, la investigación se enmarcó desde un paradigma cuantitativo, mediante la recolección de datos acerca de la problemática presentada, utilizando instrumentos estandarizados propios de la teoría del MOHO, y un cuestionario semiestructurado destinado a t.o., lo que permitió volcar datos de forma numérica y de esta forma discutir los resultados en base al análisis estadístico. La estrategia metodológica fue descriptiva, sin manipulación de variables, es decir, no experimental, en cuanto a la dimensión temporal transversal y, por último, no flexible lo cual responde a las características del tipo de estudio. La muestra no fue aleatoria sino intencional, por ende, el muestreo no fue probabilístico, no pretende que los casos sean estadísticamente representativos de la población.

El desarrollo de los contenidos se organizó a lo largo de seis capítulos que, a medida que transcurren se van logrando dar las respuestas a los interrogantes planteados:

- ✓ En una primera instancia, nos encontramos frente a la delimitación del problema, en donde se plantean los interrogantes referidos a este y los objetivos que sirvieron de guía en todo el proceso. Finalmente, se expone la justificación inicial, el porqué de este trabajo.
- ✓ En el capítulo número dos, por un lado, se presentan los antecedentes de investigación, aquello que ya se conocía en relación a los temas centrales que estructuran esta tesis, y por el otro, todo el fundamento teórico, fruto de numerosas revisiones bibliográficas necesarias para entender en profundidad el fenómeno que se analizó.
- ✓ En una tercera parte, se da a conocer la metodología que enmarcó el problema de investigación, explicando los mecanismos utilizados para llevar a cabo el mismo.
- ✓ Al llegar al capítulo número cuatro, podremos observar los resultados que los instrumentos de recolección de datos arrojaron, en donde, a través de gráficos se explica de qué manera fueron manifestados los aspectos evaluados.
- ✓ Se realiza la interpretación de los datos anteriormente expuestos en el trabajo de campo llegando al quinto capítulo, junto a la triangulación de estos en relación a los antecedentes de investigación y al marco teórico.
- ✓ En el capítulo final, se realiza la conclusión y se comparten las propuestas de este trabajo.

Capítulo I

Planteamiento del problema

5. Planteamiento del problema

5.1. Objetivos

5.1.1. Objetivo general

- ✓ Evaluar la participación social de adultos mayores de 45 años con enfermedad Parkinson en estadio 2 y 3 de la escala de Hoehn y Yahr asistentes a centros de rehabilitación de San Miguel de Tucumán.

5.1.2. Objetivos específicos

- ✓ Describir de qué manera se ve afectada la participación social de adultos con enfermedad de Parkinson asistentes a centros de rehabilitación de San Miguel de Tucumán.
- ✓ Determinar qué actividades se encuentran mayormente afectadas dentro de la participación social de adultos con enfermedad de Parkinson asistentes a centros de rehabilitación de San Miguel de Tucumán.
- ✓ Explorar las posibilidades de intervención desde la Terapia Ocupacional en el área de la participación social de adultos con enfermedad de Parkinson.

5.2. Interrogantes

- ✓ ¿De qué manera se ve afectada la participación social de adultos con enfermedad de Parkinson en estadio 2 y 3 de la escala de Hoehn y Yahr?
- ✓ ¿Cuáles son las actividades que se encuentran mayormente afectadas en la participación social de adultos con enfermedad de Parkinson en estadio 2 y 3 de la escala de Hoehn y Yahr?
- ✓ ¿De qué manera podría la Terapia Ocupacional intervenir en la participación social de adultos con enfermedad de Parkinson en estadio 2 y 3 de la escala de Hoehn y Yahr?

5.3. Justificación

A lo largo de los años de carrera se escucha en repetidas ocasiones la frase “mantener/adquirir el *equilibrio ocupacional*” la cual impacta en los alumnos al ser de las primeras nociones que incluyen terminología propia de la profesión, por ende, lo hace también en la construcción del concepto de Terapia Ocupacional. Entendiendo esta noción como *“aquella percepción o experiencia subjetiva y propia de un individuo acerca de tener la cantidad adecuada de ocupaciones, la correcta variación entre las mismas y la satisfacción con el tiempo dedicado, considerando la relación entre áreas ocupacionales en las que la persona participa, el desarrollo de ocupaciones con características diferentes y la relación con el uso del tiempo”*. Partiendo de aquí, al hablar de T.O., es imprescindible mencionar la importancia que tiene el equilibrio ocupacional en un individuo siendo éste una meta intangible y de suma importancia en todo proceso terapéutico que engloba todos los objetivos que se planteen en cada uno de ellos.

Cuando existen actividades dentro de algún área ocupacional que la persona encuentra o manifiesta dificultad ya sea por sus características propias, destrezas de ejecución, patrones de ejecución o por el mismo contexto y entorno en el cual se encuentra, estamos frente a una situación de *desequilibrio ocupacional*. La T.O. domina las herramientas necesarias para valorar, evaluar y determinar de qué manera estas actividades, que se dan de manera dificultosa y desestructuran la vida ocupacional de una persona, se pueden reaprender o generar los medios para adquirir habilidades nuevas de manera que logren ser desempeñadas de forma adecuada y satisfactoria.

La T.O. es una disciplina que ofrece servicios a una amplia gama de afecciones que puede presentar un individuo, una de estas son las enfermedades de origen neurológico, en donde los

pacientes se benefician de las herramientas que puede brindarle un t.o. para su rehabilitación física y psicosocial. Dentro de este grupo, encontramos la E.P., en donde las células del sistema nervioso están dañadas, por ende, el cuadro es progresivo y degenerativo; los síntomas más significativos, como el temblor y la rigidez, se presentan desde los primeros estadios de la enfermedad y alteran principalmente la calidad del movimiento, el cual está implicado en todas las actividades de una persona, lo que recae directamente sobre sus ocupaciones.

Siguiendo los principios fundamentales de la profesión, se debe promover la participación en todos los ámbitos de la vida, y, de acuerdo a la naturaleza social que caracteriza al ser humano, se considera de suma importancia que este pueda ser parte de aquellas actividades que lo relacionan dentro de su contexto y entorno. Esta investigación se propone describir la manera en que se encuentra limitada la P.S. de pacientes adultos con E.P. que están entre un estadio 2 y 3 de acuerdo a la escala de Hoehn y Yahr, y cómo la T.O. puede intervenir ante tal desequilibrio, en donde los síntomas principales alcanzan un nivel de severidad importante, restringiendo moderadamente sus actividades.

Capítulo II

Marco teórico

6. Marco teórico

6.1. Antecedentes

- 1. Dixon L, Duncan D, Johnson P, Kirkby L, O'Connell H, Taylor H, KHO Deane. “Terapia ocupacional para pacientes con enfermedad de Parkinson”. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2007.**

El objetivo de este trabajo es comparar la eficacia y efectividad de la Terapia Ocupacional versus placebo o ninguna intervención (grupo control) en pacientes con E.P.

Como criterios de selección sólo se incluyeron ensayos clínicos aleatorios (ECA), aunque se aceptaron aquellos estudios que utilizaron métodos de asignación cuasi-aleatorios.

La recopilación y análisis de datos se realizó de dos revisores independientes que obtuvieron los datos, resolviendo las diferencias por discusión.

En los resultados principales se identificaron dos estudios con un total de 84 pacientes en donde la T.O. se basó en evaluar los niveles de independencia (índice de Barthel), los cambios en la Escala de Síntomas Extrapiramidales (ESE), la deficiencia motora, utilizando instrumentos como la UPDRS y la velocidad en la caminata.

Si bien ambos estudios reportaron un efecto positivo de la Terapia Ocupacional, la mejoría fue pequeña. Los estudios no tuvieron un tratamiento placebo adecuado, el número de pacientes evaluado fue pequeño y en un ensayo no se describieron los métodos de asignación aleatoria y encubrimiento de la asignación. Estos problemas metodológicos podrían potencialmente generar sesgos de varios orígenes, disminuyendo aún más el poder de los ensayos.

2. Afonso, Isabel Rozas. “Terapia Ocupacional y enfermedad de Parkinson”. Máster universitario en gerontología. Facultad Ciencias de la salud (OZA). Universidad de A. Coruña. Junio 2012.

El objetivo de este trabajo es revisar las diferentes fuentes de información para comprobar si la intervención de la TO resulta eficaz en la EP para tratar que el enfermo sea lo más independiente el mayor tiempo posible, desde el punto de vista humanista, centrándonos siempre en el paciente.

Para la realización de éste trabajo que consiste en una revisión bibliográfica, acerca de en cómo se enfoca la TO en la EP, se ha realizado una búsqueda en libros de diferentes autores con la temática de TO, revistas electrónicas de carácter científico como la revista Neurología y Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, y en las bases de datos tales como MEDLINE; ISY WEB OF KNOWLEDGE; PUBMED; de trabajos publicados en los últimos 17 años (1996-2012).

Se concluyó que desde el punto de vista de la T.O. el tratamiento debe estar dirigido a que el paciente sea lo más independiente posible, interviniendo en las AVD, y no solo hacer hincapié en los déficits, sino también en las capacidades residuales que conserva, para poder potenciarlas o mantenerlas. Esto se debe llevar a cabo desde la valoración basada en la observación que se utiliza para medir la calidad en la realización de las AVD., analizando el desempeño en las tareas, el nivel de deficiencia en las habilidades y qué es lo que afecta ese desempeño.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad de Parkinson, Terapia Ocupacional, actividades de la vida diaria en la EP, calidad de vida, síntomas no motores.

3. Millán Arroyo Menéndez. Lucila Finkel Morgenstern. “Dependencia e impacto social de la enfermedad de Parkinson”. Revista española de discapacidad. Año 2013.

Este artículo profundiza en el conocimiento y cuantificación de la dependencia, limitaciones y necesidades de apoyo de la E.P. y aborda las diferentes implicaciones negativas que ésta conlleva desde una perspectiva sociológica. Se incide en el deterioro de la vida social del paciente, quien reduce su red de contactos y la intensidad y calidad de los mismos. También se deteriora la vida cotidiana de la persona cuidadora en el hogar, normalmente mujer o hija, que asume una gran carga de trabajo adicional. Por otro lado, se encontraron diferencias de género en relación a la actitud que presentan hombres y mujeres frente a las tareas domésticas, debido a que el hombre no considera estas tareas dentro de su competencia, perciben menos el impacto de la enfermedad que las mujeres, que llevan otro estilo de vida.

El análisis, centrado en España, se ha realizado a partir de la bibliografía y documentación disponible y una explotación original de los datos de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (INE 2008) e incluye también información proveniente de una investigación cualitativa propia desarrollada por los autores. Palabras clave: Enfermedad de Parkinson, cuidadores, sobrecarga del cuidador, calidad de vida, dependencia.

- 4. Lic. Clara Zerboni. Lic. Sofía Domínguez. Lic. Nicole Nagelkop. Lic. Chiara Buzzelli. Lic. Melania Ron. Lic. Milagros Rosello. “Evaluaciones e intervenciones de Terapia Ocupacional en la rehabilitación de adultos con lesión neurológica”. Fleni. Argentina, 2018.**

El objetivo de esta investigación es explorar las evaluaciones e intervenciones más utilizadas por terapistas ocupacionales en la rehabilitación de pacientes adultos con lesión neurológica en Argentina. En cuanto a la metodología empleada, 167 Terapistas Ocupacionales de Argentina que ejercen en el ámbito de la rehabilitación de adultos con lesión neurológica fueron convocados a participar de una encuesta auto administrada de forma online acerca de: características generales de atención, evaluaciones, contextos de atención e intervenciones. Se llega a la conclusión de que las intervenciones mayormente implementadas se focalizan en impedimentos y funciones corporales, dirigidas a tratamiento de miembros superiores y entrenamiento de AVD básicas.

6.2. Marco conceptual

6.2.1. Terapia ocupacional

6.2.1.1. Definición, ejercicio, objetivo general y dominio

De acuerdo a la última edición (2014) de Marco de Trabajo para la Práctica de T.O., se define a la profesión como:

“El uso terapéutico de las actividades de la vida diaria (ocupaciones) con individuos o grupos con el propósito de mejorar o permitir la participación en roles, hábitos y rutinas en el hogar, escuela, lugar de trabajo, la comunidad, y otros ambientes”

Esta disciplina se plantea intervenciones de carácter profesional que conducen a cambios o crecimientos de las características del cliente y las habilidades que son necesarias para que su participación sea exitosa. Para ello, el t.o. requiere de su conocimiento acerca de la relación que existe entre persona, contexto y participación en ocupaciones significativas. Siendo este último, el resultado final del proceso que es posible a través de las adaptaciones y modificaciones del medio ambiente o de los objetos del entorno en caso de que sea necesario.

Estos servicios incluyen la adquisición y preservación de la identidad ocupacional para aquellos que tienen o están en riesgo de desarrollar una enfermedad, lesión, trastorno, condición, deterioro, deficiencia, discapacidad, limitación en la actividad o restricción de la participación.

Lograr salud, bienestar, y la participación en la vida hacia un compromiso ocupacional es el principio general que describe el proceso de T.O. en su más pleno sentido. Este principio reconoce

la creencia profesional de que la participación activa promueve, facilita, apoya y mantiene la salud y la participación. Esta interrelación de conceptos incluye:

- ✓ Salud: “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afección o enfermedad” (OMS, 2006).
- ✓ Bienestar: “en termino general abarca el universo total del dominio de la vida humana, incluyendo aspectos físico, mental y social” (OMS, 2006).
- ✓ Participación: “involucramiento en la situación de vida” (OMS, 2001). Ocurre cuando la persona se involucra activamente en las ocupaciones o en las actividades de la vida diaria encontrando en ellas un propósito y un significado.
- ✓ Compromiso en la ocupación: el desempeño en ocupaciones es el resultado de la elección, motivación y significado dentro de un contexto y ambiente. La intervención del t.o. facilita las oportunidades para el compromiso en las ocupaciones y la participación en las situaciones de vida elegidas.

El t.o. tiene establecido un cuerpo de conocimientos acerca de las *ocupaciones, las características del cliente, las destrezas de ejecución, los patrones de ejecución y los contextos y entornos*. Todos ellos son de igual valor y juntos interactúan para impactar en la identidad ocupacional de los clientes, la salud, el bienestar y la participación en la vida.

6.2.1.2. *Ocupaciones*

Las *ocupaciones* son diversos tipos de actividades en las que las personas participan. Incluyen las actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social. Ocurren dentro de un contexto y están

influenciadas por la interacción entre las características del cliente, destrezas y patrones de ejecución. Las ocupaciones se desempeñan en el tiempo con un propósito y un significado, y el cliente se percibe útil haciendo esto y puede ser observado por otros o ser conocida solamente por la persona involucrada.

El alcance de que una persona esté involucrada en una ocupación particular se da principalmente por el compromiso. Las ocupaciones pueden contribuir a un equilibrio y a un estilo de vida completamente funcional, es decir, a requilibrar una disfunción ocupacional.

El área ocupacional que hace referencia a la **participación social** se refiere al “entrelazamiento de ocupaciones para apoyar la participación deseada en las actividades de la comunidad y la familia, como también en aquellas que involucran a compañeros y amigos” (Gillen & Boyt Schell, 2004). Se trata de la participación en un subconjunto de actividades que involucran situaciones sociales con otros (Bedell, 2012) y que apoyan a la independencia social (Magasi & Hammel, 2004). La misma puede ocurrir con una persona o a través de la tecnología tal como en llamadas telefónicas, interacción a través del computador y video conferencias.

- ✓ 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 actividades que resultan en una interacción exitosa en los roles familiares requeridos y/o deseados (Mosey, 1996).
- ✓ Participación con compañeros, amigos: participar en actividades a diferentes niveles de intimidad, incluyendo participar en actividades sexuales deseadas.

6.2.1.3. *Características del cliente*

Las ocupaciones de una persona se ven influenciadas por sus *características*, que son aquellas capacidades o creencias que residen dentro de ella y se ven afectadas por la presencia o ausencia de enfermedad, por la discapacidad o por las experiencias de vida. Las características del cliente pueden afectar las destrezas de ejecución y a la vez pueden verse afectadas por estas, también, por los patrones de ejecución, contextos y entornos, y por el rendimiento y la participación en actividades y ocupaciones. Estas características incluyen:

- ✓ Valores, creencias y espiritualidad; que influyen la motivación de una persona para participar en las ocupaciones y darle sentido a su vida.
- ✓ Funciones y estructuras corporales; son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas) y partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes (OMS, 2011).

6.2.1.4. *Destrezas de ejecución*

Durante el desarrollo de las ocupaciones es posible observar acciones dirigidas a objetivos, hablamos de las *destrezas de ejecución* (motoras, de procesamiento y de interacción social), que son observables como pequeñas unidades en las ocupaciones de la vida diaria. Las mismas se aprenden y se desarrollan con el tiempo dentro de contextos y entornos específicos (Fisher & Griswold, 2014). Estas son analizadas para comprender las demandas ocupacionales que las apoyan u obstaculizan. Son las habilidades demostradas por el cliente, resultado de la suma de varias estructuras corporales y contextos personales y ambientales. Las destrezas de ejecución están estrechamente vinculadas entre si cuando una persona se involucra en una situación, un cambio en una destreza puede afectar a otras.

- ✓ Destrezas motoras: se observan en los movimientos propios de la persona interactuando en el ambiente donde se desempeña.
- ✓ Destrezas de procesamiento: se observan cuando una persona selecciona, interactúa y utiliza un objeto; cuando lleva a cabo acciones y cuando modifica su desempeño.
- ✓ Destrezas de interacción social: se observan durante el curso de un intercambio social.

6.2.1.5. Patrones de ejecución

El desempeño ocupacional también se puede ver influenciado positiva o negativamente por los hábitos, rutinas, roles y rituales, todos ellos en conjunto se denominan *patrones de ejecución* y son utilizados en el proceso de participación en las ocupaciones.

- ✓ Los hábitos son comportamientos específicos, automáticos, adquiridos, ejecutados repetidamente y con poca variación, para responder y actuar de ciertas maneras consientes en entornos o situaciones cotidianas. Pueden ser útiles o perjudiciales, apoyando o interfiriendo respectivamente en el desempeño en las ocupaciones.
- ✓ Las rutinas son secuencias de ocupaciones o actividades que proporcionan una estructura para la vida diaria.
- ✓ Los roles son conjuntos de comportamientos esperados por la sociedad y moldeados por la cultura y el contexto, pueden servir de orientación en la selección de las ocupaciones o para identificar las actividades en las que una persona se involucra.
- ✓ Los rituales son acciones simbólicas con significado espiritual, cultural o social, que contribuyen la identidad de un cliente, reforzando sus valores y creencias.

6.2.1.6. Contexto y entorno

El compromiso y la participación en la ocupación tienen lugar en un entorno social y físico situado dentro de un contexto. Comprender de qué manera estos influyen sobre el cliente proporciona información acerca del acceso, calidad y satisfacción en las ocupaciones. El **contexto** hace referencia a aquellas condiciones interrelacionadas e intangibles que están dentro y alrededor del cliente:

- ✓ El *contexto cultural* incluye costumbres, creencias, patrones de actividad, normas de comportamiento y expectativas aceptadas por la sociedad de la que un cliente es un miembro. Influye en la identidad del cliente y la elección de actividades.
- ✓ El *contexto personal* se refiere a las características demográficas de la persona, como la edad, género, nivel socioeconómico y nivel educativo, que no forman parte de una condición de salud.
- ✓ El *contexto temporal* incluye la etapa de la vida, hora del día o del año, la duración o el ritmo de la actividad y la historia.
- ✓ El *contexto virtual* se refiere a las interacciones que se producen en situaciones simuladas, en tiempo real o cercano en el tiempo, ausentes del contacto físico.

Por otra parte, los **entornos** (físico y social) son aquellos lugares en donde se desarrollan las ocupaciones de la vida diaria:

- ✓ El entorno *físico* se refiere al ambiente natural y construido no humano y los elementos dentro de ellos.
- ✓ El entorno *social* consiste en la presencia de relaciones y las expectativas de las personas, grupos y poblaciones con las que los clientes tienen contacto.

Los contextos y entornos afectan al acceso de un cliente a las ocupaciones e influyen en la calidad y la satisfacción con el desempeño. El contexto en que se produce la participación en ocupaciones es específico para cada cliente.

Para que los clientes logren una existencia verdadera de plena participación, sentido y propósito, no deben solo funcionar, sino también participar cómodamente con su mundo, que consiste en una combinación única de contextos y entornos.

6.2.2. Modelo de ocupación humana

6.2.2.1. Creación

Durante la década del setenta, este modelo fue desarrollado por Gary Kielhofner y colaboraciones debido a una crisis de identidad profesional y con el objetivo de generar una nueva estructura de conocimientos centrados en la *ocupación*, explorando, organizando y haciendo explícito este concepto. Finalmente fue publicado en 1980.

Luego de más de 25 años de contribuciones de colegas de todo el mundo el MOHO llegó a su cuarta edición, logrando hacer más claros, precisos y empíricamente válidos los conceptos y postulados teóricos, con evaluaciones, principios terapéuticos, programas específicos y de base empírica amplia.

6.2.2.2. Principios

La Ocupación Humana se refiere al hacer del trabajo, juego o de las actividades de la vida cotidiana dentro de un contexto temporal, físico o sociocultural que caracteriza gran parte de la vida humana. Toda ocupación humana procede de una tendencia espontánea, innata del sistema

humano: la urgencia de explicar y dominar el ambiente. El MOHO se basa en la suposición de que la ocupación es un aspecto crucial de la experiencia humana (Kielhofner y Burke, 1992).

El modelo parte del principio de que la actividad humana es necesaria para la vida, hay una necesidad de ser activo, ya que esto proporciona una organización interna al sujeto, y, a través de ella puede cambiar tanto el entorno como a sí mismo. A partir de esto, se explica que el ser humano es un sistema abierto, dinámico y único, cuyas características definen su racionalidad; se enfoca en lo que el individuo hace, piensa y siente como mecanismo central de cambio. Esta acción es lo que se llama “*comportamiento ocupacional*” y lo vemos como un proceso organizador. El ciclo del sistema abierto se compone de: la entrada de información del medio, el procesamiento de dicha energía o información, la elaboración de una respuesta y la retroalimentación.

La participación en las ocupaciones es un proceso mediante el cual, las personas se moldean en función de la ocupación que llevan a cabo. Los tipos de cosas que el ser humano hace, por qué y cómo las hace y que piensa y siente acerca de ellas derivan de las condiciones e influencias de tiempo y espacio, sociedad y cultura que se entrecruzan. La ocupación humana única, que caracteriza a nuestra especie, es una función de estas condiciones e influencias.

Este comportamiento, tiene tres características primordiales. La primera es que emana elecciones que surgen de motivos internos. La segunda, es que presenta regularidad, constancia y se vuelve un patrón conductual. Y, por último, que expresa las capacidades subyacentes de las personas, ya que para su desempeño se ponen en manifiesto una amplia gama de habilidades mentales.

6.2.2.3. *Teoría de los sistemas*

Para entender este proceso, nos remontamos a la *teoría de los sistemas*, la cual plantea que la actividad espontánea es la característica fundamental de los seres vivos. El requerimiento para la acción se vuelve más elaborado a medida que cada individuo asciende en el desarrollo, hasta que se llega a conformar la ocupación. La conducta ocupacional es vista como el resultado de un proceso dinámico, en el cual los factores internos biológicos y psicológicos interactúan con el mundo físico y socio cultural. La persona se ve en dos sentidos: influyente en su entorno e influenciada por él. La acción de los sistemas humanos es necesaria para crear y sustentar en el tiempo su organización.

La *teoría de la interacción de los subsistemas* explica que cada componente, es un conjunto organizado de patrones y procesos que tienen un propósito coherente. Kielhofner (2004) señala que si bien, cada uno posee su propia organización interna, se mantienen unidos e interrelacionados dentro de una totalidad mayor del sistema humano mediante una relación de heterojerarquía. Según la cual, cada uno de ellos colabora y contribuye en la realización de la acción ejecutada por la persona.

