



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Terapia Ocupacional

Curso académico 2022-2023

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Equilibrio ocupacional y su relación con el
desempeño y la calidad de vida en personas
con accidente cerebrovascular**

Sonia Gil Pérez-Gorostiaga

Junio 2023

DIRECTORAS

Laura Delgado Lobete

Terapeuta Ocupacional. Profesora Ayudante Doctora de la Facultad de Ciencias Sociosanitarias. Universidad de Murcia.

Tatiana Germán Abad

Terapeuta Ocupacional de Cefine Neurología. Profesora del Grado de Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidade da Coruña.

ÍNDICE

Resumen	6
Resumo.....	7
Abstract.....	8
1. Introducción.....	9
1.1. El accidente cerebrovascular	9
1.2. Equilibrio ocupacional, desempeño y calidad de vida.....	11
1.3. Daño cerebral y terapia ocupacional.....	13
1.4. Justificación.....	14
2. Objetivos	15
2.1. Objetivo general	15
2.2. Objetivos específicos.....	15
3. Metodología.....	16
3.1. Tipo de estudio	16
3.2. Período de estudio	16
3.3. Ámbito de estudio.....	16
3.4. Definición de los sujetos a estudio	16
3.5. Selección y retirada de sujetos	16
3.5.1. Criterios de inclusión y exclusión.....	16
3.5.2. Entrada al campo	17
3.6. Justificación del tamaño muestral.....	18
3.7. Variables y mediciones	18
3.7.1. Variables principales y sus mediciones	18
3.7.2. Variables secundarias	21
3.8. Análisis estadístico.....	21
3.9. Aspectos éticos.....	22
3.9.1. Cumplimiento de Normas de Buena Práctica Clínica, Declaración de Helsinki, Convenio de Oviedo, así como normativa de protección de datos, manejo de historia clínica y otra normativa de aplicación según el tipo de estudio.....	22
3.9.2. Información al participante.....	22
3.9.3. Confidencialidad de la información recogida en el contexto del estudio.....	22
3.10. Plan de trabajo.....	23
4. Resultados.....	24

4.1.	Características generales de los participantes.....	24
4.2.	Equilibrio ocupacional.....	26
4.3.	Calidad de vida.....	27
4.4.	Desempeño ocupacional.....	28
4.5.	Relación entre el equilibrio ocupacional, el desempeño y la calidad de vida.....	30
4.6.	Relación entre variables sociodemográficas y clínicas con el equilibrio ocupacional, el desempeño y la calidad de vida.....	30
5.	Discusión.....	33
5.1.	Perfil de los participantes.....	33
5.2.	Equilibrio ocupacional.....	33
5.3.	Desempeño ocupacional.....	34
5.4.	Calidad de vida.....	35
5.5.	Relación entre equilibrio ocupacional, desempeño y calidad de vida..	36
5.6.	Relación entre variables clínicas y equilibrio ocupacional, desempeño y calidad de vida.....	37
5.7.	Productos de apoyo y ayuda de otras personas.....	38
5.8.	Limitaciones y líneas futuras de investigación.....	39
6.	Conclusiones.....	41
7.	Agradecimientos.....	42
8.	Bibliografía.....	43
9.	Apéndices.....	49
	Apéndice 1. Abreviaturas.....	49
	Apéndice 2. Hoja de información al centro.....	50
	Apéndice 3. Informe favorable del CAEIG.....	51
	Apéndice 4. Hoja de información al participante.....	52
	Apéndice 5. Cuaderno de recogida de datos.....	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión.....	16
Tabla 2. Cronograma del estudio.....	23
Tabla 3. Características sociodemográficas y relacionadas con el daño de los participantes.....	24
Tabla 4. Resultados de la escala OBQ-E.....	26
Tabla 5. Resultados de la escala ECVI-38.....	27
Tabla 6. Grado de afectación de la calidad de vida.....	27
Tabla 7. Resultados de la escala SIS-16.....	28
Tabla 8. Actividades donde los participantes necesitan ayuda de otra persona.	29
Tabla 9. Uso habitual de productos de apoyo.....	29
Tabla 10. Relación entre equilibrio ocupacional, desempeño y calidad de vida.	30
Tabla 11. Relación entre la edad y el equilibrio ocupacional, desempeño y calidad de vida.....	31
Tabla 12. Relación entre variables clínicas y el equilibrio ocupacional, desempeño y calidad de vida (media (DT)).....	32

Resumen

Introducción: el daño cerebral adquirido tiene un impacto significativo en la vida de las personas, afectando al equilibrio ocupacional (EO), la calidad de vida (CV) y el desempeño ocupacional (DO).

Objetivo: analizar la relación entre el EO, la CV y el DO de personas adultas que han tenido un ictus.

Metodología: estudio observacional, de diseño transversal y analítico cuantitativo. Participaron 30 personas que sufrieron un ictus hace más de un año. El EO, la CV y el DO se evaluaron a través de las herramientas OBQ-E, ECVI-38 y SIS-16, respectivamente. Además, se recogieron datos sociodemográficos y clínicos. Se emplearon análisis estadísticos descriptivos y bivariantes.

Resultados: participaron un total de 30 personas de entre 28 y 99 años, (edad media=69 años [18,2]; hombres=90%). El 76,7% de los participantes reciben actualmente intervención desde terapia ocupacional (TO). En general, los participantes perciben un alto EO y DO. Los dominios más afectados de la CV fueron el de funciones sociofamiliares y estado físico, y en general, se aprecia la CV gravemente afectada.

Las tres variables muestran relaciones específicas: el EO y DO muestran una correlación moderada pero no significativa; sin embargo, la CV se correlacionó significativamente tanto con el EO como con el DO.

Conclusiones: a pesar de que las personas con ictus reportan buen EO y DO, su CV está afectada. A su vez, la CV se relaciona con el EO y el DO.

Palabras clave: ictus, equilibrio ocupacional, desempeño ocupacional, calidad de vida.

Tipo de estudio: trabajo de investigación.

Resumo

Introdución: o dano cerebral adquirido ten un impacto significativo na vida das persoas, afectando ao equilibrio ocupacional (EO), á calidade de vida (CV) e ó desempeño ocupacional (DO).

Obxectivo: analizar a relación entre o EO, a CV e o DO de persoas adultas que tiveron un ictus.

Metodoloxía: estudo observacional, de deseño transversal e analítico cuantitativo. Participaron 30 persoas que sufriron un ictus hai máis dun ano. O EO, a CV e o DO foron avaliados a través das ferramentas OBQ-E, ECVI-38 o SIS-16, respectivamente. Ademais, recolléronse datos sociodemográficos e clínicos. Empleáronse análises estatísticas descritivas e bivariadas.

Resultados: participaron un total de 30 persoas de entre 28 e 99 anos, (idade media=69 anos [18,2]; homes=90%). O 76,7% dos participantes reciben actualmente intervención dende terapia ocupacional (TO). En xeral, os participantes perciben un alto EO e DO. Os dominios máis afectados da CV foron os de funcións sociofamiliares e estado físico, e en xeral, apréciase a CV gravemente afectada.

As tres variables mostran relacións específicas: o EO e DO mostran unha correlación moderada pero non significativa; mais a CV correlacionouse significativamente tanto co EO como co DO.

Conclusións: aínda que as persoas con ictus reportan bo EO e DO, a súa CV está afectada. A súa vez, a CV relaciónase co EO e o DO.

Palabras chave: ictus, equilibrio ocupacional, desempeño ocupacional, calidade de vida.

Tipo de estudio: traballo de investigación.

Abstract

Introduction: acquired brain damage has a significant impact on people's lives, as it affects occupational balance (OB), quality of life (QoL) and occupational performance (OP).

Objective: to analyze the relation between OB, QoL and OP of adults who have had a stroke.

Methodology: an observational, cross-sectional study was conducted using a quantitative design. Thirty people who experienced a stroke at least a year ago participated. The OB, QoL and OP were evaluated through the OBQ-E, ECVI-38 and SIS-16, respectively. In addition, sociodemographic and clinical data were collected. Descriptive and bivariate statistical analyses were conducted.

Results: a total of 30 people between 28 and 99 years of age participated (mean age=69 years [18.2]; men=90%). 76.7% of participants currently receive intervention from occupational therapy (OT). Overall, participants perceive a high OB and OP. The most affected domains of the QoL were those of socio-familial functions and physical state, although overall QoL was significantly affected.

The three variables show a specific relationship: OB and OP show a moderate but not significant correlation; however, QoL was significantly correlated with both OB and OP.

Conclusions: although people with stroke report good OB and OP, their QoL is affected. In turn, QoL is related to OB and OP.

Keywords: stroke, occupational balance, occupational performance, quality of life.

Type of study: research work.

1. Introducción

1.1. El accidente cerebrovascular

El daño cerebral adquirido (DCA) es una patología que tiene un gran impacto sanitario y social por las consecuencias que conlleva tanto a nivel personal como familiar y social, además de por su alta incidencia y prevalencia(1). Esta patología tiene diferentes secuelas que van desde problemas físicos y cognitivos a emocionales, conductuales, del habla y de la comunicación, con diferentes grados según el área cerebral afectada(2). La etiología del daño cerebral es diversa, y aunque la principal causa de DCA son los accidentes cerebrovasculares (ACV) o ictus, también puede deberse a traumatismos craneoencefálicos (TCE), tumores cerebrales, anoxias o infecciones(1,3).

La incidencia global de ictus en Europa fue en el año 2022 de 204,5 por 100.000 personas-año, aumentando desde 4,7 en menores de 35 años a 1.694 por 100.000 personas-año en mayores de 84 años. La incidencia en los países del sur de Europa (entre los que se encuentra España) fue de 214,1 por 100.000 personas-año(4)

El ACV es una de las principales causas de muerte e incapacidad funcional a nivel mundial, siendo la segunda causa de muerte y la primera causa de discapacidad en España. Además, en los próximos años esto plantea un gran reto; ya que se estima que el envejecimiento de la población aumentará la incidencia del ictus en un 35% aproximadamente(5).

El ictus ocurre de forma brusca, y consiste en la disminución del flujo sanguíneo en una zona del cerebro. Los síntomas del ictus dependen de la zona afectada, así como de la gravedad del daño, y pueden incluir debilidad muscular, parálisis, pérdida o alteración de la sensibilidad en un lado del cuerpo, dificultad para hablar, problemas en la visión, confusión, mareos, pérdida de equilibrio o dolor de cabeza repentino e intenso. Existen dos tipos principales: isquémico y hemorrágico. El ictus isquémico implica la pérdida de flujo sanguíneo por la obstrucción de una arteria, con frecuencia por la presencia de un coágulo de sangre, y es el tipo más común,

ocurriendo en el 80% de los casos; mientras que el ictus hemorrágico conlleva un sangrado por la rotura de un vaso sanguíneo, de forma que la sangre se filtra hacia el tejido cerebral, y este tipo de ictus corresponde al 20% restante(6).

En cuanto a los factores de riesgo de los ACV, principalmente se encuentran fumar tabaco, tener obesidad, hipertensión arterial, colesterol alto, la falta de ejercicio físico, una dieta poco equilibrada o el consumo de alcohol y otras drogas. Pero, aun así, cabe destacar que en ocasiones el ACV ocurre en personas que tienen un estilo de vida saludable, ya que hay otros factores de riesgo que no dependen de la persona, como pueden ser la edad, el sexo o los antecedentes familiares(7).

Según datos del Atlas del Ictus en España 2019, elaborado por el Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (SEN) junto con Bristol Myers Squibb y Pfizer(8), el 59% de las personas que han tenido un ictus presentan dificultades en sus actividades cotidianas, más de un 62% presenta problemas de movilidad, un 64% sufre dolor y malestar y un 36% describe su estado de salud como “malo” o “muy malo”. Aunque en muchos casos las secuelas físicas no son muy evidentes, las secuelas a nivel psicológico pueden llegar a impedir, por ejemplo, una correcta integración social o laboral(1).

