

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

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

---

Licenciatura en Terapia Ocupacional

Tesis de Terapia Ocupacional

---

2003

# Función ocupacional de personas con diagnostico de cardiopatía isquémica

Elorriaga, Miriam Beatriz

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

---

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/825>

*Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository*

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.

**FUNCION OCUPACIONAL DE PERSONAS CON  
DIAGNOSTICO DE CARDIOPATIA ISQUEMICA**

***AUTORA***

***MIRIAM BEATRIZ ELORRIAGA***

**TESIS DE GRADO PARA LA  
LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA**

AÑO 2003

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Invent:	
2231	
Univers:	de Mar del Plata

## **INDICE**

	Pag.
Dirección y Asesoramiento.....	5
Introducción.....	6
Resumen.....	9
Tema, Problema .....	10
Objetivo General y Especificos.....	11
Variable de Estudio.....	12
CAPITULO 1.	
1.1 Estado actual de la Cuestión.....	20
CAPITULO 2.	
Marco Teorico	
2.1. Modelo de Ocupación Humana.....	29
2.2 Los subsistemas.....	31
2.3 Roles Internalizados.....	33
2.4 Influencias Ambientales en el Comportamiento Ocupacional.....	34
2.5 Contextos Ambientales del Comportamiento Ocupacional.....	38
2.6 Procesos Basicos de Inteacción.....	39
2.7 Los ciclos Benignos y Viciosos.....	41
2.8 Función y Disfunción Ocupacional.....	42
2.9 OPHI-II.....	44
3. Cardiopatía Isquémica.....	53
3.1 Síndromes Anginosos.....	53
3.2 Infarto Agudo de Miocardio.....	56

3.3 Miocardiopatía Isquémica Necrótica.....	57
3.4 muerte Súbita.....	59
3.5 Rehabilitación Cardiovascular.....	60
3.6 Programa de Rehabilitación Cardiovascular.....	64
3.7 Terapia Ocupacional en Rehabilitación cardiovascular.....	67
3.8 SPAD.N. Integrado.....	69
<b>CAPITULO 3</b>	
Material y Método	
3.1 Lugar, Tipo de Diseño, Población.....	72
3.2 Criterios de inclusión y exclusión.....	73
3.3 Administración de la Prueba.....	74
3.4 Análisis de los datos.....	75
<b>CAPITULO 4.</b>	
4.1 Resultados.....	77
<b>CAPITULO 5.</b>	
5.1 Discusión .....	100
5.1 Conclusión.....	108
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>110</b>

## APENDICE

Planilla de datos.....	114
Entrevista OPHI-II.....	116
Tabla de Resumen del OPHI-II.....	124
Clasificación del trabajo.....	125
Análisis de Correspondencias Múltiples.....	126
Firmas de Director, Co-Director y Tesista.....	147
Glosario.....	148

**AUTORA:**

T.O.ELORRIAGA, Miriam Beatriz

**DIRECTORA:**

LIC. T.O.MIRANDA, Claudia:

**CO-DIRECTOR:**

DR. TOTORELLA, Roberto

**ASESOR METODOLOGICO**

**Y EN ESTADISTICA:**

DRA. UBEDA, Clotilde

## **INTRODUCCION**

La elección del tema a investigar surge a partir de la experiencia clínica en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con diagnóstico de Cardiopatía isquémica, desde hace varios años me desempeño como Terapeuta Ocupacional del Programa de Rehabilitación Cardiovascular del Instituto Nacional de rehabilitación psicofísica del sur. En la actualidad no abunda demasiada bibliografía en el área de Terapia Ocupacional en Rehabilitación Cardiovascular, mi motivación fue buscar un marco conceptual desde Terapia Ocupacional y poder contribuir en la profundización del estudio de individuos que presentan especialmente diagnóstico de Cardiopatía Isquémica.

La Cardiopatía Coronaria sigue constituyendo un grave problema Sanitario y Social, a pesar de los logros que se fueron produciendo en medicina Cardiológica durante los últimos 30 años.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) ha sugerido la incorporación de la Rehabilitación Cardíaca dentro de los programas de salud, definiéndola como el conjunto de técnicas y procedimientos tendientes a restituir al máximo las funciones del paciente permitiéndole recuperar una vida familiar, Social, y profesional <sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Comité De Expertos de la OMS, .Rehabilitación después de las Enfermedades Cardiovasculares y con especial Atención en los países en desarrollo; Ginebra 1993; Informe n° 831.

En nuestro país, en noviembre de 2001, ha sido sancionada la ley 25501 que establece la prioridad sanitaria del control y prevención de las enfermedades Cardiovasculares en todo el territorio Nacional. Esta ley promueve el desarrollo de un Programa Nacional de Prevención orientado a reducir la morbimortalidad de causa coronaria y cerebrovascular. En unos de sus artículos se menciona la orientación del paciente con patología Cardiovascular y su grupo familiar. Este punto implica el reconocimiento de las medidas de rehabilitación Cardiovascular y prevención secundaria. En el paciente que ya ha sufrido el evento deben implementarse todas las medidas tendientes a reincorporarlo a una vida activa y productiva desde los puntos de vista social, laboral, económico y familiar. Extremar los esfuerzos para modificar conductas y estilos de vida perjudiciales que pudieran influir en el progreso de la enfermedad, resulta muy necesario dentro de un programa de Rehabilitación Cardíaca.

Rehabilitar significa volver a ser el mismo de antes o lo más parecido posible. Para esto, es necesario saber cómo era el paciente antes, hay casos en que la aptitud de la persona rehabilitada supera la que tenía antes de enfermarse. El programa de rehabilitación conduce a un cambio del estilo de vida y de la capacidad funcional para originar una clara mejoría en la Calidad de Vida. <sup>2</sup>

La AOTA (Asociación Americana de Terapia Ocupacional) sostiene que el objetivo de la Terapia Ocupacional es permitir a los individuos ganar independencia en áreas de Performance Ocupacional que incluyen actividades de la vida diaria, trabajo y ocio y define el término Performance Ocupacional, como "Es la habilidad de un individuo para realizar actividades de la vida diaria con un propósito determinado dentro de su medio y

---

<sup>2</sup> Piedro, R; Angelino, A y Saglieti; Juan ..Prevención y Rehabilitación Cardiovascular. Ed. Adventis. BS. AS. Argentina: 2002.. Pag. 11.

estar satisfecho con su desempeño, etapa de desarrollo y roles sociales”(AOTA.) Uniform Terminology-Pedretti, Pasguinelli, 1990).<sup>3</sup>

Considero de gran importancia la segunda versión de Occupational Performance History Interview OPHI-II. (Entrevista de la Historia del Desempeño Ocupacional), como instrumento de evaluación en individuos que presentan Cardiopatía isquémica ya que, brinda la oportunidad de ver como han cambiado las rutinas cotidianas, este cambio de rutina y función puede ser particularmente provechoso para comprender como una enfermedad, discapacidad u otro cambio en la vida ha hecho impacto en la vida ocupacional de una persona.

Los seres humanos participan en el trabajo, el juego y las tareas de la vida diaria, mantienen, refuerzan, conforman y modifican sus propias capacidades, creencias, disposiciones o inclinaciones, por lo que es importante comprender la historia de la vida del individuo.

La valoración de la entrevista de la historia del desempeño ocupacional (OPHI-II) brinda la posibilidad de conocer el nivel de funcionamiento ocupacional de los individuos que presentan diagnóstico de Cardiopatía Isquémica, la misma es considerada un instrumento valioso en el contexto de práctica contemporánea y proporciona las máximas estrategias para obtener y usar la información más importante para la intervención, identificando las áreas de disfunción ocupacional y prediciendo el potencial de rehabilitación de cada paciente.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Law, M.. Evaluation of Occupational Performance..Trombly, C.Occupational Therapy for Physical Disfuntion.4° Ed. Williams & Wilkins.U.S.A.1995.Cap.4.Pag.43..

<sup>4</sup> Gary Kielhofner; Mallison Trudy y otros..Manual del Usuario del OPHI-II; Entrevista de la Historia del Desempeño Ocupacional.Traducido por Instituto de Terapia Ocupacional.Mexico.1988..Pag. 14-15.

## **RESUMEN**

La entrevista de la Historia del Desempeño Ocupacional OPHI-II, basada en el modelo de ocupación Humana. Es un instrumento que mide a través de tres escalas, el grado en que una persona ha internalizado una Identidad Ocupacional; el grado en que una persona es capaz de mantener un patrón de comportamiento ocupacional y el grado del impacto del medio ambiente sobre la vida ocupacional del individuo.

El objetivo general planteado fue analizar el nivel de funcionamiento Ocupacional en personas que presentan diagnóstico de Cardiopatía Isquémica; para este fin se llevo a cabo un estudio exploratorio-descriptivo. La población quedó constituida por 31 pacientes que fueron entrevistados en este primer paso de la evaluación utilizando el Modelo de Ocupación Humana como marco conceptual de Terapia Ocupacional.

Se realizó un análisis univariado y de análisis factorial de correspondencias múltiples, seguido de una clasificación jerárquica, una partición en un número de clases óptimo, definiendo cuatro tipologías. El análisis de las mismas evidenció que el 48.5% de la población presentan algo de Disfunción Ocupacional, el 19% extrema Disfunción ocupacional que hace un total de 67,5% de la población estudiada con presencia de Disfunción Ocupacional en diversas áreas que conforman las variables estudiadas y se pudo observar que el área más afectada es la correspondiente al ambiente de Comportamiento ocupacional. Los criterios identificados en los individuos mayoritariamente con disfunción ocupacional: La enfermedad impacto en las metas y proyectos personales; en lo concerniente a las tareas del Principal Rol productivo; poco interes en actividades ocupacionales; dudas en la capacidad de auto-controlarse y poca organización de las rutinas diarias.

**TEMA**

FUNCION OCUPACIONAL DE PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE  
CARDIOPATIA ISQUEMICA

**PROBLEMA**

¿ CUÁL ES EL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL EN PERSONAS  
CON DIAGNOSTICO DE CARDIOPATIA ISQUEMICA, QUE CONCURREN AL  
PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIOVASCULAR DEL I.NA.RE.P.S.  
PERIODO ENERO 2001 A JUNIO 2002?

### **OBJETIVO GENERAL**

-Analizar el nivel de Funcionamiento Ocupacional en personas que presentan diagnóstico de Cardiopatía Isquémica que concurren al programa de rehabilitación cardiovascular del I.NA.RE.P.S. período enero 2001 a junio 2002.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Valorar la información de la entrevista (OPHI-II) en las tres escalas de:

Identidad Ocupacional

Competencia Ocupacional

Ambiente de Comportamiento Ocupacional

Conocer la tipología de los pacientes que presentan Cardiopatía Isquémica de acuerdo a sus características.

Identificar las áreas que necesitan mayor intervención por parte de la Terapeuta Ocupacional.

## **VARIABLE DE ESTUDIO**

Función Ocupacional de personas que presentan Cardiopatía Isquémica

### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE DE ESTUDIO**

La función Ocupacional es un proceso que representa estados óptimos de incentivo y compromiso con el ambiente ya que, comportamiento ocupacional hace referencia a los esfuerzos por mantener, contribuir productivamente con la sociedad y participar de los eventos recreativos de la cultura. Las personas son ocupacionalmente funcionales cuando satisfacen las expectativas y necesidades sociales con relación a la participación productiva y de tiempo libre, pueden dar expresión a la tendencia de explorar y dominar, de mantener y aumentar la causalidad personal, valorar intereses, roles, hábitos, destrezas y sus constituyentes por el contrario la disfunción ocupacional representa estrés y falta de compromiso con el ambiente, la persona no puede satisfacer las expectativas y demandas sociales de participación en actividades laborales y recreativas, la conducta no satisface la tendencia de explorar y dominar o amenaza con la ruptura de los componentes del sistema.

### **DEFINICION OPERACIONAL**

Es el proceso que lleva a captar tres constructos separados que pertenecen al funcionamiento ocupacional del individuo, acorde a los reactivos de cada constructo.

**ESCALA DE IDENTIDAD OCUPACIONAL:** Que incluye los ítems: Tener metas y proyectos personales; Identificar un estilo de vida ocupacional deseado; Esperar el éxito; Aceptar responsabilidades; Aprender habilidades y limitaciones; Poseer compromisos y valores; Reconocer identidades y obligaciones; Poseer intereses; Haberse sentido eficaz; Haber tenido sentido y satisfacción en su estilo de vida; haber tenido selecciones ocupacionales.

**ESCALA DE COMPETENCIA OCUPACIONAL:** Que incluye los siguientes ítems: Mantener un estilo de vida satisfactorio; Satisfacer expectativas de roles; Trabajar hacia las metas; Cubrir estándares de desempeño personal; Organizar el tiempo para cumplir responsabilidades; participar en intereses; Haber cumplido expectativas de roles pasados; Haber mantenido hábitos; haber logrado satisfacción en el pasado.

**AMBIENTE DE COMPORTAMIENTO OCUPACIONAL:** Incluye los siguientes ítems: formas ocupacionales de vida hogareña, formas ocupacionales del principal rol

productivo, formas ocupacionales de diversión; grupo social de vida hogareña; grupo social del principal rol productivo; grupo social de diversión; vida hogareña, espacio físico, objetos y recursos; principal rol productivo, espacio físico, objetos y recursos; diversión, espacio físico, objetos y recursos.

## **CATEGORIZACION DE LA VARIABLE**

### **FUNCION OCUPACIONAL**

#### **EXCEPCIONALMENTE COMPETENTE (4)**

Indica una función ocupacional  
Muy alta, el individuo mantiene  
En forma efectiva un patrón de  
Comportamiento productivo y  
Eficaz, en su contexto / ambiente  
En el cual se desempeña.

### **FUNCION OCUPACIONAL BUENA**

#### **APROPIADA, SATISFACTORIA (3)**

Indica un funcionamiento ocupacional  
bueno, el individuo man-  
tiene un comportamiento ocu-  
pacional productivo y satisfac-  
torio dentro de su contexto/am-  
biente en el cual se desempeña

## **ALGO DE DISFUNCION**

### **OCUPACIONAL (2)**

Se observa la presencia de algunos problemas en el funcionamiento ocupacional indica que la persona tiene dificultades en encontrar los requerimientos o demandas del ambiente / contexto.

## **EXTREMADA DISFUNCION**

### **OCUPACIONAL (1)**

El funcionamiento ocupacional es muy bajo, el individuo es incapaz de alcanzar un patrón de comportamiento ocupacional apropiado y satisfactorio dentro de su contexto / ambiente en el cual se desempeña

DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE

F  
U  
N  
C  
I  
O  
N

O  
C  
U  
P  
A  
C  
I  
O  
N  
A  
L

IDENTIDAD OCUPACIONAL

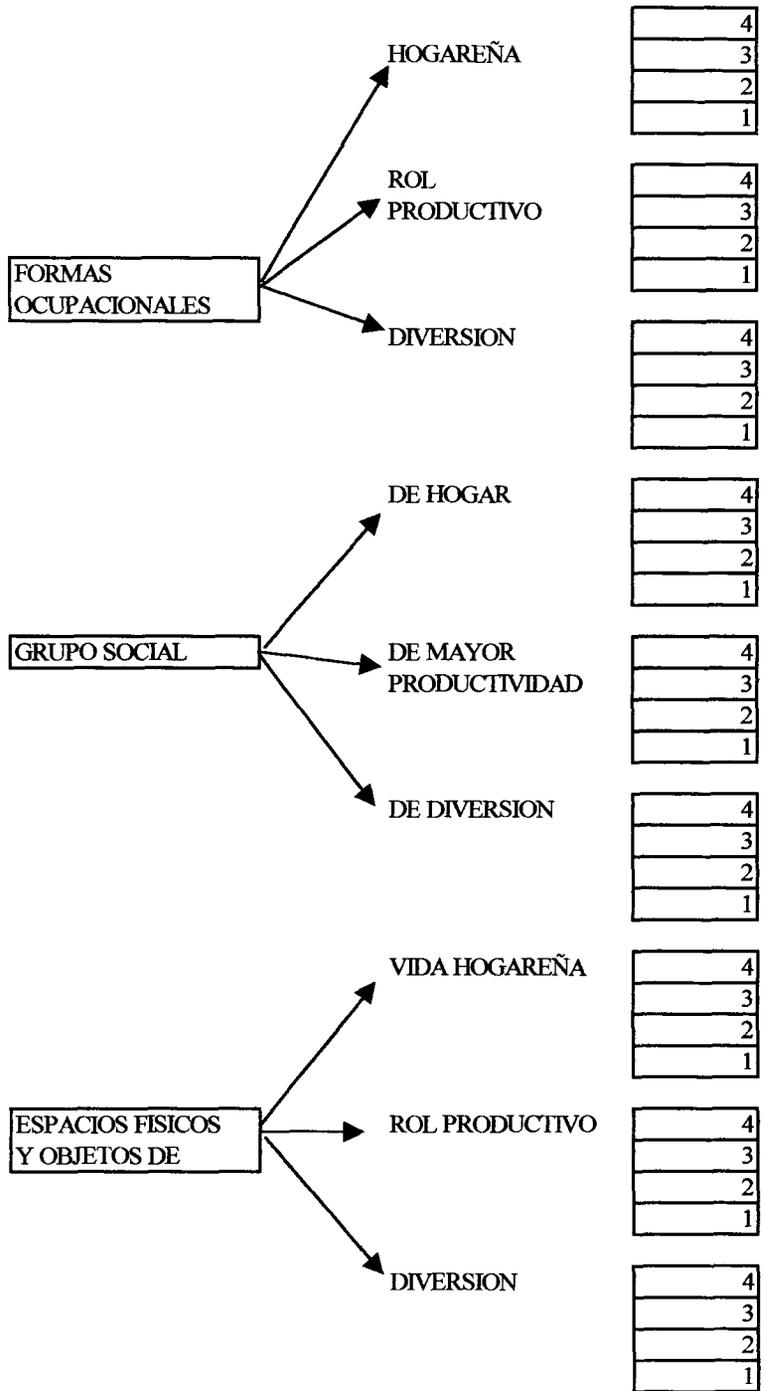
TENER METAS PERSONALES Y PROYECTOS	4
	3
	2
	1
IDENTIFICAR UN ESTILO DE VIDA OCUPACIONAL	4
	3
	2
	1
ESPERAR EL ÉXITO	4
	3
	2
	1
ACEPTAR RESPONSABILIDADES	4
	3
	2
	1
VALORAR HABILIDADES Y LIMITACIONES	4
	3
	2
	1
TENER COMPROMISOS Y VALORES	4
	3
	2
	1
RECONOCER OBLIGACIONES	4
	3
	2
	1
TENER INTERES	4
	3
	2
	1
HABERSE SENTIDO EFICAZ	4
	3
	2
	1
HABER TENIDO SATISFACCION EN SU ESTILO DE VIDA	4
	3
	2
	1
HABER TENIDO SELECCIONES OCUPACIONALES	4
	3
	2
	1

FUNCION OCUPACIONAL EN PERSONAS CON CARDIOPATIA ISQUEMICA

FUNCION OCUPACIONAL DE PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE CARDIOPATIA ISQUEMICA  
 ELORRIAGA, MIRIAM BEATRIZ

	MANTENER UN ESTILO DE VIDA SATISFACTORIO	<table border="1"> <tr><td>4</td></tr> <tr><td>3</td></tr> <tr><td>2</td></tr> <tr><td>1</td></tr> </table>	4	3	2	1
4						
3						
2						
1						
	SATISFACER EXPECTATIVAS DE LOS ROLES	<table border="1"> <tr><td>4</td></tr> <tr><td>3</td></tr> <tr><td>2</td></tr> <tr><td>1</td></tr> </table>	4	3	2	1
4						
3						
2						
1						
	TRABAJAR HACIA LAS METAS	<table border="1"> <tr><td>4</td></tr> <tr><td>3</td></tr> <tr><td>2</td></tr> <tr><td>1</td></tr> </table>	4	3	2	1
4						
3						
2						
1						
	CUMPLIR CON LOS ESTANDAR DE RENDIMIENTO PERSONAL	<table border="1"> <tr><td>4</td></tr> <tr><td>3</td></tr> <tr><td>2</td></tr> <tr><td>1</td></tr> </table>	4	3	2	1
4						
3						
2						
1						
COMPETENCIA OCUPACIONAL	ORGANIZAR SU TIEMPO PARA CUMPLIR RESPONSABILIDADES	<table border="1"> <tr><td>4</td></tr> <tr><td>3</td></tr> <tr><td>2</td></tr> <tr><td>1</td></tr> </table>	4	3	2	1
4						
3						
2						
1						
	PARTICIPAR EN INTERESES	<table border="1"> <tr><td>4</td></tr> <tr><td>3</td></tr> <tr><td>2</td></tr> <tr><td>1</td></tr> </table>	4	3	2	1
4						
3						
2						
1						
	HABER CUMPLIDO CON SUS ROLES	<table border="1"> <tr><td>4</td></tr> <tr><td>3</td></tr> <tr><td>2</td></tr> <tr><td>1</td></tr> </table>	4	3	2	1
4						
3						
2						
1						
	HABER MANTENIDO HABITOS	<table border="1"> <tr><td>4</td></tr> <tr><td>3</td></tr> <tr><td>2</td></tr> <tr><td>1</td></tr> </table>	4	3	2	1
4						
3						
2						
1						
	HABER LOGRADO SATISFACCION	<table border="1"> <tr><td>4</td></tr> <tr><td>3</td></tr> <tr><td>2</td></tr> <tr><td>1</td></tr> </table>	4	3	2	1
4						
3						
2						
1						

AMBIENTES DE COMPORTAMIENTO  
 OCUPACIONAL



*Capítulo 1*

***Estado actual  
de la  
Cuestion***

## **ESTADO ACTUAL DE LA CUESTION**

Las Enfermedades Cardiovasculares constituyen la causa principal de morbilidad y mortalidad en un gran número de países y la mayor frecuencia de presentación en sujetos jóvenes aptos de una completa capacidad laboral, por lo que es necesario que los profesionales dedicados a la salud trabajen tanto en la prevención primaria como secundaria y terciaria.

En la población Argentina la mortalidad Cardiovascular y cerebro vascular no ha cambiado en los últimos años y se mantiene como la principal causa de muerte, tampoco ha cambiado la presencia de los factores de riesgo coronario.

Bertolasi en su libro Cardiología 2000 hace referencia que, en la Argentina se han desarrollado trabajos dirigidos a reconocer la incidencia de los factores de riesgo en la población sana y en individuos portadores de una Cardiopatía Isquémica sin un seguimiento longitudinal posterior destacando la falta de programas de prevención y cuando, se analizan las causas de mortalidad agrega que se debe destacar los cambios desfavorables vinculados con los profundos cambios socioeconómicos que acontecen, lo que generan cambios en el estilo de vida de las personas y por ende alteración de la personalidad en los integrantes de la población. Se postula la existencia de una relación entre el nivel educacional y el riesgo de Cardiopatía Isquémica, pero aún no se la ha caracterizado con precisión, una compañía de seguros de Estados Unidos publicó curvas muy interesantes que señalan que en centenares de miles de individuos asegurados pertenecientes a clases socioeconómicas con menores recursos la mortalidad Cardiovascular es dos veces mayor

que la de los asegurados de estratos más elevados. En el estudio FRICAS realizado en la Argentina, las tendencias fueron semejantes a las mencionadas.

Existe una relación entre el estrés y la Cardiopatía Isquémica, en el estudio de Estocolmo que analizó los cambios producidos en el estilo de vida antes del infarto de miocardio; el número de casos fue insuficiente pero permitió advertir la presencia de modificaciones en los meses previos a la crisis coronaria aguda. Sobre esta investigación la Sociedad de Cardiología de Finlandia, en colaboración con la O.M.S, intento detectar “crisis vitales” antes del I.A.M. Los episodios se relacionaron con problemas de salud, laborales, familiares, personales y sociales; los resultados muestran “cambios de vida” en los meses que acontecen al IAM.<sup>5</sup>

En el año 1996 La Fundación Interamericana del Corazón. Informó acerca de estudios de morbilidad por enfermedad Cardiovascular en la Argentina, los cuales demostraron la alta prevalencia de factores de riesgo como la hiperlipidemias, exceso de peso, hipertensión arterial, diabetes y tabaco.<sup>6</sup>

En la actualidad existen muchas investigaciones en el área medica; en un estudio realizado en el Servicio de Rehabilitación Hospital “Joan XX III” de Tarragona en el año 1991 se llevo a cabo, con 120 pacientes que habían sufrido Infarto Agudo de Miocardio no complicado y edad media de 49,7 años, se compararon los resultados obtenidos en ergometrias realizadas a los 4-5 meses del infarto, entre los 90 pacientes que siguieron programa de rehabilitación Cardiaca controlada y 30, elegidos de forma randomizada, que no la realizaron, se observa que los pacientes que han seguido el programa de

---

<sup>5</sup> Bertolasi y Col..Cardiología 2000,tomo 3.Edit.Médica Panamericana.2000.Pag. 1919-1951.

<sup>6</sup> Informe de la Fundación Interamericana del Corazón.Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares en las Americas..1996.

rehabilitación tienen una mejoría significativa de la capacidad física con relación al grupo que no realiza Rehabilitación.<sup>7</sup>

En un análisis, que incluyó 54 investigaciones sobre ejercicio e incidencia de enfermedad coronaria realizado en 1987 por Powell, se resaltaron las siguientes conclusiones 1)El riesgo de desarrollar una enfermedad coronaria es un promedio, el doble para los sujetos con bajo nivel de ejercicio 2)La mayoría de los estudios mostró al sedentarismo como un factor independiente de otras variables de riesgo evaluadas 3)En el 75% de los estudios se demostró una relación inversa entre intensidad de ejercicio y riesgo 4)El efecto protector del ejercicio es similar cuando se compara la actividad recreativa con la laboral.<sup>8</sup>

En los últimos años son numerosos los estudios en Rehabilitación Cardiovascular, que establecen la incidencia de los factores de riesgo y características de personalidad en los programas de Rehabilitación.

Los Cardiólogos Roseman y Friedman en 1959, investigaron en pacientes que habían sufrido Infarto de Miocardio las características de personalidad que presentaban a las cuales denomina "Patrón de conductas tipo A". Estas se caracterizan por a) esfuerzo intenso y mantenido hacia el logro de objetivos auto seleccionados, por lo general, pobremente definidos; b) elevada inclinación hacia la competitividad; c) deseo persistente de reconocimiento y prestigio; D) constante implicación en múltiples y diversas actividades e) propensión habitual a la aceleración en la realización de actividades diversas f) extraordinario nivel de alerta físico y mental.<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> J.F.Santos, Andrés; J de Juan Montiel; J.J.Aguilar Naranjoy R., Claret, Arinany 1991. Rehabilitación Cardíaca y Capacidad Física después de un Infarto de Miocardio no complicado. Rehabilitación 252.

<sup>8</sup> Pierdo, R; Angelino, A y Saglietti, Juan.. Prevención y Rehabilitación Cardiovascular. Ed. Adventis. Argentina. 2002. Pag. 17.

<sup>9</sup> Friedman, H.S. Booth-Kewley, S. Personality, type a Behavior, an Coronary Heart Disease; The Rol of Emotional Expresión. J. Personal Social Psychology. 1987; Oct; 53(4) 783-792.

Abadal en 1999 considera que la incidencia de Infarto de Miocardio tiene relación con los papeles sociales y familiares que desempeñan los varones y las mujeres; los cuales son desfavorables para los varones. Los hábitos de vida insalubres, el trabajo y la competitividad, el estilo de comunicación y el tipo de personalidad, el soporte social, constituye lo que define la masculinidad y la feminidad.

Hay estudios también, que demuestran la acción beneficiosa de las hormonas femeninas sobre el sistema Cardiovascular.<sup>10</sup>

La revista Española de Cardiología publicada en 1989, hace referencia al efecto que se consigue al tercer mes después de haber sufrido Infarto de Miocardio en un programa de rehabilitación, observándose en forma considerable la capacidad máxima de esfuerzo y de VO<sub>2</sub>.<sup>11</sup>

Según publicaciones de la Sociedad Argentina de Cardiología en el año 1994, indica a que tanto la mortalidad como la morbilidad disminuyen significativamente en planes de Rehabilitación, alcanzando un 40% la cifra de disminución de eventos.<sup>12</sup>

En Francia se está investigando la ansiedad fóbica como otro factor de riesgo, y se señala que los pacientes que tienen una personalidad tipo A son proclives a ella el 42% de individuos que sufrieron Infartos de Miocardio mostraron una alta prevalencia de Agorafobia y fobia social, años antes de observarse la existencia de síntomas clínicos en grupos comparativos, se noto que los fóbicos eran proporcionalmente mayoritarios en relación con los grupos que no presentaban esos síntomas.

---

<sup>10</sup> Abadal, L.; Riesgo Cardiovascular en la Menopausia, Mito, Paradoja o Realidad; Importancia de la Observación Clínica frente a las Intervenciones de los datos estadísticos. Revista Española de Cardiología. 1999. Julio, vol.52.

<sup>11</sup> Maroto Montero; José Maria y Velasco Rami José Antonio. Rehabilitación Cardíaca y Prevención Secundaria de la Cardiopatía Isquémica. Revista Española de Cardiología. 1995 Vol.48.

<sup>12</sup> Sociedad Argentina de Cardiología. Normativas y bases para la Práctica de la Rehabilitación Cardíaca y Ergometría. 1994. Línea Cardiológica BAGO. Pag.43.

Hay un factor de riesgo poco mencionado en la literatura y es la actitud de los omnipotentes, de los que saben todo, son personas que siempre se sienten bien ya sea que pertenezcan al grupo de los sedentarios o los activos, que practiquen o no deportes, que fumen o ingieran alcohol en exceso, o sean no fumadores y abstemios. Los omnipotentes no se preocupan por su salud.<sup>13</sup>

En la búsqueda bibliográfica realizada en la Argentina y en el exterior no se encontró material específico de investigación sistemática que se haya realizado con respecto a la entrevista de la historia del desempeño ocupacional(OPHI-II) en personas que presenten diagnóstico de Cardiopatía Isquémica.

En un artículo de la American Journal Occupational Therapy en 1987, Use of leisure time by Cardiac Patients, hace referencia al estrés Psicológico como un factor de desarrollo de enfermedad cardiovascular, el estudio exploró las actividad de ocio y la variedad de actividades que caracterizan el tiempo libre.<sup>14</sup>

Desde el área de Enfermedades Cardiovasculares existen investigaciones presentadas en la Universidad Nacional de Mar del Plata; Argentina.

Tesis de Licenciatura en T.O. "Calidad de vida en pacientes pos Infarto de Miocardio", Iturria, Maria Angelica. año 1998. Universidad Nacional Mar del Plata. Evalúa la Calidad de vida en pacientes que sufrieron Infarto de Miocardio aplicando el cuestionario específico para pacientes Cardíacos de J.A.de Velasco y V.del Barrio.

Concluyendo que, dentro del área de capacidades funcionales los ítems más afectados son los de movilidad, tiempo de ocio y trabajo.

---

<sup>13</sup> Mogilevsky, R; Mogilevsky, I; Dorfsuman de Mogilevsky R Para Alejar el Infarto, 25 años e Rehabilitación de Cardíacos.2000.Ed.Intermédica.Pag.24.

<sup>14</sup> Fitts H, A; Howe Me. Use of Leisure time by Cardiac Patients. American Journal of Occupational Therapy.1987.Sep; 41(9) 583-9.

Tesis de Licenciatura en T.O. "Estilo de vida y enfermedad Cardiovascular". Arnes Alejandra y Laurito, Andrea. año 2000 U.N. Mar del Plata. Investigaron el estilo de vida y enfermedad cardiovascular determinando las características del estilo de vida de un grupo poblaciones y el nivel de información sobre la modificación de dichas características.

Tesis de Licenciatura Situación laboral actual de personas con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica", Olza, Cecilia. año 2001. U.N. Mar del Plata. El análisis de los datos sugiere que los pacientes ocupados son más jóvenes, realizan trabajos livianos, preferentemente por cuenta propia y tienen mayor nivel educacional.

Tesis de Licenciatura "Niñez, conductas y Factores de Riesgo de Enfermedades Cardiovasculares Inherentes al Estilo de Vida". Di Pace Maria Florencia; Doglioli, Carla, Andrea. Año 2001. U.N. Mar del Plata.

El objetivo fue identificar la asociación entre el nivel de información y actitud de los padres pertenecientes a diferentes ambientes socioeconómicos, acerca de las principales conductas y factores de riesgo de Enfermedad Cardiovascular y los hábitos de alimentación, consumo de tabaco y actividad física de sus hijos.

