

PROBLEMAS EMOCIONALES EN NEUROREHABILITACIÓN Y SU REPERCUSIÓN EN LA AUTONOMÍA PERSONAL.



Autor: Eloi Bordas Pérez

Tutora: Anna Gilabert

Máster en Neurorehabilitación (2020-2021)

Institut Guttmann

Fecha de entrega: 7 de junio de 2021

A David Pérez Guerra, por haberme visto empezar, pero no terminar.

1. ÍNDICE

2.	RESUMEN/ABSTRACT	4
3.	ANTECEDENTES	5
3.1.	Daño Cerebral	5
3.2.	Daño Cerebral Congénito	5
3.2.1.	Lesiones congénitas más frecuentes	5
3.3.	Daño Cerebral Adquirido	6
3.3.1.	Evolución de la obtención de datos sociodemográficos	6
3.3.2.	Incidencia y prevalencia	7
3.3.3.	Etiología	7
3.4.	Accidente Cerebrovascular	7
3.4.1.	Definición y contextualización	7
3.4.2.	Datos sociodemográficos	8
3.4.3.	Factores de riesgo	9
3.4.4.	Tipos de Accidentes Cerebrovasculares	9
3.4.5.	Pruebas diagnósticas	11
3.4.6.	Alteraciones Funcionales	12
3.5.	Traumatismo Craneoencefálico	13
3.5.1.	Conceptualización	13
3.5.2.	Datos Sociodemográficos	13
3.5.3.	Etiología del Traumatismo Craneoencefálico	13
3.5.4.	Abordaje terapéutico	14
3.5.5.	Alteraciones Funcionales	16
4.	OBJETIVOS	18
5.	NIVEL DE EVIDENCIA DE LA PROPUESTA	18
5.1.	Conceptualización	18
5.2.	Funciones de las emociones	19
5.3.	Origen de las emociones. Anatomía y fisiología	19
6.	METODOLOGIA E INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN	21
6.1.	Papel de las emociones en neurorehabilitación	21
6.2.	Papel de la Terapia Ocupacional en neurorehabilitación	23
6.3.	Abordaje desde Terapia Ocupacional en problemas emocionales	25
6.3.1.	Escalas de Valoración	25
6.3.2.	Abordaje desde las Actividades de la Vida Diaria	27
6.3.3.	Abordaje desde los Roles e Intereses	28
6.3.4.	Abordaje desde la adaptación del entorno	29
6.3.5.	Abordaje hacia un equilibrio emocional y ocupacional	30
7.	RESULTADOS ESPERADOS Y CRITERIOS DE RESPUESTA O EFICACIA	30
8.	VALORACIÓN CRÍTICA Y CONCLUSIONES DEL PROCESO DE APRENDIZAJE	31
9.	BIBLIOGRAFIA	32
10.	ANEXOS	37

2. RESUMEN

Las lesiones neurológicas tienen una gran repercusión en la vida de la persona que las ha sufrido, generando grandes cambios en el desarrollo de las distintas actividades de la vida diaria que previamente a la lesión realizaba sin ninguna dificultad. Esta pérdida de autonomía personal conlleva una limitación en el desempeño ocupacional en su día a día. Estas dificultades y limitaciones adquiridas son los principales generadores de problemas emocionales, sobretodo debido a la frustración que genera cualquier dependencia para realizar tareas cotidianas de forma exitosa, la negación de enfermedad y la sensación de ser una carga para la familia entre otras causas.

Como profesionales de la salud debemos ofrecer el mejor tratamiento rehabilitador para fomentar la autonomía en el desarrollo de su día a día en sus respectivos entornos; para ello es necesario un trabajo multidisciplinar entre los profesionales y un intercambio fluido de información relevante en el proceso de intervención, como sería el estado emocional de la persona.

Desde la terapia ocupacional vamos a ofrecer una intervención enfocada a mejorar el desempeño ocupacional de la persona en la realización de las distintas actividades de la vida diaria, fomentando de esta forma la autonomía personal. Vamos a intervenir también sobre los roles e intereses que tiene la persona después de la lesión, ya que en muchas ocasiones se ven alterados. Y como tercer eje de nuestra intervención, haremos especial hincapié en valorar y adaptar el entorno que envuelve a la persona siempre que sea necesario, haciéndolo partícipe de su recuperación.

ABSTRACT:

Neurological injuries have a heavy impact on the lives of people affected by them, changing their daily routines and compromising activities that meant no effort before such injury. The loss of autonomy also restricts their performance at basic actions. These new-found limitations are the main trigger of emotional problems, primarily due to the frustration resulting from failing to execute everyday activities, denial of their illness and the sense of being a burden to their families, to name a few.

Healthcare professionals should offer the best rehabilitation treatment to promote patients' autonomy to perform daily tasks in their own environment. To accomplish so, it is necessary that healthcare practitioners work together in a multidisciplinary approach by ensuring a good exchange of information in the intervention process, like the patient's emotional state.

Occupational therapy focuses on improving people's performance in different day-to-day activities, encouraging their autonomy. Furthermore, professionals work on patients' roles and interests after the neurological injury, as these are often altered. Last but not least, practitioners also try to evaluate and adapt patients' environment when necessary, making them participate in their own recovery.

3. ANTECEDENTES

3.1. Daño Cerebral.

El daño cerebral (DC) es una lesión que como el propio nombre indica, afecta de forma directa a la región cerebral de la persona, el motivo de esta lesión puede ser debido a factores externos – como por ejemplo debido a un traumatismo directo- o bien factores internos – por ejemplo, por causas vasculares-. Debemos tener en cuenta que dicha lesión se produce en una zona del cuerpo extremadamente frágil, por lo tanto, este daño va a comportar ciertas secuelas en la persona que van a dificultar el correcto desempeño de las distintas funciones que regula el cerebro. Cuando hablamos de daño cerebral, podemos diferenciar dos grupos: El daño cerebral congénito (DCC) y el daño cerebral adquirido (DCA).

3.2. Daño Cerebral Congénito.

El DCC consiste en lesiones en el cerebro causadas durante la gestación del bebe, esta lesión produce distintos cambios en la actividad neural, la cual cosa repercute en la capacidad funcional del cerebro. Se estima que alrededor de 3 de cada 1.000 recién nacidos presentan algún tipo de alteración producida durante la gestación, no se considera que haya diferencias significativas entre niños y niñas en cuanto a porcentaje de afectación (“Congenital Brain Defects - baby, symptoms, Definition, Description, Demographics, Causes and symptoms, Diagnosis,” n.d.)

3.2.1. Lesiones congénitas más frecuentes.

De lesiones cerebrales congénitas podemos encontrar varias, entre ellas las más comunes:

- Alteraciones genéticas: Este tipo de alteraciones son causadas principalmente debido a mutaciones genéticas (algunas de ellas hereditarias), ya sean casuales o por exposición de ambientes nocivos (por ejemplo, a radiaciones o sustancias químicas). Un ejemplo de trastorno genético sería las Leucodistrofias, muchas de estas enfermedades a las que se hace referencia son conocidas como ‘enfermedades raras’.
- Malformaciones cerebrales: Este tipo de alteraciones, como se está comentando en este apartado, se producen durante la gestación. Consisten en fallos durante la formación de los distintos componentes cerebrales. Esto puede conllevar que ciertas partes del cerebro se vean representadas en un tamaño o en una forma que no es la correspondiente. Podemos hablar también de zonas que incluso no llegan a formarse.
- Infecciones cerebrales: La fragilidad del bebe durante su gestación es muy alta, ya que incluso durante el embarazo pueden producirse infecciones con posibles consecuencias muy graves. Virus como por ejemplo la Rubeola pueden afectar al feto durante su gestación, por lo que se suele recomendar a personas embarazadas mantener el mínimo contacto con personas infecciosas y/o hospitales.
- Otras causas: Más allá de las tres posibles causas anteriormente nombradas, es necesario hacer referencia a otros factores que pueden comportar un daño cerebral durante la gestación. Y es que propios traumatismos, tumores e incluso el consumo de drogas y/o alcohol por parte del progenitor van a dificultar una buena y correcta formación cerebral durante este intenso período de embarazo.

3.3. Daño Cerebral Adquirido.

En este caso, hacemos referencia a otro tipo de daño cerebral. Y es que, a diferencia del anteriormente nombrado, ahora vamos a hablar de esas lesiones cerebrales adquiridas a lo largo de la vida, de aquí el nombre de daño cerebral adquirido. Este tipo de lesión conlleva importantes consecuencias en el día a día de la persona y de su entorno, tan a nivel familiar como a nivel social. Es por esta razón que hoy en día se considera que el DCA genera distintas dimensiones de alta complejidad para la persona, y es que la diversidad de las posibles secuelas (cognitivas, emocionales, físicas, comunicativas, sensoriales, etcétera...) que puede sufrir la persona en mayor o menor gravedad, el compromiso que de repente adopta el entorno familiar, la interrupción súbita de las rutinas de la persona en su día a día y también la dificultad que existe para acceder a una rehabilitación especializada, nos demuestran la dificultad para la persona y su entorno más cercano de afrontar dicha patología, así como la magnitud del cambio que puede conllevar el DCA en la capacidad funcional de la persona y su autonomía, causando a largo plazo grandes dependencias (López & Ayuso, 2010).

3.3.1. Evolución de la obtención de datos sociodemográficos.

Hoy en día podemos obtener de una forma más concreta datos sociodemográficos que nos ayuden a entender cómo afecta a la población general esta patología en nuestro territorio. Hasta el momento era difícil poder obtener datos significativos y claros de la incidencia de esta patología, en qué franjas de edad es más común que la persona padezca algún tipo de DCA, qué tan por ciento de la población presenta secuelas neurológicas, o bien si afecta con mayor incidencia a algún género en concreto, etcétera... En 2006 pero, a partir de la publicación de un informe del Defensor Del Pueblo "*Daño cerebral sobrevenido en España: Un acercamiento epidemiológico y sociosanitario*" ha significado un importante avance para conocer con mayor profundidad la realidad de nuestro país en este ámbito, aunque como el propio nombre del documento indica, podemos considerarlo de momento un acercamiento a la realidad.

Hasta dicho momento todos los datos que se obtenían eran a partir de comparaciones y aproximaciones con los datos provenientes de otros países, en especial de los anglosajones (López & Ayuso, 2010). Este avance en cuanto a la obtención de datos que nos permitan definir la incidencia de esta patología entre la población de nuestro país resulta importante para poder diseñar medidas preventivas de la lesión, así como estudiar la efectividad del tratamiento de esta. También para poder realizar una correcta planificación de recursos a lo largo del procedimiento de atención sanitaria, des de la fase aguda, hasta estadios crónicos más avanzados (López & Ayuso, 2010).

Se estima que entorno al 68% de las personas que han sufrido un DCA van a presentar a largo plazo secuelas neurológicas importantes que van a conllevar dependencia en la autonomía personal de la persona afectada. El 14 de diciembre de 2006 se da un paso hacia delante, y es que se aprueba la Ley 39/2006, Ley de Promoción de la autonomía personal que entraría en vigor a partir de 2007. Esta Ley presenta el objetivo de garantizar "*La igualdad en el ejercicio de derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*", aunque hoy en día existen aún diferencias marcadas sobre la población con algún tipo de dependencia, esta ley consiguió un nuevo enfoque y una

nueva mirada hacia los derechos de este colectivo (“BOE.es : Ley 39/2006, Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.,” 2007).

A partir de ese momento se establecieron políticas sociales para garantizar una atención digna y plena a personas que requieran necesidades especiales o que se encuentren en una situación de vulnerabilidad; personas que requieren de una ayuda externa para poder desempeñar de forma exitosa las actividades más esenciales de la vida diaria. Llegados a este punto, aparece un enfoque más justo para la atención de estas personas, intentando de esta forma garantizar un pleno ejercicio de sus derechos básicos.

3.3.2. Incidencia y prevalencia.

La Federación Española Daño Cerebral (FEDACE) indica a partir de un informe que en 2008 en España residían 420.064 personas con daño cerebral. En este colectivo de la población resultó que un 52% de los casos se trataba de mujeres, mientras que el 48% restante eran varones. En cuanto a la edad, más de un 65% de los casos se trataban de personas que superaban los 65 años, por otro lado un 35% de los casos formaban parte de la franja de menos de 65 años (“Federación Española Daño Cerebral: El DCA en cifras,” 2017).

FEDACE, apunta que anualmente aparecen aproximadamente 105.000 nuevos casos de daño cerebral adquirido. A nivel territorial, podemos destacar que la comunidad autónoma con más casos de DCA -en 2008- es con diferencia Andalucía (81.255 casos) seguida por Comunitat Valenciana (56.484) y Catalunya (55.058). Por otro lado, encontramos comunidades con poca incidencia respecto a las otras comentadas anteriormente, Ceuta y Melilla (1.021 casos) es la comunidad autónoma con menos casos de DCA entre su población, seguida de la Rioja (1.778) y de Navarra (6.353) (Instituto Nacional de Estadística, Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia, EDAD, 2008).

3.3.3. Etiología.

Cuando hablamos de daño cerebral, hacemos referencia a un conjunto de secuelas y/o repercusiones que dañan el cerebro, causadas por una lesión en concreto. En el daño cerebral adquirido, aunque hay múltiples patologías que pueden provocar el DCA, en concreto vamos a destacar dos de las más frecuentes: El Accidente Cerebro Vascular (ACV) y el Traumatismo Craneoencefálico (TCE). Estas dos patologías que más a delante vamos a desarrollar, son las dos principales causas de daño cerebral, i es que un 78% de los casos de daño cerebral adquirido son causadas por un ACV, mientras que el 22% restante son causados por TCE u otras patologías tales como anoxias cerebrales, tumores e infecciones cerebrales.

3.4. Accidente Cerebrovascular.

3.4.1. Definición y contextualización.

Como se ha comentado previamente los ACV -también conocidos como Ictus o bien ‘Stroke’ (en inglés)- son la principal causa de daño cerebral adquirido, representando más del 75% de los casos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el ACV se trata de “*Un síndrome clínico de desarrollo rápido debido a una perturbación focal de la función cerebral de origen vascular y de más de 24 horas de duración*” (Minsal, 2013), también es definido como una alteración transitoria o permanente de una o distintas áreas del cerebro como consecuencia de un

trastorno de la circulación cerebral. ACV ha sido definido y clasificado cómo un déficit neurológico asociado a una lesión del Sistema Nervioso Central (SNC) convirtiéndose al largo de los años en una de las mayores causas de discapacidad y también de muerte entre la población adulta (Ralph L. Sacco et al., 2013).

Al ser una lesión repentina del flujo sanguíneo en el cerebro, se considera de vital importancia que, ante la sospecha de que la persona esté sufriendo un ACV se actúe de la forma más rápida posible para poder obtener una asistencia sanitaria temprana, de esta forma se puede conseguir reducir la gravedad de las secuelas (“Accidente cerebrovascular: MedlinePlus,” 2020). Para poder actuar de una forma rápida es importante conocer bien cuál es la sintomatología: Pérdida de fuerza y/o parálisis total o parcial de un hemicuerpo o extremidad de la persona; adormecimiento de una parte de la cara, pérdida del equilibrio y mareos, alteración de la visión, alteración del lenguaje, dolor de cabeza intenso entre otros síntomas son lo que nos va a ayudar a detectar de forma precoz la posibilidad de que la persona esté sufriendo en ese momento un accidente cerebrovascular (Yew & Cheng, 2015).

