

# RETORNO AL HOGAR: ESTADO FUNCIONAL DE PERSONAS ADULTAS CON SECUELA DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR. UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

## RETURN TO HOME: FUNCTIONAL STATUS OF ADULTS WITH STROKE SEQUELAE – A RETROSPECTIVE STUDY



**Ludmila Evelyn Basualdo\***

Lic. en Terapia Ocupacional en la Universidad Abierta Interamericana (UAI). Posgrado en Neurorehabilitación (FLENI). Miembro del grupo de neurorehabilitación de la Sociedad Neurológica Argentina. Buenos Aires, Argentina <https://orcid.org/0009-0006-3348-420X>

**Correo electrónico de contacto**  
[lic.basualdo@hotmail.com](mailto:lic.basualdo@hotmail.com)

\*persona autora para correspondencia



**Martina Ellemberger**

Lic. en Terapia Ocupacional. Posgrado en Neurorehabilitación (FLENI). Coordinadora de la Residencia de Terapia Ocupacional de adultos (FLENI) Buenos Aires, Argentina  
<https://orcid.org/0009-0005-5005-8985>

**Objetivos:** comparar el desempeño en Actividades Básicas de la Vida Diaria en personas con secuelas de Accidente Cerebrovascular mediante puntajes de la evaluación FIM motor al alta y a los 3 meses del egreso tras un programa de rehabilitación. **Métodos:** estudio observacional, analítico, longitudinal y retrospectivo en personas con secuelas de Accidente Cerebrovascular dadas de alta entre enero 2020 y junio 2023. **Resultados:** los datos del FIM motor se recogieron al alta y 3 meses después, mediante cuestionarios de seguimiento. Un total de 56 personas cumplieron los criterios de inclusión (73.7% hombres, mediana de edad: 65 años). La mediana de mejora fue del 15.7%. No se encontraron correlaciones significativas entre las variables sociodemográficas, tipo y localización de la lesión, presencia de intercurencias o continuidad del tratamiento. **Conclusiones:** aunque el tamaño de la muestra fue limitado, los resultados muestran mejoras significativas en el desempeño en Actividades básicas de la Vida Diaria transcurridos los tres meses del alta. El retorno al hogar y la continuidad del tratamiento ocupacional parecen desempeñar un rol importante. Este estudio sienta bases para futuras investigaciones más específicas sobre el impacto de la rehabilitación posterior a un Accidente Cerebrovascular.

**Objective:** To compare the performance in Basic Activities of Daily Living in persons with sequelae of Stroke using motor FIM scores at discharge and 3 months post-discharge after a rehabilitation program. **Methods:** Observational, analytical, longitudinal, and retrospective study in persons with sequelae of Stroke discharged between January 2020 and June 2023. **Results:** Motor FIM data were collected at discharge and 3 months later through follow-up questionnaires. A total of 56 persons met the inclusion criteria (73.7% male, median age: 65 years). The median improvement was 15.7%. No significant correlations were found between sociodemographic variables, type and location of the lesion, presence of complications, or continuity of treatment. **Conclusions:** Although the sample size was limited, the results show significant improvements in performance in Basic Activities of Daily Living three months after discharge. Return to home and continuity of occupational therapy seem to play an important role. This study lays the groundwork for future research more specific to the impact of post-stroke rehabilitation.

**DeCS** Accidente Cerebrovascular (ACV); Actividades de la Vida Diaria (AVD); Rehabilitación; destreza motora; terapia Ocupacional; Retorno al hogar; evaluación funcional **MeSH** Stroke; Activities of Daily Living ; Rehabilitation; Motor Skills; Occupational Therapy; Patient Discharge; Recovery of function; Quality of life **Palabras claves** Rehabilitación post- ACV; índice de Independencia funcional (FIM) - Motor; Independencia Funcional; Retorno al hogar; Mejora funcional **Keywords** Post-stroke rehabilitation; FIM motor scores; Occupational therapy; Functional Independence; Discharge to home

Texto recibido:

14/02/2025

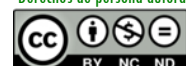
Texto aceptado:

21/05/2025

Texto publicado:

30/05/2025

Derechos de persona autora



## INTRODUCCIÓN



**COTOGA**  
COLEGIO OFICIAL  
DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES  
DE GALICIA

El Accidente Cerebrovascular (ACV) ocurre cuando el cerebro se ve privado de oxígeno como resultado de una obstrucción (isquemia) o una ruptura de vasos sanguíneos (hemorrágicos) dentro o que conducen al cerebro<sup>(1)</sup>. La Organización Mundial de Accidentes Cerebro- vasculares<sup>(2)</sup> (WSO, por sus siglas en inglés), señala que el ACV es la segunda causa de muerte y la primera de discapacidad a nivel mundial. La Oficina científica de Asesoramiento Legislativo<sup>(2)</sup>, en su informe de situación sobre impactos del ACV en Argentina refiere que la tendencia global se encuentra en concordancia con la de Argentina.

Aquellas personas que sufrieron un ACV pueden ver mermadas sus capacidades funcionales debido a déficits motores, sensoriales, cognitivos y/o psicosociales, que interfieren en el desempeño ocupacional de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (AVDB) las AOTA las define como aquellas orientadas al cuidado del propio cuerpo y completadas de forma rutinaria; integradas por bañarse/ducharse, higiene del baño y aseo, vestirse, comer y tragar, alimentación, movilidad funcional, higiene personal y aseo<sup>(3)</sup>, es decir, actividades de autocuidado que le implican a las personas la planeación, ejecución y seguimiento de aquellos hábitos, rutinas diarias y actividades indispensables para la supervivencia biológica, intelectual y socio-emocional<sup>(4)</sup>.

En este sentido, es fundamental la intervención de personas profesionales de terapia ocupacional, mediante la implementación de planes de atención centrado en la persona incorporando evaluaciones e intervenciones basadas en la evidencia, que favorezcan el reentrenamiento en aquellas AVDB en las que se presenten dificultades o riesgos de seguridad, y así mismo en el caso de ser necesario asesorar, entrenar y favorecer la incorporación de productos de apoyo con el objetivo de maximizar la independencia de los supervivientes de un ACV para el momento del retorno al hogar<sup>(5)</sup>

La Medida de Independencia Funcional (FIM), es una de las evaluaciones estandarizadas más utilizadas para estimar el nivel de independencia de un sujeto, valorando la necesidad de asistencia en las distintas áreas de la ocupación. Dicha evaluación está conformada por 18 ítems. Cada ítem se valora de acuerdo a la siguiente escala: (1) Asistencia Total, (2) Asistencia Máxima, la persona realiza menos del 25% de la actividad, (3) Asistencia Moderada, la persona realiza entre el 25% y el 50% de la actividad, (4) Asistencia Mínima, la persona realiza entre el 75% y el 100% de la actividad, (5) Supervisión o Preparación, (6) Independencia Modificada, la persona requiere consideraciones de tiempo, adaptaciones o ayudas técnicas, (7) Independencia Total. Comprende un puntaje "motor" (la suma de los puntajes obtenidos de los primeros 13 ítems: alimentación, aseo, baño, vestido de tren superior, vestido de tren inferior, toilet, manejo de vejiga, manejo de intestino, movilidad/transferencia y locomoción), un puntaje "cognitivo" (la suma de los puntajes obtenidos de los últimos cinco ítems: comunicación, expresión, interacción social, resolución de problemas y memoria), y una puntuación total, es decir, la suma de las puntuaciones motoras y cognitivas. El puntaje total máximo es de 126 puntos, mientras que el mínimo es de 18 puntos. Los puntajes se utilizan para describir los cambios en el funcionamiento a través del tiempo.

Las deficiencias residuales y consecuencias posteriores a un ACV en el desempeño de las AVDB se han evidenciado a lo largo del tiempo en diversos estudios<sup>(6,7,8)</sup>. Sin embargo, es limitada la información sobre cómo ésta participación varía posterior al alta, una vez que las personas retornan a su hogar, diversos estudios<sup>(9,10)</sup> apuntan a que el momento de la vuelta al hogar, es un momento que representa dificultades inesperadas y nuevos retos al momento de la ejecución de las actividades diarias.