La manera en la que se elige, organiza y ejecuta el comportamiento, depende de la acción de un sistema humano compuesto por tres subsistemas (De las Heras, 2015):

- ✓ La *volición*: encargada de seleccionar la conducta ocupacional. La motivación para participar en las ocupaciones, surge de una necesidad innata para actuar. Esta necesidad intrínseca, es lo que guía al ser humano para hacer elecciones. Implica una elección consciente que depende de procesos cognitivos. La volición es un proceso continuo determinado por experiencias

aprendidas desde el comienzo del desarrollo. En ese continuo, la persona experimenta ocupaciones, interpreta esas experiencias y finalmente realiza una elección. Está formada por:

- Causalidad personal: son las imágenes que la persona tiene sobre su efectividad en el ambiente. Conformado por su historia personal y la expectativa de uno mismo.
 - Valores: convicciones sobre lo que es obligado y correcto. Es lo que da un sentido a los actos humanos.
 - Intereses: atracción o preferencia hacia ciertas ocupaciones. Es el factor energético que motiva a iniciar el comportamiento, permitiendo al individuo elegir determinadas actividades.
- ✓ La *habituación*: una disposición internalizada para mostrar patrones consistentes de comportamiento guiados por nuestros hábitos y roles ajustados a las características de los ambientes temporales, físicos y sociales de rutina. Dentro de la habituación se encuentran:
- Hábitos: son patrones conductuales e imágenes interiorizadas de cómo se debe organizar la conducta. Favorecen a que el desempeño se lleve a cabo en forma casi automática.
 - Roles: conllevan una consciencia de identidad social. Reflejan las funciones sociales que uno ha interiorizado y son percibidas por el entorno. Es decir, que se relaciona, por una parte, con posiciones sociales que la persona ocupa y, por otra parte, con cómo se espera que se comporte, según ese rol.

Juntos, permiten una mayor adaptación, ya que facilitan a que las personas identifiquen una situación y se comporten automáticamente, según las expectativas.

- ✓ La *capacidad de desempeño*: necesaria para hacer las cosas provistas por la condición de los componentes físicos y mentales objetivos subyacentes y la experiencia subjetiva correspondiente, depende del estado de los sistemas musculo esquelético, neurológico, cardiopulmonar y otros sistemas corporales de la persona que son utilizados cuando se actúa en el mundo. Incluye las habilidades:
- Sensorio motoras: habilidad para recibir información, procesarla y producir una respuesta.
 - Cognitivas: capacidad para utilizar las funciones cerebrales complejas como: conciencia, orientación, atención, memoria, aprendizaje, etc.
 - Intrapersonales: habilidad para procesar y regular emociones, sentimientos, valores, intereses, auto concepto, etc.
 - Interpersonales: conllevan destrezas psicosociales para interactuar en la sociedad.

A partir de esta teoría, se explica cómo el comportamiento ocupacional es sistemático y dinámico, influenciado simultáneamente por los tres subsistemas.

El hacer humano en conjunto con la volición, la habituación y la capacidad de desempeño resuenan juntos dentro de un *medio ambiente*, creando condiciones de las cuales emergen los pensamientos, sentimientos y el hacer. Dentro del medio ambiente se desglosan las dimensiones del hacer: *la identidad ocupacional* vista como el saber quién es uno y quien desea llegar a hacer, *la competencia ocupacional*, como el grado de participación ocupacional y *la adaptación ocupacional* descrita como la construcción de la identidad y el logro de una competencia.

6.2.2.4. Disfunción ocupacional

La *disfunción ocupacional* se produce, según Kielhofner (1995), cuando un individuo tiene dificultades para elegir, organizar o ejecutar sus acciones. Se considera un problema cuando la conducta ocupacional fracasa para proporcionar la calidad de vida. O bien cuando es insuficiente para satisfacer las demandas del entorno. Este modelo establecería tres niveles de función ocupacional: exploración, competencia y logro. Los cuales determinan el grado de cumplimiento del ciclo adaptativo al satisfacer las expectativas de la sociedad para la participación productiva y lúdica. Además de su propia necesidad de exploración y dominio. Por otro lado, se plantean tres niveles de disfunción ocupacional: incompetencia, ineficacia e impotencia. Los cuales representan el estrés y la falta de competencia en el ambiente, que conllevan al ciclo inadaptativo. La disfunción ocupacional se produce en el enfrentamiento del individuo con el entorno, cuando existe una disminución, ineficacia o desequilibrio de la conducta ocupacional. La palabra *disfunción* indica una incapacidad crónica o temporal para ejercer los roles, relaciones y ocupaciones esperadas de una persona similar de edad y cultura. Las causas de tal incapacidad pueden ser físicas, sociales, psicológicas o ambientales.

El t.o. restaura esta disfunción. Proporciona una ocupación significativa como medio terapéutico. Identifica el factor que genera el estilo de vida ocupacional inadaptativo. Además, fomenta el compromiso de la persona en la nueva ocupación que mejora la adaptación con su ambiente. El t.o. parte de la idea de que las personas pueden influir sobre su estado de salud a través de sus ocupaciones. La teoría de los sistemas abiertos le da una perspectiva conceptual para apoyar este punto de vista. Ve a los seres humanos como entidades dinámicas y auto organizadas que se mantienen o transforman a raíz de su interacción con el medio ambiente.

Como asegura Kielhofner (1995), la implicación de los seres humanos en actividades de la vida diaria, productividad, ocio y tiempo libre, genera y mantiene cambios en las capacidades, creencias y disposiciones del individuo. De esta forma, el comportamiento ocupacional contribuye a la organización y desarrollo de las estructuras físicas, psicológicas, afectivas y sociales de la persona.

6.2.2.5. Evaluaciones

En el MOHO, entre muchas otras, se presentan las siguientes evaluaciones, que han sido diseñadas para que se registre información sobre las personas. Brindan a las personas una voz para caracterizar sus vidas y deseos. El mismo proceso de llenado, a menudo ayuda a las personas a aclarar sus propios pensamientos y sentimientos sobre sus circunstancias y también observan patrones reveladores en sus propias respuestas que aumentan los conocimientos y apoyan la resolución de problemas. Por otra parte, son utilizadas como parte de un diálogo entre el t.o. y la persona dirigido a generar un conocimiento más profundo de las situaciones y determinar direcciones y estrategias del tratamiento.

6.2.2.5.1. Listado de intereses modificado

Fue desarrollado originariamente por Matsutsuyu (1969). Más tarde, cuando se utilizaba rutinariamente en asociación con el MOHO, fue modificado por Scaffa (1981) y luego por Kielhofner y Neville (1983). Es un inventario de intereses recreativos, puede utilizarse para recoger información relevante a los intereses ocupacionales globales de una persona, su enfoque principal es sobre los intereses no vocacionales que influyen en las elecciones de las actividades.

6.2.2.5.2. Listado de roles

El listado de roles (Oakley, Kielhofner y Barris, 1985) se desarrolló para obtener información sobre las percepciones de las personas de su participación en roles ocupacionales durante toda su vida y sobre el valor que asignan a esos roles ocupacionales. La persona debe indicar para cada uno de los 10 roles, si ha tenido el rol en el pasado, si actualmente tiene ese rol, si espera tener ese rol el en futuro y cuanto valora el rol. Dado que el MOHO se encuentra vinculado con el modo en que los roles estructuran la participación ocupacional, cuando las personas indican que cumplen un rol, también significa que el rol influye en lo que la persona hace.

6.2.3. Enfermedad de Parkinson

6.2.3.1. Definición

La E.P. es una enfermedad neurodegenerativa, crónica y progresiva, es decir que los síntomas empeoran lentamente con el tiempo. Se asocia con la degeneración de las neuronas de los ganglios basales. También aparece una pérdida de la pigmentación de la sustancia negra. Estos cambios hacen que disminuya la dopamina, lo que provoca dificultad en la ejecución de los movimientos y la rigidez característica.

El análisis de los síntomas en la clínica y pruebas neurológicas específicas pueden llevar a establecer el diagnóstico.

6.2.3.2. Incidencia

Es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente en el mundo. Afecta a más de cinco millones de personas y según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el número total de pacientes se duplicará para el año 2030.

En Argentina actualmente la padecen entre el 1 y 1,5% de la población de adultos mayores y afecta entre 1,2 – 1,5 hombres por cada mujer.

6.2.3.3. Síntomas

6.2.3.3.1. Motores

La enfermedad se manifiesta básicamente por la presencia de síntomas motores:

- ✓ Temblor: síntoma más conocido y frecuente sobre todo al comienzo de la enfermedad. Se inicia en la extremidad superior, apareciendo en reposo, al sostener una actitud y disminuye con los movimientos, pero aumenta cuando se exige una selectividad de estos, afectando sobre todo a los miembros superiores.
- ✓ Rigidez muscular: expresa la exageración del tono muscular y un desequilibrio agonista-antagonista, disminuyendo con el reposo y aumentando con el movimiento, el frío y las emociones.
- ✓ Acinesia: signo más característico y discapacitante, significa ausencia del movimiento y se divide en dos categorías:
 - Bradicinesia: lentitud en el inicio y ejecución del movimiento, reflejándose sobre todo en los movimientos poco aprendidos o muy voluntarios y en los muy aprendidos o automatizados.
 - Hipocinesia: dificultad para mantener un ritmo y amplitud adecuados durante la realización de movimientos repetidos alternantes y la escasez/pobreza de movimientos.
- ✓ Alteraciones de la postura: aumento de la cifosis dorsal o ligera flexión en todas las articulaciones, lo que provoca la “postura de simio” debido a la inmovilidad que lleva a la amiotrofia.

- ✓ Alteraciones del equilibrio: debido a la pérdida de los reflejos posturales y de enderezamiento, agravadas a su vez por la rigidez. La postura conlleva a un adelantamiento del centro de gravedad.
- ✓ Marcha festinante: alterada por la pérdida de los patrones automáticos de movimiento. Pasos cortos, torpes y rápidos al empezar a caminar en el intento de alcanzar su centro de gravedad. Dificultades para girar, atravesar lugares estrechos y superar obstáculos.

6.2.3.3.2. *No motores*

- ✓ Aspectos cognitivos: la bradifrenia (lentitud del pensamiento) puede hacer que la información se procese más lentamente y que haya problemas para mantener el curso del pensamiento, distracciones y pérdida de la concentración. Resulta difícil responder a más de un estímulo o cambiar de una idea a otra. También se ve afectada la capacidad de resolución de problemas y la memoria (Dewick y Playfer 1990; Oyebode 1995).
- ✓ Aspectos psicológicos: la depresión es un síntoma frecuente, está relacionado al grado de discapacidad y las personas menores a 50 años tiene más riesgo de desarrollar este problema. Contribuyen el efecto obvio de reducción de la calidad de vida, las preocupaciones financieras y los cambios en los roles ocupacionales. La ansiedad es otro síntoma frecuente, preocupa el futuro y cómo se enfrentará a la enfermedad a largo plazo (Starkstein y cols., 1993). Otros factores que causan estrés son los problemas en las funciones corporales, la falta de autoeficacia, las dificultades en las relaciones interpersonales y los problemas de comunicación.
- ✓ Otras complicaciones: trastornos del sueño, alucinaciones, pérdida de olfato y gusto, hipotensión arterial, disfunción sexual, disfunciones urinarias, freezing, hipomimia (facie

inexpresiva), hipofonía, sialorrea, dolores de cabeza, calambres y parestesias termales en pies y manos. Todos estos se pueden presentar como derivados de la eliminación de neuronas situadas en otras zonas del cerebro.

Tanto síntomas motores y no motores, se trasladan y afectan las situaciones de la vida cotidiana, impactando en el propio enfermo y en el entorno familiar, tanto en los aspectos afectivos y psicológicos, y sobre todo en las relaciones, en su sociabilidad o rol social, lo que se puede convertir en una experiencia degradante para quien la vive porque implica pérdida de autonomía y autoestima.

6.2.3.4. Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico hoy en día permite aliviar eficazmente la mayor parte de los síntomas y mantener así una aceptable calidad de vida, sin embargo, no cura ni paraliza la enfermedad ya que, no elimina la causa etiológica. La medicación es de por vida y requiere ajustes con frecuencia, vigilando los efectos secundarios. Se debe complementar con terapias activas de rehabilitación.

6.2.3.5. Escala de Hoehn y Yahr

Existen muchas escalas utilizadas para valorar al paciente con E.P., no obstante, la más conocida es Escala de Incapacidad Funcional de Hoehn y Yahr. Desarrollada por Hoehn y Yahr, publicada en 1967. Es utilizada para clasificar y describir la intensidad de la EP en cinco estadios, con definiciones muy precisas en cada etapa. Evalúa el estatus general y el nivel de funcionalidad del paciente.

Estadio 1: Comprende el inicio de la enfermedad. Afectación exclusivamente unilateral, síntomas leves, sin afectación funcional o con mínima afectación. Comprende la triada rigidez-temblor- bradicinesia. Expresión facial normal, postura erecta, dificultades en la motricidad fina. Disminución del braceo al caminar, arrastrando un poco los pies.

Estadio 2: Afectación bilateral o axial (línea media), mínima incapacidad, postura y marcha afectada, sin alteración del equilibrio. Alteración de la expresión facial. Disminución del parpados. Postura en ligera flexión. Enlentecimiento para realizar las actividades de la vida diaria. Síntomas depresivos. Posibilidad de efectos secundarios de los medicamentos.

Estadio 3: Significativo enlentecimiento de los movimientos, alteración de los reflejos de enderezamiento (al girar o en el test de pulsión), dificultad para mantener el equilibrio, restricción moderada de las actividades. Sensación de fatiga, dolores, dificultades comunicativas. Fenómenos *on – off*, con alternancia de periodos donde los síntomas están controlados (*on*) con otros donde la sintomatología reaparece (*off*) junto al miedo y la inseguridad.

Estadio 4: Síntomas severos, rigidez y bradicinesia más marcadas, el paciente aun es capaz de caminar distancias limitadas y permanecer de pie sin ayuda de otros, no es capaz de vivir solo. Problemas conductuales tales como insomnio, alucinaciones, cuados de confusión.

Estadio 5: Incapacidad completa, no puede mantenerse de pie ni caminar, confinamiento en cama o silla de ruedas, a menos que se le preste asistencia y cuidados constantes de enfermería. Aumento progresivo del tiempo *off*. Trastorno del lenguaje acentuado. Posibilidad de úlceras de decúbito. Infección urinaria. Desarrollo de contracturas.

Capítulo III

Marco metodológico

7. Marco metodológico

7.1. Tipo de estudio

La investigación se desarrolló desde un enfoque **cuantitativo**, el cual se basó en la recolección de datos pertinentes a un problema de salud, utilizando instrumentos estandarizados que permitieron volcar los resultados de forma numérica y realizar un análisis estadístico para establecer los resultados.

7.2. Diseño

En el siguiente plan o estrategia para obtener la información que se requirió para la investigación se propuso el siguiente diseño:

- ✓ De acuerdo al propósito, fue **descriptivo**, con el objetivo de establecer cómo se manifiesta determinado fenómeno.
- ✓ En relación a la manipulación de variables, se trató de un diseño **no experimental** ya que se observó cómo se dieron los diferentes fenómenos en la realidad para poder así describirlo, sin manipular las variables.
- ✓ Según el grado de estructuración, se trató de una investigación **no flexible**, la cual responde al paradigma cuantitativo.
- ✓ A su vez, de acuerdo a la dimensión temporal, fue **transversal**, ya que se buscó recopilar información en un momento único del tiempo.

7.3. Población de estudio

- ✓ Compuesta por adultos mayores de 45 años, con E.P. en estadio 2 y 3 de la escala de Hoehn y Yahr, asistentes a centros de rehabilitación de San Miguel de Tucumán.
- ✓ Compuesta por t.o. que ejercen en el ámbito de la rehabilitación de pacientes con lesión neurológica en centros de rehabilitación de San Miguel de Tucumán.

7.4. Muestra

- ✓ No aleatoria, intencional. Formada por un grupo de 15 adultos mayores de 45 años, con E.P. en estadio 2 y 3 de la escala de Hoehn y Yahr, asistentes a centros de rehabilitación de San Miguel de Tucumán.
- ✓ Aleatoria. Formada por un grupo de 15 t.o. que ejercen en el ámbito de la rehabilitación de adultos con lesión neurológica en centros de rehabilitación de San Miguel de Tucumán.

7.5. Muestreo

- ✓ No probabilístico. Subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características de la investigación. Se seleccionan casos o unidades por uno o varios propósitos. No pretende que los casos sean estadísticamente representativos de la población.

7.6. Unidad de análisis

- ✓ Cada uno de los adultos mayores de 45 años con E.P. evolucionada en estadio 2 y 3 de la escala de Hoehn y Yahr, que asiste a un centro de rehabilitación de San Miguel de Tucumán.

- ✓ Cada uno de los t.o. que ejercen en el ámbito de la rehabilitación de adultos con lesión neurológica en centros de rehabilitación de San Miguel de Tucumán.

7.7. Criterios de inclusión

- ✓ Pacientes:
 - Adulto mayor de 45 años.
 - Diagnóstico de E.P. en estadio 2 o 3 de la escala de Hoehn y Yahr.
 - Asistir a un centro de rehabilitación de San Miguel de Tucumán.
 - Aceptar participar voluntariamente del estudio firmando un consentimiento informado.
- ✓ Terapistas:
 - Ejercer en el ámbito de la rehabilitación de adultos con lesión neurológica en centros de rehabilitación de San Miguel de Tucumán.
 - Aceptar participar voluntariamente del estudio accediendo a responder un cuestionario.

7.8. Criterio de exclusión

- ✓ Pacientes:
 - Paciente menor a 45 años.
 - Diagnóstico de E.P. en estadio inferior a 2 o superior a 3 de la escala de Hoehn y Yahr.
 - No asistir a un centro de rehabilitación de San Miguel de Tucumán.
 - No aceptar participar voluntariamente negándose a firmar el consentimiento informado.

- ✓ Terapistas:
 - No ejercer en el ámbito de la rehabilitación de adultos con lesión neurológica en centros de rehabilitación de San Miguel de Tucumán.
 - Quien NO acepte participar voluntariamente del estudio negándose a responder un cuestionario.

7.9. Variables

7.9.1. Variable N° 1: *Participación social de adultos con enfermedad de Parkinson.*

- ✓ **Definición conceptual:** Entrelazamiento de ocupaciones de pacientes adultos con E.P. que promueven la participación deseada en las actividades de la comunidad y la familia, como también en aquellas que involucran a compañeros y amigos. Subconjunto de actividades que involucran situaciones sociales con otros y que apoyan a la independencia social. La P.S. puede ocurrir con una persona o a través de la tecnología tal como en llamadas telefónicas, interacción a través del computador, y video conferencias.
- ✓ **Definición operacional:** Se utilizó para evaluar la misma el Listado de Roles del Modelo de Ocupación Humana de Gary Kielhofner. El mismo consta de dos partes:
 - La primera evalúa a través de un continuo temporal (pasado, presente y futuro) los roles que más han servido para organizar la vida de un individuo. Presenta 10 roles e incluye la categoría “otros” para aquellos en los que participa la persona que no estén especificados en el listado.
 - La segunda, permite identificar el grado en que el individuo valora cada rol (no muy valioso, con algún valor, muy valioso). Repite los 10 roles de la primera parte.

- En la sección **anexos**, encontramos dicha evaluación la cual cuenta con una breve descripción de cada rol para una mejor comprensión de lo que significa cada uno.

7.9.2. Variable N° 2: *Actividades de interés limitadas por la patología.*

- ✓ **Definición conceptual:** Toda aquella acción que forma parte de las ocupaciones diarias en las que una persona participa y que se ve interrumpida durante su desarrollo debido a la presencia de las características propias de la E.P. que pueda presentar un paciente.
- ✓ **Definición operacional:** Se utilizó para evaluar las mismas una adaptación a la población de estudio del Listado de Intereses Modificado del Modelo de Ocupación Humana de Gary Kielhofner. El mismo enumera diferentes actividades en donde el paciente valora cada una de ellas de acuerdo al grado de interés (mucho, poco o ninguno), participación (si o no) e interés en realizarlo en un tiempo futuro (si o no). Esto permitirá valorar aquellas actividades de interés en las que se dejó de participar debido a características de la patología.

7.9.3. Variable N° 3: *Intervención de Terapia Ocupacional en la participación social de pacientes con enfermedad de Parkinson.*

- ✓ **Definición conceptual:** Estrategia específica seleccionada para dirigir el proceso de evaluación y planificación e implementación del tratamiento, orientado a trabajar objetivos relacionados con el área ocupacional de la P.S. de pacientes con E.P., seleccionando un modelo de práctica, un marco de referencia o teorías.
- ✓ **Definición operacional:** Se utilizó para evaluar un cuestionario anónimo semiestructurado dirigido a t.o. que ejercen en el ámbito de la rehabilitación de adultos con lesión neurológica

en centros de rehabilitación de San Miguel de Tucumán, en donde contestarán acerca de diferentes estrategias terapéuticas orientadas a tratar las dificultades dentro del área de la P.S. en pacientes adultos con E.P. También se incluirá un espacio de libre redacción para completar con todos aquellos aportes que puedan surgir.

7.10. Instrumentos de recolección de datos

- ✓ Listado de Roles del Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner.
- ✓ Adaptación del Listado de Intereses Modificado del Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner.
- ✓ Cuestionario anónimo semiestructurado dirigido a t.o. que ejercen en el ámbito de la rehabilitación de adultos con lesión neurológica en centros de rehabilitación de San Miguel de Tucumán.

7.11. Aplicación de instrumentos

Las evaluaciones se aplicaron de forma individual a cada uno de los pacientes de la muestra en donde se presentó la investigación y los objetivos principales la misma. Luego de que cada paciente accedió, firmando el consentimiento, se procedió a explicar las evaluaciones y finalmente a completar las grillas. Este procedimiento se realizó un total de 15 veces.

El cuestionario que fue dirigido a profesionales se aplicó de forma online a través de Formularios de Google, en donde se generó un enlace que fue compartido en los distintos grupos de t.o. invitándolos a participar de forma anónima a que contestaran las preguntas formuladas. El enlace para acceder al cuestionario se encuentra en la sección anexos al final del trabajo.

7.12. Plan de análisis de datos

Los datos obtenidos de cada evaluación fueron plasmados en tablas de Excel, de forma que se sintetizaran los datos y se facilite la tarea de contabilizar la cantidad de ítems en cada categoría. Luego, una vez obtenida dicha información, pudo ser plasmada en gráficos que expresan los respectivos porcentajes.

A continuación, para ejemplificar y facilitar la comprensión, se presentarán los modelos de tabla de cada evaluación para que el lector visualice la forma en la que fueron analizados los datos.

En el caso del cuestionario dirigido a t.o. el mismo formulario de Google se encargó de emitir las respuestas en forma de gráficos.

7.12.1. Listado de roles (parte 1)

Roles	Paciente 1			Paciente 2			Paciente 3		
	Pasado	Presente	Futuro	Pasado	Presente	Futuro	Pasado	Presente	futuro
1									
2									
3									
4									
5									

Listado de roles (parte 2)

Roles	Paciente 1			Paciente 2			Paciente 3		
	Ningún valor	Algún valor	Mucho valor	Ningún valor	Algún valor	Mucho valor	Ningún valor	Algún valor	Mucho valor
1									
2									
3									
4									
5									

Referencias: 1 (estudiante), 2 (trabajador), 3 (voluntario), 4 (proveedor de cuidados), 5 (amo/a de casa).

7.12.2. Listado de intereses adaptado

Actividad	Paciente 1		Paciente 2		Paciente 3	
	Interés en los últimos	Interés el último año	Interés en los últimos	Interés el último año	Interés en los últimos	Interés el último año
1						
2						
3						
4						
5						

Actividad	Paciente 1		Paciente 2		Paciente 3	
	¿Participa actualmente?	¿Le gustaría	¿Participa actualmente?	¿Le gustaría	¿Participa actualmente?	¿Le gustaría
1						
2						
3						
4						
5						

Referencias: 1 (practicar jardinería), 2 (coser/arreglar ropa), 3 (escuchar radio/música), 4 (caminar), 5 (leer/escribir).

7.13. Consideraciones éticas

Los criterios que se tuvieron en cuenta para proceder con la investigación fueron:

- ✓ Autorización por parte de la Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino.
- ✓ Autorizaciones de los centros de rehabilitación.
- ✓ Consentimiento Informado por parte de los pacientes y t.o. que participaran en el estudio.