Ante esta situación, como ya hemos comentado debemos actuar rápido, por esta razón, al largo de los años se han impulsado campañas de concienciación para que cualquier persona sea capaz de detectar un Ictus. Generalmente todas las campañas coinciden en tres pasos vitales: 1) Pedir a la persona que levante ambos brazos a la vez; 2) Pedir a la persona que se ría; y 3) Pedir a la persona que pronuncie alguna frase (Sociedad Española de Neurología, 2004). Con estos tres pasos, en el caso de que esté ocurriendo una lesión, vamos a poder observar que la persona no es capaz de levantar al mismo nivel ambas extremidades superiores, o bien que durante la sonrisa la curva de los labios es irregular o también que la persona no es capaz de pronunciar de forma clara una oración; ante cualquier sospecha de estos síntomas se requiere llamar de inmediato a los servicios sanitarios asistenciales para atender de la forma más rápida posible a la persona intentando así reducir la gravedad de las posibles secuelas (Yew & Cheng, 2015).

3.4.2. Datos sociodemográficos.

Según los datos disponibles proporcionados por la Sociedad Española de Neurología, en 2018 anualmente se detectaban 187,4 casos de ACV por cada 100.000 habitantes, lo que representa un total de 71.780 nuevos casos entre la población española adulta cada año (se considera población adulta la población de 18 años o más). Según distintos estudios, la incidencia de afectación del ACV en Catalunya y por extensión a todo el estado español, esta enfermedad neurológica afecta en un 52% a hombres y 48% a mujeres (Weber, Bristol-Meyers Squibb, & Pfizer, 2019). La edad de la persona también es determinante en la aparición de esta patología entre la población, y es que a partir de los 40-45 años, el riesgo de padecer un ACV aumenta potencialmente (Sociedad Española de Neurología, 2004). Si bien es cierto que, aunque con menos incidencia, podemos encontrar ictus entre la población menor de 40 años, de hecho, en los últimos tiempos se ha identificado un pequeño aumento de la incidencia entre la población joven (Varona-Arche, 2003).

La mortalidad causada tras sufrir un ACV ha ido disminuyendo al largo de los años, esta disminución de los casos viene relacionada por una mejora en la rapidez de actuación y por una mejora de la atención a la persona que ha sufrido un ictus durante la fase aguda de la lesión. En

2011 se registraron 22.204 muertes por ACV en España, 92,7% de las cuales se trataba de personas mayores de 65 años. Aunque haya una disminución de la mortalidad, se ha detectado un aumento de la morbilidad entre la población (Brea, Laclaustra, Martorell, & Pedragosa, 2013).

3.4.3. Factores de Riesgo

Existe una considerable variedad de posibles factores de riesgo que pueden propiciar la aparición de esta lesión, entre ellos existen principalmente dos grupos: Los modificables y los no modificables. El primer grupo están principalmente relacionados con hábitos adquiridos de la persona en su día a día, por ejemplo, tener un estilo de vida sedentario, la obesidad, hábitos de consumo de alcohol y/o tabaco (Gutiérrez L & Libuy J, 2013), cardiopatías, hipertensión arterial entre otros, son posibles factores de riesgo a tener en cuenta para poder prevenir la aparición de ictus u otras enfermedades causadas por estos mal hábitos. Por otro lado, encontramos esos factores no modificables, como podría ser la edad de la persona, el sexo, factores genéticos, la localización geográfica en la que se encuentre e incluso el nivel sociocultural (R. L. Sacco, 2001).

Como podemos ver, es en el primer grupo de factores de riesgo que la persona puede actuar para alejarse de esos mal hábitos, prevenir la obesidad con una buena alimentación, la práctica del ejercicio físico para tener un estilo de vida activo y no sedentario, reducir el consumo de alcohol total o considerablemente, etcétera... es por esto que las campañas de concienciación a la población son de vital importancia y es que más de un 80% de los ictus son evitables modificando el estilo de vida de las personas (Weber, Bristol-Meyers Squibb, et al., 2019)(Weber, Sociedad Española de Neurología, Bristol Myers Squibb, & Pfizer, 2019).

3.4.4. Tipos de Accidentes Cerebrovasculares.

Vamos a diferenciar principalmente tres tipos de ACV, en primer lugar -representando al 80% de los casos- encontramos a los Ictus Isquémicos; otro 15% son los Ictus Hemorrágicos y finalmente el 5% restante hace referencia a los Accidentes Isquémicos Transitorios (duración de los síntomas menor de 24 horas). Va a ser el mecanismo fisiopatológico el que va a determinar de qué tipo de ictus se trata.

- **ICTUS ISQUÉMICO:** En primer lugar, el ACV más común entre la población (80% de los casos), este tipo de ictus ocurre cuando por un mecanismo fisiopatológico se reduce la llegada de sangre en el cerebro debido a una obstrucción de la circulación en las arterias cerebrales. Este bloqueo circulatorio tiene grandes repercusiones, y es que, sin la llegada de flujo sanguíneo, una parte del cerebro deja de recibir oxígeno causando de esta manera la muerte celular de esa región (Yew & Cheng, 2015).

Para poder clasificar este tipo de ictus, es importante conocer en profundidad cual es el mecanismo patológico que provoca esta reducción de flujo sanguíneo entrante en el cerebro. Etiológicamente pueden encontrarnos con los siguientes tipos:

- **Trombótico:** En este primer caso estamos hablando de un mecanismo que sucede a partir de una obstrucción causada por una placa de ateroma que impide la circulación del flujo sanguíneo hacia todas las áreas del cerebro. sobre la placa de ateroma o bien

una anomalía de la coagulación. Este mecanismo ocurre en un 15%-20% de las veces (Weber, Sociedad Española de Neurología, et al., 2019).

- **Embólico:** Este segundo tipo es caracterizado por una oclusión arterial causada por un fragmento desprendido del territorio arterial próximo o bien des del corazón. En este caso el causante de la obstrucción arterial es un coágulo sanguíneo. Ocurre en una frecuencia del 25%-30%, causando infartos generalmente corticales de tamaño medio o grande.
- **Lacunar:** Esta tercera causa etiológica está representada por un pequeño infarto causado por la oclusión debida a distintas patologías de carácter vascular, puede presentarse con un conjunto de síntomas específicos conocidos como síndromes lacunares. Ocurre con una frecuencia del 20%, y viene precedida por la existencia de factores de riesgo vasculares entre ellos la hipertensión arterial. En fase aguda la zona afectada se extiende unos 2mm, aunque posteriormente se concentra en un diámetro menor o igual a 1,5mm.
- **Causa inhabitual:** Esta cuarta causa etiológica ocurre de forma poco frecuente si la comparamos con las otras anteriormente nombradas, un 1,5% de las veces. Puede venir precedidas por distintas valvulopatías, hemopatías, enfermedades sistémicas etcétera. Más frecuentes en pacientes jóvenes.
- **Causa indeterminada:** Finalmente, encontramos situaciones en las que no podemos definir con claridad cuáles son las causas del ictus isquémico. En este caso, debemos completar un estudio completo que nos permita descartar las causas previamente comentadas. Podemos encontrarnos en la situación que se produzca por causa doble, por ejemplo, por una valvulopatía cardíaca junto con un infarto lacunar; o también por una fibrilación auricular con estenosis carotídea.
- **ICTUS HEMORRÁGICO:** Este segundo tipo de ictus está caracterizado por la rotura de un vaso sanguíneo causando de esta forma una hemorragia interna en el cerebro. El ictus hemorrágico representa aproximadamente el 15% de los accidentes cerebrovasculares, el principal factor de riesgo es la hipertensión arterial, juntamente con la edad, el sexo masculino, el consumo de alcohol y drogas entre otros; es la principal causa de ictus entre la población menor de 40 años. A nivel mundial se considera que la incidencia es entre 10-20 casos por cada 100.000habitantes/año, concretamente en España ronda los 15 casos por cada 100.000habitantes por año. Las personas que han sufrido un ictus hemorrágico acostumbran a tener un pero pronóstico, y por consecuente una mayor mortalidad.

De tipos de Ictus hemorrágicos podemos diferenciar principalmente dos según la zona que resulta afectada tras esta lesión neurológica. En primer lugar, tenemos a las conocidas hemorragias intracraneales, estas suceden cuando la persona padece una rotura de un vaso sanguíneo cerebral intraparenquimatoso. En segundo lugar, encontramos las hemorragias subaracnoideas (HSA), en este caso más de un 80% de los casos son debidos a la ruptura de un aneurisma, otro 15% debidas a perimesencefalicas

i el 5% restante debido a otro tipo de causas como las vasculitis, angiopatía amiloide, e incluso por el consumo drogas tales como la cocaína entre otras (Yew & Cheng, 2015). Haciendo referencia a los aneurismas, que como ya hemos hecho referencia representan un 80% de las HSA, los más frecuentes son originados a la arteria comunicante anterior -un 36% de los casos-, y a la arteria cerebral media -un 26% de los casos-. Las HSA representan de un 3% a un 5% de todos los ictus, mientras que las HIC representan del 10% al 15% del total, justo por detrás de los ictus isquémicos (Brea et al., 2013).

- **ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO (AIT):** Este tipo de accidente cerebrovascular, tiene la característica de que esta alteración de flujo sanguíneo en el cerebro tiene una duración menor a 24 horas. Los síntomas ya referenciados que nos pueden hacer sospechar que la persona está sufriendo un ictus, se reducen a los minutos de su aparición, aunque pueden llegar a tardar en desaparecer completamente de 1 a 2 horas de su aparición. Generalmente cuando hablamos de un AIT, se trata de una obstrucción del flujo sanguíneo en las arterias cerebrales causadas por una placa de ateroma o bien un coágulo sanguíneo (Ferrerías, Romero, & Martínez, 2007).

3.4.5. Pruebas diagnósticas.

Para poder diagnosticar de una forma correcta esta lesión neurológica vamos a utilizar principalmente dos tipos de pruebas, la Tomografía Computarizada (TC Craneal) y la Resonancia Magnética (RM Craneal). La utilización de técnicas de imagen va a ser esencial para poder realizar el mejor diagnóstico y controlar posibles episodios neurológicos anormales (Antonia Fernandez, Xabier Urra Nuin, Angel Chamorro Sanchez, & Arturo Renú Jornet, 2018).

En primer lugar, la TC nos va a permitir distinguir si se trata de un ictus isquémico o bien un hemorrágico, en el primer caso vamos a poder identificar una región hipodensa, más oscura; y en segundo lugar la hemorragia la identificaremos como una zona más clara, lo que nos indica que es una zona más hiperdensa. Esta técnica permite medir las densidades de los diferentes tejidos, la prueba puede que sea realizada con contraste intravenoso, que ayudará a diferenciar las distintas estructuras y su densidad, pero también se pueden realizar sin el contraste (Grupo Scanner Vizcaya, 2013a)

La Resonancia Magnética, va a ser útil para infartos cerebrales pequeños o para explorar zonas más difíciles de explorar con un TC. Esta prueba utiliza propiedades magnéticas de los tejidos para poder reproducir una imagen que va a mostrar las diferentes composiciones tan químicas como físicas de los mismos. Hoy en día, desafortunadamente, la RM no está presente en todos los centros hospitalarios, ya que se trata de una herramienta cara, lo cual comporta que no en todos los centros asistenciales puedan disponer de dicha herramienta diagnóstica (Grupo Scanner Vizcaya, 2013b).

Catalunya es considerada como pionera en el territorio europeo en la atención de pacientes que sufren ictus, y esto es debido a la implementación en red de centros hospitalarios de un protocolo nombrado 'Codi Ictus', lo que permite asistir de urgencia y de la forma más rápida posible a la persona que hay sospecha de ictus. Cuando alguien tiene sospecha de que una

persona tiene sintomatología de ictus puede llamar a los números 112 (Emergències Generalitat de Catalunya) o bien 061 (CatSalut), esto permite que la persona sea trasladada de forma inmediata a uno de los 26 hospitales dotados de las herramientas tecnológicas más adecuadas y con profesionales especializados; o bien que sea atendida a uno de los 12 hospitales comarcales que están conectados con los 26 nombrados anteriormente, en este caso se permite una evaluación a distancia de la persona mediante el Teleictus, donde un experto evalúa mediante videoconferencia a la persona obteniendo de esta manera un gran ahorro de tiempo, lo que mejora el pronóstico de esta lesión neurológica (Miquel Gallofré & Servei Catala de Salut, 2016).

3.4.6. Alteraciones Funcionales.

- **Alteraciones físicas:** Cuando nos encontramos con una persona que ha sufrido un ictus, una de las principales secuelas que puede presentar el usuario van a ser esas relacionadas con el estado físico de la persona. El grado de afectación de una determinada zona del cerebro va a generar alteraciones motoras a la persona, dificultando el uso funcional de determinadas partes del cuerpo, especialmente en extremidad tan superior como inferior (López & Ayuso, 2010).
- **Alteraciones cognitivas:** Podemos encontrarnos con gran variedad de secuelas a nivel cognitivo, esto va a depender siempre de la región afectada y el grado de severidad de dicha lesión. En este amplio abanico de alteraciones cognitivas, vamos a poder identificar tanto problemas de atención, memoria, comprensión... como en habilidades de procesamiento cognitivo más complejas como funciones ejecutivas. La alteración de estas capacidades a nivel cognitivo van a influenciar en la participación de la persona en el desarrollo de las distintas actividades de la vida diaria (Grieve & Gnanasekaran, 2009).
- **Alteraciones sensoriales:** Estas alteraciones hacen referencia a la forma en que la persona percibe la información sensorial de diferentes estímulos, frecuentemente a partir de la lesión neurológica vamos a poder identificar dificultades en el procesamiento de estos estímulos sensoriales. Estas dificultades inciden en otros aspectos de la persona, por ejemplo si hay un problema de percepción del propio cuerpo la persona va a manifestar mayor dificultad para llevar a cabo una tarea que requiera de esta capacidad (Zayas, Mera, Suarez, & Zulueta, 2017).
- **Alteraciones emocionales:** A nivel emocional vamos a poder identificar según cada persona distintas afectaciones a nivel emocional después de sufrir un ictus (Binder, 1984). El considerable cambio de estilo de vida que puede comportar una lesión neurológica va a influenciar directamente sobre el estado emocional del individuo (Fure, Wyller, Engedal, & Thommessen, 2006). Más adelante se desarrolla una extensa explicación de cómo afecta en el día a día del individuo dichos problemas emocionales, pero cabe recalcar que hay una estrecha relación entre la autonomía personal y el estado emocional que presente la persona (Fure et al., 2006).

3.5. Traumatismo Craneoencefálico

3.5.1. Conceptualización.

Como ya habíamos comentado, el daño cerebral adquirido puede resultar debido a múltiples causas, una de las más frecuentes después del ACV se trata de los traumatismos craneoencefálicos. Esta lesión se produce cuando una fuerza externa daña al cerebro produciendo diversidad de posibles alteraciones tanto cognitivas, como físicas y también emocionales que pueden convertirse en temporales o bien crónicas.

3.5.2. Datos Sociodemográficos.

Según la OMS, el TCE es una de las principales causas de muerte y discapacidad mundial. En España, actualmente se estima que hay una incidencia de 200 casos por cada 100.000 habitantes cada año, un 70% de estas personas que han sufrido un TCE presenta una buena evolución y recuperación, por otro lado un 9% de las personas mueren antes de llegar a un centro sanitario, un 6% durante su estancia y finalmente un 15% de los afectados presentan importantes alteraciones funcionales causando de esta manera grandes dependencias para el día a día de la persona (Giner et al., 2019). Se estima que la prevalencia de TCE en la población es tres veces más frecuentes en varones que en mujeres, esto se suele relacionar con una mayor práctica de actividades de ocio y laborales de alto riesgo, así como un mayor número de TCE causados por violencia en varones comparándolo con la incidencia en población femenina. Los datos nos indican que los TCE se producen con mayor incidencia entre la población de menos de 65 años, especialmente en niños y adultos jóvenes (20 a 40 años), aun así, esos TCE que ocurren en población de más de 65 años, se consideran que tienen lesiones más graves y mayor mortalidad. Cada franja de edad tiene sus principales causas de TCE, por ejemplo, en ancianos, caídas durante la marcha, relacionado principalmente por la pérdida de equilibrio. En población joven en cambio, la principal causa son los accidentes de tráfico y accidentes laborales. Finalmente, en niños y niñas, son los malos tratos y la violencia, a parte de las caídas (Teasell, Aubut, Bayley, & Cullen, n.d.)(Elorza Arizmendi et al., 1997).

