

2005

Síndrome de negligencia unilateral : tests de evaluación específicos considerados de uso por los terapeutas ocupacionales y licenciados en terapia ocupacional

Franco, Julieta

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/829>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Licenciatura en Terapia Ocupacional

Tesis de Grado

*“Síndrome de Negligencia Unilateral:
Tests de Evaluación específicos considerados de uso
por los Terapeutas Ocupacionales y Licenciados en
Terapia Ocupacional”*

Franco, Julieta
Guerrero, Luciana
Pioletti, Laura

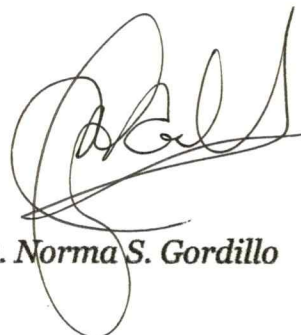
Marzo
2005

Biblioteca	C.S. y S.S.
Inventario	Signatura Top
2622	
Vol	1
Universidad N	Mar del Plata

> DIRECTORA: T.O. Bettina Roumec



> ASESORA METODOLÓGICA: Mg. Sc. Lic. en T.O. Norma S. Gordillo



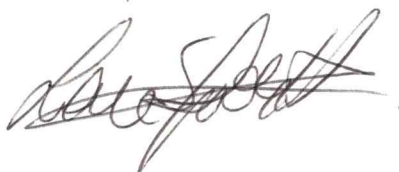
> AUTORAS: Franco, Julieta
D.N.I.: 26.728.853



Guerrero, Luciana Laura
D.N.I.: 27.388.304



Pioletti, Laura
D.N.I.: 25.716.048



AGRADECIMIENTOS

A nuestra directora de Tesis, T.O. Bettina Roumec y a nuestra asesora metodológica, Lic. en T.O. Norma Gordillo, por todo el tiempo, esfuerzo e interés brindado durante este proyecto de investigación.

Al Lic. en Cs. Políticas Gabriel Sapienza, por todos sus conocimientos, horas de trabajo y ayuda otorgada en el área de estadística.

A la Prof. en Letras Indiana Gouzou, por todas las correcciones y asesoramiento en la redacción de esta Tesis.

Al Dr. Philippe Azouvi, por su interés y toda la información y material enviado desde Francia.

A la Dra. Diana Scharovsky, del Hospital Privado de Comunidad, por la bibliografía y orientación brindada.

A la Lic. en T.O. Miriam Eloriaga y Kigo. Daniel Palos del INAREPS.

A las Lic. en T.O. Ana Laura Auzmendis y Cecilia Champredonde, de la AMTO.

A la Asociación Marplatense de Terapistas Ocupacionales.

A la Biblioteca del Hospital Privado de Comunidad y Centro Médico de Mar del Plata.

A todos los Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional, que gentilmente brindaron su tiempo y aportaron conocimientos que fueron de importancia para la tesis.

A las alumnas avanzadas de la carrera Terapia Ocupacional, UNMDP, que completaron el cuestionario correspondiente a la prueba piloto.

A mis dos divinas compañeras, amigas, Lula y Juli, que con todo su esfuerzo han hecho posible que mi vida tomara nuevos rumbos. No me alcanzan las palabras para poder expresarles mi gratitud, decirles cuánto las quiero, y El Futuro Es Nuestro!!!!!!

A mis papis, Graciela y Carlos, por apoyarme, guiarme, y sobre todas las cosas, amarme tanto.

A mi hermana, Pauli, por ser una de las personas más maravillosas de este mundo, y definitivamente a la que más amo. A su pareja Marcos, por hacerla tan feliz.

A aquellas amigas que me han acompañado durante tantos años: María Cecilia Zaninetti, Gachi Efron, Karina Coronel, Selva Gomes y Paula Pugliese. Muchas gracias por estar conmigo en este camino. Las quiero muchísimo.

A María Eugenia Veyra, por brindarme un modelo de profesional, y de persona, que espero algún día poder alcanzar.

A María Clara Areta, por su apoyo cuando el camino se volvía difícil. Ambas sabemos que fue en numerosas ocasiones.

A La Nouvelle Danse: Ana María Zaninetti, Cecilia Zaninetti, Rocío Blanchod, Laura Lanci, Karina Tonelli, Florencia Rateriy, y Paula Pugliese. Por brindarme la posibilidad de expresión, de brillo, por ser "compañeras".

Al grupo Integrarte, por permitirme conocer gente maravillosa y brindarme un lugar de amor.

A Ariel Germán Pérez, por todo el amor que me brindó y por tantos sueños compartidos.

A "Vos Futuro", siempre anhelado aunque temido, siempre esperanzador, y siempre feliz.

LAURA

A Luciana y a Laura, por ser tan buenas personas y compañeras, por haber compartido todo este año y medio de horas y horas de trabajo, esfuerzo, cansancio, acuerdos, desacuerdos, charlas, risas, alegrías. Quiero decirles que las quiero muchísimo, que les deseo lo mejor para su vida profesional como Terapistas Ocupacionales y que juntas o en la distancia siempre las voy a sentir cerca mío....por siempre!!!!!!

Quiero también mencionar y saludar a mis papas, Roberto y Cristina, a mis hermanos Juan Ignacio, Popi, a mi hermana Carolina, que los quiero con todo mi corazón!!!

A mis compañeras y amigas de toda la carrera, María José Betbeder, María Laura Florentini, Natalia Pérez, Carolina Soldavilla y Soledad Gonda. , quiero decirles que nunca las voy a olvidar y que las adoro!!

A "mis chicos" de ASDEMAR, por darme tanto cariño y alegría....no se dan una idea todo lo que los quiero!!!! Y a Roberta Ramos, por todo su apoyo y energía brindada!!

A mi Tía Indiana, por ser un ejemplo de vida, por haberme acompañado y aconsejado todo este tiempo!!!!

Y por último, quiero decirle a Patricio....que es una gran persona, que estos tres años juntos fueron hermosos, y que lo amo con toda mi vida!!!!!!

JULIETA

Quiero agradecer a mi familia y en especial a Papá y a Mamá, por el apoyo, la confianza, el amor, la comprensión y la protección que me brindaron a lo largo de toda mi vida. Gracias a ustedes soy lo que soy. A Juan y Petty, por estar tan orgullosos de mí y por tantos caramelos y galletitas.

A Aure, por generar en mí esta vocación y por tantos juegos, experiencias y vivencias compartidas. Quiero que sepas que te quiero mucho.

A Apolos e Hipólito, las dos personitas a las que amo con toda mi alma.

A todos mis familiares marplatenses, por hacer tan grata mi estadía y por enseñarme a querer esta ciudad.

A mis amigas y amigos, Paula, Euge, Carla, Mara, Ivi, Jime, José, Tuca, Neto, Ardy y tantos otros con los que compartí y comparto los momentos más hermosos de mi vida.

A ustedes JULI y LAU, compañeras, amigas y hermanas de ruta. Gracias por permitirme conocer lo maravillosas, divertidas e inteligentes personas que son. Si hay algo que valoro en este momento de mi vida es tenerlas al lado. Las quiero muchísimo y les deseo de corazón que todos sus sueños se cumplan.

A Cecilia Signorini de Prieto, Terapeuta Ocupacional gracias a quien conocí esta maravillosa profesión.

A Milagros.....

Y... a la VIDA por darme todos estos regalos.

LUCIANA

ÍNDICE ANALÍTICO

	Página
➤ 1)INTRODUCCIÓN.....	1
➤ 2)ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN.....	4
➤ 3) PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO	
➤ CAPÍTULO I	
3.1)- <u>Síndrome de Negligencia Unilateral</u>	
3.1.1 Introducción.....	13
3.1.2 Definiciones.....	14
3.1.3 Teorías Explicativas.....	15
3.1.4 Clasificación y Características.....	26
3.1.5 Fisiopatología e Incidencia.....	29
➤ CAPÍTULO II	
3.2)- <u>Evaluación en Terapia Ocupacional</u>	
3.2.1 Conceptos.....	32
3.2.2 Clasificaciones.....	33
3.2.3 Procedimientos.....	34
3.2.4 Modelo de Performance Ocupacional.....	35
3.2.5 Evaluación del Desempeño Ocupacional.....	37
3.3) <u>Tests de Evaluación específicos para Síndrome de Negligencia Unilateral</u>	
3.3.1 Introducción.....	40
3.3.2 Presentación de los Tests.....	41
➤ CAPÍTULO III	
3.4)- <u>Propuesta: Escala de Catherine Bergego (C.B.S.)</u>	
3.4.1 Introducción.....	57
3.4.2 C.B.S.: una Evaluación Funcional de Negligencia Unilateral.....	58
3.4.3 Validación de la C.B.S.....	62
3.4.4 Relación de la C.B.S. con otros Tests de Evaluación.....	65
3.4.5 Conclusión.....	70
➤ 4) SEGUNDA PARTE: ASPECTOS METODOLÓGICOS.	
4.1 Problema.....	71

4.2	Objetivos.....	72
4.2.1	Objetivo General.....	72
4.2.2	Objetivos Específicos.....	72
4.3	Variables.....	73
4.3.1	Variable Principal: Definición Científica y Definición Operacional.....	73
	- Dimensionamiento de la Variable.....	78
4.3.2	Variables Intervenientes.....	79
4.4	Técnica de Medición.....	80
4.5	Tipo de Estudio y Diseño.....	85
4.6	Enfoque.....	85
4.7	Universo de Estudio.....	85
4.7.1	Población.....	86
4.7.2	Muestra.....	86
	- Criterios de Selección de la Muestra:	
	* Criterios de Inclusión y Criterios de Exclusión.....	87
4.8	Prueba Piloto.....	88
4.9	Análisis de los Datos.....	89
➤	5) TERCERA PARTE: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	90
➤	6) CONCLUSIONES.....	156
➤	ANEXO I.....	163
	- Cuestionario	
➤	ANEXO II.....	178
	- Escala de Catherine Bergego (C.B.S)	
➤	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	192
➤	BIBLIOGRAFÍA GENERAL.....	194

1) INTRODUCCIÓN

El **Síndrome de Negligencia Unilateral** se caracteriza, fundamentalmente, por la dificultad de reconocer estímulos visuales, auditivos y táctiles, objetos o parte de objetos, espacios físicos familiares y el propio cuerpo, en el lado espacial opuesto a la lesión producida en un hemisferio cerebral, habitualmente el derecho, en ausencia de déficits sensoriales o motrices elementales. En algunas ocasiones, el fenómeno suele acompañarse de un desconocimiento del mismo por parte de la persona.

Este síndrome produce un gran impacto en el desempeño ocupacional, y específicamente en el desarrollo de las actividades de la vida diaria y actividades instrumentales.

x ^{objetivos} Uno de los objetivos principales del Terapeuta Ocupacional es el de mejorar la calidad de vida, en relación a la salud, en sus dimensiones física, psicológica y social (O.M.S.), y particularmente, favorecer el máximo nivel de independencia e integración de la persona al entorno. Dicha concepción brinda el fundamento para la participación del profesional en el proceso de rehabilitación de pacientes que presenten el Síndrome de Negligencia Unilateral.

Publicaciones científicas recientes, tales como la revista *Physical Therapy* (Plummer, P.; Morris, M; Dunai, J; 2003) y *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* (Pierce, S.; Buxbaum, L; 2002), relatan la frecuencia de este síndrome en pacientes que han sufrido lesiones cerebrales, ya sea debidas a accidente cerebro vascular, traumatismo encéfalo craneal, tumores, entre otras, e indican una incidencia mayor cuando las mismas se presentan en el hemisferio cerebral derecho (Bisiach y cols, 1979; Heilman y cols, 1983; Mesulam,

1987; Wilson y cols, 1991; Halligan y cols, 1993; Grieve, J. 1994). La práctica profesional cotidiana, sin embargo, evidencia la escasa presentación de pacientes con Síndrome de Negligencia Unilateral.

Una posible respuesta a esta contradicción entre teoría y práctica, sería que el síndrome como tal, con *todos* los signos y síntomas que lo integran, no resulta frecuente, ya que aparecen a menudo pacientes con *algunas* características negligentes y por lo tanto no se consideran como exponentes del mismo.

Otra alternativa hipotética que surge para explicar la situación ya mencionada estaría basada en el concepto del *paradigma kuhniano: las cosas existen si las sabemos mirar*, y ampliándolo un poco más diríamos, *si las sabemos nominar*. Lo que se plantea es que los T.O. y Licenciados en T.O. observarían comportamientos negligentes pero no les adjudicarían el título de Síndrome de Negligencia Unilateral.

En todas las disciplinas de la salud, generalmente la evaluación constituye el primer paso para planear un tratamiento efectivo; desde Terapia Ocupacional el interés radica en relacionarlo con las expectativas del paciente por lo que la evaluación hace hincapié en la naturaleza del desempeño individual en toda su complejidad (lo que la persona hace, lo que necesita hacer y lo que ella quiere hacer).

Es así que, el objetivo principal de este estudio es el de indagar sobre los **Tests de Evaluación específicos para Síndrome de Negligencia Unilateral considerados de uso por los T.O. y Licenciados en T.O.** que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica con pacientes adultos y adultos mayores. No se busca dar

una respuesta acabada a esta problemática, más bien se intenta brindar una primera aproximación al dilema teórico práctico al que se ha hecho referencia en párrafos anteriores.

Además, en este trabajo, se presenta información sobre la existencia de un instrumento de evaluación estandarizado específico para el Síndrome de Negligencia Unilateral, Escala de Catherine Bergego (C.B.S.), construida en Francia por Bergego C., Azouvi P., Samuel C. y cols. (1995) cuyas profesiones son Terapeuta Ocupacional, Médico Neurólogo y Psicólogo. Es interesante resaltar, que hemos logrado contactarnos, por medio de correo electrónico, con uno de los autores de la escala, Azouvi P., y el mismo nos ha enviado desde Francia la escala completa, información con respecto a la misma y al Síndrome de Negligencia Unilateral.

Consideramos de suma importancia a la C.B.S., sobre todo de utilidad para la comunidad de T.O., ya que el nodo de evaluación planteado en la misma es el desempeño ocupacional del paciente (A.V.D.) lo que permitiría un reconocimiento, rápido, sencillo y claro, de esta patología, y contribuiría en el proceso de planificación de un tratamiento precoz y efectivo en Terapia Ocupacional.

2) ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

La falta de datos específicos en relación a nuestra variable principal de investigación, *Tests de Evaluación específicos para Síndrome de Negligencia Unilateral* considerados de uso por los T.O. y Licenciados en T.O., nos lleva a presentar publicaciones referentes a un aspecto de la misma, a saber: *Tests de Evaluación específicos para Síndrome de Negligencia Unilateral*.

De la búsqueda efectuada en el *Centro Médico* de la ciudad de Mar del Plata, a través del *Medline*, se hallaron las siguientes publicaciones:

Buxbaum, L.J., Ferraro, M.K., Veramonti, B.A., Farne, A., Whyte, J., Ladavas, E., Frassinetti, F., Coslett, H.B., en Neurology de marzo de 2004 realizaron un estudio referente a la evaluación de Negligencia Hemiespacial. El objetivo de dicho estudio fue evaluar la frecuencia de los subtipos de Negligencia Unilateral: Motora, Perceptual, Peripersonal y Personal.; la asociación del fenómeno con otros déficits; y los sustratos neuroanatómicos acompañantes. Se utilizó la siguiente batería de tests: Test de las Campanas y cuatro subtests del Test de Inatención Conductual (B.I.T.): Cancelación de Letras, Exploración de Dibujos, Lectura de Párrafo y Bisección de Líneas. También utilizaron pruebas específicas para evaluar componentes sensorio-motores y atencionales.

Los autores evaluaron a 166 pacientes con Accidentes Cerebro Vasculares derechos. En relación a los resultados, se presentó Negligencia en el 48% de los pacientes. La Negligencia Personal ocurrió en el 1% y la Negligencia Peripersonal en el 27%, mientras que la Negligencia Motora se presentó en un 17 % y la Negligencia Perceptual en un 21%.

Las conclusiones de este estudio señalan que la Negligencia es un síndrome relativamente frecuente en A.C.V. derechos y que el fenómeno posee subtipos que lo constituyen y estos varían según la severidad y localización de las lesiones cerebrales.

Plummer P.; Morris M.; Dunai J.; en Physical Therapy de agosto de 2003 realizaron un artículo en relación a la Evaluación de Negligencia Unilateral. Aquí señalan que los pacientes pueden tener un tipo de Negligencia o la combinación de comportamientos negligentes. Esta gran variedad de presentaciones clínicas fundamenta la necesidad de utilizar una batería de tests para identificar los desórdenes en los pacientes. Dicha batería debe incluir medidas para todos los tipos de Negligencia.

Estos autores remarcan que tradicionalmente la evaluación de Negligencia Unilateral en la clínica incluye el uso de los tests de “papel y lápiz”: bisección de líneas, tareas de cancelación, copios y dibujos. Estos test son simples y fáciles de administrar. A su vez señalan el Test de Inatención Conductual (B.I.T.), como una batería completa de pruebas para evaluar Negligencia visual; y la Escala de Catherine Bergego (C.B.S.), que incluye la observación y la evaluación del paciente negligente desempeñándose en actividades de la vida diaria. Por último, indican que toda la información rescatada de todos estos tests puede ser utilizada para planear la intervención y el entrenamiento funcional.

Azouvi P.; Olivier S.; Godeleine M.; Samuel C.; Louis- Dreyfus A.; Tesio L., en Archives of Physical Medicine & Rehabilitation de agosto de 2003 realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar las Propiedades Psicométricas de la Escala de Catherine Bergego, como instrumento de evaluación para Síndrome de Negligencia Unilateral. Dicho estudio se realizó con pacientes que concurrían a la Unidad de Rehabilitación del Hospital Universitario

“Raymond Poincaré” en Garches, Francia. La C.B.S. fue usada para evaluar el comportamiento negligente y la anosognosia.

La sensibilidad de la escala fue comparada con tres de los tests utilizados convencionalmente (de “papel y lápiz”). Los resultados del estudio, realizados a través de estadísticas específicas y del “Rasch Análisis”, señalan que la evaluación comportamental de la C.B.S. es más sensitiva que los test convencionales, y que la anosognosia se correlaciona significativamente con la presencia de Negligencia severa. Y sugieren que la C.B.S. es confiable y válida, y que los ítems que la conforman son constructos homogéneos.

Mark V., en *Frontiers in Bioscience* de 2003 revisa los Aspectos Funcionales agudos y crónicos de la Negligencia espacial Unilateral y su incidencia en las pruebas de evaluación de “papel y lápiz”, en el B.I.T. y en el desempeño de las actividades de la vida diaria. El autor señala que generalmente la Negligencia puede interferir con la rutina de las A.V.D. En este artículo lo “funcional” se refiere a toda actividad voluntaria que incluye el auto-cuidado, la alimentación, la locomoción, la interacción social y la auto-satisfacción. El autor señala que los reportes de evaluación de Negligencia, después del accidente cerebro vascular, aproximadamente se hacen dentro del primer mes; y que es bien conocido que los comportamientos negligentes pueden persistir en el tiempo, pero indica que en realidad las distinciones entre la Negligencia aguda y crónica aun no están comprensivamente estudiadas.

Appelros, P.; Nydevik, I.; Karlsson GM. ; Thorwalls A.; Seiger A., en *Disability Rehabilitation* de mayo de 2003 investigan la naturaleza de cada signo de Negligencia Unilateral analizando los tests que evidenciaron a los mismos, en 131 pacientes que sufrieron el primer accidente cerebro vascular. Como método de evaluación utilizaron una batería de

tests para Negligencia visuo- espacial, Negligencia personal y anosognosia. A esto se le sumó una evaluación clínica. Las conclusiones halladas señalan que los tests standard de Negligencia no cubren todas las formas clínicas de presentación de la misma. Por lo tanto, no se puede realizar un diagnóstico de Negligencia certero con estos tests.

García Peña M. y Sánchez Cabeza A., en un trabajo presentado en el **II Congreso Internacional de Neuropsicología en Internet en mayo de 2003** analizan la implicancia de los déficits perceptivos y práxicos en la adecuada ejecución de las Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.) y realizan una revisión de las pruebas de evaluación específicas y técnicas de intervención empleadas en el entrenamiento de pacientes con traumatismo cráneo encefálico. Dentro de las alteraciones perceptivas más frecuentes, destacan la Negligencia Unilateral considerando a la misma como un síndrome con manifestaciones variadas, de fundamental importancia, debido a las grandes limitaciones funcionales que experimentan los sujetos que lo sufren así como el peor pronóstico para su rehabilitación.

Dentro de los tests utilizados para la evaluación de este síndrome mencionan: Test de bisección de líneas (Schenkenberg y cols.; 1980), Tests de Cancelación (Mesulam 1985), Test de Inatención Unilateral (Toglia, 1991), Test de lectura de párrafo (Caplan, 1987) y Test de Inatención Conductual (B.I.T.) (Wilson y cols.; 1987). Subrayan la importancia de este último para proporcionar información relevante sobre cómo esta alteración afecta el desempeño del paciente en sus A.V.D. Como conclusión, indican que las alteraciones en los procesos perceptivos y práxicos, constituyen un amplio porcentaje de los déficits que presentan los pacientes con T.E.C. en el desarrollo de una vida independiente.

Schendel, KL. y Robertson, LC., en Journal of Clinical Experimental Neuropsychology, en Octubre de 2002 buscan resaltar la importancia de la medición de los tiempos de reacción en pacientes que han sufrido daño cerebral y que presentan como secuela Negligencia Unilateral y extinción. Refieren que utilizar la medición de los tiempos de reacción en este tipo de pacientes brinda al profesional datos sobre déficits visuo-espaciales, fundamentando su inclusión en la evaluación neuropsicológica clínica y experimental.

Ricci R. y Chatterjee A., en Neuropsicología de 2001 realizaron un estudio indicando que los pacientes con Síndrome de Negligencia Unilateral, evaluados a través del Test de bisección, frecuentemente tienden a marcar las líneas horizontales presentadas en el lado derecho. Los autores de este artículo señalan que esta bisección es afectada por el largo de las mismas y que los pacientes cruzan y seccionan líneas cortas. Y también remarcan que la línea es biseccionada más lejos hacia la izquierda cuando es precedida por una línea larga y más lejos hacia la derecha cuando es precedida por una línea corta.

Allegri R. F. en una conferencia presentada en el **1er Congreso Virtual Iberoamericano de Neurología en el año 1998** realiza un análisis de las bases neurológicas, de la fisiopatología, clasificación y evaluación de Negligencia Unilateral. El autor menciona, dentro de las pruebas de evaluación más comúnmente utilizadas, las siguientes: Test de Cancelación de letras, Test de Bisección de líneas, Dibujo a la orden y a la copia y evaluación por medio de la representación mental.

Kim M.; Anderson J.M.; y Heilman K.M., en Neurology de octubre de 1997 publicaron una investigación en la cual se compara la exploración visual de pacientes con Negligencia Unilateral, con respecto a un grupo control compuesto por individuos sanos, utilizando como prueba el Test de Bisección de líneas. Se utilizó como instrumento de testeo de los sujetos evaluados, un ojo infrarrojo de monitoreo. Mediante este estudio pudieron establecer que las personas con Negligencia Unilateral presentaban dificultades en la exploración de líneas, hecho que puede atribuirse, según los autores, a un déficit ocular intencional (motor).

Bachman L.; Fein G.; Davenport L.; y Price L., en Archive Clinical of Neuropsychology, en noviembre de 1993 publicaron un estudio con el objetivo de comprobar la validación del Test de Lectura de párrafo para la evaluación de Heminegligencia izquierda, correlacionándolo con el nivel de educación del paciente. El mismo fue administrado en 50 sujetos con lesión del hemisferio derecho, que presentaban Negligencia Unilateral de acuerdo a los resultados de otras baterías de prueba realizadas anteriormente. Los datos obtenidos demostraron que el desempeño en la resolución del test no tenía relación con el nivel de educación (los pacientes con un nivel de educación formal mínima, eran capaces de completarlo). Además, se comprobó que el test era válido y sensible para detectar la presencia de Negligencia Unilateral y para determinar el nivel de recuperación del paciente a través del tiempo.

De la búsqueda efectuada en la *Biblioteca Central del Hospital Privado de Comunidad*, respecto a los Tests de Evaluación específicos para pacientes que presentan

Síndrome de Negligencia Unilateral, se hallaron las siguientes publicaciones referidas al tema:

Hartman-Maeir A.; y Katz N., en The American Journal of Occupational Therapy, de junio de 1995 realizaron un estudio de validación del Test de Inatención Conductual (B.I.T). Específicamente se centraron en los nueve subtests de comportamiento. El estudio se realizó con pacientes que habían sufrido A.C.V. derechos, concurrentes a Hospitales y Centros de Día de Jerusalem, Israel. En dicho estudio, los autores señalan que los resultados de siete de los nueve subtests comportamentales del B.I.T. se diferencian significativamente entre pacientes que presentan Negligencia Visual y aquellos sin este déficit. Y que seis de los nueve subtests comportamentales se correlacionan con tareas de desempeño o ítems de actividades de la vida diaria. Como conclusión, el estudio apoya la validación constructiva y predictiva de la mayoría de los subtests de comportamiento del B.I.T. como mediciones funcionales de Negligencia Unilateral, y señalan que el mismo es recomendado para ser usado por los Terapistas Ocupacionales.

Kinsella, G. Packer, S.; Ng, K.; Olver, J.; y Stark, R., en Neuropsychological Rehabilitation en 1995 estudian tareas utilizadas para evaluar la Negligencia Unilateral con la finalidad de describir tres niveles de disfunción: el sensorial, el de reconocimiento de estímulos en el espacio externo, y el representacional o nivel de imaginería espacial. Para este fin evalúan 40 pacientes con accidente cerebro vascular en hemisferio derecho. El nivel sensorial se evalúa mediante el reconocimiento de estímulos aplicados bilateralmente; éstos pueden ser de modalidad visual, táctil, y auditiva. La tarea que se utiliza es la "extinción". El nivel de reconocimiento de estímulos en el espacio externo se manifiesta con las tareas de cancelación y la bisección de líneas. Mientras que el nivel representacional se evalúa mediante el dibujo.

Las conclusiones son las siguientes: las dificultades presentes en el nivel de reconocimiento de estímulos externos es el síntoma más común de Negligencia; fallas en el nivel sensorial son poco frecuentes en el período crónico; y por último, que el nivel representacional es el más conservado en los pacientes negligentes hallándose una correlación entre déficits en este nivel y la observación de comportamiento negligente en las actividades de la vida diaria.

Kageyama, S.; Imagase, M.; Okubo, M.; Takayama, Y., en *The American Journal of Occupational Therapy* en marzo de 1994 indican que la Negligencia Unilateral es evaluada sistemáticamente en pacientes con daño cerebral sólo en su aparición horizontal. Estos autores plantean que la aparición de Negligencia en un plano vertical y radial debe ser tomada en cuenta en el momento de la evaluación ya que pueden ser causantes de dificultades en actividades cotidianas del paciente. El procedimiento utilizado para evaluar la aparición de Negligencia Unilateral en el plano vertical y radial es el test de bisección de líneas; las mismas se presentaron a lo largo de tres ejes ortogonales cada uno de los cuales consiste en una condición: la condición vertical, condición radial, y condición horizontal.

Las conclusiones a las que arriban estos autores es que la utilización del test de bisección de líneas en las distintas condiciones ya mencionadas pone de manifiesto que algunos pacientes con daño cerebral presentan Negligencia espacial vertical o radial. A su vez refieren que pacientes con severa Negligencia izquierda en el plano horizontal tienden a manifestar severa Negligencia vertical.

De la búsqueda realizada en la *Biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, UNMDP*, acerca de los Tests de Evaluación específicos para pacientes que presentan Síndrome de Negligencia Unilateral, se obtuvo la siguiente investigación:

Alí A. H.; Pensa M. A.; Salomón V. A., en su Tesis de grado de Lic. en T.O. publicada en diciembre de 1995 intentaron determinar cuál era la frecuencia de permanencia crónica de Negligencia Unilateral visual, en pacientes adultos con A.C.V., utilizando como método de evaluación el Test de Inatención Conductual o B.I.T. Correlacionaron, además, la presencia de este síndrome según sexo, edad, localización de la lesión y tiempo de evolución de la misma. La aplicación de la batería de prueba anteriormente mencionada, les permitió detectar la presencia de Negligencia Unilateral en un 22% de los pacientes. Se hallaron diferencias significativas en relación a las siguientes variables: localización de la lesión (mayor frecuencia en región temporo – parietal) y edad (más frecuente entre 45 y 60 años). A partir de los resultados obtenidos, las autoras sugieren y recomiendan la inclusión del B.I.T. en la evaluación de pacientes con A.C.V. derecho.

PRIMERA PARTE
MARCO CONCEPTUAL

CAPÍTULO I

3) MARCO TEÓRICO:

3.1) Síndrome de Negligencia Unilateral:

3.1.1 Introducción

En el presente capítulo describiremos al Síndrome de Negligencia Unilateral; desarrollando algunas definiciones, teorías explicativas, clasificaciones, características e información relacionada a la fisiopatología e incidencia del fenómeno.

Iniciamos este recorrido teórico, presentando el caso clínico de un paciente con Negligencia Unilateral:

“M. L., paciente masculino de 58 años, portador de cáncer de pulmón, ingresa al hospital con un cuadro de estupor postconvulsivo. La crisis había sido de comienzo focal en la mano izquierda y luego de una progresión jacksoniana, se había generalizado.

En el momento del ingreso, el paciente presentaba hemiparesia de Todd de la que se fue recuperando gradualmente.

En el curso de los días, algunos fenómenos llamaron poderosamente la atención; al acostarse, el sujeto solía dejar péndulo al costado de la cama su miembro superior izquierdo, y a veces, mientras estaba en decúbito dorsal, mantenía durante un tiempo prolongado su antebrazo y su mano izquierdos bajo la espalda, sin que aparentemente le molestara esta incómoda posición.

Se observaba menor iniciativa motora del hemicuerpo izquierdo, aunque la fuerza segmentaria de ese lado impresionaba como normal.

También llamaba la atención el aspecto general del paciente: la pulcritud y el aseo del hemicuerpo derecho se contraponía con el desaliño del hemicuerpo izquierdo. La mitad izquierda de la cara no estaba afeitada y el cabello de ese lado estaba sin peinar.

Al vestirse, colocaba correctamente el brazo derecho en la manga de su saco, pero era incapaz de hacer lo mismo con el brazo izquierdo, o ni siquiera intentaba hacerlo. En ocasiones se comprobaba que se había calzado el pie derecho pero no el izquierdo. Cuando caminaba, embestía con frecuencia objetos y personas con el hemicuerpo izquierdo.

Sospechando la existencia de una hemianopsia, se colocaron ocho objetos delante suyo y se le pidió que levantara uno por uno. Después de levantar los cuatro de la derecha, al llegar al cuarto, directamente frente a él, dio por terminada la tarea. Reiteró en varias ocasiones que la había concluido, pese a las instancias del examinador, que insistía en que tomara los que estaban a la izquierda (el paciente reconocía bien la derecha de la izquierda).

En el cuarto oscuro, se le indicó que mirara bien al frente y se lo iluminó con un oftalmoscopio desde distintos puntos de ambos hemicampos. Se investigaron ambos ojos por separado y simultáneamente. Se le pidió que si veía alguna luz la señale, cosa que realizó siempre exitosamente. Pero, siempre con la mirada al frente, al iluminar ambos ojos con los dos oftalmoscopios ubicados uno en el hemicampo visual derecho y otro en el izquierdo, señala únicamente el derecho.

Lo mismo ocurría cuando se colocaban ambos oftalmoscopios en el hemicampo derecho, en el mismo plano horizontal. En este caso el paciente dejaba de percibir el colocado más hacia la línea media.

No se registraron trastornos sensitivos, pero al estimular simultáneamente con pinchazos hacia la derecha e izquierda, el paciente reconocía únicamente el de la derecha.

Se le presentó una línea horizontal y se le pidió que la cortara con una vertical en su punto medio. Lo efectuó pero por separado el cuarto lateral derecho del cuarto medial derecho. Los dibujos copiados eran llamativos por su riqueza en los detalles a la derecha y su pobreza en la mitad izquierda. Al pedirle que describiera una figura con imágenes significativas a la izquierda y a la derecha, omitió totalmente la descripción de las primeras. No pudo corregirse ni por la indicación del examinador ni variando la ubicación de la lámina (al frente o a la derecha del paciente)

Los estudios complementarios permitieron descubrir una imagen en el lóbulo parietal derecho, probablemente metastásica, con importante edema perilesional.

Los hallazgos descritos llaman la atención en un paciente que no presenta alteraciones visuales, sensitivas ni motoras, actúa como si su ámbito espacial y corporal izquierdo hubiese sido amputado, y su realidad total, reducida a un hemimundo derecho”.¹

3.1.2 Definiciones

En esta sección, presentamos algunas definiciones conceptuales en relación al Síndrome de Negligencia Unilateral (S.N.U.), propuestas y desarrolladas por diferentes autores.

El Síndrome de Negligencia Unilateral, cuyas primeras descripciones se atribuyen a Hughlings Jackson (1876) y a Antón (1893), se define como la dificultad del paciente para detectar, referir, orientarse o responder a estímulos presentados contralateralmente a una lesión cerebral en ausencia de trastornos sensitivo-sensoriales o motrices elementales. (1)

Por lo tanto, existe un déficit en la integración de las percepciones del lado izquierdo del cuerpo o del ambiente, influyendo en el desempeño de las funciones y actividades diarias de la persona. (2)

En la Negligencia Unilateral, el problema no está en percibir sino que la persona falla por alguna razón en darse cuenta o responder a objetos o situaciones que ocurren en un lado determinado. (3)

¹ Azcoaga J. y cols.; “Las Funciones Cerebrales Superiores y sus Alteraciones en el niño y en el adulto”; Bs. As.; 2da.edición; Edit. Paidós; 1997; Cap. 10; Pág. 198-199.

El fenómeno de Negligencia de un lado del espacio o Negligencia Unilateral no es un déficit aislado sino mas bien un síndrome con características que aparecen asociadas. (4)

La Negligencia Unilateral, hemiinatención, extinción, supresión, agnosia para la mitad izquierda del espacio, son diferentes denominaciones que apoyadas en distintas concepciones fisiopatológicas, se refieren a un mismo fenómeno. (5)

3.1.3 Teorías Explicativas

“La Negligencia no es un trastorno unitario, sino que comprende muchas formas distintas; por esta razón no podemos esperar que haya una teoría en la que encajen todos los datos.”² No obstante, podemos examinar y evaluar algunas teorías y llegar a conclusiones provisionales sobre como ocurre este enigmático fenómeno. (6)

Esta necesidad de abordar la heterogeneidad del síndrome nos obliga a profundizar en los diferentes mecanismos que están implicados en las manifestaciones sintomáticas de la Negligencia.

Cabe señalar que estas teorías constituyen mas bien hipótesis que intentan describir este fenómeno tan complejo; sin existir actualmente un consenso teórico en relación a los factores intervinientes.

En realidad, “...la posibilidad de que pueda desarrollarse una única teoría de la Negligencia es improbable, dada la diversidad de déficits que están siendo descubiertos.”³

Se han propuesto una serie de teorías explicativas en relación al S.N.U., desarrolladas y postuladas por diversos autores. Estas son:

² Parkin, A.; “*Exploraciones en Neuropsicología Cognitiva*”; Madrid; 2da. edición; Edit. Médica Panamericana; 1999; Cap. 5; Pág. 106.

³ *Ibid.* Pág. 122.

❖ Teoría Atencional

Esta teoría es la más aceptada y sostiene que existe un déficit en la atención, que tiene como resultado que la parte izquierda del mundo se explore inadecuadamente. El fundamento de esta teoría sostiene que cada hemisferio tiene un sesgo para orientar la atención al espacio contralateral y que, en individuos sanos, existe un equilibrio entre estos dos sesgos opuestos. (3)

La teoría Atencional-Intencional (Heilman 1979, 1993) explica los fenómenos observados debido a las fallas para “atender” (detectar) o iniciar el movimiento apropiado hacia estímulos en el espacio contralesional. La misma asume que “...el hemisferio derecho es dominante para las funciones y habilidades visuoespaciales y visuoespaciales por lo que ejercería control bilateral de los fenómenos atencionales en esta modalidad, a diferencia del hemisferio izquierdo, que solo controlaría el hemiespacio derecho. Las lesiones derechas solo manifestarían déficit a la izquierda, mientras que las izquierdas no producirían déficit.”⁴

Esta teoría sugiere que debido al daño en el hemisferio derecho, el hemisferio izquierdo domina el procesamiento atencional dando como resultado un sesgo hacia el lado derecho. (6)

También se remarca que el hemisferio izquierdo asigna primordialmente atención a los detalles individuales, mientras que el hemisferio derecho dirige la atención hacia los aspectos más globales. Y se piensa que en la Negligencia, el daño en el hemisferio derecho altera el mecanismo global de la atención y produce un sesgo hacia la derecha, dirigiéndose

⁴ Ollari, J. A.; “El Síndrome de Negligencia Unilateral”; Primer Congreso Internacional de Neuropsicología en Internet Nov-Dic de 1999; [en línea] <<http://uninet.edu.htm>> [Consulta 2- 2004] Pág. 11.

la atención a los aspectos mas detallados de los estímulos como consecuencia de la dominancia del hemisferio izquierdo. (6)

Dentro de la teoría Atencional, este sesgo puede describirse en términos de marcos de referencia centrados en el observador o centrados en el objeto. Existen teorías actuales sobre el reconocimiento de objetos, en donde diferencian entre el reconocimiento basado en representaciones centradas en el observador y centradas en el objeto. En la primera, la derecha y la izquierda se definen en función hacia donde esta mirando el sujeto al objeto. En la segunda, la izquierda y la derecha del objeto se define en términos del propio objeto en lugar de la perspectiva del observador. (6)

Autores como Young, DeHaan y Hay (1990) indican que la Negligencia del lado izquierdo no siempre implica ignorar el hemiespacio izquierdo. Existen hallazgos que parecen indicar que la Negligencia generalmente se produce en el nivel de la representación centrada en el objeto, así como que la izquierda y la derecha de un objeto están determinadas por su eje principal. Es decir, ocurre en un nivel de análisis en el que los objetos individuales han sido identificados dentro del campo visual respecto de su posición dentro del hemiespacio derecho o izquierdo. (6)

La idea de que la Negligencia implica alguna forma de déficit atencional nos ayuda a entender una variedad de fenómenos asociados a este trastorno. Se sabe, por ejemplo, que los déficits en la bisección de una línea pueden reducirse si se coloca un estímulo en el extremo ignorado de la línea. (6)

Riddoch y Humphreys (1983) señalaron que esta tendencia de desplazarse hacia el lado derecho de la línea en el test de bisección, podía "...reducirse si se presentaba un estímulo, un dígito, por ejemplo, en el extremo del lado izquierdo de la línea, pero esta ayuda

solo era efectiva cuando se solicitaba de los pacientes que informaran de su presencia; la mera presencia de este estímulo no era suficiente para reducir la Negligencia. Riddoch y Humphreys distinguen entre los aspectos automáticos de la orientación atencional, que deberían ser manifestados por la mera presencia del indicio, y las demandas de atención deliberada (voluntaria), puestas en juego cuando se ha de informar de la presencia del estímulo. Dado que las ayudas sólo eran efectivas cuando tenía que comunicarse su presencia, estos autores sugieren que la Negligencia podría implicar una alteración más severa de los aspectos automáticos de la orientación de la atención que de los aspectos deliberados.⁵

❖ Teoría de las Redes Neurales

La teoría de las Redes Neurales (Mesulam 1981, 1984, 1990) presupone que las distintas manifestaciones de la Negligencia Unilateral se deben al “compromiso de distintas estructuras que sirven a la función atencional”⁶. Cada una de ellas aporta distintas cualidades a la misma (perceptiva, exploratoria-motriz, motivacional) y se integran en una red ampliamente interconectada. (1)

Mesulam planteó la hipótesis de que existe una alteración en la red atencional. La misma estaría conformada por las siguientes estructuras neuroanatómicas: corteza parietal posterior (representación sensorial interna), la corteza límbica y cingular (representación motivacional), la corteza frontal (coordinación de programas motores de exploración) y la formación reticular (nivel de alerta). La lesión de alguna de estas áreas o sus conexiones subcorticales podría generar una conducta de heminegligencia. (1)

⁵ Ellis, A. W.; Young, A.; “*Neuropsicología Cognitiva Humana*”; Barcelona; 1ra edición; Edit. Masson; 1992; Cap. 3; Pág. 79.

⁶Ob. Cit; Ollari, J. A...; Pág. 11.

Es interesante resaltar que, si bien el nombre de la Teoría hace hincapié en las Redes Neurales (interconexiones), se evidencia a lo largo de la misma, como hipótesis para explicar la Negligencia Unilateral la posibilidad de compromisos a nivel de las estructuras (relacionadas a la función atencional).

❖ **Teoría de la Rivalidad Hemisférica**

La teoría de la Rivalidad Hemisférica definida por M. Kinsbourne (1993), señala que hay centros en el cerebro para la orientación hacia la derecha y hacia la izquierda, los que están en interacción inhibitoria mutua. Cabe señalar que el Hem. derecho se orienta hacia los estímulos del hemicampo derecho e izquierdo; y el Hem. izquierdo solo se orienta hacia el hemicampo derecho.