Capítulo IV

Trabajo de campo

8. Trabajo de campo

8.1. Resultados del listado de roles (parte 1)

a. Rol: estudiante (N/15)

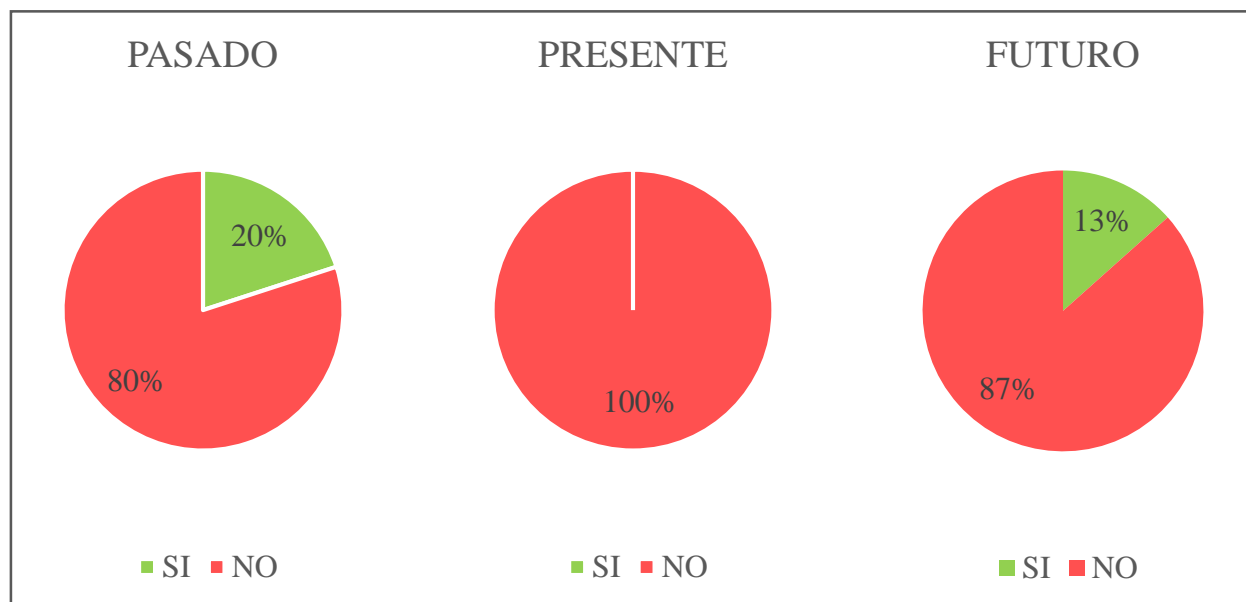


Figura 1

De acuerdo al rol de estudiante, en el pasado, solo el 20% (n/3) se desempeñó como tal, mientras que el 80% (n/12) restante no lo hacía. En el presente, ninguna de las personas de la muestra se dedica a estudiar. Sin embargo, en el futuro, el 13% (n/2) aspira a empezar/continuar con sus estudios.

b. Rol: trabajador (N/15)

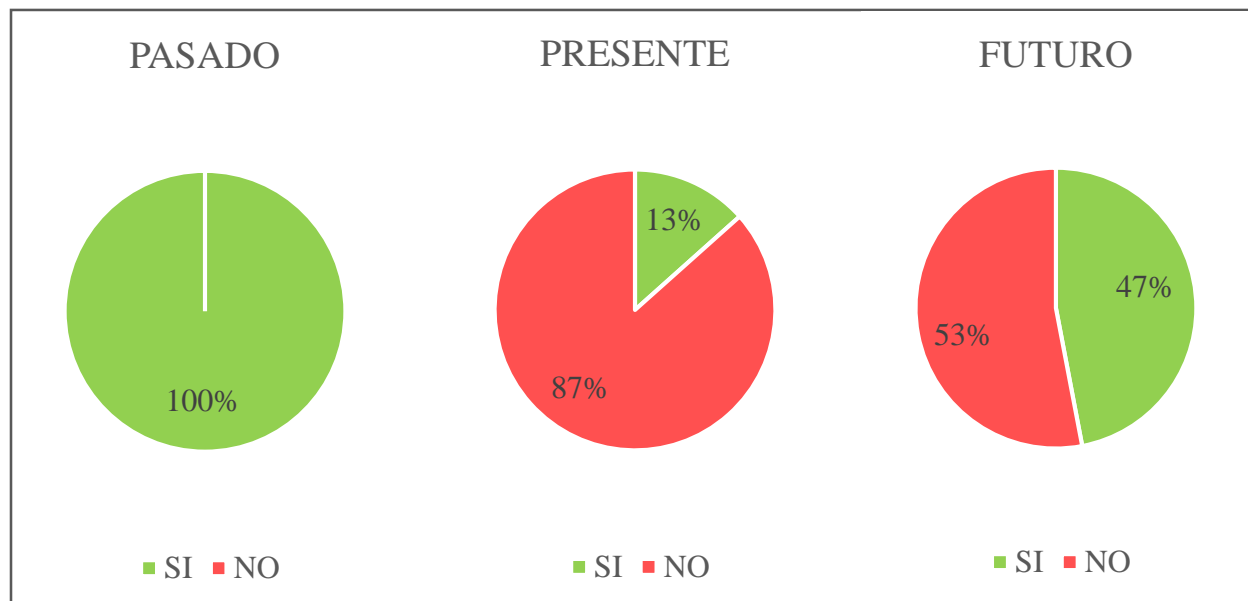


Figura 2

Respecto al rol de trabajador, el 100% (n/15) de la muestra se desempeñó en esta área antes de comenzar a manifestar síntomas de E.P., y solo el 13% (n/2) lo pudo sostener hasta la actualidad, quedando el 87% (n/13) sin poder cumplir con sus obligaciones. El 47% (n/7) de las personas de la muestra desean volver a sus actividades laborales.

c. Rol: voluntario (N/15)

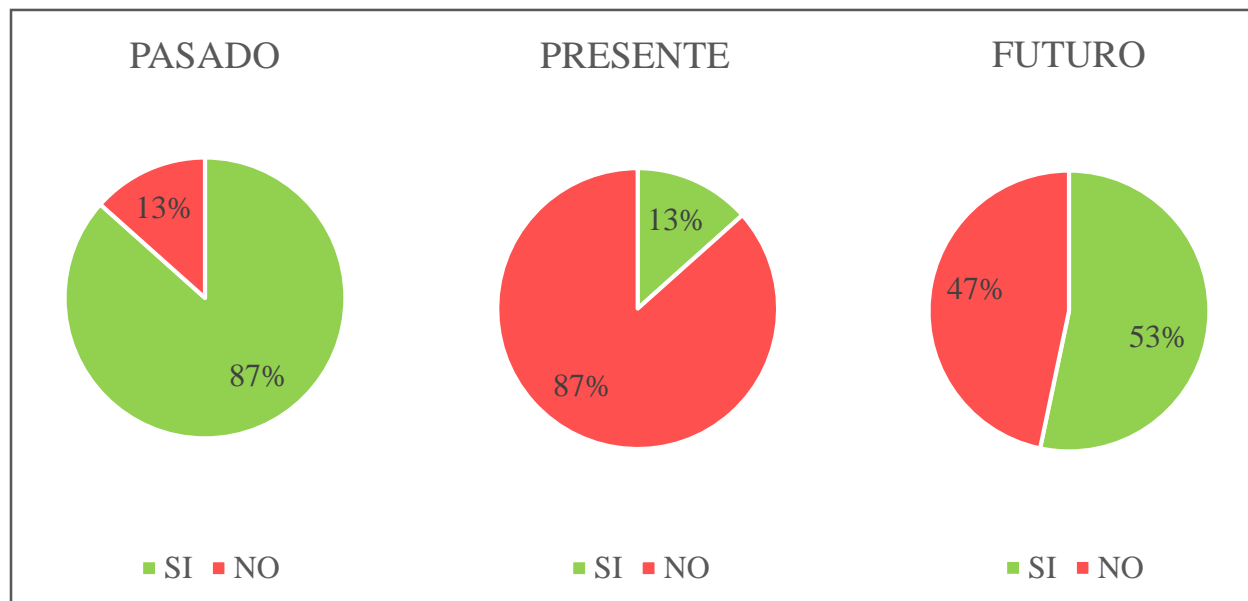


Figura 3

En cuanto al rol de voluntario, el 87% (n/13) de la muestra se dedicaba a tareas de este tipo, no así 13% (n/2) restante. Hoy en día, la cantidad de personas que no participa de este rol aumento al 87% (n/13), de los cuales el 53% (n/8) pretende recuperarlo en alguna oportunidad.

d. Rol: proveedor de cuidados (N/15)

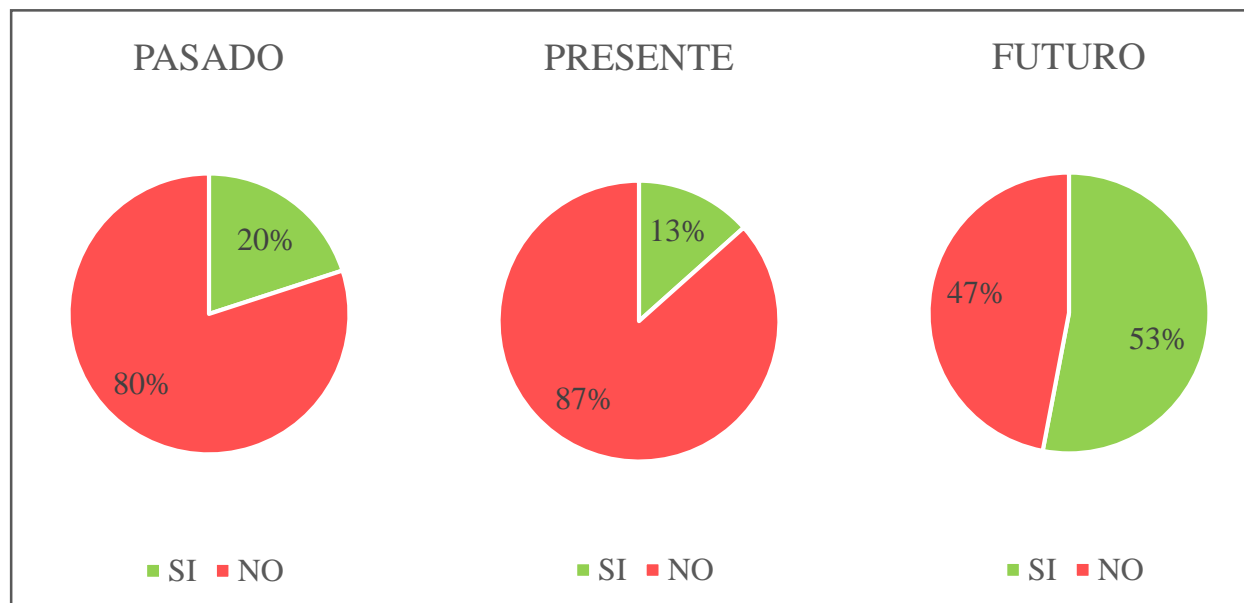


Figura 4

En el rol de proveedor de cuidados no se observaron cambios significativos debido a que el 80% (n/12) de la muestra no desempeñaba dicho rol en el pasado, lo hacía solo el 20% (n/3); hoy, este último porcentaje disminuyó en una persona quedando el 13% (n/2) pudiendo participar de este rol. En el futuro, el 53% (n/8) espera poder recuperar o iniciar a realizar acciones que contribuyan a proveer de cuidados a otras personas.

e. Rol: amo/a de casa (N/15)

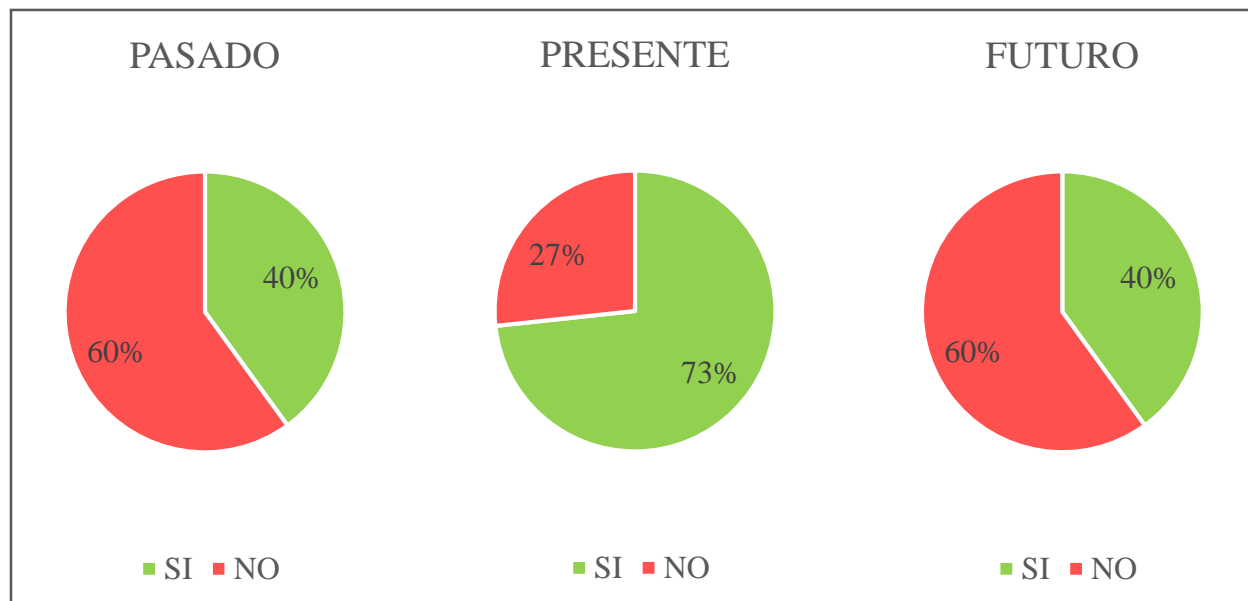


Figura 5

En el caso del rol de amo/a de casa, se evidenciaron cambios llamativos. En la actualidad el 73% (n/11) ocupa este rol, de los cuales solo el 40% (n/6) desea permanecer en el. Este último dato, coincide con el porcentaje de las personas que se desempeñaban como amo/a de casa antes de adquirir E.P.

f. Rol: amigo/a (N/15)

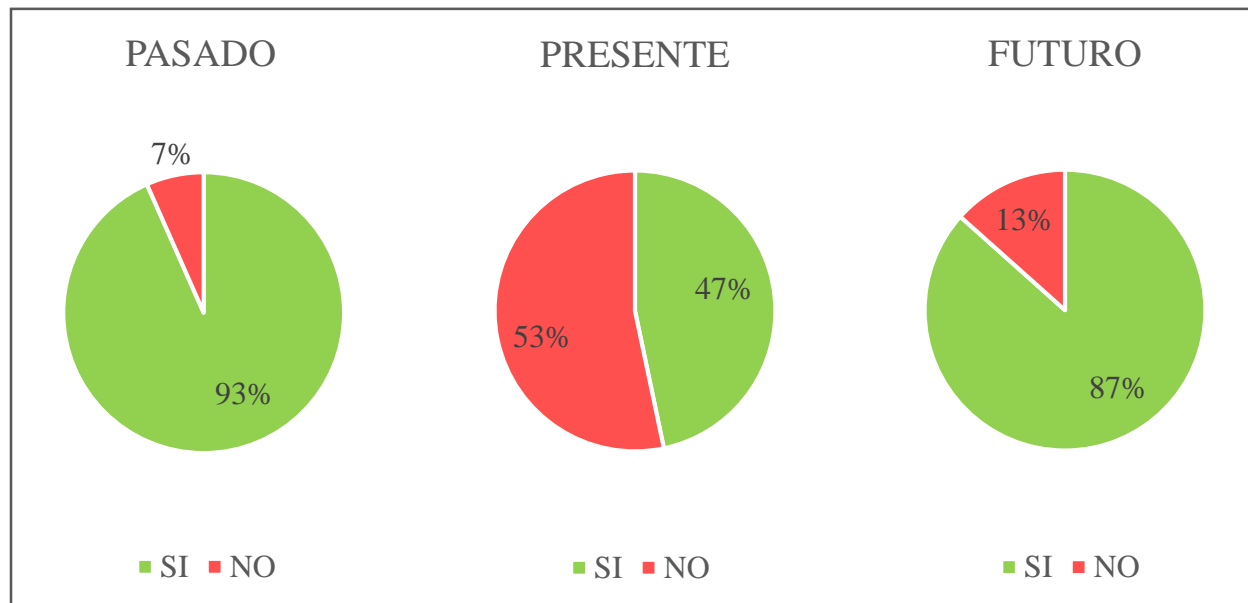


Figura 6

Las personas que desempeñaban el rol de amigo/a antes de ser diagnosticados con E.P., correspondían al 93% (n/14) de la muestra. Hoy, este número se ha reducido a un 47% (n/7). Es decir, más de la mitad de la muestra, el 53% (n/8) por diferentes circunstancias, no participa de este rol. Finalmente, el 87% (n/13) ansía recuperar y/o mantener los vínculos que conlleva ocupar el rol de amigo/a.

g. Rol: miembro de familia (N/15)

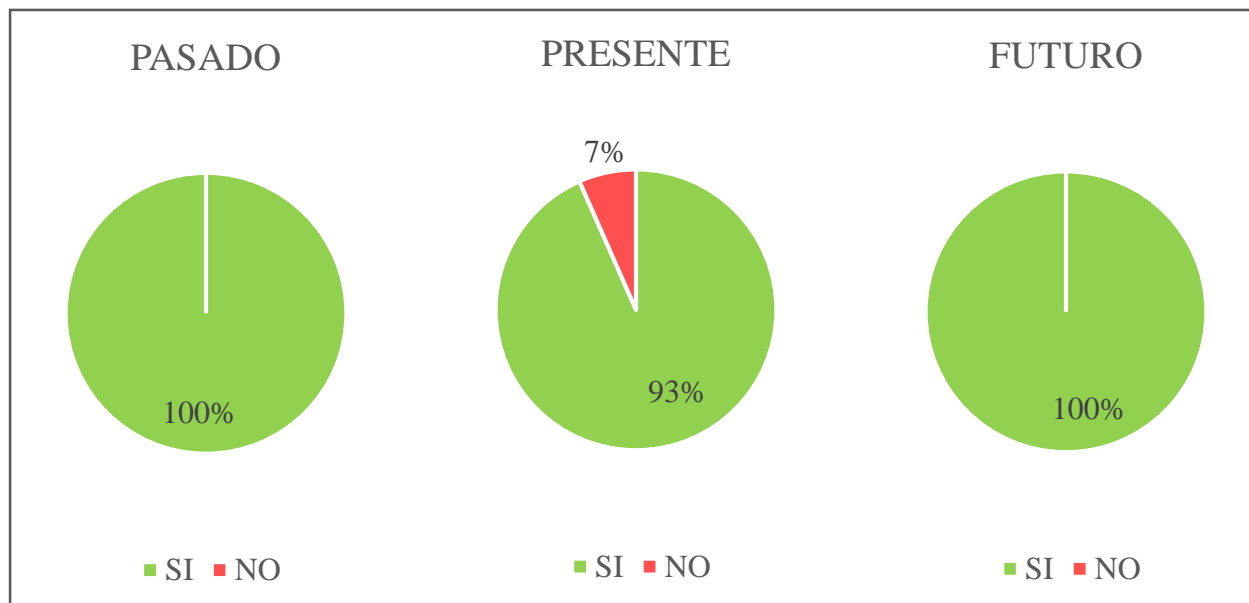


Figura 7

El total de la muestra ocupaba de alguna u otra manera el rol de miembro de familia (como padre, hijo, hermano, tío o abuelo), y solo una mínima parte de ella, el 7% (n/1), por diversos motivos, dejó de participar como tal conforme al haber adquirido E.P. Sin embargo, esa minoría anhela en volver a participar al igual que el resto de la muestra.

h. Rol: miembro de un grupo (N/15)

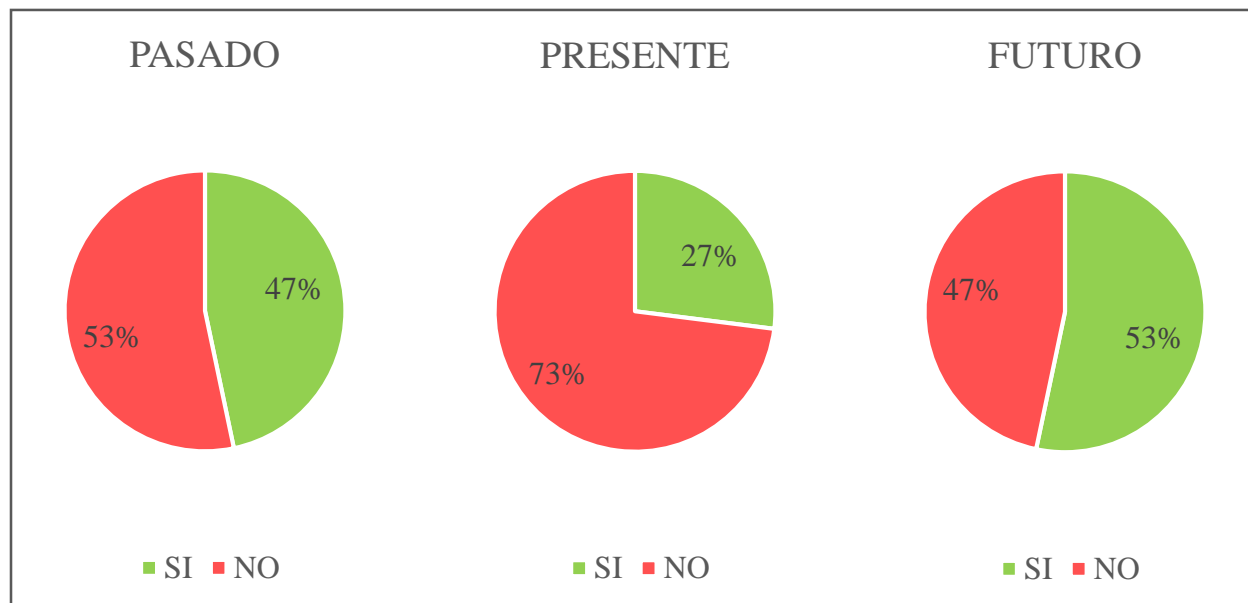


Figura 8

Inicialmente, el 53% (n/8) de la muestra no formaba parte como miembro de algún grupo, siendo el 47% (n/7) restante participante de este rol. Al día de hoy, el 73% (n/11) no se desempeña en esta área. En un futuro, se podría observar un leve aumento del porcentaje de la muestra, 53% (n/8) que querría empezar/continuar con su rol como miembro de un grupo.

i. Rol: aficionado (N/15)

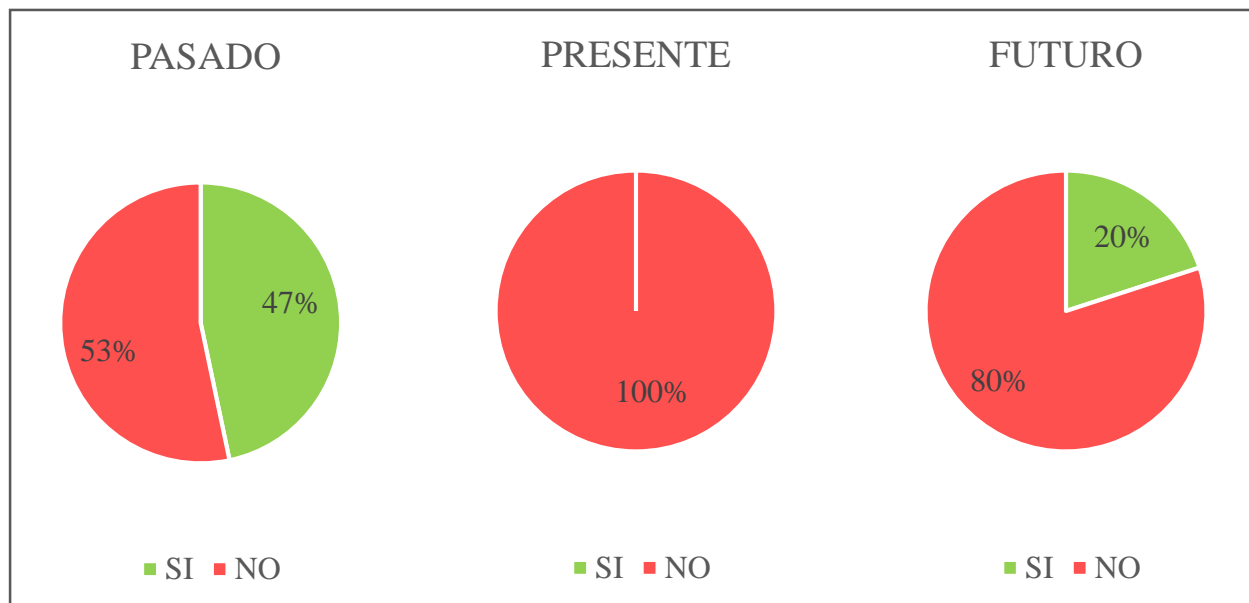


Figura 9

Ser aficionado quiere decir tener una inclinación especial por alguna actividad o cosa. En el pasado, el 47% (n/7) de la muestra de desempeñaba como aficionado de algo en particular. En la actualidad, ninguna de las personas de la muestra participa de dicho rol. Y, solo el 20% (n/3) aspira a volver a ser parte de aquella actividad.