## Objetivos

Comparar el nivel de desempeño alcanzado en las AVDB, medido mediante los puntajes del FIM motor, en las personas que se fueron de alta luego de realizar un programa de rehabilitación en modalidad de internación y a los 3 meses del alta.

## MÉTODOS

### Tipo de investigación y diseño

El diseño del presente trabajo es observacional, analítico, de tipo longitudinal y retrospectivo.

### Procedimiento

Los datos del FIM motor correspondientes al puntaje del momento de alta del programa de internación y de los tres meses posteriores a la misma, se recabaron mediante la utilización de registros (físicos y digitales) del "Cuestionario de seguimiento de Terapia Ocupacional". Dicho cuestionario se desprende del "Programa de seguimiento de Terapia Ocupacional", el mismo fue diseñado y aplicado por el servicio de Terapia Ocupacional



desde el año 2009. Su objetivo es recolectar datos a los tres, seis, doce y veinticuatro meses posteriores al egreso institucional para evaluar la efectividad de los logros alcanzados durante la etapa de rehabilitación, especialmente en relación con la autonomía en actividades de la vida diaria básicas recogiendo información correspondiente a: nivel de independencia con la FIM (alimentación, aseo, baño, vestido de tren superior, vestido de tren inferior, toilet, manejo de vejiga, manejo de intestinos, transferencia: (1) cama-silla-SDR; (2) inodoro; (3) toilet, camina-SDR y escaleras). Las mismas son las contempladas dentro del apartado motor de FIM, por tal motivo para este estudio, se toma de manera parcial la evaluación. Además se recaba información en relación a interurrencias médicas y/o re-hospitalizaciones, continuidad de tratamiento de terapia ocupacional, participación en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AVDI) y la reinserción sociolaboral mediante la administración del Cuestionario de Integración a la comunidad (CIQ). Este seguimiento considera las características particulares de cada patología y el contexto al cual retorna la persona afectada.

La administración del mismo está a cargo de las personas profesionales de terapia ocupacional primaria al momento del alta mediante entrevista al paciente y/o persona familiar/cuidadora. Las revaluaciones se efectúa por llamado telefónico y es realizada por las personas profesionales residentes del servicio, por este motivo, la recolección de datos presenta un carácter aleatorio.

Para obtener resultados fiables, es fundamental la capacitación que reciben las personas profesionales de terapia ocupacional, teniendo en cuenta el protocolo del mismo. Por lo que el cuestionario es administrado a una persona familiar/cuidadora principal/primario al momento del alta por la profesional de Terapia Ocupacional a cargo del tratamiento de la persona afectada. Luego se realizan re evaluaciones a los tres, seis, doce y veinticuatro meses mediante llamada telefónica, la misma es realizada por las personas profesionales del servicio de terapia ocupacional en donde a su vez se interroga si la persona afectada tuvo alguna interurrencia médica o requerimiento de re hospitalización.

En un estudio realizado por Australasian Rehabilitation Outcome Centre <sup>(11)</sup> se obtuvieron resultados favorables para la administración del FIM de manera telefónica, ya que diversas pruebas apoyan la implementación de la telesalud como válidas y fiables.

Se realizan tres intentos de comunicación; en el caso de no obtener respuesta se califican como «No responden».

La muestra incluyó personas con secuelas de ACV mayores de 18 años que fueron dados de alta del programa de internación en el centro de neurorehabilitación en el período enero 2020- Junio 2023.

## Criterios de selección

### Criterios de Inclusión

Se incluyeron (i) personas que presentan secuelas de ACV isquémico y hemorrágico (ii) mayores de 18 años (iii) que formaron parte del programa de rehabilitación en internación, en Fleni Escobar (iv) que se fueron de alta durante el período enero 2020 hasta el mes de Junio del año 2023 (v) y que al momento de la recopilación de datos hayan respondido al llamado de seguimiento correspondiente a los 3 meses del alta institucional (vi) personas que en algunos de los Ítems del FIM motor tenga puntaje de 2-6.