El marco conceptual del Modelo de Ocupación Humana (MOH) ha sido aplicado en varias tesis de investigación encontradas en la Universidad de Mar del Plata, y en el mundo ha sido ampliamente descrito su uso en pacientes Psiquiátricos y con invalidez física.

Los trabajos presentados en la Universidad de la ciudad de Mar del Plata encuadrados en el Modelo de Ocupación Humana hacen referencia a diferentes áreas y poblaciones de estudio, son los siguientes:

1) Tesis de Licenciatura en T.O. "Disfunción Ocupacional en personas privadas de libertad que asisten a los talleres de la unidad penal 15 de Batán". Tellechea, Mónica; Teruggi, Adriana. año 1995 Mar del Plata.

La presente investigación concluye que se observa una importante disfunción ocupacional, describiendo un mal funcionamiento en la relación entre las personas estudiadas y el ambiente.

2) Tesis de Licenciatura en T.O. "Estudio del rol de trabajador en personas con discapacidad auditiva". Bellingi, Carolina; Garcia Adriana. año 1998. Mar del Plata.

El objetivo fue conocer las características del rol de trabajador que asumen las personas sordas en edad laboral, realizando un análisis de los componentes del subsistema de volición; habituación y la influencia del ambiente. ,concluyendo que la causalidad personal; y roles son los más afectados y el ambiente interfiere en casi la mitad de las personas sordas en edad laboral.

3) Tesis de Licenciatura en T.O. "Análisis de las oportunidades que brinda el ambiente Institucional geriátrico desde T.O". Boiffer, María Nelli. Año 1999. Mar del Plata.

El objetivo de la investigación fue de identificar diferentes ambientes a fin de conocer las limitaciones institucionales y describir las oportunidades que brinda el ambiente para desempeñar ocupaciones. La interacción persona ambiente; con los objetos; con las tareas; con los grupos sociales; con la cultura y la interacción del trabajo y el juego.

4) Tesis de Licenciatura en T.O. "La función Ocupacional en el adolescente escolarizado". Martijena, Nidia. Año 1999. Mar del Plata.

La investigación llevada a cabo analiza la relación entre los factores del ambiente en los diferentes niveles de función ocupacional de los adolescentes que concurren a escuela estatal suburbana y la escuela privada.

- c) Tesis de Licenciatura en T.O. "Organización de los modelos teóricos de Terapia Ocupacional". Escobar, Aurora. año 1997. Universidad Nacional de Mar del Plata. Cabe destacar que esta tesis a diferencia de las mencionadas anteriormente, realiza un estudio clasificando y caracterizando los modelos teóricos según su naturaleza y describe los más relevantes según el área de intervención. lleva a cabo un análisis del modelo de Ocupación Humana caracterizando los supuestos, los instrumentos de evaluación, las estrategias de intervención, realizando crítica y análisis en la práctica del MOHO.

Se realizó una exhaustiva búsqueda bibliográfica en las bases de datos Lilacs y Medline y se solicitó material a la Asociación americana de Terapia Ocupacional (AOTA), de la información recibida no poseen trabajos de investigación que aborde la temática planteada desde el marco conceptual del Modelo de Ocupación Humana.

Mediante la utilización de INTERNET se realiza conexión con diferentes lugares del mundo y la no-existencia de publicaciones ha sido confirmada por el Dr. Kielhofner Gary, creador del marco conceptual del Modelo de Ocupación Humana, Universidad de Illinois. Chicago. U.S.A. quien sugiere una revisión bibliográfica a través de la página web del Modelo de Ocupación.

En la misma se encuentran publicaciones de investigaciones llevadas a cabo en el mundo utilizando el marco conceptual del MOHO y el OPHI-II en distintas patologías, no se encontró el uso de la entrevista del OPHI-II en personas con diagnóstico de enfermedad

cardiovascular.<sup>15</sup> En una publicación; The American Journal of Occupational Therapy se encontró la publicación del artículo “Psychometric Properties of the Second Version of the occupational Performance History Interview(OPHI-II)”.El estudio examina la validez de las escalas de Identidad Ocupacional, Competencia Ocupacional y Ambiente de Comportamiento Ocupacional, concluyendo que las tres escalas del OPHI-II son validas por edad (rango de 16 a 95 años), diferentes culturas y lengua, fue medida en forma efectiva en una amplia gama de personas y puede usarse sin un formal entrenamiento por parte del terapeuta, siendo de aplicación flexible según cada circunstancia del individuo. La escala de identidad Ocupacional fue diseñada para medir el grado en que la persona ha internalizado la identidad Ocupacional positiva; Tener valores, intereses y confianza, la variedad de roles, imagen ocupacional del tipo de vida que deseó. La Identidad Ocupacional y la Competencia Ocupacional incorporan ítems representando el pasado de la persona así como el presente. Los ítems del Ambiente de Comportamiento Ocupacional hacen referencia al presente y al impacto del medio ambiente en la vida Ocupacional de una persona.<sup>16</sup>

También me suscribo por medio de Internet al *MOHO LISTSERV*, a través del cual se envía y se recibe mensajes por medio de E-mail con Terapeutas Ocupacionales de todo el mundo; y no se encuentran profesionales investigando en el área cardiovascular.

---

<sup>15</sup> Pág. Web del Modelo de Ocupación Humana HTTP: //WWW. UIC.EDU/. AHP/OT/MOHO/ )

<sup>16</sup> Gary Kielhofner; Trudy mallison; Kirsty Forsyth; Fin-Shei Lai. Psychometric Properties of the Second Version of the Occupational Performance History Interview (OPHI-II),2001. vol. 55,number 3 Pag.260-267.

*capitulo 2*

***Marco Teorico***

### **MODELO DE OCUPACION HUMANA**

El modelo esta basado en la creencia de que la ocupación es un aspecto central de la experiencia humana.

Los conceptos de ocupación se organizan en un marco de referencias basado en la teoría general de sistemas, describiendo al ser humano como un sistema abierto y dentro de este sistema se integran conceptos específicos que explican y describen la ocupación humana.

Definida de la siguiente manera "Es todo comportamiento que es motivado por un impulso intrínseco y consciente de ser efectivo en el ambiente, con el objeto de cumplir con una serie de roles individuales que son formados por una tradición cultural, y aprendidos a través del proceso de socialización". Ambiente, mente y cuerpo, con concentración en la motivación y en factores ambientales del comportamiento son el punto de vista principal de la ocupación. La dignidad humana, la importancia de la ocupación para la función y el punto de vista holístico del ser humano, son los valores del paradigma de la ocupación.

El sistema representa al hombre y la interacción de éste con el ambiente conformando una red dinámica de relaciones inseparables.

Un sistema abierto es una composición de estructuras interrelacionadas; Funciones organizadas en un todo coherente que interactúan con el ambiente y que es capaz de mantenerse y cambiarse así mismo, el potencial de volverse más complejo es parte de la espontaneidad de éste sistema.

El modelo utiliza la teoría de los sistemas abiertos como marco de referencia para integrar

conceptos que explican el comportamiento ocupacional en los seres humanos. Da cuenta de varios aspectos de la actividad humana y explica que manera las persona son capaces de desempeñarse en el trabajo, juego y actividades de la vida diaria, y como estas ocupaciones se organizan en rutinas cotidianas.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> De Las Heras Carmen Gloria de Pablo."Rehabilitación y Vida, Modelo de Ocupación Humana". Traducido por Reencuentros "Model of Human Occupation". Gary Kielhofner, FAOTA. 1995. Pag. 22-24.

## **LOS SUBSISTEMAS**

Los subsistemas son entidades funcionales que tienen su propia estructura y función y todos los subsistemas interactúan entre sí.

**SUBSISTEMA VOLITIVO:** Esta compuesto por una fuente de energía es un impulso de exploración y dominio hace referencia a la necesidad humana de explorar el entorno y de lograr dominio sobre los cometidos y el curso de su vida proporcionando la energía para participar en ocupaciones, la elección en como se decide participar en ocupaciones también esta influenciada por las imágenes internas que el individuo tiene sobre sí mismo. Las imágenes o representaciones internas que influyen en este subsistema son: auto eficacia, valores e intereses.

El patrón individual que posee cada persona influirá sobre las decisiones que tomará, sin embargo los intereses serán funcionales cuando se es capaz de realizar esas actividades que interesan. Las personas que no pueden discriminar sus intereses tienen dificultades para tomar decisiones sobre en que se ocuparán o mostrar una falta de equilibrio en la vida diaria, como por ejemplo si esta centrado exclusivamente alrededor del rol de trabajador.<sup>18</sup>

**SUBSISTEMA DE HABITUACION:** El subsistema de habituación organiza el comportamiento dentro de patrones o rutinas, consolidando las elecciones habituales del subsistema de volición y las integra dentro de patrones predecibles, para describirlo se utilizan dos conceptos: Hábitos y roles.

---

<sup>18</sup> Gary Kielhofner. "A Model of Human Occupation" Theory and Application. Second Edition. Edit. Williams & Wilkins. 1995. Cap.4. "Volition Subsisten".

Los roles son representaciones que las personas tienen sobre la posición que ocupan en diversos grupos sociales y las obligaciones que ésta implica, el equilibrio de rol es logrado en la medida que las personas integran de forma adecuada sus roles en un patrón de vida; por lo que podemos encontrar dificultades cuando los individuos no desempeñan roles que les proporcione un sentido de identidad y guíen su comportamiento, o cuando no interiorizan expectativas de rol adecuadas y finalmente cuando experimentan conflicto de rol o sobrecarga de roles.

**SUBSISTEMA DE DESEMPEÑO:** Es el responsable de la producción de comportamientos ocupacionales. Está formado por capacidades y por los componentes de éstas. Se encuentra integrado por imágenes, estructura biológica y procesos organizados en destrezas y usados para producir comportamientos con propósito.

Los hábitos y roles solo se pueden construir sobre las destrezas preexistentes disponibles para ser organizadas en patrones o rutinas de comportamiento.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Gary Kielhofner. A Model of Human Occupation: Theory and Application. Third Edition. Ed. Williams & Wilkins; "introduction to the model of Human Occupation" ..2002. Cap. 1. Pag. 25.

### **ROLES INTERNALIZADOS**

La mayoría de nuestro comportamiento ocupacional se realiza como cónyuge, padre, trabajador, estudiante y así sucesivamente. El fenómeno de los roles en la vida social ha sido tema de amplias teorizaciones en las ciencias sociales. La teoría del rol aborda dos problemas fundamentales (Katz & Kahn, 1966). El primero es cómo se mantienen los sistemas sociales. El segundo es cómo los individuos aprenden y logran comportarse como miembros de la sociedad. En respuesta al primero la teoría del rol ve al rol como la unidad fundamental de los grupos sociales (Turner, 1962). Esto es como conceptualiza las organizaciones sociales como compuestas de roles antes que por personas, afirmando que los patrones de organización que constituyen los sistemas sociales dependen de un número de status definidos y comportamientos relacionados que constituyen una organización social. En respuesta al segundo problema de cómo las personas logran producir el comportamiento social apropiado, la teoría de los roles sostiene la opinión de que las personas adquieren y aprenden los roles (Fein, 1990). A través de la interacción con otros posiblemente antes, y al entrar en el rol, uno aprende una identidad, un punto de vista, y una manera de comportarse que son propios al rol. Con este aprendizaje una persona internaliza el rol. Los roles influyen un círculo completo de comportamiento ocupacional que constituye la vida diaria.

La manera típica de las personas de desempeñar los hábitos hace referencia a la estructuración temporal del comportamiento.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Gary Kielhofne. "A Model of Human Occupation" Theory and Application. Second Edition. Ed. Williams & Wilkins. "Habituation Subsisten". 1995. Cap. 5.

## **INFLUENCIAS AMBIENTALES EN EL** **COMPORTAMIENTO OCUPACIONAL**

El ambiente es conceptualizado como el conjunto de espacios, objetos, formas ocupacionales y grupos sociales que cohesionan y constituyen un contexto significativo para desempeñar ocupaciones, siendo poseedor de dimensiones físicas y sociales.

La primera dimensión se refiere al ambiente material, que incluye los espacios y objetos naturales y Artificiales.

Gary kielhofner se refiere a las formas ocupacionales como: "ciencias de acción obligadas por la costumbre que son a la vez coherente, orientadas hacia un fin, sustentadas en el conocimiento colectivo, culturalmente reconocibles, y nombradas". Siempre tienen una finalidad reconocible, aún cuando esta sea simplemente experimentar el comportamiento, como en el caso de bailar o dar un paseo, son pautadas por la costumbre por cuanto la convicción cultural define una manera típica o correcta de llevarlas a cabo.

Lo que determina la similitud entre mi comportamiento el año pasado y lo que probablemente sea el año próximo no es tanto un asunto del "yo" como de los campos de fuerzas sociales en los que ese "yo" se mueve. Es decir, que habiendo adquirido un repertorio de comportamientos, maximizo su utilidad adaptativa buscando lo familiar y evitando lo desconocido en el mundo social que me rodea. Cuando los ambientes demandan requieren o convocan comportamientos específicos con contundencia.

Los ambientes que demandan comportamientos que se encuentran al límite de las capacidades de una persona tienden a evocar compromiso, concentración y máxima rendimiento. Por

otra parte cuando los ambientes demandan comportamientos bien por debajo de las capacidades, pueden evocar aburrimiento y desinterés. Csikszentmihalyi(1990)señala que cuando el ambiente desafía o demanda que un individuo se desempeñe en su máximo nivel, tienen lugar estados óptimos de bienestar en la acción que la llama “fluir”. Es solo cuando la demanda es muy alta que la persona puede sentirse muy ansiosa, abrumada, o desesperanzada, según lo indica Kiernat(1983,p.6)”La falta de demanda ambiental resulta en el tipo de afecto y comportamiento negativo que se observa en la deprivación sensorial”. Sin embargo es importante recordar que lo que el ambiente facilita y demanda depende en gran medida de la mirada del observador, la influencia del ambiente sobre la persona dependerá de los valores, intereses, causalidad personal, roles hábitos y habilidades de desempeño con que la persona cuente en ese momento. El comprender cómo el ambiente contribuye en la manera en que elegimos, organizamos y representamos nuestras ocupaciones es importante para ver y recoger información sobre el funcionamiento ocupacional de las personas es decir sí queremos entender el comportamiento ocupacional de cualquier persona, debemos también entender el ambiente en que tiene lugar dicho comportamiento debe ser valorado, ya que la función o disfunción ocupacional, refleja la historia de interacciones ambientales del individuo.

El proceso de elegir: A lo largo de la vida las personas eligen explorar y dominar sus alrededores, esta decisión refleja una combinación de factores y circunstancias. Los componentes de la volición, en conjunto, influyen en la forma que las personas llevan a la acción el impulso innato de la exploración y el dominio del medio ambiente. La causalidad personal influye en el grado de desafío que espera encontrar en el ambiente, mientras que los valores e intereses determinan cual será el ambiente que prefiere la

persona. El entorno ambiental se conceptualiza a partir de cuatro componentes: a) los objetos, materiales y artefactos de la vida cotidiana. b) las tareas, proyectos o actividades que incluyen tiempo libre, trabajo y actividades de la vida diaria y que determinan el uso de los objetos. C) las organizaciones y grupos sociales, que proponen ciertos roles. D) la cultura que, consiste en las creencias que unen y gobiernan las acciones de los grupos. Estos componentes influyen en la decisión de permanecer en el ambiente y el siguiente desempeño en este medio.

### **EL ROL DE LA CULTURA**

La cultura interpreta y configura tanto el ambiente físico como el social (Altman & Chemers, 1980.) La cultura consiste en las creencias y percepciones, valores y normas, costumbres y comportamientos que un grupo o sociedad comparte, y que son transmitidos de una generación a la siguiente por medio de la educación formal y no-formal (Altman & Chemers, Rapport, 1980.)

En la mayoría de las culturas existe también una variedad de subcultura, estas muestran diferencias con la cultura dominante, y en particular influyen en la organización de diversos grupos. El impacto de la cultura no es necesariamente una única fuerza homogénea. Pueden representar la combinación de numerosas fuentes diferentes de influencia cultural dependiendo de la variedad de ambientes en que una persona se desempeña.

La cultura no solo impregna el ambiente, sino que también está internalizada en la organización del sistema humano. Los valores de una persona, su sentido de competencia,

sus roles internalizados y sus hábitos, todos son reflejos de la pertenencia de esa persona a una cultura y subcultura específicas (representadas por el lugar de trabajo, el barrio, y otros entornos.)

Las influencias del ambiente en el comportamiento ocupacional provienen de dos fuentes, los grupos sociales y las formas ocupacionales. En la vida cotidiana estos dos aspectos del mundo social están estrechamente entrelazados e imbuidos con los elementos de la cultura, está determina qué grupos están disponibles y son valiosos para la persona así como también las formas ocupacionales que desempeñaran cuando sean miembros.

## **CONTEXTOS AMBIENTALES DEL COMPORTAMIENTO OCUPACIONAL**

Una combinación de espacios, objetos, formas ocupacionales y grupos sociales coherentes que constituyen un contexto significativo para el desempeño ocupacional son:

**HOGAR:** Es el lugar donde uno interactúa con aquellos que son parte de la propia red social en un momento dado. Con frecuencia el lugar donde uno lleva a cabo una amplia gama de formas ocupacionales (autocuidado, interacción con la familia y los amigos, esparcimiento).

**VECINDARIO:** las inmediaciones del hogar, incluyendo los espacios verdes, las otras casas y los comercios.

**ESCUELA / LUGAR DE TRABAJO:** El rol de estudiante y las formas ocupacionales de la escuela están claramente estandarizadas. Los lugares de trabajo se caracterizan por los objetos que se usan en el curso del trabajo.

**LUGARES DE REUNIÓN Y RECREACIÓN:** Fácilmente accesibles, familiares y confortables, son los lugares donde los individuos encuentran oportunidades de renovarse, escapar de las presiones de la vida, disfrutar de la camaradería, y reconectarse con la comunidad más amplia.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Gary Kielhofner. A Model of Human Occupation: Theory and Application. Second Edition "The Influence of the Environment on Occupation". Ed. Williams & Wilkins. 1995. Cap. 7.

## PROCESOS BASICOS DE INTERACCION

A través del proceso básico denominado ciclo que incluye los siguientes procesos:

INTAKE

TROUGHPUT

OUTPUT

El sistema abierto interactúa con el ambiente a través del ciclo, la información del ambiente entra al sistema, lo cambia, resulta en nuevos outputs y trae nueva información al sistema vía feedback.

INTAKE: A través de este proceso el sistema abierto incorpora información del ambiente.

El sistema abierto posee una propiedad básica que es el cambiar y reorganizarse basándose en nueva información.

TROUGHPUT:: Es el proceso por el cual el sistema transforma lo que ha incorporado, el sistema no solo organiza sus estructuras existentes para la ejecución, sino que se reorganiza, según las demandas ambientales para nuevos outputs; ajustando las creaciones internas del sistema (su estructura), y hacer posible los cambios en los outputs futuros del sistema función.

OUTPUT: Es la acción, es decir el comportamiento ocupacional.

Feedback: es un circuito de retroalimentación y forma una conexión entre la salida y la entrada completando el ciclo del sistema.

De esta forma el intake, troughput, output y feedback, unen la continúa organización del sistema a las demandas del ambiente externo.

Puesto que es la propia acción del sistema o output lo que genera nueva información para el cambio, el sistema abierto ha sido denominado AUTOTRANSFORMANTE. La cual es siempre direccional

El cambio direccional de un sistema ha sido denominado TRAYECTORIA.

Esta trayectoria de cambio es influenciada por dos importantes factores: las características internas del sistema que favorecen su intake; y la relación del sistema con el ambiente.

### **LOS CICLOS BENIGNOS Y VICIOSOS**

Los ciclos benignos y viciosos incluyen las creencias internas, los éxitos y fracasos externos y los objetivos.

Toda adaptación incluye la relación entre los requisitos del ambiente y la propia satisfacción. De esta forma, el ciclo benigno beneficiará tanto al sistema como al ambiente. Si alguno de los dos no está satisfecho, significa que se encuentran en un círculo vicioso.

Los ciclos viciosos pueden comenzar desde el nacimiento precipitados por una discapacidad se pueden desarrollar también lentamente como el resultado de las interacciones con el medio ambiente.

Los ciclos viciosos existen donde sea que los requerimientos del sistema a satisfacer el impulso de exploración y dominio del mundo no pueden ser realizados y/o donde las demandas del ambiente no son cumplidas.

## **FUNCION Y DISFUNCION OCUPACIONAL**

El sistema abierto no solo enfatiza la importancia de la función como un criterio de salud, sino también permite considerar la manera en que un sistema puede continuar funcionando a pesar de que exista un daño en sus partes.

Se ha propuesto el concepto de adaptación como una forma de visualizar el bienestar individual. Este es más amplio que el concepto tradicional de salud, e incorpora una visión de los seres humanos como sistema abiertos.

Una persona es considerada adaptativa cuando es capaz de satisfacer los desafíos, expectativas y oportunidades del ambiente; y cuando se comporta de tal forma que mantenga y mejore los potenciales e integridad personal.

Las personas son funcionales ocupacionalmente cuando:

1-actúan de tal forma que satisfacen las expectativas de la sociedad y las necesidades de participación productiva y placentera.

2-Actúan de forma tal que permiten la expresión de la exploración y el dominio, la mantención y mejoría de la causalidad personal, valores, intereses, roles, hábitos, destrezas y sus constituyentes.

Por el contrario, una persona es disfuncional ocupacionalmente cuando:

1-Las demandas y expectativas sociales para una participación productiva y placentera no son satisfechas.

2-Cuando el comportamiento no satisface la tendencia para explorar y dominar, o cuando aumenta la alteración de los componentes del sistema.

La persona también exhibe grados de funcionamiento ocupacional adaptativo o desadaptativo. El logro, la competencia y la exploración representan niveles de función ocupacional. La ineficacia, la incompetencia y la dependencia son niveles de disfunción ocupacional. Además se debe considerar que cualquier comportamiento de un individuo puede incluir rasgos de más de un nivel.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> De las Heras Carmen Gloria de Pablo "Rehabilitación y Vida, modelo de Ocupación Humana". Traducido por Reencuentros. Model of Human Occupation". Gary Kielhofner ;. Función y Disfunción Ocupacional..1985. Cap.5.

## **OPHI-II**

Las revisiones del Modelo de Ocupación Humana son una influencia final e importante sobre el OPHI –II, entrevista de la historia del desempeño ocupacional (segunda versión). Los resultados acumulativos del OPHI original que fue diseñado sin relación explícita con conceptos teóricos a fin de ser compatible con diferentes teorías de Terapia Ocupacional y posteriormente, esfuerzos sucesivos vincularon más claramente el OPHI con nociones teóricas específicas.

Con la incorporación del análisis de Rasch al estudio del OPHI, el significado de la teoría en la construcción de la escala llega a ser todavía más importante y la confirmación de que el medio ambiente influye sobre el comportamiento ocupacional de la persona. Esto es captado por la segunda versión del OPHI-II Entrevista de la historia del desempeño ocupacional, para ser usada en la evaluación en Terapia Ocupacional. La misma suministra información cuantitativa y cualitativa acerca de la adaptación ocupacional de las personas.

La entrevista es semiestructurada y esta enfocada a captar la historia de toda la vida de la persona anotando los cambios y transiciones importantes y discerniendo acerca de hacia donde parece encaminada la vida del cliente.

El OPHI-II refleja las nuevas perspectivas y conceptos actuales del Modelo de Ocupación Humana como se presenta en la segunda edición de A Model Of Human Occupation Theory and Practice (Kielhofner, 1995.) Este instrumento actual consiste de:

- Una entrevista semiestructurada.
- Escala para calificar la información obtenida en la entrevista

-Un formato para registrar datos cualitativos(es decir narrativos)

La entrevista esta diseñada para reunir los datos esenciales sobre la historia de la vida Ocupacional del paciente, se encuentra organizada en las siguientes áreas temáticas:

Elección de Actividad / ocupación

Eventos Críticos en la vida

Rutina Diaria

Roles Ocupacionales

Ambientes de Comportamiento Ocupacional

Es una entrevista muy flexible, se puede avanzar o retroceder entre las áreas temáticas.

La segunda parte del OPHI-II lo conforman tres escalas de calificación estas son:

Escala de Identidad Ocupacional

Escala de Competencia Ocupacional

Escala de Ambientes de comportamiento ocupacional

La Identidad Ocupacional mide el grado al cual una persona ha internalizado una identidad ocupacional positiva, es decir poseer valores, intereses, confianza y también considerarse en varias funciones ocupacionales y tener una imagen del tipo de vida que desea.

La Competencia Ocupacional mide el grado al que una persona es capaz de mantener un patrón de comportamiento ocupacional que sea productivo y satisfactorio.

Los ambientes de comportamiento ocupacional miden el impacto del medio ambiente sobre la vida ocupacional del paciente.

Los seres humanos adquirimos y manifestamos patrones repetidos de comportamiento ocupacional que forma gran parte de nuestra vida cotidiana. Estos patrones están regulados

por hábitos y funciones por lo que al proceso de adquirir y repetir estos patrones de comportamiento ocupacional se le conoce como habituación.

Los hábitos permiten que el comportamiento se desarrolle de manera automática, preservando el modo, inclinaciones, por lo que es importante comprender la historia de la vida. Las elecciones que las personas hacen para actuar son consideradas como una función del subsistema de Volición, que esta conformado por los valores, causalidad personal e intereses los cuales se encuentran interrelacionados y juntos constituyen nuestros sentimientos, pensamientos y decisiones acerca de participar en las ocupaciones. La Causalidad Personal se refiere, a lo que las personas creen sobre su efectividad e incluye el conocimiento de la aptitud, advertencia de y actitud hacia el propio presente y capacidades potenciales; también incluye el sentido de eficacia es decir la percepción de sí uno controla su propia conducta y como lo hace y si se logra los resultados de comportamiento deseados. Los Valores hacen referencia a lo que la persona ve como lo que vale la pena hacer, como cree uno que se debería desempeñar y que metas o aspiraciones poseen. Esto incluye convicciones personales, la propia manera de ver la vida y compromisos, que son fuertes disposiciones emocionales, se puede percibir cual es la forma correcta de comportamiento.

Los Intereses reflejan tanto disposiciones naturales como gustos adquiridos, están conformados por la disposición para disfrutar ciertas ocupaciones o ciertos aspectos de desempeño y la preferencia que es el conocimiento de que uno disfruta modos concretos de desempeño o ciertas actividades más que otras.

La volición lleva a la persona a seleccionar muchas de las actividades ocupacionales que

llenar sus días. La decisión de leer un libro, ir de paseo con un amigo, estudiar, hacer galletas, o ir de compras son ejemplos de elecciones de actividad. Los individuos también convierten a ciertas ocupaciones en parte extendida o permanente de sus vidas por ejemplo cuando se elige entrar a una nueva función, adquirir un nuevo hábito o emprender un proyecto.

El modelo argumenta que las personas integran su pasado, presente y futuro en un todo coherente a través de biografías personales conocidas como narraciones volitivas

El comportamiento ocupacional también refleja la función que uno ha internalizado; los roles que uno juega también crean expectativas de ciertos tipos de desempeño ocupacional, y la competencia depende de poder satisfacer esas expectativas razonablemente.

### **SISTEMA DE CALIFICACION**

El OPHI-II tiene tres escalas de evaluación separadas pero relacionadas: Identidad Ocupacional, Competencia Ocupacional y ambiente de comportamiento ocupacional, para la valoración de las cuales se utiliza un sistema de 4 puntos:

**4-FUNCION OCUPACIONAL EXCEPCIONALMENTE COMPETENTE**

**3-FUNCION OCUPACIONAL BUENA, APROPIADA, SATISFACTOR**

**2-ALGO DE DISFUNCION OCUPACIONAL**

**1-EXTREMADA DISFUNCION OCUPACIONAL**

Para llevar a cabo una calificación primero se debe comenzar por mirar la columna de los criterios, una vez que el criterio apropiado ha sido marcado, se pasa al rango de la escala de puntos para señalarlo. Las calificaciones de 1 y 4 representan los extremos de funcionamiento ocupacional de una persona, consecuentemente pocas personas reciben calificación de 4, en general una persona promedio que funcione adecuadamente en su vida, recibirá calificaciones de 3, pocas de 4 posiblemente algunas de 2. La mayoría de los individuos que experimentan una disfunción ocupacional no reciben calificación de 1 a lo largo de todos los reactivos, dado que el OPHI-II mide un rango amplio de funcionamiento ocupacional en un devenir continuo.

Por ejemplo, para la escala de identidad ocupacional, el reactivo "Identificar un estilo de vida ocupacional", puede ser posible poner marcas junto a los criterios que sugieren el rango 2 o 3, podemos observar que se pueden marcar criterios que implican funcionamiento ocupacional adecuado y también marcar algunas aseveraciones del criterio

funcionamiento ocupacional deteriorados el terapeuta confía en el rango 3, como representativo del funcionamiento ocupacional de la persona, entonces debe marcarse el rango 3. Si el terapeuta esta indeciso entre el rango 2 o 3, el más bajo de los dos debe marcarse.

ITEM	CALIF	CRITERIOS
IDENTIFICA UN ESTILO DE VIDA OCUPACIONAL DESEADO	4	<input type="checkbox"/> Extremadamente comprometido con un estilo de vida <input type="checkbox"/> Fuertes sentimientos acerca de cómo vive <input type="checkbox"/> Tiene un fuerte estilo de vida preferido <input type="checkbox"/> Identifica una o varias labores significativas <input type="checkbox"/> Tiene ideas claras acerca de las prioridades para estructurar / o ocupar su tiempo
	3	<input type="checkbox"/> Identifica un estilo deseado de vida con algunas dudas /insatisfacciones <input type="checkbox"/> Tiene ideas claras acerca de las prioridades para estructurar / ocupar su tiempo <input checked="" type="checkbox"/> Identifica una o más ocupaciones importantes / significativas
		<input type="checkbox"/> Tiene problemas en identificar el tipo de estilo de vida ocupacional que desea <input type="checkbox"/> Fuertes dudas /insatisfacciones con la actividad ocupacional que desempeña

2	<input type="checkbox"/>   <input checked="" type="checkbox"/>	<p>Se le dificulta identificar como estructurar llenar el tiempo</p> <p>Identifica una o más ocupaciones que son de alguna forma importante / significativas</p>
1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Extremadamente infeliz con su estilo de vida / rutina</p> <p>No puede identificar un estilo de vida significativo</p> <p>No puede identificar ocupaciones que le emocionen / llenen</p> <p>No puede visualizar como estructurar /llenar su tiempo</p>

Puede pasar que ninguno de los criterios establecidos da una imagen del funcionamiento ocupacional del individuo; el terapeuta debe escribirlo en la sección de comentarios, él por que se dio tal calificación, y escribir brevemente el criterio adicional usado. Los reactivos y calificaciones están ordenados de los más difíciles a los más fáciles. Los criterios sirven para proporcionar ayuda al terapeuta para un mejor enfoque en la tarea de calificar. Es importante la información descriptiva del paciente y él por que y el cómo una calificación en particular se ha hecho.

Un aspecto importante al hacer la calificación es que el terapeuta debe hacer un juicio acerca de lo que es adaptativo dentro de la cultura y otros contextos pertinentes a los cuales el individuo pertenece. El terapeuta debe obtener a través de la entrevista una apreciación de las perspectivas culturales que influyen en las formas individuales de ver la vida.<sup>22</sup>

Gary Kielhofner en su publicación “putting Theory into practice”. chapter 20. Explica como el terapeuta puede usar la información y compartir con el individuo la conceptualización de la adaptación de la persona en los diferentes niveles de la escala, no siempre es posible

<sup>22</sup> Gary Kielhofner, Mallison Trudy; Crawford, Carrie Novak, Mika; Regby Matt, Henry Alexis, Walens de Borah, Manual del Usuario del OPHI-Entrevista de la Historia del desempeño Ocupacional (versión II. Traducido por Instituto de Terapia Ocupacional. 1988. Mexico.

compartir todos los detalles de la conceptualización del terapeuta por lo que hay que ser cuidadoso con la condición del individuo de poder entender y con su nivel de causalidad que posee, debido a que pueden aceptar o rechazar la opinión del terapeuta.

En la investigación se llevo a cabo una vez analizada cada entrevista una sesión con los pacientes destinada a compartir determinada información, el resultado fue óptimo a excepción de dos pacientes que se mantuvo una sesión muy sencilla, sin profundización de la información, debido a su baja causalidad. Favoreció el conocimiento acerca del paciente debido a la cantidad de sesiones(2 a 3) mantenidas para efectuar la entrevista del OPHI-II y los datos recogidos del equipo interdisciplinario donde el paciente concurre a tratamiento.<sup>23</sup>

También se tuvo en cuenta la información que proporciono Mst Carmen Gloria de Las Heras, quien se refiere a la entrevista del OPH-II, refiriendo de la misma que posee validez intracultural.