Kinsbourne indica que la Negligencia se basa en una incapacidad selectiva de uno de los dos sistemas de orientación lateral y que el estímulo ubicado en el hemicampo izquierdo no se percibe ya el hemisferio derecho no lo advierte. Este autor hizo hincapié en la naturaleza "direccional" del comportamiento en el espacio. Los individuos diestros normales tienen el Hem. Izq. dominante y presentan una orientación a la derecha más marcada que la orientación a la izquierda del Hem. Der. Por esta razón, se supone que las lesiones del H.D. liberan al H.I., prevaleciendo la Negligencia a la izquierda con un sesgo direccional a derecha. Mientras que las lesiones del H.I. liberan al H.D. sin producirse Negligencia ni sesgo. (5)

❖ **Teoría Representacional**

La teoría Representacional (Bisiach & Luzzatti, 1978) señala que "...el déficit compromete a la construcción de representaciones mentales. Desde el punto de vista de Bisiach, la Negligencia se debe a una alteración en una estructura espacial interna que

interfiere después en la habilidad del paciente para formar una representación mental del lado izquierdo del espacio real o imaginado.”⁷

“Bisiach y cols. pedían a sus pacientes (italianos) que imaginaran que estaban en la plaza mayor (piazza del Duomo) de Milán, frente a la catedral y que describieran lo que serían capaces de ver. Las descripciones dadas por los pacientes con Negligencia izquierda incluían fundamentalmente los edificios situados en el lado derecho de la plaza desde la perspectiva imaginada por los pacientes, mientras que no se describían los edificios del lado izquierdo de la plaza. Esta Negligencia del lado izquierdo de una imagen mental es un fenómeno extraordinario. A continuación se pedía a los pacientes que describieran la plaza desde una perspectiva diferente; tenían que imaginarse a sí mismos situados en los escalones de la catedral, mirando hacia el lado opuesto. Inmediatamente los pacientes describían los edificios que habían negligido en la primera descripción, porque ahora se hallaban en la parte derecha de su visión imaginada, y omitían los que ahora quedaban a la izquierda. Esta ingeniosa situación de control demuestra con claridad que la memoria de los pacientes sobre los edificios esta intacta. Por tanto, omiten en sus descripciones edificios que de hecho saben que están allí.”⁸

Este estudio demostró que “... a pesar de que conocían la posición de estos edificios, como se ponía de manifiesto por su habilidad para describir aquellos previamente omitidos cuando imaginaban que estaban mirando en la dirección opuesta. Por tanto, su conocimiento espacial en relación con la disposición de los edificios alrededor de la plaza estaba intacto

⁷ Ob. Cit.; Ellis, A. W.; Young, A; Pág. 80.

⁸ Ibid; Pág. 79.

pero su Negligencia interfería en su habilidad para expresar este conocimiento en la tarea elegida.”⁹

❖ **Teoría Premotora**

La teoría Premotora, postulada por Rizzolatti (1990), señala que ciertos aspectos premotores de la programación de respuestas interactúan con los procesos de la atención dirigida en el espacio y responderían por los déficit observados en pacientes con negligencia.

(1)

Cabe señalar con respecto al rastreo bibliográfico en relación a la Teoría Premotora que se ha encontrado escasa información, la cual ha sido desarrollada en el párrafo anterior.

❖ **Teoría de Desafrentación**

La teoría de Desafrentación, presentada por K. Heilman y R. Watson, señala que el Síndrome de Negligencia es producido por un mecanismo combinado de defecto en la sensación y un estado mental alterado. (5) Interesa resaltar aquí, que el concepto “estado mental alterado” no ha sido definido ni desarrollado por los autores de la teoría y que incluso se contrasta con trabajos realizados por otros autores tales como Chain F., Leblanc, M., Cutting J., Denny Brown D., y cols. Por lo tanto, se observa que existen diversas hipótesis con respecto a la característica de este estado mental, y se pone de relieve la significación variable que puede tener dicha expresión.

M B. Bender utiliza alternativamente los términos de hemi-inatención e impercepción para describir el fenómeno de heminegligencia. Este autor señala que decir extinción o supresión es, en alguna medida, un fenómeno activo de inhibición de un estímulo por otro,

⁹ *Ibid*; Pág. 81.

mientras que inatención es un término más amplio. Denota en principio un fenómeno pasivo o la incapacidad para atender a un estímulo. Bender señala justamente que los estímulos provenientes del lado anormal interactúan con los que provienen del lado sano. Y así resulta el fenómeno de extinción del estímulo defectuoso. Todas las entradas, tanto del lado derecho como del izquierdo, son llevadas al campo sensorial sano. En tanto, uno no puede atribuir la hemiatención solamente a la lesión de un hemisferio o la hipotética pérdida de una función que reside en ese hemisferio, ya que hay actividad en el uso del cerebro. (5)

❖ **Teoría de Amorfosíntesis o del Déficit Perceptivo**

La teoría de Amorfosíntesis, o también llamada de Déficit Perceptivo, postulada por D. Denny Brown, J.S. Meyer y S. Herenstein, desarrolla el concepto de amorfosíntesis. La define como una alteración en la síntesis de múltiples datos sensoriales o cierto déficit en la calidad del proceso perceptivo. El lóbulo parietal suma o sintetiza las impresiones espaciales contralaterales, de manera tal que, como bien lo explica A. Luria, una lesión parietal produce un defecto en la síntesis de sensaciones táctiles individuales, que se desarrolla como resultado de la inhibición mutua de puntos de excitación, separados de la corteza sensorial general. (5)

Para estos autores, los trastornos de la atención son secundarios a los trastornos de la percepción. Los trastornos de la morfosíntesis y las alteraciones atencionales secundarias traen como consecuencia la pérdida de valor significativo de los estímulos del hemicampo y hemicuerpo izquierdo. Y consideran que la anosognosia, cuando ocurre, deriva de los mismos desordenes fisiológicos, pues le falta el elemento conceptual de las agnosias puras, es unilateral y regularmente asociada a la pérdida sensorial cortical, es decir, amorfosíntesis.

(5)

❖ **Teoría Agnósica**

La Teoría Agnósica, postulada por R. Brain, define la agnosia como la incapacidad para reconocer un objeto por una vía sensorial especial, aun cuando el paciente experimente los datos adecuados y pueda reconocer los mismos de otro sentido. Esta teoría resalta los déficits de reconocimiento de objetos propios del Síndrome de Negligencia Unilateral. (5)

Para Brain, el reconocimiento de un objeto no puede reducirse a un proceso perceptual “primario”, para el caso, “morfosíntesis”. Esta capacidad de reconocimiento sería posible por la “abstracción”, hecho que deriva de una variedad de correlaciones fisiológicas aprendidas. (5)

❖ **Teoría de las Alucinaciones Cinestésicas**

Como lo relata W. Heron en algunas investigaciones, los sujetos privados de todo estímulo que yacen en total aislamiento, presentaron alucinaciones variables, cinestésicas o táctiles. Este autor presenta como hipótesis para explicar estos fenómenos un funcionamiento anormal del cerebro ocasionado por una alteración de la función activadora de la sustancia reticular ascendente, generada, a su vez, por la insuficiencia de los estímulos sensoriales y por la monotonía del ambiente. (5)

La investigación relatada anteriormente, se traslada ahora para explicar que la alteración del esquema corporal en una persona con un hemicuerpo pléjico, produciría alucinaciones cinestésicas, misoplejia y tercer miembro fantasma. Según Hécaen, la presencia de dichas alucinaciones en las extremidades paralizadas constituye la base neurofisiológica de la anosognosia. La forma en que el paciente se conduce cuando se le pide

que mueva su brazo o su pierna, implica la convicción de que lo ha movido. En realidad, el paciente está tan convencido de haberlo realizado como puede estarlo un paciente hemipléjico a quien se le pide que lo haga y lo realiza.

La importancia de esta teoría es que brinda una hipótesis en relación a la anosognosia. Dicha característica puede conformar, junto con otros fenómenos, el cuadro clínico de Negligencia Unilateral.

❖ **Otros Enfoques Teóricos**

Existe una hipótesis teórica postulada por N. Geshwind, en donde interpreta a la Negligencia como un producto de la desconexión entre lóbulo parietal derecho y las áreas del lenguaje. Dicho autor señala que las lesiones parietales izquierdas, al producir una pobreza significativa en el lenguaje metafórico y gestual, no permitirían observar la marcada Negligencia y fenómenos acompañantes que se observan en las lesiones contralaterales. (5)

Otro enfoque teórico, es presentado por Weinstein en donde señala en relación a la anosognosia, que gran parte de la conducta del paciente es predecible, partiendo del conocimiento de su personalidad premórbida. Por ejemplo, las formas más completas y duraderas de negativa verbal hacia la hemiplejía, se encuentran en pacientes para quienes la idea de enfermedad ha sido incompatible con la integridad personal. El autor indica que generalmente son personas compulsivas y perfeccionistas, considerando a la enfermedad como una imperfección y señal de irresponsabilidad. Y remarca que la persona que presenta anosognosia por lo común se encuentra serena y ecuánime o un poco eufórica y parece no considerar el miembro parético o pléjico como parte de su cuerpo. (5)

Para finalizar con el desarrollo y análisis de los postulados teóricos presentados por diversos autores en relación al Síndrome de Negligencia Unilateral, se señala nuevamente que los mismos son más bien hipótesis que intentan explicar dicho déficit. Se puede ver que la Negligencia es un problema complejo, compuesto por una amplia gama de fenómenos y teorías de por qué ocurre. (6)

Gran parte de las teorías anteriormente señaladas, como se ha podido apreciar, enfatizan la implicación de factores atencionales en la Negligencia Unilateral y algunas consideraciones parecen sugerir que los déficits atencionales juegan un papel fundamental en la mayoría de pacientes que presentan Negligencia Unilateral.

Pero es importante señalar que existe un debate entre los defensores de las teorías Atencionales y Representacionales de la Negligencia y parece que continuará durante algunos años, y sin duda, revelará muchos otros hallazgos interesantes. Sin embargo, el punto central es que la Negligencia no constituye una condición unitaria, sino un grupo de déficit interrelacionados que deben ser separados y que "...no todos los pacientes con Negligencia, por ejemplo, omiten la parte izquierda de las imágenes mentales, no todos tienen problemas para vestirse y sólo algunos son anosagnósicos. Es posible que todos estos déficits se encontraron solo en los casos más severos o que fueran causados por alteraciones en mecanismos funcionales distintos"¹⁰

En la actualidad, las teorías más convincentes sobre la Negligencia son las que proponen cierta forma de déficits atencionales y parecen proporcionar la mejor y más fácil explicación de los hallazgos, siendo las más apoyadas porque dan cuenta y analizan adecuadamente las conductas negligentes. (6)

¹⁰ *Ibid.*; Pág. 80.

3.1.4 Clasificación y Características

El Síndrome de Negligencia Unilateral implica una constelación heterogénea de síntomas con manifestaciones clínicas complejas que pueden variar según los pacientes. Las manifestaciones de Negligencia dependen del grado y cronicidad de la lesión, de las estructuras dañadas, de la arquitectura neural del paciente y su historia personal.

“El cuadro clínico es variado, tanto en los detalles de los síntomas como en el pronóstico”.¹¹ Cabe resaltar que en la mayoría de las personas, la Negligencia es un trastorno relativamente transitorio, observándose en forma más frecuente en el período agudo, pero en un número considerable de casos, puede persistir durante años. (4) (6)

J. A. Ollari indica que el Síndrome de Negligencia Unilateral, a los fines descriptivos puede ser clasificado en dos grandes categorías: Atencional (*Negligencia Sensorial*) e Intencional (*Negligencia Motora*). (1)

La *Negligencia Sensorial*, definida como la dificultad para responder a un estímulo presentado en el lado opuesto a la lesión cerebral, se divide en: *Negligencia Espacial* y *Negligencia Representacional*. (1) El primer tipo de fenómeno puede acontecer ya sea en el espacio personal (como por ejemplo en actividades de cuidado personal: cepillarse el cabello, afeitarse, maquillarse, entre otros) peripersonal o de alcance (tender la mesa, utilizar utensilios en ambos lados de una superficie de trabajo, etc.) y extrapersonal o locomotor (por ejemplo, en la deambulación o uso de silla de ruedas se sigue siempre un camino girando hacia la derecha o tropezando con objetos del lado izquierdo) (4).

¹¹ Grieve, J.; “*Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales. Evaluación de la percepción y de la cognición*”; Bogotá; 3ra edición; Edit. Médica Panamericana; 1995; Cap. 6; Pag. 62.

Puede presentarse una afectación selectiva de la atención en una de estas áreas y no en las otras: por ejemplo, “...un paciente en silla de ruedas que constantemente choca contra obstáculos del lado izquierdo puede tener una negligencia del espacio locomotor pero no presentar problemas en actividades de cuidado del espacio personal”¹².

Así mismo, este tipo de *Negligencia Espacial* se divide en: *Negligencia Visual* (el paciente desconoce estímulos visuales presentados en el campo izquierdo de la visión); *Negligencia Auditiva* (el paciente no responde a estímulos auditivos presentados en el lado inatendido) y *Negligencia Táctil* (cuando se tocan ambas manos o ambos lados del rostro, el paciente sólo percibe el estímulo táctil de un lado) (4)

En relación a la *Negligencia Representacional*, se puede señalar que existe dificultad por parte del paciente en orientarse hacia una mitad de la imagen mental, fallando en la generación o mantenimiento de la parte izquierda de dicha representación. (7).

En cuanto a la segunda gran categoría de clasificación del Síndrome de Negligencia Unilateral, la *Negligencia Motora*, se puede indicar que “es un retardo en la iniciación de movimientos o ausencia de movimientos”¹³ y que además puede acompañarse de un sesgo intencional (propensión a moverse hacia el espacio ipsilesional). (7)

Los elementos que componen el cuadro de Negligencia Unilateral, que pueden coexistir o presentarse aisladamente, frecuentemente se manifiestan en el lado contralateral a la lesión cerebral. Según el tipo de Negligencia Unilateral, se incluyen las siguientes manifestaciones: (1)

¹² *Ibid.*; Pág. 62.

¹³ Allegri, R.; “Atención y Negligencia: Bases Neurológicas, Evaluación y Trastornos”; Primer Congreso Virtual Iberoamericano de Neurología Oct-Nov. de 1998; [en línea] <<http://neurologia.rediris.es.htm/>> [Consulta 2-2004] Pág. 7.

I. en la *Negligencia Sensorial*:

- a. Hemi-inatención: es el fracaso en responder a la presentación inesperada de estímulos en un lado del espacio.
- b. Negligencia hemi-espacial: es la distorsión u omisión unilateral en la visualización del espacio y de los objetos en el ambiente.
- c. Aloestesia: es la localización de un estímulo en un sitio distinto del estimulado, correspondiente a otro segmento corporal del mismo lado de la línea media.
- d. Aloquiria: es la transposición del estímulo, con una localización aproximadamente homóloga del hemicuerpo contralateral.
- e. Anosognosia: es una actitud psicológica de rechazo en admitir la existencia de la conducta negligente; y puede ir acompañada, en algunos casos, de somatoparafrenia, que es una ideación delirante y fabulación sobre la parte afectada y de misoplejia, en donde existen reacciones emocionales negativas y agresividad hacia los miembros del lado afectado.
- f. Fenómeno de Extinción Sensorial: existe cuando un estímulo es correctamente identificado, presentándose aisladamente, pero deja de reconocerse ante la doble estimulación simultánea.

2. en la *Negligencia Motora*:

- a. Hemi-acinesia: es la dificultad para movilizar un miembro en ausencia de paresias o parálisis motoras.
- b. Hemi-hipocinesia: es el aumento de la latencia para iniciar los movimientos propositivos, requiriéndose además de un incremento en la intensidad del estímulo.
- c. Impersistencia motora: es la imposibilidad de sostener una actitud postural o un movimiento.
- d. Fenómeno de extinción motora: es la imposibilidad de movilizar el miembro contralesional simultáneamente con el ipsilesional.

Hay pacientes en los que predominan estos trastornos atencionales y perceptivos, mientras que en otros aparecen sesgos motores y de acción intentada.

Ambos componentes de la negligencia, atencionales y motores, han sido separados en algunos estudios como el de Bisiach, Geminiani, Berti y Rusconi, al igual que se han separado los perceptivos de los representacionales.

3.1.5 Fisiopatología e Incidencia

En relación a la fisiopatología e incidencia de la Negligencia Unilateral, se puede señalar que es un síndrome neurológico que generalmente se presenta como resultado de un accidente cerebro vascular derecho y tiene un valor pronóstico importante en el desempeño ocupacional del individuo. (8)

Cabe señalar que la Negligencia no solo se relaciona con A.C.V., sino también puede asociarse con toda una gama de lesiones neurológicas, entre ellas podemos mencionar: T.E.C., tumores, etc. (6)

R. Allegri remarca que en las conductas de Negligencia, se estudian dos aspectos de la localización lesional: la *asimetría hemisférica* y la *topografía intrahemisférica*. (7)

La *asimetría hemisférica* izquierda/derecha se explica por el hecho de que el hemisferio derecho atiende selectivamente a los dos hemiespacios mientras que el izquierdo esencialmente al derecho. (7)

El Síndrome de Negligencia Unilateral es mucho más frecuente por lesión del hemisferio derecho (4) y se encuentra en el 31 al 46% de lesiones derechas y sólo en el 2 al 12% de lesiones izquierdas (7)

“La incidencia reportada de Negligencia Unilateral en A.C.V. derecho varía entre un 13% y un 81%; esta diferencia se da en parte por la selección de sujetos, localización de la lesión y procedimientos de evaluación”.¹⁴

El desorden es relativamente menos común en A.C.V. izquierdo. (9) Existen estadísticas recientes que señalan que la Negligencia varía de 10% a 82% en A.C.V. derecho y de un 15% a 65% en A.C.V. izquierdo (10)

En relación a la *topografía intrahemisférica*, el S.N.U. es frecuentemente asociado a lesión parietal inferior derecho (incluyendo las áreas 39 y 40 de Brodmann) pero también puede aparecer por lesión frontal, lenticular y talámica. (7)

¹⁴ Pierce, S.; Buxbaum, L.; “Treatment of Unilateral Neglect: a review”; Archives of Physical Medicine & Rehabilitation; Vol.83; Feb.; 2002; Pag. 256.

La Negligencia motora es más bien asociada con una lesión local frontal, y la Negligencia sensorial está relacionada con lesiones parietales. El S.N.U. incluye en un 20% al 58%: anosognosia o desconocimiento del déficit. (7).

Cabe señalar que las estadísticas antes mencionadas en relación a la incidencia del Síndrome de Negligencia Unilateral, evidencian una alta frecuencia del mismo, a pesar de que en la práctica profesional cotidiana su aparición y manifestación no sean evidentes.

CAPÍTULO II

3.2) Evaluación en Terapia Ocupacional:

3.2.1 Conceptos

La Evaluación es un proceso de recolección de datos e información específica de un paciente. Se utiliza para tomar decisiones de intervención en las personas que reciben los servicios de Terapia Ocupacional. El término valoración indica las herramientas específicas, instrumentos, tests o pruebas e interacciones que son utilizadas durante el proceso de evaluación. Los resultados de la evaluación proveen de una línea base para medir la consecuencia de la intervención. (11)

El proceso de evaluación representa una forma organizada y sistemática para determinar las necesidades de un paciente y para predecir el potencial de rehabilitación. Es esencial para relevar sintomatología, establecer objetivos, seleccionar estrategias terapéuticas, planificar el tratamiento, evaluar la eficacia de la ejecución del plan terapéutico y prever consecuencias a corto y largo plazo. (12)

El proceso de evaluación incluye además la recolección de informes médicos, de otros profesionales y de familiares. Continúa con la administración de técnicas específicas y concluye con el análisis de los resultados y la identificación de eventuales problemas.

La validez de los datos obtenidos depende de los instrumentos utilizados. Para esto es importante la elección adecuada de las herramientas específicas. El equipo o batería de tests serán elegidos de acuerdo con la situación y patología de cada paciente.

Cabe señalar, que una re-evaluación cuidadosa también agrega información específica e importante ya que permitirá que los datos obtenidos sean comparados a fin de registrar los

progresos del paciente, ajustar el plan de tratamiento, organizar prioridades, y determinar el plan de alta.

3.2.2 Clasificaciones

Existen numerosas clasificaciones en relación a la evaluación. Entre ellas podemos mencionar: *Evaluación Descriptiva* (mirada objetiva actual de la persona en comparación con alguna norma predeterminada); *Evaluación Valorativa* (nota los cambios a través del tiempo); *Evaluación Predictiva o Pronóstica* (realiza una relación de cómo sería el individuo, en consecuencia, en una situación dada en algún punto del tiempo futuro) (13)

También se pueden clasificar en *Formal* e *Informal*. Las primeras se refieren a la evaluación del paciente en circunstancias predeterminadas y estructuradas, mientras que la evaluación informal se da a través de observaciones del individuo en situaciones y escenarios naturales. (13)

“Los términos *Evaluación Específica* y *Evaluación Total* se han utilizado con relación a los procedimientos empleados para describir datos antes y durante el tratamiento.”¹⁵

“La evaluación total se refiere a la suma de los resultados de los procedimientos de evaluación específica utilizados,”¹⁶ mientras que la evaluación específica incluye a la recopilación y organización de información recogida de procedimientos específicos. (12).

¹⁵ Hopkins, H. L., Smith, H. D.; “*Willard / Spackman. Terapia Ocupacional*”; Madrid; 8va edición; Edit. Médica Panamericana; 1998; Cap. 10; Pág. 169.

¹⁶ *Ibid.* Pág. 169.

Otra modalidad de clasificar el proceso de evaluación son las *Evaluaciones Estandarizadas* y *Evaluaciones no Estandarizadas*. Dicha clasificación se utilizará en este trabajo de investigación.

Las evaluaciones estandarizadas están conformadas por pruebas cuyos procedimientos y resultados pueden ser comparados con puntajes normativos que determinan cuánto una persona se acerca o se aleja de la norma, presentando validez, confiabilidad y sensibilidad. Involucran generalmente el uso de un instrumento con el cual se registra el desempeño en alguna tarea estructurada o una actividad normal. (13)

Mientras que las evaluaciones no estandarizadas son pruebas en las cuales los resultados no se relacionan con puntajes normativos o testeados para la validez, confiabilidad y sensibilidad, sino que se utiliza como valoración el criterio, vale decir, se emplea “una evaluación en la que se usa como línea de partida algún desempeño individual u objetivo.”¹⁷ Este desempeño puede ser confrontado con un comportamiento esperado. (13)

3.2.3 Procedimientos

Los Procedimientos de Evaluación adoptan muchas formas, que varían desde pruebas o tests para funciones específicas hasta evaluaciones más complejas o amplias. Entre los procedimientos de evaluación en Terapia Ocupacional podemos mencionar: la *Historia Clínica*, que proporciona información valiosa sobre el paciente, sus antecedentes clínicos y brinda indicaciones para las precauciones que deben tomarse; la *Observación*, que incluye las capacidades del terapeuta para ver, escuchar, y seleccionar datos perceptivos y conceptuales, ya sea directa o indirectamente; y la *Entrevista o Interrogatorio*, formal o informal, que

¹⁷ Monzón, A.; y cols.; “Dossier: La Evaluación”; Revista Materia Prima; Año 2; Número 5; Junio/Agosto; 1997; Pág. 11.

brinda la posibilidad de conocer aspectos personales y necesidades específicas del paciente. Esta última puede ser llevada a cabo por el T.O. o auto-administrada por el entrevistado. (12) Otro tipo de procedimiento son las *Pruebas o Tests*, que pueden ser tomados por un evaluador o poseer la característica de ser autoadministrados.

Se han desarrollado pruebas o tests específicos y procedimientos para evaluar el funcionamiento Sensorio-Motor, Psicológico, Psiquiátrico y Cognitivo del paciente. Así como también se utilizan procedimientos para evaluar el desempeño del individuo en las actividades de la vida diaria, instrumentales de la vida diaria, actividades laborales y act. recreativas. (12)

3.2.4 Modelo de Performance Ocupacional

La *Performance o Desempeño Ocupacional* ha sido desarrollada por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (A.O.T.A.), en el año 1989, a fin de unificar terminología y aclarar conceptos con respecto a las áreas y componentes de la Performance. La misma se define como “la habilidad de un individuo para realizar y estar satisfecho con su rendimiento en las actividades que se propone dentro de su entorno y sus roles.”¹⁸

Las *Áreas de la Performance Ocupacional* son aquellas en las que se incluyen las siguientes actividades: Actividades de la Vida Diaria; Actividades Instrumentales de la vida diaria, Trabajo y Actividades Productivas, Juego o Tiempo libre. Las A.V.D. incluyen aquellas tareas que una persona realiza diariamente para mantener su independencia personal. Estas son: alimentación, vestido, higiene personal, continencia urinaria y fecal, arreglo

¹⁸Trombly, C.; “*Occupational Therapy for Physical Dysfunction*”; Baltimore; 4ta edición; Edit. Williams & Wilkins; 1995; Cap. 2; Pág. 44.

personal, movilidad (en cama, en silla de ruedas, ambulación con o sin ayudas adaptativas) y transferencias (de cama a silla de ruedas, de ésta a bañera o auto). (11) (12)

Las A.I.V.D. son "...las actividades o tareas más complejas que una persona realiza para mantener su independencia en el hogar y en la comunidad"¹⁹. Estas son: cuidado de ropa, limpieza del hogar, preparación de comidas, realizar compras, manejo del dinero, mantenimiento del hogar (cuidar casa, patio, accesorios del jardín y artículos de la casa), procedimientos de seguridad (conocer y realizar procedimientos de prevención y emergencia para mantener un ambiente seguro) y cuidado de otras personas (12). Otras clasificaciones incluyen también el uso del teléfono, manejo de medicamentos y transportes.

En las Actividades de Trabajo se incluyen las actividades educativas y vocacionales (adquisición y desempeño en empleo, entre otras), mientras que las Actividades de Tiempo Libre son aquellas tareas de juego o esparcimiento que no son obligatorias y que se realizan por placer. (12)

En relación a los *Componentes de la Performance*, se puede señalar que se dividen en las siguientes categorías: Sensoriomotor (amplitud articular, fuerza y tono muscular, reflejos, control postural, lateralidad, coordinación, propioceptividad, percepción táctil, visual, auditiva, olfativa, procesamiento vestibular), Cognitivo (atención, memoria, concentración, juicio, secuenciación) y Psico-social/ Psicológico (intereses, valores, roles, autoestima). (11)

A su vez, hay que tener en cuenta el entorno del paciente. Este entorno posee componentes físicos, sociales, culturales, económicos y organizativos y estos constituyen el marco dentro del cual se desarrolla toda la actividad humana.

¹⁹ *Ibid.*; Pág. 44.

3.2.5 Evaluación del Desempeño Ocupacional

Ante la aparición y presentación de un trastorno neurológico, la independencia en las áreas de la Performance Ocupacional es puesta en riesgo, es por ello que el objetivo de la Terapia Ocupacional es permitir a los individuos ganar independencia en las áreas antes mencionadas. (14)

La *Evaluación del Desempeño Ocupacional* consiste en entrevistas y en la observación sistemática para determinar qué actividades pueden o no pueden ser llevadas a cabo y determinar qué factores limitan la performance. Evaluar los componentes del desempeño, puede indicar las causas de las limitaciones en la actividad. (14)

“La evaluación se inicia recabando información sobre lo que una persona necesita o lo que quiere hacer, y el contexto en el cual esta se compromete en las ocupaciones.”²⁰

Durante la evaluación, el T.O. observa la habilidad del paciente durante el desempeño en ocupaciones seleccionadas y tareas asociadas en las áreas de la performance ocupacional. Para facilitar la observación y para focalizar la evaluación, el T.O. puede seleccionar las herramientas de valoración de dichas áreas. (11)

El T.O. conduce la evaluación en colaboración con el paciente, familia o cuidador para: identificar los roles actuales o futuros; detectar los problemas del desempeño ocupacional que interfieren en el cumplimiento del rol (diagnóstico de desempeño funcional). A su vez, permite determinar significativamente e intencionalmente las ocupaciones y las actividades de potencial terapéutico; analizar las condiciones ambientales, recursos y contextos; identificar las limitaciones del componente del desempeño; detectar los

²⁰ Alonso, S.; Nieva, P.; “Evaluación Nivel de Auto-atención en pacientes con Lesión Medular Traumática forma Paraplejía”; Tesis de Grado; Licenciatura en T.O.; U.N.M.D.P.; Argentina; Mar del Plata; 2003; Pág. 8.

componentes remanentes de las habilidades de la performance importantes para la misma.

(11)

El Síndrome de Negligencia Unilateral impacta directamente en el desempeño ocupacional de la persona, manifestándose en las actividades de la vida diaria e instrumentales, laborales y recreativas.

La selección del modelo de la Performance Ocupacional, en esta investigación se justifica a partir de las siguientes razones:

- Es un marco desarrollado específicamente desde la disciplina de Terapia Ocupacional, al cual se hace referencia frecuentemente en el transcurso de nuestra formación académica.
- Proporciona la base para realizar un adecuado análisis de las dificultades que aparecen en el desempeño de las áreas de la Performance Ocupacional, en pacientes con Síndrome de Negligencia Unilateral.
- Permite realizar una correlación entre los ítems presentados en la propuesta de investigación: Escala de Catherine Bergego (C.B.S.), y las áreas de desempeño ocupacional correspondientes a este modelo, y dentro de las mismas, específicamente las A.V.D. Es interesante resaltar que, a pesar de haber logrado contactarnos por medio de correo electrónico con uno de los autores de la Escala mencionada, no recibimos respuesta específica acerca del marco de referencia utilizado para la construcción de dicho instrumento.

Por esta razón, cuando se haga alusión al concepto “funcional” de la C.B.S., en nuestra investigación, se homologará con el término “ocupacional”, desarrollado por el Modelo de la Performance Ocupacional.

En esta investigación, cuando hagamos referencia al desempeño ocupacional nos centraremos en las actividades propositivas (A.V.D.) por considerarla el área de desempeño en donde se manifiestan principalmente las conductas negligentes.

3.3 Tests de Evaluación específicos para Síndrome de Negligencia Unilateral:

3.3.1 Introducción

Como hemos explicitado en párrafos anteriores, el Síndrome de Negligencia Unilateral constituye una entidad compleja y heterogénea. Su evaluación requiere la observación detallada de la conducta del paciente para establecer y determinar cuáles son las características particulares del síndrome en cada caso específico. (4) Como resultado de ello “...se han desarrollado gran número de evaluaciones en las últimas dos décadas con el fin de explicar e identificar de manera teórica y clínica estos déficits”²¹.

Las evaluaciones más ampliamente utilizadas, para tal fin, están conformadas por tests creados específicamente para este síndrome. La palabra test significa en inglés “prueba” o “examen”, por lo tanto pueden ser definidos como una serie de pruebas cuyo objetivo es evaluar diferencias individuales o entre grupos diversos, con una finalidad clínica de diagnóstico o con fines teóricos de comprobación de hipótesis. (15)

En la siguiente sección se realizará un análisis detallado de los *Tests de Evaluación específicos para Síndrome de Negligencia Unilateral*, destacando el procedimiento, materiales y resultados que permiten obtener cada uno de los mismos.

²¹ **García Peña, M.; Sánchez Cabeza A.;** “Alteraciones Perceptivas y Práxicas en pacientes con TEC: Relevancia en las Actividades de la Vida Diaria”. [en línea]. <http://terapia_ocupacional.com/articulos.htm> [consulta 3 -2004] Pág. 4.

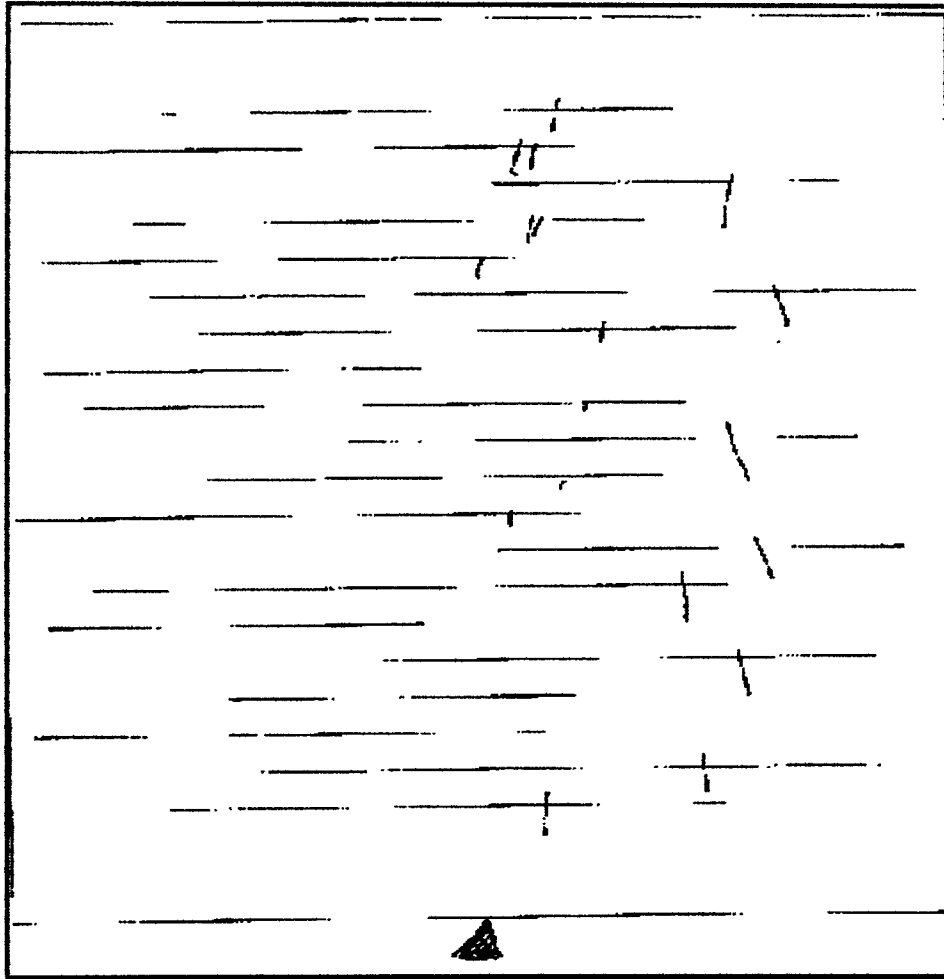
3.3.2 Presentación de los Tests:

Tests de Bisección

Test creado por Schenkenberg et al en 1980. Consiste en ubicar y marcar el punto medio de una o diversas líneas. Existen dos versiones de este test: la presentación, en forma separada de 4 líneas de diferente longitud (2 de 4 cm. y 2 de 20 cm.) todas ellas de 1mm. de espesor. (16) Veinte líneas de diferente longitud (1cm, 1,20 cm, 1,24 cm, 1,60 cm, 1,80 cm y 2 cm) dispuestas horizontalmente en una hoja. Seis líneas se ubican a la derecha, seis a la izquierda y seis en el centro, las dos líneas restantes se colocan una en la parte superior y otra en la parte inferior de la hoja. Estas dos últimas se utilizan para la explicación del test. (2)

Se entrega al paciente una hoja de papel prediseñada, que variará según la versión utilizada, y se le solicita que marque con un lápiz el punto medio de cada una de las líneas. Como se observa en la figura 1, los pacientes con Negligencia tienden a desplazar la marca hacia la derecha. La Negligencia es mayor en las líneas más largas. (7) Esto es interpretado como una disminución de la atención sobre el lado contralateral a la lesión. (17)

Los puntajes se dan según la desviación de la bisección del real centro de la línea. La desviación hacia el lado de la lesión es indicativa de Negligencia. (10)



“FIGURA 1: Test de bisección de líneas en un paciente con heminegligencia”²².

Tests de Cancelación

Los tests de cancelación requieren que la persona busque y tache con un lápiz, símbolos presentados en una hoja prediseñada. (7) Los símbolos claves se encuentran dispuestos randomizadamente entre otras imágenes distractoras. El paciente deberá marcar los elementos claves que se le solicite. (10) Existen diferentes versiones de este test, dentro de las cuales se incluyen la cancelación de estrellas, números, letras,

²² Ob. Cit.; Allegri R.; Pág. 3.

líneas, campanas y formas. Cabe aclarar que, en el test de cancelación de líneas no se utilizan símbolos distractores. A modo de ejemplo se incluyen el Test de las C y E (Diller, Ben-Yishay & Gerstman, 1974), el Test de Cancelación del 2 y el 7 (Ruff, Evans & Light, 1986), el Test de Cancelación de Estrellas (Halligan, Wilson & Cockburn, 1990), el Test de Cancelación de Campanas (Gauthier, Dehault & Joannette, 1989), el Test de Negligencia Visual o de cancelación de líneas (Albert, 1973), y Figuras de Navon (Navon, 1977) (17), representados en las figuras 2, 3, 4, 5, 6 y 7 respectivamente.

BEIFHEHFEGICHEICBDACHFBEDACEAFCIHDFEBAFEACFCHBDCFGHE
CAHEFACDCFEHBFCADEHAEIEGDEGHBCAGCIEHCIEFHICDBC GFDEBA
EBCAFCBEHF AEFEGCHGDEHBAEGDACHEBAEDGCDAFCBIFEADCBEACG
CDGACHEFB CAFEABFCHDEF CGACBEDCFAHEHEFDICHBIEBCAHCDEFB
ACBCGBIEHACAF C ICABEGFBFAEABGCGFACDBEBCHGEADHCAIEFEG
EDHBCADGEADFE BEIGACGEDACHGEDCABA EFBCHDACGBEHCDFEHAIE

FIGURA 2: "C's and E's Test"²³ (Test de las C y E).

2GOXC7MJ7HZRNGAS2YWQ2LHBZGJNV7ET2PRVMJHSTQ2C7KLWC7
XMT7KTR2AVPIWOC2GJ7LS2BNVW7TOXR2PH7FDABM2WHKAST2OP
HWED2TRNEQX2PKL7PK7ZCV72Z7ETGHLKSDIN7S2WISN7TBMOPW
31078944705376381523656970891578436286328615428091
29189281376453780467962912839183789465914708671303
91023389412655357689570596173285928312833143894625

FIGURA 3: "2 and 7 Cancellation Test"²⁴. (Test de Cancelación del 2 y el 7)

²³ "Assesing Attention in Unilateral Neglect". [en línea]
<<http://undergrad.ahs.uwaterloo.ca/~aktse/assessmet.htm>> [consulta: 3 - 2004] Pág. 2.

²⁴ *Ibid.* Pág. 3.

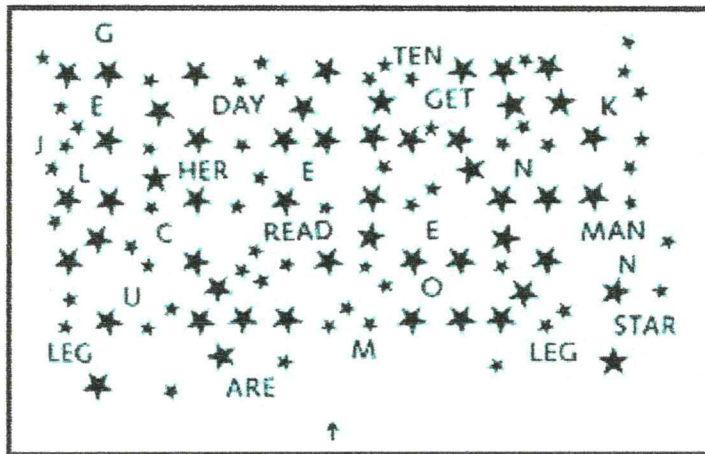


FIGURA 4: "Stars Cancellation Test"²⁵. (Test de Cancelación de Estrellas)

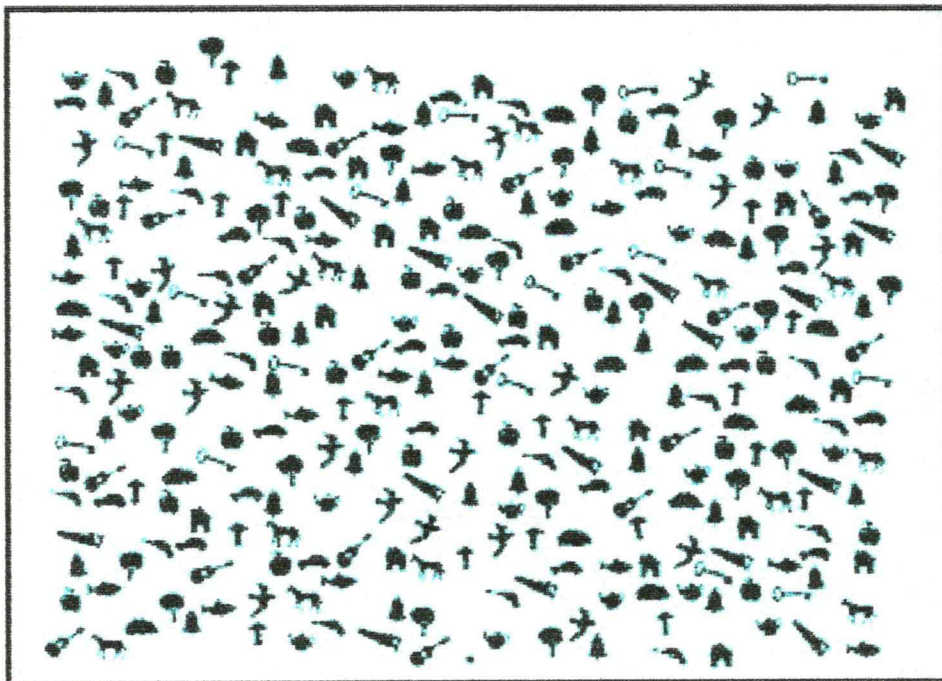


FIGURA 5: "Bells Test"²⁶ (Test de Cancelación de campanas).

²⁵ Ibid. Pág. 3.

²⁶ Ibid. Pág. 4.