j. Rol: participante de una organización (N/15)

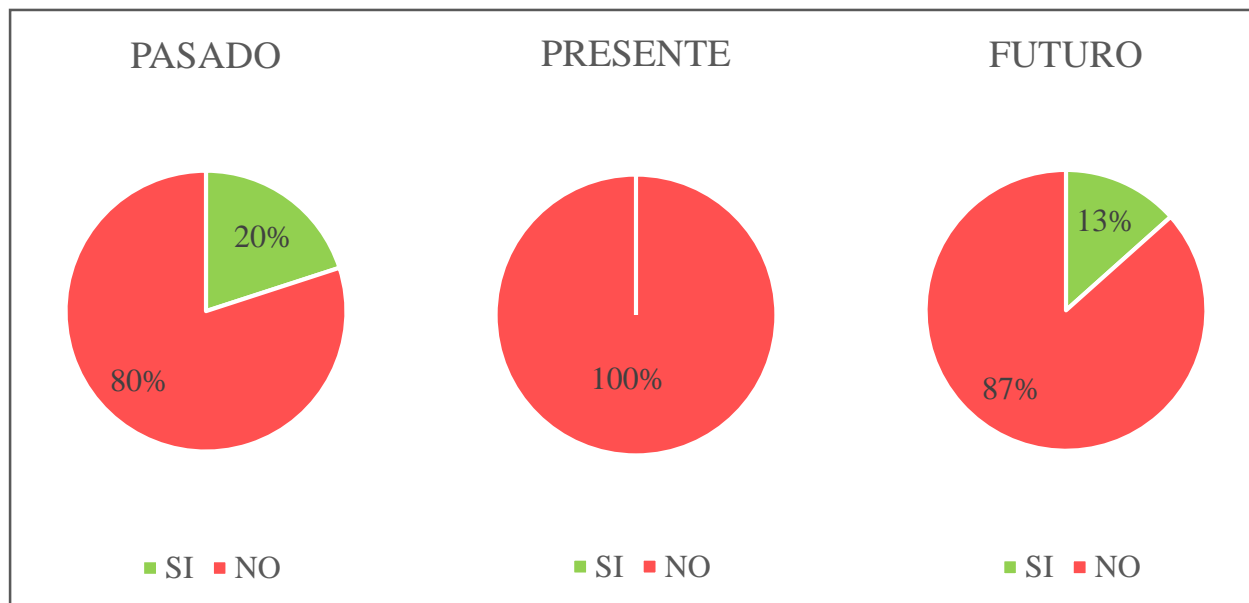


Figura 10

El porcentaje de la muestra que se desempeñaba como participante de una organización antes de adquirir E.P. era del 20% (n/3). Hoy, ninguna de esas personas se siente habilitado para continuar con dichas actividades. En el futuro, solo el 13% (n/2) desea volver a formar parte de sus respectivos grupos.

8.2. Resultados del listado de roles (parte 2)

a. Valor del rol: estudiante (N/15)

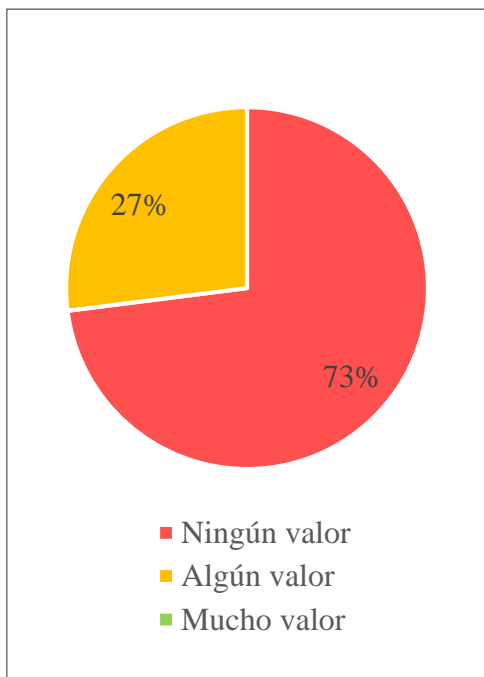


Figura 11

El 27% (n/4) de la muestra le asigna algo de valor al rol de estudiante que desempeñó o desea desempeñar algún día. Sin embargo, la mayoría, el 73% (n/11) no le da ningún valor.

b. Valor del rol: trabajador (N/15)

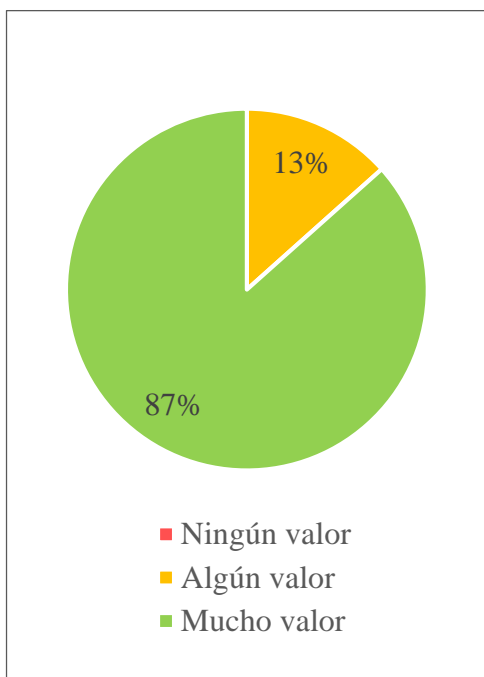
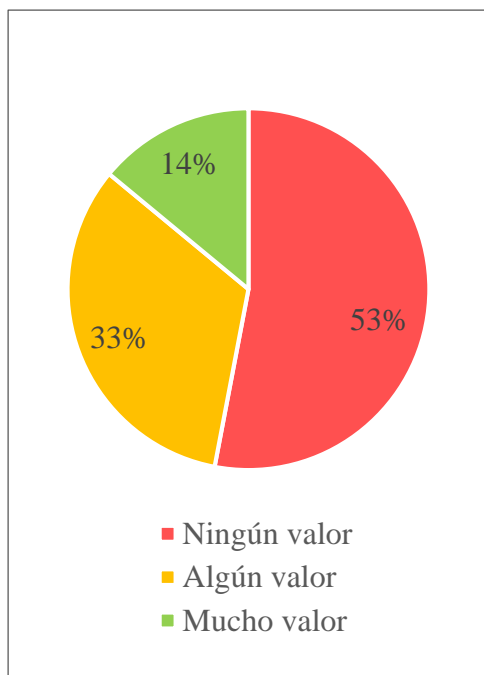


Figura 12

El 87% (n/13) de los pacientes evaluados, considera su rol de trabajador algo de mucho valor, mientras que el 13% (n/2) restante solo le otorga algo de valor.

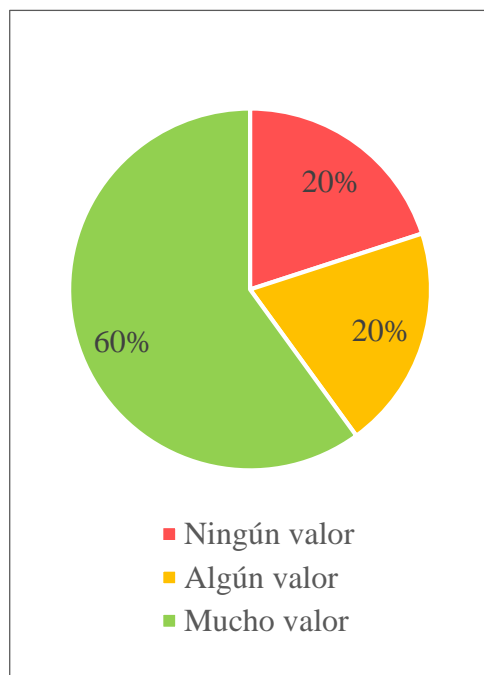
c. Valor del rol: voluntario (N/15)



El rol de voluntario no recibe ningún valor por parte del 53% (n/8) de la muestra. El 33% (n/5) considera que tiene algo de valor y solo para el 14% (n/3) es algo de mucho valor.

Figura 13

d. Valor del rol: proveedor de cuidados (N/15)



El 60% (n/9) de la muestra dijo que el rol de proveedor de cuidados tiene mucho valor. El resto de la población se dividió, dándole algún valor el 20% (n/3) de los evaluados y ningún valor el 20% (n/3) restante.

Figura 14

e. Valor del rol: amo/a de casa (N/15)

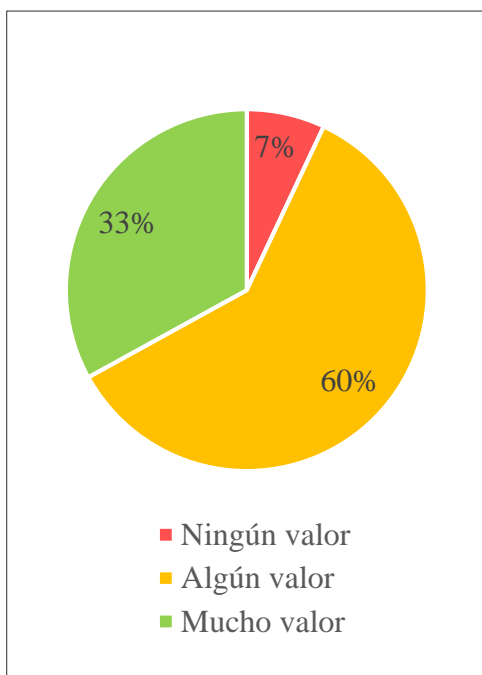


Figura 15

Ser amo/a de casa tiene mucho valor para el 33% (n/5) de la muestra. Para el 60% (n/9) tiene algo de valor y, para el 7% (n/1) restante ningún valor.

f. Valor del rol: amigo/a (N/15)

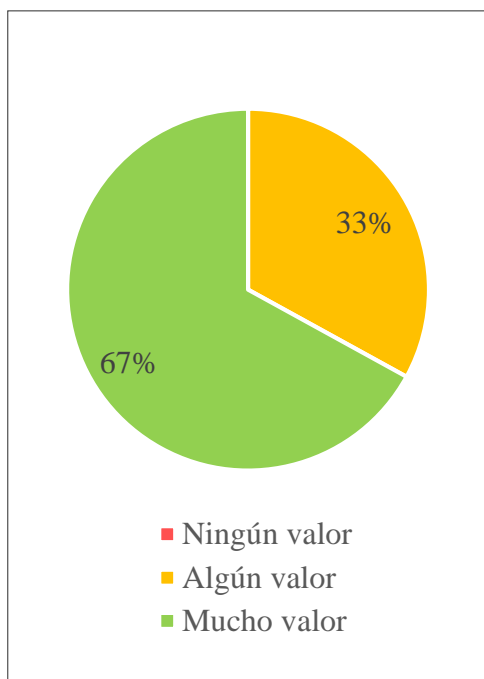
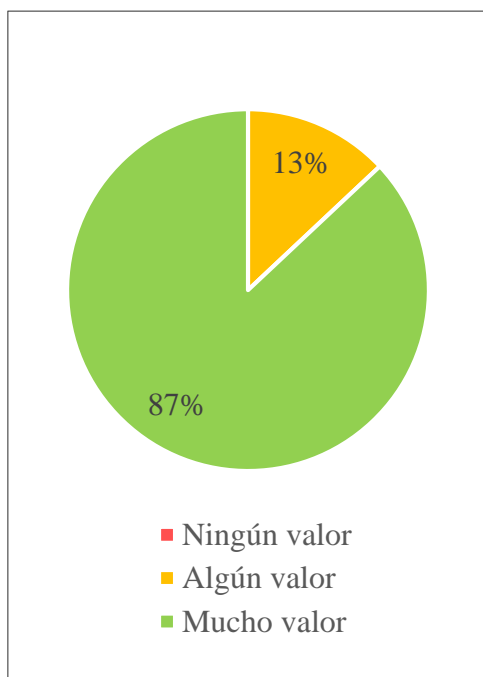


Figura 16

Participar del rol de amigo/a tiene mucho valor para el 67% (n/10) de los pacientes evaluados. El 33% (n/5) de la muestra que queda le otorgó algún valor.

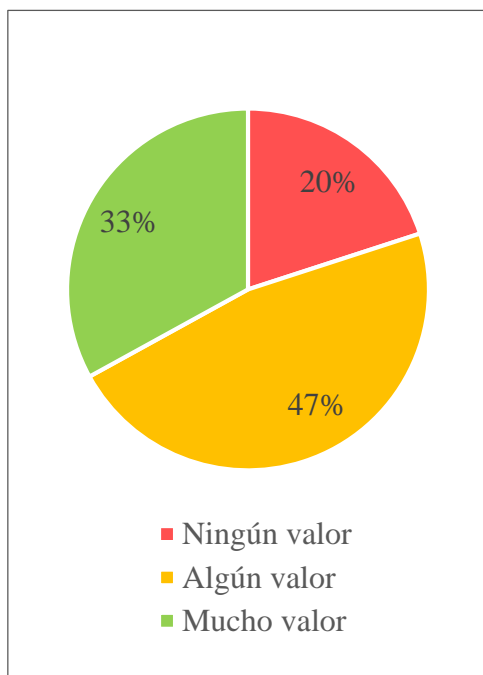
g. Valor del rol: miembro de familia (N/15)



Similar al caso anterior, el 87% (n/13) considera de mucho valor ser miembro de familia, y para el 13% (n/2) restante solo tiene algo de valor.

Figura 17

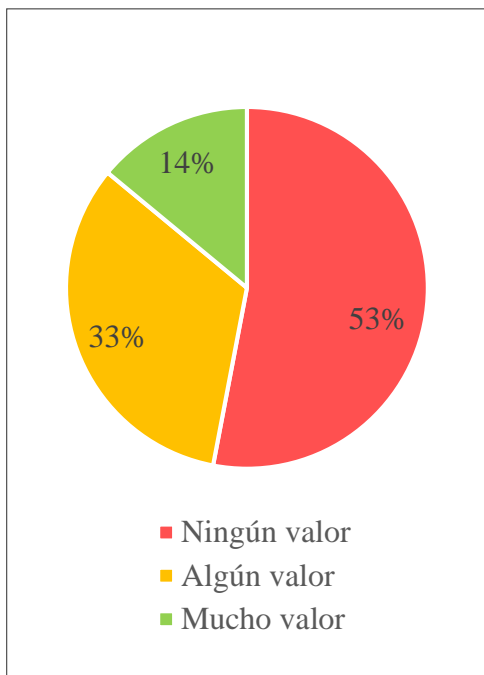
h. Valor del rol: miembro de un grupo (N715)



Formar parte de un grupo es de mucho valor para el 33% (n/5) de los pacientes evaluados. Por otra parte, el 47% (n/7) de la muestra piensa que tiene algún valor y, para el otro 20% (n/3) no tiene ningún valor.

Figura 18

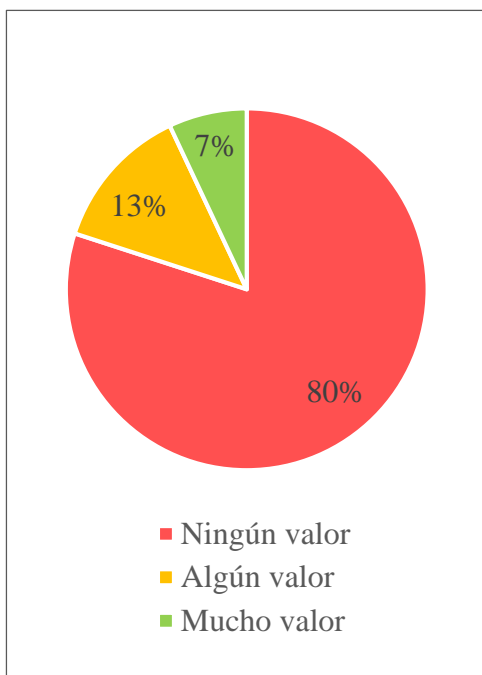
i. Valor del rol: aficionado (N/15)



Solo para el 14% (n/2) de la muestra tiene mucho valor su rol de aficionado, 33% (n/5) de los evaluados consideran que tiene algo de valor. No es algo de valor para el 53% (n/8) de los pacientes de la muestra.

Figura 19

j. Valor del rol: participante de una organización (N/15)



Para el 80% (n/12) de los pacientes que participaron de la muestra, no tiene valor ser partes de una organización. En lo que resta de la muestra, el 13% (n/2) le da algo de valor, y el 7% (n/1) mucho valor.

Figura 20

8.3. Resultados del listado de intereses

a. Practicar jardinería (N/15)

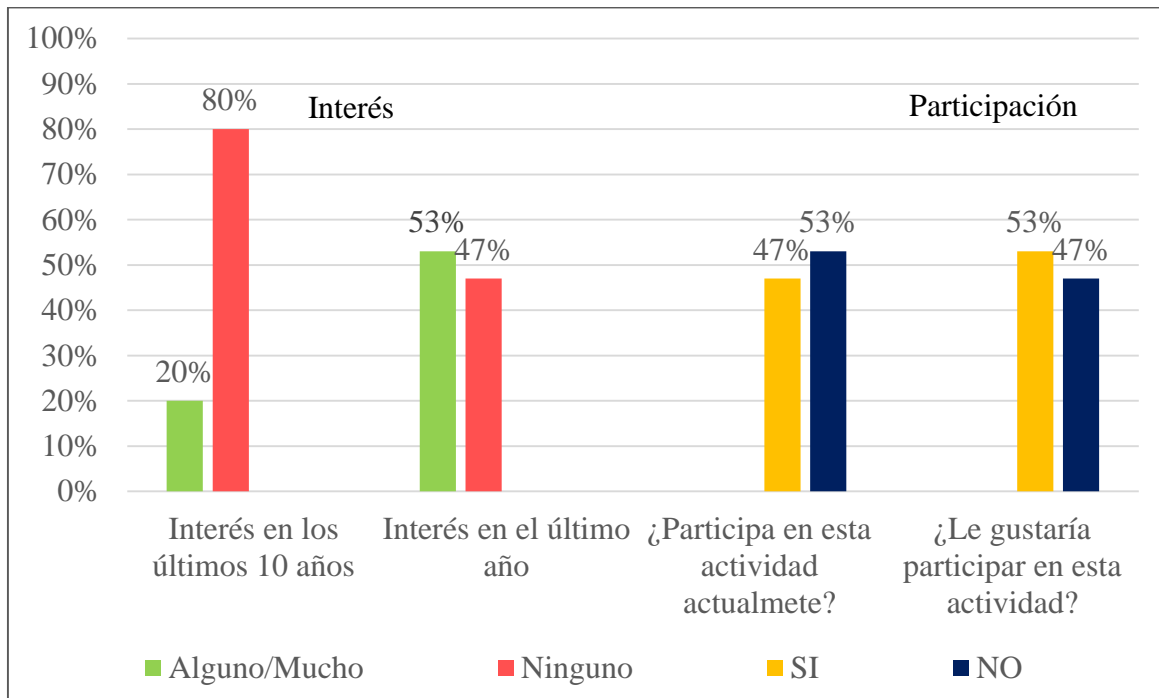


Figura 21

La actividad “practicar jardinería” no presentaba ningún interés por parte del 80% (n/12) de la muestra en los últimos 10 años. En este año, ese número ha disminuido levemente, aumentando así el porcentaje de personas que muestran interés en esta actividad. De 20% (n/3) a 53% (n/8) de personas de la muestra que manifestaron interés. Por otra parte, el nivel de participación coincide con lo mencionado anteriormente, siendo que el 47% (n/7) de la muestra, lo lleva a cabo actualmente. Se obtuvo que al 53% (n/8) de los evaluados le gustaría poder participar o seguir participando en las actividades de jardinería.

b. Coser/arreglar ropa (N/15)

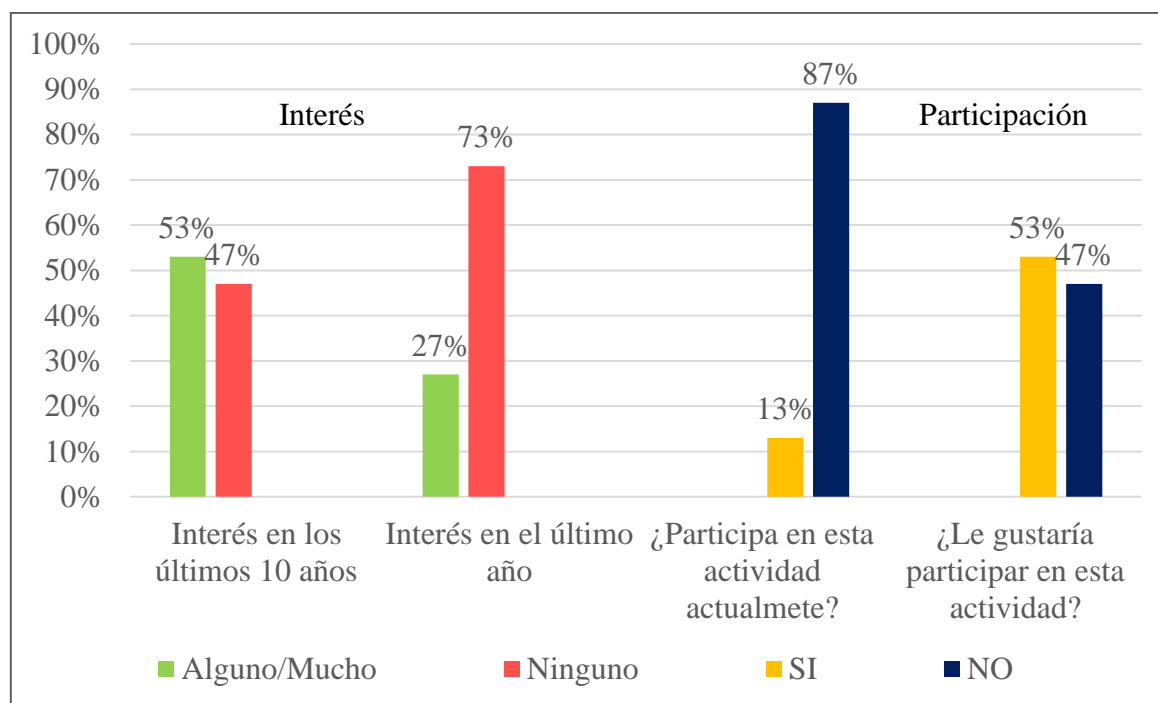


Figura 22

En cuanto a las actividades de costura, un poco más de la mitad, el 53% (n/8) de la muestra tuvo interés en los últimos 10 años, mientras que el otro 47% (n/7) no. Este último dato aumentó en la actualidad, siendo el 73% (n/11) de los evaluados, personas que no tienen interés en coser/arreglar ropa. Por otro lado, hoy en día, solo el 13% (n/2) de la muestra participa en esta actividad, pero al 53% (n/8) les gustaría participar.

c. Escuchar radio/música (N/15)