3.5.3. Etiología del Traumatismo Craneoencefálico.

A nivel etiológico, más de un 70% de los TCE se originan a partir de accidentes de vehículos, siendo la principal causa de este tipo de lesión en la población. A parte, también encontramos otras posibles causas frecuentes, como serían las caídas 20% o también las lesiones deportivas 5%. Con menos representación, se han visto casos de personas con lesiones debidas a accidentes laborales, a violencia y también accidentes domésticos.

Podemos diferenciar principalmente dos tipos de mecanismos de lesión en los TCE:

- Lesión Focal: Este mecanismo se caracteriza por el impacto directo sobre una zona concreta, frecuentemente debidas al mecanismo de auto golpeo del cerebro contra la estructura ósea craneal; en estos casos la lesión suele estar localizada en el lóbulo frontal y temporal. En este caso podemos diferenciar dos posibles escenarios: traumatismo con fractura abierta o bien con fractura cerrada. Esto nos dará información

sobre la fuerza que ha tenido el traumatismo sufrido, cuando nos encontramos con una fractura abierta, se tratará de un traumatismo de mayor intensidad (Guzmán, 2008). Vamos a encontrar posibles complicaciones clínicas secundarias al traumatismo directo que ha sufrido la persona, entre ellas vamos a encontrar especialmente con hemorragia epidural aguda, hematoma subdural, contusión hemorrágica, hematomas intraparenquimatosos entre otras según el tipo de lesión y la zona que se ve afectada (Fernandez & Crespo, n.d.).

- Lesión cerebral Difusa: Este segundo proceso se produce cuando hay un mecanismo brusco de aceleración y desaceleración. De esta forma, cuando se produce este brusco mecanismo, aparecen principalmente dos efectos debido a la propia inercia del movimiento: La translación y la rotación, estos mecanismos generan un desplazamiento de la masa encefálica que va a provocar lesiones en las estructuras cerebrales (Guzmán, 2008). Este desplazamiento de la masa encefálica conlleva un impacto contra el cráneo y por consecuencia, cuando vuelve a desplazarse hacia la posición habitual, se produzca un contragolpe dañando al lado opuesto de este primer impacto (Fernandez & Crespo, n.d.). Este tipo de lesiones sucede principalmente cuando ocurren accidentes de tráfico, ya que como hemos comentado suceden a partir de movimientos de aceleración-desaceleración bruscos (Carney et al., 2017). En población infantil, vamos a poder encontrar este tipo de lesión cuando el bebé haya sido sacudido de una forma brusca, causando de esta forma el mismo mecanismo lesional de aceleración- desaceleración.

3.5.4. Abordaje terapéutico.

En este tipo de lesión neurológica, es de vital importancia determinar la extensión y la gravedad de dicha lesión ya que esto va a condicionar de forma directa al pronóstico y la evolución de la persona. Para poder conocer en profundidad el grado de lesión vamos a utilizar distintas herramientas que nos van a facilitar la exploración del estado actual de la persona y nos servirá también como factores pronósticos:

- ESCALA COMA DE GLASGOW: Esta es una escala de valoración neurológica que permite determinar el nivel de conciencia y estado de alerta de una persona. Es una escala sencilla, ya que se centra en valorar únicamente tres componentes, la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora, en este orden. A nivel de puntuación, la mínima que podemos encontrarnos es de 3 puntos, mientras que la máxima será de 15p (Muñana & Ramírez, 2014). A nivel ocular: Vamos a poder diferenciar cuatro tipos de respuestas, la primera es la considerada espontánea (máxima puntuación), seguida de respuesta ante una orden verbal, respuesta ante el dolor, y finalmente no respuesta ocular (menor puntuación). A nivel verbal: Este apartado, nos va a permitir valorar y diferenciar lo siguiente, respuesta verbal en un contexto orientado (mejor puntuación) y siguiendo el hilo de conversación, respuesta desorientada y hablando, palabras inapropiadas y descontextualizadas, sonidos incomprensibles y finalmente, ninguna respuesta verbal (menor puntuación). A nivel motor: Este es el apartado con más ítems a valorar, la mejor puntuación será asignada cuando la persona obedece a una orden verbal con una respuesta motora (levanta los brazos, por ejemplo), seguidamente, una

respuesta para localizar el dolor, respuesta de retirada y flexión, patrón de flexión anormal, patrón extensor, y finalmente ninguna respuesta a nivel motor. De esta forma vemos que el primer apartado va a optar a una puntuación de 1 punto a 4 (uno por cada ítem), en la segunda de 1 a 5 puntos, y finalmente en el último apartado de 1 a 6 (“Escala de Coma de Glasgow,” 2017). Esta escala nos va a permitir clasificar según la gravedad los distintos TCE: Cuando la puntuación de esta escala está entre 15 y 14 puntos, consideraremos que se trata de un TCE leve; cuando se comprende entre 13 y 9 puntos TCE moderado, y finalmente de 8 a 3 puntos TCE grave (Fernandez & Crespo, n.d.).

- TAC: El TAC es una prueba diagnóstica importante para poder ver en profundidad el grado de afectación y las zonas lesionadas del cerebro, nos va a permitir hacer un seguimiento evolutivo de la lesión encefálica, y nos ayudará a detectar lesiones focales y difusas, así como posibles complicaciones clínicas que inciden directamente sobre el cerebro, como puede ser fenómenos fisiopatológicos y el estado de las estructuras básicas que se hayan podido ver afectadas. Esta prueba de neuroimagen juntamente con la escala Coma de Glasgow serán claves para poder definir un pronóstico evolutivo de la persona, es importante comentar que la evolución de los TCE es un proceso dinámico que puede avanzar de una formas más rápida o pausada, por la cual cosa deberemos explorar frecuentemente el estado en el que se encuentra la persona (Letyer Pérez Ortiz, Eglys Rodríguez Ramos, & Rafael Guerra Sánchez, 2004).
- Amnesia post traumática (APT): La APT, es considerado un periodo de tiempo en el que la persona, debido a la lesión, presenta serias dificultades para procesar y retener información, muestra alteraciones en el comportamiento, la orientación, entre otros. Se considera que la APT empieza en el momento de la lesión hasta que la persona recupera la capacidad normal para procesar información y desempeña correctamente los distintos componentes cognitivos (Marshman, Jakabek, Hennessy, Quirk, & Guazzo, 2013).
- ABCDE: Cuando encontramos a una persona que se encuentra en un estado crítico después de sufrir un traumatismo craneoencefálico, debemos atenderlo para proteger la integridad de la persona, prevenir complicaciones, conocer el estado que se encuentra y, en definitiva, atender a la persona (Castillo, n.d.). A parte, ante una emergencia, una vez explorada y protegida la persona, se debe realizar un análisis rápido y eficaz del entorno, prevenir posibles daños a terceros y evidentemente a nosotros mismos (Castillo, n.d.). Existe una técnica conocida como el ‘ABCDE’, basada en la ejecución de cinco pasos:
 - **A (AIRWAY)**: Se mantiene un control exhaustivo de la permeabilidad de la vía aérea, en el caso de que no se permita el flujo, debemos colocar a la persona en la posición adecuada para dejar la vía libre. Es importante que, ante cualquier maniobra sobre la vía aérea, tengamos un control total del área cervical para evitar que cualquier movimiento inadecuado pueda generar más complicaciones.

- **B (BREATHING):** Se controla si la persona está respirando, en el caso de que no fuese así, deberíamos finalizar la exploración y administrar de forma urgente oxígeno. En caso afirmativo debemos controlar la frecuencia y profundidad de la respiración.
- **C (CIRCULATION):** El tercer paso consiste en comprobar el pulso de la persona y otros rasgos como el color de la piel o la temperatura. Esto va a ser indicadores de una posible alteración en la circulación sanguínea.
- **D (DISABILITY):** En este caso ya pasamos a hacer una exploración del estado de consciencia y alerta de la persona, lo podemos realizar mediante preguntas o a la reacción ante estímulos dolorosos como por ejemplo a un pinchazo.
- **E (EXPOSURE):** Como último paso de exploración rápida, vamos a quitar las prendas de ropa de la persona con la finalidad de poder explorar de forma íntegra todo el cuerpo, ver la existencia de heridas en zonas que con ropa es imposible de percibir

3.5.5. Alteraciones Funcionales

Una lesión neurológica como el traumatismo craneoencefálico, comporta grandes cambios en el día a día de la persona y también de su entorno más próximo. Como se ha hecho referencia en apartados anteriores, el grado de severidad de la lesión va a determinar el pronóstico de la persona. Bien es cierto que la recuperación después de un TCE es muy dinámica ya que vamos a identificar etapas de mayor recuperación y de grandes avances, pero también etapas en las que la persona se recupera de una forma más pausada. A continuación, vamos a referenciar y explicar cuáles son las principales alteraciones que presentan las personas que han sufrido un traumatismo grave:

- **Alteraciones cognitivas:** En este caso las afectaciones a nivel cognitivo más comunes entre todos los TCE son la memoria, la atención, funciones ejecutivas y velocidad de procesamiento de información; esto va a depender siempre de cada caso ya que es de suma importancia la región del cerebro que se ha visto dañada, en función de la zona van a predominar unas alteraciones u otras. En esos casos más graves de traumatismos vamos a presenciar también déficits tales como habilidades de procesamiento visoespacial o también la conciencia de déficit a partir de la lesión. Si entramos al detalle, las afectaciones de funciones ejecutivas comportan dificultades para procesar de una forma satisfactoria ordenes cognitivas más complejas, hacemos referencia a la toma de decisiones, planificación y secuenciación de actividades, e incluso a aspectos más de razonamiento (Matheson, 2010). Entre el 80 y 85% de las personas con TCE Leves, en un periodo de 3 a 6 meses van a presentar una buena evolución resolviendo prácticamente la totalidad de sus alteraciones cognitivas. Por otro lado los TCE moderados y graves se caracterizan por afectaciones cognitivas más importantes y persistentes a largo plazo, existe una recuperación de estas funciones pero el margen de mejora se ve más limitado (Rabinowitz & Levin, 2014).
- **Alteraciones conductuales:** Estas alteraciones están estrechamente relacionadas con las comentadas anteriormente, y es que en el momento en el que existe una alteración de esas habilidades cognitivas responsables de regular nuestro comportamiento -como por ejemplo el razonamiento, la toma de decisiones, conciencia de déficit, entre muchas

otras- va a influenciar de forma directa al estado conductual de la persona. El hecho de que el filtro de razonamiento esté alterado, propicia que la persona no sea capaz de identificar qué comportamiento es adecuado en cada momento o situación. La distorsión de la realidad de la persona puede facilitar que la persona reaccione de una forma incoherente ante situaciones normales en nuestro día a día, por ejemplo, durante el tratamiento ver como una amenaza al terapeuta y no como una ayuda en su recuperación, y por lo tanto impedir o distorsionar el desarrollo de la sesión. En ocasiones podemos encontrar conductas agresivas, dónde la persona percibe a un estímulo cómo una amenaza aunque realmente no sea así, ante esta interpretación la persona actúa a consecuencia con la finalidad de defenderse (Family Caregiver Alliance, n.d.). Otro escenario que podemos encontrar, son conductas sexualizadas, que debido a la distorsión de la realidad, o falta de razonamiento, la persona puede desarrollar e interpretar situaciones de una forma errónea. Otro aspecto a destacar, es la dificultad que puede presentar la persona para socializarse, ya que cuando alguien presenta conductas socialmente no aceptadas o normalizadas, frecuentemente se le aleja de su círculo más próximo, para evitar que se evidencien los problemas conductuales generados a partir de la lesión (McDonald, Togher, & Code, 2013).

- **Alteraciones comunicativas:** Principalmente el lenguaje y la habla son las consecuencias más evidentes representantes de las alteraciones comunicativas. Frecuentemente podemos observar dificultad para articular palabras (disartria) y frases debido a un traumatismo craneoencefálico, en estos casos podemos observar problemas afásicos tanto de expresión como de comprensión. Por otro lado identificamos dificultades para estructurar de una forma coherente frases o para encontrar la palabra deseada para expresar una idea (McDonald et al., 2013).
- **Alteraciones motoras:** Cuando las estructuras responsables del control motor se ven alteradas, aparecen serias dificultades para poder desarrollar de forma exitosa los movimientos deseados (Walker & Pickett, 2007). El mecanismo de lesión primaria es el principal responsable de estas alteraciones motoras, pero debemos tener también en cuenta las complicaciones que pueden aparecer durante las fases más agudas de la lesión, como infecciones, inflamaciones u otros (O'Suilleabhain & Dewey, 2004). Las alteraciones motoras que aparecen con más frecuencia en los TCE son las paresias de extremidades, patrones anormales del tono muscular -patrón extensor o flexor-, ataxia, espasticidad, dificultad para el control de tronco, entre otras (Walker & Pickett, 2007).
- **Alteraciones emocionales:** Tras un TCE, vamos a poder observar con frecuencia problemas también a nivel emocional. Identificaremos sobre todo problemas de control de las emociones, frecuentemente se referencia como estar en una montaña rusa emocional, y es que la persona puede presentar mucha labilidad, lo que comporta que reaccione emocionalmente de distintas formas según cada situación en la que se encuentre (Hanks, Temkin, Machamer, & Dikmen, 1999). Curiosamente, según el tipo de lesión y zona afectada que nos encontremos, podemos apreciar conductas totalmente opuestas a esta labilidad emocional comentada previamente. Hay personas que su alteración emocional se caracteriza por la pérdida de emociones, dejando de reaccionar ante situaciones que antes de la lesión tendrían un efecto emocional para la

persona. A parte de esto, hay que tener en cuenta el cambio de vida que puede llegar a suponer una lesión neurológica de este tipo, en muchas ocasiones la persona adopta una nueva vida ya que debido a la dependencia que le ha causado esta lesión no pueden volver a desempeñar su día a día como lo hacían antes (Hart & Cicerone, 2010). Esto va a influenciar en el estado de ánimo de las personas afectadas, ya que la nostalgia y el recuerdo tienen mucho peso y es imposible no echar de menos la forma en que vivían antes de la lesión. Frecuentemente las personas afectadas presentan estados depresivos ante este cambio radical en sus vidas, esto les genera tristeza y también frustración, especialmente cuando se encuentran en estados avanzados después de la lesión (Paolucci et al., 1999). Ya se ha comentado previamente, pero los daños cerebrales conllevan una gran dependencia en una considerable parte de las personas afectadas, es importante hacer referencia a esto ya que la pérdida de autonomía personal para desempeñar su día a día por sí mismos, es la principal causa de que la persona sienta tristeza, frustración y ansiedad por su situación actual. Otro signo que ayuda a identificar una alteración emocional de la persona, es que debido a la situación en la que se encuentra y esta dificultad para gestionar emociones, la persona puede mostrar cierta irritabilidad (Pérez & Agudelo, 2007).