Por tanto, los problemas que puede encontrarse una persona tras un ACV, son diversos y dependen de distintos factores, siendo uno de los más relevantes la edad, ya que las personas mayores tienen una capacidad más limitada de recuperarse y pueden presentar otras enfermedades que dificulten o compliquen la evolución tras el ictus. Las secuelas o complicaciones que puede tener la persona son diversas y en ocasiones muy discapacitantes, ya que cualquier función sensorial, motora o automática puede verse afectada. A continuación, se describen algunas de las alteraciones más comunes(1).

Pueden presentar alteraciones neurológicas, como déficit motor, hemiparesia, tetraparesia, pérdida de destrezas finas o gruesas, trastornos del equilibrio, trastornos visuales, auditivos, táctiles o propioceptivos, hidrocefalia o dispraxias; alteraciones cutáneas como úlceras por presión, quemaduras o infecciones; alteraciones musculoesqueléticas asociadas a hipertonía y espasticidad que producen deformidades neuroortopédicas; alteraciones nutricionales por los trastornos deglutorios; alteraciones cardiorrespiratorias que requieren traqueostomías o acumulación de secreciones con complicaciones como la neumonía; alteraciones esfinterianas que producen incontinencia urinaria o fecal, así como retenciones o períodos prolongados de estreñimiento; alteraciones de la función sexual relacionadas con la disminución del nivel de conciencia en la fase aguda y con trastornos en la esfera neuropsiquiátrica y neuropsicológica; alteraciones cognitivas que producen problemas de memoria y atención, en la planificación, procesamiento de información y en el uso del lenguaje; alteraciones conductuales que llevan a agitación y agresiones verbales y/o físicas, dificultades de aprendizaje, alteraciones en el funcionamiento sexual, impulsividad o cambios de humor; y por último, repercusiones a nivel social ocasionadas por el desempleo, divorcios o problemas económicos, que afectan al día a día de la persona como de sus familias(1).

1.2. Equilibrio ocupacional, desempeño y calidad de vida

El equilibrio ocupacional (EO), según Wagman et al.(9), se entiende como “la percepción que tiene el propio individuo sobre tener la cantidad adecuada de ocupaciones, la correcta variación entre las mismas y la satisfacción con el tiempo dedicado”. A este respecto, las diferentes alteraciones que puede presentar una persona tras haber sufrido un ictus van a tener impacto en las diferentes actividades de la vida diaria que llevaba a cabo hasta ese momento la persona, por lo que el EO va a verse afectado en distintos grados. Participar en ocupaciones significativas para la persona puede llegar a ser muy difícil tras el ictus, ya que en ocasiones la participación en distintas actividades está restringida, realizando

mayoritariamente actividades básicas de la vida diaria (ABVD), mientras que participar en actividades que impliquen salir de casa como son las actividades de ocio o participación social pasan a convertirse en un auténtico reto(10). Cabe destacar que el EO es un concepto del que no hay tanta producción científica como de otros aspectos del dominio de la TO como pueden ser el desempeño o la participación, y que al tratarse de algo subjetivo, ya que es una experiencia única y personal de cada persona, resulta complicado establecer una línea adecuada de actuación, aunque es imprescindible mejorar las intervenciones relacionadas con la gestión sobre el compromiso con las actividades significativas en las fases posteriores a la rehabilitación. Diversos estudios mencionan que las personas que han tenido un ictus ven en su vida desequilibrio ocupacional o riesgo de desequilibrio en mayor o menor medida, y en ocasiones, cuando perciben un buen EO se relaciona directamente con la satisfacción con la vida en general(11).

Por su parte, el DO se define como la posibilidad de realizar y completar una ocupación concreta que resulta del ajuste dinámico entre la persona, sus contextos y la ocupación(12,13). Es decir, son los roles, las rutinas o las tareas que nos llevan a participar en actividades y a la obtención de la condición de salud(14). Dichos roles pueden establecerse por necesidad y/o elección y tienden a modificarse con la edad, la experiencia, las circunstancias y el tiempo(15). De este modo, este concepto está estrechamente relacionado con el EO, ya que en el momento en que una persona no puede completar diferentes actividades que para ella son importantes, el EO también se verá afectado.

Asimismo, la CV es definida por la OMS como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto multidimensional”(16). En la actualidad, las personas buscan mejorar su CV a través de cambios en sus trabajos, participando en actividades de ocio y manteniendo sus relaciones sociales, pero cuando se encuentran con una enfermedad crónica como puede ser

un ACV, la CV pasa a depender de la capacidad que tenga esa persona de hacer frente a esta nueva situación, además de depender de la gravedad del daño y las consecuencias económicas y psicológicas que impliquen dicho daño. Es por ello que la CV va a verse afectada de una forma negativa, ya que los roles y las rutinas se ven modificadas, encuentran limitaciones en muchas de las actividades que antes realizaban como conducir o salir con amigos, y se encuentran con problemas de movilidad o dolor que les impiden seguir participando en ciertas actividades(17).

Por lo tanto, en el momento en el que una persona encuentra una privación en su actividad, su salud va a verse afectada(11,12). Cuando la salud y la ocupación no están presentes en la vida de las personas se produce un desequilibrio que puede alterar y afectar el ánimo y la motivación de éstas(18).

1.3. Daño cerebral y terapia ocupacional

Considerando que el daño cerebral supone diversas alteraciones en la vida de las personas, es necesario abordarlo desde TO para poder fomentar y favorecer la autonomía personal en las ocupaciones, así como de otras profesiones para establecer un plan de acción interdisciplinar y poder tener mejores resultados(19).

La TO tiene gran importancia en el ámbito de la neurología para ayudar a las personas que sufren algún daño cerebral a recuperar la funcionalidad en su día a día. Desde esta disciplina se trabaja desde una visión holística, centrada en la persona, para recuperar la máxima autonomía e independencia interviniendo desde diferentes componentes a través de actividades cotidianas, llevando a la persona a recuperar algunos de sus roles, sus intereses personales, y a enseñarle alternativas de ocio u otras actividades que antes no conocía o no barajaba(19).

Los tres conceptos mencionados anteriormente (EO, DO y CV) son constructos relacionados con el funcionamiento y la salud. Sin embargo, los estudios encontrados que exploren la relación entre ellos en personas con ACV son escasos, por lo que es necesario profundizar más en la propia perspectiva de las personas con este perfil, para poder llegar a conclusiones relevantes.

1.4. Justificación

El ACV tiene gran impacto en la vida de las personas que lo sufren, provocando en la mayoría de las ocasiones en líneas generales una disminución de su DO y CV. El EO puede ser clave para la recuperación de las personas con ictus, ya que participar en diferentes actividades puede contribuir a mejorar la CV y el DO. Los estudios encontrados sobre la relación entre el EO, DO y CV en población con ictus, y concretamente en población con ictus en España, son limitados, por lo que resulta interesante conocer más datos sobre ello, generando evidencia que respalde la toma de decisiones clínicas y la atención y el tratamiento de esta población.

De esta forma, con este estudio se pretende conocer y comprender mejor la relación entre estos conceptos para poder mejorar la práctica clínica en el tratamiento de estas personas.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

El objetivo general del estudio es analizar la relación entre el equilibrio ocupacional, la calidad de vida y el desempeño ocupacional de personas adultas que han tenido un ictus.

2.2. Objetivos específicos

1. Explorar el equilibrio ocupacional en personas adultas que han tenido un ictus.
2. Explorar la calidad de vida de personas adultas que han tenido un ictus.
3. Explorar el desempeño ocupacional que presentan las personas adultas que han tenido un ictus.
4. Identificar las variables sociodemográficas y clínicas asociadas al equilibrio ocupacional, la calidad de vida y el desempeño ocupacional en personas adultas que han tenido un ictus.

3. Metodología

3.1. Tipo de estudio

Para este trabajo se realizó un estudio observacional, de diseño transversal y analítico, utilizando una metodología cuantitativa.

3.2. Período de estudio

El estudio se realizó entre los meses de octubre de 2022 y junio de 2023, con la correspondiente aprobación del protocolo por parte del Comité de Ética de la Investigación de Galicia.

La recogida de datos se realizó en el mes de abril de 2023.

3.3. Ámbito de estudio

El estudio se ha llevado a cabo en Cefine Neurología, un centro de neurorrehabilitación del municipio de Culleredo, en A Coruña.

3.4. Definición de los sujetos a estudio

El grupo formado por los sujetos a estudio ha sido un grupo de personas de ambos sexos, mayores de 18 años, que han tenido un ictus y son usuarios del centro mencionado.

3.5. Selección y retirada de sujetos

3.5.1. Criterios de inclusión y exclusión

La selección de los participantes se ha realizado a partir de los criterios de inclusión y exclusión que se exponen a continuación, utilizando un muestreo consecutivo no probabilístico.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
- Personas mayores de 18 años que hayan sufrido un ACV hace, por lo menos, 1 año. - Personas que, una vez leída la hoja de información al participante, accedan a participar voluntaria y anónimamente en el estudio.	- Personas que presenten otra condición neurológica de salud relevante que afecte a su equilibrio ocupacional, calidad de vida o desempeño ocupacional. - Personas que presenten un deterioro cognitivo que les impida comprender y/o responder a las encuestas.

Elaboración propia

3.5.2. Entrada al campo

El contacto inicial con Cefine Neurología, centro de neurorrehabilitación al que acuden personas que han sufrido ictus, tuvo lugar entre los meses de octubre de 2022 y enero de 2023, coincidiendo con el periodo en el que la investigadora principal (Sonia Gil) realizaba sus prácticas clínicas bajo la supervisión de la investigadora colaboradora (Tatiana Germán), terapeuta ocupacional de dicho centro. En el mes de enero se solicitó al responsable del centro la autorización correspondiente para poder desarrollar en el centro dicho trabajo de investigación (Apéndice 2).

Una vez obtenida la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de Galicia (Apéndice 3), la investigadora colaboradora (Tatiana Germán) explicó los objetivos del estudio y facilitó una hoja de información a los potenciales participantes del estudio (Apéndice 4). A continuación, a las personas que aceptaron participar en el estudio se les facilitó el cuaderno de recogida de datos en formato físico (Apéndice 5) o electrónico, según las preferencias de cada participante. Se habilitó un buzón en el centro Cefine en el que los participantes podían depositar el cuaderno cumplimentado en un plazo de quince días para garantizar el anonimato de los participantes. Además, para los participantes que preferían el cuaderno en formato electrónico se utilizó la plataforma Microsoft Forms, utilizando la licencia de la Universidade da Coruña, garantizando de este modo el anonimato y la confidencialidad.

Finalmente, ninguno de los participantes utilizó el cuaderno de recogida de datos en formato electrónico, por lo que la investigadora principal recogió los cuadernos de recogida de datos debidamente autocumplimentados en el plazo de quince días, y a continuación, se volcaron en la base de datos para su procesamiento y análisis.

3.6. Justificación del tamaño muestral

Estudios previos han estimado una correlación entre moderada y alta entre el equilibrio ocupacional, el desempeño ocupacional y la calidad de vida ($r=0,5-0,88$; $p<0,05$)(11). Por lo tanto, se estimó que sería necesario un tamaño muestral mínimo de 29 personas para detectar correlaciones de al menos 0,5 con una seguridad del 95% y un poder estadístico del 80% ante una hipótesis bilateral.

Se siguió un muestreo consecutivo no probabilístico, finalizando la recogida de muestra cuando se llegó al tamaño muestral mínimo en alguna de las tres variables principales.

3.7. Variables y mediciones

Todas las variables fueron recogidas con instrumentos incluidos en el cuaderno de recogida de datos. A dicho cuaderno sólo tuvieron acceso las investigadoras del estudio. Toda la información recogida fue autorreportada por los participantes, incluyendo las variables relacionadas con el ACV (p.ej.: tipo y lado de afectación).

3.7.1. Variables principales y sus mediciones

Equilibrio ocupacional:

Se midió a través del “Cuestionario de Equilibrio Ocupacional, OBQ-E”(20), adaptación al contexto español del “Occupational Balance Questionnaire, OBQ”(21).

