

2025

Influencia de factores ambientales en la independencia funcional de adultos con condiciones neurológicas : percepción de usuarios y profesionales del equipo terapéutico

Remolins, Sara Luz

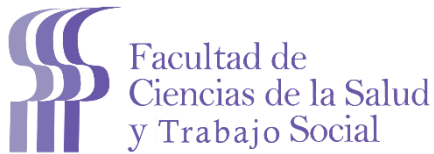
Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1009>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



UNIVERSIDAD NACIONAL
de MAR DEL PLATA
.....



Facultad de
Ciencias de la Salud
y Trabajo Social



***Influencia de factores ambientales en la independencia funcional
de adultos con condiciones neurológicas: Percepción de usuarios
y profesionales del equipo terapéutico***

Tesis presentada a la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, de la
Universidad Nacional de Mar del Plata, para optar al título de Licenciatura en Terapia
Ocupacional.

Autora:

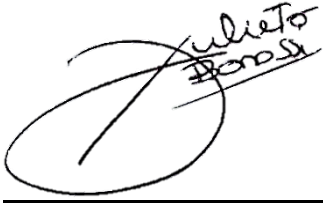
Remolins, Sara Luz

Febrero del 2025

Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina

Hoja de Firmas

Directora:



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Julieta Barassi', written over a horizontal line.

Lic. Terapia Ocupacional Barassi, Julieta Beatriz

Matricula: 118

Autora:



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sara Luz', written over a horizontal line.

Remolins, Sara Luz

DNI: 39.869.287

Agradecimientos

Finalizar esta tesis y alcanzar la meta de graduarme como Licenciada en Terapia Ocupacional ha sido un viaje lleno de aprendizajes, desafíos y momentos de profunda transformación personal. Este logro no hubiera sido posible sin la presencia, el apoyo y el aliento constante de las personas que caminaron a mi lado durante este proceso. Por esto, quiero dedicar estas palabras para expresar mi más sincero agradecimiento.

En primer lugar, a mi familia, mi pilar fundamental. Gracias por ser mi refugio, por creer en mí incluso en los momentos en que dudaba de mis propias capacidades, y por brindarme el amor, la paciencia y el respaldo necesarios para seguir adelante. Este logro también es suyo, porque sus sacrificios, palabras de ánimo y confianza incondicional fueron la fuerza que me impulsó a perseverar.

A mis amigos, quienes con su compañía y alegría iluminaron los días más difíciles. Gracias por ser mi red de apoyo y por celebrar conmigo cada pequeño avance. Transitar este camino con ustedes lo hizo más llevadero y significativo. A mis “facu-amigos”, con quienes compartí incontables horas de estudio, risas y aprendizajes. Juntos enfrentamos los retos y celebramos los logros, y estoy agradecida por haber tenido la oportunidad de crecer junto a ustedes. En cada interacción descubrimos que la vida es un aprendizaje colectivo, donde cada experiencia compartida nos enriquece y nos prepara para ser mejores tanto en lo personal como en lo profesional.

A mis profesores, guías en este recorrido académico y humano, y aquí hago mención especial a Norma Gordillo y Ana Laura Auzmendis. Gracias por compartir su conocimiento, su pasión por la profesión y por inspirarme a amar la Terapia Ocupacional. Su dedicación y compromiso dejaron una huella imborrable en mí. Valoro profundamente no solo la calidad de su enseñanza, sino también la calidad humana que demostraron en cada momento. Ustedes me enseñaron que esta carrera no solo se trata de acompañar procesos, sino de hacerlo con convicción, empatía y respeto. Han sido el ejemplo de cómo las conexiones con otros nos transforman y nos hacen crecer como seres humanos.

A mi directora de tesis Julieta Barassi, quien sin dudar lo decidió comprometerse, acompañarme y guiarme en esta última instancia. Gracias por su guía, paciencia, dedicación, por acompañarme en este proceso, por compartir su experiencia y por ser un ejemplo de compromiso y profesionalismo. Su apoyo fue clave para dar forma a este trabajo y para que hoy pueda sentirme orgullosa de este logro.

Finalmente, quiero agradecer a todas las personas que, de una u otra manera, formaron parte de este camino. Cada experiencia, cada conversación y cada encuentro contribuyó a que hoy pueda culminar esta etapa tan importante de mi vida. Este logro no es solo mío, es colectivo y

compartido, porque fue construido gracias a la generosidad y el acompañamiento de todos ustedes.

Hoy, al cerrar este capítulo, siento un inmenso entusiasmo por lo que está por venir. Este camino recorrido ha sido una base sólida construida con valores como el compromiso, la empatía y la dedicación que hice propia gracias a la universidad pública, la Terapia Ocupacional y su gente. Estoy convencida de que todo lo aprendido me permitirá afrontar los desafíos futuros con pasión y convicción, y seguir creciendo tanto profesional como personalmente. Este es solo el comienzo, y ansío lo que está por venir gracias a las raíces y las lecciones obtenidas en este viaje.

Con gratitud y emoción, cierro este capítulo sabiendo que el camino recorrido ha sido significativo no solo por el destino alcanzado, sino por las personas que lo hicieron inolvidable.

Índice

Hoja de Firmas	2
Agradecimientos	3
Resumen	8
Introducción	8
Fundamentación	10
Problema de Investigación	11
Objetivos de Investigación	11
5.1. Objetivo General	11
5.2. Objetivos Específicos	11
Marco Teórico	12
6.1. Antecedentes	12
6.2. Aproximaciones Conceptuales	14
6.2.1. <i>Personas con Condiciones Neurológicas y su Abordaje</i>	14
6.2.2. <i>Trabajo Interdisciplinario</i>	16
6.2.3. <i>Factores Ambientales</i>	17
Dinámica Institucional del Centro de Rehabilitación y Fisiatría Madre Teresa	20
7.1. Perfil de las Personas Internadas	20
7.2. Modalidad de Atención	20
7.3. Rutina Institucional	21
7.4. Abordaje Interdisciplinario	21
7.5. Funciones de las Disciplinas en la Rehabilitación Neurológica	22
7.6. Participación Familiar	24
7.7. Infraestructura y Tecnología	24
7.8. Dinámica Institucional y Factores Ambientales	25
Variable Principal	27
8.1. Definición Conceptual de la Variable	27
8.2. Definición Operacional de la Variable	27
Diseño Metodológico	31
9.1. Tipo de Estudio	31
9.2. Enfoque de Investigación	31
9.3. Diseño de la Investigación	31
9.4. Población	31
9.5. Muestra	31

9.6. Método de selección de la muestra	31
9.7. Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos	32
9.7.1. Descripción del Cuestionario	33
9.7.2. Administración	34
9.7.3. Escala de Respuesta	34
9.7.4. Puntuación	34
9.8. Presentación, Análisis e Interpretación de los Datos	34
9.8.1. Agrupación de Respuestas	35
9.8.2. Cálculo de Frecuencias Relativas	35
9.8.3. Identificación de Influencia de FA por AVD	35
9.8.4. Identificación de AVD Influenciadas en cada FA	36
9.8.5. Identificación de Consenso Intra-Grupal	36
9.8.6. Visualización de Resultados	36
9.9. Consideraciones Éticas	37
Resultados	38
10.1. Distribución general de selección de respuestas	39
10.2. Influencia de FA en Cada AVD	42
10.2.1. AVD: Alimentación	42
10.2.2. AVD: Higiene y Arreglo Personal	45
10.2.3. AVD: Bañarse / Ducharse	47
10.2.4. AVD: Vestido y Desvestido de Tren Superior	49
10.2.5. AVD: Vestido y Desvestido de Tren Inferior	51
10.2.6. AVD: Uso de Sanitarios	53
10.2.7. AVD: Transferencia a la Cama	56
10.2.8. AVD: Transferencia al Baño/Sanitario	58
10.2.9. AVD: Transferencia a la Ducha	60
10.2.10. AVD: Movilidad Funcional	63
10.3. Principales AVD influenciadas por cada FA	66
10.3.1. FA: Horarios establecidos por la institución para realizar cada tarea	66
10.3.2. FA: Cantidad de personal disponible para la ejecución o supervisión de cada tarea	68
10.3.3. FA: Presencia de familiar o cuidador durante la actividad	70
10.3.4. FA: Cantidad de Insumos Disponibles para el Número de Usuarios	73
10.3.5. FA: Diseño y Disposición del Espacio	75
Conclusiones	78
Discusión	81

Referencias.....	83
Anexo.....	86
A) Modelo de carta para presentar a la institución Centro de Rehabilitación y Fisiatría Madre Teresa para solicitar autorización de realización de investigación.....	86
B) Consentimiento informado para participar en el estudio de investigación.....	87
C) Cuestionario a implementar para la recolección de datos.....	88

Resumen

Esta investigación adopta un enfoque cuantitativo y un diseño no experimental y transversal de tipo exploratorio y descriptivo, cuyo objetivo es determinar las diferencias existentes entre la percepción de los diferentes profesionales que conforman el equipo terapéutico de las áreas de Terapia Ocupacional, Kinesiología Respiratoria, Neuro Kinesiología, Fonoaudiología, Enfermería, Nutrición y Psicología; y la de los usuarios internados con condiciones neurológicas de diversas causas; sobre el impacto de los factores ambientales en la independencia funcional en las actividades de la vida diaria (AVD) de los usuarios. Éstos últimos se encuentran internados en el centro de Rehabilitación y Fisiatría Madre Teresa de la ciudad de Neuquén Capital: una clínica de gestión privada perteneciente al grupo CMIC Salud, que se especializa en tratamientos de rehabilitación primordialmente neurológicos a través de un abordaje integral, interdisciplinario y centrado en la persona.

Para esto se brindó un cuestionario de elaboración propia, con preguntas cerradas dando opción de marcar una única respuesta. Los datos obtenidos se analizaron estadísticamente estableciendo descripciones y comparaciones porcentuales. Los resultados confirmaron la existencia de diferencias significativas en la percepción de usuarios y profesionales con respecto a la influencia de los FA en la independencia funcional en las AVD.

Palabras clave: *equipo terapéutico, personas con condiciones neurológicas, factores ambientales, independencia funcional, percepción.*

Introducción

Las afecciones del sistema nervioso central, como son la lesión medular y el daño neurológico adquirido, son una de las situaciones clínicas más devastadoras y complejas debido a la pérdida funcional de los componentes motores, sensoriales y cognitivos, y a la consecuente pérdida de independencia del individuo, lo cual implica que las personas deban someterse a durante un tiempo prolongado a un tratamiento que no asegura la recuperación a su estado anterior, ocasionando graves problemas sociales, económicos y físicos (Esclarín de Ruiz, 2009).

Luego de la fase aguda, existen tratamientos, terapias y servicios de apoyo que contribuyen a que la vida de la persona mejore. El tratamiento puede brindarse de manera ambulatoria o transitando un período de internación en un centro especializado que ofrezca un programa más intensivo. En ambos casos, el abordaje interdisciplinario es la clave para obtener resultados que se vean reflejados en el aumento de la calidad de vida de cada individuo. Sin embargo, es común encontrar, durante este período, factores contextuales que influyen en la independencia funcional de cada sujeto, ya sea como facilitadores o como obstaculizadores. Por lo tanto, conocer la percepción que los profesionales de la salud y los propios usuarios tienen acerca de estos factores, es un aspecto esencial para la planificación y ejecución de intervenciones efectivas, ya que las diferencias o similitudes en las percepciones podrían provocar una brecha entre las potencialidades y posibilidades que tiene la persona y su aplicación en la vida cotidiana.

En este sentido, es fundamental destacar que el contexto ha tomado mayor relevancia en las últimas décadas debido a que la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), entre otros, ha contribuido a consolidar varias transformaciones tanto en los conceptos como en el abordaje de la discapacidad y el funcionamiento. Actualmente, ambos conceptos son inseparables y comprenden la interacción entre una persona con una condición de salud específica y los factores contextuales (ambientales y personales) que la rodean. Asimismo, los aspectos negativos de esta interacción son descritos por el término discapacidad, el cual abarca déficits, limitaciones y restricciones. En cambio, el término funcionamiento engloba la función, la actividad y la participación, reflejando los aspectos positivos de esta misma interacción, ya que dependen tanto de la condición de salud como de la influencia de los factores contextuales. Desde este punto de vista, la forma en cómo el individuo interactúa con aquello que lo rodea es un factor crucial para su inclusión y, por lo tanto, afecta en gran medida sus posibilidades de desarrollo (Ramírez et al., 2014).

Desde la perspectiva de la terapia ocupacional, el contexto afecta el acceso de los usuarios a las ocupaciones y la calidad y satisfacción con su desempeño; y los factores personales y ambientales influyen en el compromiso y la participación en las ocupaciones. El Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional y la CIF, determinan que los factores ambientales son aspectos del entorno físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas, y afirman que tienen gran influencia en el funcionamiento y la discapacidad al actuar como barreras o facilitadores. Reconocer estos aspectos positivos y negativos que adoptan los factores ambientales en la interacción con el usuario, permite crear estrategias de abordaje que permitan que la persona participe y se desempeñe sin dificultades en las ocupaciones que elija, desee y le sean significativas, siempre respetando su autonomía para elegir no solo qué ocupaciones, sino también de qué manera desea realizarlas (Fernández et al., 2009; American Occupational Therapy Association [AOTA], 2020).

Desde esta perspectiva, la Terapia Ocupacional desempeña un rol fundamental al centrarse no solo en la rehabilitación de las habilidades funcionales del individuo, sino también en promover la participación plena en la sociedad. Es así que los terapeutas ocupacionales abordan la adaptación del entorno y la modificación de las tareas para maximizar la independencia funcional de los usuarios, impulsando su participación en ocupaciones significativas que les permitan mantener o recuperar su autonomía. Este enfoque integral es esencial para mejorar la calidad de vida de las personas con afecciones neurológicas buscando promover la salud y el bienestar, trabajando para aumentar su capacidad de participar en ocupaciones que quieren, necesitan, o se espera que hagan. Para esto es necesario desarrollar una valoración individualizada y conjunta con la persona, teniendo en consideración sus habilidades, características, necesidades, intereses, los contextos y entornos en los que se encuentra inmersa, e implementar un plan de intervención cuyos objetivos y prioridades pactados se enfoquen en mejorar la salud, la

participación en las ocupaciones y en conseguir la máxima independencia posible que la persona, ejerciendo su autonomía, necesite a lo largo de todo su proceso de recuperación (World Federation of Occupational Therapists, 2012; AOTA, 2020).

Fundamentación

La manera en que los factores ambientales son percibidos por los usuarios y por los profesionales del equipo interdisciplinario puede variar, generando discrepancias que impactan en la planificación y efectividad de las intervenciones terapéuticas. Comprender estas percepciones es esencial para identificar barreras y facilitadores, y para alinear las prácticas profesionales con las necesidades reales de las personas en rehabilitación.

Desde el marco de la Terapia Ocupacional, esta investigación se justifica por su potencial contribución al diseño de intervenciones más centradas en la persona. La CIF plantea que la discapacidad surge de la interacción entre una condición de salud y los factores contextuales, entre los cuales los factores ambientales son determinantes. En esta línea, el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (AOTA, 2020) enfatiza que los factores ambientales no solo afectan el desempeño ocupacional, sino que también tienen un impacto en la calidad de vida de los individuos al actuar como barreras o facilitadores para la participación en ocupaciones significativas. Sin embargo, en la práctica, se observa una limitada documentación sobre cómo estas interacciones son percibidas tanto por los usuarios como por los profesionales.

Realizar este estudio es necesario porque permite abordar esta brecha de conocimiento, ofreciendo una perspectiva descriptiva-comparativa. Este enfoque no busca analizar el impacto directo de los factores ambientales, sino describir y comparar las percepciones de los diferentes actores involucrados. Las diferencias identificadas pueden evidenciar posibles desajustes entre las necesidades de los usuarios y las estrategias implementadas, mientras que las coincidencias pueden fortalecer prácticas centradas en la persona y basadas en la ocupación. Este análisis tiene el potencial de mejorar la efectividad de las intervenciones, al garantizar que estas respondan de manera más precisa a las necesidades percibidas.

Asimismo, este estudio responde a la necesidad de generar conocimiento aplicado que pueda ser utilizado en entornos institucionales similares al Centro Madre Teresa. Los hallazgos permitirán identificar aspectos del contexto que requieren ajustes, es así que, en este sentido, el estudio no solo beneficiaría a los usuarios al intentar promover su autonomía y participación ocupacional, sino que también refuerza el rol de la Terapia Ocupacional como una disciplina que integra de manera efectiva el conocimiento teórico y práctico para transformar vidas.

Problema de Investigación

¿Existen diferencias entre la percepción de los usuarios y la de los profesionales de cada disciplina que conforma el equipo terapéutico sobre la influencia facilitadora y/u obstaculizadora que tienen los factores ambientales en la independencia funcional en las AVD de usuarios adultos con condiciones neurológicas que se encuentran internados en el centro de Rehabilitación y Fisiatría Madre Teresa de la ciudad de Neuquén?

Objetivos de Investigación

5.1. Objetivo General

- Identificar y comparar la percepción del equipo interdisciplinario y de los usuarios, sobre los factores ambientales que influyen en la independencia funcional en las AVD, durante el tiempo de internación de las personas con condiciones neurológicas en un centro de rehabilitación.

5.2. Objetivos Específicos

- Comparar las percepciones de los usuarios y de los profesionales sobre la influencia en actividades como el cuidado personal, las transferencias (de cama a silla, inodoro o ducha) y la movilidad funcional (marcha o uso de silla de ruedas) de los siguientes factores ambientales:
 - Servicios y sistemas: Tiempo y horarios establecidos por la institución; cantidad de personal disponible para la ejecución o supervisión de actividades.
 - Apoyo y relaciones: Presencia de familiares o cuidadores.
 - Productos y tecnologías: Cantidad de insumos disponibles para el número de usuarios.
 - Medio ambiente modificado por el hombre: Diseño y disposición del espacio.
- Identificar y comparar los factores ambientales que los usuarios y los profesionales consideran como obstaculizadores o facilitadores de la independencia funcional en cada AVD.
- Identificar y comparar las AVD que los usuarios y los profesionales consideran como más facilitada u obstaculizada por cada factor ambiental.
 - Determinar diferencias de percepción entre los usuarios.
 - Determinar diferencias de percepción entre los profesionales que conforman el equipo terapéutico y sus disciplinas.

Marco Teórico

6.1. Antecedentes

Para contextualizar el presente trabajo, se realizó una búsqueda exhaustiva de investigaciones, tesis de grado y publicaciones científicas entre los años 2006 y 2021, utilizando bases de datos como Scielo, PubMed y Dialnet. Se seleccionaron documentos que abordan diferentes emergentes, alcances y limitaciones en sus respectivos contextos históricos, evidenciando la evolución del conocimiento en el campo.

En 2006, Delgado Gallego y Vázquez Navarrete realizaron un estudio cualitativo descriptivo de tipo exploratorio en Tulum y Palamira, Colombia, para analizar los obstáculos y oportunidades para la participación percibidos por los actores implicados en la política de participación social en salud. Mediante entrevistas y grupos focales de usuarios y actores institucionales, identificaron factores facilitadores y limitadores, clasificando las causas en dos categorías: las atribuidas a los usuarios y las atribuidas a lo institucional. Un hallazgo crucial fue el contraste entre la percepción de los actores involucrados, donde los usuarios a menudo veían la falta de credibilidad de los procedimientos y mecanismos institucionales como un obstáculo significativo, ya que no perciben ni claridad, ni respuestas oportunas y satisfactorias; mientras que el personal de salud tiende a ver los obstáculos como externalizados, ubicándolos en la población y la legislación lo que sugiere que se auto perciben como actores con poca capacidad de cambio y control para promover la participación de los usuarios. En cambio, los formuladores de políticas ubican los obstáculos principalmente en las instituciones de salud, indicando su confianza en la legislación. Este desfase en la percepción sugiere una desconexión entre los usuarios y los proveedores de servicios, lo que puede obstaculizar la implementación efectiva de políticas de salud participativas y revelando un desafío crítico: ¿cómo pueden los sistemas de salud fomentar un diálogo más abierto y efectivo que empodere a los usuarios y les permita participar activamente en su cuidado?

En el año 2008, Gómez Pastor realiza una publicación sobre el abordaje transdisciplinar en el daño cerebral sobrevenido, enfatizando la importancia de las interacciones entre los miembros del equipo rehabilitador. Esta investigación resalta la necesidad de un enfoque colaborativo donde cada profesional, igualados entre sí y mediante intercambios e integraciones mutuas, aporte sus conocimientos y experiencias generando un enriquecimiento de todo el grupo y dando como resultado un sistema sin fronteras sólidas entre las disciplinas. Este enfoque integral es esencial para abordar las complejidades del daño cerebral, poniendo las necesidades del usuario y su familia en el centro de atención. La transdisciplinariedad no solo mejora los resultados terapéuticos, sino que también refuerza la idea de que la salud es un fenómeno multideterminado.

En el año 2010, Gifre, Del Valle, Yuguero, Gil y Monreal, realizaron una investigación cualitativa para identificar los factores más relevantes que contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas con lesión medular en su transición del centro rehabilitador a la vida cotidiana

desde la perspectiva de los propios usuarios. A través de dos grupos de discusión, los usuarios revelaron que el alto grado de especialización de los centros de rehabilitación, crea entornos "burbuja" que dificultan la adaptación a la vida diaria, generando sentimientos de inseguridad y dependencia. Esto evidencia que los centros de rehabilitación necesitan preparar a los usuarios para enfrentar los desafíos de la vida diaria y así mitigar la desprotección percibida al enfrentarse a un mundo que ya conocen pero que tienen que redescubrir desde una visión y manera de afrontar la vida distinta a la de antes de la lesión, asegurando que la transición no sea un mero cambio de contexto, sino un proceso de empoderamiento.

En el año 2013, Bacelar Pousa, Ferrándiz Vigo y Vidal realizaron un estudio que muestra la influencia de las barreras arquitectónicas en la vida diaria de las personas usuarias de silla de ruedas eléctrica, realizando una actividad de su cotidianidad. En él los autores demuestran cómo el diseño del entorno físico limita la independencia y subrayan que los profesionales de la ocupación deben evaluar y adaptar estos entornos para promover una participación significativa. Este hallazgo resalta la responsabilidad no solo de los terapeutas, sino también de arquitectos y planificadores urbanos en la creación de entornos accesibles, donde incluir la voz de las personas con discapacidad es crucial para garantizar que sus necesidades y deseos sean atendidos, subrayando que la accesibilidad no es solo un tema físico, sino un factor que influye en la autonomía y bienestar general.

En el año 2015, Ferrándiz Vigo realizó un estudio cualitativo desde un enfoque fenomenológico que buscó conocer la percepción sobre la vida diaria de las personas con lesión medular que residen en un Centro de Atención a Personas con Discapacidad Física. Del análisis de los discursos surgieron cinco categorías de significado que tratan de explicar el fenómeno de estudio: "Independencia versus Dependencia"; "Autodeterminación"; "Identidad"; "Cambios y Expectativas de vida" y "Relaciones interpersonales". La autora concluye que el contexto institucional en el que transcurre la vida de estas personas influye negativamente en su desempeño ocupacional generando situaciones de dependencia y aislamiento e incidiendo en su capacidad de autodeterminación. Además, se destaca la importancia que tiene el dar voz a estas personas, lo cual permitiría plantear la efectividad de los recursos existentes y la posibilidad de abordar esta problemática, desde un enfoque transdisciplinar.

En el año 2016, Gerreiro y Menchi realizaron un estudio de carácter cualitativo para explorar los factores ambientales presentes en el desempeño ocupacional de adultos con discapacidad sensorial, motora, mental e intelectual, en la ciudad de Mar del Plata. Entre algunos factores contextuales ambientales físicos limitantes del desempeño ocupacional identificados, se destacan el diseño de construcción arquitectónica y los dispositivos adaptados en lugares públicos como en los medios de transportes, los cuales afectan las áreas de desempeño de automantenimiento, productividad y esparcimiento. Las autoras abogan por un enfoque holístico en la terapia ocupacional, que no solo aborde las capacidades individuales, sino que también

transforme el entorno en el que esas capacidades se desarrollan, promoviendo la inclusión y la accesibilidad en la vida diaria. Además, reconocen que el ambiente y los factores intervinientes, inciden en la salud, autorrealización y calidad de vida de las personas, justificando así que la temática planteada puede también enmarcarse desde una perspectiva de promoción de la salud.

En el año 2018, Bravo y Mendoza realizaron un estudio cuantitativo de tipo descriptivo observacional para analizar el contexto ambiental físico y su impacto en la independencia funcional del adulto mayor. Evaluaron a 100 personas adultas mayores, empleando evaluaciones como la de Lawton Brody y la Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM) para identificar el grado de independencia funcional de este grupo etario y su relación con los facilitadores o restrictores del ambiente. El análisis de los datos demostró que el contexto físico es un determinante relevante en la independencia funcional del adulto mayor donde el 71% de la población estudiada presenta limitaciones en sus AVD e instrumentales y restricción en la participación en la comunidad, correlacionándose con el alto índice de barreras identificadas en el entorno físico.

En el año 2021, Couso Prieto realizó un estudio cuantitativo, donde a través de las herramientas CHIEF-SF y HACE, evaluó a 36 personas para analizar los factores y barreras del entorno de personas con lesión medular en Galicia. Los participantes reportan una mayor frecuencia de barreras físicas y estructurales, de servicios y asistencia, donde las ocupaciones con mayor impacto percibido debido a la lesión fueron las actividades instrumentales de la vida diaria y el ocio y tiempo libre. Además, observó correlaciones significativas y moderadas entre diferentes áreas ocupacionales y la presencia de barreras en el entorno, concluyendo que las limitaciones en el desempeño de las AVD, actúan en función del entorno en el que residen.

Estos estudios evidencian que los factores ambientales impactan significativamente en la salud, la independencia funcional, el desempeño ocupacional y la calidad de vida de las personas. Asimismo, a nivel institucional, se reconoce una diferencia en la percepción de los diferentes actores involucrados, por lo tanto, detectar y comprender el punto de vista de cada uno sobre los obstáculos y facilitadores ambientales es esencial para abordarlos de manera transdisciplinar no solo durante la recuperación del sujeto en centros especializados, sino también en la transición hacia una vida cotidiana más plena y autónoma.

6.2. Aproximaciones Conceptuales

6.2.1. Personas con Condiciones Neurológicas y su Abordaje

Las personas con condiciones neurológicas presentan lesiones en el sistema nervioso central (SNC) el cual está conformado por el cerebro y la médula espinal. El daño en el SNC puede ser de origen congénito/genético, es decir, que ocurre desde el nacimiento; o adquirido, siendo este último el que abordaremos en este trabajo y que hace referencia a afecciones del SNC que se producen después del nacimiento como resultado de lesiones o enfermedades que

comprometen la función cerebral o del sistema nervioso en su totalidad. Sus causas son muy variadas y se pueden establecer categorías como el daño cerebral adquirido, las enfermedades neurodegenerativas y las lesiones medulares. El primer caso se refiere a lesiones cerebrales, cuyo origen más frecuente son los traumatismos craneoencefálicos, ACV o Ictus, secuelas de tumores cerebrales, etc. El segundo engloba un grupo variado de patologías que se caracterizan por la pérdida progresiva de neuronas en áreas concretas del SNC o periférico, afectando el correcto funcionamiento del mismo lo que puede provocar alteraciones en el movimiento (ataxias) o en la memoria y el pensamiento (demencias), son incapacitantes y la mayoría no tienen cura. Las más frecuentes son la demencia, el párkinson, la esclerosis múltiple, la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y la enfermedad de Huntington. Y por último, el tercer caso es una afectación en la médula espinal la cual constituye la vía principal por la que el cerebro recibe información del resto del organismo y envía las órdenes que regulan los movimientos y puede producir parálisis de la movilidad voluntaria y ausencia de toda sensibilidad por debajo de la zona afectada, falta de control sobre los esfínteres, trastornos en el campo de la sexualidad y la fertilidad, alteraciones del sistema neurovegetativo y riesgo de sufrir otras complicaciones como úlceras de decúbito, espasticidad, procesos renales, entre otras (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, s. f.).