4. OBJETIVOS

Con la intervención que se propone a continuación estos van a ser los objetivos que vamos a trabajar para conseguir:

- Trabajar desarrollo de las diferentes AVD que presente dificultades
- Fomentar un bienestar emocional a partir de la participación en actividades significativas para la persona.
- Establecer e identificar cuáles son los intereses y roles de la persona en su entorno.
- Gestionar las emociones en un contexto real y significativo para la persona.
- Realizar educación a la familia y al usuario sobre la atención al daño neurológico.
- Adaptar el entorno que envuelve a la persona, facilitando su participación según necesidades

5. NIVEL DE EVIDENCIA DE LA PROPUESTA

5.1. Conceptualización.

Como hemos podido ver las lesiones neurológicas pueden conllevar una gran variedad de alteraciones en el día a día de la persona. Si bien es cierto que las más contempladas son aquellas relacionadas con problemas físicos o bien cognitivos, hay otras que en ocasiones no se les da la importancia que realmente tienen. Un ejemplo sería los problemas emocionales que puede presentar la persona a partir de un daño neurológico, que frecuentemente pueden verse olvidados tanto por parte de la propia persona, por los familiares e incluso por parte de los profesionales que estén interviniendo en el proceso rehabilitador de la persona.

Como ya se dijo en 1962: *"Casi todo el mundo piensa que sabe qué es una emoción hasta que intenta definirla. En ese momento prácticamente nadie afirma poder entenderla"* (M.A. Wenger, F.N. Jones, & M. H. Jones, 1962). Y es que, al largo de los años, infinidad de autores han realizado

numerosos estudios y teorías para conocer con mayor profundidad un tema tan complejo como el de las emociones (Belli & Íñiguez-Rueda, 2008). Todos ellos coinciden en que es un proceso multifactorial complejo, con gran influencia en el comportamiento del individuo con la finalidad de ofrecer una respuesta adaptativa ante una situación ambiental concreta (Moltó Javier, 1995). Las emociones son experiencias subjetivas, que cada persona vivirá y manifestará de una forma distinta en función de la intensidad que le atribuya a cada una de ellas (LeDoux & Hofmann, 2018).

5.2. Funciones de las emociones.

Las emociones desarrollan un papel esencial en cada uno de nosotros ya que estas tienen una gran influencia sobre muchos aspectos de nuestro día a día, el estado emocional que presentemos va a determinar la motivación que nos genera una cosa en concreto, la propia imagen que tenemos de nosotros, la forma en que percibimos y encaramos los distintos problemas que nos aparecen, cómo estás con tu entorno familiar, social y laboral entre otros. Varios autores coinciden en que podemos identificar principalmente tres funciones (Rodríguez, Linares, González, & Guadalupe, 2009):

- **Función Adaptativa:** La reacción emocional facilita una rápida respuesta del organismo ante una situación concreta permitiendo al individuo adaptarse de la mejor forma para afrontar eficazmente este nuevo escenario (Rodríguez et al., 2009). Para poder ejercer una conducta apropiada son imprescindibles las emociones, la cual cosa va a propiciar una gran facilidad para la adaptación del individuo en su ambiente (Montañés, 2005).
- **Función Social:** El comportamiento humano está asociado a la propia expresión individual de las emociones. Por eso, a nivel social también tienen un papel importante, y es que la expresión de estas facilita la interacción social con otros individuos (Kavaklı¹, 2019). Si bien cada autor diferencia entre distintos componentes dentro de este ámbito, todos coinciden en lo mismo: Las emociones tienen un impacto en el desarrollo de la interacción social, pues estas pueden ayudar a establecer dichas interacciones o por el contrario a propiciar un distanciamiento (Fischer, Manstead, & Haviland-Jones, 2008). A parte, encontramos distintos niveles de influencia, y es que tanto a nivel individual, interpersonal, grupal e incluso a nivel cultural las emociones toman un papel importante al establecer interacciones sociales (Keltner & Haidt, 1999).
- **Función Motivacional:** Para desempeñar cualquier acción, distintos estudios confirman que tener un vínculo emocional, o una significación hacia dicha tarea, facilita enormemente la realización de esta. Es que la motivación puede ser consecuencia de una emoción, la carga emocional va a propiciar la predisposición del individuo a desarrollar una actividad (Daniel P. Cardinali, 2005).

5.3. Origen de las emociones. Anatomía y fisiología.

Históricamente se ha considerado que el sistema límbico ha sido el responsable principal de la generación de emociones y de sus respuestas, permitiendo a los individuos desempeñar una regulación óptima de las emociones y tomando el control en la codificación de la memoria

(Rubin & Safdieh, 2008). El sistema límbico, se utilizó en sus orígenes para describir a todas esas estructuras del cerebro situadas a la parte frontal de este, que rodeaban las regiones basales. Una vez se han ido estudiando y reconociendo sus distintas funciones, el término ha pasado a describir a todos los circuitos responsables o contribuyentes del control de los procesos motivacionales y emocionales (Guyton & Hall, 2011). El sistema límbico, es una estructura funcional, formada por estructuras anatómicas y también por redes neuronales que interconectan las distintas regiones, por esta razón, delimitar su extensión anatómica resulta complejo (Vales, 2012). Debido a este papel que tiene el sistema límbico con las emociones, se le ha relacionado de forma directa con otros conceptos tales como al rol en los procesos motivacionales y también en la regulación de la conducta (Daniel P. Cardinali, 2005).

En primer lugar, debemos destacar el hipotálamo y sus estructuras afines. Situado bajo el tálamo, en la región ventral del diencefalo, esta pequeña estructura se responsabiliza de regular distintas funciones básicas del individuo tales como los estados internos de la persona, el apetito, la temperatura corporal entre otros (Guyton & Hall, 2011). Algunos autores indican que no es el hipotálamo la estructura que se responsabiliza del inicio de las respuestas de defensa -sino la amígdala-, ya que esta región da respuesta a cambios a nivel vegetativo que acompañan las emociones pero que no las inician (Sánchez-Navarro & Román, 2004).

Otra estructura a la que hay que hacer especial referencia, es el hipocampo. Esta estructura situada en la parte medial del lóbulo temporal, al asta temporal del ventrículo lateral; tiene especial relevancia en la regulación general del sistema límbico, concretamente en la codificación de la memoria así como en la modulación de las emociones (Rubin & Safdieh, 2008). Esta región mantiene numerosas conexiones dirigidas en gran cantidad a distintas porciones de la corteza cerebral y también con otras estructuras que forman parte del sistema límbico, así como el ya comentado hipotálamo, la amígdala, la región septal u otros (Guyton & Hall, 2011).

La amígdala, está localizada en la porción anterior de la parte medial del lóbulo temporal, anterior al ya comentado hipocampo (Rubin & Safdieh, 2008). Estas conexiones con el hipocampo y las otras estructuras del sistema límbico -que posee con abundancia- están caracterizadas por su bidireccionalidad (Guyton & Hall, 2011). Des de hace años, la amígdala ha estado directamente relacionada con la emoción tanto en animales como en humanos (Joseph E. LeDoux, 1993). Dicha estructura está considerada como componente esencial para el procesamiento emocional correcto de las distintas señales sensoriales dado que recibe información a través de distintas proyecciones procedentes de las áreas de asociación sensoriales (Sánchez-Navarro & Román, 2004). Así pues, la función de esta estructura caracterizada por tener forma de almendra, será la de regular la interpretación emocional, medioambiental y de todos los estímulos internos, en especial esos relacionados con el miedo o la ira (Rubin & Safdieh, 2008). Más allá de las funciones citadas anteriormente, cabe destacar un papel de especial interés de esta región, y es que tiene mucha importancia en el aprendizaje e integración de las conductas emocionales (Sánchez-Navarro & Román, 2004). Es interesante explicar también que cuando estimulamos la amígdala, se pueden generar respuestas como el aumento de la frecuencia cardíaca, aumento o disminución de secreciones, dilatación pupilar etcétera, todas ellas relacionadas con respuestas emocionales concretas. Estas anteriormente nombradas vienen reguladas de forma conjunta con el hipocampo, pero también encontramos reacciones generadas únicamente a partir de la estimulación de la amígdala, como serían

movimientos tónicos, circulares e incluso movimientos relacionados con el olfato o el apetito: lamerse o deglutir (Guyton & Hall, 2011).

6. METODOLOGIA E INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN DE RESPUESTA

6.1. Papel de las emociones en neurorrehabilitación.

Las emociones están involucradas en todos los aspectos de nuestra vida, cada persona va a experimentar las emociones de una forma distinta, ya sea en cuanto a la intensidad o bien por el grado de significación que se le atribuyen, pero directa o indirectamente van a ser un componente central de nuestras vidas, motivo por el cual, es fundamental abordar este aspecto con la importancia que merece. En neurorrehabilitación observamos gran cantidad de casos que presentan o han presentado distintos tipos de alteraciones emocionales a lo largo de su proceso rehabilitador (Fure et al., 2006).

Cuando hablamos de una persona con algún tipo de daño cerebral adquirido, es interesante hacer referencia a todo lo que comporta dicha lesión. Como se ha mencionado en apartados anteriores, las personas afectadas y todo su entorno presentan un gran cambio en su vida, esto les obliga a adaptarse frente una nueva realidad, trabajar para recuperar su autonomía en el desarrollo de todas esas actividades de su vida que a causa de las secuelas de la lesión no puede realizar de la misma forma que lo hacían previo a la lesión (Trampe, Quoidbach, & Taquet, 2015). Este nuevo escenario que afronta una persona después de la lesión neurológica viene acompañado de etapas de frustración, por no poder realizar tareas que antes de la lesión hacías de forma automatizada, por depender de una tercera persona para poder desarrollar cualquier tarea o simplemente la sensación de carga para los familiares que muchas personas sienten, son factores que propician la aparición de esta sensación de frustración, una cuestión de querer pero no poder, de esforzarse para hacerlo de forma autónoma pero depender de alguien...

La falta de autonomía es uno de los principales motivos de problemas emocionales que nos encontramos en neurorrehabilitación, ya que muchas de las personas con las que coincidimos durante su respectivo tratamiento perciben que una tarea a priori sencilla para ellos es de una gran complejidad debido a sus dificultades que han aparecido después de la lesión. La sensación de verse limitado en la realización de tareas genera una gran frustración ya que pese a querer hacerlo por si solos requieren de la ayuda de una tercera persona para poder completarla con éxito. Ante esta situación, observamos que la persona termina no sintiéndose realizada ya que se da cuenta de que por si sola hay cosas que no puede hacer, inevitablemente se establecen comparaciones con estadios previos a la lesión y perciben mucha diferencia en cuanto a su estado funcional. Las personas, ven que a partir de la lesión han perdido en cierta medida las riendas de su vida, ya que ante la necesidad de que una tercera persona le ayude a realizar una tarea que hasta el momento podía ser realizada con total libertad, les obliga a adaptarse a la disponibilidad y a la forma de hacer de la persona cuidadora. En ocasiones la persona no va a poder decidir cuándo, cómo o dónde va a realizarse la actividad en cuestión (por ejemplo, la higiene personal), motivo por el cual muchos usuarios refieren haber perdido el control de sus rutinas diarias y el poder de decisión.

A medida que pasa el tiempo, algunas de las personas que continúan presentando dependencia en el desarrollo de las actividades de la vida diaria acaban adquiriendo un rol pasivo, pues como ya reciben ayuda porque no pueden hacerlo de forma independiente dejan de participar de una forma activa en dichas tareas, delegando todo el trabajo a la persona cuidadora. Ante esta situación es cuando aparece la sensación de ser una carga para la familia y/o cuidadores, pues creen que lo que pueden aportar no va a servir de ayuda, perciben los esfuerzos que su entorno dedica hacia la persona... lo que provoca esta sensación de carga o de poca utilidad. De la misma forma en que vemos alterados o modificados los roles, muchas personas también muestran cambios en cuanto a sus propios intereses, dos conceptos que generalmente van relacionados uno del otro. En el momento en que tienes que empezar a convivir con una nueva realidad, teniendo que modificar tus rutinas y el entorno debido a las secuelas de la lesión que limita la participación de la persona en esos escenarios, va a comportar que cambien sus intereses, así como su rol en cada uno de los respectivos entornos. La limitación en la participación por ejemplo en el trabajo va a suponer que el rol que tenías en un contexto laboral va a adquirir un menor protagonismo debido a las dificultades que influyen en tu rendimiento o participación en dicho entorno(Oliveira & Sarmiento, 2003).

La falta de autonomía, la sensación de no sentirse realizado, sentirse una carga familiar, la frustración, la autoimagen, el cambio de roles en tu entorno y los intereses... va a repercutir directamente sobre el estado emocional de la persona. Bien es cierto que se trata de un proceso bidireccional -es el pez que se muerde la cola- cuando la persona manifieste tristeza habrá menor rendimiento en su autonomía o por ejemplo una peor percepción de autoimagen o desarrollar un rol más pasivo, mientras que cuando la persona esté en un estado de mayor felicidad habrá una mayor motivación y predisposición para desempeñar las tareas de forma autónoma o simplemente percibir las cosas de una forma más positiva (Trampe et al., 2015). Por este motivo es fundamental identificar y valorar cuál es el estado emocional de la persona que estamos tratando, gestionar dichas emociones para que no dificulten y limiten la evolución del usuario intentando salir de bucles de pensamientos y emociones negativas que nos alejan de una buena predisposición a trabajar para mejorar el estado global de la persona, así como de un entorno sano y atractivo.

Para poder abordar de forma completa todos los ámbitos de la persona importantes en su recuperación funcional es necesario que los profesionales de la salud trabajen de forma conjunta, cooperando cada uno de su disciplina para poder ofrecer entre todos el mejor abordaje posible para cada persona con la que están interviniendo. Para ello una de las cosas de mayor importancia es establecer una fluida y buena comunicación entre todos, toda información que se pueda aportar ayudará a completar la intervención, abordando todos los aspectos necesarios a trabajar de la persona y en definitiva ayudará a que la persona sienta un apoyo firme en su recuperación. Por otro lado, no quitar importancia a los aspectos más emocionales de la persona nos va a permitir desde el principio de nuestra intervención se considere y valore frecuentemente el estado emocional que en ese momento de la recuperación la persona manifiesta.

Las emociones están involucradas en todos los aspectos de nuestra vida, cada persona va a experimentar las emociones de una forma distinta, ya sea en cuanto a la intensidad o bien por el grado de significación que se le atribuyen, pero directa o indirectamente van a ser un componente central de nuestras vidas, motivo por el cual, es fundamental abordar este

aspecto con la importancia que merece. En neurorrehabilitación observamos gran cantidad de casos que presentan o han presentado distintos tipos de alteraciones emocionales a lo largo de su proceso rehabilitador(Oliveira & Sarmiento, 2003).

6.2. Papel de la Terapia Ocupacional en neurorrehabilitación.

La terapia ocupacional es una disciplina sociosanitaria centrada en recuperar la máxima autonomía de la persona en el desarrollo de las actividades de la vida diaria (AVD) mediante ocupaciones significativas y la adaptación del entorno. Esta profesión va a ser partícipe del proceso de recuperación de la persona juntamente con otras disciplinas que también forman parte del equipo de rehabilitación neurológica. Como se ha dicho anteriormente, la terapia ocupacional tiene el objetivo de fomentar la autonomía personal en la realización de las distintas AVDs que, debido a la lesión, han adquirido dificultades o limitaciones que le impiden desarrollarlas de una forma autónoma. Desde esta disciplina, se han establecido a lo largo de los años distintos marcos de referencia y modelos de intervención que engloban de una forma teórica las bases conceptuales de la intervención que realizará el terapeuta ocupacional según cada uno de estos marcos teóricos. Bien es cierto que todos ellos argumentan la ocupación como una herramienta de promoción de salud para la persona, entendiendo como ocupación esas actividades significativas para la persona que se realizan en la vida diaria.