Las propiedades Psicométricas de la segunda versión de la entrevista del desempeño ocupacional (OPHI-II) Se llevo a cabo con el objetivo de examinar la validación de las tres escalas del OPHI-II y sí se podrían diferenciar eficazmente los diferentes niveles de adaptación de las personas, utilizando como método el análisis de 249 individuos de ocho

---

<sup>23</sup> Kielhofner Gary, Forsyth Kirsty "Putting Theory into Practice" Chapter 20. Reference:  
<http://WWW.U.I.C.EDU/AHJO/OT/MOHOC/Reference List2002>.

países, con seis lenguas diferentes como resultado obtenido los ítems de cada escala midieron y validaron al 90% de los individuos efizcamente, las variaciones que se encontraron fue por nacionalidad, cultura, edad diagnóstico.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Kielhofner Gary, Mallison Trudy, Forsyth Kirsty, Fin-Sshei Lai, Psychometric Properties of the Second Version of the Occupational Performance History Interview OPHI-II).2001 vol. 55,number 3.The American Journal of Occupational Therapy.

## **CARDIOPATIA ISQUEMICA**

La Cardiopatía Isquémica es la causa principal de morbimortalidad en el mundo y constituye un constante desafío. El término cardiopatía Isquémica es el más apropiado cuando se contemplan las consecuencias fisiopatológicas del desequilibrio entre la oferta y demanda de oxígeno miocárdico.

Por lo que se define como un proceso dinámico que evoluciona en el tiempo con distintos cuadros clínicos, relacionados entre sí, presenta dos etapas: 1-La etapa preclínica en donde se identifican factores de riesgos o alteraciones en el ECG, o la prueba de esfuerzo. Este grupo comprende a sujetos que más tarde exteriorizan la enfermedad. 2-Etapa clínica, en esta etapa los pacientes presentan signos o síntomas. La Cardiopatía Isquémica se manifiesta como: Angor Estable, Angor inestable, Infarto agudo de miocardio y miocardiopatía Isquémicanecrótica.

## **SINDROMES ANGINOSOS**

El síndrome Anginoso es la angina establecida durante un periodo de tiempo. La localización del dolor en la angina es generalmente en el pecho, provocada típicamente por esfuerzo o estrés emocional. La aparición durante el esfuerzo o en reposo; su duración; la frecuencia; la recurrencia y la respuesta a determinados medicamentos y la particular traducción en el ECG. Se la clasifica en dos modalidades:

### **A) ANGINA DE PECHO ESTABLE:**

se clasifica en estable cuando no varia en frecuencia e intensidad en un lapso de tres meses.

Los pacientes pueden referir o no infarto previo.

Los principales determinantes de la demanda de oxígeno por el miocardio son: la frecuencia cardiaca, contractilidad y tensión de la pared ventricular, la cual es una función del volumen y la presión ventricular.

La duración del dolor es breve y los pacientes pueden presentar palpitaciones junto con la Angina. Son posibles caminos de la Angina el dolor precordial recurrente incapacitante, el infarto de Miocardio y la muerte.

Se considera cuatro grupos:

- Grado I: Angina provocada por grandes esfuerzos
- Grado II: Angina provocada por esfuerzos habituales
- Grado III: Angina provocada por esfuerzos mínimos
- Grado IV: Angina de reposo

### **B) ANGINA DE PECHO INESTABLE**

1-Angina de Reciente Comienzo: se caracteriza por su aparición en los tres meses previos a la consultase divide en a) ARC con infarto previo, en sujetos asintomático después de un IAM. b) sin infarto previo. A su vez incluye los grados I Y II, que permiten desempeñar las tareas habituales, y III Y IV que obligan a disminuir la actividad usual.

2-Angina Progresiva: corresponde al paciente con Angina de pecho estable que en los últimos tres meses revela incremento del número, intensidad y duración de las crisis.

3-Síndrome Intermedio: se manifiesta con dolores Anginosos intensos prolongados, recurrentes, no vinculados con el esfuerzo.

4- Angina de Prinzmetal: se desencadena en reposo, en general por la noche.

5-Angina pos IAM: las crisis se desarrollan durante la convalecencia del IAM y de acuerdo con la proximidad a este evento.

### **ANGINA PROLONGADA**

La Angina prolongada se distingue por el dolor precordial opresivo y prolongado, no recurrente (hasta dos crisis) sin relación con esfuerzos.

### **ISQUEMIA AGUDA PERSISTENTE**

Se caracteriza por el dolor anginoso prolongado, no recurrente (hasta dos crisis), sin aumento de las anginas cardiacas y con alteración persistente de las ondas T del ECG.

## **INFARTO DE MIOCARDIO**

Se define al Infarto de Miocardio como la necrosis Miocárdica aguda de origen secundaria generalmente a la oclusión trombótica de una arteria coronaria.

El Infarto de Miocardio agrupa cuadros de distinta evolución y pronóstico. Según el curso agudo o crónico por lo que se distinguen varios tipos:

A) Agudo: abarca los primeros treinta días de evolución. puede ser o no complicado.

B) Crónico. se considera a partir del primer mes de evolución del IAM, y puede ser no complicado o complicado.

En el Infarto de Miocardio el dolor es el síntoma dominante en la mayoría de los casos. La localización, calidad e irradiación de este es similar al de la angina no obstante el dolor del IAM es más intenso y prolongado y se acompaña de manifestaciones vegetativas. El cuadro clínico se caracteriza por sudoración fría, debilidad, náuseas vómito y sensación de muerte inminente.

El IAM puede cursar en forma asintomática y el diagnóstico se realiza por medio del registro de un ECG.

### **MIOCARDIOPATIA ISQUEMICA NECROTICA**

Es una entidad que se pone de manifiesto por la presencia de Insuficiencia Cardíaca y Arritmias; los pacientes presentan antecedentes de Infarto de Miocardio o algún tipo de angina de pecho.

### **INSUFICIENCIA CARDIACA**

La Insuficiencia Cardíaca es el estado fisiopatológico en el cual una alteración del corazón determinará un flujo sanguíneo inadecuado para cubrir, en un momento dado, las necesidades metabólicas del organismo. La INSUFICIENCIA Cardíaca es compensada por fenómenos supletorios y/o tratamiento, no se traduce ,entonces clínicamente en reposo, pero sí en circunstancias provocadoras como el ejercicio o las emociones. Por el contrario la Insuficiencia Cardíaca descompensada implica agotamiento de las reservas en reposo, con la consecuente manifestación clínica.

La Insuficiencia Cardíaca no es una entidad específica sino que se refiere a varios parámetros clínicos resultantes de una compleja variedad de trastornos primarios Cardíacos que se entremezclan con mecanismos compensatorios dando como resultado un espectro de síntomas y signos clínicos. Los síntomas relacionados con un gasto cardíaco inadecuado son debilidad, fatiga, poca resistencia al esfuerzo, laxitud y en pacientes de edad avanzada puede acompañarse de síntomas cerebrales(ansiedad, confusión.)

La causa más frecuente de Insuficiencia Cardíaca es la enfermedad Miocárdica que resulta de una lesión primaria del músculo cardíaco (Miocardiopatía) o es secundaria a enfermedades metabólicas, sistémicas, procesos inflamatorios valvulares etc.

### **ARRITMIAS**

El ritmo Cardíaco normal depende de su marcapaso natural, el nódulo sinusal, que genera impulsos que se propagan a través de un sistema específico al resto del corazón, y regulan la secuencia de contracción y relajación, permitiendo así la función de bomba efectiva.

El ritmo Cardíaco normal, es aquel que se origina en el nódulo sinusal con una frecuencia de 60 a 100 estímulos por minuto, con intervalos regulares, y se conduce por las vías normales, para despolarizar la masa auricular y ventricular de manera ordenada. El síntoma más característico de las arritmias son las palpitaciones, no obstante las alteraciones del ritmo pueden pasar desapercibidas.

En el análisis de toda Arritmia es importante conocer la patología subyacente.

Las Arritmias Supraventriculares no constituyen generalmente una causa primaria de muerte, pero pueden acompañar o complicar diversas Cardiopatías o responder a causas extracardíacas. Además pueden deberse a estímulos como la emoción, el ejercicio, el alcohol, el café y el cigarrillo.

## **MUERTE SUBITA**

Es la muerte natural, de causa Cardíaca, que ocurre a los 5' en forma instantánea o en la primera hora posterior a la iniciación de los síntomas, se produce en pacientes con o sin cardiopatía conocida.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Bertolasi, Carlos. Cardiología Clínica, Ed. Intermédica; BS.AS. ;Vol.12.1987.

## **REHABILITACION CARDIOVASCULAR**

Según el Comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud definió la Rehabilitación Cardiovascular “El conjunto de actividades necesarias para asegurar a los Cardiópatas una condición física, mental y social óptimas que le permita ocupar por su propio medios un lugar tan normal como sea posible en la sociedad”.

Los fines de la Rehabilitación Cardíaca son, mejorar la capacidad funcional, aliviar o disminuir los síntomas relacionados con la actividad, reducir la invalidez injustificada y permitir al paciente Cardíaco desempeñarse en forma útil y personalmente satisfactoria dentro de la sociedad.<sup>26</sup>

El beneficio fisiológico más importante de la Rehabilitación Cardíaca es la mejoría de la capacidad funcional. El entrenamiento provoca una serie de adaptaciones periféricas y cardíacas (aumento de la extracción periférica de oxígeno, aumento del volumen minuto y mejoría del transporte de oxígeno) que lleva a una disminución de la frecuencia cardíaca, presión arterial y consumo de oxígeno miocárdico en reposo y en niveles submáximo de ejercicio. En términos de prácticos esto se traduce en aumento del umbral para síntomas como: angor, disnea, fatiga, agotamiento y un aumento en la capacidad para el trabajo. El resultado final de estos mecanismos fisiopatológicos es una mejoría en la Calidad de Vida.<sup>27</sup>

---

26 Angelino, A; Saglietti, H; Poyato, M..Normativas y Bases para la práctica de la Rehabilitación Cardiovascular.Sociedad Argentina de Cardiología..1999.Pag.7-8.

27 Velasco, Rami; José Antonio, y Maroto Montero, Jose.Rehabilitación Cardíaca, Evolución Histórica y Situación Actual.Revista Española de Cardiología(1995); 48supl 1.Pag.1-7.

Hoy podemos afirmar que si el paciente es objeto de una acción educativa, lo hace más receptivo a las normas terapéuticas, a un mejor conocimiento de los factores de riesgo y el paciente se muestra más colaborador. El nivel de aptitud al iniciar un programa de rehabilitación cardiovascular y la mejoría del acondicionamiento físico en las personas con menos condición inicial están relacionadas con forma directa con la reducción del riesgo de sufrir un evento.

Las partes integrantes de la rehabilitación cardiovascular se pueden clasificar en tres y son:

- 1-El ejercicio programado
- 2-La capacitación para sí y su entorno
- 3-La modificación de los factores de riesgo

El ejercicio programado, si bien es la herramienta central, no es lo único el ejercicio regular ayuda desde diferentes ángulos Ej. A bajar de peso y a cambiar masa grasa por masa muscular, disminuye o ayuda a disminuir el colesterol, la hipertensión arterial, mejora la segregación plaquetaria y logra un efecto protector del consumo coronario de oxígeno a través de diferentes mecanismo.

La capacitación es importante que sea constante, fácil y no sea dirigida solo al paciente, sino que incluya al medio familiar, laboral y su entorno amistoso. Por ello a través de charlas, talleres, jornadas se estimula el interés individual y se capacita en diferentes temas, es importante el trabajar con el equipo interdisciplinario de rehabilitadores.

Los temas que abarcan estos talleres de capacitación son diversos pero fundamentalmente se relacionan con los factores de riesgo coronarios.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Pierdo, R; Angelino yDr. Saglietti, Juan, H .Prevención y Rehabilitación Cardiovascular.Adventis.BS.AS: Argentina.2000..Pag. 76-77.

En la actualidad se otorga mayor atención al componente educacional y de asesoramiento por lo que los fines de la rehabilitación Cardíaca son mejorar la capacidad funcional, aliviar o disminuir los síntomas relacionados con la actividad, reducir la invalidez injustificada, y permitir al paciente Cardíaco desempeñarse en forma útil y personalmente satisfactoria dentro de la sociedad.

La Cardiopatía Isquémica ocupa un lugar importante en cuanto a la morbimortalidad que conlleva por lo que cada día se intenta conseguir mejores métodos de diagnóstico y terapéutica en Cardiología. Los objetivos de la American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation son:

- 1- Restaurar al individuo con enfermedad Cardiovascular a su estado óptimo físico-psicosocial y vocacional.
- 2- Prevención primaria y secundaria en los enfermos con alto riesgo coronario.
- 3- Disminución de la morbimortalidad Cardíaca y de la sintomatología del enfermo Cardiopatía.

La prevención secundaria y rehabilitación Cardíaca no solo disminuyen la mortalidad y morbilidad sino que, favorecen la vuelta al trabajo, reducen las incapacidades y mejoran la calidad de vida por lo que en ningún caso debe entenderse solamente como la práctica de ejercicio físico. El control de los factores de riesgo por medio de cambios de hábitos de conducta e indicaciones farmacológicas adecuadas constituyen el principal objetivo de la Cardiología.

Los programas de Rehabilitación Cardíaca son sistemas de actuación multifactorial

aconsejados por la O.M.S.incluyendo pautas de actuación física, Psicológica y de control de los factores de riesgos.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Vázquez-Cabrer, Gabriel, Maroto, Montero, José, María..Panorámica Actual de la Rehabilitación Cardíaca.Archivo.Instituto de Cardiología de Mexico.1993.Vol. 63.Pág. 481-488.

## **PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIOVASCULAR**

FASE I: Esta fase se inicia cuando el paciente ingresa al ámbito intra hospitalario; unidad de cuidados coronarios; sala de cuidados intermedios; sala de hospitalización general, y comprende hasta que el paciente es dado de alta del hospital.

Las actividades de autocuidado requieren un costo energético de 1,5 a 3 Mets. ,Se realiza movilización pasiva y lograr la tolerancia a la posición de sentado. Se introduce en esta fase objetivos educacionales para el paciente y la familia y de esta manera brindar información respecto de la enfermedad, factores de riesgo, actividades permitidas y prohibidas etc.

FASE II: El paciente es dado de alta del hospital e ingresa en esta fase, en la misma se trabaja en un programa de ejercicio físico supervisado, basándose en el entrenamiento que permita que él paciente realice actividades más prolongadas sin que se presenten síntomas de intolerancia(fatiga, disnea, dolor torácico.

Alrededor de los 14 a 21 días se efectúa una P.E.G. limitada por los síntomas, el resultado permite clasificar al paciente según su capacidad funcional útil, límite y máxima.

En esta fase se realiza una entrevista laboral, que incluye el tipo de trabajo, la relación laboral; si es por cuenta propia o en relación de dependencia, ambiente de trabajo, una descripción de la jornada laboral, las expectativas y percepción del paciente con respecto al trabajo para poder llevar a cabo un análisis de las posibilidades de su reincorporación.

Se continúa trabajando con los objetivos educacionales.

FASE III: En esta fase los pacientes ingresan al programa de rehabilitación cardiovascular en el I.NA.RE.P.S. El médico cardiólogo del equipo evalúa el ingreso del paciente, teniendo en cuenta la presencia de indicaciones para la realización de la rehabilitación y la ausencia de contraindicaciones, El segundo paso es la evaluación de la capacidad funcional y de los factores de riesgo cardiovascular, se levanta la historia clínica y se efectúa las evaluaciones correspondientes al equipo. El Profesor de Educación Física es el encargado de realizar los ejercicios adecuados para obtener el efecto entrenamiento; y se llevan a cabo las evaluaciones correspondientes a todos los integrantes del equipo; Nutricionista, Psicóloga y Terapeuta Ocupacional. Se efectúa además consulta con Psiquiatría, Clínica médica etc. Por intermedio de la prueba ergométrica graduada (PEG) se obtiene las diferentes clases funcionales que presentan los pacientes. Se lleva a cabo un programa de educación que refuerce el cambio de hábitos para controlar los factores de riesgo modificables o erradicables.

Los ejercicios programados se realizan tres veces por semana y tienen una duración de una hora, se comienza con un gasto calórico determinado, luego en la misma sesión irá progresivamente en aumento, todo acorde con la clase funcional del paciente. El componente isométrico deberá adecuarse a la capacidad ergométrica alcanzada en sucesivas evaluaciones con el criterio que a menor capacidad funcional le corresponde menor grado de isometría.

Durante un año se continúa con esta fase y si la capacidad funcional del paciente supera los 7 Mets. y no presenta complicaciones pasa a la fase IV.

FASE IV: El paciente se encuentra estable clínicamente, sin complicaciones y con una capacidad funcional superior a 7 mets o más de 600 Kgm/min. En esta fase continúa con las actividades programadas y el objetivo es prevenir la recurrencia de la enfermedad y mantener los cambios logrados sobre el control de los factores de riesgo y hábitos en general. El seguimiento ergométrico se efectuará cada 1-3º 6 meses, según la severidad del deterioro funcional, a mayor deterioro más precoz el período de evaluación.

### **ACTIVIDADES DE FUERZA**

Esta actividad le podrá realizar la población de pacientes que haya estado un año en fase IV sin haber presentado complicaciones y que tenían habitual entrenamiento previo al evento y de esta manera poder incorporar ejercicios de fuerza como complemento, manteniendo la misma capacidad funcional superior a 7 mets. O mayor de 600 Kgm/min.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> Totorella, R; Tognetti, N; Orozco, J. Programa de Rehabilitación Cardiovascular (RECAV.) I. NA. RE. P. S. 1995

## **TERAPIA OCUPACIONAL EN REHABILITACION CARDIOVASCULAR**

La Rehabilitación Cardíaca ha experimentado innovaciones que permiten el planteamiento de nuevas formas de tratamiento que complementen el ejercicio físico, en este contexto la Terapeuta Ocupacional se encarga de orientar al paciente hacia la ocupación, esto requiere una atención personalizada, siendo el objetivo primordial: - “Reducir la carga fisiológica y psicológica que impone al paciente cada una de las actividades que desee realizar”. Los rasgos de personalidad y tipo de comportamientos se deben observar, como así también los factores de riesgos y situaciones críticas que pueden contribuir o agravar la situación.

La necesidad de los pacientes de recibir información, y la modificación de conductas resulta tan necesaria como el ejercicio.

En los pacientes coronarios, el objetivo prioritario de mejorar la calidad de vida se complementa con medidas de prevención secundaria de la enfermedad. Por ello que la Rehabilitación Cardíaca incluyen pautas de actuación física, psicológica y de control de los factores de riesgo. Existe evidencia científica de que estas pautas favorecen la vuelta al trabajo y mejoran la calidad de vida.<sup>31</sup>

El programa surge de la valoración e interacción de los siguientes elementos:

- Situación Clínica
- Características Psicofísicas
- Conocimiento del ambiente socio-laboral

---

<sup>31</sup> Velasco, José. Guías de Prácticas Clínica en Prevención Cardiovascular y Rehabilitación Cardíaca. Rev. Española de Cardiología. 2000. Vol. 53, Número 8. Pág. 1113.

La evaluación comprende el examen clínico Cardiológico; la ergometria que definirá la capacidad funcional y otros estudios complementarios. Las modalidades de la intervención pueden ser según las necesidades de cada paciente (individual y/o grupal), las técnicas de relajación, control del stress, manejo del hogar y utilización del tiempo libre son muy beneficiosas para el paciente.<sup>32</sup>

La Terapeuta Ocupacional realiza la graduación de las actividades a desarrollar por el paciente, actividades de la vida diaria, del hogar y laborales, mediante la utilización de los principios de simplificación del trabajo y ahorro de tiempo, basándose en la valoración del gasto energético que implica el desarrollo de cada una de las actividades. Proporcionando repuestas prácticas a las dudas del paciente.

Las estrategias incluyen brindar un acceso continuo a la información, mediante charlas periódicas, presentación de videos, integrar a la familia del paciente en el proceso educativo, entrega de recomendaciones escritas etc.<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> trombly, Catherine, Anne. Terapia Ocupacional para Enfermos Incapacitados Físicamente. La Prensa Médica Mexicana..Rehabilitación Cardiaca.1991Cap.23.Pág.543-544.

<sup>33</sup> Tooth, I; MC Kenna, K Conteponary Issues in Cardiac Rehabilitation, Implications for Occupational Therapy.British Journal of Occupational Therapy.1996.Vol.59 (3).

## **SPAD.N INTEGRADO**

### **VERSION 2.5 Programa PRESTA**

(Programme de Recherche et D'Enseignement en Estatistique Appliquee) de la Universidad Libre de Bruselas-Bélgica-, específico para el análisis de variables cualitativas en Ciencias Sociales.

## **PROCEDIMIENTOS DE ANALISIS FACTORIAL**

Son herramientas de la estadística descriptiva que permiten estudiar simultáneamente las relaciones entre variables y las similitudes entre las unidades estadísticas llamadas individuos.

El análisis en componentes principales describe las relaciones entre variables continuas (cuantitativas), mientras que el análisis de correspondencias múltiples describe las relaciones entre variables nominales (cualitativas). En los dos casos toda otra variable conocida sobre los mismos individuos puede ser introducida en los análisis como elemento Ilustrativo(llamado también elemento suplementario).

## **ANALISIS DE CORRESPONDENCIAS MULTIPLES**

El análisis descriptivo es un procedimiento de relaciones entre variables nominales, que es lo que llamamos análisis de correspondencias múltiple. En este análisis se introducen las

variables Es la etapa esencial del análisis descriptivo de relaciones entre varias dentro de dos categorías: Variables Activas que son aquellas que forman la correspondencia, y las Variables ilustrativas son las asociadas a las activas.

La determinación de los elementos llamados activos para realizar un análisis es una elección importante que ha de hacer el usuario. Esta elección ha de satisfacer ciertas condiciones de las cuales las principales son la homogeneidad de las variables (pertenecen a un mismo tema o punto de vista) y la exhaustividad (describir completamente este tema)

El programa edita bajo una forma muy compacta el conjunto de cruzamientos dos a dos de las variables nominales activas: es la tabla de correspondencias múltiple llamada también “tabla de BURT”, también se pueden obtener los porcentajes por fila y por columna.

Las modalidades, que son centro de gravedad de los individuos que la componen se pueden asociar a las modalidades ilustrativas mediante el criterio llamado “valor Tes.”, que tiene significación estadística similar a la “probabilidad estadística”. Este evalúa en cada eje la “distancia” al centro de gravedad en número de desviaciones tipo de una ley normal (test de una media igual a la media global) Esto permite evaluar si un subgrupo de individuos tiene una localización significativa en una dirección factorial (por extensión, el criterio se aplica también para las modalidades activas)

Los análisis factoriales posicionan los objetos a describir, los unos con relación a los otros en los gráficos y proporcionan por lo tanto representaciones espaciales continuas. Los procedimientos de clasificación tienden a reagrupar los objetos para definir grupos homogéneos.

El método de correspondencias múltiples, a partir de dos ejes  $x$ - $y$ ,

En los que se ha determinado una serie de puntos que representan a una misma cantidad de

individuos, determina los ejes que pasan por el individuo promedio de todo el universo. Por un proceso matemático se mide la distancia de cada individuo a la media lo que visualiza en grupos, a los individuos de menor distancia entre sí. Esto da base a la clasificación (Cluster Análisis) generando un dendograma que ubica estos puntos ordenados según la distancia que los separa, permitiendo definir el árbol de cortes por los individuos que más se separan o se diferencian cualitativamente.

Estudiando su forma, el usuario adquiere conocimientos sobre el número probable de clases subyacentes en la población: las zonas densas de puntos homogéneos se agregan a los niveles bajos del árbol y se separan en clases naturales cuando las ramas de acoplamiento se alargan. El árbol obtenido puede ser cortado por el usuario para crear una o varias particiones a través de la distancia de cada individuo a la media.

Los procedimientos de clasificación tienden a reagrupar los objetos para definir grupos homogéneos. Una tipología se obtiene cuando se ha hecho de cada grupo de objetos un “tipo” es decir una entidad de la cual se conocen sus características.

Una tipología es normalmente un medio cómodo de observación más allá de las primeras dimensiones de un análisis factorial.

El método de clasificación fracciona un conjunto dado de unidades de observación en subconjuntos homogéneos que denominamos “clases” es decir a los subconjuntos de individuos de ese espacio de representaciones, que son identificables por la gran densidad de individuos o por una baja densidad de los mismos.<sup>34</sup>

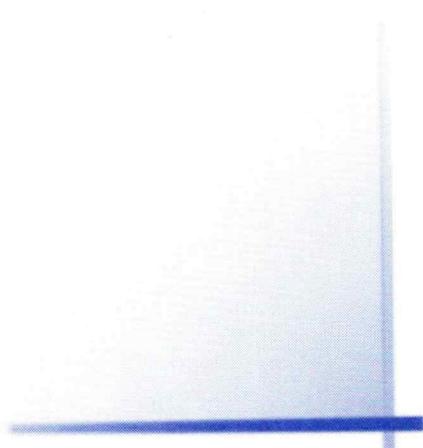
---

<sup>34</sup> Manual SPAD.N: Centre International de Statistique et d Informatique Appliquees(CISIA), France, 1994.Pag.128-129.



*Capítulo 3*

***Material y Método***



**TIPO DE DISEÑO:** El presente estudio es exploratorio-descriptivo, de tipo corte transversal.

**LUGAR:** La Institución donde se llevó a cabo este estudio es el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur de la Ciudad de Mar del Plata, que por su estratégica ubicación geográfica y por la alta complejidad de los servicios que brinda recibe derivación del Sur y centro del país, además de Mar del Plata y su zona de influencia.

En el año 1991 se organiza un Programa de rehabilitación Cardiovascular (RECAV) integrado por un equipo interdisciplinario conformado por el médico Cardiólogo, profesor de Educación Física, nutricionista, Terapeuta Ocupacional, Psicóloga y médica Fisiatra.

La derivación se recibe principalmente del Hospital Interzonal de Agudos, cuando los pacientes Cardíacos son dados de alta entre los 2 y 3 meses después del evento Cardíaco, para ingresar en la fase III de tratamiento para luego pasar a la fase IV.

**POBLACION:** Todos los pacientes de ambos sexos mayores de 40 años que presentan diagnóstico de Cardiopatía Isquémica de más de 2 o 3 meses de evolución y concurren al programa de Rehabilitación Cardiovascular del I.NA.RE.P.S. Durante el período comprendido entre enero, 2001 a Junio, 2002.

Se utilizaron para el estudio la cantidad de pacientes que presentaban Cardiopatía Isquémica, de más de 40 años en el período Enero 2001 a Junio 2002 trabajándose con la totalidad de la población(no se realizó muestreo.)

### **CRITERIOS DE INCLUSION**

-Pacientes mayores de 40 años, de más de dos o tres meses de evolución de la enfermedad, que presenten Cardiopatía Isquémica y concurran al programa de RECAV.

-Pacientes ambos sexos

### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

-Diagnóstico de enfermedad Cardiovascular que no encuadra en Cardiopatía Isquémica

-Presencia de otras patologías diagnosticadas previas o posteriores a la enfermedad Cardíaca (Accidente cerebro vascular, lesión nerviosa, artritis reumatoides, amputación etc)

### **RECOLECCION DE DATOS**

Los pacientes que presentaban Cardiopatía Isquémica e ingresaban al programa de Rehabilitación Cardiovascular, en el periodo enero 2001 a junio 2002 fueron evaluados por el médico Cardiólogo y concurrieron a evaluación en Terapia Ocupacional, luego de logrado el consentimiento por parte del paciente se comenzó a administrar la entrevista del desempeño ocupacional OPHI-II. Todos los pacientes accedieron a la misma quedando un total de 31 pacientes, se excluyeron los pacientes con enfermedad cardiovascular que no presentaban diagnóstico de Cardiopatía Isquémica.

Como método de recolección de datos para la presente investigación se utiliza la entrevista del desempeño ocupacional OPHI-II.

Entrevista de tipo semiestructurada, y forma parte de los métodos de evaluación que se

incluyen en el Modelo de Ocupación Humana.

Se llevo a cabo una recopilación documental, volcados en una planilla utilizando como fuente la Historia Clínica de cada paciente. Se realizó con el fin de contar con datos de importancia para conocer las características que presenta la población con cardiopatía isquémica.

### **ADMINISTRACION DE LA PRUEBA**

El resultado obtenido estuvo de acuerdo a lo esperado, Mediante una prueba piloto de la toma de la entrevista OPHI-II, se pudo visualizar la importancia de las tres escalas del OPHI-II en la evaluación de individuos que presentan Cardiopatía Isquémica. El entrenamiento por parte de la Directora de tesis basado en el MOHO. Los cursos de postgrado que he realizado en la Universidad de Mar del Plata con referencia al MOHO. La opinión por parte de MST. T.O. Carmen Gloria de la Heras, representante en Latino América del MOHO; la comunicación mantenida al principio de la investigación con el autor del MOHO Gary Kielhoner quien orienta en la búsqueda bibliográfica facilitando la página web del MOHO, contribuye a un mejor conocimiento en la investigación.

La administración del OPHI II se realizó en forma personal, no dependiendo de la cantidad de sesiones que fueron necesarias para cada paciente ( entre 1 a 2 sesiones). El tiempo requerido para la toma osciló entre los 45 y 60 minutos. La puntuación se realizó inmediatamente después de cada entrevista, usando el rango de cuatro puntos basados en el Modelo de Ocupación Humana; luego de realizar el análisis del OPHI-II se mantiene nuevamente una entrevista con cada paciente para conversar acerca de la información

### **TECNICA DE MEDICION**

La entrevista OPHI-II consta de tres escalas de calificación; en la primera escala de Identidad Ocupacional se pudo recabar datos y se pudo medir el grado en que se ha internalizado una Identidad Ocupacional positiva tanto del presente como del pasado del paciente.

La escala de competencia Ocupacional, aportó datos acerca del comportamiento ocupacional en el presente y también en el pasado.

La escala de Ambientes de Comportamiento Ocupacional permitió medir el impacto del medio ambiente sobre la vida Ocupacional del paciente en el presente.

En cada paciente se utilizó como instrumento la hoja de resumen de datos del OPHI.II donde se volcó la calificación obtenida para realizar el análisis univariado y de correspondencias múltiples (ver apendice hoja de resumen del OPHI-II).

Las variables en este análisis se introducen en dos categorías :las activas que son aquellas que forman la correspondencia,es decir las tres escalas o variables del OPHI-II.

La planilla de datos, se utilizó para volcar datos del paciente para obtener información acerca de las características que presentaba la población estudiada, en lo referente a edad, nivel educacional, tipo de diagnóstico.tipo de trabajo, PEG. ,Y persistencia de síntomas, se realiza un análisis univariado con los datos obtenidos y se utilizan las variables de mayor importancia observadas en la investigación como variables ilustrativas asociadas a las activas en el análisis de correspondencias múltiples y las elegidas fueron: diagnóstico; PEG;edad y nivel educacional.

## **ANALISIS DE LOS DATOS**

Se realizó un análisis univariado y de correspondencia múltiples, a través de los programas EPI-INFO 6.02 del CDC de Atlanta EE.UU. ,con el cual se elaboró la base de datos y el programa SPAD.N versión 2.5 del programa PRESTA (Programme de Recherche et D'Enseignement en Statistique Appliquée) de la Universidad de Bruselas, Bélgica. Se realizó un análisis Factorial de correspondencia múltiples, seguido de una clasificación jerárquica y una partición en un número de clases óptimo, reconocido a través del dendograma obteniéndose de esta forma las tipologías.

## *Capitulo 4*

# *Resultados*

## **RESULTADOS**

### **POBLACION**

El total de la población que concurrió a evaluación fue de 31 pacientes.

La edad promedio de la población estudiada es de 56 años (47 años a 69 años), el 80,6 % es de sexo masculino y el 19,4% es de sexo femenino.

Según el diagnóstico que presentaron las personas evaluadas, se distribuyen de la siguiente forma: el 35,5 % presentaron I.A.M.; el 22,6 % fueron intervenidos de Revascularización Coronaria; el 9,7 % Angina Crónica Estable y el 32,3% presentaron I.A.M. y Revascularización Coronaria. (tabla 1)

**Tabla 1:** Distribución de diagnósticos de Cardiopatía Isquémica que concurrieron a evaluación en el Servicio de Terapia Ocupacional en el I.NA.RE.P.S.Mar del Plata. Período enero 2001 a Junio 2002.

