



Psicología y Relaciones Humanas

Trabajo Final Integrador

LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

“El uso de la evaluación inicial para definir el perfil ocupacional de pacientes adultos en fase subaguda tras un Accidente cerebrovascular (ACV): perspectivas desde la terapia ocupacional”.

Nombre y Apellido: Serrano Castaño, Catalina Andrea

Equipo docente: Lic. Florencia Durand

Equipo docente: Lic. Viviana Rodríguez

Año: 2025

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. ÁREA Y TEMA	7
3. PALABRAS CLAVES.....	7
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
5. RELEVANCIA (SOCIAL, PRÁCTICA, TEÓRICA) Y JUSTIFICACIÓN	9
5.1. Relevancia Social.....	9
5.2. Relevancia Práctica	10
5.3. Relevancia Teórica	11
6. MARCO TEÓRICO	12
6.1. ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA	23
7. HIPÓTESIS	25
8. OBJETIVOS	26
8.1. OBJETIVO GENERAL	26
8.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
9. METODOLOGÍA.....	27
9.1. TIPO DE DISEÑO	27
9.2. SEGÚN EL GRADO DE CONOCIMIENTO	28
9.3. SEGÚN EL MOMENTO DEL OBJETO EN EL TIEMPO	29

9.4. SEGÚN EL ENFOQUE METODOLÓGICO.....	29
9.5. DISEÑO UNIVERSO Y LA MUESTRA	29
9.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	31
10. RESULTADOS	33
10.1. ANÁLISIS DE LA MUESTRA	33
10.2. CONCLUSIÓN	53
11. BIBLIOGRAFÍA.....	56
12. ANEXOS.....	60
12.1. INSTRUMENTO/S TIPOS, PROTOCOLO MODELO	60
12.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO MODELO.....	69

1. INTRODUCCIÓN

El Accidente Cerebrovascular (ACV) es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial y afecta significativamente la independencia funcional de quienes lo padecen (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). Sus secuelas impactan el desempeño ocupacional, restringiendo la participación en actividades esenciales como el autocuidado, el manejo del hogar y la integración social (Buzzelli, Zerboni & Domínguez, 2023).

La fase subaguda del ACV, abarca desde las cuatro semanas hasta los seis meses posteriores al evento, es un periodo clave para la rehabilitación del paciente. Durante este tiempo, el cerebro tiene una mayor capacidad de reorganización y adaptación gracias a la neuroplasticidad, lo que facilita la recuperación funcional si se interviene de manera adecuada. Por ello, la rehabilitación intensiva durante esta etapa no solo mejora la funcionalidad del paciente, sino que también reduce las probabilidades de que quede con discapacidades severas.

Según Buzzelli, Zerboni & Domínguez (2023), el aporte de la terapia ocupacional en la fase subaguda del ACV es indiscutible. Estas autoras señalan que más del 90% de los pacientes que atraviesan esta condición presentan limitaciones en su desempeño diario, lo que evidencia la necesidad de un abordaje interdisciplinario. En este sentido, la combinación de terapia ocupacional con otras disciplinas como son kinesiología, fonoaudiología y rehabilitación cognitiva ha demostrado ser clave para acelerar la recuperación y mejorar los resultados funcionales.

En este contexto, la evaluación inicial se convierte en algo esencial para guiar el proceso de recuperación. Una valoración integral no solo permite identificar las limitaciones físicas y neurológicas del paciente, sino también comprender su capacidad funcional y su participación en actividades significativas. Actualmente existen diversas herramientas para este propósito, las cuales ayudan a determinar el estado del paciente y las decisiones clínicas. Algunas de las más utilizadas en el ámbito de la neurorehabilitación son la *Medida de Independencia Funcional (FIM)*, el *Índice de Barthel*, el *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)* y la *Evaluación de Habilidades Motoras y de Proceso (AMPS)*. Estas herramientas permiten valorar aspectos motores, cognitivos y funcionales relevantes para el diseño del tratamiento.

Desde la Terapia Ocupacional, la evaluación inicial busca comprender cómo las habilidades y necesidades del individuo afectan su desempeño y participación en las actividades cotidianas. Este proceso incluye una entrevista para conocer su historia de vida, rutinas y metas; la observación del desempeño en tareas significativas; y la aplicación de instrumentos estandarizados que evalúan funciones motoras, cognitivas, sensoriales y sociales.

Por ejemplo, se puede valorar el rango de movimiento, fuerza y coordinación en actividades como vestirse o cocinar; o analizar funciones cognitivas como la memoria y la atención en la organización de rutinas diarias. También se evalúa la respuesta a estímulos sensoriales y la capacidad de interacción en contextos sociales. A partir de

esta información, se identifican fortalezas y dificultades, y se desarrolla un plan de tratamiento personalizado centrado en la persona.

Sin embargo, más allá de los aspectos clínicos y funcionales, es clave considerar el impacto del ACV en la participación social y en la calidad de vida del paciente. El ACV no solo altera funciones físicas, sino también roles, intereses y proyectos de vida, afectando directamente la identidad ocupacional. Evaluar estas dimensiones permite planificar intervenciones que no solo promuevan la independencia, sino también la reconstrucción del sentido ocupacional, la reintegración social y el bienestar subjetivo.

En el campo de la terapia ocupacional, la evaluación inicial se orienta a la construcción del perfil ocupacional, considerando los intereses, roles y entornos del paciente (Mercado Padín, 2010). Este proceso, respaldado por el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), permite diseñar intervenciones personalizadas que potencien la autonomía y mejoren la calidad de vida del paciente (Talavera Valverde, Souto Gómez & Moruno Miralles, 2016).

A pesar de la importancia de la evaluación inicial en la planificación de la rehabilitación post-ACV, existe una falta de consenso sobre protocolos estandarizados para la fase subaguda. Esta investigación intenta analizar el efecto de la evaluación inicial en el diseño del perfil profesional desde el punto de vista de los terapeutas ocupacionales, proporcionando evidencia que contribuye a mejorar la práctica profesional y la rehabilitación.

2. ÁREA Y TEMA

Esta investigación pertenece al campo de la salud, específicamente en la rehabilitación neurológica y el rol que desempeña la terapia ocupacional en la intervención temprana de paciente adulto post un Accidente cerebrovascular (ACV).

Tema: “El uso de la evaluación inicial para definir el perfil ocupacional de pacientes adultos en fase subaguda tras un Accidente cerebrovascular (ACV): perspectivas desde la terapia ocupacional”.

3. PALABRAS CLAVES

Accidente cerebrovascular (ACV), Neurorehabilitación, Evaluación inicial, Perfil Ocupacional, Fase subaguda, Terapia ocupacional.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Accidente Cerebrovascular (ACV), es una de las principales causas de discapacidad en adultos, impactando gravemente el desempeño ocupacional y la calidad de vida de quienes lo padecen. Las secuelas de un accidente cerebrovascular pueden afectar diversas áreas, como los movimientos, los sentidos, las capacidades cognitivas y las habilidades comunicativas. Esto, a su vez, repercute en la independencia del paciente para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) y limita su participación social (Buzzelli, Zerboni & Domínguez, 2023).

Según las autoras, en los primeros meses después de un ACV, conocidos como la fase subaguda, el cerebro experimenta un aumento en la neuroplasticidad, lo que hace que este periodo sea fundamental para la recuperación funcional. Durante este tiempo, la rehabilitación debe ser intensiva y estructurada para maximizar la autonomía del paciente. Aquí, la terapia ocupacional juega un rol clave, al enfocarse en mejorar la funcionalidad y ayudar al paciente a reintegrarse a sus ocupaciones previas, adaptándolas a sus nuevas condiciones.

Para diseñar un plan terapéutico adecuado, es esencial realizar una evaluación inicial que permita conocer las capacidades del paciente, así como las limitaciones que afecten su desempeño ocupacional. Esta evaluación debe abordar no solo aspectos físicos, sino también los factores contextuales, ambientales y psicosociales que influyen en la recuperación y participación del paciente.

A pesar de la importancia de la evaluación inicial, hay falta de sistematización en los procesos, lo que puede generar variaciones en la planificación terapéutica, lo que podría influir en los resultados funcionales del paciente y en su progreso de rehabilitación. Por esto, los enfoques de evaluación varían según la experiencia y el criterio del terapeuta ocupacional, lo que resalta la necesidad de investigar cómo los profesionales perciben y utilizan la evaluación inicial para diseñar intervenciones efectivas. Identificar estas percepciones permitirá comprender mejor las prácticas actuales y proponer estrategias para mejorar la evaluación en el contexto de neurorehabilitación.

Este trabajo final integrador (TFI), tiene como objetivo investigar el uso de la evaluación inicial para definir el perfil ocupacional de pacientes adultos en fase subaguda tras un Accidente cerebrovascular (ACV): perspectivas desde la Terapia ocupacional. Por ello, se plantea la siguiente pregunta problema: *“¿De qué manera influye la evaluación inicial en la definición del perfil ocupacional de pacientes adultos en fase subaguda tras un Accidente Cerebrovascular, según la perspectiva de los terapeutas ocupacionales?”*

5. RELEVANCIA (SOCIAL, PRÁCTICA, TEÓRICA) Y JUSTIFICACIÓN

El objetivo general de este trabajo final integrador es contribuir a nivel social, práctico y teórico, con respecto a la importancia de una evaluación inicial para definir el perfil ocupacional de los pacientes adultos post ACV. A continuación, se describirá la contribución de este estudio en estos tres aspectos.

5.1. Relevancia Social

El Accidente Cerebrovascular (ACV) al ser una de las principales causas de discapacidad en adultos y tiene un profundo impacto no solo en la persona sufre, sino también en su familia y su entorno social (OMS, 2021). La pérdida de autonomía en las actividades de la vida diaria (AVD) limita la participación del paciente en la comunidad y puede provocar dependencia a largo plazo. En Argentina, se registran alrededor de 120.000 casos anuales, de los cuales un alto porcentaje presenta secuelas funcionales

que impactan en su calidad de vida y en su capacidad de reinserción social (Ministerio de Salud de Argentina, 2023).

De esta manera, intentar mejorar la identificación de los factores que influyen en la rehabilitación post-ACV y en las intervenciones terapéuticas más efectivas podría contribuir a intentos más precisos a la hora de proponer los procesos de recuperación funcional y una mejor calidad de vida de los pacientes. Además, un abordaje en la fase subaguda basado en la evaluación inicial genera una intervención más ajustada a las necesidades individuales, favoreciendo a una recuperación más rápida y efectiva, lo que también puede ayudar a disminuir la carga familiar y lograr posibles reducciones en los costos sociosanitarios asociados a la dependencia funcional.

La falta de un enfoque adecuado en la evaluación inicial puede derivar en mayor dependencia del paciente, aumentando la carga para la familia y el sistema de salud (CONICET, 2020). Un correcto perfil ocupacional puede identificar dificultades en la movilidad dentro del hogar, accesibilidad al transporte público o limitaciones en el regreso al trabajo, permitiendo desarrollar estrategias de adaptación y acompañamiento.

5.2. Relevancia Práctica

Desde la práctica profesional la terapia ocupacional juega un papel fundamental en la recuperación funcional del paciente, y la evaluación inicial es clave para personalizar las intervenciones (AOTA, 2020). Es una herramienta clave para diseñar un plan terapéutico efectivo. Aunque, no existe un protocolo estandarizado para la

integración de los datos obtenidos en la evaluación dentro de la definición del perfil ocupacional del paciente.

Esta investigación permitirá entender cómo los terapeutas ocupacionales integran la evaluación inicial en la definición o planificación de la rehabilitación en la fase subaguda del accidente cerebrovascular y, a partir de ello, contribuir a una práctica más estructurada y fundamentada. Un perfil ocupacional bien diseñado orienta las estrategias terapéuticas, permitiendo que los tratamientos sean más efectivos y ajustados a las necesidades del paciente (Sanz Valer & Bellido Mainar, 2012). Por otra parte, los hallazgos pueden llegar a aportar nuevos conocimientos para la formación de futuros profesionales y para mejorar las guías de evaluación en neurorehabilitación.