Por lo tanto, el daño neurológico adquirido al afectar las funciones motoras, sensitivas, autónomas, cognitivas, emocionales, etc presenta repercusiones graves y que llevan a una serie de discapacidades secundarias. En este sentido la CIF adopta una perspectiva donde la salud y la discapacidad no son dos categorías separadas, y donde la discapacidad no es entendida como una característica de algunos grupos sociales, sino que se trata de una experiencia humana universal, un concepto dinámico bidireccional fruto de la interacción entre estado de salud y factores contextuales (Fernández et al., 2009). Este enfoque integral del proceso de salud permite invertir el punto de atención desde la causa hacia el impacto.

Cuando se produce una lesión neurológica de estas características, el acompañamiento del terapeuta ocupacional es fundamental ya que este hecho no sólo impacta a nivel orgánico y funcional, sino que representa un quiebre en la historia del sujeto, condicionando todos los aspectos de su vida de manera temporal o, en muchas ocasiones, permanente. La terapia ocupacional permite establecer una mirada holística del impacto que la lesión neurológica ha tenido en las personas que deben comenzar a transitar su vida con condiciones neurológicas. Para esta profesión, recopilar, sintetizar y enmarcar desde una perspectiva ocupacional los deseos, necesidades, fortalezas, contextos, limitaciones y riesgos ocupacionales de la persona es fundamental para diseñar planes de intervención cuyo propósito sea mejorar o permitir la participación a través del uso terapéutico de las ocupaciones de la vida diaria, utilizando su conocimiento sobre la relación transaccional entre el individuo, su participación en ocupaciones valiosas y el contexto. De esta manera, el servicio de terapia ocupacional se proporciona para la

habilitación, rehabilitación y promoción de la salud y el bienestar de los clientes con necesidades relacionadas y no relacionadas con la discapacidad (AOTA, 2020).

Cuando una persona con una lesión neurológica acude al servicio de terapia ocupacional, se establecerá el impacto en que esta afección condiciona su vida al afectar su identidad ocupacional, su salud, bienestar y participación. Para ello se realiza una evaluación exhaustiva que determine la interrelación dinámica que existe entre sus ocupaciones, contextos, patrones de desempeño, habilidades de desempeño y factores personales. Es así que las ocupaciones son fundamentales para la salud, la identidad y el sentido de competencia de una persona que ha sufrido un daño neurológico, y tienen un significado y valor particular para el mismo de acuerdo con su historia de vida y con el contexto en el que se desempeña. Por lo tanto, el éxito del abordaje será determinado por la persona y por la capacidad del equipo terapéutico de trabajar conjuntamente para, por y con la persona.

6.2.2. Trabajo Interdisciplinario

Para definir el trabajo interdisciplinario en la neurorrehabilitación, es necesario comenzar definiendo qué es la rehabilitación. McLellan en 1997, define este concepto como un proceso y recorrido personal de cambio donde la persona que ha sufrido una discapacidad adquiere un rol activo, donde no sólo tiene que elegir el destino y la ruta a seguir, sino también realizar la mayor parte del trabajo. Es un proceso de transformación en el que el sujeto adquiere el conocimiento y las habilidades necesarias para una función física, psicológica y social óptima. Para lograrlo, es necesario que el abordaje sea integral, proponiendo desde un primer momento, una lista de problemas y objetivos a corto, mediano y largo plazo (que el sujeto debe comprender y participar), de los que se desprende un programa terapéutico para todos los miembros del equipo interdisciplinario. Un aspecto importante a tener en cuenta en el desarrollo del plan de tratamiento, es la planificación de un alta que conlleve un tiempo prudente y con la persona en condiciones seguras para desenvolverse en el ámbito extrahospitalario con el mayor nivel de independencia funcional posible. Por lo tanto, llegar al alta depende no sólo de factores clínicos, sino también de alcanzar objetivos funcionales y de haber realizado la adaptación del medio y la previsión de utilización de recursos que eviten complicaciones y problemas nuevos que aparezcan relacionados con el envejecimiento de las personas con condiciones neurológicas, siempre teniendo en mente que la coordinación del tratamiento integral tiene como objetivo final mejorar la calidad de vida de los usuarios (Esclarín de Ruiz. 2009).

Por esto, el trabajo interdisciplinario, va a demandar que las actividades del equipo tengan un nivel alto de comunicación, planificación y evaluación de objetivos comunes. El desafío de trabajar en equipo es lograr un abordaje coordinado y coherente del grupo multidisciplinar de profesionales de manera que cada uno aplique sus habilidades, conocimientos y criterios

necesarios para poder ser colaboradores útiles de los usuarios durante su proceso de rehabilitación mientras adoptan estos cambios activos (Stokes y Stack, 2013).

Específicamente en la etapa subaguda, que es en la que hace foco esta investigación, todo lo mencionado cobra mayor relevancia, ya que lograr un abordaje coordinado y coherente es clave a la hora de abordar cualquier alteración del SNC. En este sentido, existen diferentes modelos y enfoques que guían la práctica profesional, y en el área de neuro rehabilitación se destaca el enfoque desarrollado por Bertha y Karel Bobath alrededor de los años '40. Este se basa en considerar al cerebro no como un órgano hecho e invariable, sino como una estructura plástica capaz de aprender a todos sus niveles y, sobre todo, capaz de aprender a reorganizar sus funciones (Paeth, 2001). Por lo que el abordaje debe apelar a la plasticidad neuronal de la persona afectada, buscando otorgar experiencias que favorezcan la reorganización y recuperación de sus funciones, basándonos en que “lo que se aprende no es el movimiento en sí mismo, sino que la sensación de movimiento se desarrolla sobre la base de sensaciones (experiencia sensorial) para más tarde conformar habilidades que permitan alcanzar un nivel de función óptimo” (Alvarez, 2019, p. 23). Las personas que presentan un daño en el SNC, reciben y procesan la información de la experiencia sensorial en forma distorsionada, generando patrones de movimiento erróneos que no permiten realizar funciones en forma satisfactoria. En este sentido, el tratamiento debe centrarse en otorgar experiencias sensoriales típicas que le permitan en forma progresiva alcanzar mayor control motor, sobre todo en el tronco y área más afectada.

Gracias a esta perspectiva, se realizan tratamientos que parten de la observación de los patrones de postura y de movimiento, y de esta manera se implementa un abordaje que intenta recuperar la movilidad típica la cual debe ser dirigida a un objetivo, económica y que se adapte a las circunstancias del momento (Paeth, 2001). Siguiendo esta línea, también se debe trabajar de manera conjunta para lograr los objetivos, sin realizar comparaciones entre pacientes y sin dar pronósticos definitivos de recuperación, ya que de esto depende la dirección de la terapia y permite optar si “se dirigirá a la compensación de las funciones que se perdieron por completo [...] o se tratarán los trastornos funcionales derivados de una lesión incompleta” (Paeth, 2001, p. 199) permitiendo que el tratamiento interdisciplinario se organice y adapte frente a la transformación de los síntomas a medida que avanza la reorganización plástica del SNC.

6.2.3. Factores Ambientales

Como se viene mencionando, la discapacidad es un concepto dinámico bidireccional fruto de la interacción entre el estado de salud y los factores contextuales. Estos últimos pueden ser factores internos (personales) o factores externos (ambientales) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001).

Según el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (AOTA, 2020), el contexto abarca los factores ambientales y personales específicos de cada persona, grupo,

población que influyen en su compromiso y participación en ocupaciones significativas; y pueden actuar como barreras o facilitadores. Este concepto engloba tanto el entorno físico y social (factores externos) como las características únicas de cada individuo (factores internos). Por su parte, el entorno se define de manera más específica como los aspectos físicos, sociales y culturales que rodean al individuo en un momento dado, y que pueden influir directamente en su desempeño ocupacional. Mientras que el contexto ofrece una visión más amplia e integradora, el entorno se focaliza en las condiciones externas inmediatas que afectan la participación en actividades significativas. Dentro de este marco, los factores personales del contexto se definen como las características únicas de cada individuo, que no están relacionadas directamente con su condición o estado de salud, pero que reflejan sus antecedentes personales y su estilo de vida, e incluyen elementos como información demográfica, costumbres, creencias, patrones de comportamiento, normas culturales y expectativas sociales asociadas a su grupo o comunidad. Estos factores constituyen influencias internas que afectan tanto el funcionamiento como la discapacidad de una persona, sin clasificarse como positivos o negativos, sino como una representación de su esencia: "quién es". Por otro lado, los factores ambientales son los aspectos físicos, sociales y actitudinales que inciden en las actividades diarias, e incluyen elementos como:

- . Medio ambiente natural y cambios en el medio ambiente provocados por el hombre que abarca desde características naturales (clima, geografía, calidad del aire) hasta entornos modificados por el ser humano (infraestructura, edificios accesibles, transporte público).

- . Productos y tecnología, el cual incluye productos, equipos, tecnologías, dispositivos y sistemas tecnológicos, como prótesis, ayudas técnicas, y tecnologías de la información.

- . Apoyos y relaciones, que se refiere a las conexiones humanas y el apoyo emocional o práctico recibido de familiares, amigos, colegas y redes sociales.

- . Actitudes, que comprenden las normas, creencias y valores de la sociedad hacia la discapacidad y la diversidad.

- . Servicios, sistemas y políticas, que incluye regulaciones legales, sistemas de apoyo y servicios que promueven o limitan el acceso a derechos y recursos a través de programas estructurados y operaciones provistas por instituciones diseñados para satisfacer las necesidades de personas, grupos y poblaciones.

Siguiendo esta línea, la CIF propone que los factores ambientales sean codificados desde la perspectiva de la persona, se consideren en relación con cada componente del funcionamiento y se codifiquen en consecuencia ya que determinado factor puede ser interpretado como un facilitador para una persona, pero como una barrera para una otra. Por lo tanto, existen diversas razones que determinan si un factor actúa como facilitador o barrera, así como el grado en que lo hace. Para los facilitadores, es importante evaluar aspectos como la accesibilidad a un recurso, la consistencia de su disponibilidad, y la calidad, que puede ser buena o deficiente. En cuanto a las barreras, se debe analizar con qué frecuencia afectan a la persona, la magnitud del

obstáculo, y si es posible sortearlo o no. Además, un factor ambiental puede ser considerado una barrera tanto por su presencia (como actitudes negativas hacia las personas con discapacidades) como por su ausencia (por ejemplo, la falta de servicios necesarios) (OMS, 2001).

Los efectos de los factores ambientales en la vida de las personas con condiciones de salud son diversos y complejos. Por lo tanto, la CIF espera que futuras investigaciones ayuden a comprender mejor estas interacciones. En ciertos casos, un conjunto variado de factores ambientales puede ser representado con términos globales, como por ejemplo los 5 elementos descritos anteriormente que el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional plantea. A pesar de que estos términos no están incluidos en la clasificación, el evaluador debe identificar y codificar por separado los factores individuales que los conforman. Nuevamente, se requiere más investigación para identificar conjuntos específicos de factores ambientales que integren dichos términos globales (OMS, 2001). Es por ello que el presente trabajo, busca identificar de qué manera determinados factores ambientales son codificados como facilitadores o limitadores de la independencia funcional de acuerdo con la percepción e interpretación del equipo terapéutico que interviene en ellos, y de los usuarios que se encuentran transitando su proceso de rehabilitación en un centro especializado.

En este sentido, los profesionales de la Terapia Ocupacional reconocen que para que las personas realmente logren una participación, un significado y un propósito plenos, no sólo deben funcionar, sino también participar cómodamente en su propia combinación distintiva de contextos ejerciendo plenamente su autonomía. Por lo tanto, el éxito del abordaje de los factores ambientales (y del tratamiento en sí) no radicará en cuantas ocupaciones realiza el sujeto de manera independiente, sino en cuantas ocupaciones elegidas por el mismo puede realizarlas de manera independiente, ya que de esto depende que luego se replique en la vida cotidiana.

Dinámica Institucional del Centro de Rehabilitación y Fisiatría Madre Teresa

El Centro de Rehabilitación y Fisiatría Madre Teresa, ubicado en Neuquén Capital, es la primera clínica de rehabilitación que se fundó en la Patagonia. Es un centro de gestión privada perteneciente al Grupo CMIC Salud, que se especializa en tratamientos de rehabilitación sobre todo neurológicos, y opera bajo un modelo de atención integral e interdisciplinaria que prioriza la recuperación y la calidad de vida de personas con condiciones neurológicas, entre otras afecciones. Ofrece servicios de atención ambulatoria en consultorios, y una amplia área de internación que cuenta con 30 camas disponibles para la atención principalmente de usuarios con condiciones neurológicas una vez que atravesaron la etapa aguda. Su estructura organizacional y dinámica institucional están diseñadas para garantizar una rehabilitación intensiva y personalizada.

7.1. Perfil de las Personas Internadas

Las personas que permanecen internadas en la clínica suelen ser derivadas de unidades de terapia intensiva de diferentes instituciones de salud de la región. La mayoría presenta condiciones neurológicas severas que afectan su movilidad, capacidad cognitiva y comunicación. Además, se reciben usuarios de áreas de cuidados paliativos o, en situaciones excepcionales, personas derivadas por la necesidad de camas adicionales de internación debido al desborde de otras instituciones. Para efectuar la internación se solicita: resumen de historia clínica actualizada, institución desde donde se deriva al usuario, obra social, DNI, domicilio actual y teléfono de contacto. Una vez recibida la documentación, se envía a Dirección Médica para su evaluación y realización de un presupuesto para enviar a la obra social. Luego de tener la autorización correspondiente para el módulo de rehabilitación, el usuario podrá ingresar a la clínica y enfermería le asigna una habitación individual. El usuario y su familia proveerá todos los elementos de uso personal y un requisito fundamental es que se encuentre vestido con prendas cómodas en todo momento, lo cual marca una diferencia significativa con la internación en la etapa aguda donde suele encontrarse utilizando solo pañal o camisolín.

7.2. Modalidad de Atención

La atención en la clínica combina la participación de profesionales de distintas disciplinas para diseñar y ejecutar planes de rehabilitación adaptados a las necesidades particulares de cada usuario. El equipo de enfermería brinda atención las 24 horas, supervisando el estado de las personas internadas y facilitando su participación en las actividades programadas. Las sesiones terapéuticas suelen ser individuales, pero también se ofrecen abordajes grupales como talleres de estimulación cognitiva a cargo de las áreas de Terapia Ocupacional y Fonoaudiología, o el taller de cocina a cargo del área de Terapia Ocupacional. En algunos casos, las sesiones individuales también se pueden organizar en duplas terapéuticas que ofrezcan la

atención simultánea de dos profesionales (por ejemplo: Kinesiología y Terapia Ocupacional; Fonoaudiología y Terapia Ocupacional; Kinesiología Respiratoria y Terapia Ocupacional; Kinesiología Respiratoria y Fonoaudiología; etc.).

Esta modalidad facilita una intervención integral que aborda tanto aspectos físicos como cognitivos y funcionales.

Durante la primera semana de internación, cada persona es evaluada por el médico fisiatra y los profesionales de todas las áreas terapéuticas (fonoaudiología, nutrición, kinesiología, terapia ocupacional y psicología). Este análisis inicial permite diseñar un plan de tratamiento personalizado, que se va ajustando semanal o diariamente de acuerdo con la situación de cada usuario.

7.3. Rutina Institucional

Por razones organizativas, el centro establece horarios definidos para actividades esenciales como despertar, vestirse, desayunar, almorzar, merendar y cenar, entre otras. Esta estructura permite coordinar los tiempos de las sesiones terapéuticas, asegurando que cada usuario reciba su tratamiento sin interferir con las actividades de otros. La frecuencia de las terapias es diaria, de lunes a viernes, en turnos que abarcan desde las 8:00 hasta las 19:00, donde cada usuario en general recibe por día, dos sesiones de Kinesiología, una de Terapia Ocupacional, y una de Fonoaudiología. El traslado del usuario desde su habitación, patio o sala de usos múltiples, hacia los gimnasios donde se brindan las terapias, es efectuado por camilleros que cada día reciben la grilla de horarios de cada usuario. El traslado generalmente se realiza con silla de ruedas, dependiendo cada caso.

Si bien la rutina de horarios es establecida por la institución, hay ocasiones que, si el usuario no quiere asistir a alguna sesión, se respeta su decisión. Sin embargo, siempre se fomenta que participen en todas las actividades. En los casos donde esta situación persiste o por ejemplo, se lo nota muy cansado en ciertos horarios de manera que interfiere con su desempeño o rendimiento en la terapia, se evalúa con el equipo terapéutico las posibles causas y se plantean las soluciones (como reacomodar horarios, observar efectos de alguna medicación, etc).

7.4. Abordaje Interdisciplinario

El paradigma de la interdisciplinariedad estructura el abordaje terapéutico en Madre Teresa. Semanalmente, se realizan reuniones de equipo en las que participan representantes de cada área. En estos encuentros se evalúan los progresos de los usuarios, se ajustan los objetivos de tratamiento y se proponen estrategias adaptativas para superar barreras o potenciar avances. Esta dinámica fomenta la colaboración entre profesionales y propicia las bases para establecer un seguimiento continuo del proceso de rehabilitación en el día a día. En este sentido, la participación activa y comprometida de cada profesional aseguran una interacción, comunicación y

colaboración continua entre todas las disciplinas que se ve reflejado en un equipo coordinado que evita la fragmentación del abordaje y propicia una atención de calidad.

Cabe destacar que el proceso de rehabilitación dura y acompaña al sujeto las 24 horas del día, lo cual hace que el abordaje de un equipo coordinado sea fundamental, ya que los objetivos a alcanzar o alcanzados durante las sesiones deben ser reforzados constantemente excediendo así las fronteras del consultorio o gimnasio para ser apropiados por el usuario en lo cotidiano. En el caso de las personas con condiciones neurológicas, cuyo SNC se encuentra en un proceso de aprendizaje y de reorganización de sus funciones, es fundamental considerar que la manera en que realiza cada actividad de la vida diaria debe intentar reproducir el movimiento típico para evitar patrones de movimiento erróneos que desencadenan reacciones asociadas reforzando sinergias y aumentando la espasticidad. Por lo tanto, la toma de decisiones sobre la realización de ciertas actividades (como el uso de chata o inodoro, el baño en ducha o en cama, las transferencias con guinche, asistencia, o sin asistencia, etc.) están a cargo del equipo terapéutico quienes luego de evaluar y trabajar ciertos componentes durante las sesiones, habilitan o no la realización de estas actividades de determinada manera, para evitar riesgos innecesarios y para que mantener, reforzar y potenciar el progreso del usuario. Una vez habilitada la realización de una actividad determinada, se informa al resto de profesionales y personas a cargo del cuidado del usuario, sobre la nueva manera de proceder y las técnicas necesarias para la realización apropiada y segura de la misma.

7.5. Funciones de las Disciplinas en la Rehabilitación Neurológica

Cada disciplina en el centro cumple una función específica y complementaria en el proceso de rehabilitación:

- **Terapia Ocupacional:** su abordaje se centra en que la persona logre la mayor independencia funcional posible, es decir que pueda realizar las actividades por sí mismo, desempeñarse en un ambiente modificado o adaptado, hacer uso de dispositivos o de estrategias alternativas, o supervisar la actividad completada por otros (Ministerio de Salud de la Nación e Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur [MSAL e INaRePS], 2013). A través de actividades significativas, interviene en todas las ocupaciones del usuario buscando maximizar el desempeño diario, promover patrones posturales o de movimientos normales, asegurar un correcto posicionamiento y alineación postural; estimular, mejorar, recuperar y/o mantener el correcto funcionamiento cognitivo, motor y procesamiento sensorio-perceptivo; implementar ayudas técnicas o tecnologías de apoyo que permitan o faciliten la realización de determinadas acciones, de tal manera que sin las mismas, las tareas serían imposibles o muy difíciles de realizar para el usuario; evaluar, recomendar o realizar ajustes necesarios en el hogar, entre otras (Agorrea Tejedor, Urteaga Ceberio, y Fernandez Tobia, 2015).

- **Kinesiología Neurológica:** aplica abordajes neurológicos específicos dirigidos a modular las deficiencias neurológicas primarias y secundarias y optimizar las funciones existentes, al poder identificar y promover aquellos ejercicios de fortalecimiento, estiramientos, terapia manual, reeducación sensoriomotora y entrenamiento de actividades de movilidad que considere oportunas, y además indica, recomienda e implementa en su abordaje, el uso de tecnologías y dispositivos de apoyo (MSAL, 2023).

- **Kinesiología Respiratoria:** su tratamiento va encaminado a la mejora del fallo ventilatorio y respiratorio, evitando además la aparición de complicaciones. Sus objetivos principales se centran en: proteger la vía aérea ante trastornos de la deglución que ocasionan aspiraciones; conseguir una tos efectiva; y mejorar la capacidad del fuelle torácico para mantener una ventilación alveolar adecuada. Utilizan técnicas de higiene bronquial, potenciación de la musculatura respiratoria, ejercicios de expansión torácica entre otros (Esclarín de Ruiz, 2009)

- **Fonoaudiología:** se enfoca en entrenar el cerebro para mejorar la reconfiguración de las redes neuronales dañadas, utilizando técnicas específicas para restaurar o mejorar las funciones de la comunicación, voz, fonación, audición, deglución, lenguaje y habla esenciales para la calidad de vida y seguridad del usuario (Jerez, 2019).

- **Psicología:** proporciona apoyo emocional y estrategias de afrontamiento, tanto a las personas internadas como a sus familias, focalizando en el impacto psicológico post traumático y abordando las implicancias psicológicas del proceso de rehabilitación para prevenir la desestructuración de la personalidad. Además, se trabaja con relación al proceso de adaptación a la discapacidad física, teniendo en cuenta los aspectos actitudinales de la persona, sus configuraciones vinculares, aspectos afectivoemocionales, aspectos cognitivos, hábitos, mecanismos defensivos que subyacen al diagnóstico, estructura de base, estilos de personalidad (MSAL e INaRePS, 2013).

- **Nutrición:** diseña planes alimentarios personalizados para favorecer la rehabilitación del usuario y recuperación de la salud al mantener un estado nutricional óptimo, logrando planificar y supervisar la preparación y distribución de una alimentación adecuada a los usuarios garantizando la calidad higiénica, microbiológica y nutricional. Para ello, el profesional en nutrición realiza un diagnóstico nutricional teniendo en cuenta la patología, edad, antecedentes (pesos anteriores, otras patologías asociadas, etc), talla y toma de circunferencias corporales y pliegues. De acuerdo con el diagnóstico se considerará el valor calórico requerido para el usuario, el tipo de fórmula a administrar y la modalidad. Además, se evalúa diariamente al usuario y las recomendaciones médicas sobre tratamientos nutricionales específicos, para detectar el estado nutricional, el gasto energético y el efecto del tratamiento sobre éste, la necesidad de soporte nutricional especializado cuando los requerimientos nutricionales no puedan ser cubiertos por vía oral u otra modalidad (MSAL e INaRePS, 2013). Se mantiene una comunicación y colaboración constantes con las demás disciplinas, para determinar, por ejemplo, la presentación de los

alimentos (cortados, sin cortar, el tipo de consistencia, el tipo de cubiertos y platos que puede utilizar, etc), o la aplicación de otras técnicas para favorecer aspectos específicos como la evacuación intestinal o urinaria en momentos específicos del tratamiento.

- **Enfermería:** ofrece cuidado integral continuo, asegurando la estabilidad clínica y facilitando el desarrollo de las actividades terapéuticas programadas al trabajar junto a otros especialistas en un esfuerzo holístico para optimizar la recuperación. Realiza intervenciones clínicas aplicando medidas físicas, terapéuticas y técnicas especializadas basadas en protocolos y conocimientos científicos, para la prevención y manejo de complicaciones. Además, controla problemas clínicos promoviendo la autonomía a través de la educación y el apoyo al usuario y su familia sobre autocuidados y la rehabilitación (MSAL e INaRePS, 2013).

7.6. Participación Familiar

El enfoque integral también incluye a los familiares, quienes no solo son informados sobre los objetivos terapéuticos, sino que también reciben atención para abordar sus demandas y necesidades. Además, se les educa sobre los cuidados que requiere la persona tanto en la institución como en su hogar. Como parte de este proceso, se habilitan "salidas terapéuticas" al hogar de la persona internada, durante las cuales se evalúa el ambiente doméstico y las posibles dificultades que puedan presentarse. Estas intervenciones permiten implementar soluciones inmediatas para garantizar un entorno seguro y promover la independencia de la persona, preparando así el alta de manera progresiva y adecuada.

El equipo de psicología juega un rol fundamental en este proceso, brindando acompañamiento emocional tanto a las personas internadas como a sus familias. Este soporte se adapta a las particularidades de cada situación, ayudando a gestionar las emociones y facilitando la adaptación al proceso de rehabilitación.

7.7. Infraestructura y Tecnología

La clínica cuenta con una infraestructura moderna y equipamiento de última generación que permite brindar servicios de alta complejidad, además incluye espacios adaptados y tecnología específica para las diversas necesidades de rehabilitación. El área de clínica médica solicita derivaciones externas únicamente para estudios complementarios como resonancias magnéticas, ecografías, tomografías computadas, videodeglución, etc.

El edificio tiene dos plantas comunicadas por ascensor y escalera. La planta baja tiene un área de recepción, oficinas/administración, consultorios externos, cocina, comedor para personal, y una parte de las habitaciones del área de internación. En el primer piso se encuentran los consultorios y gimnasios de rehabilitación, un salón de usos múltiples, un patio interno y el resto de las habitaciones. Las habitaciones del área de internación son individuales con opción de baño (completamente adaptado) privado o compartido, y además, cuentan con área de almacenaje

y camas ortopédicas que facilitan el manejo de los usuarios. Todos los dispositivos y tecnologías de apoyo incluyendo sillas de ruedas, se encuentran disponibles para el uso de los usuarios hasta que logren obtener los propios o dejen de necesitarlos. Los gimnasios y consultorios también se encuentran equipados para llevar a cabo los tratamientos.

7.8. Dinámica Institucional y Factores Ambientales

En síntesis, la dinámica del Centro de Rehabilitación y Fisiatría Madre Teresa destaca por su modelo de atención centrado en la persona, estructurado bajo principios de interdisciplinariedad, coordinación y adaptación a las necesidades individuales, con el fin de maximizar la independencia funcional y la participación activa en la vida cotidiana. Sin embargo, es posible que la independencia funcional del usuario este siendo por influenciada por factores ambientales que la obstaculicen o faciliten, y que la percepción acerca de cómo actúan estos, varíe entre los usuarios y los profesionales. Por este motivo, es importante identificar y comparar la percepción del equipo interdisciplinario y de los usuarios, sobre los factores ambientales que influyen en la independencia funcional en las AVD, durante el tiempo de internación de las personas con condiciones neurológicas, ya que al hacerlo es posible abrir debate y actuar en consecuencia, pues, ya quedo expuesto con anterioridad, la importancia de trabajar con un equipo coordinado y alineado con el mismo enfoque de intervención, sin dejar de lado la retroalimentación con los usuarios quienes no son meros receptores pasivos, sino que son agentes activos de su propio proceso de rehabilitación y de salud.

La institución, desde el área de Terapia Ocupacional, determina el nivel de independencia funcional de los usuarios a través de su evaluación utilizando la Medida de Independencia Funcional (FIM). Este instrumento estandarizado determina el nivel de asistencia que requiere una persona para realizar actividades básicas de la vida diaria mediante la evaluación de habilidades físicas, motoras y cognitivas básicas relacionadas con las AVD. En este sentido el FIM es una medida de discapacidad, no de deterioro o daño ya que intenta medir qué hace realmente la persona en su día a día, y no lo que debería, podría o ha logrado hacer, por ejemplo, en el consultorio (Uniform Data System for Medical Rehabilitation [UDSMR], 1994). Sin embargo, no aborda de manera exhaustiva otros aspectos de la discapacidad que también influyen significativamente en la calidad de vida y la participación del individuo. Según las nuevas perspectivas propuestas por la CIF, la independencia funcional no solo depende de las habilidades personales, sino también del contexto y sus factores ambientales y sociales.