El OBQ-E es un breve cuestionario autoadministrado que está formado por 13 ítems y tiene un tiempo aproximado de administración de 5 minutos. En el cuestionario se le pide a la persona encuestada que valore su grado de acuerdo con cada una de las afirmaciones presentes, que hacen referencia a diferentes cosas que hace la persona habitualmente, en algunas se especifican los tipos de actividades, pero en la mayoría son actividades cotidianas en términos generales.

Para obtener la puntuación final se utiliza una escala ordinal de 6 puntos que va de 0 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Así, la puntuación máxima que puede obtenerse en dicho cuestionario es de 65 sumando los puntos de cada ítem. A mayor puntuación, mayor EO(20,21).

El OBQ-E es un instrumento válido y fiable(21) para valorar el grado de EO que presentan las personas, mostrando una buena consistencia interna (α -Cronbach = 0,87) y una fiabilidad intraclase y test-retest también buenas (ICC = 0,87, rho = 0,83, respectivamente).

En aquellos cuestionarios donde había como máximo 2 ítems en blanco, se realizó la media con los datos existentes.

Calidad de vida:

La CV se midió a través de la “Escala de Calidad de Vida para el Ictus” (ECVI-38)(22), que se trata del primer instrumento desarrollado en habla hispana para valorar la CV en personas que han tenido un ACV. Está basada en la clasificación de estados de salud de la OMS.

Esta escala es administrada por un entrevistador y está formada por 38 ítems agrupados en ocho dominios: estado físico (EF), comunicación (CO), cognición (CG), emociones (EM), sentimientos (SE), actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades comunes de la vida diaria (ACVD) y funciones sociofamiliares (FF); además de dos preguntas adicionales sobre la función sexual y la actividad laboral. La ECVI-38 es una escala válida y fiable, ya que la escala en general y todos los dominios que la conforman mostraron excelentes valores de consistencia interna con coeficientes α -Cronbach por encima de 0,70. Además, se vio también una excelente fiabilidad intraclase y test-retest con valores entre 0,84 y 0,98. La puntuación total de la escala se obtiene del promedio de la puntuación de los dominios(22).

En aquellos cuestionarios donde había como máximo 1 ítem en blanco para el dominio “funciones sociofamiliares” se realizó la media con los datos existentes.

Desempeño ocupacional:

El desempeño en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) se midió a través de la “Escala de Impacto del Ictus – 16” (SIS-16). Además, al final de la escala se añadieron dos preguntas anexas relacionadas con la necesidad de productos de apoyo y físicos.

Esta escala está diseñada específicamente para la población con ictus en Europa, para conocer las limitaciones específicas después del ictus y las necesidades que tiene esta población. Es autoadministrada, pero en caso de que la persona no pueda responder se obtiene la información del cuidador, y es una versión reducida del Stroke Impact Scale versión 3.0 que se creó para valorar de forma global las funciones físicas de la persona (aspectos como la fuerza, la función de la mano, la realización de ABVD y AIVD)(23).

Consta de diferentes dimensiones: relacionadas con las ABVD y AIVD, con la movilidad y con la función de la mano. Cada pregunta tiene 5 opciones de respuesta según la dificultad que encuentra la persona al realizar esa actividad, de forma que va de 1 (dificultad completa) a 5 (no dificultad)(23).

Esta escala ha sido estudiada por Duncan(24) en el año 99 y encontró una validez excelente cuando se comparó con otras escalas que medían aspectos similares, como el Índice de Barthel, donde se demostró que la SIS-16 era más precisa y sensible, ya que recoge ítems más complejos sobre actividades que pueden verse afectadas tras sufrir un ictus (como caminar una manzana o realizar actividades pesadas del hogar). Más adelante se volvió a valorar la validez de dicha escala en población con ictus española y los resultados fueron similares a la versión original. Se ha demostrado que cumple con las características de validez y consistencia interna con un α -Cronbach = 0,940. Además, tiene una excelente correlación intraclass y fiabilidad test-retest con valores entre 0,991 y 0,998(23). En aquellos cuestionarios donde había como máximo 3 ítems en blanco, se realizó la media con los datos existentes.

3.7.2. Variables secundarias

- Edad: en años.
- Sexo: mujer; hombre.
- Municipio de residencia.
- Situación habitacional: solo; en pareja; con más miembros de la familia; con compañeros/amigos; en pareja y con más miembros de la familia.
- Tipo de ACV: hemorrágico; isquémico; no lo sé.
- Lado de afectación: izquierdo; derecho.
- Tiempo desde el ACV: 1 año; 2 años; 3-5 años; 5-10 años; +10 años.
- Usuario de silla de ruedas: sí; no.
- Medicación: sí; no.
- Intervención desde TO después de sufrir el ACV: sí; no.
- Intervención desde TO actualmente: sí; no.

3.8. Análisis estadístico

Para el procesamiento y el análisis de los datos se utilizaron el programa Office Excel y el paquete estadístico SPSS versión 28 (licencia de la Universidade da Coruña).

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las variables del estudio expresando las variables cuantitativas, como la edad con la media y la desviación típica, y las variables cualitativas, como el sexo o el lado de afectación, con su frecuencia absoluta y relativa.

En segundo lugar, se realizó un análisis bivariante para dar respuesta a los objetivos del estudio. Se comprobó la normalidad de la distribución mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. Como las tres variables de interés seguían una distribución normal, se utilizó la correlación R de Pearson para analizar la relación entre el equilibrio ocupacional, el desempeño y la calidad de vida.

Para analizar la relación entre una variable cuantitativa y una cualitativa de dos categorías (por ejemplo, el equilibrio ocupacional y el tipo de ACV) se utilizó test de Student para datos independientes.

Se consideraron como significativos los valores $p < 0,05$.

3.9. Aspectos éticos

Este trabajo ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de A Coruña-Ferrol (código 2023/065; Apéndice 3).

3.9.1. Cumplimiento de Normas de Buena Práctica Clínica, Declaración de Helsinki, Convenio de Oviedo, así como normativa de protección de datos, manejo de historia clínica y otra normativa de aplicación según el tipo de estudio

El desarrollo de este estudio se rigió por las normas éticas presentes en la Declaración de Helsinki (octubre 2013)(25), en el Convenio de Oviedo(26) y siguió las pautas del Código de Buenas Prácticas en la Investigación(27).

3.9.2. Información al participante

Se realizó una Hoja de Información al Participante (Apéndice 4) que explicaba en qué iba a consistir el estudio además de lo que conllevaba la participación en el mismo. Al tratarse de un estudio anónimo, no se necesitaba un documento de consentimiento informado. Se hizo constar que, al tratarse de un estudio anónimo, no sería posible retirar los datos una vez facilitados.

3.9.3. Confidencialidad de la información recogida en el contexto del estudio

En la Hoja de Información también se explicaba que no se aplica la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y garantía de los derechos digitales(28), ni el Reglamento General de Protección de Datos(29) ya que todos los datos se han recogido de forma anónima, sin datos personales.

3.10. Plan de trabajo

Tabla 2. Cronograma del estudio.

AÑO	2022				2023					
	ACTIVIDAD	oct	nov	dic	ene	febr	mar	abr	may	jun
	Búsqueda bibliográfica	■	■	■						
	Diseño de protocolo			■	■					
	Contacto con el centro				■					
	Solicitud de aprobación al CAEIG					■				
	Respuesta a la solicitud de aclaraciones por parte del CAEIG						■			
	Recogida de datos en el centro							■		
	Análisis estadístico							■	■	
	Redacción del informe de resultados								■	■

Elaboración propia

Octubre – diciembre 2022: Búsqueda bibliográfica.

Diciembre 2022 – enero 2023: Diseño de protocolo.

Enero 2023: Contacto con el centro por parte de la investigadora principal (Sonia Gil).

Febrero 2023: Solicitud de la aprobación del protocolo al Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia.

Marzo 2023: Respuesta a la solicitud de aclaraciones por parte del CAEIG.

Abril 2023: Recogida de datos en el centro: entrega de los cuadernos de recogida de datos por parte de la investigadora principal y la investigadora colaboradora. Análisis de datos.

Mayo – junio 2023: Análisis de datos y redacción del informe de resultados.

4. Resultados

4.1. Características generales de los participantes

Se recibieron un total de 30 respuestas, de las que 29 fueron válidas para dos de las variables principales (DO y CV) y 28 fueron válidas para el EO. Los participantes son usuarios de Cefine Neurología que tuvieron un ictus hace por lo menos un año.

La Tabla 3 presenta las características sociodemográficas y relacionadas con el ACV de los participantes. La mayor parte de los participantes fueron hombres (90%), con una edad media de 69 años (DT=18,2) y un rango de edad de entre 28 y 99 años.

Por otro lado, la mayoría de los participantes viven con su pareja (40,0%) y un 10,0% viven solos. El municipio donde viven la mayor parte de los participantes es A Coruña.

Tabla 3. Características sociodemográficas y relacionadas con el daño de los participantes.

	Media (DT) o N (%)
Edad ¹	68,9 (18,2)
Sexo (N=30)	
Hombre	27 (90,0)
Mujer	3 (10,0)
Municipio de residencia ²	
A Coruña	11 (40,7)
Otros	16 (59,3)
Situación habitacional	
Solo/a	3 (10,0)
En pareja	12 (40,0)
Con más miembros de la familia	11 (36,7)
Con compañeros/amigos	1 (3,3)
En pareja y con más miembros de la familia	3 (10,0)

Tabla 3 (continuación). Características sociodemográficas y relacionadas con el daño de los participantes.

	Media (DT) o N (%)
Tipo de ACV	
No lo sé	7 (23,3)
Hemorrágico	7 (23,3)
Isquémico	16 (53,3)
Lado afectado por el ACV	
Izquierdo	20 (66,7)
Derecho	10 (33,3)
Tiempo desde el ACV	
1 año	9 (30,0)
2 años	6 (20,0)
3-5 años	5 (16,7)
5-10 años	6 (20,0)
+10 años	4 (13,3)
Utiliza silla de ruedas para desplazarse	
Sí	8 (26,7)
No	22 (73,3)
Toma medicación relacionada con el ACV	
Sí	25 (83,3)
No	5 (16,7)
Recibió intervención de Terapia Ocupacional tras el ACV	
Sí	28 (93,3)
No	2 (6,7)
Recibe actualmente intervención de Terapia Ocupacional	
Sí	23 (76,7)
No	7 (23,3)

¹= 4 valores perdidos para esta variable ²= 3 valores perdidos para esta variable

Respecto a las variables relacionadas con el ACV, la mitad de los participantes tuvo un ACV de tipo isquémico (53,3%), predominando la afectación del lado izquierdo del cuerpo (66,7%) y en cuanto al período de tiempo que ha pasado desde el ACV, la mayoría de ellos tuvieron el ictus hace entre 1 y 5 años, y solamente el 33,3% tuvo el ictus hace más de 5 años. Un pequeño grupo de participantes son personas usuarias de silla de ruedas (36,7%) y la mayoría de ellos toma medicación relacionada con el ACV (83,3%).

Cabe destacar que el 93,3% de los participantes recibieron intervención de Terapia Ocupacional tras el ACV y el 76,7% sigue recibiendo dicho tratamiento en la actualidad.

4.2. Equilibrio ocupacional

En cuanto al EO reportado por el OBQ-E, en la Tabla 4 se puede apreciar que, para los 13 ítems la mayoría de los participantes estaban entre “algo de acuerdo” y “muy de acuerdo” en que tienen un buen EO. En cuanto a la puntuación total, la media del OBQ-E en la muestra fue de 42,2 (DT=14,2).

Tabla 4. Resultados de la escala OBQ-E.

	Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Ítem 1	2 (6,9)	5 (17,2)	3 (10,3)	9 (31)	6 (20,7)	4 (13,8)
Ítem 2	2 (6,7)	2 (6,7)	0 (0,0)	6 (20,0)	12 (40,0)	8 (26,7)
Ítem 3	1 (3,4)	1 (3,4)	3 (10,3)	6 (20,7)	10 (34,5)	8 (27,6)
Ítem 4	2 (6,9)	4 (13,8)	2 (6,9)	7 (24,1)	6 (20,7)	8 (27,6)
Ítem 5	1 (3,6)	6 (21,4)	3 (10,7)	7 (25,0)	9 (32,1)	2 (7,1)
Ítem 6	1 (3,3)	3 (10,0)	4 (13,3)	3 (10,0)	8 (26,7)	11 (36,7)
Ítem 7	2 (6,7)	3 (10,0)	6 (20,0)	3 (10,0)	7 (23,3)	9 (30,0)
Ítem 8	3 (10,0)	2 (6,7)	3 (10,0)	10 (33,3)	4 (13,3)	8 (26,7)
Ítem 9	1 (3,3)	3 (10,0)	6 (20,0)	7 (23,3)	8 (26,7)	5 (16,7)
Ítem 10	1 (3,3)	1 (3,3)	4 (13,3)	11 (36,7)	6 (20,0)	7 (23,3)
Ítem 11	0 (0,0)	5 (16,7)	5 (16,7)	9 (30,0)	4 (13,3)	7 (23,3)
Ítem 12	1 (3,6)	3 (10,7)	1 (3,6)	15 (53,6)	5 (17,9)	3 (10,7)
Ítem 13	2 (6,9)	0 (0,0)	3 (10,3)	6 (20,7)	6 (20,7)	12 (41,4)

4.3. Calidad de vida

En relación con los resultados de la escala de CV, en la Tabla 5 se puede apreciar que el dominio con mayor afectación era el relacionado con las funciones sociofamiliares, seguido del dominio de estado físico, lo que indica que los participantes pueden encontrar mayores dificultades que repercutirán en su CV en aquellas actividades relacionadas con la economía familiar o problemas cotidianos, así como en las relacionadas con actividades que impliquen exigencia física. Por el contrario, los dominios con menor afectación fueron el de comunicación y el de cognición. La media de la puntuación total de la escala fue de 96,5 (DT=26,4).

Tabla 5. Resultados de la escala ECVI-38.

Subescala	Media (DT)
Estado físico (5-25)	14,2 (3,6)
Comunicación (5-20)	7,3 (2,7)
Cognición (5-15)	7,1 (2,3)
Emociones (5-25)	13,7 (4,2)
Sentimientos (5-25)	12,4 (4,3)
Actividades básicas de la vida diaria (5-20)	11,4 (4,2)
Actividades comunes de la vida diaria (5-20)	12,1 (4,24)
Funciones sociofamiliares (5-40)	21,7 (6,2)

En cuanto al grado de afectación de la CV de los participantes, se puede apreciar que la mayoría de ellos (83,3%) tiene una afectación grave y ninguno de ellos tiene afectación leve, o nula.

Tabla 6. Grado de afectación de la calidad de vida.

Grado de afectación de la calidad de vida	N (%)
No afectación (0-25)	0 (0,0)
Afectación leve (26-50)	0 (0,0)
Afectación moderada (51-65)	4 (13,3)
Afectación grave (más de 65)	25 (83,3)

4.4. Desempeño ocupacional

Respecto a los resultados obtenidos en la escala SIS-16, en la Tabla 7 se puede observar que hay 4 ítems donde la mayoría de los participantes, en las dos semanas anteriores a responder al cuestionario, tuvieron muchas dificultades y calificaron las actividades como “incapaz de hacerlo”. Estos ítems corresponden a “ir de compras” (ítem 7), “hacer las faenas pesadas de la casa como barrer, lavar, etc.” (ítem 8), “caminar rápido” (ítem 12) y “transportar objetos pesados, como la bolsa de la compra, con su mano afectada” (ítem 16). Sin embargo, en los ítems restantes las respuestas más repetidas fueron “nada difícil” o “un poco difícil”, lo que indica que en general, la mayoría de los participantes no encuentran grandes dificultades en las actividades de su día a día. La media de la puntuación total de la escala fue 57,6 (DT=14,9).

Tabla 7. Resultados de la escala SIS-16.

	Nada difícil N (%)	Un poco difícil N (%)	Bastante difícil N (%)	Muy difícil N (%)	Incapaz de hacerlo N (%)
Ítem 1	10 (34,5)	10 (34,5)	3 (10,3)	4 (13,8)	2 (6,9)
Ítem 2	8 (27,6)	4 (13,8)	6 (20,7)	4 (13,8)	7 (24,1)
Ítem 3	15 (51,7)	7 (24,1)	2 (6,9)	4 (13,8)	1 (3,4)
Ítem 4	14 (48,3)	10 (34,5)	2 (6,9)	2 (6,9)	1 (3,4)
Ítem 5	17 (58,6)	8 (27,6)	2 (6,9)	1 (3,4)	1 (3,4)
Ítem 6	11 (36,7)	14 (46,7)	2 (6,7)	0 (0,0)	3 (10,0)
Ítem 7	5 (16,7)	8 (26,7)	5 (16,7)	4 (13,3)	8 (26,7)
Ítem 8	1 (3,3)	11 (36,7)	2 (6,7)	1 (3,3)	15 (50,0)
Ítem 9	26 (86,7)	3 (10,0)	1 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ítem 10	10 (33,3)	10 (33,3)	4 (13,3)	4 (13,3)	2 (6,7)
Ítem 11	19 (63,3)	7 (23,3)	3 (10,0)	0 (0,0)	1 (3,3)
Ítem 12	2 (6,7)	10 (33,3)	6 (20,0)	5 (16,7)	7 (23,3)
Ítem 13	9 (30,0)	9 (30,0)	6 (20,0)	2 (6,7)	4 (13,3)
Ítem 14	8 (26,7)	11 (36,7)	3 (10,0)	2 (6,7)	6 (20,0)
Ítem 15	10 (33,3)	12 (40,0)	5 (16,7)	0 (0,0)	3 (10,0)
Ítem 16	1 (3,3)	4 (13,3)	4 (13,3)	8 (26,7)	13 (43,3)

En relación con aquellas actividades donde los participantes necesitan la ayuda de otra persona, en la Tabla 8 se puede ver que más de la mitad de ellos necesitan ayuda para “vestirse, asearse...”, “abrir y cerrar cosas” y “recados y tareas de casa”, y aunque en el resto de las actividades sea menor el número de participantes que necesita ayuda, se observa que en todas las actividades mencionadas alguno de ellos necesita ayuda.

Tabla 8. Actividades donde los participantes necesitan ayuda de otra persona.

	Necesita ayuda de otra persona N (%)
Vestirse, asearse...	20 (66,7)
Levantarse	10 (33,3)
Comer	7 (23,3)
Caminar, pasear...	12 (40,0)
Higiene personal	14 (46,7)
Alcanzar	11 (36,7)
Abrir y cerrar cosas	18 (60,0)
Recados y tareas de casa	22 (73,3)

En cuanto al uso habitual de productos de apoyo, en la Tabla 9 se puede apreciar que más de la mitad de los participantes utilizan bastón, muletas, andador o silla de ruedas y el 50% de ellos cuenta con un asiento o barra especial para el baño. En relación con los productos de apoyo que menos participantes utilizan se encuentra el abridor para tarros previamente abiertos y los cubiertos de mango ancho.

Tabla 9. Uso habitual de productos de apoyo.

	Uso habitual de productos de apoyo N (%)
Cubiertos de mango ancho	6 (20,0)
Bastón, muletas, andador o silla de ruedas	19 (63,3)
Asiento o barra especial para el baño	15 (50,0)
Asiento alto para el retrete	9 (30,0)
Abridor para tarros previamente abiertos	2 (6,7)

4.5. Relación entre el equilibrio ocupacional, el desempeño y la calidad de vida

A continuación, se reportan los resultados del análisis de asociación entre el equilibrio ocupacional, el desempeño ocupacional y la calidad de vida.

Como se puede observar en la Tabla 10, entre el EO y el DO se aprecia una correlación moderada, pero que no es significativa ($\rho=0,334$, $p=0,088$), lo que indica que, a mayor EO, mejor DO.

Por otra parte, existe una correlación negativa entre el EO y la CV ($\rho=-0,559$, $p<0,05^*$), observándose una relación significativa entre moderada y fuerte, por lo que, a mayor EO, mejor CV.

De igual forma, se puede ver una correlación negativa entre el DO y la CV ($\rho=-0,720$, $p<0,05^*$), observándose una relación significativa y fuerte, por lo que, cuanto mejor es el desempeño en las distintas ocupaciones, mejor es la CV.

Tabla 10. Relación entre equilibrio ocupacional, desempeño y calidad de vida.

	SIS-16	ECVI-38
OBQ	0,334 ^a	-0,559*
SIS-16	-	-0,720*

^a $p=0,088$; * $p<0,05$

4.6. Relación entre variables sociodemográficas y clínicas con el equilibrio ocupacional, el desempeño y la calidad de vida

A continuación, se reportan los resultados del análisis de asociación entre la edad como variable sociodemográfica, el EO, el DO y la CV.

Como se puede observar en la Tabla 11, existe una correlación negativa entre la edad y el DO ($\rho=-0,0503$, $p<0,05$), observándose una relación significativa por lo que, a mayor edad, peor DO. También se observa que existe una correlación moderada entre la edad y la CV ($\rho=0,424$; $p<0,01$), por lo que, a mayor edad, peor CV.

Por otro lado, se aprecia que la edad no influye en el EO ($\rho=-0,068$; $p=0,752$).

Tabla 11. Relación entre la edad y el equilibrio ocupacional, desempeño y calidad de vida.

	OBQ	SIS-16	ECVI-38
Edad	-0,068	-0,0503*	0,424*
OBQ	-	0,334	-0,559**
SIS-16	0,334	-	-0,720**

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05. **. La correlación es significativa en el nivel 0,01.

En cuanto a las variables clínicas, se han analizado el tipo de ACV, el lado de afectación, el tiempo que ha pasado desde el ACV y el uso de silla de ruedas, en relación con el EO, el DO y la CV.

En la Tabla 12 se puede apreciar que las personas que tuvieron un ACV de tipo hemorrágico presentan mejor EO y DO que las que tuvieron un ACV de tipo isquémico. En cuanto a la CV no se aprecian diferencias significativas.

En relación con el lado de afectación, se debe tener en cuenta que el número de personas con afectación del lado izquierdo duplica al número de personas con afectación del lado derecho, y se puede observar que la variable claramente afectada ha sido la del DO, a favor del grupo de afectación izquierda y contra el grupo de afectación derecha, lo que tiene sentido, ya que probablemente la mayoría de los participantes eran diestros antes del ACV.

Asimismo, no se aprecian diferencias significativas entre el grupo de personas que tuvo el ACV hace 1 o 2 años y el que lo tuvo entre 3 y más de 10 años.

Finalmente, en cuanto al uso o no de silla de ruedas, se aprecia que el uso de ésta se asocia a un peor EO, peor DO y peor CV.

Tabla 12. Relación entre variables clínicas y el equilibrio ocupacional, desempeño y calidad de vida (media (DT)).