5.3. Relevancia Teórica

En la actualidad la literatura refiere la importancia de la evaluación inicial en pacientes que sufrieron un accidente cerebrovascular, sin embargo, reconoce una falta de estudios en torno al uso de la elaboración del perfil ocupacional y en su impacto en la recuperación funcional. Esta investigación busca contribuir al conocimiento teórico en el ámbito de la terapia ocupacional y neurorehabilitación, proporcionando una perspectiva fundamentada en la experiencia profesional y ofreciendo evidencia que pueda servir como base para futuras investigaciones.

6. MARCO TEÓRICO

Según la Organización Mundial de la Salud (2021), el accidente cerebrovascular (ACV) es una de las principales causas de discapacidad en adultos, lo que afecta en gran medida la autonomía y la participación en la vida diaria. En este contexto, la terapia ocupacional desempeña un papel juega un papel importante en la rehabilitación, especialmente en la fase subaguda, donde la evaluación inicial resulta crucial para establecer un perfil ocupacional preciso. Este proceso permite a los terapeutas ocupacionales identificar necesidades, diseñar estrategias de intervención, plantear objetivos y optimizar la recuperación funcional del paciente (Buzzelli, Zerboni & Domínguez, 2023).

El presente marco teórico desarrolla los aspectos clave relacionados con el ACV, los modelos de evaluación en terapia ocupacional, la importancia de la evaluación inicial y su impacto en la definición del perfil ocupacional de los pacientes en fase subaguda.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) se entiende por Accidente Cerebro Vascular (ACV) “un síndrome clínico de desarrollo rápido debido a una perturbación focal de la función cerebral de origen vascular y de más de 24 horas de duración” (Moyano, 2010, p. 348). Sus consecuencias dependerán del lugar y el tamaño de la lesión. Otras denominaciones para este cuadro son los términos ataque cerebral, stroke o ictus. Es la tercera causa de muerte y la primera de discapacidad a nivel mundial. En Argentina, se estima que ocurren 120.000 casos de ACV anuales con una alta incidencia de secuelas funcionales (Ministerio de Salud de Argentina, 2023).

El ACV se clasifica en isquémico y hemorrágico, dependiendo del mecanismo de daño cerebral. En el caso del ACV isquémico, es el más frecuente, se produce por la obstrucción de un vaso sanguíneo cerebral, reduciendo el flujo de oxígeno al tejido nervioso (Ministerio de Salud de Argentina, 2023). Puede deberse a una trombosis, es la formación de un coagulo en una arteria cerebral o por una embolia, es un coagulo que viaja desde otra parte del cuerpo al cerebro. Los pacientes con este tipo de ACV suelen presentar déficit motor unilateral (hemiplejia), alteraciones en el lenguaje (afasia), alteraciones en la visión y trastornos cognitivos. Por otro lado, el ACV hemorrágico representa el 20% de los casos y ocurre por la ruptura de un vaso sanguíneo en el cerebro, provocando sangrado intracraneal. Se divide en hemorragia intracraneal y hemorragia subaracnoidea. Este tipo de ACV se asocia con mayor mortalidad y recuperación más prolongada, con déficits severos en la movilidad, el equilibrio y la coordinación (Alessandro et al., 2020). El ACV puede llegar a afectar múltiples dimensiones del funcionamiento humano afectando en las actividades de la vida diaria.

La rehabilitación en pacientes post – ACV debe iniciarse tempranamente, incluso en unidades cuidados intensivos, con el objetivo de minimizar secuelas neurológicas y evitar complicaciones. Se ha evidenciado que la recuperación funcional es más intensa durante las primeras seis semanas y ayuda al proceso de rehabilitación. Como señala Moyano (2010), “la rehabilitación no debe ser entendida como un evento aislado, sino como un proceso con un enfoque integral que comienza en la fase aguda, continúa en el período de máxima recuperación (fase subaguda) y puede mantenerse en la fase tardía

o de estabilización” (p. 352). Este enfoque resalta la relevancia de realizar una evaluación inicial adecuada para estructurar estrategias de intervención efectivas.

Evaluar al paciente desde el inicio permite identificar déficits neurológicos y funcionales y establecer un pronóstico para el paciente. Según Arias Cuadrado (2009), “es importante registrar la exploración física inicial al ingreso, para poder establecer la primera presunción pronóstica, además el tratamiento se ha de iniciar de forma precoz en cuanto el ACV se haya estabilizado” (p. 26).

La fase subaguda es un período clave para la rehabilitación, ya que la plasticidad neuronal permite una reorganización del sistema nervioso, favoreciendo la recuperación funcional. En esta etapa, la terapia ocupacional debe enfocarse en intervenciones que maximicen la autonomía del paciente (Arias Cuadrado, 2009). Se ha demostrado que la rehabilitación intensiva durante esta fase reduce la discapacidad a largo plazo y mejora la autonomía funcional (AOTA, 2020).

Cabe resaltar que el tratamiento en esta fase requiere un enfoque interdisciplinario que involucra a terapeutas ocupacionales, kinesiólogos, fonoaudiólogos y otros profesionales de la salud, quienes trabajan en conjunto para maximizar el proceso de recuperación (Arias Cuadrado, 2009).

La terapia ocupacional se basa en la premisa de que el ser humano es un ser ocupacional, es decir, un individuo cuya identidad y bienestar dependen de su capacidad para participar en actividades significativas (Santos del Riego, 2005). La ocupación es el

medio por el cual las personas expresan su identidad, se desarrollan y se relacionan con su entorno. Kielhofner (2008) sostiene que la ocupación resulta de un proceso evolutivo en el cual las necesidades biológicas, psicológicas y sociales se integran para dar forma al desempeño ocupacional. Desde esta perspectiva, la terapia ocupacional se fundamenta en la interacción de tres elementos clave: paciente, terapeuta y ocupación, abordado de manera integral las áreas funcional, motriz, sensorial, perceptiva y cognitiva.

En el contexto del ACV, la evaluación inicial es el punto de partida para un tratamiento adaptado a las capacidades, limitaciones y expectativas del paciente. Es un proceso fundamental para comprender la condición del paciente y establecer un plan de tratamiento adaptado a sus necesidades (AOTA, 2020). Por esto, la evaluación en terapia ocupacional se basa en la recopilación del perfil ocupacional y el análisis del desempeño ocupacional. Existen diversos instrumentos que permiten evaluar la funcionalidad y desempeño ocupacional del paciente post-ACV.

Según las autoras Buzzelli Chiara, Zerboni Clara, y Domínguez Sofía (2023) "Luego de un ACV existe una ventana de tiempo donde hay un aumento de la neuroplasticidad, y es durante ésta que las respuestas dinámicas del cerebro a la lesión aumentan y la rehabilitación podría ser particularmente efectiva". Por esto una rehabilitación intensiva en esta fase no solo disminuye las probabilidades de discapacidad severa, sino que también mejorar los niveles funcionales alcanzados. En este contexto la evaluación inicial debe ser integral e incluir el análisis de los déficits neurológicos como la evaluación de capacidad funcional y la participación del paciente

en actividades significativas. Existen diversos instrumentos que permiten evaluar la funcionalidad y desempeño ocupacional del paciente post-ACV, algunos son:

- National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) – Evalúa la severidad del ACV.
- Índice de Barthel – Mide la independencia en actividades de la vida diaria.
- Medida de Independencia Funcional (FIM) – Evalúa el grado de asistencia.
- Motor Activity Log (MAL) – Analiza la funcionalidad del miembro superior afectado.
- Escala de Rankin Modificada (mRS): Evalúa el grado de discapacidad del paciente.
- Escalas Generales para la Evaluación de la Calidad de Vida como son:
 - SF-36: escala ampliamente utilizada con 36 ítems distribuidos en 8 dominios (función física, rol emocional, dolor corporal, salud general, entre otros).
 - EuroQol (EQ-5D-5L y EQ-5D-3L): evalúa movilidad, autocuidado, actividades diarias, dolor y estado emocional.
 - Perfil de Salud de Nottingham (NHP): cuestionario de 38 ítems que mide energía, dolor, sueño, aislamiento social y movilidad física.
- Escalas Especificas para ACV como son:
 - ECVI-38: primera escala validada en español para medir calidad de vida en pacientes con ACV.
 - Stroke Impact Scale (SIS 2.0): evalúa fuerza, función manual, movilidad, comunicación, memoria y participación social.

- SS-QOL: cuestionario de 49 ítems con énfasis en movilidad, lenguaje y función de la extremidad superior.
- SAQOL-39: diseñada para pacientes con afasia post-ACV, abarcando comunicación, función física y emocional.

Estos instrumentos permiten determinar las capacidades residuales y limitaciones del paciente, orientando el proceso de rehabilitación de manera personalizada (Buzzelli et al., 2022). Según Domingo (2006), debe abarcar: Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), Valoración motora, Valoración de la sensibilidad, Valoración perceptual y cognitiva, Valoración del entorno. La Sociedad Española de Neurorrehabilitación (SENRR) (2020) enfatiza que la evaluación debe realizarse con herramientas validadas y debe ser revisada periódicamente para ajustar el tratamiento.

La evaluación inicial es esencial para establecer un plan de tratamiento basado en las capacidades y limitaciones del paciente. Según Sanz Valer & Bellido Mainar (2012), "una evaluación exhaustiva permite diseñar intervenciones ajustadas a las necesidades individuales, optimizando la recuperación funcional" (p. 45). Por eso, consideran que la evaluación ocupacional es un componente fundamental en la rehabilitación e influye en la calidad de la intervención terapéutica. Un protocolo bien estructurado permite: recoger información precisa sobre la historia ocupacional y habilidades funcionales del paciente, ajustar la intervención terapéutica según la evolución del paciente y poder determinar el grado de recuperación y la necesidad de estrategias post – rehabilitación.

La evaluación inicial es el punto de partida para toda intervención de terapia ocupacional. Los terapeutas no inician desde cero; aplican conocimientos teóricos y habilidades prácticas adquiridas a lo largo de su formación y experiencia profesional. Por lo cual, "La evaluación ocupacional supone el principio de cualquier intervención en terapia ocupacional" (Talavera-Valverde, Souto-Gómez & Moruno-Miralles, 2022, p. 62). Asimismo, enfatizan que la selección de un marco teórico adecuado es fundamental para determinar qué aspectos deben evaluarse y qué herramientas son más apropiadas para las diferentes intervenciones.

Según Talavera-Valverde et al. (2022), la evaluación ocupacional se estructura como un proceso sistemático que permite analizar el desempeño ocupacional del paciente, considerando tanto sus capacidades como las limitaciones impuestas por su entorno. Para ello, se utilizan modelos de evaluación que permiten comprender la interacción entre la persona, la actividad y el contexto, asegurando que la intervención terapéutica responda a las necesidades reales del paciente.

El procedimiento de evaluación ocupacional es un proceso dinámico, sistemático y circular. Explora aquello que se hace, las capacidades, destrezas y patrones de desempeño necesarios para realizarlo, así como el significado otorgado a las acciones. La evaluación de estatus integra dos esferas complementarias: (a) extrínseca, relacionada con lo que hace la persona y (b) intrínseca, relacionada con lo que es. Además, este proceso es singular, ya que el desempeño o realización (perform) y el significado (meaning) de cualquier ocupación adquiere su singularidad cuando

consideramos a la persona, comunidad, población u organización que la realiza y el contexto concreto en que se desempeña. (Talavera-Valverde et al., 2022, p. 63).

Para estos autores "La evaluación inicial sigue cinco fases: derivación, screening, evaluación comprensiva, diagnóstico ocupacional y diseño del plan de intervención." (Talavera-Valverde et al., 2022, p. 65).

- Derivación: Recopilación de información inicial sobre el paciente y su estado de salud.
- Screening: Identificación rápida de posibles problemas en el desempeño ocupacional.
- Evaluación comprensiva: Análisis detallado de las limitaciones y facilitadores del desempeño.
- Diagnóstico ocupacional: Identificación precisa de los problemas a tratar.
- Diseño del plan de intervención: Establecimiento de prioridades y estrategias terapéuticas.

Esta estructura permite una comprensión integral de la situación del paciente y facilita la planificación de intervenciones efectivas (Talavera-Valverde et al., 2022).