En el contexto institucional del Centro de Rehabilitación y Fisiatría Madre Teresa, la influencia de los factores ambientales sobre la independencia funcional en las AVD puede variar significativamente según las dinámicas descritas y según la percepción de los usuarios y de los profesionales. Por lo tanto, la siguiente investigación busca indagar sobre la influencia, en la independencia funcional en las AVD de los usuarios, de cinco factores ambientales específicos

que integran el contexto institucional y su dinámica. El primero es el *tiempo y horarios establecidos por la institución para realizar cada actividad*, de acuerdo con la percepción de los usuarios o de las distintas disciplinas, podrían actuar como facilitadores al estructurar rutinas que promuevan la constancia y la integración de actividades terapéuticas en la vida diaria; sin embargo, podrían convertirse en un obstáculo si la rigidez de los horarios no le permite a los usuarios desempeñarse de forma independiente a su propio ritmo impidiendo que complete alguna actividad que puede realizar de manera independiente pero demorando más tiempo que el establecido, esto podría causar que se asista innecesariamente al usuario con el fin de cumplir con el horario estipulado. El segundo factor es la *cantidad de personal disponible para la ejecución o supervisión de actividades*, pudiendo ser percibido como facilitador de la independencia funcional si las necesidades de asistencia están correctamente cubiertas; no obstante, en situaciones donde el personal no sea suficiente podría representar un obstáculo significativo. El tercer factor es la *presencia de familiares o cuidadores*, el cual tiende a facilitar la independencia funcional al complementar la intervención terapéutica, pero podría ser neutral o incluso obstaculizador si se genera una dependencia excesiva ya que es común observar que luego de un hecho traumático el familiar tiende a ofrecer asistencia máxima al usuario a pesar de no necesitarlo, y de igual manera actúa el cuidador ya que es remunerado económicamente por cumplir con estas “obligaciones”. El cuarto factor es la *cantidad de insumos disponibles*, estos actúan principalmente como facilitadores al asegurar que los usuarios tengan acceso a los recursos necesarios para realizar actividades de forma independiente y como se ha mencionado la institución cuenta con los mismos y garantiza el acceso a los mismos hasta que el usuario pueda conseguir los propios; sin embargo, puede ser que este factor sea percibido como una limitación ya que debe compartirlos con los demás usuarios internados por lo que podría impactar negativamente, especialmente en usuarios que dependen de ayudas técnicas específicas, y en el caso de los profesionales puede que demore su intervención si el insumo está siendo utilizado por otra persona. Finalmente, el quinto factor es *el diseño y disposición del espacio institucional* que juega un rol crucial, ya que la infraestructura adaptada y los espacios funcionales descritos en la dinámica institucional son claros facilitadores de la independencia funcional; sin embargo, en casos donde la disposición no se adecue completamente a las necesidades específicas de un usuario, este factor podría limitar su capacidad para desenvolverse de manera autónoma, por ejemplo el acceso de los usuarios con habitaciones que se encuentran en la planta baja deben trasladarse por ascensor hacia los gimnasios y demás espacios que se encuentran en la planta alta, y en ocasiones esto se ve imposibilitado o sumamente dificultado cuando hay cortes de energía eléctrica y deben ser trasladados por las escaleras o recibir las terapias en la habitación, etc.

La percepción de estos factores puede variar entre el equipo interdisciplinario y los usuarios, siendo fundamental analizar estas diferencias para ajustar estrategias que optimicen la rehabilitación y maximicen la participación activa de los usuarios en su recuperación.

Variable Principal

Percepción de los usuarios y de los profesionales que integran el equipo terapéutico sobre los factores ambientales que influyen en la independencia funcional para realizar las AVD.

8.1. Definición Conceptual de la Variable

Proceso mediante el cual los individuos seleccionan, organizan, interpretan y significan estímulos y sensaciones, y se caracteriza por ser subjetiva, selectiva, temporal e influenciada por la experiencia (Rosales Sanchez, J., 2015). En esta investigación, se define como la apreciación que los usuarios y los profesionales del equipo interdisciplinario tienen sobre los factores ambientales que impactan la independencia funcional en la realización de las AVD. En este sentido, independencia funcional se refiere a la capacidad de un individuo para realizar típicamente o con modificación las AVD, como el cuidado personal, las transferencias y la movilidad funcional, sin necesidad de asistencia física de terceros, dentro de un límite razonable de tiempo y sin riesgo (UDSMR, 1994).

8.2. Definición Operacional de la Variable

Es la valoración subjetiva e interpretación individual de los participantes (usuarios y profesionales) que indica si los factores ambientales facilitan mucho, facilitan, no influyen, obstaculizan u obstaculizan mucho la realización de manera independiente de las AVD de los usuarios con condiciones neurológicas, como el cuidado personal, las transferencias y la movilidad funcional; dentro del ámbito de internación. El dimensionamiento de las variables se detalla en la Tabla 1.

La variable se divide en los siguientes componentes clave, que reflejan los aspectos específicos de los factores ambientales que se analizarán:

- *Servicios y sistemas:* Tiempo y horarios establecidos por la institución; cantidad de personal disponible para la ejecución o supervisión de actividades.
- *Apoyo y relaciones:* Presencia de familiares o cuidadores.
- *Productos y tecnologías:* Cantidad de insumos disponibles para el número de usuarios.
- *Medio ambiente modificado por el hombre:* Diseño y disposición del espacio.

Además, cada uno de los componentes será evaluado en función de su influencia en las AVD, considerando que se establecerán cinco categorías con una escala que permite medir la percepción de manera ordinal y refleja cómo los participantes valoran la influencia de los factores ambientales en la independencia funcional desde el **1 obstaculiza mucho**, lo cual representa que el factor ambiental crea una barrera significativa que impide realizar la actividad sin asistencia;

al **5 facilita mucho** donde el factor ambiental no solo permite realizar la actividad, sino que la favorece.

De esta forma se dimensiona la variable (revisar Tabla 1) teniendo en cuenta que los factores ambientales pueden actuar como obstaculizadores o facilitadores que afectan la independencia funcional durante el periodo de internación de los usuarios con condiciones neurológicas, en las siguientes áreas:

- Cuidado personal (alimentación, higiene, baño, vestido, uso de sanitarios).
- Transferencias (cama a silla, silla de ruedas, inodoro, ducha).
- Movilidad funcional (marcha o uso de silla de ruedas).

Las AVD y las tareas específicas que involucra cada una que pueden realizarse con adaptaciones o dispositivos de asistencia, siempre que el usuario logre ejecutarlas dentro de un límite de tiempo razonable y sin riesgo, se detallan en la Tabla 2 de acuerdo con los estándares mencionados en el UDSMR (1994).

Tabla 1

Dimensionamiento de la variable de estudio

Variable	Componentes	Indicadores	Categorías
Percepción de los usuarios y de los profesionales que integran el equipo terapéutico sobre los factores ambientales que influyen en la independencia funcional para realizar las AVD	Servicios y sistemas	Percepción sobre la influencia de los horarios y la cantidad de personal en las AVD.	1: Obstaculiza mucho.
	Apoyo y relaciones	Percepción sobre la influencia de la presencia de familiares o cuidadores en las AVD.	2: Obstaculiza
	Productos y tecnologías	Percepción sobre la disponibilidad de insumos para realizar las AVD.	3: No influye.
	Medio ambiente modificado por el hombre	Percepción sobre el diseño y disposición del espacio físico en la realización de las AVD.	4: Facilita.
			5: Facilita mucho.

Tabla 2

Descripción de las tareas que involucra cada AVD

Actividades de la Vida Diaria		Tareas que involucra
Cuidado Personal	Alimentación	Uso de utensilios apropiados para llevar los alimentos a la boca, masticar y tragar, una vez que la comida se encuentra presente sobre una mesa o bandeja.

	Higiene y arreglo personal	Cuidado oral, arreglo del cabello (peinado y cepillado), lavado de manos y cara, afeitado o depilación de la cara o aplicación de maquillaje.
	Bañarse/Ducharse	Lavado, enjuagado y secado del cuerpo desde el cuello hacia abajo, tanto en la bañera ducha o baño con esponja en la cama.
	Vestido y desvestido de tren superior	Vestir y desvestir por arriba de la cintura, sacar la ropa de sus lugares normales de almacenamiento, colocar la ropa interior, prendas tipo pullover o con abertura al frente, manejo de cierres botones o botones a presión, y aplicar o quitar una prótesis u ortesis cuando corresponda.
	Vestido y desvestido de tren inferior	Vestir y desvestir de la cintura para abajo, obtener la ropa desde sus lugares normales de almacenamiento, manejar la ropa interior, pantalones, polleras, cinturón, medias y calzado; manejar cierres, abotonar, aplicar y quitar prótesis u ortesis cuando corresponda.
	Uso de sanitarios	Mantenimiento de la higiene perineal y el ajuste de la ropa antes y después de usar el servicio o dispositivo especial (chata, elevador de inodoros, etc.), y la colocación de paños higiénicos o tampones (si se necesita).
Transferencias	Cama/Silla/Silla de ruedas	Si la persona camina, incluye que se aproxime, se siente y levante en una posición erguida de o desde una silla común o cama. Si la persona utiliza una silla de ruedas, incluye que se acerque a una cama o silla, trabe los frenos, levante los apoyapiés, quite el apoyabrazos si es necesario, y efectúe un traslado erguido en forma de pivote o en forma deslizante y regrese.
	Baño/sanitario	Incluye todos los aspectos de la transferencia para sentarse sobre e incorporarse en o desde un inodoro. Mismas consideraciones si la persona camina o si se encuentra en una silla de ruedas.
	Bañadera/Ducha	Entrar y salir de una ducha o bañera. Mismas consideraciones si la persona camina o si se encuentra en una silla de ruedas.

Locomoción	Movilidad funcional	Caminar, una vez en posición erguida, un mínimo de 50 metros; o si no camina, la persona opera una silla de ruedas manual o a batería en forma independiente un mínimo de 50 metros, da vueltas, maniobra la silla hacia una mesa, cama o inodoro, maniobra sobre alfombras y sobre marcos de puertas.
------------	---------------------	--

Diseño Metodológico

Para esta investigación se optará por adoptar un enfoque cuantitativo y realizar un diseño no experimental, transversal de tipo exploratorio y descriptivo.

9.1. Tipo de Estudio

Este estudio es de tipo exploratorio y descriptivo. Se conoce y explora la percepción de los profesionales y de los usuarios, luego se indaga sobre la incidencia de esta variable para realizar descripciones comparativas entre los grupos y subgrupos a la cual pertenece.

9.2. Enfoque de Investigación

El enfoque de la investigación es cuantitativo, ya que la variable se mide en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos, y se extraen una serie de conclusiones.

9.3. Diseño de la Investigación

El diseño del estudio es no experimental ya que su propósito no es hacer variar intencionalmente la variable para ver su efecto en otra, sino que es observarla para analizarla.

El alcance temporal es transversal, ya que se recolectaron los datos en un tiempo único, buscando describir la variable y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Para la recolección de los datos se administró un cuestionario con preguntas cerradas que contienen las siguientes opciones de respuesta: obstaculiza mucho, obstaculiza, no influye, facilita y facilita mucho., donde el usuario o profesional eligió la opción que describe más adecuadamente su respuesta.

9.4. Población

Personas adultas con condiciones neurológicas que se encuentran internadas en el Centro de Rehabilitación y Fisiatría Madre Teresa y los profesionales que conforman el equipo terapéutico de las áreas de Terapia Ocupacional, Kinesiología Respiratoria, Neuro kinesiología, Fonoaudiología, Enfermería, Nutrición y Psicología que trabajan en dicho centro.

9.5. Muestra

La muestra en esta investigación está conformada por 7 usuarios y 26 profesionales y es de tipo no probabilística, por conveniencia, teniendo en cuenta la disponibilidad y accesibilidad a las unidades de análisis.

9.6. Método de selección de la muestra

La selección de la muestra se realizó en dos secciones: A) usuarios, y por otro lado B) profesionales. Para el reclutamiento de los usuarios y profesionales para la investigación, se

solicitó a las autoridades pertinentes del Centro de Rehabilitación y Fisiatría Madre Teresa el acceso al listado de usuarios con sus respectivas historias clínicas para poder determinar cuáles de ellas podrían llegar a cumplir los requisitos para el criterio de inclusión de la muestra, y el listado de profesionales.

A) Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios al seleccionar la muestra de usuarios:

Criterios de inclusión:

- Presentar diagnóstico de lesiones adquiridas del sistema nervioso central, de causa traumática o no traumática.

- Estar internado y recibiendo tratamiento en el Centro de Rehabilitación y Fisiatría Madre Teresa de la ciudad de Neuquén durante un mínimo de tiempo de 1 mes.

- Que puede acceder a la investigación bajo un consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Que su cuadro clínico sea compatible con una afección neurológica congénita.

- Que reciba tratamiento en el Centro de Rehabilitación y Fisiatría Madre Teresa de la ciudad de Neuquén de manera ambulatoria.

- Que su cuadro clínico no le permita entender y responder de manera clara.

- Que se niegue a participar de la investigación.

B) Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios al seleccionar la muestra de profesionales:

Criterios de inclusión:

-Que sea un profesional certificado en alguna de las siguientes áreas: Terapia Ocupacional, Kinesiología, Neuro kinesiología, Fonoaudiología, Enfermería, Nutrición o Psicología.

-Que se encuentre trabajando en el Centro de Rehabilitación y Fisiatría Madre Teresa de la ciudad de Neuquén durante un mínimo de tiempo de 2 meses.

-Que pueda acceder a la investigación bajo un consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Que se encuentre trabajando en el Centro de Rehabilitación y Fisiatría Madre Teresa de la ciudad de Neuquén de manera esporádica o por consulta externa.

- Que se niegue a participar de la investigación.

9.7. Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos

Para la recolección de los datos se optó por aplicar un cuestionario autoadministrado de elaboración propia (Anexo C) con preguntas cerradas que contienen varias opciones de respuesta donde el participante debió elegir una única opción que describa más adecuadamente su percepción sobre la influencia que ejercen cinco factores ambientales (a partir de ahora FA) sobre la independencia en la realización de las actividades diarias. El mismo fue ofrecido en un contexto grupal para introducir el propósito del estudio y el instrumento, responder dudas y pedirles que al

concluir lo depositen en una urna sellada, para mantener la confidencialidad. En los casos en que esto no fue posible, se aplicó el cuestionario autoadministrado en un contexto individual. Además, se planteó una escala de diferencial semántico cuyos términos bipolares (obstaculiza mucho-facilita mucho) se encontraron en los extremos, luego se ubicaron los términos que se relacionan medianamente con alguno de los extremos (obstaculiza-facilita), y la respuesta neutral (no influye) se ubicó en el centro. De esta forma, las opciones de respuestas se encontrarán precodificadas con una puntuación del 1 al 5 de la siguiente manera: 1 obstaculiza mucho, 2 obstaculiza, 3 no influye, 4 facilita y 5 facilita mucho.

9.7.1. Descripción del Cuestionario

El cuestionario autoadministrado de elaboración propia (ver Anexo C) está diseñado para recopilar información sobre la percepción de los participantes respecto a la influencia de cinco FA en la independencia funcional para realizar las AVD.

En la estructura general del cuestionario se pueden identificar las siguientes partes:

a) Identificación del rol: se solicita al participante que indique si su rol dentro de la institución es el de "Usuario" o "Profesional". En caso de ser profesional, se le pide especificar la disciplina a la que pertenece (por ejemplo, terapia ocupacional, kinesiología, fonoaudiología, entre otras).

b) Instrucciones iniciales: el cuestionario incluye una breve explicación introductoria que detalla su propósito y proporciona instrucciones claras sobre cómo completarlo. Se especifica que el participante debe seleccionar una única opción por ítem, según su percepción personal.

c) Formato del cuestionario:

. El cuerpo del cuestionario se presenta como un cuadro de doble entrada. En la columna izquierda se enumeran las AVD evaluadas, como alimentación, higiene personal, vestido, uso de sanitarios, transferencias y movilidad funcional. Además, se detalla que tareas implica cada una.

. En la fila superior se detallan los cinco FA evaluados: Horarios establecidos por la institución; cantidad de personal disponible para la ejecución o supervisión de tareas; presencia de familiares o cuidadores durante las actividades; cantidad de insumos disponibles para el número de usuarios; y diseño y disposición del espacio.

. Cada intersección del cuadro permite evaluar cómo cada FA influye en la realización de una actividad específica.

. Escala de respuesta: Para cada combinación de actividad y FA, se solicita al participante que seleccione una opción en una escala de diferencial semántico-precodificada: 1: Obstaculiza mucho. 2: Obstaculiza. 3: No influye. 4: Facilita. 5: Facilita mucho.

9.7.2. Administración

El cuestionario fue aplicado preferentemente en un contexto grupal. En este escenario, se explicó el propósito del estudio, las instrucciones para completar el cuestionario y se resolvieron dudas de los participantes. Una vez completados, los cuestionarios fueron depositados en una urna sellada para garantizar la confidencialidad. En los casos en que no fue posible la participación grupal, se administró de manera individual, asegurando el anonimato y respetando las condiciones de privacidad de los participantes.

9.7.3. Escala de Respuesta

Como se mencionó anteriormente se emplea una escala de diferencial semántico con cinco opciones de respuesta, donde los extremos de la escala representan percepciones más polarizadas (facilitación u obstaculización marcadas), mientras que el valor central indica una percepción neutral. Este formato permite cuantificar de manera objetiva la influencia percibida de los FA en la independencia funcional.

9.7.4. Puntuación

Las respuestas se codificaron numéricamente (1 a 5) para facilitar el análisis estadístico. Los puntajes obtenidos por cada ítem se tabularon, permitiendo identificar tendencias generales y diferencias entre las percepciones de los grupos participantes (usuarios y profesionales, y dentro de este último, las disciplinas que lo integran). Se calcularon medidas estadísticas como frecuencias relativas, distribuciones e indicadores de coincidencia/discrepancia, evaluando la influencia percibida de cada factor en las distintas AVD.

9.8. Presentación, Análisis e Interpretación de los Datos

Se realizó un análisis descriptivo de las respuestas obtenidas de los usuarios y del equipo terapéutico. Para ello, las respuestas se agruparon en tres categorías:

- . Obstaculiza: Respuestas 1 ("Obstaculiza mucho") y 2 ("Obstaculiza").
- . No influye: Respuesta 3.
- . Facilita: Respuestas 4 ("Facilita") y 5 ("Facilita mucho").

Utilizando el software Microsoft Excel, se calcularon las frecuencias relativas, expresadas en porcentajes, de las categorías en las distintas combinaciones de AVD y FA, diferenciando entre usuarios y equipo terapéutico. A partir de esto, para cada categoría se determinó la siguiente información: i) en cada AVD, el FA más frecuente; ii) en cada FA, la AVD más frecuente. Por último, se evaluó el nivel de consenso intra-grupal entre las respuestas de los participantes.

A continuación, se detalla el procedimiento realizado, junto con las fórmulas y su interpretación:

9.8.1. Agrupación de Respuestas

Para simplificar el análisis y facilitar la interpretación, las cinco respuestas posibles se agruparon en tres categorías:

- Obstaculiza: Respuestas 1 ("Obstaculiza mucho") y 2 ("Obstaculiza").
- No influye: Respuesta 3.
- Facilita: Respuestas 4 ("Facilita") y 5 ("Facilita mucho").

Luego se calcularon las frecuencias absolutas de respuestas para cada una de estas categorías dentro de cada combinación específica de AVD y FA:

- $FO_i = N1_i + N2_i$
- $FNI_i = N3_i$
- $FF_i = N4_i + N5_i$

Donde:

- FO_i , FNI_i y FF_i son las frecuencias absolutas de obstaculiza, no influye y facilita de la combinación i de AVD y FA, respectivamente.
- $N1_i$, $N2_i$, $N3_i$, $N4_i$ y $N5_i$ corresponden al número de respuestas "1", "2", "3", "4" y "5", obtenidas en la combinación i de AVD y FA, respectivamente.

9.8.2. Cálculo de Frecuencias Relativas

Para facilitar el análisis, se calcularon las frecuencias relativas (expresadas en porcentajes) de respuestas para cada una de las categorías anteriores dentro de cada combinación específica de AVD y FA:

- $f_{O_i} = FO_i / N_{.i} \times 100 \%$
- $f_{NI_i} = FNI_i / N_{.i} \times 100 \%$
- $f_{F_i} = FF_i / N_{.i} \times 100 \%$

Donde:

- f_{O_i} , f_{NI_i} y f_{F_i} son las frecuencias relativas de obstaculiza, no influye y facilita de la combinación i de AVD y FA, respectivamente.
- FO_i , FNI_i y FF_i son las frecuencias absolutas de obstaculiza, no influye y facilita de la combinación i de AVD y FA, respectivamente.
- $N_{.i}$ es el número total de respuestas obtenidas en una combinación específica de AVD y FA.

9.8.3. Identificación de Influencia de FA por AVD

Para determinar qué FA influyó más en cada categoría (obstaculiza, no influye, facilita) discriminando entre AVDs se compararon las frecuencias relativas dentro de cada categoría, y se identificó el o los FA con los mayores porcentajes.

9.8.4. Identificación de AVD Influenciadas en cada FA

Para determinar en cada FA la AVD más frecuente, se compararon las frecuencias relativas dentro de cada categoría, y se identificó la o las AVD con los mayores porcentajes.

9.8.5. Identificación de Consenso Intra-Grupal

Para evaluar el nivel de consenso de las respuestas dentro de cada grupo (usuarios y profesionales) se analizó el porcentaje de participantes que seleccionaron la misma categoría de respuesta (obstaculiza, no influye, facilita) para cada combinación de AVD y FA. De manera arbitraria, se decidió que una frecuencia mayor al 50% indica consenso intra-grupal positivo, mientras que una frecuencia menor, indica consenso intra-grupal negativo.

En los casos en los que se determinó un consenso intra-grupal negativo dentro del equipo terapéutico, se analizó la distribución completa de las respuestas diferenciando entre disciplinas.

9.8.6. Visualización de Resultados

Se crearon gráficos en Excel para representar los resultados:

- Histogramas para cada AVD

Para cada una de las 10 AVD, se diseñó un gráfico que representó la percepción de los usuarios y el equipo terapéutico sobre cuál fue el FA que más obstaculiza, no influye o facilita la independencia funcional en esa AVD específica.

. Eje horizontal: Categorías de respuesta (obstaculiza, no influye, facilita).

. Eje vertical: Porcentajes de frecuencia relativa.

. Dos barras por categoría: Una para usuarios y otra para profesionales.

. Texto dentro de las barras: Se indicó a qué FA correspondía cada barra con letras de la A a la E según corresponda.

. Línea de consenso intra-grupo: la misma indica 50% dividiendo el área en dos zonas, una por encima de la misma indicando consenso intra-grupal positivo, y la zona por debajo indicando consenso intra-grupal negativo.

. Símbolo de coincidencia inter-grupal: cuando la percepción de los usuarios y del equipo terapéutico coincide, se colocó debajo de la categoría correspondiente, un * que simbolice esta coincidencia inter-grupal.

- Histogramas para cada FA

Para cada uno de los 5 FA, se diseñó un gráfico que representó cuál es la AVD a la que más obstaculiza, no influye o facilita su independencia funcional según la percepción de los usuarios y el equipo terapéutico.

. Eje horizontal: Categorías de respuesta (obstaculiza, no influye, facilita).

. Eje vertical: Porcentajes de frecuencia relativa.

. Dos barras por categoría: Una para usuarios y otra para profesionales.

- . Texto dentro de las barras: Se indicó a qué AVD correspondía cada barra.
- . Línea de consenso intra-grupo: la misma indica 50% dividiendo el área en dos zonas, una por encima de la misma indicando consenso intra-grupal positivo, y la zona por debajo indicando consenso intra-grupal negativo.
- . Símbolo de coincidencia inter-grupal: cuando la percepción de los usuarios y del equipo terapéutico coincide, se colocó debajo de la categoría correspondiente, un * que simbolice esta coincidencia inter-grupal.

- Gráfico de barras

Se usaron para visualizar la distribución de respuestas en los casos de discordancia significativa.

9.9. Consideraciones Éticas

En este trabajo de investigación se respetaron los principios de la Bioética de autonomía, beneficencia, no maleficencia de justicia. Y se tuvieron las siguientes consideraciones: que la dirección del centro, así como los participantes sean informados de las características del estudio y de su participación en el mismo pudiendo consultar todas las dudas y hablar en profundidad con la investigadora. Que los participantes deban consentir participar en el estudio de manera voluntaria a través de un consentimiento informado (anexo) y sean conscientes en todo momento de la posibilidad de retirarse del estudio cuando lo consideren. Que se mantendrá en todo momento el anonimato de los datos obtenidos y de las personas participantes. Y, por último, que los datos recabados sólo serán utilizados a los fines investigativos y se dará la devolución de estos a la institución y/o participantes que sea de su interés en el formato que ellos propongan.

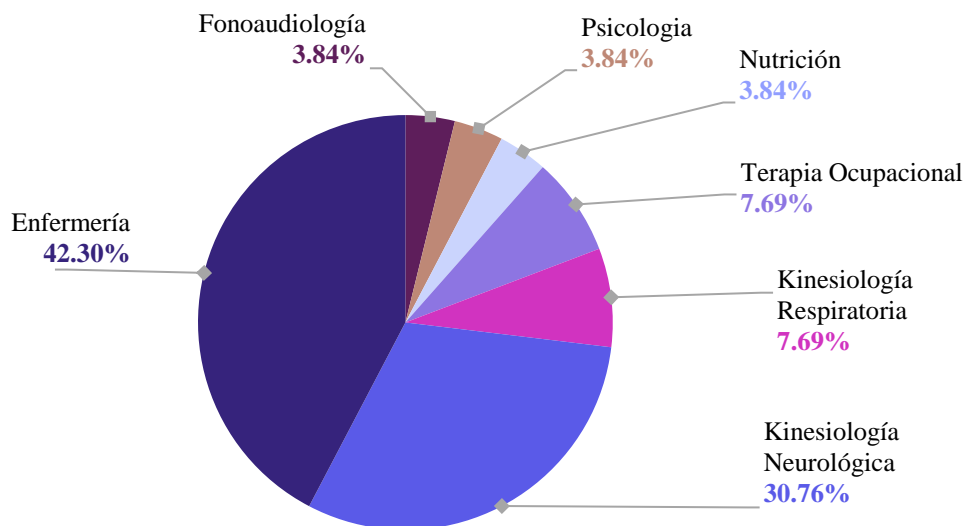
Resultados

Se entrevistó a 33 participantes, y se los dividió en dos grupos: usuarios y equipo terapéutico, para facilitar su análisis y comparación. El grupo de usuarios integró a 7 personas adultas con condiciones neurológicas de diversas causas, que se encontraban internadas y recibiendo tratamiento en el Centro de Rehabilitación y Fisiatría Madre Teresa, ubicado en la ciudad de Neuquén (provincia de Neuquén, Argentina). Por otro lado, el equipo terapéutico estuvo conformado por 26 profesionales de 7 disciplinas diferentes, que se encontraban trabajando en la misma institución, con una antigüedad mínima de 2 meses. El 100% accedió a participar bajo consentimiento informado, por lo que luego se les explicó el procedimiento y se administró el cuestionario de manera individual y presencial, respondiendo las dudas que surgieron y garantizando la confidencialidad de los datos obtenidos.

En el grupo de los 26 profesionales, el 3.8% (1 persona) perteneció al área de Fonoaudiología; el 3.8% (1 persona) al área de Psicología; el 3.8% (1 persona) al área de Nutrición; el 7.6% (2 personas) al área de Terapia Ocupacional; el 7.6% (2 personas) al área de Kinesiología Respiratoria; el 30.6% (8 personas) al área de Kinesiología Neurológica; y el 42.3% (11 personas) al área de Enfermería (Figura 1).

Figura 1

Disciplinas que integran la muestra del equipo terapéutico



Nota: Gráfico de tortas de la representación que tuvo cada área en el equipo terapéutico.

10.1. Distribución general de selección de respuestas

Sin realizar distinción entre combinaciones de AVD y FA, se observó que la selección de respuestas de los usuarios en cada categoría (Facilita Mucho, Facilita, No Influye, Obstaculiza y Obstaculiza Mucho) fue asimétrica. La Tabla 3 muestra la cantidad de veces que fue seleccionada cada categoría de respuesta y su equivalente en porcentaje. Así, de un total de 350 (100%) respuestas, 27 (7.71%) correspondieron a la categoría "Facilita Mucho"; 114 (32.57%) a "Facilita"; 163 (46.57%) a "No Influye"; 34 (9.71%) a "Obstaculiza" y 12 (3.42%) a "Obstaculiza Mucho". Esto indicó que, en general, los usuarios consideraron que los FA evaluados no influyen (46.57%) o actúan como facilitadores (40.28% en total sumando las categorías "Facilita Mucho" y "Facilita") de su propia independencia funcional para realizar las AVD, en comparación con un pequeño porcentaje (13.3% en total, al combinar "Obstaculiza" y "Obstaculiza Mucho") que los declaró como obstaculizadores.