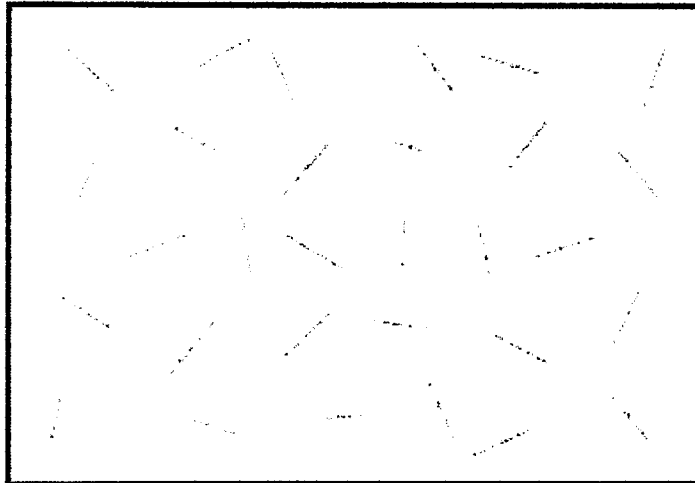


FIGURA 6: "Test of Visual Neglect"²⁷. (Test para Negligencia Visual).

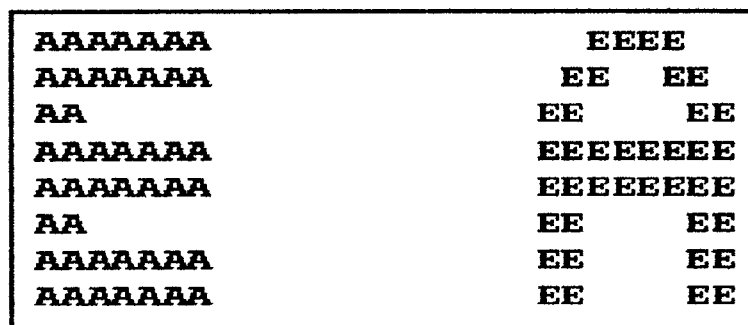


FIGURA 7: "Navon Figures"²⁸. (Figuras de Navon).

Tal como se expone en la imagen precedente, el test de Navon consiste en la presentación de figuras globales, como por ejemplo letras, conformadas en su interior por formas de pequeñas dimensiones y de iguales características, es decir, otra letra diferente a la representada en la imagen global (figuras locales). De acuerdo a las investigaciones de Navon (1977) las figuras globales se perciben más rápidamente que las figuras locales. Los pacientes

²⁷ Ibid. Pág. 4.

²⁸ Ibid. Pág. 5.

con Negligencia Unilateral son capaces de describir la figura global, pero cuando se les indica que tachan las figuras locales solo cancelan aquellas que se encuentran sobre el lado derecho. (17)

En las distintas versiones existentes, se toman como puntos de análisis el sitio de inicio, la dirección del recorrido y los estímulos claves omitidos. (7) Para su interpretación no existe una regla sistemática de la cantidad de elementos que se deben cancelar, pero las personas con Negligencia Unilateral usualmente tachan considerablemente mayor cantidad de símbolos del lado derecho que del lado izquierdo (17), y esta es la norma utilizada para determinar la posible presencia del síndrome.

Tests de Dibujo

Los tests de dibujo pueden ser de dos tipos: los tests de copiado y los tests de dibujo espontáneo. (7) (17)

En el primero, el terapeuta realiza los dibujos en presencia del paciente. Cada dibujo es hecho en un sector del papel (2); se entrega un lápiz y el paciente debe copiar la imagen presentada. Las imágenes tienen la característica de ser simétricas. De esta manera, la mitad derecha e izquierda de los dibujos copiados por el paciente pueden ser comparados con la imagen original para determinar cual es el lado del dibujo que la persona negligente. (17) Se deben analizar las características del dibujo y la presencia de omisiones y asimetrías. (7) Se utiliza, por lo tanto, para la interpretación un puntaje subjetivo, ya que se atribuye un deterioro cuando el paciente omite en su copia del dibujo original, elementos del lado izquierdo o realiza las figuras muy alejadas de la parte derecha de la hoja. (2) Existen diferentes imágenes utilizadas para este test entre las que se incluyen: la copia de figuras simples como un reloj, una flor, una casa (7) (10) (17), una bicicleta (7) figuras geométricas (10) y la figura compleja de Ogden. Esta última esta compuesta, de izquierda a derecha, por

un árbol, una cerca, una casa con una chimenea sobre el lado izquierdo y un segundo árbol.

(16)

En el test de dibujo espontáneo se le entrega al paciente una hoja en blanco para cada actividad y se le indica que realice el dibujo de un figura específica (2): dibujar un hombre, un reloj (en donde el círculo es realizado por el examinador y el paciente debe completar el interior con los números correspondientes) (17), un círculo, una margarita y una casa. Al igual que en el test de copiado se deben tener en cuenta las características del dibujo, omisiones y asimetrías. (7) Los pacientes con Negligencia Unilateral por lo general omiten los elementos correspondientes al lado izquierdo de la imagen en cuestión. (17)

A continuación, en las figuras 8, 9, 10 y 11 se presentan claros ejemplos de las evaluaciones anteriormente mencionadas:

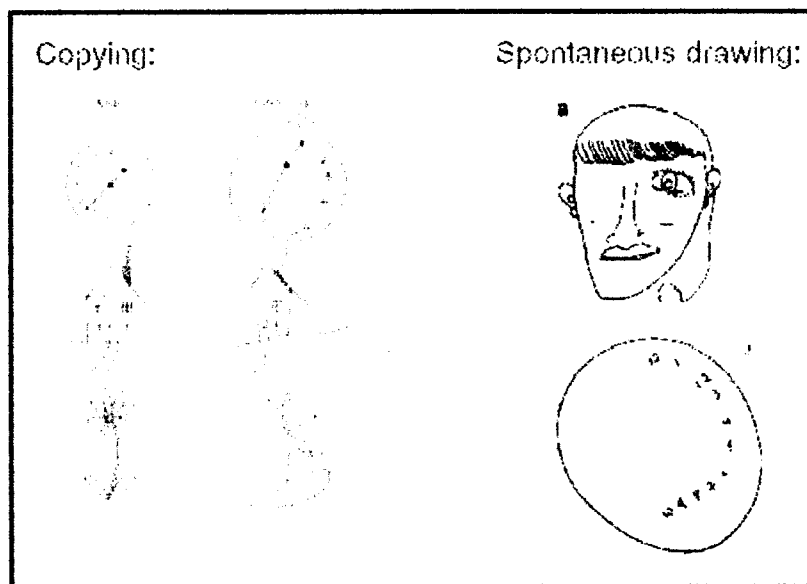


FIGURA 8: "Copying and Drawing Tests by unilateral neglect patient"²⁹. Test de copiado y dibujo espontáneo en paciente con Negligencia Unilateral.

²⁹ Ibid. Pág. 1.

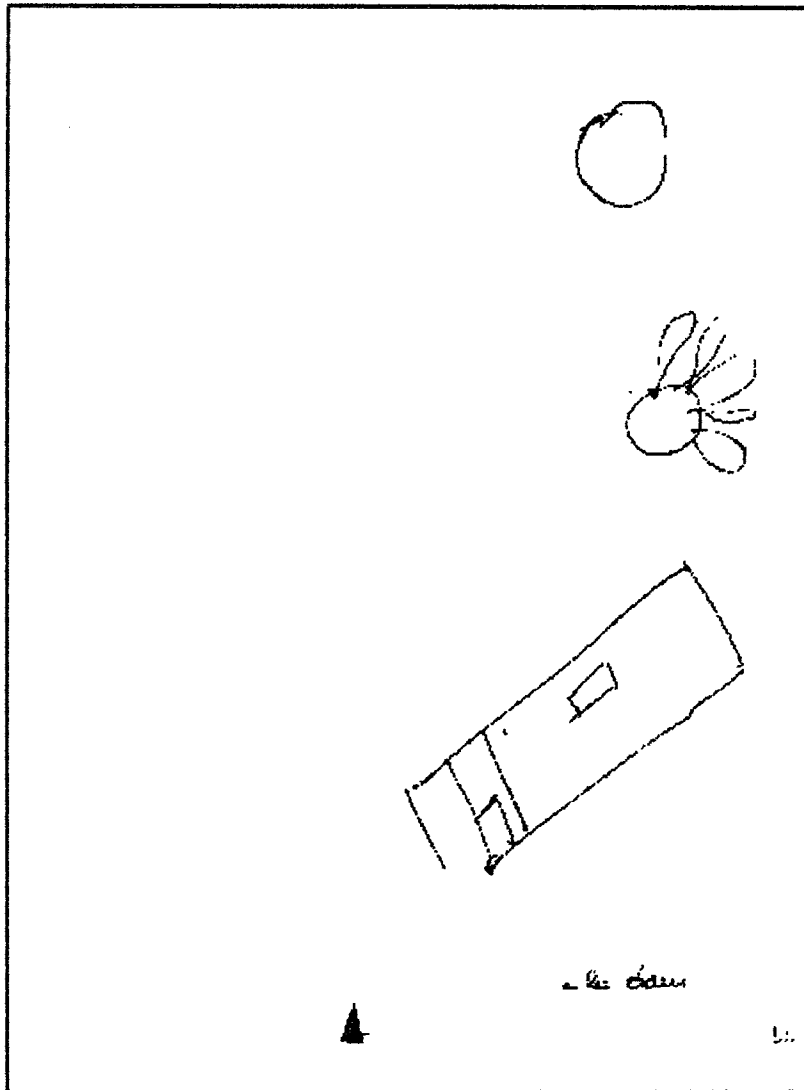


FIGURA 9: "Heminegligencia en el dibujo espontáneo"³⁰.

³⁰ Ob. Cit.; Allegri R.; Pág. 4.

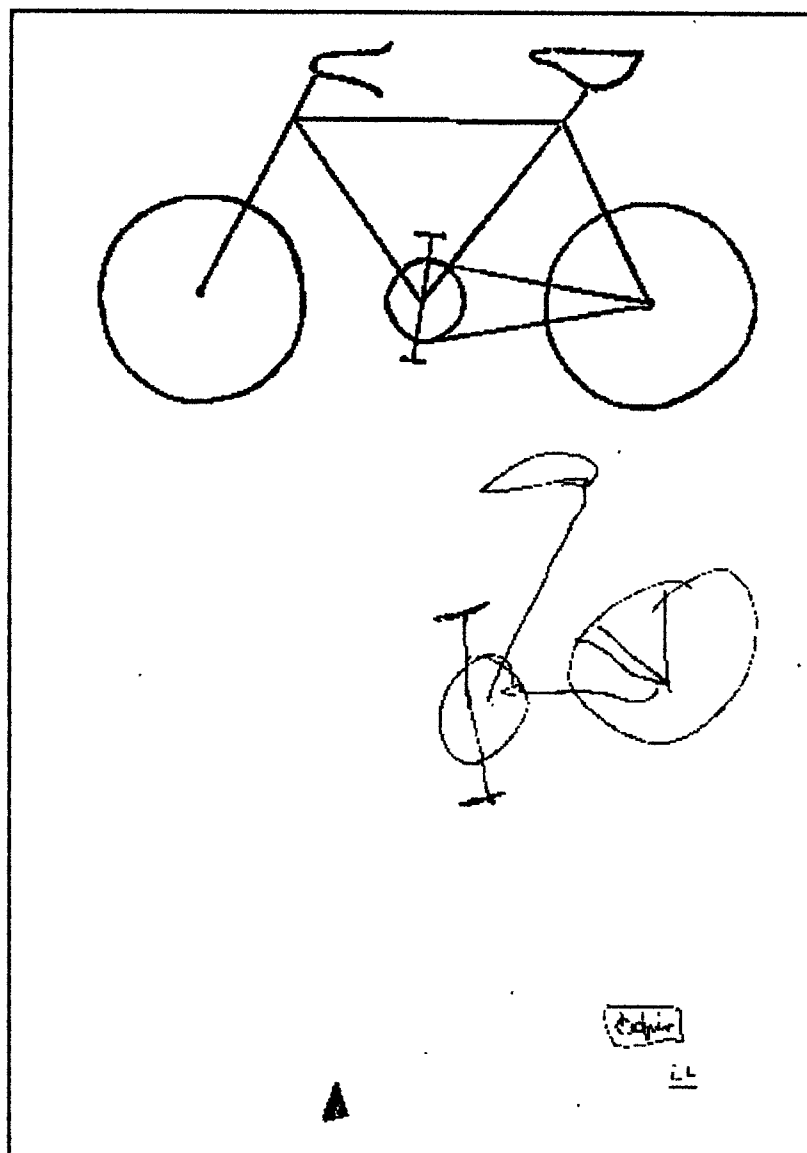


FIGURA 10: "Dibujo a la copia de una bicicleta"³¹.

³¹ Ibid. Pág. 5.

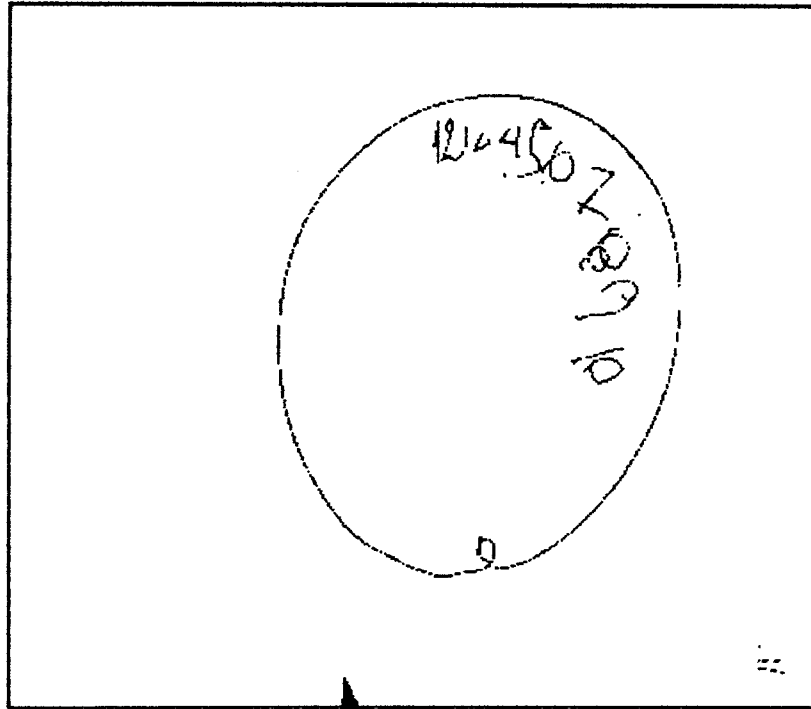


FIGURA 11: "Dibujo a la orden de un reloj"³².

Tests de Lectura

El mismo consiste en la lectura por parte del paciente de un texto dispuesto verticalmente en una o varias columnas (18). Se debe asegurar que la copia que el paciente debe leer se encuentre ubicada exactamente delante de él. Cuando se observa omisión de palabras del lado izquierdo, suplencia de la falta de palabras mediante correcciones coherentes o vacilaciones en el inicio de la línea se puede suponer la presencia de Negligencia. (2)

³² Ibid. Pág. 4.

Otra manera de tomar este test es solicitar al paciente que lea un texto corto, impreso horizontalmente en una hoja A4. El mismo está compuesto de 12 líneas pero el paciente es detenido en su lectura después de la quinta línea. Se toma como variables a tener en cuenta para su valoración: el número total de palabras omitidas y las diferencias entre las omisiones del lado izquierdo y derecho. (16)

Tests de Escritura

Se evalúa la capacidad de escritura del paciente en forma espontánea y a la copia. En el primer caso, se utiliza una hoja A4 en blanco y se le indica al paciente que escriba con lápiz, sobre tres líneas separadas, su nombre y apellido, dirección y profesión. En el caso de no contar con una profesión debe anotar la fecha de evaluación. (16)

En el segundo caso, se presentan dos tarjetas en las cuales se encuentran impresas por separado, una dirección y una oración breve y el paciente debe copiarlas en una hoja en blanco. (3)

Para la interpretación de estos tests se utilizan como variables, el máximo margen izquierdo dejado por el paciente, medido en cm. , y las omisiones efectuadas en la escritura a la copia. (16)

Test de Representación Mental

Se evalúa la presencia de Negligencia mediante la representación mental del paciente. Para ello se le solicita que imagine y describa un lugar conocido por ambos, examinador y paciente, como por ejemplo, un paisaje, una plaza, una catedral, etc. Las personas con este

síndrome describen en el lugar imaginado menor cantidad de elementos del lado contralateral a la lesión, debido a una falla en la generación o mantenimiento de ese lado de la imagen mental. (7)

Tests de Reconocimiento de elementos en el ambiente

Esta prueba incluye tareas de reconocimiento de objetos y personas en el ambiente donde se encuentra el paciente. De esta manera, se le indica que señale o tome objetos colocados en una mesa, que describa la habitación en la que se halla, las personas que se encuentran en ella, o bien se le entrega un tablero con formas geométricas donde debe colocar fichas de madera, de diferentes colores y formas, en el lugar correspondiente. Los pacientes con Negligencia Unilateral omiten los elementos colocados en el hemiespacio izquierdo (Bisiach y Vallar, 1988). (4) (7)

Tests de Extinción sensorial

Compuesto por un grupo de tests en los cuales se examinan respuestas de localización específica frente a estímulos sensoriales táctiles, auditivos y visuales.

Para evaluar la extinción táctil, se vendan los ojos del paciente y se colocan sus manos apoyadas, con las palmas hacia arriba, sobre una mesa. Se lleva a cabo la estimulación táctil por medio del toque de la piel del paciente con un algodón o la yema del dedo del evaluador. La misma puede ser unilateral o bilateral simultánea. El paciente debe determinar si ha sido tocado, localizar el estímulo y establecer si este ha sido unilateral o bilateral. (19)

La modalidad visual se explora colocando al paciente en frente del examinador, de forma tal que ambos puedan verse, a una distancia de 90 cm aproximadamente. Se pide al paciente que fije su mirada en el centro (nariz del evaluador). El examinador sostiene los dedos índice (o un objeto) con ambos brazos elevados horizontalmente hacia el costado del cuerpo y los acerca en forma alternada o simultánea dentro del campo visual del paciente. Este último debe indicar si percibe el estímulo (dedo índice del examinador u objetos) y si este se ubica a la derecha, a la izquierda o es simultáneo. (19)

La extinción auditiva se pone en evidencia de la siguiente manera: el paciente debe permanecer con los ojos cerrados. El examinador se coloca detrás de él y arruga una hoja de papel cerca de su oído izquierdo, derecho o de ambos oídos a la vez. Como en los casos anteriores, debe precisar el estímulo y su localización. (19) Los pacientes con Negligencia Unilateral pueden dar cuenta del estímulo percibido cuando este se presenta aislado, pero cuando el mismo es simultáneo, el estímulo del lado contralateral a la lesión es ignorado.

Test de Inatención Conductual (B.I.T.)

El Behavioral Inattention Test (B.I.T.) o Test de Inatención Conductual, creado por Wilson, Cockburn y Halligan, en 1987 "...fue desarrollado para evaluar a pacientes que presentaban negligencia unilateral visual y proporcionar información al terapeuta sobre cómo esta alteración afectaba a la capacidad del paciente en la realización de sus actividades de la vida diaria."³³ Esta compuesto por dos subtests: el convencional en el que se evalúan tareas de papel y lápiz (marcar líneas, cancelación de letras, cancelación de estrellas, copiar figuras y formas, bisección de líneas y dibujo representativo) y el subtest conductual basado en tareas cotidianas (exploración de dibujos, discado de teléfono, lectura de un menú, lectura de un

³³ Ob. Cit.; García Peña, M.; Sánchez Cabeza A.; Pág. 5.

artículo, decir y colocar la hora en un reloj, selección de monedas, copiar direcciones y oraciones, navegar con un mapa y seleccionar tarjetas). (4)

Esta escala proporciona información estandarizada. En cada subtest se registra la cantidad de omisiones. El puntaje total de la evaluación es de 227 puntos. Para el subtest convencional corresponde un puntaje total de 146 puntos. Si la suma obtenida por el paciente es menor a 129 puntos se considera que la persona presenta Negligencia Unilateral visual. El puntaje total para el subtest comportamental es de 81 puntos. Si la suma del puntaje es menor a 67 puntos se establece la presencia de Negligencia Unilateral visual. (20)

El B.I.T. es una de las evaluaciones más utilizadas. Cabe señalar que si bien es un instrumento utilizado para la evaluación de actividades cotidianas, analizándolo desde el Modelo de Performance Ocupacional solo considera algunas actividades instrumentales, sin tener en cuenta las actividades de la vida diaria.

Escala de Catherine Bergego (C.B.S.)

La Escala de Catherine Bergego, creada por Bergego, Azouvi, y cols. en 1995, está basada en la observación y registro del desempeño del paciente en actividades cotidianas. (21)
(22)

Consta de dos partes o secciones: *evaluación del comportamiento*, que incluye 10 ítems donde se observa la ejecución de la persona en situaciones comunes de la vida diaria (A.V.D.), utilizándose para puntuar cada actividad, una escala de cuatro puntos (0, 1, 2, 3); y *un cuestionario*, completado por el paciente, con el objetivo de evaluar cuál es el grado de reconocimiento de las dificultades diarias relacionadas con su Negligencia. Se explora de esta manera el grado de anosognosia. Para cada ítem se le indica al paciente que estime su

dificultad, graduando su valoración de 1 a 3. (21) (22) Las mismas preguntas son contestadas por un familiar o cuidador para determinar el impacto de la negligencia del paciente, en la vida cotidiana. (23)

La escala aquí presentada se desarrolla en forma más detallada en la sección correspondiente a la Propuesta y se presenta en el ANEXO II.

CAPÍTULO III

3.4 Propuesta: Escala de Catherine Bergego:

3.4.1 Introducción

“Los pacientes con Negligencia izquierda severa presentan, frecuentemente, dificultades en destrezas tales como autocuidado, vestido, aseo, alimentación, manejo de silla de ruedas, lectura, escritura y comunicación”³⁴. Estas actividades cotidianas requieren orientación automática de la atención, lo que es asumido como déficit en pacientes que presentan el síndrome, mientras que hay una relativa preservación en lo que concierne a los aspectos voluntarios de la función mencionada. (16) (22)

“Numerosos tests clínicos han sido propuestos para evaluar la presencia y severidad de Negligencia. Los procedimientos más comunmente utilizados son las tareas de cancelación, bisección de líneas, tareas de dibujo, lectura, y escritura”.³⁵ Sin embargo, el desempeño valorado por estas tareas está raramente estandarizado, la sensibilidad para detectar negligencia puede diferir de una tarea a otra y esta evaluación convencional se centra más sobre el aspecto de la orientación voluntaria de la atención, que se recupera más rápidamente que sobre la orientación automática a la que ya se ha hecho referencia en párrafos anteriores. (16) (22)

Desde una perspectiva de rehabilitación, la evaluación convencional de Negligencia resulta de poca ayuda para comprender las dificultades presentes en la vida diaria. Serón, Deloche y Coyette (1989) han reportado a pacientes con desempeño normal según tests

³⁴ Azouvi, P.; Marchal, F., Bergego, C. y cols. “*Functional Consequences and Awareness of Unilateral Neglect: Study of an Evaluation Scale*”; Neuropsychological Rehabilitation; U.K.; 1996; Pág. 134.

³⁵ *Ibid.* Pág. 134.

tradicionales luego del entrenamiento, pero que no obstante exhibieron Negligencia que irrumpe en el funcionamiento de la vida real. Y lo más importante es el hecho de que ninguno de los tests convencionales provee a los Terapistas de resultados prácticos para planear la rehabilitación. (22)

3.4.2 Escala de Catherine Bergego: una evaluación funcional de Negligencia Unilateral

La Escala de Catherine Bergego (C.B.S.), que toma el nombre de uno de sus autores y que fue construida en Francia en el año 1995, está diseñada para servir como una "...lista estandarizada para Terapistas Ocupacionales, con la finalidad de evaluar la presencia y extensión de Negligencia sobre una muestra de las actividades reales de la vida diaria. Este instrumento no se basa en situaciones de test, sino sobre la observación directa del funcionamiento del paciente"³⁶ por el Terapeuta Ocupacional, quien completa la escala.

La C.B.S. está constituida por 10 ítems para Negligencia, a saber: (22)

- 1- Cuidado y lavado de la parte izquierda de la cara.
- 2- Vestido de manga izquierda o zapatilla izquierda.
- 3- Tomar el alimento ubicado en el lado izquierdo del plato.
- 4- Limpiarse el lado izquierdo de la boca luego de comer.
- 5- Dirigir espontáneamente la mirada hacia el lado izquierdo.
- 6- Reconocer el lado izquierdo del cuerpo (por ejemplo apoyar el brazo izquierdo sobre el apoyabrazo, o el pie izquierdo sobre el apoyapie de la silla de ruedas).

³⁶ Ibid. Pág. 136.

- 7- Atención auditiva, para sonidos provenientes de objetos o personas, dirigidos desde la izquierda del sujeto.
- 8- Colisiones con el lado izquierdo con personas u objetos, como son puertas o muebles, mientras camina o conduce la silla de ruedas.
- 9- Encontrar la forma de llegar a distintos sitios conocidos por él, en lugares conocidos o en la unidad de rehabilitación, cuando el camino que debe seguir es hacia la izquierda.
- 10- Encontrar los objetos personales en el cuarto o en el baño ubicados en el lado izquierdo.

La Negligencia Unilateral es puntuada para cada ítem sobre una escala de 4 puntos:

0: no se observa Negligencia.

1: Negligencia leve; se observa en el paciente siempre explorando el hemiespacio derecho primero, y llevando suavemente y vacilando hacia la izquierda; en este nivel las omisiones izquierdas o colisiones suelen ser raras e inconsistentes, observándose fluctuaciones por fatiga y por causa emocional.

2: Negligencia moderada; con claro y constantes omisiones del lado izquierdo y colisiones; en este nivel el paciente aún puede cruzar la línea media pero el desempeño en el hemiespacio izquierdo es incompleto e inefectivo.

3: Negligencia severa; el paciente solamente puede explorar el hemiespacio derecho.

Además del puntaje por ítem señalado, la escala presenta un puntaje total con un máximo de 30 puntos considerándose de la siguiente manera:

0: sin Negligencia.

1- 10 / 30: Negligencia leve.

11- 20 / 30: Negligencia moderada.

21- 30 / 30: Negligencia severa.

En los casos severos en que algunos ítems de la C.B.S. son imposibles de puntuar, ya sea porque el paciente es dependiente o porque no es posible determinar qué es primero, la Negligencia o los déficits neurológicos asociados (como es hemiplejia severa, déficit sensorial o apraxia del vestido), los ítems no puntuados son considerados inválidos y no se incluyen en el puntaje total; éste se calcula a partir del puntaje promedio de ítems válidos utilizando la siguiente fórmula: suma de puntajes individuales de ítems válidos, dividido por el nº de ítems válido multiplicado por 10. (22)

❖ Autoevaluación y anosognosia

Una fórmula paralela de la C.B.S. ha sido diseñada a modo de cuestionario con los mismos 10 ítems descriptos previamente, para ser *llenado con datos que otorga el paciente*. La finalidad de este cuestionario es brindar una comparación directa entre la observación del Terapeuta Ocupacional y el autoreporte del paciente, y permitir calcular la anosognosia.

Es de suma importancia la evaluación de anosognosia ya que es un factor que genera dificultades extras para la recuperación del paciente. Más aún, en frecuentes estudios se la indica como la mejor predictora de recuperación pobre después de un accidente cerebral en el hemisferio derecho. (16) (22)

El Terapeuta Ocupacional le informa al paciente que lo interrogará sobre 10 actividades con la finalidad de evaluar las dificultades que el mismo pudiera presentar sobre el lado izquierdo; a su vez lo instruye a responder, en cada pregunta, si éste ha notado una dificultad frecuente actualmente o no. Si la respuesta que brinda es positiva, el paciente también deberá indicar el grado de dificultad (leve, moderada, severa). El siguiente es el cuestionario: (22)

- 1) ¿Algunas veces olvida afeitarse o acicalarse el lado izquierdo de su cara?
- 2) ¿Tiene algunas dificultades para poner su zapatilla o la manga del lado izquierdo?
- 3) ¿Algunas veces olvida comer alimentos colocados en el lado izquierdo del plato?
- 4) ¿Algunas veces olvida limpiar el lado izquierdo de su boca después de comer?
- 5) ¿Algunas veces tiene dificultades para mirar hacia el lado izquierdo?
- 6) ¿Algunas veces olvida el lado izquierdo de su cuerpo (por ejemplo: olvida poner arriba o en alto el miembro izquierdo sobre el apoyabrazos, o el pie izquierdo sobre el soporte para pie, u olvida usar el brazo izquierdo cuando necesita hacerlo)?
- 7) ¿Algunas veces tiene dificultades para prestar atención a sonidos o personas cuando éstos se ubican sobre el lado izquierdo?
- 8) ¿Algunas veces embiste a personas u objetos con su lado izquierdo, como una puerta o un mueble, mientras camina o conduce su silla de ruedas?
- 9) ¿Algunas veces tiene dificultades en encontrar el camino hacia la izquierda cuando recorre lugares familiares o en la unidad de rehabilitación?
- 10) ¿Algunas veces tiene dificultades en encontrar sus objetos personales en su cuarto o en el baño cuando éstos están ubicados en el lado izquierdo?

Las respuestas de los pacientes son presentadas sobre una escala de 4 puntos (0: sin dificultad. 1: dificultad leve. 2: dificultad moderada. 3: severa dificultad). El puntaje de anosognosia se calcula registrando la diferencia entre los resultados de la observación del T.O. y las respuestas del paciente.

Existe un tercer cuestionario para ser *completado por la familia o el cuidador del paciente* con las mismas preguntas y valoración que el instrumento autoadministrado arriba consignado; la finalidad de estas respuestas es brindar un conocimiento sobre la percepción que el entorno posee en relación a las dificultades de la persona. (23)

Es interesante resaltar el hecho de que si bien la Negligencia Unilateral se produce con más frecuencia sobre el lado izquierdo, también es posible su aparición sobre el lado derecho de la persona. Por este motivo, la Escala de Catherine Bergego brinda la posibilidad de evaluar la aparición de comportamiento negligente derecho, conservando la estructura del instrumento, los items, la autoevaluación y el cuestionario al familiar, que se han detallado en este apartado, modificando solamente la palabra "izquierda" por "derecha".

3.4.3 Validación de la C.B. S.

La validación que se presenta se extrajo de una publicación realizada en *Neuropsychological Rehabilitation* en el año 1996, cuyos autores son Azouvi, P., Marchal, F. y cols., llevada a cabo en Francia. (22)

Consistencia interna: se estableció por el rank Spearman en correlación con los puntajes sobre cada pregunta individual y el puntaje total. El Rho Spearman se extendió

desde 0.58 a 0.88 ($P < 0.0001$ en todos los casos) indicando una alta correlación para cada pregunta. La consistencia débil (Rho: 0.58) se observó para el ítem 4 (limpiar el lado izquierdo de la boca después de comer), y todos los otros coeficientes de correlación fueron iguales o más altos que 0.69. Las correlaciones más altas fueron para la coalición (Rho: 0.88) y vestido (Rho: 0.86).

Validación externa y sensibilidad: se evaluó la habilidad de cada pregunta individual de la CBS para detectar la presencia de Negligencia. La incidencia de negligencia (por ejemplo la proporción de pacientes puntuando 1 o más) para cada ítem de la CBS se muestra en la Fig. 1. Los ítems más sensibles fueron conocimiento del miembro izquierdo del cuerpo, vestido, y colisiones, demostrando negligencia en más del 50% de los casos.

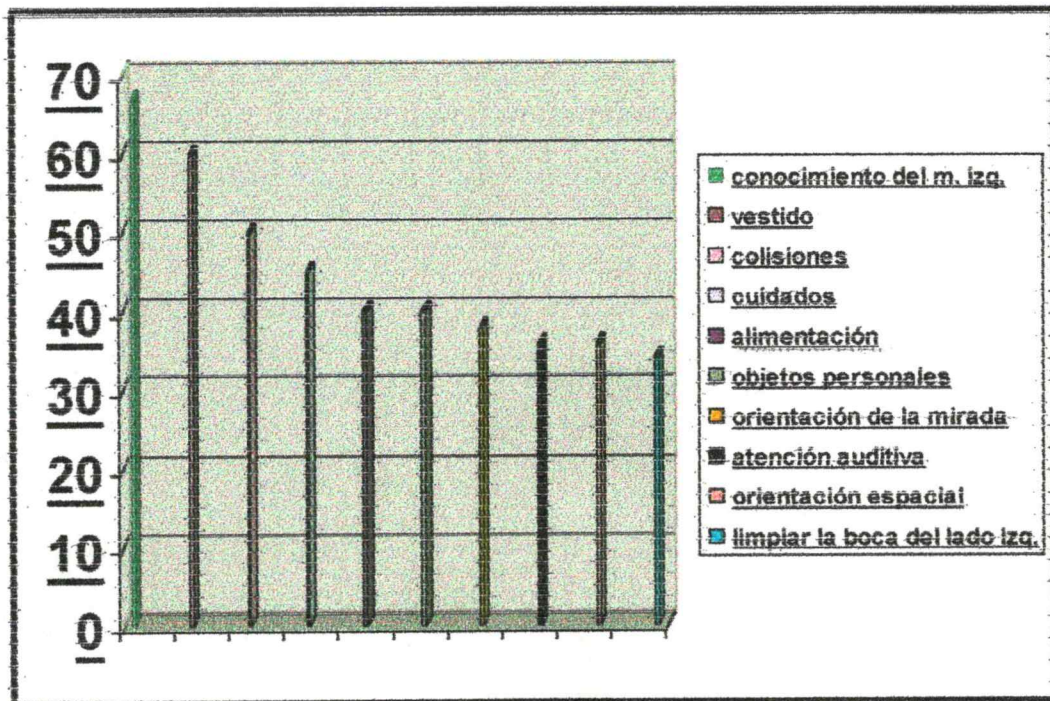


Fig. 1. "Incidencia de Negligencia para cada uno de los 10 ítems de la C.B.S".³⁷

³⁷ Ibid. Pág. 142.

La tabla 1 presenta puntajes (rango 0 -3) Mean (SD), y porcentaje de pacientes con negligencia (puntaje >0) en cada uno de los ítems de la Escala de Catherine Bergego sobre el puntaje total.

Variables	Mean (SD)	% con negligencia
Autocuidado	0.70 (0.94)	43.33
Vestido	1.15 (1.17)	57.89
Alimentación	0.76 (1.04)	41.27
Limpieza de la boca	0.65 (1.05)	32.81
Orientación de la mirada	1.07 (1.11)	56.25
Conocimiento del miembro izquierdo	1.27 (1.05)	68.25
Atención auditiva	0.72 (0.98)	39.06
Colisiones	1.20 (1.17)	59.32
Orientación espacial	0.86 (1.11)	45.00
Encontrar objetos personales	1.04 (1.20)	50.00
Puntaje total (/30; n=69)	9.37 (9.04)	76.81
Autoevaluación (/30; n=67)	5.30 (5.20)	

Tabla 1: "Puntajes individuales y porcentajes de pacientes con Negligencia en los ítems individuales y en el puntaje total de la CBS".³⁸

³⁸ Azouvi, P; Samuel, C; y cols. "Sensitivity of clinical and behavioral tests of spatial neglect after right hemisphere stroke"; Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry; London; Vol.73, N° 2; August; 2002; Pág. 163.

Como se observa, los tres ítems más sensibles para detectar Negligencia Unilateral son, en orden decreciente: conocimiento del lado izquierdo, colisiones, y vestido. Es interesante resaltar que la escala en su conjunto representada por el puntaje total registra el mayor porcentaje de pacientes con Negligencia Unilateral.

3.4.4 Relación de la CBS con otros tests para evaluación de Negligencia Unilateral.

❖ Relación entre la C.B.S y el Test de Inatención comportamental (B.I.T.)

Wilson, Cockburn y Halligan (1987, 1991) desarrollaron una batería estandarizada, el Test de Inatención Comportamental (B.I.T.). Fue el primer test objetivo que evaluó destrezas relacionadas con actividades cotidianas en pacientes con Negligencia visual Unilateral. Está compuesto por dos subtests, el convencional que contiene tareas de papel y lápiz (marcar líneas, cancelar letras, cancelar estrellas, copiar figuras y formas, bisección de líneas, y dibujo representativo), y el subtest conductual conformado por la exploración de tareas cotidianas, más específicamente A.I.V.D. (discado de teléfono, lectura de un artículo, entre otras). (22)

El B.I.T. provee al Terapeuta Ocupacional un acercamiento más funcional a la Negligencia Unilateral. Sin embargo presenta ciertas limitaciones, expresadas a continuación, que lo diferencian de la Escala de Catherine Bergego y que hacen que ésta última sea una mejor opción a la hora de evaluar funcionalmente a un paciente que presente el Síndrome de Negligencia Unilateral: aún representa situaciones de testeo basadas más en lo voluntario de la orientación de la atención que en el aspecto automático de la misma. Otro

problema es que no toma en cuenta anosognosia. Además se requiere de un tiempo extenso para llevar a cabo la evaluación completa del paciente. El B.I.T. evalúa tareas que se realizan en el espacio peripersonal sin tener en cuenta actividades llevadas a cabo en el espacio extrapersonal o lejano; y por último, requiere que el paciente presente una adecuada fluidez verbal. (21) (22)

❖ Relación entre la CBS y los tests convencionales de papel y lápiz.

Se definen como tests convencionales de papel y lápiz a aquellos que se utilizan con frecuencia para evaluar comportamientos aislados de negligencia unilateral, no estandarizados, que brindan valoración subjetiva al examinador, y que utilizan como materiales papel y lápiz; se incluye: test de bisección, cancelación, dibujo, lectura y escritura. (16) (22) Las dificultades que presentan estos tests son:

- no han sido sujetos a una adecuada validación y estandarización. (16)
- pacientes con desempeño normal en los tests de papel y lápiz, pueden presentar fallas significativas en la vida diaria.
- no permiten realizar un diagnóstico de desempeño funcional del sujeto ya que evalúa componentes individuales en lugar de actividades complejas.
- los resultados sólo permiten inferir un determinado tipo de desempeño siendo necesario aplicar otros tests para obtener una comprobación de esta suposición.

La tabla 2 (Journal of Neurology, 2002) indica el desempeño en los tests de papel y lápiz obtenidos en pacientes que sufrieron un accidente cerebrovascular en el hemisferio derecho.

Variable de Tests	Mean (SD)	Punto de corte	% debajo del corte
Campanas <i>n</i> =206			
Omisiones (N° total)	8.4 (9.4)	>6	41.3
Omisiones (izq. menos der.)	3.1 (4.4)	>2	44.9
Punto de inicio	4.6 (2.4)	>5	50.5
Coplado de Figura <i>n</i> =205	1.2 (1.6)	>0	42.7
Dibujo de reloj <i>n</i> =205	0.4 (0.6)	>0	27.8
Bisección (mm.)			
Líneas de 20 cms.	10.1 (19.4)	>6.5	37.7
Líneas de 5 cms.	0.6 (3.7)	>2.0	19.0
Lectura de texto <i>n</i> =188 (n° total de omisiones)	11.9 (25.3)	>0	46.8
Omisiones (izq. menos der.)	5.6 (11.4)	>0	41.2
Escritura (margen izq., cm.) <i>n</i> = 201	6.8 (5.0)	>7.7	34.3

Tabla 2: "Desempeño en los tests de papel y lápiz"³⁹

³⁹ Ob.Cit; Azouvi, P; Samuel, C; y cols; "Sensitivity of clinical and behavioral tests of spatial neglect after right hemisphere stroke". Pág.162.

Se evidencia que el ítem más sensitivo es el punto de inicio en el test de las campanas, definido como el punto donde inician la circulación (localización espacial del primer círculo sobre el blanco) y que expresa la estrategia de búsqueda del paciente; le continúan, en orden decreciente de sensibilidad: test de lectura (nº total de omisiones), test de las campanas (diferencias entre omisiones derechas e izquierdas), copiado de figuras, test de campanas (nº total de omisiones), test de lectura (diferencia entre omisiones izq. y derechas), línea de bisección (20cm.), escritura, dibujo de reloj, y línea de bisección (5cm).

A su vez, es interesante recalcar que ningún test individual fue más sensible que la batería completa de los tests de papel y lápiz.

La tabla 3 expresa el Coeficiente de correlación de Pearson entre el puntaje total de la escala de Catherine Bergego y los tests convencionales de papel y lápiz en pacientes con accidente cerebrovascular en hemisferio derecho.

TEST	R	P
Campanas:		
Número total de omisiones	0.77	<0.0001
Omisiones (izquierda menos derecha)	0.57	<0.0001
Punto de inicio	0.62	<0.0001
Copiado de figura	0.66	<0.0001
Dibujo de reloj	0.55	<0.0001
Bisección:	0.49	
Líneas de 20 cm.		<0.0001
Líneas de 5 cm.	0.16	0.19
Lectura de texto:		
Número total de omisiones	0.53	<0.0001
Omisiones (izq. menos der.)	0.57	<0.0001
Escritura (margen izquierdo)	0.62	<0.0001

Tabla 3: "Coeficiente de correlación de Pearson entre el puntaje total de CBS y los tests convencionales"⁴⁰

En esta tabla se evidencia que el componente más fuerte de correlación fue el número total de omisiones en el test de las campanas. Se pone de manifiesto que la evaluación del comportamiento, C.B.S., es más sensible que cualquier test convencional individual, y sólo comparable con la batería completa de los tests de papel y lápiz.

⁴⁰ Ibid. Pág. 163.

3.4.5 Conclusión

La Escala de Catherine Bergego constituye un instrumento estandarizado, confiable y válido, y específico para la evaluación de pacientes que presentan Síndrome de Negligencia Unilateral. Si bien éstas son razones suficientes para considerarla en el momento de evaluación, presenta un factor que la hace fundamental para su uso desde la Terapia Ocupacional, y es que permite conocer el desempeño funcional en las actividades de la vida diaria de personas que manifiestan este síndrome.