Para Mercado Padín (2010) la evaluación inicial en terapia ocupacional no solo debe enfocarse en las capacidades funcionales del paciente, sino también en los entornos y contextos que pueden facilitar o limitar la participación del paciente en sus actividades de la vida diaria. Por ello, el perfil ocupacional debe considerar estos factores

para diseñar intervenciones terapéuticas más personalizadas y efectivas. La recopilación de esta información permite a los terapeutas ocupacionales comprender mejor las barreras y facilitadores que afectan la recuperación y autonomía del paciente post-ACV.

El perfil ocupacional es una herramienta clave para los terapeutas ocupacionales Mercado Padín (2010) explica que “el Marco de Trabajo de la Práctica de Terapia Ocupacional nos describe dos pasos en la valoración y evaluación: recopilar el perfil ocupacional y analizar el desempeño del cliente en la ocupación” (p. 8). Según el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional de la AOTA (2020), el perfil ocupacional recoge información sobre:

- Historial ocupacional del paciente.
- Ocupaciones significativas afectadas por el ACV.
- Factores ambientales y contextuales que influyen en su desempeño.
- Expectativas y objetivos de recuperación.

Para este proceso de recolección del perfil ocupacional, los terapeutas ocupacionales utilizan diferentes estrategias para recopilar información sobre el perfil ocupacional del paciente: entrevistas estructuradas con el paciente y familiares para conocer su historia ocupacional, observación en contexto real (hospital, domicilio o centro de rehabilitación), autocuestionarios donde el paciente expresa sus dificultades y objetivos, valoraciones funcionales en actividades cotidianas, como alimentación y vestido. Según el Marco de Trabajo de la AOTA (2020), "el perfil ocupacional permite establecer objetivos terapéuticos alineados con los valores y necesidades del paciente".

El uso de herramientas estandarizadas como la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y modelos de referencia teóricos contribuyen a una evaluación más completa y personal. Del mismo modo, la recuperación funcional, después de la rehabilitación multidisciplinaria ha demostrado ser un factor específico en la recuperación funcional post-ACV. Desde terapia ocupacional esto se utiliza para la evaluación inicial ocupacional y el diseño del perfil ocupacional, empleando modelos teóricos que fundamentan la práctica profesional en neurorrehabilitación, entre estos encontramos:

1. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*: la CIF (OMS, 2001) proporciona un marco para comprender la discapacidad y el desempeño ocupacional desde una perspectiva biopsicosocial. Permite evaluar la relación entre funciones corporales, actividades y participación, incluyendo factores contextuales. Esta herramienta resulta ideal para evaluar el estado inicial de los pacientes con accidente cerebrovascular, diseñar estrategias de tratamiento y hacer un seguimiento de su evolución a lo largo de las distintas etapas del proceso de rehabilitación.
2. *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (AOTA, 2020)*: este modelo organiza la práctica de la terapia ocupacional en torno a la evaluación del perfil ocupacional y el análisis del desempeño, enfatizando la intervención centrada en el cliente.

3. *Modelo de Ocupación Humana (MOH)*: este modelo (Kielhofner, 2008) destaca la importancia de los hábitos, roles y motivaciones del paciente en la planificación de su rehabilitación. Utiliza el MOHOST, evalúa la participación ocupacional a través de seis dimensiones clave: volición, habituación, habilidades de comunicación e interacción, habilidades de procesamiento, habilidades motoras y ambiente. Facilita la recopilación de información sobre el perfil ocupacional del paciente
4. *Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional (C.O.P.P.M.)*: guía el proceso de intervención en terapia ocupacional, asegurando coherencia con la práctica centrada en la persona. Su aplicación permite un enfoque dinámico y flexible para la evaluación inicial y la planificación de la intervención (Simó & Urbanowski, 2006).

La terapia ocupacional juega un papel clave en la rehabilitación post-ACV, ya que no solo contribuye a la recuperación funcional del paciente, sino que también promueve su independencia y calidad de vida. Para lograr una intervención efectiva, es esencial contar con una evaluación inicial bien estructurada, basada en modelos teóricos que guíen el análisis del desempeño ocupacional y orienten la planificación terapéutica. Como señalan Agorreta Tejedor et al. (2015), "la selección del modelo teórico adecuado es fundamental para estructurar la evaluación inicial, ya que proporciona un marco que orienta el análisis del desempeño ocupacional y la planificación de la intervención" (p. 40). Sin embargo, a pesar de su relevancia, aún existen barreras en el acceso a estos servicios, lo que resalta la necesidad de establecer protocolos estandarizados y políticas

de salud que garanticen una rehabilitación equitativa. La implementación de modelos de evaluación, el uso de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) y un enfoque multidisciplinario han demostrado ser estrategias clave para optimizar la intervención.

"Evaluar es, además de un procedimiento de recogida de información, dar valor a algo" (Talavera-Valverde et al., 2022, p. 65). La evaluación inicial en la fase subaguda del ACV representa un pilar fundamental en el proceso de rehabilitación, y permite a los terapeutas ocupacionales comprender las necesidades individuales de cada paciente, diseñando estrategias que favorezcan su recuperación funcional. La utilización de los distintos modelos de evaluación en terapia ocupacional ayuda a un enfoque estructurado y basado en la evidencia, facilitando la toma de decisiones clínicas. En este sentido, la adecuada identificación del perfil ocupacional no solo mejora la calidad de vida del paciente, sino que también facilita su reinserción en la comunidad y su independencia en las actividades diarias.

6.1. ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA

En la actualidad, el ACV es una de las principales causas de mortalidad y discapacidad a nivel mundial (OMS, 2021). Se estima que la mortalidad en la fase aguda puede alcanzar el 25%, y un alto porcentaje de los sobrevivientes sufre secuelas que afectan su independencia funcional (Arias Cuadrado, 2009).

Dentro del proceso de recuperación, la fase subaguda del ACV es un período crítico donde se pueden maximizar los procesos de neuroplasticidad y reorganización

funcional (Buzzelli et al., 2022). Por esto, la evaluación inicial en terapia ocupacional cumple un rol clave en la planificación terapéutica, ya que permite diseñar estrategias de intervención basadas en las capacidades y limitaciones del paciente (AOTA, 2020).

La importancia de la evaluación inicial en el proceso de rehabilitación ha sido destacada en diversos estudios. Murie-Fernández et al. (2010) encontraron que la evaluación temprana en pacientes post-ACV influye en la recuperación funcional y en la predicción del pronóstico de rehabilitación. Sanz Valer & Bellido Mainar (2012) sostienen que "una evaluación ocupacional exhaustiva permite establecer objetivos terapéuticos realistas y ajustados a las necesidades individuales del paciente" (p. 45). Terradillos et al. (2012) destacan que la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) es una herramienta clave en la evaluación del estado funcional de los pacientes con ACV, facilitando la planificación de la rehabilitación interdisciplinaria.

Aunque a pesar de la evidencia existente, hay pocos estudios que analicen la perspectiva de los terapeutas ocupacionales en la evaluación inicial de pacientes con ACV en fase subaguda. Esta investigación busca abordar esta brecha, explorando cómo la evaluación influye en el diseño del perfil ocupacional y en la planificación terapéutica.

En cuanto, a los modelos y marcos teóricos en terapia ocupacional han propuesto diversas estrategias para la evaluación del paciente post-ACV que buscan comprender el impacto del daño neurológico en la ocupación. Entre ellas, el *Modelo de Ocupación Humana (MOHO)* promueve el uso de entrevistas estructuradas como la *Occupational Performance History Interview-II (OPHI-II)*, mientras que el *Modelo Canadiense del*

Desempeño Ocupacional (CMOP) propone herramientas como el *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*, que permite identificar y priorizar ocupaciones significativas desde la perspectiva del paciente. Otras estrategias incluyen la observación directa en contextos reales, el uso de escalas funcionales como el FIM, y el análisis de actividades para valorar el desempeño motor, cognitivo y sensorial. Estas herramientas permiten construir un perfil ocupacional integral, aunque aún persiste la necesidad de contar con mayor evidencia sobre cómo los terapeutas ocupacionales seleccionan, combinan e integran estas estrategias en su práctica cotidiana y cómo esto incide en los resultados de rehabilitación funcional.

La fase subaguda del ACV es un período crucial para la recuperación funcional. Según Alessandro et al. (2020), la rehabilitación en esta etapa debe ser intensiva y basada en una evaluación estructurada para lograr mejores resultados funcionales. Aunque se ha demostrado la importancia de la rehabilitación en la fase subaguda, aún es necesario profundizar en cómo la evaluación inicial impacta en la recuperación funcional y qué estrategias pueden mejorar este proceso desde la terapia ocupacional.

7. HIPÓTESIS

La aplicación sistemática y exhaustiva de la evaluación inicial en pacientes adultos en fase subaguda tras un accidente cerebrovascular (ACV) permite delinear de manera precisa y coherente el perfil ocupacional, facilitando a los terapeutas ocupacionales la identificación de necesidades y fortalezas específicas para planificar la rehabilitación en su desempeño ocupacional.

8. OBJETIVOS

8.1. OBJETIVO GENERAL

El objetivo general del presente trabajo final integrador, es analizar la importancia del uso de la evaluación inicial en el diseño del perfil ocupacional de pacientes adultos en fase subaguda tras un ACV, desde la perspectiva de los terapeutas ocupacionales.

8.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para lograr el objetivo general, se proponen a continuación los siguientes objetivos específicos;

1.Describir los criterios y elementos que los terapeutas ocupacionales consideran esenciales en la evaluación inicial de pacientes post-ACV en fase subaguda.

2.Explorar cómo los terapeutas ocupacionales perciben la relación entre la evaluación inicial y la construcción del perfil ocupacional en el proceso de rehabilitación.

3.Identificar las herramientas y metodologías más utilizadas en la evaluación inicial de pacientes post-ACV en el contexto de la neurorehabilitación.

4.Analizar las dificultades y barreras que enfrentan los terapeutas ocupacionales al aplicar la evaluación inicial en pacientes post-ACV.

5.Examinar cómo la evaluación inicial contribuye a la comprensión de las necesidades ocupacionales de los pacientes en la fase subaguda de la rehabilitación post-ACV.

9. METODOLOGÍA

La metodología adoptada en esta investigación permite obtener datos estructurados y detallados sobre la evaluación inicial para diseñar el perfil ocupacional en la rehabilitación de pacientes adultos post-ACV, asegurando que los hallazgos sean representativos y aplicables al campo de la terapia ocupacional.

9.1. TIPO DE DISEÑO

Se va realizar una investigación de tipo no experimental, lo que significa que no se manipulan variables, sino que se observan fenómenos en su contexto natural (Hernández Sampieri, 2022). En este caso, se analizará cómo los terapeutas ocupacionales llevan a cabo la evaluación inicial en pacientes adultos post – ACV sin intervenir en su práctica.

Además, la investigación es de tipo descriptivo, ya que buscara detallar y caracterizar un fenómeno en particular, sin establecer relaciones de causalidad (Hernández Sampieri, 2022, p. 120). En este caso, se describirá el uso de modelos de evaluación y la construcción del perfil ocupacional en la rehabilitación neurológica.

Por último, se trata de un estudio transversal, dado que la recolección de datos se realizará en un único momento en el tiempo (Hernández Sampieri, 2022, p. 133). No se hará seguimiento longitudinal, sino que se obtendrán datos de los terapeutas ocupacionales en un período determinado.

9.2. SEGÚN EL GRADO DE CONOCIMIENTO

La presente investigación tiene un enfoque exploratorio, ya que aborda un fenómeno del cual existen antecedentes, pero aún no ha sido suficientemente documentado en relación con la perspectiva de los terapeutas ocupacionales (Hernández Sampieri, 2022). Se busca comprender qué modelos y herramientas se utilizan en la evaluación inicial de pacientes adultos luego de un ACV y como influyen en la planificación de las intervenciones terapéuticas.

A su vez, es descriptivo, dado que se pretende caracterizar detalladamente los procedimientos de evaluación en terapia ocupacional. Según Hernández Sampieri (2022), la investigación descriptiva "mide conceptos y variables en su estado actual, proporcionando información detallada sobre un fenómeno" (p. 110).

La combinación de estos enfoques permite abordar un tema poco estudiado en profundidad y se pretende no solo recolectar información, sino también analizar las tendencias y patrones en la evaluación inicial de los terapeutas ocupacionales en pacientes post – ACV.