Tabla 3

Distribución de respuestas de usuarios en cada categoría y su respectivo porcentaje

Categorías de Respuestas	Numero de Respuestas	Porcentaje Equivalente (%)	
Facilita Mucho	27	7.71	} 40,28
Facilita	114	32.57	
No Influye	163	46.57	
Obstaculiza	34	9.71	} 13,14
Obstaculiza Mucho	12	3.42	
Total	350	100	

Nota: Se representa el valor absoluto (columna número de respuestas) y su equivalente porcentual (columna porcentaje) de respuestas en cada categoría, de los usuarios.

De igual forma, al haber evaluado de manera general las respuestas de los profesionales del equipo terapéutico, se observó una distribución desigual entre las diferentes categorías (Facilita Mucho, Facilita, No Influye, Obstaculiza y Obstaculiza Mucho). En este caso, de un total de 1300 (100%) respuestas, 105 (8.08%) correspondían a "Facilita Mucho", 477 (36.69%) a "Facilita", 282 (21.69%) a "No Influye", 389 (29.92%) a "Obstaculiza" y 46 (3.54%) a "Obstaculiza Mucho" (Tabla 4). Esto sugirió que, según la percepción del equipo terapéutico, los FA actúan predominantemente como facilitadores (44.77% al sumar "Facilita Mucho" y "Facilita") o como obstaculizadores (33.46% al combinar "Obstaculiza" y "Obstaculiza Mucho"), mientras que solo un 21.69% consideró que dichos factores no tienen un impacto en la independencia funcional para la realización de las AVD.

Tabla 4*Distribución de respuestas del equipo terapéutico en cada categoría y su respectivo porcentaje*

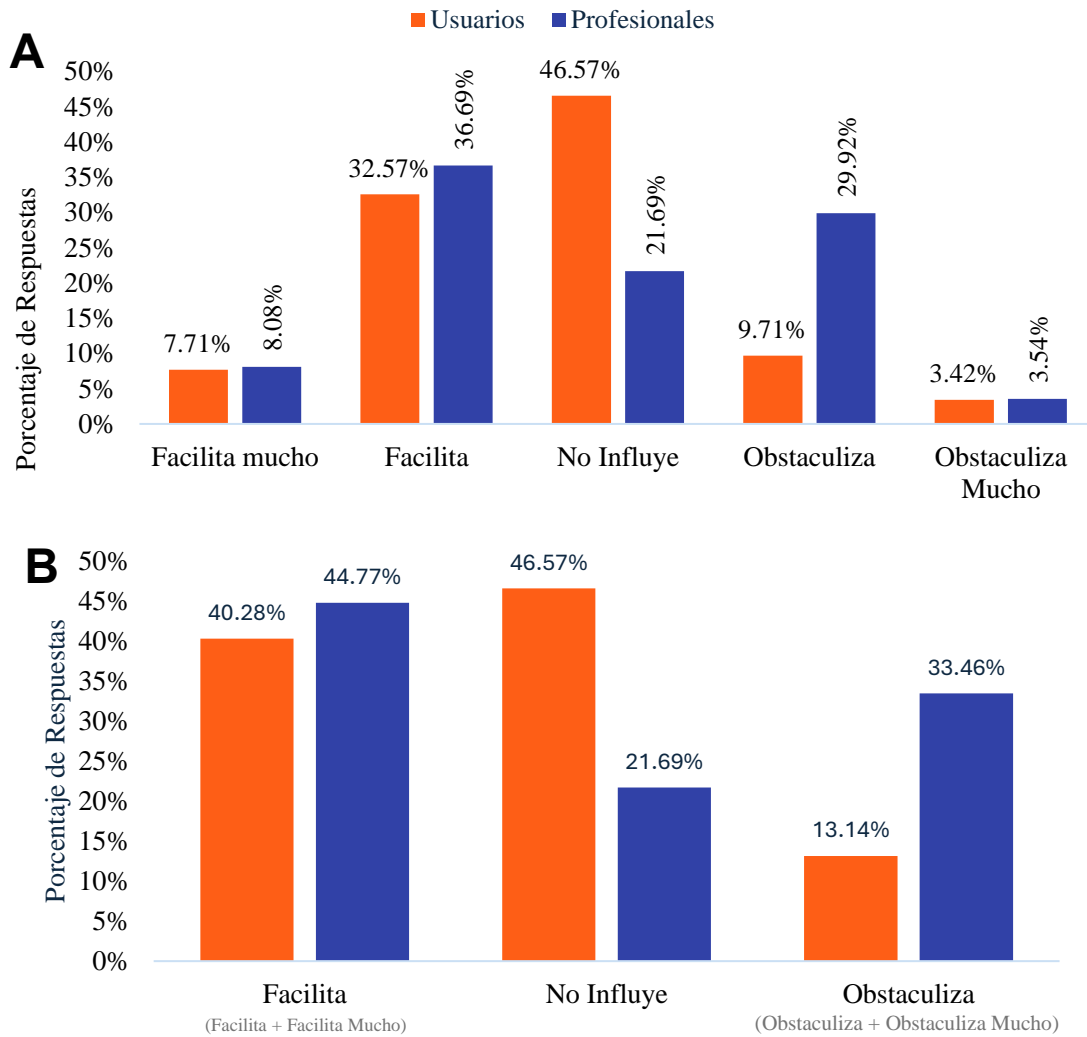
Categorías de Respuestas	Numero de Respuestas	Porcentaje Equivalente (%)	
Facilita Mucho	105	8.08	} 44,77
Facilita	477	36.69	
No Influye	282	21.69	
Obstaculiza	389	29.92	} 33,46
Obstaculiza Mucho	46	3.54	
Total	1300	100	

Nota: Se representa el valor absoluto (columna número de respuestas) y su equivalente porcentual (columna porcentaje) de respuestas en cada categoría, del equipo terapéutico.

Al comparar las respuestas de los usuarios y los profesionales del equipo terapéutico (Figura 2), se observó discrepancias en la percepción de la influencia de los FA. Mientras que la mayoría de los usuarios consideró que estos factores no influyen (46.57%), los profesionales muestran una percepción más polarizada, destacando que los FA actúan mayormente como facilitadores (44.77% en total) o como obstaculizadores (33.46%). Además, el porcentaje de respuestas que identifica a los factores como facilitadores fue mayor entre los profesionales (44.77%) que entre los usuarios (40.28%), mientras que las respuestas que los consideran como obstaculizadores fueron significativamente más altos en el equipo terapéutico (33.46%) en comparación con los usuarios (13.13%). Estas diferencias podrían reflejar enfoques distintos en la interpretación de las barreras y facilitadores ambientales según la experiencia de cada grupo.

Figura 2

Frecuencia de respuestas en cada categoría de usuarios y equipo terapéutico.



Nota: **A)** Porcentajes de respuestas de los usuarios y del equipo terapéutico en las cinco categorías (facilita mucho, facilita, no influye, obstaculiza, obstaculiza mucho). **B)** Porcentajes de respuestas de los usuarios y del equipo terapéutico agrupando categorías: facilita (incluye facilita mucho y facilita), no influye y obstaculiza (incluye obstaculiza mucho y obstaculiza).

10.2. Influencia de FA en Cada AVD

Como se detalló en la sección 9.8, se determinó el FA que más facilitó, no influyó u obstaculizó la independencia en cada AVD. Para ello, se identificó el FA que usuarios y equipo terapéutico asociaron predominantemente a cada una de estas tres categorías. Además, cuando dicha asociación fue inferior al 50%, se consideró, de manera arbitraria, que existía un consenso intra-grupal negativo, lo que indicaba discrepancias en la percepción de la influencia de ese FA. En caso de que esto ocurriera dentro del equipo terapéutico, se analizó la distribución de las respuestas diferenciando cada disciplina.

10.2.1. AVD: Alimentación

En esta sección, se detalla el análisis de las frecuencias relativas máximas asociadas a cada combinación de la AVD "Alimentación" con cada FA (Figura 3).

. FA facilitadores:

Tanto en el grupo de usuarios como en el de profesionales, se observó que la *presencia de un familiar o cuidador durante la actividad* fue el FA que más facilitó la independencia en la alimentación, alcanzando un 57.1 % en los usuarios y un 69.2 % en el equipo terapéutico, con un consenso intra-grupal positivo en ambos grupos. Sin embargo, en el caso de los usuarios, los datos también indicaron que el 57.1 % consideró que la *cantidad de insumos disponibles para el número de usuarios* desempeña un papel igualmente relevante en la facilitación de la independencia en la alimentación. En otras palabras, los usuarios identificaron dos FA como los principales facilitadores.

. FA sin influencia:

Para los usuarios, el FA con mayor frecuencia en esta categoría fue la *cantidad de personal disponible para la supervisión o ejecución de cada tarea*, con un 57.1% (consenso intra-grupal positivo). En contraste, en el equipo terapéutico, la *cantidad de insumos disponibles para el número de usuarios* se ubicó en esta categoría con un 30.8% (consenso intra-grupal negativo), evidenciando discrepancias en la percepción de neutralidad entre los profesionales, cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa en la Figura 4, diferenciando entre disciplinas.

. FA obstaculizadores:

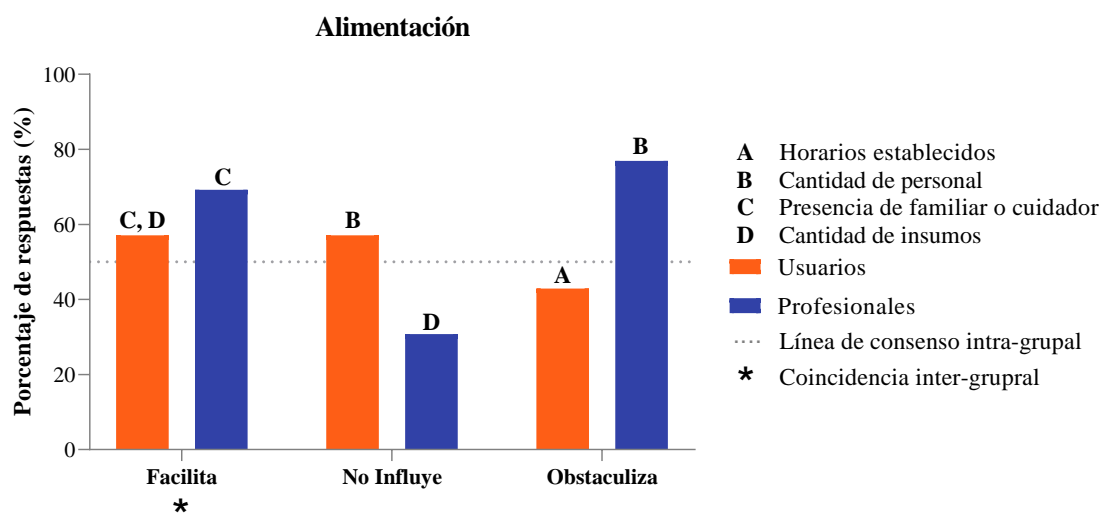
Los usuarios percibieron a *los horarios establecidos por la institución para realizar cada tarea* como principal obstaculizador para la independencia en la alimentación, con un 42.9% (consenso intra-grupal negativo). Por otro lado, el equipo terapéutico destacó en esta categoría a la *cantidad de insumos disponibles para el número de usuarios*, el cual alcanzó un 76.9%

(consenso intra-grupal positivo), señalando un fuerte acuerdo en que este factor obstaculiza la independencia funcional durante la alimentación.

En conjunto, estos hallazgos revelaron que la percepción de la influencia de los FA sobre la Alimentación no coincidió entre los usuarios y los profesionales, a excepción del factor *cantidad de personal disponible para la supervisión o ejecución de cada tarea* que ambos grupos consideraron como facilitador.

Figura 3

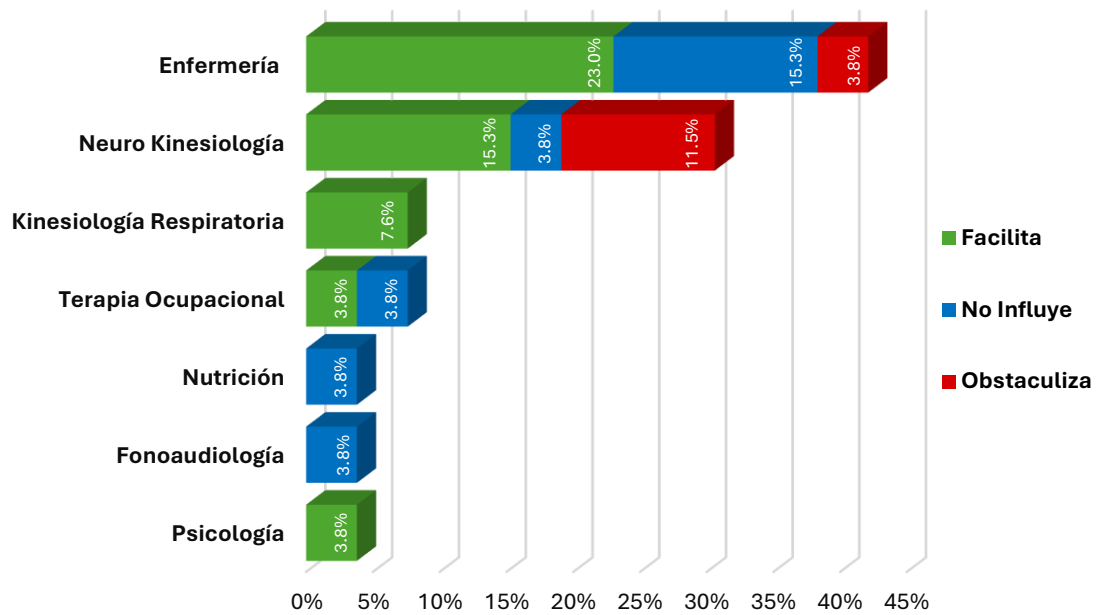
FA que Facilitan, No Influyen y Obstaculizan la Independencia en la Alimentación



Nota: Coincidencia y diferencias en la percepción de usuarios y equipo terapéutico de los principales FA que facilitan, no influyen y obstaculizan la independencia funcional en la alimentación.

Figura 4

Distribución de Respuestas entre las Disciplinas para la Combinación "Alimentación y Cantidad de Insumos Disponibles para el Número de Usuarios"



Nota: Discrepancias en la percepción de neutralidad entre los profesionales (consenso intra-grupal negativo), cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa diferenciando entre disciplinas.

10.2.2. AVD: *Higiene y Arreglo Personal*

En esta sección, se detalla el análisis de las frecuencias relativas máximas asociadas a cada combinación de la AVD " Higiene y Arreglo Personal " con cada FA (Figura 5).

. FA facilitadores:

En el grupo de usuarios, se observó que la *cantidad de insumos disponibles para el número de usuarios* fue el FA que más facilitó la independencia en la higiene y el arreglo personal, alcanzando un 57.1 %, con un consenso intra-grupal positivo. Sin embargo, en el caso del equipo terapéutico, los datos indicaron que el 84.6% de los profesionales consideró que la *presencia de familiar o cuidador durante la actividad* desempeña un papel relevante en la facilitación de la independencia en la higiene y el arreglo personal, evidenciándose un nivel de consenso intra-grupal positivo entre los profesionales.

. FA sin influencia:

Para los usuarios, el FA con mayor frecuencia en esta categoría fueron los *horarios establecidos por la institución para realizar cada tarea*, con un 85.7% (consenso intra-grupal positivo). En contraste, en el equipo terapéutico, la *cantidad de insumos disponibles para el número de usuarios* se ubicó en esta categoría con un 26.9% (consenso intra-grupal negativo), evidenciando discrepancias en la percepción de neutralidad entre los profesionales, cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa en la Figura 6, diferenciando entre disciplinas.

. FA obstaculizadores:

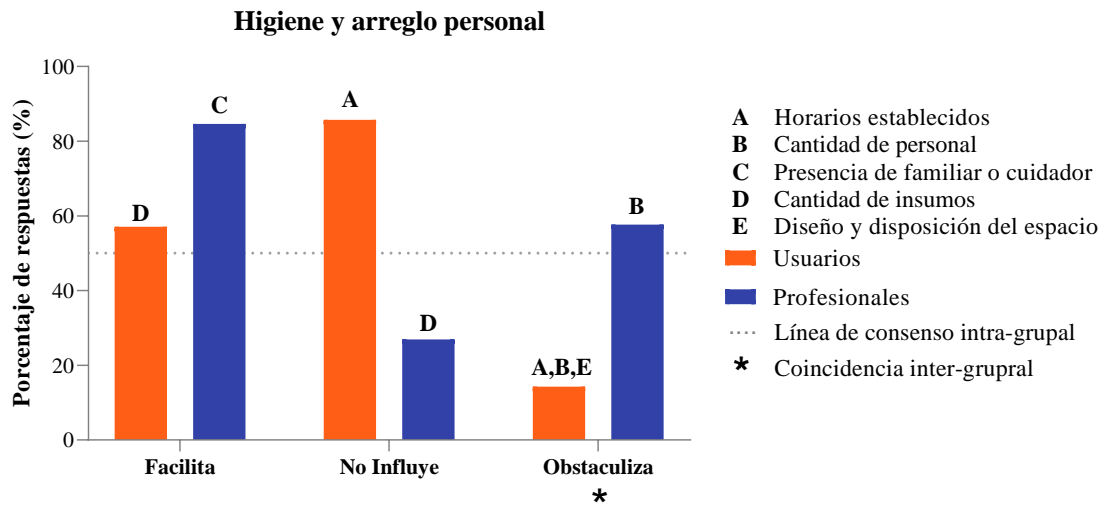
Los usuarios percibieron como principales obstaculizadores para la independencia en la higiene y el arreglo personal, a tres FA cuya frecuencia de selección para cada uno fue del 14.3% (consenso intra-grupal negativo), ellos fueron: los *horarios establecidos por la institución para realizar cada tarea*, la *cantidad de personal disponible para la supervisión o ejecución de cada tarea* y el *diseño y disposición del espacio*. Por otro lado, el equipo terapéutico destacó en esta categoría a la *cantidad de personal disponible para la ejecución o supervisión de cada tarea*, el cual alcanzó un 57.7% (consenso intra-grupal positivo), señalando un fuerte acuerdo en que este factor obstaculiza la independencia funcional durante la higiene y el arreglo personal.

En conjunto, estos hallazgos revelaron que la percepción de la influencia de los FA sobre la AVD "Higiene y Arreglo Personal" no coincidió entre usuarios y profesionales, a excepción del factor *cantidad de personal disponible para la ejecución o supervisión de cada tarea* que ambos grupos consideraron como obstaculizador.

Figura 5

FA que Facilitan, No Influyen y Obstaculizan la Independencia en Higiene y Arreglo Personal

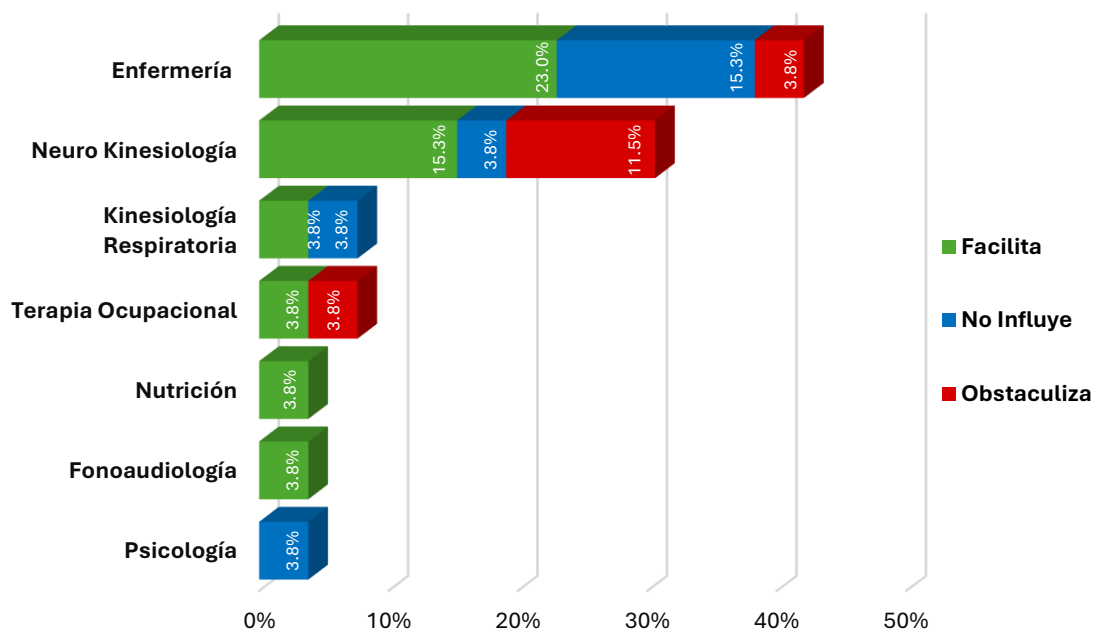
Nota: Coincidencias y diferencias en la percepción de usuarios y equipo terapéutico de los



principales FA que facilitan, no influyen y obstaculizan la independencia funcional en la higiene y el arreglo personal.

Figura 6

Distribución de Respuestas entre las Disciplinas para la Combinación " Higiene y Arreglo Personal y Cantidad de Insumos Disponibles para el Número de Usuarios"



Nota: Discrepancias en la percepción de neutralidad entre los profesionales (consenso intra-grupal negativo), cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa diferenciando entre disciplinas.

10.2.3. AVD: *Bañarse / Ducharse*

En esta sección, se detalla el análisis de las frecuencias relativas máximas asociadas a cada combinación de la AVD "Bañarse / Ducharse" con cada FA (Figura 7).

. FA facilitadores:

En el grupo de usuarios, se observó que el *diseño y disposición del espacio* fue el FA que más facilitó la independencia al bañarse o ducharse, alcanzando un 85.7 %, con un consenso intra-grupal positivo. Sin embargo, en el caso del equipo terapéutico, los datos indicaron que el 76.9% de los profesionales consideró que la *presencia de familiar o cuidador durante la actividad* desempeña un papel relevante en la facilitación de la independencia al bañarse o ducharse, evidenciándose un nivel de consenso intra-grupal positivo entre los profesionales.

. FA sin influencia:

Para los usuarios, el FA con mayor frecuencia en esta categoría fueron los *horarios establecidos por la institución para realizar cada tarea*, con un 42.9% (consenso intra-grupal negativo). En contraste, en el equipo terapéutico, la *cantidad de insumos disponibles para el número de usuarios* se ubicó en esta categoría con un 30.8% (consenso intra-grupal negativo), evidenciando discrepancias en la percepción de neutralidad entre los profesionales, cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa en la Figura 8, diferenciando entre disciplinas.

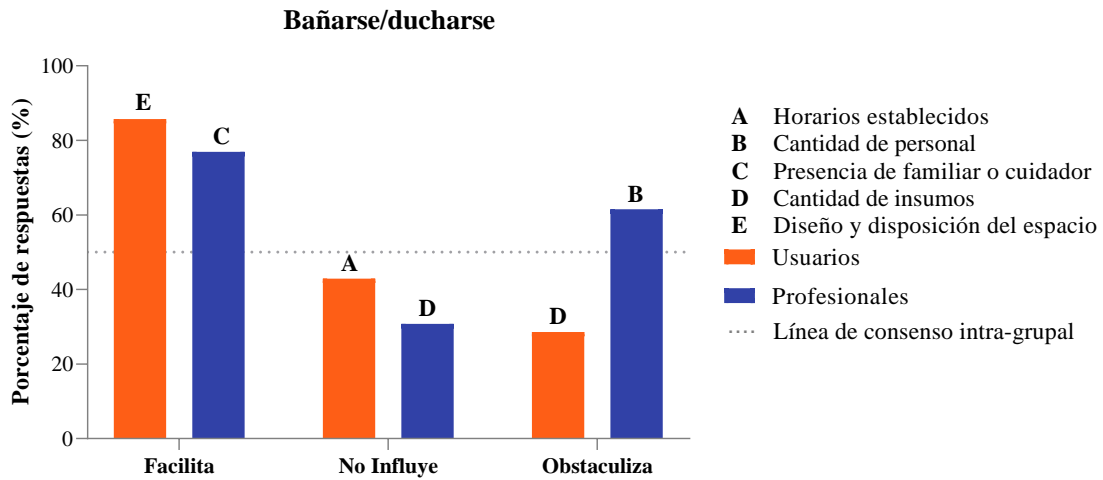
. FA obstaculizadores:

Los usuarios percibieron como principal obstaculizador para la independencia al bañarse o ducharse, a la *cantidad de insumos disponibles para el número de usuarios* cuya frecuencia de selección fue del 28.6% (consenso intra-grupal negativo). Por otro lado, el equipo terapéutico destacó en esta categoría a la *cantidad de personal disponible para la ejecución o supervisión de cada tarea*, el cual alcanzó un 61.5% (consenso intra-grupal positivo), señalando un fuerte acuerdo en que este factor obstaculiza la independencia funcional al bañarse o ducharse.

En conjunto, estos hallazgos revelaron que la percepción de la influencia de los FA sobre la AVD "Bañarse / Ducharse" no coincidió entre usuarios y profesionales.

Figura 7

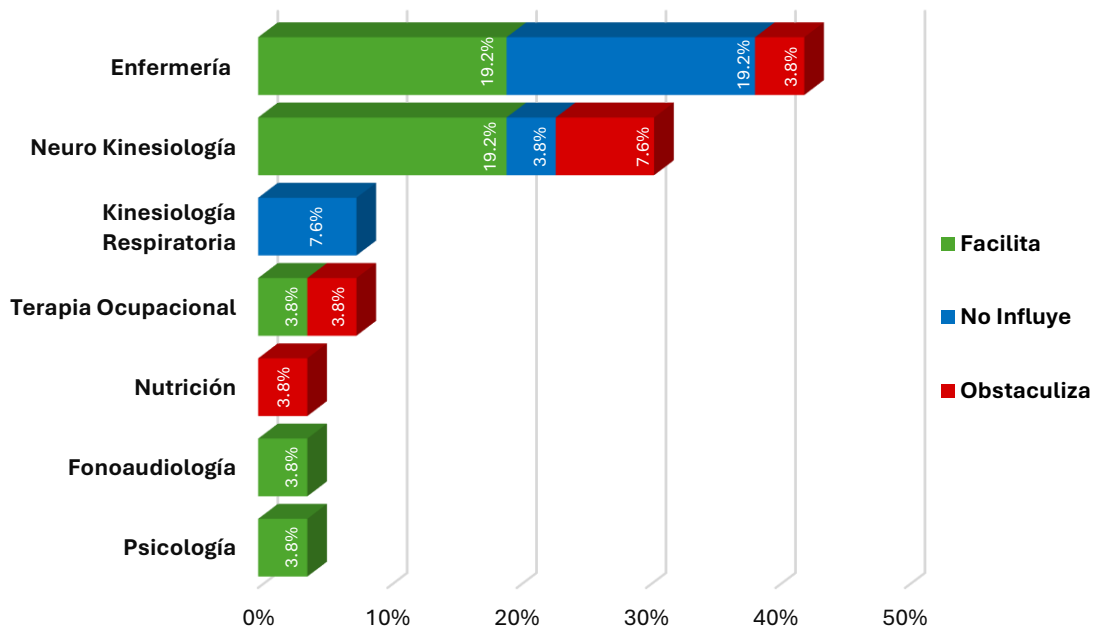
FA que Facilitan, No Influyen y Obstaculizan la Independencia en Bañarse / Ducharse



Nota: Diferencias en la percepción de usuarios y equipo terapéutico de los principales FA que facilitan, no influyen y obstaculizan la independencia funcional bañarse o ducharse.

Figura 8

Distribución de Respuestas entre las Disciplinas para la Combinación “Bañarse / Ducharse y Cantidad de Insumos Disponibles para el Número de Usuarios”



Nota: Discrepancias en la percepción de neutralidad entre los profesionales (consenso intra-grupal negativo), cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa diferenciando entre disciplinas.