Uno de los modelos de intervención más importantes y reconocido de esta profesión es el Modelo de Ocupación Humana (MOHO), propuesto (1980) y actualizado por Gary Kielhofner, dónde defiende que el objeto de estudio y la herramienta más potente de la terapia ocupacional es la ocupación significativa de cada individuo. Reflexiona sobre la importancia que tiene para la persona trabajar en un contexto real y significativo, a fin de poder promover y recuperar la autonomía de la persona en esas áreas en las que presente necesidades. Kielhofner propone una visión holística de la persona, entendiendo que el individuo está compuesto por distintos aspectos que hacen de cada persona algo único y diferente entre las demás. El modelo propone que cada individuo está formado por tres subsistemas relacionados entre ellos: Subsistema volitivo (valores, causalidad personal e intereses del individuo), de habituación (hábitos y roles), y de ejecución (capacidades y habilidades) (Kielhofner, 2004). Las características de cada persona en cada uno de estos subsistemas es lo que nos va a ayudar a determinar cuáles son las necesidades y prioridades de cada usuario, así como cuáles son los objetivos que la persona quiere lograr. Otro aspecto fundamental de este modelo es entender la importancia del entorno en el cual se envuelve en su día a día la persona, ya que el ambiente en el que se encuentra la persona va a influenciar e interactuar con los roles de la persona, sus hábitos y creencias, sus motivaciones entre otros. MOHO clasifica el entorno de la persona en tres contextos, el social (personas, familia...), el físico (objetos) y cultural (tradiciones, creencias, normas...). Estos distintos componentes del entorno de la persona van a tener un impacto ambiental en su día a día, facilitando o dificultando su desarrollo personal en su vida, razón por la cual debe ser un ámbito en el que debemos tener en cuenta y abordar durante el proceso de intervención (Kielhofner & Burke, 1980).

A parte del Modelo de Ocupación Humana, podemos identificar otros modelos propios de la terapia ocupacional que también poseen un peso y una importancia considerable en la práctica profesional, en este caso hablamos del Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional. Este

modelo fue propuesto por la Asociación Canadiense de Terapeutas Ocupacionales (1997) con la finalidad de establecer un determinado enfoque de intervención para los profesionales de dicha profesión, Canadá es uno de los países donde la disciplina creció con más fuerza. Este modelo quería dar respuesta a distintos problemas que los profesionales se encontraban a lo largo de su intervención con personas, aborda posibles cambios en los sistemas tan sociales como de salud, cambios en la práctica y conocimiento de los profesionales y también un cambio generalizado en la visión de la sociedad, así como en sus valores. El canadiense propone una perspectiva tridimensional (ver gráfica en los anexos) para entender qué conforma al individuo, en primer lugar, la persona en el centro de la intervención, complementada con la esfera de la ocupación, y también por el entorno. Así pues, vamos a entender al individuo como un conjunto de persona-ocupación-entorno, motivo por el cual al plantear nuestra intervención vamos a abordar de una forma directa y profunda estas tres esferas ya que poseen una gran importancia e influencia en el día a día de la persona (Simó Algado, 2006). A continuación, se hará referencia a cómo están compuestas cada una de estas esferas:

- Persona: Esta primera esfera es el eje central del modelo, la persona está compuesta por distintos componentes relacionados entre sí, se trata de la interrelación de la cognición, el físico y la afectividad. Debemos entender al ser como el conjunto de estos tres componentes, ya que todos ellos poseen una importancia a la hora de determinar el estado en el que la persona se encuentra en un momento o época determinada. Cada uno de estos componentes va a influenciar positiva o negativamente sobre el estado global del individuo, y es cualquier alteración posible que presente uno de estos componentes generará cambios en la totalidad del ser.
- Ocupación: Vamos a diferenciar tres escenarios en los que la persona va a poder ejecutar su desempeño ocupacional. Se trata de diferenciar tres contextos completamente distintos en los que la persona va a poder participar de una forma activa en el desarrollo de sus capacidades y habilidades en su vida diaria. Esta segunda esfera se compone del autocuidado (Realización de AVD como vestido, higiene, alimentación...), productividad (trabajo) y finalmente ocio. Cada uno de ellos es distinto entre sí, de hecho, la persona puede adquirir un rol distinto en cada uno de ellos, pero todos coinciden en que son escenarios en los que la persona va a utilizar sus capacidades y habilidades para poder participar de una forma activa en cada uno de estos contextos.
- Entorno: No considerar la importancia e influencia del entorno para entender a la persona sería un grave error, y es que los contextos en los que desarrollamos nuestro día a día nos caracteriza a cada uno de nosotros y sobre nuestra forma de ser. En este caso diferenciaríamos distintos tipos de entornos, y en cada uno de ellos la persona va a comportarse de una forma u otra en función del contexto en el que se sitúa. Hablamos de un entorno físico, social, cultural e institucional; cada uno de ellos tiene sus características, su contextualización y también una importancia o significación determinada para cada uno de nosotros.

Este modelo, más allá de manifestar la importancia y la necesidad de tener una visión global de la persona contemplando todos los factores que influyen nuestro día a día, se caracteriza por dar especial relevancia a un aspecto imprescindible en la vida de todos nosotros, que es la espiritualidad. El modelo canadiense expone que la espiritualidad -entendida por el conjunto de nuestras creencias, valores, intereses...- tiene una importancia especial para la persona, será lo

que constituye la forma que entendemos la vida, nuestra forma de ser, nuestros valores, la motivación... por lo que es fundamental valorar al intervenir con una persona (Forn de Zita, 2009).

Ambos modelos, nos permiten establecer las bases de nuestra intervención, ofrecer un enfoque centrado en la persona y una visión integral de ella, detectar cuáles son las necesidades del individuo, generar objetivos de tratamiento con una justificación sólida y un razonamiento a nivel clínico, y permite continuar desarrollando la práctica profesional centrada y basada en la ocupación significativa.

6.3. Abordaje desde Terapia Ocupacional en problemas emocionales.

6.3.1. Escalas de Valoración

Ya conocemos qué situaciones presentes en el proceso de rehabilitación de una lesión neurológica propician y son motivo de los distintos problemas emocionales identificables a la persona con quien estamos interviniendo. Como se ha hecho referencia, se trata de un amplio abanico de escenarios que gradualmente generan estados emocionales influyentes en mayor o menor grado en su día a día. Para poder ofrecer un abordaje completo debemos identificar cuáles son las necesidades de la persona, qué está influyendo en su estado emocional y la repercusión en el desarrollo de su vida diaria que generan dichos problemas. Para ello vamos a administrar diferentes herramientas de valoración que nos ayudaran a explorar de forma completa todas esas áreas que nos interesa extraer información. A parte, nos van a servir para poder valorar a lo largo de la intervención, la evolución de la persona en cada uno de los ámbitos explorados, si con el tratamiento ofrecido la persona presenta avances, o si por el contrario debemos replantear objetivos y metodología de trabajo para poder conseguir un mayor beneficio.

A continuación, se van a detallar cuáles son esas herramientas de valoración que desde terapia ocupacional vamos a utilizar para conocer el estado de la persona (ver en anexos las escalas):

- **Functional Independence Measure (FIM):** Escala estandarizada de valoración funcional dirigida a personas con una lesión neurológica. Esta herramienta valora 18 actividades que podemos diferenciar entre motoras (13) y cognitivas (5). A lo largo de la valoración analizas cuidados personales, control de esfínteres, transferencias, locomoción, comunicación y consciencia del mundo exterior. La puntuación va desde 7 (independencia total) hasta 1 punto (mayor grado de asistencia) en cada apartado. Esta herramienta va a permitir valorar el grado de autonomía de la persona en el desarrollo de distintas actividades de la vida diaria y a identificar cuáles son sus necesidades para poder completar dicha tarea (Rozo & Jiménez, 2013).
- **Medida Canadiense de Rendimiento Ocupacional (COPM):** Esta escala de valoración está destinada a medir mediante una entrevista guiada por parte del terapeuta cuáles son las dificultades y necesidades que presenta la persona en un momento concreto. La entrevista va a permitir determinar cuáles son las áreas de preocupación en el rendimiento ocupacional del usuario, favoreciendo de esta forma una mayor adherencia al tratamiento debido a que se establecen objetivos significativos a partir de los problemas identificados con esta herramienta (Forn de Zita, 2009).

- **Listado de Intereses modificado:** Esta herramienta va dirigida a conocer en profundidad el grado de interés de la persona hacia un total de 68 ítems propuestos. Se administra en formato cuestionario y consiste en valorar el grado de interés experimentado en diferentes momentos de su vida: El pasado lejano (últimos 10 años), en el pasado reciente (último año), en la actualidad, y en el futuro (Kielhofner & Neville, 1983). Una vez administrada la valoración, como terapeutas ocupacionales vamos a analizar el estado de la persona en cuanto a su desempeño ocupacional, tendremos que valorar si posee un estilo de vida activo o si por el contrario se trata de una persona que debido a la lesión ha perdido interés en actividades que previamente si le llamaban la atención, si tiene perspectivas de futuro, etcétera...(Matsustsuyu, 1867) En estas ocasiones vamos a fomentar la importancia que tiene la participación en actividades en nuestro día a día, ayudar a descubrir nuevas propuestas que le generen interés, o recuperar la realización de aquellas que ya le han generado interés.
- **Listado de roles:** Este cuestionario consiste en la identificación de roles que posee la persona en su día a día en diferentes entornos. Hay dos partes de valoración, ambas están formadas por un listado de 10 roles distintos, en una de ellas se analiza el grado de participación en el pasado, en el presente y en el futuro; y en la segunda parte se analiza el grado de importancia y significación que le genera cada uno de estos roles. Esta valoración nos va a servir para identificar qué papel tiene la persona en sus distintos entornos, cuáles son sus aspiraciones en un futuro, cuál es la imagen que tiene de uno mismo entre otros (Oakley, Kielhofner, Barris, & Reichler, 1986).
- **Cuestionario volicional:** Herramienta utilizada desde de la terapia ocupacional con la finalidad de analizar dos contextos, la volición (valores, intereses, causalidad personal) y el ambiente de la persona. Con esta exploración vamos a poder determinar el grado de motivación, de confianza y de satisfacción de la persona en el desarrollo de su día a día. La volición la vamos a analizar a partir de tres contextos: la exploración, la competencia, y el logro de las distintas actividades que realiza la persona. Y cada contexto va a estar puntuado en base a cuatro ítems: Espontáneo, involucrado, dudoso y pasivo. También vamos a llevar a cabo un análisis para poder determinar cómo influye el ambiente sobre la motivación de la persona (Kielhofner, Geist, Heras, & Li, 1998).

Todas estas escalas de valoración están previamente elegidas con la finalidad de tener información sobre esos ámbitos de la persona que podemos abordar desde nuestra disciplina, una vez administradas, vamos a identificar y a determinar qué necesidades tiene la persona, y cuáles son esos aspectos para trabajar durante el tratamiento.

Un aspecto fundamental, es establecer los objetivos de tratamiento a seguir, van a ser la guía del proceso de intervención para el profesional, el usuario y la familia. Estos deben ser objetivos asequibles en un periodo de tiempo establecido entre las distintas partes, deben ser realistas y específicos, pero sobre todo deben ser significativos para la persona, ya que, si estos no son

importantes para el usuario, no vamos a conseguir una buena adherencia al tratamiento ni una motivación para lograr alcanzar dichos objetivos. Para ello vamos a utilizar la ya nombrada anteriormente COPM, una herramienta que mediante una extensa y programada entrevista con la persona se identifican las dificultades que presenta en su día a día, qué importancia le otorga la propia persona a estas dificultades y finalmente el grado de satisfacción de cómo desempeña las distintas actividades de su día a día. Esta valoración inicial sirve de gran ayuda ya que al final de la entrevista, después de incidir en una gran variedad de aspectos, la persona sabe identificar con mayor facilidad qué aspectos de su vida cotidiana son los que le gustaría trabajar para recuperar el desempeño de esa ocupación en concreto. El terapeuta debe saber gestionar el planteamiento de los objetivos durante la entrevista, debe guiar a la persona para conseguir establecer unos objetivos asequibles, realistas y significativos tal y como hemos explicado que es necesario hacer.

La intervención de terapia ocupacional va a centrarse en intentar revertir esas dificultades que presenta la persona con un daño neurológico (falta de autonomía, pérdida de roles e intereses, entorno, participación social, entre otras), que repercuten directamente en su estado emocional, la propuesta tiene por objetivo fomentar la mejora en estas necesidades la cual cosa directamente comportaría una mejora emocional de la persona. A continuación, se va a detallar cuáles son los escenarios en que como terapeutas ocupacionales incidiríamos para obtener mejoras del estado emocional del usuario.

6.3.2. Abordaje desde las Actividades de la Vida Diaria

Como eje central de intervención, plantearíamos un trabajo centrado en la promoción de la autonomía personal en el desarrollo de las distintas actividades de la vida diaria. Tal y como se ha comentado anteriormente, la pérdida de autonomía es el principal generador de problemas emocionales en personas con una lesión neurológica, y es que este tipo de lesiones afectan considerablemente en las habilidades y capacidades que poseemos como individuos para poder participar de una forma autónoma en estas actividades cotidianas que realizamos con la finalidad de poder desarrollar nuestro día a día en diferentes contextos. En el momento en que una persona pierde esta capacidad de valerse por sí mismo, automáticamente el hecho de sentirse autorrealizado puede verse afectado. Este escenario tiene una clara influencia en el estado emocional del usuario, y es que nuestro cerebro está en funcionamiento todo el día, y es inevitable que ante esta situación la persona reflexione y genere pensamientos que en numerosas ocasiones pueden tender a estar dirigidos a infravalorar sus capacidades.

Se plantea centrar el tratamiento a promocionar esta autonomía en las distintas AVDs con la finalidad de, en primer lugar, dar la oportunidad a la persona de volver a entrenar y a aprender a cómo realizar de nuevo esas tareas tan comunes en nuestro día a día. De esta forma fomentamos la adaptación de la persona a la nueva realidad, que puede haberse visto más o menos modificada pero que en definitiva se ha visto alterada a causa de una lesión neurológica y todas sus posibles secuelas.

En segundo lugar, la intención de trabajar las AVDs es que progresivamente, la persona pueda darse cuenta de las capacidades y habilidades que posee y utiliza para poder desarrollar una tarea que hoy en día presenta dificultades. Cuando el usuario que esté reentrenando el vestido

y el desvestido -por ejemplo- perciba que gradualmente va adquiriendo mayor facilidad para volver a realizar de forma autónoma dicha tarea, va a fomentar la reaparición de ciertas emociones positivas. Estas, propiciarán una mayor gratitud en el usuario, verá como sí que es útil en su día a día, se va a sentir realizado, verá que con trabajo y dedicación puede mejorar su estado funcional. Gracias a este entrenamiento podemos conseguir que una persona que se sentía como una carga familiar, que no era útil, que se veía completamente dependiente... cambie la predisposición hacia el tratamiento, tenga una mayor motivación, se sienta determinante a la hora de desarrollar su propia vida etcétera... Es cierto que es un entrenamiento lento, que siempre hay margen de mejora, pero lo importante de esta intervención es lograr que la persona sea capaz de encarar esta realidad post lesión de una forma más motivada, con mayor esperanza, más optimismo y voluntad de mejora.