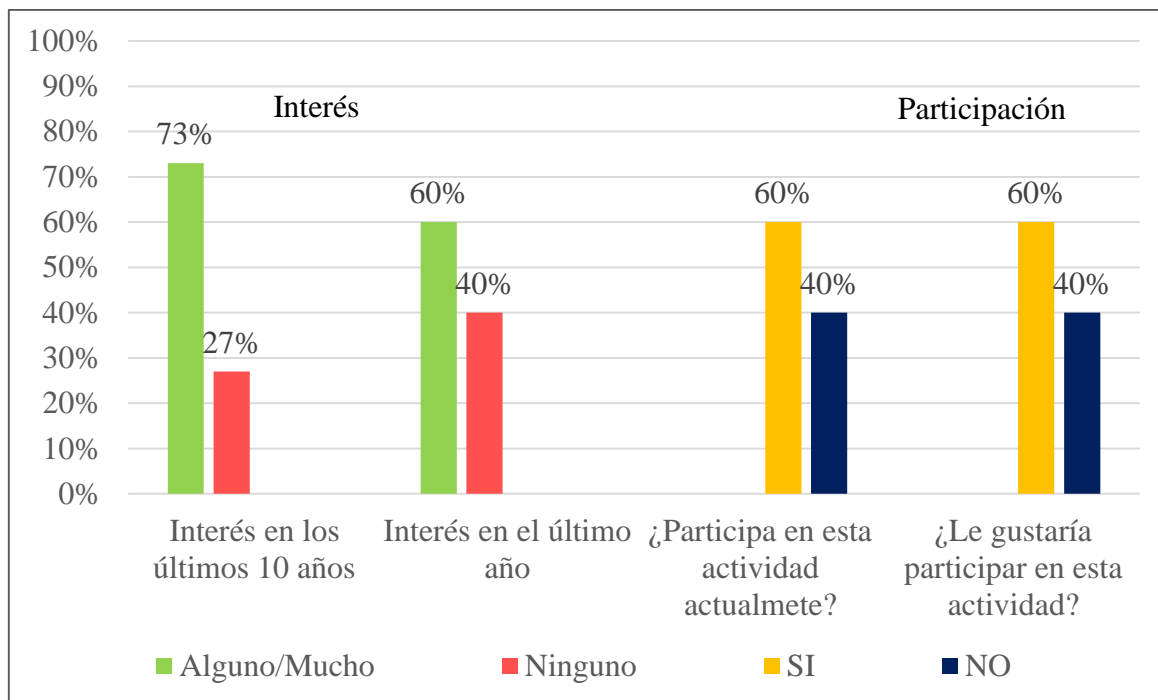


Figura 23

De acuerdo a esta actividad, no se observó mucha variabilidad en los datos obtenidos. Se puede mencionar que el interés ha disminuido levemente hoy, en comparación a los últimos 10 años, en donde el 73% (n/11) manifestaba interés, y lo hace el 60% (n/9) de la muestra, dato que coincide con el deseo de participar en el futuro en la actividad.

d. Caminar (N/15)

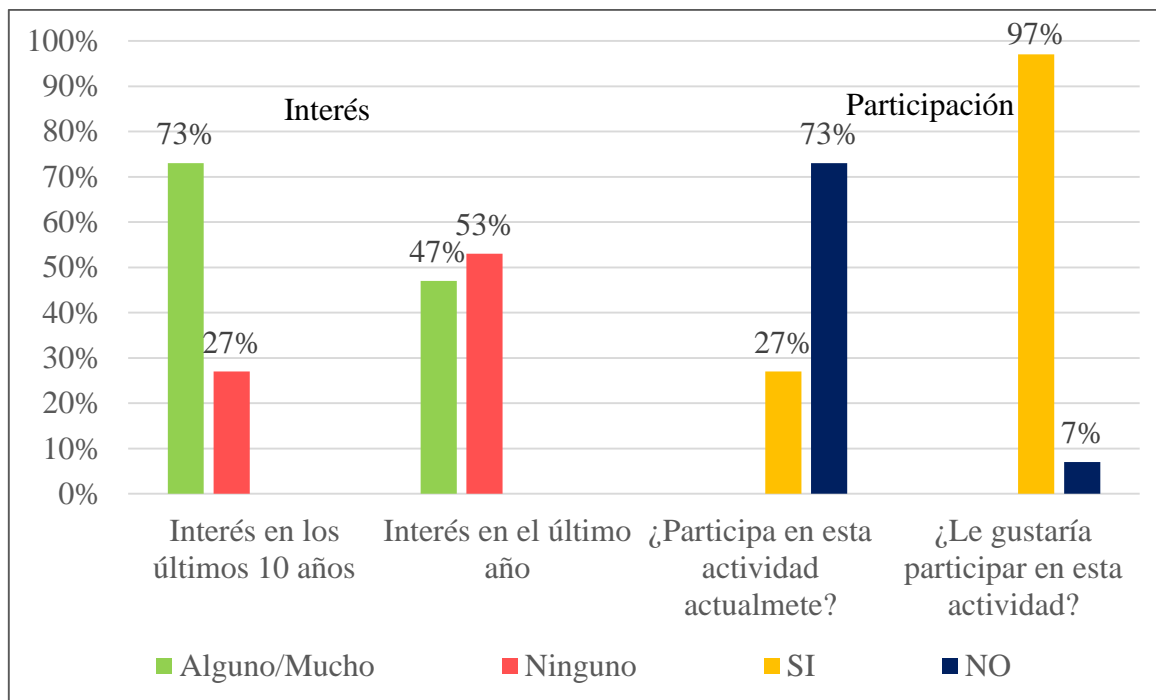


Figura 24

En lo que se refiere a caminar, se trata de una actividad que era de interés para el 73% (n/11) de la muestra en los últimos 10 años, dato que ha disminuido hoy a un 47% (n/7) de las personas interesadas, aumentando así, el porcentaje de aquellos que no muestran interés actualmente, 53% (n/8) respecto a los últimos 10 años, 27% (n/4). En cuanto al nivel de participación, hoy en día, el 73% (n/11) no realiza esta actividad, solo lo hace el 27% (n/4), lo cual aumenta de forma notable, un 93% (n/14) de la muestra que le gustaría caminar, o bien/ seguir haciéndolo.

e. Leer/escribir (N/15)

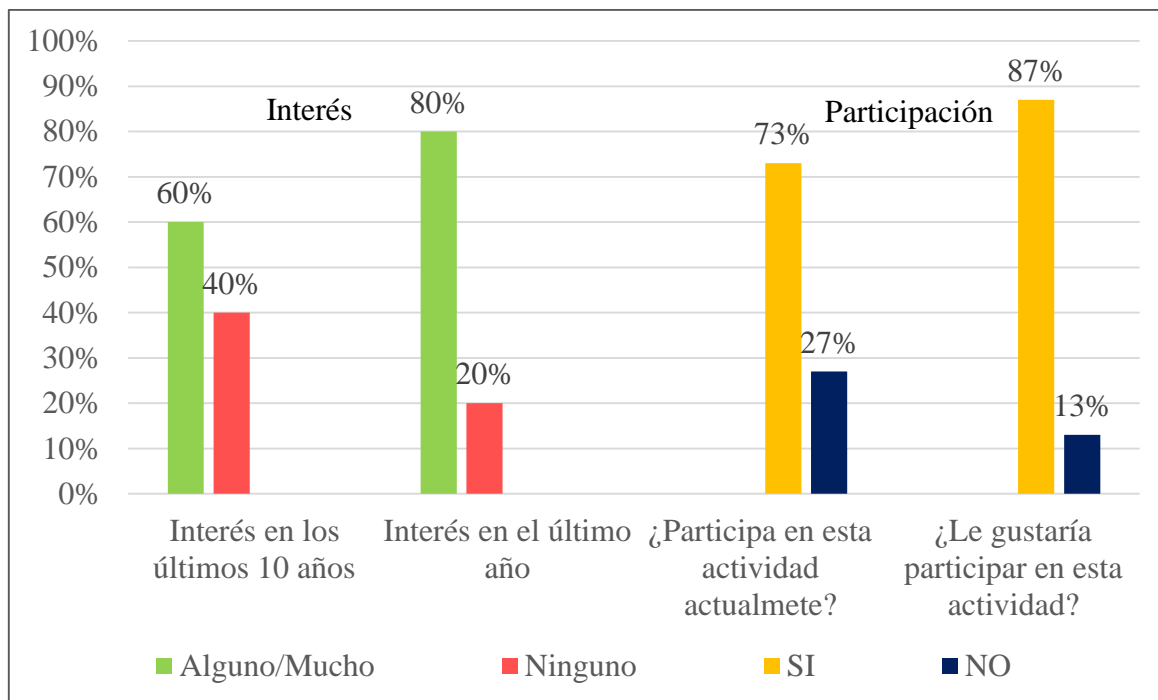


Figura 25

Leer y/o escribir es una actividad que aumento el nivel de interés en ella este último año, 80% (n/12), respecto a los últimos 10 años, 60% (n/9). Por otra parte, en la actualidad participa el 73% (n/11), pero, a los que les gustaría participar corresponde al 87% (n/13) de los pacientes evaluados.

f. Bailar/cantar (N/15)

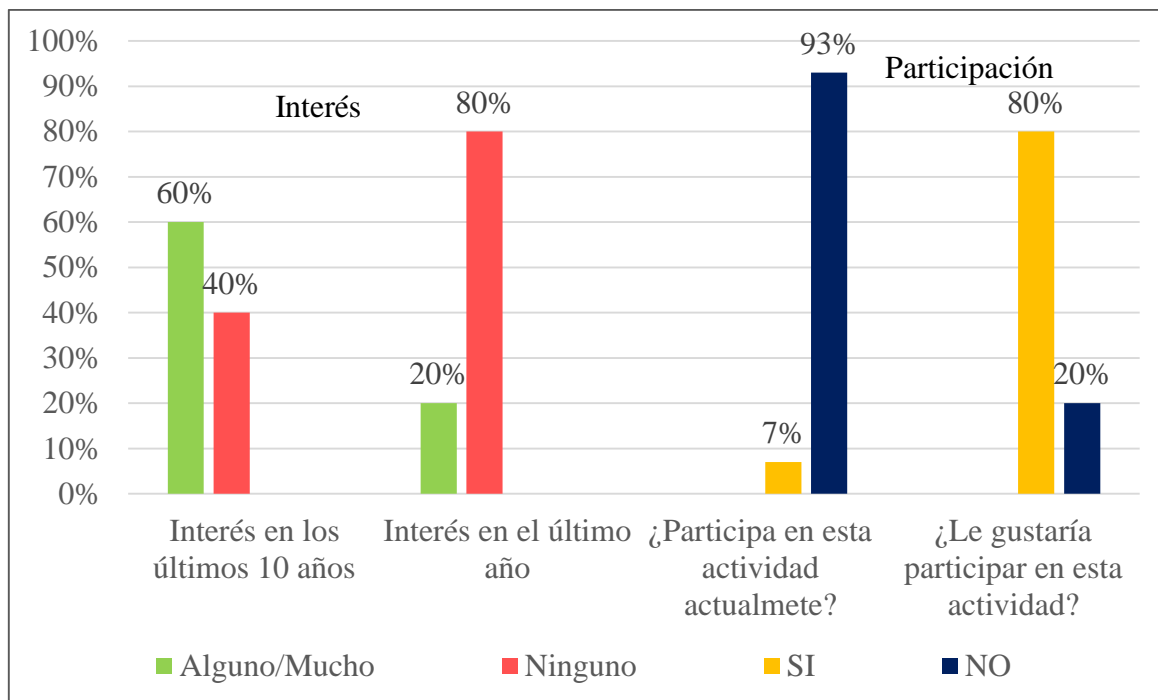


Figura 26

En lo que respecta a esta actividad, se pudo observar, de acuerdo a los datos obtenidos, que aumentaron los niveles de desinterés en la actualidad, 80% (n/12), respecto a lo que fue en los últimos 10 años, 40% (n/6) de los pacientes evaluados. Por otro lado, solo una mínima parte de la muestra, 7% (n/1), participa actualmente en bailar y/o cantar, quedando el 93% (n/14) sin hacerlo. Sin embargo, al 80% (n/12) le gustaría participar en alguna oportunidad.

g. Realizar algún deporte (N/15)

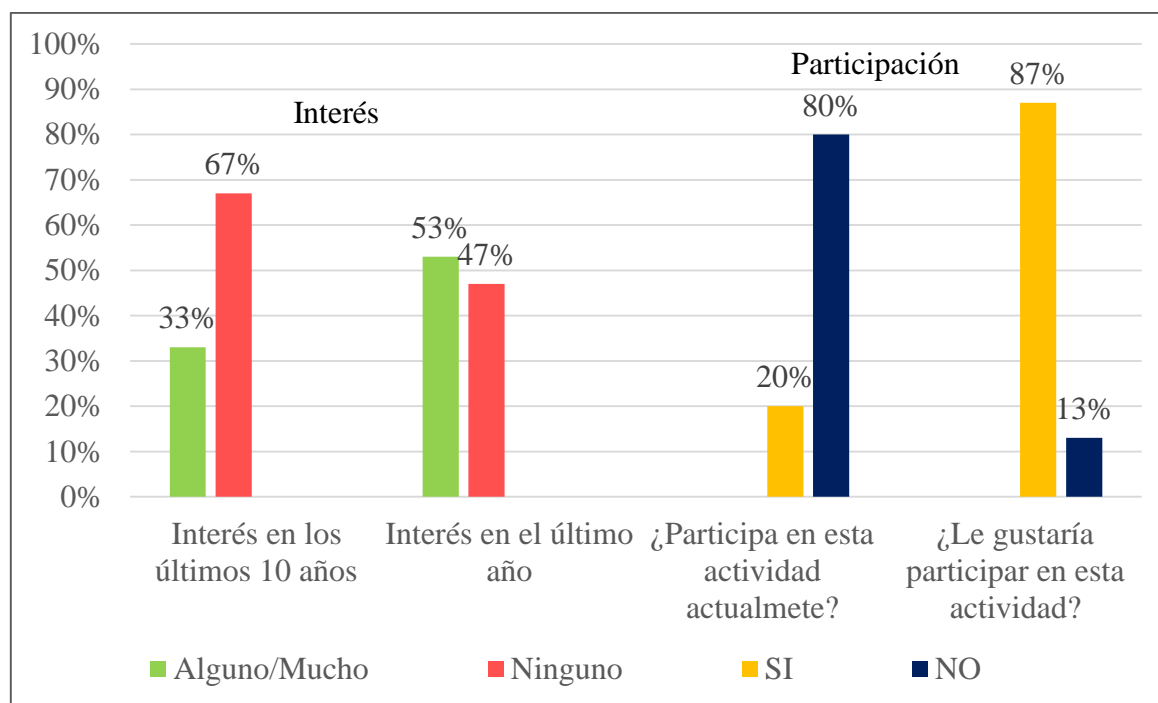


Figura 27

El porcentaje de la muestra que tenía interés en realizar algún deporte en los últimos 10 años, era el 33% (n/5), hoy, ha aumentado a 53% (n/8). Aun así, solo el 20% (n/3) de los evaluados lo hace en la actualidad, lo cual pretende aumentar, ya que al 87% (n/13) de los pacientes de la muestra le gustaría realizar algún deporte.

h. Celebrar días festivos (N/15)

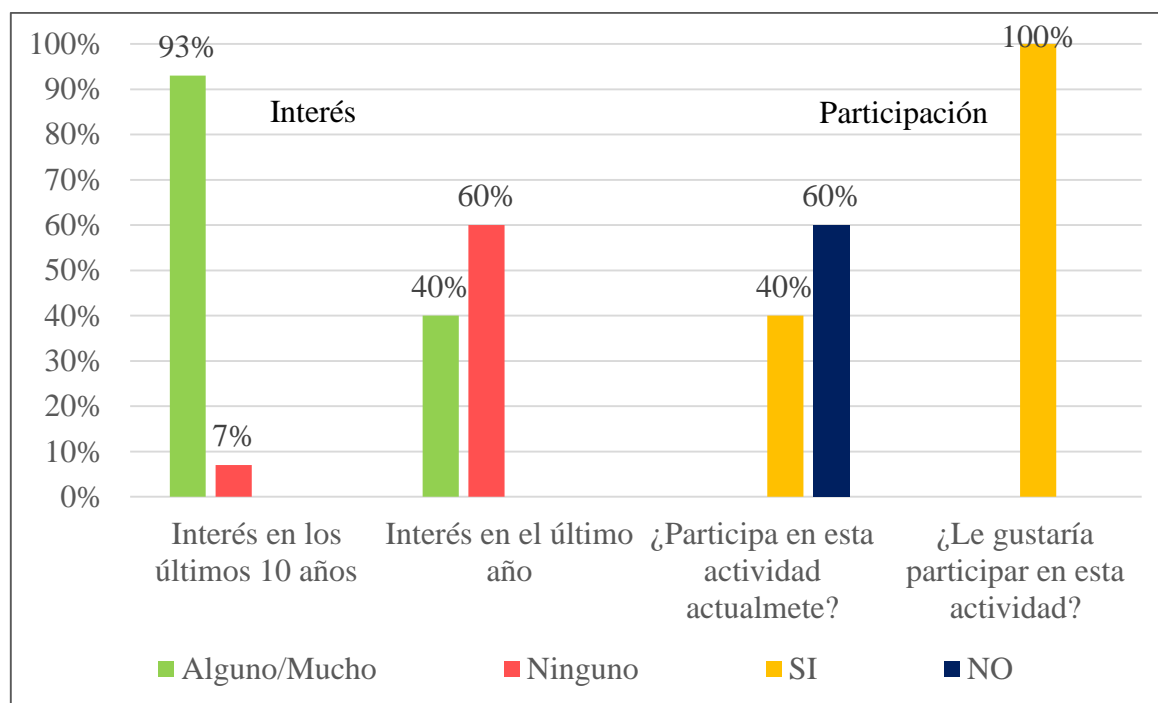


Figura 28

Casi en su totalidad, el 93% (n/14) de los pacientes manifestó interés en celebrar días festivos en los últimos 10 años. Hoy en día, lo sigue haciendo solo el 40% (n/6), lo que deja al 60% (n/9) de la muestra sin interés en participar en este tipo de actividades. En coincidencia con los últimos datos, el 40% (n/6) participa actualmente en dichas celebraciones. No obstante, en un futuro, a todo el conjunto de la muestra, 100% (n/15), le gustaría seguir siendo o volver a ser parte de sus respectivas festividades.

i. Asistir a charlas/conferencias (N/15)

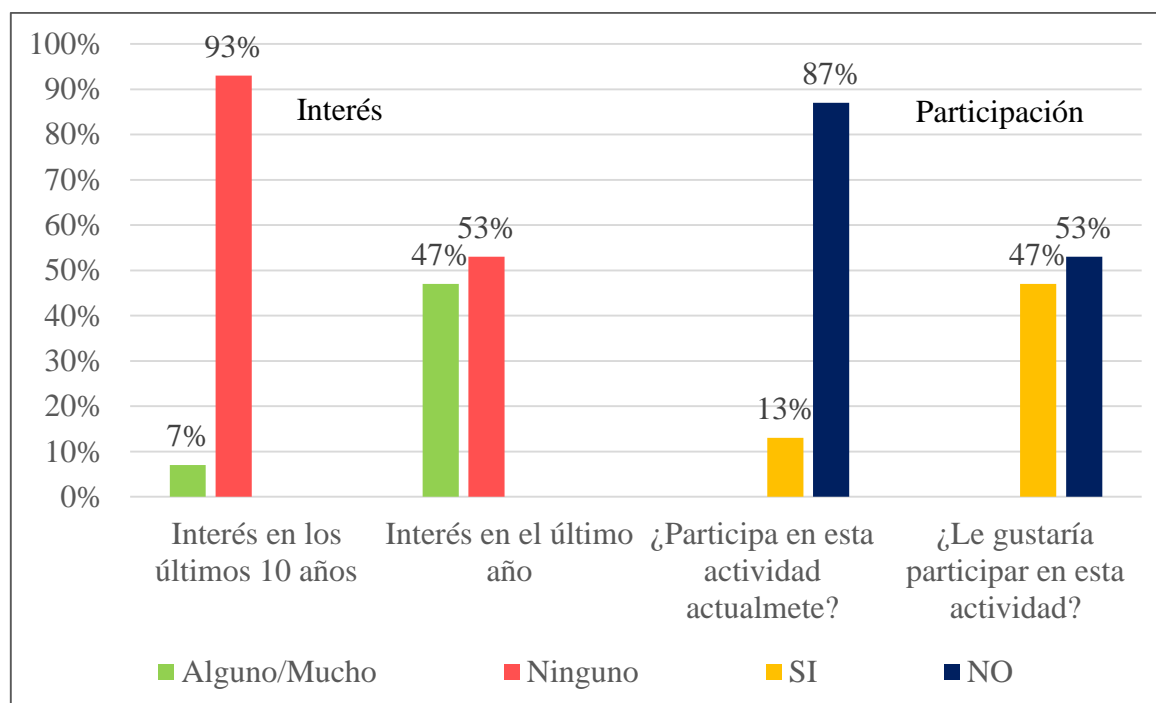


Figura 29

El interés en asistir a charlas y/o conferencias, solo se daba por el 7% (n/1) de la muestra en los últimos 10 años, el otro 93% (n/14) no manifestó ningún interés. Hoy, el 47% (n/7) respondió de forma positiva respecto a su interés en esta actividad. Sin embargo, solo el 13% (n/2) lo puede hacer actualmente. Al 47% (n/7) le gustaría participar, o bien, seguir haciéndolo.

j. Ir de visita/ fiesta (N/15)

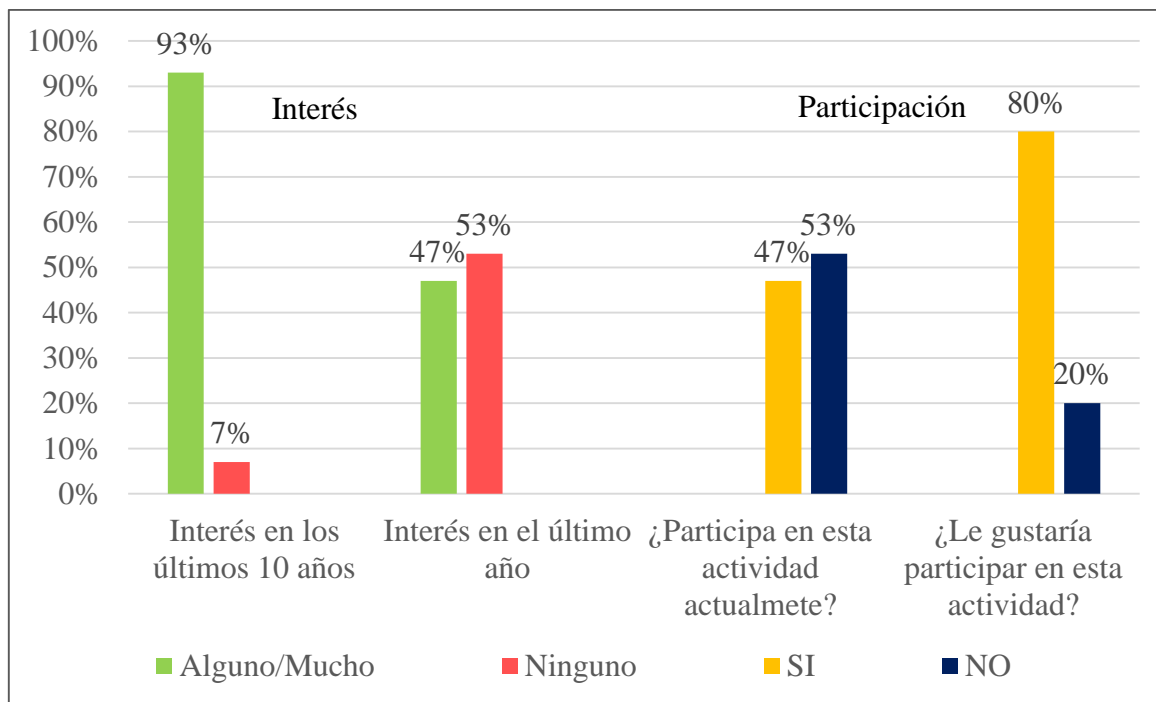


Figura 30

En los últimos 10 años, el 93% (n/14) de los pacientes evaluados, manifestó su interés por ir de visita y/o fiesta, solo el 7% (n/1) no lo hizo. Este último dato, creció al día de hoy, siendo el 53% (n/8) de la muestra que no demuestra interés en estas actividades, mismo número de las personas que no participan actualmente, quedando el 47% (n/7) que si lo realiza. En un futuro, al 80% (n/12) le gustaría continuar o volver a ir de visita y/o fiesta.

k. Cocinar (N/15)

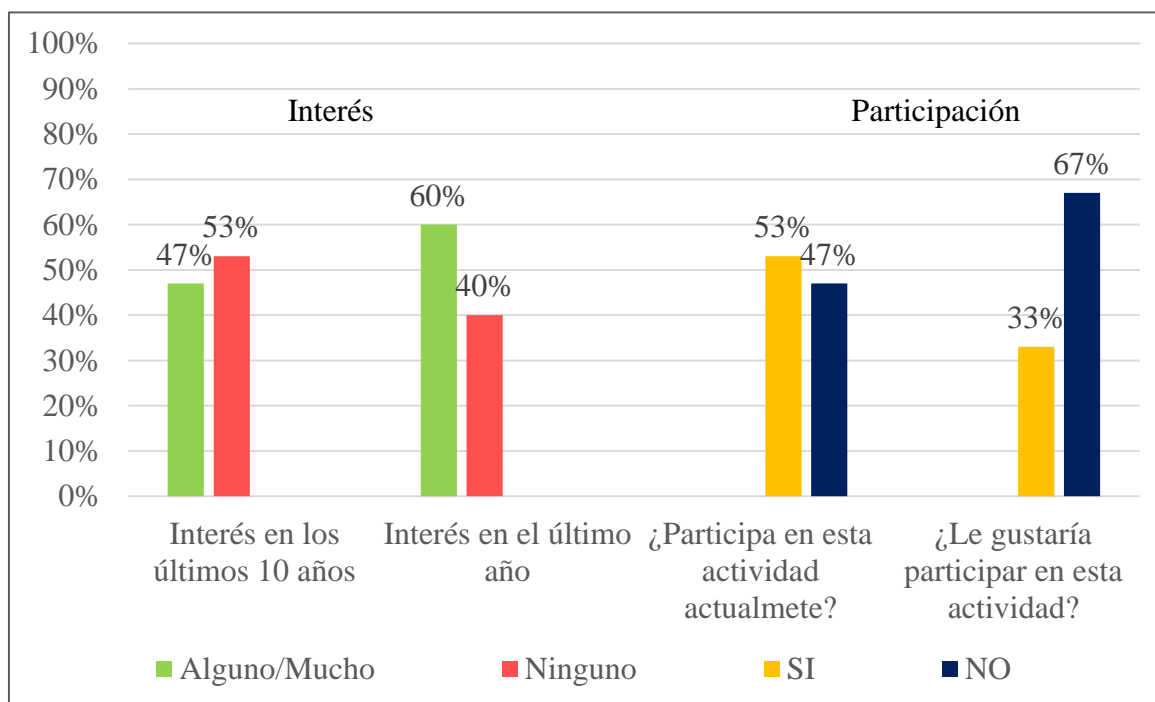


Figura 31

La actividad cocinar, tenía el interés del 47% (n/8) de los evaluados en los últimos 10 años, hoy, ese porcentaje aumentó levemente, siendo ahora del 60% (n/9). Desde la perspectiva de la participación, el 53% (n/8) es participe de esta actividad. No obstante, solo al 33% (n/5) le gustaría seguir participando.