10.2.4. AVD: *Vestido y Desvestido de Tren Superior*

En esta sección, se detalla el análisis de las frecuencias relativas máximas asociadas a cada combinación de la AVD "Vestido y Desvestido de Tren Superior" con cada FA (Figura 9).

. FA facilitadores:

Tanto en el grupo de usuarios como en el de profesionales, se observó que la *presencia de un familiar o cuidador durante la actividad* fue el FA que más facilitó la independencia en el vestido y desvestido de tren superior, alcanzando un 57.1 % en los usuarios y un 84.6 % en el equipo terapéutico, con un consenso intra-grupal positivo en ambos grupos.

. FA sin influencia:

Para los usuarios, el FA con mayor frecuencia en esta categoría fueron los *horarios establecidos por la institución para realizar cada tarea*, con un 85.7% (consenso intra-grupal positivo). En contraste, en el equipo terapéutico, la *cantidad de insumos disponibles para el número de usuarios* se ubicó en esta categoría con un 50% (consenso intra-grupal positivo).

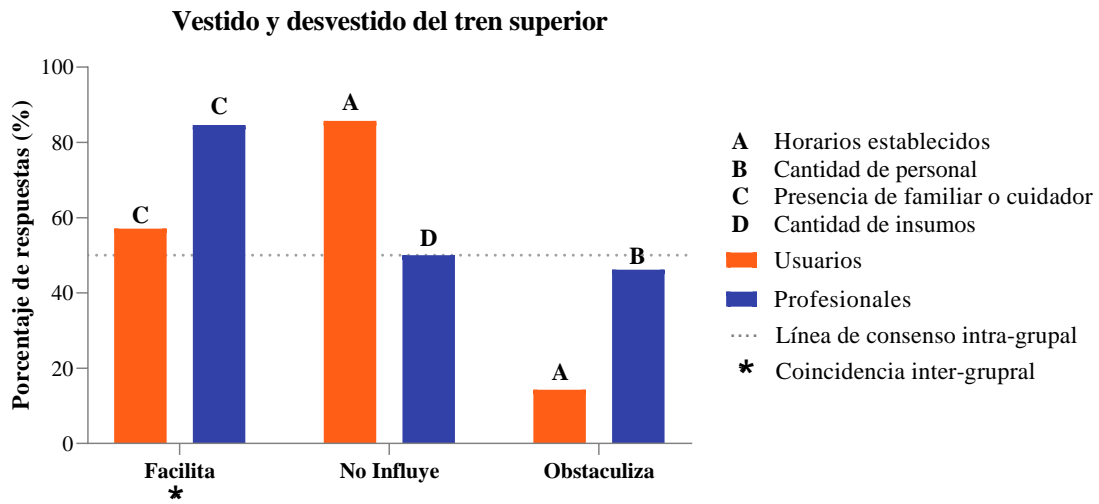
. FA obstaculizadores:

Los usuarios percibieron como principal obstaculizador para la independencia en el vestido y desvestido de tren superior, a los *horarios establecidos por la institución para realizar cada tarea* cuya frecuencia de selección fue del 14.3% (consenso intra-grupal negativo). Por otro lado, el equipo terapéutico destacó en esta categoría a la *cantidad de personal disponible para la ejecución o supervisión de cada tarea*, el cual alcanzó un 46.2% (consenso intra-grupal negativo), evidenciando discrepancias entre los profesionales, cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa en la Figura 10, diferenciando entre disciplinas.

En conjunto, estos hallazgos revelaron que la percepción de la influencia de los FA sobre la AVD "Vestido y Desvestido de Tren Superior" no coincidió entre usuarios y profesionales, a excepción del factor *cantidad de personal disponible para la supervisión o ejecución de cada tarea* que ambos grupos consideraron como facilitador.

Figura 9

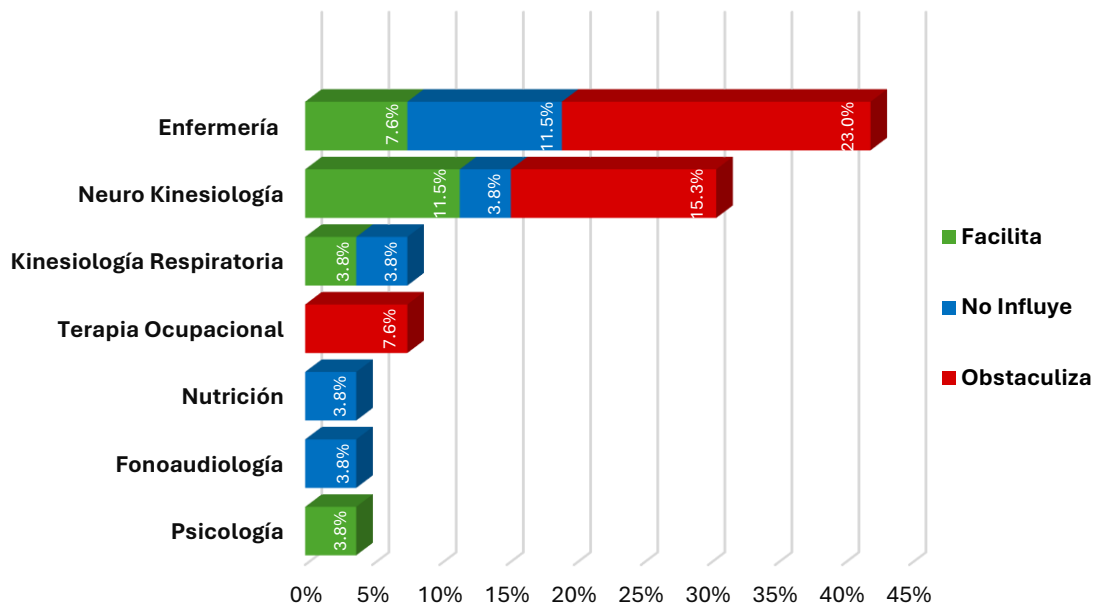
FA que Facilitan, No Influyen y Obstaculizan la Independencia en el Vestido y Desvestido de Tren Superior



Nota: Coincidencias y diferencias en la percepción de usuarios y equipo terapéutico de los principales FA que facilitan, no influyen y obstaculizan la independencia funcional en el vestido y desvestido de tren superior.

Figura 10

Distribución de Respuestas entre las Disciplinas para la Combinación “Vestido y Desvestido de Tren Superior y Cantidad de Personal Disponible para la Ejecución o Supervisión de cada tarea”



Nota: Discrepancias entre los profesionales en la percepción de FA obstaculizador (consenso intra-grupal negativo), cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa diferenciando entre disciplinas.

10.2.5. AVD: *Vestido y Desvestido de Tren Inferior*

En esta sección, se detalla el análisis de las frecuencias relativas máximas asociadas a cada combinación de la AVD "Vestido y Desvestido de Tren Inferior" con cada FA (Figura 11).

. FA facilitadores:

Tanto en el grupo de usuarios como en el de profesionales, se observó que la *presencia de un familiar o cuidador durante la actividad* fue el FA que más facilitó la independencia en el vestido y desvestido de tren inferior, alcanzando un 57.1 % en los usuarios y un 80.8 % en el equipo terapéutico, con un consenso intra-grupal positivo en ambos grupos.

. FA sin influencia:

Para los usuarios, el FA con mayor frecuencia en esta categoría fueron el *diseño y disposición del espacio para realizar cada tarea*, con un 85.7% (consenso intra-grupal positivo). En contraste, en el equipo terapéutico, la *cantidad de insumos disponibles para el número de usuarios* se ubicó en esta categoría con un 42.3% (consenso intra-grupal negativo), evidenciando discrepancias en la percepción de neutralidad entre los profesionales, cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa en la Figura 12, diferenciando entre disciplinas.

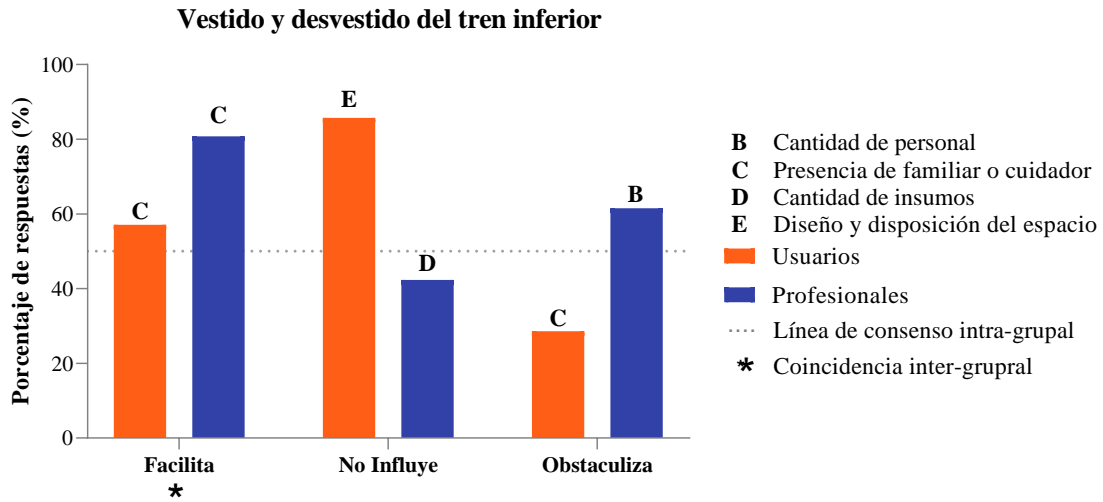
. FA obstaculizadores:

Los usuarios percibieron como principal obstaculizador para la independencia en el vestido y desvestido de tren inferior, a la *presencia de familiar o cuidador durante la actividad* cuya frecuencia de selección fue del 28.6% (consenso intra-grupal negativo). Por otro lado, el equipo terapéutico destacó en esta categoría a la *cantidad de personal disponible para la ejecución o supervisión de cada tarea*, el cual alcanzó un 61.5% (consenso intra-grupal positivo).

En conjunto, estos hallazgos revelaron que la percepción de la influencia de los FA sobre la AVD "Vestido y Desvestido de Tren Inferior" no coincidió entre usuarios y profesionales, a excepción del factor *cantidad de personal disponible para la supervisión o ejecución de cada tarea* que ambos grupos consideraron como facilitador.

Figura 11

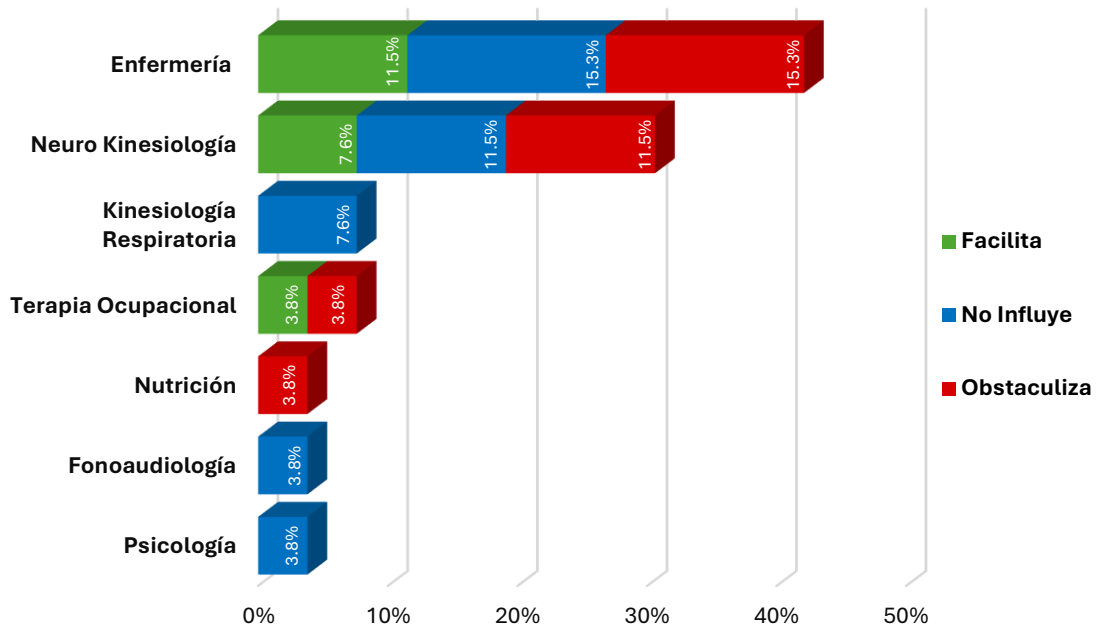
FA que Facilitan, No Influyen y Obstaculizan la Independencia en el Vestido y Desvestido de Tren Inferior



Nota: Coincidencias y diferencias en la percepción de usuarios y equipo terapéutico de los principales FA que facilitan, no influyen y obstaculizan la independencia funcional en el vestido y desvestido de tren inferior.

Figura 12

Distribución de Respuestas entre las Disciplinas para la Combinación “Vestido y Desvestido de Tren Inferior y Cantidad de Insumos Disponible para el Numero de Usuarios”



Nota: Discrepancias en la percepción de neutralidad entre los profesionales (consenso intra-grupal negativo), cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa diferenciando entre disciplinas.

10.2.6. AVD: *Uso de Sanitarios*

En esta sección, se detalla el análisis de las frecuencias relativas máximas asociadas a cada combinación de la AVD "Uso de Sanitarios" con cada FA (Figura 13).

. FA facilitadores:

En el grupo de usuarios, se observó que el *diseño y disposición del espacio* fue el FA que más facilitó la independencia en el uso de sanitarios, alcanzando un 71.4 %, con un consenso intra-grupal positivo. Sin embargo, en el caso del equipo terapéutico, los datos indicaron que el 76.9% de los profesionales consideró que la *presencia de familiar o cuidador durante la actividad* desempeña un papel relevante en la facilitación de la independencia en el uso de sanitarios, evidenciándose un nivel de consenso intra-grupal positivo entre los profesionales.

. FA sin influencia:

Tanto en el grupo de usuarios como en el de profesionales, el FA con mayor frecuencia en esta categoría fueron los *horarios establecidos por la institución para realizar cada tarea*, alcanzando un 85.7 % en los usuarios (consenso intra-grupal positivo) y un 42.3 % en el equipo terapéutico (consenso intra-grupal negativo), evidenciando discrepancias en la percepción de neutralidad entre los profesionales, cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa en la Figura 14, diferenciando entre disciplinas.

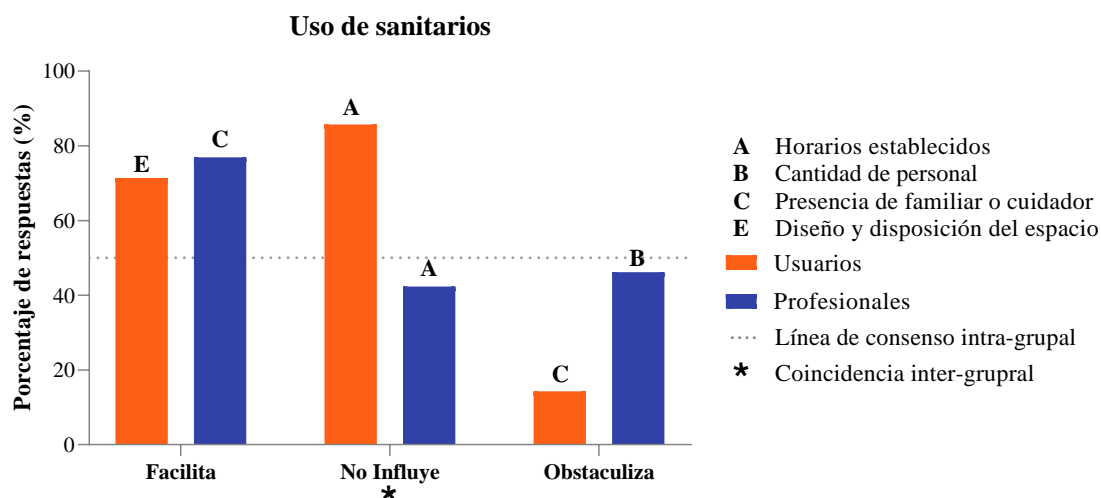
. FA obstaculizadores:

Los usuarios percibieron como principal obstaculizador para la independencia en el uso de sanitarios, a la *presencia de familiar o cuidador durante la actividad* cuya frecuencia de selección fue del 14.3% (consenso intra-grupal negativo). Por otro lado, el equipo terapéutico destacó en esta categoría a la *cantidad de personal disponible para la ejecución o supervisión de cada tarea*, el cual alcanzó un 46.2% (consenso intra-grupal negativo), evidenciando discrepancias entre la percepción de los profesionales, cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa en la Figura 15, diferenciando entre disciplinas.

En conjunto, estos hallazgos revelaron que la percepción de la influencia de los FA sobre la AVD "Uso de Sanitarios" no coincidió entre usuarios y profesionales, a excepción del factor *horarios establecidos por la institución para realizar cada tarea* que ambos grupos consideraron que no ejerce influencia.

Figura 13

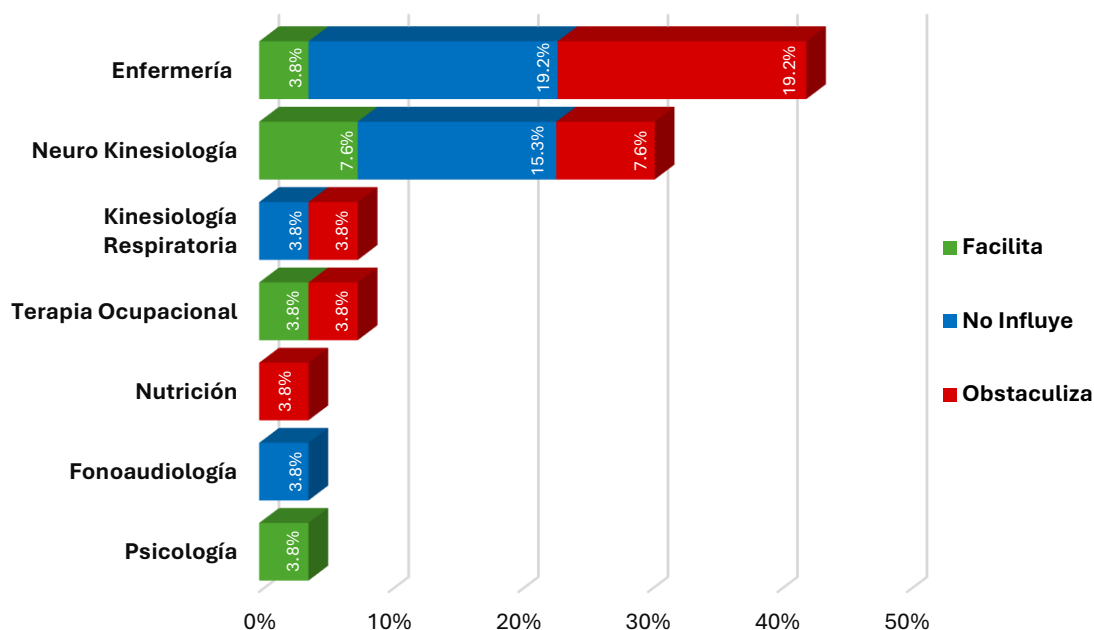
FA que Facilitan, No Influyen y Obstaculizan la Independencia en el Uso de Sanitarios



Nota: Coincidencias y diferencias en la percepción de usuarios y equipo terapéutico de los principales FA que facilitan, no influyen y obstaculizan la independencia funcional en el uso de sanitarios.

Figura 14

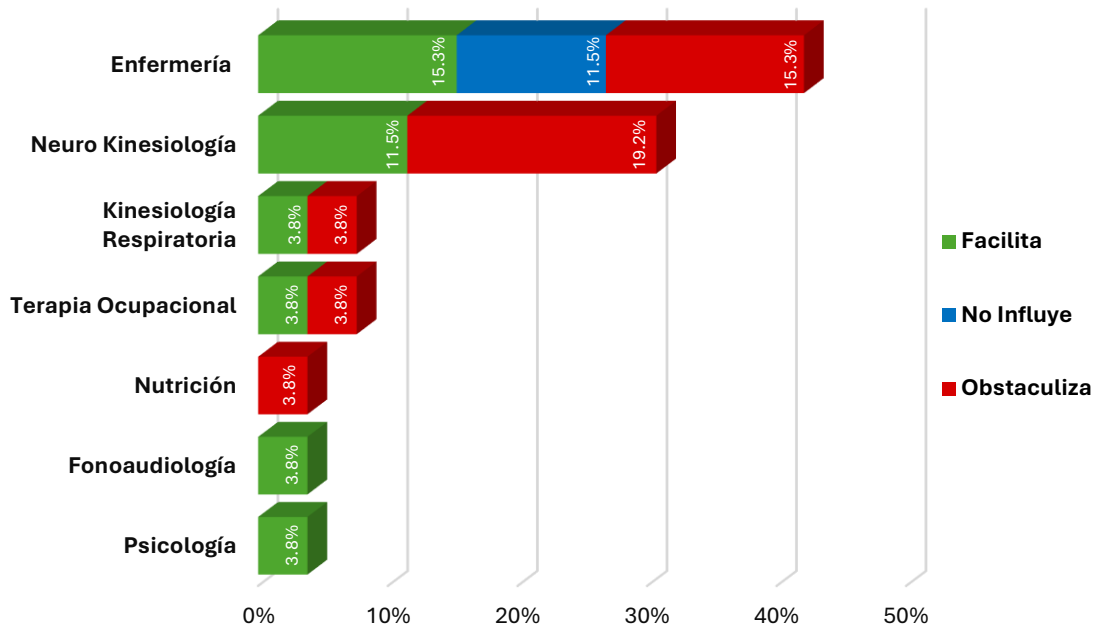
Distribución de Respuestas entre las Disciplinas para la Combinación “Uso de Sanitarios y Horarios Establecidos por la Institución para Realizar cada Tarea”



Nota: Discrepancias en la percepción de neutralidad entre los profesionales (consenso intra-grupal negativo), cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa diferenciando entre disciplinas.

Figura 15

Distribución de Respuestas entre las Disciplinas para la Combinación “Uso de Sanitarios y Cantidad de Personal Disponible para la Ejecución o Supervisión de cada Tarea”



Nota: Discrepancias entre los profesionales en la percepción de FA obstaculizador (consenso intra-grupal negativo), cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa diferenciando entre disciplinas.

10.2.7. AVD: *Transferencia a la Cama*

En esta sección, se detalla el análisis de las frecuencias relativas máximas asociadas a cada combinación de la AVD "Transferencia a la Cama" con cada FA (Figura 16).

. FA facilitadores:

En el grupo de usuarios, se observó que el *diseño y disposición del espacio* fue el FA que más facilitó la independencia en la transferencia a la cama, alcanzando un 71.4 %, con un consenso intra-grupal positivo. Sin embargo, en el caso del equipo terapéutico, los datos indicaron que el 69.2% de los profesionales consideró que la *presencia de familiar o cuidador durante la actividad* desempeña un papel relevante en la facilitación de la independencia en la transferencia a la cama, evidenciándose un nivel de consenso intra-grupal positivo entre los profesionales.

. FA sin influencia:

Tanto en el grupo de usuarios como en el de profesionales, el FA con mayor frecuencia en esta categoría fueron los *horarios establecidos por la institución para realizar cada tarea*, alcanzando un 85.7% en los usuarios (consenso intra-grupal positivo) y un 34.6% en el equipo terapéutico (consenso intra-grupal negativo), evidenciando discrepancias en la percepción de neutralidad entre los profesionales, cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa en la Figura 17, diferenciando entre disciplinas.

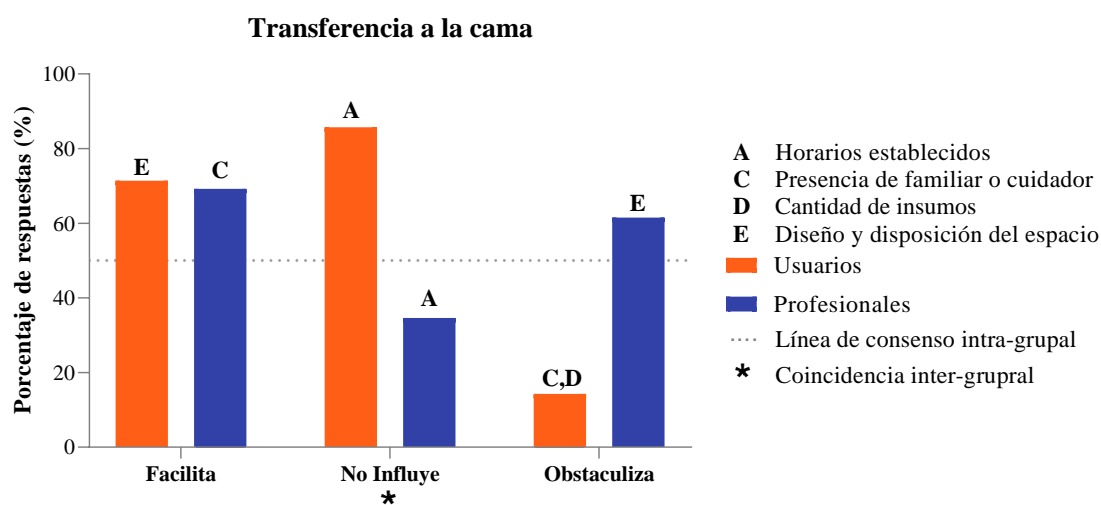
. FA obstaculizadores:

Los usuarios percibieron como principales obstaculizadores para la independencia en la transferencia a la cama, a dos FA cuya frecuencia de selección para cada uno fue del 14.3% (consenso intra-grupal negativo), ellos fueron: la *presencia de familiar o cuidador durante la actividad* y la *cantidad de insumos disponibles para el número de usuarios*. Por otro lado, el equipo terapéutico destacó en esta categoría a el *diseño y disposición del espacio*, el cual alcanzó un 61.5% (consenso intra-grupal positivo), señalando un fuerte acuerdo en que este factor obstaculiza la independencia funcional durante la transferencia a la cama.

En conjunto, estos hallazgos revelaron que la percepción de la influencia de los FA sobre la AVD "Transferencia a la Cama" no coincidió entre usuarios y profesionales, a excepción del factor *horarios establecidos por la institución para realizar cada tarea* que ambos grupos consideraron que no ejerce influencia.

Figura 16

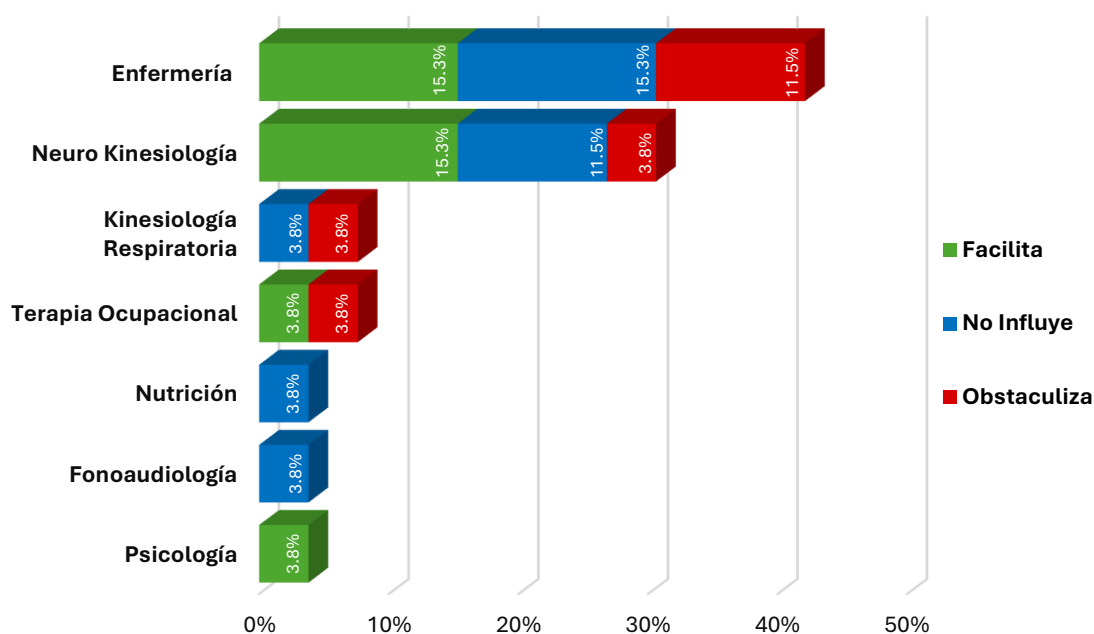
FA que Facilitan, No Influyen y Obstaculizan la Independencia en la Transferencia a la Cama



Nota: Coincidencias y diferencias en la percepción de usuarios y equipo terapéutico de los principales FA que facilitan, no influyen y obstaculizan la independencia funcional en la transferencia a la cama.