6.3.3. Abordaje desde los Roles e Intereses

Otro aspecto que merece especial atención es el papel en cuanto a los roles e intereses de la persona en su entorno. Como se ha comentado previamente en muchas ocasiones debido a este gran cambio en la vida de las personas afectadas, los roles y los intereses se ven afectados con considerable facilidad. Los modelos de terapia ocupacional recalcan la importancia que tienen estos dos aspectos en el día a día de cada uno de nosotros, y es que al final cada individuo adquiere un rol según el contexto en el que se desarrolla, de la misma manera que frecuentemente este contexto se establece en función de los intereses y motivaciones que presente la persona. Por este motivo, vamos a considerar la importancia de este componente tan determinante en nuestras vidas. Ante esta situación, como terapeutas ocupacionales vamos a llevar a cabo un análisis exhaustivo de los roles e intereses mediante entrevistas con el usuario y la familia, juntamente con herramientas propias de nuestra disciplina como son el Listado de Intereses o el Listado de Roles.

En referencia a los roles, vamos a determinar qué rol asumía previamente a la lesión, si le gustaba, si se sentía cómodo y conformado con éste... Vamos a intentar identificar en qué se han visto modificados o influidos estos roles, el porqué, y si puede ser que en un tiempo vuelva a asumir ése mismo rol. Vamos a encontrarnos también casos en los que los roles se ven completamente alterados, de repente a causa de esta nueva situación la persona deja por completo el rol que tenía en un contexto para pasar a uno de nuevo. Es importante hacer ver a la persona que en cada situación podemos encontrar con unos roles distintos, y concienciar de la importancia de formar parte de algo a lo largo de nuestras vidas. En aquellos casos en los que percibimos que la persona no ha adoptado ningún rol, que se mantiene al margen de cualquier escenario vamos a intentar intervenir sobre ello. Las bases teórico-prácticas de la terapia ocupacional defienden la importancia del sentimiento de pertenencia, de participar de una forma activa en contextos significativos para cada persona, y de sentirse útil y realizado en nuestro día a día. Debemos fomentar la adquisición de roles para la persona, de esta forma promovemos que esta se sienta realizada, que tiene un papel en su entorno, que le es útil a la sociedad; por esta razón, con la ayuda en este caso del listado de roles, vamos a ayudar a la persona a identificar esos roles que ha ido adoptando o que le gustaría adoptar en el pasado-presente-futuro.

En cuanto a los intereses, nos encontramos en una situación idéntica. La persona de repente ve que actividades que anteriormente le generaban mucho interés ahora no le genera nada especial, muchas veces es debido a que ve limitada su participación en dichas actividades, y como consecuencia deja de participar en ellas e ignora el interés que anteriormente tenía abocado. El hecho de considerar los intereses como un concepto dinámico en nuestros días es plenamente acertado, de hecho, a medida que descubrimos diferentes actividades vamos graduando el interés que tenemos en cada una de ellas. Lo que nos llama la atención son esas situaciones en las que de repente y como consecuencia de la lesión la persona pierde el interés en todo tipo de actividades, no muestra voluntad de participar en ninguna de ellas y se conforma en no hacer nada en concreto. Volviendo a relacionar esta situación con la forma de ver a la persona según los modelos de terapia ocupacional, vemos que hay un gran desequilibrio ocupacional que repercute negativamente en el estado tan físico como emocional de la persona. En este caso debemos fomentar la participación de la persona en actividades que le resulten de interés, vamos a ayudar a la persona a encontrar actividades ya familiares para ella o bien de nuevas que le puedan llamar la atención. Una vez identificadas, analizar cómo puede realizarlas, qué dificultades puede encontrarse al realizar la tarea, cómo podemos adaptarla a sus capacidades y necesidades...

Es de gran importancia abordar estos dos componentes en el transcurso de nuestra intervención, los roles y los intereses son factores que determinan cómo se va a desarrollar nuestro día a día, qué papel tenemos en un entorno determinado, e incluso cuáles son nuestras motivaciones. Es por este motivo que propiciando un buen desempeño ocupacional mediante el descubrimiento de nuevos roles e intereses podemos conseguir grandes beneficios en cuanto al estado emocional de la persona.

6.3.4. Abordaje desde la adaptación del entorno

Ante un cambio tan importante, hemos de entender que en ocasiones el entorno en el que se encuentra la persona puede presentar limitaciones importantes que dificultan al propio individuo desarrollar su día a día de la misma forma que podía realizar antes de la lesión. A lo largo del proceso de recuperación debemos analizar en profundidad los distintos entornos tan familiar, social, laboral, ocio... para poder detectar qué dificultades comporta para la persona y cuáles son sus necesidades para poder participar de una forma activa en un determinado entorno. Así mismo, vamos a poder hacer partícipe a este entorno en el mismo proceso de recuperación, intentando utilizar esos contextos que pueden ser facilitadores de la recuperación de la persona (familia, amigos, ocio y tiempo libre...). Trabajar conjuntamente va a fortalecer la red de apoyo que la persona recibe en su proceso, en estos casos la persona se siente en momentos de incertidumbre guiada, pero principalmente recibe un acompañamiento que le ayuda a seguir trabajando para mejorar. Así mismo, como ya se ha comentado previamente, en ocasiones las personas afectadas tienen una gran sensación de ser una carga para su familia o cuidadores principales, en el momento en el que se puede realizar un trabajo conjunto esto puede ayudar a reducir este tipo de pensamientos.

Es cierto que en ocasiones podemos encontrarnos con escenarios completamente distintos, que el entorno de la persona no facilite en absoluto una óptima recuperación, por esta misma razón, como profesionales debemos analizar correctamente los beneficios que puede

aportarnos trabajar de forma conjunta y cuáles no, pero siempre tener en cuenta y valorar el entorno que envuelve a la persona.

6.3.5. Abordaje hacia un equilibrio emocional y ocupacional.

La intervención que vamos a ofrecer desde de terapia ocupacional a personas con problemas emocionales en neurorrehabilitación, puede verse prácticamente resumida la siguiente expresión: Hacia un equilibrio emocional y ocupacional. Y es que la propia filosofía de la terapia ocupacional se basa en promocionar el desempeño de ocupaciones significativas como una herramienta fundamental para la promoción de la salud tan física como psíquica de las personas. Hemos podido ver, que el individuo es un ser formado por distintos componentes o esferas interrelacionadas entre ellas, por lo que debemos ofrecer una visión holística de la persona para poder identificar y entender cuáles son sus características y rasgos. Hemos visto la razón por la cual cuando hablamos de una persona no podemos visualizar únicamente su parte física, al contrario, debemos dar importancia a todos esos componentes que nos acompañan en nuestro día a día, tales como el entorno, el estado emocional, las ocupaciones, las motivaciones, la causalidad personal etcétera... Y absolutamente todo se relaciona e influye en el estado global de la persona, la mejora en un aspecto concreto puede conllevar un cúmulo beneficios en muchas otras áreas de la persona, de la misma forma que el empeoramiento de algo en concreto puede influir desfavorablemente en muchas otras áreas.

Por esta razón en este apartado se hace referencia al equilibrio emocional y ocupacional, desde nuestra disciplina vamos a utilizar las herramientas que tenemos a nuestro alcance para fomentar y facilitar a la persona un buen desempeño ocupacional, para que, de esta forma a partir de su participación en las distintas actividades tan básicas como instrumentales de su vida diaria, la persona pueda obtener beneficios que le ayuden a presentar un óptimo bienestar a nivel emocional.

7. RESULTADOS ESPERADOS Y CRITERIOS DE RESPUESTA O EFICACIA

Es difícil determinar cuáles van a ser los resultados de este proceso de intervención, principalmente por la dificultad que comporta que cada persona con la que tratamos sea distinta a las demás, ante esta situación podemos ver que un tratamiento puede resultar del todo beneficioso para un usuario, pero para otro que presente necesidades similares no le aporte ninguna evolución significativa.

El objetivo del planteamiento de esta intervención es evidenciar cual es el modelo de trabajo que podemos plantear desde terapia ocupacional con la finalidad de obtener una mejora significativa en cuanto al estado emocional de la persona, que se ha visto afectado como consecuencia de una lesión neurológica. Vamos a trabajar en base a los distintos pilares fundamentales que se plantean en los fundamentos de nuestra profesión, facilitando el desempeño ocupacional de la persona en su día a día como herramienta para lograr un bienestar emocional.

Vamos a poder determinar la eficacia de dicha intervención administrando una valoración que nos permita definir cuál es el estado del paciente en cuanto al problema en cuestión, tan al principio del tratamiento, como durante el mismo y finalmente al terminar el proceso de rehabilitación. El hecho de haber seleccionado cuáles son las escalas de valoración que

administraremos en función de las necesidades de la persona, nos permitirá hacer una comparativa de los resultados obtenidos e interpretar cuál ha sido la evolución lograda.

8. VALORACIÓN CRÍTICA Y CONCLUSIONES DEL PROCESO DE APRENDIZAJE

Considero que este estudio va a ayudar a conocer un poco más el papel del terapeuta ocupacional en el mundo de la rehabilitación física, que pese estar cada día más valorado y reconocido, aún tiene mucho que decir. El estudio intenta exponer la filosofía de trabajo de la terapia ocupacional, la importancia de dar sentido a eso que trabajamos con las personas para ayudar a mejorar esos aspectos de la vida diaria en los que presentan ciertas limitaciones. La ocupación -significativa- como una herramienta de promoción de salud y de bienestar para el individuo.

Por otro lado, creo que realizar un trabajo sobre los problemas emocionales en neurorrehabilitación ayuda a que este tema se contemple y se valore tal y como es necesario para poder ofrecer como profesionales una intervención completa y de calidad. Hacer este trabajo me ha hecho evidenciar la necesidad que tenemos los profesionales sanitarios de trabajar de una forma conjunta, cooperando y trasladando en qué consisten nuestras intervenciones y qué ocurre en ellas, ya que el intercambio de información propicia que todos los profesionales puedan actuar hacia la misma dirección.

La realización del trabajo se ha realizado en diferentes partes, cada una de ellas abordando un enfoque distinto sobre el tema en cuestión (fisiología, anatomía, fisiopatología, intervención...), esto ha ayudado a organizar y priorizar mejor la información para la versión definitiva y completa del trabajo final de máster.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Accidente cerebrovascular: MedlinePlus. (2020). Retrieved April 20, 2021, from <https://medlineplus.gov/spanish/stroke.html>
- Antonia Fernandez, Xabier Urra Nuin, Angel Chamorro Sanchez, & Arturo Renú Jornet. (2018). Pruebas y diagnóstico de ictus. Retrieved April 22, 2021, from Hospital Clínic website: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/ictus/pruebas-y-diagnostico>
- Belli, S., & Íñiguez-Rueda, L. (2008). El estudio psicosocial de las emociones: una revisión y discusión de la investigación actual. *Psico*, 39(2), 139–151.
- Binder, L. M. (1984). Current Concepts of Cerebrovascular Disease-Stroke Emotional Problems After Stroke. *STROKE*, 15(1), 174–177. Retrieved from <http://ahajournals.org>
- BOE.es : Ley 39/2006, Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (2007). Retrieved April 18, 2021, from <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
- Brea, A., Laclaustra, M., Martorell, E., & Pedragosa, À. (2013). Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en España. *Clinica e Investigacion En Arteriosclerosis*, 25(5), 211–217. <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2013.10.006>
- Carney, N., Totten, A. M., O'Reilly, C., Ullman, J. S., Hawryluk, G. W. J., Bell, M. J., ... Ghajar, J. (2017). Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury, Fourth Edition. *Neurosurgery*, 80(1), 6–15. <https://doi.org/10.1227/NEU.0000000000001432>
- Castillo, V. Y. (n.d.). EVALUACIÓN PRIMARIA, ABC DEL TRAUMA. *Departamento de Capacitación, Bomberos de San Pedro de La Paz*.
- Congenital Brain Defects - baby, symptoms, Definition, Description, Demographics, Causes and symptoms, Diagnosis. (n.d.). Retrieved April 17, 2021, from <http://www.healthofchildren.com/C/Congenital-Brain-Defects.html>
- Daniel P. Cardinali. (2005). *Manual de neurofisiología* (9th ed.). Retrieved from <https://www.editdiazdesantos.com/libros/cardinali-daniel-p-manual-de-neurofisiologia-L03000050201.html>
- Elorza Arizmendi, J. F. J., Martí Aromit, G., Cremades Romero, B., León Sebastiá, P., Aleu Pérez-Gramunt, M., & Alvarez Angel, V. (1997). Consideraciones sobre los traumatismos craneoencefalicos pediatricos desde un servicio de urgencias. *Anales Espanoles de Pediatria*, 46(5), 464–470.
- Escala de Coma de Glasgow. (2017). Retrieved April 29, 2021, from Elsevier website: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/escala-de-coma-de-glasgow>
- Family Caregiver Alliance. (n.d.). Problemas conductuales posteriores a traumatismo craneal. Retrieved May 2, 2021, from <https://www.caregiver.org/es/resource/problemas-conductuales-posteriores-traumatismo-craneal-coping-behavior-problems-after-head-injury/>
- Federación Española Daño Cerebral: El DCA en cifras. (2017). Retrieved April 18, 2021, from https://fedace.org/epidemiologia_dano_cerebral.html
- Fernandez, M. del M. L., & Crespo, A. B. (n.d.). Traumatismos Craneoencefalicos. *Hospital Clínico Universitario de Málaga*.
- Ferreras, E. D., Romero, J. V., & Martínez, C. (2007). *Accidente isquémico transitorio*. 207(10),

505–507.

- Fischer, A. H., Manstead, A. S. R., & Haviland-Jones, J. (2008). Social Functions of Emotion and Emotion Regulation. In *Handbook of emotions* (pp. 456–468). New York: Guilford Press.
- Forn de Zita, C. (2009). El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional: Conceptos y Proceso. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 59(1), 34–40.
<https://doi.org/10.1179/otb.2009.59.1.013>
- Fure, B., Wyller, T. B., Engedal, K., & Thommessen, B. (2006). Emotional symptoms in acute ischemic stroke. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(4), 382–387.
<https://doi.org/10.1002/gps.1482>
- Giner, J., Mesa Galán, L., Yus Teruel, S., Guallar Espallargas, M. C., Pérez López, C., Isla Guerrero, A., & Roda Frade, J. (2019). Traumatic brain injury in the new millennium: A new population and new management. *Neurología*.
<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2019.03.012>
- Grieve, J., & Gnanasekaran, L. (2009). *Neuropsicología para terapeutas ocupacionales. Cognición en el desempeño ocupacional*.
- Grupo Scanner Vizcaya. (2013a). ¿Qué es un TAC? Retrieved April 22, 2021, from <https://www.gruposcanner.biz/que-es-un-tac/>
- Grupo Scanner Vizcaya. (2013b). RESONANCIA MAGNÉTICA (RM) . Retrieved April 22, 2021, from <https://www.gruposcanner.biz/features/resonancia-magnetica-en-bilbao/>
- Gutiérrez L, & Libuy J. (2013). Consumo de Alcohol como Factor de Riesgo para el Accidente Cerebrovascular Hemorrágico. *Memoriza.Com*, 10, 30–38.
- Guyton, A., & Hall, J. E. (2011). Mecanismos encefálicos del comportamiento y la motivación: El sistema límbico y el hipotálamo. In *Tratado de Fisiología médica* (Vol. 11, pp. 711–720). Elsevier Ltd.
- Guzmán, F. (2008). Fisiopatología del trauma craneoencefálico. *Colombia Médica*, 39(3).
- Hanks, R. A., Temkin, N., Machamer, J., & Dikmen, S. S. (1999). Emotional and behavioral adjustment after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80(9), 991–997. [https://doi.org/10.1016/S0003-9993\(99\)90049-7](https://doi.org/10.1016/S0003-9993(99)90049-7)
- Hart, T., & Cicerone, K. (2010). Emotional Problems after Traumatic Brain Injury. *Picking up the Pices after TBI*, 1–4. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc11&NEWS=N&AN=2014-40048-004>
- Joseph E. LeDoux. (1993). Emotional networks in the brain. . In *Handbook of emotions* (pp. 109–118). Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/1993-98937-002>
- Kavaklı¹, M. (2019). Why do we have emotions? The social functions of emotions. *Research on Education and Psychology (REP)*, 3(1), 11–20. Retrieved from <http://journalrep.com>
- Keltner, D., & Haidt, J. (1999). Social Functions of Emotions at Four Levels of Analysis. *Psychology Press*, 13:5, 505–521.
- Kielhofner, G. (2004). *Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación*. (3ª). Editorial Medica Panamericana.
- Kielhofner, G., & Burke, J. P. (1980). A model of human occupation, part 1. Conceptual framework and content. *American Journal of Occupational Therapy*, 34(9), 572–581.