9.3. SEGÚN EL MOMENTO DEL OBJETO EN EL TIEMPO

Con respecto a la temporalidad este estudio es sincrónico o transversal, lo que significa que se realiza en un momento específico y no analiza cambios a lo largo del tiempo (Hernández Sampieri, 2022). Se recolectarán datos en un solo punto temporal sin realizar mediciones longitudinales. Esto va permitir obtener un diagnóstico actual sobre cómo los terapeutas ocupacionales evalúan a los pacientes post – ACV en la fase subaguda.

9.4. SEGÚN EL ENFOQUE METODOLÓGICO

La investigación toma un enfoque cuantitativo, ya que la información se recogerá mediante instrumentos estructurados, como encuestas o cuestionarios, permitiendo una medición objetiva de los datos (Hernández Sampieri, 2022, p. 65). Se busca identificar tendencias, frecuencias y patrones en un grupo específico, en este caso, en terapeutas ocupacionales que trabajan con pacientes adultos con ACV en fase subaguda. Este enfoque facilita la recolección de datos numéricos comparables y medibles, generando un análisis estadístico objetivo sobre las herramientas utilizadas en la evaluación ocupacional inicial, la cual permite diseñar el perfil ocupacional del paciente para la planificación de las intervenciones.

9.5. DISEÑO UNIVERSO Y LA MUESTRA

El universo se refiere al conjunto total de elementos o sujetos que poseen una característica en común y que podrían ser estudiados en una investigación (Hernández

Sampieri, 2022, p. 186). En otras palabras, es la población de referencia de la cual se extraerá la muestra.

En este trabajo final integrador, el universo está compuesto por 30 terapeutas ocupacionales que trabajan con pacientes en fase subaguda de ACV en clínicas, hospitales y centros de neurorehabilitación. Se considerarán profesionales con experiencia en la evaluación y rehabilitación post-ACV.

La muestra es el subconjunto del universo que será estudiado y del cual se extraerán los datos para el análisis (Hernández Sampieri, 2022, p. 192). Para definirla, es necesario establecer criterios de inclusión y exclusión, así como el tipo de muestreo a utilizar.

En este estudio se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando terapeutas ocupacionales que cumplieran con los criterios de inclusión y estuvieran disponibles para participar. Este tipo de muestreo es considerado adecuado para estudios exploratorios y cuando se requiere acceder a profesionales con conocimientos específicos (Hernández Sampieri, 2022).

La recolección de datos se realizó mediante una encuesta digital diseñada en Google Forms. Para su distribución se empleó una estrategia de muestreo en cadena o bola de nieve, comenzando por terapeutas conocidos dentro de espacios profesionales y redes específicas de la disciplina. La encuesta fue difundida a través de plataformas como Facebook, WhatsApp y correo electrónico, lo que permitió un mayor alcance y

facilitó el acceso a profesionales con experiencia directa en el ámbito de la neurorehabilitación.

En conclusión, el universo y la muestra constituyen aspectos fundamentales en toda investigación, ya que delimitan el alcance y la representatividad de los resultados. En este caso, la elección de una muestra no probabilística por conveniencia permitió acceder a terapeutas ocupacionales con experiencia específica en la evaluación de pacientes con ACV en fase subaguda, asegurando la pertinencia y aplicabilidad de los datos en el contexto clínico real.

9.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Para esta investigación, la definición de los criterios de inclusión y exclusión es fundamental para delimitar la población de estudio y garantizar que los participantes seleccionados sean pertinentes para responder a la pregunta de investigación. Según Hernández Sampieri (2022), los criterios de inclusión y exclusión permiten: precisar las características necesarias que deben cumplir los sujetos para formar parte del estudio, evitar sesgos en la selección de la muestra al definir de manera clara quiénes pueden y quiénes no pueden participar, garantizar que los datos obtenidos sean relevantes y aplicables al fenómeno investigado.

Criterios de inclusión

En este trabajo integrador final, los criterios de inclusión garantizarán que los terapeutas ocupacionales seleccionados tengan experiencia y conocimientos específicos en la evaluación de pacientes con ACV en fase subaguda.

- Ser terapeuta ocupacional titulado y contar con matrícula habilitante.
- Tener experiencia laboral con pacientes adultos que hayan sufrido un ACV, específicamente en la fase subaguda.
- Estar trabajando actualmente en instituciones de salud que brinden rehabilitación a pacientes post-ACV (hospitales, clínicas o centros de rehabilitación).
- Contar con al menos un año de experiencia en el área de neurorehabilitación.

Criterios de exclusión

Para garantizar que la información recopilada sea precisa y relevante, se excluirán participantes que no cumplan con ciertos requisitos fundamentales.

- Terapeutas ocupacionales sin experiencia en la rehabilitación de pacientes post-ACV en la fase subaguda.
- Profesionales que trabajen exclusivamente en áreas pediátricas o con pacientes con condiciones neurológicas no relacionadas con ACV.
- Terapeutas con menos de un año de experiencia en neurorehabilitación.
- Profesionales que no completen el cuestionario en su totalidad.

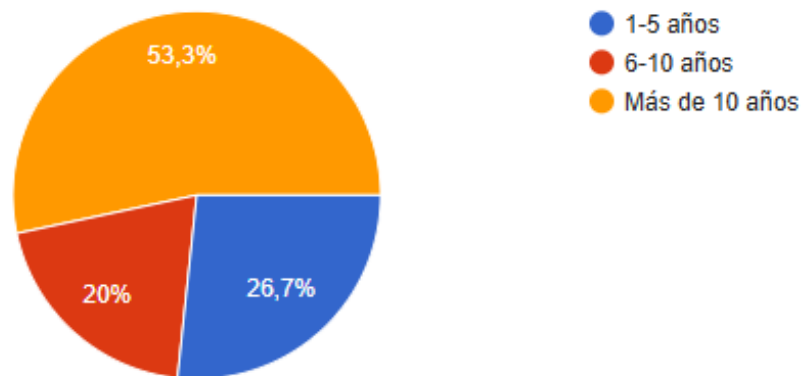
10. RESULTADOS

10.1. ANÁLISIS DE LA MUESTRA

Análisis descriptivo de la muestra (N = 30 Terapeutas Ocupacionales)

Gráfico 1.

¿Cuántos años de experiencia tiene como terapeuta ocupacional?

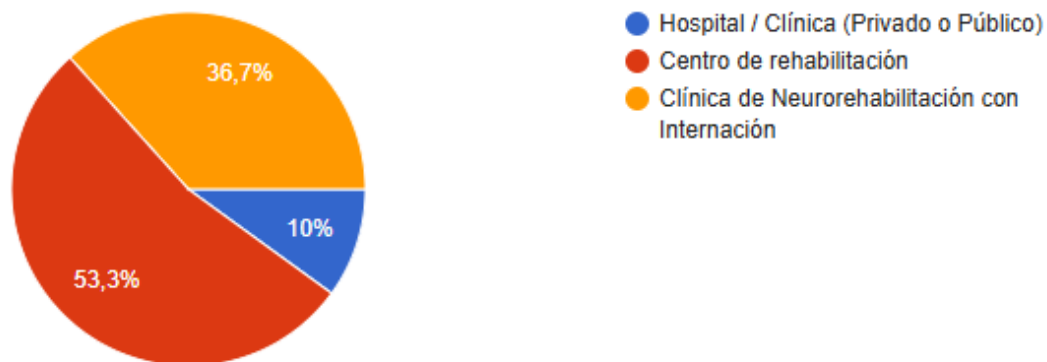


El gráfico 1 representa uno de los criterios de inclusión para formar parte de la población seleccionada para la encuesta. Del total de 30 terapeutas ocupacionales encuestados, la mayoría (53,3%) indicó tener más de 10 años de experiencia profesional. Un 26,7% declaró contar con una trayectoria de entre 1 y 5 años, mientras que el 20% restante manifestó tener entre 6 y 10 años de experiencia. Estos datos reflejan una muestra compuesta por profesionales con diversos niveles de antigüedad en el ejercicio, siendo predominante la experiencia prolongada en el campo, lo que puede aportar una

perspectiva consolidada respecto al uso de evaluaciones iniciales y definición del perfil ocupacional en pacientes con ACV.

Gráfico 2.

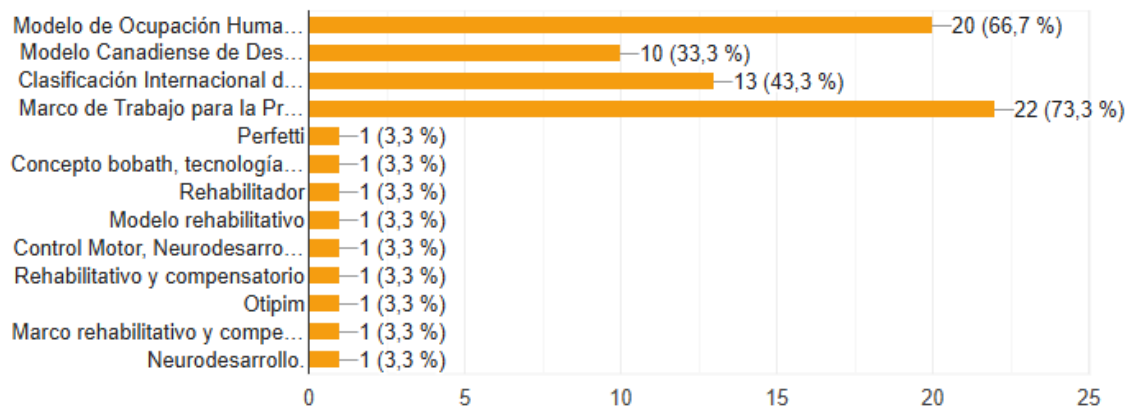
¿En qué tipo de entorno trabaja?



Según el gráfico 2, la mayoría de profesionales que participaron (casi 9 de cada 10) trabajan en contextos altamente especializados en rehabilitación, ya sea en centros ambulatorios o en clínicas con internación. Solo una minoría (10%) trabaja en hospitales generales o clínicas sin un enfoque exclusivo en rehabilitación.

Gráfico 3.

¿Qué modelos o marcos de referencia utiliza en su práctica profesional?



De acuerdo con el gráfico 3, los resultados muestran una diversidad en la elección de modelos o marcos de referencia utilizados por los terapeutas ocupacionales encuestados, aunque con una clara tendencia hacia ciertos enfoques. El 73,3 % de los participantes (n=22) indicó utilizar el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (MOHO), seguido por un 66,7 % (n=20) que aplica el Modelo de Ocupación Humana. También se observa una presencia significativa del uso de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) con un 43,3 % (n=13), y del Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional (CMOP), mencionado por el 33,3 % (n=10) de los encuestados.

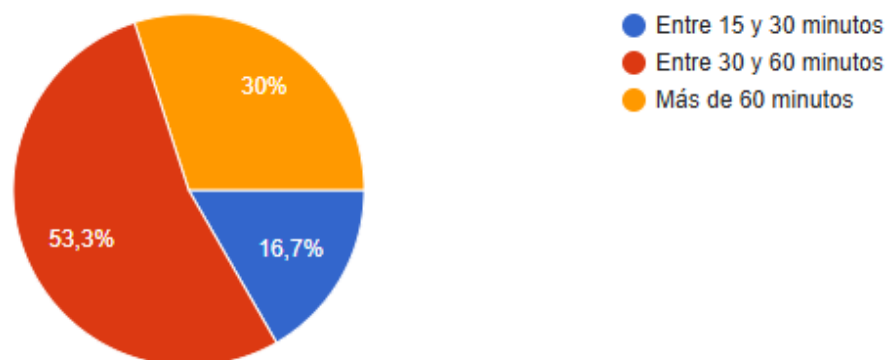
Además, aunque en menor proporción, se reportaron otros marcos y modelos como Perfetti, Bobath, Control Motor, Modelo Rehabilitador, entre otros, representando cada uno un 3,3 % de las respuestas (n=1). Esta variedad da cuenta de que algunos profesionales integran marcos teóricos menos frecuentes o específicos para determinadas técnicas y enfoques clínicos.

La fuerte presencia de algunos marcos y modelos refleja una tendencia hacia una práctica centrada en la ocupación, en la que se prioriza la comprensión del individuo dentro de su contexto y el abordaje de los factores personales, ambientales y ocupacionales. La inclusión de la CIF también señala una integración del lenguaje común propuesto por la OMS, útil tanto para la evaluación como para la comunicación interdisciplinaria.