	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>IAM</i>	<i>11</i>	<i>35,50%</i>
<i>IAM-RC</i>	<i>10</i>	<i>32,20%</i>
<i>RC</i>	<i>7</i>	<i>22,60%</i>
<i>ACE</i>	<i>3</i>	<i>9,70%</i>
<i>TOTAL</i>	<i>31</i>	<i>100%</i>

Casi dos tercios de la población tiene estudios primarios y un 13% tiene terciaria o estudios universitarios. Tabla N°2

**Tabla N°2:** Nivel Educativo de la población con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica que concurren a evaluación en el Servicio de Terapia Ocupacional del I.NA.RE.P.S. Período Enero 2001 a Junio 2002. Mar del Plata.

<i>NIVEL EDUCACIONAL</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>PRIMARIA INCOMPLETA</i>	<i>5</i>	<i>16,1%</i>
<i>PRIMARIA COMPLETA</i>	<i>15</i>	<i>48,4%</i>
<i>SECUNDARIO INCOMPLETO</i>	<i>6</i>	<i>19,4%</i>
<i>SECUNDARIO COMPLETO</i>	<i>1</i>	<i>3,2%</i>
<i>TERCIARIO INCOMPLETO</i>		
<i>TERCIARIO COMPLETO</i>	<i>2</i>	<i>6,5%</i>
<i>UNIVERSITARIO INCOMPLETO</i>	<i>1</i>	<i>3,2%</i>
<i>UNIVERSITARIO COMPLETO</i>	<i>1</i>	<i>3,2%</i>
<i>TOTAL</i>	<i>31</i>	<i>100,0%</i>

El 41,9% de los individuos se encuentra ocupado, ocupado con licencia el 32,2% y el 19,4% desocupados, previo a la enfermedad solo el 3,2% se encontraba desocupada. Los individuos en situación de licencia laboral, gran parte de los mismos manifiestan la intención de tramitar la jubilación por discapacidad.

**Tabla N°3:** Situación laboral actual que presenta la población con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica que concurren a evaluación al Servicio de Terapia Ocupacional en el I.NA.RE.P.S. Mar del Plata. Período Enero 2001 a Junio 2002.

SITUACION LABORAL ACTUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
OCUPADO	13	41,9%
OCUPADO CON LICENCIA	10	32,2%
DESOCUPADO	6	19,4%
JUBILADO	2	6,5%
TOTAL	31	100%

La situación laboral previa a la enfermedad de los pacientes estudiados fue: el 93,5% se encontraba ocupado; el 3,2% desocupado y el 3,2 estaba jubilado. El 53,3% realizaba trabajo pesado; el 40,0% trabajo moderado y solo el 6,7% realizaba trabajo muy liviano / liviano.

Persistieron con síntomas el 22,6 % (N=7). El 16,1% presentaron dolor torácico; el 6,5% disnea; el 3,2% fatiga y el 3,2% palpitaciones. En el 28,6% aparecen los síntomas cuando trabajan, el 71,45% de los pacientes con síntoma, se presentan los mismos cuando no trabajan.

La Prueba Ergométrica Graduada (P.E.G.) arrojó que el 80% de la población poseé una P.E.G. de 6 y 7 Mets.

**Tabla N°4:** Valores de la Prueba Ergométrica que presentaron los pacientes con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica que concurren al Servicio de Terapia Ocupacional del I.NA.RE.P.S. Período Enero 2001 a Junio 2002. Mar del Plata.

PRUEBA ERGOMETRICA GRADUADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
4 METS	2	6,5%
5 METS	1	3,2%
6 METS	11	35,5%
7 METS	11	35,5%
9 METS	3	9,7%
10 METS	3	9,7%
TOTAL	31	100%

En lo que concierne al tipo de trabajo previo a la enfermedad se evaluó 30 pacientes, ya que un paciente se encontraba previamente en condición de jubilado. En su totalidad disminuyeron la intensidad de su trabajo.

**Tabla N°5:** Comparación del tipo de trabajo previo a la enfermedad con el tipo de trabajo actual de la población con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica que concurren al Servicio de Terapia Ocupacional del I.NA.RE.P.S. Período enero 2001 junio 2002. Mar del Plata.

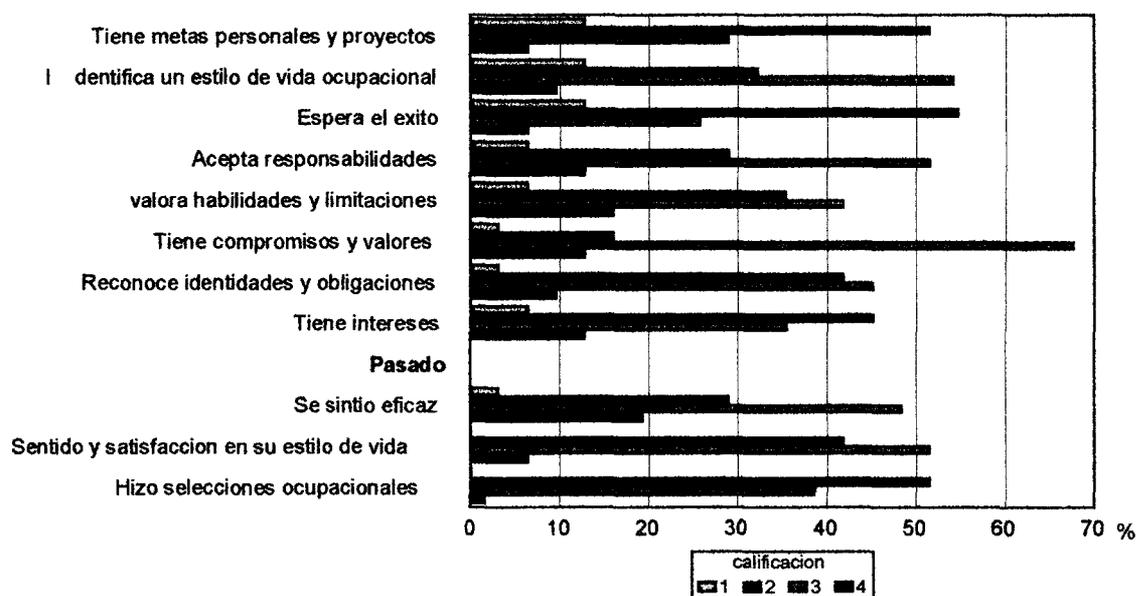
	Muy liviano / liviano		Moderado		Pesado	
	N	%	N	%	N	%
Tipo de trabajo previo	2	6,7%	12	40%	16	53,3%
Tipo de trabajo actual	8	61,5%	5	38,5%	0	0%

**RESULTADOS DE LA ENTREVISTA OPHI-II**

**Tabla N°6:** Escala de Identidad Ocupacional según calificación de la Función Ocupacional de individuos con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica que concurren a evaluación en el servicio de Terapia Ocupacional del I.N.A.RE.P.S.Período Enero 2001 a Junio 2002.

Escala de Identidad Ocupacional	Calificación de la Función Ocupacional												Desvió estándar	Mediana
	1		2		3		4		TOTAL		promedio			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
Tiene metas personales y proyectos	4	12,9%	16	51,6%	9	29%	2	6,5%	31	100%	2,2	0,78	2	
Identifica un estilo de vida ocupacional	4	12,9%	10	32,3%	14	45,2%	3	9,6%	31	100%	2,5	0,85	3	
Espera el éxito	4	12,9%	17	54,8%	8	25,8%	2	6,5%	31	100%	2,2	0,77	2	
Acepta responsabilidades	2	6,5%	9	29%	16	51,6%	4	12,9%	31	100%	2,7	0,78	3	
Valora habilidades y limitaciones	2	6,5%	11	35,5%	13	41,9%	5	16,1%	31	100%	2,6	0,83	3	
Tiene compromisos y valores	1	3,2%	5	16,1%	21	67,7%	4	13%	31	100%	2,9	0,65	3	
Reconoce identidades y obligaciones	1	3,2%	13	41,9%	14	45,2%	3	9,7%	31	100%	2,6	0,71	3	
Tiene intereses	2	6,5%	14	45%	11	35,5%	4	13%	31	100%	2,5	0,81	2	
Se sintió eficaz (pasado)	1	3,2%	9	29%	15	48,4%	6	19,4%	31	100%	2,8	0,77	3	
Encontró sentido / satisfacción en su estilo de vida (pasado)	0	0%	13	41,9%	16	51,6%	2	6,5%	31	100%	2,6	0,60	3	
Hizo selecciones ocupacionales(pasado)	0	0%	16	51,6%	12	38,7%	3	9,7%	31	100%	2,5	0,67	2	

**Gráfico N°6:** Calificación de la Función Ocupacional según la Escala de Identidad Ocupacional de individuos que presentan diagnóstico de Cardiopatía Isquémica que concurren al servicio de Terapia Ocupacional del I.NA.RE.P.S.Período Enero 2001 a Junio 2002. Mar del Plata.



**Escala de Identidad ocupacional,** se puede observar que los niveles de mayor Disfunción Ocupacional se encuentran en los siguientes ítem: Metas Personales y Proyectos, el 51,6% presentaron una valoración de 2, seguido de 12,9 con calificación de 1; El porcentaje total de la población es de 64,5%.

Los valores encontrados de disfunción en el ítem Esperar el éxito es del 54,8% que presentó una calificación de 2, y el 12,9% con calificación de 1; el porcentaje total de la población es de 67,7%.

En el ítem reconocer identidades y obligaciones el porcentaje es del 41,9% de individuos con calificación de 2, y el 3,2% con calificación 1; el total de porcentaje de la población es de 45,1.

Tener Intereses el 45,2 presentó disfunción con calificación 2 y el 6,5% con calificación 1; 51,7% es el total de porcentaje de la población.

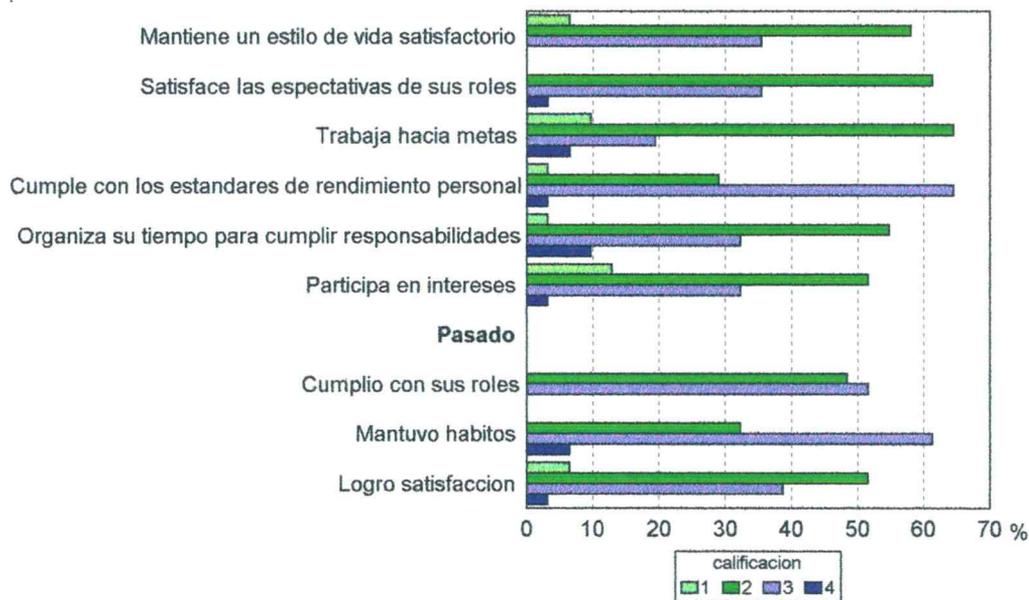
Encontró sentido / satisfacción en su estilo de vida pasado, el 41,9% de los individuos obtuvieron una calificación de 2.

Hizo Selecciones Ocupacionales en el Pasado el 51,6% presento disfunción ocupacional con calificación de 2.

**TABLA N°7:** Escala de Competencia Ocupacional según calificación de la Función Ocupacional de individuos con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica que concurren a evaluación en el Servicio de Terapia Ocupacional del I.N.A.RE.P.S. Período Enero 2001 a Junio 2002.

Escala de competencia Ocupacional	Calificación de la Función Ocupacional													Desvío estándar	Mediana
	1		2		3		4		TOTAL		promedio	%			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%					
Mantiene un estilo de vida satisfactoria	2	6,5%	18	58%	11	35,5%	0	0%	31	100%	2,2	0,58	2		
Satisface las expectativas de sus roles	0	0%	19	61,3%	11	35,5%	1	3,2%	31	100%	2,2	0,56	2		
Trabaja hacia Metas	3	9,6%	20	64,5%	6	19,4%	2	6,5%	31	100%	2,4	0,71	2		
Cumple con los estándares de rendimiento personales	1	3,2%	9	29%	20	64,6%	1	3,2%	31	100%	2,2	0,59	3		
Organiza su tiempo para cumplir responsabilidades	1	3,2%	17	54,8%	10	32,3%	3	9,7%	31	100%	2,6	0,72	2		
Participa en intereses	4	12,9%	16	51,6%	10	32,3%	1	3,2%	31	100%	2,4	0,72	2		
Cumplió con sus roles(pasado)	0	0%	15	48,4%	16	51,6%	0	0%	31	100%	2,2	0,50	3		
Mantuvo hábitos (pasado)	0	0%	10	32,3%	19	61,2%	2	6,5%	31	100%	2,5	0,57	3		
Logró satisfacción(pasado)	2	6,5%	16	51,6%	12	38,7%	1	3,2%	31	100%	2,3	0,66	2		

**Gráfico N°7:** Escala de competencia Ocupacional según calificación de la Función Ocupacional de individuos con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica que concurren al servicio de Terapia Ocupacional del I.NA.RE.P.S.. Período Enero 2001 a Junio 2002.



**Escala de competencia ocupacional**, se puede observar mayor disfunción ocupacional en los siguientes ítem:

Mantener un Estilo de Vida Satisfactorio el 58,1% presentó una calificación de 2, seguida del 6,5% con calificación 1; Quedando un total de 64,6% el porcentaje de la población.

Satisfacer las Expectativas de sus Roles el 61,3% presento una calificación de 2.

Trabajar hacia metas el 64,5% obtuvo una calificación de 2 seguida del 9,7% con calificación de 1; El total de porcentaje de la población es de 74,2%.

Organizar el Tiempo para Cumplir responsabilidades el 54,8% presenta una calificación de 2 seguida del 3,2% con calificación de 1, el total de porcentaje de la población es de 58%.

Participar en Intereses 51,6% obtuvo una calificación de 2 seguida del 12,9% con calificación de 1; Quedando un total de 64,5% de la población.

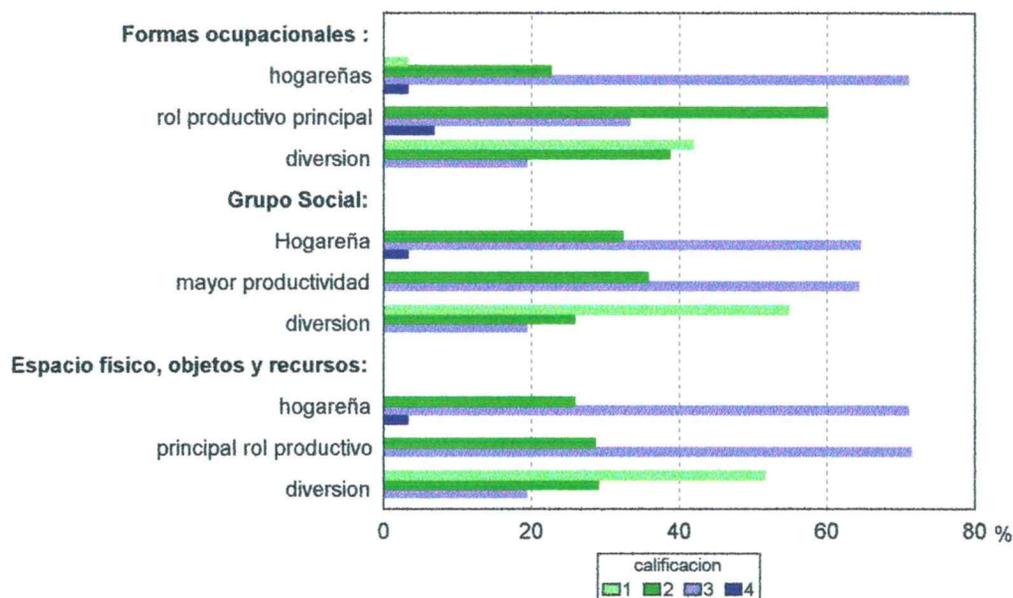
Cumplió con sus Roles en el pasado el porcentaje de individuos que obtuvieron calificación de 2 fue del 48,4%.

Logró Satisfacción en el pasado el 51,6% de los individuos obtuvo una calificación de 2 seguida del 6,5% que obtuvieron una calificación de 1; el 58,1% es el total de porcentaje de la población.

**TABLA N°8:** Escala de Comportamiento Ocupacional según calificación de la Función Ocupacional de individuos con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica que concurren a evaluación en el servicio de Terapia Ocupacional del I.NA.RE.P.S.Período Enero 2001 a Junio 2002.Mar del Plata.

Escala de comportamiento Ocupacional	Calificación de la Función Ocupacional													Desvió estándar	Mediana
	1		2		3		4		TOTAL		promedio	%			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%					
Formas ocupacionales hogareñas	1	3,2%	7	22,6%	22	71%	1	3,2%	31	100%	2,7	0,57	3		
Formas ocupacionales del rol productivo principal	0	0%	7	58,3%	5	38,5%	1	3,2%	13	100%	2,4	0,64	2		
Formas ocupacionales de diversión	13	41,9%	12	38,7%	6	19,4%	0	0%	31	100%	1,7	0,76	2		
Grupo social en la vida hogareña	0	0%	10	32,3%	20	64,5%	1	3,2%	31	100%	2,7	0,52	3		
Grupo social de mayor productividad	0	0%	4	32,5%	9	67,5%	0	0%	13	100%	2,6	0,45	3		
Grupo social de diversión	17	54,8%	8	25,8%	6	19,4%	0	0%	31	100%	1,6	0,79	1		
Espacios físicos objetos y recursos en la vida hogareña	0	0%	8	25,8%	22	71%	1	3,2%	31	100%	2,7	0,49	3		
Espacio físicos, objetos y recursos del principal rol productivo	0	0%	4	32,5%	9	67,5%	0	0%	13	100%	2,7	0,46	3		
Espacios físicos, objetos y recursos en la diversión	16	51,6%	9	29%	6	19,4%	0	0%	31	100%	1,6	0,79	1		

**GRAFICO N°8:** Escala de Comportamiento Ocupacional según calificación de La Función Ocupacional de individuos con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica que concurren al servicio de Terapia Ocupacional del I.NA.RE.P.S.. Período Enero 2001 a Junio de 2002. Mar del Plata.



**Escala de comportamiento ocupacional**, los niveles de mayor disfunción de 1.

Formas ocupacionales del rol productivo principal el 60% de los individuos estudiados presentaron disfunción ocupacional con calificación de 2.

Formas Ocupacionales de Diversión el 41,9% presenta calificación de 1 seguida del 38,7% de los individuos con calificación de 2; el porcentaje total de la población es de 80,6%.

Grupo Social de Diversión el 54,8% de los individuos presentaron disfunción ocupacional con calificación de 1 seguido del 25,85 que presentaron una calificación de 2; el porcentaje total de la población es de 80,6%.

Espacios físicos, objetos y Recursos en la Diversión el porcentaje de disfunción Ocupacional fue del 51,6% de individuos con calificación de 1 seguidos del 29% de individuos que obtuvieron una calificación de 2; el total de porcentaje de la población es de 80,6%.



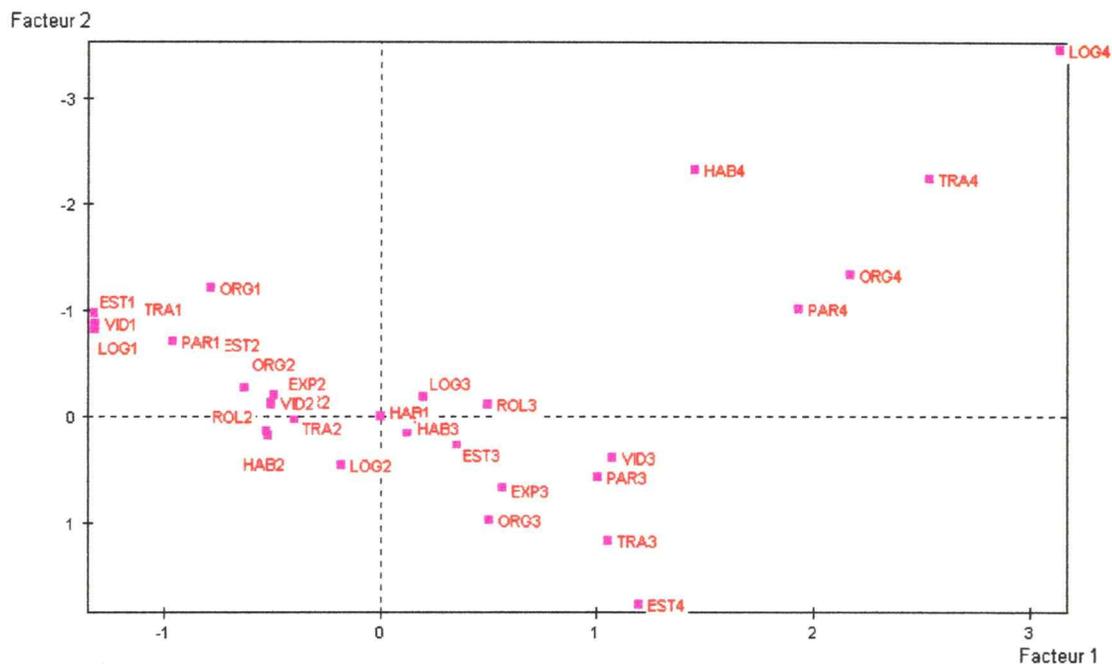
## COMPETENCIA OCUPACIONAL

Los elementos activos que caracterizan a esta escala son las 9 variables representadas en el análisis univariado, anteriormente descrito.

**GRAFICO N°10:** Representación de la Competencia Ocupacional por su correlación con el Primer Plano Factorial.

Población con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica que concurren a evaluación en el Servicio de Terapia Ocupacional del I.N.A.RE.P.S.

Mar del Plata. Período Enero 2001 a Junio 2002.



Se observa alineados en el eje 1 negativo(izquierda) al eje positivo(derecha)

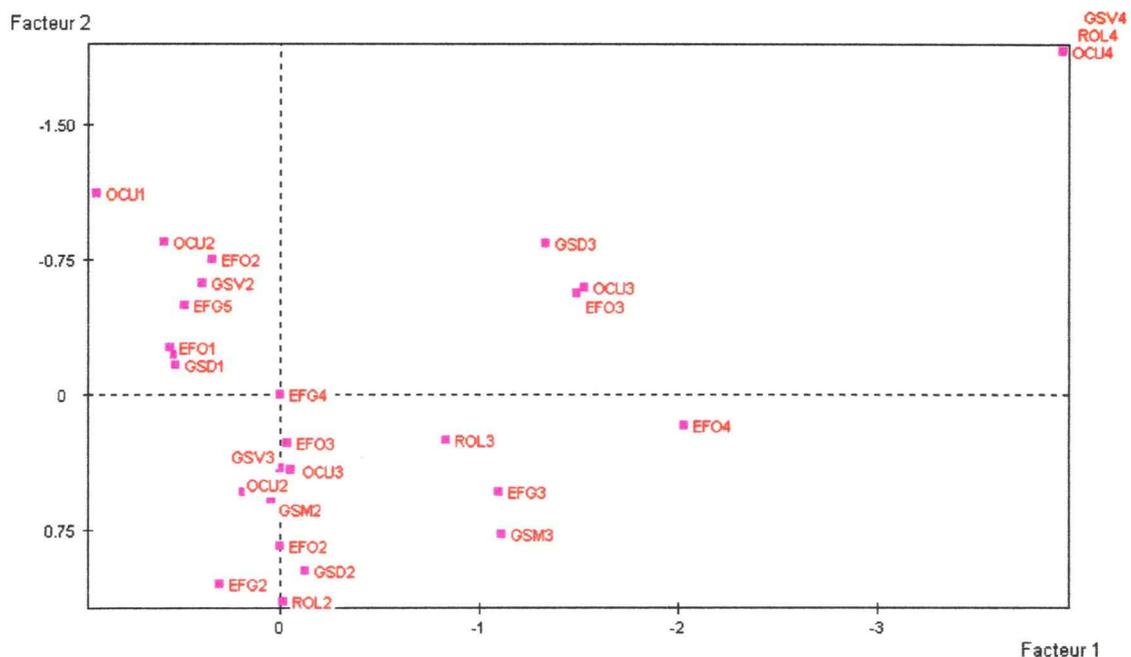
Las modalidades obtenidas de 1 y 2 respectivamente en el eje negativo y de 3 y4 en el eje positivo, se pueden observar un hecho raro de la variable: Logró Satisfacción en el Pasado con modalidad 4, en donde encontramos un solo individuo, por lo que se proyecta alejado de la alineación representada en el eje positivo, como así también la modalidad 4 de la variable: Trabaja Hacia Metas en donde encontramos dos individuos, Organiza su tiempo para Cumplir Responsabilidades con modalidad 4, encontramos tres individuos, mantuvo Hábitos en el

Pasado con modalidad 4 observamos dos individuos y Participa en Intereses con modalidad 4, en donde visualizamos dos individuos.

### COMPORTAMIENTO OCUPACIONAL

Los elementos activos que caracterizan a esta escala son las 9 variables que presenta la misma y también ilustradas en el análisis univariado.

**GRAFICO N°11:** Representación de la variable Comportamiento Ocupacional por su correlación con el primer plano factorial.  
Población con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica que concurren al Servicio de Terapia Ocupacional del I.N.A.RE.P.S.  
Mar del Plata. Período Enero 2001 a Junio del 2002.



Observando el gráfico podemos visualizar a los individuos alineados en el cuadrante superior izquierdo en el eje negativo hacia el cuadrante inferior izquierdo (eje negativo) al cuadrante inferior derecho (eje positivo.) La variable Grupo Social en la Vida Hogareña se encuentra un solo individuo con modalidad 4 por lo que se proyecta alejado de la alineación anteriormente

descrita. La variable Grupo Social de Diversión se encuentran 6 individuos con modalidad 3; lo podemos observar en el cuadrante superior derecho (eje positivo) como así también la variable Formas Ocupacionales Hogareñas en donde observamos 22 individuos con modalidad 3 (cuadrante superior derecho).

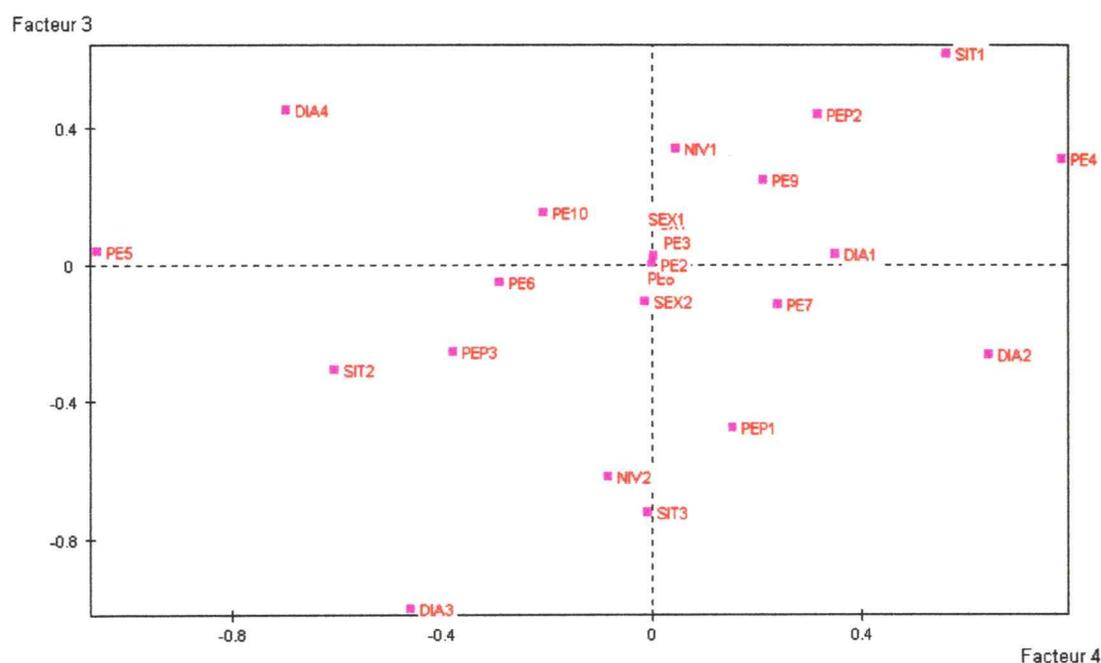
### VARIABLES ILUSTRATIVAS

De las características que presentaba la población se eligieron cuatro variables, las más significativas para asociarlas e Ilustrarlas.

Las mismas son: la edad; el diagnóstico; el nivel educacional y la P.E.G.

**GRAFICO N°12:** Representación de las variables Ilustrativas. Primer Plano Factorial. Población con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica que concurren a evaluación en el Servicio de Terapia Ocupacional del I.NA.RE.P.S.

Mar del Plata. Período Enero 2001 a Junio 2002.



DIA1: Infarto agudo de Miocardio; DIA2: Revascularización Coronaria; DIA3: Angina Crónica Estable; DIA4: IAM-Revascularización Coronaria.

*SIT: Ocupado; SIT2: Ocupado con Licencia; SIT3: Desocupado; SIT4: Jubilado*  
*NIV1: Nivel Educativo (Primario completo) NIV2: (secundaria incompleta o más.*  
*PEP1: Edad de 40-50 años; PEP2: Edad de 50-60 años; PEP3: Edad de 60-70 años.*

La variable Nivel educacional se dividió en dos intervalos: Nivel 1 que contiene los individuos que cursaron hasta primaria completa (N=20) y el Nivel 2 que contiene a los individuos que cursaron de secundaria incompleta o más (N=11).

La variable edad se dividió en tres intervalos:

Edad	Frecuencia
40-50	5
50-60	13
60-70	13

La PEG, el Diagnóstico y la situación laboral se ilustran acorde a los datos que arrojó la planilla y se observa una distribución homogénea en los cuadrantes

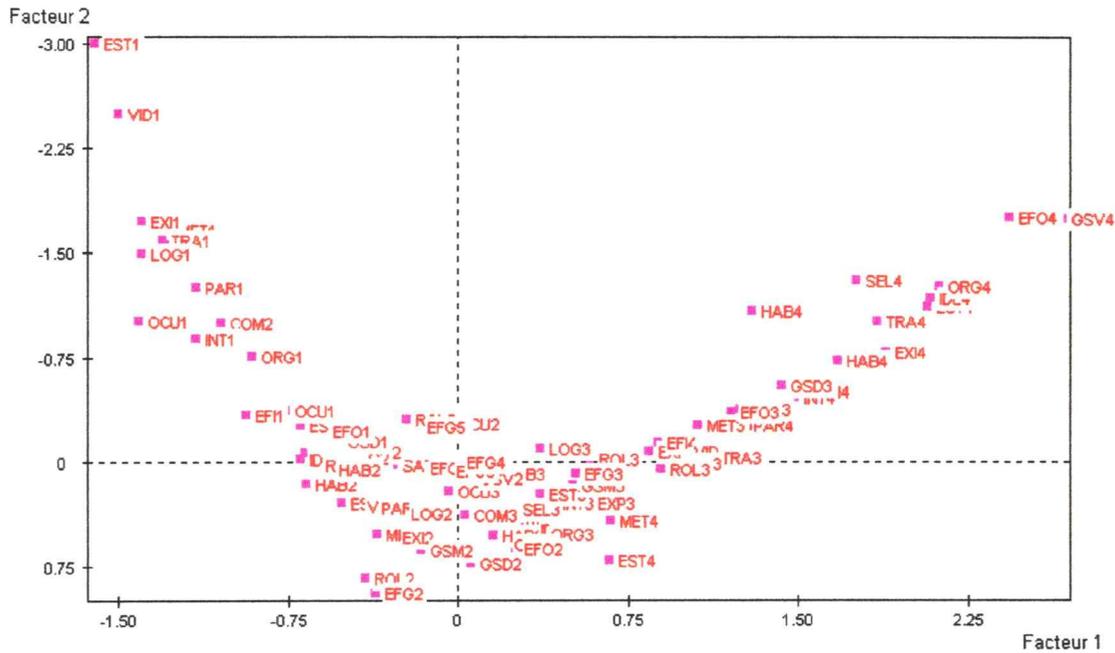
La variable situación laboral 1: ocupado, posee el 41,95 del total de la población por lo que se encuentra un poco alejado de la distribución.