	Tipo de ACV	N	Media (DT)
OBQ	Hemorrágico	6	48,00 (13,81)
	Isquémico	16	37,56 (14,76)
SIS-16	Hemorrágico	7	62,43 (10,94)
	Isquémico	15	57,80 (13,68)
ECVI-38	Hemorrágico	7	98,43 (21,29)
	Isquémico	15	99,00 (31,69)
	Lado de afectación	N	
OBQ	Izquierdo	18	42,56 (13,08)
	Derecho	10	41,50 (16,72)
SIS-16	Izquierdo	20	53,55 (15,64)
	Derecho	9	66,67 (8,11)
ECVI-38	Izquierdo	20	101,90 (26,30)
	Derecho	9	84,67 (23,80)
	Tiempo desde el ACV	N	
OBQ	1-2 años	14	44,36 (13,78)
	3 a más de 10 años	14	40,0 (14,75)
SIS-16	1-2 años	14	57,50 (17,26)
	3 a más de 10 años	15	57,73 (13,00)
ECVI-38	1-2 años	14	90,07 (23,90)
	3 a más de 10 años	15	102,60 (27,98)
	Uso de silla de ruedas	N	
OBQ	Sí	7	31,00 (10,33)
	No	21	45,90 (13,46)
SIS-16	Sí	8	41,25 (13,45)
	No	21	63,86 (10,03)
ECVI-38	Sí	8	121,25 (24,15)
	No	21	87,14 (20,85)

5. Discusión

El objetivo principal de este estudio era analizar la relación entre el EO, la CV y el DO de personas adultas que han tenido un ictus. Los resultados principales dieron información sobre cómo es el EO, la CV y el DO de los adultos que han sufrido un ACV, y a partir de estos resultados se realizó una asociación entre las tres variables, así como una asociación de variables sociodemográficas y clínicas con las tres variables principales.

5.1. Perfil de los participantes

En relación con las características de los participantes del presente estudio, cabe destacar que la mayoría de ellos fueron hombres (90%), coincidiendo con datos de diferentes estudios que muestran que más hombres que mujeres sufren ictus, siendo además la mortalidad más alta en mujeres que en hombres(30,31). Por otro lado, la mitad de los participantes sufrieron un ACV de tipo isquémico (53,3%), coincidiendo con que es el tipo más común de ictus, el 23,3% de los participantes tuvieron un ACV de tipo hemorrágico y el otro 23,3% restante desconocía este dato. Además, la mayoría de ellos tienen afectación del lado izquierdo tras el ACV (66,7%) y el 76,7% de ellos reciben en la actualidad intervención de Terapia Ocupacional.

5.2. Equilibrio ocupacional

En cuanto al EO, existen investigaciones que afirman que éste está muy relacionado con la salud y el bienestar en diferentes grupos de diagnóstico, así como entre la población en edad laboral general, por lo que en el momento en el que una persona ve alterada su salud y su bienestar, probablemente verá alterado su EO(11,32,33). De hecho, en un estudio que analizaba el EO de 165 estudiantes universitarios se descubrió que el 55,75% de los encuestados se sentía insatisfecho con su rutina diaria general y en muchos casos presentaban problemas psicofísicos derivados del estrés(34).

Asimismo, en un estudio realizado en 2019 a un grupo de personas que sufrieron un ictus, donde había tantos hombres como mujeres y la media de edad era de 53 años, la mayoría estaban “muy en desacuerdo” o

“completamente en desacuerdo” con las afirmaciones de los diferentes ítems de OBQ, por lo que percibían un bajo EO(11), a diferencia de los resultados de este estudio, en el que la mayoría de los participantes perciben un alto EO. La discrepancia en los resultados puede deberse a la diferencia en las edades de las personas participantes, ya que se observa que a menor edad, mayor insatisfacción, probablemente derivada de las limitaciones que se encuentran en las actividades de su día a día.

También se administró el OBQ a un grupo de estudiantes polacos durante la pandemia de COVID-19 y los resultados mostraron que hubo cambios generales en las ocupaciones y en el tiempo dedicado a éstas, y que estos cambios pudieron afectar negativamente al EO(35). En este estudio se administró el OBQ a personas que habían sufrido un ACV, por lo que se entiende que también hubo cambios en sus ocupaciones y el tiempo dedicado a éstas, lo que afectó negativamente a su EO.

Cabe destacar que en diversos estudios se habla de diferencias en la percepción del EO según el sexo, coincidiendo en todos que los hombres refieren tener mayor equilibrio o satisfacción con la distribución de tareas y tiempo que las mujeres (36,37), aunque en este estudio, debido al pequeño tamaño muestral y concretamente, al número de mujeres participantes, estos datos no pueden conocerse.

5.3. Desempeño ocupacional

En relación con el DO, un estudio analizó la relación entre la escala SIS-16 y el Índice de Barthel en población con ictus y demostró que la SIS-16 era una herramienta más completa por incluir actividades más complejas, la muestra del citado estudio tenía características similares a las de este, y se obtuvo una puntuación media total de la SIS-16 de 69 (media de edad= 73 años)(38). En este estudio se puede ver que la media de la puntuación total de la SIS-16 es de 57,6 y la media de edad es de 69 años, lo que indica que el DO en población con ictus puede ser generalmente percibido como bueno a pesar de que la media de edad sea elevada, aunque va disminuyendo conforme aumenta la edad.

5.4. Calidad de vida

Respecto a la escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38), al tratarse de una escala para población específica con ictus, no se ha podido encontrar comparativa con población neurológica o población general, pero sí con otros estudios que se han centrado en personas con ACV.

En un estudio realizado en Cuba donde se administró la ECVI-38 a un grupo de personas con ictus en fase aguda se observó que la CV se veía afectada por diversos factores entre los que destacaban la edad o la gravedad del daño, y la puntuación media de dicha escala fue de 48,1(39).

Por el contrario, en este estudio, donde la mayoría de los participantes eran hombres y la población estaba en fase crónica, la puntuación media de la escala ha sido de 96,5, lo que indica que este grupo de estudio tenía mayor afectación de su CV que el que se encontraba en fase aguda. Además, existen estudios donde se habla de la relación entre la edad y la CV, mostrando que, a mayor edad, menor CV, ya que además de los problemas generados por el daño cerebral, el estado de salud general también influye(40). Esto puede ser uno de los motivos de la grave afectación de la CV en este estudio, ya que la media de edad está en 69 años.

Otro estudio realizado a población con ictus en Valencia mostró que los dominios con mayor afectación eran aquellos relacionados con el estado físico y las actividades comunes de la vida diaria, aunque en general la afectación de la CV era leve, lo que indica que la percepción de este grupo de estudio respecto a su afectación es buena(41). En este estudio la afectación de la CV era grave, y los dominios con mayor afectación fueron el de estado físico, coincidiendo con el estudio anteriormente mencionado, y el de funciones sociofamiliares. Que en ambos estudios uno de los dominios con más afectación sea el de estado físico tiene sentido, ya que después del ACV son muchas las personas que tienen dificultades para mantener el equilibrio, moverse con facilidad o presentan dolores y molestias físicas.

5.5. Relación entre equilibrio ocupacional, desempeño y calidad de vida

A pesar de que la relación entre EO y DO no haya sido significativa, se puede apreciar una correlación moderada que indica que, probablemente, si el estudio contara con un tamaño muestral más grande, esta correlación sí sería significativa.

Por el contrario, se ha visto que tanto el EO y la CV como el DO y la CV sí tienen una correlación entre moderada y fuerte. Por lo tanto, a mayor EO, mejor DO y mayor CV.

En este sentido, un estudio que analizaba la CV relacionada con la salud en adultos después de un ictus concluyó que aquellas personas que participaban en actividades importantes para ellas percibían una mayor satisfacción vital, así como aquellos que retomaban su empleo o recuperaban ciertas actividades de ocio(42), lo que indica que tener un adecuado EO puede estar muy relacionado con la CV, favoreciendo ésta.

Otro estudio evaluaba el EO y los posibles factores asociados a una mejor percepción sobre el EO en un grupo de personas con ansiedad y/o depresión, y en los resultados se mostró que aquellos que tenían niveles más bajos de depresión o ansiedad tenían mejor percepción del EO, lo que apoyaba la relación entre el EO y la salud general. También se concluyó que estar satisfecho con la propia vida y con el DO en las diferentes actividades llevaban a un mayor EO(43). En este estudio se ha visto que el EO y el DO estaban correlacionados, pero no de forma significativa, aunque esto puede deberse al pequeño tamaño muestral, y por lo tanto, podría ser cierto también que en población con ictus una buena percepción de DO lleva a una buena percepción de EO.

En otro estudio que relacionaba el nivel de dependencia en la escala de Barthel con la percepción de CV, se pudo apreciar que, a mayor dependencia de los participantes, menor era la percepción de su CV(44). Esto mismo se ha podido comprobar en este estudio, donde se ha visto que DO y CV están relacionadas de manera significativa, a pesar de que la CV esté afectada en comparación con el DO y el EO.

5.6. Relación entre variables clínicas y equilibrio ocupacional, desempeño y calidad de vida

En cuanto a la relación entre el tipo de ACV y las variables analizadas, se ha podido ver que las personas que tuvieron un ACV de tipo hemorrágico presentaban mejor EO y DO que aquellos que habían tenido un ACV de tipo isquémico. Esto podría deberse a que el ACV hemorrágico tiene una mayor mortalidad que el isquémico, que a su vez es el ACV más común(6,45), y por lo tanto, las personas participantes que tuvieron un ACV hemorrágico pudieron tener un ictus de menor gravedad, lo que implicaría un mejor EO, DO o CV.

En relación con el lado de afectación, en este estudio se ha observado que el DO estaba claramente afectado a favor del grupo “afectación de lado izquierdo”, y contra el grupo “afectación del lado derecho” lo que tiene sentido ya que la mayor parte de la población es diestra, por lo que probablemente muchos de los participantes eran diestros antes del ACV y presentarían mayores dificultades en el desempeño de las actividades de su día a día.

Los resultados de este estudio indican que no hay demasiadas diferencias, en ninguna de las tres variables, entre las personas que tuvieron el ictus hace 2 años o menos y las que lo tuvieron hace 3 años o más, lo que resulta interesante ya que se esperaría que los tuvieron el ictus hace más tiempo presentaran, por lo menos, un mejor DO por el tiempo que llevan en rehabilitación.

De hecho, existen estudios realizados a población con ACV en fase aguda y crónica respecto a su CV que indican que en fase aguda la CV es peor, y que los predictores existentes de CV sí difieren según la fase del ACV, así como de la gravedad del daño(46,47).

Por otro lado, se observa que las personas que utilizan silla de ruedas tienen un peor EO, peor DO y peor CV que aquellos que no la utilizan. En un estudio que se llevó a cabo en Suecia en el año 2001, los participantes afirmaban que la silla de ruedas les provocaba incomodidad al sentarse, dolor de espalda y úlceras, pero que estos problemas se veían más o menos solucionados a través de la ergonomía de los asientos(48). Esto puede indicar que, en ocasiones, los usuarios de silla de ruedas tendrán peor DO o CV por problemas de este tipo, y aunque es difícil separar el impacto de la silla de ruedas del de la gravedad del daño, es probable que una de las razones por las que las personas usuarias de silla de ruedas tienen peor EO, DO y CV que aquellas personas que no la utilizan sea porque el daño del ictus fue mayor.

5.7. Productos de apoyo y ayuda de otras personas

La Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF) identifica y define los “factores ambientales” como “productos y tecnología” o “apoyos y relaciones” que pueden facilitar o limitar la capacidad de desempeño y participación en las distintas actividades. Por lo tanto, la selección y el entrenamiento del uso de diversos productos de apoyo pueden ser relevantes y facilitadores de la participación y el bienestar de las personas con alguna dificultad. Además, estos productos de apoyo ayudan a los cuidadores, ya que se reduce su carga y ayuda a mantener su calidad de vida(49). Es muy habitual que personas que han sufrido un ACV o que presentan otro tipo de patología crónica recurran al uso de productos de apoyo, así como a la ayuda de terceras personas en el momento en el que ven reducida su independencia. De esta forma, su desempeño y satisfacción pueden verse favorecidos.

Según una encuesta de Discapacidad y situaciones de dependencia realizada en el año 2020 por el INE, 3,3 millones de personas en el mundo reciben algún tipo de ayuda técnica, personal, o ambas(50). En cuanto a personas que utilizan productos de apoyo tras haber sufrido un ACV, un estudio realizado en Jordania indicaba que el 65% de los participantes utilizaban algún tipo de producto de apoyo en su día a día, y entre el 63 y 64% pensaban que eran beneficiosos y fáciles de usar(51).