A partir de los aspectos anteriormente mencionados y analizados, se incluye la Escala de Catherine Bergego como propuesta en la Tesis con la finalidad de difundir un instrumento de evaluación del desempeño ocupacional, que creemos de suma importancia para ser utilizados por los Terapistas Ocupacionales. (VER ANEXO II)

SEGUNDA PARTE
ASPECTOS METODOLÓGICOS

4) ASPECTOS METODOLÓGICOS:

4.1) Problema:

¿Cuáles son los Tests de Evaluación específicos para Síndrome de Negligencia Unilateral, considerados de uso por los T.O. y Licenciados en T.O., que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrica/gerontológica, con pacientes con patología neurológica, adultos y adultos mayores, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005, en la ciudad de Mar del Plata?

4.2) Objetivos:

4.2.1 Objetivo General:

- Explorar Tests de Evaluación específicos para Síndrome de Negligencia Unilateral considerados de uso por los T.O. y Licenciados en T.O., durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005, en la ciudad de Mar del Plata.

4.2.2 Objetivos específicos:

- Detectar la utilidad diagnóstica para el desempeño ocupacional que los T.O. y Licenciados en T.O. le otorgan a los Tests de Evaluación específicos para Síndrome de Negligencia Unilateral.
- Registrar la utilidad práctica que los T.O. y Licenciados en T.O. le atribuyen a los Tests de Evaluación específicos para Síndrome de Negligencia Unilateral.
- Determinar los Tests más utilizados por los T.O. y Licenciados en T.O., ya sea por utilidad diagnóstica y/o práctica para la evaluación de desempeño ocupacional en pacientes con patología neurológica, adultos y adultos mayores, con Síndrome de Negligencia Unilateral.
- Presentar una Escala de Evaluación específica desde Terapia Ocupacional para el diagnóstico de desempeño ocupacional en pacientes adultos y adultos mayores con Síndrome de Negligencia Unilateral.

4.3) Variables:

4.3.1 Variable Principal:

Tests de Evaluación específicos para Síndrome de Negligencia Unilateral considerados de uso por los T.O. y Licenciados en T.O.

Definición científica:

Pruebas definidas, reproducibles, estandarizadas y no estandarizadas, que provocan y registran un comportamiento que se relaciona con otros comportamientos significativos y arrojan una valoración relevante para planificar y ejecutar un programa eficaz de tratamiento en pacientes que presentan dificultad para reconocer estímulos presentados contralateralmente a una lesión cerebral.

Definición operacional

Pruebas sustentadas teóricamente por un marco referencial determinado, factibles de ser reproducidas por otro investigador, cuyos resultados pueden ser confrontados o comparados con puntajes normativos, que determinan cuánto una persona se acerca o se aleja de la norma, y que presentan validez, confiabilidad y sensibilidad (pruebas estandarizadas). Dentro de las mismas se encuentran: Escala de Catherine Bergego o C.B.S. (consiste en la observación del paciente

durante la ejecución de actividades de la vida diaria y dos cuestionarios que miden desempeño ocupacional, uno para ser completado por el paciente y el otro por el familiar o cuidador); y Test de Inatención Conductual o B.I.T. (batería compuesta por tareas de papel y lápiz y tareas de actividades cotidianas: A.I.V.D.)

Cuando los resultados de las pruebas no se relacionan con puntajes normativos o testeados para la validez, confiabilidad y sensibilidad, lo más útil para la valoración es el criterio, es decir, una evaluación en la que se usa como punto de partida y de comparación algún desempeño individual u objetivo que puede ser confrontado con un comportamiento esperado (pruebas no estandarizadas), a saber: Tests de bisección (consiste en ubicar y marcar el punto medio de cada línea o círculo presentado); Tests de cancelación (incluyen actividades de búsqueda y tachado de campanas, estrellas, números, letras, líneas, y formas); Tests de dibujo (ejercicios consistentes en la reproducción de figuras específicas y dibujo espontáneo); Tests de lectura (se realiza la lectura de un texto dispuesto en columnas verticales); tests de escritura (consiste en la redacción escrita de un texto en forma espontánea o a la copia); Test de representación mental (caracterización verbal de un espacio familiar o conocido a través de la representación mental del paciente); Tests de reconocimiento de elementos del ambiente (implica operaciones de reconocimiento de objetos y personas en un espacio determinado); y Tests de extinción sensorial (comprende el examen de respuestas de localización específica frente a estímulos sensoriales táctiles, auditivos y visuales).

Todas las pruebas anteriormente mencionadas valoran comportamientos de percepción y orientación visual, auditiva, táctil y espacial; A.V.D. y A.I.V.D.

En ambos tipos de instrumentos, estandarizados y no estandarizados, las dimensiones que se consideran para la medición de la variable son:

a) Identificación: cuando el T.O. y Licenciado en T.O. selecciona entre las opciones presentadas en el instrumento, en relación al conocimiento de materiales, procedimientos y resultados de los tests. Los tres aspectos tenidos en cuenta para establecer las categorías de esta dimensión se definen de la siguiente manera:

Materiales: elementos y equipamiento necesarios para implementar la prueba específica.

Procedimientos: condiciones bajo las cuales es llevado a cabo el test de evaluación específico, incluyendo secuencia, instrucciones verbales y aspectos ambientales especiales.

Resultados: datos que brinda el test, que pueden ser interpretados por puntaje o valoración, relacionados específicamente al Síndrome de Negligencia Unilateral. El primero se refiere a una cuestión técnica definida por estándares de desempeño esperado que arrojan un valor numérico en pruebas estandarizadas; mientras que en el segundo, el criterio para analizar los datos está diseñado sobre la base de supuestos acerca del desempeño normal y es característico de evaluaciones no estandarizadas.

De acuerdo a lo expuesto, las categorías de esta dimensión son:

- Adecuada: cuando el T.O. y Licenciado en T.O. menciona los tres aspectos.
- Medianamente adecuada: cuando el T.O. y Licenciado en T.O. menciona al menos dos aspectos.
- Inadecuada: cuando el T.O. y Licenciado en T.O. menciona uno o ninguno de los tres aspectos:

b) Aplicación: utilización en la práctica profesional cotidiana del test como instrumento de evaluación específico para pacientes con Síndrome de Negligencia Unilateral, con las siguientes categorías:

- Siempre: cuando el T.O. y Licenciado en T.O. utiliza el test en todas las ocasiones como instrumento de evaluación específico para pacientes con Síndrome de Negligencia Unilateral.
- A veces: cuando el T.O. y Licenciado en T.O. utiliza el test en algunas ocasiones como instrumento de evaluación específico para pacientes con Síndrome de Negligencia Unilateral.
- Nunca: cuando el T.O. y Licenciado en T.O. no utiliza el test como instrumento de evaluación específico para pacientes con Síndrome de Negligencia Unilateral.

c) **Reconocimiento:** relevancia que los T.O. y Licenciados en T.O. le otorgan a los test de evaluación en relación a: la **utilidad diagnóstica** (eficiencia de los tests de evaluación específicos para la obtención de datos en relación a la naturaleza del problema y condición o situación desde una perspectiva ocupacional en la dimensión de A.V.D), la **utilidad práctica** (eficacia de los tests específicos en cuanto a la complejidad o simplicidad del procedimiento, la exigencia de un equipamiento o condiciones ambientales especiales, el tiempo necesario para la administración u observación, y el grado de entrenamiento requerido o capacitación previa del profesional) y la **suficiencia de la información recogida** (capacidad de los test de evaluación para recoger y discriminar la mayor cantidad de datos necesarios y

específicos del problema en cuestión, para realizar un diagnóstico de desempeño ocupacional, en la dimensión de A.V.D).

Las subdimensiones anteriormente mencionadas fueron medidas con las categorías SI / NO. La valoración de la categoría SI es de 3 puntos en las subdimensiones **utilidad diagnóstica** y **utilidad práctica** debido a que las mismas se consideran el interés principal y fundamental de la investigación. Por los siguientes dos motivos se asigna el puntaje 2 para la categoría NO de la subdimensión **suficiencia de la información recogida**: por un lado, si bien arroja datos de importancia, los mismos resultan complementarios; y por otro lado, se brinda una valoración positiva al hecho de que el T.O. y Licenciado en T.O. reconozca que la información que brinda un test particular NO resulta suficiente para realizar un diagnóstico de desempeño ocupacional.

Se arriba así, a la dimensión final **Consideración de uso de los T.O. y Licenciados en T.O. de Tests de Evaluación específicos para Síndrome de Negligencia Unilateral**: análisis y revisión de los Tests de Evaluación específicos para Síndrome de Negligencia Unilateral, en cuanto a las dimensiones de identificación, aplicación y reconocimiento de los mismos. Se establecen como categorías las siguientes:

Alta: cuando el T.O y Licenciado en T.O. obtenga un puntaje que se encuentre entre 120 y 80.

Media: cuando el T.O. y Licenciado en T.O. obtenga un puntaje que se encuentre entre 79 y 40.

Baja: cuando el T.O. y Licenciado en T.O. obtenga un puntaje que se encuentre entre 39 y 0.

- A continuación se presenta el DIMENSIONAMIENTO de la Variable:

Tests de bisección de:
- Líneas
- Círculos

Identificación	Adecuada: menciona el procedimiento, los materiales y el puntaje/valoración.....	2
	Medianamente adecuada: menciona al menos dos de estos aspectos.....	1
	Inadecuada: menciona uno o ninguno de estos tres aspectos.....	0
Aplicación	Siempre: lo utiliza en todas las ocasiones como instrumento de evaluación.....	2
	A veces: lo utiliza en algunas ocasiones como instrumento de evaluación.....	1
	Nunca: no lo utiliza como instrumento de evaluación.....	0
Reconoce	Utilidad diagnóstica	Si..... 3 No..... 0
	Utilidad práctica	Si..... 3 No..... 0
	Suficiencia de la información recogida	Si..... 0 No..... 2

Tests de cancelación de:
- Campanas
- Estrellas
- Número
- Letras
- Líneas
- Formas

Identificación	Adecuada: menciona el procedimiento, los materiales y el puntaje/valoración.....	2
	Medianamente adecuada: menciona al menos dos de estos aspectos.....	1
	Inadecuada: menciona uno o ninguno de estos tres aspectos.....	0
Aplicación	Siempre: lo utiliza en todas las ocasiones como instrumento de evaluación.....	2
	A veces: lo utiliza en algunas ocasiones como instrumento de evaluación.....	1
	Nunca: no lo utiliza como instrumento de evaluación.....	0
Reconoce	Utilidad diagnóstica	Si..... 3 No..... 0
	Utilidad práctica	Si..... 3 No..... 0
	Suficiencia de la información recogida	Si..... 0 No..... 2

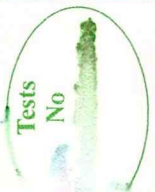
Tests de copiado y dibujo espontáneo de:
- Figura humana
- Reloj
- Flor
- Casa
- Figuras geométricas

Identificación	Adecuada: menciona el procedimiento, los materiales y el puntaje/valoración.....	2
	Medianamente adecuada: menciona al menos dos de estos aspectos.....	1
	Inadecuada: menciona uno o ninguno de estos tres aspectos.....	0
Aplicación	Siempre: lo utiliza en todas las ocasiones como instrumento de evaluación.....	2
	A veces: lo utiliza en algunas ocasiones como instrumento de evaluación.....	1
	Nunca: no lo utiliza como instrumento de evaluación.....	0
Reconoce	Utilidad diagnóstica	Si..... 3 No..... 0
	Utilidad práctica	Si..... 3 No..... 0
	Suficiencia de la información recogida	Si..... 0 No..... 2

t e s t s

d e

p a p e l



Identificación
Adecuada: menciona el procedimiento, los materiales y el puntaje/valoración.....2
Medianamente adecuada: menciona al menos dos de estos aspectos.....1
Inadecuada: menciona uno o ninguno de estos tres aspectos.....0

Aplicación
Siempre: lo utiliza en todas las ocasiones como instrumento de evaluación.....2
A veces: lo utiliza en algunas ocasiones como instrumento de evaluación.....1
Nunca: no lo utiliza como instrumento de evaluación.....0

Reconoce
Utilidad diagnóstica Si.....3
 No.....0
Utilidad práctica Si.....3
 No.....0
Suficiencia de la información recogida Si.....0
 No.....2

Tests de lectura

Identificación
Adecuada: menciona el procedimiento, los materiales y el puntaje/valoración.....2
Medianamente adecuada: menciona al menos dos de estos aspectos.....1
Inadecuada: menciona uno o ninguno de estos tres aspectos.....0

Aplicación
Siempre: lo utiliza en todas las ocasiones como instrumento de evaluación.....2
A veces: lo utiliza en algunas ocasiones como instrumento de evaluación.....1
Nunca: no lo utiliza como instrumento de evaluación.....0

Reconoce
Utilidad diagnóstica Si.....3
 No.....0
Utilidad práctica Si.....3
 No.....0
Suficiencia de la información recogida Si.....0
 No.....2

Tests de escritura

Identificación
Adecuada: menciona el procedimiento, los materiales y el puntaje/valoración.....2
Medianamente adecuada: menciona al menos dos de estos aspectos.....1
Inadecuada: menciona uno o ninguno de estos tres aspectos.....0

Aplicación
Siempre: lo utiliza en todas las ocasiones como instrumento de evaluación.....2
A veces: lo utiliza en algunas ocasiones como instrumento de evaluación.....1
Nunca: no lo utiliza como instrumento de evaluación.....0

Reconoce
Utilidad diagnóstica Si.....3
 No.....0
Utilidad práctica Si.....3
 No.....0
Suficiencia de la información recogida Si.....0
 No.....2

Test representacional

Identificación	Adecuada: menciona el procedimiento, los materiales y el puntaje/valoración.....2 Medianamente adecuada: menciona al menos dos de estos aspectos.....1 Inadecuada: menciona uno o ninguno de estos tres aspectos.....0
Aplicación	Siempre: lo utiliza en todas las ocasiones como instrumento de evaluación.....2 A veces: lo utiliza en algunas ocasiones como instrumento de evaluación.....1 Nunca: no lo utiliza como instrumento de evaluación.....0
Reconoce	Utilidad diagnóstica Si.....3 No.....0 Utilidad práctica Si.....3 No.....0 Suficiencia de la información recogida Si.....0 No.....2

Test de reconocimiento Ambiental

Identificación	Adecuada: menciona el procedimiento, los materiales y el puntaje/valoración.....2 Medianamente adecuada: menciona al menos dos de estos aspectos.....1 Inadecuada: menciona uno o ninguno de estos tres aspectos.....0
Aplicación	Siempre: lo utiliza en todas las ocasiones como instrumento de evaluación.....2 A veces: lo utiliza en algunas ocasiones como instrumento de evaluación.....1 Nunca: no lo utiliza como instrumento de evaluación.....0
Reconoce	Utilidad diagnóstica Si.....3 No.....0 Utilidad práctica Si.....3 No.....0 Suficiencia de la información recogida Si.....0 No.....2

Tests de extinción sensorial:
- visual
- táctil
- auditiva

Identificación	Adecuada: menciona el procedimiento, los materiales y el puntaje/valoración.....2 Medianamente adecuada: menciona al menos dos de estos aspectos.....1 Inadecuada: menciona uno o ninguno de estos tres aspectos.....0
Aplicación	Siempre: lo utiliza en todas las ocasiones como instrumento de evaluación.....2 A veces: lo utiliza en algunas ocasiones como instrumento de evaluación.....1 Nunca: no lo utiliza como instrumento de evaluación.....0
Reconoce	Utilidad diagnóstica Si.....3 No.....0 Utilidad práctica Si.....3 No.....0 Suficiencia de la información recogida Si.....0 No.....2

Test de Inatención Conductual (B.I.T)



Escala de Catherine Bergego (C.B.S.)

Identificación	Adecuada: menciona el procedimiento, los materiales y el puntaje/valoración.....	2	
	Medianamente adecuada: menciona al menos dos de estos aspectos.....	1	
	Inadecuada: menciona uno o ninguno de estos tres aspectos.....	0	
Aplicación	Siempre: lo utiliza en todas las ocasiones como instrumento de evaluación.....	2	
	A veces: lo utiliza en algunas ocasiones como instrumento de evaluación.....	1	
	Nunca: no lo utiliza como instrumento de evaluación.....	0	
Reconoce	Utilidad diagnóstica	Si.....	3
		No.....	0
	Utilidad práctica	Si.....	3
		No.....	0
	Suficiencia de la información recogida	Si.....	0
		No.....	2

Categorías:

Alta	entre 120 y 80 puntos
Media	entre 79 y 40 puntos
Baja	entre 39 y 0 puntos

4.3.2 Variables intervinientes:

-**Antigüedad en el ejercicio profesional:** tiempo de desempeño del rol profesional del T.O. o Licenciado en T.O., expresado en años, desde la obtención del título hasta la actualidad.

-**Antigüedad en el área de desempeño:** tiempo de ejercicio del rol del T.O. o Licenciado en T.O. en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, expresado en años, y con una antigüedad de por lo menos un año en adelante.

-**Tipo de institución:** características de administración del ámbito laboral donde se desempeña el T.O. o Licenciado en T.O., es decir, de orden público o privado.

-**Campo de desempeño:** espacio físico donde el T.O. o Licenciado en T.O. desarrolla su rol profesional (Hospital General, Centro o Institución de Rehabilitación Psicofísica, Hogar o Residencia para adultos mayores, Consultorio Privado, Clínica, Sanatorio, Atención Domiciliaria).

-**Marco de Referencia:** constructo teórico-práctico que ofrece el fundamento, la guía y el posicionamiento a partir del cual el T.O. o Licenciado en T.O. desempeña su rol profesional (Neuropsicología, Biomecánico, de Rehabilitación, entre otros).

-**Formación académica:** título de grado y/o postgrado obtenidos por el profesional y certificaciones específicas en las áreas de Neurología o Neuropsicología (cursos, talleres, congresos).

-**Experiencia clínica en Síndrome de Negligencia Unilateral:** práctica profesional específica en pacientes con Síndrome de Negligencia Unilateral, incluyendo evaluación y tratamiento desde Terapia Ocupacional.

4.4) Técnica de medición: Instrumento

Se aplicó como instrumento de recolección de datos, un **Cuestionario** semiestructurado, con preguntas abiertas y cerradas, con la finalidad de recabar información acerca de los Tests de Evaluación específicos para Síndrome de Negligencia Unilateral considerados de uso por los T.O. y Licenciados en T.O. que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005, en la ciudad de Mar del Plata.

La intención inicial de aplicación del instrumento fue la modalidad de autoadministrado, completado por el encuestado en forma directa y escrita, y con presencia del encuestador para realizar aclaraciones pertinentes y retirar el mismo luego de ser contestado, pero la realidad demostró que, por razones de disposición horaria de los encuestados, el mismo se autoadministró pero en frecuentes ocasiones sin la presencia directa del encuestador. Además, no se incluyeron datos filiatorios para mantener el anonimato, y con la finalidad de obtener respuestas veraces.

➤ Consta de las siguientes partes:

- 1) **Presentación y Tema:** que incluye la finalidad que persigue el instrumento, la presentación de las tesis, la unidad académica a la que corresponde el trabajo de investigación, y se agradece la colaboración y el tiempo brindado para completar del cuestionario.

2) Instructivo: se aclara las características del instrumento ya mencionadas anteriormente (autoadministrado y semiestructurado). En hoja individual, se ubican las referencias aclaratorias a los fines de definir conceptos tales como materiales, procedimientos, resultados, utilidad práctica, utilidad diagnóstica, y suficiencia de la información recogida, de manera de facilitar la comprensión y manejo de un lenguaje común para todas las unidades de análisis sobre las preguntas a encuestar. En la página N° 7 y 8 se aclara con un asterisco la nominación de “test de representación mental” y “test de reconocimiento de elementos en el ambiente” ya que fue construida por las tesisistas al carecer de definiciones teóricas específicas.

3) Cuerpo: está dividido en dos secciones:

➤ **Protocolo del Instrumento: Instructivo**

1) Aspectos sociodemográficos: se interroga sobre algunos datos filiatorios (edad y sexo), área y campo de desempeño, tipo de institución, antigüedad en el ejercicio profesional y en el área de desempeño, cursos, capacitación y postgrados en el área de neurología y/o neuropsicología, marco de referencia, y experiencia clínica específica con el Síndrome de Negligencia Unilateral. Cabe destacar que el ítem formación académica fue consultado verbalmente a los encuestados al haberse obviado en el tipiado del cuestionario.

En esta sección, las preguntas n° 9,10,11.1.2,11.1.3.1.1 fueron abiertas. El análisis que se realizó de las mismas fue de tipo temático; la pregunta n° 9 fue considerada por la cantidad de cursos, capacitación y/o postgrados realizados en el área neurológica y/o neuropsicológica

por el profesional; en la n° 10 se otorgó valor cuando el T.O. o Licenciado en T.O. nombró el marco de referencia que utilizó para el abordaje de pacientes con discapacidad física y geriátrico/gerontológica (de rehabilitación, biomecánico, neuropsicológico, etc.); la respuesta que se consideró para la pregunta n° 11.1.2. fue cuando se nominó la patología (A.C.V.- T.E.C.-Hemiplejía- Hemiparesia, etc.); y la respuesta que se consignó positiva a la n° 11.1.3.1.1 fue cuando el profesional indicó el marco de referencia que utilizó ante pacientes con Síndrome de Negligencia Unilateral.

Las correspondientes a los números 1,2,3,4,5,6,7,8,11.1,11.2,11.1.1,11.1.3.1,11.1.3.2 fueron cerradas, de las cuales la 1,2,6,7,8 y 11 tuvieron la característica de opción excluyente mientras que las restantes brindaron la posibilidad de indicar más de una categoría de respuesta.

II) Análisis de los Tests de Evaluación específicos para Síndrome de Negligencia Unilateral:

se realizaron 11 preguntas, de las cuales 10 fueron sobre los tests estandarizados y no estandarizados ya citados en esta tesis indagándose en cada uno de ellos sobre:

A) **Identificación:** la opción de respuesta fue cerrada dicotómica excluyente (A.1-A.2).

En caso de señalarse la opción A.2 el encuestado debió pasar a la pregunta correspondiente al test consecutivo, sin posibilidad de responder la B, C, D, y E, ya que consideramos que la no identificación del test inhabilita al respondiente a contestar sobre la aplicación y reconocimiento.

Las preguntas 1.1 y 1.2 fueron de opción múltiple excluyente mientras que la 1.3, dicotómica excluyente.

- B) **Aplicación:** B.1 y B.2 fueron cerradas dicotómicas excluyentes; si el respondiente marcó la B.2 debió pasar a la pregunta C. La opción B.1.1 fue cerrada dicotómica excluyente.
- C) **Reconocimiento de utilidad práctica:** las opciones C.1 y C.2 fueron cerradas dicotómicas excluyentes; señalar la segunda opción citada tuvo como consecuencia pasar a la pregunta D. La C.1.1 incluyó una escala de valoración numérica en donde el encuestado debió tachar con una cruz el número que expresaba su opinión.
- D) **Reconocimiento de utilidad diagnóstica:** D.1 y D.2 fueron cerradas dicotómicas excluyentes; de elegir la opción D.2 se debió pasar a la pregunta E; la opción D.1.1 presentó una escala de valoración numérica en donde se debía tachar el número que expresaba la opinión del respondiente.
- E) **Reconoce la suficiencia de la información recogida:** fue una pregunta cerrada dicotómica de carácter excluyente (E.1-E.2).

Cabe aclarar que esta dinámica de instructivo se aplicó en *cada uno de los tests*.

La pregunta nº 11 de esta segunda sección indagó acerca de la utilización de otros tests no citados en esta tesis; fue de carácter abierta y se realizó un análisis de tipo temático; se registraron aquellas respuestas en las que el T.O. o Licenciado en T.O. nominó el test en cuestión (Test de Barcelona, L.O.T.C.A., Índice de Barthel, etc.).

Se incluyó, al finalizar el cuestionario, una sección de OBSERVACIONES, con el propósito de obtener por parte de los T.O. y Licenciados en T.O., comentarios o sugerencias que desearan realizar.

El Cuestionario se presenta en el ANEXO I.

4.5) Tipo de estudio y diseño:

De acuerdo con el problema y los objetivos planteados, el estudio corresponde al tipo exploratorio-descriptivo, de corte transversal, no experimental, porque se pretendió conocer los Tests de Evaluación específicos para Síndrome de Negligencia Unilateral considerados de uso por los T.O. y Licenciados en T.O. que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, con pacientes con patología neurológica, adultos y adultos mayores, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005, en la ciudad de Mar del Plata.

4.6) Enfoque:

En cuanto al tipo de enfoque corresponde al Cuantitativo, porque la información fue recogida en forma sistemática, numéricamente y analizada a través de procedimientos estadísticos.

4.7) Universo de estudio:

El universo de estudio estuvo conformado por 41 Terapistas Ocupacionales y/o Licenciados en Terapia Ocupacional.

4.7.1 Población:

La población estuvo constituida por 32 Terapistas Ocupacionales o Licenciados en Terapia Ocupacional asociados y/o registrados en la A.M.T.O. que residen en la ciudad de Mar del Plata y que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica con pacientes con patología neurológica, adultos y adultos mayores, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

4.7.2 Muestra:

La muestra de estudio estuvo conformada por 31 T.O. o Licenciados en T.O. que respondieron al cuestionario, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, cada uno de los cuales constituyen una unidad de análisis.

La convocatoria se realizó a través de una comunicación telefónica y se concurrió en una fecha y horario determinado al domicilio o lugar de trabajo de los profesionales.

Método de selección de la muestra: fue no probabilístico accidental o por conveniencia, ya que se utilizó para el estudio las unidades de análisis disponibles en un registro de profesionales obtenidos en la AMTO a través de un listado de T.O. y Lic. en T.O. asociados y/o registrados en la misma, y una lista actualizada de Instituciones y residencias para adultos mayores.

Criterios de selección de la muestra:

➤ *Criterios de inclusión*

- Ser Terapeuta Ocupacional o Licenciado en Terapia Ocupacional.
- Estar asociado y/o registrado en la A.M.T.O. (Asociación Marplatense de Terapeutas Ocupacionales) o desempeñarse en instituciones o residencias geriátricas reconocidas por dicha asociación.
- Residir en la ciudad de Mar del Plata.
- Desempeñarse en el área asistencial de discapacidad física y / o geriátrico/gerontológica con pacientes con patología neurológica, adultos y adultos mayores, con una antigüedad de por lo menos tres años en adelante.

➤ *Criterios de exclusión*

- Ser director y /o asesor metodológico de esta tesis.
- Pertenecer al jurado evaluador de la tesis.
- Ser informante clave.

4.8) Prueba Piloto:

Con la finalidad de llevar a cabo una prueba piloto del instrumento a utilizar para medir la consideración de uso que tienen los T.O. y Licenciados en T.O. de los Tests de Evaluación específicos para Síndrome de Negligencia Unilateral, se seleccionó un grupo conformado por cuatro estudiantes avanzados de la carrera Licenciatura en T.O, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social (U.N.M.D.P.), debido a que la muestra de estudio con la que contamos para aplicar el cuestionario fue de un número reducido. La finalidad de esta prueba piloto fue detectar posibles falencias en el instrumento y ajustar el mismo a la variable de investigación.

A partir de la aplicación de los mismos surgieron recomendaciones y se realizaron las siguientes modificaciones del cuestionario: colocación de referencias aclaratorias en hoja independiente, cambiando el color y tamaño de la letra; destacar palabras dentro del cuestionario que se definen en las referencias aclaratorias; y resaltar las indicaciones para la resolución del cuestionario.

4.9) Análisis de datos:

El análisis de los datos fue de tipo descriptivo, basado en porcentajes, tablas simples, de contingencia, promedio, gráficos sectoriales, y de barras componentes.

Los programas que se utilizaron para el procesamiento de los datos fueron Microsoft Excel 2002 y Paquete Estadístico SPSS Win Versión 15.1 2002.

TERCERA PARTE

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

TABLA 1: Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional de Mar del Plata que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

<i>Población total</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Ubicados	32	78,0
No ubicados	9	22,0
Total	41	100

FUENTE: FRANCO, J., GUERRERO, L., PIOLETTI, L. "Tests de Evaluación específicos para Síndrome de Negligencia Unilateral considerados de uso por los T.O., y Lic., en T.O.". UNMDP. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Tesis de Licenciatura, Marzo 2005.

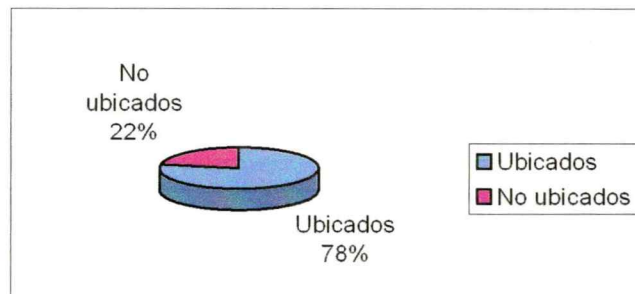


GRAFICO 1: Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional de Mar del Plata que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Interpretación de datos Tabla 1

La población total del estudio estuvo conformada por 41 (100%) Terapistas Ocupacionales y Licenciados en T.O. de Mar del Plata, que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológico durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005. Dentro de la misma fueron ubicados 32 profesionales (78%), mientras que los no ubicados sumaron un total de 9 (22%). Estos últimos no fueron localizados por las siguientes razones: número telefónico incorrecto, licencia por maternidad, y vacaciones.

TABLA 2: Respuesta de los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

<i>Población Ubicada</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
Responde	31	96,9
No responde	1	3,1
Total	32	100

Fuente original

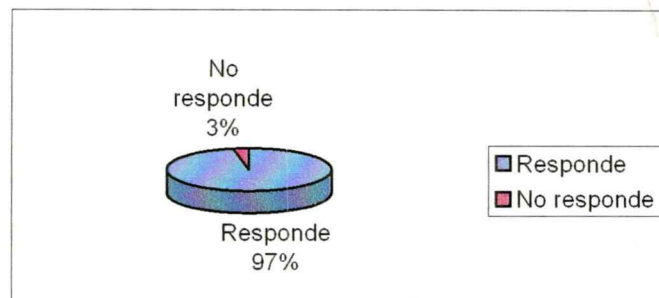


GRÁFICO 2: Respuesta de los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Interpretación de datos Tabla 2

Del total de la población ubicada, 32 (100%) T.O. y Lic. en T.O., sólo 1 (3,1%) se negó a responder el cuestionario aduciendo razones personales; los 31 restantes(96,9) completaron el mismo conformándose así la muestra de estudio.

TABLA 3: Edad de los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Edad en años	Nº	%
20-34 años	9	29,0
35-49 años	18	58,1
50 años y más	4	12,9
Total	31	100

Fuente : original

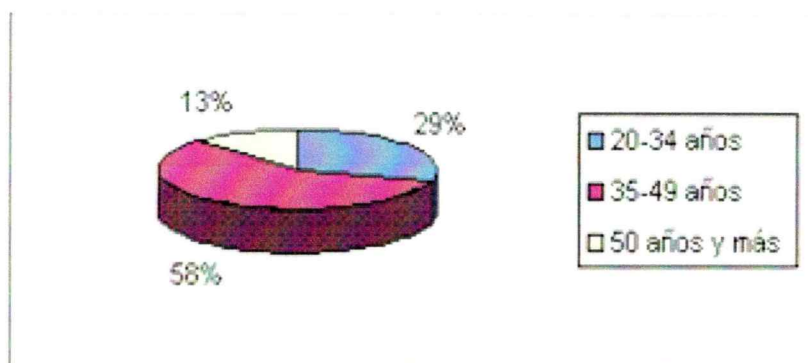


GRÁFICO 3: Edad de los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Interpretación de datos Tabla 3

Del total de la muestra, el 29% se haya ubicado en el intervalo de 20 a 34 años; el 58,1% en el de 35 a 49 años, y el 12,9% en 50 años y más.

Se observa así que el mayor porcentaje de la muestra se encuentra entre los 35 y 49 años de edad.

TABLA 4: Sexo de los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Sexo	Nº	%
Masculino	1	3,2
Femenino	30	96,8
Total	31	100

Fuente: original

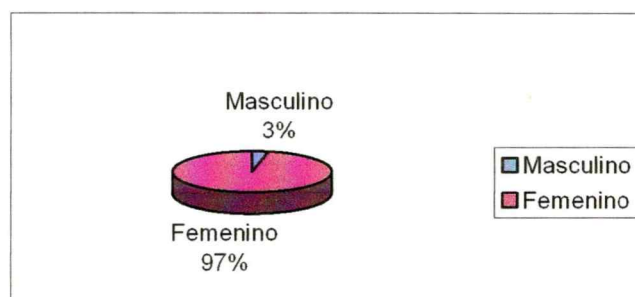


GRÁFICO 4: Sexo de los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Interpretación de datos Tabla 4

La muestra presenta un 96,8% de profesionales de sexo femenino , y sólo un 3,2% de sexo masculino.

TABLA 5: Título de grado de los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Título de Grado	Nº	%
T.O.	6	19,4
Lic. en T.O.	25	80,6
Total	31	100

Fuente: original

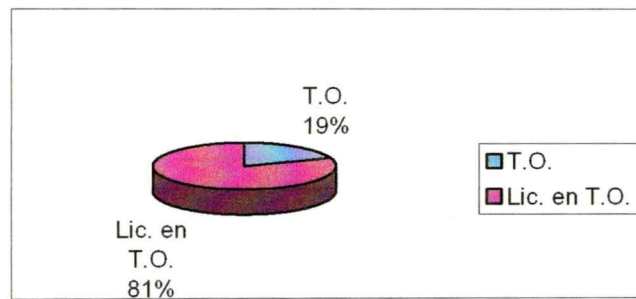


GRÁFICO 5: Título de grado de los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Interpretación de datos Tabla 5

El 80,6% de los encuestados refiere título de grado de Licenciatura en T.O., mientras que el 19,4% de Terapeuta Ocupacional.

TABLA 6: Área en que se desempeñan los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata que trabajan en discapacidad física y geriatría/gerontología, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Área de desempeño	Nº	%
Asistencial de discapacidad Física	15	48,4
Geriatría/gerontológica	11	35,5
Ambas	5	16,1
Total	31	100

Fuente: original

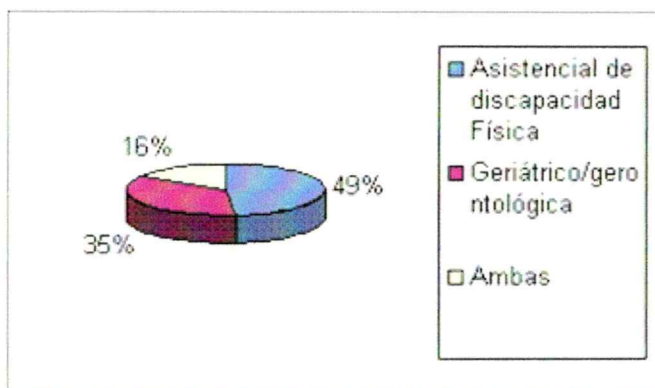


GRÁFICO 6: Área en que se desempeñan los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata que trabajan en discapacidad física y geriatría/gerontología, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Interpretación de datos Tabla 6

El área de desempeño predominante de la muestra es la correspondiente a asistencial de discapacidad física (48,4%); mientras que el 35,5% se desempeña en el área geriátrico/gerontológica, y un 16,1% en ambas áreas.

TABLA 7: Cantidad de campos en que se desempeñan los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata que trabajan en discapacidad física y geriatría/gerontología, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

<i>Campo de desempeño</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
Sólo 1 campo	16	51,6
Más de 1 y hasta 2 campos	12	38,7
Más de 2 y hasta 3 campos	3	9,7
Total	31	100

Fuente: original

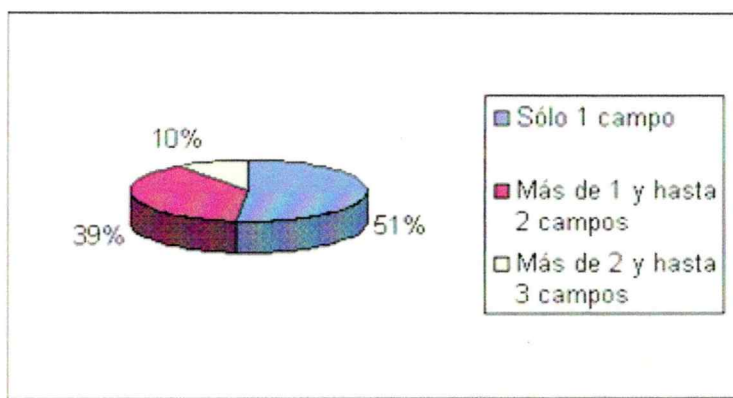


GRÁFICO 7: Cantidad de campos en que se desempeñan los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata que trabajan en discapacidad física y geriatría/gerontología, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Interpretación de datos Tabla 7

Esta tabla refleja la distribución laboral de la muestra en los diferentes campos de la profesión. Un 51,6% se desempeña en un solo campo; el 38,7% lo hace en dos campos, y el 9,7% restante en 3 campos laborales.

TABLA 8: Campo de desempeño único en que trabajan los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata en el área asistencial discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

<i>Desempeño en un único campo</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
Hospital General	4	25,0
Centro o Institución de rehabilitación psicofísica	5	31,2
Hogar o residencia para adultos mayores	4	25,0
Otros	3	18,8
Total	16	100

Fuente original

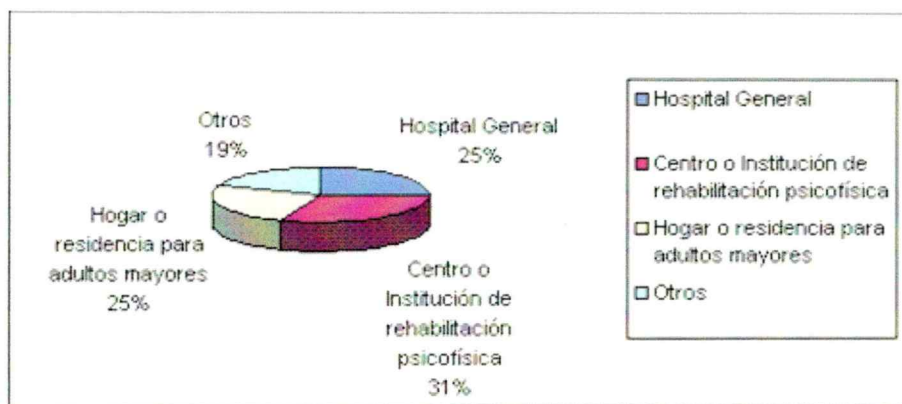


GRÁFICO 8: Campo de desempeño único en que trabajan los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata en el área asistencial discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Interpretación de datos Tabla 8

Teniendo en cuenta a los 16 profesionales (100%) que se desempeñan en un solo campo, el 31,2% lo hace en centro o institución de rehabilitación psicofísica; el 25% en hospital general; otro 25% en hogar o residencia para adultos mayores; y un 18% en otros (consultorio privado, clínica, y centro de día).

TABLA 9: Combinación de dos campos de desempeño en los que trabajan los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata en el área asistencial discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

<i>Desempeño en dos campos</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Hogar de adultos may./ Atención domiciliaria	6	50,0
Consultorio Privado/Atención domiciliaria	3	25,0
Otras combinaciones	3	25,0
Total	12	100

Fuente original

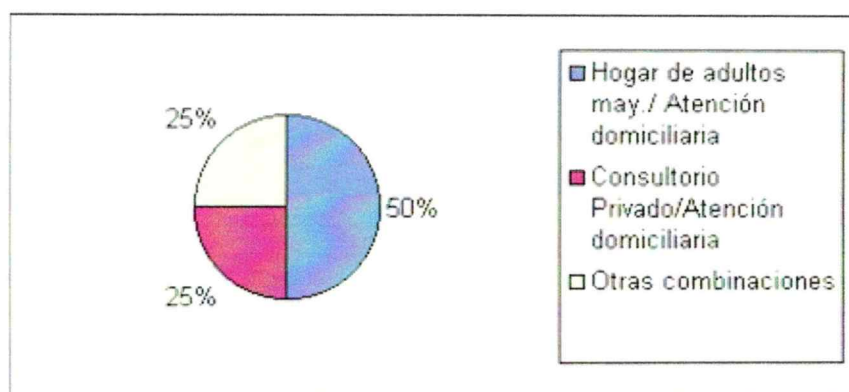


GRÁFICO 9: Combinación de dos campos de desempeño en los que trabajan los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata en el área asistencial discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Interpretación de datos Tabla 9

En esta tabla se expresan las combinaciones de dos campos en los que se desempeñan los 12 (100%) T.O. y Lic. en T.O.

Del 100% de estos profesionales, el 50% lo hace en hogar o residencia para adultos mayores y atención domiciliaria; un 25% combina su actividad en consultorio privado y atención domiciliaria; el 25% restante en otras combinaciones, a saber: centro de día y

hogar o residencia para adultos mayores, centro o instituto de rehabilitación psicofísica y atención domiciliaria, consultorio privado y centro de día.

Por último existen 3 T.O. /Lic. en T.O. que distribuyen su actividad profesional en tres campos de desempeño; de ellos, dos trabajan en hogar o residencia para adultos mayores, consultorio privado y atención domiciliaria; y uno se desempeña en hogar o residencia para adultos mayores, consultorio privado y clínica.

Es interesante resaltar que ninguno de los encuestados se desempeña en Sanatorio.

TABLA 10: Tipo de institución en que se desempeñan los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata que trabajan en el área asistencial discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

<i>Tipo de institución</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Pública	8	25,8
Privada	21	67,7
Ambas	2	6,5
Total	31	100

Fuente: original.

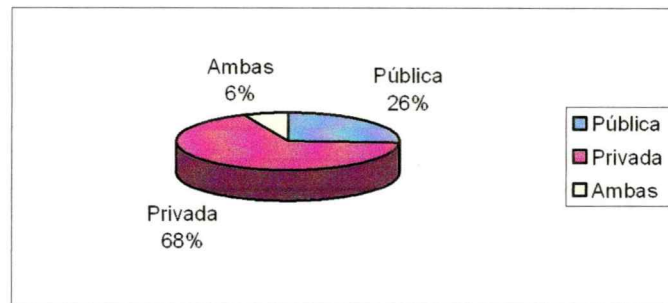


GRÁFICO 10: Tipo de institución en que se desempeñan los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata que trabajan en el área asistencial discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Interpretación de datos Tabla 10

El 67,7% de la totalidad de la muestra realizan su labor en institución privada, el 25,8% en institución pública, mientras que el 6,5% en ambos tipos de institución.