En conjunto, estos resultados evidencian que la mayoría de los profesionales se basan en modelos que permiten estructurar la intervención desde una mirada integral, centrada en el desempeño ocupacional y sus determinantes.

Gráfico 4.

¿Cuánto tiempo, en promedio, dedica a la evaluación inicial de un paciente en fase subaguda de ACV?



En el gráfico 4, los resultados revelan que la mayoría de los participantes dedica entre 30 y 60 minutos a la evaluación inicial de pacientes en fase subaguda de ACV, con un 53,3 % (n=16) de las respuestas. Esta franja de tiempo parece ser la más utilizada para realizar una valoración integral que permita obtener información suficiente para diseñar una intervención adecuada.

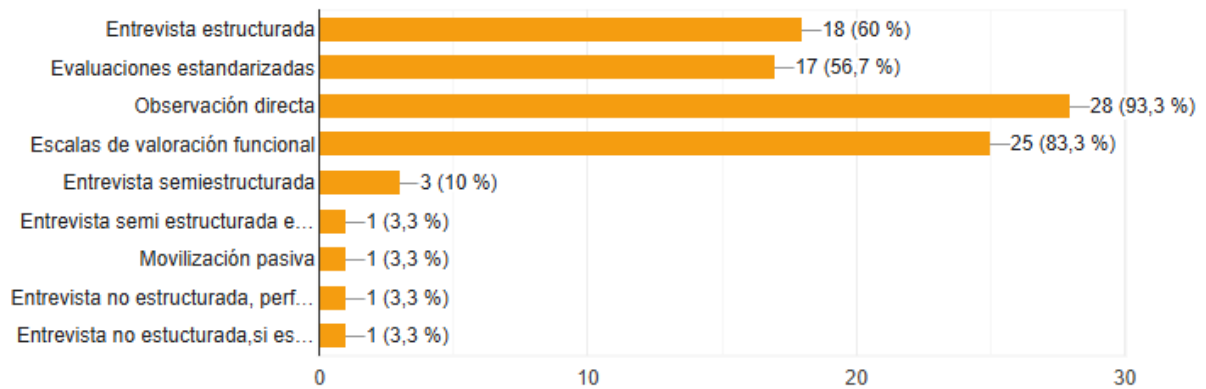
Un 30 % (n=9) manifestó que dedica más de 60 minutos a esta etapa, lo cual podría indicar un abordaje más exhaustivo y detallado, posiblemente en instituciones que permiten una mayor disponibilidad horaria o donde se prioriza una evaluación funcional profunda.

Por otro lado, un 16,7 % (n=5) refirió emplear entre 15 y 30 minutos, lo que puede deberse a contextos de atención más restringida en cuanto a tiempo, alta carga de pacientes o limitaciones institucionales.

Estos datos permiten inferir que, aunque existen diferencias en los tiempos destinados a la evaluación inicial, más de la mitad de los terapeutas ocupacionales intenta dedicar un espacio temporal adecuado (mayor a 30 minutos) a esta etapa clave del proceso terapéutico. Este hallazgo refuerza la importancia que otorgan a la recopilación de información relevante para construir el perfil ocupacional del paciente y planificar intervenciones individualizadas y contextualizadas.

Gráfico 5.

¿Qué instrumentos utiliza en la evaluación inicial de un paciente con ACV?



De acuerdo al gráfico 5, los datos muestran que los instrumentos más comúnmente utilizados por los terapeutas ocupacionales durante la evaluación inicial de pacientes con ACV en fase subaguda son la observación directa y las escalas de valoración funcional. La observación directa fue seleccionada por el 93,3 % de los encuestados (n=28), mientras que las escalas funcionales fueron mencionadas por el 83,3 % (n=25). Este alto porcentaje sugiere una fuerte tendencia hacia el uso de herramientas prácticas, inmediatas y que permiten obtener información significativa sobre el desempeño ocupacional en situaciones reales o simuladas.

La entrevista estructurada (60 %, n=18) y las evaluaciones estandarizadas (56,7 %, n=17) también tienen una presencia importante, lo que indica que muchos profesionales complementan la observación con instrumentos sistematizados y validados, lo cual favorece la recolección de datos consistentes y comparables.

En contraste, instrumentos como la entrevista semiestructurada y otras variantes no estructuradas fueron mencionados por un porcentaje muy bajo (10 % o menos), lo

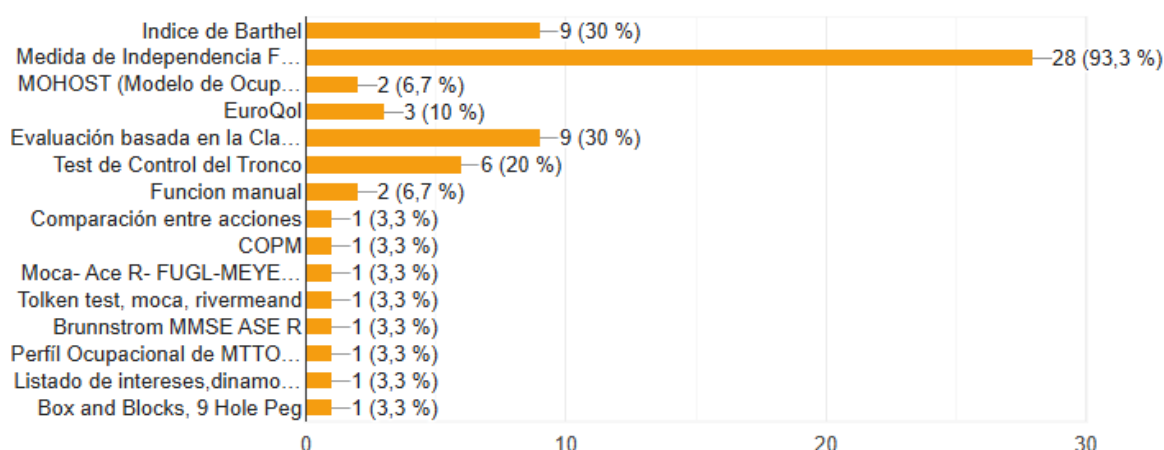
que podría reflejar una menor sistematización de estas estrategias o una falta de formación específica en su aplicación.

La baja frecuencia de respuestas relacionadas con técnicas como la movilización pasiva o entrevistas “no estructuradas” sugiere que estos recursos son menos empleados como parte del proceso evaluativo inicial, posiblemente por no brindar datos funcionales relevantes o por no estar alineados con los marcos teóricos predominantes.

En conjunto, los resultados reflejan una tendencia a utilizar múltiples herramientas de evaluación que combinan la observación clínica con escalas y entrevistas estructuradas, lo cual es consistente con un enfoque centrado en el desempeño ocupacional y en la construcción del perfil ocupacional del paciente.

Gráfico 6.

¿Cuáles son las herramientas de evaluación que utiliza con mayor frecuencia?



El gráfico 6 muestra que, entre las herramientas señaladas por los terapeutas ocupacionales, la Medida de Independencia Funcional (FIM) se destaca como la más frecuentemente utilizada, con un 93,3 % de respuestas (n=28). Este dato confirma la relevancia de esta escala en el ámbito de la neurorehabilitación, ya que permite evaluar de manera objetiva y cuantitativa el nivel de asistencia que una persona necesita para realizar actividades de la vida diaria. Su uso extendido sugiere que es valorada tanto por su utilidad clínica como por su capacidad para medir el progreso funcional del paciente a lo largo del proceso de rehabilitación.

El Índice de Barthel y las herramientas de evaluación basada en la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) fueron mencionadas por el 30 % de los encuestados (n=9 en ambos casos), lo que refleja su implementación como instrumentos complementarios o alternativos. Si bien el Barthel también mide la independencia funcional, su menor presencia en comparación con la FIM puede deberse a que esta última ofrece una evaluación más detallada y específica.

Por otro lado, instrumentos como el Test de Control del Tronco (20 %, n=6) o el MOHOST (Modelo de Ocupación Humana Screening Tool) y otras herramientas de evaluación más centradas en aspectos ocupacionales (como COPM, Listado de intereses, Perfil Ocupacional de MTTO, etc.) tienen una presencia muy baja, con porcentajes que no superan el 10 %.

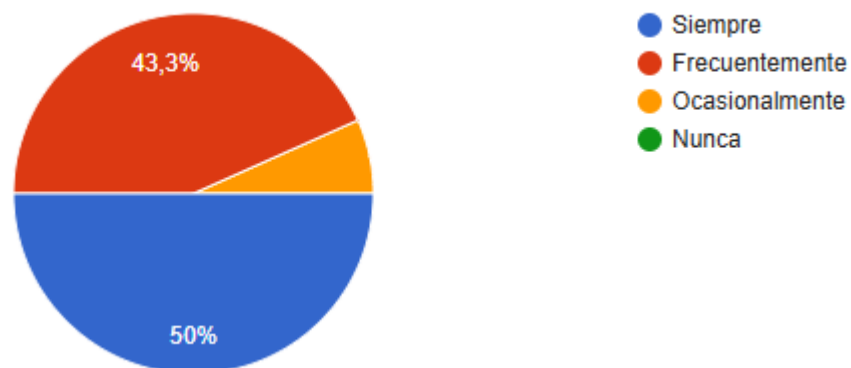
Esto podría estar indicando que, en la práctica profesional dentro del contexto de internación, se priorizan las evaluaciones centradas en la funcionalidad básica y la

independencia, más que aquellas enfocadas en el significado ocupacional o la participación del paciente.

Además, el uso poco frecuente de herramientas como el Box and Blocks o la evaluación de función manual podría estar relacionado con la etapa del proceso en la que se realiza la evaluación (fase subaguda), donde las prioridades clínicas pueden centrarse más en aspectos generales del desempeño que en funciones motoras finas específicas.

Gráfico 7.

¿Con qué frecuencia aplica estas herramientas de evaluación en la fase subaguda del ACV?



En el gráfico 7, según los datos recolectados, el 50 % indicaron que siempre aplican herramientas de evaluación durante la fase subaguda del ACV, mientras que un 43,3 % indicó hacerlo frecuentemente. Esto refleja una fuerte tendencia hacia la

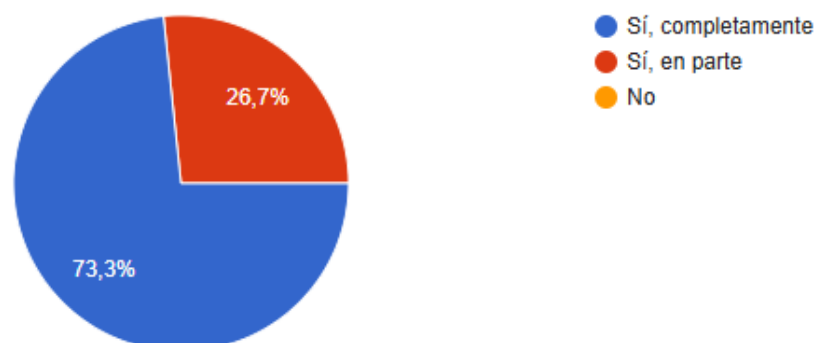
implementación sistemática de herramientas evaluativas dentro del proceso de intervención en esta etapa, lo cual es consistente con la necesidad de establecer un perfil ocupacional claro y preciso del paciente desde el inicio del abordaje.

Por otro lado, un pequeño porcentaje (6,7 %) respondió que utiliza estas herramientas ocasionalmente, lo que podría responder a factores contextuales como falta de tiempo, recursos limitados, carga laboral o escaso acceso a instrumentos adecuados.

Llama la atención que ningún profesional indicó que nunca las aplica, lo que demuestra una alta conciencia profesional sobre la importancia de la evaluación inicial para definir el perfil ocupacional y su utilidad para planificar adecuadamente las intervenciones en pacientes con ACV en esta etapa del proceso de rehabilitación.

Gráfico 8.

¿Considera que la evaluación inicial influye en la toma de decisiones sobre el plan de intervención?