Un puntaje de 2 indica "asistencia máxima", donde la persona requiere ayuda para más del 75% de la tarea. Por otro lado, un puntaje de 6 corresponde a "independencia modificada", es decir, la persona realiza la actividad de manera independiente pero con adaptaciones, ayudas técnicas o mayor tiempo.

Se evitó incluir personas con puntuaciones extremas (1 o 7) para minimizar el efecto suelo (es decir, no puede detectar un empeoramiento adicional porque los valores ya están en el nivel más bajo posible. En este caso, personas con puntuaciones muy bajas (por ejemplo, 1 en FIM) no permitirían observar un mayor deterioro o mejora significativa) y efecto techo (personas con puntuaciones de 7 en FIM (independencia completa) tendrán poco margen para mostrar mejoras funcionales), permitiendo observar cambios funcionales posteriores al alta.

### Criterios de exclusión

Del presente trabajo, se excluyen: (i) Personas con tumores cerebrales ó exéresis de tumor cerebral y otras injurias cerebrales (ii) Personas con lesión/es en fosa posterior (iii) Personas diagnosticadas previo al evento con patologías neurodegenerativas y/o deterioro cognitivo (iv), Personas con alteración de la conciencia (v) Personas que el total de la suma de los ítems del FIM motor sea de 91/91.

## Variables



Las variables que se consideraron para el presente estudio fueron extraídas de la información que se dispone a través del cuestionario de seguimiento mencionado anteriormente, ya que consideramos a las mismas como factores influyentes en el desempeño de las AVDB.

Las variables clínico-demográficas registradas fueron edad al ingreso, sexo, tipo de ACV (hemorrágico ó isquémico), localización de la lesión (izquierda - derecha), tiempo de evolución (días), tiempo de internación (meses), continuación de tratamiento de Terapia Ocupacional (si - no), intercurencia médicas (si - no), hospitalizaciones (si - no), causa y tiempo de hospitalización y destino al alta (domicilio, centro de cuidados crónicos/geriátrico, otro).

En el presente trabajo tomaremos en cuenta los sub-items contemplados del FIM motor, como se mencionó anteriormente, el total de la escala FIM es de 126 puntos, pero al considerar solo el FIM motor, el total del puntaje se calcula sobre 91 puntos.

### Análisis de datos

Las variables categóricas fueron reportadas con frecuencia absoluta y porcentual. Las variables continuas se reportaron como media, mediana y rango intercuartílico. La normalidad de las variables continuas se evaluó mediante la prueba de Shapiro-Wilk.

Para analizar los cambios en las variables y explorar asociaciones estadísticamente significativas con el porcentaje de mejora (PM), se utilizó la prueba de Chi cuadrado. Las comparaciones incluyeron:

(1) Se analiza cómo varía el porcentaje de mejora (PM) en función de diferentes grupos de edad; (2) Se investiga si hay diferencias significativas en el porcentaje de mejora entre hombres y mujeres; (3) Se examina cómo influye el tipo y la ubicación de la lesión en el PM; (4) Se evalúa si la presencia de otras condiciones médicas afecta el PM, y (5) Se determina si seguir con atención de el servicio de terapia ocupacional influye en el PM. Se consideró significativo un valor  $p < 0,05$ . Los datos fueron organizados y analizados utilizando Microsoft Excel.

El PM se utilizó como principal medida para evaluar el impacto funcional del retorno al hogar. Se calculó considerando la diferencia entre el puntaje final y el puntaje inicial de la FIM. Posteriormente, esta diferencia se dividió por el puntaje inicial y el resultado se multiplicó por 100. De este modo, el PM representa el cambio relativo en el desempeño funcional de cada persona respecto a su estado inicial.

A distinción de la diferencia absoluta de puntajes, el PM reduce el sesgo que pueden generar los efectos techo o piso del instrumento FIM

### Consideraciones éticas

Al ingreso a la institución se les brindó a la persona familiar a cargo un consentimiento informado en el cual aceptaban el uso de las historias clínicas, las fotografías y los videos con el propósito de promover los conocimientos, la atención, la investigación y la educación médica.