TABLA 11: Antigüedad en el ejercicio profesional de los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata que se desempeñan en el área asistencial discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Antigüedad en el ejercicio profesional, en años	Nº	%
3 a 10 años	18	58,1
11 a 18 años	6	19,3
19 a 26 años	5	16,1
27 y más años	2	6,5
Total	31	100

Fuente: original

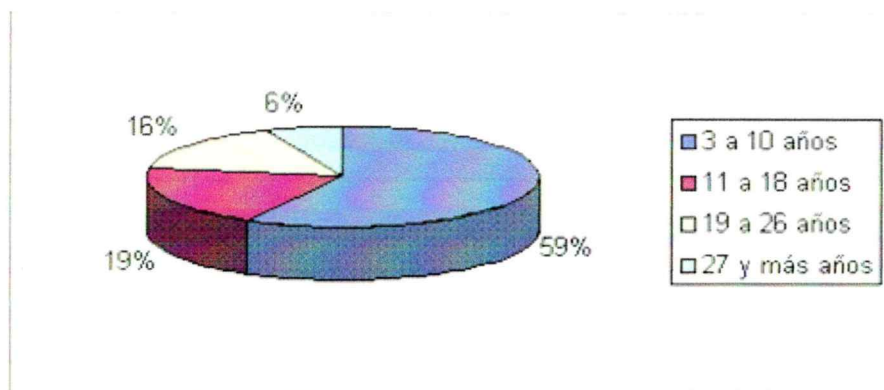


GRÁFICO 11: Antigüedad en el ejercicio profesional de los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata que se desempeñan en el área asistencial discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Interpretación de datos Tabla 11

Teniendo en cuenta la antigüedad en el ejercicio de la profesión del total de la muestra, un 58,1% se ubica en el intervalo de 3 a 10 años; el 19,3% entre los 11 a 18 años; el 16% entre 19 y 24 años, y un 6,5% en 27 años y más.

Cabe resaltar que el mayor porcentaje de los T.O./Lic. en T.O. que ha sido encuestado posee menos de 10 años de antigüedad en la profesión.

TABLA 12: Antigüedad en el área de desempeño, asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica de los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Antigüedad en el área de desempeño, en años	Nº	%
0 a 7 años	12	38,7
8 a 15 años	12	38,7
16 a 23 años	3	9,7
24 años y más	4	12,9
Total	31	100

Fuente: original

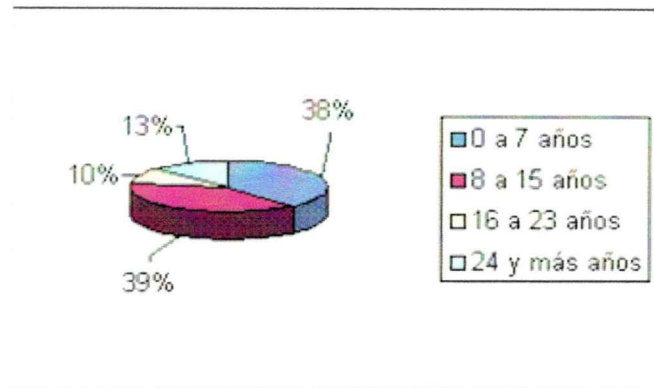


GRÁFICO 12: Antigüedad en el área de desempeño, asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica de los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Interpretación de datos Tabla 12

Considerando la antigüedad en las áreas específicas del total de la muestra, ya sea asistencial de discapacidad física y/o geriátrico- gerontológico, un 38,7% se ubica en el intervalo de 0 a 7 años; otro 38,7% en el de 8 a 15 años; 9,7% de 16 a 23 años, y el 12,9% con una antigüedad de 24 años y más.

Es interesante resaltar que el mayor porcentaje de los encuestados se ubica en los primeros 15 años de antigüedad en el área asistencial de discapacidad física y/o geriátrico-gerontológica.

TABLA 13: Cursos, capacitación y/o postgrados en neurología y/o neuropsicología realizados por los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Cursos, capacitación y postgrados	Nº	(%) ^{1*}
Neurología	3	9,7
Neuropsicología	6	19,3
Ambas	7	22,6
Ninguno	1	3,2
No contesta	11	35,5
Respuesta Anulada	3	9,7
Total	31	100

Fuente original

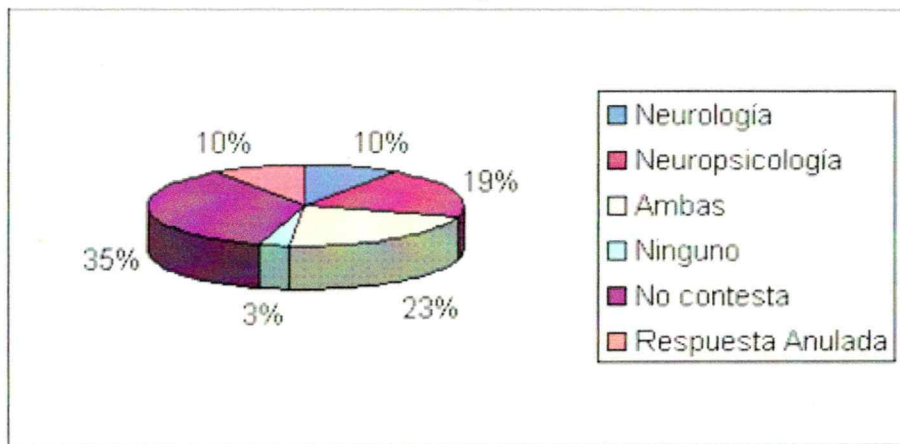


GRÁFICO 13.1: Cursos, capacitación y/o postgrados en neurología y/o neuropsicología realizados por los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

* % en base a la composición total del universo

** % corregido en base a cursos, capacitación y postgrados de neurología y/o neuropsicología realizados por los T.O. y Lic. en T.O.

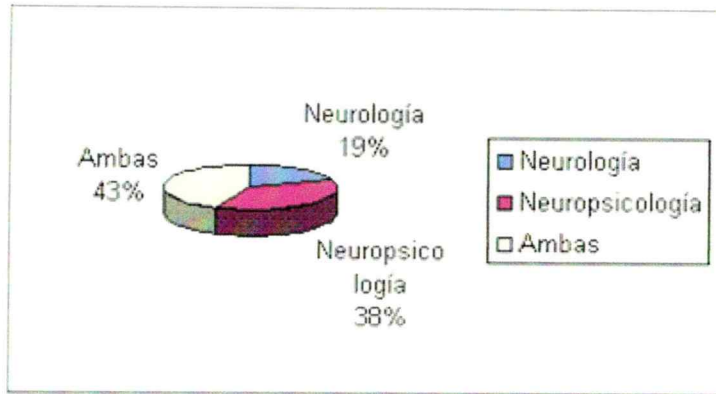


GRÁFICO 13.2: Ídem gráfico anterior, teniendo en cuenta porcentaje corregido (%2) en base a cursos, capacitaciones y postgrados en neurología y/o neuropsicología realizados por T.O. y Lic. en T.O.

Interpretación de datos Tabla 13

El diseño de esta tabla permite registrar, mediante el porcentaje (1) el total de 31 respuestas obtenidas (100%), de los cuales el 9,7% ha realizado cursos, capacitación y/o postgrado en el área neurológica, el 19,3% en neuropsicología, el 22,6% en ambas (neurología y neuropsicología); el 3,2% refirió no realizar ninguno en las áreas mencionadas. Un alto porcentaje, 35,5% no consigna respuesta, mientras que al 9,7% restante se le anuló la respuesta porque los cursos, capacitación y/o postgrados referidos no corresponden a las áreas neurológicas y neuropsicológicas: Simposio y Congreso de gerontología, y asistencia a charlas de capacitación sin especificar el área en cuestión.

Debido al alto porcentaje de respuestas anuladas y no contestadas (45,2%) se calcula un porcentaje corregido (2), del cual surge que el 18% realizó cursos, capacitación y/o postgrados en el área neurológica, un 37,5% en neuropsicológica, y el 43,7% en ambos.

TABLA 14: Cantidad de marcos de referencia utilizados por los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Marco de referencia	Nº	(%) 1*	(%) 2**
Sólo 1marco	4	12,9	20,0
Más de 1 y hasta 3 marcos	12	38,7	60,0
Más de 3 marcos	4	12,9	20,0
Ninguno	1	3,2
No contesta	10	32,3
Total	31	100	100

Fuente original

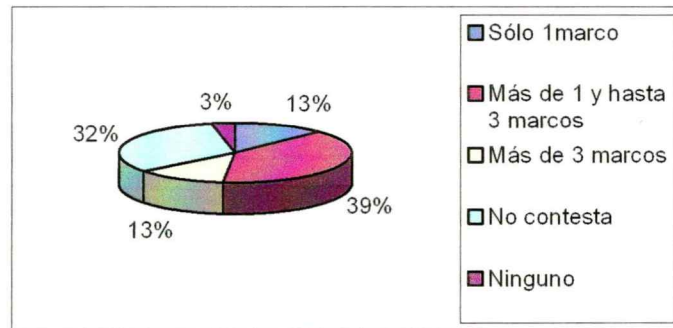


GRÁFICO 14.1: Cantidad de marcos de referencia utilizados por los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

* % en base a la composición total del universo

** % corregido en base a T.O. y Lic. en T.O. con una cantidad de marcos de referencia establecidos.

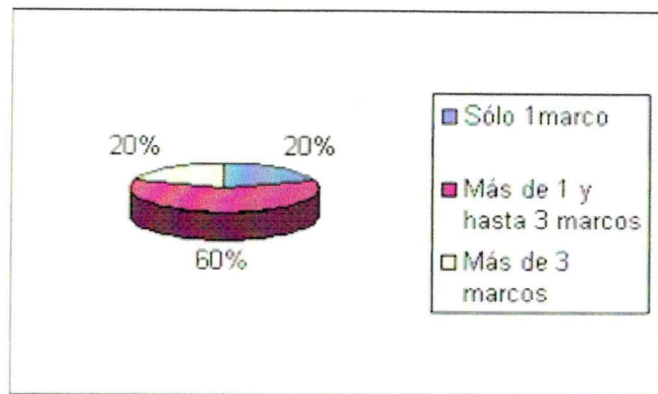


GRÁFICO 14.2: Ídem gráfico anterior, teniendo en cuenta porcentaje corregido (%2) en base a T.O. y Lic. en T.O. con una cantidad de marcos de referencia establecidos.

Interpretación de datos Tabla 14

Teniendo en cuenta el porcentaje (1) de la tabla, la distribución en la cantidad de marcos de referencia utilizados por los T.O. y Lic. en T.O. que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológico, y que componen la muestra total, es la siguiente: el 12,9% utiliza sólo uno; el 38,7% dos o más marcos; el 12,9% más de tres marcos de referencia; el 3,2% no utiliza ninguno; y un 32,3% no consigna respuesta.

Al igual que en la tabla precedente, el alto porcentaje de preguntas no contestadas sumado a aquel profesional que no utiliza ningún marco de referencia (35,5%), es que se calcula el porcentaje corregido (2). El mismo permite observar que el 60% utiliza dos y tres marcos de referencia, el 20% sólo uno, y el 20% restante más de tres marcos de referencia.

TABLA 15: Marcos de referencia utilizados en el área de discapacidad física y geriátrico/gerontológica por los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Marco de referencia en áreas	Nº	(%)1*	(%)2**
Neurología	7	22,6	41,2
Neuropsicología	2	6,5	11,8
Ambas	8	25,8	47,0
Otro	3	9,7
Ninguno	1	3,2
No contesta	10	32,3
Total	31	100	100

Fuente original

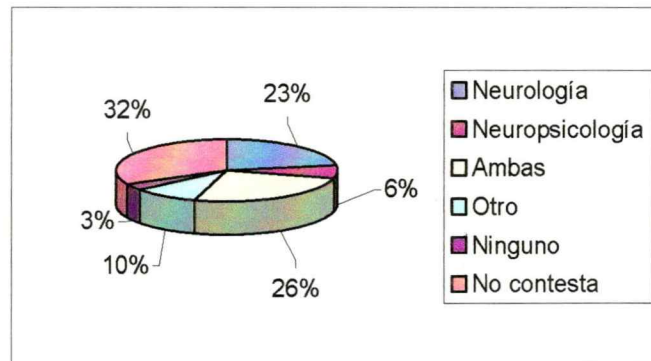


GRÁFICO 15.1: Marcos de referencia utilizados en el área de discapacidad física y geriátrico/gerontológica por los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

* % en base a la composición total del universo

** % corregido en base a T.O. y Lic. en T.O. que utilizan un marco de referencia específico.

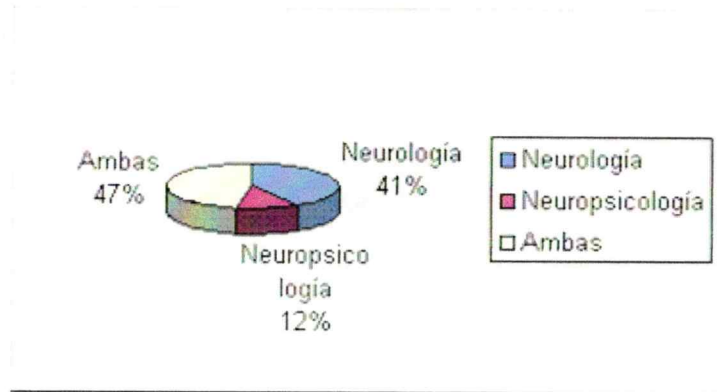


GRÁFICO 15.2: Ídem gráfico anterior, teniendo en cuenta porcentaje corregido (%2) en base a T.O. y Lic. en T.O. con marcos de referencia establecidos.

Interpretación de datos Tabla 15

En relación a los marcos de referencia utilizados por los T.O. y Lic. en T.O. que componen la muestra, el porcentaje (1) permite observar que el 22,6% utiliza un marco neurológico; el 6,5% utiliza un marco neuropsicológico, el 25,8% utiliza ambos,; el 9.7% otros marcos, tales como: Modelo de Ocupación Humana, Psicoanálisis, Psicodinámico, y Psicogeriatría.. El 3,2% no utiliza ningún marco, y el 32,3% no contesta la pregunta.

Resultando aquellos que utilizan específicamente marcos de referencia neurológicos y neuropsicológicos, presentamos el porcentaje (2) con los siguientes datos: 41,2% utiliza el marco neurológico, el 11,8% el neuropsicológico, y un 47% utiliza ambos .

TABLA 16: Experiencia clínica en pacientes con Síndrome de Negligencia Unilateral (S.N.U.) de los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Experiencia clínica	Nº	%
Si	16	51,6
No	15	48,4
Total	31	100

fuelle original

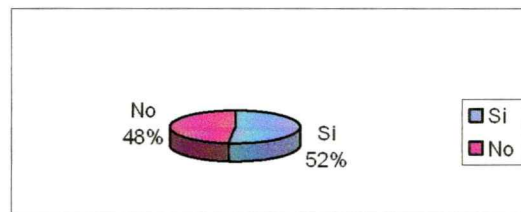


GRÁFICO 16: Experiencia clínica en pacientes con Síndrome de Negligencia Unilateral (S.N.U.) de los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Interpretación de datos Tabla 16

La tabla registra que del total de la muestra, el 51,6% ha tenido experiencia clínica en pacientes con Síndrome de Negligencia Unilateral (S.N.U.), y el 48,4% restante no ha tenido experiencia.

TABLA 17: Cantidad de casos con S.N.U. presentados durante la práctica profesional (S.N.U.) de los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Cantidad de casos con S.N.U.	Nº	%
menos de 10 casos	9	56,3
de 10 y hasta 19 casos	1	6,2
20 y más casos	2	12,5
Ns./N.c.	4	25,0
Total	16	100

Fuente original

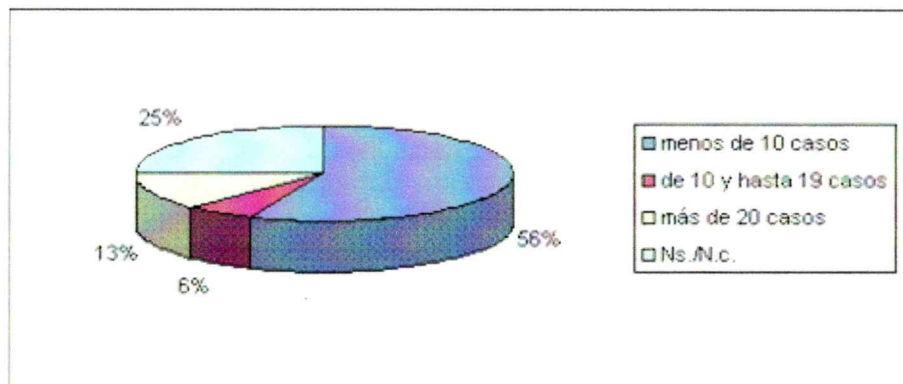


GRÁFICO 17: Cantidad de casos con S.N.U. presentados durante la práctica profesional (S.N.U.) de los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Interpretación de datos Tabla 17

De los 16 (100%) T.O. y Lic. en T.O. que han tenido experiencia clínica en pacientes con S.N.U., el 56,3% tuvo menos de 10 casos, el 6,2% desde 10 hasta 19 casos, el 12,5% más de 20 casos, habiendo un 25% de profesionales ubicados en la categoría No Sabe/No contesta.

TABLA 18: Terminología presentada en la derivación médica de pacientes con S.N.U., a los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Terminología de la derivación médica	Nº	%
A.C.V./ Hemiplejía	9	55,2
Otros	3	18,8
Ns./N.c.	2	12,5
Respuestas Anuladas	2	12,5
Total	16	100

Fuente: original

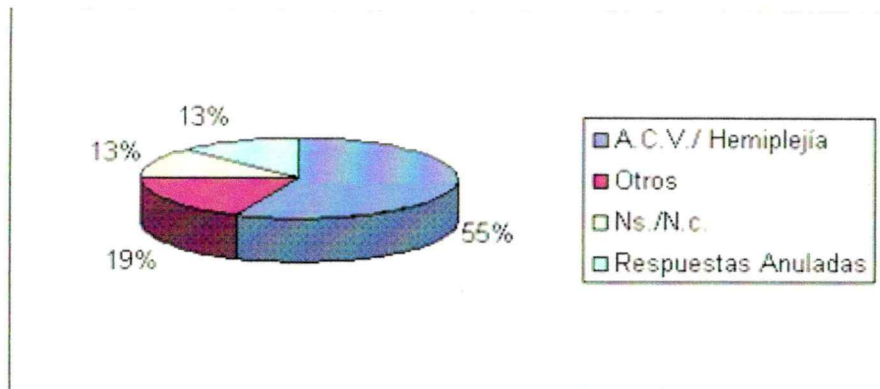


GRÁFICO 18: Terminología presentada en la derivación médica de pacientes con S.N.U., a los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Interpretación de datos Tabla 18

Con respecto a la terminología presentada en la derivación médica de pacientes con S.N.U. a los 16 (100%) T.O. y Lic. en T.O. que han tenido experiencia clínica con esta patología, el 56,3% se realizó como A.C.V./hemiplejía; el 18,7% con otras denominaciones tales como: demencia, traumatismo encéfalo craneal, y A.C.V. heminegligencia heminatención. Un 12,5% no sabe, y al otro 12,5% se le anula la respuesta ya que no menciona terminología de derivación específica sino que consignan: rehabilitación en A.V.D., y neurología / fisiatría.

TABLA 19 : Utilización de marco de referencia específico para el abordaje de pacientes con S.N.U. de los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Marco de referencia específico	Nº	%
Si	8	50,0
No	7	43,8
No contesta	1	6,2
Total	16	100

Fuente: original.

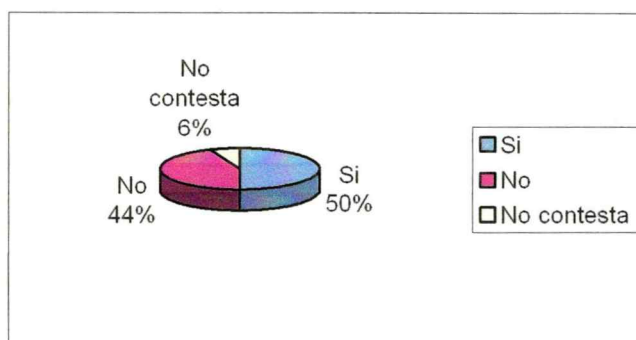


GRÁFICO 19 : Utilización de marco de referencia específico para el abordaje de pacientes con S.N.U. de los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Interpretación de datos Tabla 19

De los 16 T.O. y Lic. en T.O. que han tenido experiencia clínica con el S.N.U., el 50% utiliza un marco de referencia específico para el abordaje de estos pacientes, mientras que el 43,8% no utiliza ningún marco. Un 6,2% no contesta la pregunta.

Dentro de los 8 profesionales que refirieron tener un marco de referencia específico para el abordaje de pacientes con S.N.U., 1 consignó el neurológico, 2 el marco de

referencia neuropsicológico, 1 no señaló ninguno, y 4 respuestas se anularon por no responder apropiadamente la pregunta. Las respuestas de éstos últimos son:

bibliografía actualizada del IMUREPS, conocimientos adquiridos, marcos de referencia específicos, y entrenamiento en A.V.D.

TABLA 20: Identificación de los Tests de evaluación específicos para S.N.U, considerados de uso por los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

TESTS	IDENTIFICACIÓN									
	A.		M.A		I.		N.id.		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bisección	5	16,1	1	3,23	3	9,68	22	71	31	100
Cancelación	8	25,8	1	3,23	3	9,68	19	61,3	31	100
Dibujo	3	9,68	4	12,9	7	22,6	17	54,8	31	100
Lectura	2	6,45	0	0	2	6,45	27	87,1	31	100
Escritura	0	0	3	9,68	3	9,68	25	80,6	31	100
Representación Mental	1	3,23	0	0	3	9,68	27	87,1	31	100
Reconocimiento de elem. en el amb.	1	3,23	1	3,23	3	9,68	26	83,9	31	100
Extensión sensorial	5	16,1	0	0	1	3,23	25	80,6	31	100
Tests de Inatención Conductual (BIT)	1	3,23	1	3,23	2	6,45	27	87,1	31	100
Escala de Catherine Bergego (CBS)	1	3,23	0	0	1	3,23	29	93,5	31	100
Total	27	8,71	11	3,55	28	9,03	244	78,7	310	100

Fuente original

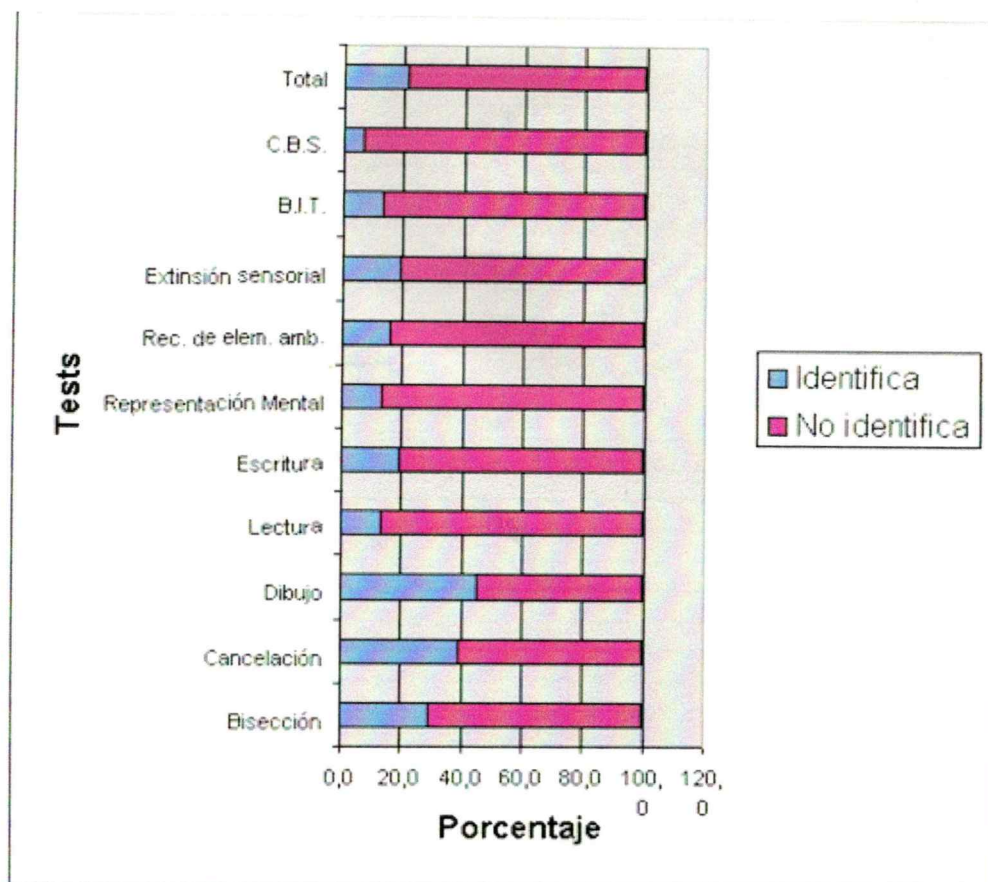


GRÁFICO 20.1: Identificación de los Tests de evaluación específicos para S.N.U, considerados de uso por los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

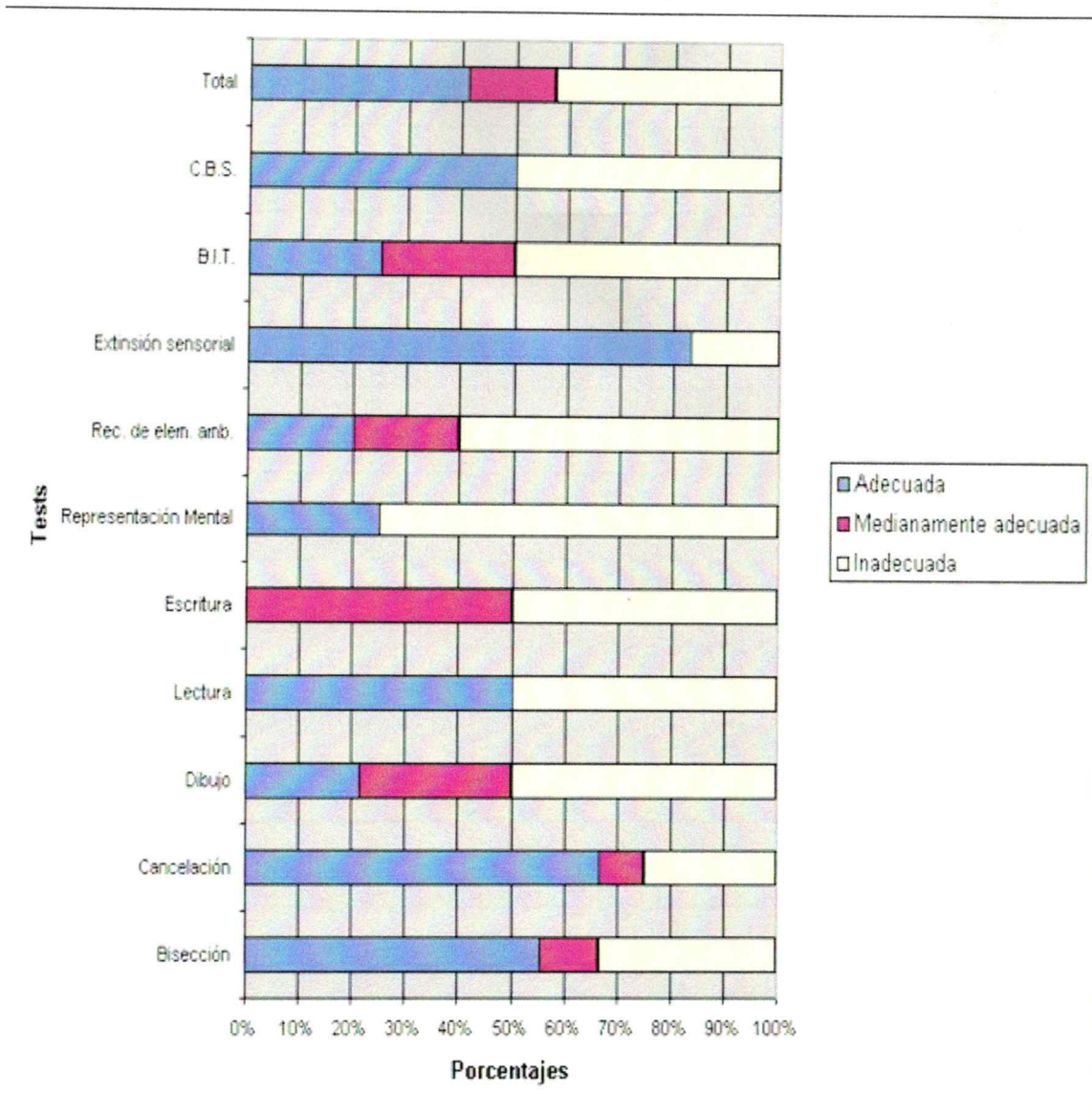


GRÁFICO 20.2: Grado de identificación de los Tests de evaluación específicos para S.N.U, considerados de uso por los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Interpretación de datos Tabla 20

La tabla permite observar el tipo de identificación que los T.O. y Lic. en T.O. que conforman la muestra, presentan acerca de los tests de evaluación específicos para S.N.U.

El porcentaje más elevado, 78,7% , se registra entre los profesionales que no identifican los tests específicos.

El porcentaje de los T.O. y Lic. en T.O. que identifican los tests de evaluación específicos para S.N.U. es de 21,3%; dentro del mismo, el 8,7% identifica de manera adecuada, el 3,55% medianamente adecuado, y el 9,03% inadecuada.

Es interesante resaltar que el test de evaluación específico para S.N.U. que registra porcentaje alto de profesionales que no identifican es la Escala de Catherine Bergego (CBS). Mientras que el test de evaluación específico que registra alto porcentaje en identificación adecuada es el de Cancelación.

TABLA 21: Aplicación de los Tests de evaluación específicos para S.N.U, por los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

TESTS	APLICACIÓN							
	En T.		En al.		No aplica		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bisección	1	11,1	3	33,3	5	55,6	9	100
Cancelación	1	8,33	5	41,7	6	50	12	100
Dibujo	1	7,14	7	50	6	42,9	14	100
Lectura	0	0	3	75	1	25	4	100
Escritura	1	16,7	2	33,3	3	50	6	100
Representación Mental	0	0	1	25	3	75	4	100
Reconocimiento de elem. En el amb.	0	0	3	60	2	40	5	100
Extensión sensorial	0	0	2	33,3	4	66,7	6	100
Test de Inatención conductual (BIT)	0	0	2	50	2	50	4	100
Escala de Catherine Bergego (CBS)	0	0	0	0	2	100	2	100
Total	4	6,06	28	42,4	34	51,5	66	100

Fuente original

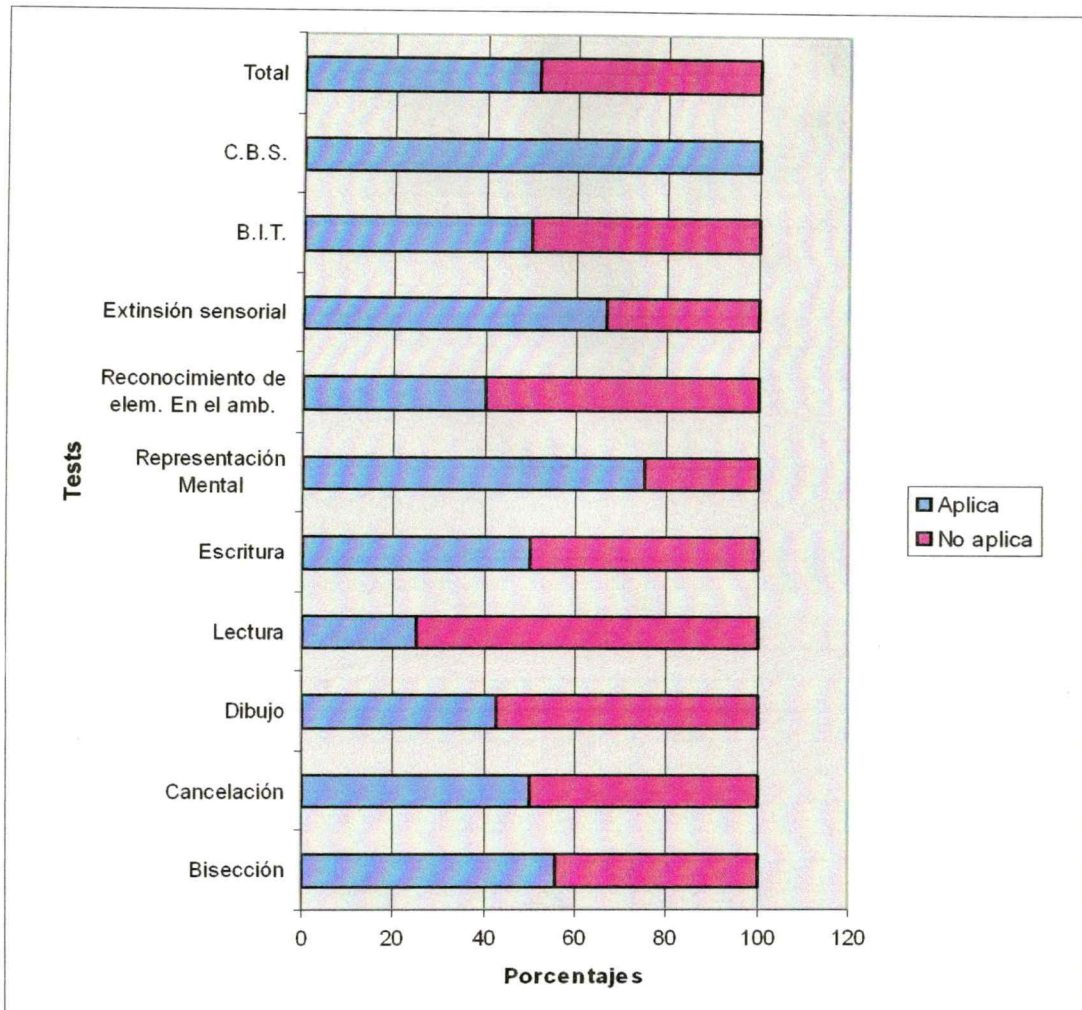


GRÁFICO 21.1: Aplicación de los Tests de evaluación específicos para S.N.U. por los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

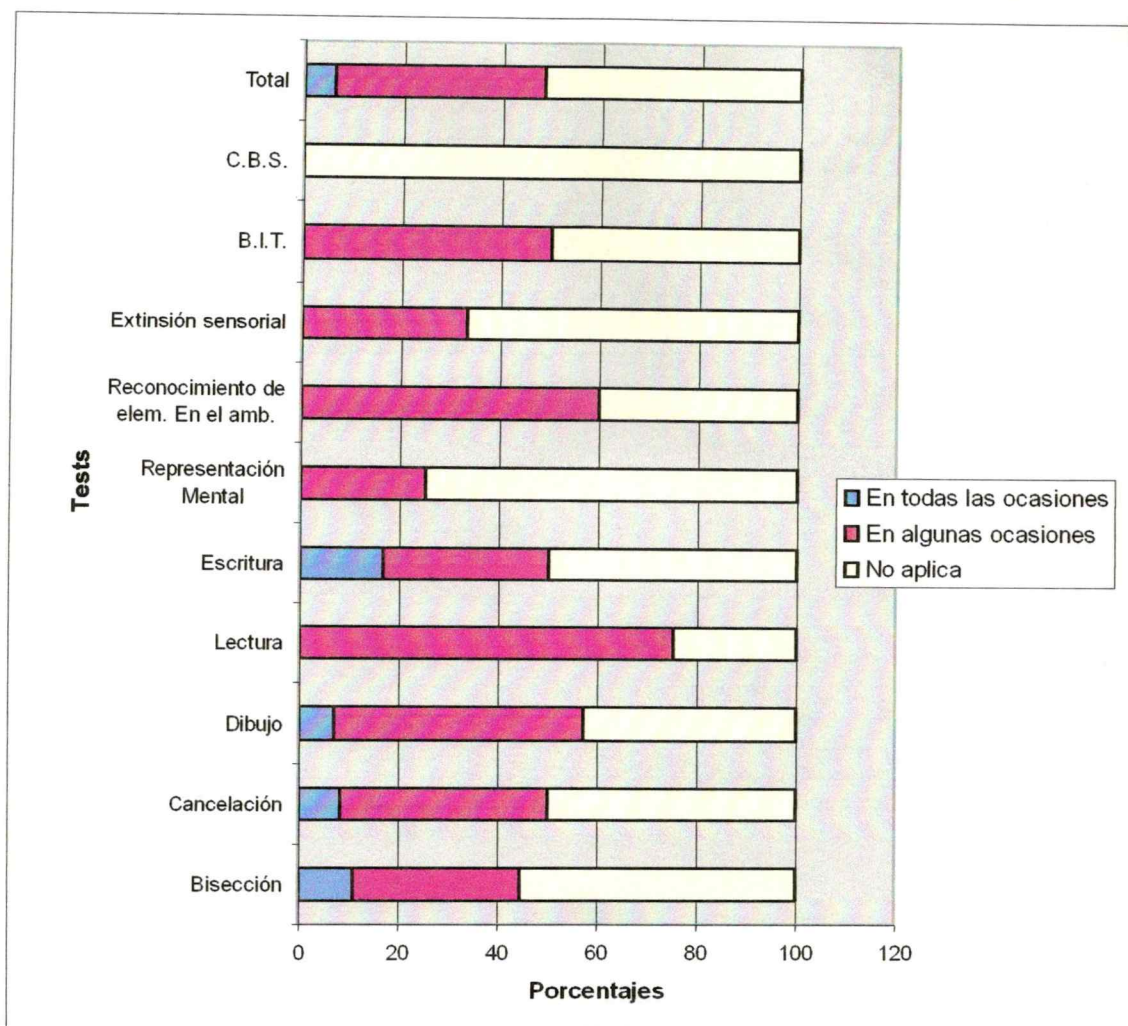


GRÁFICO 21.2: Frecuencia de aplicación de los Tests de evaluación específicos para S.N.U. por los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Interpretación de datos Tabla 21

La tabla registra la aplicación que los T.O. y Lic. en T.O., que conforman la muestra y que han identificado a los tests de evaluación específicos para S.N.U., realizan en su práctica profesional de los tests.

El mayor porcentaje de los profesionales, 51,5%, no utiliza los tests en su práctica cotidiana. El 48,5% los utiliza, siendo que el 6,1% los utiliza en todas las ocasiones y el 42,4% sólo en algunas.

El test que presenta mayor porcentaje en la categoría no utiliza es la Escala de Catherine Bergego (CBS), 100%. Mientras que el test con alto porcentaje de utilización en todas las ocasiones es el de Escritura (16,7%), y el de Lectura (75%).

TABLA 22: Reconocimiento de la utilidad diagnóstica de los Tests de evaluación específicos para S.N.U, por los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

TESTS	Reconocimiento de utilidad diagnóstica							
	SI		NO		Sin respuesta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bisección	7	77,8	1	11,1	1	11,1	9	100
Cancelación	11	91,7	0	0	1	8,3	12	100
Dibujo	11	78,6	1	7,1	2	14,3	14	100
Lectura	4	100	0	0	0	0	4	100
Escritura	4	66,7	2	33,3	0	0	6	100
Representación Mental	4	100	0	0	0	0	4	100
Reconocimiento de elem. En el amb.	4	80	1	20	0	0	5	100
Extensión sensorial	6	100	0	0	0	0	6	100
Rest de Inatención Conductual (B.I.T).	4	100	0	0	0	0	4	100
Escala de Catherine Bergego (CBS)	2	100	0	0	0	0	2	100
Total	58	89,5	12	7,1	4	3,4	66	100

Fuente original

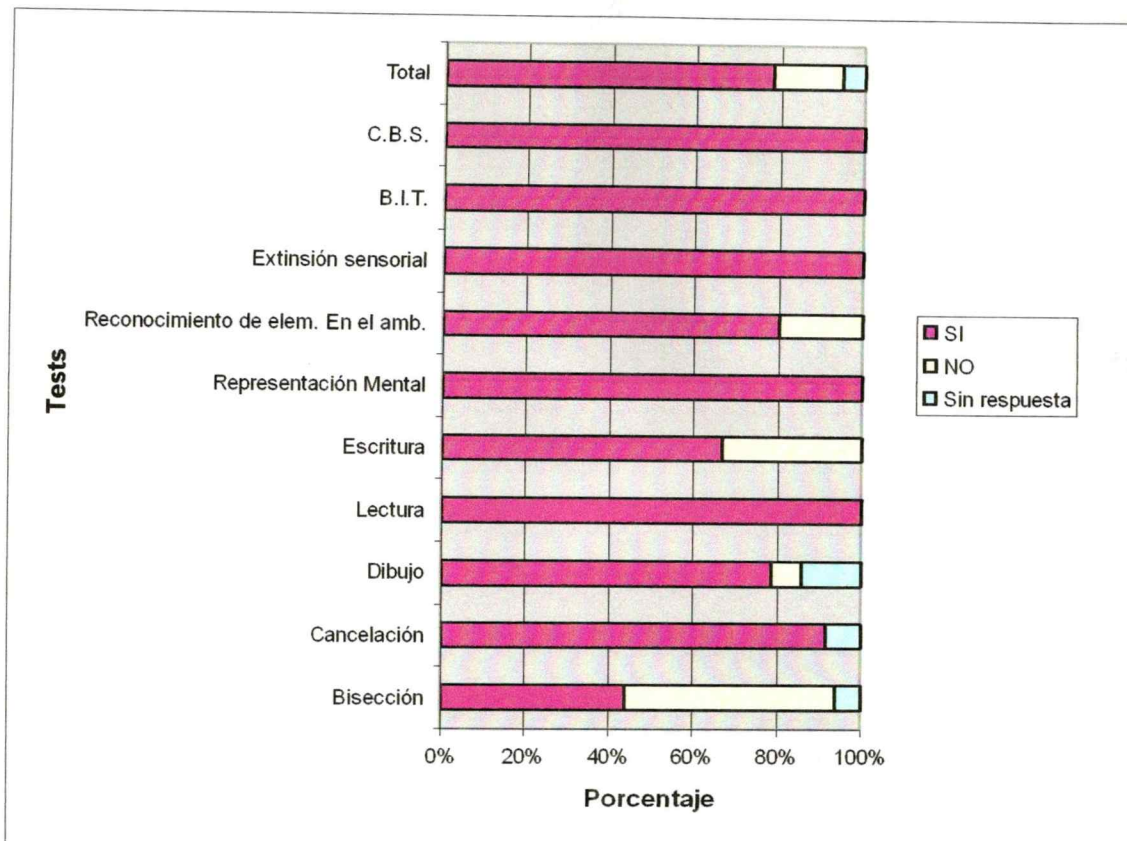


GRÁFICO 22: Reconocimiento de la utilidad diagnóstica de los Tests de evaluación específicos para S.N.U, por los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre de 2004 y Enero, Febrero 2005.