La variable PEG con valor de 5 Met. Se encuentra en el cuadrante superior izquierdo debido a que es la menor población que presenta este valor correspondiendo el 3,2%, lo mismo ocurre con la PEG con valor de 10, a la cual le corresponde un 9,7% de la población total, la PEG con valor 4 se encuentra también alejada en el cuadrante derecho y los individuos que posee este valor es del 6,5%.

Con respecto a la variable diagnóstico: DIA3 se encuentra alejada de la distribución en el cuadrante inferior izquierdo y corresponde a los individuos con diagnóstico de Angina Crónica Estable, es la menor frecuencia de individuos que poseen este diagnóstico.

**GRAFICO N°13:** Representación de las variables Identidad Ocupacional, Competencia Ocupacional y Comportamiento Ocupacional.  
Primer Plano Factorial.

Población con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica que concurren a evaluación en el servicio de Terapia Ocupacional del I.NA.RE.P.S.  
Mar del Plata. Período Enero 2001 a Junio del 2002.



**EFEECTO GUTTMAN**

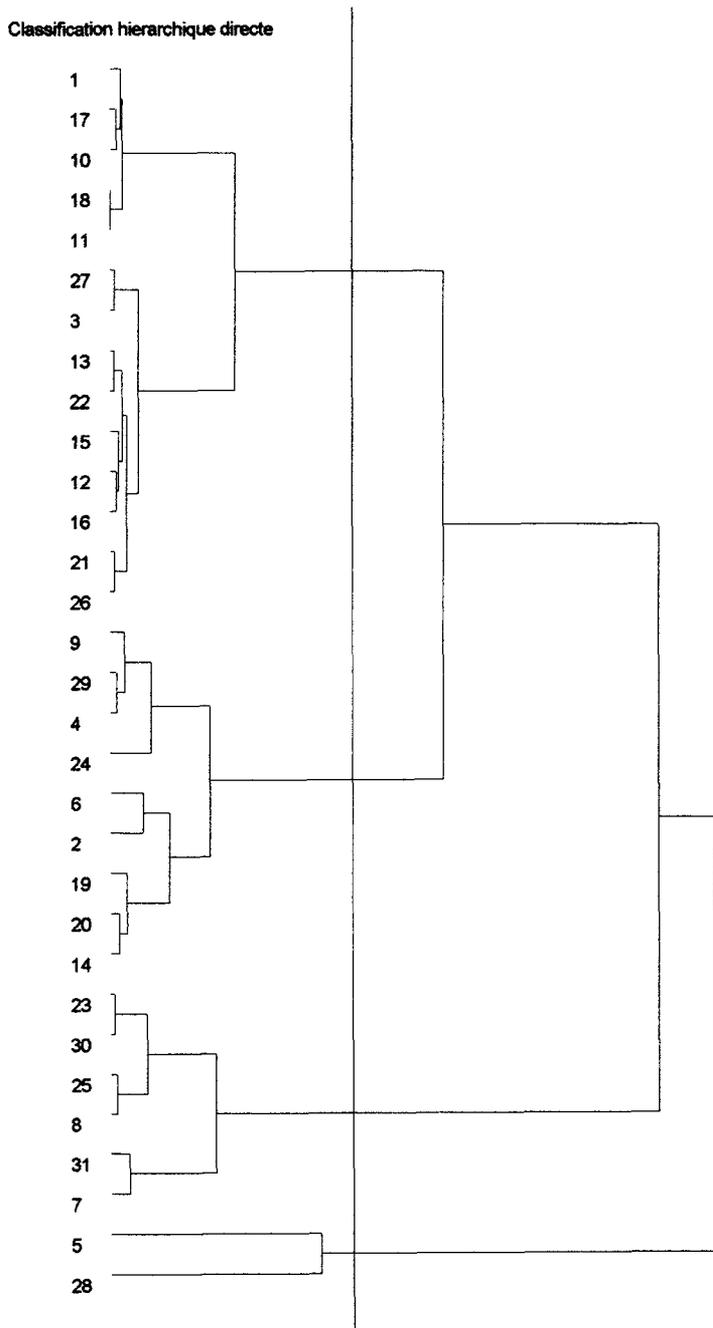
El gráfico de representación de las tres variables activas de este análisis muestra que los conjuntos de variables se reparten aproximadamente, sobre una curva de forma parabólica. Este fenómeno, se denomina "efecto Guttman". Aparece cuando existe una estructura de orden, a la vez sobre el conjunto de filas y sobre el de columnas, y estas estructuras están asociadas. Si se rebordean las filas y las columnas en el orden del primer factor, se obtiene una tabla en la que los elementos próximos a la diagonal toman valores grandes, mientras que los elementos alejados son nulos o casi nulos<sup>35</sup>.

<sup>35</sup> Brigitte, Escofier; Jerome Pagés: Análisis Factoriales Simples y Múltiples; Objetivos, métodos e Interpretación. Traducción de: Elena Abascal Fdez, Karmele Fdez. Aguirre, M. Isabel Landaluze Calvo, Amaya Zarraga Castro. Bilbao 1992. Universidad del País Vasco. Pag. 189-191.

**GRAFICO N°14:** Dendograma de la clasificación de los individuos según las variables de Identidad Ocupacional, competencia Ocupacional y Ambiente de Comportamiento Ocupacional.

Población con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica que concurren a evaluación en el Servicio de Terapia Ocupacional del I.NA.RE.P.S. Período Enero 2001 a Junio 2002. Mar del Plata

**DENDOGRAMA**



Los procedimientos de clasificación tienden a reagrupar los objetos para definir grupos homogéneos, una tipología se obtiene cuando se ha hecho de cada grupo de objetos un “tipo” es decir una entidad de la cual se conoce sus características. Al aplicar un método de clasificación significa fraccionar un conjunto dado de unidades de observación en subconjuntos homogéneos.

Se realiza una clasificación jerárquica, resultando un dendograma donde se elige como más representativo una clasificación en 4 clases y son:

-Clase 1/4

-Clase 2/4

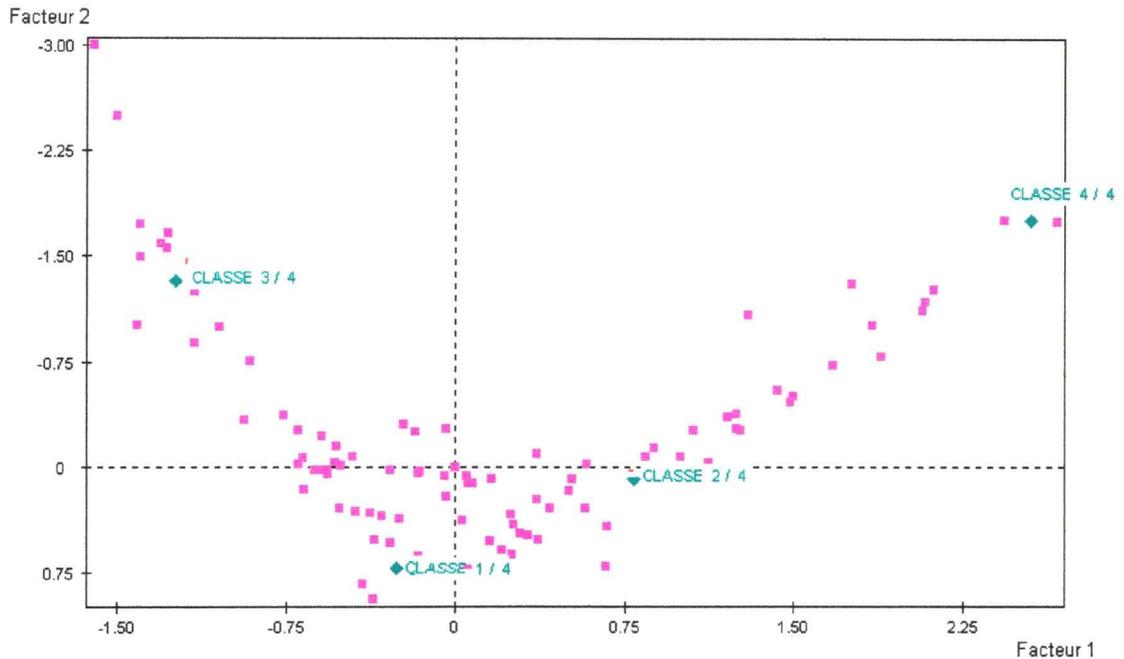
-Clase 3/4

-Clase 4/4

**GRAFICO N°15:** Representación de las Clases y las variables Identidad Ocupacional, Competencia Ocupacional y Ambiente de Comportamiento Ocupacional.

Primer Plano Factorial

Población con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica que concurren a evaluación en el servicio de Terapia Ocupacional del I.NA.RE.P.S. Período Enero 2001 a Junio 2002. Mar del Plata.



**Clase 1/4**

Podemos observar que la componen 15 individuos y la mayoría de los individuos presentan las características que se mencionan a continuación; con modalidad 2 (Algo de Disfunción Ocupacional).

- Tener Metas y Proyectos, con modalidad: 2
- Esperar el éxito, con modalidad: 2
- Principal rol productivo, con modalidad: 2
- Trabajar hacia metas, con modalidad: 2
- Logró satisfacción en el pasado, con modalidad: 2

- Participa en intereses, con modalidad: 2
- Situación laboral actual, con modalidad: 1

#### **Clase 2/4**

La forman 8 individuos, que presentan mayoritariamente las siguientes características que se mencionan a continuación; con modalidad 3 (Función ocupacional buena Apropiada y satisfactoria.

- Cumplió con sus roles en el pasado, con modalidad: 3
- Tener metas y proyectos, con modalidad: 3
- Reconoce identidades y obligaciones, con modalidad: 3

#### **Clase 3/4**

La contiene 6 individuos, que presentan mayoritariamente las siguientes características que se mencionan a continuación; con modalidad 1 (Extremada Disfunción Ocupacional.)

- Esperar el éxito, con modalidad: 1
- Participar en intereses, con modalidad: 1
- Identificar un estilo de vida ocupacional, con modalidad: 1
- Metas y proyectos, con modalidad: 1
- Formas Ocupacionales de diversión, con modalidad: 1
- Trabaja hacia metas, con modalidad: 1

#### **Clase 4/4**

La componen 2 individuos, que presentan mayoritariamente las siguientes características que se mencionan a continuación; con modalidad 4 (Función ocupacional excepcionalmente competente).

-Reconoce identidades y obligaciones, con modalidad: 4

-Hizo selecciones ocupacionales en el pasado, con modalidad: 4

-Identifica un estilo de vida ocupacional, con modalidad: 4

-Organiza su tiempo para cumplir con responsabilidades, con modalidad: 4

-P.E.G. individuos que poseen 9 Mets

En la clase  $\frac{1}{4}$ , podemos mencionar los siguientes criterios con modalidad 2: los individuos o se encuentran muy motivados para trabajar en metas y proyectos personales y se les dificulta pensar acerca de metas/proyectos personales/futuro. En esperar el éxito, tienen dudas de su capacidad para auto-control, enfrentar obstáculos/problemas/fracasos.

Las tareas del principal rol productivo no congruen con intereses y habilidades. La enfermedad creó interferencias en el logro de las metas, lo mismo ocurre en la participación en intereses y dificultad para encontrar tiempo/fuerzas para participar en intereses importantes.

La clase  $\frac{2}{4}$ , se caracteriza por la capacidad de balancear generalmente las múltiples demandas de los roles, se encuentran motivados para trabajar en metas y proyectos y tienen deseos de resolver dudas/desafíos y se observa compromiso con los roles.

La clase  $\frac{3}{4}$  los individuos tienen una visión pesimista de la capacidad de desempeño y tienen dudas de la capacidad de auto-controlarse, no pueden identificar ocupaciones que le emocionen, ni visualizar como estructurar el tiempo y falta de búsqueda de intereses.

Clase  $\frac{4}{4}$  los individuos tienen un fuerte sentido de identidad y compromiso con una historia de vida significativa e identifican labores significativas, tienen un fuerte estilo de vida y generalmente pueden modificar sus rutinas cuando las circunstancias lo requieran.

## ***Capítulo 5***

# ***Discusión y Conclusión***

## DISCUSION

Lo más probable es que la explicación del exceso de morbimortalidad, se encuentra relacionada con el sistema sanitario y las condiciones de cada país.

A pesar de las diferencias sociales, culturales y étnicas, los países latinoamericanos poseen ciertos denominadores comunes, sufrió crisis políticas y socioeconómicas dramáticas que condujeron a recesión y aumento de las tasas de desempleo. Se supone además que los individuos de clase socioeconómica alta tienen un nivel mayor de educación, un acceso más fácil a la atención médica y un estilo de vida más sano en comparación con individuos de clase socioeconómica baja. En el trabajo del Dr. Mauricio G. Cohen el análisis de su investigación demostró una morbimortalidad mayor de los pacientes en América latina. Con respecto a los factores socioeconómicos marcan un panorama homogéneo en toda América Latina en cuanto a los menores recursos destinados a los programas de salud, junto con una crisis recurrente del sistema, otro factor es la educación médica que se encuentra asociado con la eficiencia del sistema de salud en cada región; en resumen las causa de la mala evolución de los pacientes con síndrome Coronarios agudos en América Latina en el contexto de los estudios clínicos internacionales, responde a una multiplicidad de factores que podrían intervenir en este fenómeno de multicausalidad.<sup>36</sup> La población estudiada para la presente investigación presenta un nivel socioeconómico de recursos bajo.

Podemos visualizar las características de la población a través del análisis estadístico realizado, los resultados obtenidos ponen de manifiesto que el tipo de diagnóstico que se presentó con mayor frecuencia es el infarto agudo de miocardio y la

---

<sup>36</sup> Iparraguirre, Horacio Pomes, ¿A qué se debe la peor evolución de los pacientes de Latinoamérica en los ensayos clínicos internacionales de Síndromes Coronarios Agudos? Análisis de una realidad compleja y multifactorial. Revista Argentina de Cardiología, editoriales. vol 71 N°1, Pág. ,1-3. Enero-Febrero 2003.

educación ,el mayor porcentaje corresponde hasta primaria completa el 64,5%. Cuando comparamos tipo de trabajo previo a la enfermedad la mayor frecuencia de individuos realizaba trabajos pesados a moderados, en la actualidad los individuos que trabajan en un gran porcentaje el 61,5% realiza actividades laborales muy liviana / liviana. Se observa en los resultados un aumento de la desocupación de los individuos estudiados a partir del evento Coronario. Con respecto a la presencia de síntomas es muy baja la frecuencia de individuos que presenten los mismos, alrededor de siete personas manifestaron algún tipo de sintomatología. La PEG (Prueba Ergométrica Graduada) el resultado que se puede observar es que, la mayor frecuencia de individuos evaluados presentaron valores entre 6 y 7 Mets.

Las observaciones surgidas del presente estudio no se pueden relacionar con otros estudios, dado que no se hallaron antecedentes en la literatura de la aplicación de la Entrevista del OPHI-II en individuos que presenten diagnóstico de Cardiopatía Isquémica. El análisis de los resultados se realizó sobre la base del marco conceptual del Modelo de Ocupación Humana de Gary Kielhofner.

Los mayores porcentajes de la población que presentaron Disfunción Ocupacional en las tres escalas son: **Escala de Identidad Ocupacional**, la presencia del 67,7% de la población con mayor disfunción ocupacional se observa en el Ítem Esperar el Éxito, seguido del ítem Metas personales y Proyectos el 64,5% de los individuos presentaron Disfunción Ocupacional en el Ítem tener Intereses. Se observa que el 51,6% de la población en el pasado presenta disfunción ocupacional en el ítem Hacer selecciones Ocupacionales.

---

<sup>36</sup> Iparraguirre, Horacio Pomes, ¿A qué se debe la peor evolución de los pacientes de Latinoamérica en los ensayos clínicos internacionales de Síndromes Coronarios Agudos? Análisis de una realidad compleja y multifactorial. Revista Argentina de Cardiología, editoriales.vol 71 N°1, Pág. , 1-3. Enero-Febrero 2003.

Las decisiones de elección de actividades, en donde interviene el subsistema volitivo, hacen referencia a poder definirla como compromiso deliberado de ingresar en un rol ocupacional, adquirir un nuevo hábito o emprender un proyecto personal. La voluntad o elección consciente se encuentra en mayor porcentaje con bajos valores en los individuos evaluados. Gary Kielhofner en el libro “A Model of Human Occupation Theory and Application” (1995), hace referencia a que los estilos de vida son en parte la invención única de sus dueños, y en parte reflejan modos de vida organizados en los grupos sociales y culturales de los que uno es parte. Es la manera íntegra de realizar las ocupaciones propias de una persona que tiene que ver con el subsistema de habituación, de hecho el cambiar una rutina necesita también de un acto explícito de la voluntad. Se refleja la causalidad personal disminuida en la mayoría de los individuos evaluados. Esto hace referencia al sentido de eficacia y a las expectativas de éxito o fracaso que presentan las personas y tienen que ver con el modo en que los individuos organizan su autoconocimiento, es decir el sentido de control en el logro de los resultados deseados para nuestro comportamiento.

El conocimiento de las capacidades hace referencia a la apreciación de habilidades presentes y potenciales; las personas se sienten inseguras con respecto a las habilidades físicas, intelectuales o interpersonales.

Se pudo observar falta de disposición de encontrar placer y satisfacción en las ocupaciones y en el disfrutar de esas ocupaciones.

Las elecciones ocupacionales son decisivas al establecer nuestros estilos de vida. Para realizar elecciones ocupacionales debemos integrar e incorporar muchos fragmentos de experiencia pasada, circunstancias presentes y posibilidades futuras en un todo coherente.

**Escala de Competencia Ocupacional**, el 74,1% de los individuos evaluados presentaron Disfunción Ocupacional en el Ítem Trabajar hacia metas, seguida del ítem satisfacer las

expectativas de sus roles el 61,3%; Organizar el tiempo para cumplir responsabilidades el 58%; mantener un estilo de vida satisfactorio el 64,5% y participar en intereses el 64,5%, el 58% de los individuos manifestaron no haber tenido logro de satisfacción en el pasado. Podemos mencionar haciendo referencia a lo observado en esta escala que se encuentra disminuida la causalidad personal, valores e intereses los mismos están interrelacionados juntos constituyen el contenido de nuestros sentimientos, pensamientos y decisiones acerca de participar en las ocupaciones. Los roles que uno juega crean ciertas expectativas de ciertos tipos de desempeño ocupacional, y la competencia depende de poder satisfacer esas expectativas, razonablemente. Se pudo visualizar la falta de confianza que tienen los individuos evaluados en el uso de sus capacidades para influir en el curso de los acontecimientos o las circunstancias en el mundo exterior, y poder ser un agente efectivo, no es suficiente tener capacidades también es importante ser capaz de controlar y encausar sus capacidades hacia los resultados deseados.

Poseen gran dificultad de organizar rutinas, adaptarse a cambios y tener compromisos con el desempeño de actividades. La enfermedad interrumpe la participación en intereses o no encuentran tiempo / fuerzas para participar en intereses.

Observo en este estudio la presencia de rutinas insuficientemente organizadas. Los individuos experimentaron gran insatisfacción con su estilo de vida pasada y falta de balance entre el trabajo, descanso y juego. **Escala de Comportamiento Ocupacional** en los siguientes Ítem: Formas Ocupacionales del Rol Productivo Principal se observa el 61,5%, la presencia de disfunción ocupacional. Grupo Social de Diversión el 80,6% de los individuos evaluados presentaron disfunción ocupacional, lo mismo ocurre en Formas ocupacionales de Diversión el 80,6% presentó disfunción ocupacional. Espacios físicos, objetos y Recursos en la Diversión el porcentaje de disfunción Ocupacional es del 80,6% de los individuos evaluados.

El ambiente es el lugar donde uno cumple una amplia gama de formas ocupacionales estas incluyen auto cuidado, ocio, práctica de aficiones, e interacciones con amigos y familia. A veces las demandas / oportunidades no congruen con los intereses y habilidades del individuo. Se observa que el tiempo y el esfuerzo se adaptan pobremente al tiempo y energía disponible, son los lugares donde los individuos encuentran oportunidades de renovarse, escapar de las presiones de la vida, disfrutar de la camarería, y reconectarse con la comunidad más amplia.

Para la mayoría de los adultos el lugar de trabajo es el contexto ambiental principal de su vida ocupacional durante muchos de sus años productivos y cada tipo de trabajo se caracteriza por las formas ocupacionales que presenta, los individuos manifestaron no haber encontrado satisfacción en las formas ocupacionales del rol productivo y dedicación de muchas horas al mismo.

La interacción con el ambiente retrae el funcionamiento, los contextos ambientales del comportamiento ocupacional son siempre una función de la cultura, es el lugar; el hogar donde uno interactúa con aquellos que son parte de la propia red social en un momento dado. Los individuos se sienten inútiles en su capacidad para influir en los resultados, poca colaboración por parte del ambiente el cual limita el funcionamiento. La naturaleza de los objetos presentes en cualquier espacio contribuye a la manera en que éste facilita o demanda comportamiento ocupacional.

Considero importante resaltar lo que se observa en el análisis de correspondencias múltiple de las tres escalas en donde se visualiza el “efecto Guttman” e interpretar la estructura de datos que posee la forma parabólica, indicando que los elementos próximos a la diagonal, mayoritariamente los individuos poseen las modalidades 3 y 2 , mientras que los elementos alejados con modalidades 1 y 4 son los extremos menos encontrados frecuentemente. Gary kielhofner ,en el manual del usuario OPHI-II (versión II),cap.

5, menciona que la asignación de una calificación es un juicio profesional, obtenido de una buena entrevista; las calificaciones de 1 y 4 representan los extremos de funcionamiento ocupacional, consecuentemente pocas personas reciben calificaciones de 4, aun los individuos con funcionamiento "normal". Las personas que experimentan una disfunción ocupacional no reciben calificación de 1 a lo largo de todos los criterios, el "efecto Guttman" indica lo anteriormente descrito por Gary Kielhofner.

Los resultados obtenidos con respecto a las clases; representan a grupos homogéneos que contiene cada clase, es decir las tipología, las cuales determinan las características que presentan mayoritariamente los individuos. La clase 1/1: el 48,5% de las personas estudiadas presentan algo de disfunción ocupacional y se relaciona con la variable situación laboral 1 que presenta la modalidad ocupado. La clase 1/2, el 19% de la población presenta extremada disfunción ocupacional. La clase, 1/3, el 26% de los individuos estudiados presentaron una función ocupacional buena, apropiada, satisfactoria y podemos visualizar que estas personas tuvieron satisfacción en sus roles en el pasado; reconocen identidades y obligaciones y tienen metas y proyectos. Podemos mencionar que la clase 1/4 sólo, dos personas el 6,5% poseen una función ocupacional excepcionalmente competente y se relaciona con la variable P.E.G. de modalidad 9, se destaca la buena organización de la rutina diaria en los individuos con estas características. Gary Kielhofner en la tercera edición de su libro se refiere al primer interés del MOHO, que es entender cómo las personas se motivan y como escogen hacer las cosas diariamente. El segundo fenómeno descrito por el MOHO es que las personas siguen modelos similares en el tiempo, hacen muchas cosas como lo hicieron antes, es decir siguen modelos similares en el tiempo. La tercera cuestión es cuando los individuos hacen las cosas exhiben un rango extraordinario de capacidad para el desempeño.

Los conceptos de la Volición, Habitación y capacidad para el desempeño se encuentran interrelacionados. La volición se refiere a la motivación para la ocupación. La habitación se refiere al proceso por que la ocupación es organizada en modelos o rutinas y la capacidad del desempeño se refiere a las habilidades físicas y mentales que subyacen al desempeño ocupacional experimentado por el individuo.

La capacidad para el desempeño depende del estado músculo esquelético, neurológico, cardiopulmonar y otros sistemas corporales; también depende de capacidades cognoscitivas: memoria y planificación.<sup>37</sup> Dado la riqueza de información que traducen las entrevistas suministradas a personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica, la presente investigación puede servir como punto de partida para futuros estudios que podrían encuadrarse en el marco conceptual del modelo de ocupación humana de Gary Kielhofner, teniendo en cuenta la evaluación del perfil de personalidad laboral y la escala de impacto ambiental, se puede llevar a cabo la entrevista de intereses y el cuestionario volicional si es necesario etc.

Considero que nuevos estudios con una población más heterogénea, es decir diferentes clases socioeconómicas y culturales brindarían datos en una gran variedad de individuos con mayor diversidad de experiencias educacionales, historias laborales etc.

El desempeño de ocupaciones, necesita determinadas capacidades de nuestro cuerpo y mente, el complejo interjuego de fenómenos músculo esquelético, neurológicos, perceptuales y cognitivos permiten el ensamblaje del desempeño, por lo que es necesario una evaluación completa en forma individual, en el área cognitiva, especialmente para funciones como la memoria de corto plazo. También podemos mencionar que entre los desordenes afectivos, la depresión es una enfermedad frecuente en los tiempos que

---

<sup>37</sup> Gary Kielhofner, A Model of Human Occupation: Theory and Application. Thrid Edition. section 2: motives, Patterns, and Performance of Occupation: Basic Concepts. 2002. Pag. 12-14.

vivimos y discapacitante que afecta tanto al individuo como a la sociedad y que se asocia con la pérdida de la productividad laboral; el Johns Hopkins Precursors Study consideró la depresión como un factor de riesgo con peso independiente para la enfermedad coronaria, sin embargo el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad se soslayan y es un indicador pronóstico negativo para enfermos cardiovasculares.<sup>38</sup> Espero que este estudio proporcione una herramienta motivadora para el desarrollo de una intervención basada en la ocupación humana en la esfera de Terapia Ocupacional, proporcionando información descriptiva de las personas con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica.

---

<sup>38</sup> Vicario, Augusto; Taragano, Fernando. La depresión y el Corazón. Una relación Insoslayable. Revista Argentina de Cardiología. 2002. Vol. 70-Nº5. Pág. 411-415.

## **CONCLUSIONES**

La riqueza de la información que proporciona la Entrevista del OPHI-II, se evidencia mediante el análisis realizado en la presente tesis y su utilización en un primer momento de la Evaluación en individuos que presentan diagnóstico de Cardiopatía Isquémica. De acuerdo a la valoración realizada en las tres escalas que presenta el OPHI-II, se conocieron las tipologías y se identificaron las áreas de intervención, se considera que se cumplieron los objetivos planteados en la tesis y se enfatiza de este modo la importancia de este estudio para la evaluación a priori de futuras personas con Cardiopatía Isquémica; la presente investigación aporta datos necesarios para tener en cuenta con los nuevos individuos que concurran al Programa de RECAV en el servicio de Terapia ocupacional. De acuerdo a lo observado en los resultados y a través de las cuatro clases planteadas podemos caracterizar la performance ocupacional que presentaron los individuos de la población estudiada y se pudo destacar las áreas donde presentan mayor porcentaje de disfunción ocupacional según el análisis de los resultados, las estrategias de intervención deben estar centradas en múltiples tareas ocupacionales que abarcan las áreas de desempeño del diario vivir, trabajo, actividades productivas; actividades de juego y ocio. Con relación al subsistema de volición podemos concluir que lo más afectado es con respecto a las elecciones de actividad, decisiones a corto plazo y elecciones ocupacionales; es decir compromisos de ingresar a un rol ocupacional, adquirir un nuevo hábito, o emprender un proyecto personal. El interés es un componente afectado que se pudo observar en el deseo de participar en ciertas ocupaciones. El sentido de eficacia se

encuentra disminuido, para ser usado en las propias habilidades que presenta cada individuo de manera efectiva, esto se visualiza en la apreciación del autocontrol y la autodisciplina.

Subsistema de habituación, el estilo de vida se encuentra afectado, con baja satisfacción también en el pasado, esto se refleja en lo que la persona realiza en todas las organizaciones sociales y como utilizan el tiempo al organizar el curso diario de sus días y semanas que un gran porcentaje de las personas evaluadas se observa la falta de una rutina organizada.

Es importante indicar la Influencia del ambiente, el área más afectada es en los contextos ambientales relacionados con lugares de reunión y recreación y en los ambientes de grupos sociales y formas ocupacionales de diversión. El análisis de la población estudiada indica que el 67,5% de la población presenta Disfunción ocupacional en alguna área determinada

dentro de las variables que conforman la función Ocupacional, el 48,5% presentaron Algo de Disfunción Ocupacional y el 19% extremada Disfunción Ocupacional.

Es importante los argumento teóricos del MOHO, debido a que da ; lógica y coherencia a las aplicaciones prácticas que emanan de el, permitiendo a través de la Terapia que los individuos se comprometan en ocupaciones que proporcionen significado y satisfacción

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1-GARY KIELFHONER; MALISON TRUDY Y OTROS; MANUAL DEL USUARIO DEL OPHI-II; ENTREVISTA DE LA HISTORIA DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL(version II). TRADUCIDO POR INSTITUTO DE TERAPIA OCUPACIONAL MEXICO. 1988. PAG. 14-15.
- 2-INFORME DE LA FUNDACION INTERAMERICANA DEL CORAZON. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y CEREBROVASCULARES EN LAS AMERICAS. 1996.
- 3-J.F.SANTOS ANDRES; J DE JUAN MONTIEL; J.J. AGUILAR NARANJOY; R. CLARET ARIMANY". REHABILITACION CARDIACA Y CAPACIDAD FISICA DESPUES DE UN INFARTO DE MIOCARDIO NO COMPLICADO". REHABILITACION . 1991.25,2.
- 4-FRIEDMAN, H.S. BOOTH-KEWLEY, S."PERSONALITY, TYPE A BEHAVIER, AN CORONARY HEART DISEASE; THE ROLE OF EMOTIONAL EXPRESION"PERSONAL SOCIAL PSYCHOLOGY. 1987. Oct;53(4) 783-792.
- 5-COMITÉ DE EXPEROTS DE LA OMS, REHABILITACION DESPUES DE LAS ENFERMEDADES CARDIACAS Y CON ESPECIAL ATENCION EN LOS PAISES EN DESARROLLO; GINEBRA; INFORME N°831.
- 6-LAW, M. EVALUATION OF OCCUPATIONAL PERFORMANCE. TROMBLY, OCCUPATIONAL THERAPY FOR PHYSICAL DISFUNTION, 4 ED. WILLIAMS & WIKINS. USA. CAP. 4 PAG. 43.
- 7-ABADAL, L., T."RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA MENOPAUSEA, MITO, PARADOJA O REALIDAD, IMPORTANCIA DE LA OBSERVACION CLINICA FRENTE A LAS INTERVENCIONES DE LOS DATOS ESTADISTICOS". REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA. JULIO. 1999 VOL. 52..
- 8-MAROTO MONTERO, JOSÉ MARIA Y VELASCO RAMI JOSE ANTONIO,"REHABILITACION CARDIACA Y PREVENCION SECUNDARIA DE LA CARDIOPATIA ISQUEMICA", REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA. 1995 VOL. 48.
- 9-DE LAS HERAS, CARMEN G"; MANUAL DE REHABILITACION Y VIDA". MODELO DE OCUPACION HUMANA. SANTIAGO, CHILE. TRADUCIDO POR "REENCUENTROS". CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL. 1985. PAG 22-24..
- 10-KIELFHONER, G" A MODEL OF OCCUPATION" THEORY AND APLICATION, BALTIMORE, U.S.A., ED. WILLIAMS AND WILKINS. 1985."VOLITION SUBSISTEM"CAP. 4" HABITUATION SUBSISTEN"CAP. 5,"THE INFLUENCE OF THE ENVIRONMENT ON OCCUPATION".CAP. 7
- 11-KIELFHONER, G "TEALTH TROUGH OCCUPATION THEORY AND PRACTICE IN OCCUPATIONAL THERAPY". 1983.
- 12 SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGIA. NORMATIVAS Y BASES PARA LA PRACTICA DE LA REHABILITACION CARDIACA Y ERGOMETRIA. LINEA CARDIOLOGICA BAGO, 1994. PAG. 43.
- 13 GARY KIELHOFNER. A MODEL OF HUMAN OCCUPATION: THEORY AND APLICATION. TRID EDITION. ED. WILLIMS & WILKINNS. INTRODUCTION TO THE MODEL OF HUMAN OCCUPATION. PAG. 25.
- 15-VAZQUES, CABRER BABRIEL; MAROTO MONTERO, JOSE M "PANORAMICA ACTUAL DE LA REHABILITACION CARDIACA. 1998 VOL. 63. PAG. 481-488..