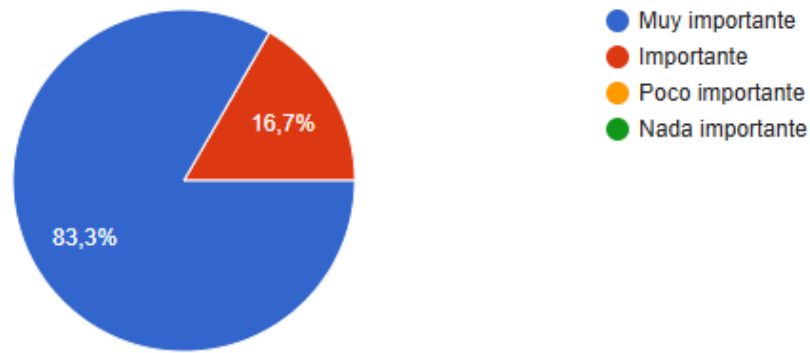
Respecto al gráfico 8, se puede observar que la mayoría de los participantes (73,3 %) considera que la evaluación inicial influye completamente en la toma de decisiones respecto al plan de intervención. Este dato refuerza la relevancia central que tiene el proceso evaluativo al inicio del abordaje terapéutico, especialmente en pacientes en fase subaguda tras un ACV.

Por su parte, el 26,7 % de los profesionales indicó que la evaluación inicial influye en parte, lo que podría deberse a la presencia de otros factores que también inciden en la planificación de la intervención, como la evolución clínica del paciente, las metas institucionales o las demandas familiares.

Es relevante destacar que ningún/a encuestado/a negó la influencia de la evaluación inicial en la planificación, lo cual reafirma su valor dentro del razonamiento clínico profesional en el contexto de la neurorrehabilitación.

Gráfico 9.

¿Qué tan importante considera la evaluación inicial para definir el perfil ocupacional de un paciente con ACV?

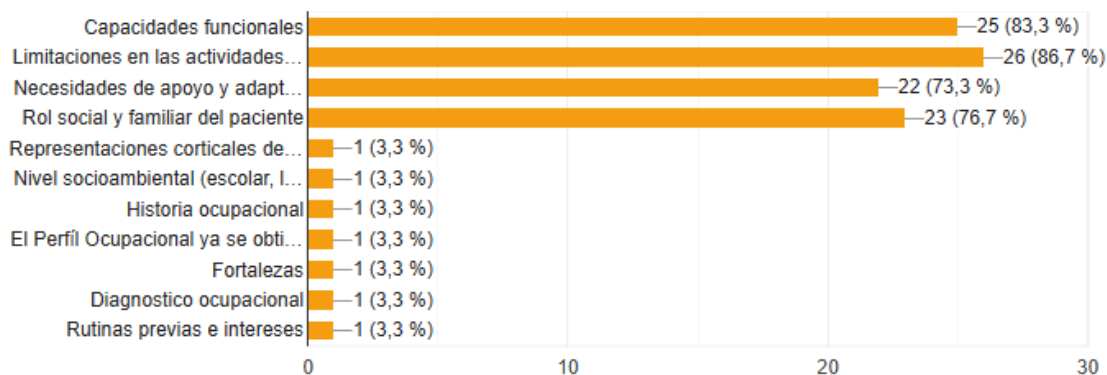


Los resultados del gráfico 9, muestran que la gran mayoría de los participantes considera que la evaluación inicial tiene una alta relevancia en la definición del perfil ocupacional de los pacientes con ACV. El 83,3% indicó que esta instancia es “muy importante”, mientras que el 16,7% la consideró “importante”. No se registraron respuestas en las categorías “poco importante” o “nada importante”.

Este dato refleja un alto consenso entre los profesionales de terapia ocupacional respecto al valor que posee la evaluación inicial como herramienta clave para identificar intereses, necesidades, roles y habilidades del paciente, lo que permite establecer objetivos de intervención individualizados y pertinentes al contexto del usuario.

Gráfico 10.

En su experiencia, ¿Cuál es la principal información que se obtiene de la evaluación inicial para definir el perfil ocupacional?



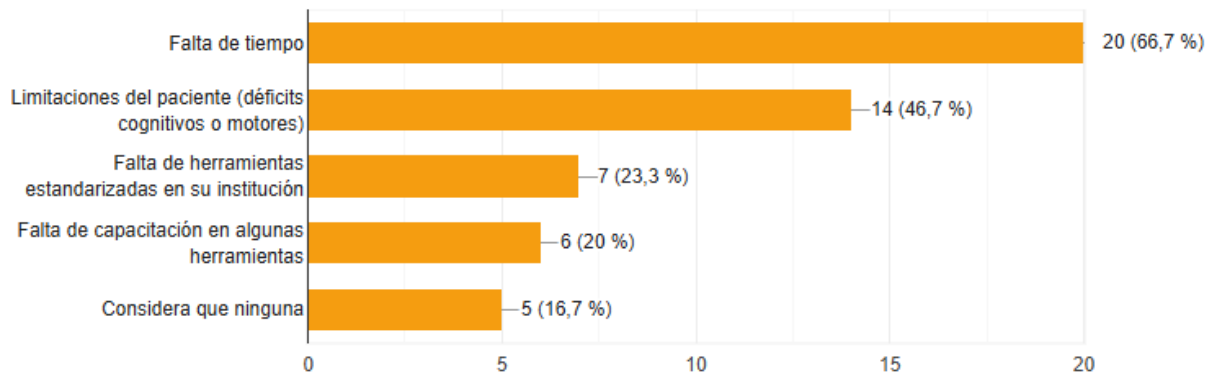
En el gráfico 10, los resultados evidencian que los profesionales identifican múltiples dimensiones relevantes que emergen durante la evaluación inicial en pacientes con ACV. Las categorías más señaladas fueron: “Limitaciones en las actividades” (86,7%), “Capacidades funcionales” (83,3%), “Rol social y familiar del paciente” (76,7%) y “Necesidades de apoyo y adaptaciones” (73,3%).

En menor proporción, solo un 3,3% mencionó otras variables como las representaciones corticales, el diagnóstico ocupacional, fortalezas, historia ocupacional, nivel socioambiental, rutinas previas e intereses, entre otras.

Estos resultados subrayan que, en la práctica profesional, la evaluación inicial se enfoca principalmente en aspectos funcionales y contextuales que condicionan la participación ocupacional, destacando la visión integral del sujeto dentro de su entorno y sus redes de apoyo para definir el perfil ocupacional.

Gráfico 11.

¿Cuáles son las principales dificultades al aplicar la evaluación inicial?



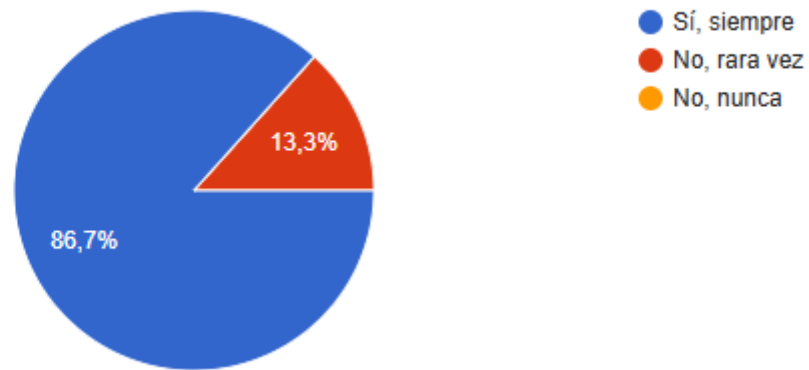
El gráfico 11 muestra que el mayor obstáculo percibido por los terapeutas ocupacionales al momento de implementar la evaluación inicial es la falta de tiempo, mencionada por el 66,7% de los encuestados. Le siguen las limitaciones del paciente (como déficits motores o cognitivos), con un 46,7%.

Otras barreras señaladas incluyen la falta de herramientas estandarizadas en la institución (23,3%) y la falta de capacitación en ciertas herramientas (20%). Un grupo menor, equivalente al 16,7%, indicó que no encuentra dificultades significativas en esta etapa.

Estos datos permiten identificar factores institucionales y clínicos que interfieren en la implementación de evaluaciones completas y sistemáticas, resaltando la necesidad de fortalecer la disponibilidad de instrumentos y los espacios formativos para los profesionales.

Gráfico 12.

¿Considera que la evaluación inicial facilita la construcción de un perfil ocupacional preciso en pacientes con ACV en fase subaguda?



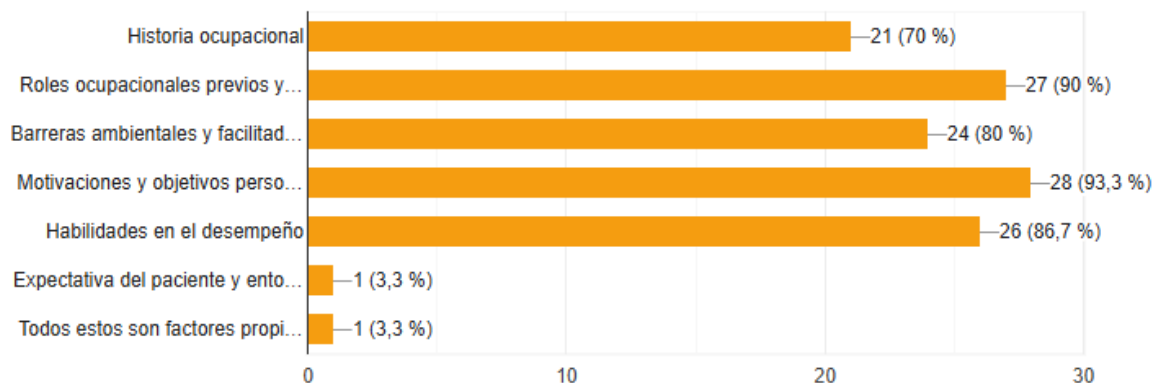
Al analizar el gráfico 12, un 86,7% considera que la evaluación inicial siempre facilita la construcción de un perfil ocupacional preciso en pacientes con ACV en fase subaguda. Esta alta proporción evidencia una fuerte valoración de esta instancia dentro del proceso de atención en neurorehabilitación.

Por otro lado, un 13,3% señala que rara vez contribuye de manera efectiva, lo que podría estar vinculado a factores contextuales, limitaciones institucionales o dificultades propias del proceso evaluativo.

Estos resultados refuerzan la idea de que la evaluación inicial representa una herramienta clave para comprender la situación del paciente desde una perspectiva ocupacional integral, guiando la planificación terapéutica desde los primeros momentos de la intervención.

Gráfico 13.

¿Qué aspectos considera más relevantes al evaluar el perfil ocupacional de un paciente post-ACV?

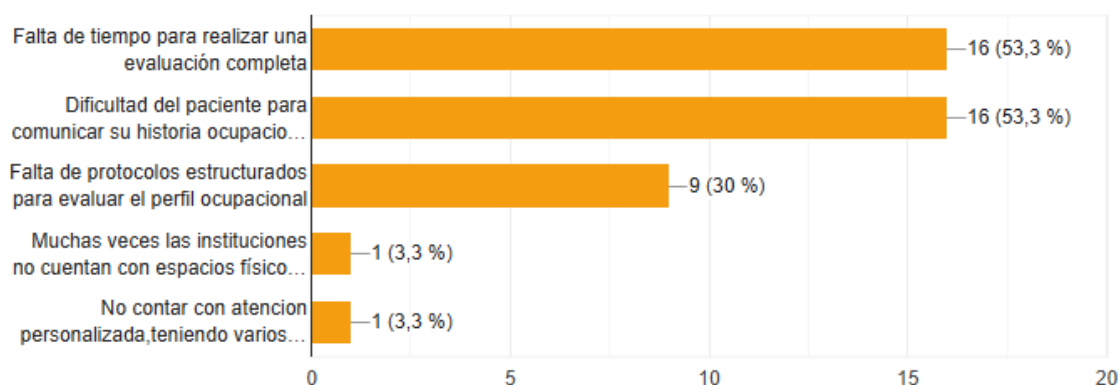


El gráfico 13 muestra que los profesionales consideran varios factores al evaluar el perfil ocupacional de pacientes post-ACV, destacándose las motivaciones y objetivos personales (93,3%) como el aspecto más relevante, lo que evidencia una fuerte orientación hacia una práctica centrada en la persona. Le siguen en importancia los roles ocupacionales previos y actuales (90%) y las habilidades en el desempeño (86,7%), lo que resalta la necesidad de comprender tanto la trayectoria ocupacional como las capacidades funcionales presentes. Además, un 80% señala las barreras ambientales y facilitadores, lo cual indica una valoración del contexto en el que se desenvuelve el paciente. La historia ocupacional también es considerada por el 70% de los encuestados, aportando una perspectiva retrospectiva que enriquece la comprensión integral del perfil. En cambio, factores como la expectativa del paciente y entorno o la afirmación de que

“todos los factores son importantes” fueron seleccionados por una minoría (3,3%), lo cual sugiere que los profesionales tienden a priorizar elementos concretos y directamente aplicables en su práctica clínica.