Figura 17

Distribución de Respuestas entre las Disciplinas para la Combinación “Transferencia a la Cama y Horarios Establecidos por la Institución para Realizar cada Tarea”



Nota: Discrepancias en la percepción de neutralidad entre los profesionales (consenso intra-grupal negativo), cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa diferenciando entre disciplinas.

10.2.8. AVD: *Transferencia al Baño/Sanitario*

En esta sección, se detalla el análisis de las frecuencias relativas máximas asociadas a cada combinación de la AVD "Transferencia al Baño/Sanitario" con cada FA (Figura 18).

. FA facilitadores:

En el grupo de usuarios, se observó que el *diseño y disposición del espacio* fue el FA que más facilitó la independencia en la transferencia al baño o sanitario, alcanzando un 71.4 %, con un consenso intra-grupal positivo. Sin embargo, en el caso del equipo terapéutico, los datos indicaron que el 73.1% de los profesionales consideró que la *presencia de familiar o cuidador durante la actividad* desempeña un papel relevante en la facilitación de la independencia en la transferencia al baño o sanitario, evidenciándose un nivel de consenso intra-grupal positivo entre los profesionales.

. FA sin influencia:

Tanto en el grupo de usuarios como en el de profesionales, el FA con mayor frecuencia en esta categoría fueron los *horarios establecidos por la institución para realizar cada tarea*, alcanzando un 57.1% en los usuarios (consenso intra-grupal positivo) y un 34.6% en el equipo terapéutico (consenso intra-grupal negativo), evidenciando discrepancias en la percepción de neutralidad entre los profesionales, cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa en la Figura 19, diferenciando entre disciplinas.

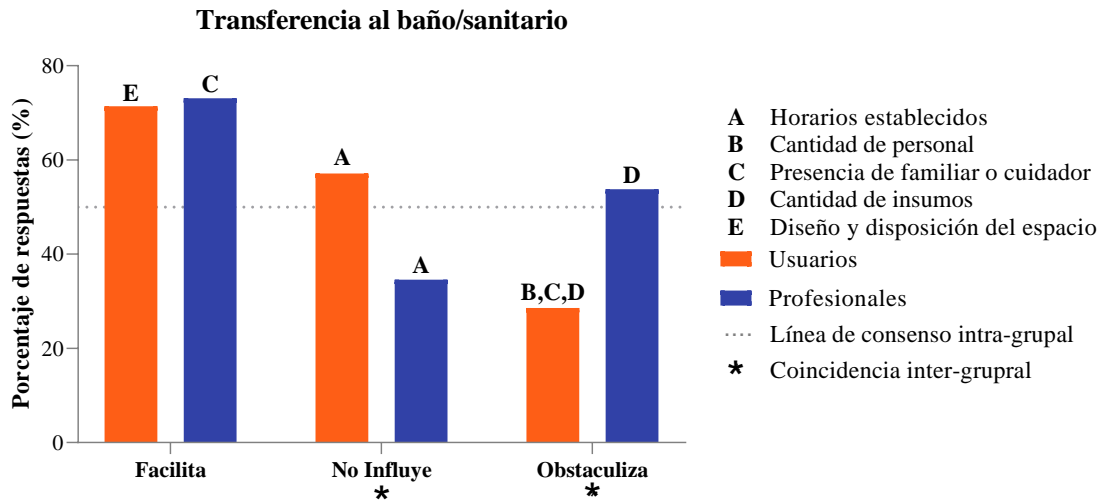
. FA obstaculizadores:

Los usuarios percibieron como principales obstaculizadores para la independencia en la transferencia al baño o sanitario, a tres FA cuya frecuencia de selección para cada uno fue del 14.3% (consenso intra-grupal negativo), ellos fueron: la *cantidad de personal disponible para la ejecución o supervisión de cada tarea*, la *presencia de familiar o cuidador durante la actividad* y la *cantidad de insumos disponibles para el número de usuarios*. Este último FA mencionado, también fue percibido por el equipo terapéutico como el principal obstaculizador para la independencia funcional durante la transferencia al baño o sanitario, alcanzando un 53.8% (consenso intra-grupal positivo).

En conjunto, estos hallazgos revelaron que la percepción de usuarios y profesionales sobre la influencia de los FA sobre la AVD "Transferencia al Baño/Sanitario" coincidió en dos oportunidades: al considerar que el factor *horarios establecidos por la institución para realizar cada tarea* no ejerce influencia, y al considerar que la *cantidad de insumos disponibles para el número de usuarios* es el principal factor obstaculizador de la independencia en esta AVD.

Figura 18

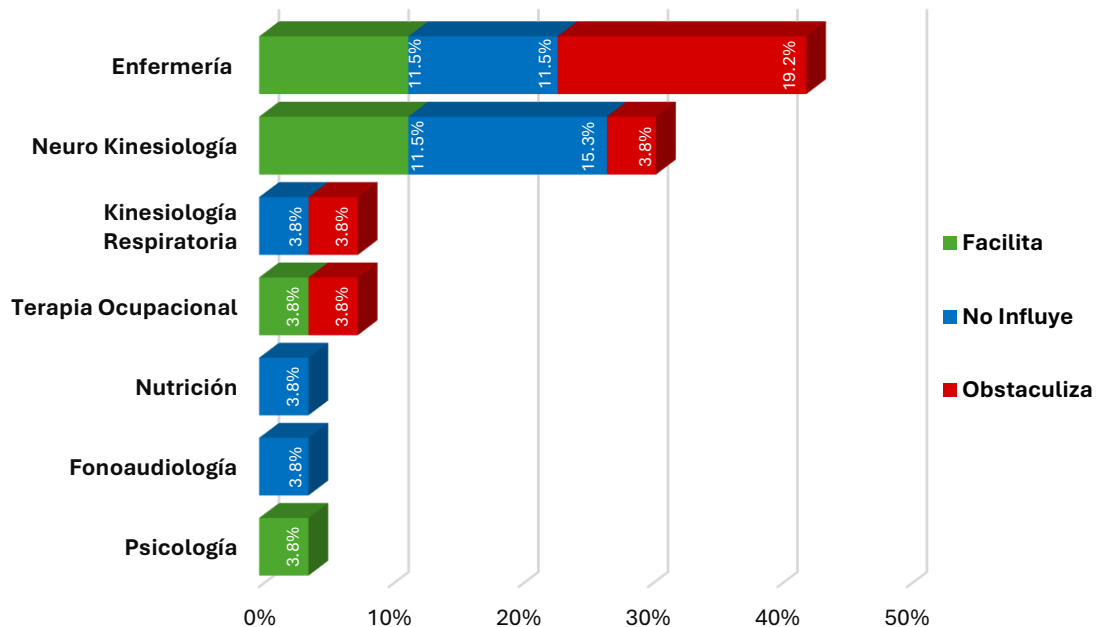
FA que Facilitan, No Influyen y Obstaculizan la Independencia en la Transferencia al Baño/Sanitario



Nota: Coincidencias y diferencias en la percepción de usuarios y equipo terapéutico de los principales FA que facilitan, no influyen y obstaculizan la independencia funcional en la transferencia al baño/sanitario.

Figura 19

Distribución de Respuestas entre las Disciplinas para la Combinación “Transferencia al Baño/Sanitario y Horarios Establecidos por la Institución para Realizar cada Tarea”



Nota: Discrepancias en la percepción de neutralidad entre los profesionales (consenso intra-grupal negativo), cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa diferenciando entre disciplinas.

10.2.9. AVD: *Transferencia a la Ducha*

En esta sección, se detalla el análisis de las frecuencias relativas máximas asociadas a cada combinación de la AVD “Transferencia a la Ducha” con cada FA (Figura 20).

. FA facilitadores:

En el grupo de usuarios, se observó que el *diseño y disposición del espacio* fue el FA que más facilitó la independencia en la transferencia a la ducha, alcanzando un 57.1 %, con un consenso intra-grupal positivo. Sin embargo, en el caso del equipo terapéutico, los datos indicaron que el 73.1% de los profesionales consideró que la *presencia de familiar o cuidador durante la actividad* desempeña un papel relevante en la facilitación de la independencia en la transferencia a la ducha, evidenciándose un nivel de consenso intra-grupal positivo entre los profesionales.

. FA sin influencia:

Tanto en el grupo de usuarios como en el de profesionales, el FA con mayor frecuencia en esta categoría fueron los *horarios establecidos por la institución para realizar cada tarea*, alcanzando un 85.7 % en los usuarios (consenso intra-grupal positivo) y un 38.5 % en el equipo terapéutico (consenso intra-grupal negativo), evidenciando discrepancias en la percepción de neutralidad entre los profesionales, cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa en la Figura 21, diferenciando entre disciplinas.

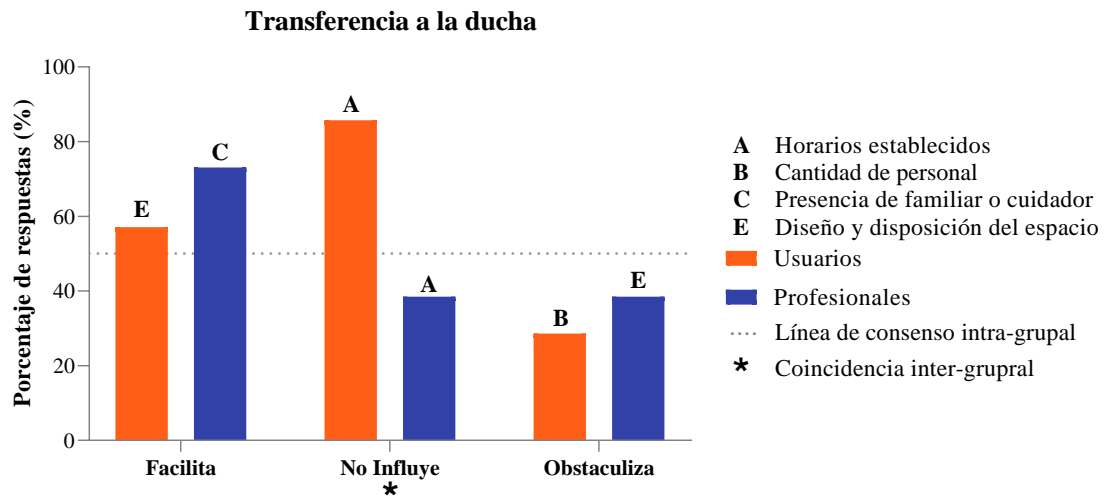
. FA obstaculizadores:

Los usuarios percibieron como principal obstaculizador para la independencia en la transferencia a la ducha, a la *cantidad de personal disponible para la ejecución o supervisión de cada tarea* cuya frecuencia de selección fue del 28.6 % (consenso intra-grupal negativo). Por otro lado, el equipo terapéutico destacó en esta categoría al *diseño y disposición del espacio*, el cual alcanzó un 38.5% (consenso intra-grupal negativo), evidenciando discrepancias entre la percepción de los profesionales, cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa en la Figura 22, diferenciando entre disciplinas.

En conjunto, estos hallazgos revelaron que la percepción de la influencia de los FA sobre la AVD “Transferencia a la Ducha” no coincidió entre usuarios y profesionales, a excepción del factor *horarios establecidos por la institución para realizar cada tarea* que ambos grupos consideraron que no ejerce influencia.

Figura 20

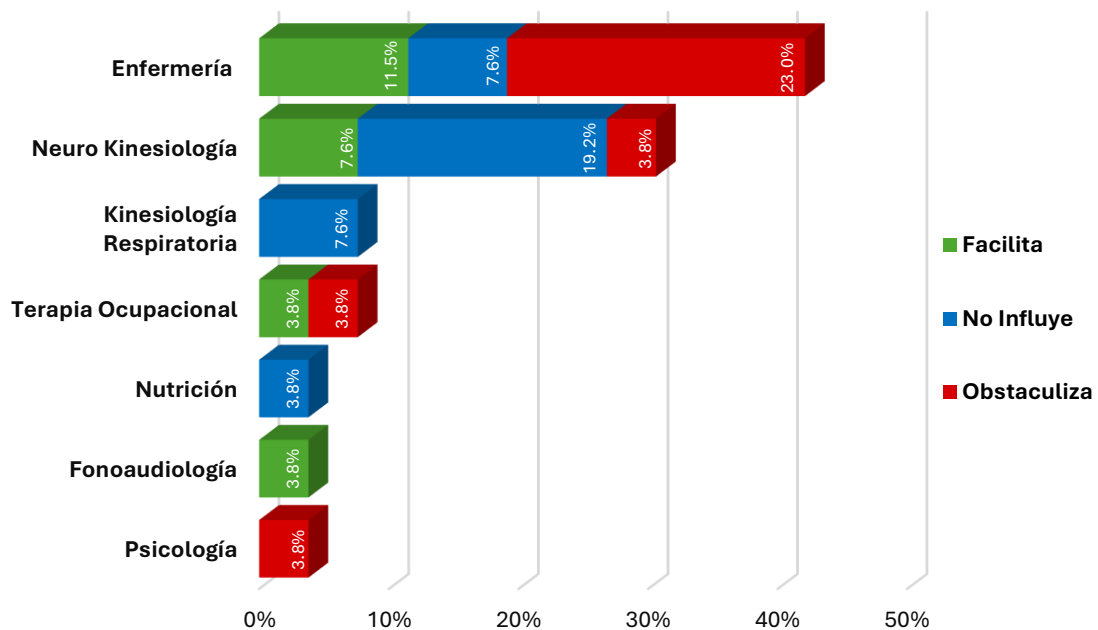
FA que Facilitan, No Influyen y Obstaculizan la Independencia en la Transferencia a la Ducha



Nota: Coincidencias y diferencias en la percepción de usuarios y equipo terapéutico de los principales FA que facilitan, no influyen y obstaculizan la independencia funcional en la transferencia a la ducha.

Figura 21

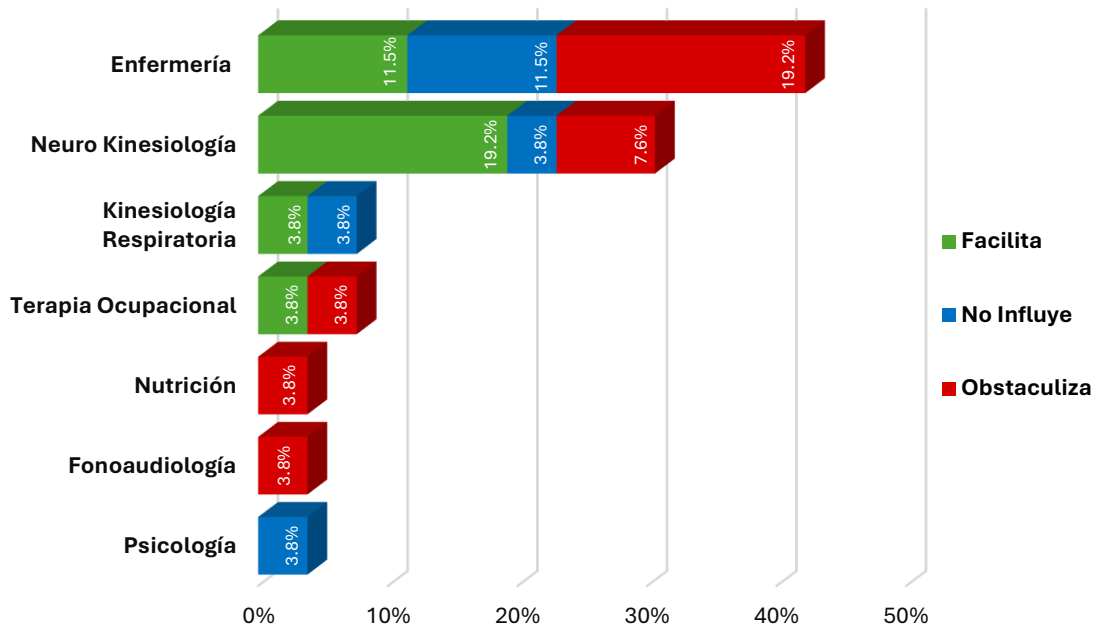
Distribución de Respuestas entre las Disciplinas para la Combinación “Transferencia a la Ducha y Horarios Establecidos por la Institución para Realizar cada Tarea”



Nota: Discrepancias en la percepción de neutralidad entre los profesionales (consenso intra-grupal negativo), cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa diferenciando entre disciplinas.

Figura 22

Distribución de Respuestas entre las Disciplinas para la Combinación “Transferencia a la Ducha y Diseño y Disposición del Espacio”



Nota: Discrepancias entre los profesionales en la percepción de FA obstaculizador (consenso intra-grupal negativo), cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa diferenciando entre disciplinas.

10.2.10. AVD: *Movilidad Funcional*

En esta sección, se detalla el análisis de las frecuencias relativas máximas asociadas a cada combinación de la AVD "Movilidad Funcional" con cada FA (Figura 23).

. FA facilitadores:

En el grupo de usuarios, se observó que el *diseño y disposición del espacio* fue el FA que más facilitó la independencia en la movilidad funcional, alcanzando un 71.4 %, con un consenso intra-grupal positivo. Sin embargo, en el caso del equipo terapéutico, los datos indicaron que el 76.9% de los profesionales consideró que la *presencia de familiar o cuidador durante la actividad* desempeña un papel relevante en la facilitación de la independencia en la movilidad funcional, evidenciándose un nivel de consenso intra-grupal positivo entre los profesionales.

. FA sin influencia:

Tanto en el grupo de usuarios como en el de profesionales, el FA con mayor frecuencia en esta categoría fueron los *horarios establecidos por la institución para realizar cada tarea*, alcanzando un 57.1% en los usuarios (consenso intra-grupal positivo) y un 46.2% en el equipo terapéutico (consenso intra-grupal negativo), evidenciando discrepancias en la percepción de neutralidad entre los profesionales, cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa en la Figura 24, diferenciando entre disciplinas. Sin embargo, en el grupo de usuarios se distingue que la *cantidad de insumos disponibles para el número de usuarios* es el segundo FA con mayor frecuencia en esta categoría. Es decir que el grupo de usuarios percibe a estos dos FA como los principales que no ejercen influencia.

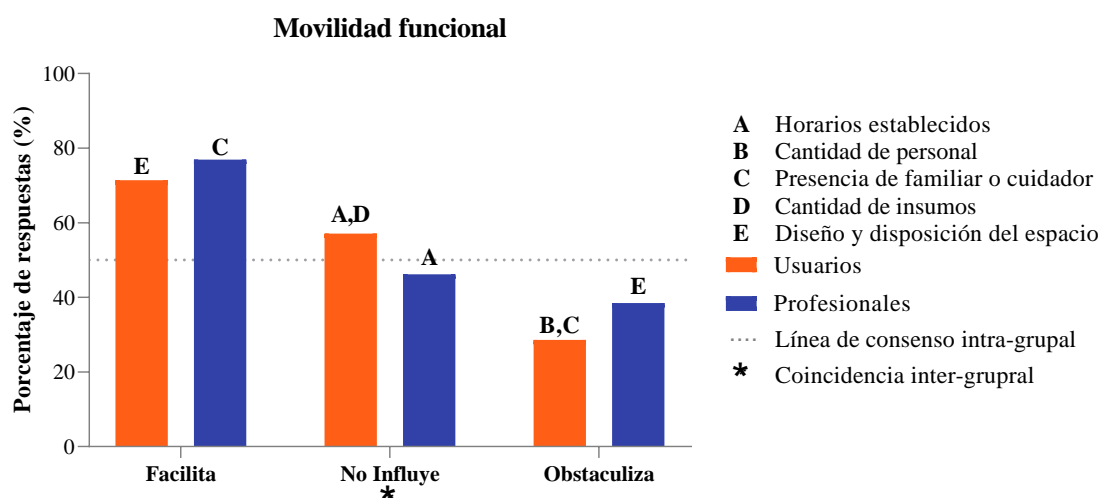
. FA obstaculizadores:

Los usuarios percibieron como principales obstaculizadores para la independencia en la movilidad funcional, a dos FA cuya frecuencia de selección para cada uno fue del 28.6% (consenso intra-grupal negativo), ellos fueron: la *cantidad de personal disponible para la ejecución o supervisión de cada tarea* y la *presencia de familiar o cuidador durante la actividad*. Por otro lado, el equipo terapéutico destacó en esta categoría a el *diseño y disposición del espacio*, el cual alcanzó un 38.5% (consenso intra-grupal negativo), evidenciando discrepancias en la percepción de neutralidad entre los profesionales, cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa en la Figura 25, diferenciando entre disciplinas.

En conjunto, estos hallazgos revelaron que la percepción de la influencia de los FA sobre la AVD "Movilidad Funcional" no coincidió entre usuarios y profesionales, a excepción del factor *horarios establecidos por la institución para realizar cada tarea* que ambos grupos consideraron que no ejerce influencia.

Figura 23

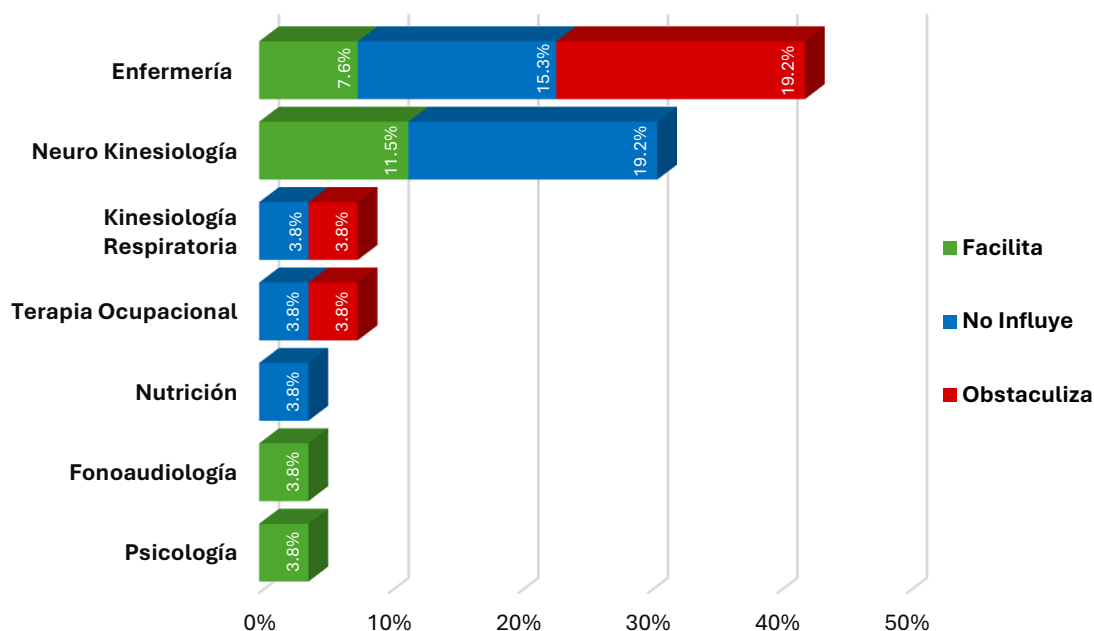
FA que Facilitan, No Influyen y Obstaculizan la Independencia en la Movilidad Funcional



Nota: Coincidencias y diferencias en la percepción de usuarios y equipo terapéutico de los principales FA que facilitan, no influyen y obstaculizan la independencia en la Movilidad Funcional.

Figura 24

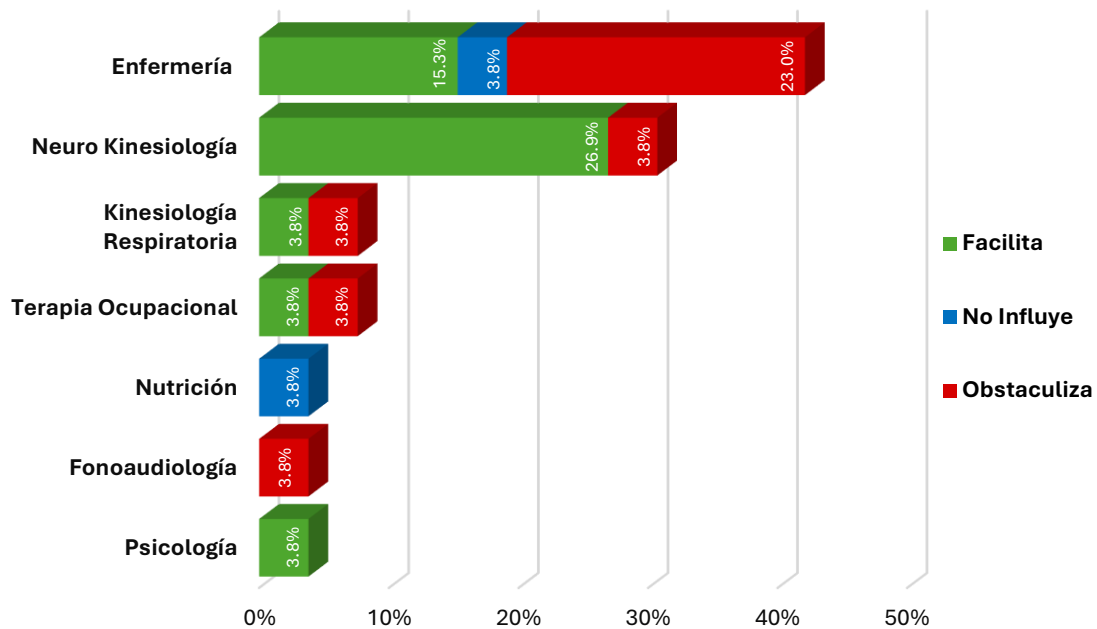
Distribución de Respuestas entre las Disciplinas para la Combinación “Movilidad Funcional y Horarios Establecidos por la Institución para Realizar cada Tarea”



Nota: Discrepancias en la percepción de neutralidad entre los profesionales (consenso intra-grupal negativo), cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa diferenciando entre disciplinas.

Figura 25

Distribución de Respuestas entre las Disciplinas para la Combinación “Movilidad Funcional y Diseño y Disposición del Espacio”



Nota: Discrepancias entre los profesionales en la percepción de FA obstaculizador (consenso intra-grupal negativo), cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa diferenciando entre disciplinas.

10.3. Principales AVD influenciadas por cada FA

Como se detalló en la sección 9.8, para cada uno de los 5 FA, se determinó cuál es la AVD a la que más obstaculiza, no influye o facilita su independencia funcional según la percepción de los usuarios y el equipo terapéutico. Para ello, se compararon las frecuencias relativas dentro de cada categoría, y se identificó la o las AVD con los mayores porcentajes en cada FA. Además, cuando dicha frecuencia fue inferior al 50%, se consideró, de manera arbitraria, que existía un consenso intra-grupal negativo, lo que indicaba discrepancias en la percepción de cada grupo. En caso de que esto ocurriera dentro del equipo terapéutico, se analizó la distribución de las respuestas diferenciando cada disciplina.

10.3.1. FA: *Horarios establecidos por la institución para realizar cada tarea*

En esta sección, se detalla el análisis de las frecuencias relativas máximas asociadas a cada combinación del FA “Horarios Establecidos por la Institución para Realizar cada Tarea” con cada AVD (Figura 26).

. AVD más frecuente en la categoría facilita:

En el grupo de usuarios, se observó que los horarios establecidos por la institución para realizar cada tarea facilitan la independencia funcional principalmente en la AVD *bañarse / ducharse*, alcanzando un 57.1 %, con un consenso intra-grupal positivo. Sin embargo, en el caso del equipo terapéutico, los datos indicaron que el 42.3% de los profesionales consideró que la *Transferencia a la Cama* fue la AVD más facilitada por los horarios establecidos por la institución, evidenciándose un nivel de consenso intra-grupal negativo, cuya discrepancia en la percepción los profesionales fue representada anteriormente en la Figura 17, diferenciando entre disciplinas.