16-VELAZCO, JOSE A. MAROTO; JOSE M. Y OTROS"; GUIAS DE PRACTICAS CLINICA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGIA EN PREVENCION CARDIOVASCULAR Y REHABILITACION CARDIACA. 2000VOL.53.NUMERO 8.PAG.1113.

17-TORTORELLA, R. ;TOGNETTI N.; OROZCO, J": PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIOVASCULAR"(RECAV) I.N.A.R.E.P.S., MAR DEL PLATA.1995.

18-ANGELINO, A; SAGLIETI, H; POYATOS, M; "NORMATIVAS Y BASES PARA LA PRACTICA DE LA REHABILITACION CARDIOVASCULAR Y ERGOMETRIA". SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGIA.1994.PAG.7-8.

19-TROMBLY, C.A."REAPIA OCUPACIONAL PARA ENFERMOS INCAPACITADOS FISICAMENTE2ED. LA PRENSA MEDICA MEXICANA.1991.CAP.23.REHABILITACION CARDIACA.PAG.543-544.

20-KIELHOFNER GARY,FORSYTH KIRSTY.PUTTING THEORY INTO PRACTICE.CHAPTER 20.2002.  
REFERENCE:HTTP:WWW.U.I.C.EDU/AHJO/OT/MOHOC/REFERENCE LIST.

21-VELASCO,RAMI;JOSE ANTONIO Y MAROTO MONTERO JOSE.REHABILITACION CARDIACA,EVOLUCION HISTORICA Y SITUACION ACTUAL.REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGIA.1995.48 SUPL.1.PAG.1-7.

22-ITURRIA, MARIA ANGELICA"CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES QUE SUFRIERON INFARTO DE MIOCARDIO"TESIS PRESENTADA EN LA U.N.MAR DEL PLATA.AÑO1999.

23-ARNES, ALEJANDRA; LAURITO, ANDREA"ESTILO DE VIDA Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR". TESIS PRESENTADA EN LA U.N. MAR DEL PLATA.AÑO1999.

24-OLZA, CECILIA"SITUACION LABORAL EN PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE CARDIOPATIA ISQUEMICA"TESIS PRESENTADA EN LA U.N.MAR DEL PLATA.AÑO2000.

25-ESCPBAR, AURORA"ORGANIZACIÓN DE LOS MODELOS TEORICOS DE TERAPIA OCUPACIONAL". TESIS PRESENTADA EN LA U.N.MAR DEL PLATA.AÑO1997.

26-TELECHEA, MONICA; TERUGI, ADRIANA"DISFUNCION OCUPACIONAL EN PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD QUE SISTEN A LOS TALLERES DE LA UNIDAD PENAL 15 DE BATAN"TESIS PRESENTADA EN LA Y.N.MAR DEL PLATA.AÑO 1995.

27-BELLINGI, CAROLINA; GARCIA ADRIANA"ESTUDIO DEL ROL DEL TRABAJADOR EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA" TESIS PRESENTADA EN LA U.N.MAR DEL PLATA.AÑO 1998.

28-BOIFFER, MARIA NELLI "ANALISIS DE LAS OPORTUNIDADES QUE BRINDA EL AMBIENTE INSTITUCIONAL GERIATRICO DESDE TERAPIA OCUPACIONAL". TESIS PRESENTADA EN LA U.N. MAR DEL PLATA.AÑO 1999.

29-MARTIJENA, NIDEA"LA FUNCION OCUPACIONAL EN EL ADOLESCENTE ESCOLARIZADO". TESIS PRESENTADA EN LA U.N. MAR DEL PLATA.AÑO 1999.

30-DIPACE, MARIA FLORENCIA; GOGLIOLI, CARLA ANDREA. NIÑEZ, CONDUCTAS Y FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES". TESIS PRESENTADA EN LA U.N. MAR DEL PLATA.AÑO2001.

31-REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGIA "TERAPIA OCUPACIONAL EN REHABILITACION CARDIACA.SUPLEMENTO 1.1995.VOL.48.

32-PIEDRO, R; ANGELINO; A Y SAGLIETI, JUAN H"PREVENCION Y REHABILITACION CARDIOVASCULAR". ADVENTIS.BUENOS AIRES.ARGENTINA.2002.PAG.11-17;76-77.

33-TOOTH,L;MC KENNA;K. CONTEMPORARY ISSUES IN CARDIAC REHABILITATION,IMPLICATIONS FOR OCCUPATIONAL THERAPY.BRITISH JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY.1996.VOL.59(3).

34-MOGILEVSKY, R; MOGILIVSKY I; DORFSEMAN DE MOGILEVSKY R."PARA ALEJAR EL INFARTO, 25 AÑOS DE REHABILITACION DE CARDIACOS"ED.INTERMEDICA.2000PAG.24.

35-BERTOLASI Y COL. "CARDIOLOGIA 2000" ED. MEDICA PANAMERICANA.TOMO 3.AÑO 2000.PAG. 1919-1951.

36-MANUAL SPAD. N. CENTRE INTERNATIONAL DE STASQUE IT DINFORMATIQUE APPLIQUES.PAG.126-128.OCTUBRE 1996.ARGENTINA.

37-TROMBLY, C "OCCUPATIONAL THERAPY FOR PHYSICAL DISFUNCTION"; LAW, M EVALUATION OF OCCUPATIONAL PERFORMANCE.CAP.4 CUARTA ED. WILLIAMS & WILKINS, USA.1995.

38-KIELHOFNER, GARY; MALLISON, TRUDY, FORSYTHI KIRSTY; FIN-SHEI LAI "PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE SECOND VERSION OF THE OCCUPATIONAL PERFORMANCE HISTORY INTERVIEW (OPHI-II3.THE AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY.NUMBER 3.MAY/JUNE.2001.VOL.55PAG.260-267.

39-FITTS HA; HOWE MC. "; USE OF LEISURE TIME BY CARDIAC PATIENS". .AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY.1987.SEPP,41 (9).PAG.483-9.  
PAGINA WEB DEL MOHO.[http:](http://www.uic.edu/ahjo/ot/mhoc/reference.list)

40-VICARIO,AUGUSTO;TARAGANO,FERNANDO.LA DEPRESION Y EL CORAZON.UNA RELACION INSOSLAYABLE.REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGIA.2002.VOL.70-5.PAG.411-415.

-PAGINA WEB DEL MOHO.[http: www.uic.edu/ahjo/ot/mhoc/reference.list](http://www.uic.edu/ahjo/ot/mhoc/reference.list)

# ***Apendice***

## AGRADECIMIENTOS

QUIERO MANIFESTAR MI AGRADECIMIENTO A LAS PERSONAS QUE ME BRINDARON SUS CONOCIMIENTOS Y APOYO PARA LA REALIZACION DE LA TESIS.

A MI DIRECTORA; LIC. CLAUDIA MIRANDA, CO-DIRECTOR DR. ROBERTO TORTORELLA, POR SU TIEMPO Y DEDICACION.

AL INSTITUTO NACIONAL DE INVESTAGACION (INE) POR LA COLABORACION BRINDADA A TRAVES DEL ASESORAMIENTO EN METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION, Y ESTADISTICA DRA. UBEDA MATILDE.

AL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION PSICOFISICA DEL SUR; A TODOS LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIOVASCULAR POR SU APOYO Y CONFIANZA DEMOSTRANDO PREDISPOSICION A COLABORAR DURANTE EL TRANCURSO DE LA INVESTIGACION Y AL EQUIPO DE PROFESIONALES DE REHABILITACION CARDIOVASCULAR.

A MI FAMILIA, AMIGOS Y ESPECIALMENTE A MI HIJO ESTEBAN POR ACOMPAÑARME EN TODO MOMENTO.

**PLANILLA DE DATOS**

APELLIDO Y NOMBRE.....

EDAD..... SEXO.....

DIAGNOSTICO:      Infarto Agudo de Miocardio      ( )

                         Revascularización Coronaria      ( )

                         Angina Crónica Estable      ( )

                         IAM Y RC      ( )

**NIVEL EDUCACIONAL**

• Primaria Incompleta      ( )

• Primaria Completa      ( )

• Secundaria Incompleta      ( )

• Secundaria Completa      ( )

• Terciaria Incompleta      ( )

• Terciaria Completa      ( )

• Universidad Incompleta      ( )

• Universidad Completa      ( )

• Formación Profesional      ( )

•

• TITULOS OBTENIDOS.....

• SITUACION LABORAL

SITUACION ACTUAL:      ( ) OCUPADO

   ( ) OCUPADO CON LICENCIA

   ( ) DESOCUPADO

   ( ) JUBILADO

**SITUACION PREVIA A LA ENFERMEDAD**

- OCUPADO
- DESOCUPADO
- JUBILADO

**TIPO DE TRABAJO**

	ANTES	ACTUAL	
• MUY LIVIANO / LIVIANO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• MODERADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• PESADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
•			
• RESULTADOS P.E.G.: .....			
•			
• PERSISTENCIA DE SINTOMAS			
	SI	NO	
DOLOR TORACICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DISNEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FATIGA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PALPITACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ESTABLECER SI APARECEN CUANDO			TRABAJA <input type="checkbox"/>
			NO TRABAJA <input type="checkbox"/>
			AMBAS <input type="checkbox"/>

**OBSERVACIONES:**

## OPHI-II

### ROLES OCUPACIONALES

La selección de Roles Ocupacionales está integrada por preguntas que exploran los roles ocupacionales que constituyen el estilo de vida de la persona,

o Dígame un poco acerca de usted

¿ Trabaja actualmente?

¿ Estudia?

¿ Está a cargo del cuidado de niños, esposo(a), o ?

[O] Yo sé que usted es un hombre trabajador, estudiante que está a cargo de ?

[haga estas preguntas para todos los roles que desempeñe el trabajador o el estudiante]

¿ Cómo fue que llegó a [desempeñar este trabajo, escoger este tipo de trabajo/ estudiar, responsabilizarse de sus .....)?

¿ Qué es lo que su trabajo o estudios supone?

(0) ¿ Cuáles son sus responsabilidades [o qu{e tiene que hacer] Cómo?

¿ Qué tan bien considera que realiza sus responsabilidades? ¿ Le gusta desempeñarlas?

¿ Qué es lo que principalmente obtiene de su trabajo/estudios?

[0] ¿ Cuál es la razón fundamental por lo que hace esto?

O ¿ Qué clase de trabajador/estudiante/cuidador diría que es? ¿ Puede darme algún ejemplo de algo que lo demuestre?

[0] Dígame algo que haya sucedido recientemente que muestre la clase de [trabajador/padre/esposo/ (a)/hijo/hija] es

[O] Dígame algo que haya hecho recientemente como [trabajador/padre/madre/esposo (a) /hijo/hija/] y de lo cual se siente orgulloso.

¿ Ha trabajado anteriormente?

[Si/] ¿ Cómo fue que [obtuvo este trabajo. escogió esta clase de trabajo/estudios?

- ¿ y/o que hubo acerca de sus experiencias estudiantiles previas?
- ¿ Qué clase de trabajador/estudiante fue?
- ¿ Qué tanto tiempo/esfuerzo requirió su trabajo/estudios?
- ¿ Le fué difícil su trabajo/estudio ?
- ¿ Qué fue lo más importante que obtuvo de su trabajo/ estudios?
- ¿ Hasta que año curso?
- ¿ Porqué renunció / dejó este tipo de trabajo ?
- ¿ Qué tanto su [enfermedad/lesión /discapacidad] afectó su trabajo/ estudios?

- [Si.no] ¿ Porqué piensa que no ha trabajado ?
- ¿ Qué hay acerca de sus experiencias estudiantiles previas?
  - ¿ Qué clase de estudiante fue ?
  - ¿ Qué tanto tiempo/ esfuerzo requirió sus estudios ?
  - ¿ Le fue difícil estudiar ?
  - ¿ Qué es lo más importante que obtuvo de sus estudios?
  - ¿ Hasta que año curso ?
  - ¿ Qué tanto su [enfermedad/lesión/discapacidad] afectó sus estudios ?

Roles de amigo, voluntario, aficionado v otros

¿Adicionalmente a [su trabajo/ estudios/ y otras responsabilidades] hay algo realmente importante que tome mucho de su tiempo o requiera de su esfuerzo?

[01] ¿ Hay alguna cosa que especialmente haga a menudo ?

[O] Parece que su rol \_\_\_\_\_ [refiriéndose al ambiente o al grupo] es.....

Cuidado de casa [si no está trabajando]

- ¿ Vive en un [departamento/ casa/cuarto/ asilo/ otro] ?
- ¿ Quién más vive con usted?
- ¿ Qué tipo de responsabilidades tiene usted para cuidar de su [casa / departamento / cuarto]?

[0] ¿ Cómo reparte sus responsabilidades para cuidar de su [casa/ departamento/cuarto ]?

Participación en organizaciones religiosas

- ¿ Participa actualmente en alguna organización o grupo religioso? Platíqueme acerca de esto
- ¿ Qué cosa hace?
- ¿ Cómo empezó a hacerlas?
- ¿ Porqué hace esto? ¿ Lo hace por divertirse o tiene un fin más serio?

## RUTINA DIARIA

La sección de Rutina Diaria incluye preguntas de como la persona organiza y usa su tiempo, la satisfacción con la rutina diaria y los comportamientos ocupacionales típicos con el que lleva su tiempo.

-Describa un típico día durante la semana.

¿ El fin de semana es algo diferente?

[ sí) descríballo

¿ Puede decirme algo que haya sucedido recientemente que ejemplifique lo que es esta rutina para usted?

¿ Esta satisfecho con esta rutina?

[Si) ¿ Qué es lo que le gusta de ella?

[Si no) ¿ Qué es lo que le disgusta de ella?

-Si llegará a tener un día realmente bueno o malo, ¿cómo sería este?

¿Cuáles son los aspectos más importantes en su rutina?

¿ Su rutina le permite hacer las cosas más importantes para usted?

(Si/ no) ¿Cuales son las cosas importantes que no puede hacer?

¿ Su rutina diaria llegó a ser en algún momento diferente?

[0) en relación a un periodo) específico previo ¿ Qué tan diferente fue su rutina cuando..... ?

¿Cómo compararía ambas rutinas?

¿Cuál era mejor para usted?

¿ Tenía hobbies o proyectos que fueran parte de su rutina en el pasado?

¿Cuál es el aspecto más importante que quiere mantener en su rutina?

¿ Qué es lo que más le gustaría cambiar de su rutina?

¿ Tiene algunos hobbies o proyectos en curso que forman parte de su rutina actual?

-Digame acerca de

¿ Con que frecuencia lo realiza?

¿ cómo fue que empezó?

¿ Qué es lo que más le gusta del hobby/ proyecto?

¿ Desde cuando forma parte de su rutina?

¿ Tiene actualmente hobbies o proyectos que hayan sido parte de su rutina en el pasado?

¿Cuáles fueron los eventos, experiencias que más moldearon o cambiaron su vida? ,

## EVENTOS CRITICOS DE VIDA

La sección de Eventos Críticos de Vida incluye preguntas que cuestionan acerca de puntos de cambio. buenos tiempos malos tiempos, éxitos y fracasos en la vida de la persona.

(0) si el evento es aparente o conocido], ¿ Cuándo realmente cambiaron las cosas para usted?

[0] si un evento específico es conocido) ¿ Cómo cambiaron las cosas desde

-----?

(Preguntar para cada evento) Dígame acerca de----- ,¿ Qué sucedió?

¿ Qué cambios produjo?

Pensando en su vida, ¿ Cuándo considera que estuvo haciendo las cosas mejor?

Platiqueme acerca de este período ¿Qué lo hizo tan bueno?

[0] ¿ Por qué? ¿qué hubo acerca de su conducta o de las circunstancias que hizo de este período el mejor ?

¿Cuál considera que es el mayor éxito en su vida?

[0] Platiqueme acerca de algo que le sucedió en la escuela o en su trabajo (o dentro de su principal rol ocupacional¿ donde usted se sintió especialmente exitoso?.

¿Cuál considera el peor período de su vida?

Platiqueme acerca de este período

¿qué lo hizo tan malo?

[0] ¿ Por qué? ¿qué hubo acerca de su conducta o de las circunstancias que hizo de este período el peor ?

¿Cuál considera que es el mayor fracaso en su vida?

[0] Platiqueme acerca de algo que le sucedió en la escuela o en su trabajo (0) dentro de su principal rol ocupacional donde usted se sintió especialmente fracasado

Si usted pudiera llegar a modificar su futuro, ¿ Qué es lo que haría?

¿qué piensa que estaría haciendo?

(0) ¿Qué cosas se ve usted haciendo en el futuro?

¿Es eso lo que le gustaría?

La sección de Marcos de Comportamiento Ocupacional incluye preguntas orientadas hacia los ambientes ocupacionales de las personas, incluyendo personas y su influencia en los comportamientos ocupacionales.

## HOGAR

Platíqueme acerca de donde vive.

(O) Entiendo que usted vive-----

(0) Platíqueme acerca de su hogar [departamento, cuarto, dormitorio]: ¿Cómo es? ¿

Es su hogar/casa confortable?

¿ Cuenta con suficiente privacidad?

¿ Puede ir de un lugar a otro?

¿ Es un lugar adecuado?

¿, Tiene usted las cosas necesarias para hacer lo que usted quiere?

¿ Llega a aburrirse en su casa?

¿ Le gustan los alrededores?

¿, Son estimulantes?

( Las siguientes preguntas se duplican en esa sección con las correspondientes al papel de el cuidador (a), y no necesitan ser planteadas si estas se abordan primero]

¿ (Qué es lo que tiene que hacer para mantener su casa [departamento, cuarto, dormitorio)?

¿le gusta hacer lo?

¿ Es capaz de hacerlo bien?

¿ Con quien vive?¿ Quiénes son

las personas importantes en su

vida. Entiendo que vive con-----

Cómo se lleva con ?¿ Qué clase

de cosas hacen Junto?

¿ Cómo describiría el ambiente

donde vive?

[Por ejemplo, cuales de los siguientes términos describe la situación en la que vive: amoroso, conflictivo, tenso, calmado, caótico, ocupado, aburrido`?)

(0) Platíqueme algo acerca de lo que haya sucedido recientemente que ejemplifica cómo es el ambiente donde vive.

¿ Hay alguien en casa /o en su familia que lo pone tenso o le hace la vida difícil?

¿Si necesita ayuda en algo, puede usted confiar en que su [familia, esposo (a) . compañero etc] le ayudará?

¿Puede darme un ejemplo?-----

Si se siente deprimido o derrotado, ¿Puede usted confiar en que su [familia, esposo, compañero, etc] le aconsejen o apoyen?

¿Me puede dar un ejemplo?-----

Principal ocupación productiva

Platiqueme acerca del lugar donde trabaja/ la escuela en la que estudia-----

[O] Dígame cómo es el lugar donde trabaja/ la escuela en la que estudia ¿ Es la adecuada para sus estudios / el trabajo que realiza?

¿ Tiene la suficiente privacidad?

¿ Puede moverse con facilidad?

¿ Cuáles son las principales cosas que hace en su trabajo/ en la escuela?

¿ Es el lugar adecuado?

¿ Tiene las cosas que requiere para hacerlas?

¿ Se llega aburrir?

¿ Le gusta el ambiente de trabajo?

¿Le gustan los alrededores?

¿ Cómo describiría el ambiente en donde trabaja [ Por ejemplo. cuales de los siguientes términos, describe la situación en la que trabaja; amoroso. conflictivo. tenso, calmado, caótico, ocupado, aburrido] ?

[O] Platiqueme algo acerca de lo que haya sucedido recientemente que ejemplifique como es el ambiente en donde trabaja.

¿ Con quienes interactúa más en su trabajo o escuela?

¿Cómo se lleva con sus colegas / compañeros de trabajo/ jefe/ compañeros de escuela/ maestros?

¿ Hay alguien en su trabajo que lo dificulte o lo ponga tenso?

¿ Sí usted necesita ayuda, ¿ Puede confiar en que sus colegas/ compañeros de trabajo/ jefe, lo haría?

¿ Puede darme un ejemplo?-----

Si se siente deprimido o derrotado, ¿ Puede usted confiar en que su jefe o sus compañeros de trabajo le aconsejen o apoyen?

¿ Me puede dar un ejemplo?-----

### Diversión

- ¿ Cuales son las principales cosas que hace para divertirse o relajarse? ¿ En donde lo hace?
- ¿ Es un buen lugar?
- ¿ Le gustan las instalaciones/ el ambiente?
- ¿ Son adecuadas para usted?
- ¿ Realmente cuenta con los lugares que quisiera para relajarse o divertirse?
  
- ¿ Quienes son las personas con las que se divierte o se relaja principalmente? ¿ Cómo se lleva con ellas?

Platíqueme algo acerca de lo que le haya sucedido recientemente que ejemplifique la clase de ambiente en el que se divierte o relaja?-----

### ELECCIONES DE ACTIVIDAD/ OCUPACIÓN

La sección de actividad/decisiones ocupacionales incluye preguntas que buscan comprender como la persona toma decisiones relevantes a su comportamiento ocupacional y lo valores, intereses, y causas personales; que hay de tras, de esas decisiones?.

o ¿ Cómo fue que llegó a [desempeñar este trabajo) escoger esta línea de trabajo ,estudiar, tener estas responsabilidades hacia sus padres]?-----

- ¿ Puede hacer las cosas que considera realmente importantes?
- [Si, no) ¿ Cuáles son algunas de las cosas realmente importantes para usted?

[Si, No) ¿ puede decirme que cosas no puede hacer y por qué?

- (O) ¿Cuáles son las cosas que no puede hacer?
- ¿ Me puede dar un ejemplo?
- ¿ Puede platicarme acerca de una situación reciente en la que no haya podido hacer algo valioso?

¿le ha sido posible en su vida, elegir las cosas importantes para,usted?

¿ Hay algo que rutinariamente interfiera en lo que usted desea hacer?

¿ Considera usted que cuenta con el suficiente tiempo para hacer las cosas que le gustan?

[Si,no) ¿Cuenta con tiempo libre?

¿Cómo lo ocupa?

¿Qué hace para divertirse? ,

¿Puede platicarme acerca de cómo se divirtió recientemente?

( Si no puede responder) ¿ Porqué considera que ya no se divierte?

[Si. No] ¿ Porqué considera que ya no tiene el tiempo para divertirse?

¿ Puede darme un ejemplo de cuando usted sintió que no tuvo tiempo suficiente para hacer las cosas que le gustan?

¿Se fija metas para usted mismo / hace planes para el futuro?

[Si es así] ¿ Puede hacer seguimiento?

Puede darme un ejemplo de cuando se fijó una meta y le dio seguimiento?

[Si No] ¿Porqué lo dice?-----

¿Me puede dar un ejemplo de cuando ha tenido una meta y no ha sido capaz de llevarla a cabo?

[Si No] ¿ En alguna ocasión ha buscado algo que realmente ha querido alcanzar'?

[0] ¿ Cómo decidió hacer las cosas que quiere?

¿ Cuando se encuentra con obstaculos o dificultades cómo las maneja?

¿Puede darme un ejemplo?-----

¿Cual es el principal reto que afronta actualmente?

- (0) refiriendo a las circunstancias, situaciones traumáticas),¿Cómo cree usted que se ajustará
- (1) ellas/ las manejará.....?

¿ Puede darme un ejemplo de algunas decisiones que usted haya hecho que ejemplifiquen esto?

OPHI-II HOJA DE RESUMEN DE DATOS	1		2		3		4		Abreviado Para la Base de datos
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Escala de Identidad Ocupacional</b>									
Tiene metas personales y proyectos									METASP
Identifica un estilo de vida ocupacional									ESTILOV
Espera el éxito									EXITOS
Acepta responsabilidades									RESPONS
Valora habilidades y limitaciones									HABLIMIT
Tiene compromisos y valores									COMPVAL
Reconoce identidades y obligaciones									IDENOBLI
Tiene intereses									INTERES
Se sintió eficaz (pasado)									EFICPAS
Encontró sentido/satisfacción en su estilo de vida /pasado									SATIPAS
Hizo selecciones ocupacionales(pasado)									SELEPAS
<b>Escala de Competencia Ocupacional</b>									
Mantiene un estilo de vida satisfactorio									VIDASATI
Satisface las expectativa de sus roles									EXPROLES
Trabaja hacia metas									TRABMET
Cumple con los estandares de rendimiento personales									ESTPERS
Organiza su tiempo para cumplir responsabilidades									ORGTIEMP
Participa en intereses									PARTINT
Cumplio con sus roles(pasado)									ROLESPAS
Mantuvo hábitos(pasado)									HABITPAS
Logro satisfacción(pasado)									LOGSATIS
<b>Escala de comportamiento ocupacional</b>									
Formas ocupacionales hogareñas									OCUHO
Formas ocupacionales del rol productivo principal									ROLPRODP
Formas ocupacionales de diversión									OCUPDIV
Grupo social en la vida hogareña									GSVH
Grupo social de mayor productividad									GSMP
Grupo social de diversión									GSD
Espacios físicos objetos y recursos en la vida hogareña									EFORVH
Espacio físico,objetos y recursos del principal rol productivo									EFGRP
Espacios físicos,objetos y recursos en la diversión									Eford

## CLASIFICACION DE TIPO DE TRABAJO

<i>Muy Liviano Liviano Hasta 5 mets</i>	<i>Trabaja sentado manipulando útiles y herramientas manuales. Trabaja de pie solamente Trabaja de pie manipulando útiles y herramientas manuales. De pie y/o caminando levanta y transporta objetos que pesan hasta 20 kilogramos No requiere subir escaleras</i>
<i>moderado 5 a 7mets</i>	<i>Trabaja de pie manipulando herramientas Neumáticas De pie y /o caminando levanta y transporta Objetos que pesan entre 20y 29 kilogramos Requiere subir escaleras despacio</i>
<i>Pesado Muy pesado Más de 7 mets</i>	<i>Trabaja de pie manipulando herramientas Pesadas (pico, pala, barreta, hacha) De pie y/o caminando levanta y transporta Objetos que pesan más de 30 kilogramos Requiere subir escaleras a velocidad Moderada o rápida</i>

## ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIAS MÚLTIPLES

### ANALYSE DES CORRESPONDANCES MULTIPLES

#### APUREMENT DES MODALITES ACTIVES

SEUIL (PCMIN) : 2.00 % POIDS: 0.62

AVANT APUREMENT : 9 QUESTIONS ACTIVES 34 MODALITES ASSOCIEES

APRES : 9 QUESTIONS ACTIVES 31 MODALITES ASSOCIEES

POIDS TOTAL DES INDIVIDUS ACTIFS : 31.00

#### TRI-A-PLAT DES QUESTIONS ACTIVES

MODALITES		AVANT APUREMENT		APRES APUREMENT		HISTOGRAMME DES POIDS RELATIFS
IDENT	LIBELLE	EFF.	POIDS	EFF.	POIDS	
<b>17 . VIDASATI</b>						
VID1 - 1		2	2.00	2	2.00	****
VID2 - 2		18	18.00	18	18.00	*****
VID3 - 3		11	11.00	11	11.00	*****
<b>18 . EXPROLES</b>						
EXP1 - 1		0	0.00			
EXP2 - 2		19	19.00	19	19.00	*****
EXP3 - 3		11	11.00	11	11.00	*****
EXP4 - 4		1	1.00	1	1.00	**
<b>19 . TRABMET</b>						
TRA1 - 1		3	3.00	3	3.00	*****
TRA2 - 2		20	20.00	20	20.00	*****
TRA3 - 3		6	6.00	6	6.00	*****
TRA4 - 4		2	2.00	2	2.00	****
<b>20 . ESTPERS</b>						
EST1 - 1		1	1.00	1	1.00	**
EST2 - 2		9	9.00	9	9.00	*****
EST3 - 3		20	20.00	20	20.00	*****
EST4 - 4		1	1.00	1	1.00	**
<b>21 . ORGTIEMP</b>						
ORG1 - 1		1	1.00	1	1.00	**
ORG2 - 2		17	17.00	17	17.00	*****
ORG3 - 3		10	10.00	10	10.00	*****
ORG4 - 4		3	3.00	3	3.00	*****
<b>22 . PARTINT</b>						
PAR1 - 1		4	4.00	4	4.00	*****
PAR2 - 2		16	16.00	16	16.00	*****

FUNCION OCUPACIONAL DE PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE CARDIOPATIA ISQUEMICA  
ELORRIAGA, MIRIAM BEATRIZ

PAR3 - 3		10	10.00		10	10.00	*****
PAR4 - 4		1	1.00		1	1.00	**

23 . ROLESPAS

ROL1 - 1		0	0.00				
ROL2 - 2		15	15.00		15	15.00	*****
ROL3 - 3		16	16.00		16	16.00	*****

24 . HABITPAS

HAB1 - 1		0	0.00				
HAB2 - 2		10	10.00		10	10.00	*****
HAB3 - 3		19	19.00		19	19.00	*****
HAB4 - 4		2	2.00		2	2.00	****

25 . LOGSATIS

LOG1 - 1		2	2.00		2	2.00	****
LOG2 - 2		16	16.00		16	16.00	*****
LOG3 - 3		12	12.00		12	12.00	*****
LOG4 - 4		1	1.00		1	1.00	**

VALEURS PROPRES

APERCU DE LA PRECISION DES CALCULS : TRACE AVANT DIAGONALISATION .. 2.4444

SOMME DES VALEURS PROPRES .... 2.4444

HISTOGRAMME DES 22 PREMIERES VALEURS PROPRES

NUMERO	VALEUR	POURCENT.	POURCENT.	
	PROPRE	CUMULE		
1	0.5435	22.24	22.24	*****
2	0.3764	15.40	37.64	*****
3	0.2791	11.42	49.05	*****
4	0.2618	10.71	59.76	*****
5	0.1889	7.73	67.49	*****
6	0.1600	6.54	74.03	*****
7	0.1447	5.92	79.95	*****
8	0.1049	4.29	84.24	*****
9	0.0852	3.49	87.73	*****
10	0.0726	2.97	90.70	*****
11	0.0464	1.90	92.60	*****
12	0.0417	1.70	94.31	*****
13	0.0344	1.41	95.72	*****
14	0.0288	1.18	96.89	*****
15	0.0275	1.13	98.02	*****
16	0.0208	0.85	98.87	****
17	0.0130	0.53	99.40	**
18	0.0091	0.37	99.77	**

19	0.0057	0.23	100.00	*	
20	0.0000	0.00	100.00	*	
21	0.0000	0.00	100.00	*	
22	0.0000	0.00	100.00	*	

RECHERCHE DE PALIERS (DIFFERENCES TROISIEMES)

PALIER	VALEUR DU	
ENTRE	PALIER	
2- 3	-135.56	*****
7- 8	-38.33	*****
4- 5	-30.14	*****
10- 11	-23.81	*****
15- 16	-9.94	****
16- 17	-3.41	**

RECHERCHE DE PALIERS ENTRE (DIFFERENCES SECONDES)

PALIER	VALEUR DU	
ENTRE	PALIER	
2- 3	80.04	*****
1- 2	69.75	*****
4- 5	43.87	*****
10- 11	21.40	*****
7- 8	20.17	*****
5- 6	13.72	*****
8- 9	7.13	****
13- 14	4.43	***
16- 17	3.91	***
12- 13	1.53	*
17- 18	0.49	*