Gráfico 14.

¿Cuáles son las principales dificultades en la recolección de la información para definir el perfil ocupacional en pacientes con ACV?

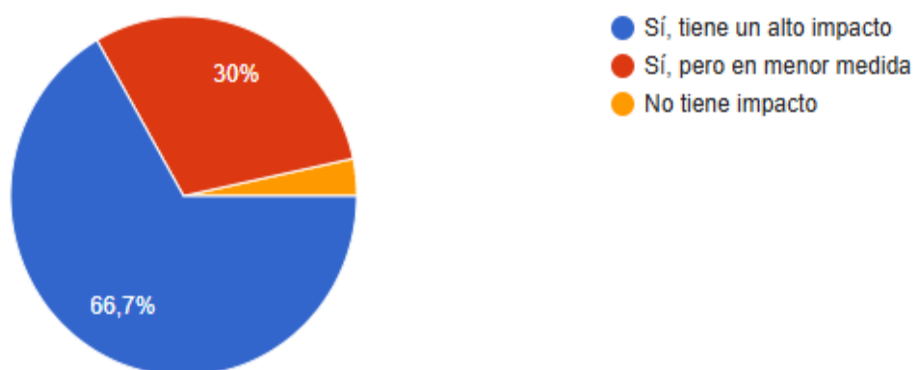


Según este gráfico, las principales dificultades en la recolección de información para definir el perfil ocupacional en pacientes con ACV, se observa que la falta de tiempo para realizar una evaluación completa (53,3%) y la dificultad del paciente para comunicar su historia ocupacional (53,3%) son los obstáculos más frecuentes, lo que evidencia tanto limitaciones institucionales como desafíos propios del estado clínico de los pacientes. Asimismo, un 30% de los profesionales señala la falta de protocolos estructurados, lo cual pone de manifiesto la necesidad de herramientas estandarizadas que orienten el proceso de evaluación inicial. Otras dificultades como la falta de espacios

físicos adecuados o la atención no personalizada fueron mencionadas en menor medida (3,3% cada una), lo que sugiere que, si bien son factores presentes, no son percibidos como tan determinantes por la mayoría de los encuestados.

Gráfico 15.

¿Considera que la evaluación inicial es fundamental para definir el perfil ocupacional e influye en la efectividad del tratamiento del paciente con ACV?

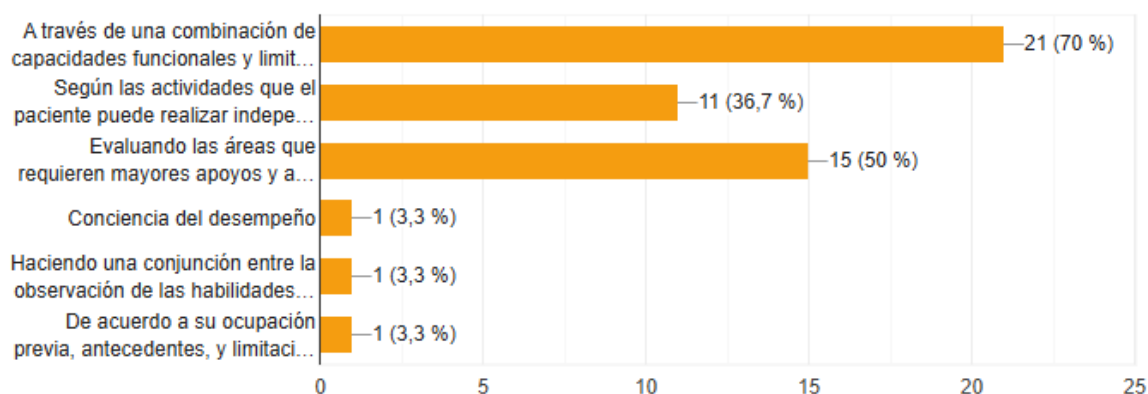


En el gráfico 15 entre las principales dificultades identificadas por los terapeutas ocupacionales en la recolección de información para definir el perfil ocupacional de pacientes con ACV, el 53,3% mencionó la falta de tiempo para realizar una evaluación completa. La misma proporción también indicó la dificultad del paciente para comunicar su historia ocupacional, lo cual puede estar asociado a secuelas cognitivas o del lenguaje propias del ACV. Además, el 30% señaló la ausencia de protocolos estructurados como una barrera significativa para realizar una evaluación adecuada. Otros factores

mencionados con menor frecuencia (3,3% cada uno) incluyeron la falta de espacios físicos adecuados, la atención no personalizada y la sobrecarga de pacientes por profesional.

Gráfico 16.

¿Cómo define el perfil ocupacional de un paciente con ACV en fase subaguda a partir de la evaluación inicial?



Respecto a la forma en que los terapeutas ocupacionales definen el perfil ocupacional de un paciente con ACV en fase subaguda a partir de la evaluación inicial, el 70% indicó que lo hacen a través de una combinación de capacidades funcionales y limitaciones. Un 50% señaló que lo realiza evaluando las áreas que requieren mayores apoyos o adaptaciones, mientras que el 36,7% lo define según las actividades que el paciente puede realizar de forma independiente. En menor medida, se mencionaron otras formas de abordaje, como la conciencia del desempeño, la observación de habilidades, y la consideración de antecedentes y ocupaciones previas, cada una

representando el 3,3% de las respuestas. Estos resultados evidencian una tendencia hacia una evaluación integral, que contemple tanto las capacidades como las necesidades del paciente dentro de su contexto funcional.

Gráfico 17.

¿Considera que el perfil ocupacional obtenido en la evaluación inicial es relevante a lo largo de todo el proceso de rehabilitación y para su posible alta?



En cuanto a este gráfico, la gran mayoría de los profesionales encuestados (93,3%) considera que el perfil ocupacional obtenido en la evaluación inicial es relevante y se actualiza constantemente a lo largo de todo el proceso de rehabilitación, y no solo en la fase inicial. Solo un 6,7% opina que el perfil es útil únicamente al comienzo del tratamiento, mientras que ningún encuestado expresó que pierde relevancia posteriormente. Este resultado destaca la importancia que los terapeutas ocupacionales asignan a una evaluación inicial sólida y dinámica, que sirva como base y guía durante todo el abordaje terapéutico, incluyendo el proceso hacia una posible alta.

10.2. CONCLUSIÓN

El presente trabajo final integrador permitió analizar en profundidad el papel fundamental de la evaluación inicial en la construcción del perfil ocupacional de pacientes adultos en fase subaguda tras un accidente cerebrovascular (ACV), desde la perspectiva de terapeutas ocupacionales que se desempeñan en contextos de neurorehabilitación. Los resultados obtenidos confirman la hipótesis planteada, al evidenciar que la aplicación sistemática y exhaustiva de dicha evaluación posibilita una delineación precisa del perfil ocupacional, lo cual se traduce en una planificación más eficaz e individualizada del proceso de rehabilitación.

A partir del análisis de los datos recolectados, se pudo observar que la mayoría de los y las profesionales encuestados/as consideran que la evaluación inicial tiene un alto impacto en la efectividad del tratamiento. Asimismo, destacaron su relevancia sostenida a lo largo del proceso de rehabilitación, y no solo al inicio, señalando la necesidad de actualizarla constantemente para responder a los cambios funcionales y ocupacionales del paciente. Las herramientas más utilizadas fueron tanto estandarizadas como no estandarizadas, lo cual da cuenta de una práctica que combina enfoques estructurados con la observación clínica y el juicio profesional.

Entre las herramientas estandarizadas más frecuentes se destacan la Medida de Independencia Funcional (FIM), y el Índice de Barthel junto con evaluaciones basadas en la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). La observación directa y las escalas de valoración funcional también se posicionaron como instrumentos

ampliamente empleados en la evaluación inicial. En relación con los marcos teóricos utilizados, el más mencionado fue el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional, seguido del Modelo de Ocupación Humana, la CIF y el Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional, demostrando una tendencia hacia modelos que priorizan la comprensión del desempeño ocupacional desde una mirada integral. Respecto al tiempo destinado a la evaluación inicial, el 60 % de las profesionales refirió dedicar entre 30 y 60 minutos a la evaluación inicial, lo que indica una clara intención de otorgar a esta etapa la profundidad que requiere para construir un perfil ocupacional completo y centrado en la persona.

Desde una perspectiva propia de la Terapia Ocupacional, la evaluación inicial no se limita a un recorte diagnóstico, sino que constituye un momento clave de comprensión integral del sujeto en situación, permitiendo identificar no solo capacidades funcionales y limitaciones, sino también intereses, roles, historia ocupacional y entorno. De este modo, se potencia una intervención centrada en la persona, lo cual es fundamental en contextos de neurorehabilitación, donde la recuperación no solo implica la mejora física, sino también la reconstrucción del sentido ocupacional y la participación significativa en la vida cotidiana.

Asimismo, se identificaron dificultades que obstaculizan el proceso evaluativo, tales como limitaciones de tiempo, falta de acceso a instrumentos adecuados o la carga asistencial, lo que invita a reflexionar sobre la necesidad de condiciones institucionales que favorezcan una práctica evaluativa de calidad.

Este trabajo aporta a la profesión al visibilizar la importancia de reafirmar el rol de la evaluación inicial como herramienta esencial de la práctica clínica en Terapia Ocupacional, posicionándola no solo como un requisito técnico, sino como un acto ético y clínico que permite reconocer al otro en su complejidad. Promover evaluaciones iniciales contextualizadas, actualizables y centradas en el perfil ocupacional puede incidir positivamente en los resultados terapéuticos y en la calidad del acompañamiento brindado a los y las pacientes post-ACV. En este sentido, los hallazgos dialogan de manera consistente con la literatura actual en el campo de la neurorrehabilitación, donde se destaca la evaluación inicial como pilar fundamental para el diseño de intervenciones centradas en la persona. No obstante, a través de la muestra se evidencia una brecha entre el valor que las profesionales le atribuyen a esta herramienta y las condiciones reales en las que se lleva a cabo la práctica clínica. Este desfase interpela tanto a los espacios formativos como a las instituciones de salud a revisar sus dispositivos, tiempos y recursos disponibles, con el fin de garantizar procesos evaluativos que sean integrales, sostenibles y realmente centrados en la ocupación.

Sin embargo, es importante reconocer las limitaciones de esta investigación. El reducido número de participantes y el tipo de muestreo utilizado por conveniencia y bola de nieve, puede afectar la generalización de los resultados. Además, al tratarse de un enfoque cuantitativo y descriptivo, no se profundizó en las percepciones individuales mediante técnicas cualitativas, como entrevistas en profundidad, lo que representa una oportunidad para futuras investigaciones que deseen explorar con mayor profundidad estas dimensiones.

En definitiva, evaluar es el primer gesto terapéutico para acompañar al otro en la reconstrucción de su vida ocupacional.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Alessandro, F., et al. (2020). Rehabilitación multidisciplinaria para pacientes adultos con accidente cerebrovascular. *Revista de Neurorehabilitación*, 27(2), 45–58.2.
2. American Occupational Therapy Association. (2020). *Occupational therapy practice framework: Domain and process* (4th ed.).
3. Agorreta Tejedor, I., Urteaga Ceberio, I., & Fernández Tobia, M. (2015). *Intervención de terapia ocupacional en usuarios con patología neurológica y/o disfunción física*. Universidad del País Vasco.
4. Arias Cuadrado, A. (2009). *Accidente cerebrovascular desde la mirada rehabilitadora*. Editorial Médica Panamericana.
5. Arias Cuadrado, A. (2009). Rehabilitación del ACV: Evaluación, pronóstico y tratamiento. *Galicía Clínica*, 70(3), 25–40.
6. Blasco Giménez, M., Cifuentes, D., & Pérez-Rico, C. (2017). Terapia ocupacional en entornos naturales con personas en fase subaguda del ictus: Un estudio de caso. *Revista de Terapia Ocupacional*, 9(1), 45–60.