En un estudio realizado a un grupo de personas con enfermedades neuromusculares se observó que el uso de productos de apoyo era una parte importante del tratamiento rehabilitador(52). En este estudio se observa que todos los productos mencionados en el cuaderno de recogida de datos son utilizados por lo menos por uno de los participantes, lo que puede indicar que también forma parte del tratamiento rehabilitador de la población con ictus, actuando como facilitador.

5.8. Limitaciones y líneas futuras de investigación

En cuanto a las limitaciones presentes en este estudio, se encuentra principalmente el reducido tamaño de la muestra, ya que, si el número de participantes fuese mayor, los datos también lo serían y por lo tanto, la fiabilidad de la investigación aumentaría. También se puede considerar el hecho de que se ha seguido una metodología cuantitativa, y de haber sido mixta podría haberse obtenido más información para llevar a cabo un estudio más completo.

Asimismo, al tratarse de un estudio en el que el cuestionario era autoadministrado, puede haber sesgos de información en las preguntas sociodemográficas y clínicas.

Además, a partir de los criterios de inclusión y exclusión se ha dejado fuera a personas con afasia u otros trastornos derivados del ACV, por lo que los resultados no muestran la realidad de la población con ictus general.

Finalmente, como futuras líneas de investigación podría resultar interesante profundizar en las variables demográficas y poder estudiar qué influye sobre el EO, el DO o la CV de las personas adultas con ictus, así como tratar de conocer la posible relación entre ser usuario de TO y la percepción de su EO, DO y CV.

6. Conclusiones

Tras haber realizado la recogida de datos y su correspondiente análisis, se puede ver que el EO, el DO y la CV de las personas que han tenido un ACV están relacionados. Respecto a los objetivos planteados para este estudio, se extraen las siguientes conclusiones:

1. Las tres variables están relacionadas, se encontró una relación significativa entre moderada y alta entre el EO y la CV, una relación significativa alta entre el DO y la CV y una correlación moderada pero no significativa entre el EO y el DO, que probablemente se deba al pequeño tamaño de la muestra. Sin embargo, los participantes muestran una CV muy afectada en comparación a los resultados obtenidos sobre el EO y el DO.
2. El EO percibido por los participantes del estudio era alto, ya que estaban “muy de acuerdo” o “completamente de acuerdo” en la mayoría de las afirmaciones del cuestionario, aunque se ha visto que en el momento en el que se rompe la rutina y las ocupaciones se ven afectadas, el EO va a sufrir modificaciones.
3. El DO percibido por los participantes también fue alto, encontrando mayores dificultades en actividades relacionadas con la limpieza de la casa y el transporte de objetos pesados con la mano afectada.
4. Al evaluar la CV se observó que estaba entre moderada y gravemente afectada, destacando los dominios de funciones sociofamiliares y estado físico.
5. A mayor edad, peor es el DO y la CV de las personas con ACV. Los participantes que tuvieron un ACV de tipo hemorrágico tienen mejor EO y DO que los que tuvieron un ACV isquémico, y el lado de afectación influye mayormente sobre el DO. El tiempo desde el ACV parece no influir sobre el EO, el DO y la CV, ya que se han visto resultados similares entre los participantes independientemente del tiempo que ha pasado desde el ACV, y se ha observado que el uso de silla de ruedas afecta negativamente a las tres variables principales.

7. Agradecimientos

En primer lugar, me gustaría dar las gracias a mis tutoras, Laura y Tatiana, porque sin vosotras este trabajo no habría sido posible. Gracias por las facilidades que me habéis dado, y por la confianza y el apoyo que me habéis brindado en todo momento. Gracias Tati, por haberme hecho crecer personal y profesionalmente durante los meses que trabajamos juntas.

También me gustaría agradecer a Cefine el haberme permitido llevar a cabo la investigación en el centro. Y, sobre todo, a todas las personas que han participado y han hecho realidad este trabajo de investigación. Gracias por vuestro tiempo, generosidad y sinceridad.

A mis amigos, por haber sido mi sustento siempre y este último año más que nunca. La fuerza y las ganas de seguir para delante pero también la calma y hogar cuando más lo necesitaba.

Finalmente, me gustaría darle las gracias a mis padres y a mis hermanos, por apoyarme en cada paso que doy y ser el empujón justo en el momento preciso.

8. Bibliografía

1. Polonio López B. RADM. Terapia Ocupacional aplicada al Daño Cerebral Adquirido. Madrid: Médica Panamericana; 2010.
2. Quezada García M, Huete García A, Bascones Serrano L. Las personas con Daño Cerebral Adquirido en España. Federación Española de Daño Cerebral. 2016:1–71.
3. Federación Española de Daño Cerebral. Daño Cerebral Adquirido. 2019. <https://fedace.org/dano-cerebral> (accessed January 2, 2023).
4. Soto Á, Guillén-Grima F, Morales G, Muñoz S, Aguinaga-Ontoso I, Fuentes-Aspe R, et al. Prevalencia e incidencia de ictus en Europa: revisión sistemática y metaanálisis. *An Sist Sanit Navar*. 2022;45:979. doi 10.23938/ASSN.0979.
5. Simal Hernández P, Guiu-Guia JM, Hernández Meléndez T, Comité Institucional de la Estrategia en ICTUS del SNS. Logros y retos en la atención del ictus en España: desde la estrategia del sistema nacional de salud al plan de acción europeo 2018-2030. *Revista Española de Salud Pública*. 2021:1–4.
6. Introducción a los accidentes cerebrovasculares - Enfermedades cerebrales, medulares y nerviosas - Manual MSD versión para público general; 2020. <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/accidente-cerebrovascular-acv/introducci%C3%B3n-a-los-accidentes-cerebrovasculares> (accessed January 7, 2023).
7. Tipos de accidentes cerebrovasculares | NIH MedlinePlus Magazine 2020. <https://magazine.medlineplus.gov/es/art%C3%ADculo/tipos-de-accidentes-cerebrovasculares> (accessed April 2, 2023).
8. Sociedad Española de Neurología. El atlas del ictus España. 2019 n.d.
9. Wagman P, Håkansson C, Björklund A. Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis. 2012;19:322–7. doi 10.3109/11038128.2011.596219.
10. Nyman A, Kassberg AC, Lund ML. Perceived occupational value in people with acquired brain injury. *Scand J Occup Ther*. 2020;28:1–8. doi 10.1080/11038128.2020.1791951.

11. Kassberg AC, Nyman A, Larsson Lund M. Perceived occupational balance in people with stroke. *Disabil Rehabil.* 2021;43:553–8. doi 10.1080/09638288.2019.1632940.
12. Plata R. Intervención centrada en la persona, basada en la ocupación. A propósito de Mariáiv. *Norte de Salud Mental*, ISSN-e 1578-4940, Vol 10, N° 44, 2012, Págs 62-71 2012;10:62–71.
13. About Occupational Therapy | WFOT 2012. <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy> (accessed January 7, 2023).
14. Sixto-Sueiras A, Souto-Gómez AI, Talavera-Valverde MÁ. Análisis del desempeño ocupacional para la promoción de la salud en personas con fibromialgia. Un estudio fenomenológico. *Revista Colombiana de Reumatología.* 2019;26:226–35. doi 10.1016/J.RCREU.2019.08.003.
15. Chapparo C. Occupational Performance Model (Australia): Definition of terms. 1997;1.
16. Botero De Mejía BE, Eugenia M, Merchán P. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. 2007;12:11–24.
17. Tariah HA, Hersch G, Ostwald SK. Factors Associated with Quality of Life: Perspectives of Stroke Survivors. *Phys Occup Ther Geriatr.* 2006;25:33–50. doi 10.1080/J148V25N02_03.
18. Pérez de Heredia-Torres M, Cuadrado-Pérez ML. Occupational therapy in neurology. *Rev Neurol.* 2002;35:366–72. doi 10.33588/rn.3504.2001522.
19. Sánchez Cabeza Á. Terapia Ocupacional basada en la evidencia para la rehabilitación del Daño Cerebral Adquirido. *TOG (A Coruña)*; 2013:40–53.
20. Peral-Gómez P, Espinosa-Sempere C, Navarrete-Muñoz EM, Hurtado-Pomares M, Juárez-Leal I, Valera-Gran D, et al. The Spanish version of Occupational Balance Questionnaire: psychometric properties and normative data in a representative sample of adults. *Ann Med.* 2022;54:3211–8. doi 10.1080/07853890.2022.2145016.

21. Wagman P, Håkansson C. Introducing the Occupational Balance Questionnaire (OBQ) Dental Organisation in Transition (DOiT) View project Manual-based Phenomenological Art Therapy (PATd) for Patients with Depression and Exhaustion Syndrome View project. Article in Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2014. doi 10.3109/11038128.2014.900571.
22. Fernández-Concepción O, Ramírez-Pérez E, Álvarez MA, Buergo-Zuáznabar MA. Validation of the stroke-specific quality of life scale (ECVI-38). Rev Neurol. 2008;46:147–52. doi 10.33588/rn.4603.2007502.
23. Palomino Aguado B. Contribución de la adaptación y validación de la escala SIS-16 (Stroke Impact Scale) en el manejo de la rehabilitación de pacientes con ictus [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid Facultad de medicina departamento de medicina física y rehabilitación (hidrología médica); 2010.
24. Duncan PW, Jorgensen HS, Wade DT. Outcome Measures in Acute Stroke Trials. Stroke; 2000. doi 10.1161/01.STR.31.6.1429.
25. Declaración de Helsinki – WMA – The World Medical Association n.d. <https://www.wma.net/es/que-hacemos/etica-medica/declaracion-de-helsinki/> (accessed January 6, 2023).
26. BOE.es - BOE-A-1999-20638 Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1999-20638> (accessed January 6, 2023).
27. Universidade da Coruña. Manual de buenas prácticas de investigación; 2019. <https://www.udc.es/es/investigacion/hrs4r/boas-practicas-investigacion/> (accessed January 6, 2023).
28. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado; 2018.

29. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo - relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). Diario Oficial de La Unión Europea; 2016.
30. Reeves MJ, Bushnell CD, Howard G, Gargano JW, Duncan PW, Lynch G, et al. Sex differences in stroke: epidemiology, clinical presentation, medical care, and outcomes. *Lancet Neurol.* 2008;7:915–26. doi 10.1016/S1474-4422(08)70193-5.
31. Appelros P, Stegmayr B, Terént A. Go Red for Women Sex Differences in Stroke Epidemiology A Systematic Review; 2009. doi 10.1161/STROKEAHA.108.540781.
32. To-Miles F, Håkansson C, Wagman P, Backman CL. Exploring the Associations Among Occupational Balance and Health of Adults With and Without Inflammatory Arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*; 2022;74:22–30. doi 10.1002/ACR.24732.
33. Dhas BN, Carrasco R, Reinoso GA, Backman C. Occupational Balance Among Parents of Typically Developing Children and Parents of Children With Disabilities. *Am J Occup Ther.* 2023;77. doi 10.5014/AJOT.2023.050076.
34. Demiryi M, Berezin S, Fernández G, Ganso H, Gaiteiro A. Primera etapa del proyecto de investigación “Las rutinas diarias y el balance ocupacional de los alumnos de la Universidad Nacional de Quilmes.” *Revista Chilena de Terapia Ocupacional.* 2013;13:73. doi 10.5354/0719-5346.2013.30217.
35. Guskowska M, Dąbrowska-Zimakowska A. Occupational balance, changes in occupations and psychological well-being of university students during the COVID-19 pandemic. 2022. doi 10.1080/11038128.2022.2143892.
36. Peral Gómez P. Equilibrio ocupacional en estudiantes de terapia ocupacional [Tesis doctoral]. Elche: Universidad Miguel Hernández de Elche; 2017.
37. Guskowska M, Dąbrowska-Zimakowska A. Occupational balance, changes in occupations and psychological well-being of university students during the COVID-19 pandemic. *Scand J Occup Ther.* 2022. doi 10.1080/11038128.2022.2143892.