. AVD más frecuente en la categoría no influye:

En el grupo de usuarios, se evidenció que los horarios establecidos por la institución para realizar cada tarea no influyen en la independencia funcional de 3 AVD principalmente: *higiene y arreglo personal, uso de sanitarios y transferencia a la ducha*, alcanzando un 85.7 %, con un consenso intra-grupal positivo. Por otro lado, para el equipo terapéutico, la principal AVD que no recibe influencia de este factor es la *movilidad funcional*, alcanzando un 46.2% (consenso intra-grupal negativo), cuya discrepancia en la percepción los profesionales fue representada anteriormente en la Figura 24, diferenciando entre disciplinas.

. AVD más frecuente en la categoría obstaculiza:

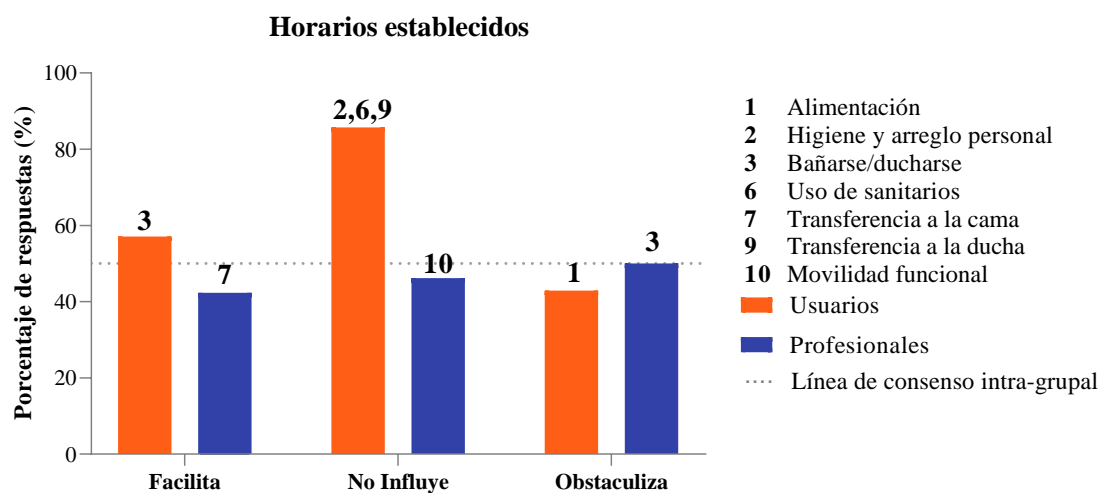
Los usuarios percibieron que los horarios establecidos por la institución obstaculizan la independencia funcional, principalmente de la AVD *alimentación*, cuya frecuencia de selección fue del 42.9% (consenso intra-grupal negativo). Por otro lado, el equipo terapéutico destacó en

esta categoría a la AVD *bañarse / ducharse*, la cual alcanzó un 50% (consenso intra-grupal positivo).

En conjunto, estos hallazgos revelaron que la percepción sobre la AVD más influenciada por los horarios establecidos por la institución, no coincidió entre usuarios y profesionales, en ninguna categoría.

Figura 26

AVD más Influenciadas por los Horarios Establecidos por la Institución para Realizar cada Tarea



Nota: Coincidencias y diferencias en la percepción de usuarios y equipo terapéutico de las principales AVD facilitadas, no influidas y obstaculizadas por los horarios establecidos por la institución.

10.3.2. FA: *Cantidad de personal disponible para la ejecución o supervisión de cada tarea*

En esta sección, se detalla el análisis de las frecuencias relativas máximas asociadas a cada combinación del FA “Cantidad de personal disponible para la ejecución o supervisión de cada tarea” con cada AVD (Figura 27).

. AVD más frecuente en la categoría facilita:

En el grupo de usuarios, se observó que la cantidad de personal disponible para la ejecución o supervisión de cada tarea facilitan la independencia funcional principalmente en la AVD *bañarse / ducharse*, alcanzando un 71.4 %, con un consenso intra-grupal positivo. Sin embargo, en el caso del equipo terapéutico, los datos indicaron que el 50% de los profesionales consideró que la *Transferencia a la Cama* fue la AVD más facilitada por la cantidad de personal disponible, evidenciándose un nivel de consenso intra-grupal positivo.

. AVD más frecuente en la categoría no influye:

En el grupo de usuarios, se evidenció que la cantidad de personal disponible para la ejecución o supervisión de cada tarea no influyen en la independencia funcional de 3 AVD principalmente: *alimentación, higiene y arreglo personal y uso de sanitarios*, alcanzando un 57.1%, con un consenso intra-grupal positivo. Por otro lado, para el equipo terapéutico, la principal AVD que no recibe influencia de este factor es la *movilidad funcional*, alcanzando un 30.8% (consenso intra-grupal negativo), evidenciando discrepancias en la percepción de neutralidad entre los profesionales, cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa en la Figura 28, diferenciando entre disciplinas.

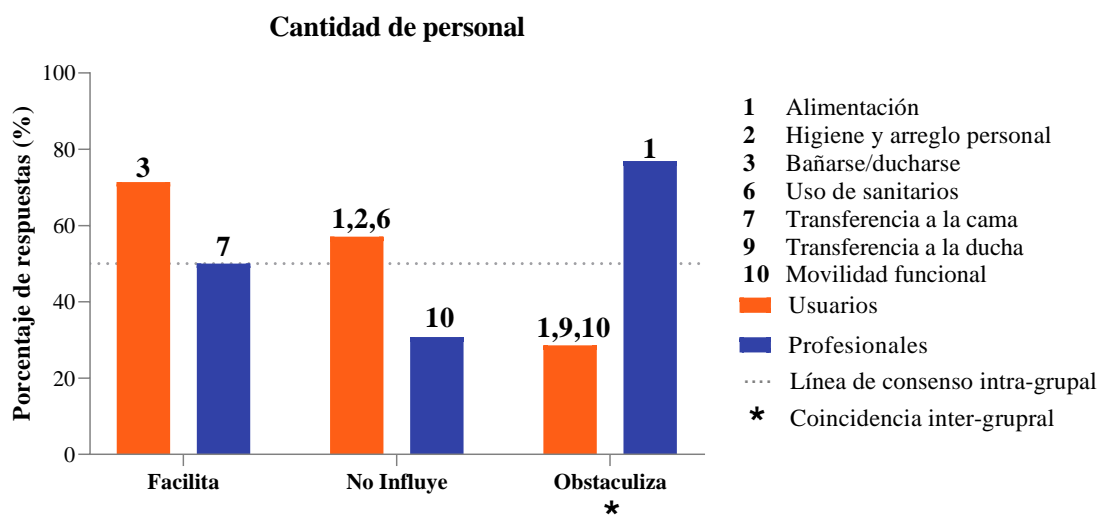
. AVD más frecuente en la categoría obstaculiza:

Los usuarios percibieron que la cantidad de personal disponible obstaculiza la independencia funcional, principalmente de 3 AVD: *alimentación, transferencia a la ducha y movilidad funcional*, cuya frecuencia de selección en cada una fue del 28.6% (consenso intra-grupal negativo). Por otro lado, el equipo terapéutico destacó en esta categoría a la AVD *alimentacion*, la cual alcanzó un 76.9% (consenso intra-grupal positivo).

En conjunto, estos hallazgos revelaron que la percepción sobre la AVD más influenciada por la cantidad de personal disponible para la ejecución o supervisión de cada tarea, no coincidió entre usuarios y profesionales, a excepción de la *alimentación* que ambos grupos consideraron como la actividad más obstaculizada por este FA.

Figura 27

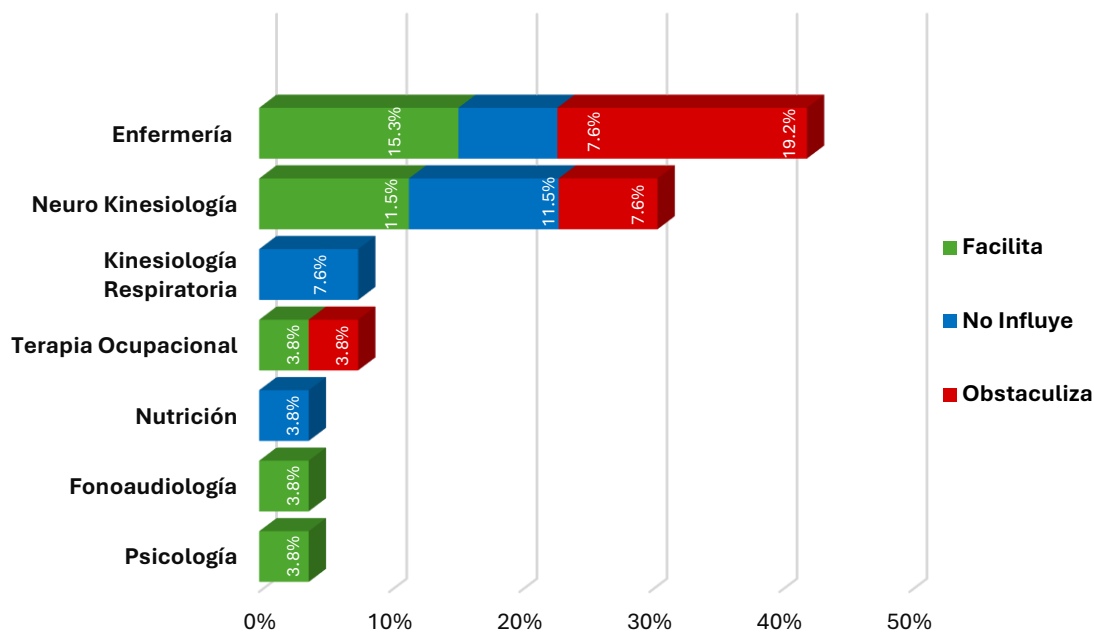
AVD más Influenciadas por la Cantidad de Personal Disponible para la Ejecución o Supervisión de cada Tarea



Nota: Coincidencias y diferencias en la percepción de usuarios y equipo terapéutico de las principales AVD facilitadas, no influidas y obstaculizadas por la cantidad de personal disponible para la ejecución o supervisión de cada tarea.

Figura 28

Distribución de Respuestas entre las Disciplinas para la Combinación “Cantidad de Personal Disponible para la Ejecución o Supervisión de cada Tarea y Movilidad Funcional”



Nota: Discrepancias en la percepción entre los profesionales (consenso intra-grupal negativo), cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa diferenciando entre disciplinas.

10.3.3. FA: *Presencia de familiar o cuidador durante la actividad*

En esta sección, se detalla el análisis de las frecuencias relativas máximas asociadas a cada combinación del FA “Presencia de familiar o cuidador durante la actividad” con cada AVD (Figura 29).

. AVD más frecuente en la categoría facilita:

En el grupo de usuarios, se observó que la presencia de familiar o cuidador facilitan la independencia funcional principalmente en la AVD *bañarse / ducharse*, alcanzando un 71.4 %, con un consenso intra-grupal positivo. Sin embargo, en el caso del equipo terapéutico, los datos indicaron que el 84.6% de los profesionales consideró que la *higiene y arreglo personal* fue la AVD más facilitada por la presencia de familiar o cuidador, evidenciándose un nivel de consenso intra-grupal positivo.

. AVD más frecuente en la categoría no influye:

En el grupo de usuarios, se evidenció que la presencia de familiar o cuidador durante la actividad no influyen en la independencia funcional de 3 AVD principalmente: *higiene y arreglo personal, transferencia a la cama y uso de sanitarios*, alcanzando un 57.1%, con un consenso intra-grupal positivo. Por otro lado, para el equipo terapéutico, la principal AVD que no recibe influencia de este factor es el *uso de sanitarios*, alcanzando un 23.1% (consenso intra-grupal negativo), evidenciando discrepancias en la percepción de neutralidad entre los profesionales, cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa en la Figura 30, diferenciando entre disciplinas.

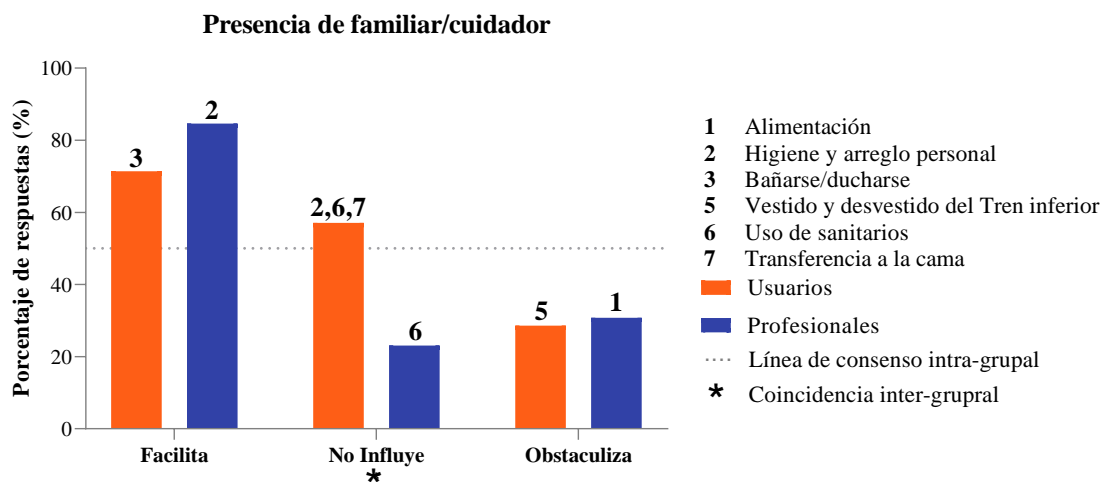
. AVD más frecuente en la categoría obstaculiza:

Los usuarios percibieron que la presencia de familiar o cuidador obstaculiza la independencia funcional, principalmente en el *vestido y desvestido de tren inferior* cuya frecuencia de selección en cada una fue del 28.6% (consenso intra-grupal negativo). Por otro lado, el equipo terapéutico destacó en esta categoría a la AVD *alimentación*, la cual alcanzó un 30.8% evidenciando un consenso intra-grupal negativo, cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa en la Figura 31, diferenciando entre disciplinas.

En conjunto, estos hallazgos revelaron que la percepción sobre la AVD más influenciada por la presencia de familiar o cuidador durante la actividad, no coincidió entre usuarios y profesionales, a excepción del *uso de sanitarios* que ambos grupos consideraron como la principal actividad que no recibe influencia de este FA.

Figura 29

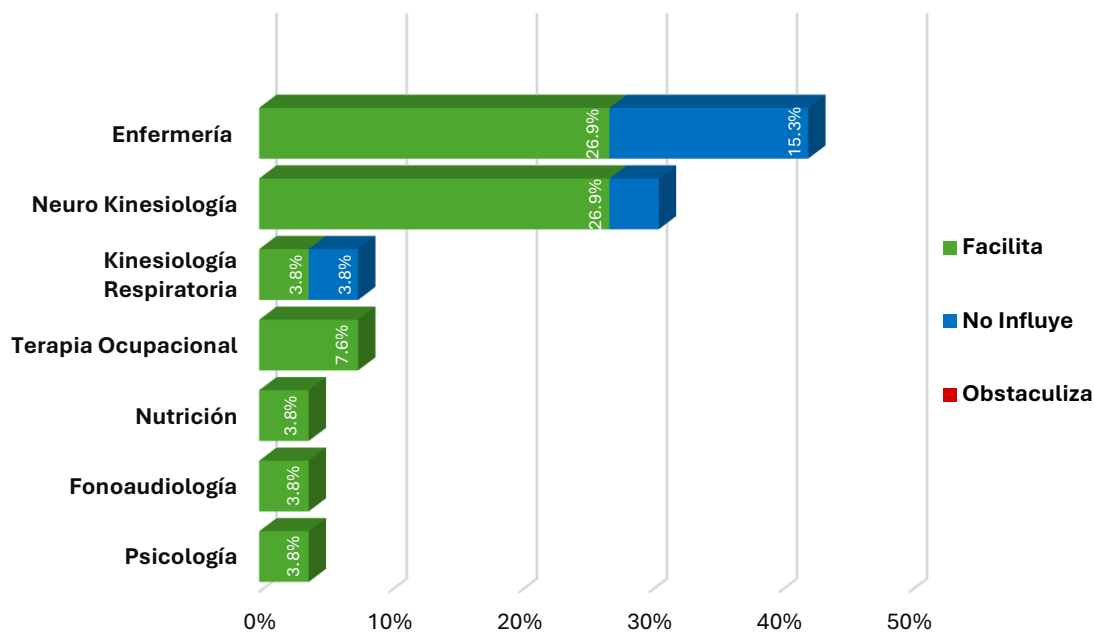
AVD más Influenciadas por la presencia de familiar o cuidador durante la actividad



Nota: Coincidencias y diferencias en la percepción de usuarios y equipo terapéutico de las principales AVD facilitadas, no influidas y obstaculizadas por la presencia de familiar o cuidador durante la actividad.

Figura 30

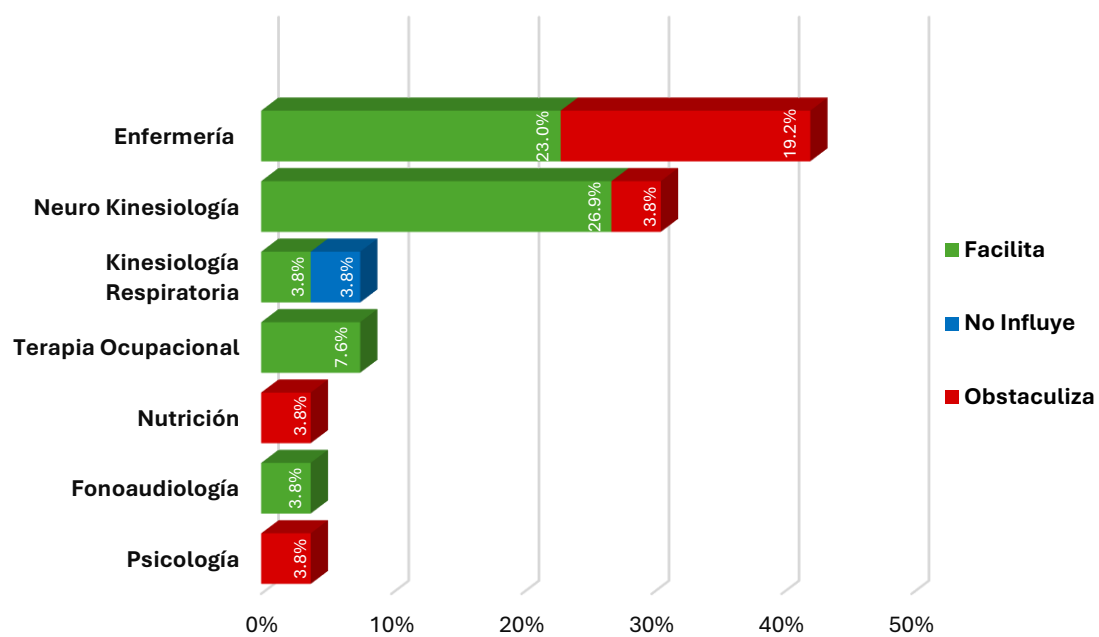
Distribución de Respuestas entre las Disciplinas para la Combinación “Presencia de Familiar o Cuidador Durante la Actividad y Uso de Sanitarios”



Nota: Discrepancias en la percepción de neutralidad entre los profesionales (consenso intra-grupal negativo), cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa diferenciando entre disciplinas.

Figura 31

Distribución de Respuestas entre las Disciplinas para la Combinación “Presencia de Familiar o Cuidador Durante la Actividad y Alimentación”



Nota: Discrepancias en la percepción de AVD más obstaculizada entre los profesionales (consenso intra-grupal negativo), cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa diferenciando entre disciplinas.

10.3.4. FA: *Cantidad de Insumos Disponibles para el Número de Usuarios*

En esta sección, se detalla el análisis de las frecuencias relativas máximas asociadas a cada combinación del FA “Cantidad de insumos disponibles para el número de usuarios” con cada AVD (Figura 32).

• AVD más frecuente en la categoría facilita:

En el grupo de usuarios, se observó que la cantidad de insumos disponibles para el número de usuarios facilitan la independencia funcional principalmente en la AVD *uso de sanitarios*, alcanzando un 71.4 %, con un consenso intra-grupal positivo. Sin embargo, en el caso del equipo terapéutico, los datos indicaron que el 53.8 % de los profesionales consideró que la *alimentación* fue la AVD más facilitada por la cantidad de insumos disponibles, evidenciándose un nivel de consenso intra-grupal positivo.

• AVD más frecuente en la categoría no influye:

En el grupo de usuarios, se evidenció que la cantidad de insumos disponibles para el número de usuarios no influyen en la independencia funcional de 2 AVD principalmente: *vestido y desvestido de tren superior* y *transferencia a la ducha*, alcanzando un 71.4 % en cada una, con un consenso intra-grupal positivo. Por otro lado, para el equipo terapéutico, la principal AVD que no recibe influencia de este factor también es el *vestido y desvestido de tren superior*, alcanzando un 50% (consenso intra-grupal positivo).

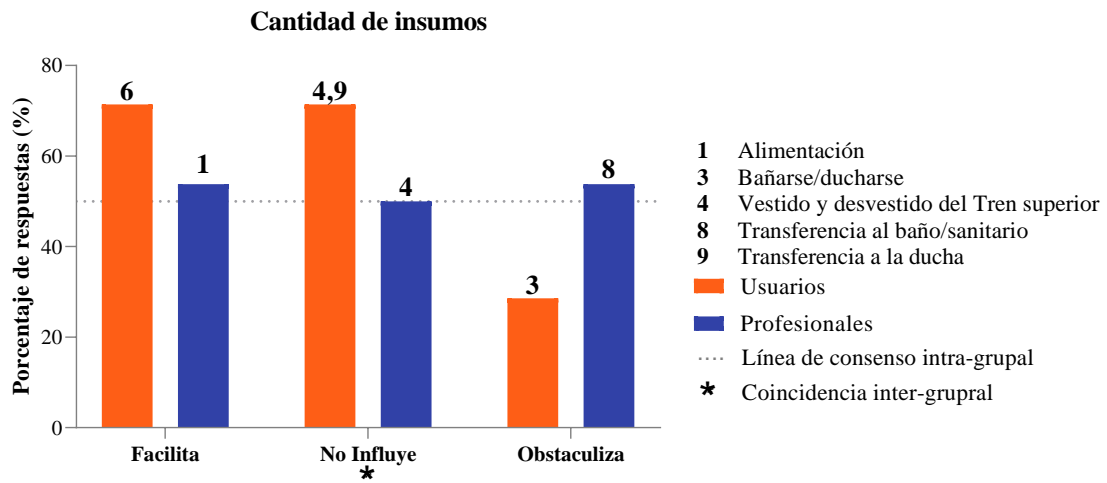
• AVD más frecuente en la categoría obstaculiza:

Los usuarios percibieron que la cantidad de insumos disponibles para el número de usuarios obstaculiza la independencia funcional, principalmente al *bañarse o ducharse* cuya frecuencia de selección fue del 28.6% (consenso intra-grupal negativo). Por otro lado, el equipo terapéutico destacó en esta categoría a la AVD *transferencia al baño o sanitario*, la cual alcanzó un 53.8% evidenciando un consenso intra-grupal positivo.

En conjunto, estos hallazgos revelaron que la percepción sobre la AVD más influenciada por la cantidad de insumos disponibles para el número de usuarios, no coincidió entre usuarios y profesionales, a excepción del *vestido y desvestido de tren superior* que ambos grupos consideraron como la principal actividad que no recibe influencia de este FA.

Figura 32

AVD más Influenciadas por la cantidad de insumos disponibles para el número de usuarios



Nota: Coincidencias y diferencias en la percepción de usuarios y equipo terapéutico de las principales AVD facilitadas, no influidas y obstaculizadas por la cantidad de insumos disponibles para el número de usuarios.

10.3.5. FA: *Diseño y Disposición del Espacio*

En esta sección, se detalla el análisis de las frecuencias relativas máximas asociadas a cada combinación del FA “Diseño y Disposición del Espacio” con cada AVD (Figura 27).

. AVD más frecuente en la categoría facilita:

En ambos grupos, se observó que el diseño y disposición del espacio facilitan la independencia funcional principalmente en la AVD *bañarse / ducharse*, alcanzando un 85.7 % en los usuarios, y un 61.5 % en el equipo terapéutico, evidenciándose un consenso intra-grupal positivo en ambos.

. AVD más frecuente en la categoría no influye:

En ambos grupos, se evidenció que el diseño y disposición del espacio no influyen en la independencia funcional principalmente de la AVD: *vestido y desvestido de tren inferior*, alcanzando un 85.7 % en los usuarios (consenso intra-grupal positivo), y un 38.5 % en el equipo terapéutico (consenso intra-grupal positivo)(Figura 34). Además de esta AVD, el equipo terapéutico, también considera igualmente relevante al *vestido y desvestido de tren inferior* en esta categoría, alcanzando también un 38.5 % (consenso intra-grupal negativo), evidenciando discrepancias en la percepción de neutralidad entre los profesionales, cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa en la Figura 35, diferenciando entre disciplinas.

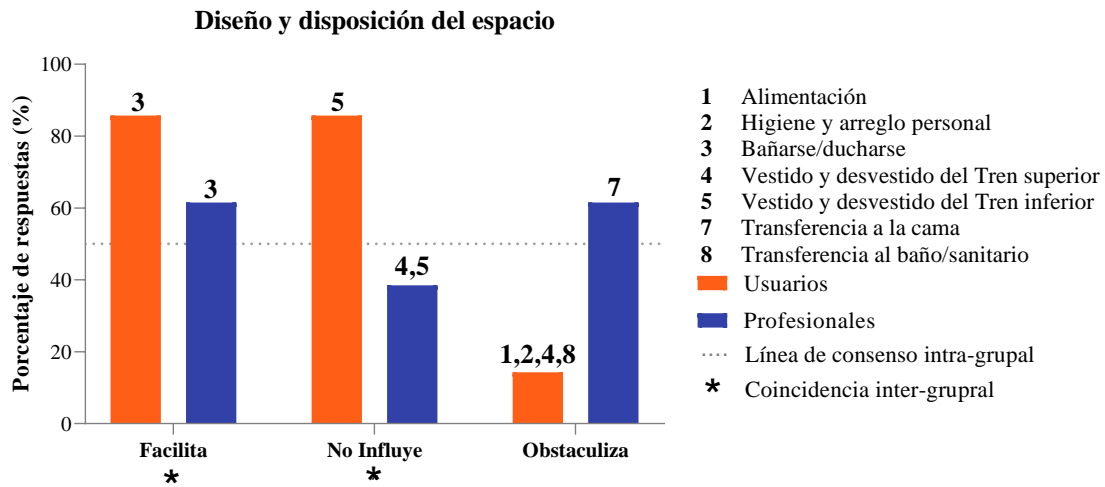
. AVD más frecuente en la categoría obstaculiza:

Los usuarios percibieron que el diseño y disposición del espacio obstaculiza la independencia funcional, principalmente de 4 AVD: *alimentación, higiene y arreglo personal, vestido y desvestido de tren superior y transferencia baño/sanitario*, cuya frecuencia de selección en cada una fue del 14.3 % (consenso intra-grupal negativo). Por otro lado, el equipo terapéutico destacó en esta categoría a la AVD *transferencia a la cama*, la cual alcanzó un 61.5% (consenso intra-grupal positivo).

En conjunto, estos hallazgos revelaron que la percepción sobre la AVD más influenciada por el diseño y disposición del espacio, coincidió entre usuarios y profesionales, en dos ocasiones: al considerar “*bañarse / ducharse*” como la actividad más facilitada por este FA; y al considerar al “*vestido y desvestido de tren inferior*” como la principal actividad que no recibe influencia de este FA.