I. Limpiar/arreglar la casa (N/15)

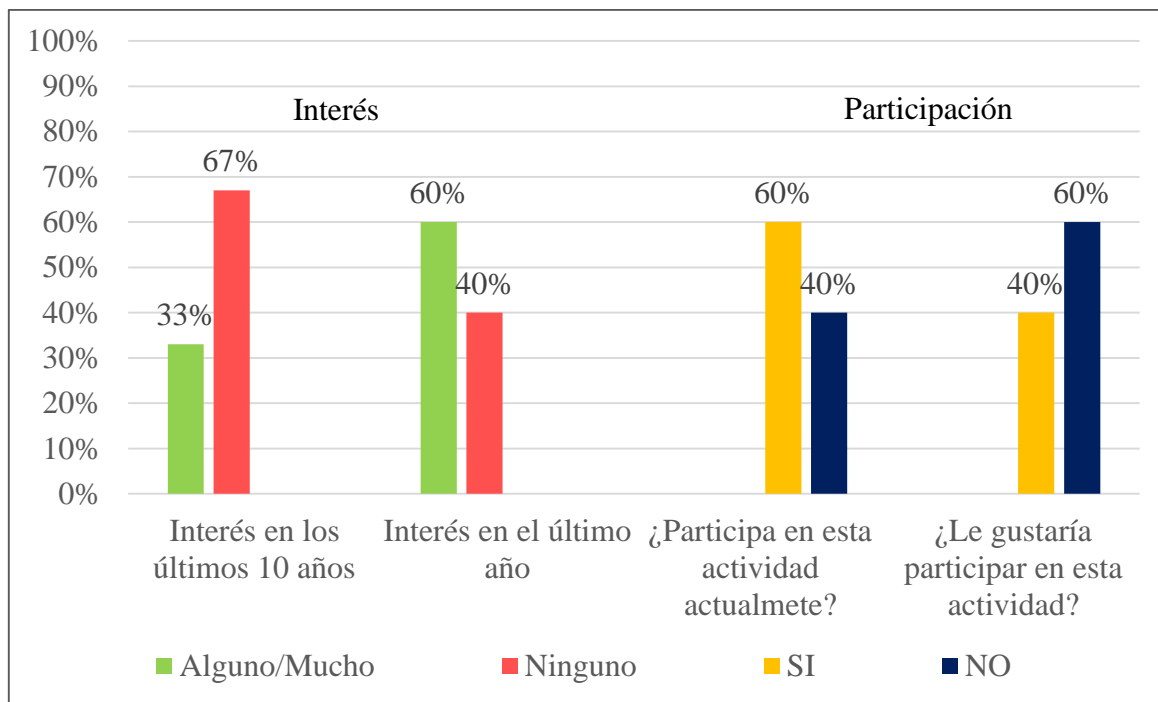


Figura 32

En lo referido a los quehaceres del hogar, el interés en los últimos 10 años, fue notificado por el 33% (n/5) de la muestra evaluada. Dato que aumentó en la actualidad a un 60% (n/9), quedando el 40% (n/6) sin algún tipo de interés. Estos últimos dos datos se mantuvieron en el grafico posterior, coincidiendo con los pacientes que participan de esta actividad, 60% (n/9), y los que no, 40% (n/6). Sin embargo, solo al 40% (n/6) le gustaría seguir participando.

m. Conducir un vehículo (N/15)

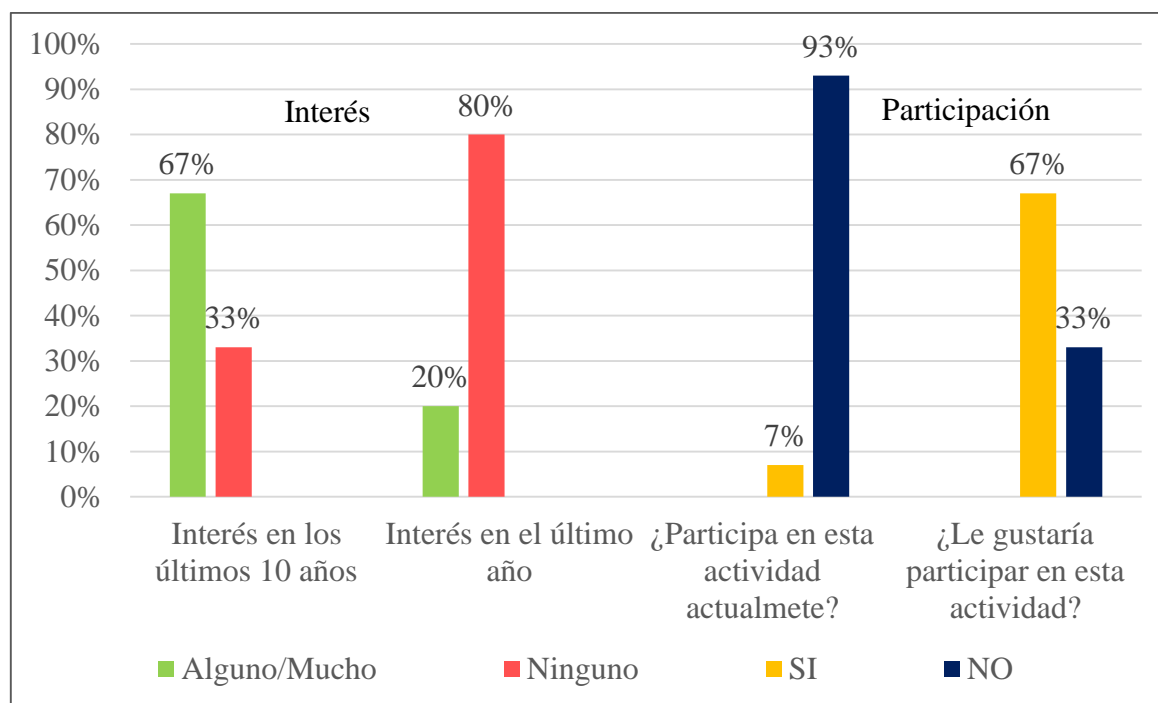


Figura 33

El interés en conducir un vehículo ha disminuido al día de hoy respecto a los últimos 10 años. En la actualidad es del 20% (n/3) y anteriormente fue del 67% (n/10) de los pacientes evaluados. Por otra parte, el nivel de participación hoy en día, es mínimo, solo el 7% (n/1) es parte de esta actividad, dejando afuera al 93% (n/14) de la muestra. Ese bajo nivel de participación pretende aumentar en un futuro, siendo el 67% (n/10) de los pacientes capaces de conducir un vehículo, dato que coincide con el interés en los últimos 10 años.

n. Cuidar niños (N/15)

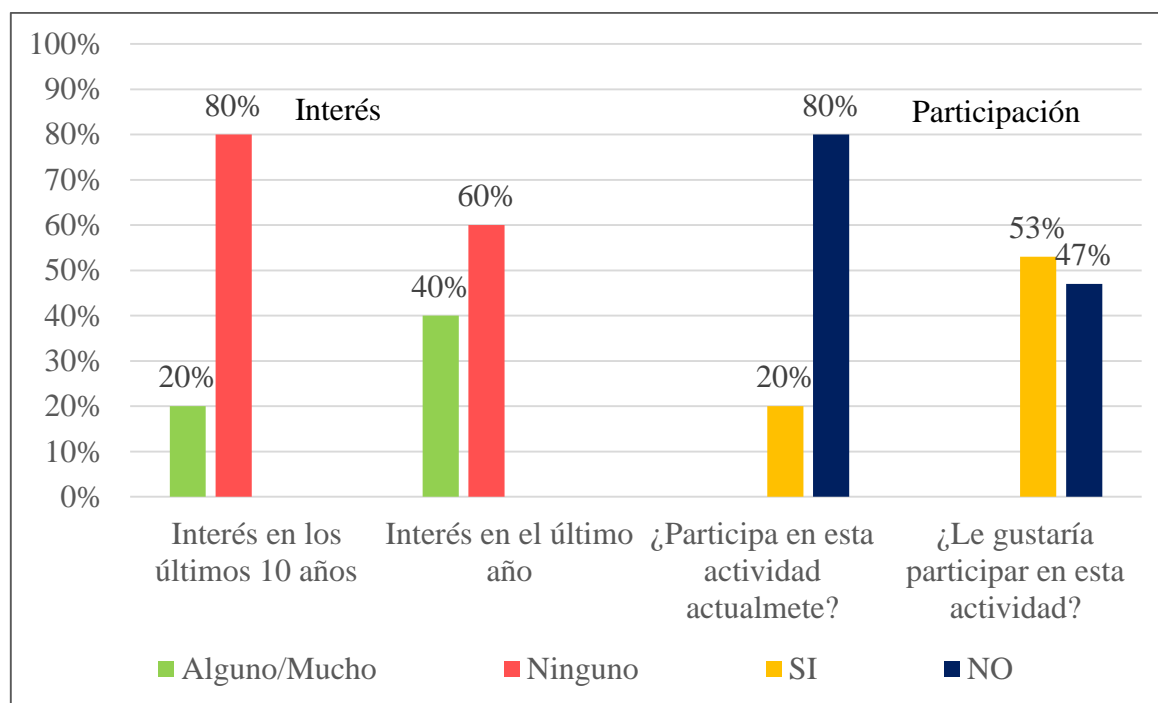


Figura 34

En los últimos 10 años, tener niños bajo el cuidado de uno, era de interés para el 20% (n/3) de los pacientes evaluados. Hoy en día lo es para el 40% (n/6), lo que implica un aumento del interés de esta actividad. Sin embargo, sólo el 20% (n/3) participa actualmente, siendo en realidad el 53% (n/8) de los pacientes a los que les gustaría poder realizar estas tareas.

o. Pintar (N/15)

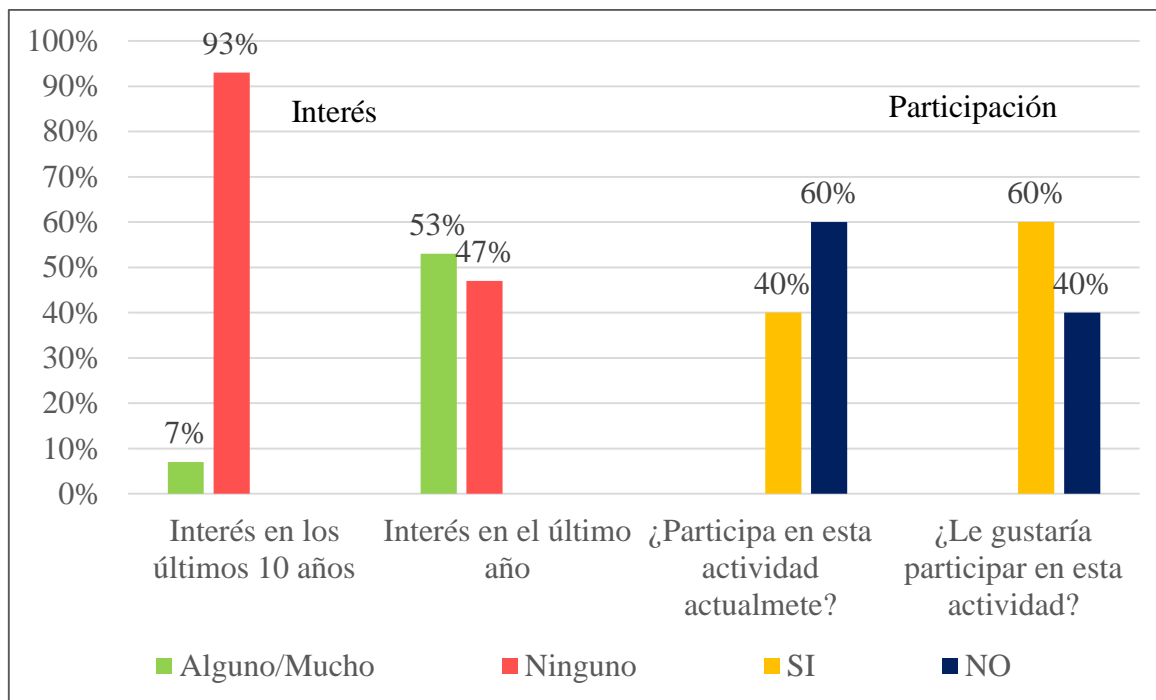


Figura 35

La mayor parte de la muestra, 93% (n/14) hizo notar su desinterés por esta actividad en los últimos 10 años, solo para el 7% (n/1) era de interés, lo cual aumentó considerablemente al día de hoy, siendo el 53% (n/8) de los pacientes evaluados que están interesados en pintar. No obstante, la participación es solo por parte del 27% (n/4) de la muestra, siendo en realidad el 60 % (n/9) que desea participar.

8.4. Resultados del cuestionario (N/15)

Pregunta 1: ¿Utilizaría el Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner como guía en la intervención de un paciente con enfermedad de Parkinson en el área de la participación social?

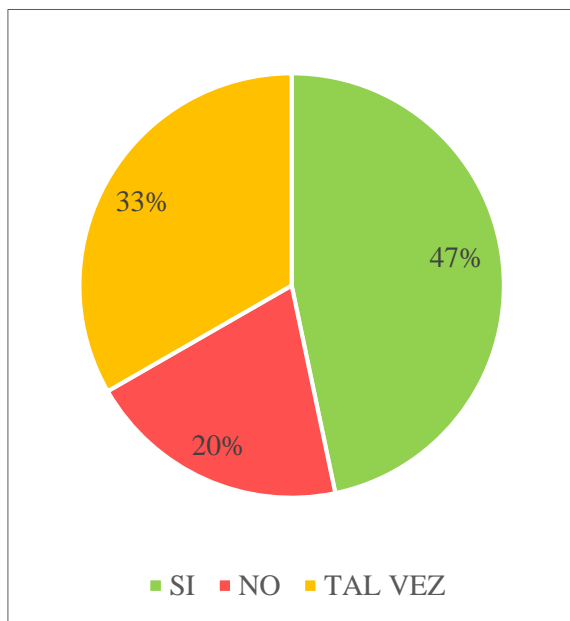


Figura 36

El 47% (n/7) de la muestra utilizaría el MOHO de Kielhofner como guía en la intervención de un paciente con E.P. en el área de la participación social. El 33% (n/5) tal vez lo haría y, el 20% (n/3) no.

Pregunta 2: ¿Cuán importante es para usted la participación en roles significativos del paciente?

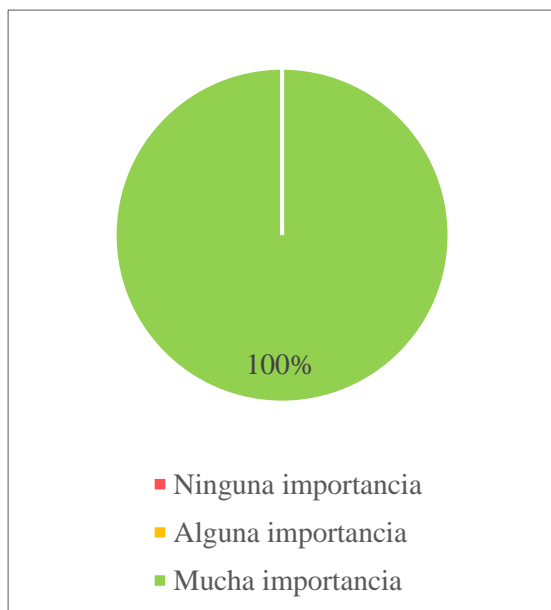


Figura 37

El 100% (n/15) cree que es muy importante la participación los roles significativos para un paciente.

Pregunta 3: ¿Evaluaría los roles pasados del paciente, determinando la importancia de los mismos y el nivel de participación?

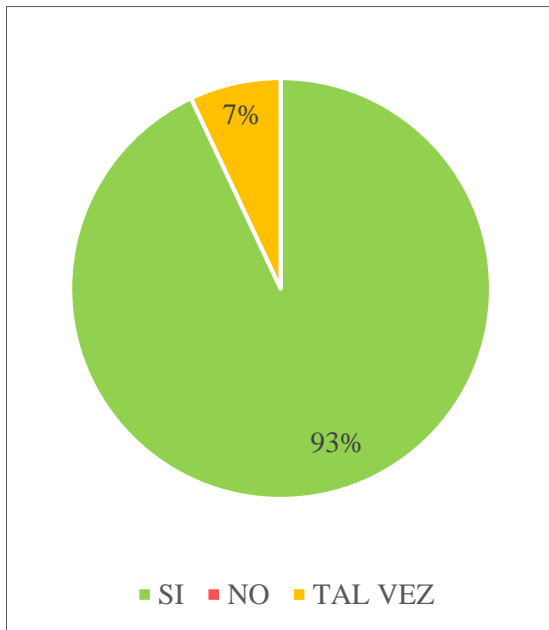


Figura 38

De los terapeutas ocupacionales encuestados, el 93% (n/14) evaluaría los roles pasados del paciente para determinar la importancia y el nivel de participación de los mismos. Solo el 7% (n/1) no lo haría.

Pregunta 4: ¿Cuán importante es para usted la participación en actividades de interés para el paciente?



Figura 39

El 100% (n/15) cree que es muy importante la participación en actividades de interés para un paciente.

Pregunta 5: ¿Evaluaría el interés en actividades del paciente con el objetivo de valorar y trabajar en aquellas en las que muestra mucho interés, pero no participa debido a la enfermedad?

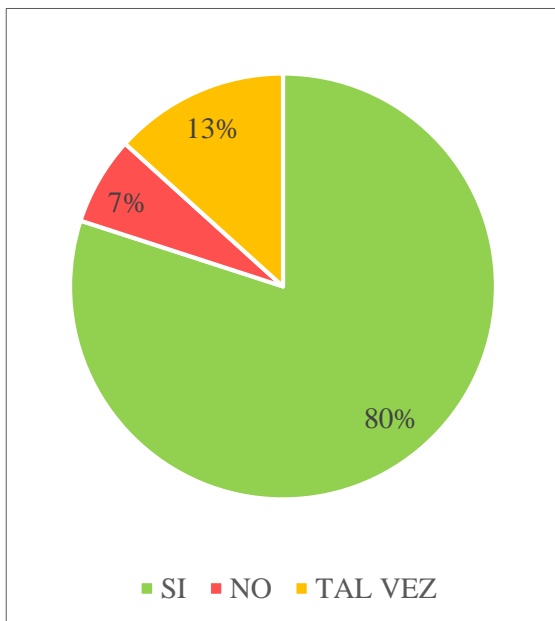


Figura 40

De los terapeutas ocupacionales encuestados, el 80% (n/12) evaluaría el interés en actividades del paciente para valorar y trabajar en aquellas en las que muestra mucho interés, pero no participa debido a la enfermedad. El 13% (n/2) tal vez lo haría y solo el 7% (n/1) no.

Pregunta 6: ¿Propondría como objetivo terapéutico el reinsertar al paciente en aquellas actividades que ha dejado de participar debido a la enfermedad?

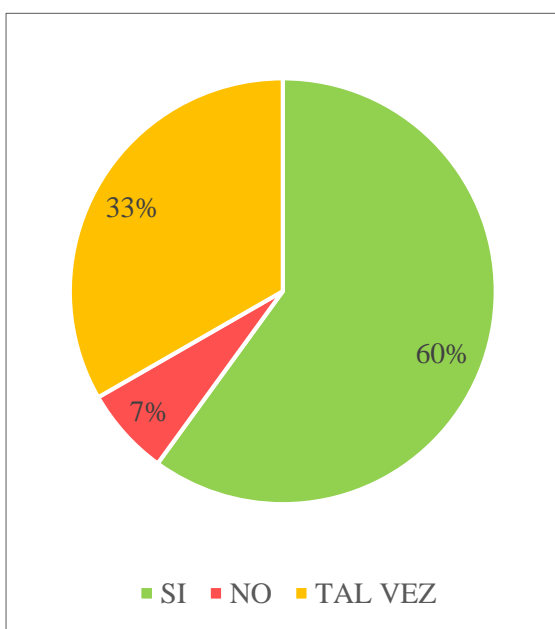


Figura 41

El 60% (n/9) de los terapeutas ocupacionales encuestados coincide en proponer como objetivo terapéutico reinsertar al paciente en aquellas actividades que dejó de lado debido a la enfermedad. El 33% (n/5) tal vez lo haría, y solo el 7% (n/1) no.

Pregunta 7: ¿Cree que sería posible abordar una intervención desde la perspectiva de la participación social, siendo esta el objetivo a largo plazo?

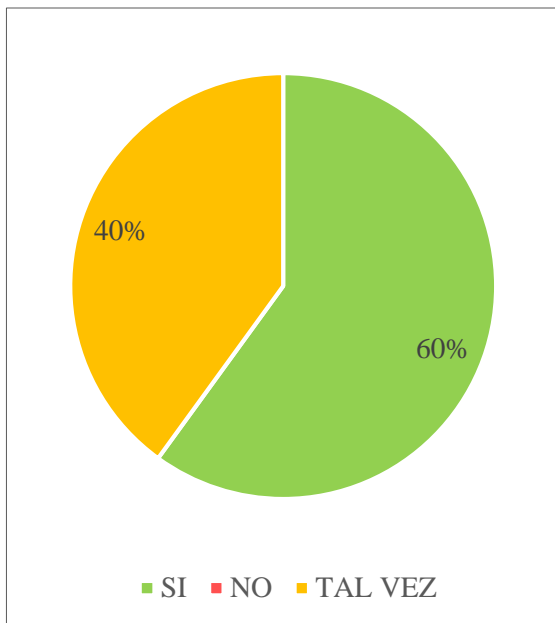


Figura 42

El 60% (n/9) de los terapeutas ocupacionales encuestados creería posible abordar una intervención desde la perspectiva de la participación social, colocando esta área como objetivo a largo plazo. Y, el 40% (n/6) tiene sus dudas al respecto.

Pregunta 8: Si en el ítem anterior la respuesta fue sí, ¿estaría de acuerdo en que el propósito de las actividades terapéuticas que se realicen a lo largo del tratamiento, esté orientado a dicho objetivo?

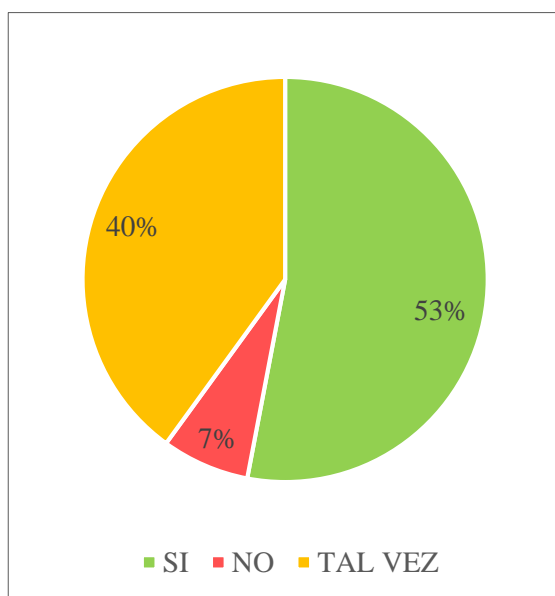
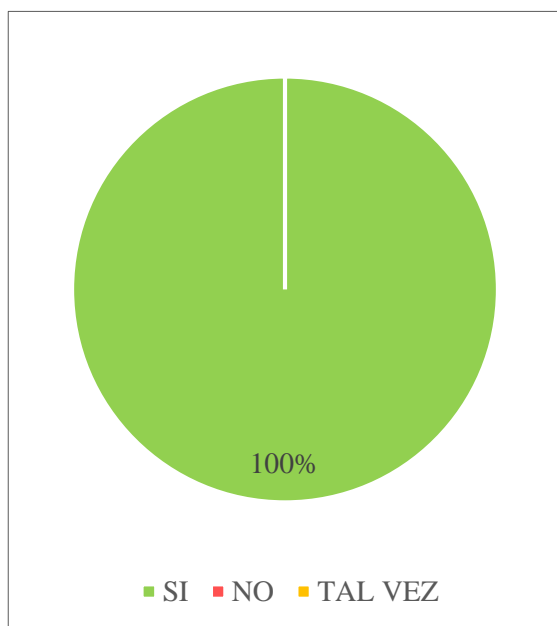


Figura 43

El 53% (n/8) de los encuestados está de acuerdo en que el propósito de las actividades que se realicen en el tratamiento esté orientado al área ocupacional de la participación social. El 40% (n/6) no está completamente seguro y, solo el 7% (n/1) no está de acuerdo.

Pregunta 9: ¿Realizaría encuentros con personas del entorno del paciente para sugerir ayudas o modificaciones ambientales que favorezcan su participación social?



El 100% (n/15) de los encuestados coincide en realizar encuentros con personas del entorno del paciente para sugerir ayudas o modificaciones ambientales que favorezcan la participación social.

Figura 44

Pregunta 10: Para finalizar, ¿qué herramienta utilizaría para trabajar los aspectos a tener en cuenta dentro de los componentes intra e interpersonal del desempeño ocupacional?

- ✓ Familia, trabajo, amistades y momentos de ocio
- ✓ Reunión mensual con familiares, grupos de apoyo con dinámicas grupales, entre otros
- ✓ MOHO
- ✓ Encuentros y charlas con las personas de su entorno
- ✓ Todas las herramientas posibles
- ✓ La historia ocupacional y la observación directa
- ✓ Trabajar la autoestima, relaciones con el entorno.

Capítulo V

Discusión e interpretación de datos

9. Discusión e interpretación de datos

9.1. Triangulación de datos

En el capítulo anterior se presentaron los resultados de las evaluaciones. Los datos obtenidos van a ser analizados a continuación en relación a los antecedentes y al fundamento teórico de esta investigación. La muestra de pacientes con E.P. evaluada, estuvo compuesta por un total de 15 pacientes, 8 mujeres y 7 hombres. La edad promedio del total de los participantes fue de 53 años.

9.1.1. Participación social y actividades de interés.

Con ayuda del Listado de Roles, se valoraron los mismos ya que reflejan la función social que cada persona ha interiorizado y que es percibida por el entorno, el hecho de participar de cierto rol, influye en el hacer de la persona, es decir, en su comportamiento ocupacional. Con el Listado de Intereses, fue posible posicionar diferentes actividades dentro de esos roles y establecer una relación. De acuerdo a esto, se establecieron tres cuestiones principales que dan respuesta a los interrogantes acerca de cómo se ve afectada la P.S. de adultos mayores con E.P. y cuales son aquellas actividades que se ven mayormente limitadas.

a) Dos de los roles evaluados notificaron cambios significativos en cuanto al nivel de participación en cada uno de ellos en diferentes situaciones temporales (pasado, presente o futuro):

- ✓ El rol de “*trabajador*” (Figura 2), tenía una participación de 100% (n/15) de la muestra en el pasado, es decir, antes de la aparición de E.P. En la actualidad solo el 13% (n/2) puede seguir realizando sus actividades laborales, las cuales fueron graduadas debido a la presencia de síntomas, por ende, interfiere en el sentido de competencia necesario para

satisfacer la demanda de ese rol. Dentro del 87% (n/13) restante, la mayoría comentó haber sido jubilado por discapacidad o directamente no poder realizar ninguna actividad laboral en el caso de las personas que no trabajaban en relación de dependencia. El resultado de la deficiencia en la participación de este rol, genera insatisfacción y un desequilibrio en la vida ocupacional de estas personas al notar que no pueden cumplir con sus obligaciones como personas que forman parte de una sociedad. En un futuro hay una pequeña parte de la muestra que aspira a poder retomar sus actividades productivas, quedando un total de 47% (n/7) en el que se encuentra el 13% (n/2) que tuvo la oportunidad de seguir trabajando debido a la E.P. Por otra parte, cuando se les preguntó a los pacientes qué grado de valor le otorgan al rol, el 87% (n/13) lo considera de mucho valor.

- ✓ En segundo lugar, en cuanto al rol de *“amo/a de casa”* (Figura 7), surgió una cuestión diferente a lo que planteaba una de las investigaciones (Dependencia e impacto social de la enfermedad de Parkinson, 2013) que fue citada como antecedente. Los autores hacen una distinción de género en lo que se refiere al desempeño de este rol, asegurando que la E.P. tiene un peso superior en mujeres debido a que las condiciones de discapacidad se manifiestan como estrés al no poder realizar las tareas domésticas, en cambio en hombres, el daño causado no impacta tanto en este aspecto debido a la no participación de los mismos en esta área; de manera global, perciben menos las dificultades que conlleva la enfermedad. No obstante, en el desarrollo de este trabajo se pudo apreciar algo significativamente distinto. No solo que no hay tal distinción de género sino también que, en el pasado, el 40% (n/6), menos de la mitad de la muestra, ocupaba una posición dentro de este rol, este dato mostró un aumento considerable, casi del doble, siendo ahora el 73% (n/11) el número de

personas que realizan tareas domésticas. Gracias a las evaluaciones realizadas se pudo dar cuenta de la necesidad de sentirse competente por parte de los hombres que anteriormente no realizaban los quehaceres del hogar y hoy en día, necesitan utilizar al máximo las destrezas motoras que tienen a su disposición para sentirse útiles. Este hecho también se puede relacionar con alguno de los ítems evaluados en el Listado de Intereses. Por ejemplo, en el caso de la actividad **“cocinar”** (Figura 31), se observó un leve aumento de la cantidad de pacientes que demostraron interés en este conjunto de tareas respecto a los últimos 10 años, siendo en el pasado del 47% (n/7) de los evaluados y este último año se incrementó a 60% (n/9). Otra cuestión donde se pudo dar cuenta de esta realidad, fue en la actividad **“limpiar/arreglar la casa”** (Figura 32), donde la diferencia de porcentajes fue mayor al ejemplo anterior. Los interesados en esta área constituían el 33% (n/5) de la muestra en los últimos 10 años, lo que fue creciendo hasta el día de hoy llegando a ser el 60% (n/9) de los pacientes que se interesaron. No obstante, los datos que arrojaron las evaluaciones indican un descenso cuando se les preguntó si les gustaría participar en estas actividades en un futuro, en ambos casos el porcentaje fue inferior, 33% (n/5) y 40% (n/6) respectivamente, lo que denota por otra parte la necesidad de volver a sus antiguas actividades.

- b) Otra cuestión que manifestó grandes diferencias respecto al pasado de las personas que formaron parte de la muestra, se observó en el análisis de los roles de *“voluntario”*, *“amigo/a”*, *“miembro de un grupo”* y *“aficionado”*. La conclusión que se hizo en relación a estos roles, coincide con los resultados de algunas actividades que fueron valoradas mediante el Listado de Intereses. Esto se puede explicar debido a que:

- ✓ La participación en el rol “**voluntario**” (Figura 3) era desempeñada por el 87% (n/13) de la muestra anteriormente a la aparición de la E.P. Ser parte de una actividad voluntaria implica relacionarse y proveer de una ayuda social de forma desinteresada. Aquí entran en juego diferentes valores y creencias de la persona que lo llevan a querer realizar este tipo de prácticas. En la actualidad, solo el 13% (n/2) lo sigue realizando, haciendo notar de forma alarmante la no participación en este rol, producto de diversas manifestaciones de la E.P. por otra parte, es importante destacar el incremento de la participación deseada en un futuro, siendo esta del 53% (n/8).
- ✓ En cuanto al rol de “**amigo**” (Figura 6), definido como el hecho de pasar algún tiempo o realizar alguna actividad con un amigo al menos una vez a la semana, contaba con la participación de prácticamente la totalidad de la muestra, 93% (n/14), dato que se modificó al día de hoy, donde solo la mitad de esas personas, 47% (n/7) lo siguen haciendo. Esta información nos indica otra forma de desvinculación con el entorno generada por la E.P.
- ✓ Tanto en los casos del rol de “**miembro de un grupo**” (Figura 8) como “**aficionado**” (Figura 9), eran partícipes de estos conjuntos de actividades el 47% (n/7) de los pacientes evaluados. En ambos casos, donde las actividades implican relacionarse con otros, asistir a determinados lugares y establecer un compromiso, el nivel de participación decreció en la actualidad, llegando a 0% (n/0) de pacientes que desempeñan rol de aficionados y 27% (n/4) que integra parte de un grupo.

En los 4 casos, se observa cómo ha disminuido la participación en dichos roles. De acuerdo a las encuestas realizadas, existió un común denominador por parte de los integrantes de la muestra, muchos de ellos coinciden en evitar el encuentro con las personas del entorno ya que,

de cierta manera, buscan esconder el estado físico en el que se encuentran, que, debido a las manifestaciones, les impide realizar cierto tipo de actividades, generan lentitud en los movimientos, en el habla y en el pensamiento y la mayoría requiere ayuda extra para completar gran parte de las tareas que surgen en ese encuentro, generando situaciones de ansiedad, vergüenza, sentimientos de incompetencia e impotencia. Este cuadro de disfunción ocupacional se pudo evidenciar también al momento de evaluar las actividades con el Listado de intereses, en donde, en algunos casos, se observa cómo disminuyen los niveles de interés de ciertas actividades, y, en otros, cómo aumenta:

- ✓ Las situaciones en las que las personas fueron demostrando menor interés, están relacionadas, en su mayoría con ejemplos de cosas en donde el individuo se ve obligado a compartir dicha actividad con otro, es decir, a establecer una interacción social; por otra parte, exigen acciones dirigidas hacia un objetivo vistas como destrezas motoras básicas necesarias para un adecuado desempeño dentro de esta área, y, al verse dañadas, impiden que estas metas se puedan llevar a cabo de manera satisfactoria.
- En primer lugar, la actividad en donde se observó un mayor porcentaje de disminución de interés fue la de “*celebrar días festivos*” (Figura 28), donde en los últimos 10 años, el 93% (n/14) manifestó su inclinación, lo que al día de hoy solo lo hace el 40% (n/6) de los pacientes evaluados. Esto implica el rechazo a ser parte de situaciones en las que las personas se reúnen con un motivo especial. En relación a esta temática, en el caso de “*ir de visita/fiesta*” (Figura 30), pudo apreciar algo parecido, en donde el porcentaje de interés era el mismo en los últimos 10 años, siendo en la actualidad solo del 47% (n/7). Por otro lado, ambas actividades, en la segunda parte de la evaluación, señalan el

deseo de prácticamente el total de la muestra en mantener o recuperar estas acciones en su vida cotidiana.

- Dentro de las acciones que una persona requiere para **“conducir un vehículo”** (Figura 33), los pacientes con E.P. se ven restringidos para poder llevarlo a cabo. Los motivos principales no solo hacen referencia a la disfunción motora; sino a lo que ellas conllevan, como ser el temor, la inseguridad en ellos mismos que ellos sienten que es percibida por el entorno, y las paranoias posteriores por el miedo a volver manejar pese a que se encuentren en periodos en donde sus síntomas estén controlados. El interés se redujo de un 67% (n/10) en los últimos 10 años, a un 20% (n/3); sin embargo, solo el 7% (n/1) participa actualmente de esta actividad. El deseo persiste por parte de quienes manifestaron interés anteriormente a la enfermedad.
- En lo que respecta a las actividades de **“Bailar/cantar”** (Figura 26) y **“Caminar”** (Figura 24), se pudo apreciar que el porcentaje de la muestra al que le gustaría participar de estas actividades en un futuro, supera al que representaba a la cantidad de personas que participaron antes de tener E.P. Sin embargo, la realidad es que el nivel de participación actual es considerablemente bajo. Por una parte, el 60% (n/9) tuvo interés en bailar/ cantar en los últimos 10 años, lo que se redujo a ser hoy solo el 20% (n/3). Lo que sucede hoy en día es que apenas el 7% (n/1) decide participar, siendo el deseo del 80% (n/12) de las personas. En el ejemplo de caminar, como se dijo anteriormente, sucede algo similar, solo que encontramos niveles de interés y participación más elevados.

✓ En el caso contrario, se identificaron situaciones en las que los niveles de interés y participación en las actividades evaluadas, manifiestan ciertos aumentos en relación a lo que sucedía anterior a la E.P. Los ejemplos que se mencionan a continuación, coinciden en ser actividades que, por lo general, por gran parte de la muestra, son llevadas a cabo en el contexto del hogar, sin necesidad de salir de sus casas y, preferentemente de forma solitaria. Estas surgen debido a un hecho que se analizó al inicio de este capítulo, la disminución de la participación del rol “**trabajador**” (Figura 2), por lo que, aumenta el tiempo en donde la persona puede dedicarse al ocio, y, en el caso de las personas con E.P. elijen utilizarlo en actividades que no impliquen situaciones de interacción con el entorno:

- La actividad “*pintar*” (Figura 35), fue aquella en la que se observó mayor diferencia entre el nivel de interés actual en relación a lo que sucedía en los últimos 10 años, 7% (n/7), sin presencia de E.P. Hoy en día, el 53% (n/8), manifiesta alguna o mucho inclinación en realizar actividades en relación a lo artístico, refieren a estos momentos como terapéuticos y significativos en cuanto ayuda a bajar niveles de ansiedad y a ocupar tiempo de ocio. Sin embargo, no todos los participantes que indicaron tener interés, tienen la posibilidad de llevar a cabo la actividad en cuestión, debido a esto, se obtuvo que el 40% (n/6) lo puede realizar, lo que en realidad es deseado por el 60% (n/9).
- Otro de los análisis en donde se observó esta diferencia fue en “*practicar jardinería*” (Figura 21). Se pudo llegar a establecer que existe un aumento visible entre el interés que manifiesta la muestra actualmente y el que existía antes de ser diagnosticados. Hoy, las actividades con las plantas del hogar, llaman la atención del 53% (n/8), lo que antes

era solo del 20% (n/3). Este hecho también se relaciona con el incremento del tiempo libre y la necesidad de buscar actividades que impliquen estar dentro de sus casas. Es por ello que el nivel de participación también es considerablemente alto, siendo un 47% (n/7) que opta por dedicarle más tiempo al jardín de lo que solía ser lo normal.

- En cuanto a “**leer/escribir**” (Figura 25), se manifestó un leve incremento ya que solían ser actividades que eran llevadas a cabo por gran parte de la muestra en los último 10 años, 60% (n/9). Este último año, un total de 80% (n/12) de los evaluados muestra interés por leer o escribir. Cabe aclarar, que al momento de la evaluación se presentaron estas tareas como dos opciones en una, y, la mayoría de los que formaron parte de la muestra, se inclinaron por “leer”. Existe también una cuestión común a gran parte de los que eligieron dicha opción, ya que, las manifestaciones clínicas de la E.P. alteraron muchas de sus habilidades, entre ellas la de escritura, lo que los condiciona al momento de firmar, realizar una lista de súper, completar planillas médicas, etc., acciones que se ven a menudo relacionadas con la interacción social, es por esto que requieren de tercero un que las realice. Cuando hablamos de nivel de participación, nos referimos a la lectura, siendo ésta realizada por el 73% (n/11) actualmente.
- c) Se encontró también que hubo roles en donde no se manifestaron grandes diferencias, como ser el rol de “**miembro de familia**” (Figura 7), “**proveedor de cuidados**” (Figura 4), “**estudiante**” (Figura 1) y “**participante de una organización**” (Figura 10).
- ✓ En el primer caso se observó que la totalidad de la muestra, indicó participar de este rol antes de la E.P. y en la actualidad solo el 7% (n/1) dejó de hacerlo, debido a que optó por el aislarse y estar en relación únicamente con cuidadores. El 93% (n/14) restante, si bien,

no dejó de ser miembro de una familia, dejó de participar en algunas actividades que están en relación con el hecho de estar en familia, como se analizó en el punto anterior (b), situaciones en relación a ir de visita/fiesta o celebrar días festivos.

- ✓ El segundo caso coincidió con la actividad del listado de roles “*cuidar niños*” (Figura 34), en donde se notificó un leve incremento del interés en relación a los últimos 10 años, 20% (n/3), y actualmente 40% (n/6). En cuanto a la participación se obtuvo sólo la del 20% (n/3) de la muestra, la cual desea aumentar a 53% (n/8). En relación al rol de proveedor de cuidados mencionado al inicio del apartado c), coincidió en lo que respecta a que, en el pasado, dicho rol era desempeñado por el 20% (n/3) de los evaluados, se observa que en el presente solo el 13% (n/2) participan del rol y que en el futuro aumenta significativamente a 53% (n/8) el deseo de participar.
- ✓ En cuanto al rol de estudiante, debido a la que la población comprendía personas adultas mayores de 45 años y que el promedio en edad fue de 53, hablamos de personas que finalizaron sus estudios hace ya un tiempo considerablemente largo, por ello, gran parte de la muestra, 80% (n/12) indicó no participar de dicho rol en el pasado, solo el 20% (n/3) se dedicaba a participar de algún curso o perfeccionamiento dentro de su ámbito profesional, lo que al momento de hablar del presente, en presencia de E.P., ninguno de los evaluados se desempeña como estudiante. En el futuro, solo el 13% (n/2) desea continuar instruyéndose en el área que le compete.
- ✓ Llegando al último caso, similar al párrafo anterior, no se mostró que muchas personas sean partícipes de una organización como tal, apenas el 20% (n/3), que actualmente pasaron a dejar ser parte de dicho rol, lo que tiene alguna significación ya que, la organización

requiere de un compromiso social para que funcione adecuadamente. En el futuro, solo el 13% (n/2) desea recuperar su posición en dichas actividades que dejó de lado tras la aparición de E.P.

9.1.2. Intervención de T.O. en la participación social del adulto con E.P.

Como tercer objetivo, este trabajo se propuso indicar cómo se podría plantear una intervención de T.O. haciendo hincapié en el área de la P.S. Para ello, se creó un cuestionario dirigido a t.o. que ejercen en el ámbito de la rehabilitación de adultos con lesión neurológica en centros de rehabilitación de San Miguel de Tucumán, con preguntas referidas a posibles aspectos a tener en cuenta dentro del tratamiento. De acuerdo a la revisión de antecedentes de investigación mencionados en el Capítulo II, se encontraron dos trabajos enfocados en la E.P. y la relación con la T.O.:

- ✓ En 2007, uno de ellos, se encargó de hacer una revisión de los estudios existentes acerca la eficacia de la T.O. versus placebo o ninguna intervención (grupo control) en pacientes con E.P. Se seleccionaron dos estudios en donde la intervención de T.O. se basó en evaluar los niveles de independencia (índice de Barthel), los cambios en la Escala de Síntomas Extrapiramidales (ESE), la deficiencia motora, utilizando instrumentos como la UPDRS y la velocidad en la caminata. Las actividades incluían, manualidades, pintura, cestería, canto, danzas y juegos. Ambos estudios reportaron un efecto positivo de la T.O. en la E.P., aunque la mejoría fue pequeña, y es dudoso si fue clínica o estadísticamente significativa. Ninguno de los estudios examinó el impacto de modificar el ambiente hogareño o la provisión de equipamiento, afirma el autor.

- ✓ En 2012, Isabel Rozas Afonso, hizo una aproximación a la importancia de la T.O. en el tratamiento de una persona con E.P., centrándose en los síntomas no motores desde un modelo humanista, donde la actividad es el centro del proceso de T.O. Se concluyó que desde el punto de vista de la T.O. el tratamiento debe estar dirigido a que el paciente sea lo más independiente posible, interviniendo en las AVD, y no solo hacer hincapié en los déficits, sino también en las capacidades residuales que conserva, para poder potenciarlas o mantenerlas. Esto se debe llevar a cabo desde la valoración basada en la observación que se utiliza para medir la calidad en la realización de las AVD., analizando el desempeño en las tareas, el nivel de deficiencia en las habilidades y qué es lo que afecta ese desempeño.