<https://doi.org/10.5014/ajot.34.9.572>

- Kielhofner, G., Geist, R., Heras, C. D. las, & Li, Y. (1998). *Manual del usuario del cuestionario volicional*. Chicago.
- Kielhofner, G., & Neville, A. (1983). *Modified Interest Checklist*. Unpublished manuscript, *Model of Human Occupation Clearinghouse*. Chicago.
- LeDoux, J. E., & Hofmann, S. G. (2018). The subjective experience of emotion: a fearful view. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, *19*, 67–72. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.09.011>
- Letyer Pérez Ortiz, Eglis Rodríguez Ramos, & Rafael Guerra Sánchez. (2004). Neuroimagen en el Trauma Craneal Severo. *Revista Médica Electrónica*, *26*(4), 184–191. Retrieved from <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/164>
- López, B. P., & Ayuso, D. M. R. (2010). *Terapia Ocupacional aplicada al Daño Cerebral Adquirido*. Editorial Medica Panamericana.
- M.A. Wenger, F.N. Jones, & M. H. Jones. (1962). *Physiological Psychology*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Marshman, L. A. G., Jakabek, D., Hennessy, M., Quirk, F., & Guazzo, E. P. (2013, November 1). Post-traumatic amnesia. *Journal of Clinical Neuroscience*, *Vol. 20*, pp. 1475–1481. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2012.11.022>
- Matheson, L. (2010). Executive dysfunction, severity of traumatic brain injury, and IQ in workers with disabilities. *Work*, *Vol. 36*, pp. 413–422. <https://doi.org/10.3233/WOR-2010-1043>
- Matsustsuyu, J. (1867). The interest Checklist. *American Journal of Occupational Therapy*, *11*, 179–181.
- McDonald, S., Togher, L., & Code, C. (2013). Social and communication disorders following traumatic brain injury. In *Social and Communication Disorders Following Traumatic Brain Injury*. <https://doi.org/10.4324/9780203557198>
- Minsal, S. G. C. (2013). *Accidente Cerebro Vascular Isquémico en personas de 15 años y más*. Guía Clínica AUGE.
- Miquel Gallofré, & Servei Catala de Salut. (2016). Codi Ictus. CatSalut. Retrieved April 22, 2021, from Servei Català de Salut website: <https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/25-anys/ambits/codi-ictus/>
- Moltó Javier. (1995). *Psicología de las emociones: entre la biología y la cultura* (Albaratos, Ed.). Valencia.
- Montañés, M. C. (2005). *Psicología De La Emoción: El Proceso Emocional*. 1–34. Retrieved from www.uv.es/=cholz%0Ahttps://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34266078/2._Psicologia_de_la_emocion._El_proceso_emocional.pdf?A
- Muñana, J. E., & Ramírez, A. (2014). Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. *Enfermería Universitaria*, *11*(1), 24–35. Retrieved from www.elsevier.es/
- Oakley, F., Kielhofner, G., Barris, R., & Reichler, R. (1986). The Role Checklist: Development and empirical assessment of reliability. *The Occupational Therapy Journal of Research*, *6*(3), 157–170.
- Oliveira, E., & Sarmiento, L. (2003). *Emotional advantage for adaptability and autonomy*. 305.

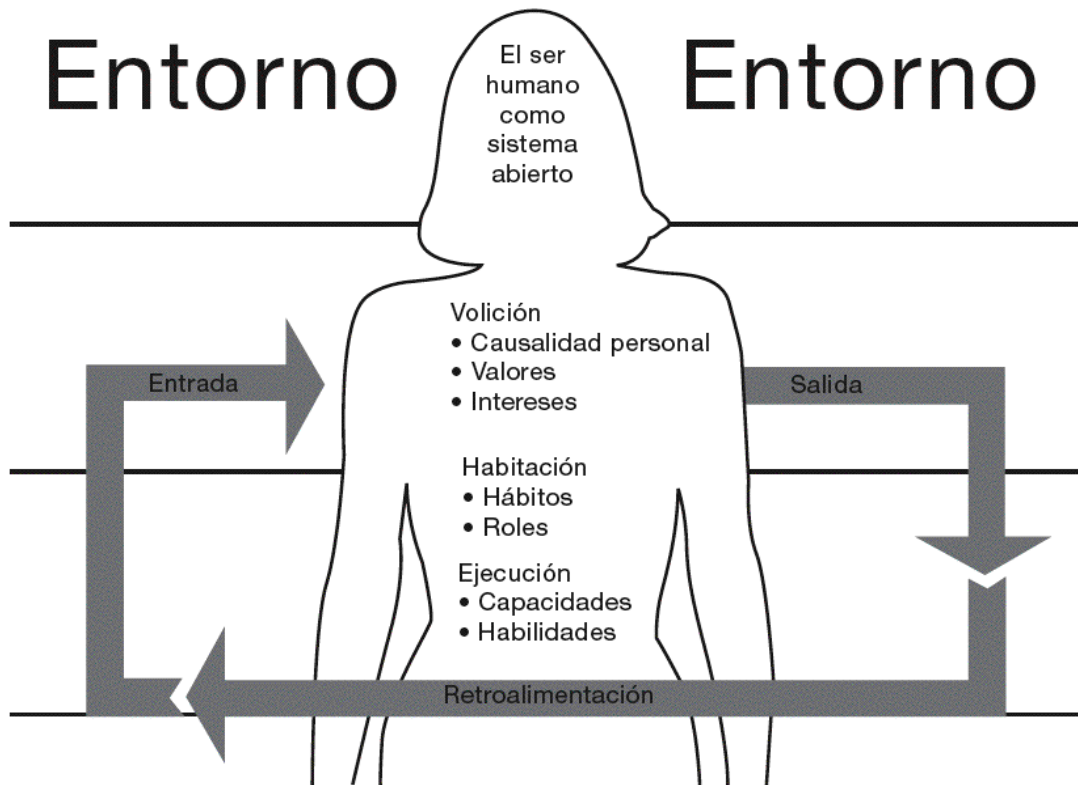
<https://doi.org/10.1145/860575.860625>

- O'Suilleabhain, P., & Dewey, R. B. (2004). Movement Disorders After Head Injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 19*(4), 305–313. <https://doi.org/10.1097/00001199-200407000-00005>
- Paolucci, S., Antonucci, G., Pratesi, L., Trallesi, M., Grasso, M. G., & Lubich, S. (1999). Poststroke depression and its role in rehabilitation of inpatients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 80*(9), 985–990. [https://doi.org/10.1016/S0003-9993\(99\)90048-5](https://doi.org/10.1016/S0003-9993(99)90048-5)
- Pérez, A. F., & Agudelo, V. H. (2007). Trastornos neuropsiquiátricos por trauma craneoencefálico. *Trastornos Neuropsiquiátricos Por Trauma Craneoencefálico Neuropsychiatric Disorders Due to Traumatic Brain Injuries, 36*(1), 40–51.
- Rabinowitz, A. R., & Levin, H. S. (2014, March). Cognitive Sequelae of Traumatic Brain Injury. *Psychiatric Clinics of North America, Vol. 37*, pp. 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2013.11.004>
- Rodríguez, J. A. P., Linares, V. R., González, A. E. M., & Guadalupe, L. A. O. (2009). Negative emotions impact on mental physical health. *Suma Psicológica, 16*(2), 85–112.
- Rozo, A. L., & Jiménez, M. D. A. (2013). FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE WITH SCALE FIM IN PATIENTS WITH VASCULAR BRAIN EVENTS OF CENTRAL MILITARY HOSPITAL FROM BOGOTA IN THE PERIOD OCTOBER 2010 - MAY 2011. *Revista Med, 21*(2), 72–82.
- Rubin, M., & Safdieh, J. E. (2008). Netter Neuroanatomía Esencial. In *Masson* (pp. 202–211). Masson.
- Sacco, R. L. (2001). Newer risk factors for stroke. *Neurology, 57*(5 SUPPL. 2), S31–S34. https://doi.org/10.1212/wnl.57.suppl_2.s31
- Sacco, Ralph L., Kasner, S. E., Broderick, J. P., Caplan, L. R., Connors, J. J., Culebras, A., ... Vinters, H. V. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century: A statement for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. *Stroke, 44*(7), 2064–2089. <https://doi.org/10.1161/STR.0b013e318296aeca>
- Sánchez-Navarro, J. P., & Román, F. (2004). Amígdala, corteza prefrontal y especialización hemisférica en la experiencia y expresión emocional. *Anales de Psicología, 20*(2), 223–240.
- Simó Algado, S. (2006). *EL MODELO CANADIENSE DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL I*. Retrieved from www.revistatog.com.
- Sociedad Española de Neurología. (2004). *Guía oficial para el diagnóstico y tratamiento del Ictus*.
- Teasell, R., Aubut, J.-A., Bayley, M., & Cullen, N. (n.d.). Traumatismo Craneoencefálico basado en la evidencia. *Fundación Mapfre*. Retrieved from <http://www.traumatismocraneoencefalico.com/modulo-02.htm>
- Trampe, D., Quoidbach, J., & Taquet, M. (2015). Emotions in everyday life. *PLoS ONE, 10*(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145450>
- Vales, L. (2012). Sistema Límbico. In *Manual de bases biológicas del comportamiento humano* (pp. 137–147). Udelar. CSE.
- Varona-Arche, J. (2003). *Ictus en el paciente adulto joven. Etiología y pronóstico a largo plazo*.

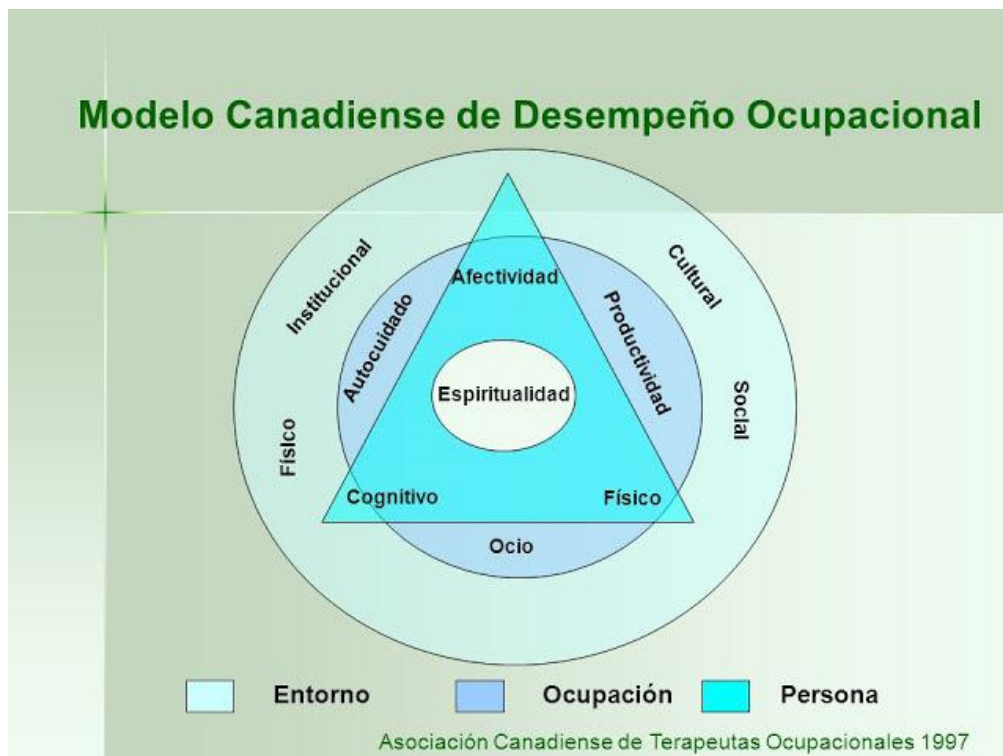
- Walker, W. C., & Pickett, T. C. (2007). Motor impairment after severe traumatic brain injury: A longitudinal multicenter study. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 44(7), 975–982. <https://doi.org/10.1682/JRRD.2006.12.0158>
- Weber, Bristol-Meyers Squibb, & Pfizer. (2019). *ATLAS DEL ICTUS EN CATALUÑA*.
- Weber, Sociedad Española de Neurología, Bristol Myers Squibb, & Pfizer. (2019). *ATLAS DEL ICTUS ESPAÑA 2019. El Atlas Del Ictus España*. Retrieved from https://www.sen.es/images/2020/atlas/Atlas_del_Ictus_de_Espana_version_web.pdf
- Yew, K. S., & Cheng, E. M. (2015). Diagnosis of Acute Stroke. In *American Family Physician* (Vol. 91). Retrieved from www.aafp.org/afp.
- Zayas, M. S. H., Mera, L. Z., Suarez, E. L., & Zulueta, I. A. V. (2017). Rehabilitación cognitiva de pacientes con alteraciones perceptivas sobrevivientes a ictus isquémico Cognitive rehabilitation of patients with perceptive disorders surviving to ischemic ictus. In *MEDISAN* (Vol. 21).

10. ANNEXOS

10.1. Mapa conceptual del Modelo de Ocupación Humana.



10.2. Mapa conceptual del Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional.



10.3. Plantilla de Listado de Roles

LISTADO DE ROLES

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Sexo: _____ Jubilado: _____

Estado civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo _____

El propósito de este listado es identificar los diferentes roles que usted lleva a cabo. El listado presenta 10 roles y define cada uno de ellos.

PRIMERA PARTE:

Al lado de cada rol indica con una marca de cotejo si tenías ese rol en el pasado, si tienes ese rol en el presente y si planeas ese rol en el futuro. Puedes marcar más de una columna para cada rol. Ejemplo: Si ofrecías servicios voluntarios en el pasado, en el presente no los ofreces, pero planeas en un futuro volver a ofrecerlos, marcarías entonces las columnas de pasado y futuro.