COORDONNEES, CONTRIBUTIONS ET COSINUS CARRÉS DES MODALITES ACTIVES  
 AXES 1 A 5

MODALITES	COORDONNEES	CONTRIBUTIONS	COSINUS CARRÉS
IDEN - LIBELLE	P.REL DISTO   1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
17 . VIDASATI			
VID1 - 1	0.72 14.50   -1.32 -0.87 1.08 -2.23 -0.44	2.3 1.4 3.0 13.6 0.7	0.12 0.05 0.08 0.34 0.01
VID2 - 2	6.45 0.72   -0.51 -0.14 -0.25 0.37 0.08	3.1 0.3 1.4 3.3 0.2	0.36 0.03 0.09 0.19 0.01
VID3 - 3	3.94 1.82   1.07 0.38 0.21 -0.19 -0.06	8.3 1.5 0.6 0.6 0.1	0.63 0.08 0.02 0.02 0.00
+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 13.7 3.3 5.1 17.5 1.0 +-----			
18 . EXPROLES			
EXP2 - 2	6.81 0.63   -0.49 -0.20 0.12 0.18 0.18	3.0 0.7 0.4 0.8 1.2	0.38 0.07 0.02 0.05 0.05
EXP3 - 3	3.94 1.82   0.57 0.67 -0.09 -0.19 -0.48	2.3 4.6 0.1 0.5 4.9	0.18 0.24 0.00 0.02 0.13
EXP4 - 4	0.36 30.00   3.14 -3.46 -1.32 -1.29 1.87	6.5 11.4 2.2 2.3 6.7	0.33 0.40 0.06 0.06 0.12
+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 11.9 16.8 2.7 3.7 12.7 +-----			
19 . TRABMET			
TRA1 - 1	1.08 9.33   -1.14 -1.01 1.89 -0.99 0.11	2.6 2.9 13.8 4.0 0.1	0.14 0.11 0.38 0.10 0.00
TRA2 - 2	7.17 0.55   -0.40 0.03 -0.45 0.24 0.01	2.1 0.0 5.2 1.6 0.0	0.29 0.00 0.37 0.10 0.00
TRA3 - 3	2.15 4.17   1.05 1.17 0.68 -0.18 0.35	4.4 7.8 3.6 0.3 1.4	0.26 0.33 0.11 0.01 0.03
TRA4 - 4	0.72 14.50   2.54 -2.24 -0.37 -0.37 -1.35	8.5 9.5 0.3 0.4 6.9	0.44 0.35 0.01 0.01 0.13
+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 17.5 20.3 22.9 6.2 8.4 +-----			
20 . ESTPERS			
EST1 - 1	0.36 30.00   -1.32 -0.97 2.57 -3.21 -0.45	1.1 0.9 8.5 14.1 0.4	0.06 0.03 0.22 0.34 0.01
EST2 - 2	3.23 2.44   -0.77 -0.68 0.24 0.63 0.22	3.5 3.9 0.7 4.9 0.9	0.24 0.19 0.02 0.16 0.02
EST3 - 3	7.17 0.55   0.35 0.26 -0.29 -0.10 -0.14	1.6 1.3 2.2 0.3 0.7	0.23 0.13 0.15 0.02 0.03
EST4 - 4	0.36 30.00   1.19 1.78 1.07 -0.46 1.15	0.9 3.0 1.5 0.3 2.5	0.05 0.11 0.04 0.01 0.04
+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 7.2 9.2 12.8 19.5 4.5 +-----			
21 . ORGTIEMP			
ORG1 - 1	0.36 30.00   -0.78 -1.21 3.11 0.92 0.83	0.4 1.4 12.4 1.2 1.3	0.02 0.05 0.32 0.03 0.02
ORG2 - 2	6.09 0.82   -0.63 -0.27 -0.25 0.12 -0.09	4.5 1.1 1.4 0.3 0.3	0.48 0.09 0.08 0.02 0.01
ORG3 - 3	3.58 2.10   0.50 0.97 0.11 -0.25 0.40	1.6 9.0 0.2 0.8 3.1	0.12 0.45 0.01 0.03 0.08
ORG4 - 4	1.08 9.33   2.17 -1.34 0.04 -0.16 -1.10	9.3 5.1 0.0 0.1 6.8	0.50 0.19 0.00 0.00 0.13
+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 15.8 16.7 14.0 2.4 11.5 +-----			
22 . PARTINT			
PAR1 - 1	1.43 6.75   -0.96 -0.70 1.33 -0.69 0.07	2.4 1.9 9.0 2.6 0.0	0.14 0.07 0.26 0.07 0.00
PAR2 - 2	5.73 0.94   -0.51 -0.12 -0.50 0.32 -0.05	2.7 0.2 5.1 2.2 0.1	0.28 0.01 0.27 0.11 0.00
PAR3 - 3	3.58 2.10   1.01 0.57 0.21 -0.29 0.51	6.7 3.1 0.6 1.1 4.9	0.48 0.15 0.02 0.04 0.12
PAR4 - 4	0.36 30.00   1.93 -1.01 0.59 0.55 -4.58	2.5 1.0 0.4 0.4 39.8	0.12 0.03 0.01 0.01 0.70
+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 14.3 6.1 15.2 6.3 44.8 +-----			
23 . ROLESPAS			
ROL2 - 2	5.38 1.07   -0.53 0.13 -0.40 -0.62 -0.12	2.8 0.2 3.1 7.9 0.4	0.26 0.02 0.15 0.36 0.01
ROL3 - 3	5.73 0.94   0.50 -0.12 0.38 0.58 0.11	2.6 0.2 2.9 7.4 0.4	0.26 0.02 0.15 0.36 0.01
+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 5.4 0.5 6.1 15.3 0.8 +-----			
24 . HABITPAS			

FUNCIÓN OCUPACIONAL DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE CARDIOPATÍA ISQUEMICA  
ELORRIAGA, MIRIAM BEATRIZ

HAB2 - 2	3.58 2.10	-0.52 0.18 -0.65 -0.63 -0.20	1.8 0.3 5.5 5.4 0.8	0.13 0.01 0.20 0.19 0.02
HAB3 - 3	6.81 0.63	0.12 0.15 0.44 0.32 -0.05	0.2 0.4 4.6 2.7 0.1	0.02 0.04 0.30 0.17 0.00
HAB4 - 4	0.72 14.50	1.45 -2.32 -0.86 0.06 1.46	2.8 10.3 1.9 0.0 8.1	0.15 0.37 0.05 0.00 0.15
+-----+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 4.8 11.0 12.0 8.1 9.0 +-----+				
25 . LOGSATIS				
LOG1 - 1	0.72 14.50	-1.32 -0.82 -0.21 -0.97 -0.25	2.3 1.3 0.1 2.6 0.2	0.12 0.05 0.00 0.06 0.00
LOG2 - 2	5.73 0.94	-0.18 0.45 -0.31 -0.44 0.02	0.3 3.1 2.0 4.2 0.0	0.03 0.22 0.11 0.20 0.00
LOG3 - 3	4.30 1.58	0.20 -0.18 0.56 0.85 -0.15	0.3 0.4 4.9 11.9 0.5	0.02 0.02 0.20 0.46 0.01
LOG4 - 4	0.36 30.00	3.14 -3.46 -1.32 -1.29 1.87	6.5 11.4 2.2 2.3 6.7	0.33 0.40 0.06 0.06 0.12
+-----+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 9.5 16.2 9.3 20.9 7.4 +-----+				

COORDONNEES ET VALEURS-TEST DES MODALITES

AXES 1 A 5

MODALITES		VALEURS-TEST					COORDONNEES					DISTO.
IDEN - LIBELLE	EFF. P.ABS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
+-----+-----+-----+												
17 . VIDASATI												
VID1 - 1	2 2.00	-1.9 -1.3 1.5 -3.2 -0.6	-1.32 -0.87 1.08 -2.23 -0.44	14.50								
VID2 - 2	18 18.00	-3.3 -0.9 -1.6 2.4 0.5	-0.51 -0.14 -0.25 0.37 0.08	0.72								
VID3 - 3	11 11.00	4.4 1.5 0.9 -0.8 -0.2	1.07 0.38 0.21 -0.19 -0.06	1.82								
+-----+-----+-----+												
18 . EXPROLES												
EXP1 - 1	0 0.00	0.0 0.0 0.0 0.0 0.0	0.00 0.00 0.00 0.00 0.00	0.00								
EXP2 - 2	19 19.00	-3.4 -1.4 0.8 1.2 1.2	-0.49 -0.20 0.12 0.18 0.18	0.63								
EXP3 - 3	11 11.00	2.3 2.7 -0.4 -0.8 -2.0	0.57 0.67 -0.09 -0.19 -0.48	1.82								
EXP4 - 4	1 1.00	3.1 -3.5 -1.3 -1.3 1.9	3.14 -3.46 -1.32 -1.29 1.87	30.00								
+-----+-----+-----+												
19 . TRABMET												
TRA1 - 1	3 3.00	-2.0 -1.8 3.4 -1.8 0.2	-1.14 -1.01 1.89 -0.99 0.11	9.33								
TRA2 - 2	20 20.00	-2.9 0.2 -3.3 1.8 0.1	-0.40 0.03 -0.45 0.24 0.01	0.55								
TRA3 - 3	6 6.00	2.8 3.1 1.8 -0.5 0.9	1.05 1.17 0.68 -0.18 0.35	4.17								
TRA4 - 4	2 2.00	3.6 -3.2 -0.5 -0.5 -1.9	2.54 -2.24 -0.37 -0.37 -1.35	14.50								
+-----+-----+-----+												
20 . ESTPERS												
EST1 - 1	1 1.00	-1.3 -1.0 2.6 -3.2 -0.4	-1.32 -0.97 2.57 -3.21 -0.45	30.00								
EST2 - 2	9 9.00	-2.7 -2.4 0.8 2.2 0.8	-0.77 -0.68 0.24 0.63 0.22	2.44								
EST3 - 3	20 20.00	2.6 2.0 -2.1 -0.7 -1.0	0.35 0.26 -0.29 -0.10 -0.14	0.55								
EST4 - 4	1 1.00	1.2 1.8 1.1 -0.5 1.2	1.19 1.78 1.07 -0.46 1.15	30.00								
+-----+-----+-----+												
21 . ORGTIEMP												
ORG1 - 1	1 1.00	-0.8 -1.2 3.1 0.9 0.8	-0.78 -1.21 3.11 0.92 0.83	30.00								

ORG2 - 2	17	17.00	-3.8 -1.6 -1.5 0.7 -0.6	-0.63 -0.27 -0.25 0.12 -0.09	0.82										
ORG3 - 3	10	10.00	1.9 3.7 0.4 -0.9 1.5	0.50 0.97 0.11 -0.25 0.40	2.10										
ORG4 - 4	3	3.00	3.9 -2.4 0.1 -0.3 -2.0	2.17 -1.34 0.04 -0.16 -1.10	9.33										
+-----+-----+-----+															
22 . PARTINT															
PAR1 - 1	4	4.00	-2.0 -1.5 2.8 -1.5 0.2	-0.96 -0.70 1.33 -0.69 0.07	6.75										
PAR2 - 2	16	16.00	-2.9 -0.7 -2.8 1.8 -0.3	-0.51 -0.12 -0.50 0.32 -0.05	0.94										
PAR3 - 3	10	10.00	3.8 2.1 0.8 -1.1 1.9	1.01 0.57 0.21 -0.29 0.51	2.10										
PAR4 - 4	1	1.00	1.9 -1.0 0.6 0.6 -4.6	1.93 -1.01 0.59 0.55 -4.58	30.00										
+-----+-----+-----+															
23 . ROLESPAS															
ROL1 - 1	0	0.00	0.0 0.0 0.0 0.0 0.0	0.00 0.00 0.00 0.00 0.00	0.00										
ROL2 - 2	15	15.00	-2.8 0.7 -2.1 -3.3 -0.6	-0.53 0.13 -0.40 -0.62 -0.12	1.07										
ROL3 - 3	16	16.00	2.8 -0.7 2.1 3.3 0.6	0.50 -0.12 0.38 0.58 0.11	0.94										
+-----+-----+-----+															
24 . HABITPAS															
HAB1 - 1	0	0.00	0.0 0.0 0.0 0.0 0.0	0.00 0.00 0.00 0.00 0.00	0.00										
HAB2 - 2	10	10.00	-2.0 0.7 -2.5 -2.4 -0.8	-0.52 0.18 -0.65 -0.63 -0.20	2.10										
HAB3 - 3	19	19.00	0.8 1.0 3.0 2.2 -0.3	0.12 0.15 0.44 0.32 -0.05	0.63										
HAB4 - 4	2	2.00	2.1 -3.3 -1.2 0.1 2.1	1.45 -2.32 -0.86 0.06 1.46	14.50										
+-----+-----+-----+															
25 . LOGSATIS															
LOG1 - 1	2	2.00	-1.9 -1.2 -0.3 -1.4 -0.4	-1.32 -0.82 -0.21 -0.97 -0.25	14.50										
LOG2 - 2	16	16.00	-1.0 2.6 -1.8 -2.5 0.1	-0.18 0.45 -0.31 -0.44 0.02	0.94										
LOG3 - 3	12	12.00	0.9 -0.8 2.5 3.7 -0.6	0.20 -0.18 0.56 0.85 -0.15	1.58										
LOG4 - 4	1	1.00	3.1 -3.5 -1.3 -1.3 1.9	3.14 -3.46 -1.32 -1.29 1.87	30.00										
+-----+-----+-----+															
2 . DIAGNOST															
DIA1 - 1	11	11.00	-0.4 1.9 -1.8 -0.3 -0.1	-0.09 0.48 -0.45 -0.07 -0.03	1.82										
DIA2 - 2	7	7.00	0.2 1.0 1.2 -1.2 0.2	0.07 0.32 0.41 -0.41 0.08	3.43										
DIA3 - 3	3	3.00	1.5 -0.2 0.9 1.4 -2.5	0.84 -0.11 0.53 0.77 -1.37	9.33										
DIA4 - 4	10	10.00	-0.7 -2.7 0.2 0.5 1.5	-0.20 -0.72 0.05 0.13 0.40	2.10										
+-----+-----+-----+															
3 . NIVELEDU															
NIV1 - 1	20	20.00	-2.1 -1.3 -2.3 0.3 0.5	-0.28 -0.17 -0.31 0.03 0.07	0.55										
NIV2 - 2	11	11.00	2.1 1.3 2.3 -0.3 -0.5	0.51 0.31 0.56 -0.06 -0.13	1.82										
+-----+-----+-----+															
+-----+-----+-----+															
MODALITES		VALEURS-TEST					COORDONNEES								
IDEN - LIBELLE		EFF.	P.ABS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	DISTO.	
+-----+-----+-----+						+-----+-----+-----+									
+-----+-----+-----+						+-----+-----+-----+									
5 . PEG															
PE1 - 1	0	0.00	0.0 0.0 0.0 0.0 0.0	0.00 0.00 0.00 0.00 0.00	0.00										
PE2 - 2	0	0.00	0.0 0.0 0.0 0.0 0.0	0.00 0.00 0.00 0.00 0.00	0.00										
PE3 - 3	0	0.00	0.0 0.0 0.0 0.0 0.0	0.00 0.00 0.00 0.00 0.00	0.00										

FUNCION OCUPACIONAL DE PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE CARDIOPATIA ISQUEMICA  
 ELORRIAGA, MIRIAM BEATRIZ

PE4 - 4	2	2.00	-0.3 0.9 -1.5 -0.9 -0.4	-0.21 0.64 -1.06 -0.60 -0.26	14.50
PE5 - 5	1	1.00	-0.5 -0.5 0.1 1.5 0.2	-0.51 -0.45 0.11 1.53 0.16	30.00
PE6 - 6	11	11.00	-0.7 -0.8 0.5 0.0 -1.3	-0.17 -0.20 0.13 0.01 -0.33	1.82
PE7 - 7	11	11.00	-0.5 1.3 0.1 -0.4 0.6	-0.12 0.33 0.03 -0.10 0.15	1.82
PE8 - 8	0	0.00	0.0 0.0 0.0 0.0 0.0	0.00 0.00 0.00 0.00 0.00	0.00
PE9 - 9	3	3.00	3.4 -1.1 0.2 -0.5 0.9	1.89 -0.62 0.14 -0.26 0.53	9.33
PE10 - 10	3	3.00	-0.9 -0.2 -0.1 0.9 0.4	-0.49 -0.11 -0.04 0.49 0.24	9.33
+-----+-----+-----+-----+					
35 . PEPE					
PEP1 - 1	5	5.00	0.7 1.1 0.4 -0.6 0.0	0.28 0.47 0.15 -0.25 0.01	5.20
PEP2 - 2	13	13.00	-0.8 -1.3 -1.4 -1.2 0.8	-0.17 -0.28 -0.31 -0.25 0.17	1.38
PEP3 - 3	13	13.00	0.3 0.5 1.2 1.6 -0.8	0.06 0.10 0.25 0.35 -0.18	1.38
+-----+-----+-----+-----+					

ANALYSE DES CORRESPONDANCES MULTIPLES

APUREMENT DES MODALITES ACTIVES

SEUIL (PCMIN) : 2.00 % POIDS: 0.62

AVANT APUREMENT : 9 QUESTIONS ACTIVES 34 MODALITES ASSOCIEES

APRES : 9 QUESTIONS ACTIVES 31 MODALITES ASSOCIEES

POIDS TOTAL DES INDIVIDUS ACTIFS : 31.00

TRI-A-PLAT DES QUESTIONS ACTIVES

MODALITES IDENT	LIBELLE	AVANT APUREMENT		APRES APUREMENT		HISTOGRAMME DES POIDS RELATIFS
		EFF.	POIDS	EFF.	POIDS	

17. VIDASATI

VID1 - 1		2	2.00	2	2.00	****
VID2 - 2		18	18.00	18	18.00	*****
VID3 - 3		11	11.00	11	11.00	*****

18. EXPROLES

EXP1 - 1		0	0.00			
EXP2 - 2		19	19.00	19	19.00	*****
EXP3 - 3		11	11.00	11	11.00	*****
EXP4 - 4		1	1.00	1	1.00	**

19. TRABMET

TRA1 - 1		3	3.00	3	3.00	*****
TRA2 - 2		20	20.00	20	20.00	*****
TRA3 - 3		6	6.00	6	6.00	*****
TRA4 - 4		2	2.00	2	2.00	****

20. ESTPERS

EST1 - 1		1	1.00	1	1.00	**
EST2 - 2		9	9.00	9	9.00	*****
EST3 - 3		20	20.00	20	20.00	*****
EST4 - 4		1	1.00	1	1.00	**

21. ORGTIEMP

ORG1 - 1		1	1.00	1	1.00	**
ORG2 - 2		17	17.00	17	17.00	*****
ORG3 - 3		10	10.00	10	10.00	*****
ORG4 - 4		3	3.00	3	3.00	*****

22. PARTINT

PAR1 - 1		4	4.00	4	4.00	*****
PAR2 - 2		16	16.00	16	16.00	*****
PAR3 - 3		10	10.00	10	10.00	*****
PAR4 - 4		1	1.00	1	1.00	**

23 . ROLESPAS

ROL1 - 1	0	0.00			
ROL2 - 2	15	15.00	15	15.00	*****
ROL3 - 3	16	16.00	16	16.00	*****

24 . HABITPAS

HAB1 - 1	0	0.00			
HAB2 - 2	10	10.00	10	10.00	*****
HAB3 - 3	19	19.00	19	19.00	*****
HAB4 - 4	2	2.00	2	2.00	****

25 . LOGSATIS

LOG1 - 1	2	2.00	2	2.00	****
LOG2 - 2	16	16.00	16	16.00	*****
LOG3 - 3	12	12.00	12	12.00	*****
LOG4 - 4	1	1.00	1	1.00	**

VALEURS PROPRES

APERCU DE LA PRECISION DES CALCULS : TRACE AVANT DIAGONALISATION .. 2.4444

SOMME DES VALEURS PROPRES .... 2.4444

HISTOGRAMME DES 22 PREMIERES VALEURS PROPRES

NUMERO	VALEUR	POURCENT.	POURCENT.	
	PROPRE		CUMULE	
1	0.5435	22.24	22.24	*****
2	0.3764	15.40	37.64	*****
3	0.2791	11.42	49.05	*****
4	0.2618	10.71	59.76	*****
5	0.1889	7.73	67.49	*****
6	0.1600	6.54	74.03	*****
7	0.1447	5.92	79.95	*****
8	0.1049	4.29	84.24	*****
9	0.0852	3.49	87.73	*****
10	0.0726	2.97	90.70	*****
11	0.0464	1.90	92.60	*****
12	0.0417	1.70	94.31	*****
13	0.0344	1.41	95.72	*****
14	0.0288	1.18	96.89	*****
15	0.0275	1.13	98.02	*****
16	0.0208	0.85	98.87	*****
17	0.0130	0.53	99.40	**
18	0.0091	0.37	99.77	**
19	0.0057	0.23	100.00	*
20	0.0000	0.00	100.00	*

| 21 | 0.0000 | 0.00 | 100.00 | \*  
 | 22 | 0.0000 | 0.00 | 100.00 | \*

RECHERCHE DE PALIERS (DIFFERENCES TROISIEMES)

PALIER	VALEUR DU	ENTRE	PALIER
2- 3	-135.56	*****	
7- 8	-38.33	*****	
4- 5	-30.14	*****	
10- 11	-23.81	*****	
15- 16	-9.94	****	
16- 17	-3.41	**	

RECHERCHE DE PALIERS ENTRE (DIFFERENCES SECONDES)

PALIER	VALEUR DU	ENTRE	PALIER
2- 3	80.04	*****	
1- 2	69.75	*****	
4- 5	43.87	*****	
10- 11	21.40	*****	
7- 8	20.17	*****	
5- 6	13.72	*****	
8- 9	7.13	****	
13- 14	4.43	***	
16- 17	3.91	***	
12- 13	1.53	*	
17- 18	0.49	*	

COORDONNEES, CONTRIBUTIONS ET COSINUS CARRES DES MODALITES ACTIVES

AXES 1 A 5

MODALITES	P.REL	DISTO	COORDONNEES					CONTRIBUTIONS					COSINUS CARRES				
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17. VIDASATI																	
VID1 - 1	0.72	14.50	-1.32	-0.87	1.08	-2.23	-0.44	2.3	1.4	3.0	13.6	0.7	0.12	0.05	0.08	0.34	0.01
VID2 - 2	6.45	0.72	-0.51	-0.14	-0.25	0.37	0.08	3.1	0.3	1.4	3.3	0.2	0.36	0.03	0.09	0.19	0.01
VID3 - 3	3.94	1.82	1.07	0.38	0.21	-0.19	-0.06	8.3	1.5	0.6	0.6	0.1	0.63	0.08	0.02	0.02	0.00
CONTRIBUTION CUMULEE = 13.7 3.3 5.1 17.5 1.0																	
18. EXPROLES																	
EXP2 - 2	6.81	0.63	-0.49	-0.20	0.12	0.18	0.18	3.0	0.7	0.4	0.8	1.2	0.38	0.07	0.02	0.05	0.05

FUNCIÓN OCUPACIONAL DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE CARDIOPATÍA ISQUEMICA  
ELORRIAGA, MIRIAM BEATRIZ

EXP3 - 3	3.94 1.82   0.57 0.67 -0.09 -0.19 -0.48   2.3 4.6 0.1 0.5 4.9   0.18 0.24 0.00 0.02 0.13
EXP4 - 4	0.36 30.00   3.14 -3.46 -1.32 -1.29 1.87   6.5 11.4 2.2 2.3 6.7   0.33 0.40 0.06 0.06 0.12
+-----+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 11.9 16.8 2.7 3.7 12.7 +-----+	
19 . TRABMET	
TRA1 - 1	1.08 9.33   -1.14 -1.01 1.89 -0.99 0.11   2.6 2.9 13.8 4.0 0.1   0.14 0.11 0.38 0.10 0.00
TRA2 - 2	7.17 0.55   -0.40 0.03 -0.45 0.24 0.01   2.1 0.0 5.2 1.6 0.0   0.29 0.00 0.37 0.10 0.00
TRA3 - 3	2.15 4.17   1.05 1.17 0.68 -0.18 0.35   4.4 7.8 3.6 0.3 1.4   0.26 0.33 0.11 0.01 0.03
TRA4 - 4	0.72 14.50   2.54 -2.24 -0.37 -0.37 -1.35   8.5 9.5 0.3 0.4 6.9   0.44 0.35 0.01 0.01 0.13
+-----+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 17.5 20.3 22.9 6.2 8.4 +-----+	
20 . ESTPERS	
EST1 - 1	0.36 30.00   -1.32 -0.97 2.57 -3.21 -0.45   1.1 0.9 8.5 14.1 0.4   0.06 0.03 0.22 0.34 0.01
EST2 - 2	3.23 2.44   -0.77 -0.68 0.24 0.63 0.22   3.5 3.9 0.7 4.9 0.9   0.24 0.19 0.02 0.16 0.02
EST3 - 3	7.17 0.55   0.35 0.26 -0.29 -0.10 -0.14   1.6 1.3 2.2 0.3 0.7   0.23 0.13 0.15 0.02 0.03
EST4 - 4	0.36 30.00   1.19 1.78 1.07 -0.46 1.15   0.9 3.0 1.5 0.3 2.5   0.05 0.11 0.04 0.01 0.04
+-----+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 7.2 9.2 12.8 19.5 4.5 +-----+	
21 . ORGTIEMP	
ORG1 - 1	0.36 30.00   -0.78 -1.21 3.11 0.92 0.83   0.4 1.4 12.4 1.2 1.3   0.02 0.05 0.32 0.03 0.02
ORG2 - 2	6.09 0.82   -0.63 -0.27 -0.25 0.12 -0.09   4.5 1.1 1.4 0.3 0.3   0.48 0.09 0.08 0.02 0.01
ORG3 - 3	3.58 2.10   0.50 0.97 0.11 -0.25 0.40   1.6 9.0 0.2 0.8 3.1   0.12 0.45 0.01 0.03 0.08
ORG4 - 4	1.08 9.33   2.17 -1.34 0.04 -0.16 -1.10   9.3 5.1 0.0 0.1 6.8   0.50 0.19 0.00 0.00 0.13
+-----+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 15.8 16.7 14.0 2.4 11.5 +-----+	
22 . PARTINT	
PAR1 - 1	1.43 6.75   -0.96 -0.70 1.33 -0.69 0.07   2.4 1.9 9.0 2.6 0.0   0.14 0.07 0.26 0.07 0.00
PAR2 - 2	5.73 0.94   -0.51 -0.12 -0.50 0.32 -0.05   2.7 0.2 5.1 2.2 0.1   0.28 0.01 0.27 0.11 0.00
PAR3 - 3	3.58 2.10   1.01 0.57 0.21 -0.29 0.51   6.7 3.1 0.6 1.1 4.9   0.48 0.15 0.02 0.04 0.12
PAR4 - 4	0.36 30.00   1.93 -1.01 0.59 0.55 -4.58   2.5 1.0 0.4 0.4 39.8   0.12 0.03 0.01 0.01 0.70
+-----+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 14.3 6.1 15.2 6.3 44.8 +-----+	
23 . ROLESPAS	
ROL2 - 2	5.38 1.07   -0.53 0.13 -0.40 -0.62 -0.12   2.8 0.2 3.1 7.9 0.4   0.26 0.02 0.15 0.36 0.01
ROL3 - 3	5.73 0.94   0.50 -0.12 0.38 0.58 0.11   2.6 0.2 2.9 7.4 0.4   0.26 0.02 0.15 0.36 0.01
+-----+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 5.4 0.5 6.1 15.3 0.8 +-----+	
24 . HABITPAS	
HAB2 - 2	3.58 2.10   -0.52 0.18 -0.65 -0.63 -0.20   1.8 0.3 5.5 5.4 0.8   0.13 0.01 0.20 0.19 0.02
HAB3 - 3	6.81 0.63   0.12 0.15 0.44 0.32 -0.05   0.2 0.4 4.6 2.7 0.1   0.02 0.04 0.30 0.17 0.00
HAB4 - 4	0.72 14.50   1.45 -2.32 -0.86 0.06 1.46   2.8 10.3 1.9 0.0 8.1   0.15 0.37 0.05 0.00 0.15
+-----+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 4.8 11.0 12.0 8.1 9.0 +-----+	
25 . LOGSATIS	
LOG1 - 1	0.72 14.50   -1.32 -0.82 -0.21 -0.97 -0.25   2.3 1.3 0.1 2.6 0.2   0.12 0.05 0.00 0.06 0.00
LOG2 - 2	5.73 0.94   -0.18 0.45 -0.31 -0.44 0.02   0.3 3.1 2.0 4.2 0.0   0.03 0.22 0.11 0.20 0.00
LOG3 - 3	4.30 1.58   0.20 -0.18 0.56 0.85 -0.15   0.3 0.4 4.9 11.9 0.5   0.02 0.02 0.20 0.46 0.01
LOG4 - 4	0.36 30.00   3.14 -3.46 -1.32 -1.29 1.87   6.5 11.4 2.2 2.3 6.7   0.33 0.40 0.06 0.06 0.12
+-----+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 9.5 16.2 9.3 20.9 7.4 +-----+	

COORDONNEES ET VALEURS-TEST DES MODALITES

AXES 1 A 5

MODALITES	VALEURS-TEST	COORDONNEES	
-----------	--------------	-------------	--

IDEN - LIBELLE	EFF.	P.ABS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	DISTO.
17. VIDASATI													
VID1 - 1	2	2.00	-1.9	-1.3	1.5	-3.2	-0.6	-1.32	-0.87	1.08	-2.23	-0.44	14.50
VID2 - 2	18	18.00	-3.3	-0.9	-1.6	2.4	0.5	-0.51	-0.14	-0.25	0.37	0.08	0.72
VID3 - 3	11	11.00	4.4	1.5	0.9	-0.8	-0.2	1.07	0.38	0.21	-0.19	-0.06	1.82
18. EXPROLES													
EXP1 - 1	0	0.00	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
EXP2 - 2	19	19.00	-3.4	-1.4	0.8	1.2	1.2	-0.49	-0.20	0.12	0.18	0.18	0.63
EXP3 - 3	11	11.00	2.3	2.7	-0.4	-0.8	-2.0	0.57	0.67	-0.09	-0.19	-0.48	1.82
EXP4 - 4	1	1.00	3.1	-3.5	-1.3	-1.3	1.9	3.14	-3.46	-1.32	-1.29	1.87	30.00
19. TRABMET													
TRA1 - 1	3	3.00	-2.0	-1.8	3.4	-1.8	0.2	-1.14	-1.01	1.89	-0.99	0.11	9.33
TRA2 - 2	20	20.00	-2.9	0.2	-3.3	1.8	0.1	-0.40	0.03	-0.45	0.24	0.01	0.55
TRA3 - 3	6	6.00	2.8	3.1	1.8	-0.5	0.9	1.05	1.17	0.68	-0.18	0.35	4.17
TRA4 - 4	2	2.00	3.6	-3.2	-0.5	-0.5	-1.9	2.54	-2.24	-0.37	-0.37	-1.35	14.50
20. ESTPERS													
EST1 - 1	1	1.00	-1.3	-1.0	2.6	-3.2	-0.4	-1.32	-0.97	2.57	-3.21	-0.45	30.00
EST2 - 2	9	9.00	-2.7	-2.4	0.8	2.2	0.8	-0.77	-0.68	0.24	0.63	0.22	2.44
EST3 - 3	20	20.00	2.6	2.0	-2.1	-0.7	-1.0	0.35	0.26	-0.29	-0.10	-0.14	0.55
EST4 - 4	1	1.00	1.2	1.8	1.1	-0.5	1.2	1.19	1.78	1.07	-0.46	1.15	30.00
21. ORGTIEMP													
ORG1 - 1	1	1.00	-0.8	-1.2	3.1	0.9	0.8	-0.78	-1.21	3.11	0.92	0.83	30.00
ORG2 - 2	17	17.00	-3.8	-1.6	-1.5	0.7	-0.6	-0.63	-0.27	-0.25	0.12	-0.09	0.82
ORG3 - 3	10	10.00	1.9	3.7	0.4	-0.9	1.5	0.50	0.97	0.11	-0.25	0.40	2.10
ORG4 - 4	3	3.00	3.9	-2.4	0.1	-0.3	-2.0	2.17	-1.34	0.04	-0.16	-1.10	9.33
22. PARTINT													
PAR1 - 1	4	4.00	-2.0	-1.5	2.8	-1.5	0.2	-0.96	-0.70	1.33	-0.69	0.07	6.75
PAR2 - 2	16	16.00	-2.9	-0.7	-2.8	1.8	-0.3	-0.51	-0.12	-0.50	0.32	-0.05	0.94
PAR3 - 3	10	10.00	3.8	2.1	0.8	-1.1	1.9	1.01	0.57	0.21	-0.29	0.51	2.10
PAR4 - 4	1	1.00	1.9	-1.0	0.6	0.6	-4.6	1.93	-1.01	0.59	0.55	-4.58	30.00
23. ROLESPAS													
ROL1 - 1	0	0.00	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
ROL2 - 2	15	15.00	-2.8	0.7	-2.1	-3.3	-0.6	-0.53	0.13	-0.40	-0.62	-0.12	1.07
ROL3 - 3	16	16.00	2.8	-0.7	2.1	3.3	0.6	0.50	-0.12	0.38	0.58	0.11	0.94
24. HABITPAS													
HAB1 - 1	0	0.00	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
HAB2 - 2	10	10.00	-2.0	0.7	-2.5	-2.4	-0.8	-0.52	0.18	-0.65	-0.63	-0.20	2.10