38. Lai SM, Perera S, Duncan PW, Bode R. Physical and social functioning after stroke: comparison of the Stroke Impact Scale and Short Form-36. *Stroke*; 2003;34:488–93. doi 10.1161/01.STR.0000054162.94998.C0.
39. Mesa Barrera Y, Fernández O, Li C, Hernández TE, Iii R, Parada Y, et al. Calidad de vida en pacientes post-ictus: factores determinantes desde la fase aguda. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2016;15:508–24.
40. Arellano M, Miralles R. El paciente anciano con un ictus. *Medicina Integral*; 2002;40:446–59.
41. Rodríguez Álvarez S, Fernández Rodríguez EJ, Sánchez Gómez C. Estudio sobre la percepción de calidad de vida que presentan pacientes que han sufrido un ictus a través de la ECVI-38. *TOG (A Coruña)*; 2017;14:148–58.
42. Darriba Fraga MJ, Cortés Cabeza I. Calidad de vida y daño cerebral adquirido. *TOG (A Coruña)*; 2011;8:17.
43. Wagman P, Hjärthag F, Håkansson C, Hedin K, Gunnarsson AB. Factors associated with higher occupational balance in people with anxiety and/or depression who require occupational therapy treatment. *Scand J Occup Ther*. 2021;28:426–32. doi 10.1080/11038128.2019.1693626.
44. Leno Díaz C, Holguín Mohedas M, Hidalgo Jiménez N, Rodríguez-Ramos M, Lavado García JM. Calidad de vida relacionada con la salud en personas supervivientes a un ictus a largo plazo. *Revista Científica de La Sociedad Española de Enfermería Neurológica*. 2016;44:9–15. doi 10.1016/J.SEDENE.2015.12.002.
45. Arias Cuadrado Á. Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. *Galicia Clin*; 2009;70:25–40.
46. Mesa Barrera Y, Fernández Concepción O, Hernández Rodríguez TE, Parada Barroso Y. Calidad de vida en pacientes post-ictus: factores determinantes desde la fase aguda. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2016;15:508–24.

47. Sadlonova M, Wasser K, Nagel J, Weber-Krüger M, Gröschel S, Uphaus T, et al. Health-related quality of life, anxiety and depression up to 12 months post-stroke: Influence of sex, age, stroke severity and atrial fibrillation - A longitudinal subanalysis of the Find-AFRANDOMISED trial. *J Psychosom Res.* 2021;142. doi 10.1016/J.JPSYCHORES.2020.110353.
48. Thyberg M, Gerdle B, Samuelsson K, Larsson H. Wheelchair seating intervention. Results from a client-centred approach. *Disabil Rehabil.* 2001;23:677–82. doi 10.1080/09638280110049900.
49. Madara Marasinghe K. Assistive technologies in reducing caregiver burden among informal caregivers of older adults: a systematic review. *Disabil Rehabil Assist Technol.* 2016;11:353–60. doi 10.3109/17483107.2015.1087061.
50. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD). Principales resultados. Año 2020. Instituto Nacional de Estadística (INE) 2022.
51. Bsharat B, Al-Duhoun A, Ghanouni P. The acceptance and attitudes towards using assistive technology for people with stroke in Jordan: caregivers' perspectives. *Assist Technol;* 2023;1–11. doi 10.1080/10400435.2023.2202723.
52. Pousada García T, Pereira Loureiro J, Groba González B, Nieto-Riveiro L, Pazos Sierra A. Estudio sobre nivel de independencia y necesidad de recursos de apoyo en una población con enfermedades neuromusculares. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, ISSN-e 2340-5104, Vol 6, N° 2, 2018;6:131–47. doi 10.5569/2340-5104.06.02.07.

9. Apéndices

Apéndice 1. Abreviaturas

DCA: Daño Cerebral Adquirido.

ACV: Accidente Cerebrovascular.

TCE: Traumatismo craneoencefálico.

SEN: Sociedad Española de Neurología.

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria.

EO: Equilibrio Ocupacional.

DO: Desempeño Ocupacional.

CV: Calidad de vida.

TO: Terapia Ocupacional.

OBQ: Cuestionario de Equilibrio Ocupacional (por sus siglas en inglés).

ECVI-38: Escala de calidad de vida.

SIS-16: Escala de Impacto del Ictus (por sus siglas en inglés).

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud.

Apéndice 2. Hoja de información al centro

Yo, Sonia Gil Pérez-Gorostiaga, con DNI XXXXXXXXX, estudiante de cuarto curso del grado en Terapia Ocupacional de la Universidad de A Coruña, solicito al responsable del centro Cefine Neurología su autorización para llevar a cabo en el centro el Trabajo de Fin de Grado titulado “Equilibrio ocupacional y su relación con el desempeño y calidad de vida en personas con accidente cerebrovascular”, que será coordinado por la terapeuta ocupacional del mismo, Dña. Tatiana Germán Abad, y la profesora Laura Delgado Lobete.

El objetivo de este trabajo de investigación es conocer las posibles dificultades que puede tener una persona después de un ictus, cómo afectan éstas al equilibrio entre las diferentes actividades del día a día y la relación con su desempeño diario y calidad de vida.

Esta información se utilizará exclusivamente con fines investigadores y educativos, garantizando en todo momento el anonimato. Los datos se recogerán de manera anónima, se custodiarán por las responsables del estudio y no se transferirán de ningún modo a otros.

D/Dña. _____
con DNI _____, como responsable del centro, autorizo la realización de este trabajo de investigación en el mismo, tras haber sido informado/a del estudio en cuestión.

A Coruña, ____ de _____ de 2023.

El/la responsable,

La investigadora,

Fdo.:

Fdo.:

Apéndice 3. Informe favorable del CAEIG



DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE A CORUÑA - FERROL

Isaac Martínez Bendayán, secretario del Comité de Ética de la Investigación de A Coruña-Ferrol

CERTIFICA:

Que este Comité evaluó en su reunión del día 20 de marzo de 2023 el estudio:

Título: Equilibrio ocupacional y su relación con el desempeño y calidad de vida en personas con accidente cerebrovascular

Versión: Versión 2 de fecha 08/03/2023

Promotor/a: Sonia Gil Pérez-Gorostiaga

Investigador/a: Sonia Gil Pérez-Gorostiaga

Código de Registro: 2023/065

Y que este Comité, tomando en consideración la pertinencia del estudio, el conocimiento disponible, los requisitos éticos, metodológicos y legales exigibles a los estudios de investigación con seres humanos, sus muestras o registro y los Procedimientos Normalizados de Trabajo del Comité, emite un dictamen FAVORABLE para la realización del citado estudio.

Apéndice 4. Hoja de información al participante

TÍTULO DEL ESTUDIO: Equilibrio ocupacional y su relación con el desempeño y calidad de vida en personas con accidente cerebrovascular.

INVESTIGADORAS: Sonia Gil Pérez-Gorostiaga; Laura Delgado Lobete; Tatiana Germán Abad.

Hola, somos Sonia Gil Pérez-Gorostiaga, Laura Delgado Lobete y Tatiana Germán Abad, de la Universidad de A Coruña. A través de este documento, queremos ofrecerle información sobre un estudio de investigación al que le invitamos a participar. Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de A Coruña-Ferrol. La participación en el estudio es completamente **voluntaria y anónima**, y su decisión no afectará a la relación con sus terapeutas ocupacionales.

La **finalidad** de este estudio es analizar el equilibrio ocupacional relacionado con la calidad de vida y el desempeño en personas que han tenido un ictus en Galicia. **Se le invita a participar a usted** porque es una persona adulta que ha tenido un ictus. **Su participación consistirá en responder a unos cuestionarios** sobre su entorno, las características relacionadas con el ictus y sobre el tiempo que emplea en diferentes actividades y las dificultades que puede encontrarse en éstas. La participación en este estudio es totalmente voluntaria y anónima, y tendrá una **duración estimada de 30 minutos**, que es el tiempo que se puede tardar en responder al cuestionario completo.

Con su respuesta, se pretende conocer las posibles dificultades que puede tener una persona después de un ictus, cómo afectan éstas al equilibrio entre las diferentes actividades del día a día y la relación con su desempeño diario y calidad de vida.

Los resultados del estudio podrán ser publicados en revistas científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la

identificación de los/las participantes. Si usted lo desea, puede solicitar un resumen de los resultados obtenidos una vez el estudio haya finalizado escribiendo a los correos sonia.gil@udc.es o lauradelgado@um.es.

Usted podrá cumplimentar los cuestionarios en formato físico (papel) u online. Si prefiere responder en formato físico, podrá depositar el cuaderno cumplimentado en el buzón que se establecerá en CEFINE a fin de garantizar su anonimato. Si le resulta más cómodo responder en formato online, se le facilitará un enlace a una plataforma que garantiza el anonimato y confidencialidad.

Dado que los datos se recogen de forma anónima y no se recogen datos personales, no se aplica la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. No existen intereses económicos en este estudio, ni las investigadoras ni los participantes serán remunerados por la dedicación a este estudio.

Puede contactar con las investigadoras en el teléfono 868 88 17 57 o a través del correo electrónico sonia.gil@udc.es para más información. Quedamos a su entera disposición para resolver cualquier duda que pueda surgir al respecto.

Muchas gracias por su colaboración.

Apéndice 5. Cuaderno de recogida de datos

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

Hola, como se le ha informado previamente, este cuestionario consta de diferentes preguntas sobre su entorno y el ictus, así como en relación al tiempo que emplea en diferentes actividades y las dificultades que puede encontrarse en éstas. Con su respuesta se pretende conocer las posibles dificultades que puede tener una persona después de un ictus, cómo afectan éstas al equilibrio entre las diferentes actividades del día a día y la relación con su desempeño diario y calidad de vida.

Como sabe, la participación es totalmente voluntaria y anónima, y tendrá una duración estimada de 20 minutos.

Muchas gracias por su colaboración.

Datos sociodemográficos

Por favor, responda a las siguientes preguntas sobre usted o su entorno. Recuerde que este cuestionario es anónimo y no se le preguntará por ningún dato que pueda llevar a su identificación.

1. **Edad (en años):**

2. **Sexo:**

- Femenino
- Masculino

3. **Municipio de residencia:**

4. **¿Cuál es su situación habitacional?**

- Solo/a
- En pareja
- Con más miembros de la familia
- Con compañeros/amigos

5. ¿Cuál fue su tipo de ACV?

- Hemorrágico
- Isquémico
- No lo sé

6. ¿Cuál fue el lado afectado por el ACV?

- Izquierdo
- Derecho

7. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde el ACV?

- 1 año
- 2 años
- 3-5 años
- 5-10 años
- +10 años

8. ¿Utiliza usted silla de ruedas para desplazarse?

- Sí
- No

9. ¿Toma usted alguna medicación relacionada con el ACV?

- Sí
- No

10. ¿Recibió intervención de Terapia Ocupacional tras su ACV?

- Sí
- No

11. ¿Recibe actualmente intervención de Terapia Ocupacional?

- Sí
- No

Cuestionario de Equilibrio Ocupacional

Por favor, valore su grado de acuerdo con cada una de las afirmaciones que se presentan a continuación.

12. Tengo equilibrio entre las cosas que hago para los demás y las que hago para mí mismo/a.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

13. Las actividades que hago en mi vida cotidiana tienen sentido para mí.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

14. Me aseguro de hacer las cosas que realmente quiero hacer.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

15. Mantengo el equilibrio entre las diferentes actividades de mi vida cotidiana (trabajo, estudio, tareas del hogar, ocio, descanso y sueño).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

16. Tengo suficiente variedad entre actividades que hago solo/a y que hago con los demás.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

17. Si pienso en una semana normal tengo suficientes cosas que hacer.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

18. Tengo tiempo suficiente para hacer las cosas que debo hacer.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

19. Mantengo el equilibrio entre las actividades físicas, sociales, intelectuales y de descanso.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

20. Estoy satisfecho/a con el tiempo que dedico a las distintas actividades en mi vida diaria.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

21. Si pienso en una semana normal estoy satisfecho/a con la cantidad de actividades a las que me dedico.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

22. Tengo suficiente variedad entre las cosas que debo hacer y las que quiero hacer.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

23. Tengo equilibrio entre las actividades que dan energía y las actividades que quitan energía.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

24. Estoy satisfecho/a con el tiempo que dedico al descanso, la recuperación y el sueño.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

Escala de calidad de vida para el ictus

25. ¿Cuánta dificultad tiene para mover las extremidades?