ROL	PASADO	PRESENTE	FUTURO
ESTUDIANTE: Asistir a la escuela a tiempo completo o a tiempo parcial.			
TRABAJADOR: Empleado a tiempo completo o a tiempo parcial.			
VOLUNTARIO: Ofrecer servicios sin recibir paga alguna a algún hospital, escuela, comunidad, grupo político, etc. Por lo menos 1 vez por semana.			
PROVEEDOR DE CUIDADOS: Tener la responsabilidad de cuidar niños, esposa/esposo, familiar o amigo, por lo menos 1 vez por semana.			
AMA O AMO DE CASA: Tener responsabilidad de tareas de limpieza de hogar o arreglo del patio, por lo menos 1 vez por semana.			
AMIGO: Pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con un amigo, por lo menos 1 vez por semana.			
MIEMBRO DE FAMILIA: Pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con algún miembro de la familia tales como hijos, esposa/esposo, padres u otro familiar, por lo menos una vez por semana.			
MIEMBRO ACTIVO DE UN GRUPO RELIGIOSO: Participar e involucrarse en grupos o actividades afiliadas a alguna religión, por lo menos una vez por semana.			
AFICIONADO: Participar y/o involucrarse en algún pasatiempo o afición tal como coser, tocar algún instrumento, deportes, teatro, trabajo en madera o participar en algún club o equipo, por lo menos 1 vez por semana.			
PARTICIPANTE DE ORGANIZACIONES: Participar en organizaciones tales como Club de Leones, Legión Americana, Asociación de fútbol, Alcohólicos Anónimos, asociaciones profesionales, etc. por lo menos 1 vez por semana.			
OTROS ROLES: Algún otro rol el cual haya realizado anteriormente, el cual realiza ahora o el cual planea realizar. Escriba el rol en la línea en blanco y marca las columnas apropiadas.			

SEGUNDA PARTE

En esta parte están listados los roles anteriores. Al lado de cada rol, marca la columna que mejor indique cuan valioso o importante es ese rol para ti. Marca una respuesta para cada rol aunque lo hallas tenido ni pienses tenerlo.

ROL	No muy valioso y/o importante	Con algún valor y/o importancia	Muy valioso y/o importante
ESTUDIANTE: Asistir a la escuela a tiempo completo o a tiempo parcial.			
TRABAJADOR: Empleado a tiempo completo o a tiempo parcial.			
VOLUNTARIO: Ofrecer servicios sin recibir paga alguna a algún hospital, escuela, comunidad, grupo político, etc. Por lo menos 1 vez por semana.			
PROVEEDOR DE CUIDADOS: Tener la responsabilidad de cuidar niños, esposa/esposo, familiar o amigo, por lo menos 1 vez por semana.			
AMA O AMO DE CASA: Tener responsabilidad de tareas de limpieza de hogar o arreglo del patio, por lo menos 1 vez por semana.			
AMIGO: Pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con un amigo, por lo menos 1 vez por semana.			
MIEMBRO DE FAMILIA: Pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con algún miembro de la familia tales como hijos, esposa/esposo, padres u otro familiar, por lo menos una vez por semana.			
MIEMBRO ACTIVO DE UN GRUPO RELIGIOSO: Participar e involucrarse en grupos o actividades afiliadas a alguna religión, por lo menos una vez por semana.			
AFICIONADO: Participar y/o involucrarse en algún pasatiempo o afición tal como coser, tocar algún instrumento, deportes, teatro, trabajo en madera o participar en algún club o equipo, por lo menos 1 vez por semana.			
PARTICIPANTE DE ORGANIZACIONES: Participar en organizaciones tales como Club de Leones, Legión Americana, Asociación de fútbol, Alcohólicos Anónimos, asociaciones profesionales, etc. por lo menos 1 vez por semana.			
OTROS ROLES: Algún otro rol el cual haya realizado anteriormente, el cual realiza ahora o el cual planea realizar. Escriba el rol en la línea en blanco y marca las columnas apropiadas.			

RESUMEN DEL LISTADO DE ROLES

Nombre _____ Edad: _____ Fecha: _____

Sexo _____ Jubilado _____

Jubilado: _____

Estado civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo _____

ROL	Incumbencia Percibida			Valor asignado		
	Pasado	Presente	Futuro	Ninguno	Alguno	Mucho
Estudiante						
Trabajador						
Voluntario						
Proveedor de cuidado						
Ama o amo de casa						
Amigo						
Miembro de familia						
Miembro activo de grupo religioso						
Aficionado						
Participante de organizaciones						
Otros						

10.4. Plantilla de Listado de Intereses

LISTADO DE INTERESES ADAPTADO
Kielhofner, G., Neville, A. (1983)

Nombre _____ Fecha _____

Directrices: Para cada actividad, marque todas las columnas que describan tu nivel de interés en esa actividad.

Actividad	¿Cual ha sido tu nivel de interés ?						¿Participas actualmente en esta actividad ?		¿Te gustaría realizarla en el futuro ?	
	En los últimos 10 años.			En el último año			SI	NO	SI	NO
	Mucho	Poco	Ninguno	Mucho	Poco	Ninguno				
Practicar Jardinería										
Coser										
Jugar Naipes										
Hablar/Leer Idiomas Extranjeros										
Participar en Actividades Religiosas										
Escuchar Radio										
Caminar										
Reparar Autos										
Escribir										
Bailar										
Jugar Golf										
Jugar/Ver Fútbol										
Escuchar Música Popular										
Armar Puzzles										
Celebrar días Festivos										
Ver Películas										
Escuchar Música Clásica										
Asistir a Charlas/Conferencias										
Nadar										
Jugar Bolos										
Ir de Visita										
Arreglar Ropa										
Jugar Damas/Ajedrez										
Hacer Asado										
Leer										
Viajar										
Ir a Fiestas										
Practicar Artes Marciales										
Limpiar la Casa										
Jugar con Juegos Armables										
Ver Televisión										
Ir a Conciertos										
Hacer Cerámica										
Cuidar Mascotas										
Acampar										
Lavar/Planchar										
Participar en Política										
Jugar Juegos de Mesa										
Decorar Interiores										
Pertenecer a un Club										
Cantar										
Ser Scout										
Ver vitrinas o escaparates/Comprar Ropa										
Ir a la Peluquería (salón de belleza)										
Andar en Bicicleta										
Ver un Deporte										
Observar Aves										
Ir a Carreras de autos										
Arreglar la Casa										
Hacer Ejercicios										
Cazar										
Trabajar en Carpintería										
Jugar Pool										
Conducir Vehículo										
Cuidar niños										
Jugar Tenis										
Cocinar										
Jugar Basketball										
Estudiar Historia										
Coleccionar										
Pescar										
Estudiar Ciencia										
Realizar Marroquinería										
Ir de compras										
Sacar Fotografías										
Pintar										
Otros.....										

10.5. Plantilla Cuestionario Volicional

**EVALUACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL
CUESTIONARIO VOLICIONAL (QV)**

Nombre: _____ Apellidos: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____ T.O.: _____

Intervención en Rehabilitación: _____

4		3				2				1										
ESPONTÁNEO		INVOLUCRADO				DUDOSO				PASIVO										
No requiere de apoyo, estructura o estimulación. Una invitación a una oportunidad desconocida es aceptada.		Requiere mínimo apoyo, estructura o estimulación. Ej: un ánimo o reconocimiento esporádico, dejar a la vista los objetos, estar próximo a la persona realizando otra actividad				Requiere máximo apoyo, estructura o estimulación. Ej: la persona requiere afecto, validación y/o realizar las cosas con ella permanentemente. Estructura intensa del ambiente físico y social				A pesar de recibir el apoyo, estimulación o estructura constante, la persona no demuestra el indicador.										
AMBIENTE	AMBIENTE	AMBIENTE	AMBIENTE	AMBIENTE	AMBIENTE	AMBIENTE	AMBIENTE	AMBIENTE	AMBIENTE	AMBIENTE	AMBIENTE	AMBIENTE	AMBIENTE							
Ocupación	Ocup: _____	Ocup: _____	Ocup: _____	Ocup: _____	Ocup: _____	Ocup: _____	Ocup: _____	Ocup: _____	Ocup: _____	Ocup: _____	Ocup: _____	Ocup: _____	Ocup: _____							
Tareas	Tarea: _____	Tarea: _____	Tarea: _____	Tarea: _____	Tarea: _____	Tarea: _____	Tarea: _____	Tarea: _____	Tarea: _____	Tarea: _____	Tarea: _____	Tarea: _____	Tarea: _____							
Social	Soc: _____	Soc: _____	Soc: _____	Soc: _____	Soc: _____	Soc: _____	Soc: _____	Soc: _____	Soc: _____	Soc: _____	Soc: _____	Soc: _____	Soc: _____							
Familiaridad	Fam: _____	Fam: _____	Fam: _____	Fam: _____	Fam: _____	Fam: _____	Fam: _____	Fam: _____	Fam: _____	Fam: _____	Fam: _____	Fam: _____	Fam: _____							
Fecha																				
Fecha																				
Puntuación	p	4	3	2	1	p	4	3	2	1	p	4	3	2	1	p	4	3	2	1
Indicadores Nivel Exploratorio																				
Muestra Curiosidad		x	x	x			x	x	x			x	x	x			x	x	x	
Muestra Preferencia		x	x	x			x	x	x			x	x	x			x	x	x	
Muestra que una Actividad es Significativa		x	x	x			x	x	x			x	x	x			x	x	x	
Indicadores Nivel de Competencia																				
Inicia Acciones / Tareas		x	x	x			x	x	x			x	x	x			x	x	x	
Intenta Cosas Nuevas		x	x	x			x	x	x			x	x	x			x	x	x	
Muestra Orgullo		x	x	x			x	x	x			x	x	x			x	x	x	
Indica Objetivos		x	x	x			x	x	x			x	x	x			x	x	x	
Intenta Corregir Errores		x	x	x			x	x	x			x	x	x			x	x	x	
Intenta Resolver Problemas		x	x	x			x	x	x			x	x	x			x	x	x	
Permanece Involucrado		x	x	x			x	x	x			x	x	x			x	x	x	
Indicadores Nivel de Logro																				
Realiza las Actividades hasta Completarlas/ Lograrlas		x	x	x			x	x	x			x	x	x			x	x	x	
Busca Desafíos		x	x	x			x	x	x			x	x	x			x	x	x	
Busca Responsabilidad		x	x	x			x	x	x			x	x	x			x	x	x	

10.6. Plantilla Medida Canadiense Rendimiento Ocupacional (COPM)

Anexo II: Medida Canadiense del Rendimiento Ocupacional (COPM) (continuación)

<p>PASO 1: IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS DE RENDIMIENTO OCUPACIONAL</p> <p>Para identificar problemas, preocupaciones y dificultades en el rendimiento ocupacional, entreviste al cliente, preguntándole acerca de sus actividades diarias en las áreas de cuidado de sí mismo, productividad y ocio. Pida al cliente que identifique las actividades diarias que desea hacer, las que necesita hacer y las que se espera que haga, animándole a describir un día típico. Luego, pida al cliente que identifique aquellas actividades que actualmente son difíciles de realizar a su satisfacción. Anótelas en los Pasos 1A, 1B ó 1C.</p>	<p>PASO 2: CALIFICAR LA IMPORTANCIA</p> <p>Utilizando la tarjeta de calificación provista, pida al cliente que califique, en una escala del 1 al 10, la importancia de cada actividad. Coloque las calificaciones en las casillas correspondientes de los pasos 1A, 1B ó 1C.</p>																																				
<p>PASO 1 A: Cuidado de sí mismo</p> <p>Cuidado personal _____ (ej. Vestirse, bañarse, alimentarse, higiene)</p> <p>_____</p> <p>Movilidad funcional _____ (ej. traslado, interior, exterior)</p> <p>_____</p> <p>Gestión Comunitaria _____ (ej. Transporte, compras, finanzas)</p> <p>_____</p>	<p>IMPORTANCIA</p> <p style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p>																																				
<p>PASO 1 B: Productividad</p> <p>Trabajo remunerado / voluntariado _____ (ej. Encontrar/mantener un empleo, voluntariado)</p> <p>_____</p>	<p>IMPORTANCIA</p> <p style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p>																																				
<p>Manejo del Hogar _____ (ej. Limpieza, lavado de ropa, cocina)</p> <p>_____</p> <p>Juego/Escuela _____ (ej. Destreza en el juego, tareas escolares)</p> <p>_____</p>	<p>PASO 1 C: Ocio</p> <p>Recreación tranquila (ej. Pasatiempos, manualidades, lectura) _____</p> <p>_____</p> <p>Recreación activa (ej. Deportes, paseos, viajes) _____</p> <p>_____</p> <p>Socialización (ej. Visitas, llamadas telefónicas, fiestas, correspondencia) _____</p> <p>_____</p>																																				
<p>Anexo II: Medida Canadiense del Rendimiento Ocupacional (COPM) (continuación)</p>																																					
<p>PASOS 3 Y 4: CALIFICACIÓN de la EVALUACIÓN INICIAL y la RE-EVALUACIÓN</p> <p>Confirmar con el cliente los 5 problemas más importantes. Utilizando las tarjetas de calificación, pida que el cliente califique cada problema en las áreas de desempeño y satisfacción, luego calcule las calificaciones. Las calificaciones totales se calculan al sumar las calificaciones de desempeño y satisfacción para todos los problemas y luego dividir el total por el número de problemas. En la re-evaluación, el cliente califica cada problema en ambas áreas nuevamente. Se calculan las nuevas calificaciones y el cambio en la calificación.</p>																																					
<p>EVALUACIÓN INICIAL:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">PROBLEMA DEL RENDIMIENTO OCUPACIONAL:</th> <th style="width: 10%;">Desempeño 1</th> <th style="width: 10%;">Satisfacción 1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. _____</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td>2. _____</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td>3. _____</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td>4. _____</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td>5. _____</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	PROBLEMA DEL RENDIMIENTO OCUPACIONAL:	Desempeño 1	Satisfacción 1	1. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<p>RE-EVALUACIÓN</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">PROBLEMA DEL RENDIMIENTO OCUPACIONAL:</th> <th style="width: 10%;">Desempeño 2</th> <th style="width: 10%;">Satisfacción 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. _____</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td>2. _____</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td>3. _____</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td>4. _____</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td>5. _____</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	PROBLEMA DEL RENDIMIENTO OCUPACIONAL:	Desempeño 2	Satisfacción 2	1. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PROBLEMA DEL RENDIMIENTO OCUPACIONAL:	Desempeño 1	Satisfacción 1																																			
1. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																			
2. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																			
3. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																			
4. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																			
5. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																			
PROBLEMA DEL RENDIMIENTO OCUPACIONAL:	Desempeño 2	Satisfacción 2																																			
1. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																			
2. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																			
3. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																			
4. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																			
5. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																			
<p>CALIFICACIÓN:</p> <p>Calificación Total = $\frac{\text{Calificaciones totales de desempeño}}{\text{número de problemas}}$</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">CALIFICACIÓN DEL DESEMPEÑO 1</th> <th style="width: 15%;">CALIFICACIÓN DE LA SATISFACCIÓN 1</th> <th style="width: 15%;">CALIFICACIÓN DEL DESEMPEÑO 2</th> <th style="width: 15%;">CALIFICACIÓN DE LA SATISFACCIÓN 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">/</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td style="text-align: center;">/</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">= <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">= <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">= <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">= <input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	CALIFICACIÓN DEL DESEMPEÑO 1	CALIFICACIÓN DE LA SATISFACCIÓN 1	CALIFICACIÓN DEL DESEMPEÑO 2	CALIFICACIÓN DE LA SATISFACCIÓN 2	/	/	/	/	= <input type="text"/>	= <input type="text"/>	= <input type="text"/>	= <input type="text"/>																								
CALIFICACIÓN DEL DESEMPEÑO 1	CALIFICACIÓN DE LA SATISFACCIÓN 1	CALIFICACIÓN DEL DESEMPEÑO 2	CALIFICACIÓN DE LA SATISFACCIÓN 2																																		
/	/	/	/																																		
= <input type="text"/>	= <input type="text"/>	= <input type="text"/>	= <input type="text"/>																																		
<p>CAMBIO EN DESEMPEÑO = Calific. Desempeño 2 - Calific. Desempeño 1 = <input type="text"/></p>	<p>CAMBIO EN SATISFACCIÓN = Calific. Satisfacción 2 - Calific. Satisfacción 1 = <input type="text"/></p>																																				