El cuestionario fue respondido por 15 t.o., los cuales respondieron de manera anónima. Las respuestas a las preguntas fueron de selección múltiple y en un caso de libre desarrollo, los t.o. debían proponer estrategias y/o herramientas que consideraran efectivas a la hora de implementarlas en un tratamiento:

- ✓ Según los datos obtenidos, en cuanto a la utilización del MOHO, como fundamento principal de la intervención, el 47% (n/7) *estaría de acuerdo* en basar su práctica centrándose en la ocupación humana, es decir, en el hacer de las actividades cotidianas de una persona dentro de un contexto temporal, físico y sociocultural que caracterizan la vida de ese individuo. Entendiendo este “hacer” como aquello intrínseco del ser humano, que satisface la necesidad de ser activo. Por otra parte, el 33% (n/5) contestó que *tal vez* utilizaría el MOHO, y el 20% (n/3) *no*. (Figura 36)
- ✓ Se cuestionó acerca de cuán importante se piensa que es la participación en roles significativos y en actividades de interés de una persona ya que, si el objetivo apunta a al área de la P.S.,

estos aspectos deberían ser cruciales a la hora de intervenir. La totalidad de la muestra, 100% (n/15) lo consideró de mucha importancia. (Figura 37 y 39)

- ✓ En relación al ítem anterior, se indagó acerca de si los t.o. evaluarían los roles que la persona ocupa, para determinar la importancia de los mismos y su nivel de participación. El 93% (n/14) respondió de forma *afirmativa*, dejando al 7% (n/1) restante en duda. (Figura 38). Por otra parte, se preguntó a los t.o., si evaluarían los intereses del paciente, con el objetivo de valorar y trabajar aquellos que tienen mayor importancia en su vida y que por motivos de la E.P. tuvo que dejar de lado; en este caso, 80% (n/12) de los participantes, coincidieron en hacer dicha evaluación, 13% (n/2) estuvo en duda y el 7% (n/1) dijo que no. (Figura 40)
- ✓ A continuación, se presentó un hipotético caso de proponer como objetivo en el tratamiento el reinsertar al paciente en aquellas actividades que dejó de participar por cuestiones de la enfermedad, y de forma más global, que el objetivo a *largo plazo* en un tratamiento de T.O. tenga como área principal la P.S., es decir, llevar a cabo una intervención, y hacer todo aquello que esté al alcance para que la persona se encamine hacia un entrelazamiento de ocupaciones que apoyen la participación deseada en las actividades del entorno, incluyendo la comunidad, la familia, compañeros y amigos. El 60% (n/9) estuvo de acuerdo en que SI se podrían formular dichos objetivos para que guíen la intervención. El 40% restante dudó y respondió que *tal vez* lo haría. (Figura 41 y 42)
- ✓ Luego, en lo relacionado a las actividades terapéuticas que se llevan a cabo dentro del tratamiento se cuestionó sobre si estas deberían tener un propósito orientado a los objetivos planteados anteriormente. Por ejemplo, en el caso de un paciente que deja de asistir a reuniones con su grupo de amigos ya que de por medio, siempre se da en el contexto de la merienda en

donde la persona debe manipular objetos, lo que se torna de mucha dificultad en los periodos de mayor frecuencia de los síntomas, provocando accidentes y situaciones de ansiedad. Se propondría como actividad terapéutica, todas aquellas que contribuyan a mejorar el manejo de utensilios, con el propósito de que el paciente no deje de asistir a reuniones con amigos. El 53% (n/8) respondió de forma *afirmativa*, a que las actividades se propongan de esta manera. El 40% (n/6), cree que *tal vez* lo haría, y el 7% (n/1) dijo *no*. (Figura 43)

- ✓ Otra posibilidad que se planteó dentro del tratamiento fue realizar encuentros con personas del entorno del paciente para sugerir ayudas o modificaciones ambientales que favorezcan su participación social. En relación a esto, el 100% (n/15) de los encuestados coincide en estar de acuerdo en organizar dichas reuniones, las cuales, darían a conocer la situación actual del paciente, sus limitaciones, sus preocupaciones y las formas mediante las cuales ellos podrían ayudar, con modificaciones en el ambiente o bien en las estructuras que tienen los diferentes grupos a los cuales pertenece el individuo.
- ✓ Por último, se ofreció un espacio de libre redacción en donde se pidió a los t.o. que plasmen herramientas o estrategias para trabajar los aspectos a tener en cuenta dentro de los componentes intra e interpersonal del desempeño ocupacional que crean posibles de implementar en un tratamiento de estas características. Las respuestas fueron escasas, pero, se pudieron destacar varios puntos importantes como ser:
 - Familia, trabajo, amistades y momentos de ocio, reunión mensual con familiares, grupos de apoyo con dinámicas grupales, entre otros.
 - La historia ocupacional y la observación directa.
 - Trabajar la autoestima, relaciones con el entorno.

Se puede observar que, los datos obtenidos en las investigaciones que antecedieron este trabajo, por ejemplo: *“Terapia ocupacional para pacientes con enfermedad de Parkinson”* basaron la intervención de la T.O. en aspectos clínicos o de funcionamiento de la persona, utilizando instrumentos como los que se mencionaron anteriormente (Índice de Barthel, la Escala de Síntomas Extrapiramidales, UPDRS). Por otra parte, en el trabajo titulado *“Terapia Ocupacional y enfermedad de Parkinson”* se expone el rol del T.O. interviniendo en las AVD, y no solo haciendo hincapié en los déficits, sino también en las capacidades residuales que conserva, para poder potenciarlas o mantenerlas; propone medir la calidad en la realización de las AVD., analizando el desempeño en las tareas, el nivel de deficiencia en las habilidades y qué es lo que afecta ese desempeño, por ende, también se habla de buscar mejorar el funcionamiento de las habilidades de la persona. A través del cuestionario se logró poner de manifiesto, diferentes alternativas a la hora de intervenir desde otro punto de vista al trabajar con un adulto con E.P., poniendo el foco en aquello en lo que la persona a la larga desea participar, por lo cual, todas las actividades van a estar dirigidas a una meta anhelada por la persona en relación a sus ocupaciones.

Se realizó un estudio en Argentina titulado *“Evaluaciones e intervenciones de Terapia Ocupacional en la rehabilitación de adultos con lesión neurológica”*, con el propósito de indagar qué herramientas se utilizan actualmente para evaluar e intervenir en la rehabilitación de adultos con lesión neurológica, a través de una encuesta a 167 t.o. de diferentes lugares del país. La E.P. fue colocada dentro de las 5 patologías más frecuentes en el estudio. Predominaron las instituciones privadas y la modalidad interdisciplinaria. El motivo de realizarse este estudio parte de que la filosofía de la profesión ha ido modificándose a lo largo de la historia y la ocupación no siempre ha sido el foco central en la práctica. Las intervenciones realizadas en la última década

han demostrado que el tratamiento destinado a remediar las funciones corporales tiene un impacto limitado en la mejoría del desempeño ocupacional. Los profesionales que ejercen en el ámbito de la rehabilitación neurológica presentan un desafío particular para desempeñar una práctica que favorezca el uso de la ocupación como herramienta principal, debido al enfoque congruente con el modelo médico.

En cuanto a los resultados del estudio, se pudo establecer que:

- ✓ La Medida de Independencia Funcional (FIM), goniometría, el Índice de Barthel, entre otros, fueron las evaluaciones más utilizadas por los t.o. que ejercen en el ámbito de la rehabilitación de adultos con lesión neurológica.
- ✓ Las intervenciones identificadas como las utilizadas en primer lugar por los t.o. fueron: AVD básicas (42%), cuidados posicionales (19%), motricidad fina (15%), ROM activo (8%), otras, como movilización pasiva, funciones cognitivas y control de tronco (16%). Por ende, en total, el 58% de las prácticas están focalizadas en *impedimentos y funciones corporales*, y el 42% restante, en *ocupaciones*, siendo más específicos, en AVD.

Tanto evaluaciones como intervenciones que predominan en el estudio, dejan de lado el hecho de que la persona participa en ocupaciones, siendo este un objetivo fundamental de la T.O. De acuerdo al análisis anterior, la muestra de adultos con E.P. se encuentra en una situación de desequilibrio ocupacional en tanto se deteriora su P.S. Por ende, es responsabilidad del t.o. reconectar con los fundamentos de la disciplina, centrando la terapia en actividades que tengan un compromiso ocupacional y, a partir de allí, analizar el desempeño de la persona y trabajar todas las áreas, sin desviarse del paradigma de la ocupación.

Capítulo VI

Conclusión

10. Conclusión

En el capítulo anterior se puso en discusión toda la información obtenida a lo largo de la investigación, estableciendo una relación con lo ya conocido sobre el tema. También, se interpretaron los datos a partir de la teoría que fundamenta este trabajo. De acuerdo a estos resultados se concluye que:

1. A modo global, se obtuvo que los roles de *“trabajador”* (Figura 2), *“voluntario”* (Figura 3) y *“amigo”* (Figura 6), manifestaron significativas modificaciones en lo que respecta a la participación actual, en cuanto esta disminuye en presencia de E.P, respecto a los último 10 años, en donde no había ningún factor limitante. Este fenómeno se pudo observar, pero en menor medida en los roles de *“estudiante”* (Figura 1), *“miembro de grupo”* (Figura 8), *“aficionado”* (Figura 9) y *“participante de una organización”* (Figura 10). Por ende, la P.S. se vio afectada de manera en que la persona deja de ocupar su posición en un rol, lo que le impide participar de un subconjunto de actividades que involucran situaciones sociales con otros y que apoyan a la independencia social. De forma opuesta, el rol *“amo/a de casa”* (Figura 5), mostró incremento de la participación en el último año frente a la situación del diagnóstico de E.P., esto conlleva a la permanencia excesiva en el hogar, lo que priva a la persona de poder llevar a cabo otro tipo de actividades que involucren interacciones sociales. Esta situación no es más que otra forma en la que se ve afectada la participación social del adulto con E.P.

2. En cuanto a actividades de interés limitadas por la patología, por un lado, se identificaron claras situaciones en donde disminuye de forma considerable el nivel de interés, por ende, el de participación, como ser en las actividades de: *“coser/arreglar ropa”* (Figura 22), *“caminar”* (Figura 24), *“bailar/cantar”* (Figura 26), *“celebrar días festivos”* (Figura 28), *“ir de visita/fiesta”* (Figura 30) y *“conducir un vehículo”* (Figura 33). Todas las actividades coinciden en requerir de ciertas destrezas limitadas por la E.P., por ello, se limita la participación en la actividad, además muchas de ellas poseen el componente de ser realizadas dentro de un contexto con otras personas y, por lo que se evaluó, muchos de los adultos con E.P. tratan de evitar el encuentro con otras personas debido a las manifestaciones clínicas de su enfermedad; por otra parte, también se pudo observar otro grupo de actividades en donde los niveles de interés mostraron cierto aumento: *“practicar jardinería”* (Figura 21), *“leer/escribir”* (Figura 25), *“cocinar”* (Figura 31), *“limpiar/arreglar la casa”* (Figura 32), *“cuidar niños”* (Figura 34), *“pintar”* (Figura 35). Si bien, algunas de las actividades recién nombradas tienen componentes que requieren habilidades motoras de la persona, y, en el caso de le E.P., estos, dependiendo el estado de los síntomas, pueden facilitar o dificultar la actividad, son actividades que se llevan a cabo en el contexto en donde la persona vive, no tiene la necesidad de salir, y, debido al aumento de tiempo de ocio, no mide el tiempo que puede llegar a tomarle alguna de estas actividades. No podrían catalogarse como “actividades limitadas por la patología” pero si, alteran la participación en el resto de las actividades en las cuales perdieron el interés, al elegir dedicarse en estas de forma plena.

3. Como tercer y último punto, al hablar de las posibilidades de intervención desde T.O. en el área de P.S. del adulto con E.P., los t.o. se inclinan por utilizar el MOHO como guía en una intervención de estas características. Además, consideran de mucha importancia la participación en roles significativos del paciente y sus actividades de interés, como así también la evaluación de estos aspectos para determinar el grado de valor y nivel de participación en los mismos. Por otra parte, propondrían como objetivo terapéutico el reinsertar al paciente en aquellas actividades de interés que ha dejado de participar debido a la enfermedad. Se cree posible un abordaje desde la perspectiva de la P.S., colocándola como un objetivo a largo plazo al cual, estarían orientados los propósitos de las actividades terapéuticas durante el tratamiento. Por último, se realizarían encuentros con personas del entorno del paciente para sugerir ayudas o modificaciones ambientales que favorezcan esta área.

10.1. Propuestas

Llegando al final de este estudio, se van a exponer aquí una serie de ítems cuyo objetivo es orientar al lector hacia posibles acciones que se podrían implementar en pos de apoyar la problemática analizada:

- ✓ Difundir dentro de la población de t.o. que ejercen en el ámbito de la rehabilitación de pacientes adultos con E.P., la importancia de evaluar e intervenir en el área de la P.S. frente a la existencia del deterioro de la misma.
- ✓ Promover terapias grupales, fomentando la interacción social entre pacientes, no necesariamente de la misma patología, ofreciendo actividades que requieran el compromiso ocupacional de todos.

- ✓ Posibilitar las terapias a domicilio o a los contextos en donde la persona solía desempeñar sus roles y evaluar modificaciones ambientales en caso de que fuera necesario.
- ✓ Pensar a la hora de intervenir si las actividades terapéuticas que vamos a realizar, están encaminadas hacia la P.S. y, que a la vez sean propositivas.
- ✓ Idear un tratamiento basado y centrado en las ocupaciones de la persona, partiendo el mismo con la evaluación de sus ocupaciones, nivel de interés y de participación en ellas, analizando el contexto en donde las lleva a cabo, con el objetivo de devolver el interés en las actividades, de forma que la recuperación de la participación en las mismas surja desde la motivación de la persona.
- ✓ Frente al cuadro progresivo y degenerativo de la E.P., es necesario pensar en medidas de prevención primaria que apunten a disminuir las posibles disfunciones en los roles y en las actividades de interés de las personas recientemente diagnosticadas. Esta necesidad responde al carácter degenerativo de la enfermedad, en el transcurso de la cual, por medio de un rápido avance o de cambios quizá imperceptibles y pausados a lo largo del tiempo, la persona vive modificaciones en sus áreas ocupacionales, incluida la P.S. Por ende, se considera de suma importancia, trabajar estos aspectos para modificar o adoptar conductas que sean posibles de mantener a lo largo del tiempo, es decir, cuando las limitaciones a nivel motor y cognitivo sean mayores, de manera que este impacto se reduzca y el área de la P.S. no presente significativos niveles de deterioro. Esto sin duda, requiere trabajo con el entorno familiar de persona desde el inicio de la enfermedad, desempeñándose como quienes extiendan este trabajo hacia los principales contextos en donde se llevan a cabo las diferentes situaciones sociales de la persona.

11. Bibliografía

- ✓ Asociación Americana de Terapia Ocupacional – AOTA. (2014). “*Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio & Proceso*”. Universidad mayor, Chile. 3° Edición. Santiago de Chile, Chile.
- ✓ Consejo de Administración de la Universidad de Illinois. (2019). “*Listado de intereses*”. Modelo de Ocupación Humana. Recuperado de:
- ✓ Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2004). “*Metodología de la investigación*”. McGraw Hill. México, D.F.; Buenos Aires.
- ✓ <https://www.moho.uic.edu/resources/files/AISLADO%20LISTADO%20DE%20INTERESES%2011.26.07.pdf>
- ✓ <https://www.ugr.es/~kogin/Preguntas/Preguntas/21%20Modelo%20ocupacion%20humana.pdf>
- ✓ Kielhofner, G. (2015). *Modelo de Ocupación Humana: Teoría y aplicación* (4ta edición). Editorial Medica Panamericana.
- ✓ Millán Arroyo Menéndez. Lucila Finkel Morgenstern. (2013). *Dependencia e impacto social de la enfermedad de Parkinson*. Revista española de discapacidad.
- ✓ R. Cano de la Cuerda., A. I .Macías Jiménez., V. Crespo Sánchez., M. Morales Cabezas. (2004). “*Escalas de valoración y tratamiento fisioterápico en la enfermedad de Parkinson*”. Recuperado de: <https://www.elsevier.com/es-es>
- ✓ Universidad de Granada. (2019). “*Modelo de Ocupación Humana (MOHO)*”.
- ✓ <https://eacnur.org/blog/trabajo-voluntario-cuales-caracteristicas/>

ANEXOS

12. Anexos

12.1. Anexo 1: Listado de Roles del Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner.

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____ Sexo: _____

Primera parte Rol	Identidad del rol		
	Pasado	Presente	Futuro
ESTUDIANTE: asistir a la escuela a tiempo completo.			
TRABAJADOR: empleado a tiempo completo o a tiempo parcial.			
VOLUNTARIO: ofrecer servicios sin recibir paga alguna o algún hospital, escuela, comunidad, grupo político, etc., por lo menos una vez a la semana.			
PROVEEDOR DE CUIDADOS: tener la responsabilidad de cuidar niños, esposa/esposo, familiar o amigo, por lo menos una vez por semana.			
AMO O AMA DE CASA: tener al responsabilidad de tareas de limpieza del hogar o arreglo del patio, por lo menos una vez por semana.			
AMIGO: pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con un amigo, por lo menos una vez por semana.			
MIEMBRO DE FAMILIA: pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con algún miembro de la familia tales como hijos, esposa/esposo, padres u otro familiar por lo menos una vez por semana.			
MIEMBRO DE UN GRUPO: participar e involucrarse como integrante en grupos de diversas temáticas por lo menos una vez por semana.			
AFICIONADO: participar y/o involucrarse en algún pasatiempo o afición tal como coser, tocar algún instrumento, deportes, teatro, trabajo en madera o asistir algún club o equipo, por lo menos una vez por semana.			
PARTICIPANTE DE ORGANIZACIONES: participar en organizaciones por lo menos una vez por semana.			
OTROS: algún otro rol en el cual haya realizado anteriormente, realizas ahora o planeas realizar. Escribir el rol.			

Tabla 1

Segunda parte	Designación del valor		
	No muy valioso	Algún valor	Muy valioso
Rol			
ESTUDIANTE: asistir a la escuela a tiempo completo.			
TRABAJADOR: empleado a tiempo completo o a tiempo parcial.			
VOLUNTARIO: ofrecer servicios sin recibir paga alguna o algún hospital, escuela, comunidad, grupo político, etc., por lo menos una vez a la semana.			
PROVEEDOR DE CUIDADOS: tener la responsabilidad de cuidar niños, esposa/esposo, familiar o amigo, por lo menos una vez por semana.			
AMO O AMA DE CASA: tener al responsabilidad de tareas de limpieza del hogar o arreglo del patio, por lo menos una vez por semana.			
AMIGO: pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con un amigo, por lo menos una vez por semana.			
MIEMBRO DE FAMILIA: pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con algún miembro de la familia tales como hijos, esposa/esposo, padres u otro familiar por lo menos una vez por semana.			
MIEMBRO DE UN GRUPO: participar e involucrarse como integrante en grupos de diversas temáticas por lo menos una vez por semana.			
AFICIONADO: participar y/o involucrarse en algún pasatiempo o afición tal como coser, tocar algún instrumento, deportes, teatro, trabajo en madera o asistir algún club o equipo, por lo menos una vez por semana.			
PARTICIPANTE DE ORGANIZACIONES: participar en organizaciones por lo menos una vez por semana.			
OTROS: algún otro rol en el cual haya realizado anteriormente, realizas ahora o planeas realizar. Escribir el rol.			

Tabla 2

12.2. Anexo 2: Adaptación del Listado de Intereses Modificado del Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner.

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____ Sexo: _____

Actividad	¿Cuál ha sido su nivel de interés?				¿Participa actualmente en esta actividad?		¿Le gustaría participar en esta actividad?	
	En los últimos 10 años		En el último año					
	Ninguno	Alguno/mucho	Ninguno	Alguno/mucho	Si	No	Si	No
Practicar jardinería								
Coser/arreglar ropa								
Escuchar radio/música								
Caminar								
Leer/escribir								
Bailar/cantar								
Realizar algún deporte								
Celebrar días festivos								
Asistir a charlas/conferencias								
Ir de visita/fiesta								
Cocinar								
Limpiar/arreglar la casa								
Conducir un vehículo								
Cuidar niños								
Ver películas/series/TV								
Pintar								

Tabla 3

12.3. Anexo 3: Cuestionario anónimo semiestructurado dirigido a t.o. que ejercen en el ámbito de la rehabilitación de adultos con lesión neurológica en centros de rehabilitación de San Miguel de Tucumán.

El presente trabajo de Tesis de Licenciatura titulado: “Participación social de adultos mayores de 45 años con enfermedad de Parkinson, en estadio 2 y 3 de la escala de Hoehn y Yahr, asistentes a centros de rehabilitación de San Miguel de Tucumán”, elaborado por la Srta. Luciana Belén García estudiante de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSTA. El objetivo de este trabajo es:

- ✓ Evaluar la participación social de pacientes adultos mayores de 45 años con enfermedad Parkinson en estadio 2 y 3 de la escala de Hoehn y Yahr que asisten a centros de rehabilitación de San Miguel de Tucumán.

La participación en este trabajo de investigación es estrictamente voluntaria. La información proporcionada será confidencial y no se usará para ningún propósito fuera de este trabajo. En caso de tener duda al respecto, puede hacer la consulta que sea necesaria para completar su información. En caso de que algunas preguntas del cuestionario le resultaran incómodas o inconvenientes tiene derecho de hacérselo saber a la Srta. o directamente negarse a responder.

- ✓ El objetivo de este cuestionario es explorar las posibilidades de intervención desde la Terapia Ocupacional en el área de la participación social de pacientes con enfermedad de Parkinson en base a las intervenciones existentes.

Entendiendo la *participación social* como: El entrelazamiento de ocupaciones para apoyar la participación deseada en las actividades de la comunidad y la familia, como también en aquellas que involucran a compañeros y amigos. Se trata de un subconjunto de actividades que involucran situaciones sociales con otros y que apoyan a la independencia social. La misma puede ocurrir con persona o a través de la tecnología tal como en llamadas telefónicas, interacción a través del computador, y video conferencias.

Desde ya, se agradece su participación. Si desea participar, continúe con el cuestionario.

Responder según corresponda:

1. ¿Utilizaría el Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner como guía en la intervención de un paciente con enfermedad de Parkinson en el área de la participación social?
Sí___ No___ Tal vez___
2. ¿Cuán importante es para usted la participación en roles significativos del paciente?
Ninguna importancia___ Alguna importancia___ Mucha importancia___
3. ¿Evaluaría los roles pasados del paciente, determinando la importancia en los mismos y el nivel de participación?
Sí___ No___ Tal vez___
4. ¿Cuán importante es para usted la participación en actividades de interés para el paciente?
Ninguna importancia___ Alguna importancia___ Mucha importancia___

5. ¿Evaluaría el interés en actividades del paciente con el objetivo de valorar y trabajar en aquellas en las que muestra mucho interés, pero no participa debido a la enfermedad?

Sí___ No___ Tal vez___

6. ¿Propondría como objetivo terapéutico el reinsertar al paciente en aquellas actividades que ha dejado de participar debido a la enfermedad?

Sí___ No___ Tal vez___

7. ¿Cree que sería posible abordar una intervención desde la perspectiva de la participación social, siendo esta el objetivo a largo plazo?

Sí___ No___ Tal vez___

8. Si en el ítem anterior la respuesta fue sí, ¿estaría de acuerdo en que el propósito de las actividades terapéuticas que se realicen a lo largo del tratamiento, esté orientado a dicho objetivo?

Sí___ No___ Tal vez___

9. ¿Realizaría encuentros con personas del entorno del paciente para sugerir ayudas o modificaciones ambientales que favorezcan su participación social?

Sí___ No___ Tal vez___

10. Para finalizar, ¿qué herramienta utilizaría para trabajar los aspectos a tener en cuenta dentro de los componentes intra e interpersonal del desempeño ocupacional?

12.4. Anexo 4: Consentimiento informado.

Notificación

El presente trabajo de Tesis de Licenciatura titulado: *“Participación social de adultos mayores de 45 años con enfermedad de Parkinson, en estadio 2 y 3 de la escala de Hoehn y Yahr, asistentes a centros de rehabilitación de San Miguel de Tucumán”*, elaborado por la Srta. Luciana Belén García estudiante de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSTA.

El objetivo de este trabajo es:

Evaluar la participación social de pacientes adultos mayores de 45 años con enfermedad Parkinson en estadio 2 y 3 de la escala de Hoehn y Yahr que asisten a centros de rehabilitación de San Miguel de Tucumán.

La participación en este trabajo de investigación es estrictamente voluntaria. La información proporcionada será confidencial y no se usará para ningún propósito fuera de este trabajo.

En caso de tener duda al respecto, puede hacer la consulta que sea necesaria para completar su información. En caso de que algunas preguntas del le resultaran incómodas o inconvenientes tiene derecho de hacérselo saber a la Srta. o directamente negarse a responder.

Desde ya se agradece su participación.

Cordialmente.

Firma:

Luciana Belén García.

Aceptación

ACEPTO PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE en esta investigación conducida por Luciana Belén García. He sido informado/a que el objetivo de este trabajo es evaluar la participación social de pacientes adultos mayores de 45 años con enfermedad Parkinson en estadio 2 y 3 de la escala de Hoehn y Yahr que asisten a centros de rehabilitación de San Miguel de Tucumán. Con la información obtenida se brindarán alternativas desde la Terapia Ocupacional para la intervención en el área de la participación social de pacientes con enfermedad de Parkinson.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de este estudio es estrictamente confidencial y exclusiva. Se prohíbe utilizarla para cualquier otro propósito. He sido informado/a que puedo hacer preguntas sobre el trabajo en cualquier momento e incluso negarme a responder las preguntas que me incomoden. De tener dudas sobre mi participación en este trabajo, puedo contactar a la Srta. en el siguiente número telefónico: 381 – 155205723 (celular personal).

Apellido y nombre del participante:

Firma:

Fecha:

12.5. Anexo 5: Enlace para acceder al cuestionario online.

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSenW_j4jANf-kAJFa640zDqGR9JJ3J68FdraOYQwjAEmitbRQ/viewform