7. Buzzelli, C., Zerboni, C., & Domínguez, S. (2023). Intervención de terapia ocupacional en la rehabilitación neurológica subaguda luego de un accidente cerebrovascular: Reporte de caso clínico. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 80(2), 153–155.
8. Demey, I., Allegri, R., & Barrera-Valencia, J. (2014). *Bases neurobiológicas de la rehabilitación*. CONICET Digital.
9. Domingo, A. (2006). *Tratamiento de terapia ocupacional en el accidente cerebrovascular*. Dialnet.
10. Gath, S., Pérez, M., Romero, S., & Fernández, L. (2019). Impacto de programa de rehabilitación motora en cohorte de pacientes con ACV subagudo en un centro de rehabilitación de Argentina. *Revista de Neurorehabilitación*, 25(3), 45–60.
11. Hernández Sampieri, R., Mendoza, C., & Baptista, P. (2022). *Metodología de la investigación* (7ª ed.). McGraw Hill.
12. Kielhofner, G. (2008). *Fundamentos conceptuales de la terapia ocupacional* (3ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
13. Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (4ª ed.). (2020). Asociación Americana de Terapia Ocupacional.

14. Mercado Padín, R. (2010). Los entornos y contextos dentro del proceso de valoración, evaluación e intervención en terapia ocupacional. *TOG (A Coruña)*, 7(11), 1–8.
15. Ministerio de Salud de la Nación. (2023). *Protocolo de manejo inicial del ataque cerebrovascular (ACV) isquémico agudo*. Buenos Aires, Argentina.
16. Ministerio de Salud. (2011). *Resolución 1480/2011 – Apruébase la Guía para Investigaciones con Seres Humanos*. Boletín Oficial de la República Argentina.
17. Moyano, Á. (2010). El accidente cerebrovascular desde la mirada del rehabilitador. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 21, 348–355.
18. Murie-Fernández, M., Irimia, P., & Roig-Rovira, T. (2010). Neurorrehabilitación tras el ictus. *Revista de Neurología*, 51(2), 97–106.
19. Olmedo Vega, V. (2023). *Rehabilitación integral post-ictus: Factores sociales, impacto a largo plazo y trabajo social de neurología* [Tesis doctoral, Universidad de Valladolid].
20. Organización Civil Argentina de Lucha contra el ACV. (2023). *Impactos del ataque cerebrovascular en Argentina*. OCAL.
21. Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)*.

22. Organización Mundial de la Salud. (2021). *Informe sobre el impacto global del accidente cerebrovascular*. Ginebra, Suiza.
23. Parkinson, S., Forsyth, K., & Kielhofner, G. (2004). *Perfil Ocupacional Inicial del Modelo de Ocupación Humana (MOHOST)*. Model of Human Occupation Clearinghouse.
24. Saavedra, M. A. D., & Gómez, M. C. (2016). Escalas utilizadas para la medición de la calidad de vida en pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*, 26(1), 64–74.
25. Sanz Valer, J., & Bellido Mainar, J. (2012). Protocolo del proceso de evaluación ocupacional para hospitales de día de adultos de psiquiatría. *Dialnet*.
26. Santos del Riego, M. (2005). El ser humano como ser ocupacional: Fundamentos teóricos de la terapia ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional*, 5(1), 25–40.
27. Simó, S., & Urbanowski, R. (2006). El Modelo Canadiense del Proceso del Desempeño Ocupacional (C.O.P.P.M.). *Revista de Terapia Ocupacional Galicia*, 3(2), 15–27.
28. Sociedad Española de Neurología. (2019). *Atlas del Ictus en España: Impacto de la enfermedad en la sociedad española*.

29. Sociedad Española de Neurorrehabilitación. (2020). *Principios básicos de la neurorrehabilitación del paciente con daño cerebral adquirido*. SENR.

30. Talavera-Valverde, M.-Á., Souto-Gómez, A.-I., & Moruno-Miralles, P. (2022). Evaluación ocupacional y el marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional. *TOG (A Coruña)*, 19(Especial 1), 62–66.

31. Terradillos, E., Arnau, J., & Portellano, J. (2012). La Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF) en la elaboración de un protocolo de evaluación del daño cerebral. *Revista Española de Discapacidad*, 2(1), 35–50.

12. ANEXOS

12.1. INSTRUMENTO/S TIPOS, PROTOCOLO MODELO

Encuesta: diseñada en Google Forms.

Encuesta sobre el uso de la evaluación inicial para definir el perfil ocupacional de pacientes adultos en fase subaguda tras un ACV.

Esta encuesta tiene como objetivo conocer las perspectivas de los terapeutas ocupacionales sobre el uso de la evaluación inicial en pacientes adultos en fase subaguda tras un ACV. Los datos recabados servirán para analizar las prácticas actuales en la definición del perfil ocupacional de estos pacientes.

Toda la información recolectada se mantendrá confidencial y anónima. Los datos serán almacenados de forma segura y solo serán accesibles a los investigadores del estudio.

¿Cuántos años de experiencia tiene como terapeuta ocupacional? *

- ☐ 1-5 años
- ☐ 6-10 años
- ☐ Más de 10 años

¿En qué tipo de entorno trabaja? *

- ☐ Hospital / Clínica (Privado o Público)
- ☐ Centro de rehabilitación
- ☐ Clínica de Neurorehabilitación con Internación

¿Ha trabajado con pacientes en fase subaguda de ACV? *

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Qué modelos o marcos de referencia utiliza en su práctica profesional? (Marque * todas las que correspondan)

- ☐ Modelo de Ocupación Humana (MOHO)
- ☐ Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional (C.O.P.P.M.)
- ☐ Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)
- ☐ Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (AOTA)
- ☐ Otro: _____

¿Cuánto tiempo, en promedio, dedica a la evaluación inicial de un paciente en fase subaguda de ACV? *

- ☐ Entre 15 y 30 minutos
- ☐ Entre 30 y 60 minutos
- ☐ Más de 60 minutos

¿Qué instrumentos utiliza en la evaluación inicial de un paciente con ACV? (Puede seleccionar más de uno) *

- ☐ Entrevista estructurada
- ☐ Evaluaciones estandarizadas
- ☐ Observación directa
- ☐ Escalas de valoración funcional
- ☐ Otro: _____

¿Cuáles son las herramientas de evaluación que utiliza con mayor frecuencia? *
(Marque todas las que correspondan)

- ☐ Índice de Barthel
- ☐ Medida de Independencia Funcional (FIM)
- ☐ MOHOST (Modelo de Ocupación Humana Screening Tool)
- ☐ EuroQol
- ☐ Evaluación basada en la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF)
- ☐ Test de Control del Tronco
- ☐ Otro: _____

¿Con qué frecuencia aplica estas herramientas de evaluación en la fase subaguda del ACV? *

- ☐ Siempre
- ☐ Frecuentemente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Nunca

¿Considera que la evaluación inicial influye en la toma de decisiones sobre el plan ^{*} de intervención?

- ☐ Sí, completamente
- ☐ Sí, en parte
- ☐ No

¿Qué tan importante considera la evaluación inicial para definir el perfil ^{*} ocupacional de un paciente con ACV?

- ☐ Muy importante
- ☐ Importante
- ☐ Poco importante
- ☐ Nada importante

En su experiencia, ¿Cuál es la principal información que se obtiene de la evaluación inicial para definir el perfil ocupacional? (Puede marcar más de uno) *

- ☐ Capacidades funcionales
- ☐ Limitaciones en las actividades de la vida diaria
- ☐ Necesidades de apoyo y adaptación ambiental
- ☐ Rol social y familiar del paciente
- ☐ Otro: _____

¿Cuáles son las principales dificultades al aplicar la evaluación inicial? (Marque todas las que correspondan) *

- ☐ Falta de tiempo
- ☐ Limitaciones del paciente (déficits cognitivos o motores)
- ☐ Falta de herramientas estandarizadas en su institución
- ☐ Falta de capacitación en algunas herramientas
- ☐ Considera que ninguna

¿Considera que la evaluación inicial facilita la construcción de un perfil ocupacional preciso en pacientes con ACV en fase subaguda? *

- ☐ Sí, siempre
- ☐ No, rara vez
- ☐ No, nunca

¿Qué aspectos considera más relevantes al evaluar el perfil ocupacional de un paciente post-ACV? (Marque todas las que correspondan) *

- ☐ Historia ocupacional
- ☐ Roles ocupacionales previos y actuales
- ☐ Barreras ambientales y facilitadores
- ☐ Motivaciones y objetivos personales del paciente
- ☐ Habilidades en el desempeño
- ☐ Otro: _____

¿Cuáles son las principales dificultades en la recolección de la información para definir el perfil ocupacional en pacientes con ACV? (Marque todas las que correspondan) *

- ☐ Falta de tiempo para realizar una evaluación completa
- ☐ Dificultad del paciente para comunicar su historia ocupacional
- ☐ Falta de protocolos estructurados para evaluar el perfil ocupacional
- ☐ Otro: _____

¿Considera que la evaluación inicial es fundamental para definir el perfil ocupacional e influye en la efectividad del tratamiento del paciente con ACV? *

- ☐ Sí, tiene un alto impacto
- ☐ Sí, pero en menor medida
- ☐ No tiene impacto

¿Cómo define el perfil ocupacional de un paciente con ACV en fase subaguda a partir de la evaluación inicial? *

- ☐ A través de una combinación de capacidades funcionales y limitaciones
- ☐ Según las actividades que el paciente puede realizar independientemente
- ☐ Evaluando las áreas que requieren mayores apoyos y adaptaciones
- ☐ Otro: _____

¿Considera que el perfil ocupacional obtenido en la evaluación inicial es relevante a lo largo de todo el proceso de rehabilitación y para su posible alta? *

- ☐ Sí, es relevante y se actualiza constantemente
- ☐ Sí, pero solo es útil al inicio del tratamiento
- ☐ No, no tiene mucho impacto después de la fase inicial

12.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO MODELO

De acuerdo con la Resolución 1480/2011, toda investigación observacional que incluya encuestas o entrevistas debe contar con el consentimiento informado de los participantes. Este documento explica el propósito y las características del estudio, garantizando que la participación es completamente voluntaria. Además, se establece que los participantes pueden negarse a responder o retirarse en cualquier momento, sin

necesidad de justificar su decisión. Por último, se resalta que la encuesta es anónima, asegurando la confidencialidad y protección de los datos personales.

Formato Consentimiento Informado: creado en la página Forms.app.

Consentimiento Informado: Uso de la evaluación inicial para definir el perfil ocupacional de pacientes adultos en fase subaguda tras un Accidente Cerebrovascular (ACV): perspectivas desde la terapia ocupacional 🖋️

1. Ingrese su nombre completo

2. Correo electrónico

3. Fecha de firma del consentimiento

El propósito de esta investigación es conocer las perspectivas de los terapeutas ocupacionales sobre la evaluación inicial en pacientes con ACV en fase subaguda y su impacto en la determinación del perfil ocupacional. Posteriormente se expondrán los resultados en un trabajo final integrador de la Universidad Abierta Interamericana (UAI).

Beneficios potenciales de participar: Al participar en este estudio, usted ayudará a mejorar los servicios de terapia ocupacional para pacientes con ACV. La información recolectada puede contribuir al desarrollo de tratamientos más efectivos y personalizados.

Riesgos potenciales de participar: No se anticipan riesgos significativos asociados con su participación en este estudio.

Confidencialidad: Toda la información recolectada se mantendrá confidencial y anónima. Los datos serán almacenados de forma segura y solo serán accesibles a los investigadores del estudio. La información no se compartirá con terceros sin su consentimiento explícito.

Derechos del participante: Usted tiene derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin penalización alguna. También tiene derecho a acceder a sus datos y solicitar correcciones si considera que hay algún error.

☐ estoy de acuerdo con [Términos y condiciones](#)

4. Firma del participante



Enviar