Figura 33

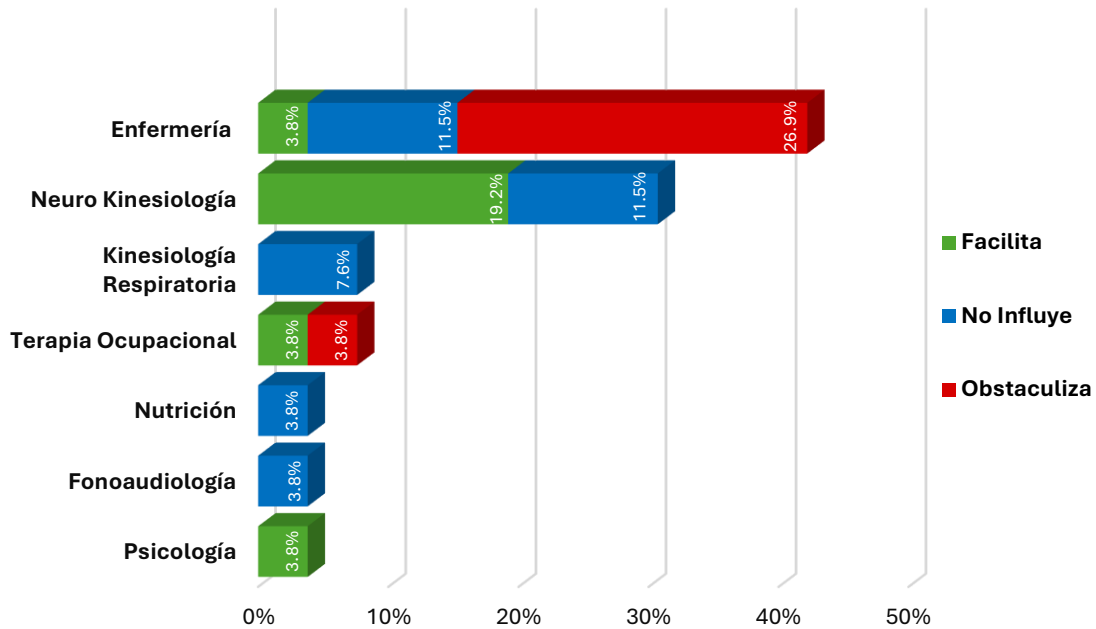
AVD más Influenciadas por el Diseño y Disposición del Espacio



Nota: Coincidencias y diferencias en la percepción de usuarios y equipo terapéutico de las principales AVD facilitadas, no influidas y obstaculizadas por el Diseño y Disposición del Espacio.

Figura 34

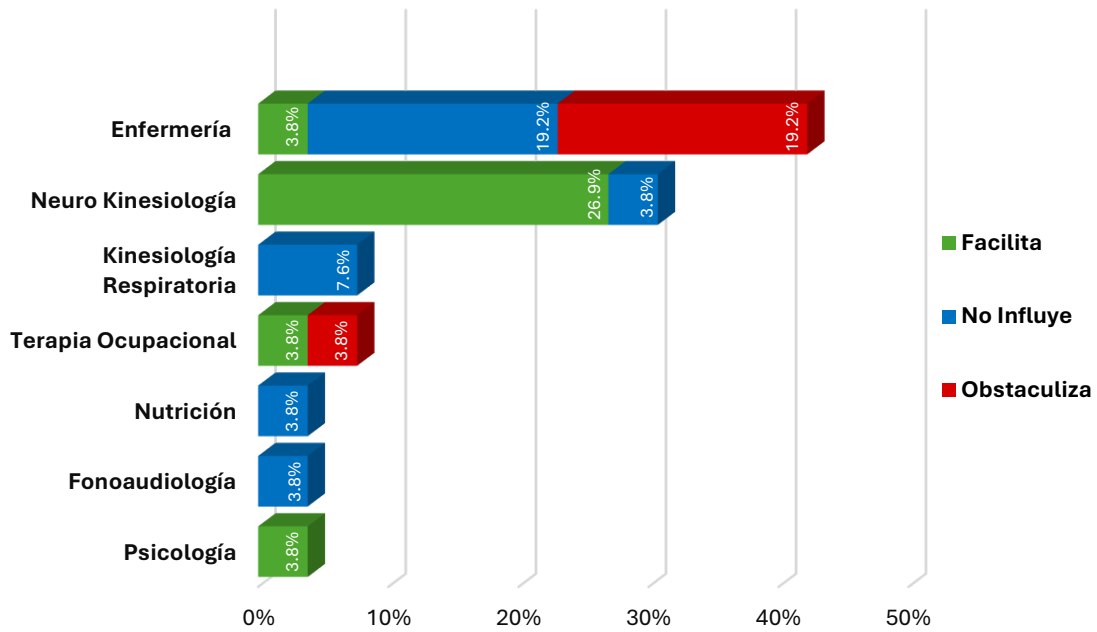
Distribución de Respuestas entre las Disciplinas para la Combinación "Diseño y Disposición del Espacio y Vestido y Desvestido de Tren Inferior"



Nota: Discrepancias en la percepción de neutralidad entre los profesionales (consenso intra-grupal negativo), cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa diferenciando entre disciplinas.

Figura 35

Distribución de Respuestas entre las Disciplinas para la Combinación “Diseño y Disposición del Espacio y Vestido y Desvestido de Tren Superior”



Nota: Discrepancias en la percepción de neutralidad entre los profesionales (consenso intra-grupal negativo), cuya distribución de respuestas en esta combinación específica de FA y AVD se representa diferenciando entre disciplinas.

Conclusiones

El presente estudio tuvo como objetivo identificar y comparar la percepción del equipo interdisciplinario y de los usuarios sobre los FA que influyen en la independencia funcional en las AVD durante el tiempo de internación en el Centro de Rehabilitación y Fisiatría Madre Teresa. Para ello, se analizaron las diferencias en la percepción de ambos grupos respecto a cinco FA específicos: horarios establecidos por la institución para realizar cada tarea, cantidad de personal disponible para la supervisión y ejecución de cada tarea, presencia de familiar o cuidador durante la actividad, cantidad de insumos disponibles para el número de usuarios y diseño y disposición del espacio.

Las AVD consideradas en este estudio incluyeron alimentación, higiene y arreglo personal, bañarse/ ducharse, vestido y desvestido del tren superior e inferior, uso de sanitarios, transferencias (cama-silla, baño/sanitario, ducha/bañera) y movilidad funcional.

Al analizar la percepción de manera general se observó que:

Los resultados evidenciaron diferencias significativas en la percepción de los usuarios y los profesionales en relación con la influencia de estos factores en la independencia funcional. En términos generales, los usuarios tendieron a considerar que los FA no ejercen influencia en su independencia funcional (46.57% del total de respuestas) o, en su defecto, que la facilitan (40.28%). Por su parte, los profesionales mostraron una percepción más polarizada, destacando que los FA actúan mayormente como facilitadores (44.77% del total de respuestas) o como obstaculizadores (33.46%).

Esto provocó que, al identificar el FA que usuarios y equipo terapéutico asociaron predominantemente a cada una de estas tres categorías, se tienda a visualizar un marcado consenso (mayor al 50%) entre los usuarios en las categorías “no influye” y “facilita”, y una discrepancia significativa en la categoría “obstaculiza”, ya que el mayor grado de respuestas se ubicó en las dos primeras. Por su parte, en el equipo terapéutico, el consenso fue notorio al considerar como facilitador u obstaculizador a un FA, pero al establecer las frecuencias máximas en la categoría “no influye”, el nivel de consenso entre profesionales era por debajo del 50%.

Al analizar la percepción según cada factor ambiental, se observó que:

Horarios establecidos por la institución para realizar cada tarea: De las diez AVD evaluadas, la actividad de bañarse/ ducharse fue la que con mayor frecuencia los usuarios identificaron como facilitada por este factor, mientras que el equipo terapéutico la consideró predominantemente como obstaculizada. Sin embargo, al examinar cada AVD de manera individual, se evidenció que para ambos grupos este factor ambiental no fue el principal facilitador de la independencia en ninguna de ellas. Asimismo, para el equipo terapéutico, tampoco representó el principal factor obstaculizador. En contraste, los usuarios señalaron que los tiempos y horarios institucionales constituyen la principal barrera para la independencia en actividades

como la alimentación, la higiene y el arreglo personal, así como el vestido y desvestido del tren superior. Por otro lado, tanto los usuarios como los profesionales coincidieron en que este factor es mayormente percibido como neutro en actividades como el uso de sanitarios, las transferencias a la cama, al baño/sanitario y a la ducha, así como en la movilidad funcional.

Cantidad de personal disponible para la supervisión y ejecución de cada tarea: este FA en particular, facilita principalmente la Independencia en la actividad de bañarse/ ducharse desde la perspectiva de los usuarios, mientras que para el equipo terapéutico fue la transferencia a la cama la actividad más facilitada. Sin embargo, la independencia en la alimentación fue la AVD que con mayor frecuencia ambos grupos consideraron obstaculizada por la cantidad de personal disponible. Además, los usuarios indicaron que este factor representó el principal obstaculizador en su independencia para realizar la higiene y el arreglo personal, la transferencia al baño/sanitario y la movilidad funcional. Por su parte, el equipo terapéutico coincidió en que la independencia en la higiene y el arreglo personal eran las más afectadas, pero también señalaron la independencia en la alimentación, el vestido y desvestido del tren superior e inferior y el uso de sanitarios como significativamente obstaculizados.

Presencia de familiares o cuidadores durante la actividad: Para los profesionales, este FA fue el principal facilitador en todas las AVD. En el caso de los usuarios, su percepción estuvo dividida entre: las AVD en las que facilita su independencia (alimentación, vestido de tren superior e inferior) y en las que obstaculiza su independencia (uso de sanitarios, transferencia a la cama, al baño/sanitario y movilidad funcional). Un ejemplo claro ejemplo de esta polarización en la percepción de los usuarios fue en el vestido del tren inferior, donde la presencia de familiares o cuidadores fue identificada simultáneamente como el principal factor facilitador y obstaculizador de la independencia.

Cantidad de insumos disponibles para el número de usuarios: en este caso, de las diez AVD evaluadas, la actividad uso de sanitarios fue la que con mayor frecuencia los usuarios identificaron como facilitada por este factor, y bañarse/ ducharse, como obstaculizada; mientras que para el equipo terapéutico fue la alimentación y la transferencia al baño sanitario respectivamente. Por otro lado, al examinar individualmente cada AVD, se evidenció que, para los usuarios, este FA fue el principal facilitador de la independencia en la alimentación y la higiene/arreglo personal, mientras que para bañarse/ ducharse y las transferencias a la cama y al baño/sanitario, fue el principal obstaculizador. En cuanto al equipo terapéutico, coincidieron con los usuarios al considerarlo como principal obstaculizador en la transferencia al baño/sanitario, pero también señalaron que este factor no influía significativamente en la alimentación, la higiene/arreglo personal, bañarse/ ducharse y el vestido y desvestido del tren superior.

Diseño y disposición del espacio: La actividad de vestido y desvestido del tren superior fue la más frecuentemente identificada como facilitada por este factor por ambos grupos. Por otro lado, al examinar cada AVD de manera individual, se evidenció que, para los usuarios, este FA

fue actúa principalmente como facilitador de la independencia en bañarse/ ducharse, el uso de sanitarios y las transferencias a la cama, al baño sanitario, a la ducha, y en la movilidad funcional; mientras que lo consideraron un obstaculizador principal únicamente para la higiene/arreglo personal. Por otro lado, el equipo terapéutico difirió de los usuarios, ya que identificaron al diseño del espacio como el principal obstaculizador en la transferencia a la ducha y la movilidad funcional.

En conclusión, este estudio confirma la existencia de diferencias en la percepción de usuarios y profesionales respecto a la influencia de los FA en la independencia funcional en las AVD. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar las perspectivas de ambos grupos para ajustar estrategias de rehabilitación que permitan optimizar la experiencia de internación, la recuperación funcional y alinear los esfuerzos del equipo tratante con las necesidades de los usuarios y su familia.

Asimismo, se sugiere que futuras investigaciones profundicen en la comparación entre las distintas disciplinas del equipo terapéutico para no solo identificar posibles divergencias internas en la percepción de estos factores, sino también lograr identificar en que aspectos particulares consideran que el FA obstaculiza o facilita la independencia logrando una intervención coordinada donde la comunicación efectiva sea la clave.

Por lo tanto, este estudio enfatiza la importancia de considerar evaluar la influencia de los FA durante este período de recuperación en un centro especializado, ya que en muchas ocasiones pueden obstaculizar la independencia funcional de los usuarios. Esto se debe a que sus necesidades se encuentran tan cubiertas, ya sea por la institución o por sus familiares, que la persona tiende a adoptar un rol más pasivo. Este hallazgo se relaciona con estudios previos como el de Gifre et al. (2010), quienes encontraron que los entornos altamente estructurados en centros de rehabilitación pueden generar una sensación de dependencia en los usuarios, dificultando su transición a la vida cotidiana.

No obstante, también es imprescindible respetar la autonomía del usuario, quien tiene el derecho de decidir si desea o no recibir asistencia, una elección que está estrechamente ligada a su historia y sus posibilidades. En este sentido, el equipo terapéutico, y particularmente la terapia ocupacional, debe enfocar su intervención en brindarle al usuario la oportunidad de alcanzar el mayor nivel de independencia posible, ya que posteriormente, será él quien decida si quiere aplicar lo trabajado, pero lo importante es que haya tenido la posibilidad de adquirir esas herramientas. De esta manera, si en el futuro se enfrenta a nuevos desafíos, sabrá que cuenta con recursos para afrontarlos o que puede volver a consulta para trabajarlos y superarlos, como también lo sugiere Ferrándiz Vigo (2015), quien destacó la importancia de promover la autodeterminación en las personas con discapacidad para mejorar su calidad de vida a largo plazo.

En resumen, este estudio resalta la relevancia de considerar los factores ambientales en la planificación de estrategias de rehabilitación, promoviendo un abordaje integral y centrado en la

persona. Al comprender las diferencias en la percepción de usuarios y profesionales, se generan oportunidades para mejorar la calidad de la atención y optimizar la independencia funcional de los usuarios, fortaleciendo el rol de la Terapia Ocupacional en la construcción de entornos más inclusivos y accesibles.

Discusión

El presente estudio ofrece una mirada inicial sobre la percepción de los FA que influyen en la independencia funcional en las AVD, tanto desde la perspectiva del equipo interdisciplinario como de los usuarios, en el contexto de un centro de rehabilitación. No obstante, es importante destacar varias limitaciones que inciden en la generalización de los resultados.

En primer lugar, la población participante fue muy reducida, lo que limita la capacidad de extrapolar los hallazgos a una población más amplia. La muestra de usuarios se vio considerablemente restringida, ya que la mayoría de los usuarios internados fueron excluidos debido a que su cuadro clínico no les permitía comprender y responder de manera clara, sobre todo en presencia de afasia, condición común en este tipo de población. Esta limitación subraya la complejidad inherente a la evaluación de la percepción en pacientes con afecciones neurológicas, donde la subjetividad y la capacidad de respuesta son factores críticos.

Por otro lado, en el grupo del equipo terapéutico, la percepción se basó principalmente en las opiniones de los profesionales de enfermería y de kinesiología neurológica, dado que eran los más numerosos. Aunque participan también profesionales de psicología, nutrición, fonoaudiología, terapia ocupacional y kinesiología respiratoria, en estas disciplinas la representación fue muy baja (con un único profesional en tres de ellas y dos en las otras dos), lo que impide establecer comparaciones significativas entre las distintas áreas. En consecuencia, las diferencias o similitudes entre las disciplinas no pueden interpretarse de manera concluyente, ya que cada área, con tan pocos participantes, conforma el 100% de su muestra.

Es importante considerar que la percepción es un constructo inherentemente subjetivo, influenciado por múltiples factores contextuales y personales. La diversidad en las respuestas obtenidas refleja esta subjetividad y subraya la necesidad de abordar estas evaluaciones con cautela, considerando la variabilidad individual en la interpretación de los factores ambientales.

A pesar de estas limitaciones, este estudio se presenta como un punto de partida valioso para profundizar en la comprensión de la percepción de los participantes respecto a los FA en el ámbito de la rehabilitación. La novedad del enfoque radica en abordar, de manera simultánea, la percepción tanto del equipo interdisciplinario como de los usuarios, un aspecto que, según la revisión de la literatura, no ha sido explorado en investigaciones previas. Además, no se encontraron estudios que examinaran específicamente la influencia de los factores ambientales en el contexto institucional o durante el período subagudo de rehabilitación.

Los hallazgos obtenidos invitan a futuras investigaciones que amplíen la muestra y profundicen en las diferencias entre las diversas disciplinas del equipo terapéutico, lo cual podría permitir identificar de manera más precisa en qué aspectos particulares los FA facilitan u obstaculizan la independencia funcional. Asimismo, se recomienda incorporar metodologías mixtas que permitan complementar la percepción subjetiva con objetivos del entorno, con el fin de diseñar intervenciones coordinadas y centradas en la persona que optimicen la calidad de atención y la recuperación funcional.

En resumen, aunque las limitaciones del estudio impiden una generalización amplia de los resultados, la investigación aporta un enfoque innovador y abre la puerta a futuras indagaciones que contribuyen a mejorar la práctica clínica en entornos de rehabilitación, enfatizando la importancia de evaluar y abordar de manera integral los factores ambientales en el proceso de recuperación.

Referencias

- American Occupational Therapy Association (AOTA). (2020). *Marco de trabajo para la Práctica de Terapia ocupacional: Dominio y Proceso*. 4o edición.
- Agorrea Tejedor, E., Urteaga Ceberio, G. y Fernandez Tobia, R. (2015). Revisión Bibliográfica: intervención de terapia ocupacional en usuarios con patología neurológica y/o disfunción física. *Revista TOG*, 12(22), 1-22. <https://revistatog.com/num22/pdfs/revision5.pdf>
- Alvarez, J. (2019). *Modelos de intervención para Terapeutas Ocupacionales*. Facultad de medicina, escuela de Terapia Ocupacional.
- Bacelar Pousa, S., Ferrándiz Vigo, V. y Vidal Martínez, A. (2013). La relevancia del entorno físico en la realización de las actividades cotidianas de una persona con movilidad reducida. *Revista TOG*, 10(8), 117-123. <http://www.revistatog.com/suple/num8/entorno>.
- Bravo Zambrano, R. y Mendoza Zambrano, E. (2018). *Impacto del contexto ambiental físico en la independencia funcional del adulto mayor*. [Tesis de grado, Universidad Laica "Eloy Alfaro" De Manabi]. <https://repositorio.ulead.edu.ec/handle/123456789/3266>
- Couso Prieto, A. (2021). *Influencia de los factores ambientales en la participación ocupacional de personas con lesión medular en Galicia*. [Tesis de grado, Universidad da Coruña]. <http://hdl.handle.net/2183/28934>
- Delgado Gallego, M. y Vázquez Navarrete, L. (2006). Barreras y Oportunidades para la Participación Social en Salud en Colombia: Percepciones de los Actores Principales. *Revista de Salud Pública*, 8(2), 128-140. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000200001&lng=es&tlng=es.
- Esclarín de Ruiz, A. (2009). *Lesión Medular: Enfoque Multidisciplinario*. Editorial Médica Panamericana.
- Fernández López, J., Fernández Fidalgo, M., Geoffrey, R., Stucki, G., y Cieza, A. (2009). Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 83(6), 775-783. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000600002&lng=es&tlng=es.
- Ferrándiz Vigo, V. (2015). *Percepción sobre la vida diaria de las personas con Lesión Medular que residen en una institución*. [Tesis de grado, Universidad da Coruña]. https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/14157/VeronicaFerrandiz_Vigo_TFG_2014.pdf
- Gifre, M., Del Valle, A., Yuguero, M., Gil, A. y Monreal P. (2010). La mejora de la calidad de vida de las personas con lesión medular: La transición del centro rehabilitador a la vida cotidiana desde la perspectiva de los usuarios. *Revista de Pensamiento e Investigación Social*, (18), 3-15. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53720000001>.

- Gómez Pastor, I. (2008). El daño cerebral sobrevenido: un abordaje transdisciplinar dentro de los servicios sociales. *Psychosocial Intervention*, 17(3), 237-244. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008000300002&lng=es&tlng=es.
- Guerreiro, M. y Menchi, S. (2016). *Estudio sobre los factores contextuales ambientales en relación al desempeño ocupacional de personas con discapacidad*. [Tesis de grado, Universidad Nacional de Mar del Plata]. <http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/253>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (s.f.). Discapacidades neurológicas . CREDINA. <https://credine.imsero.es/discapacidades-neurológicas>
- Jerez, R.M. (4 de marzo de 2019). *¿Qué es la Neurofonoaudiología?*. Actualizaciones Fonoaudiológicas. <https://www.afonoaudiológicas.com/post/neurofonoaudiología>
- McLellan, D.L. (1997). *Rehabilitation Studies Handbook*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511582301.001>
- Ministerio de Salud. (2023). *Marco de referencia de especialidad: Kinesiología neurológica*. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/infoleg/res4187-5-395416.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación e Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (2013). *Guía de Práctica Clínica para la Atención y Tratamiento en Rehabilitación de la Persona con Lesión Medular*. <https://www.argentina.gob.ar/inareps/lesion-medular-guia-practica-clinica>
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf
- Paeth, B. (2001). *Experiencias con el Concepto Bobath*. Editorial Médica Panamericana.
- Ramírez, C., Serrano Ruiz C., Abril Miranda J., Clavijo González, N., Guerra Urquijo, L., Carmargo, L. (2014). Instrumentos utilizados para la identificación y/o medición de las barreras ambientales que experimentan las personas con discapacidad física y sus propiedades psicométricas. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud*, 46(1), 71-82. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343835707009>
- Rosales Sánchez, J. (2015). Percepción y Experiencia. *EPISTEME*, 35(2), 21-36. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-43242015000200002&lng=es&tlng=es.
- Stokes, M. y Stack, E. (2013). *Fisioterapia en la rehabilitación neurológica*. Elsevier España.
- Uniform Data System for Medical Rehabilitation. (1994). *Guía para el Conjunto de Datos Uniformes para la Rehabilitación Médica (FIM Adulto)*. Versión 4.0. Manual instructivo.

World Federation of Occupational Therapists. (2012). *About occupational therapy*.
<https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>

Anexo

A) Modelo de carta para presentar a la institución Centro de Rehabilitación y Fisiatría Madre Teresa para solicitar autorización de realización de investigación

S /D :

Estimado:

Remolins Sara Luz, DNI 39.869.287; alumna de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, de la Universidad Nacional de Mar del Plata, se encuentra realizando su tesis de grado en la cual se intentará identificar la percepción del equipo interdisciplinario y de los usuarios, sobre el grado de influencia de factores ambientales en el nivel de independencia funcional en AVD, durante el tiempo de internación de las personas con condiciones neurológicas. Por tal motivo, nos dirigimos a usted a fin de solicitarle su autorización para acceder a las personas con diagnóstico de lesión neurológica y los profesionales tratantes de las disciplinas de Terapia Ocupacional, Kinesiología, Neuro kinesiología, Fonoaudiología, Enfermería y Psicología, que concurren a la institución a la que usted representa a fin de administrarles un cuestionario cerrado que no demorará un tiempo mayor a 40 minutos. Se garantiza el anonimato y la confidencialidad de los datos; así como también evitar interferencias con las actividades desarrolladas en el establecimiento. Los días y horarios de las visitas quedarán sujetas a lo que usted considere. Los resultados de la investigación se darán a conocer una vez finalizada la misma.

Ante la espera de una pronta y favorable respuesta, lo saludo a usted muy Atte.



Remolins, Sara Luz

B) Consentimiento informado para participar en el estudio de investigación

TÍTULO DEL ESTUDIO:

Influencia de factores ambientales en la independencia funcional de adultos con condiciones neurológicas: Percepción de usuarios y profesionales del equipo terapéutico

INVESTIGADORA: Remolins Sara Luz, estudiante avanzada de Lic. en Terapia Ocupacional.
U.N.M.D.P.

OBJETIVO:

Identificar y comparar la percepción del equipo interdisciplinario y de los usuarios, sobre los factores ambientales que influyen en la independencia funcional en las actividades de la vida diaria, durante el tiempo de internación de las personas con condiciones neurológicas en el Centro de Rehabilitación y Fisiatría Madre Teresa, de la ciudad de Neuquén Capital.

PROCEDIMIENTOS:

Si consiento en participar sucederá lo siguiente:

1. Responderé a preguntas acerca del grado de influencia de determinados factores ambientales sobre la independencia con que realizo mis actividades cotidianas.
2. Este procedimiento representará 40 minutos aproximadamente.

CONFIDENCIALIDAD:

Toda información obtenida en este estudio será considerada confidencial y será usada sólo a efectos de investigación. Mi identidad será mantenida en el anonimato.

DERECHO A REHUSAR O ABANDONAR:

Mi participación en el estudio es enteramente voluntaria y soy libre de rehusar a tomar parte o a abandonar en cualquier momento.

CONSENTIMIENTO:

Consiento en participar en este estudio. He recibido una copia de este impreso y he tenido la oportunidad de leerlo y/o que me lo lean.

FIRMA.....FECHA.....FIRMA DEL INVESTIGADOR.....

C) Cuestionario a implementar para la recolección de datos

Influencia de factores ambientales en la independencia funcional de adultos con condiciones neurológicas: Percepción de usuarios y profesionales del equipo terapéutico Centro de Rehabilitación y Fisiatría Madre Teresa, año 2025.

Marque el rol que ocupa dentro de la institución: OUsuario

OProfesional (especificar disciplina):

Instrucciones: Por favor, marque una **única respuesta** que represente el grado de influencia que considera que tienen los factores ambientales en la independencia para realizar las actividades diarias. Utilice la siguiente escala: 1. Obstaculiza mucho, 2. Obstaculiza, 3. No influye, 4. Facilita y 5. Facilita mucho

¿Qué grado de influencia considera que tienen los siguientes factores ambientales para limitar o facilitar la capacidad para realizar cada actividad de manera independiente ?		Factores ambientales				
Actividades		Los horarios establecidos por la institución para realizar cada tarea	La cantidad de personal disponible para la ejecución o supervisión de cada tarea	La presencia de familiar o cuidador durante la actividad	La cantidad de insumos disponibles para el número de usuarios	El diseño y disposición del espacio
Alimentación	Incluye: usar los utensilios para cortar, tomar y llevar los alimentos a la boca, una vez que la comida se encuentra presente sobre la mesa.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.
Higiene y arreglo personal	Incluye: cepillarse los dientes, peinarse el cabello, lavarse las manos y cara, afeitarse o depilarse la cara, o aplicarse maquillaje.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.
Bañarse / ducharse	Incluye: lavarse, enjuagarse y secarse el cuerpo, tanto en la bañera ducha o baño con esponja en la cama.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.
Vestido y desvestido de tren superior	Incluye: vestir y desvestir la parte de arriba de la cintura, sacar la ropa del armario, colocar la ropa interior, prendas tipo pullover o con abertura al frente, manejo de cierres y botones y aplicar o quitar una prótesis u ortesis cuando corresponda.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.

Vestido y desvestido de tren inferior	Incluye: vestir y desvestir de la cintura para abajo, sacar la ropa del armario, colocar la ropa interior, pantalones, polleras, cinturón, medias y calzado; manejar cierres, abotonar, aplicar y quitar prótesis u ortesis cuando corresponda.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.
Uso de sanitarios	Incluye: la higiene perineal y el ajuste de la ropa antes y después de usar el servicio o dispositivo especial (chata, catafalco, etc.), y la colocación de pañal, paños higiénicos o tampones (si se necesita).	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.
Transferencia a la cama	Si camina, incluye que se aproxime, se siente y levante en una posición erguida de o desde una silla común o cama. Sí utiliza silla de ruedas, incluye que se acerque a una cama o silla, trabe los frenos, levante los apoyapiés, quite el apoyabrazos si es necesario, y efectúe un traslado erguido en forma de pivote o en forma deslizante y regrese.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.
Transferencia al baño	Incluye: todos los aspectos de la transferencia para sentarse sobre e incorporarse en o desde un inodoro. Mismas consideraciones si la persona camina o si se encuentra en una silla de ruedas.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.
Transferencia a la ducha	Incluye: entrar y salir de una ducha o bañera. Mismas consideraciones si la persona camina o si se encuentra en una silla de ruedas.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.
Movilidad funcional	Incluye: caminar un mínimo de 50 metros. Si no camina, incluye operar una silla de ruedas manual o a batería en forma independiente un mínimo de 50 metros, dar vueltas, maniobrar la silla hacia una mesa, cama o inodoro, maniobrar sobre alfombras y sobre marcos de puertas.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.	1.Obstaculiza mucho. 2.Obstaculiza 3.No influye. 4.Facilita. 5.Facilita mucho.

¡Muchas gracias por su colaboración!