FUNCIÓN OCUPACIONAL DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA  
 ELORRIAGA, MIRIAM BEATRIZ

HAB3 - 3	19	19.00	0.8 1.0 3.0 2.2 -0.3	0.12 0.15 0.44 0.32 -0.05	0.63
HAB4 - 4	2	2.00	2.1 -3.3 -1.2 0.1 2.1	1.45 -2.32 -0.86 0.06 1.46	14.50

| 25 . LOGSATIS

LOG1 - 1	2	2.00	-1.9 -1.2 -0.3 -1.4 -0.4	-1.32 -0.82 -0.21 -0.97 -0.25	14.50
LOG2 - 2	16	16.00	-1.0 2.6 -1.8 -2.5 0.1	-0.18 0.45 -0.31 -0.44 0.02	0.94
LOG3 - 3	12	12.00	0.9 -0.8 2.5 3.7 -0.6	0.20 -0.18 0.56 0.85 -0.15	1.58
LOG4 - 4	1	1.00	3.1 -3.5 -1.3 -1.3 1.9	3.14 -3.46 -1.32 -1.29 1.87	30.00

| 2 . DIAGNOST

DIA1 - 1	11	11.00	-0.4 1.9 -1.8 -0.3 -0.1	-0.09 0.48 -0.45 -0.07 -0.03	1.82
DIA2 - 2	7	7.00	0.2 1.0 1.2 -1.2 0.2	0.07 0.32 0.41 -0.41 0.08	3.43
DIA3 - 3	3	3.00	1.5 -0.2 0.9 1.4 -2.5	0.84 -0.11 0.53 0.77 -1.37	9.33
DIA4 - 4	10	10.00	-0.7 -2.7 0.2 0.5 1.5	-0.20 -0.72 0.05 0.13 0.40	2.10

| 3 . NIVELEDU

NIV1 - 1	20	20.00	-2.1 -1.3 -2.3 0.3 0.5	-0.28 -0.17 -0.31 0.03 0.07	0.55
NIV2 - 2	11	11.00	2.1 1.3 2.3 -0.3 -0.5	0.51 0.31 0.56 -0.06 -0.13	1.82

MODALITES		VALEURS-TEST					COORDONNEES					DISTO.	
IDEN - LIBELLE	EFF.	P.ABS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	

| 5 . PEG

PE1 - 1	0	0.00	0.0 0.0 0.0 0.0 0.0	0.00 0.00 0.00 0.00 0.00	0.00
PE2 - 2	0	0.00	0.0 0.0 0.0 0.0 0.0	0.00 0.00 0.00 0.00 0.00	0.00
PE3 - 3	0	0.00	0.0 0.0 0.0 0.0 0.0	0.00 0.00 0.00 0.00 0.00	0.00
PE4 - 4	2	2.00	-0.3 0.9 -1.5 -0.9 -0.4	-0.21 0.64 -1.06 -0.60 -0.26	14.50
PE5 - 5	1	1.00	-0.5 -0.5 0.1 1.5 0.2	-0.51 -0.45 0.11 1.53 0.16	30.00
PE6 - 6	11	11.00	-0.7 -0.8 0.5 0.0 -1.3	-0.17 -0.20 0.13 0.01 -0.33	1.82
PE7 - 7	11	11.00	-0.5 1.3 0.1 -0.4 0.6	-0.12 0.33 0.03 -0.10 0.15	1.82
PE8 - 8	0	0.00	0.0 0.0 0.0 0.0 0.0	0.00 0.00 0.00 0.00 0.00	0.00
PE9 - 9	3	3.00	3.4 -1.1 0.2 -0.5 0.9	1.89 -0.62 0.14 -0.26 0.53	9.33
PE10 - 10	3	3.00	-0.9 -0.2 -0.1 0.9 0.4	-0.49 -0.11 -0.04 0.49 0.24	9.33

| 35 . PEPE

PEP1 - 1	5	5.00	0.7 1.1 0.4 -0.6 0.0	0.28 0.47 0.15 -0.25 0.01	5.20
PEP2 - 2	13	13.00	-0.8 -1.3 -1.4 -1.2 0.8	-0.17 -0.28 -0.31 -0.25 0.17	1.38
PEP3 - 3	13	13.00	0.3 0.5 1.2 1.6 -0.8	0.06 0.10 0.25 0.35 -0.18	1.38

ANALYSE DES CORRESPONDANCES MULTIPLES

APUREMENT DES MODALITES ACTIVES

SEUIL (PCMIN) : 2.00 % POIDS: 0.62

AVANT APUREMENT : 9 QUESTIONS ACTIVES 36 MODALITES ASSOCIEES

APRES : 9 QUESTIONS ACTIVES 29 MODALITES ASSOCIEES

POIDS TOTAL DES INDIVIDUS ACTIFS : 31.00

TRI-A-PLAT DES QUESTIONS ACTIVES

MODALITES		AVANT APUREMENT		APRES APUREMENT		HISTOGRAMME DES POIDS RELATIFS
IDENT	LIBELLE	EFF.	POIDS	EFF.	POIDS	

26 . OCUPHOG

OCU1 - 1	1	1.00	1	1.00 **	
OCU2 - 2	7	7.00	7	7.00 *****	
OCU3 - 3	22	22.00	22	22.00 *****	
OCU4 - 4	1	1.00	1	1.00 **	

27 . ROLPRODP

ROL1 - 1	0	0.00			
ROL2 - 2	8	8.00	8	8.00 *****	
ROL3 - 3	5	5.00	5	5.00 *****	
ROL4 - 4	1	1.00	1	1.00 **	
ROL5 - 5	17	17.00	17	17.00 *****	

28 . OCUPDIV

OCU1 - 1	13	13.00	13	13.00 *****	
OCU2 - 2	12	12.00	12	12.00 *****	
OCU3 - 3	6	6.00	6	6.00 *****	

29 . GSVH

GSV1 - 1	0	0.00			
GSV2 - 2	10	10.00	10	10.00 *****	
GSV3 - 3	20	20.00	20	20.00 *****	
GSV4 - 4	1	1.00	1	1.00 **	

30 . GSMP

GSM1 - 1	0	0.00			
GSM2 - 2	5	5.00	5	5.00 *****	
GSM3 - 3	8	8.00	8	8.00 *****	
GSM4 - 4	0	0.00			
GSM5 - 5	18	18.00	18	18.00 *****	

31 . GSD

GSD1 - 1	17	17.00	17	17.00 *****	
GSD2 - 2	8	8.00	8	8.00 *****	
GSD3 - 3	6	6.00	6	6.00 *****	

32 . EFORVH

EFO1 - 1	0	0.00			
EFO2 - 2	8	8.00	8	8.00	*****
EFO3 - 3	22	22.00	22	22.00	*****
EFO4 - 4	1	1.00	1	1.00	**

33 . EFGRP

EFG1 - 1	0	0.00			
EFG2 - 2	4	4.00	4	4.00	*****
EFG3 - 3	9	9.00	9	9.00	*****
EFG4 - 4	0	0.00			
EFG5 - 5	18	18.00	18	18.00	*****

34 . EFORD

EFO1 - 1	16	16.00	16	16.00	*****
EFO2 - 2	9	9.00	9	9.00	*****
EFO3 - 3	6	6.00	6	6.00	*****

VALEURS PROPRES

APERCU DE LA PRECISION DES CALCULS : TRACE AVANT DIAGONALISATION .. 2.2222

SOMME DES VALEURS PROPRES .... 2.2222

HISTOGRAMME DES 20 PREMIERES VALEURS PROPRES

NUMERO	VALEUR	POURCENT.	POURCENT.
	PROPRE	CUMULE	
1	0.5193	23.37	23.37
2	0.3583	16.13	39.50
3	0.2825	12.71	52.21
4	0.2556	11.50	63.71
5	0.2027	9.12	72.84
6	0.1238	5.57	78.41
7	0.1088	4.90	83.30
8	0.0803	3.61	86.91
9	0.0767	3.45	90.36
10	0.0535	2.41	92.77
11	0.0481	2.16	94.94
12	0.0412	1.86	96.79
13	0.0243	1.09	97.88
14	0.0242	1.09	98.97
15	0.0112	0.50	99.47
16	0.0097	0.44	99.91
17	0.0020	0.09	100.00
18	0.0000	0.00	100.00

19	0.0000	0.00	100.00	*	
20	0.0000	0.00	100.00	*	

RECHERCHE DE PALIERS (DIFFERENCES TROISIEMES)

PALIER	VALEUR DU	
ENTRE	PALIER	
5- 6	-77.40	*****
2- 3	-75.02	*****
7- 8	-44.36	*****
1- 2	-36.19	*****
12- 13	-29.70	*****
9- 10	-19.08	*****

RECHERCHE DE PALIERS ENTRE (DIFFERENCES SECONDES)

PALIER	VALEUR DU	
ENTRE	PALIER	
1- 2	85.15	*****
5- 6	63.93	*****
2- 3	48.96	*****
7- 8	24.84	*****
9- 10	17.70	*****
12- 13	16.84	*****
14- 15	11.51	*****

COORDONNEES, CONTRIBUTIONS ET COSINUS CARRS DES MODALITES ACTIVES

AXES 1 A 5

MODALITES	P.REL	DISTO	COORDONNEES					CONTRIBUTIONS					COSINUS CARRS				
IDEN - LIBELLE			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
+-----+-----+-----+-----+-----+																	
26 . OCUPHOG																	
OCU1 - 1	0.36	30.00	0.93	-1.12	0.39	-0.08	1.71	0.6	1.3	0.2	0.0	5.2	0.03	0.04	0.01	0.00	0.10
OCU2 - 2	2.51	3.43	0.58	-0.85	0.26	-0.23	-0.56	1.7	5.1	0.6	0.5	3.9	0.10	0.21	0.02	0.02	0.09
OCU3 - 3	7.89	0.41	-0.05	0.41	-0.15	-0.06	0.10	0.0	3.7	0.6	0.1	0.4	0.01	0.41	0.05	0.01	0.03
OCU4 - 4	0.36	30.00	-3.93	-1.92	1.01	3.02	-0.06	10.7	3.7	1.3	12.8	0.0	0.52	0.12	0.03	0.30	0.00
+-----+-----+-----+-----+-----+																	
CONTRIBUTION CUMULEE = 13.0 13.7 2.7 13.5 9.6 +-----+																	
+-----+-----+-----+-----+-----+																	
27 . ROLPRODP																	
ROL2 - 2	2.87	2.88	-0.02	1.14	0.93	0.16	-0.43	0.0	10.5	8.8	0.3	2.6	0.00	0.46	0.30	0.01	0.06
ROL3 - 3	1.79	5.20	-0.84	0.25	-0.19	-1.45	0.31	2.4	0.3	0.2	14.7	0.8	0.13	0.01	0.01	0.40	0.02
ROL4 - 4	0.36	30.00	-3.93	-1.92	1.01	3.02	-0.06	10.7	3.7	1.3	12.8	0.0	0.52	0.12	0.03	0.30	0.00

FUNCIÓN OCUPACIONAL DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE CARDIOPATÍA ISQUEMICA  
 ELORRIAGA, MIRIAM BEATRIZ

ROL5 - 5	6.09	0.82	0.48	-0.50	-0.44	0.17	0.12	2.7	4.2	4.2	0.7	0.4	0.28	0.30	0.24	0.04	0.02	
+-----+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 15.8 18.7 14.4 28.5 3.9 +-----+																		
28 . OCUPDIV																		
OCU1 - 1	4.66	1.38	0.53	-0.22	0.75	0.00	0.56	2.6	0.6	9.3	0.0	7.1	0.21	0.04	0.41	0.00	0.22	
OCU2 - 2	4.30	1.58	0.18	0.54	-0.69	0.41	-0.48	0.3	3.5	7.2	2.8	4.8	0.02	0.18	0.30	0.11	0.14	
OCU3 - 3	2.15	4.17	-1.52	-0.60	-0.25	-0.81	-0.25	9.6	2.1	0.5	5.6	0.7	0.56	0.09	0.02	0.16	0.02	
+-----+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 12.4 6.3 17.1 8.4 12.7 +-----+																		
29 . GSVH																		
GSV2 - 2	3.58	2.10	0.39	-0.62	0.05	-0.21	-0.90	1.1	3.9	0.0	0.6	14.4	0.07	0.19	0.00	0.02	0.39	
GSV3 - 3	7.17	0.55	0.00	0.41	-0.08	-0.05	0.45	0.0	3.3	0.1	0.1	7.3	0.00	0.30	0.01	0.00	0.38	
GSV4 - 4	0.36	30.00	-3.93	-1.92	1.01	3.02	-0.06	10.7	3.7	1.3	12.8	0.0	0.52	0.12	0.03	0.30	0.00	
+-----+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 11.7 10.9 1.5 13.5 21.7 +-----+																		
30 . GSMP																		
GSM2 - 2	1.79	5.20	0.04	0.57	1.53	-0.48	-0.94	0.0	1.6	14.9	1.6	7.9	0.00	0.06	0.45	0.05	0.17	
GSM3 - 3	2.87	2.88	-1.11	0.77	0.05	0.02	0.50	6.8	4.8	0.0	0.0	3.5	0.43	0.21	0.00	0.00	0.09	
GSM5 - 5	6.45	0.72	0.48	-0.50	-0.45	0.13	0.04	2.9	4.5	4.6	0.4	0.1	0.32	0.35	0.28	0.02	0.00	
+-----+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 9.7 10.9 19.5 2.1 11.5 +-----+																		
31 . GSD																		
GSD1 - 1	6.09	0.82	0.53	-0.16	0.56	0.04	0.27	3.3	0.4	6.7	0.0	2.1	0.34	0.03	0.38	0.00	0.09	
GSD2 - 2	2.87	2.88	-0.12	0.98	-0.94	0.42	-0.16	0.1	7.7	8.9	1.9	0.4	0.01	0.33	0.30	0.06	0.01	
GSD3 - 3	2.15	4.17	-1.33	-0.84	-0.33	-0.66	-0.54	7.3	4.3	0.8	3.6	3.1	0.42	0.17	0.03	0.10	0.07	
+-----+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 10.7 12.4 16.4 5.6 5.5 +-----+																		
32 . EFORVH																		
EFO2 - 2	2.87	2.88	0.34	-0.76	0.20	-0.58	-0.47	0.6	4.6	0.4	3.8	3.2	0.04	0.20	0.01	0.12	0.08	
EFO3 - 3	7.89	0.41	-0.03	0.27	-0.05	0.35	0.13	0.0	1.6	0.1	3.8	0.6	0.00	0.17	0.01	0.30	0.04	
EFO4 - 4	0.36	30.00	-2.02	0.17	-0.53	-3.09	0.98	2.8	0.0	0.4	13.4	1.7	0.14	0.00	0.01	0.32	0.03	
+-----+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 3.5 6.2 0.8 21.1 5.5 +-----+																		
33 . EFGRP																		
EFG2 - 2	1.43	6.75	0.30	1.05	1.38	0.17	-1.43	0.3	4.4	9.6	0.2	14.5	0.01	0.16	0.28	0.00	0.30	
EFG3 - 3	3.23	2.44	-1.10	0.54	0.29	-0.33	0.55	7.5	2.6	0.9	1.4	4.9	0.49	0.12	0.03	0.04	0.13	
EFG5 - 5	6.45	0.72	0.48	-0.50	-0.45	0.13	0.04	2.9	4.5	4.6	0.4	0.1	0.32	0.35	0.28	0.02	0.00	
+-----+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 10.7 11.5 15.1 2.0 19.4 +-----+																		
34 . EFORD																		
EFO1 - 1	5.73	0.94	0.55	-0.26	0.51	0.07	0.41	3.4	1.1	5.2	0.1	4.8	0.33	0.07	0.27	0.00	0.18	
EFO2 - 2	3.23	2.44	0.00	0.84	-0.79	0.34	-0.52	0.0	6.3	7.1	1.4	4.3	0.00	0.29	0.25	0.05	0.11	
EFO3 - 3	2.15	4.17	-1.49	-0.57	-0.17	-0.68	-0.32	9.1	1.9	0.2	3.9	1.1	0.53	0.08	0.01	0.11	0.02	
+-----+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 12.5 9.3 12.5 5.5 10.2 +-----+																		

MODALITES		VALEURS-TEST					COORDONNEES						
IDEN - LIBELLE	EFF. P.ABS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	DISTO.	
26 . OCUPHOG													
OCU1 - 1	1	1.00	0.9	-1.1	0.4	-0.1	1.7	0.93	-1.12	0.39	-0.08	1.71	30.00
OCU2 - 2	7	7.00	1.7	-2.5	0.8	-0.7	-1.7	0.58	-0.85	0.26	-0.23	-0.56	3.43

FUNCION OCUPACIONAL DE PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE CARDIOPATIA ISQUEMICA  
ELORRIAGA, MIRIAM BEATRIZ

OCU3 - 3	22	22.00	-0.4	3.5	-1.2	-0.5	0.9	-0.05	0.41	-0.15	-0.06	0.10	0.41
OCU4 - 4	1	1.00	-3.9	-1.9	1.0	3.0	-0.1	-3.93	-1.92	1.01	3.02	-0.06	30.00
+-----+-----+-----+-----+													
27 . ROLPRODP													
ROL1 - 1	0	0.00	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
ROL2 - 2	8	8.00	0.0	3.7	3.0	0.5	-1.4	-0.02	1.14	0.93	0.16	-0.43	2.88
ROL3 - 3	5	5.00	-2.0	0.6	-0.5	-3.5	0.7	-0.84	0.25	-0.19	-1.45	0.31	5.20
ROL4 - 4	1	1.00	-3.9	-1.9	1.0	3.0	-0.1	-3.93	-1.92	1.01	3.02	-0.06	30.00
ROL5 - 5	17	17.00	2.9	-3.0	-2.7	1.0	0.7	0.48	-0.50	-0.44	0.17	0.12	0.82
+-----+-----+-----+-----+													
28 . OCUPDIV													
OCU1 - 1	13	13.00	2.5	-1.0	3.5	0.0	2.6	0.53	-0.22	0.75	0.00	0.56	1.38
OCU2 - 2	12	12.00	0.8	2.3	-3.0	1.8	-2.1	0.18	0.54	-0.69	0.41	-0.48	1.58
OCU3 - 3	6	6.00	-4.1	-1.6	-0.7	-2.2	-0.7	-1.52	-0.60	-0.25	-0.81	-0.25	4.17
+-----+-----+-----+-----+													
29 . GSVH													
GSV1 - 1	0	0.00	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
GSV2 - 2	10	10.00	1.5	-2.4	0.2	-0.8	-3.4	0.39	-0.62	0.05	-0.21	-0.90	2.10
GSV3 - 3	20	20.00	0.0	3.0	-0.6	-0.3	3.4	0.00	0.41	-0.08	-0.05	0.45	0.55
GSV4 - 4	1	1.00	-3.9	-1.9	1.0	3.0	-0.1	-3.93	-1.92	1.01	3.02	-0.06	30.00
+-----+-----+-----+-----+													
30 . GSMP													
GSM1 - 1	0	0.00	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
GSM2 - 2	5	5.00	0.1	1.4	3.7	-1.2	-2.3	0.04	0.57	1.53	-0.48	-0.94	5.20
GSM3 - 3	8	8.00	-3.6	2.5	0.2	0.1	1.6	-1.11	0.77	0.05	0.02	0.50	2.88
GSM4 - 4	0	0.00	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
GSM5 - 5	18	18.00	3.1	-3.2	-2.9	0.8	0.3	0.48	-0.50	-0.45	0.13	0.04	0.72
+-----+-----+-----+-----+													
31 . GSD													
GSD1 - 1	17	17.00	3.2	-1.0	3.4	0.2	1.6	0.53	-0.16	0.56	0.04	0.27	0.82
GSD2 - 2	8	8.00	-0.4	3.2	-3.0	1.3	-0.5	-0.12	0.98	-0.94	0.42	-0.16	2.88
GSD3 - 3	6	6.00	-3.6	-2.3	-0.9	-1.8	-1.4	-1.33	-0.84	-0.33	-0.66	-0.54	4.17
+-----+-----+-----+-----+													
32 . EFORVH													
EFO1 - 1	0	0.00	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
EFO2 - 2	8	8.00	1.1	-2.4	0.6	-1.9	-1.5	0.34	-0.76	0.20	-0.58	-0.47	2.88
EFO3 - 3	22	22.00	-0.3	2.3	-0.4	3.0	1.1	-0.03	0.27	-0.05	0.35	0.13	0.41
EFO4 - 4	1	1.00	-2.0	0.2	-0.5	-3.1	1.0	-2.02	0.17	-0.53	-3.09	0.98	30.00
+-----+-----+-----+-----+													
33 . EFGRP													
EFG1 - 1	0	0.00	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
EFG2 - 2	4	4.00	0.6	2.2	2.9	0.4	-3.0	0.30	1.05	1.38	0.17	-1.43	6.75
EFG3 - 3	9	9.00	-3.9	1.9	1.0	-1.2	1.9	-1.10	0.54	0.29	-0.33	0.55	2.44
EFG4 - 4	0	0.00	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
EFG5 - 5	18	18.00	3.1	-3.2	-2.9	0.8	0.3	0.48	-0.50	-0.45	0.13	0.04	0.72
+-----+-----+-----+-----+													

FUNCIÓN OCUPACIONAL DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE CARDIOPATÍA ISQUEMICA  
ELORRIAGA, MIRIAM BEATRIZ

34 . EFORD													
EFO1 - 1	16	16.00	3.1	-1.5	2.9	0.4	2.3	0.55	-0.26	0.51	0.07	0.41	0.94
EFO2 - 2	9	9.00	0.0	2.9	-2.8	1.2	-1.8	0.00	0.84	-0.79	0.34	-0.52	2.44
EFO3 - 3	6	6.00	-4.0	-1.5	-0.4	-1.8	-0.9	-1.49	-0.57	-0.17	-0.68	-0.32	4.17
+-----+-----+-----+-----+													
2 . DIAGNOST													
DIA1 - 1	11	11.00	0.1	2.0	0.3	-0.1	-0.2	0.03	0.50	0.07	-0.04	-0.05	1.82
DIA2 - 2	7	7.00	-1.8	-0.4	0.8	0.6	-0.8	-0.62	-0.13	0.26	0.20	-0.26	3.43
DIA3 - 3	3	3.00	0.4	0.5	-2.7	1.1	-0.8	0.25	0.31	-1.48	0.62	-0.47	9.33
DIA4 - 4	10	10.00	1.3	-2.1	0.7	-1.1	1.4	0.33	-0.55	0.18	-0.29	0.38	2.10
+-----+-----+-----+-----+													
3 . NIVELEDU													
NIV1 - 1	20	20.00	0.7	1.6	2.2	-1.0	1.1	0.10	0.22	0.30	-0.13	0.14	0.55
NIV2 - 2	11	11.00	-0.7	-1.6	-2.2	1.0	-1.1	-0.17	-0.40	-0.54	0.24	-0.26	1.82
+-----+-----+-----+-----+													
+-----+-----+-----+-----+													
MODALITES   VALEURS-TEST   COORDONNEES													
+-----+-----+-----+-----+													
IDEN - LIBELLE	EFF.	P.ABS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	DISTO.
+-----+-----+-----+-----+													
5 . PEG													
PE1 - 1	0	0.00	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
PE2 - 2	0	0.00	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
PE3 - 3	0	0.00	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
PE4 - 4	2	2.00	0.3	0.4	0.1	0.2	0.5	0.22	0.26	0.09	0.14	0.34	14.50
PE5 - 5	1	1.00	0.6	-0.3	0.1	0.3	1.2	0.64	-0.33	0.08	0.34	1.16	30.00
PE6 - 6	11	11.00	1.6	-1.0	1.7	-0.4	0.2	0.39	-0.23	0.41	-0.09	0.05	1.82
PE7 - 7	11	11.00	-0.4	1.0	-2.3	-0.3	0.0	-0.10	0.25	-0.57	-0.08	0.00	1.82
PE8 - 8	0	0.00	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
PE9 - 9	3	3.00	-3.1	-1.5	0.1	0.2	0.2	-1.72	-0.85	0.07	0.10	0.13	9.33
PE10 - 10	3	3.00	0.6	1.3	0.8	0.6	-1.7	0.32	0.73	0.43	0.31	-0.95	9.33
+-----+-----+-----+-----+													
35 . PEPE													
PEP1 - 1	5	5.00	-1.6	-1.9	0.5	0.7	-0.5	-0.65	-0.80	0.21	0.31	-0.21	5.20
PEP2 - 2	13	13.00	-0.4	1.8	-0.4	-0.6	0.4	-0.10	0.39	-0.08	-0.14	0.08	1.38
PEP3 - 3	13	13.00	1.6	-0.4	0.0	0.1	0.0	0.34	-0.08	0.00	0.02	0.00	1.38
+-----+-----+-----+-----+													

DESCRIPTION DE PARTITION(S)

DESCRIPTION DE LA COUPURE 'a' DE L'ARBRE EN 4 CLASSES

CARACTERISATION DES CLASSES PAR LES MODALITES

CARACTERISATION PAR LES MODALITES DES CLASSES OU MODALITES

DE COUPURE 'a' DE L'ARBRE EN 4 CLASSES

CLASSE 1 / 4

V.TEST PROBA — POURCENTAGES — MODALITES IDEN POIDS  
CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL CARACTERISTIQUES DES VARIABLES

48.39 CLASSE 1 / 4 aa1a 15

3.54	0.000	81.25	86.67	51.61	2	METASP	MET2	16
3.17	0.001	76.47	86.67	54.84	2	EXITOS	EXI2	17
3.15	0.001	100.00	53.33	25.81	2	ROLPRODP	ROL2	8
2.97	0.001	70.00	93.33	64.52	2	TRABMET	TRA2	20
2.75	0.003	75.00	80.00	51.61	2	LOGSATIS	LOG2	16
2.75	0.003	75.00	80.00	51.61	2	PARTINT	PAR2	16
2.37	0.009	76.92	66.67	41.94	1	SITLABAC	SIT1	13

CLASSE 2 / 4

V.TEST PROBA — POURCENTAGES — MODALITES IDEN POIDS  
CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL CARACTERISTIQUES DES VARIABLES

25.81 CLASSE 2 / 4 aa2a 8

2.94	0.002	50.00	100.00	51.61	3	ROLESPAS	ROL3	16
2.80	0.003	66.67	75.00	29.03	3	METASP	MET3	9
2.42	0.008	50.00	87.50	45.16	3	IDENOBLI	IDE3	14

CLASSE 3 / 4

V.TEST PROBA — POURCENTAGES — MODALITES IDEN POIDS  
CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL CARACTERISTIQUES DES VARIABLES

19.35 CLASSE 3 / 4 aa3a 6

3.30	0.000	100.00	66.67	12.90	1	EXITOS	EXI1	4
3.30	0.000	100.00	66.67	12.90	1	PARTINT	PAR1	4
3.30	0.000	100.00	66.67	12.90	1	ESTILOV	EST1	4
3.30	0.000	100.00	66.67	12.90	1	METASP	MET1	4
2.83	0.002	46.15	100.00	41.94	1	OCUPDIV	OCU1	13
2.62	0.004	100.00	50.00	9.68	1	TRABMET	TRA1	3

---

CLASSE 4 / 4

---

V.TEST PROBA — POURCENTAGES — MODALITES IDEN POIDS  
 CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL CARACTERISTIQUES DES VARIABLES

---

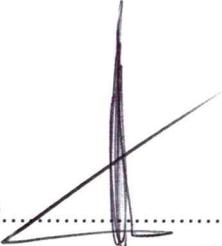
6.45 CLASSE 4 / 4					aa4a	2		
2.49	0.006	66.67	100.00	9.68	4	IDENOBLI	IDE4	3
2.49	0.006	66.67	100.00	9.68	9	PEG	PE9	3
2.49	0.006	66.67	100.00	9.68	4	SELECPAS	SEL4	3
2.49	0.006	66.67	100.00	9.68	4	ESTILOV	EST4	3
2.49	0.006	66.67	100.00	9.68	4	ORGTIEMP	ORG4	3

---

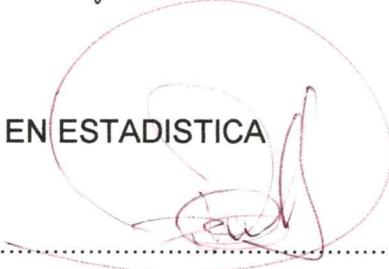
DIRECTORA

LIC. MIRANDA CLAUDIA.....

CO-DIRECTOR

DR. TORTORELLA ROBERTO.....

ASESORA METODOLOGICA Y EN ESTADISTICA

DRA. UBEDA CLOTILDE.....

TESISTA

T.O. ELORRIAGA MIRIAM.....

## **GLOSARIO**

**REVASCULARIZACION CORONARIA:** Persona que manifiesta haber sido intervenido con una:

**ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA:** ,técnica de revascularización que reduce el grado de estenosis de la arteria coronaria.

**CIRUGIA DE BYPASS CORONARIA:** Consiste en la creación quirúrgica de un puente desde la aorta a una arteria coronaria enferma mas allá de la obstrucción fija, utilizando frecuentemente la vena safena o arteria radial interna como material del puente y/o puente mamario

**INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO:** Es la necrosis miocárdica causada por el cese de flujo arterial coronario, con una duración tal, que produce una lesión celular irreversible. El inicio clínico más frecuente de un I.A.M. es la aparición de un repentino y grave ataque de dolor, opresivo, constrictivo, localizado en la zona esternal, que puede irradiarse a la región precordial, el cuello los brazos. Con frecuencia va asociado a náuseas y vómitos.

**ANGINA CRONICA ESTABLE:** La angina es estable cuando el dolor no varía en frecuencia e intensidad en un lapso de tres meses. La obstrucción de la arteria coronaria ocasionada por la arteriosclerosis es la causa más frecuente. La localización del dolor en la angina es con mayor intensidad en el centro del pecho, en el área esternal pero puede ser pectoral o epigástrica. La irradiación puede ser a la parte media del brazo izquierdo o ambos brazos, garganta,

mandíbula, espalda no excluye el diagnóstico de angina.

**NIVEL EDUCACIONAL:** educación formal que presenta la persona.

Primaria, secundaria; universitaria(completa o incompleta).

**SITUACION LABORAL ACTUAL:** la persona manifiesta estar en situación tales como ocupado, ocupado con licencia, desocupado o jubilado.

**SITUACION LABORAL PREVIA A LA ENFERMEDAD:** la persona manifiesta haber estado en situación laboral cuando no trabaja o en ambas situaciones.

**TIPO DE TRABAJO:** Según la intensidad de la tarea la Asociación de Cardiología clasifica al trabajo muy liviano / liviano (hasta 5 mets), trabajo moderado(de 5-7 mets); Trabajo pesado / muy pesado (más de 7mets.) Se anexa clasificación.

**PERSISTENCIA DE DOLOR:** Persona que manifiesta la aparición diaria de por lo menos un episodio de dolor descrito como opresión, que comienza en el pecho y se irradia comúnmente al brazo izquierdo, que se presenta cuando trabaja, cuando no trabaja o en ambas situaciones.

**PERSISTENCIA DE DISNEA:** Persona que manifiesta la aparición diaria de por lo menos un episodio de sensación de dificultad en la respiración, falta de aire, sensación de incapacidad para respirar a fondo que se presenta cuando trabaja, no trabaja o en ambas situaciones.

Persistencia de fatiga: persona que manifiesta la aparición diaria de por lo menos un episodio de sensación de cansancio o agotamiento, que se presenta cuando trabaja, cuando no trabaja o en ambas situaciones.

**PERSISTENCIA DE PALPITACIONES:** persona que manifiesta la

aparición de por lo menos un episodio diario de sensación consciente del latido Cardíaco, que se presenta cuando trabaja, cuando no trabaja o en ambas situaciones.

**PRUEBA ERGOMETRICA GRADUADA:** ( es una prueba de esfuerzo que permite estratificar las diferentes clases funcionales que presenta la persona. A su vez, con relación a la carga en que se establece la Capacidad Funcional Límite, se establece la capacidad funcional ergométrica (CFE).

**METS:** Consumo basal de un individuo en estado inactivo y sentado( 1 mets es aproximadamente igual a 3,5 mlO<sub>2</sub>/Kg./min.

**STRESS:** repuesta del organismo a toda demanda real o imaginaria que produce una adaptación y/o tensión.

Es la repuesta fisiológica, Psicológica y de comportamiento de un sujeto que busca adaptarse y reajustarse a presiones tanto interna como externas.