El presente trabajo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Instituto FLENI Escobar bajo el número de protocolo 002/23.

## RESULTADOS

En el período comprendido entre el 1 de enero de 2020 y el 30 de junio de 2023, un total de 198 personas obtuvieron el alta de internación posterior a realizar un programa de rehabilitación luego de sufrir un ACV, 142 personas fueron excluidas de la muestra debido a que no cumplían con los criterios de inclusión de este estudio; por lo cual la muestra quedó conformada por 56 personas (Ver figura 1)

Del total, 42 (73.7%), fueron de sexo masculino y la mediana de edad de la muestra fue de 65 años (18 - 81). El resto de las características de la población se observan en la Tabla 1.

De las personas incluidas en la muestra un 58,9% tuvieron lesión en el hemisferio izquierdo, mientras que un 41,1% tuvo afectación en el hemisferio

**Tabla 1.** Características sociodemográficas y clínicas: muestra de estudio.

Variables	Me, RI
Edad (años)	65 (59-72)
Variables	n, %
Sexo (%)	42 (73.7)
Masculino	42 (73.7)
Femenino	15 (26.3)



derecho. En su mayoría los eventos fueron del tipo isquémico (82,1%), en tanto, los del tipo hemorrágico e isquémico con transformación hemorrágica representaron menor porcentaje dentro de la muestra, 14,3% y 3,6% respectivamente. Un total de 92,2% de personas continuaron tratamiento de terapia ocupacional posterior al alta de internación, el 71,4% refirió no haber presentado intercurencias médicas en los tres meses posteriores al egreso institucional; de aquellas personas que sí presentaron algún problema médico el 83,9% no requirió de re-hospitalización, mientras que el 16,1% si lo necesitó. En tanto, casi la totalidad de la muestra retornó a su vivienda (98,2%). En nuestro estudio, la mediana del porcentaje de mejora desde el alta a los 3 meses del mismo es de 15.7%.

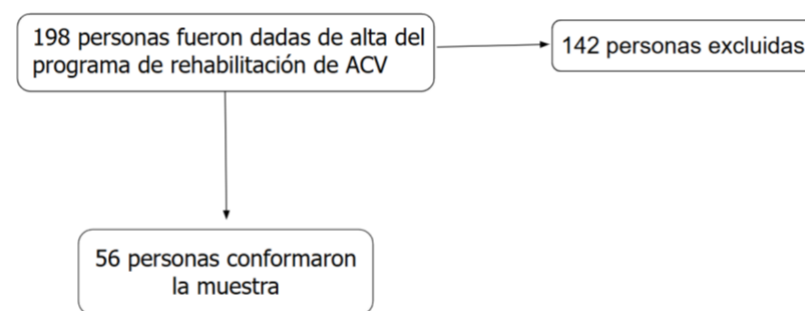
Tras analizar diversas combinaciones (sexo/PM; edad/PM; tipo de lesión/PM; localización de la lesión/PM; tiempo de internación/PM; intercurencias/PM; continúa tratamiento/PM) de variables, no se encontró ninguna correlación estadísticamente significativa entre ellas.

Las características sociodemográficas sexo y edad no evidenciaron ser influyentes con respecto al PM. En relación a la ubicación hemisférica de la lesión, en el presente estudio no se evidenció correlación significativa respecto al PM ( $X^2= 0,62 > p= 0,05$ )

Si bien la cantidad de personas que presentaron intercurencias médicas es menor a los que no presentaron, el PM en las AVDB no se vieron interferidas ( $X^2= 0,79 > p=0,05$ ). Sólo 4 personas (7.1%) de la muestra no continuaron tratamiento de terapia ocupacional después del alta, es decir, la diferencia de la muestra no sería comparativa.

<b>Tipo ACV</b> n (%)	
Isquémico	46 (82.1)
Hemorrágico	8 (14.3)
Isquémico con transformación hemorrágica	2 (3.6)
<b>Localización de la lesión</b> n (%)	
Izquierdo	33 (58.9)
Derecho	23 (41.1)
<b>Tiempo de evolución</b> RIQ (días)	12 (5-91)
<b>Continuación de tratamiento de Terapia Ocupacional</b> n (%)	
Si	52 (92.9)
No	4 (7.1)
<b>Intercurrencias médicas</b> n (%)	
Si	16 (28.6)
No	40 (71.4)
<b>Hospitalizaciones</b> n (%)	
Si	9 (16.1)
No	47 (83.9)

**ACV:** accidente cerebrovascular; **n:** frecuencia absoluta; **%:** porcentaje; **Me:** mediana; **RI:** rango intercuartil. Nota: Elaboración propia.



**Figura 1.** ACV: accidente cerebro vascular. Nota: Elaboración propia.

## DISCUSIÓN

En la presente población de estudio se ha reflejado un PM considerable en el desempeño de las AVDB con respecto al puntaje del FIM motor del momento del alta con respecto a los tres meses posteriores a la misma (15.7%), esto teniendo en cuenta que de acuerdo a la evidencia científica<sup>(12,13)</sup> la mayor recuperación se da en los primeros seis meses posteriores al evento, por lo que dicha ganancia funcional luego del alta es contemplada como significativa, pese a que no se encontró una variable que se correlacione con esta mejora reportada.

Se consideraba que en ocasiones la presencia y/o aparición de intercurencias médicas podían llegar a limitar el mantenimiento o ganancia funcional, Hansen et al.<sup>(14)</sup> plantea que más de un tercio de adultos hospitalizados por una enfermedad médica aguda disminuyen su capacidad para realizar las AVDB y que solo la mitad de los personas que sufren dicha limitación de la función de AVDB vuelven a recuperarse a los tres meses del alta, Schwarzbach

and Grau<sup>(15)</sup> refiere que dentro de las complicaciones más frecuentes se encuentran las infecciones y las caídas; entre las primeras predominan las infecciones del tracto urinario y la neumonía, Shim and Wong<sup>(16)</sup> añade que, con menos frecuencia, se pueden dar complicaciones del tipo neurológicas, en los resultados de este estudio, no se halló evidencia que respalde estas afirmaciones, dado que un porcentaje reducido de la muestra experimentó interurrencias médicas (<30%). Se podría inferir que el tamaño de la muestra, podría no ser significativo para la población de estudio. Hasta la fecha de esta investigación, no se han encontrado estudios específicos que aborden el impacto de seguir o no seguir un tratamiento de terapia ocupacional después de ser dado de alta de la internación tras sufrir un ACV. Sin embargo, existe evidencia <sup>(17, 18)</sup> que respalda que la continuidad de la rehabilitación en específico de terapia ocupacional, en instancias posteriores al alta de un programa de rehabilitación constituye un pilar fundamental en el aumento o mantenimiento del nivel de participación en las AVDB promoviendo independencia y previniendo sobrecarga de los cuidadores. Nos parece importante mencionar, que es probable que los efectos afectivos del regreso al hogar contribuyan a los resultados positivos, ya que, considerando la evidencia <sup>(19,20)</sup> se sabe que el entorno familiar configura la identidad de las personas y a menudo se percibe como un «puerto seguro» frente al desconocido y exigente mundo exterior.

Este tipo de interacciones se definen en el ámbito de la psicología ambiental como efectos indirectos del entorno físico y se sabe que median en la interacción entre el ser humano y su entorno. Estos efectos suelen pasarse por alto en la investigación, probablemente porque estos procesos subyacentes son difíciles de medir. Sin embargo, varios estudios han demostrado que este tipo de resultados indirectos, como los vínculos emocionales desarrollados entre las personas afectadas y los entornos de atención y cuidados domiciliarios, afectan a su salud <sup>(21,22)</sup>. Se ha comprobado que el entorno del hogar facilita el desarrollo del apego y la identificación con un lugar <sup>(23)</sup>.

### Limitaciones del estudio

Como una de las principales limitaciones del presente estudio se puede referir el número de personas incluidas en la muestra el cual no implica un número significativo para generalizarlo a toda la población con ACV que retorna a su hogar, ya que, de 198 sujetos que participaron del programa de rehabilitación de ACV, sólo el 28.28% formó la muestra del presente estudio. Por otro lado encontramos aquellas derivadas del carácter retrospectivo de este estudio, la cual puede interferir en la falta de registro de variables que podrían ser de gran interés.

### Futuras líneas de la investigación

Si bien este estudio se centra en el componente motor al evaluar el desempeño funcional de la persona que sufre un ACV al momento del alta y a los 3 meses del retorno al hogar, es fundamental destacar la relevancia de las áreas cognitivas en dicho proceso. Las funciones cognitivas, como la memoria, la atención y las funciones ejecutivas, pueden interferir de manera significativa en la evolución y desempeño de la persona en las AVDB. Por ello, consideramos esencial que futuros trabajos de investigación tengan en cuenta estas variables analizando la influencia de las mismas en el PM alcanzado.

### Aplicabilidad

Los resultados sugieren que, aunque la mayor recuperación funcional se da en los primeros seis meses tras el ACV, es posible observar mejoras significativas en el desempeño de AVDB hasta tres meses después del alta. Esto refuerza la necesidad de seguimiento y atención continua en los pacientes después del alta de los programas de rehabilitación. Dichos resultados refuerzan la recomendación de ofrecer programas de seguimiento post-alta que ayuden a las personas a mantener o mejorar su nivel de independencia en las AVDB. A pesar de que el análisis de las variables no arrojó significancias estadísticas, este trabajo sienta las bases para futuras investigaciones en el campo.

## CONCLUSIÓN

Aunque se observó una mejora funcional significativa a los tres meses del alta, no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas, clínicas y el PM. Se destaca la alta proporción de personas que continuaron tratamiento de terapia ocupacional y la baja incidencia de interurrencias médicas que requirieron de re-hospitalización, lo que sugiere una adecuada transición al entorno domiciliario. Sin embargo, el tamaño reducido de la muestra limita la generalización de los resultados.



Se propone considerar factores cognitivos y psicosociales en futuros estudios, dado su impacto potencial en la evolución funcional de las personas. Aunque no se identificaron variables influyentes específicas, los resultados sientan una base relevante para futuras investigaciones en la rehabilitación post-ACV.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestras familias, por su apoyo incondicional en cada paso de este camino. A la institución por brindarnos el espacio y los recursos necesarios para llevar a cabo este trabajo. Y especialmente a nuestras colegas Chiara y Clara, cuya valiosa colaboración y compromiso fueron fundamentales para concretar este trabajo. No existe conflicto de intereses en la investigación.

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA

LEB y MEE, autoras principales del presente artículo, han participado en la concepción y diseño del estudio, redacción del manuscrito, revisión crítica de la investigación y aprobación de su versión final.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hildebrand MW, Geller D, Proffitt R. Occupational therapy practice guidelines for adults with stroke. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2023 Sep 1;77(5):7705397010.
- Honorable Consejo de la Nación. Impactos del ataque cerebrovascular en Argentina. 2023.
- Terapia Ocupacional AA. Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. *Ame J Occup Ther*.doi:10.5014/ajot.2020:S2001.
- Fonseca OL, Barriga NN. El autocuidado de la salud una responsabilidad asumida por otros. *Umbral Cient*. 2005(7):43-52.
- Murrell JE, Pisegna JL, Juckett LA. Implementation strategies and outcomes for occupational therapy in adult stroke rehabilitation: a scoping review. *Implementation Science*. 2021 Dec;16:1-26.
- Buzzelli C, Zerboni C, Domínguez S. Intervención de Terapia Ocupacional luego de un accidente cerebro vascular: Reporte de caso clínico. *Rev Facultad Cien Méd*. 2023 Jun 30;80(2):153.doi:10.31053/1853.0605.v80.n2.40202
- Kalavina R. The challenges and experiences of stroke patients and their spouses in Blantyre, Malawi. *Malawi Med J*. 2019 Jun 20;31(2):112-7.doi:10.4314/mmj.v31i2.2
- Ávila IT. Evidencia del tratamiento desde terapia ocupacional en actividades de la vida diaria en pacientes con accidente cerebrovascular. *TOG (A Coruña)*. 2014;11(19):3.
- Martinsen R, Kitzmüller G, Mangset M, Kvigne K, Evju AS, Bronken BA, Bragstad LK, Hjelle EG, Sveen U, Kirkevold M. Experiencias de enfermeras y terapeutas ocupacionales en la realización de una intervención psicosocial domiciliaria tras un ictus: una evaluación cualitativa del proceso. *BMC Health Services Research*. Diciembre de 2021;21:1-0.
- Lannin NA, Clemson L, Drummond A, Stanley M, Churilov L, Laver K, O'Keefe S, Cameron I, Crotty M, Usherwood T, Andrew NE. Effect of occupational therapy home visit discharge planning on participation after stroke: protocol for the HOME Rehab trial. *BMJ open*. 2021 Jul 1;11(7):e044573.
- Australasian Rehabilitation Outcome Centre. Conducting FIM via Telehealth Background. 2021.
- Bernhardt J, Hayward KS, Kwakkel G, Ward NS, Wolf SL, Borschmann K, Krakauer JW, Boyd LA, Carmichael ST, Corbett D, Cramer SC. Agreed definitions and a shared vision for new standards in stroke recovery research: the stroke recovery and rehabilitation roundtable taskforce. *Int J Stroke*. 2017;12(5):444-50.doi:10.1177/1747493017711816
- Jørgensen HS. The Copenhagen stroke study experience. *J Stroke Cereb Dis*. 1996;6(1):5-16.doi:10.1016/s1052-3057(96)80020-6
- Hansen K, Mahoney J, Palta M. Risk factors for lack of recovery of ADL independence after hospital discharge. *J Am Geriatrics Soc*. 1999;47(3):360-5.doi:10.1111/j.1532-5415.1999.tb03002.x
- Schwarzbach CJ, Grau AJ. Komplikationen nach Schlaganfall: Klinische Herausforderungen in der Schlaganfallnachsorge. *Der Nervenarzt*. 2020;91(10).doi:10.1007/s00115-020-00988-9
- Shim R, Wong CH. Ischemia, immunosuppression and infection—tackling the predicaments of post-stroke complications. *In j molecular scien*. 2016;17(1):64. doi: 10.3390/ijms17010064
- García-Pérez P, Rodríguez-Martínez MD, Lara JP, Cruz-Cosme CD. Early occupational therapy intervention in the hospital discharge after stroke. *Int Journal Environ Research Public Health*. 2021;18(24):12877.doi: 10.3390/ijerph182412877
- Govender P, Kalra L. Benefits of occupational therapy in stroke rehabilitation. *Expert review neurot*. 2007;7(8):1013-9. doi: 10.1586/14737175.7.8.1013
- Marcheschi E, Von Koch L, Pessah-Rasmussen H, Elf M. Home setting after stroke, facilitators and barriers: A systematic literature review. *Health & social care com*. 2018;26(4):e451-9. doi:10.1111/hsc.12518
- Twigger-Ross CL, Uzzell DL. Place and identity processes. *Journal of environmental psychology*. 1996;16(3):205-20.doi:10.1006/jevp.1996.0017
- Brown BB, Perkins DD. Disruptions in place attachment. In: *Place attachment 1992* (pp. 279-304). Boston, MA: Springer US. doi: 10.1007/978-1-4684-8753-4\_13
- Dijkstra K. Understanding healing environments: effects of physical environmental stimuli on patients' health and well-being. Enschede: Gildeprint Drukkerijen B.V., 2009. 160 p. doi: 10.3990/1.9789036527958
- Evans GW, Kantrowitz E, Eshelman P. Housing Quality and Psychological Well-Being Among the Elderly Population. *J Gerontol Series B*. 2002 1;57(4):P381-3. doi: 10.1093/geronb/57.4.p381.

Derechos de persona autora



**COTOGA**  
COLEGIO OFICIAL  
DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES  
DE GALICIA