Interpretación de datos Tabla 22

La tabla expresa el reconocimiento de la utilidad diagnóstica que la muestra, y dentro de la misma aquellos que han identificado los tests, presentan en relación a los mismos.

El 89,5% reconoce la utilidad diagnóstica de los tests, mientras que un 7,1% no reconoce utilidad. El 3,4 % restante no responde la pregunta.

Así surge que los tests con mayor porcentaje de reconocimiento de su utilidad diagnóstica por parte de los profesionales son: Lectura, Representación mental, Extensión

sensorial, Test de Inatención Conductual, y la Escala de Catherine Bergego, (100%). Cabe resaltar que dentro de esta última sólo 2 profesionales la identifican y reconocen ambos su utilidad diagnóstica.

Aquellos tests cuyos porcentajes son elevados en el no reconocimiento de su utilidad diagnóstica son: Escritura (33,3%), Reconocimiento de elementos en el ambiente (20%) ,y el de Bisección (11,1%).

TABLA 23: Reconocimiento de la utilidad práctica de los Tests de evaluación específicos para S.N.U., por los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

TESTS	Reconocimiento de utilidad práctica							
	SI		NO		Sin respuesta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bisección	7	77,8	1	11,1	1	11,1	9	100
Cancelación	11	91,7	0	0	1	8,3	12	100
Dibujo	11	78,6	2	14,3	1	7,1	14	100
Lectura	4	100	0	0	0	0	4	100
Escritura	4	66,7	2	33,3	0	0	6	100
Representación Mental	4	100	0	0	0	0	4	100
Reconocimiento de elem. En el amb.	4	80	1	20	0	0	5	100
Extensión sensorial	6	100	0	0	0	0	6	100
Test de Inatención conductual (BIT)	4	100	0	0	0	0	4	100
Escala de Catherine Bergego (CBS)	2	100	0	0	0	0	2	100
Total	57	89,5	6	7,9	3	2,6	66	100

Fuente original

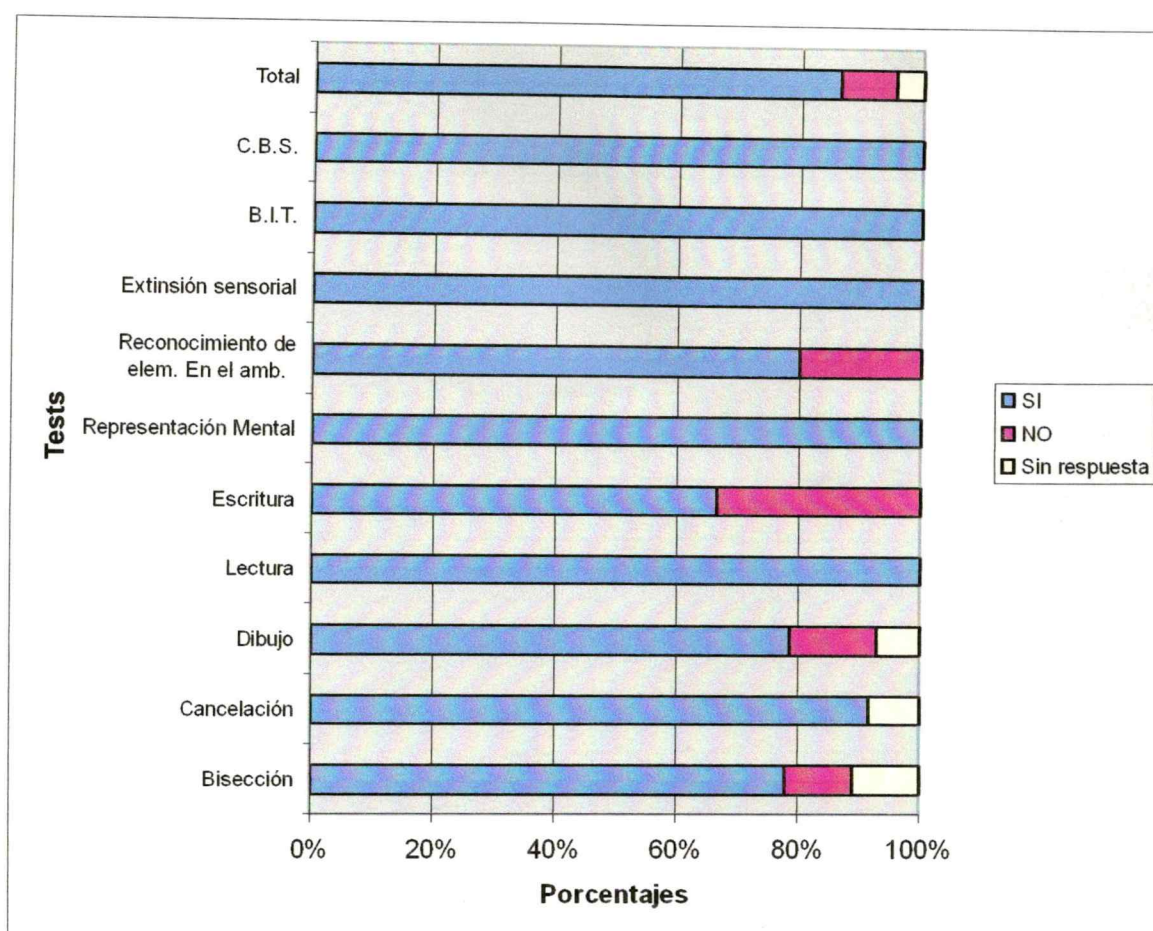


GRÁFICO 23: Reconocimiento de la utilidad práctica de los Tests de evaluación específicos para S.N.U. por los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Interpretación de datos Tabla 23

La tabla expresa el reconocimiento de la utilidad práctica que la muestra, y dentro de la misma aquellos que han identificado los tests, presentan en relación a los mismos.

El 89,5% reconoce la utilidad práctica de los tests de evaluación específicos para S.N.U. , mientras que el 7,9% no. El 2,6% no responde la pregunta.

Los tests con más alto porcentaje de reconocimiento de la utilidad práctica son: Lectura, Representación mental, Extensión sensorial, Test de Inatención Conductual, y la Escala de Catherine Bergego, (100%). Cabe resaltar que dentro de esta última sólo 2 profesionales la identifican y reconocen ambos su utilidad práctica.

Los tests con el porcentaje más elevado de no reconocimiento de la utilidad práctica son el de Escritura (33,3%), el de Reconocimiento de elementos en el ambiente (20%) , y el de Dibujo (14,3%)

TABLA 24 : Suficiencia de la información recogida por los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005, mediante los Tests de Evaluación específicos para S.N.U.

TESTS	Suficiencia de la información recogida							
	SI		NO		Sin rsta.		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bisección	0	0	8	88,9	1	11,1	9	100
Cancelación	0	0	11	91,7	1	8,33	12	100
Dibujo	0	0	13	92,9	1	7,14	14	100
Lectura	0	0	4	100	0	0	4	100
Escritura	0	0	6	100	0	0	6	100
Representación Mental	0	0	4	100	0	0	4	100
Reconocimiento de elem. En el amb.	0	0	5	100	0	0	5	100
Extensión sensorial	0	0	6	100	0	0	6	100
Test de Inatención Conductual(BIT)	0	0	4	100	0	0	4	100
Escala de Catherine Bergego (CBS)	0	0	2	100		0	2	100
Total	0	0	63	95,5	3	4,55	66	100

Fuente original

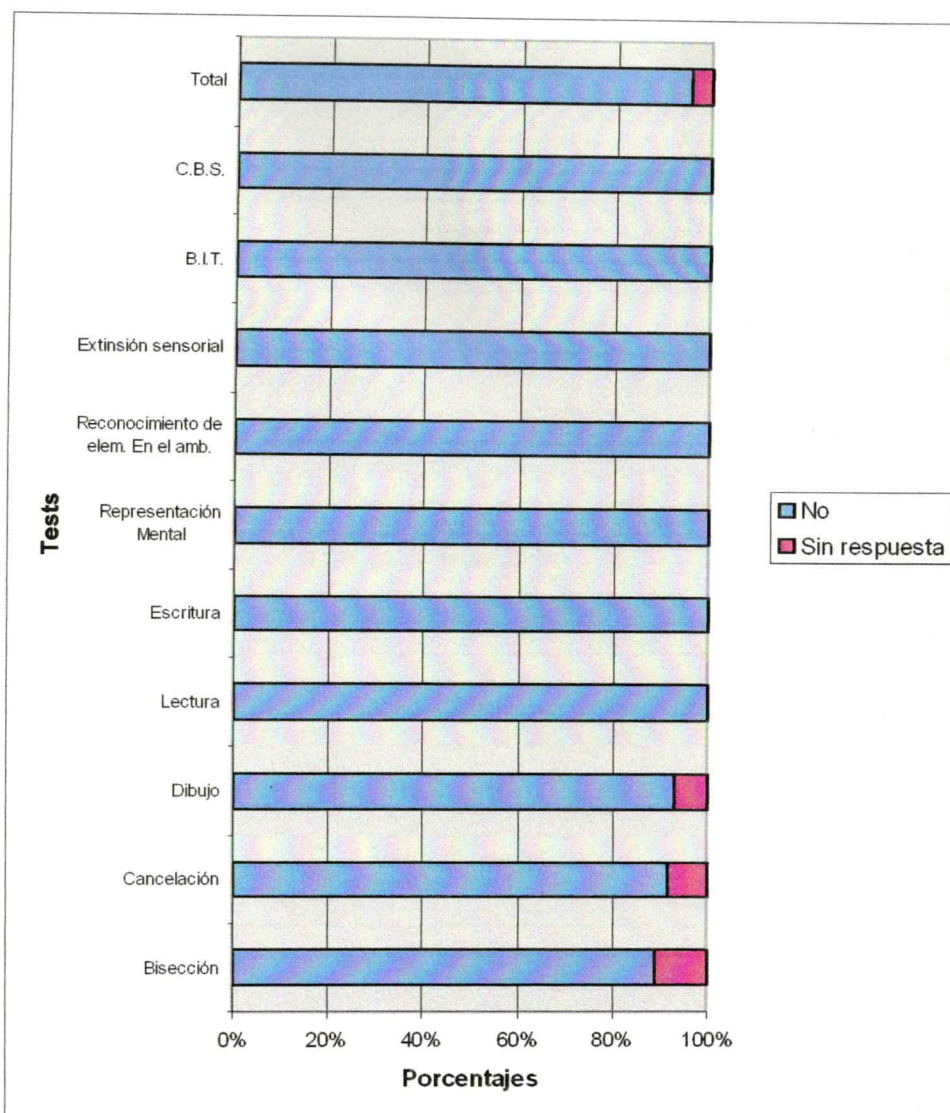


GRAFICO 24 : Suficiencia de la información recogida por los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005, mediante los Tests de Evaluación específicos para S.N.U.

Interpretación de datos Tabla 24

La tabla registra que ningún test aislado brinda a los T.O. y Lic. en T.O. , que conforman la muestra y que han identificado a los tests, datos suficientes para realizar un diagnóstico de desempeño ocupacional en pacientes con S.N.U.

Al 95,5% de los profesionales no le son suficientes los datos aportados por los tests aislados, mientras que el 4,5% no responde la pregunta.

TABLA 25 : Valor promedio de reconocimiento de utilidad diagnóstica y práctica de cada uno de los tests de evaluación específicos para S.N.U. según el porcentaje de T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata que aplican los mismos, y que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005,

Bisección	44,4	6,8	8
Cancelación	50,0	6,5	7,9
Dibujo	57,1	7,1	8,4
Lectura	75,0	8,2	8,2
Escritura	50,0	7	7
Representación Mental	25,0	7	7,5
Reconocimiento de elem. En el amb.	60,0	6	7,7
Extensión sensorial	33,3	6,8	7,2
Test de Inatención Conductual(B.I.T.)	50,0	7,5	6,25
Escala de Catherine Bergego(C.B.S.)	0,0	7	7

Fuente original

Interpretación da datos Tabla 25

La tabla expresa, mediante valor promedio, el reconocimiento de la utilidad diagnóstica y práctica que los profesionales le atribuyen a cada uno de los tests de evaluación específicos, según el porcentaje que los aplica.

Dentro de esta tabla se realiza un análisis en sentido horizontal , individual y no comparativo entre los tests, debido a que los valores se modifican según el número de profesionales que ha identificado cada test.

Del 100% de T.O/Lic. en T.O. que identifica el Test de Bisección (9 casos), el 44,4 % lo utiliza, y le atribuye un valor promedio de 6,8 a su utilidad diagnóstica (U.D.) y 8 a la práctica (U.P.)

Del 100% de profesionales que identifica el Test de Cancelación (12 casos), el 50% lo aplica, y le atribuye un promedio de 6.5 a la utilidad diagnóstica (U.D.)y 7.9 a la práctica (U.P.)

El 100% de T.O. y Lic. en T.O. que identifica el Test de Dibujo (14 casos) , el 57,1% lo utiliza y le atribuye valores de 7.1 de U.D y 8.4 de U.P.

El total (100%) de profesionales que identifica el Test de Lectura (4 casos), el 75% lo aplica y le atribuyen valores de 8.2 a la U.D. y 8.2 a la U.P.

Del 100% de los encuestados que han identificado el Test de Escritura (6 casos), lo aplica un 50% y le otorgan valores promedio de 7 a la U.D y a la U.P.

El total de profesionales (100%) que identifica el Test de Representación mental (4 casos), el 25% lo aplica y le atribuye valores de 7 a la U.D. y 7.5 a la U.P.

En cuanto al 100% de T.O./Lic. en T.O. que identifica el Test de Reconocimiento de elementos en el ambiente, el 60% aplica el mismo y le otorga un promedio de 6 a la U.D. y 7.7 a la U.P.

El 100% de profesionales que identifica el Test de Extinción sensorial (6 casos), el 33,3 % lo utiliza y le atribuyen promedio de 6.8 a la U.D. y 7.2 a la U.P.

Del 100% de encuestados que identifica el Test de Inatención Conductual (4 casos), el 50% lo aplica y le atribuye valores de 7.5 a la U.D. y 6.25 a la práctica.

El 100% de los profesionales que identifican la Escala de Catherine Bergego (2 casos), ningún T.O./ Lic. en T.O. lo aplica, dándole un valor de 7 en U.D y U.P.

La tabla demuestra que la mayoría de los profesionales le otorgan un valor promedio de reconocimiento menor a la utilidad diagnóstica en relación a la utilidad práctica de los tests específicos. Sin embargo, en los Tests de Lectura, Escritura, y Escala de Catherine Bergego se observan valores de reconocimiento equitativos en ambas utilidades. Otro caso llamativo se evidencia en el Test de Inatención Conductual (BIT) en el que se le otorga un valor mayor a la utilidad diagnóstica en comparación con la práctica.

TABLA 26 : Consideración de uso de los Tests de Evaluación específicos para S.N.U. que presentan los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Alta	2	6,5
Media	4	12,9
Baja	25	80,6
Total	31	100

Fuente: original

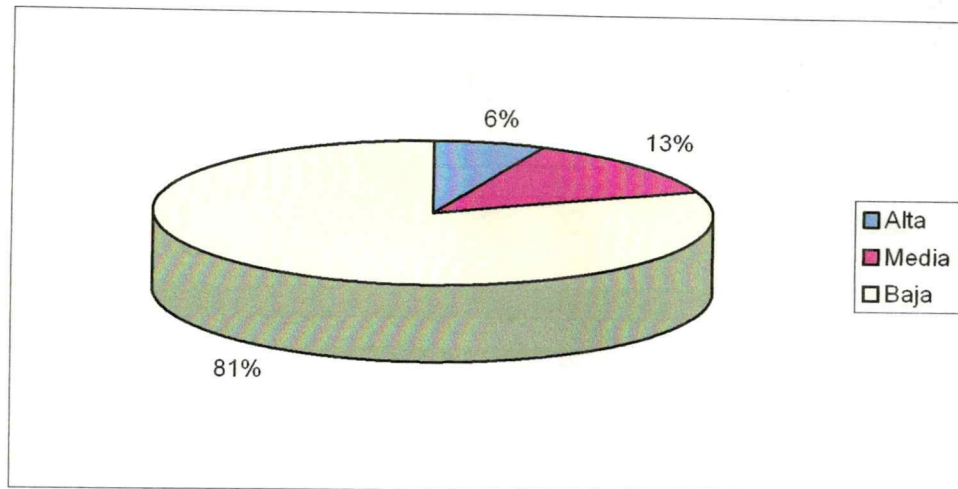


GRÁFICO 26 : Consideración de uso de los Tests de Evaluación específicos para S.N.U. que presentan los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Interpretación de datos Tabla 26

Del total de la muestra, el 6,5% tiene una consideración de uso alta en cuanto a los tests de evaluación específicos para S.N.U.; el 12,9% se encuentra dentro de la consideración media, y el elevado porcentaje de 80,6% en la consideración de uso baja.

TABLA 27 : Descripción de los puntajes obtenidos en la consideración de uso baja que presentan los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Consideración de uso baja	Nº	%
puntaje 0	16	64,0
1 hasta 20 puntos	4	16,0
21 hasta 39 puntos	5	20,0
Total	25	100

Fuente original

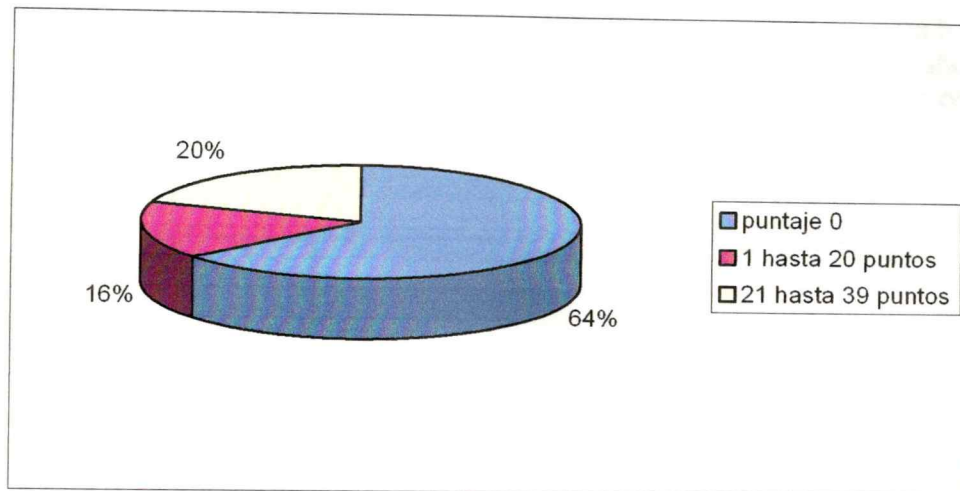


GRÁFICO 27 : Descripción de los puntajes obtenidos en la consideración de uso baja que presentan los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

Interpretación de datos Tabla 27

Debido a que en la tabla precedente aparece un elevado porcentaje dentro de la consideración de uso baja, esta tabla muestra la variación de puntajes obtenidos por los 25 T.O. y Lic. en T.O. que se encuentran en esta categoría.

De esta manera se observa que un 64% obtuvo puntaje cero, el 16% un rango de puntaje de 1 hasta 20 , y un 20% de 21 a 39 puntos.

Interesa resaltar que tanto en la consideración de uso media como la alta, la variación de los puntajes obtenidos no es significativa hallándose en ambos casos entre los valores medios.

Cabe resaltar que ningún profesional con consideración alta es menor de 35 años, y ninguno tiene 50 años y más en la consideración media.

TABLA 29: : Consideración de uso de los Tests de Evaluación específicos para S.N.U. que presentan los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, según título de grado, y que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico / gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

		Consideración de uso			Total
		Alta	Media	Baja	
Título de grado	T.O.	50,0%	25,0%	16,0%	19,4%
	Lic. en T.O	50,0%	75,0%	84,0%	80,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente original

Interpretación de los datos Tabla 29

La tabla expresa, en porcentajes, la distribución de los profesionales que conforman la muestra en las categorías de consideración de uso Alta, Media, Baja, según el título de grado obtenido.

Se evidencia que el 100% de los profesionales que obtuvo consideración de uso alta (2 casos), el 50% es T.O. y el otro 50% es Licenciado en T.O.

Aquellos profesionales ubicados en la consideración de uso media (4 casos), un 25 % tiene título de grado de T.O., mientras que el 75% restante, Lic. en T.O.

En cuanto a los que se ubican en la consideración de uso baja (25 casos), el 16% es T.O. y el 84% es Lic. en T.O.

La tabla demuestra que el título de grado obtenido no influye directamente en la distribución de los profesionales por las tres categorías de la consideración de uso.; sólo se puede afirmar que el mayor porcentaje de profesionales que han obtenido consideración de uso media y baja tienen título de grado de Licenciatura en Terapia Ocupacional.

TABLA 30: Consideración de uso de los Tests de Evaluación específicos para S.N.U. que presentan los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, según área de desempeño, y que trabajan en discapacidad física y geriátrico / gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

		Consideración de uso			Total
		Alta	Media	Baja	
Área de desempeño	Asistencial de discapacidad física	50,0%	75,0%	48,0%	51,6%
	Geriátrica/ Gerontológico	50,0%	25,0%	40,0%	38,7%
	Ambas	0%	0%	12,0%	9,7%
<i>Total</i>		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente original

Interpretación de datos Tabla 30

La tabla expresa, en porcentajes, la distribución de los profesionales que conforman la muestra en las categorías de consideración de uso Alta, Media, Baja, según el área de desempeño .

Se evidencia que el 100% de los profesionales que obtuvo consideración de uso alta (2 casos), un 50% se desempeña en el área asistencial de discapacidad física, y el otro 50% en ambas áreas

El 100% profesionales que obtienen consideración de uso media (4 casos), el 50% trabajan en el área de desempeño asistencial de discapacidad física, y el 50% restante en el área geriátrico/gerontológica.

Los T.O. y Lic. en T.O. que obtienen consideración de uso baja (25 casos), el 48% trabaja en el área asistencial de discapacidad física, un 40% en el área geriátrico/gerontológico, y el 12% restante en ambas.

La tabla demuestra un equilibrio en la distribución de los profesionales en las consideraciones de uso alcanzadas en cuanto a las áreas de desempeño mencionadas.

TABLA 31: Consideración de uso de los Tests de Evaluación específicos para S.N.U. que presentan los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, según campo de desempeño, y que trabajan en discapacidad física y geriátrico / gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

		Consideración de uso			Total
		Alta	Media	Baja	
Campo de desempeño	sólo 1 campo	50,0%	75,0%	48,0%	51,6%
	más de 1 campo y hasta 2	50,0%	25,0%	40,0%	38,7%
	más de 2 y hasta 3			12,0%	9,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente original

Interpretación de datos Tabla 31

La tabla expresa, en porcentajes, la distribución de los profesionales que conforman la muestra en las categorías de consideración de uso Alta, Media, Baja, según el campo de desempeño .

Se evidencia que el 100% de los profesionales que obtuvo consideración de uso alta (2 casos), el 50% se desempeña en un solo campo, mientras que el 50% restante en dos campos laborales.

El 100% de profesionales que se ubicó en la consideración de uso media (4 casos), el 75% trabaja sólo en un campo, y el 25% restante en dos campos.

El 100% de T.O./Lic. En T.O. que obtuvo consideración de uso baja (25 casos), el 48% se desempeña solo en un campo, el 40% en dos campos, y el 12% en tres campos laborales.

Es interesante resaltar que el 75% de los profesionales que obtuvieron consideración de uso media (4 casos), se desempeñan en un solo campo laboral. En la consideración de uso baja, el 48 % trabaja en un solo campo. Lo característico es que en esta consideración se registra un 52% de profesionales que se desempeña en dos y tres campos, con un valor en este último del 12%.;mientras que no se observa ningún T.O./Lic. en T.O. dentro de la consideración de uso alta y media desempeñándose en tres campos laborales.

TABLA 32: Consideración de uso de los Tests de Evaluación específicos para S.N.U. que presentan los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, según tipo de institución, y que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico / gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

		Consideración de uso			Total
		Alta	Media	Baja	
tipo de institución	Pública	50,0%	25,0%	36,0%	35,5%
	Privada	0%	75,0%	60,0%	58,1%
	Ambas	50,0%	0%	4,0%	6,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente original

Interpretación de datos Tabla 32

La tabla expresa, en porcentajes, la distribución de los profesionales que conforman la muestra en las categorías de consideración de uso Alta, Media, Baja, según el tipo de institución .

Se observa que el 100% de los profesionales que obtuvo consideración de uso alta (2 casos), el 50% trabaja en el sector público, mientras que el otro 50% en ambos, público y privado.

El 100% de los T.O. y Lic. en T.O. que han obtenido una consideración de uso media (4 casos), el 25% trabaja en instituciones públicas, y el 75% restante en privadas.

Dentro de la consideración de uso baja, el 100 % de los profesionales (25 casos), el 36% se desempeña en un tipo de institución pública, el 60% en privada, y 4 % restante en ambos tipos.

La tabla registra que el mayor porcentaje de T.O. y Lic. en T.O. que conforman la muestra se desempeñan en instituciones privadas, ubicados en las consideraciones de uso media (75%) y baja (60%).

TABLA 33: Consideración de uso de los Tests de Evaluación específicos para S.N.U. que presentan los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, según la antigüedad en el ejercicio profesional expresada en años, y que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico / gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

		Consideración de uso			Total
		Alta	Media	Baja	
Antigüedad en el ejercicio profesional	de 3 a 10 años	50,0%	50,0%	60,0%	58,1%
	de 11 a 18 años	0%	50,0%	16,0%	19,4%
	de 19 a 26 años	0%	0%	20,0%	16,1%
	27 y más años	50,0%	0%	4,0%	6,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente original

Interpretación de datos Tabla 33

La tabla expresa, en porcentajes, la distribución de los profesionales que conforman la muestra en las categorías de consideración de uso Alta, Media, Baja, según la antigüedad en el ejercicio profesional .

Se observa que el 100% de los profesionales que obtuvo consideración de uso alta (2 casos), el 50% se ubica en el intervalo de 3 a 10 años, y el 50% restante en el de 27 años y más.

El 100% de los profesionales ubicados en la categoría media (4 casos), un 50% se encuentra en el intervalo de 3 y 10 años, y el otro 50% en el de 11 a 18 años.

El 100% de T.O./ Lic. en T.O. que han obtenido consideración de uso baja (25 casos), el 60% se ubica en el intervalo de 3 a 10 años, el 16% de 11 a 18 años, un 20 % en el de 19 a 26 años, y el 4% restante tiene 27 años y más de antigüedad en el ejercicio profesional.

Es de destacar que el 60% de los T.O./ Lic. en T.O. que obtuvieron consideración de uso baja, poseen una antigüedad en el ejercicio profesional menor a 10 años.

TABLA 34: Consideración de uso de los Tests de Evaluación específicos para S.N.U. que presentan los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, según la antigüedad en el área de desempeño expresada en años, y que trabajan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico / gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

		Consideración de uso			Total
		Alta	Media	Baja	
Antigüedad en el área de desempeño	de 0 a 7 años	50,0%	50,0%	36,0%	38,7%
	8 a 15 años	0%	50,0%	40,0%	38,7%
	16 a 23 años	0%	0%	12,0%	9,7%
	24 y más años	50,0%	0%	12,0%	12,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente original

Interpretación de datos Tabla 34

La tabla expresa, en porcentajes, la distribución de los profesionales que conforman la muestra en las categorías de consideración de uso Alta, Media, Baja, según la antigüedad en el área de desempeño.

Se observa que el 100% de los profesionales que obtuvo consideración de uso alta (2 casos), el 50% se ubica en el intervalo de 0 a 7 años, y el otro 50% en el de 24 años y más.

El 100% de los T.O. y Lic. en T.O. que obtuvo consideración de uso media (4 casos), el 50% se ubica en el intervalo de 0 a 7 años, y el restante 50% en el de 8 a 15 años.

Del total de los profesionales,100%, que tienen consideración de uso baja, el 36% se encuentra en el intervalo de 0 a 7 años, el 40 % en el de 8 a 15 años, un 12% de 16 a 23 años, y el 12% restante en el intervalo de 24 años y más.

Se destaca que en la población que ha obtenido consideración de uso baja, el 76% posee una antigüedad en el área de desempeño menor a 16 años.

TABLA 35: Consideración de uso de los Tests de Evaluación específicos para S.N.U. que presentan los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, según cursos, capacitación y /o postgrados realizados en las áreas de neurología y/o neuropsicología, y que se desempeñan en discapacidad física y geriátrico / gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

		Consideración de uso			Total
		Alta	Media	Baja	
Cursos, capacitación y /o postgrados	Neurología	0%	25,0%	8,0%	9,7%
	Neuropsicología	0%	75,0%	12,0%	19,4%
	Ambas	50,0%	0%	24,0%	22,6%
	Ninguno	0%	0%	4,0%	3,2%
	No contesta	50,0%	0%	40,0%	35,5%
	Respuesta anulada	0%	0%	12,0%	9,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente original

Interpretación de datos Tabla 35

La tabla expresa, en porcentajes, la distribución de los profesionales que conforman la muestra en las categorías de consideración de uso Alta, Media, Baja, según los cursos, capacitaciones y/o postgrados realizados en las áreas de neurología y/o neuropsicología.

Se observa que el 100% de los profesionales que obtuvo consideración de uso alta (2 casos), el 50% ha realizado cursos en neurología y neuropsicología, y el otro 50% no contesta la pregunta.

El 100% de los profesionales que obtuvo consideración de uso media (4 casos), el 25 % realizó formación en neurología, y el 75% en neuropsicología.

El 100% de T.O. y Lic. en T.O. que obtuvo consideración de uso baja (25 casos), el 8% refiere formación en neurología, el 12% en neuropsicología, 24% en ambas áreas, el 4% no realizó ninguna formación en neurología y/o neuropsicología, un 40% no contesta la pregunta, y al 12% restante se le anula la respuesta.

Es importante destacar que, la mayor cantidad de los profesionales que se encuentran dentro de las consideraciones de uso alta y media expresan haber realizado cursos, capacitación y /o postgrados en neuropsicología. También hay que resaltar que la consideración de uso media es la categoría de mayor porcentaje con formación específica en dicha área. Y siguiendo con el área neuropsicológica, sólo el 12% de los profesionales con consideración de uso baja refiere haber participado de cursos, capacitación y / o postgrados.

Hay que resaltar, que un alto porcentaje de los T.O. y Lic. en T.O. que se ubican en la consideración de uso baja, no contestan la pregunta (40%). Ante la ausencia de respuesta, el encuestador indaga, y ciertos profesionales refieren haber realizado cursos y capacitaciones, que no creen suficientes como para conformar una especialización en las áreas neurológicas y neuropsicológicas. En la consideración de uso baja es necesario resaltar el 4% de profesionales que indican no haber participado en ninguna instancia de formación neurológica/ neuropsicológica.

TABLA 36: Consideración de uso de los Tests de Evaluación específicos para S.N.U. que presentan los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, según cantidad de marcos de referencia utilizados por los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

		Consideración de uso			Total
		Alta	Media	Baja	
<i>marco de referencia general</i>	Sólo un marco		25,0%	12,0%	12,9%
	más de 1 y hasta 3 marcos	50,0%	50,0%	36,0%	38,7%
	más de 3 marcos	0%	0%	16,0%	12,9%
	Ninguno	0%	0%	4,0%	3,2%
	No contesta	50,0%	25,0%	32,0%	32,3%
<i>Total</i>		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente original

Interpretación de datos Tabla 36

La tabla expresa, en porcentajes, la distribución de los profesionales que conforman la muestra en las categorías de consideración de uso Alta, Media y Baja, según cantidad de marcos de referencia utilizados.

Se observa que el 100% de los profesionales que obtuvo consideración de uso alta (2 casos), el 50% utiliza más de uno y hasta 3 marcos de referencia, y el 50% restante no contesta la pregunta.

En cuanto al 100% que obtuvo consideración de uso media (4 casos), el 25% utiliza un solo marco de referencia, 50% utiliza más de uno y hasta 3 marcos, y el 25% restante no contesta la pregunta.

El 100 % de los profesionales ubicados en la consideración de uso baja (25 casos), el 12% utiliza solo un marco de referencia, el 36% más de uno y hasta 3, el 16% más de 3 marcos, un 4% no utiliza ningún marco de referencia, y el 32% restante no contesta la pregunta.

Es interesante resaltar que los porcentajes más elevados de T.O. y Lic. en T.O. ubicados en la consideración de uso alta, media, y baja, utilizan 2 ó 3 marcos de referencia específico para el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/ gerontológico.

Sólo la consideración de uso baja registra, por un lado profesionales que utilizan más de 3 marcos de referencia en un 16%; por otro lado, un 4% de los mismos que no posee ningún marco.

TABLA 37: Consideración de uso de los Tests de Evaluación específicos para S.N.U. que presentan los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, según marcos de referencia utilizados en el área de discapacidad física y geriátrico/gerontológica, durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

		Consideración de uso			Total
		Alta	Media	Baja	
nombre del marco de referencia	Neurología	0%	25,0%	24,0%	22,6%
	Neuropsicología	0%	25,0%	4,0%	6,5%
	Ambos	50,0%	25,0%	24,0%	25,8%
	Otros	0%	0%	12,0%	9,7%
	Ninguno	0%	0%	4,0%	3,2%
	No contesta	50,0%	25,0%	32,0%	32,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente original

Interpretación de datos Tabla 37

La tabla expresa, en porcentajes, la distribución de los profesionales que conforman la muestra en las categorías de consideración de uso Alta, Media, Baja, según marcos de referencia utilizados.

Se observa que el 100% de los profesionales que obtuvo consideración de uso alta (2 casos), el 50% utiliza ambos marcos, o sea el neurológico y el neuropsicológico, mientras que el otro 50% no contesta la pregunta.

El 100% de los T.O/Lic. en T.O. que obtuvo consideración de uso media (4 casos), el 25% utiliza marco de referencia neurológico, otro 25% utiliza el neuropsicológico, y ambos marcos de referencia otro 25%.El último 25% no contesta la pregunta.

El 100% de los profesionales que obtuvo consideración de uso baja (25 casos), el 24% utiliza marco de referencia neurológico, un 4% el neuropsicológico, 24% utilizan ambos, un 12% utiliza otros marcos de referencia (modelo de ocupación humana, psicodinámico, y psicoanalítico), 4% no utiliza ningún marco de referencia, y 32% no contestan.

No se registran diferencias significativas entre la consideración de uso media y baja con respecto al marco de referencia utilizado, ya que un 75% de profesionales con consideración media y un 52% de profesionales con consideración baja poseen marcos de referencia neurológico y / o neuropsicológico. Si es llamativo dentro de estos porcentajes, que solo el 4% de aquellos que obtuvieron consideración de uso baja utilizan el marco de referencia neuropsicológico, contra el 25% que lo utilizan en la consideración media.

En la consideración baja se observa además que, por un lado hay un 12% de profesionales que menciona diversos marcos de referencia distintos al neurológico o neuropsicológico, y por otro lado un 4% que consigna no tener ningún marco de referencia.

TABLA 38: Consideración de uso de los Tests de Evaluación específicos para S.N.U. que presentan los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, según experiencia clínica en pacientes con S.N.U., y que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

		Consideración de uso			Total
		Alta	Media	Baja	
Experiencia Clínica con S.N.U.	SI	100,0%	100,0%	40,0%	51,6%
	NO	0%	0 %	60,0%	48,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente original

Interpretación de datos Tabla 38

La tabla expresa, en porcentajes, la distribución de los profesionales que conforman la muestra en las categorías de consideración de uso Alta, Media, Baja, según experiencia clínica en pacientes con S.N.U.

En la consideración de uso alta y media, el 100% de los profesionales ha tenido experiencia en pacientes con S.N.U.. Es interesante resaltar que en la consideración de uso baja, el 60% no ha tenido experiencia con el síndrome, quedando un 40% que sí.

TABLA 39: Consideración de uso de los Tests de Evaluación específicos para S.N.U. que presentan los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, según cantidad de casos de pacientes con S.N.U., y que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/gerontológica durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

		Consideracion de uso			Total
		Alta	Media	Baja	
Canti- dad de casos	Menos de 10 casos	0%	50,0%	70,0%	56,3%
	De 10 y hasta 19 casos	50,0%	0%	0%	6,3%
	20 casos y más	50,0%	25,0%	0%	12,5%
	Ns/Nc	0%	25,0%	30,0%	25,0%
<i>Total</i>		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente original

Interpretación de datos Tabla 39

La tabla expresa, en porcentajes, la distribución de los profesionales que conforman la muestra en las categorías de consideración de uso Alta, Media, Baja y que han tenido experiencia clínica, según la cantidad de casos de pacientes con S.N.U.

Se observa que el 100% de los profesionales que obtuvo consideración de uso alta y que ha tenido experiencia clínica con el S.N.U., (2 casos), el 50% se ubica en el intervalo de 10 y hasta 19 casos, y el 50% restante en el de 20 casos y más.

El 100% de T.O /Lic. en T.O. que obtuvo consideración de uso media y que ha referido experiencia clínica con el síndrome (4 casos), el 50% se ubica en el intervalo de menos de 10 casos, un 25% en el de 20 casos y más, y el 25% restante no sabe/ no contesta la pregunta.

Del 100% de profesionales que obtuvo consideración de uso baja y que ha tenido experiencia clínica (10 casos), el 70% se ubica en el intervalo de menos de 10 casos, y el 30% restante no sabe/ no contesta la pregunta.

Es interesante resaltar que los T.O. y Lic. en T.O. que obtuvieron consideración de uso alta se encuentran ubicados dentro del intervalo de 10 y hasta 19 casos y en el de 20 casos y más. Mientras que un alto porcentaje de profesionales con consideración de uso baja (70%), refieren haber tenido menos de 10 casos de pacientes con S.N.U.. De este 70%, 4 profesionales, o sea el 40% indican experiencia clínica de sólo un paciente con S.N.U.

TABLA 40: Experiencia clínica en pacientes con S.N.U. que poseen los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, según el área de desempeño., y que trabajan en discapacidad física y geriátrico/gerontológica durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

		Experiencia Clínica con S.N.U.		Total
		SI	NO	
Área de desempeño	Discapacidad física	62,5%	33,3%	48,4%
	Geriátrico/gerontológica	25,0%	46,7%	35,5%
	Ambas	12,5%	20,0%	16,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente original

Interpretación de datos Tabla 40

La tabla expresa en porcentajes, la experiencia clínica de los profesionales según el área en la que se desempeñan.

Se observa que del 100% de los profesionales que han tenido experiencia clínica (16 casos), el 62,5% se desempeña en el área de discapacidad física, el 25% en geriatría/gerontología, y el 12,5% en ambas.

Del 100% de los profesionales que no han tenido experiencia clínica (15 casos), un 33,3% trabaja en discapacidad física, un 46,7% en geriatría/gerontología, y un 20% en ambas.

El mayor porcentaje (62,5%) de T.O. y Lic. en T.O. que tienen experiencia clínica, se registra en el área de discapacidad física, mientras que el mayor porcentaje (46,7%) de los que no tienen experiencia con el síndrome se ubican en el área geriátrico/gerontológica.

TABLA 41: Experiencia clínica en pacientes con S.N.U. que poseen los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, según antigüedad en el ejercicio profesional expresada en años, y que trabajan en discapacidad física y geriátrico/gerontológica durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

		Experiencia Clínica con S.N.U.		Total
		SI	NO	
Antigüedad en el ejercicio profesional	de 3 a 10 años	37,5%	80,0%	58,1%
	de 11 a 18 años	25,0%	13,3%	19,4%
	de 19 a 26 años	31,3%	0%	16,1%
	27 años y más	6,3%	6,7%	6,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente original

Interpretación de datos Tabla 41

La tabla expresa en porcentajes, la experiencia clínica de los profesionales según la antigüedad en el ejercicio profesional expresada en años.

Del 100% de los profesionales que han tenido experiencia clínica en pacientes con S.N.U. (16 casos), 37,5% se ubica en el intervalo de antigüedad de 3 a 10 años, el 25% de 11 a 18 años, el 31,3% de 19 a 26 años, y el 6,3% en el de 27 años y más.

Del 100% de los profesionales que no han tenido experiencia (15 casos), el 80% se ubica en el intervalo de 3 a 10 años de antigüedad, el 13,3 % en el de 11 a 18 años, y el 6,7% en el de 27 años y más.

Los T.O. y Lic. en T.O. que tienen experiencia clínica con pacientes con S.N.U. se distribuyen de manera homogénea entre los 3 y 26 años de antigüedad. Mientras que el 80% de los profesionales que no han tenido experiencia poseen menos de 10 años en el ejercicio profesional.

TABLA 42: Experiencia clínica en pacientes con S.N.U. que poseen los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, según cursos, capacitación y /o postgrados en las áreas de neurología y/o neuropsicología, y que trabajan en discapacidad física y geriátrico/gerontológica durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

		Experiencia Clínica con S.N.U.		Total
		Si	No	
<i>Cursos, capacitación y postgrados en neurología y/o neuropsicología.</i>	Neurología	12,5%	6,7%	9,7%
	Neuropsicología	31,3%	6,7%	19,4%
	Ambas	25,0%	20,0%	22,6%
	Ninguno	0%	6,7%	3,2%
	No contesta	25%	46,7%	35,5%
	Respuesta anulada	6,3%	13,3%	9,7%
<i>Total</i>		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente original

Interpretación de datos Tabla 41

La tabla expresa en porcentajes, la experiencia clínica de los profesionales según la cursos, capacitación y postgrados en las áreas de neurología y/o neuropsicología.

Del 100% de los profesionales que han tenido experiencia clínica en pacientes con S.N.U. (16 casos), el 12,5% ha realizado cursos en el área de neurología, el 31,3% en neuropsicología, el 25% en ambas, el 25% no contesta la pregunta y en un 6,3% se anula la respuesta.

Del 100% de los profesionales que no han tenido experiencia (15 casos), el 6,7% realizó cursos en el área de neurología, otro 6,7% en neuropsicología, un 20% en ambas, un 6,7% refiere no haber realizado ningún curso, un 46,7% no contesta la pregunta y en un 13,3% se anula la respuesta.

Aquellos T.O. y Lic. en T.O. que han tenido experiencia clínica con el S.N.U. (16 casos), el 69,3% refiere cursos, capacitación y/o postgrados realizados en el área de neurología, neuropsicología y en ambas, destacándose el 31,3% que los realizó específicamente en Neuropsicología.

Por otro lado, los profesionales que no tienen experiencia clínica, el 33,4% ha realizado cursos de formación en las áreas mencionadas con un porcentaje de 6,7% específicamente en Neuropsicología. Dentro de aquellos sin experiencia clínica un 6,7% refiere no haber realizado ningún curso en las áreas mencionadas, hecho que no se registra en los T.O. y Lic. en T.O. con experiencia clínica.

TABLA 43: Experiencia clínica en pacientes con S.N.U. que poseen los T.O. y Lic. en T.O. de Mar del Plata, según marcos de referencia utilizados en el área de discapacidad física y geriátrico/gerontológica durante Diciembre 2004 y Enero, Febrero 2005.

		Experiencia Clínica con S.N.U.		Total
		SI	NO	
Nombre del marco de referencia	Neurología	25,0%	20,0%	22,6%
	Neuropsicología	6,3%	6,7%	6,5%
	Ambos	25,0%	26,7%	25,8%
	Otros		20,0%	9,7%
	Ninguno	6,3%		3,2%
	No contesta	37,5%	26,7%	32,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente original

Interpretación de datos Tabla 43

La tabla expresa en porcentajes, la experiencia clínica de los profesionales según marcos de referencia utilizados.

Del 100% de los profesionales que han tenido experiencia clínica en pacientes con S.N.U. (16 casos), el 25% utiliza el marco de referencia de neurología, el 6,3% neuropsicología, el 25% ambos, el 6,3 % no utiliza ningún marco, y el 37,5% no responde la pregunta.

Del 100% de profesionales que no han tenido experiencia clínica (15 casos), el 20% utiliza el marco de neurología, el 6,7% neuropsicología, el 26,7% ambos, el 20% utiliza otro marco, y el 26,7% no responde la pregunta.

La tabla evidencia que la utilización de marcos de referencia neurológico y/o neuropsicológico aparentemente no tiene relación directa con la experiencia clínica de los profesionales con el S.N.U.. Resulta llamativo que un 20% de aquellos T.O. y Lic. en T.O. que no tienen experiencia clínica utilizan otros marcos de referencia diferentes a los ya mencionados.

Interpretación de resultados obtenidos en la pregunta relacionada con la utilización de tests *no específicos* para la evaluación de pacientes con S.N.U.

Del total de 31 profesionales que constituyen el 100% de la muestra, 6 (19,4%) indican el uso de otros tests no específicos para evaluar pacientes con S.N.U., 9 (29%) refieren no utilizar otros tests, mientras que 16 (51,6%) no contestan la pregunta.

En cuanto a los profesionales que utilizan otros tests no específicos mencionan los siguientes: Escala de Barthel, Escala de Lawton, Minimental, Escala de Independencia Motora, Escala de Función Social, y Técnicas de evaluación de Brunstrom.

Dentro de las respuestas obtenidas, los profesionales incluyen maniobras de evaluación y técnicas de tratamiento que no han sido consignadas para su análisis.

Interpretación de datos registrados en la Sección Observaciones.

Dentro de las respuestas obtenidas de los T.O. y Lic. en T.O., se realizó un análisis de aquellas que resultaron más significativas y / o han sido referidas en más de un cuestionario, a saber: ausencia de experiencia clínica en pacientes con S.N.U.; dificultad en la implementación de baterías de evaluación muy extensas a causa del tipo de población

con la que trabajan (demencia); escasa cantidad de horas laborales en la institución que imposibilitan una evaluación completa y detallada; y abordajes grupales que dificultan el implemento de evaluaciones específicas. Un gran número de profesionales no ha completado esta sección .

Por último, nos resultó llamativo que aquellas preguntas abiertas del cuestionario, en un alto porcentaje no fueron contestadas por los encuestados, desconociéndose en la mayoría de los casos el porque de esta omisión. Dentro de estas mismas preguntas, se registró un número relativo de respuestas anuladas. En alguna medida, estos dos hechos, se vieron favorecidos por la ausencia del encuestador durante la administración del instrumento por la disponibilidad horaria del encuestado.

CONCLUSIONES

6) CONCLUSIONES

A partir del trabajo de investigación realizado en relación a “los tests de evaluación específicos para Síndrome de Negligencia Unilateral, considerados de uso por los T.O. y Lic. en T.O. que se desempeñan en el área asistencial de discapacidad física y geriátrico/ gerontológico, con pacientes con patología neurológica, adultos y adultos mayores, durante Diciembre 2004 y Enero Febrero 2005.; y del análisis de los datos obtenidos, arribamos a las conclusiones siguientes.

Los T.O. y Lic. en T.O. encuestados refieren en un 51,6% haber tenido experiencia clínica en pacientes con S.N.U.

Los profesionales **identifican** en un 21,3% los tests específicos para S.N.U., mientras que un alto porcentaje, 78,7%, no lo hace. En cuanto a los T.O. y Lic. en T.O. que han identificado a los tests de evaluación específicos, un porcentaje relativamente mayor (51,5%) no los **aplica** en su práctica cotidiana, mientras que un 48,5% si lo hace. La mayoría de éstos últimos aplican los tests específicos sólo en algunas ocasiones.

Los tests más identificados y aplicados por los T.O. y Lic. en T.O. son los incluidos dentro de las pruebas de papel y lápiz, siendo el más identificado el de cancelación, y los más aplicados los tests de lectura y escritura. Como ya es sabido, estos tests convencionales de papel y lápiz son no estandarizados y de fácil aplicación. El test menos identificado y aplicado es la Escala de Catherine Bergego, instrumento de evaluación estandarizado específicamente para S.N.U., y presentado como propuesta en esta investigación.

El **reconocimiento** que los profesionales le otorgan a los tests de evaluación específicos para S.N.U. , en cuanto a su **utilidad diagnóstica y práctica**, es de un 89,5% en ambos. Este reconocimiento se atribuye tanto a los tests no estandarizados como los estandarizados.

La casi totalidad de los profesionales (95,5%) refieren que los **datos aportados** por los tests específicos administrados individualmente, no le son **suficientes** para realizar un diagnóstico de desempeño ocupacional.

A partir de la **valoración subjetiva** otorgada por los T.O. y Lic. en T.O. en relación a la **utilidad diagnóstica y práctica** de los tests, se concluye que éstos profesionales adjudican mayor reconocimiento a la utilidad práctica que a la utilidad diagnóstica.

Los datos recabados por el cuestionario de esta investigación, construido en base a la identificación, aplicación, y reconocimiento de los tests, nos permitió alcanzar la dimensión final: **Consideración de uso de los T.O. y Lic. en T.O. de Tests de evaluación específico para S.N.U.** Una amplia mayoría (80,6%) se ubica en las consideraciones de uso baja, un 12,9% en la media, y el 6,5% restante en la alta.

Dentro de las **variables intervinientes** que han sido definidas para esta investigación , título de grado (aspecto que forma parte de la variable interviniente **Formación académica**) y **Tipo de institución**, aparentemente , y en base a los

resultados obtenidos a partir de la muestra de estudio, no han influido de modo directo y significativo sobre la consideración de uso final.

En cambio la consideración de uso final tendría algún tipo de relación con las siguientes **variables intervinientes**:

El **campo de desempeño**, ya que sólo en la consideración de uso baja se registran profesionales que trabajan en 3 campos, lo que permitiría deducir que la práctica profesional desarrollada en diversos sitios, no favorecería una evaluación y abordaje minucioso de pacientes con S.N.U.:

Tanto la **antigüedad en el ejercicio profesional** como en el **área de desempeño**, parecerían tener algún tipo de influencia en la dimensión final, ya que altos porcentajes de profesionales con consideración de uso baja tienen menos de 10 años en la antigüedad del ejercicio profesional, y menos de 16 años en la antigüedad del área de desempeño.

Parecería ser que los **cursos, capacitación y /o postgrados**, aspectos incluidos en **formación académica**, específicos en el área neuropsicológica tendrían una relación directa con la obtención de puntajes en la consideración de uso; aquellos profesionales ubicados en la consideración de uso baja, sólo un 12% posee formación neuropsicológica.

Se resalta en este punto la importancia de la formación, tanto de grado como de postgrado, en el modelo neuropsicológico, ya que permite adquirir herramientas

relevantes para la evaluación y abordaje de pacientes adultos y adultos mayores con patología neurológica.

En cuanto a los **marcos de referencia**, la consideración de uso disminuye en relación a la ausencia o, por el contrario, al elevado número de marcos; así, sólo dentro de la consideración de uso baja se registran profesionales con más de tres marcos de referencia, ningún marco de referencia, y un 12% utilizando otros marcos distintos al neurológico y/o neuropsicológico. Se resalta que estas tres cuestiones no se registran en la consideración de uso media y alta.

Se evidencia que existe una marcada influencia entre la **experiencia clínica** de los profesionales en pacientes con S.N.U. y la consideración de uso final, debido a que la totalidad de profesionales que obtuvieron consideración de uso alta y media han tenido experiencia clínica en pacientes con el síndrome, mientras que un alto porcentaje (60%) de T.O. y Lic. en T.O. en la consideración baja, no han tenido experiencia clínica.

Otras relaciones significativas, además de las ya referidas, son las vinculaciones que existirían entre la **experiencia clínica** y los siguientes aspectos:

Según la **cantidad de casos**, ya que los profesionales con consideración de uso alta han tenido más de 10 casos, mientras que aquellos en consideración de uso baja expresan un alto porcentaje con menos de 10 casos con S.N.U.

Aquí es importante resaltar que el puntaje obtenido por los profesionales encuestados variaría en relación a la cantidad de casos que hayan referido tener, haciéndose evidente en mayor proporción en la consideración de uso baja la que se conformó por 25 T.O. y Lic. en T.O de los cuales 10 refieren haber tenido experiencia clínica; dentro de los mismos, 4 profesionales han tenido un único caso y obtienen un puntaje total de 0/120, 2 terapeutas con 3 casos clínicos y un puntaje de 21/120 y 30/120, y un profesional con 4 casos obteniendo puntajes de 22/120. Los tres terapeutas restantes no contestan. Nos interesa resaltar esto ya que indicaría que el instrumento creado en este trabajo de investigación ha tenido una gran precisión de medición.

Según **área de desempeño**: los profesionales que se ubican en el área asistencial de discapacidad física han tenido mayor experiencia clínica que los que trabajan en el área geriátrico/ gerontológico.

Según **antigüedad en el ejercicio profesional**: un alto porcentaje de T.O. y Lic. en T.O. que no han tenido experiencia clínica se encuentran entre los 10 primeros años de ejercicio profesional.

Según **cursos, capacitación y / o postgrados**: se registra un porcentaje elevado de profesionales que han tenido experiencia clínica en pacientes con S.N.U. y que señalan formación neuropsicológica específica, y por otro lado, aquellos que no han tenido experiencia clínica tienen un bajo porcentaje de formación neuropsicológica específica.

Esto parecería dar respuesta a uno de los interrogantes expresados en la introducción, en cuanto a que la detección de una patología específica, en este caso el Síndrome de Negligencia Unilateral, se sustenta en base a la formación académica del profesional.

Es interesante resaltar la actitud positiva y entusiasta de los encuestados frente a la **propuesta de esta investigación**, vale decir la presentación de la **Escala de Catherine Bergego**, por ser un instrumento de evaluación específico para S.N.U. que hace especial hincapié en las A.V.D.. Además encuentra justificación la elección de esta escala al ser la menos identificada y aplicada dentro de los tests específicos analizados.

También los profesionales manifestaron un alto interés en la posterior devolución de los resultados y conclusiones, y en la obtención de información acerca de los tests específicos de evaluación para el S.N.U.

Nos gustaría culminar este trabajo reflexionando en relación a determinadas cuestiones que surgieron durante el desarrollo de nuestra investigación:

Responso / Por un lado, destacar la importancia de la formación de grado y postgrado de los Terapistas Ocupacionales para adquirir las herramientas necesarias para realizar una adecuada evaluación y tratamiento de pacientes con una patología determinada. Por el otro, el valor de la formación, la capacitación permanente y el marco de referencia en el cual se posiciona el profesional como determinante de aquello que puede detectarse en su práctica cotidiana. Y en relación a esto, nos preguntamos ¿existe relación entre el

avance científico, en especial el de las Neurociencias, y la formación de los Terapistas Ocupacionales?

Otro aspecto a tener en cuenta es la influencia de la dimensión y factor institucional en el desempeño y rol profesional del Terapeuta Ocupacional.

Y a partir de la alta prevalencia de T.O. desempeñándose en una gran cantidad y diversidad de campos: ¿que posibilidad tiene el T.O. de realizar un abordaje específico en casos clínicos individuales teniendo en cuenta la escasa carga horaria dentro de la institución?, ¿existe la posibilidad por parte del profesional de adquirir algún tipo de especificidad en el área de desempeño? y por último ¿que lugar resta para la formación y capacitación continua tan necesaria para el crecimiento y enriquecimiento profesional?

A modo de cierre y teniendo en cuenta los diferentes aspectos planteados y analizados en este trabajo, queremos destacar que esta primera aproximación al campo de la investigación nos resultó sumamente enriquecedora, ya que en el intento de dar respuesta a los interrogantes planteados inicialmente, surgieron nuevas cuestiones que permitieron un análisis más profundo del tema y conocer algunos aspectos y factores determinantes de la realidad profesional del Terapeuta Ocupacional.

ANEXO I

Número de cuestionario:

Lugar:

Fecha:...../...../.....

Estamos realizando la Tesis de Grado de la Licenciatura en Terapia Ocupacional, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio social, U.N.M.D.P., en relación a "*Tests de Evaluación específicos para Síndrome de Negligencia Unilateral considerados de uso por los T.O. Y Licenciados en T.O. de la ciudad de Mar del Plata*".

Solicitamos su colaboración para responder a las preguntas presentadas en el cuestionario. El mismo será de carácter autoadministrado y semiestructurado (preguntas abiertas y cerradas). Su respuesta será confidencial y anónima.

INSTRUCCIONES:

Marque con una cruz la respuesta correcta y siga las instrucciones, debido a que en el presente cuestionario existen preguntas en las que solo puede responder una opción, otras son de varias opciones, y se incluyen también preguntas de carácter abierto.

Cabe aclarar que, al comenzar la resolución de la sección II) *Análisis de Tests de Evaluación específicos para Síndrome de Negligencia Unilateral*, debe leer previamente las referencias aclaratorias, con el objetivo de interpretar adecuadamente los términos utilizados en el cuestionario.

Desde ya, muchas gracias por su aporte y colaboración.

REFERENCIAS ACLARATORIAS:

Materiales: elementos y equipamiento necesarios para implementar la prueba específica.

Procedimientos: condiciones bajo las cuales es llevado a cabo el test de evaluación específico, incluyendo secuencia, señales, instrucciones verbales y aspectos ambientales especiales.

Resultados: datos que brinda el test, que pueden ser interpretados por puntaje o valoración relacionados específicamente al síndrome de negligencia unilateral. El primero se refiere a una cuestión técnica definida por los estándares de desempeño esperado que arrojan un valor numérico en pruebas estandarizadas; mientras que en el segundo, el criterio para analizar los datos está diseñado sobre la base de supuestos acerca del desempeño normal y es característico de evaluaciones no estandarizadas.

Utilidad diagnóstica: eficiencia de los tests de evaluación específicos para la obtención de datos en relación a la naturaleza del problema y condición o situación desde una perspectiva ocupacional en la dimensión de AVD.

Utilidad práctica: eficiencia de los tests específicos en cuanto a la complejidad o simplicidad del procedimiento, la exigencia de equipamiento o condiciones ambientales especiales, el tiempo necesario para la administración u observación y el grado de entrenamiento necesario o capacitación previa del profesional.

Suficiencia de la información recogida (datos suficientes): capacidad de los tests de evaluación para recoger y discriminar la mayor cantidad de datos necesarios y específicos del problema en cuestión, para realizar un diagnóstico de desempeño ocupacional en la dimensión de AVD.

CUESTIONARIO SOBRE TESTS DE EVALUACIÓN ESPECÍFICOS PARA SÍNDROME DE NEGLIGENCIA UNILATERAL CONSIDERADOS DE USO POR LOS T.O. Y LICENCIADOS EN T.O.

D) ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS: *Marque con una cruz la/s respuesta/s seleccionada/s y tenga la amabilidad de completar cuando se le solicita:*

1) Fecha:...../...../.....

2) Edad:.....

3) Sexo: M F

4) Área de desempeño: Asistencial de discapacidad física Geriátrico/gerontológica

5) Campo de desempeño: -Hospital General.....
-Centro o institución de rehabilitación psicofísica..
-Hogar o Residencia para adultos mayores.....
-Consultorio Privado.....
-Clínica.....
-Sanatorio.....
-Atención domiciliaria.....

6) ¿En qué tipo de institución trabaja Ud.? Pública Privada Ambas

7) ¿Cuál es su antigüedad en el ejercicio profesional? Indique.....

8) ¿Cuál es su antigüedad en el área de desempeño? Indique.....

9) Por favor, mencione cursos, capacitación y/o postgrados que haya realizado en el área de neurología y/o neuropsicología:

.....
.....
.....
.....

10) ¿Posee un marco de referencia específico para el abordaje de pacientes en el área de discapacidad física y geriátrico/gerontológica? En caso afirmativo menciónelo/s:

.....
.....

11) ¿Ha tenido Ud. Experiencia clínica en pacientes con Síndrome de Negligencia Unilateral?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta siguiente

1.1) Indique la cantidad de casos presentados en su práctica profesional:.....

1.2) ¿Bajo que terminología se realizó la derivación médica a TO? Señale:

.....
.....
.....

1.3) ¿Se basó en algún marco de referencia particular para esta patología Específica?

1.3.1) Si

1.3.1.1) Mencione:.....

.....
.....
.....
.....

1.3.2) No

II) ANÁLISIS DE TESTS DE EVALUACIÓN ESPECÍFICOS PARA SÍNDROME DE NEGLIGENCIA UNILATERAL: **Por favor, marque con una cruz la respuesta que Ud. considere correcta:**

1) TESTS DE BISECCIÓN:

A) ¿Identifica Ud algún test de Bisección?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta:
2) TESTS DE CANCELACIÓN

1.1) Indique la opción que refleje los **materiales** utilizados en el test:

- a) papel en blanco y lápiz.....
 b) papel prediseñado y lápiz.....
 c) papel en blanco y tijera.....
 d) a y c son correctas.....
 e) ninguna es correcta.....

1.2) Marque el ítem que Ud. considere el **procedimiento** característico del test:

- a) instrucción verbal específica de resolución de la tarea.....
 b) instrucción escrita específica de resolución de la tarea.....
 c) brindar pautas para la ejecución de tareas en forma secuencial.....
 d) a y c son correctas.....
 e) ninguna es correcta.....

1.3) Indique el tipo de **resultados** que aporta el test:

- a) puntaje numérico.....
 b) valoración subjetiva.....

B) ¿Utiliza Ud. el test como instrumento de evaluación en pacientes con Síndrome de Negligencia Unilateral?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta C)

1.1) ¿Con qué frecuencia aplica Ud. el test de Bisección? Marque:

- a) En todas las ocasiones.....
 b) En algunas ocasiones.....

C) ¿Reconoce Ud. la **utilidad diagnóstica** del test de Bisección?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta D)

1.1) Según su criterio ¿cuál sería la valoración de la utilidad diagnóstica del test? Califique la misma de 1 a 10, siendo 1 poca importancia y 10 mucha importancia, adjudíquele 0 si Ud. considera que no tiene ninguna importancia. (Por favor tache con una cruz el número que exprese su opinión.)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

D) ¿Reconoce Ud. la **utilidad práctica** del test de Bisección?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta E)

1.1) Según su criterio ¿cuál sería la valoración de la utilidad práctica del test? Califique la misma de 1 a 10, siendo 1 poca importancia y 10 mucha importancia, adjudíquele 0 si Ud. considera que no tiene ninguna importancia. (Por favor tache con una cruz el número que exprese su opinión.)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E) ¿El test de Bisección le aporta, por sí sólo, **datos suficientes** para realizar un diagnóstico de desempeño ocupacional?

1) Si

2) No

2)TESTS DE CANCELACIÓN:

A) ¿Identifica Ud algún test de Cancelación?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta:
3) TESTS DE DIBUJO

1.1) Indique la opción que refleje los **materiales** utilizados en el test:

a) papel en blanco y lápiz.....

b) papel prediseñado y lápiz.....

c) papel en blanco y resaltador.....

d) b y c son correctas.....

e) ninguna es correcta.....

1.2) Marque el ítem que Ud. considere el **procedimiento** característico del test:

a) instrucción verbal específica de resolución de la tarea.....

b) instrucción escrita específica de resolución de la tarea.....

c) brindar pautas para la ejecución de tareas en forma secuencial.....

d) a y c son correctas.....

e) ninguna es correcta.....

1.3) Indique el tipo de **resultados** que aporta el test:

a) puntaje numérico.....

b) valoración subjetiva.....

B) ¿Utiliza Ud. el test como instrumento de evaluación en pacientes con Síndrome de Negligencia Unilateral?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta C)

1.1) ¿Con qué frecuencia aplica Ud. el test de Cancelación? Marque:

a) En todas las ocasiones.....

b) En algunas ocasiones.....

C) ¿Reconoce Ud. la **utilidad diagnóstica** del test de Cancelación?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta D)

1.1) Según su criterio ¿cuál sería la valoración de la utilidad diagnóstica del test? Califíquela misma de 1 a 10, siendo 1 poca importancia y 10 mucha importancia. adjudíquele 0 si Ud. considera que no tiene ninguna importancia. (Por favor tache con una cruz el número que exprese su opinión.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

D) ¿Reconoce Ud. la **utilidad práctica** del test de Cancelación?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta E)

1.1) Según su criterio ¿cuál sería la valoración de la utilidad práctica del test? Califíquela misma de 1 a 10, siendo 1 poca importancia y 10 mucha importancia. adjudíquele 0 si Ud. considera que no tiene ninguna importancia. (Por favor tache con una cruz el número que exprese su opinión.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

E) ¿El test de Cancelación le aporta, por sí sólo, **datos suficientes** para realizar un diagnóstico de desempeño ocupacional?

1) Si

2) No

3)TESTS DE DIBUJO:

A) ¿Identifica Ud algún test de Dibujo?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta:
4) TESTS DE LECTURA

1.1) Indique la opción que refleje los **materiales** utilizados en el test:

a) papel en blanco y lápiz.....

b) papel prediseñado y lápiz.....

c) papel afiche y marcador.....

d) a y b son correctas.....

e) ninguna es correcta.....

1.2) Marque el ítem que Ud. considere el **procedimiento** característico del test:

a) instrucción verbal para la copia del modelo presentado.....

b) instrucción verbal para la realización de dibujo espontáneo.....

c) instrucción escrita para la copia de modelos.....

d) a y b son correctas.....

e) ninguna es correcta.....

1.3) Indique el tipo de **resultados** que aporta el test:

a) puntaje numérico.....

b) valoración subjetiva.....

B) ¿Utiliza Ud. el test como instrumento de evaluación en pacientes con Síndrome de Negligencia Unilateral?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta C)

1.1) ¿Con qué frecuencia aplica Ud. el test de Dibujo? Marque:

a) En todas las ocasiones.....

b) En algunas ocasiones.....

C) ¿Reconoce Ud. la **utilidad diagnóstica** del test de Dibujo?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta D)

1.1) Según su criterio ¿cuál sería la valoración de la utilidad diagnóstica del test? Califique la misma de 1 a 10, siendo 1 poca importancia y 10 mucha importancia, adjudíquele 0 si Ud. considera que no tiene ninguna importancia. (Por favor tache con una cruz el número que exprese su opinión.)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

D) ¿Reconoce Ud. la **utilidad práctica** del test de Dibujo?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta E)

1.1) Según su criterio ¿cuál sería la valoración de la utilidad práctica del test? Califique la misma de 1 a 10, siendo 1 poca importancia y 10 mucha importancia, adjudíquele 0 si Ud. considera que no tiene ninguna importancia. (Por favor tache con una cruz el número que exprese su opinión.)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E) ¿El test de Dibujo le aporta, por sí sólo, **datos suficientes** para realizar un diagnóstico de desempeño ocupacional?

1) Si

2) No

4) TESTS DE LECTURA:

A) ¿Identifica Ud. el test de Lectura?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta:
5) TESTS DE ESCRITURA

1.1) Indique la opción que refleje los **materiales** utilizados en el test:

- a) papel con texto dispuesto en columnas.....
- b) papel prediseñado con letras dispuestas al azar.....
- c) papel prediseñado con números dispuestos al azar.....
- d) papel prediseñado con números dispuestos en columnas.....
- e) ninguna es correcta.....

1.2) Marque el ítem que Ud. considere el **procedimiento** característico del test:

- a) instrucción verbal específica de resolución de la tarea.....
- b) instrucción escrita específica de resolución de la tarea.....
- c) brindar pautas para la ejecución de tareas en forma secuencial.....
- d) a y c son correctas.....
- e) ninguna es correcta.....

1.3) Indique el tipo de **resultados** que aporta el test:

- a) puntaje numérico.....
- b) valoración subjetiva.....

B) ¿Utiliza Ud. el test como instrumento de evaluación en pacientes con Síndrome de Negligencia Unilateral?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta C)

1.1) ¿Con qué frecuencia aplica Ud. el test de Lectura? Marque:

- a) En todas las ocasiones.....
- b) En algunas ocasiones.....

C) ¿Reconoce Ud. la **utilidad diagnóstica** del test de Lectura?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta D)

1.1) Según su criterio ¿cuál sería la valoración de la utilidad diagnóstica del test? Califíquela misma de 1 a 10, siendo 1 poca importancia y 10 mucha importancia, adjudíquele 0 si Ud. considera que no tiene ninguna importancia. (Por favor tache con una cruz el número que exprese su opinión.)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

D) ¿Reconoce Ud. la **utilidad práctica** del test de Lectura?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta E)

1.1) Según su criterio ¿cuál sería la valoración de la utilidad práctica del test? Califíquela misma de 1 a 10, siendo 1 poca importancia y 10 mucha importancia, adjudíquele 0 si Ud. considera que no tiene ninguna importancia. (Por favor tache con una cruz el número que exprese su opinión.)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E) ¿El test de Lectura le aporta, por sí sólo, **datos suficientes** para realizar un diagnóstico de desempeño ocupacional?

1) Si

2) No

5) TESTS DE ESCRITURA:

A) ¿Identifica Ud algún test de Escritura?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta:
6) TEST DE REPRESENTACIÓN MENTAL.

1.1) Indique la opción que refleje los **materiales** utilizados en el test:

- a) papel en blanco y lápiz.....
- b) papel prediseñado con texto para completar y lápiz.....
- c) papel prediseñado y lápiz.....
- d) a y c son correctas.....
- e) ninguna es correcta.....

1.2) Marque el ítem que Ud. considere el **procedimiento** característico del test:

- a) condiciones ambientales específicas y particulares.....
- b) instrucción gráfica para la resolución de la tarea.....
- c) instrucción verbal para la copia de texto y escritura espontánea.....
- d) instrucción para completado de texto.....
- e) ninguna es correcta.....

1.3) Indique el tipo de **resultados** que aporta el test:

- a) puntaje numérico.....
- b) valoración subjetiva.....

B) ¿Utiliza Ud. el test como instrumento de evaluación en pacientes con Síndrome de Negligencia Unilateral?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta C)

1.1) ¿Con qué frecuencia aplica Ud. el test de Escritura? Marque:

- a) En todas las ocasiones.....
- b) En algunas ocasiones.....

C) ¿Reconoce Ud. la **utilidad diagnóstica** del test de Escritura?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta D)

1.1) Según su criterio ¿cuál sería la valoración de la utilidad diagnóstica del test? Califique la misma de 1 a 10, siendo 1 poca importancia y 10 mucha importancia, adjudíquele 0 si Ud. considera que no tiene ninguna importancia. (Por favor tache con una cruz el número que exprese su opinión.)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

D) ¿Reconoce Ud. la **utilidad práctica** del test de Escritura?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta E)

1.1) Según su criterio ¿cuál sería la valoración de la utilidad práctica del test? Califique la misma de 1 a 10, siendo 1 poca importancia y 10 mucha importancia, adjudíquele 0 si Ud. considera que no tiene ninguna importancia. (Por favor tache con una cruz el número que exprese su opinión.)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E) ¿El test de Escritura le aporta, por sí sólo, **datos suficientes** para realizar un diagnóstico de desempeño ocupacional?

1) Si

2) No

6) TEST DE REPRESENTACIÓN MENTAL:*

A) ¿Identifica Ud. el test de Representación mental?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta:
7) TESTS DE RECONOCIMIENTO DE ELEMENTOS EN EL AMBIENTE

1.1) Indique la opción que refleje los **materiales** utilizados en el test:

- a) papel en blanco y lápiz.....
- b) papel prediseñado y lápiz.....
- c) imágenes fotográficas.....
- d) a y b son correctas.....
- e) ninguna es correcta.....

1.2) Marque el ítem que Ud. considere el **procedimiento** característico del test:

- a) instrucción verbal específica para la resolución de tareas.....
- b) instrucción escrita específica para la resolución de tareas.....
- c) interpretación de imágenes fotográficas.....
- d) a y c son correctas.....
- e) ninguna es correcta.....

1.3) Indique el tipo de **resultados** que aporta el test:

- a) puntaje numérico.....
- b) valoración subjetiva.....

B) ¿Utiliza Ud. el test como instrumento de evaluación en pacientes con Síndrome de Negligencia Unilateral?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta C)

1.1) ¿Con qué frecuencia aplica Ud. el test de Representación mental? Marque:

- a) En todas las ocasiones.....
- b) En algunas ocasiones.....

C) ¿Reconoce Ud. la **utilidad diagnóstica** del test de Representación mental?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta D)

1.1) Según su criterio ¿cuál sería la valoración de la utilidad diagnóstica del test? Califíquela misma de 1 a 10, siendo 1 poca importancia y 10 mucha importancia, adjudíquele 0 si Ud. considera que no tiene ninguna importancia. (Por favor tache con una cruz el número que exprese su opinión.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

D) ¿Reconoce Ud. la **utilidad práctica** del test de Representación mental?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta E)

1.1) Según su criterio ¿cuál sería la valoración de la utilidad práctica del test? Califíquela misma de 1 a 10, siendo 1 poca importancia y 10 mucha importancia, adjudíquele 0 si Ud. considera que no tiene ninguna importancia. (Por favor tache con una cruz el número que exprese su opinión.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

E) ¿El test de Representación mental le aporta, por sí sólo, **datos suficientes** para realizar un diagnóstico de desempeño ocupacional?

1) Si

2) No

* El término es construido por las testistas al carecer de definiciones teóricas específicas.

7) TESTS DE RECONOCIMIENTO DE ELEMENTOS EN EL AMBIENTE:*

A) ¿Identifica Ud algún test de Reconocimiento de elementos en el ambiente?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta:
8) TESTS DE EXTINCIÓN SENSORIAL

1.1) Indique la opción que refleje los **materiales** utilizados en el test:

- a) personas.....
- b) objetos.....
- c) estímulos auditivos.....
- d) a y b son correctas.....
- e) ninguna es correcta.....

1.2) Marque el ítem que Ud. considere el **procedimiento** característico del test:

- a) Instrucción verbal específica de resolución de la tarea.....
- b) instrucción escrita específica de resolución de la tarea.....
- c) brindar pautas para la ejecución de tareas en forma secuencial.....
- d) a y c son correctas.....
- e) ninguna es correcta.....

1.3) Indique el tipo de **resultados** que aporta el test:

- a) puntaje numérico.....
- b) valoración subjetiva.....

B) ¿Utiliza Ud. el test como instrumento de evaluación en pacientes con Síndrome de Negligencia Unilateral?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta C)

1.1) ¿Con qué frecuencia aplica Ud. el test de Reconocimiento de elem. en el amb? Marque:

- a) En todas las ocasiones.....
- b) En algunas ocasiones.....

C) ¿Reconoce Ud. la **utilidad diagnóstica** del test de Reconocimiento de elementos en el ambiente?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta D)

1.1) Según su criterio ¿cuál sería la valoración de la utilidad diagnóstica del test? Califique la misma de 1 a 10, siendo 1 poca importancia y 10 mucha importancia, adjudíquele 0 si Ud. considera que no tiene ninguna importancia. (Por favor tache con una cruz el número que exprese su opinión.)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

D) ¿Reconoce Ud. la **utilidad práctica** del test de Reconocimiento de elementos en el ambiente?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta E)

1.1) Según su criterio ¿cuál sería la valoración de la utilidad práctica del test? Califique la misma de 1 a 10, siendo 1 poca importancia y 10 mucha importancia, adjudíquele 0 si Ud. considera que no tiene ninguna importancia. (Por favor tache con una cruz el número que exprese su opinión.)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E) ¿El test de Reconocimiento de elem. en el amb. le aporta, por sí sólo, **datos suficientes** para realizar un diagnóstico de desempeño ocupacional?

1) Si

2) No

* El término es construido por las tesis al carecer de definiciones teóricas específicas.

8) TESTS DE EXTINCIÓN SENSORIAL

A) ¿Identifica Ud. algún test de Extinción sensorial?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta:
9) TEST DE INATENCIÓN CONDUCTUAL (BIT)

1.1) Indique la opción que refleje los **materiales** utilizados en el test:

- a) estímulos táctiles.....
- b) estímulos visuales.....
- c) estímulos auditivos.....
- d) todas son correctas.....
- e) ninguna es correcta.....

1.2) Marque el ítem que Ud. considere el **procedimiento** característico del test:

- a) instrucción escrita para la resolución de la tarea.....
- b) instrucción verbal para la resolución de la tarea.....
- c) condiciones ambientales específicas y particulares.....
- d) b y c son correctas.....
- e) ninguna es correcta.....

1.3) Indique el tipo de **resultados** que aporta el test:

- a) puntaje numérico.....
- b) valoración subjetiva.....

B) ¿Utiliza Ud. el test como instrumento de evaluación en pacientes con Síndrome de Negligencia Unilateral?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta C)

1.1) ¿Con qué frecuencia aplica Ud. el test de Extinción sensorial? Marque:

- a) En todas las ocasiones.....
- b) En algunas ocasiones.....

C) ¿Reconoce Ud. la **utilidad diagnóstica** del test de Extinción sensorial?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta D)

1.1) Según su criterio ¿cuál sería la valoración de la utilidad diagnóstica del test? Califique la misma de 1 a 10, siendo 1 poca importancia y 10 mucha importancia, adjudíquele 0 si Ud. considera que no tiene ninguna importancia. (Por favor tache con una cruz el número que exprese su opinión.)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

D) ¿Reconoce Ud. la **utilidad práctica** del test de Extinción sensorial?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta E)

1.1) Según su criterio ¿cuál sería la valoración de la utilidad práctica del test? Califique la misma de 1 a 10, siendo 1 poca importancia y 10 mucha importancia, adjudíquele 0 si Ud. considera que no tiene ninguna importancia. (Por favor tache con una cruz el número que exprese su opinión.)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E) ¿El test de Extinción sensorial le aporta, por sí sólo, **datos suficientes** para realizar un diagnóstico de desempeño ocupacional?

1) Si

2) No

9) TESTS DE INATENCIÓN CONDUCTUAL (BIT):

A) ¿Identifica Ud. el test de Inatención Conductual (BIT)?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta:
10) ESCALA DE CATHERINE BERGEGO (CBS)

1.1) Indique la opción que refleje los **materiales** utilizados en el test:

- a) papel en blanco papel prediseñado y lápiz.....
- b) teléfono.....
- c) reloj.....
- d) todas son correctas.....
- e) ninguna es correcta.....

1.2) Marque el ítem que Ud. considere el **procedimiento** característico del test:

- a) instrucción verbal para la realización de tareas en amb. físico especial.....
- b) instrucción verbal y escrita para completar cuestionarios específicos.....
- c) instrucción verbal para la realización de tareas de bisección y cancelación.....
- d) a y c son correctas.....
- e) ninguna es correcta.....

1.3) Indique el tipo de **resultados** que aporta el test:

- a) puntaje numérico.....
- b) valoración subjetiva.....

B) ¿Utiliza Ud. el test como instrumento de evaluación en pacientes con Síndrome de Negligencia Unilateral?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta C)

1.1) ¿Con qué frecuencia aplica Ud. el BIT? Marque:

- a) En todas las ocasiones.....
- b) En algunas ocasiones.....

C) ¿Reconoce Ud. la **utilidad diagnóstica** del BIT?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta D)

1.1) Según su criterio ¿cuál sería la valoración de la utilidad diagnóstica del test? Califique la misma de 1 a 10, siendo 1 poca importancia y 10 mucha importancia, adjudíquele 0 si Ud. considera que no tiene ninguna importancia. (Por favor tache con una cruz el número que exprese su opinión.)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

D) ¿Reconoce Ud. la **utilidad práctica** del BIT?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta E)

1.1) Según su criterio ¿cuál sería la valoración de la utilidad práctica del test? Califique la misma de 1 a 10, siendo 1 poca importancia y 10 mucha importancia, adjudíquele 0 si Ud. considera que no tiene ninguna importancia. (Por favor tache con una cruz el número que exprese su opinión.)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E) ¿El BIT le aporta, por sí sólo, **datos suficientes** para realizar un diagnóstico de desempeño ocupacional?

1) Si

2) No

10) ESCALA DE CATHERINE BERGEGO:

A) ¿Identifica Ud. la Escala de Catherine Bergego?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta:
11)

1.1) Indique la opción que refleje los **materiales** utilizados en la escala:

- a) objetos para higiene.....
- b) prendas de vestido.....
- c) utensilios para alimentación.....
- d) todas son correctas.....
- e) ninguna es correcta.....

1.2) Marque el ítem que Ud. considere el **procedimiento** característico de la escala:

- a) instrucción verbal para la realización de tareas en ambiente físico especial.....
- b) instrucción verbal y escrita para completar cuestionarios específicos.....
- c) instrucción verbal para la realización de tareas de bisección y cancelación.....
- d) a y b son correctas.....
- e) ninguna es correcta.....

1.3) Indique el tipo de **resultados** que aporta la escala:

- a) puntaje numérico.....
- b) valoración subjetiva.....

B) ¿Utiliza Ud. la escala como instrumento de evaluación en pacientes con Síndrome de Negligencia Unilateral?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta C)

1.1) ¿Con qué frecuencia aplica Ud. la Escala de Catherine Bergego? Marque:

- a) En todas las ocasiones.....
- b) En algunas ocasiones.....

C) ¿Reconoce Ud. la **utilidad diagnóstica** de la Escala de Catherine Bergego?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta D)

1.1) Según su criterio ¿cuál sería la valoración de la utilidad diagnóstica del test? Califique la misma de 1 a 10, siendo 1 poca importancia y 10 mucha importancia, adjudíquele 0 si Ud. considera que no tiene ninguna importancia. (Por favor tache con una cruz el número que exprese su opinión.)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

D) ¿Reconoce Ud. la **utilidad práctica** de la Escala de Catherine Bergego?

1) Si

2) No

Por favor pase a la pregunta E)

1.1) Según su criterio ¿cuál sería la valoración de la utilidad práctica del test? Califique la misma de 1 a 10, siendo 1 poca importancia y 10 mucha importancia, adjudíquele 0 si Ud. considera que no tiene ninguna importancia. (Por favor tache con una cruz el número que exprese su opinión.)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E) ¿La Escala de Catherine Bergego le aporta, por sí sola, **datos suficientes** para realizar un diagnóstico de desempeño ocupacional?

1) Si

2) No

11) Utiliza Ud. algún otro Test no específico para Negligencia Unilateral? Por favor méncionelo/s a continuación:.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

OBSERVACIONES:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO, SU VALIOSO APORTE Y COLABORACIÓN.

ANEXO II

ESCALA CATHERINE BERGEGO (C.B.S.)

(BERGEGO C. y cols., 1995)

➤ MODALIDADES DE EVALUACIÓN:

- La evaluación consiste en una observación, por parte del terapeuta, del comportamiento negligente del paciente en la vida cotidiana.
- El examinador se coloca detrás o en frente del paciente, para evitar cualquier indicación lateralizada.
- En caso de negligencia severa, deduciendo la no realización de la tarea, un estímulo verbal puede ser aportado, pero sin una indicación lateralizada.

➤ EXPLICACIÓN:

- **0:** ausencia de Negligencia Unilateral
- **1:** Negligencia Unilateral discreta: se observa asimetría discreta e inconstante en la realización de la tarea, con una noción de variabilidad según la fatiga, emoción. El paciente logra compensar solo, el trastorno es discreto.
- **2:** Negligencia Unilateral moderada: la asimetría es neta y habitual en la realización de la tarea, la actividad del lado izquierdo se encuentre esbozada o es incompletamente realizada. La estimulación del examinador es necesaria para que el paciente pueda realizar completamente la tarea, el trastorno es moderado.

- 3: Negligencia Unilateral severa: el paciente no atraviesa la línea media, la asimetría es constante y mayor, a pesar de la estimulación del examinador.

- Sin Validez: el paciente no puede ejecutar la tarea, no se ha encontrado un nivel de autonomía suficiente (ej.: paciente que no puede desplazarse en su silla de ruedas), o bien ha sido imposible observar al sujeto en la situación correspondiente al ítem considerado. (ej.: la imposibilidad de evaluar el ítem de aseo personal en un ambiente externo)

El puntaje total (sobre 30) es la suma de puntajes de cada uno de los 10 ítems. En el caso donde ciertos ítems no posean validez, para obtener el puntaje total sobre 30, se realiza la operación siguiente: el puntaje total es dividido por el número de ítems válidos, y luego multiplicado por 10.

Interpretación del puntaje:

- puntaje total entre 0 - 10: Negligencia discreta
- puntaje total entre 10 - 20: Negligencia moderada
- puntaje total entre 20 - 30: Negligencia severa

➤ REGISTRO DE ÍTEMS

1er ítem: omisión del lado izquierdo (derecho) durante el aseo personal:

Situación: se observa el comportamiento del paciente en la situación de aseo de la cara y el cuidado de su apariencia. Los elementos de aseo personal son distribuidos de un lado y del otro del lavatorio (manoplas, toalla, jabón, cepillo de dientes, dentífrico, rasuradora, cepillo para el cabello)

2do ítem: mal ajuste de las vestimentas del lado izquierdo (derecho)

Situación: las prendas son colocadas sobre la cama a un lado y al otro del paciente. Se evalúa el ajuste de las vestimentas del lado contra lesional en comparación con el lado sano, y no los desordenes de ajuste propios de la apraxia del vestido.

3er ítem: dificultades para encontrar los alimentos del lado izquierdo (derecho) del plato, la fuente.

Situación: el paciente se encuentra sentado en la mesa y su comida delante de él. De un lado y del otro del plato se disponen los cubiertos, al igual que el pan, los medicamentos, la entrada, el postre, la servilleta, la botella. Se observa al paciente elegir los alimentos, comer en su plato.

5to ítem: exploración y desviación forzada de la cabeza y de los ojos en dirección a la derecha (izquierda)

Situación: se observa la actitud espontánea de la cabeza del paciente, se avalúa la calidad de su exploración visual.

6to ítem: « olvido » del hemicuerpo izquierdo (derecho)

Situación: se observa la posición del paciente en la cama, en la silla de ruedas, en la realización de una transferencia, sentado delante de una mesa, al igual que la utilización que hace de su brazo o su pierna durante una actividad.

7mo ítem: ignorancia o indiferencia de las personas o ruidos provenientes del hemiespacio izquierdo (derecho)

Situación: se observa la reacción y orientación del paciente a través de la estimulación durante la conversación, mediante la realización de ruidos (golpear las manos, golpear la puerta) para atraer su atención en dirección a la izquierda (derecha).

8vo ítem: desviación en los desplazamientos

Situación: se observa el desplazamiento del paciente en un corredor, y particularmente su capacidad para sortear obstáculos situados a la izquierda (derecha).

9no ítem: dificultad para reconocer lugares o trayectos familiares

Situación: se observa al paciente durante sus desplazamientos en un ambiente cotidiano, desde un lugar determinado hasta otro conocido por él, tomando un trayecto en el cual deberá al menos una vez doblar a la izquierda (derecha).

10mo ítem: dificultad para reconocer objetos cotidianos cuando los mismos están situados a la izquierda (derecha)

Situación: se observa al paciente en su habitación. Dentro de la misma debe reconocer objetos tales como lentes, reloj, colocados a la izquierda (derecha) sobre la mesa de luz o sobre su mesa de trabajo.

ESCALA C. BERGEGO
Heminegligencia Izquierda
Evaluación Funcional realizada por el terapeuta

Paciente:

Fecha:

Examinador:

1. Omisión del lado izquierdo durante el arreglo personal (higiene, rasurado, peinado, maquillaje).

0 1 2 3 SV

2. Mal ajuste de las vestimentas del lado izquierdo del cuerpo.

0 1 2 3 SV

3. Dificultad para encontrar los alimentos del lado izquierdo del plato, la fuente, la mesa.

0 1 2 3 SV

4. Olvida limpiarse el lado izquierdo de la boca luego de la comida

0 1 2 3 SV

5. Exploración y desviación forzada de la cabeza y los ojos en dirección a la derecha.

0 1 2 3 SV

6. « Olvido » del hemicuerpo izquierdo (por ejemplo : brazo pendiendo por fuera del sillón, paciente sentado o acostado sobre el lado paralizado, pie izquierdo por fuera del apoyapies de la silla de ruedas).

0 1 2 3 SV

7. Ignorancia o indiferencia de personas o ruidos provenientes del hemiespacio izquierdo.

0 1 2 3 SV

8. Desviación durante los desplazamientos (traslado en silla de ruedas) tendiendo el paciente a bordear las paredes del lado derecho o a chocar con paredes, puertas o muebles ubicados a la izquierda.

0 1 2 3 SV

9. Dificultad para reconocer trayectos o lugares familiares cuando el paciente debe dirigirse en dirección a la izquierda.

0 1 2 3 SV

10. Dificultad para reconocer objetos usuales cuando los mismos están situados a la izquierda.

0 1 2 3 SV

TOTAL (puntaje total / número de items validos) x 10 =

/30

Registro de la intensidad del trastorno:

0: ausencia de Negligencia Unilateral

2: Negligencia Unilateral moderada

1: Negligencia Unilateral discreta

3: Negligencia Unilateral severa

SV: sin validez

ESCALA C. BERGEGO
Heminegligencia Derecha
Evaluación Funcional realizada por el terapeuta

Paciente:

Fecha:

Examinador:

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|----|
| 1. Omisión del lado derecho durante el arreglo personal (higiene, rasurado, peinado, maquillaje) | 0 | 1 | 2 | 3 | SV |
| 2. Mal ajuste de las vestimentas del lado derecho del cuerpo. | 0 | 1 | 2 | 3 | SV |
| 3. Dificultad para encontrar los alimentos del lado derecho del plato, la fuente, la mesa. | 0 | 1 | 2 | 3 | SV |
| 4. Olvida limpiarse el lado derecho de la boca luego de la comida | 0 | 1 | 2 | 3 | SV |
| 5. Exploración y desviación forzada de la cabeza y los ojos en dirección a la izquierda. | 0 | 1 | 2 | 3 | SV |
| 6. « Olvido » del hemicuerpo derecho (por ejemplo: brazo pendiendo por fuera del sillón, paciente sentado o acostado sobre el lado paralizado, pie derecho por fuera del apoyapiés de la silla de ruedas). | 0 | 1 | 2 | 3 | SV |
| 7. Ignorancia o indiferencia de personas o ruidos provenientes del hemiespacio derecho. | 0 | 1 | 2 | 3 | SV |
| 8. Desviación durante los desplazamientos (traslado en silla de ruedas) tendiendo el paciente a bordear las paredes del lado izquierdo o a chocar con paredes, puertas o muebles ubicados a la derecha. | 0 | 1 | 2 | 3 | SV |
| 9. Dificultad para reconocer trayectos o lugares familiares cuando el paciente debe dirigirse en dirección a la derecha. | 0 | 1 | 2 | 3 | SV |
| 10. Dificultad para reconocer objetos usuales cuando los mismos están situados a la derecha. | 0 | 1 | 2 | 3 | SV |

TOTAL (puntaje total / número de items validos) x 10 =

/30

Registro de la intensidad del trastorno:

0: ausencia de Negligencia Unilateral

2: Negligencia Unilateral moderada

1: Negligencia Unilateral discreta

3: Negligencia Unilateral severa

SV: sin validez

**AUTO EVALUACIÓN REALIZADA POR EL PACIENTE y
CUESTIONARIO DEL ENTORNO**

El objetivo es evaluar por medio de un cuestionario, la conciencia que el paciente y un allegado tienen del comportamiento negligente en la vida cotidiana.

➤ **MODALIDAD DE EVALUACIÓN**

- **La auto evaluación:** El terapeuta lee el cuestionario al paciente.
- **El cuestionario al entorno:** Se interroga al entorno próximo del paciente, al personal de cuidado en el caso de hospitalización, o bien a la familia si el paciente vive en su hogar.

➤ **EXPLICACIÓN**

- La severidad de las dificultades es registrada para los 10 ítems, sobre una escala de 4 niveles:

0- nunca

1- a veces

2- frecuentemente

3- casi siempre

Sin validez: el paciente no puede ejecutar la tarea, no habiendo encontrado un nivel de autonomía suficiente (ej.: el paciente que no puede desplazarse en su silla de ruedas). El **puntaje total** (sobre 30) es la suma de puntajes de cada uno de los 10 ítems. En el caso donde ciertos ítems no posean validez, para obtener el puntaje total sobre 30, se realiza la operación

siguiente: el puntaje total es dividido por el número de items válidos, y luego multiplicado por 10.

Un puntaje cercano a 0 corresponde a una ausencia de trastornos en la vida cotidiana, el puntaje de 30 corresponde a un trastorno importante.

El puntaje de anosognosia se obtiene realizando la diferencia entre el puntaje total obtenido por el terapeuta y el puntaje total de la auto evaluación:

Ejemplo: evaluación del terapeuta: 16 / 30

 auto evaluación : 4 / 30

 el puntaje de anosognosia será de: 12 / 30

Un puntaje de 0 corresponde a una ausencia de anosognosia, un puntaje cercano a 30 corresponde a una anosognosia severa.

ESCALA C. BERGEGO
Heminegligencia Izquierda
Auto-evaluación realizada por el paciente

Paciente:

Fecha:

Examinador:

Nota: Vamos a realizarle algunas preguntas para comprender si usted presenta molestias por un eventual olvido del lado izquierdo, fuera de todo trastorno motriz:

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|----|
| 1. Presenta usted dificultades para lavar el lado izquierdo de su cuerpo, para rasurarse del lado izquierdo, maquillarse, peinarse del lado izquierdo? | 0 | 1 | 2 | 3 | SV |
| 2. Presenta usted dificultades para ajustar sus vestimentas del lado izquierdo? | 0 | 1 | 2 | 3 | SV |
| 3. Presenta usted dificultades para encontrar los alimentos del lado izquierdo del plato, la fuente, de la mesa? | 0 | 1 | 2 | 3 | SV |
| 4. Olvida limpiarse el lado izquierdo de la boca luego de la comida? | 0 | 1 | 2 | 3 | SV |
| 5. Presenta usted dificultad para dirigir la mirada en dirección a la izquierda? | 0 | 1 | 2 | 3 | SV |
| 6. Le ocurre que no presta atención a su pierna o su brazo izquierdo: por ejemplo: deja su brazo por fuera del apoyabrazos u olvida colocar su pie en el apoyapiés de la silla de ruedas? | 0 | 1 | 2 | 3 | SV |
| 7. Presenta usted dificultad para conversar con las personas situadas a su izquierda? | 0 | 1 | 2 | 3 | SV |
| 8. Cuando se desplaza, choca con paredes, muebles o puertas situadas a su izquierda? | 0 | 1 | 2 | 3 | SV |
| 9. Presenta usted dificultad para reconocer trayectos o lugares familiares cuando los mismos se encuentran situados a la izquierda? | 0 | 1 | 2 | 3 | SV |
| 10. Presenta usted dificultad para reconocer objetos cotidianos cuando los mismos están situados a la izquierda? | 0 | 1 | 2 | 3 | SV |

TOTAL (puntaje total / número de items validos) x 10 =

/30

Registro de la intensidad del trastorno:

0: nunca	2: frecuentemente
1: a veces	3: casi siempre
SV: sin validez	

ESCALA C. BERGEGO
Heminegligencia Derecha
Auto-evaluación realizada por el paciente

Paciente:

Fecha:

Examinador:

Nota: Vamos a realizarle algunas preguntas para comprender si usted presenta molestias por un eventual olvido del lado derecho, fuera de todo trastorno motriz:

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|----|
| 1. Presenta usted dificultad para lavar el lado derecho de su cuerpo, para rasurarse del lado derecho, maquillarse, peinarse del lado derecho? | 0 | 1 | 2 | 3 | SV |
| 2. Presenta usted dificultad para ajustar sus vestimentas del lado derecho? | 0 | 1 | 2 | 3 | SV |
| 3. Presenta usted dificultad para encontrar los alimentos del lado derecho del plato, la fuente, de la mesa? | 0 | 1 | 2 | 3 | SV |
| 4. Olvida limpiarse el lado derecho de la boca luego de la comida? | 0 | 1 | 2 | 3 | SV |
| 5. Presenta usted dificultad para dirigir la mirada en dirección a la derecha? | 0 | 1 | 2 | 3 | SV |
| 6. Le ocurre que no presta atención a su pierna o su brazo derecho: por ejemplo: deja su brazo por fuera del apoyabrazos u olvida colocar su pie en el apoyapiés de la silla de ruedas? | 0 | 1 | 2 | 3 | SV |
| 7. Presenta usted dificultad para conversar con las personas situadas a su derecha? | 0 | 1 | 2 | 3 | SV |
| 8. Cuando se desplaza, choca con paredes, muebles o puertas situadas a su derecha? | 0 | 1 | 2 | 3 | SV |
| 9. Presenta usted dificultad para reconocer trayectos o lugares familiares cuando los mismos se encuentran situados a la derecha? | 0 | 1 | 2 | 3 | SV |
| 10. Presenta usted dificultad para reconocer objetos cotidianos cuando los mismos están situados a la derecha? | 0 | 1 | 2 | 3 | SV |

TOTAL (puntaje total / número de ítems válidos) x 10 =

/30

Registro de la intensidad del trastorno:

0: nunca

2: frecuentemente

1: a veces

3: casi siempre

SV: sin validez

ESCALA C. BERGEGO

Heminegligencia Izquierda

Realizada por el interrogatorio de un allegado, de la familia o del entorno

Paciente:

Fecha:

Examinador:

Nota: Nos gustaría saber si el Sr..... se encuentra molesto en su vida cotidiana por un eventual olvido del lado izquierdo, fuera de todo trastorno motriz:

1. Olvida lavar el lado izquierdo de su cuerpo, rasurarse el lado izquierdo, maquillarse, peinarse del lado izquierdo?

0 1 2 3 SV

2. Olvida ajustar las vestimentas del lado izquierdo del cuerpo?

0 1 2 3 SV

3. Olvida tomar los alimentos del lado izquierdo del plato, la fuente, la mesa

0 1 2 3 SV

4. Olvida limpiar el lado izquierdo de la boca luego de la comida?

0 1 2 3 SV

5. Presenta dificultad para dirigir la mirada en dirección a la izquierda?

0 1 2 3 SV

6. Le sucede que no presta atención a la pierna o brazo izquierdo: por ejemplo: dejar su brazo pendiendo por fuera del apoyabrazos, u olvida colocar su pie en el apoyapiés de la silla de ruedas?

0 1 2 3 SV

7. Presenta dificultad para conversar con personas situadas en el lado izquierdo?

0 1 2 3 SV

8. Cuando se desplaza, choca con paredes, muebles o puertas situadas a la izquierda?

0 1 2 3 SV

9. Puede reconocer trayectos o lugares familiares cuando debe dirigirse en dirección a la izquierda?

0 1 2 3 SV

10. Presenta dificultad para reconocer objetos cotidianos cuando los mismos están situados a la izquierda?

0 1 2 3 SV

TOTAL (puntaje total / número de ítems válidos) x 10 =

/30

Registro de la intensidad del trastorno:

0: jamás

2: frecuentemente

1: a veces

3: casi siempre

SV: sin validez

➤ REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- **Ollari, J.A.**; *"El Síndrome de Negligencia Unilateral"*; Primer Congreso Internacional de Neuropsicología en Internet Nov-Dic de 1999; [en línea] <<http://uninet.edu.htm/>> [Consulta 2-2004].
- 2- **Zoltan, B., y cols.**; *"The Adult Stroke Patient. Manual for Evaluation and Treatment of Perceptual and Cognitive Dysfunction"*; U.S.A.; 2da edición; Edit. Slack; 1986; Cap. 2.
- 3- **Lezak, M.**; *"Neuropsychological Assessment"*; New York; 3ra edición; Edit. Oxford University Press; 1995. Cap.10.
- 4- **Grieve, J.**; *"Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales. Evaluación de la percepción y de la cognición"*; Bogotá; 3ra edición; Edit. Médica Panamericana; 1995. Cap.6 y 12.
- 5- **Azcoaga J. y cols.**; *"Las Funciones Cerebrales Superiores y sus Alteraciones en el niño y en el adulto"*; Bs. As.; 2da edición; Edit. Paidós; 1997; Cap. 10.
- 6- **Parkin, A.**; *"Exploraciones en Neuropsicología Cognitiva"*; Madrid; 2da edición; Edit. Médica Panamericana; 1999; Cap. 5.
- 7- **Allegrí, R.**; *"Atención y Negligencia: Bases Neurológicas, Evaluación y Trastornos"*; Primer Congreso Virtual Iberoamericano de Neurología Oct-Nov. de 1998; [en línea] <<http://neurologia.rediris.es.htm/>> [Consulta 2-2004]
- 8- **Keh-Chung, L.**; *"Right Hemispheric Activation Approches to Neglect Rehabilitation Poststroke"*; The American Journal of Occupational Therapy; Vol.50; Jul/Ag.; 1996; Pag. 504-515.
- 9- **Pierce, S., Buxbaum, L.**; *"Treatment of Unilateral Neglect: a review"*; Archives of Physical Medicine & Rehabilitation; Vol.83; Feb.; 2002; Pag. 256-268.
- 10- **Plummer, P., Morris, M., Dunai, J.**; *"Assessment of Unilateral Neglect"*; Physical Therapy; Vol.83; Ag; 2000; Pag.732-740.
- 11- **Alonso, S., Nieva, P.**; *"Evaluación del Nivel de Auto-atención en pacientes con Lesión Medular Traumática forma Paraplejía"*; Tesis de Grado; Licenciatura en T.O.; U.N.M.D.P; Mar del Plata; Argentina; Diciembre; 2003.
- 12- **Hopkins, H.L., Smith, H.D.**; *"Williard / Spackman. Terapia Ocupacional"*; Madrid; 8va edición; Edit. Médica Panamericana; 1998; Cap. 7.
- 13- **Monzón, A.; y cols.**; *"Dossier: La Evaluación"*; Revista Materia Prima; Año 2; Número 5; Jun./Ago.; 1997; Pag. 9-20.
- 14- **Trombly, C.**; *"Occupational Therapy for Physical Dysfunction"*; Baltimore; 4ta edición; Edit. Williams & Wilkins; 1995; Cap. 2.

- 15- **Aisenson Kogan, A.**; *“Introducción a la Psicología”*; Buenos Aires; 1ra edición; Edit. Nueva Visión; 1987; Cap. 10.
- 16- **Azouvi, P.; Samuel, C.; Louis-Dreyfus, A. y cols.** *“Sensitive of Clinical and Behavioral Tests of Spatial Neglect after Right Hemisphere Stroke”*. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry; Vol. 73; 2002; Pág.160 – 166.
- 17- *“Assesing Attention in Unilateral Neglect”*; [en línea] <<http://undergrad.ahs.uwaterloo.ca/~aktse/assessmet.htm>> [consulta: 3 - 2004]
- 18- **Gil, R.**; *“Manual Neuropsicología”*; Barcelona; 1ra edición; Edit. Masson S.A.; 1999; Cap. 9.
- 19- **Kivsella, G.; Packer, S. y cols.**; *“Continuing issues in the Assessment of Neglect”*; Neuropsychological Rehabilitation; Vol. 5; 1995; Pág. 239-258.
- 20- **Alí, A. H.; Pensa, M. A; Salomoni, V. A.** *“Negligencia Visual Unilateral. Evaluación desde Terapia Ocupacional”*; Tesis de grado; Licenciatura en T.O.; U.N.M.D.P; Mar del Plata; Argentina; Diciembre; 1995.
- 21- **Azouvi, P.; Olivier; S.; Monteti de G.; Samuel C.; Louis-Dreyfus A.; Tesio L.**; *“Behavioral Assessment of Unilateral Neglect: Study of the Psychometric Properties of the Catherine Bergego Scale”*; Archives of Physical Medicine & Rehabilitation; Vol. 84; Enero; 2003. Pag. 51-57.
- 22- **Azouvi, P.; Marchal F.; Samuel C.; Morin, L. ; Renard, C. ; Louis-Dreyfus, A. ; Jokic, C. ; Wiart, L. ; Pradat-Diehl, P. ; Deloche, G. ; Bergego, C.**; *“Funtional Consequences and Awareness of Unilateral Neglect: Study of an Evaluation Scale”*; Neuropsychological Rehabilitation”; Vol. 6; 1996; Pag. 133-150.
- 23- **Bergego C. y cols.**; *“Escala Catherine Bergego”*; Francia; 1995.

➤ BIBLIOGRAFÍA GENERAL

📖 **Aisenson Kogan, A.**: “*Introducción a la Psicología*”; Buenos Aires: Ira edición: Edit. Nueva Visión: 1987; Cap. 10.

📖 **Allegrí, R.**: “*Atención y Negligencia: Bases Neurológicas, Evaluación y Trastornos*”; Primer Congreso Virtual Iberoamericano de Neurología. Oct-Nov. de 1998; [en línea]; <<http://neurologia.rediris.es.htm/>> [Consulta 2-2004]

📖 **Allegrí, R.; Harris P.; Rymberg, S. S.; Taragano, F.; Paz, J.**: “*Asimetría Funcional Cerebral Evaluada por el Test Atencional de Cancelación*”; Revista Medicina; Vol. 58; 1998; Pág. 287 – 290.

📖 **Alí, A. H.; Pensa, M. A.; Salomoni, V. A.**: “*Negligencia Visual Unilateral. Evaluación desde Terapia Ocupacional*”; Tesis de Grado; Licenciatura en T.O.; U.N.M.D.P.; Mar del Plata; Argentina; Diciembre; 1995.

📖 **Alonso, S.; Nieva, P.**: “*Evaluación del Nivel de Auto-atención en pacientes con Lesión Medular Traumática forma Paraplejía*”; Tesis Licenciatura en Terapia Ocupacional; U.N.M.D.P.; Mar del Plata; Argentina; Diciembre; 2003.

📖 “*Atención*”; [en línea] <<http://neuropsicologia.org.htm>> [consulta 2 – 2004]

📖 “*Assesing Attention in Unilateral Neglect*”; [en línea] <http://undergrad.ahs.uwaterloo.ca/~aktse/assessmet.htm>>[consulta 3 - 2004]

📖 **Azcoaga J. y cols.**: “*Las Funciones Cerebrales Superiores y sus Alteraciones en el niño y en el adulto*”; Bs. As.: 2da edición.: Edit. Paidós; 1997; Cap. 10.

📖 **Azouvi, P.; Marchal F.; Samuel C.; Morin, L. ; Renard, C. ; Louis-Dreyfus, A. ; Jokic, C. ; Wiart, L. ; Pradat-Diehl, P. ; Deloche, G. ; Bergego, C.**: “*Funtional Consequences and Awareness of Unilateral Neglect: Study of an Evaluation Scale*”; Neuropsychological Rehabilitation; Vol. 6; 1996; Pag. 133-150.

📖 **Azouvi, P.; Samuel, C.; Louis-Dreyfus, A.; et al.**: “*Sensitive of Clinical and Behavioral Tests of Spatial Neglect after Right Hemisphere Stroke*”. Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry. 2002; Vol. 73; Pag. 160 – 166.

📖 **Azouvi, P.; Olivier, S.; Monteti de G.; Samuel C.; Louis-Dreyfus A.; Tesio L.**: “*Behavioral Assessment of Unilateral Neglect: Study of the Psychometric Properties of the Catherine Bergego Scale*”; Archives of Physical Medicine & Rehabilitation; Enero; 2003; Vol. 84; Pag. 51-57.

📖 **Bartolomeo, P; Chokran, S.**: “*Orienting of attention in left unilateral neglect*”. Neuropsychology; Vol. 26; 2002; Mar.; Pag. 217-34.

- 📖 **Brockmann Rubio, K.; y cols;** “*Relation of Perceptual and Body Image Dysfunction to Activities of Daily Living of Person After Stroke*”; *The American Journal of Occupational Therapy*; Vol. 49; Jun., 1995; Pág. 551-559.
- 📖 **Cadenas, F.;** “*Representación mental y Conciencia*”; [en línea] <<http://psicologia.com.htm>>; [consulta 2 – 2004]
- 📖 **Cairo Valcárcel, E.; Ijalba, E.; Gómez Lozano, R.; Marín Llanes, R.; Carmenza Devia Collazos, L.; Bouza Herrera, C.;** “*Inatención Visual Unilateral*”; *Revista Cubana de Psicología*; [en línea] <<http://intraned.dic.htm>> [consulta 2 – 2004].
- 📖 **Cambier, J.; Masson, M.; Dehen, H.;** “*Manual de Neurología*”; Barcelona: 2da edición: Edit. Toray-Masson. S.A.: 1978; Cap. 6.
- 📖 “*Centro de Trastornos de la Memoria y Neurogeriatria “Psicobiología y Desarrollo Histórico de la Neuropsicología*”; [en línea] <<http://med.puc.htm>> [consulta 3 – 2004].
- 📖 **Cermak, S.; y cols;** “*Performance of Americans and Israelis With Cerebrovascular Accident on the Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA)*”; *The American Journal of Occupational Therapy*; Vol. 49; Jun., 1995; Pág. 500-506.
- 📖 **Chatterjee, A.; y cols;** “*Quantitative Analysis of Cancellation Tasks in Neglect*”; *Cortex*; Vol. 35; 1999; Pág. 253-262.
- 📖 **Cherney, L. R.;** “*Unilateral neglect: a Disorder of Attention*”; *Seminare of Speech Language*; Vol. 23; Mayo; 2002; Pág. 117-128.
- 📖 **Chwen-Yng S.; y cols;** “*Performance of older Adults With and Without Cerebrovascular Accident on the Test of Visual-Perceptual Skills*”; *The American Journal of Occupational Therapy*; Vol. 49; June. 1995; Pág. 491-499.
- 📖 **Das, J. P.; Binod, C.K.; Rauno, K. P.;** “*Planificación Cognitiva. Bases Psicológicas de la Conducta Inteligente. Cognición y Desarrollo Humano*”; Buenos Aires; 1ra edición; Edit. Paidós; 1998; Cap. 1 – 6.
- 📖 **Donoso, A.;** “*Anosognosia en Enfermedades Cerebrales*”; *Revista Chilena de Neuro – Psiquiatría*; [en línea] <<http://scielo.cl.htm>>; Vol. 40; Abril; 2002; Pág. 69 – 79; [consulta 2 – 2004]
- 📖 **Duncan, P; y cols;** “*A Randomized, Controlled Pilot Study of a Home- Based Exercise Program for Individuals With Mild and Moderate Stroke*”; *Stroke*; Vol. 29; 1998; Pág. 2055-2060.
- 📖 **Ellis, A. W.; Young, A.;** “*Neuropsicología Cognitiva Humana*”; Barcelona; 1ra edición; Edit. Masson; 1992; Cap. 3.
- 📖 “*Enfermedad Vascular Cerebral*”; [en línea] <<http://medynet.htm>> [consulta 2 – 2004]
- 📖 **Fernández Llona, C.; Pintos, M.P.;** “*Aportes desde T.O., a la formación e información profesional que poseen los T.O. y Lic. en T.O. de M.D.P., Acerca de Complejo Demencia*”

- SIDA*” Tesis de grado; Licenciatura en T.O.; U.N.M.D.P; Mar del Plata; Argentina; Marzo, 2000.
- 📖 **Ferrarroti, A. M.**; “*Evaluación de Praxias en Pacientes que sufrieron accidente cerebrovascular*”; Tesis de grado; Licenciatura en T.O.; U.N.M.D.P; Mar del Plata; Argentina; Octubre; 1995.
- 📖 **Fontan Scheitler, L. E.**; “*Bases Neurales de la Atención*”; [en línea] <<http://zsalud.com.htm>> [consulta 3 – 2004]
- 📖 **García – Ogueta, M. I.**; “*Mecanismos atencionales y Neuropsicológicos*”; Revista de Neurología; [en línea] <<http://revneurolog.com/3205/k050463.pdf>>; Vol. 32; 2001; Pág. 463 – 467; [consulta 2 - 2004]
- 📖 **García – Ogueta, M. I.**; “*Orientación de la Atención en la negligencia unilateral: Captación automática versus Orientación Voluntaria*”; II Congreso Internacional de Neuropsicología en Internet; [en línea] <<http://serviciodc.com.htm>> [consulta 2 – 2004]
- 📖 **García Peña, M.**; Sánchez Cabeza A.; “*Alteraciones Perceptivas y Práxicas en pacientes con T.E.C.: Relevancia en las Actividades de la Vida Diaria*”; [en línea] <http://terapia_ocupacional.com/articulos> [consulta 3 - 2004]
- 📖 **Gil, R.**; “*Manual Neuropsicología*”; Barcelona; 1ra edición; Edit. Masson S.A.; 1999; Cap. 9.
- 📖 **Grieve, J.**; “*Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales. Evaluación de la percepción y de la cognición*”; Bogotá; 3ra edición; Edit. Médica Panamericana; 1995; Cap. 6 y 12.
- 📖 **Grimby, G; y cols**; “*Dependence and Perceived Difficulty in Daily Activities in Community-Living Stroke Survivors 2 Years after Stroke. A Study of Instrumental Structures*”; Stroke; Vol. 29; 1998; Pág. 1843-184.
- 📖 **Hartman – Maeir, A.; Katz, N.**; “*Validity of the Behavioral Inattention Test (BIT): relationships with functional tasks*”; The American Journal of Occupational Therapy; Vol. 49; Jun.; 1995; Pág. 507 – 516.
- 📖 **Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C; Baptista Lucio, P.**; “*Metodología de la investigación*”; México; 2da edición; Edit. McGraw-Hill; 1998; Cap. 2 y 6-11.
- 📖 **Hillis, E; y cols**; “*Change in Perfusion in Acute No dominant Hemisphere Stroke May Be Better Estimated by Tests of Hemispatial Neglect Than by the National Institute of Health Stroke Scale*”; Stroke; Vol. 34; 2003; Pág. 2392-2398.
- 📖 **Hulley, S. B., Cummings S. R. y cols.**; “*Diseño de la Investigación clínica. Un enfoque epidemiológico*”; Barcelona; Edit. Doyma; 1993; Cap. 5.
- 📖 **Ishiai, S.; Koyama, Y.; y cols.** “*Image of a line is not shrunk but neglected. Absence of crossover in unilateral spatial neglect*”; Neuropsychology; Vol. 42; 2004; Pág. 251- 256.

- 📖 **Hopkins, H. L.; Smith, H. D.**; *“Williard / Spackman. Terapia Ocupacional”*; Madrid: 8va edición; Edit. Médica Panamericana; 1998; Cap. 7.
- 📖 **Hottke, F.; Lehmann, J.** *“Krusen/ Medicina Física y Rehabilitación”*; Madrid; 4ta edición; Edit. Médica Panamericana; 2000; Cap. 1, 24,25 y 30.
- 📖 **Kageyama, S.; y cols**; *“Neglect in Three Dimensions”*; The American Journal of Occupational Therapy; Vol. 48; Mar.; 1994; Pág. 206-210.
- 📖 **Keh-Chung, L.**; *“Right Hemispheric Activation Approches to Neglect Rehabilitation Poststroke”*; The American Journal of Occupational Therapy; Vol.50; Jul/Ag.; 1996; Pag. 504-515.
- 📖 **Kim, M; Anderson, J. M.; Heilman, K. M.**; *“Search patterns using the line Bisection test for neglect”*; Neurology; Vol. 49; Oct.; 1997; Pág. 936 –940.
- 📖 **Kivsella, G.; Packer, S. y cols.**; *“Continuing issues in the Assessment of Neglect”*; Neuropsychological Rehabilitation; Vol. 5; 1995; Pág. 239-258.
- 📖 **Kulisevsky, J.; Pascual Sedano, B.**; *“Degeneración Cortico-Basal”*. [en línea]. <<http://scn.es.htm>> [consulta 3 – 2004].
- 📖 **Lai, S.; y cols**; *“Prediction of Functional Outcome after Stroke. Comparison of the Orpington Pronostic Scale and the NIH Stroke Scale”*; Stroke; Vol. 29; 1998; Pág. 1838-1842.
- 📖 **Lezak, M.**; *“Neuropsychological Assessment”*; New York; 3ra ed.; Edit. Oxford University Press; 1995; Cap. 10.
- 📖 **Lin K.; y cols**; *“Right Hemispheric Activation Approches to Neglect Rehabilitation Poststroke”*; The American Journal of Occupational Therapy; Vol.50; Jul/Ag.; 1996; Pag. 504-515.
- 📖 **Lin K.; y cols**; *“Effects of Task Goal on Movement Kinematics and Line Bisection Performance in Adults Without Disabilities”*; The American Journal of Occupational Therapy; Vol. 52; Mar., 1998; Pág. 179-187.
- 📖 **Lis, D.**; *“Evaluación de las Alteraciones Perceptivo – cognitivas de Sujetos Adultos con Accidente Cerebrovascular”*; Tesis de Grado; Licenciatura en T.O.; U.N.M.D.P.; Mar del Plata; Argentina; Agosto; 1999.
- 📖 **Mark, VW**; *“Acute versus Chronic Functional Aspects of Unilateral Spatial Neglect”*; Frontiers en Biosciences; Vol. 1; Enero; 2003; Pág. 172-189.
- 📖 **McPherson, H.; y cols**; *“Relationship Between Cognitive Impairments and Functional Performance After Brain Injury, as Measured by the Functional Assessment Measure (FIM+FAM)”*; Neuropsychological Rehabilitation; Vol. 7; 1997; Pág. 241-257.
- 📖 **Martín González, R.; Ortiz de Salazar, A.; Peri-Martí, A.; Valiente-Ibiza, E.; Sala Corbí, A.**; *“Acontecimientos vitales, calidad de vida y apoyo social previos a la enfermedad*

vascular cerebral aguda, como factores predictores de la calidad de vida y situación funcional posteriores al ictus"; Revista de Neurología; Vol. 30; 2000; Pag. 707-711.

📖 **Micheli, F.; Nogués, M. A.; Asconapé, J. y cols.**; "Tratado de Neurología Clínica"; Argentina: 2da edición: Edit. Médica Panamericana: 2002; Cap. 6.

📖 **Monzón, A.; y cols.** "Dossier: La Evaluación"; Revista Materia Prima: Año 2: Número 5; Jun./Ago.: 1997.

📖 **Morales, D. P.; Teheran, J. F.**; "Alteraciones familiares de un paciente con Síndrome Parietal derecho a raíz de un Accidente Cerebrovascular Isquémico" [en línea] <<http://correo.puj.htm>> [consulta 2-2004].

📖 **Moreno-Gea, P.; Blanco-Sánchez, C.**; "Hacia una teoría comprensiva de la rehabilitación de funciones cerebrales como base de los programas de rehabilitación en enfermos con daño cerebral"; Revista de Neurología; Vol. 30; 2000; Pag. 779-783.

📖 **Neistadt, M.**; "Perceptual Retraining for Adults With Diffuse Brain Injury"; The American Journal of Occupational Therapy; Vol. 48; Mar., 1994; Pág. 225-233.

📖 **Ollari, J. A.**; "Sistemas Atencionales y Negligencia Unilateral"; Congreso Virtual de Neuropsicología. Síndromes Neuropsicológicos específicos"; Revista de Neurología; Vol. 32; 2001; Pag. 478-483.

📖 **Ollari, J. A.**; "El Síndrome de Negligencia Unilateral"; Primer Congreso Internacional de Neuropsicología en Internet. Nov-Dic de 1999; [en línea] <<http://uninet.edu.htm/>> [Consulta 2-2004].

📖 **Parkin, A.**; "Exploraciones en Neuropsicología Cognitiva"; Madrid: 2da edición: Edit. Médica Panamericana; 1999; Cap. 5.

📖 **Perea, M. V.; Ladera, V.; Morales, F.**; "Valor predictivo de los test breves sobre la situación cognitiva en traumatismos craneoencefálicos"; Revista de Neurología; Vol. 29; 1999; Pag. 1099-1103.

📖 **Perea, M. V.; Ladera, V.; Morales, F.**; "Árbol de decisión diagnóstica para la correcta utilización de las técnicas de evaluación neuropsicológica en el traumatismo craneoencefálico"; Revista de Neurología; 1999; Vol. 28; Pag. 999-1006.


📖 **Pierce, S., Buxbaum, L.**; "Treatment of Unilateral Neglect: a review"; Archives of Physical Medicine & Rehabilitation; Vol.83; Feb.; 2002; Pag. 256-68.

📖 **Pinedo-Otaola, S.; De la Villa, M. F.**; "Valor de clasificación MSH en el paciente hemipléjico tras un ictus"; Revista de Neurología; Vol. 31; 2000; Pag. 1151-1154.

📖 **Plummer, P., Morris, M., Dunai, J.**; "Assessment of Unilateral Neglect"; Physical Therapy; Ag; 2003; Vol.83. 732-740.

📖 **Polit, D.; Hungler, B.**; "Investigación en Ciencias de la Salud"; México; 5ta edición; Edit. McGraw-Hill; 1998; Cap. 5,9,10 y 14.

- 📖 **Polonio López, B.**; “*Terapia Ocupacional en Discapitados Físicos: Teoría y Práctica*”; España; 1ª edición; Edit. Médica Panamericana; 2004; Cap. 1, 2, 3, 4, 6, 15.
- 📖 **Quintanar Rojas, S.; Solovieva, Y.; Flores Olvera, D.**; “*Manual para el Tratamiento Neuropsicológico de Niños con Déficit de Atención*”; Perú; 1ª edición; Edit. Libro Amigo; 2002; Cap. 1-3.
- 📖 **Ríos Lago M.; Muñoz-Céspedes, J. M.; Abad Ortega, E.; Periañez Morales, J. A.; Barceló Galindo, F.**; “*Alteraciones de la Atención en los pacientes con Traumatismo Craneoencefálico*”; I Congreso Virtual de Psiquiatría; [en línea] <<http://psiquiatría.com.htm>> [consulta 2 – 2004].
- 📖 **Robertson L. C.; y cols**; “*Grouping influences in unilateral visual neglect*”. *Journal Clinical Experimental Neuropsychology*; Vol. 3; Mayo; 2003; Pág. 297-307.
- 📖 **Samuel C.; y cols**; “*Rehabilitation of very severe unilateral neglect by visuo-spatio-motor cueing: Two single case studies*”; *Neuropsychological Rehabilitation*; Vol. 4; Oct; 2000; Pág. 385-399.
- 📖 **Schendel, K; Robertson, L. C**; “*Using reaction time to assess patients with unilateral neglect and extinction*”; *The Journal Clinical Experimental Neuropsychology*; Vol. 24; Oct.; 2002; Pág. 968-976.
- 📖 **Swan, L.**; “*Unilateral spatial neglect*”; *Physis Therapy*; Vol. 81; Sep; 2001; Pag. 1572-80.
- 📖 **Teasdale, T. W.; y cols**; “*Neuropsychological Test Scores Before and After Brain-injury Rehabilitation to Return Employment*”; *Neuropsychological Rehabilitation*; Vol. 1; Jul., 1997; Pág. 23-42.
- 📖 **Tham, K.; Kielhofner, G.**; “*Impact of the social environment on occupational experience and performance among persons with unilateral neglect*”; *The American Journal of Occupational Therapy*; Vol. 57; Jul-Agos.; 2003; Pág. 403-412.
- 📖 **Trombly, C.**; “*Occupational Therapy for Physical Dysfunction*”; Baltimore; 4ta edición; Edit. Williams & Wilkins; 1995. Cap. 2.
- 📖 **Trombly; C.**; “*Terapia ocupacional para enfermos incapacitados físicamente*”; México; 1ra. edición; Edit. La Prensa Médica Mexicana; 1990; Cap. 15 y 25.
- 📖 **Ure, J.**; “*Neuroanatomía de las Funciones Cognoscitivas Humana*” [en línea]. <<http://rochelink.roche.com.ar.htm>> [consulta 3 – 2004]
- 📖 **Velozo C.; y cols**; “*The Use of Rasch Analysis To Produce Scale- Free Measurement of Functional Ability*”; *The American Journal of Occupational Therapy*; Vol. 53; Ene./Feb., 1999; Pág. 83-90.
- 📖 **York, C; y cols**; “*Visual Perception and Praxis in Adults after Stroke*”; *The American Journal of Occupational Therapy*; Vol. 49; Jun.; 1995; Pág. 543-550.

 **Zoltan, B., y cols.;** *“The Adult Stroke Patient. Manual for Evaluation and Treatment of Perceptual and Cognitive Dysfunction”*; 2da edición; Edit. Slack; 1986; Cap. 2.

Biblioteca del Centro de Estudiantes
Facultad de Ciencias de la Salud y
Servicio Social
U.N.M.d.P.



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
D. FUNES 3350 - TEL/FAX: 0223- 4752442.

Jurado:

- ✓ T.O. Roumec, Betina
- ✓ Dr. Femunini
- ✓ Lic TO Molina, Mario

Fecha de Defensa: 22/4/05

Nota: 7 siete