- 5 – Extrema
- 4 – Mucha
- 3 – Bastante
- 2 – Poca
- 1 – Ninguna

26. ¿Cuánta dificultad tiene para utilizar las manos?

- 5 – Extrema
- 4 – Mucha
- 3 – Bastante
- 2 – Poca
- 1 – Ninguna

27. ¿Cuánta dificultad tiene para caminar?

- 5 – Extrema
- 4 – Mucha
- 3 – Bastante
- 2 – Poca
- 1 – Ninguna

28. ¿Cuánta dificultad tiene para mantener el equilibrio?

- 5 – Extrema
- 4 – Mucha
- 3 – Bastante
- 2 – Poca
- 1 – Ninguna

29. ¿Tiene dolor o molestias físicas?

- 5 – Extrema
- 4 – Mucha
- 3 – Bastante
- 2 – Poca
- 1 – Ninguna

30. ¿Cuánta dificultad tiene para hablar?

- 5 – Extrema
- 4 – Mucha
- 3 – Bastante
- 2 – Poca
- 1 – Ninguna

31. ¿Cuánta dificultad tiene para comunicarse con otras personas?

- 5 – Extrema
- 4 – Mucha
- 3 – Bastante
- 2 – Poca
- 1 – Ninguna

32. ¿Cuánta dificultad tiene para leer?

- 5 – Extrema
- 4 – Mucha
- 3 – Bastante
- 2 – Poca
- 1 – Ninguna

33. ¿Cuánta dificultad tiene para escribir?

- 5 – Extrema
- 4 – Mucha
- 3 – Bastante
- 2 – Poca
- 1 – Ninguna

34. ¿Cuánta dificultad tiene para su concentración?

- 5 – Extrema
- 4 – Mucha
- 3 – Bastante
- 2 – Poca
- 1 – Ninguna

35. ¿Cuánta dificultad tiene para su memoria?

- 5 – Extrema
- 4 – Mucha
- 3 – Bastante
- 2 – Poca
- 1 – Ninguna

36. ¿Cuánta dificultad tiene para su capacidad mental?

- 5 – Extrema
- 4 – Mucha
- 3 – Bastante
- 2 – Poca
- 1 – Ninguna

37. ¿Cómo se siente habitualmente con relación a su estado de ánimo?

- 5 – Muy mal
- 4 – Mal
- 3 – Regular
- 2 – Bien
- 1 – Muy bien

38. ¿Cómo se siente habitualmente con relación a su vitalidad?

- 5 – Muy mal
- 4 – Mal
- 3 – Regular
- 2 – Bien
- 1 – Muy bien

39. ¿Cómo se siente habitualmente con relación a su autoestima?

- 5 – Muy mal
- 4 – Mal
- 3 – Regular
- 2 – Bien
- 1 – Muy bien

40. ¿Cómo se siente habitualmente con relación a su capacidad de mantener la calma?

- 5 – Muy mal
- 4 – Mal
- 3 – Regular
- 2 – Bien
- 1 – Muy bien

41. ¿Cómo se siente habitualmente con relación al control sobre sus emociones?

- 5 – Muy mal
- 4 – Mal
- 3 – Regular
- 2 – Bien
- 1 – Muy bien

42. ¿Con qué frecuencia tiene usted ganas de vivir?

- 5 – Nunca
- 4 – Muy poco tiempo
- 3 – Parte del tiempo
- 2 – Casi siempre
- 1 – Siempre

43. ¿Con qué frecuencia tiene usted confianza en el futuro?

- 5 – Nunca
- 4 – Muy poco tiempo
- 3 – Parte del tiempo
- 2 – Casi siempre
- 1 – Siempre

44. ¿Con qué frecuencia tiene usted sensación de ser útil?

- 5 – Nunca
- 4 – Muy poco tiempo
- 3 – Parte del tiempo
- 2 – Casi siempre
- 1 – Siempre

45. ¿Con qué frecuencia tiene usted sensación de tranquilidad?

- 5 – Nunca
- 4 – Muy poco tiempo
- 3 – Parte del tiempo
- 2 – Casi siempre
- 1 – Siempre

46. ¿Con qué frecuencia tiene usted confianza en sí mismo?

- 5 – Nunca
- 4 – Muy poco tiempo
- 3 – Parte del tiempo
- 2 – Casi siempre
- 1 – Siempre

47. ¿Cuánta dificultad tiene para su cuidado personal?

- 5 – Extrema
- 4 – Mucha
- 3 – Bastante
- 2 – Poca
- 1 – Ninguna

48. ¿Cuánta dificultad tiene para bañarse?

- 5 – Extrema
- 4 – Mucha
- 3 – Bastante
- 2 – Poca
- 1 – Ninguna

49. ¿Cuánta dificultad tiene para realizar sus actividades domésticas acostumbradas?

- 5 – Extrema
- 4 – Mucha
- 3 – Bastante
- 2 – Poca
- 1 – Ninguna

50. ¿Cuánta dificultad tiene para moverse libremente dentro de casa?

- 5 – Extrema
- 4 – Mucha
- 3 – Bastante
- 2 – Poca
- 1 – Ninguna

51. ¿Cuánta dificultad tiene para moverse a lugares distantes de la casa?

- 5 – Extrema
- 4 – Mucha
- 3 – Bastante
- 2 – Poca
- 1 – Ninguna

52. ¿Cuánta dificultad tiene para realizar sus actividades de entretenimiento o recreación?

- 5 – Extrema
- 4 – Mucha
- 3 – Bastante
- 2 – Poca
- 1 – Ninguna

53. ¿Cuánta dificultad tiene para participar en actividades fuera del marco familiar?

- 5 – Extrema
- 4 – Mucha
- 3 – Bastante
- 2 – Poca
- 1 – Ninguna

54. ¿Cuánta dificultad tiene para participar en actividades de la comunidad?

- 5 – Extrema
- 4 – Mucha
- 3 – Bastante
- 2 – Poca
- 1 – Ninguna

55. ¿Cuánta dificultad tiene para tener independencia económica?

- 5 – Extrema
- 4 – Mucha
- 3 – Bastante
- 2 – Poca
- 1 – Ninguna

56. ¿Cuánta dificultad tiene para aportar económicamente a la familia como antes?

- 5 – Extrema
- 4 – Mucha
- 3 – Bastante
- 2 – Poca
- 1 – Ninguna

57. ¿Cuánta dificultad tiene para cumplir sus funciones en el hogar?

- 5 – Extrema
- 4 – Mucha
- 3 – Bastante
- 2 – Poca
- 1 – Ninguna

58. ¿Cuánta dificultad tiene para elaborar ideas y dar soluciones a problemas cotidianos?

- 5 – Extrema
- 4 – Mucha
- 3 – Bastante
- 2 – Poca
- 1 – Ninguna

59. ¿Cuánta dificultad tiene para participar en las decisiones familiares?

- 5 – Extrema
- 4 – Mucha
- 3 – Bastante
- 2 – Poca
- 1 – Ninguna

60. ¿Cuánta dificultad tiene para cumplir su papel como esposo/a?

- 5 – Extrema
- 4 – Mucha
- 3 – Bastante
- 2 – Poca
- 1 – Ninguna

61. ¿Cuánta dificultad tiene para mantener su actividad sexual?

- 5 – Extrema
- 4 – Mucha
- 3 – Bastante
- 2 – Poca
- 1 – Ninguna

62. ¿Cuánta dificultad tiene para mantener su actividad laboral?

- 5 – Extrema
- 4 – Mucha
- 3 – Bastante
- 2 – Poca
- 1 – Ninguna

Escala de impacto del Ictus

Por favor, responda a las siguientes preguntas en base a las **últimas dos semanas, cuál fue el grado de dificultad para:**

63. Vestirse la parte superior de su cuerpo

- 5 – Nada difícil
- 4 – Un poco difícil
- 3 – Bastante difícil
- 2 – Muy difícil
- 1 – Incapaz de hacerlo

64. Ducharse solo

- 5 – Nada difícil
- 4 – Un poco difícil
- 3 – Bastante difícil
- 2 – Muy difícil
- 1 – Incapaz de hacerlo

65. Ir al baño a tiempo

- 5 – Nada difícil
- 4 – Un poco difícil
- 3 – Bastante difícil
- 2 – Muy difícil
- 1 – Incapaz de hacerlo

66. Controlar su vejiga (sin tener un accidente)

- 5 – Nada difícil
- 4 – Un poco difícil
- 3 – Bastante difícil
- 2 – Muy difícil
- 1 – Incapaz de hacerlo

68. Controlar su intestino (sin tener un accidente)

- 5 – Nada difícil
- 4 – Un poco difícil
- 3 – Bastante difícil
- 2 – Muy difícil
- 1 – Incapaz de hacerlo

69. Permanecer de pie sin perder el equilibrio

- 5 – Nada difícil
- 4 – Un poco difícil
- 3 – Bastante difícil
- 2 – Muy difícil
- 1 – Incapaz de hacerlo

70. Ir de compras

- 5 – Nada difícil
- 4 – Un poco difícil
- 3 – Bastante difícil
- 2 – Muy difícil
- 1 – Incapaz de hacerlo

71. Hacer las faenas pesadas de la casa como barrer, lavar, etc.

- 5 – Nada difícil
- 4 – Un poco difícil
- 3 – Bastante difícil
- 2 – Muy difícil
- 1 – Incapaz de hacerlo

72. Permanecer sentado sin perder el equilibrio

- 5 – Nada difícil
- 4 – Un poco difícil
- 3 – Bastante difícil
- 2 – Muy difícil
- 1 – Incapaz de hacerlo

73. Caminar sin perder el equilibrio

- 5 – Nada difícil
- 4 – Un poco difícil
- 3 – Bastante difícil
- 2 – Muy difícil
- 1 – Incapaz de hacerlo

74. Ir de la cama a la silla

- 5 – Nada difícil
- 4 – Un poco difícil
- 3 – Bastante difícil
- 2 – Muy difícil
- 1 – Incapaz de hacerlo

75. Caminar rápido

- 5 – Nada difícil
- 4 – Un poco difícil
- 3 – Bastante difícil
- 2 – Muy difícil
- 1 – Incapaz de hacerlo

76. Subir un par de escaleras

- 5 – Nada difícil
- 4 – Un poco difícil
- 3 – Bastante difícil
- 2 – Muy difícil
- 1 – Incapaz de hacerlo

77. Caminar una manzana

- 5 – Nada difícil
- 4 – Un poco difícil
- 3 – Bastante difícil
- 2 – Muy difícil
- 1 – Incapaz de hacerlo

79. Entrar o salir de un coche

- 5 – Nada difícil
- 4 – Un poco difícil
- 3 – Bastante difícil
- 2 – Muy difícil
- 1 – Incapaz de hacerlo

80. Transportar objetos pesados, como la bolsa de la compra, con su mano afectada

- 5 – Nada difícil
- 4 – Un poco difícil
- 3 – Bastante difícil
- 2 – Muy difícil
- 1 – Incapaz de hacerlo

81. Por favor, señale a continuación para qué actividades necesita la ayuda de otra persona:

- Vestirse, asearse...
- Levantarse
- Comer
- Caminar, pasear...
- Higiene personal
- Alcanzar
- Abrir y cerrar cosas
- Recados y tareas de casa

82. Por favor, señale si utiliza alguno de estos utensilios habitualmente:

- Cubiertos de mango ancho
- Bastón, muletas, andador o silla de ruedas
- Asiento o barra especial para el baño
- Asiento alto para el retrete
- Abridor para tarros previamente abiertos

83. Aquí termina el cuestionario. Muchas gracias por su participación. Si tiene cualquier pregunta o comentario adicional, puede escribirla a continuación: