

Fisioterapia y uso de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: estudio exploratorio de la participación social tras ictus.

Tesis Doctoral



Almudena Lorenzo Muñoz

Fisioterapia y uso de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: estudio exploratorio de la participación social tras ictus.

TESIS DOCTORAL
Almudena Lorenzo Muñoz

Tutor:

Profa. Dra. Dña. Raquel Chillón Martínez

Directores:

Profa. Dra. Dña. Raquel Chillón Martínez

Prof. Dr. D. José Jesús Jiménez Rejano

Sevilla, diciembre 2019

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha marcado una etapa de mi vida, y de mi juventud, con momentos de luces y sombras. Sin embargo, me quedo con el recuerdo positivo y de satisfacción porque, aún habiendo tenido que hacer grandes esfuerzos, ha sido una experiencia que me ha hecho madurar como persona y profesional fisioterapeuta.

En este camino, no he estado sola. De hecho, poder trabajar mano a mano con personas como los Profesores y Doctores Dña. Raquel Chillón Martínez y D. José Jesús Jiménez Rejano, son un gran aval en mi carrera investigadora. La profesionalidad, el trabajo duro e incansable y la constancia, son atributos que han caracterizado una relación entre compañeros. Por eso, mi agradecimiento para ambos siempre será infinito. La colaboración de D. Manuel Rebollo Salas, Profesor Titular y Doctor, ha sido muy ventajosa en la difusión científica de nuestros resultados y por su aportación objetiva, desde otro prisma, al trabajo realizado. De su paciencia y buen hacer, también he aprendido. A todos ellos, muchas gracias.

A mis padres, les debo todo y les doy las gracias por brindarme siempre las oportunidades para crecer como persona y a nivel académico. Gracias a vosotros, he llevado a cabo este trabajo con el mayor optimismo, y he aprendido a no flaquear nunca en mis ganas por alcanzar mis objetivos profesionales. Además, gracias a mis hermanos, Álvaro y Lola, por estar siempre ahí y sentirse tan orgullosos de este trabajo como lo estoy yo. También, a Juan Pedro y Mercedes, por su calor y buenos consejos entre sanitarios, sin perder la perspectiva clínica de nuestras profesiones.

Para Quique, todo mi amor y gratitud por apoyarme incondicionalmente. Su paciencia y respeto hacia mí y el trabajo que he estado realizando en esta Tesis, con las consiguientes horas que me ha llevado de redacción, borradores, entrevistas a pacientes y reuniones, no tiene precio. Al final del día siempre tenía tu sonrisa y tus ánimos para seguir adelante y no de cualquier forma, sino “haciéndolo lo mejor que tú sabes hacerlo”. Además, te agradezco tu interés por asesorarme sobre cómo hacer más eficaz el trabajo de campo, así como, todos tus consejos de redacción de este documento y las correcciones gramaticales. Gracias por ser como eres. Te admiro. Ambos sabemos que lo mejor está por llegar.

Mis amigos de toda la vida y compañeros de batalla en la Fisioterapia y en la investigación, como David, María Jesús, María, Mónica, Salvi, Lorena, Mari Ángeles, Juan María y Toñi, a quienes les agradezco su aliento y buenas intenciones por quedar para tomarnos unas tapas o un café con el fin de despejar mi mente. Bien sabéis que estos pequeños ratitos me han servido de trampolín.

Un agradecimiento muy especial es para todos los participantes del estudio y sus familias, por su tiempo dedicado y por ser ejemplo, aunque no lo sepáis, de lucha y constancia. A la Asociación de Enfermos Cerebrovasculares Nuestra Señora de los Dolores, por la magnífica acogida que tuve en todo momento y por lo buena gente que sois. Gracias Juan Antonio, Javier, María José y, a mi compañera, Raquel. ¡Así, da gusto trabajar!

“Camino recto, camino erguido. Camino buscando un sentido. Camino porque tengo un objetivo. Caminaré hasta alcanzar mi destino.” (Francisco Porto)

“El verdadero progreso es renovarse.” (Miguel de Unamuno)

A mis padres, mis hermanos y a Quique,

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	11
1.1. Problema de investigación	11
1.2. Justificación del estudio	14
2. MARCO TEÓRICO	19
2.1. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud	19
2.1.1. Historia y contextualización de la Clasificación Internacional del Funcionamiento	19
2.1.2. La Clasificación Internacional del Funcionamiento: nuevos Modelos de Salud.....	22
2.1.3. Los Componentes de Salud. Definición.....	27
2.2. El Accidente Cerebrovascular.....	29
2.2.1. Términos, factores de riesgo y tipos	29
2.2.2. Epidemiología de las Enfermedades Cerebrovasculares en España	31
2.2.3. Escalas de valoración más usadas en la exploración de Fisioterapia para ACV.....	32
2.3. El Diagnóstico de Fisioterapia.....	37
2.3.1. Concepto y diferencias conceptuales	37
2.3.2. La elaboración del diagnóstico de Fisioterapia.....	40
2.3.3. Sistemas de registros. La Historia clínica de Fisioterapia	42
2.4. Antecedentes y estado actual del problema	47
2.4.1. Nivel de participación: concepto y enfoque desde la CIF para la Fisioterapia.....	47
2.4.2. Las experiencias en Fisioterapia con la CIF en la medición del nivel de participación	49
2.4.3. Estado actual del problema: la utilidad de la CIF en la valoración y tratamiento de personas con un Accidente Cerebrovascular.....	52
3. OBJETIVOS.....	57
3.1. Objetivos de estudio: generales y específicos	57
4. MATERIAL Y MÉTODO.....	59
4.1. Tipo de estudio.....	59
4.2. Ámbito del estudio.....	59

4.2.1. Criterios de selección.....	60
4.3. Periodo de estudio	61
4.4. Unidad de análisis.....	61
4.5. Variables incluidas en el estudio.....	61
4.5.1. Variables relativas a los ítems de la CIF para la medición del grado de participación	62
4.6. Instrumento de medida. Fuentes de información.....	68
4.7. Aspectos éticos	69
4.8. Plan de análisis	69
4.8.1. Métodos de análisis estadístico utilizados. Justificación de la utilización de dichas técnicas estadísticas.....	71
5. RESULTADOS.....	75
5.1. Análisis descriptivo de la muestra	75
5.1.1. Comparación entre las cuatro mediciones del nivel de participación para el estudio de seguimiento de la cohorte.	90
5.2. Análisis del nivel de participación percibido por los participantes en función a las variables sociodemográficas y clínicas.....	92
5.2.1. Análisis del nivel de participación en función del sexo de los participantes ..	93
5.2.2. Análisis del nivel de participación en función del tiempo transcurrido desde el primer episodio de ictus o lesión neurológica	99
5.2.3. Análisis del nivel de participación en función de la edad de los participantes.....	104
5.2.4. Análisis del nivel de participación en función de la presencia o ausencia de un diagnóstico de disfunción musculoesquelética.....	108
5.2.5. Análisis del nivel de participación en función de si considera o no limitación funcional.....	115
5.2.6. Análisis del nivel de participación en función del diagnóstico clínico basal.....	120
5.2.7. Análisis del nivel de participación en función de la afectación corporal.....	125
5.2.8. Análisis del nivel de participación en función de la situación de residencia del participante	130
5.2.9. Análisis del nivel de participación en función de la asistencia en domicilio.....	133

5.2.10. Análisis del nivel de participación en función del uso de ayudas para la marcha.....	138
5.2.11. Análisis del nivel de participación en función de la motivación de los participantes.....	143
5.3. Distribución de los resultados de la medida de la participación según el grado de independencia funcional	148
6. DISCUSIÓN	155
6.1. Características y homogeneidad de la muestra. Consideraciones generales.....	155
6.2. Evolución durante un año del nivel de participación en personas tras ictus u otra lesión neurológica	159
6.2.1. Las variaciones más significativas del grado de participación en un año.....	166
6.3. Interpretación de las relaciones entre las variables sociodemográficas y clínicas y sus influencias en el nivel de participación de personas tras ictus en un año de seguimiento de la muestra	172
6.3.1. Interpretación de las relaciones entre las variables sociodemográficas y clínicas.....	173
6.3.2. Cambios en la dimensión de movilidad en función a las variables sociodemográficas y clínicas.....	178
6.3.3. Cambios en la dimensión de autocuidado en función a las variables sociodemográficas y clínicas.....	188
6.3.4. Cambios en la dimensión de vida comunitaria en función a las variables sociodemográficas y clínicas.....	196
6.4. Interpretación del nivel de participación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento en función a la dependencia funcional de los participantes con la escala de la FIM.....	201
6.5. Debilidades y fortalezas.	206
6.6. Prospectiva.....	208
7. CONCLUSIONES.....	211
8. RESUMEN.....	214
9. BIBLIOGRAFÍA.....	218
10. ANEXOS.....	247

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Problema de investigación

La discapacidad es un problema para la persona, con repercusiones negativas en los niveles económico, social y cultural. Asimismo, la discapacidad es un tema de abordaje clave en el ámbito sanitario por el enorme gasto que supone el proceso de recuperación y la incorporación de la persona en su vida laboral^(1,2). El ictus supone una de las principales causas de discapacidad en países desarrollados⁽³⁾. En España, hay 100000 casos nuevos de Accidente Cerebrovascular (ACV) al año, es decir, 120-350 casos nuevos por cada 100000 habitantes/años, con una incidencia que va en aumento y alcanza los picos más altos de discapacidad entre los 45 y 65 años⁽⁴⁻⁷⁾. Además, con una prevalencia mayor de niveles de discapacidad en aquellas personas que presentan multimorbilidades, como la disfunción musculoesquelética, limitaciones en la movilidad y la presencia de episodios de ictus anteriores^(7,8). Habitualmente, los objetivos de toda recuperación en Fisioterapia se enfocan por la parte de la restauración de la funcionalidad y nivel motor^(7,9). Sin embargo, la complejidad de su lesión, los múltiples factores de riesgo y comorbilidades que influyen, y los grandes costos de atención a medio y largo plazo, junto con el desarrollo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), abre nuevas líneas en temática de discapacidad centrando nuestros esfuerzos en el estudio y reconocimiento de la disminución de las capacidades de las pacientes de los ítems propuestos por la CIF para el Componente de Salud de participación, además de otras connotaciones comunitarias que explicamos a continuación.

La Fisioterapia tiene un papel esencial en la recuperación funcional dentro del proceso de rehabilitación que requieren las personas que sufren un ACV. Así, desde el punto de vista clínico y terapéutico, existen gran cantidad de estudios sobre la intervención y valoración de la eficacia de la Fisioterapia en dimensiones como secuelas físicas⁽¹⁰⁾, trastorno motor y del funcionamiento⁽¹¹⁾, alteraciones de las actividades de la vida diaria⁽¹²⁾, la autonomía⁽¹³⁾ y cambios conductuales y de relaciones interpersonales⁽¹⁴⁾. Los cambios en el tono muscular, la disminución de la fuerza muscular, aparición de movimientos incontrolados, la ausencia o exaltación de algunos reflejos, la heminegligencia, la alteración de la sensibilidad y la propiocepción, el deterioro del equilibrio junto con alteraciones en el centro de gravedad, y otros como la pérdida del

campo visual, afasia, amnesia, cambios emocionales y problemas espacio-visuales, entre otros son las secuelas motoras, físicas, psicológicas y conductuales derivadas de una patología neurológica^(11,15).

Sin embargo, existen algunas dimensiones poco exploradas desde la perspectiva fisioterapéutica y que podrían tener un impacto destacado en la forma de definir, diseñar e implementar los programas de Fisioterapia tras ictus. Dentro de estas dimensiones se encuentra el nivel de participación tras ictus, pues cómo las personas intentan recuperar los estándares cotidianos de su vida antes del ictus es una cuestión que podríamos valorar de una forma más relevante para alcanzar mayores logros de recuperación funcional. Así, de forma general, podemos definir la participación como “*la intervención en un suceso, en un acto o en una actividad*”. Este concepto integra dimensiones económicas, jurídicas y sociales. Todas las definiciones sobre participación tienen el denominador común de “*involucrarse en*”. En el lenguaje sanitario, la participación es “*involucrarse en actividades comunitarias*”⁽¹⁶⁾, o “*en el proceso de toma de decisiones*”⁽¹⁷⁾, o “*en las tareas de una comunidad como miembro de la misma*”⁽¹⁸⁾. Para la CIF, la participación es “*el acto de involucrarse en una situación vital*”⁽¹⁹⁾, introduciendo un significado positivo de gran impacto teórico en el análisis de esta dimensión, que no tiene como objetivo visibilizar lo que las personas no pueden llevar a cabo en relación con su integración sociocomunitaria, sino cómo y en qué medida son capaces de desarrollarse en sus vidas y en el día a día con óptimos niveles de inclusión. A partir de este concepto por la CIF, estudiamos algunas interpretaciones que lanza *SeekFreaks*, haciendo una descripción gráfica de lo que son los componentes de salud, conjugándolos como si se tratasen de formas gramaticales⁽²⁰⁾. En el caso de la participación se unen preposiciones (*en, durante, a través, junto con*) con un lugar, el tiempo y/o personas.

Se ha descrito que el nivel de participación de las personas con accidente cerebrovascular (ACV) disminuye en función a distintas esferas sociocomunitarias^(21,22). Esto se percibe con cambios en las actividades sociales del paciente, pérdida de la autonomía y de la independencia⁽²²⁾. Muchos estudios relacionan el deterioro de la participación con el deterioro de la capacidad para el autocuidado, según los resultados de Törnbohm⁽²³⁾. Además, este deterioro de la participación deriva en un mayor riesgo de sufrir problemas psicológicos como la depresión y cambios de la conducta⁽¹⁹⁾, con mayores impactos en esta nueva situación de la persona tras ictus⁽²³⁾.

La participación, así denominada, definida y descrita, ha sido integrada en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) que la Organización Mundial de la Salud publicó en el año 2001, proponiendo un nuevo modelo teórico y conceptual para valorar dicha participación dentro de los componentes de salud, que son: Funciones y Estructuras Corporales, Actividad y Participación, Factores Ambientales y Factores Personales⁽¹⁹⁾. Asimismo, la participación en la CIF es descrita en función de tres dimensiones concretas: la movilidad, el autocuidado y la vida comunitaria, estableciendo cinco niveles de evaluación (0-4) de severidad o restricción en la participación, que son: no hay problema, problema ligero, problema moderado, problema grave y problema completo. Además, los valores de “8” y “9”, que indican que cierto ítem es valorado como “sin especificar” y “no aplicable”, respectivamente.

Este modelo teórico que propone la CIF, en este caso para la evaluación del nivel de participación, es consecuencia también del proceso de evolución de los modelos sociosanitarios, donde la figura del fisioterapeuta se ha consolidado tanto en el ámbito público como en el ejercicio libre de la profesión⁽²⁴⁾. La Fisioterapia Neurológica y Psicomotriz actúa siguiendo un modelo de valoración de la persona tras ictus, con unos objetivos marcados y un plan terapéutico muy especializado basado en diferentes técnicas con gran evidencia^(10,13). Tanto en un medio como largo plazo, los objetivos del tratamiento fisioterapéutico son alcanzar los más altos estándares de participación sociocomunitaria que, según la CIF, son las dimensiones de movilidad, autocuidado y vida comunitaria⁽²²⁾.

Además, en el ámbito de la recuperación funcional se distribuyen de forma distinta los rasgos de mejora en función del sexo y de la edad^(25,26), sin embargo, son pocos los estudios sobre cómo se produce la participación según estas dos variables tras un ictus. Podemos subrayar los resultados de una reciente revisión sistemática que determina que ser mujer y de edad avanzada son factores que pronostican peores resultados en las capacidades físicas, sociales y cognitivas en la persona con un ictus crónico (hasta 5 años desde el primer episodio)⁽²²⁾. Por su lado, Silva et al. no detectaron cambios ni con la edad ni el sexo en la valoración de la participación a través de la Escala de Independencia Funcional (FIM)⁽²⁷⁾. La edad avanzada no parece ser determinante como factor negativo para la recuperación de la neuroplasticidad de la persona tras ictus, en cambio la posibilidad de tratar a la persona tras ictus lo antes posible, la severidad del ictus y el grado

de independencia antes del primer episodio son características que parecen determinar la recuperación del nivel de participación⁽²⁸⁻³⁰⁾. De manera que, hay otras variables que pueden ser interesantes describir en la influencia del nivel de participación, entendido este como una dimensión de la persona afectada en distintos niveles tras un ACV.

Por tanto, dada la escasa evidencia en la valoración con la CIF del nivel de participación y, a la vez, bien conocida la idoneidad de esta clasificación en el abordaje de problemas crónicos⁽³¹⁻³³⁾; junto con una falta de información sobre la influencia de variables intrínsecas y extrínsecas al paciente en el nivel de participación, nuestras preguntas de investigación son: ¿es útil la CIF como herramienta de medida del nivel de participación para describir cambios a lo largo de un año de seguimiento de la muestra? Por otro lado, en relación al estudio de los factores que pueden influir en la percepción del nivel de participación en las personas tras ictus, nos planteamos la pregunta de si ¿existen diferencias entre grupos en los ítems de las tres dimensiones del nivel de participación, en función a las variables sociodemográficas y clínicas? Y, por último, y a modo de resumen de todos los análisis realizados, ¿se distribuyen de forma homogénea los datos de las valoraciones de las tres dimensiones, en función a ser o no dependientes?

1.2. Justificación del estudio

La dimensión social y todo lo referido a la participación comunitaria es una realidad, cuya importancia de estudio radica en el riesgo de restricción de la participación. Este nivel de participación, ya definido por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, tiene una parte social y comunitaria y otra relacionada con las actividades, generalmente cotidianas, como el aseo, la marcha o las actividades de ocio^(31,32,34). De manera que, las personas que sufren lesiones complejas como el Accidente Cerebrovascular no solamente lo son por la fisiopatología de la lesión neurológica con una neuroanatomía compleja sino que, también, son complejas por el alcance de sus secuelas, que exceden las lesiones estructurales y corporales. Así, las restricciones del nivel de participación son las consecuencias tras un ACV u otras lesiones neurológicas que cursan con secuelas potencialmente discapacitantes y crónicas, y su abordaje y valoración del tipo y grado de restricción es muy importante en el proceso terapéutico de estos pacientes^(35,36). Proceso en el cual los fisioterapeutas desarrollan un importante papel por la dilatada

evidencia de recuperación funcional de personas tras un ACV y, por ende, el logro de estas a incluirse en sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD)⁽¹⁰⁻¹⁵⁾.

De modo que, la CIF plantea un marco reflejo del quehacer de la Fisioterapia, en cuanto al abordaje centrado en el paciente y su recuperación motora, funcional y social, partiendo de que las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación son problemas que atentan en el proceso de la salud de las personas. De estos, los más estudiados son las limitaciones de la funcionalidad, en contra de las restricciones de la participación. Sin embargo, es conocido que las restricciones a este nivel son importantes por la repercusión en la evolución de personas con discapacidades crónicas, que son generalmente, provocadas por lesiones cerebrales como el ictus⁽³⁶⁻³⁸⁾. Así, entendemos que la participación es una dimensión en el ámbito sociocomunitario que debe ser estudiada en casos concretos de participantes, pues las restricciones en la participación son un problema para la salud de estos y, en nuestro estudio, como factor de agravamiento de las lesiones funcionales de personas tras ictus. La Fisioterapia y su carácter comunitario, tanto en los tratamientos en las salas de Fisioterapia, como en los objetivos terapéuticos sobre la inclusión de los pacientes en su vida cotidiana, laboral y social, tiene una línea potencial de investigación sobre temática de CIF y su aplicación práctica en la medida de aspectos de la participación que, como venimos diciendo, es uno de los aspectos o Componentes de Salud menos estudiados^(39,40).

Por otro lado, reconocer las restricciones de la participación en personas tras ictus e interpretarlas aportan información interesante para comprender las variaciones en función a los grados de independencia funcional de escalas como la FIM⁽⁴¹⁾. Esta tiene como objetivo medir el nivel de discapacidad de la persona, sobre todo, en pacientes tras ictus, obteniendo una puntuación final que refleja que, a mayor puntuación mayor grado de independencia funcional. En este sentido, las fortalezas de la CIF en contra de la escala de la FIM es su sistema de calificadores empleado para cada ítem del nivel de participación, la estandarización de un lenguaje común que facilita la comunicación inter e intraprofesional y la cantidad de información aportada, dada de los numerosos ítems que se evalúan en cada una de las tres dimensiones que integran el nivel de participación^(35,42-45). Además, el hecho de no tener categorías finales por la puntuación total obtenida por la CIF como medida del nivel de participación, es dada a describir cambios en el nivel de la participación en función a variables sociodemográficas y clínicas. Algunas de estas más

estudiadas, como la edad, el sexo y el tiempo transcurrido; y otras, menos estudiadas en el nivel de participación, como afectación corporal, uso de ayudas, situación de residencia, y presencia de comorbilidades. Pero puede ser interesante la información aportada por estas, pues influye en la esfera social y comunitaria y, en el caso de la presencia o no de una disfunción musculoesquelética, son factores de riesgo en la lenta recuperación de estas personas^(4,8,46). Esto también se explica por el gran impacto funcional, social y cultural que genera en los pacientes que han sobrevivido tras un ACV, de manera que la persona como ente biopsicosocial está influenciada por variantes funcionales y clínicas, no solo sexo y edad, que pueden determinar el nivel de participación en un tiempo de seguimiento de estos pacientes⁽⁴⁷⁾. De hecho, en lo referido al trabajo clínico de Fisioterapia para recuperación de secuelas con estos pacientes, la restauración de la marcha es uno de los principales objetivos y, aunque se hayan restablecido características motoras como la fuerza, el tono, la normalización de la rigidez, estas variables internas y externas de la persona pueden llegar a funcionar como barreras en el desarrollo normal y la interacción óptima con el medio, viéndose limitada esa capacidad por motivos distintos a los analíticos y motores, sino más bien, relacionados con la capacidad estudiada en los ítems para el nivel de participación^(19,48).

Por esto, consideramos la Clasificación Internacional del Funcionamiento como un marco teórico que integra el concepto de Salud y facilita la comprensión del modelo de Salud con la persona como ente biopsicosocial que adelanta un futuro próximo con tendencia al envejecimiento activo y la presencia de discapacidades relacionadas con problemas neurológicos entre los más frecuentes, los Accidentes Cerebrovasculares. Además, de ser una potencial herramienta de evaluación del nivel de participación, el cual está afectado tras un ACV y su interpretación aporta en el terapeuta mayor conocimiento de las tres dimensiones que integran este nivel y la posible influencia de variables intrínsecas y extrínsecas al paciente. De manera que, la disminución del nivel de participación se hace evidente en las personas tras sufrir un ACV, provocando deterioro funcional y motor que, a su vez, implica al proceso de rehabilitación donde actúa el fisioterapeuta. Por tanto, el conocimiento de este deterioro y el abordaje de la persona en consonancia a la objetividad de los datos de la valoración tras el ictus, hace que cobre relevancia el carácter social y comunitario de la Fisioterapia medido a través del componente de salud de la participación que propone la CIF. En el presente estudio pretendemos describir el nivel de la participación en personas que han sufrido un ACV u

otra lesión neurológica con características similares, en función a distintas variables socio-clínicas que competen a las esferas motora, personal y social, características a su vez de la persona.

MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO

2.1. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

2.1.1. Historia y contextualización de la Clasificación Internacional del Funcionamiento

La concepción de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) como contexto para el desarrollo del diagnóstico de Fisioterapia está muy establecida en los fisioterapeutas, pues supone un marco idóneo para la codificación en temas de salud, como el diagnóstico y, además, utiliza un lenguaje normalizado para hablar de temas de salud y entre diferentes disciplinas^(49,50).

La CIF fue desarrollada por la OMS para el estudio epidemiológico de las consecuencias de la enfermedad, cuyo esquema de clasificación se basa en el modelo teórico de Wood^(50,51). Este considera el proceso de incapacidad como un continuo, donde la enfermedad conduce al deterioro y este en la discapacidad y el hándicap.

Esta clasificación pertenece a la “familia” de las clasificaciones internacionales que ha propuesto la OMS, lo cual denota el marco común que proporciona y un lenguaje unificado, universal y estandarizado con posibilidad de actuación y comunicación entre diferentes disciplinas^(39,52).

De la misma manera que los estados de salud se codifican principalmente mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y que se ha ido estableciendo como marco de referencia en la clínica. Asimismo, el deterioro del funcionamiento y la discapacidad se codifica en la Clasificación Internacional del Funcionamiento⁽³⁹⁾.

La CIF permite la descripción y comparación del estado de salud de las poblaciones, que se ve influenciado por la carga de enfermedad y por las medidas de salud atribuibles a enfermedades y lesiones. Además, esta Clasificación se adapta a los cambios sociales de la actualidad con una alta sensibilidad para detectar lesiones crónicas y

discapacidades, debido al aumento de la esperanza de vida y el crecimiento de la población anciana⁽³⁹⁾.

Llegar actualmente a conocer la CIF tal como se concibe no ha sido tarea fácil. Esta es la conclusión tras años de resoluciones de variedad conceptual, que se derivan de otras clasificaciones⁽⁵²⁾. Además, la CIF incorpora conceptos que, gracias a la labor de la OMS, no son peyorativos ni estigmatizadores⁽³⁹⁾. Estos mismos conceptos están en proceso de integración completa de forma progresiva y sistemática^(39,52). Así, antes de la elaboración de la Constitución Española de 1978 se utilizaban términos del tipo, “anormal”, “inútil”, “inválido” o “deficiente”. En 1955 comienzan a usarse términos, como “educación especial” y “necesidades especiales”, pero aún se redactó en 1970 una Orden sobre Asistencia a los “subnormales”⁽⁵²⁾.

Hasta el año 1986, no se tomó, de forma contundente, conciencia sobre la necesidad de reemplazar esa terminología por otros conceptos que no apuntasen a la persona con connotaciones peyorativas. Así, se aprobó el Decreto 348/1986 donde se sustituyeron los términos de “subnormalidad” y “subnormales”, por los de “minusvalía” y “personas con minusvalía”, respectivamente. Posteriormente empieza a usarse el de “discapacidad” y en 1992, la Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR) publicó una definición sobre retraso mental, que ha sido revisada y mejorada en el 2002. Pero ya en la definición de 1992 se dejaron de utilizar los adjetivos como sustantivos calificativos de la persona y empezaron a usarse la palabra “persona” antes de cualquier problema⁽⁵²⁾. Lo mismo que hace la OMS y que se lleva a cabo en la CIF. El variopinto terminológico llevó a la OMS a publicar en 1980 la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)⁽³⁹⁾. Esta procuró la clasificación de las consecuencias de la enfermedad, dejando a un lado la de las causas. La CIDDM ha estado expuesta a numerosos estudios y borradores hasta llegar a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud^(39,52).

La CIDDM define tres dimensiones, que son la deficiencia, la discapacidad y la minusvalía. Pero las numerosas críticas a esta clasificación debidas al solapamiento entre términos, lo exhaustivo de la clasificación, el modelo causal que establecía, y la falta de incorporación de factores personales y ambientales, todo esto contribuyó a un nuevo borrador que integraba los conceptos de “participación” y “actividad”^(39,52). Esta es la

Clasificación Internacional de Deficiencias, Actividades y Participación (CIDAP). En 1999 aparece otro borrador titulado *Clasificación Internacional del Funcionamiento y de la Discapacidad* (CIDDM-2). Esta clasificación incorpora tres aspectos para entender la Salud: primero, el nivel corporal, que comprende la clasificación para las funciones de los sistemas corporales y otra para las estructuras corporales; segundo, la actividad de la persona; y el tercero, la participación de la persona en sus actividades de la vida diaria. También se incluyen los factores contextuales, pues influyen en estas tres dimensiones.

Tras esto y con motivo de organizar todos estos trabajos en el ámbito nacional, el 22 de noviembre de 1999 se establece en España la Red Española para la Verificación y Difusión de la CIDMM-2; y a finales del año 2000, la OMS publicó otros dos borradores, uno en octubre denominado *Borrador Prefinal de la CIDDM-2* y el otro en diciembre del mismo año^(39,52). Tras discusiones y diversas reuniones, nació la versión prefinal consensuada de la CIDDM-2, en diciembre de 2001: *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (ICIDH-2).

En la 54 Asamblea Mundial de la Salud (AMS) se aprobó la nueva versión de la CIDMM el 22 de mayo de 2001, bajo el título de *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF), acercándose a la integración de la “familia” que incluye la CIE, mientras que se distancia de la CIDDM. Así, surge esta clasificación, aportando un marco conceptual sólido para la definición de “salud” y de los “aspectos relacionados con la salud”, junto con un lenguaje común y estandarizado. La CIF ha pasado de ser una clasificación de las “consecuencias de las enfermedades”, a establecer una clasificación sobre los “componentes de salud”^(39,52). La OMS, usando la CIF como herramienta de evaluación, estima que cada año se pierden 500 millones de años de vida por causa de discapacidades asociadas a problemas de salud, siendo más de la mitad muertes prematuras⁽³⁹⁾.

Las categorías que integra la CIF son las siguientes: la enfermedad, que es todo proceso patológico asociado con un conjunto de síntomas y signos característicos e identificables; el deterioro, que lo concibe como la pérdida o anormalidad psicológica, fisiológica o anatómica de una estructura dentro de un órgano específico o sistema del cuerpo; la discapacidad, que es toda restricción o laguna de la habilidad para realizar una actividad de manera normal, o dentro de un rango considerado normal para el ser humano;

y, por último, el hándicap, que designa una desventaja que limita o evita el normal cumplimiento de una acción⁽⁵⁰⁾. Esto es, el potencial social o las consecuencias habituales de la enfermedad, deterioro o discapacidad. En cuanto a los conceptos de su definición, cuando hablamos de “funcionamiento” se quiere referir a todas las funciones corporales, actividades y participación; el de “discapacidad” se refiere a las deficiencias, las limitaciones en la actividad o restricciones de la participación (tipo barreras sociales); e incluye los “factores ambientales”, que reflejan el entorno de la persona e influye en el resto^(39,52). Por lo que la CIF va a clasificar a personas considerando su contexto social y personal propios para temas de salud y relacionados con esta.

Los objetivos de la CIF que proporcionó la OMS en 2001 son los que a continuación se enuncian: aportar una base científica para la comprensión y estudio de la salud y los estados relacionados con ella, definir un lenguaje común para definir la salud y los estados en relación con la misma, mejorando la comunicación entre sanitarios, investigadores, gestores sanitarios y la población en general, incluyendo las personas con discapacidad; permitir la comparación de datos entre países, disciplinas sanitarias y servicios y en distintos momentos a lo largo del tiempo; y proporcionar un esquema de codificación sistematizado que pueda aplicarse en los sistemas de información en sanidad⁽⁵²⁾.

2.1.2. La Clasificación Internacional del Funcionamiento: nuevos Modelos de Salud

Con respecto a las ventajas de la CIF, se establece su utilidad para la práctica clínica, para la evaluación e investigación entre distintas disciplinas y para todos los profesionales relacionados con la discapacidad. Así como, la CIF tiene repercusiones importantes en el modo de entender la discapacidad⁽⁵²⁾. Sin embargo, la gran cantidad de terminología médica y psicológica que presenta no fomenta su uso extendido por todos los profesionales sanitarios, focalizando su uso en aquellos profesionales formados en el tema y familiarizados con él. De hecho, es fácil de utilizar pero, sobre todo, cuando solo se refiere a casos relativos de discapacidades físicas y sensoriales. Además, es una clasificación larga para su uso diario en la clínica, con lo cual se está favoreciendo la creación de una versión más reducida para facilitar su uso. Todos estos son los inconvenientes principales de la CIF⁽⁵²⁾.

Otros modelos que se han considerado en la Fisioterapia son el de Wood y el de Nagi⁽⁵¹⁾ (ver figura 1). Según el modelo de Wood, el deterioro es la alteración en las estructuras anatómicas, fisiológicas, psicológicas o de las funciones como resultado de alguna patología subyacente. La discapacidad lo usaba para designar toda disminución en la actuación de las actividades de la vida diaria y de las conductas; y el hándicap, para referirse a una desventaja social de una discapacidad concreta clasificada como hándicap^(46,51). Por otro lado, el modelo de Nagi coincide con el de Wood al establecer un proceso de incapacidad que comienza con la enfermedad y termina en el deterioro⁽⁵¹⁾. Pero, del modelo de Nagi se resalta la inclusión de un nuevo término que supone la transición entre el deterioro y la discapacidad⁽⁵¹⁾. Este nuevo concepto se denomina “limitación funcional”, caracterizado por impedir la capacidad individual de realizar las tareas y obligaciones normales que ejecutaba la persona. Estos roles se incluyen dentro de la familia, comunidad, trabajo y otras interacciones y las actividades relacionadas con el autocuidado. El término de “discapacidad” lo define como la pérdida en el total de la conducta de una persona y que se corresponde con las expectativas esperadas por su edad, sexo y un ambiente socio-cultural concreto⁽⁵¹⁾. No obstante, actualmente la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF) se conoce como el estándar internacional para describir y medir la salud y la discapacidad⁽⁵³⁾. De manera que la CIF es el resultado de muchos esfuerzos, donde se incluyeron la participación activa de 1800 expertos procedentes de 65 países diferentes⁽⁵³⁾. Estos trabajos comenzaron en el año 1993, hasta el 2001 cuando se aceptó la CIF como la Clasificación que hoy día conocemos. Aunque, es una clasificación que aún está en desarrollo y, por tanto, susceptible de cambios basados en investigaciones y estudios sobre el tema^(53,54).



Figura 1. Integración de los modelos de Wood y Nagi en la Fisioterapia.

Los estudios que hablan de la CIF para el abordaje de problemas crónicos y personas con alguna discapacidad, ponen de manifiesto la importancia de la CIF en la Fisioterapia⁽⁵⁵⁾. Esto es lo interesante de la codificación de la CIF y su marco contextual en el diagnóstico de Fisioterapia. Independiente de lo que es la CIF y sus repercusiones a nivel internacional, con una sólida base de sustentación que avala su desarrollo, esta clasificación encuentra su sitio en la Fisioterapia o, más bien, la Fisioterapia necesita de la CIF para el avance científico y la clarificación en materia de diagnóstico. Así, encontramos la justificación de nuestro diagnóstico en esta clasificación, porque cubre un aspecto importante de la realidad actual.

Como se citaba con anterioridad, los pacientes que acuden al servicio de Fisioterapia con problemas crónicos van en aumento⁽⁵⁶⁾. Estos precisan de una evaluación y abordaje exhaustivos y, además, tienen muchas inquietudes sobre la evolución de su enfermedad⁽⁵⁶⁾. Por lo que, para cubrir todas estas necesidades derivadas de un paciente crónico o en un estado de discapacidad, la Fisioterapia tiene que valerse de sistemas que integren la complejidad del problema dentro de nuestras competencias profesionales. De esta forma, la CIF siendo un modelo biopsicosocial cubre estas necesidades del paciente y del fisioterapeuta, pues aporta una visión coherente de los aspectos de la salud, que se interrelacionan y que uno puede ser un modificador potente del otro: aspectos biológicos,

individuales y sociales⁽⁵⁶⁾ (ver figura 2). Además, se ha constatado que el modelo de la CIF proporciona un marco de trabajo efectivo en Fisioterapia, ya que mejora la capacidad de comprensión de los fisioterapeutas sobre la experiencia que tiene el paciente acerca de su problema o discapacidad, así como la elección del plan terapéutico más idóneo para ese paciente, al focalizar la atención en el impacto de la discapacidad o lesión (generalmente ya cronificado) y en los objetivos marcados por el fisioterapeuta y los que refiere el paciente⁽⁵³⁾.

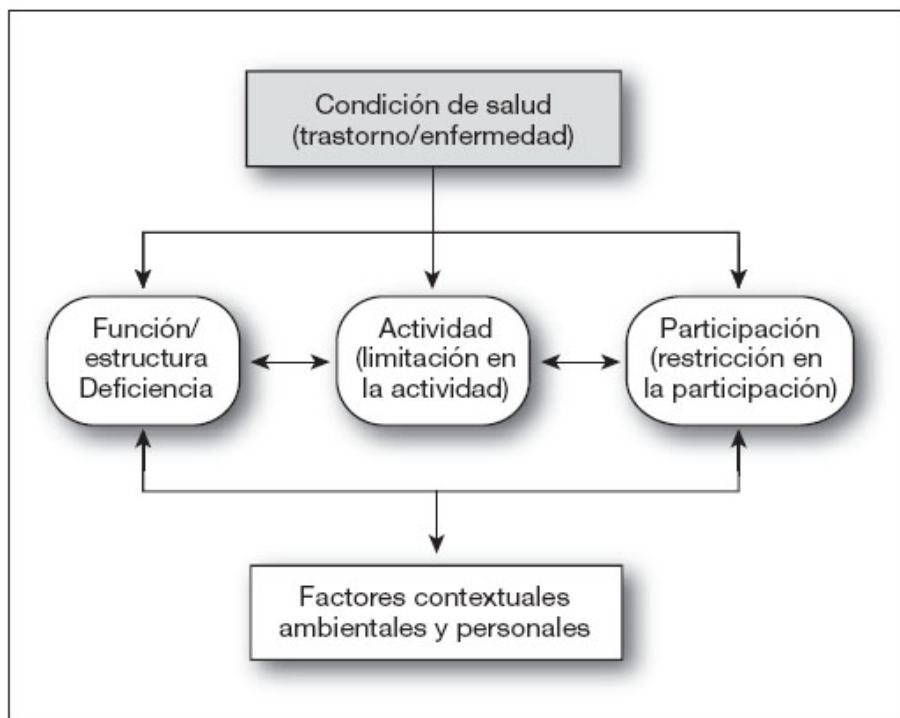


Figura 2. Interrelaciones de los Componentes de Salud definidos por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud⁽¹⁹⁾.

El hecho de entender la rehabilitación como un modelo cíclico, que comienza con la identificación de los problemas y las necesidades del paciente, conlleva al uso de un modelo que permita un abordaje amplio y completo, y flexible, a la vez^(56,57). Esto sumado a que es un modelo que permite la incorporación de todos los profesionales sanitarios y, en consecuencia, poder participar estos para el abordaje terapéutico del paciente. Otro aspecto relevante de esta clasificación con repercusiones positivas en el diagnóstico de Fisioterapia, viene dado por el cambio en la terminología que ha tenido lugar gracias a la Clasificación de Funcionamiento, Discapacidad y Salud. Se reemplazan los conceptos en relación con la “invalidez”, por otros relacionados con las habilidades, recogiendo así

términos que denoten la función del cuerpo, actividades y tareas y la participación de la persona⁽⁵⁵⁾. Definiendo, simultáneamente, la participación de la persona como la “implicación en una situación vital”. Así, esta terminología renovada proporcionada por la CIF ha permitido que se dé un cambio más ampliado en la concepción de la salud y, consecuentemente, abrir el abanico de posibilidades terapéuticas para el paciente⁽⁵⁵⁾. También, esta renovación de conceptos ha supuesto la mejora en la comprensión por parte de los mismos pacientes y, consecuentemente, ha facilitado la comunicación entre fisioterapeuta-paciente⁽⁵⁸⁾. Así, los pacientes adquieren más consciencia sobre lo que le ocurre y cómo repercute en su funcionamiento y su salud.

La actuación del fisioterapeuta es mucho más compleja y completa, pues aborda todas esas relaciones que recoge la CIF y es objetivo en sus planes de tratamiento restaurar estas funciones para permitir el desarrollo normal de la persona entre su familia, amigos, compañeros. Un diagnóstico de Fisioterapia basado en la CIF, como ese modelo biopsicosocial, va a asegurar una inclusión en nuestros diagnósticos de las estructuras del cuerpo y sus funciones, la participación, actividad y los factores medioambientales y personales del paciente^(53,59). De hecho, los factores medioambientales se han comprobado que son fundamentales para alcanzar la recuperación del paciente, donde los fisioterapeutas disponemos de extensas competencias para intervenir en este sentido⁽⁵⁸⁾. Con lo cual, los fisioterapeutas vamos a tener una visión más amplia de las barreras diarias de nuestros pacientes. Así, nuestra actuación irá focalizada a la facilitación y adaptación del medio y de la persona, dando solución a los ítems que la CIF recoge y que son nuestras dimensiones para el abordaje del diagnóstico de Fisioterapia⁽⁵³⁾. Una recogida exhaustiva de estos datos también va a aumentar las posibilidades de lograr los objetivos marcados para nuestro paciente de forma lógica^(53,59). De esta manera, la utilidad de la CIF en la Fisioterapia radica, fundamentalmente, en la capacidad de integrar mucha información y de numerosas fuentes en un diagnóstico que se base en el modelo de dicha clasificación. Por tanto, esta obtención puede provenir de otros profesionales sanitarios, así como de los propios pacientes⁽⁵⁹⁾. Gracias a la incorporación del modelo de la CIF, se aseguran las bases de la comunicación multidisciplinar y de la cooperación en la Rehabilitación y la administración de los pacientes^(56,59).

En última instancia, se están desarrollando las denominadas “tecnologías de asistencia” (Assistive technology), que son aquellas que facilitan la movilidad y las

relaciones sociales de las personas en situaciones de discapacidad. Esta tecnología está protegida por los derechos legislativos y humanos, y la necesidad de la evolución de la tecnología de asistencia son cada vez mayores; fundamentalmente, cuando hablamos de una población envejecida, donde las posibilidades de discapacidad y problemas crónicos también están creciendo⁽⁶⁰⁾. Por tanto, son muchas las personas que podrían beneficiarse de esta tecnología para no tener límites en sus actividades de la vida diaria y/o mantener las funciones de la persona en su día a día.

En este sentido, la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud también tiene un rol primordial, pues supone el modelo de clasificación capaz de conectar los diferentes sistemas de tecnología de asistencia existentes en Europa, gracias a su carácter internacional y la estandarización⁽⁶⁰⁾. De forma que, la CIF estructura el contenido y la terminología de la herramienta para la evaluación de estas tecnologías, asegurando un modelo actual que está centrado en el paciente y sus necesidades. Esta organización de las tecnologías de asistencia está siendo un éxito en Estados Unidos y Canadá, por lo que se espera el mismo éxito en Europa o, al menos, tener acceso a esta nueva oportunidad que se brinda de la mano de la integración de la CIF como modelo teórico para la práctica de Fisioterapia⁽⁶⁰⁾.

Por todo ello, la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud aporta un modelo adecuado para el diagnóstico de Fisioterapia⁽⁶¹⁾. En parte, esto también se debe a los criterios de codificación de la CIF hasta el momento, ya que, como se dijo con anterioridad, esta clasificación continua en evolución.

2.1.3. Los Componentes de Salud. Definición

La información de la CIF se organiza en dos partes y cada una de ellas presenta dos componentes^(56,58). La parte uno de la CIF (funcionamiento y discapacidad), contiene, en primer lugar, las funciones y estructuras del cuerpo y, en segundo lugar, las actividades y participación. La parte dos de la CIF (factores contextuales), donde se incluyen los factores ambientales y los factores personales. Cada componente de la CIF puede ser expresado en términos positivos y negativos^(56,59). En el término de “funcionamiento” se incluían aquellos aspectos no problemáticos de salud, mientras que el término “discapacidad” contendría aspectos relacionados con la enfermedad, limitación funcional o restricción de

la participación⁽⁵⁶⁾. Los componentes de la CIF contienen varios dominios y, dentro de cada uno, están las categorías como unidades de clasificación de la CIF. Estas categorías permiten, a su vez, contener subcategorías. De manera que los estados de salud de los pacientes quedan reflejados mediante un código o varios que seleccionen la categoría apropiada para ese paciente. A partir de aquí, se añaden calificativos en forma de códigos numéricos y que permiten especificar la magnitud o extensión del funcionamiento o discapacidad en esa categoría o la extensión de un factor ambiental.

Aunque, bien es cierto, no hay un modo exclusivo de codificar las situaciones de nuestros pacientes⁽⁵⁴⁾. Para ello, el fisioterapeuta debe de seguir las pautas generales de diagnóstico y, de entre las posibilidades, seleccionar la más idónea para el diagnóstico de un caso concreto. Por ello, el fisioterapeuta podrá optar por describir dicho caso según dos niveles (tres dígitos), o según tres o cuatro niveles (cuatro o cinco dígitos) si busca la mayor especificidad del caso. Además, los calificadores empleados y los factores sobre los que se desee basar nuestro diagnóstico también son variables⁽⁵⁴⁾.

Así, la CIF es un importante, reconocido y establecido modelo que se ajusta a las necesidades de la persona, adaptándose a sus circunstancias e integrando la flexibilidad y versatilidad requerida, fundamentalmente en los casos de pacientes con problemas crónicos. Del mismo modo, esta clasificación da valor y reconocimiento a la participación activa del paciente, gracias a la dirección de las evaluaciones e intervenciones enfocadas en el diagnóstico para que fomenten esta participación⁽⁵⁵⁾. Además, la relevancia de este modelo no sólo resalta por su importancia y las grandes repercusiones positivas para la Fisioterapia y, en concreto, el diagnóstico de Fisioterapia, como la evidencia señala. Sino que, hasta hoy día no hay ningún otro marco estándar que pueda ser comparado con la clasificación de la CIF⁽⁵⁹⁾.

Por todas estas razones, los fisioterapeutas tenemos la obligación y la necesidad de promover los principios que aporta la CIF como marco teórico, alcanzando así un funcionamiento saludable de la persona y esfuerzos para la participación óptima de las mismas, e integrar este modelo internacional en nuestras herramientas potentes y decisivas de trabajo, como el Diagnóstico de Fisioterapia⁽⁶¹⁾.

2.2. El Accidente Cerebrovascular

2.2.1. Términos, factores de riesgo y tipos

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el ictus o Accidente Cerebrovascular (en adelante, ACV) es el daño producido en el tejido cerebral cuando hay una falta de suministro de oxígeno y nutrientes en el cerebro debido a la interrupción, generalmente por obstrucción, del flujo de sangre^(15,62). Siendo el término ictus, más utilizado para expresar la manifestación en estadio agudo de la enfermedad o en la fase de hospitalización en una Unidad de Ictus y el carácter súbito con el que se produce. Otro término que puede encontrarse para referirse a estas lesiones neurológicas es “apoplejía”. En estas unidades, el objetivo principal es la estabilización del paciente mediante el trabajo coordinado del equipo multidisciplinar, formado por el neurólogo y el médico rehabilitador con la colaboración de otros profesionales: enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas y trabajadores sociales⁽⁵³⁾.

No existen causas específicas que determinen la aparición de un ictus. Son los factores de riesgo, o aquellos hábitos o condiciones intrínsecas de la persona, las que favorecen esta disfunción neurológica en una población específica. En la tabla 1 se exponen los factores de riesgo según la posibilidad de ser modificables⁽⁵⁴⁾. Los factores de riesgo más importantes en el aumento de la probabilidad de sufrir un ictus son la hipertensión, enfermedad cardíaca, la diabetes y el tabaquismo⁽⁵⁵⁾.

Tabla 1. Clasificación de los factores de riesgo generales del Accidente Cerebrovascular. (Fuente: modificada del *National Institute of neurological Disorders and Stroke*).

<ol style="list-style-type: none">1. Factores de riesgo modificables:<ol style="list-style-type: none">a. Hipertensión arterial y arterioesclerosis (altos niveles de colesterol en sangre).b. Cardiopatía (Fibrilación auricular, la más frecuente).c. Tabaquismo.d. Consumo elevado de alcohol.e. Consumo de drogas: cocaína, heroína, marihuana, crack.f. Anemia de células falciformes.g. Accidentes Isquémicos Transitorios previos.h. Estenosis carotídea asintomática.2. Factores potencialmente modificables:<ol style="list-style-type: none">a. Diabetes Mellitus.b. Homocisteinemia.c. Hipertrofia ventricular izquierda.3. Factores no modificables:<ol style="list-style-type: none">a. Edad, sexo y raza.b. Factores hereditarios.c. Localización geográfica.
--

Estos factores de riesgo son más característicos y se relacionan más directamente en determinados perfiles de personas y tipos de ACV ocurridos⁽⁵⁶⁾. De este modo, en un ictus por afectación aterosclerótica son factores de mayor riesgo tener una edad avanzada y tener una historia clínica de ictus previos. En los ictus por isquemia focal, son factores de riesgo la avanzada edad de la persona, el sexo (más frecuentes en hombres), historia previa de ACV, hipertensión arterial, diabetes mellitus y fumador. Los ictus de origen cardioembólico se relacionan directamente con el aumento de la edad. Y otros factores de riesgo, como la fibrilación auricular y la medicación para el tratamiento de la diabetes, determinan la probabilidad de sufrir accidentes cerebrovasculares por otras causas.

A continuación, exponemos la clasificación de los accidentes cerebrovasculares según la naturaleza del mismo. Estos son principalmente ictus isquémico o ictus hemorrágico, es decir, una afectación de forma transitoria o permanente, por una isquemia o una hemorragia en el encéfalo, respectivamente⁽⁵⁷⁾. En la tabla 2 mostramos la clasificación del ictus en función de las manifestaciones clínicas.

Tabla 2. Clasificación de los Accidentes Cerebrovasculares, según localización de la afectación. Tipos y subtipos. (Elaboración propia).

<ol style="list-style-type: none">1. Enfermedad cerebrovascular isquémica.<ol style="list-style-type: none">a. Isquemia global.b. Isquemia focal.Según duración de la afectación:<ol style="list-style-type: none">I. Accidente Isquémico transitorio (AIT).II. Infarto cerebral o ictus isquémico:<ol style="list-style-type: none">- Aterotrombótico, cardioembólico y lacunar.Según territorio afectado:<ol style="list-style-type: none">I. Arteria carótida interba.II. Arteria cerebral media.III. Arteria cerebral anterior.IV. Sistema vertebrobasilar: arteria vertebral, basilar o cerebral posterior.2. Hemorragia cerebral.<ol style="list-style-type: none">a. Parenquimatosa.b. Ventricular.3. Hemorragia subaracnoidea.
--

2.2.2. Epidemiología de las Enfermedades Cerebrovasculares en España

Las cifras de los Accidentes Cerebrovasculares en España han aumentado paulatinamente respecto a la calidad de vida y el aumento de la esperanza de vida de la población española. En España, existen altos porcentajes (entre el 20-25% de la población) que sufren infartos cerebrales por causas de cardiopatías isquémicas y por fibrilación auricular⁽⁵⁸⁾. Los ictus de origen cardioembólico y por causa trombótica son la principal causa en personas de avanzada edad (mayores de 85 años). Además, las variables de insuficiencia renal, fibrilación auricular y cardiopatía isquémica las más frecuentes asociadas con el aumento de la mortalidad por ictus⁽⁵⁹⁾.

La prevalencia del ACV es menor en la población española de entre los 19-40 años y con nivel de dependencia inexistente. Los casos de ictus en esta población son, mayoritariamente, por causas aterotrombóticas (3,7% de los casos) y otras causas no determinadas en un porcentaje del 2%, aproximadamente. Los infartos lacunares tienen una prevalencia superior al 10% en la población adulta-joven de España. Estas

probabilidades soportan una elevada frecuencia de comorbilidades de la población española, secundaria a una enfermedad cerebrovascular⁽⁵⁸⁾.

En general, existe una mayor prevalencia de ACV ocasionado por ictus isquémico (81% de la población). Un porcentaje inferior al 15% ocasionado por ictus de causa hemorrágica y casi un 7% de accidentes cerebrovasculares no clasificados⁽⁶⁰⁾. La incidencia y letalidad del ictus isquémico es mayor en hombres que en mujeres (531 hombres frente 392 mujeres por cada 100000 personas/año) y aumenta con edades avanzadas⁽⁶¹⁾. Del mismo modo, las personas que mueren por ictus isquémico tienen una edad media avanzada.

Los AVC por hemorragia intracerebral son menos frecuentes que los ictus isquémicos (12,4% frente al 87,6%). De todos, según los datos de un estudio multicéntrico, en España tienen una mayor incidencia el ictus aterotrombótico (28,4%), el ictus cardioembólico (26,2%), el ictus lacunar (22,5%) y el ictus indeterminado (20,7%). Se registran un 2,4% de ictus por causa poco frecuente⁽⁶³⁾.

2.2.3. Escalas de valoración más usadas en la exploración de Fisioterapia para ACV

Las escalas más usadas para la valoración de los pacientes tras haber sufrido un episodio de Accidente Cerebrovascular se clasifican según la etiología de los déficits ocurridos en la persona, estos son las alteraciones motoras, de la calidad de vida, de la marcha y otras cognitivas y de comunicación (ver tabla 3). Muchas de estas alteraciones son abordadas desde la Fisioterapia o, al menos, alguna de las perspectivas. Entre las escalas para la valoración del déficit motor están: escala de Fugl-Meyer, Test de Control del Tronco (TCT) y la valoración motora de Rivermead o índice de movilidad de Rivermead^(41,64,65). De las cuales, la primera es la más usada en la exploración de las alteraciones motoras de una persona con ACV. La valoración de Rivermead se usa de forma secundaria en las personas con ictus y está demostrada su validez de constructo y fiabilidad respecto los ítems de la FIM. El TCT está enfocado en la valoración motora de la marcha y equilibrio.

La alteración más frecuente producida a nivel muscular tras un ictus y que más limita la recuperación funcional del paciente es la espasticidad. La escala de Ashworth Modificada y la escala de Tardieu son usadas para la valoración y seguimiento de este aspecto en los pacientes que han sufrido un ACV con una alta sensibilidad de valoración de este aspecto y específicas de la espasticidad, tanto en miembro superior, como en miembro inferior hemiparéticos⁽⁶⁶⁾.

Existen escalas específicas para la valoración del miembro superior, entre las cuales destacan: Frenchay Arm Test (FAT), Utrecht Arm/Hand test (UAT), Action Research Arm (ARA), y Motor Activity Log (MAL-30)⁽⁶⁷⁻⁶⁹⁾. Aunque, el objetivo de la valoración de la afectación de esta extremidad es valorar realmente la funcionalidad y capacidad de movimiento que la persona tenga tras haber sufrido una lesión neurológica, más que la afectación que, en muchos casos, está ya definida por el grado de espasticidad que se valoraba con las escalas ya mencionadas, fundamentalmente. En la evaluación de la capacidad funcional se evidencia el uso de la Wolf Motor Functional Test (WMFT) y de otras de calidad de vida, como son TEMPA y SSQOL-UL^(70,71). En España, las escalas más usadas en la valoración del MS son MAL-30 y Action Research Test⁽⁷²⁾.

Como herramientas de medida del déficit funcional o del grado de discapacidad están, la Escala de Rankin Modificada y la Functional Independence Measure (FIM). Ambas son consideradas escalas genéricas del nivel de discapacidad en una persona que ha sufrido una lesión neurológica. La FIM puede ser comparada con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, por ser una escala que evalúa diferentes perspectivas de la funcionalidad, desde Actividades de la Vida Diaria (AVD) hasta las capacidades de comunicación y relación interpersonal de forma más simple y rápida que la CIF⁽⁷³⁾. Además de ser una medida específica de la limitación de la Actividad. La escala Rankin Modificada tiene limitaciones respecto a sus características psicométricas que hace que sea considerada como una herramienta poco fiable, siendo una de las escalas más testadas en la valoración general de las personas con ACV^(74,75).

El Índice de Barthel y la escala del equilibrio de Berg como medidas del nivel funcional en las AVD. Ambas herramientas tienen una buena confiabilidad, siendo el índice de Barthel una escala muy útil cuando se trata de valorar las ABVD en personas que han sufrido un ACV⁽⁷⁶⁾. La escala del equilibrio de Berg, aunque demuestra tener buenas

cualidades psicométricas como herramienta, tiene variaciones en función al estado de gravedad de la persona valorada, con relativa sensibilidad a los cambios clínicos significativos⁽⁷⁷⁾.

El test de marcha 10 metros, el test 6 minutos marcha y el test “Get Up and Go” evalúan la marcha y sus diferentes aspectos importantes a tener en cuenta en un paciente que ha sufrido un ACV: velocidad de la marcha, calidad y coordinación, respectivamente⁽⁷⁸⁾. Se demuestra la utilidad de los test de marcha de 10 metros y 6 minutos, pero con la precaución en la interpretación de sus resultados y la necesidad de ser complementados con los resultados de las escalas de déficit funcional⁽⁷⁹⁾. Se conoce que el test de marcha 6 minutos no es capaz de detectar diferencias clínicas entre pacientes, con lo que esta escala debe estar acompañada de otras sobre la valoración de la marcha también⁽⁸⁰⁾. La Clasificación Funcional de la Marcha o Functional Ambulatory Classification (FAC) valora la funcionalidad de la marcha en personas sin especificar patología. Aunque sus resultados nos aportan una información de la capacidad real de la deambulación de la persona, sus resultados no son concluyentes y no hay evidencia suficiente de esta escala que lo refuten⁽⁸¹⁾.

El examen de la fuerza muscular en nuestro grupo de estudio con algún tipo de lesión neurológica que genere secuelas en el estado poshospitalario, encontramos evidencia y una alta confiabilidad interexaminador para el test “Medical Research Council (MRC) muscle scale”⁽⁸²⁾. Su utilidad se extiende en muchas patologías neurodegenerativas y otras, como de tipo respiratorias y que cursen con secuelas crónicas. Esta escala mide la debilidad muscular, más que la fuerza muscular, con un sistema de puntuación tipo Likert, donde los grados del 0 al 3 refieren menor fuerza y del 0 al 4 refieren gran fuerza muscular”⁽⁸³⁾.

Por último, encontramos numerosas escalas enfocadas en la valoración de la calidad de vida de las personas que han sufrido un ictus. Entre las genéricas están SF36-12, Nottingham Health Profile, EQ-5D (Euro Quality of Life) y AQoL (Assessment Quality of life). En España, las más usadas son SF36-12 y EQ-5D, por evidenciarse sus buenas propiedades psicométricas como herramientas de valoración y validación al castellano, así como, aportar información relevante para el estado de la Salud en una persona, principalmente con la EQ-5D⁽⁸⁴⁻⁸⁶⁾. La AQoL puede aparecer complementada con el uso de EQ-5D, aunque su uso de forma exclusiva aporta información suficiente sobre la calidad

de vida de los pacientes respecto a las dimensiones evaluadas: autocuidado, relaciones personales, salud mental y valoración de los sentidos^(87,88). Las escalas específicas de la valoración del ACV sobre la calidad de vida son, fundamentalmente, tres y todas ellas están validadas al español. La más importante es la denominada “Escala de Calidad de Vida del Ictus-38” (ECVI-38) por ser la primera traducida al castellano⁽⁸⁹⁾. La SIS-16 o Stroke Impact Scale puede usarse también como escala del déficit funcional de las personas con ictus y guarda muchas relaciones con el Índice de Barthel^(90,91). Esto pone de manifiesto la diversidad de connotaciones que tiene la evaluación de la calidad de vida, y que no se limita sólo a lo funcional ni a lo social. El uso de SIP30-AL (Sickness Impact Profile) y de Newcastle Stroke-Specific Quality of Life (NEWSQOL) está menos extendido en España, pese a sus buenas cualidades psicométricas evidenciadas^(92,93). Muy relacionado a la calidad de vida está la depresión y los profesionales sanitarios deben estar alerta para reconocer algunos signos que indiquen la posible instauración de este trastorno mental y emocional, además porque influye de forma directa en la recuperación funcional de las personas con lesión neurológica^(94,95). Las herramientas destinadas a tal fin son WHOQOL y NotFAST (Nottingham Fatigue After Stroke).

Tabla 3. Resumen de las principales escalas usadas en la valoración de las personas con Accidente Cerebrovascular.

Escala	Utilidad	¿Traducida al español?	Pronóstico	Desventajas
1. Action Research Test	Evaluación de la función motora del MS	Sí	-	-
2. AQOL	Evaluación de la Calidad de Vida (CV) general	-	-	-
3. Ashworth modificada	Capacidad muscular y tono.	Sí	-	Más estudiada en Esclerosis Múltiple
4. ECVI-38	Valora la CV de forma específica	Sí	Recuperación del paciente a corto plazo (hasta 2 meses)	-
5. EQ-5D	Valora la CV de tipo genérica, en función a 5 dimensiones	Sí	Estado de Salud de la persona	No estudios para ACV ⁽⁸⁶⁾
6. Equilibrio de Berg, valoración	Medida de la capacidad funcional	Sí	Riesgos de caídas ⁽⁹⁶⁾	-
7. FAC	Mide la capacidad para la marcha	Sí	-	Poca evidencia y no específica para ACV ⁽⁸¹⁾
8. FIM	Medida de la Discapacidad	Sí	Medida conjunta del grado de Actividad y Participación ⁽³⁶⁾	-
9. Frenchay Arm Test	Mide la función motora del MS	No	-	-
10. Fugl-Meyer Test	Mide de forma específica el déficit de funcionamiento	Sí	-	Efecto techo. Omisión de aspectos relevantes ⁽⁴¹⁾
11. Índice de Barthel	Medida del nivel funcional de las AVD	Sí	-	-
12. MAL-30	Función del MS. Entrevista estructurada	Sí	-	-
13. MRC	Función muscular, mediante escala tipo Likert	Sí	-	-
14. NEWSQOL	Valoración de la CV. Tipo específica	Sí	-	-
15. NOTFAST	Medida de la CV	Sí	Sus resultados relacionan la fatiga muscular con la ansiedad y la reducción de la capacidad funcional ⁽⁹⁵⁾	-
16. Nottingham Health Profile	Herramienta genérica de la CV	Sí	-	-
17. Rankin modificada, escala	Mide el grado de discapacidad. Escala genérica	Sí	Limitaciones funcionales y la recuperación ^(97,98)	-
18. SF36-12	Medida de la CV. Escala genérica	Sí	-	-
19. SIP30-AL	Medida de la CV. Escala genérica	Sí	Gran validez de sus resultados ⁽⁹²⁾	-

20. SIS-16	Mide la capacidad funcional. Versión reducida del SIS. Similar al I. Barthel	Sí	Categorización de pacientes en función del grado de dependencia ⁽⁹⁰⁾	-
21. Tardieu, escala	Medida de la espasticidad/tono muscular	Sí	-	-
22. TCT	Medida del déficit funcional, centrado en la marcha y el equilibrio	Sí	Predicción sobre la marcha y el equilibrio en 6 meses. TCT y FIM, ambas predicen la función en personas con ACV ⁽³⁶⁾	-
23. Test Get Up and Go	Valora la coordinación de la marcha	Sí	Aproximación del riesgo de caídas y pautas al alta hospitalaria del paciente ^(99,100)	-
24. Test de 10 metros	Valora la velocidad de la marcha	Sí	-	-
25. Test de 6 minutos	Valora la calidad de la marcha	Sí	-	-
26. Valoración Motora de Rivermead	Medida del déficit motor	No	-	Uso centralizado en casos de Esclerosis Múltiple ⁽¹⁰¹⁾

2.3. El Diagnóstico de Fisioterapia

2.3.1. Concepto y diferencias conceptuales

Las definiciones acerca de diagnóstico son diversas, desde las más generales, como “*el diagnóstico es el nombre que se le da al conjunto de signos y síntomas importantes*”. Otra más concreta es la de Shirley Sharmann, que dice que “*diagnóstico es el término que denota a la disfunción primaria hacia la cual los fisioterapeutas van a dirigir el tratamiento. La disfunción es identificada por el fisioterapeuta basada en la información obtenida desde la historia de la enfermedad, signos, síntomas, exámenes y test físicos que el mismo fisioterapeuta ejecuta o solicita*”^(4,46,71).

Esta definición de Sharmann fue la primera que se hizo para el concepto de diagnóstico fisioterápico en 1988 y que se considera una definición aceptada y reconocida por la comunidad internacional de fisioterapeutas⁽⁷¹⁾. Del mismo modo, Sharmann propone su modelo diagnóstico, cuyos elementos e integrantes se usan para explicar el desarrollo de las alteraciones y las consecuencias de las mismas (ver figura 3).

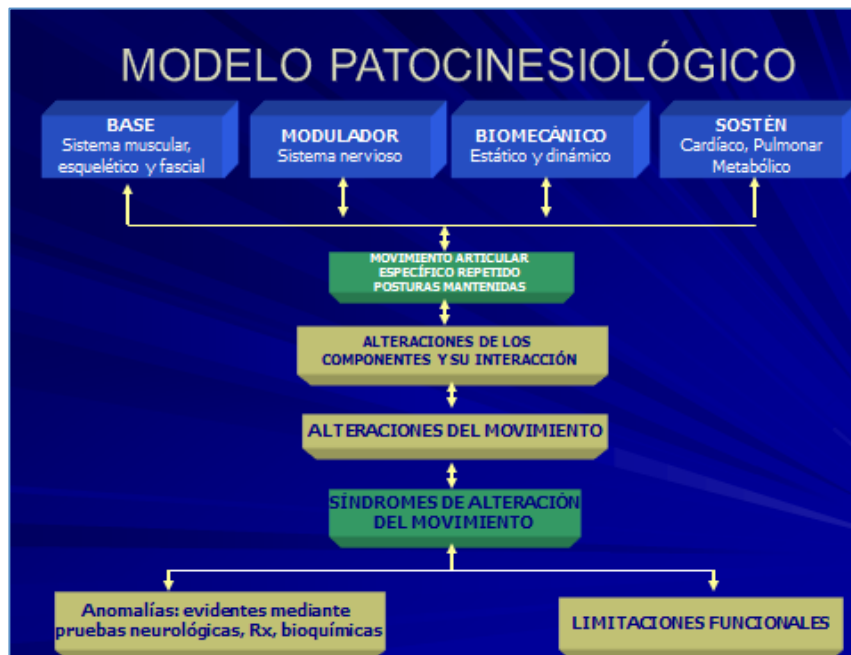


Figura 3. Modelo patocinesiológico descrito por Shirley Sahrmann⁽¹⁰²⁾ para definir la etiología diagnóstica de problemas susceptibles de ser abordados desde la Fisioterapia.

Esta última definición es específica, pero a la vez lo suficientemente amplia para poder acoger futuras incorporaciones de especialidades de Fisioterapia, técnicas o test de valoración; no refleja la exclusividad del diagnóstico de Fisioterapia, al carecer de etiquetas diagnósticas en Fisioterapia y, además, esta definición expresa de manera implícita los roles y las funciones del diagnóstico de Fisioterapia, pues los fisioterapeutas no diagnosticarán, según la presente definición, ninguna patología que esté fuera del alcance de las herramientas diagnósticas propias de la Fisioterapia^(4,103).

Otros autores definen el diagnóstico como un proceso inferencial a raíz de un cuadro clínico, cuyo contenido define la enfermedad acontecida en una persona⁽¹⁰⁴⁾. Así, en un cuadro clínico de un paciente confluyen tres vertientes: síndrome, que se define como el conjunto de síntomas y signos que presenta el paciente a raíz de la enfermedad; enfermedad, entendida como tal, y contexto, donde se integra el ambiente social, económico y psicológico de la enfermedad⁽¹⁰⁴⁾.

La APTA definió el diagnóstico de Fisioterapia según una etiqueta que abarca un grupo de signos y síntomas, síndromes o categorías, con el objetivo de guiar al terapeuta

físico en la determinación de la mayoría de estrategias apropiadas de intervención para cada paciente⁽¹⁾.

La definición proporcionada por la Ley 528 de 1999, dice que el diagnóstico fisioterapéutico se refiere a la determinación de las capacidades y/o discapacidades, deficiencias y limitaciones funcionales como resultado de una enfermedad, lesión, intervención quirúrgica u otras condiciones de salud directamente relacionadas con el campo específico⁽¹⁾.

El Comité Permanente de Unión para la Fisioterapia elaboró su definición: *“Diagnóstico establecido por el fisioterapeuta que le dará las indicaciones sobre las cuales basar su programa de intervención y sus modalidades de aplicación”*⁽⁷¹⁾. Y los fisioterapeutas holandeses también lanzaron a Europa la definición acerca del diagnóstico de Fisioterapia que decía que *“el diagnóstico es el juicio profesional de un fisioterapeuta sobre el estado de salud de un enfermo, partiendo de la observación del proceso patológico subyacente y de elementos anexos constituidos por los datos aportados con la llegada del paciente, el historial de su enfermedad, los datos que se deducen del examen médico y demás elementos médicos y psicosociales”*⁽⁷¹⁾. Aunque esta definición está extendida, no es correcta completamente al hablar de los enfermos y el estado de salud, en lugar de, personas con enfermedades y proceso salud, respectivamente⁽⁷¹⁾.

Otra definición exponía que *“comprobación de los puntos fuertes (capacidades) y los débiles (discapacidades) partiendo los elementos ya observados para formular los objetivos. Aquí interviene el proceso de decisión. Partiendo de lo ya evaluado, es posible la elección de las actuaciones y la instauración de un plan de intervención”*⁽⁷¹⁾. Así, todas las definiciones van encaminadas a lo que se pretende en Fisioterapia y que nos diferencia de los médicos, que es la capacidad de identificar el movimiento patológico⁽⁷¹⁾.

Por otro lado, cuando hablamos de clasificación diagnóstica, se entiende por esto taxonomía. Un término que aún puede resultar extraño en Fisioterapia, pero que lleva siendo usado durante tiempo en otras ciencias con mayor recorrido como la Biología⁽⁵⁰⁾. El objetivo de las taxonomías en Fisioterapia es que estas reflejen las consecuencias de la enfermedad, incluyéndose las interacciones de la enfermedad con el medio ambiente y, del mismo modo, las interacciones del paciente con la enfermedad. Del mismo modo, hacer

diagnóstico en Fisioterapia es la expresión de nuestras habilidades y conocimientos para identificar los problemas mecánicos, que no sean sistemáticos, y la causa de la sintomatología en cualquier estructura del cuerpo⁽⁵⁾. No obstante, la necesidad del diagnóstico de Fisioterapia, de su concepto y sus fundamentos, vienen ligadas al desarrollo científico-tecnológico de las sociedades⁽¹⁰⁵⁾. De manera que, hemos pasado de un conocimiento basado en la magia y la religión, a un conocimiento más racional y con sentido de la abstracción. Este cambio social también promueve la necesidad de búsqueda de herramientas que objetiven la toma de decisiones de los fisioterapeutas y los planes terapéuticos.

Acerca de “evaluación” y “diagnóstico”, ambos conceptos no significan lo mismo^(4,71). La evaluación es *“determinar o fijar valores de algo”* o *“el proceso de recogida de informaciones subjetivas y objetivas, la suma de las observaciones y medidas acumuladas que sirven para establecer la etapa siguiente o para reformular los objetivos del tratamiento”*. Y, como llevamos viendo hasta ahora, el diagnóstico es un proceso complejo que requiere reflexión y planificaciones, el cual permite combinar dos realidades: las mediciones de los balances y las lecciones de la experiencia que constituyen el sentido clínico⁽⁷¹⁾.

2.3.2. La elaboración del diagnóstico de Fisioterapia

Los pasos definidos para elaborar un diagnóstico en Fisioterapia se redactan a continuación. Los médicos siguen este proceso diagnóstico, que tomando las precauciones oportunas y teniendo en cuenta los posibles sesgos, un diagnóstico que siga estos puntos sería señal de un diagnóstico adecuado⁽¹⁰⁴⁾.

En primer lugar, la formulación de hipótesis diagnósticas. Para ello los médicos usan distintos métodos en función de la conveniencia del tema. Así se distingue la aproximación gestáltica al diagnóstico, con la cual el médico se hace una imagen en su mente de lo que le ocurre a su paciente tras conocer los síntomas y signos. Para obtener resultados adecuados con este método, se precisa la experiencia del médico. Sin embargo, en Fisioterapia aplicar un proceso de búsqueda como la heurística, esto es al azar, no se aconseja, pues no nos asegura la elaboración de un diagnóstico adecuado^(71,104). Es imprescindible que el fisioterapeuta que diagnostica tenga cierta predicción mental y le permita adelantarse, en cierto modo, a los acontecimientos⁽⁷¹⁾.

En segundo lugar, el refinamiento de las hipótesis diagnósticas, una vez recopilada toda la información, permitiendo ya discriminar entre hipótesis. En este punto, también se realiza el pretest-test-postest para valorar la nueva información que se incorpore⁽¹⁰⁴⁾.

En tercer lugar, la verificación del diagnóstico, para lo cual se necesitan unos niveles de certeza, conocidos como “umbrales de decisión”. Otro es el “umbral terapéutico”, que indica que los valores por encima de este no se consideran necesarios para realizar nuevos tests. Y el “umbral de estudio adicional” o “umbral diagnóstico”, aquel por debajo del cual no se requieren más test por estimar que la probabilidad es tan baja que no se justifica⁽¹⁰⁴⁾.

En lo referido a las ventajas de estandarizar un sistema de clasificación diagnóstica, estas son varias. En primera instancia es importante clarificar las intervenciones apropiadas para cada grupo de pacientes, para lo cual se necesitaría previamente unos criterios de homogeneidad y, así, el uso de unas categorías diagnósticas consistentes permitirán a los investigadores manejar una gran cantidad de datos, proporcionando fuerte evidencia que apoyen las intervenciones fisioterapéuticas. También, enseñar un marco común de diagnóstico a los estudiantes y futuros fisioterapeutas mejorará la educación en Fisioterapia, facilitando el desarrollo de fisioterapeutas que diagnostiquen⁽¹⁰⁶⁾.

Con respecto a los requisitos para la elaboración de un buen diagnóstico, este precisa de objetividad, homogeneidad y fiabilidad^(1,71). La objetividad se consigue estableciendo una descripción precisa de los signos y síntomas y mediante el uso predeterminado de análisis del movimiento humano^(1,71). La homogeneidad se logra agrupando los casos parecidos en los que el plan terapéutico sea similar para todos y, si acaso, modificar características objetivas que distinguen a un paciente de otro; también puede conseguirse la homogeneidad mediante el uso de categorías específicas para el análisis de los movimientos humanos⁽¹⁾. El objetivo final de la homogeneidad en el diagnóstico es reducir al mínimo la variabilidad inter-observadores^(1,71).

Y, por último, la fiabilidad se afirma cuando diferentes profesionales, utilizando el mismo aparato de medida en el mismo paciente y en el mismo estadio de la evolución, deberían obtener resultados similares o los mismos^(1,71).

Por tanto, como el diagnóstico de Fisioterapia se basa fundamentalmente en las disfunciones en el movimiento de las personas, son importantes las condiciones y características relacionadas con el movimiento corporal humano y, así mismo, establecer categorías específicas que comprendan al sistema músculo-esquelético, sistema tegumentario, sistema neuromuscular, cardiovascular y pulmonar⁽¹⁰⁷⁾. Son a estas categorías a las que un buen diagnóstico de Fisioterapia dará respuesta en cada paciente.

La suma de todo puede servir para el avance de la profesión, más que para la institucionalización del diagnóstico de Fisioterapia, y marcar nuestro distintivo con modelos de la discapacidad de la asistencia sanitaria frente a los modelos médicos⁽¹⁰⁶⁾.

2.3.3. Sistemas de registros. La Historia clínica de Fisioterapia

El método de intervención en Fisioterapia o MIF es el “modo o camino para ayudar a solucionar problemas de salud desde la Fisioterapia”; y este tiene que ser recogido de una forma específica y establecida⁽¹⁰⁸⁾. Por ley, en el ámbito asistencial, el fisioterapeuta mantiene una relación con el individuo o la sociedad sana/enferma, de carácter psicológico, comunicativo y físico, con objeto de prevenir, curar y recuperar por medio de la actuación profesional consistente en establecer, aplicar y valorar los métodos, actuaciones y técnicas correspondientes a la Fisioterapia⁽¹⁰⁹⁾. La confección de la Historia Fisioterápica es una labor que está incluida en las funciones asistenciales del fisioterapeuta^(108,109).

Además, a finales de los años ochenta fue cuando se publicaron los documentos más relevantes para la configuración del marco legal y profesional de la Fisioterapia en la Atención Primaria de Salud, constituyendo las bases para reglamentar las actividades del fisioterapeuta. El Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), mediante el Circular 4/91, de 25 de febrero, “Ordenación de actividades del fisioterapeuta de Área de Atención Primaria” estableció las funciones del fisioterapeuta y la integración de la Fisioterapia en la Atención Primaria de Salud^(70,110). Ya en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre de 2006, se especificaba la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Entre ellas están las funciones de educación, prevención y la rehabilitación.

Para el desarrollo de la Historia Clínica de Fisioterapia o registro de Fisioterapia, el fisioterapeuta debe realizar una atención individualizada y sistematizada y tener en cuenta los pasos a seguir en el método de intervención en fisioterapia (figura 4)⁽¹⁰⁸⁾. Así, el Diccionario de la Real Academia de Lengua Española define “registro” como “Lugar

donde se puede anotar o ver algo. Libro, a manera de índice, donde se apuntan noticias o datos”⁽⁴³⁾ cuyas características principales son cuatro: la precisión, objetividad, completo, y oportuno⁽¹⁰⁸⁾. Es decir, a la hora de realizar el registro de Fisioterapia, la información recogida debe ser fiable, contener datos libre de subjetividad, recoger toda la información que se diga durante el proceso de registro, así como especificar claramente el día y hora en la que se realiza la historia clínica.

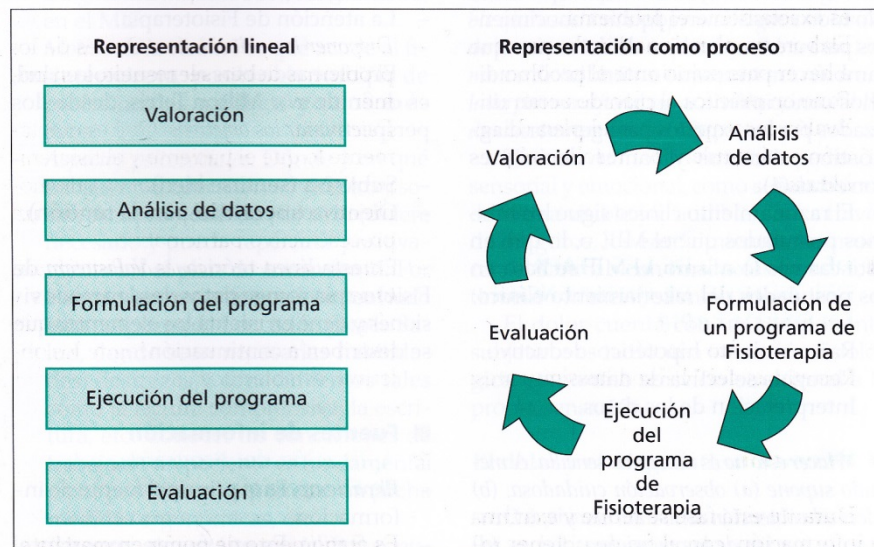


Figura 4. El método de intervención en Fisioterapia (MIF), desarrollado por Izquierdo⁽¹⁰⁸⁾.

Los sistemas de registro en Fisioterapia contienen diferentes apartados, con el objetivo final de dar respuestas a la demanda del paciente en Salud y realizar una atención de Fisioterapia personalizada y exhaustiva a cada paciente, incluyendo la planificación específica de objetivos y el diseño de la intervención fisioterapéutica, junto con el seguimiento y evaluación del paciente. Otros apartados del registro de Fisioterapia, aparte de los datos básicos personales, son la ingesta de medicación en el momento en que se hace el registro, o si durante el transcurso del tratamiento el paciente comienza a medicarse, los objetivos que buscan el paciente y/o la familia con su recuperación, el examen físico integrado por los test y pruebas físicas y ortopédicas pertinentes, datos sobre el dolor, que normalmente son recogidos por la Escala Visual Analógica y, como datos subjetivos, se refiere a la especificación de la zona de dolor, asimetrías, movilidad reducida, reflejados en dibujos del sistema del cuerpo⁽⁴⁴⁾.

Los autores subrayan la autonomía de los fisioterapeutas en la confección de la historia clínica para establecer los objetivos del tratamiento de Fisioterapia y de las técnicas necesarias para su consecución⁽¹¹⁰⁾, siguiendo una guía protocolizada que, aunque en el Servicio Andaluz de Sanidad el fisioterapeuta tiene que realizar la valoración del paciente y la enumeración de objetivos de mejoría funcional, la práctica clínica diaria evidencia que son otros profesionales sanitarios los que marcan esos objetivos⁽⁴⁵⁾. De hecho, hay estudios que demuestran la simpleza de una hoja de registro de Fisioterapia dentro del Equipo de Atención Primaria⁽¹¹⁰⁾.

Aun así, los estudios indican que las historias clínicas de Fisioterapia son hojas de recogida de información pertinente, necesaria y segura para obtener los datos requeridos para la evolución favorable de la enfermedad o patología⁽¹¹⁰⁾.

La escala EVA suele aparecer en todas las historias clínicas de Fisioterapia y es de gran utilidad, ya que el paciente marca el grado de dolor en una línea horizontal que va de 0 a 10, siendo “0” nada de dolor y “10” un dolor insoportable. Además, esta información suele estar acompañada de la frecuencia del dolor y su relación con los movimientos⁽⁴⁴⁾.

El cuestionario de dolor de McGill es muy conocido en las valoraciones en Fisioterapia. Anotar los resultados del mismo es importante en las exploraciones físicas. Este cuestionario tiene un carácter cualitativo en el que el paciente especifica la localización del dolor, las cualidades del dolor y la intensidad en una escala que va del valor 1 al 5^(110,111). También, el cuestionario SF-36 es frecuente su uso, pues permite evaluar los efectos del tratamiento en la calidad de vida del paciente mediante la medición de ocho dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental⁽¹¹²⁾.

Los registros de Fisioterapia van a aportar importante información, puesto que son los fisioterapeutas los que asesoran y tratan a las personas con estos problemas, desde una perspectiva distinta a la de los médicos. Un ejemplo de esto son los problemas del sistema musculoesquelético, como pueden ser esguinces, torceduras y fracturas no complicadas, donde el registro de datos por parte del fisioterapeuta como “puerta de entrada” y el diagnóstico, son los puntos claves para acelerar el proceso de tratamiento, y así reducir los tiempos de espera de los pacientes que sufren alguna de estas disfunciones⁽¹¹³⁾. En este tipo

de situaciones, un estudio expuso que la valoración del sistema musculoesquelético tras una caída se realiza en el 86% de los casos y el examen de los riesgos de caídas sólo en el 8% de los casos⁽¹¹⁴⁾. En estas situaciones, muchos autores precisan un cambio en el registro de Fisioterapia, con un énfasis en la recogida de los datos del entorno del paciente para disminuir el riesgo de caídas al que está expuesto^(113,114). De manera que, el tratamiento se basaría principalmente en la Educación del paciente.

Sin embargo, algunos problemas que afectan al sistema músculo-esquelético son valorados fundamentalmente por médicos, quienes también recogen datos sobre la exploración física, basados en la movilización pasiva de la articulación. Tal es el caso de los problemas de cadera, donde la Fisioterapia queda como opción terapéutica, sobre todo, para pacientes que no tienen un diagnóstico específico de la situación y estado de su cadera⁽¹¹⁵⁾. En este tipo de pacientes se recoge información acerca de la marcha, la posición de las rodillas y cadera, la movilidad activa y pasiva de cadera, el movimiento de espalda y rodillas, estudio de la articulación sacro-ilíaca, presencia o no de signos neurológicos y la palpación.

Las valoraciones en Fisioterapia realizadas a un paciente suelen ser extensas, en cuanto a cantidad de información. En primer lugar, por la gran cantidad de información que puede llegar a recabar el fisioterapeuta desde que el paciente se sienta en el despacho hasta el final de la anamnesis; en segundo lugar, por la falta de consenso y disciplina a la hora de la forma de la recogida de datos en hojas no protocolizadas; y, por último, la falta de accesibilidad y cierto desconocimiento sobre escalas de diversa sensibilidad y especificidad en la valoración de cada patología concreta. Esto último es muy importante, pues el fisioterapeuta, reconocido en España como profesional autónomo e independiente, es el acceso primario de una persona concreta con una dolencia, disfunción musculoesquelética y/o alteración neurológica. Algunas líneas de investigación se incardinan en la búsqueda de registros informáticos estandarizados donde quede reflejada, de forma objetiva, toda esa información^(62,116).

Además, este creciente interés, también en los distintos profesionales sanitarios, hacia el uso de los innovadores sistemas de registros electrónicos, está motivado por la APTA. Esta está apostando por la evolución y crecimiento, en cuanto a capacidades y conocimientos, de la Fisioterapia⁽¹¹⁶⁾. El fisioterapeuta durante la confección de la historia

clínica, como hemos estado viendo, tiene que recoger una gran variedad de información tanto del paciente como de su contexto, por lo que muchos autores y distintas asociaciones luchan por introducir estos sistemas de registros electrónicos como necesarios para la administración adecuada de la información⁽⁶²⁾. Estos registros en Fisioterapia tienen que incluir los datos obtenidos durante la entrevista clínica con el paciente. Estos datos corresponden, en general, al estado de salud del paciente y a los cuidados de salud proporcionados al mismo.

Algunas ventajas indican una retroalimentación positiva entre el fisioterapeuta y los pacientes, acerca de la toma de conciencia sobre el derecho del paciente a solicitar un informe de Fisioterapia; mayor exhaustividad de los datos, evitando tomar datos repetidos; mejor y mayor comunicación entre sanitarios, por la estandarización del asesoramiento clínico; la facilidad en la toma de decisiones clínicas; mayor eficiencia en Fisioterapia, por la capacidad de almacenamiento, procesador de datos y recuperación del sistema electrónico; la reducción de costes en un 10% menos que con las hojas de registros manuales; y mayor facilidad para obtener datos que sirvan en futuras investigaciones, puesto que se pueden usar los datos clínicos y físicos para una finalidad científica, según la nueva Ley de Prevención y Protección de Datos Personales^(62,108).

No obstante, para llevar a cabo este sistema de registro electrónico se requiere la preparación de los fisioterapeutas en el sistema, así como el cambio de conducta, de pensamiento y de trabajo en el proceso de historia clínica. La formación y experiencia de los fisioterapeutas en las competencias informáticas no son tan amplias, por tanto, establecer un sistema de registro electrónico es aún más difícil. Además, de otros problemas técnicos del propio sistema, como el mal funcionamiento^(62,116).

La historia clínica en Fisioterapia es un imprescindible apartado de la profesión que está en continuo crecimiento adaptándose a los nuevos requerimientos y a las nuevas tecnologías. Todos los pacientes tratados en las unidades de Fisioterapia deben tener una historia clínica, por ley⁽⁷⁰⁾. Además, el paciente tiene derecho a solicitarla, y esta información ha de estar disponible para ser compartida con otros profesionales del equipo interdisciplinar⁽¹⁵⁾. Así, en gran medida, surgen los sistemas de registros electrónicos, que buscan finalidades científicas y las mejoras profesionales. En estos, toman más relevancia las interpretaciones de los fisioterapeutas sobre los estudios por imagen y los esquemas

corporales, donde localizar de forma visual el problema del paciente. Además, para mejorar la calidad de los sistemas de registros del fisioterapeuta se proponen medidas de incremento en el tiempo de la docencia, gestión e investigación^(15,110).

2.4. Antecedentes y estado actual del problema

2.4.1. Nivel de participación: concepto y enfoque desde la CIF para la Fisioterapia

En el presente estudio, sobre la medición del nivel de participación, ponemos de relieve dos aspectos. Por un lado, que la participación es motivo de exploración por parte del terapeuta y, en segundo lugar, nos estamos refiriendo a la participación con un sentido totalmente distinto de lo que conocemos.

Para los investigadores de este estudio hemos tomado el concepto “Participación” como la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud lo define, que dice que es el acto de involucrarse en una situación vital. Las restricciones en la participación son definidas como los problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales⁽¹⁹⁾. Esta definición está contextualizada dentro del marco teórico de la CIF, donde la “Participación” es uno de los cuatro Componentes de Salud, a partir de los cuales se enumeran una serie de códigos y categorías que se usan con el fin de evaluar cada uno de los Componentes de Salud. A diferencia de otras definiciones más elementales que tratan sobre el significado de la palabra en sí misma, más que de las connotaciones e implicaciones del concepto, la Clasificación Internacional del Funcionamiento hace una definición para aportar un concepto nuevo de “participación”. Este nuevo sentido de la palabra, no sólo le otorga la mención a una característica de la persona, sino que forma parte del proceso dinámico de la Salud y, junto con la Actividad, constituyen uno de los cuatro Componentes de Salud. Además, la participación, como la entendemos en este estudio, hace referencia a la discapacidad, sobre todo cuando se habla de restricciones en la participación. Algunos estudios relacionan ambos conceptos cuando se refieren a la CIF, donde esta clasificación es la escala de valoración de la discapacidad a través del concepto de Participación⁽¹¹⁷⁻¹¹⁹⁾.

De manera que, al igual que la Función y Estructura Corporal, la Participación está ligada al concepto de “Actividad”, formando dos conceptos distintos en un mismo Componente de Salud; pero, a diferencia del primer binomio, la CIF otorga autonomía en el momento de valorar la Actividad y la Participación de forma independientes⁽¹⁹⁾. De los nueve capítulos que integran este Componente de Salud, unos tienen mayor relación con la Actividad y otros con la Participación⁽¹²⁰⁻¹²²⁾. Además, esta clasificación que se crea destinada a toda la comunidad sanitaria y otros colectivos que trabajan en el abordaje y cuidado de personas con una alteración de su proceso de Salud, permite el uso de unos capítulos u otros fundamentado, en parte, por las distintas especialidades sanitarias donde cada cual tiene un enfoque distinto y, por tanto, sus objetivos van encaminados en diferentes sentidos⁽¹¹⁹⁾.

Las implicaciones del nivel de participación en las personas adultas, niños, mayores, todos ellos con algún problema de salud diagnosticado o un retraso psicomotor, son ampliamente estudiadas a nivel científico. Según observamos, el nivel de participación está afectado en personas con parálisis cerebral, Síndrome de Down, fragilidad muscular y emocional, e incluso en pacientes quemados, según los estudios realizados sobre estas personas como unidad de estudio. En distintos estudios, la participación, entendida según el marco de estudio de la CIF, aporta información sobre la calidad de vida, las capacidades de las personas afectadas para el desarrollo de las ABVD, para valorar la ocupación en general de estas personas, el miedo a sufrir caídas o la actividad⁽¹²³⁻¹²⁵⁾. Entendida, esta última, como lo contrario a la restricción de la participación. En Fisioterapia y otras profesiones como Terapia Ocupacional y Pedagogía, es de gran importancia llevar un control del grado de esta restricción o el riesgo de que se dé lugar a estas restricciones con grandes implicaciones en la instauración de la Discapacidad, pues los objetivos se enfocan en torno a esta y la restauración de la misma⁽¹²⁶⁾.

El interés creciente acerca de la participación como la entendemos en la actualidad, conlleva el conocimiento de la CIF y, así mismo, lo novedoso de este concepto. Más aún, en Fisioterapia, por ser una profesión con una vertiente claramente social que identifica a la profesión por una cercanía directa con el paciente (relación estrecha terapeuta-paciente), el establecimiento de programas de Fisioterapia que suelen ser duraderos para la consecución de objetivos y estos mismos objetivos que suelen estar enfocados a la restauración de la integración en las ABVD y otras en relación con el trabajo, familia y las

habilidades socio-culturales. Este hecho denota una influencia e intervención de todos estos factores que, lejos de la obviedad de las competencias profesionales propias, la CIF elabora un marco de conocimiento con el que la Fisioterapia puede reconocer fácilmente aspectos de las capacidades motoras que conectan con el riesgo de la aparición de una discapacidad, limitación de la actividad o restricción de la participación⁽¹²⁷⁾.

El enfoque de la participación, entendida desde la Clasificación Internacional del Funcionamiento, ha aportado una nueva visión de la Salud y las restricciones en el funcionamiento. Además, la amplia definición y el carácter internacional de esta clasificación facilita el acceso a su estudio y conocimiento de muchas disciplinas profesionales, lo cual la dota, a su vez, de mayor versatilidad y más rica en experiencias en torno al abordaje de personas que han sufrido una alteración en su estado de salud.

2.4.2. Las experiencias en Fisioterapia con la CIF en la medición del nivel de participación

El prisma de la Clasificación Internacional del Funcionamiento en Fisioterapia podemos distinguirlo y estudiarlo desde tres niveles caracterizados por distintos aspectos. En primer lugar, los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante la formación universitaria y posuniversitaria de los estudios de Fisioterapia, incorporando un nuevo modelo de Salud basado en la limitación de la actividad y las restricciones de la participación, como dos aspectos claves para la comprensión de la actuación en Fisioterapia. No podemos conocer qué universidades españolas incorporan la CIF en los temarios de Fisioterapia, pero sí se constata por la evidencia científica que es necesaria la formación en materia de esta clasificación por el carácter internacional de la misma y sus implicaciones en la conformación de un marco consolidado de evaluación y diagnóstico, en el proceso rehabilitador y en la instauración de un sistema de lenguaje común^(128,129). Así, sabemos que desde el año 2001 el interés hacia esta ha sido paulatinamente mayor, con un número limitado de publicaciones sobre el tema en España frente a otros países de Europa⁽¹³⁰⁾. También, conocemos la existencia de importantes centros de estudios en Europa, como los de Múnich y Holanda, donde resaltan los nombres de Mulroy y la Dra. Heins, respectivamente. En estos centros de investigación, realizan contribuciones trascendentales para la Clasificación Internacional del Funcionamiento en la Sanidad y sus trabajos sirven de referencia para numerosas líneas de investigación; entre ellas, la

Universidad de Sevilla, que es el contexto dentro del Departamento de Fisioterapia desde el que se enmarca esta investigación.

En segundo lugar, en el ámbito de la investigación en Fisioterapia descubrimos una continua serie de estudios que, muy pocos, usan la CIF como herramienta de evaluación y el resto, es decir, la gran parte de estas investigaciones comparan diversas escalas, cuyos dominios podrían relacionarse con códigos de la CIF o bien, plantean abordajes terapéuticos con la terminología de la CIF, siendo un modo más de evaluar esta clasificación. Hasta la actualidad, se consideran insuficientes las publicaciones científicas sobre la CIF en Fisioterapia, lo cual imposibilita la capacidad de extraer conclusiones sólidas para la formación y la aplicación de la CIF en el campo de la Fisioterapia^(31,131,132). Algunos estudios y diversas Guías de Práctica Clínica, que recogen el máximo grado de evidencia científica, integran la CIF como marco desde el que definir las secuelas musculoesqueléticas y las limitaciones de la actividad y restricciones de la participación incluso de problemas de causa traumática^(33,133-136).

En tercer lugar, a nivel clínico o profesional se experimenta cada vez más la necesidad de un sistema de lenguaje común, estandarizado y universal para favorecer la comunicación eficaz intradisciplinar e interdisciplinar, similar a lo que otras profesiones sanitarias hacen gracias a la CIE y NANDA para los médicos y enfermeros, respectivamente. Por otro lado, es inevitable que en el aspecto profesional tenga un rol importante la CIF, ya que la visión clínica es más holística y el trabajo con los pacientes requiere de un equipo multidisciplinar capaz de abordar en toda su complejidad al paciente, sobre todo, en la perspectiva de la funcionalidad del mismo, que adaptamos los fisioterapeutas como punto clave del trabajo fisioterapéutico⁽¹⁰⁷⁾. En este sentido, hallamos estudios de impacto que valoran la función de la CIF en los casos clínicos “más complejos” de enfermedades neurológicas que requieren de una intervención multidisciplinar⁽³¹⁻³³⁾ y en ello, esta clasificación aporta un marco inconfundible para la práctica profesional de la Fisioterapia Neurológica.

Desde estas tres vertientes podemos analizar la información que la Ciencia aporta en cuanto a la medición del nivel de participación. Así, se reconoce que es un aspecto de la persona que, con el desarrollo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, aumentan las opciones de medición del mismo. Además, el impacto de la disminución del

nivel de participación en la población que ha sufrido alguna alteración de la Salud y, en concreto, de aquellas con una lesión neurológica, justifica las publicaciones sobre el tema, aunque sean insuficientes por el poco consenso en su evaluación, las formas de uso de esta clasificación (como herramienta o en la descripción del plan terapéutico) y los resultados poco concluyentes^(131,137). En una revisión de la bibliografía hallamos que la evaluación del nivel de participación puede ser medido usando todos los Componentes de Salud, con una valoración general de cada uno de ellos, sin ítems y que dé una visión generalizada del aspecto de la participación en el paciente o bien, haciendo la descripción exclusiva del Componente de Salud de la CIF de la Participación junto con una definición de los factores ambientales más importantes⁽¹³⁸⁻¹⁴⁰⁾. Otra forma, que es la más común, es a través de escalas que tienen correlaciones altas demostradas con el Componente de la Participación. Las que más se repiten son la SS-QOL, Nottingham Health Profile y, más reciente, se ha testado con Revised Role Checklist⁽¹⁴¹⁻¹⁴³⁾. También, se evidencian correlaciones moderadas-altas con las escalas Liverpool Self-Efficacy Scale, WMFT y SIS^(144,145).

En España, 20 años después de la creación de la CIF, se puede evidenciar que la literatura científica no recoge estudios con conclusiones sólidas, aunque muchos de estos abren nuevas líneas de investigación en el campo de la Discapacidad, lesiones neurológicas y enfermedades mentales, entre otros. No obstante, una revisión de la literatura recoge la mayor constancia de información de los trabajos de la CIF como descripción de la población a nivel epidemiológico, frente a la necesidad de estudios en la Sanidad española en materia de diagnóstico con el uso de la Clasificación Internacional del Funcionamiento⁽¹³⁰⁾. Por otro lado, en España existe la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008), basada en las categorías y dominios de la CIF⁽¹⁴⁶⁾. También, se usa el Checklist 2.1 de la CIF, disponible para determinadas patologías, WHOQol y EQ5D como escalas de Calidad de Vida, el Cuestionario de la Comorbilidad y WHO-DAS II⁽¹⁴⁷⁻¹⁴⁹⁾. Ninguno de estos miden el nivel de la participación propuesto por la CIF, más sus resultados pueden relacionarse con el concepto de discapacidad, también descrito por la Clasificación Internacional del Funcionamiento. Este tipo de escalas conducen a los clínicos e investigadores, en muchos de los casos, a enfocarse en las limitaciones corporales como responsables de las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación⁽¹⁵⁰⁾. La CIF nace para valorar estas alteraciones de forma directa, ya validada y eficazmente, sin escalas intermedias multi-conceptuales y no definidas completamente de forma operativas. En la

actualidad, en nuestro país no hay evidencia suficiente para poder comparar los resultados del nivel de participación obtenidos con la CIF, ni siquiera hay consenso que determine estas conclusiones entre escalas relacionadas con el marco teórico de la CIF⁽¹⁴⁰⁾. Observamos que hablar de participación en España es hablar directamente de la discapacidad con una gran atención en la disfunción, frente a lo que estudiamos a nivel mundial que se considera el nivel de participación como otro concepto a valorar en la persona con problema de salud, ya sea mediante escalas con correlaciones con la CIF o, en los menos casos, usando esta propiamente.

2.4.3. Estado actual del problema: la utilidad de la CIF en la valoración y tratamiento de personas con un Accidente Cerebrovascular

Cuando nos estamos refiriendo a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud como un marco teórico amplio y extenso, se relaciona con el estudio de procesos patológicos complejos y de discapacidad y cronificación de secuelas que limitan la actividad óptima y normal de la persona afectada. Para los casos de Accidente Cerebrovascular, patología que precisa un abordaje especializado y multidisciplinar, existen experiencias del uso de la CIF. En la fase inicial de valoración, hay muchas escalas que evalúan distintos aspectos de la funcionalidad, movilidad, estado cognitivo, función muscular y otras secuelas que, comparándolas con la CIF, se pueden encontrar similitudes y diferencias. Una de las diferencias más llamativa es el gran abanico de la CIF para valorar cualquiera de estos aspectos, mientras que las escalas físicas y psicológicas se centran en el abordaje de estos aspectos. Además, los fisioterapeutas estudiamos al paciente con sus limitaciones de la actividad y participación, como consecuencia de una patología ya diagnosticada por el médico. Esta visión centrada en la limitación ofrece un campo muy amplio y complicado pues la limitación no es directamente proporcional a la sensación de la persona ante esa limitación.

Los aspectos más estudiados en trabajos de Fisioterapia con la CIF a nivel mundial, en una persona que ha sufrido un ictus han sido: la movilidad del miembro superior parético, la biomecánica de la marcha y la capacidad óptima, la evaluación de la participación, la capacidad para la realización de las ABVD, el equilibrio, la calidad de vida y la autonomía de la persona afectada. En la valoración de la movilidad del miembro superior afectado por el ACV, a nivel mundial hablamos que se usan las escalas TEMPA,

SSQOL-UL y WMFT para la medición de la fuerza, la duración de dolor en el miembro superior afectado y para la funcionalidad de la extremidad, respectivamente^(70,71). La CIF aparece también en el abordaje del miembro superior como esquema donde englobar los datos físicos detectados con las escalas anteriores en tres niveles (actividad, participación y funcionalidad), o bien, hacer una valoración cualitativa generalizada que permita pronosticar la evolución del miembro superior afectado^(71,151). Además, otro estudio usa la CIF para evaluar la resistencia al movimiento del miembro superior parético⁽¹¹⁰⁾. En la evaluación de la capacidad de deambulación de las personas con ACV, se evidencia la recurrencia de la CIF con una utilidad en todos los estudios para comparar dos grupos de pacientes. Estas comparaciones se basan en la velocidad, la resistencia, la presencia o no de discapacidad e, incluso, hacer una estimación del riesgo de caídas^(43-45,152). El Componente de Salud de Participación era estudiado en todos estos estudios sobre la marcha, siendo esta tarea una de las principales de recuperar tanto para el paciente como su familia. La escala SIS-16 es la más utilizada para la evaluación de la marcha y que guarda relación conceptual con los conceptos de la CIF⁽⁴³⁾.

Langhammer⁽¹¹²⁾ enumeró unas medidas de resultados basadas en el modelo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento para valorar la funcionalidad; por tanto, usó MAS y el índice de Barthel para las Actividades de la Vida Diaria en el nivel de actividad y la fuerza de prensión en el nivel de estructura corporal. Langhammer, Stanghelle, Lindmark⁽¹¹³⁾ utilizaron varios instrumentos de medida para la valoración del efecto de la terapia en el equilibrio y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. Los autores⁽¹¹³⁾ describieron la CIF como la clasificación de la Participación y Actividad donde demostrar los resultados de funcionalidad. Van Wyk, Eksteen, Rheeder⁽¹¹⁶⁾ determinaron los parámetros de medidas basadas en la Clasificación Internacional del Funcionamiento y estructuraron los resultados atendiendo a los niveles de actividad funcional o función motora y nivel de discapacidad, para comprobar cómo afectaba a sus AVD.

Todos estos estudios son la evidencia de las experiencias con la CIF en Fisioterapia, actualmente. Pero, aún los sanitarios nos hacemos otras preguntas sobre la aplicación real de la CIF, dado que no han sido muchos los profesionales sanitarios y fisioterapeutas que han valorado a sus pacientes usando esta clasificación. Muchos de estos estudios relacionan el nivel de participación con la calidad de vida de los pacientes y en base a esto, usan algunas de las escalas enumeradas con anterioridad. Esto es, valorar una

parte de lo que es la participación por su definición y contextualización en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, mientras otros aspectos son obviados o pasan desapercibidos sin ser explorados dentro de la importancia y complejidad de la persona que ha sufrido un ACV. Esta valoración consiste en la puntuación, según una escala ya definida, de la realidad habitual y la capacidad de la persona sin adaptaciones en el medio ni ayudas ortopédicas. Del mismo modo, al ser un aspecto vital de la persona pero poco explorado, ni desde la CIF y mucho menos con el uso de otras escalas que se acercan mayormente a la calidad de vida, no tenemos así una información real del nivel de participación y su influencia en la Fisioterapia. Más bien, tenemos la sensación de que, aunque la participación aparezca en muchos estudios como el Componente de Salud aislado que es, su valoración se basa en las esferas de comunicación, emoción y afectiva. De ahí el uso de escalas como FIS y Liverpool Self-Efficacy Scale, que justifican el abordaje de este componente de forma individual para la calidad de vida^(111,144). Pero los resultados encontrados del nivel de participación sobre la perspectiva funcional, integrada en los capítulos que lo conforman, no son suficientemente claros y precisos para el trabajo con esta clasificación en la práctica clínica diaria de Fisioterapia en pacientes con ACV^(131,137).

Por otro lado, conocemos que hay interacciones y relaciones entre los distintos ítems y características de la persona con ACV, y tenerlas en cuenta también es importante porque resalta la efectividad de la CIF en este trabajo y debemos conocer de qué modo se dan estas influencias en un marco de la Salud Biopsicosocial. Así mismo, el nivel de participación tal y como es medido con la CIF, considerando tanto la capacidad adaptada de la persona para realizar una tarea en concreto, como la capacidad real de esta sin adaptaciones, predispone a la valoración a la susceptibilidad de estos cambios. Algunos trabajos han estudiado la relación del sexo y la edad en el ACV y sin embargo, también se ha descubierto la influencia de la familia en cuanto a las emociones de la persona con ictus y la importancia del control de este factor para el proceso de rehabilitación centrado en la integración social del paciente^(27,153). El trabajo coordinado de un equipo especializado en materia de lesiones neurológicas, el fomento y facilitación de la comunicación entre los profesionales y el romper con ideas estrictas sobre la interpretación del pronóstico de la recuperación, como la severidad de la lesión y el tipo de secuelas tras el ictus, son otras variables que interfieren en la recuperación funcional y de participación de estas personas^(13,154). Como algo novedoso, hemos diseñado una metodología que permita la

evaluación de los ítems de la CIF también aislado por grupos con características sociodemográficas específicas, clínicas y otras relacionadas con los factores ambientales y externos a la persona.

La revisión de la literatura se suele referir a la CIF como el marco teórico que ya conocemos, más que como una herramienta de valoración. Nosotros queremos brindar a la literatura estas experiencias en un contexto de patología compleja, como lo es el Accidente Cerebrovascular y las secuelas que caracterizan la funcionalidad de las personas que han sufrido algún episodio de este tipo⁽¹³⁾. Son diversas las escalas usadas para el ACV, pero la FIM es una de las escalas con la que hayamos mejores comparaciones con la CIF, por ser una escala multimodal y además, estar validada al español con el nombre de Escala de Independencia Funcional^(73,155). A diferencia de otras escalas, esta es muy usada incluso en casos de lesiones medulares, aunque no haya sido diseñada para esta patología⁽⁷³⁾. Esto es porque representa la valoración real de la autonomía y la participación de una forma esquematizada respecto el uso de la CIF como medida de la participación, integrada esta por 9 capítulos^(27,35). La forma de evaluar cada aspecto es similar a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, con una puntuación de 1 a 7, pero no concibe las opciones de “sin especificar” y “no aplicable”, características de la CIF. Además, la interpretación de su puntuación puede relacionarse con la que se puede hacer con la CIF en general y con el Componente de Salud de la Participación, en especial.

Por último, las implicaciones que tiene esta investigación a nivel clínico son que la descripción de cambios en el nivel de participación en adultos con lesión neurológica, por una serie de variables sociodemográficas y clínicas, que más adelante definimos, facilita los objetivos del profesional sanitario para la identificación de los principales hándicaps en su recuperación, así como, favorece su comprensión para el tratamiento. Además, este estudio favorece nuevas líneas de investigación con la CIF como escala de valoración y ofrece un nuevo paradigma basado en el análisis de los aspectos socioculturales durante el tratamiento poshospitalario de pacientes con ACV. De hecho, se lleva a cabo una comparativa de resultados en función a la dependencia o no medida por la FIM. Esto es muy necesario en materias universitarias del Grado de Fisioterapia como Fundamentos de Fisioterapia y en aquellas que precisan del Razonamiento Clínico.

OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivos de estudio: generales y específicos

- Definir la muestra en términos del nivel de participación percibido en un año de seguimiento.
- Describir y analizar el nivel de participación percibido por los participantes, en función a las variables sociodemográficas y clínicas del estudio.
 - Identificar las diferencias más importantes en función a las variables sociodemográficas y clínicas, en un año de seguimiento.
- Clasificar los ítems del nivel de participación en personas tras ictus, en función de ser dependiente o independiente por la puntuación de la Escala de Independencia Funcional.

MATERIAL Y MÉTODO

4. MATERIAL Y MÉTODO

4.1. Tipo de estudio

Según los objetivos del estudio, se trata de una investigación descriptiva. En cuanto al manejo del tiempo, el estudio es de tipo longitudinal y prospectivo.

Según el primer objetivo, el estudio es, además, de seguimiento de una cohorte justificado por las cuatro valoraciones realizadas a lo largo de un año: V0 o primera evaluación (inicio del estudio), V60 o segunda evaluación (a los 60 días de V0), V120 o tercera evaluación (a los 60 días de V60) y V365 o cuarta evaluación, que se corresponde con la última evaluación realizada al año de V0. Se llevó a cabo un estudio de asociación cruzada para dar respuesta al segundo objetivo general descrito. Para el tercer objetivo, se realizó un análisis cruzado de los ítems relativos a la CIF en V0 con las dos categorías obtenidas por las puntuaciones de la FIM, que también se pasó en V0.

El diseño de nuestro estudio ha seguido algunas de las directrices propuestas por Hernández Montenegro (2012) en el estudio de la Metodología en las Ciencias de la Salud⁽¹⁵⁶⁾.

4.2. Ámbito del estudio

El estudio tiene lugar en el Pabellón Municipal de Deportes Santa Lucía, en El Viso del Alcor (Sevilla).

En este sitio, tiene ubicada su sede la *Asociación de Enfermos Cerebrovasculares Nuestra Señora de los Dolores*. Esta entidad es la única asociación de la provincia con grupos homogéneos de personas que han sufrido un ictus u otra lesión neurológica con secuelas funcionales que limitan la capacidad funcional y de integración en la sociedad. De manera que, las inscripciones son abiertas a nivel provincial teniendo una gran afluencia de pacientes desde otras localidades, principalmente procedentes de los municipios vecinos, como Mairena del Alcor y Carmona (Sevilla).

4.2.1. Criterios de selección

Los participantes de nuestra muestra cumplían todos con los criterios de inclusión y exclusión que se enumeran a continuación:

- Criterios de inclusión:
 - Adultos de entre 30 a 80 años.
 - Que haya transcurrido un período mínimo de 30 días desde la lesión neurológica.
 - Personas adultas inscritas en la *Asociación de Enfermos Cerebrovasculares Nuestra Señora de los Dolores*, tras alta hospitalaria y con diagnóstico de Accidente Cerebrovascular u otra lesión neurológica reconocida que genere un grado de discapacidad y limitación en su funcionalidad diaria.
 - Todos aquellos que hayan dado su consentimiento de participar en este estudio por escrito.
 - Todos los que reciban atención fisioterapéutica de forma individualizada por el fisioterapeuta contratado por la propia Asociación, al menos una vez a la semana.
 - Los pacientes que puedan expresarse de forma independiente.

- Criterios de exclusión:
 - Aquellos pacientes de la asociación que, además de aportar el diagnóstico de ACV, aporten un diagnóstico de deterioro cognitivo avanzado, como puede ser Alzheimer o un tipo de deterioro senil severo.
 - Personas con algún tipo de Enfermedad Neuromuscular.
 - Los usuarios de la asociación que, por causas ajenas a este estudio, sólo reciban como abordaje terapéutico la tabla de ejercicios terapéuticos supervisada y dirigida por el monitor deportivo de la asociación.
 - Aquellos que, aunque estén inscritos y al corriente de las tasas de la asociación, no acudan al centro desde hace mínimo 60 días.

4.3. Periodo de estudio

La recogida de datos se realizó durante los meses comprendidos entre septiembre de 2016 y septiembre de 2017. En este período se realizaron cuatro valoraciones: una valoración inicial (V0), la segunda a los 60 días (V60), la tercera a los 120 días (V120) y, finalmente, una cuarta valoración al año (V365).

4.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis está constituida por las personas participantes de este estudio. Estas son las personas que acuden a la *Asociación de Enfermos Cerebrovasculares Nuestra Señora de los Dolores* con un diagnóstico clínico de Accidente Cerebrovascular u otro tipo de enfermedad neurológica.

El tipo de centro extrahospitalario que constituye esta asociación y la disposición de los espacios pueden llegar a considerarse como un contexto habitual para la persona y, por tanto, que tiene implicaciones en las habilidades cognitivas y de comunicación personal.

El centro está distribuido principalmente en dos zonas: una que corresponde a un amplio espacio equipado con máquinas, bandas elásticas, bipedestador, barras paralelas, escaleras y otros sistemas de mecanoterapia, donde se realiza un ejercicio de la actividad más comunitario; y un segundo espacio, donde se desarrolla la labor de la fisioterapeuta, con equipamiento de electroterapia y aparatos de propiocepción. Además, un despacho donde están archivados los datos personales y los informes de los usuarios inscritos en la asociación y el sitio donde se llevaron a cabo las evaluaciones de forma íntima y personal.

4.5. Variables incluidas en el estudio

Al ser un estudio de corte descriptivo, mediante las variables que estudiamos pretendemos dar respuesta a nuestros objetivos sin buscar relación causal. Sino, la influencia de estas variables en el nivel de la participación de una persona que ha sufrido un ACV y presenta una discapacidad en su vida diaria.

I. **VARIABLES DE TIPO DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y SOCIALES:** son el sexo, la edad y el tiempo transcurrido del primer episodio de ACV; el tipo de comorbilidad del participante antes del inicio del estudio: presencia o ausencia de hipertensión arterial, de fibrilación auricular, de Diabetes Mellitus y/o de disfunción musculoesquelética; el tipo de diagnóstico principal, la afectación corporal consecuente, la situación de residencia actual, y si recibe o no asistencia en domicilio (remunerada). Además, otras como el tipo de ayuda ortopédica que necesita la persona en su vida diaria y la motivación para acudir a la asociación.

II. **VARIABLES RELATIVAS A LOS ÍTEMS DE LA CIF:** estas son las preguntas que se les hicieron a los participantes para valorar su nivel de Participación en el momento actual. Este nivel de Participación definido por la CIF, se valora mediante la “Movilidad” (capítulo 4 de la CIF), el “Autocuidado” (capítulo 5) y “Vida Comunitaria” (capítulo 9). En el subapartado siguiente justificamos el uso de estos capítulos para la medición del nivel de participación.

4.5.1. Variables relativas a los ítems de la CIF para la medición del grado de participación

Las variables de estudio principales para poder clarificar el comportamiento de las personas que han sufrido un ACV y, por ende, han sufrido un deterioro en el nivel de participación, corresponden a las categorías de Salud del Componente de Actividad y Participación, en las que la Fisioterapia tiene competencias profesionales para diagnosticar y plantear unos objetivos y protocolos de tratamientos.

Según el estudio de Rentsch et al.⁽¹⁵⁷⁾, esas categorías, susceptibles de exploración y utilidad en la Fisioterapia por el propio personal cualificado de Fisioterapia, corresponden a los siguientes capítulos (ver figura 5):

- Capítulo 4, *Movilidad*: según la definición de la CIF, este capítulo aborda el movimiento del cuerpo respecto a los cambios corporales de posición y de lugar. Así como, la realización de actividades físicas de mayor intensidad (caminar rápido, correr, nadar), la manipulación de objetos y la utilización de medios de

transporte (público o particular). Se describe el papel principal de la Fisioterapia en la valoración inicial de los pacientes para este capítulo.

- Capítulo 5, *Autocuidado*: la Clasificación Internacional del Funcionamiento se refiere al cuidado del cuerpo y otras partes corporales. Los códigos incluidos en esta categoría conllevan a la capacidad de la persona del control de movimiento y de actividades motoras.
- Capítulo 9, *Vida comunitaria, social y cívica*: referido a las acciones y tareas necesarias para participar en la vida social en general, familiar, comunitaria y cívica. Este código es susceptible de valoración por muchas de las disciplinas sanitarias (médicos, neuropsicólogos, fisioterapia, logopedas y terapia ocupacional). Así, no es exclusivo del fisioterapeuta, pero sí es pertinente.

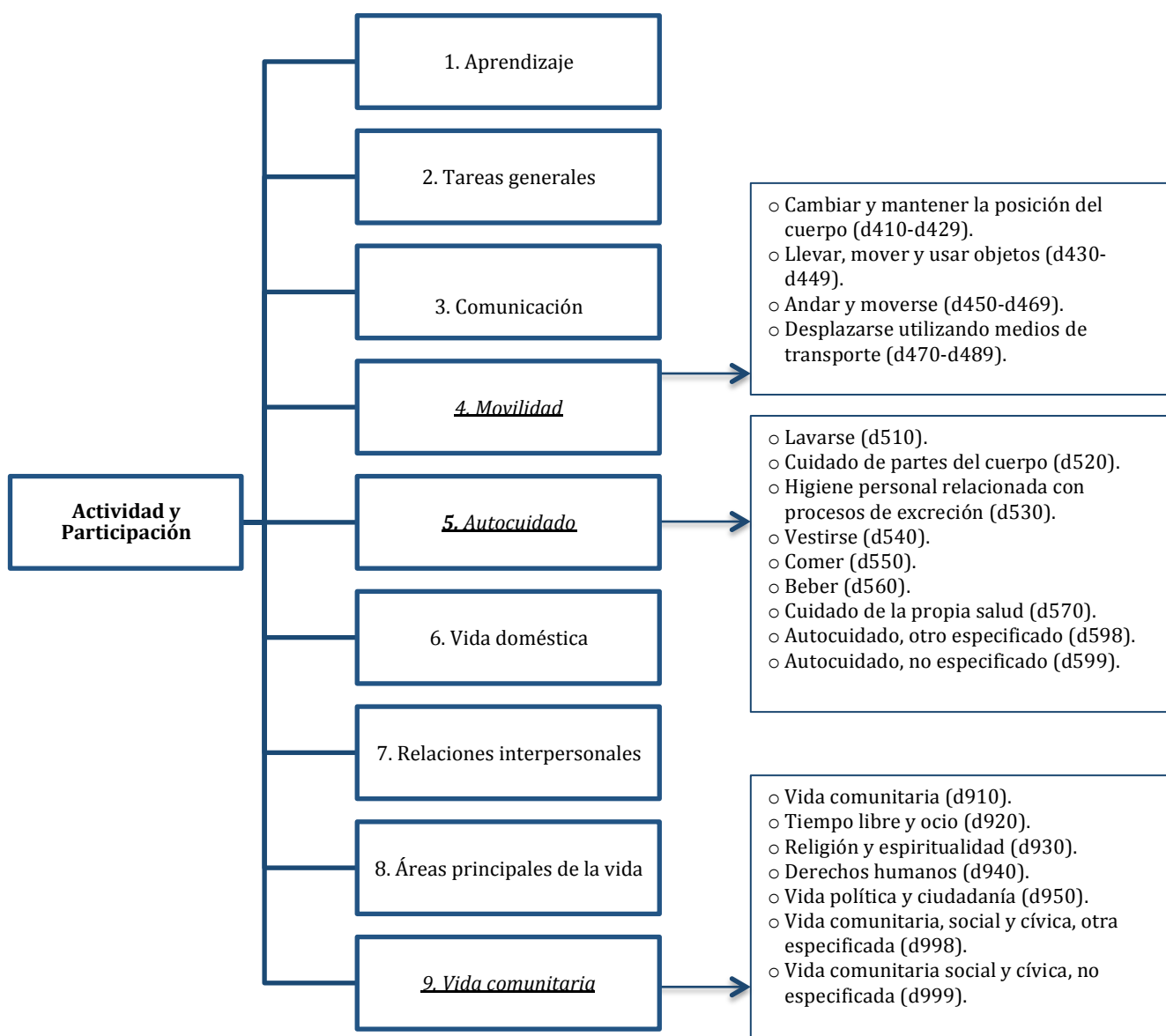


Figura 5. Selección de variables de estudio (Modificada del estudio de Rentsch et al. 2003⁽¹⁵⁷⁾).

Al final de cada capítulo, la CIF deja uno o más ítems que puedan ser identificados con otros aspectos importantes que aporten mayor información a las categorías que integran al Componente de Salud y que guarde relación con el sentido y significado de este capítulo^(158,159) (tabla 4).

Tabla 4. Ítems relativos a la CIF de la medida de Participación que corresponden con las variables de nuestro estudio (elaboración propia).

Dimensión	Código	Ítem	Objetivo que se evalúa
Movilidad	d4100	Cambiar las posturas corporales básicas	Tumbarse en la cama
	d4104	Cambiar las posturas corporales básicas	Ponerse de pie
	d4153	Mantener la posición del cuerpo	Permanecer sentado
	d4154	Permanecer de pie	Permanecer de pie durante 5 minutos mínimo para esperar el autobús de la Asociación.
	d4300- d4301	Levantar y llevar objetos: levantar y llevar un vaso de agua	Nos permite valorar la capacidad total para hacer una actividad cotidiana (incluye precisión, fuerza, agarre y coordinación en la misma pregunta).
	d4359	Mover objetos con las extremidades inferiores otras no especificadas: pedalear X	Es una acción muy específica y una actividad que se realiza en muchos centros de Rehabilitación. Mediante este ítem podemos valorar esta actividad que integra, fuerza, coordinación y precisión.
	d4402	Uso fino de la mano	Capacidad fina de la mano en una tarea usual y concreta: Manipular
	d4455	Uso de la mano y el brazo	Se valora la coordinación y velocidad y brazos: atrapar
	d449	Llevar, mover y usar objetos, otro especificado y no especificado X	Agarre de objetos redondos, exclusivamente. La pregunta es adaptada a una ABVD como puede ser coger una fruta tipo naranja y manzana. Es importante en Fisioterapia, pues valora la fuerza de prensión, sensibilidad y fuerza de la mano y antebrazo ⁽¹⁶⁰⁾ .
	d4500	Andar y moverse: andar distancias cortas	Andar por interiores del centro.
	d4501	Andar y moverse: andar distancias largas	Andar más de 1km y en espacios abiertos.
	d4552, d4553, d4554	Desplazarse por el entorno: correr, nadar, saltar	
	d4601	Desplazarse por distintos lugares: desplazarse dentro de edificios que no sean la propia vivienda	Se pregunta por la dificultad que tienen en la asociación para el desplazamiento.
	d465	Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento	Permite valorar la capacidad con silla de ruedas o andador, si procede.
	d4701	Utilización de medios de transporte: utilización de un medio de transporte con motor	
	d4751	Conducción: vehículos con motor	
	d480	Montar en animales como medio de transporte	
Autocuidado	d510	Lavarse	Incluye también el baño y el secado del cuerpo en un tiempo prudencial.
	d520	Cuidado partes del cuerpo: cepillado de dientes	
	d530	Higiene personal relacionada con	Referida a la limpieza de zonas

		los procesos de excreción	íntimas.
	d5300	Regulación de la micción	Capacidad de control de la micción.
	d5301	Regulación de la defecación	Capacidad de control de la defecación.
	d540	Vestirse	
	d550	Comer	
	d560	Beber	
	d570	Cuidado de la propia salud	Manejo del bienestar físico y mental propios.
	d598	Autocuidado, otro especificado X	En relación con el aseo personal, sobre la capacidad para peinarse o afeitarse.
Vida Comunitaria, social y cívica	d910	Vida Comunitaria	Participar en asociaciones de personas como en la que se lleva a cabo el estudio.
	d920	Tiempo libre y ocio	Referidas a actividades de ocio como manualidades, labores, leer o juegos. Participar con fines de ocio.
	d930	Religión y espiritualidad	Actividades como acudir a misas, tareas en hermandades, Cáritas. Participar en torno a actividades parroquiales.
	d940	Derechos humanos	El derecho a la autodeterminación o autonomía.
	d950	Vida política y ciudadanía	Participar en grupos con fines políticos (asambleas, partidos, reuniones).

La equis roja (**X**) se corresponde con los ítems incorporados por los investigadores de este estudio para recabar otros datos sobre cada capítulo.

En este estudio hemos seleccionado todos los ítems de los tres capítulos que valoran el nivel de participación como parte del proceso de recuperación y logro de los objetivos marcados en Fisioterapia y además, hemos añadido nuevos ítems en relación a estos que nos faciliten la descripción de la evolución de la participación como una de las grandes metas a abordar desde la Fisioterapia. No obstante, en el estudio realizamos un abordaje completo, integrando todas las categorías de cada uno de los 3 capítulos que miden la Participación, en contraposición de lo que propone el Core Set para el ictus (que es la versión abreviada de la CIF para el ACV). Este incluye en la valoración del Componente Actividad y Participación los siguientes códigos: hablar (d330), andar (d450), higiene personal relacionada con los procesos de excreción (d530) y comer (d550)⁽⁴⁸⁾.

De modo que, la elección de los tres capítulos para medir la participación aislada del componente actividad, que no nos interesaba para este estudio, se fundamenta en:

1. La posibilidad que ofrece la Clasificación Internacional del Funcionamiento para valorar el Componente de Salud Actividad y Participación de forma separada, con el denominador común de establecer los códigos usando la misma letra (d) para su informatización y la misma estructura para formular las preguntas para cada código: “capacidad de realizar una acción x” y “capacidad para realizar la acción x, sin la ayuda habitual”^(19,161).
2. Otros autores ya han evidenciado, respecto a la evaluación del nivel de participación en Fisioterapia, y elegido los tres capítulos correspondientes a Movilidad, Autocuidado y Vida Comunitaria, por las relaciones directas con la Fisioterapia, además de otras cualidades que caracterizan estas categorías en el ámbito de la Fisioterapia⁽¹⁶²⁾.
3. Este estudio pretende ofrecer una visión preliminar sobre la integración de la valoración de la participación en el abordaje fisioterapéutico del paciente que ha sufrido un ictus y hay capítulos en el Componente Actividad y Participación que se consideran de mayor competencia para otras profesiones sanitarias. Esto se explica principalmente por el hecho de que la CIF nace para ser utilizada por profesionales sanitarios o no^(48,163,164).

Estas tres premisas engloban la idea del carácter multidimensional y global de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, así como la dificultad añadida a este complejo marco internacional de adaptar los códigos en la evaluación de una patología concreta, como en el caso de este estudio donde abordamos el Accidente Cerebrovascular.

El Componente de Salud de esta clasificación de Actividad y Participación es, de los cuatro, el que más se relaciona con herramientas de valoración de diferentes aspectos de la salud, como la calidad de vida, ABVD y la biomecánica del movimiento y la deambulaci3n^(164,165).

En la Tabla 5 se esquematizan los nueve capítulos que integran el Componente de Salud conjunto para Actividad y Participaci3n y la selecci3n de los capítulos imprescindibles en la valoraci3n del grado de Participaci3n para considerar en un tratamiento fisioterapéutico posterior. Así, la idea principal es que el carácter funcional de la CIF, hace que este marco se relacione de forma lógica con la Fisioterapia, y en especial para la valoraci3n de los aspectos relacionados con el Movimiento detectamos tres capítulos con relaciones estudiadas y ya usadas para la medida del grado de participaci3n.

Tabla 5. Áreas de estudio para el Componente de Salud sobre Participación (elaboración propia).

Actividad y Participación Capítulos CIF	Objetivo del Capítulo	Área de estudio
Cap. 1: Aprendizaje y aplicación del conocimiento Cap. 2: Tareas y demandas generales Cap. 3: Comunicación	Referido a los sentidos del cuerpo. Relacionado con el estrés psicológico. Aspectos técnicos de la producción y emisión de palabras y la comprensión.	Traumatología y Fisioterapia en la recuperación de estos casos. Referido al Componente de Actividad ^(134,163) . Primordial en Psicología ^(163,166) . Exige alto nivel de especialización en el área ⁽¹⁶⁶⁾ .
Cap. 4 : Movilidad Cap. 5: Autocuidado	Referido a movimientos automatizados, que requieren control y autonomía de la persona. En relación con ABVD y otras distintas.	Fisioterapia, como Ciencia del Movimiento. Medicina Física y Rehabilitación, en patologías reumáticas, además como parte del equipo multidisciplinar ⁽¹⁶⁷⁾ . Fisioterapia, donde se ha utilizado mucho el índice de Barthel para valorar estas tareas de un modo más simple ⁽¹⁵⁷⁾ .
Cap. 6: Vida doméstica Cap. 7: Interacciones y relaciones interpersonales Cap. 8: Áreas principales de la vida	Relacionado con el movimiento en el contexto domiciliario No referido a lo funcional. No referido a lo funcional.	Psicología, Pedagogía. Difícil evaluar en Fisioterapia. Algunos estudios relacionan su déficit con trastornos de la conducta ^(163,166) . Algunos estudios relacionan su déficit con trastornos de la conducta ⁽¹⁶⁶⁾ . Pertinente en tareas de Educación psicológica de grupos poblacionales concretos ⁽¹⁶⁶⁾ .
Cap. 9: Vida comunitaria, social y cívica	El ámbito social y funcional se mezclan en este capítulo.	Pocas escalas conciben la parte social como motor de muchas de las acciones habituales u otras. Objeto de análisis para diferentes disciplinas ⁽¹⁵⁷⁾ .

4.6. Instrumento de medida. Fuentes de información

Las variables de estudio han sido medidas con la Clasificación Internacional del Funcionamiento para Actividad y Participación, que se corresponden con el segundo nivel de clasificación de la CIF para versión abreviada (ver Anexo I).

Todas las variables se midieron en cuatro momentos. Se realizó una primera evaluación (V0), la segunda a los 60 días (V60), la tercera a los 120 días (V120) y la cuarta al año (V365). La escala mide una serie de preguntas del 0 (“no hay problema”) al 4 (“problema completo”). Además, incluye el 8 (“sin especificar”) para referir que el participante no es capaz de responder a esa pregunta de manera objetiva, es decir, de dar

una puntuación del 0 al 4. Mientras que, el valor 9 (“no aplicable”) se usa cuando el participante no es capaz de responder a una pregunta porque nunca ha realizado la actividad en cuestión, ya sea por razones sociales, culturales o ideológicas.

La escala la pasa el investigador principal y el fisioterapeuta del centro para evitar sesgos de la información proporcionada por los participantes a la hora de contestar ellos mismos las encuestas. Es el propio participante el que decide su puntuación.

Del mismo modo, en V0 el investigador usó la Escala de Independencia Funcional sobre el grado de discapacidad, obteniendo una puntuación útil para los análisis estadísticos y la discusión de los objetivos.

4.7. Aspectos éticos

Los sujetos del estudio fueron informados por el investigador principal de este trabajo. Se les explico en lo que consistía el estudio, basado en una batería de preguntas sobre tareas vitales de su vida diaria. Antes de incluir a los participantes en el estudio, tenían que firmar un consentimiento informado, donde se explicaba también en lo que consiste el estudio, así como el derecho de revocar su participación en el momento que desearan. (Anexo II)

4.8. Plan de análisis

En primer lugar, mostramos la tabla de variables de nuestro análisis estadístico (ver tabla 6).

Tabla 6. Variables incluidas para el análisis estadístico. Definición conceptual y operativa.

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operativa
Sexo	Sexo de la persona entrevistada: hombre o mujer.	Variable cualitativa nominal dicotómica. Escala nominal.
Edad	Edad en años de la persona en el momento de la primera valoración.	Variable cuantitativa continua. 0 dígitos. Escala de razón.
Tiempo transcurrido del ictus	Período de tiempo en meses que transcurre desde que es diagnosticado hasta el momento de la primera valoración.	Variable cuantitativa continua. 0 dígitos. Escala de razón
Tipo comorbilidad:	Antecedentes personales y relevantes para el pronóstico, que estén recogidos en la historia clínica que los usuarios de la Asociación deben entregar antes de comenzar su tratamiento en dicha Asociación. Se detallan a continuación:	-
○ HTA	Hipertensión arterial diagnosticada y especificada en un informe médico.	Variable cualitativa dicotómica. Escala nominal
○ Fibrilación auricular	Incluye los casos de anticoagulados y no anticoagulados, así como los no especificados.	Variable cualitativa dicotómica. Escala nominal
○ Diabetes Mellitus	Tanto tipo I como II	Variable cualitativa dicotómica. Escala nominal
○ Disfunción musculoesquelética	Incluye 2 casos de Alzheimer, pues el participante presentaba problemas de coordinación y 1 caso de perforación duodenal, por presentar incontinencia fecal.	Variable cualitativa dicotómica. Escala nominal
Limitación de la comorbilidad	En los usuarios que presenten una o más comorbilidades, si estas afectan o no a su actividad general en el momento de la primera valoración.	Variable cualitativa nominal dicotómica. Escala nominal.
Diagnóstico principal	El juicio clínico médico por el que acuden a la Asociación, y que está recogido en la historia clínica de cada usuario de esta asociación: ACV o accidente cerebrovascular (incluye, ictus isquémico, hemorrágico, mixto y lacunar); y lesión neurológica (del cerebro o de la médula, tales como compromiso del canal medular, Parkinson, ataxia, meningitis y hematomas cerebrales, distrofia muscular idiopática).	Variable cualitativa nominal dicotómica. Escala nominal.
Afectación corporal	Consecuencias físicas provocadas por su diagnóstico principal.	Variable cualitativa nominal policotómica. Escala nominal.
Situación de residencia	Si el participante vive sólo o acompañado, en el momento de la primera valoración.	Variable cualitativa nominal dicotómica. Escala nominal.
Asistencia en domicilio	El participante recibe o no asistencia domiciliar remunerada, ya sea privada o por ayudas sociales. Se excluyen los familiares que vivan con él y no sean remunerados por la asistencia al participante.	Variable cualitativa nominal dicotómica. Escala nominal.
Tipo de ayuda	Ayudas ortopédicas que use de forma habitual el	Variable cualitativa

	participante para poder desplazarse de la forma más óptima.	nominal policotómica. Escala nominal.
Motivación de la Asociación	Motivo por el que el participante acude a la Asociación, en el momento de la primera valoración	Variable cualitativa nominal policotómica. Escala nominal.
Ítems relativos a la CIF “adaptados”: Cambiar postura, mantenerse sentado, transferencias (...) participar en la vida política.	Grado de capacidad del participante para realizar la acción solicitada en su medio habitual, en el momento de la primera valoración (1 o V0), la segunda (2 o V60), la tercera(3 V120) y la cuarta (4 o V365).	Variable cualitativa ordinal. Escala ordinal.
Ítems relativos a la CIF “no adaptados”: Cambiar postura, mantenerse sentado, transferencias (...) participar en la vida política.	Grado de capacidad del participante para realizar la acción solicitada sin su ayuda habitual, en la primera valoración (1 o V0), la segunda (2 o V60), la tercera(3 V120) y la cuarta (4 o V365).	Variable cualitativa ordinal. Escala ordinal.

4.8.1. Métodos de análisis estadísticos utilizados. Justificación de la utilización de dichas técnicas estadísticas

Los datos han sido organizados y analizados con el paquete estadístico SPSS versión 24.0 para Windows (SPSS Science, Chicago, United States). En primer lugar, se comprobó la normalidad de nuestras variables cuantitativas a través de la prueba de Shapiro-Wilk. A continuación, hemos desarrollado un análisis descriptivo de los datos obtenidos para nuestras variables incluidas en el estudio. Se muestra en las variables cualitativas la frecuencia absoluta y el porcentaje de cada categoría y en las cuantitativas la media y la DS o en su defecto la mediana y los cuartiles primero (en adelante Q1) y tercero (en adelante Q3), cuando no se ajustaban a la normal.

Seguidamente, sobre el primer objetivo del estudio para el seguimiento de la cohorte, se procedieron a comparar los valores de los ítems relativos a la CIF en las cuatro mediciones que se efectuaron. Para ello, utilizamos la prueba ANOVA de Friedman (puesto que las variables eran cualitativas ordinales), acompañada de prueba de comparaciones por parejas.

En relación al segundo objetivo del trabajo sobre un estudio Cross-sectional (o de asociación cruzada), acerca de las posibles diferencias de los ítems de la CIF en función de

las variables enumeradas en la Tabla 6. Primero, se hizo un análisis descriptivo de los ítems relativos a la CIF en sus cuatro mediciones y al resto de las variables sociodemográficas y clínicas, en cada uno de los grupos en los que se dividió la muestra. Posteriormente, se comprobó si existían diferencias en tales grupos en las variables citadas. Para ello, cuando se comparaban dos grupos (hombres y mujeres) y la variable a contrastar era cualitativa nominal, se usó la prueba Chi-cuadrado de Pearson o en su defecto la Prueba exacta de Fisher. En las variables cuantitativas que se ajustaron a la normal se empleó la prueba t Student para muestras independientes o la t de Welch, según se precisó; y en las que no se ajustaron a la normal o para las variables cualitativas ordinales utilizamos la prueba U de Mann-Whitney. En el caso de que se comparasen más de dos grupos (3 o más), en las variables cualitativas nominales se usó la prueba Chi-Cuadrado de Pearson o, en su defecto, la Prueba exacta de Pearson. En las variables cuantitativas que se ajustaron a la normal se empleó la prueba ANOVA de un factor (acompañado de la prueba de Sheffe) o ANOVA de Welch (acompañado de la prueba de Games-Howell), según se precisó, y en las que no se ajustaron a la normal o en las variables cualitativas ordinales utilizamos el ANOVA de Kruskal-Wallis (acompañado de prueba de comparaciones por parejas). También, se comprobó si hubo diferencias intragrupos entre las cuatro mediciones para los ítems relativos de la CIF, utilizándose la prueba ANOVA de Friedman acompañada de prueba de comparaciones por parejas.

Finalmente, para el tercer objetivo se realizó un análisis descriptivo entre los ítems relativos a la CIF y las dos categorías de dependencia obtenidas con la Escala de Independencia Funcional. Se muestran las frecuencias absolutas y porcentajes.

Además, mostramos los resultados sobre el tamaño del efecto de las variables relativas a la CIF en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). Hemos usado las premisas propuestas por Grissom (1994), para las variables que no se ajustaban a la normal. Este criterio se basa en la siguiente fórmula para calcular el tamaño del efecto⁽¹⁶⁸⁻¹⁷⁰⁾:

Tamaño del efecto= $p_{1>2} - p_{2>1}$;

siendo:

$$p_{1>2} = U/mn$$

$$p_{2>1} = 1 - p_{1>2}$$

m = tamaño del grupo control

n = tamaño del grupo experimental

U = estadístico de Mann-Whitney.

Todos los test estadísticos se realizaron considerando un intervalo de confianza (en adelante IC) del 95% (p-valor < 0.05).

RESULTADOS

5. RESULTADOS

En el presente apartado mostramos los datos obtenidos tras el análisis con el paquete estadístico “*SPSS Versión 24.0*”. Se presentan algunas tablas y figuras como soporte para clarificar la extensa información obtenida para cada uno de los análisis.

5.1. Análisis descriptivo de la muestra

La edad de los participantes oscila entre los 31 y 90 años, con una media de edad de 70,44 (10,65). La edad media en los hombres era de 71,40 (6,82) y en las mujeres de 68,53 (15,96). El tiempo medio transcurrido desde el episodio del ictus o de la lesión neurológica, hasta la fecha de la primera valoración era de 50,96 meses (57,54). En los hombres el tiempo medio transcurrido era de 53,77 (64,93) y en las mujeres el tiempo medio era de 45,33 (40,30). La tabla 7 muestra más información sobre las características de los participantes y los rasgos sociodemográficos.

Tabla 7. Descripción de los rasgos sociodemográficos y clínicos de los participantes.

Variables cualitativas muestra		n (%)	IC95%		
Sexo	Hombre	30 (66,7)	1,19-1,48		
	Mujer	15 (33,3)			
Comorbilidad	Hipertensión arterial	No	34 (75,6)	0,11-0,38	
		Sí	11 (24,4)		
	Fibrilación auricular	No	41 (91,1)		0,00-0,18
		Sí	4 (8,9)		
	Diabetes mellitus	No	37 (82,2)		0,06-0,29
		Sí	8 (17,8)		
Disfunción musculoesquelética	No	28 (62,2)	0,23-0,53		
	Sí	17 (37,8)			
Limitación funcional	No	34 (75,6)	0,11-0,38		
	Sí	11 (24,4)			
Diagnóstico clínico	Accidente cerebro-vascular	31 (68,9)	2,43-4,91		
	Lesión neurológica	14 (31,1)			
Afectación corporal	Hemiplejia derecha	15 (33,3)	1,72-2,28		
	Hemiplejia izquierda	19 (42,2)			
	MMII	7 (15,6)			
	MMSS y MMII	4 (8,9)			
Situación de residencia	Sólo	5 (11,1)	1,79-1,98		
	Acompañado	40 (88,9)			
Asistencia en domicilio	No	37 (82,2)	0,06-0,29		
	Sí	8 (17,8)			
Tipo de ayudas	Nada	19 (42,2)	0,72-1,37		
	Silla de ruedas	11 (24,4)			
	Bastón	9 (20)			
	Andador	6 (13,3)			
Motivación para acudir a la Asociación	Recuperarse	28 (62,2)	1,28-1,70		
	Mantenerse	12 (26,7)			
	Recuperarse/mantenerse-ocio	5 (11,1)			

A continuación, analizamos las frecuencias obtenidas al realizar las valoraciones con la escala CIF en los cuatro momentos: V0, V60, V120 y V365. En la primera valoración (V0) participaron 45 personas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión del estudio, en la segunda valoración (V60) participaron 37, en la tercera (V120) fueron 31 participantes y en la cuarta, realizada al año (V365), participaron 20. Los motivos de las pérdidas fueron por muertes (4), bajas por depresión (4), por problemas con el transporte al centro (2), por repeticiones del episodio de ACV (3), por caída con fractura de cadera (1), por recuperación (1) y el resto de participantes se dieron de baja por causas no conocidas. Estas mediciones justifican la validez del estudio, en cuanto a la sistematización y facilidad para describir a una muestra cuyos planes terapéuticos están sometidos a objetivos de medio a largo plazo (cumplidos a partir de los 6 meses del episodio)⁽⁴⁸⁾.

Los ítems que integran la dimensión de movilidad del nivel de participación presentan porcentajes de capacidad total o leve dificultad superiores al 50% de los participantes en la muestra general en los ítems sobre la capacidad para: mantener la sedestación, levantar objetos, movilidad fina, movilidad de piernas (pedaleo), agarre de objetos redondos, caminar distancias cortas, desplazarse por sala y con ayuda y viajar en coche como pasajero. Todos estos ítems de la movilidad se mantienen con altos porcentajes de capacidad en las cuatro valoraciones realizadas en un año de seguimiento de la muestra. Además, la capacidad sobre cambiar posturas (sentado-tenderse) y la mejora con altos porcentajes de capacidad en la segunda, tercera y cuarta valoración. Mientras que el mayor porcentaje de capacidad en la cuarta valoración se sitúa para el ítem de capacidad para mantener la bipedestación. El ítem sobre la capacidad de desplazarse rápido es uno de los que tienen peores niveles de capacidad en un año de seguimiento de la muestra, de hecho donde mejor se observa es en la primera y la cuarta valoración, con el 82% y el 53% de participantes que refieren dificultad completa en la capacidad de este ítem, respectivamente.

Los ítems sobre las capacidades para el autocuidado mantienen buenos niveles de capacidad total o leve dificultad en cada uno de ellos, excepto para la capacidad de vestirse y el uso de cubiertos en la primera evaluación, ya que después las respuestas sobre capacidad de estos aumentan en las siguientes tres valoraciones del ítem adaptado.

Respecto la dimensión de vida comunitaria del nivel de participación, observamos una baja participación en la pregunta sobre la capacidad para participar en obras sociales y además, los entrevistados muestran niveles de peor capacidad para realizar esta con respecto a los otros ítems para la misma dimensión. Sobre la capacidad para ser autónomo, describen nuestros datos descriptivos una disminución de la capacidad a lo largo de un año de seguimiento de la muestra.

En cuanto a las evaluaciones a lo largo de las cuatro mediciones, observamos que todos los ítems tienen un nivel de respuesta casi total de los participantes en cada momento de la valoración. Los datos perdidos del sistema durante el análisis son en gran medida en las preguntas sobre dificultad para conducir y dificultad para montar a caballo, puesto que la mayoría de los participantes refieren no tener carnet o haber dejado de conducir antes de

que le ocurriese el primer episodio de ACV. También, más de la mitad de los participantes de nuestro estudio son hombres, con una media de edad mayor respecto a las mujeres. Lo cual, muchos de los participantes masculinos refieren haber dejado de conducir hace tiempo. Las mujeres participantes del estudio, con una media de edad relativamente alta, refieren no tener carnet excepto dos de edad menor a los 50 años. Los datos para el ítem “dificultad para montar a caballo” están desiertos (9= no aplicable), puesto que, por motivos culturales y sociales esta actividad no formaba parte del día a días de los participantes. Algunos participantes, todos hombres, comentan haber tenido experiencias cuando eran pequeños, pero estas experiencias no son consideradas como una actividad profesional y/o lúdica para nuestro estudio. Algo similar ocurre al preguntarles sobre la “dificultad para cepillarse los dientes”, para la cual tuvimos que hacer la pregunta también sobre la capacidad de limpiar su dentadura postiza.

Del mismo modo, ante la dificultad para el manejo de su propio bienestar (alimentación, citas médicas, gestión de la medicación), las respuestas obtenidas son de total capacidad (0 =no hay problema), con porcentajes de casi el 80% en V0 y casi del 100% en el resto de las valoraciones, como se muestran en las tablas sobre la descripción de los ítems relativos a la CIF en cada una de sus mediciones (tablas 8, 9, 10 y 11). Sin embargo, encontramos que estos resultados son debido a la ayuda de otras personas para poder realizar esta acción, tras observar los bajos porcentajes de capacidad para el mismo ítem no adaptado.

Las preguntas sobre dificultad para desplazarse con la ayuda que necesitase habitualmente, así como el ítem sobre la dificultad para participar en obras sociales, tienen muchos valores perdidos (8 y 9). Esto se explica por dos razones: más del 40% de la muestra refieren no usar ningún tipo de ayuda ortopédica habitualmente, por tanto, sus respuestas eran “9” (valor perdido), y para lo segundo (sobre la dificultad para realizar obras sociales, entendiéndose como tales, actividades parroquiales tipo Cáritas, hermandades, o participar en la Iglesia de forma activa) obtenemos muchos valores perdidos, como 9 y 8, puesto que esta pregunta tiene un gran carácter ideológico. Sin embargo, los porcentajes de respuesta en la pregunta “dificultad para participar en grupos políticos y votaciones” se mantenían en respuesta, pues este se refiere a la capacidad de ejercer el derecho al voto, tal como define la CIF. Es decir, esta pregunta no significaba sólo asistir y participar en grupos políticos.

Sobre los ítems de la dimensión vida comunitaria, además del ya comentado para la capacidad de participar en realizar obras sociales, son: capacidad para participar en asociaciones (referido a establecer relaciones y participar en las actividades extraoficiales de esta), para las actividades de ocio, para su propia autonomía y en grupos políticos. La participación de respuesta para la primera parte de la pregunta de adaptado, el nivel de respuesta es alto. Podemos describir una mejora en la capacidad de participación en la asociación y en actividades de ocio a lo largo de un año. La capacidad de participar en obras sociales tiene muchos valores perdidos como consecuencia de la adaptación de la persona a la nueva situación, que le impide continuar en la realización de este tipo de actividad. El ítem de capacidad para la vida política, se mantiene con valores de ninguna dificultad a lo largo de un año. Los datos descriptivos del ítem sobre la capacidad de autonomía sin ayuda habitual muestran un nivel de participación percibido alto y, en la valoración última realizada en un año, el 30% de los participantes refiere dificultad total para ser autónomos en su día.

A continuación, mostramos en tablas las frecuencias y porcentajes obtenidos de las respuestas de los ítems adaptados relativos a la CIF en las cuatro mediciones que se llevaron a cabo.

Tabla 8. Descripción de variables cualitativas ordinales (ítems adaptados). Primera valoración (V0). Se muestran frecuencias y porcentajes.

Nivel Participación	N	Calificadores*				
		0	1	2	3	4
Dimensión: movilidad						
Cambiar posturas	45	22 (48,9)	6 (13,3)	10 (22,2)	6 (13,3)	1 (2,2)
Mantener sentado	45	39 (86,7)	3 (6,7)	1 (2,2)	2 (4,4)	0
Transferencias	45	16 (35,6)	10 (22,2)	11 (24,4)	7 (15,6)	1 (2,2)
Mantener bipedestación	45	14 (31,1)	6 (13,3)	9 (20,0)	13 (28,9)	3 (6,7)
Levantar objetos	45	35 (77,8)	1 (2,2)	7 (15,6)	2 (4,4)	0
Mover objetos MMH	44	23 (52,3)	6 (13,6)	5 (11,4)	4 (9,1)	6 (13,6)
Movilidad fina mano	45	27 (60,0)	3 (6,7)	8 (17,8)	5 (11,1)	2 (4,4)
Uso mano brazo	45	13 (28,9)	12 (26,7)	12 (26,7)	6 (13,3)	2 (4,4)
Agarre objetos	44	31 (70,5)	5 (11,4)	4 (9,1)	4 (9,1)	0

redondos						
Andar menos 10m	45	18 (40,0)	8 (17,8)	9 (20,0)	8 (17,8)	2 (4,4)
Desplazarse rápido	30	2 (6,7)	1 (3,3)	0	2 (6,7)	25 (83,3)
Desplazarse sala	42	19 (45,2)	11 (26,2)	7 (16,7)	4 (9,5)	1 (2,4)
Desplazarse ayuda	21	12 (57,1)	1 (4,8)	0	4 (19,0)	4 (19,0)
Andar más 10m	45	8 (17,8)	3 (6,7)	6 (13,3)	13 (28,9)	15 (33,3)
Viajar pasajero	44	34 (77,3)	6 (13,6)	3 (6,8)	0	1 (2,3)
Conducción	7	0	3 (42,9)	0	1 (14,3)	3 (42,9)
Montar animales	1	0	0	0	0	1 (100,0)
Dimensión: autocuidado						
Lavarse	45	27 (60,0)	8 (17,8)	5 (11,1)	5 (11,1)	0
Cepillarse dientes	43	37 (86,0)	2 (4,7)	2 (4,7)	0	2 (4,7)
Higiene excreción	45	32 (71,1)	4 (8,9)	4 (8,9)	2 (4,4)	3 (6,7)
Vestirse	44	18 (40,9)	7 (15,9)	12 (27,3)	6 (13,6)	1 (2,3)
Uso cubiertos	45	19 (42,2)	10 (22,2)	8 (17,8)	7 (15,6)	1 (2,2)
Abrir botellas	43	24 (55,8)	5 (11,6)	8 (18,6)	4 (9,3)	2 (4,7)
Manejo bienestar	39	30 (76,9)	4 (10,3)	1 (2,6)	2 (5,1)	2 (5,1)
Peinarse afeitarse	44	33 (75,0)	2 (4,5)	6 (13,6)	3 (6,8)	0
Incontinencia estreñimiento	43	27 (62,8)	7 (16,3)	6 (14,0)	1 (2,3)	2 (4,7)
Dimensión: vida comunitaria						
Participar asociaciones	45	31 (68,9)	7 (15,6)	6 (13,3)	1 (2,2)	0
Actividades ocio	41	21 (51,2)	4 (9,8)	3 (7,3)	3 (7,3)	10 (24,4)
Participación obras sociales	17	8 (47,1)	1 (5,9)	2 (11,8)	3 (17,6)	3 (17,6)
Autonomía	43	27 (62,8)	2 (4,7)	5 (11,6)	3 (7,0)	6 (14,0)
Participar política	45	36 (80,0)	2 (4,4)	4 (8,9)	2 (4,4)	1 (2,2)

Calificadores*: 0 = no hay problema; 1 = problema ligero; 2 = problema moderado; 3 = problema grave; 4 = problema completo.

Tabla 9. Descripción de variables cualitativas ordinales (ítems adaptados). Segunda valoración (V60). Se muestran frecuencias y porcentajes.

Nivel Participación	N	Calificadores*				
		0	1	2	3	4
Dimensión: movilidad						
Cambiar posturas	37	16 (43,2)	11 (29,7)	8 (21,6)	2 (5,4)	0
Mantener sentado	37	32 (86,5)	3 (8,1)	1 (2,7)	1 (2,7)	0
Transferencias	37	17 (45,9)	10 (27,0)	8 (21,6)	2 (5,4)	0
Mantener bipedestación	37	8 (21,6)	2 (5,4)	17 (45,9)	5 (13,5)	5 (13,5)

Levantar objetos	37	30 (81,1)	4 (10,8)	1 (2,7)	2 (5,4)	0
Mover objetos MMII	34	23 (67,6)	3 (8,8)	3 (8,8)	0	5 (14,7)
Movilidad fina mano	33	17 (51,5)	6 (18,2)	4 (12,1)	5 (15,2)	1 (3,0)
Uso mano brazo	37	10 (27,0)	15 (40,5)	3 (8,1)	4 (10,8)	5 (13,5)
Agarre objetos redondos	37	34 (91,9)	3 (8,1)	0	0	0
Andar menos 10m	37	16 (43,2)	5 (13,5)	9 (24,3)	6 (16,2)	1 (2,7)
Desplazarse rápido	5	2 (40,0)	0	0	0	3 (60,0)
Desplazarse sala	36	24 (66,7)	7 (19,4)	2 (5,6)	3 (8,3)	0
Desplazarse ayuda	17	10 (58,8)	2 (11,8)	1 (5,9)	2 (11,8)	2 (11,8)
Andar más 10m	35	11 (31,4)	2 (5,7)	4 (11,4)	7 (20)	11 (31,4)
Viajar pasajero	37	31 (83,8)	5 (13,5)	0	0	1 (2,7)
Conducción	8	1 (12,5)	0	3 (37,5)	0	4 (50,0)
Montar animales	0	0	0	0	0	0
Dimensión: autocuidado						
Lavarse	37	26 (70,3)	6 (16,2)	4 (10,8)	1 (2,7)	0
Cepillarse dientes	34	29 (85,3)	4 (11,8)	1 (2,9)	0	0
Higiene excreción	37	27 (73,0)	5 (13,5)	2 (5,4)	2 (5,4)	1 (2,7)
Vestirse	37	14 (37,8)	13 (35,1)	6 (16,2)	4 (10,8)	0
Uso cubiertos	37	20 (54,1)	3 (8,1)	9 (24,3)	4 (10,8)	1 (2,7)
Abrir botellas	35	19 (54,3)	7 (20)	6 (17,1)	1 (2,9)	2 (5,7)
Manejo bienestar	36	28 (77,8)	3 (8,3)	1 (2,8)	1 (2,8)	3 (8,3)
Peinarse afeitarse	37	25 (67,6)	3 (8,1)	7 (18,9)	2 (5,4)	0
Incontinencia estreñimiento	35	19 (54,3)	10 (28,6)	5 (14,3)	0	1 (2,9)
Dimensión: vida comunitaria						
Participar asociaciones	37	21 (56,8)	7 (18,9)	4 (10,8)	4 (10,8)	1 (2,7)
Actividades ocio	34	22 (64,7)	2 (5,9)	4 (11,8)	5 (14,7)	1 (2,9)
Participación obras sociales	11	4 (36,4)	1 (9,1)	4 (36,4)	1 (9,1)	1 (9,1)
Autonomía	34	20 (58,8)	7 (20,6)	4 (11,8)	1 (2,9)	2 (5,9)
Participar política	35	30 (85,7)	4 (11,4)	1 (2,9)	0	0

Tabla 10. Descripción de variables cualitativas ordinales (ítems adaptados). Tercera valoración (V120). Se muestran frecuencias y porcentajes.

Nivel Participación	N	Calificadores*				
		0	1	2	3	4
Dimensión: movilidad						
Cambiar	31	16 (51,6)	10 (32,3)	4 (12,9)	1 (3,2)	0

posturas						
Mantener sentado	31	29 (93,5)	0	1 (3,2)	1 (3,2)	0
Transferencias	31	14 (45,2)	9 (29,0)	5 (16,1)	2 (6,5)	1 (3,2)
Mantener bipedestación	31	7 (22,6)	6 (19,4)	11 (35,5)	4 (12,9)	3 (9,7)
Levantar objetos	31	27 (87,1)	3 (9,7)	0	1 (3,2)	0
Mover objetos MMII	27	17 (63,0)	5 (18,5)	2 (7,4)	1 (3,7)	2 (7,4)
Movilidad fina mano	31	20 (64,5)	4 (12,9)	4 (12,9)	2 (6,5)	1 (3,2)
Uso mano brazo	31	9 (29,0)	6 (19,4)	10 (32,3)	2 (6,5)	4 (12,9)
Agarre objetos redondos	31	21 (67,7)	5 (16,1)	3 (9,7)	1 (3,2)	1 (3,2)
Andar menos 10m	31	13 (41,9)	2 (6,5)	11 (35,5)	3 (9,7)	2 (6,5)
Desplazarse rápido	10	2 (20)	1 (10)	1 (10)	2 (20)	4 (40)
Desplazarse sala	31	20 (64,5)	5 (16,1)	4 (12,9)	0	2 (6,5)
Desplazarse ayuda	13	9 (69,2)			1 (7,7)	3 (23,1)
Andar más 10m	31	7 (22,6)	3 (9,7)	3 (9,7)	6 (19,4)	12 (38,7)
Viajar pasajero	31	27 (87,1)	2 (6,5)	0	1 (3,2)	1 (3,2)
Conducción	8	1 (12,5)	3 (37,5)	0	0	4 (50,0)
Montar animales	0	0	0	0	0	0
Dimensión: autocuidado						
Lavarse	31	16 (51,6)	11 (35,5)	2 (6,5)	2 (6,5)	0
Cepillarse dientes	29	26 (89,7)	1 (3,4)	1 (3,4)	1 (3,4)	0
Higiene excreción	31	27 (87,1)	1 (3,2)	1 (3,2)	2 (6,5)	0
Vestirse	31	10 (32,3)	13 (41,9)	4 (12,9)	4 (12,9)	0
Uso cubiertos	31	17 (54,8)	4 (12,9)	6 (19,4)	4 (12,9)	0
Abrir botellas	30	15 (50,0)	5 (16,7)	6 (20,0)	3 (10,0)	1 (3,3)
Manejo bienestar	31	27 (87,1)	1 (3,2)	2 (6,5)	0	1 (3,2)
Peinarse afeitarse	30	19 (63,3)	5 (16,7)	4 (13,3)	1 (3,3)	1 (3,3)
Incontinencia estreñimiento	30	15 (50,0)	8 (26,7)	7 (23,3)	0	0
Dimensión: vida comunitaria						
Participar asociaciones	31	19 (61,3)	5 (16,1)	5 (16,1)	2 (6,5)	0
Actividades ocio	31	20 (64,5)	2 (6,5)	2 (6,5)	2 (6,5)	5 (16,1)
Participación obras sociales	13	2 (15,4)	1 (7,7)	2 (15,4)	1 (7,7)	7 (53,8)
Autonomía	31	18 (58,1)	6 (19,4)	3 (9,7)	2 (6,5)	2 (6,5)
Participar política	31	30 (96,8)	0	0	1 (3,2)	0

Tabla 11. Descripción de variables cualitativas ordinales (ítems adaptados). Cuarta valoración (V365). Se muestran frecuencias y porcentajes.

Nivel participación	N	Calificadores*				
		0	1	2	3	4
Dimensión: movilidad						
Cambiar posturas	20	16 (80)	2 (10)	2(10)	0	0
Mantener sentado	20	18 (90)	1 (5)	1 (5)	0	0
Transferencias	20	10 (50)	6 (30)	3 (15)	0	1 (5)
Mantener bipedestación	20	8 (40)	3 (15)	5 (25)	3 (15)	1 (5)
Levantar objetos	20	19 (95)	0	0	1 (5)	0
Mover objetos MMII	19	16 (84,2)	2 (10,5)	1 (5,3)	0	0
Movilidad fina mano	20	17 (85)	1 (5)	1 (5)	1 (5)	0
Uso mano brazo	20	7 (35)	2 (10)	7 (35)	3 (15)	1 (5)
Agarre objetos redondos	20	15 (75)	2 (10)	3 (15)	0	0
Andar menos 10m	20	11 (55)	4 (20)	1 (5)	2 (10)	2 (10)
Desplazarse rápido	19	2 (10,5)	1 (5,3)	6 (31,6)	0	10 (52,6)
Desplazarse sala	20	16 (80)	3 (15)	1 (5)	0	0
Desplazarse ayuda	7	0	0	0	4 (57,1)	3 (42,9)
Andar más 10m	19	5 (26,3)	2 (10,5)	6 (31,6)	2 (10,5)	4 (21,1)
Viajar pasajero	19	18 (94,7)	1 (5,3)	0	0	0
Conducción	10	0	0	2 (20)	0	8 (80)
Montar animales	1	0	0	0	0	1 (100)
Dimensión: autocuidado						
Lavarse	20	19 (95)	1 (5)	0	0	0
Cepillarse dientes	19	17 (89,5)	1 (5,3)	0	0	1 (5,3)
Higiene excreción	20	17 (85)	2 (10)	0	0	1 (5)
Vestirse	20	16 (80)	0	3 (15)	1 (5)	0
Uso cubiertos	20	19 (95)	1 (5)	0	0	0
Abrir botellas	20	15 (75)	2 (10)	2 (10)	1 (5)	0
Manejo bienestar	20	20 (100)	0	0	0	0
Peinarse afeitarse	20	17 (85)	1 (5)	1 (5)	1 (5)	0
Incontinencia estreñimiento	20	16 (80)	4 (20)	0	0	0
Dimensión: vida comunitaria						
Participar asociaciones	20	16 (80)	1 (5)	1 (5)	2 (10)	0
Actividades ocio	19	16 (84,2)	1 (5,3)	0	0	2 (10,5)
Participación obras sociales	5	2 (40)	0	0	0	3 (60)

Autonomía	20	9 (45)	0	1 (5)	4 (20)	6 (30)
Participar política	20	19 (95)	0	0	0	1 (5)

A continuación, se muestran los datos descriptivos de la muestra general para los mismos ítems del nivel de participación sin la ayuda habitual que puede tener el participante. El nivel de participación en estos es más bajo en las cuatro valoraciones realizadas a lo largo de un año de seguimiento, por existir gran cantidad de valores perdidos en el sistema (o no usan ayudas y por tanto, no responden a esta segunda parte de la pregunta o no son capaces de contestar a la pregunta, pues no se imaginan sin esa ayuda). Los ítems con un nivel bajo de respuesta son las capacidades para mantenerse sentado, levantar objetos, movilidad fina, agarre objetos redondos, movilidad del brazo, viajar como pasajero, cepillarse los dientes, participar en asociaciones y actividades de ocio.

En este análisis descriptivo, observamos que la capacidad descrita en estos ítems es menor (dificultad severa a completa), respecto a la descrita anteriormente para los ítems adaptados.

Tabla 12. Descripción de variables cualitativas ordinales (ítems no adaptados). Primera valoración (V0). Se muestran frecuencias y porcentajes.

Nivel participación	N	Calificadores*				
		0	1	2	3	4
Dimensión: movilidad						
Cambiar posturas	22	2 (9,1)	1 (4,5)	0	4 (18,2)	15 (68,2)
Mantener sentado	9	2 (22,2)	1 (11,1)	1 (11,1)	4 (44,4)	1 (11,1)
Transferencias	36	2 (5,6)	1 (2,8)	2 (5,6)	13 (36,1)	18 (50)
Mantener bipedestación	30	0	0	2 (6,7)	8 (26,7)	20 (66,7)
Levantar objetos	7	2 (28,6)	0	0	4 (57,1)	1 (14,3)
Mover objetos MMII	13	0	1 (7,7)	1 (7,7)	0	11 (84,6)
Movilidad fina mano	8	2 (25)	0	0	3 (37,5)	3 (37,5)
Uso mano brazo	3	2 (66,7)	0	1 (33,3)	0	0
Agarre objetos redondos	8	3 (37,5)	1 (12,5)	0	1 (12,5)	3 (37,5)
Andar menos 10m	29	0	0	5 (17,2)	4 (13,8)	20 (69)
Desplazarse rápido	13	1 (7,7)	0	0	0	12 (92,3)
Desplazarse sala	27	1 (3,7)	0	4 (14,8)	3 (11,1)	19 (70,4)

Desplazarse ayuda	12	0	1 (8,3)	1 (8,3)	1 (8,3)	9 (75)
Andar más 10m	32	2 (6,3)	0	2 (6,3)	2 (6,3)	26 (81,3)
Viajar pasajero	8	2 (25)	0	1 (12,5)	2 (25)	3 (37,5)
Conducción	0	0	0	0	0	0
Montar animales	0	0	0	0	0	0
Dimensión: autocuidado						
Lavarse	33	0	0	2 (6,1)	8 (24,2)	23 (69,7)
Cepillarse dientes	7	0	0	1 (14,3)	0	6 (85,7)
Higiene excreción	16	1 (6,3)	0	0	2 (12,5)	13 (81,3)
Vestirse	31	-	1 (3,2)	0	11 (35,5)	19 (61,3)
Uso cubiertos	24	2 (8,3)	0	2 (8,3)	8 (33,3)	12 (50)
Abrir botellas	15	0	0	1 (6,7)	5 (33,3)	9 (60)
Manejo bienestar	21	0	1 (4,8)	3 (14,3)	3 (14,3)	14 (66,7)
Peinarse afeitarse	20	2 (10)	3 (15)	2 (10)	3 (15)	10 (50)
Incontinencia estreñimiento	13	1 (7,7)	2 (15,4)	1 (7,7)	5 (38,5)	4 (30,8)
Dimensión: vida comunitaria						
Participar asociaciones	4	1 (25)	0	0	3 (75)	0
Actividades ocio	8	0	0	1 (12,5)	0	7 (87,5)
Participación obras sociales	12	0	0	2 (16,7)	1 (8,3)	9 (75)
Autonomía	23	0	1 (4,3)	1 (4,3)	4 (17,4)	17 (73,9)
Participar política	19	3 (15,8)	0	0	7 (36,8)	9 (47,4)

Tabla 13. Descripción de variables cualitativas ordinales (ítems no adaptados). Segunda valoración (V60). Se muestran frecuencias y porcentajes.

Nivel participación	N	Calificadores*				
		0	1	2	3	4
Dimensión: movilidad						
Cambiar posturas	15	0	0	3 (20)	2 (13,3)	10 (66,7)
Mantener sentado	5	1 (20)	1 (20)	0	1 (20)	2 (40)
Transferencias	20	0	0	0	8 (40)	12 (60)
Mantener bipedestación	17	1 (5,9)	0	2 (11,8)	2 (11,8)	12 (70,6)
Levantar objetos	4	1 (25)	0	1 (25)	1 (25)	1 (25)
Mover objetos MMH	6	0	0	1 (16,7)	1 (16,7)	4 (66,7)
Movilidad fina mano	7	1 (14,3)	0	0	3 (42,9)	3 (42,9)
Uso mano brazo	2	1 (50)	0	0	0	1 (50)
Agarre objetos redondos	4	1 (25)	0	0	2 (50)	1 (25)
Andar menos	23	0	0	0	3 (13)	20 (87)

10m						
Desplazarse rápido	3	1 (33,3)	0	0	0	2 (66,7)
Desplazarse sala	21	0	1 (4,8)	1 (4,8)	6 (28,6)	13 (61,9)
Desplazarse ayuda	8	0	0	0	3 (37,5)	5 (62,5)
Andar más 10m	20	0	0	0	2 (10)	18 (90)
Viajar pasajero	4	0	1 (25)	0	1 (25)	2 (50)
Conducción	0	0	0	0	0	0
Montar animales	0	0	0	0	0	0
Dimensión: autocuidado						
Lavarse	29	0	2 (6,9)	2 (6,9)	5 (17,2)	20 (69)
Cepillarse dientes	8	1 (12,5)	0	2 (25)	3 (37,5)	2 (25)
Higiene excreción	11	0	0	0	4 (36,4)	7 (63,6)
Vestirse	26	0	0	2 (7,7)	9 (34,6)	15 (57,7)
Uso cubiertos	18	0	0	2 (11,1)	7 (38,9)	9 (50)
Abrir botellas	11	0	0	0	4 (36,4)	7 (63,6)
Manejo bienestar	22	1 (4,5)	1 (4,5)	1 (4,5)	6 (27,3)	12 (54,5)
Peinarse afeitarse	19	1 (5,3)	0	4 (21,1)	9 (47,4)	5 (26,3)
Incontinencia estreñimiento	15	0	1 (6,7)	2 (13,3)	6 (40)	6 (40)
Dimensión: vida comunitaria						
Participar asociaciones	6	1 (16,7)	0	1 (16,7)	2 (33,3)	2 (33,3)
Actividades ocio	5	1 (20)	0	0	4 (80)	0
Participación obras sociales	6	0	1 (16,7)	0	0	5 (83,3)
Autonomía	15	1 (6,7)	1 (6,7)	0	3 (20)	10 (66,7)
Participar política	8	0	0	1 (12,5)	3 (37,5)	4 (50)

Tabla 14. Descripción de variables cualitativas ordinales (ítems no adaptados). Tercera valoración (V120). Se muestran frecuencias y porcentajes.

Nivel participación	N	Calificadores*				
		0	1	2	3	4
Dimensión: movilidad						
Cambiar posturas	12	0	0	2 (16,7)	2 (16,7)	8 (66,7)
Mantener sentado	4	0	1 (25)	1 (25)	1 (25)	1 (25)
Transferencias	17	0	1 (5,9)	0	4 (23,5)	12 (70,6)
Mantener bipedestación	22	1 (4,5)	1 (4,5)	2 (9,1)	6 (27,3)	12 (54,5)
Levantar objetos	1	0	0	0	0	1 (100)
Mover objetos MMII	7	0	0	0	0	7 (100)
Movilidad fina mano	5	0	0	0	1 (20)	4 (80)

Uso mano brazo	0	0	0	0	0	0
Agarre objetos redondos	1	0	0	0	0	1 (100)
Andar menos 10m	19	1 (5,3)	2 (10,5)	0	4 (21,1)	12 (63,2)
Desplazarse rápido	1	0	0	0	0	1 (100)
Desplazarse sala	19	1 (5,3)	0	2 (10,5)	8 (42,1)	8 (42,1)
Desplazarse ayuda	8	0	0	0	2 (25)	6 (75)
Andar más 10m	14	0	2 (14,3)	0	1 (7,1)	11 (78,6)
Viajar pasajero	3	1 (33,3)	0	0	1 (33,3)	1 (33,3)
Conducción	1	0	0	0	1 (100)	0
Montar animales	0	0	0	0	0	0
Dimensión: autocuidado						
Lavarse	24	0	0	3 (12,5)	3 (12,5)	18 (75)
Cepillarse dientes	9	0	0	0	1 (11,1)	8 (88,9)
Higiene excreción	10	0	1 (10)	0	2 (20)	7 (70)
Vestirse	23	0	0	0	5 (21,7)	18 (78,3)
Uso cubiertos	11	0	0	0	5 (45,5)	6 (54,5)
Abrir botellas	8	0	1 (12,5)	0	2 (25)	5 (62,5)
Manejo bienestar	18	0	0	0	6 (33,3)	12 (66,7)
Peinarse afeitarse	14	0	0	2 (14,3)	4 (28,6)	8 (57,1)
Incontinencia estreñimiento	11	0	1 (9,1)	1 (9,1)	0	9 (81,8)
Dimensión: vida comunitaria						
Participar asociaciones	8	0	0	0	2 (25)	6 (75)
Actividades ocio	0	0	0	0	0	0
Participación obras sociales	5	0	0	0	0	5 (100)
Autonomía	17	0	0	2 (11,8)	5 (29,4)	10 (58,8)
Participar política	2	0	0	1 (50)	1 (50)	0

Tabla 15. Descripción de variables cualitativas ordinales (ítems no adaptados). Cuarta valoración (V365). Se muestran frecuencias y porcentajes.

Nivel participación	N	Calificadores*				
		0	1	2	3	4
Dimensión: movilidad						
Cambiar posturas	3	0	1 (33,3)	0	0	2 (66,7)
Mantener sentado	4	1 (25)	0	1 (25)	0	2 (50)
Transferencias	3	0	0	0	1 (33,3)	2 (66,7)
Mantener bipedestación	13	0	1 (7,7)	0	3 (23,1)	9 (69,2)

Levantar objetos	12	1 (8,3)	0	0	1 (8,3)	10 (83,3)
Mover objetos MMH	6	1 (16,7)	0	1 (16,7)	2 (33,3)	2 (33,3)
Movilidad fina mano	7	0	0	0	1 (14,3)	6 (85,7)
Uso mano brazo	0	0	0	0	0	0
Agarre objetos redondos	7	0	0	0	1 (14,3)	6 (85,7)
Andar menos 10m	15	3 (20)	1 (6,7)	1 (6,7)	3 (20)	7 (46,7)
Desplazarse rápido	16	1 (6,3)	1 (6,3)	1 (6,3)	2 (12,5)	11 (68,8)
Desplazarse sala	11	0	0	2 (18,2)	4 (36,4)	5 (45,5)
Desplazarse ayuda	6	2 (33,3)	1 (16,7)	0	0	3 (50)
Andar más 10m	19	2 (10,5)	2 (10,5)	1 (5,3)	4 (21,1)	10 (52,6)
Viajar pasajero	1	0	0	0	0	1 (100)
Conducción	7	0	0	0	0	7 (100)
Montar animales	1	0	0	0	0	1 (100)
Dimensión: autocuidado						
Lavarse	15	0	0	0	6 (40)	9 (60)
Cepillarse dientes	4	0	0	1 (25)	1 (25)	2 (50)
Higiene excreción	7	0	0	0	2 (28,6)	5 (71,4)
Vestirse	13	0	1 (7,7)	0	3 (23,1)	9 (69,2)
Uso cubiertos	8	0	0	0	1 (12,5)	7 (87,5)
Abrir botellas	6	0	0	0	1 (16,7)	5 (83,3)
Manejo bienestar	15	0	0	1 (6,7)	2 (13,3)	12 (80)
Peinarse afeitarse	7	0	0	0	0	7 (100)
Incontinencia estreñimiento	9	1 (11,1)	1 (11,1)	1 (11,1)	0	6 (66,7)
Dimensión: vida comunitaria						
Participar asociaciones	3	0	0	0	2 (66,7)	1 (33,3)
Actividades ocio	3	0	0	0	1 (33,3)	2 (66,7)
Participación obras sociales	3	0	0	0	0	3 (100)
Autonomía	13	0	0	2 (15,4)	3 (23,1)	8 (61,5)
Participar política	1	0	0	0	1 (100)	0

Las tablas anteriores (tablas 12-15) muestran los resultados del análisis descriptivo de los ítems relativos a la CIF sin considerar la ayuda habitual necesaria. Hay más cantidad de valores perdidos en estos análisis que para los ítems adaptados, por los motivos que explicamos anteriormente. Además, debemos considerar que el número de participantes

que responden disminuye en cada momento de evaluación marcado, principalmente por la pérdida de muestra y, en segundo lugar, por la no necesidad de ayuda para hacer tareas como de ocio o la de participación en asociaciones o en obras sociales, con lo cual la valoración de la segunda pregunta (ítems no adaptado) sería marcada con un “9”.

Las variables de las que podemos comenzar a obtener resultados más significativos, por número total de participación (N) y cambios a lo largo de un año de seguimiento, son las siguientes: cambiar posturas, transferencias, bipedestación, caminar menos de 10 m y más de 10 m y desplazarse por la sala; lavarse, vestirse y uso de cubiertos; y manejo del bienestar y capacidad para la autonomía. De la que hemos obtenido mayor porcentaje de respuestas es sobre la capacidad de caminar sin su ayuda habitual y evidenciamos una evolución favorable a partir de las tercera y cuarta valoración para trayectos más cortos y trayectos largos, respectivamente. Algo similar ocurre para el ítem de capacidad para mantener la bipedestación durante un tiempo óptimo.

Sobre las capacidades de lavarse y vestirse sin la ayuda habitual, que en estos ítems era prioritariamente la soportada por una persona cuidadora, obtenemos resultados muy fluctuantes que tienden a mantenerse entre la tercera y cuarta valoración. En contra de los resultados para la evaluación de la autonomía del paciente, que podemos observar un aumento en los resultados de capacitación sin la ayuda habitual. Así como, la menor dificultad para desplazarse por la amplia sala de Fisioterapia donde se ubica la Asociación, evidenciada desde la segunda evaluación. En los ítems para la capacidad para cambiar las posturas y para las transferencias sin la ayuda habitual hay una pérdida significativa de muestra. Esto refleja la ausencia de uso de ayudas y, por ende, la no necesidad de responder a la segunda parte de la pregunta de esta escala de valoración.

Por último, demostramos que hay una participación muy baja de respuestas en los ítems referidos a la movilidad del miembro superior y esto es debido a la falta de los encuestados de ser capaces de considerar la pregunta sobre capacitación de la tarea sin la ayuda habitual. Así, los participantes estaban muy adaptados a realizar tareas funcionales con los brazos “buscando” sus propias adaptaciones, como muestran los valores de poca dificultad en los ítems adaptados relativos a la CIF.

5.1.1. Comparación entre las cuatro mediciones del nivel de participación para el estudio de seguimiento de la cohorte.

En este apartado mostramos los resultados para la prueba ANOVA de Friedman y la prueba de comparaciones por parejas para valorar las diferencias en el nivel de participación de la muestra a lo largo de las cuatro mediciones. Los valores de estas pruebas se presentan en la tabla 16. La prueba ANOVA de Friedman para los ítems no adaptados relativos a la CIF no ha mostrado valores significativos y, por tanto, no podemos concluir diferencias entre dos momentos evaluados para estos ítems. Los resultados de esta prueba los exponemos en el Anexo III.

Comprobamos que existen diferencias significativas ($p < 0,05$) en la dimensión de movilidad en la capacidad para cambiar posturas y en la dimensión de autocuidado para la capacidad del vestido y uso de cubiertos. Estas diferencias son demostradas entre la primera y la cuarta valoración (ver tabla 10). Los datos descriptivos del apartado anterior permiten describir que esos cambios son interpretados como de mejora en las capacidades y, por ende, del aumento del nivel de participación en los participantes de la muestra. Con el ítem de la dimensión de vida comunitaria sobre la capacidad para participar en obras sociales, no hemos podido comprobar una diferencia significativa entre un par de momentos de la evolución, por tener una participación de respuestas muy baja.

Tabla 16. ANOVA de Friedman y prueba de comparaciones por pareja en las cuatro mediciones para los ítems adaptados relativos de la Clasificación Internacional del Funcionamiento.

ÍTEMS	ANOVA FRIEDMAN P	Mediciones					
		V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365
Cambiar posturas	0,033	-	-	0,027	-	0,045	-
Mantener sentado	0,855	-	-	-	-	-	-
Transferencias	0,786	-	-	-	-	-	-
Mantener bipedestación	0,239	-	-	-	-	-	-
Levantar objetos	0,329	-	-	-	-	-	-
Mover objetos con MMII	0,051	-	-	-	-	-	-
Movilidad fina mano	0,186	-	-	-	-	-	-
Uso mano y brazo	0,619	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos	0,077	-	-	-	-	-	-
Andar <10m	0,786	-	-	-	-	-	-
Desplazarse rápido	No se pudo calcular	-	-	-	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia	0,112	-	-	-	-	-	-
Desplazarse con ayuda	0,321	-	-	-	-	-	-
Andar >10m	0,357	-	-	-	-	-	-
Viajar pasajero	0,477	-	-	-	-	-	-
Conducción	0,392	-	-	-	-	-	-
Montar en animales	No se pudo calcular	-	-	-	-	-	-
Lavarse	0,043	-	-	-	-	-	0,111
Cepillarse dientes	0,475	-	-	-	-	-	-
Higiene excreción	0,118	-	-	-	-	-	-
Vestirse	0,019	-	-	0,017	-	-	-
Uso cubiertos	0,010	-	-	0,037	-	-	0,076
Abrir botellas	0,783	-	-	-	-	-	-

Manejo bienestar	0,269	-	-	-	-	-	-
Peinarse-Afeitado	0,724	-	-	-	-	-	-
Incontinencia-estreñimiento	0,165	-	-	-	-	-	-
Participar asociaciones	0,121	-	-	-	-	-	-
Actividades tiempo libre	0,110	-	-	-	-	-	-
Participación obras sociales	0,043	-	-	-	0,075	0,075	-
Autonomía	0,652	-	-	-	-	-	-
Participar política	0,557	-	-	-	-	-	-

5.2. Análisis del nivel de participación percibido por los participantes en función a las variables sociodemográficas y clínicas

Para este apartado, exponemos los resultados de medidas repetidas de la muestra en función de los ítems vinculados con la CIF para medir el nivel de participación. Estos se conocen como “capítulos de la CIF” y son los ítems que componen las dimensiones de movilidad, autocuidado y vida comunitaria. En cada subapartado presentamos los resultados en tablas que muestran los datos descriptivos para las variables cuantitativas del estudio, que son la edad y el tiempo transcurrido, y para las cualitativas, que son el resto de rasgos sociodemográficos y clínicos. En segundo lugar, presentamos los resultados del análisis descriptivo de los ítems relativos a la CIF según cada rasgo sociodemográfico estudiado, incluyendo las diferencias encontradas entre medidas repetidas para rechazar o aceptar la Hipótesis Nula (H0). En último lugar, se muestran las diferencias intragrupo y la prueba de comparaciones por pareja. Los ítems valorados en este ANOVA de Friedman, son aquellos relativos a la CIF que a lo largo de un año han sufrido más variaciones, según el análisis descriptivo inicial realizado.

5.2.1. Análisis del nivel de participación en función del sexo de los participantes

La siguiente tabla (ver tabla 17) muestra los resultados comentados al inicio de este apartado, como la edad y el tiempo transcurrido en hombres y mujeres. El valor de $p < 0,05$ al analizar el diagnóstico principal y la situación de residencia en función del sexo, fueron obtenidos mediante la “ji” cuadrado, al igual que el resto. Estos dos valores, indican que las variables diagnóstico y residencia están relacionadas con el sexo. Teniendo el 80% de los hombres un diagnóstico de ACV y el restante otro tipo de lesión neurológica. En las mujeres, 47% presentaban un diagnóstico de ACV, mientras que el 53% presentaba algún tipo de lesión neurológica.

Tabla 17. Análisis de las variables sociodemográficas y clínicas por sexo.

		SEXO								Prueba U de Mann-Whitney P
		HOMBRES				MUJERES				
EDAD		Media	DT	Mín.	Máx.	Media	DT	Mín.	Máx.	0,515
			71,40	6,82	56	90	68,53	15,96	31	
TIEMPO TRANSCURRIDO		Mediana (Q1; Q3)				Mediana (Q1; Q3)				0,838
		29,50 (11,75; 69)				34 (14; 75)				
		n (%)				n (%)				Chi cuadrado P
HTA	No	22 (73,3)				12 (80)				0,726
	Sí	8 (26,7)				3 (20)				
FA	No	26 (86,7)				15 (100)				0,285
	Sí	4 (13,3)				0				
DM	No	23 (76,7)				14 (93,3)				0,236
	Sí	7 (23,3)				1 (6,7)				
Disfunción musculoesquelética	No	19 (63,3)				9 (60)				0,828
	Sí	11 (36,7)				6 (40)				
Limitación funcional	No	23 (76,7)				11 (73,3)				1,000
	Sí	7 (23,3)				4 (26,7)				
Diagnóstico principal	ACV	24 (80)				7 (46,7)				0,039
	Lesión neurológica	6 (20)				8 (53,3)				
Afectación corporal	Hemiplejia derecha	11 (36,7)				4 (26,7)				0,594
	Hemiplejia izquierda	13 (43,3)				6 (40)				
	MMII	3 (10)				4 (26,7)				
	MMSS y MMII	3 (10)				1 (6,7)				
Situación de residencia	Solo	1 (3,3)				4 (26,7)				0,036
	Acompañado	29 (96,7)				11 (73,3)				

Asistencia domiciliaria	No	27 (90)	10 (66,7)	0,095
	Sí	3 (10)	5 (33,3)	
Tipo de ayuda al movimiento	Nada	14 (46,7)	5 (33,3)	0,286
	Silla de ruedas	7 (23,3)	4 (26,7)	
	Bastón	7 (23,3)	2 (13,3)	
	Andador	2 (6,7)	4 (26,7)	
Motivación de Fisioterapia	Recuperarse	18 (60)	10 (66,7)	0,807
	Mantenerse	9 (30)	3 (20)	
	Ocio	3 (10)	2 (13,3)	

Los datos presentados a continuación muestran la Mediana (Me) y cuartiles (Q1;Q3) de los ítems valorados con un nivel de significación de $p < 0,05$ encontrado en algunos de los momentos medidos. Así, usamos el número 1 para referirnos a V0, el 2 para V60, el 3 para V120 y el 4 para V365, al final de cada ítem. De modo que, el valor de $p < 0,05$, en los ítems que se presentan en la tabla nos indica que hay evidencia para rechazar la hipótesis nula (H_0), y por tanto concluimos que hay diferencia significativa entre la capacidad de tener autonomía en V0 en hombres y mujeres; entre la dificultad para participar en actividades de tiempo libre en V60 en hombres y mujeres; entre la dificultad para participar en obras sociales en V60 en hombres y mujeres; entre la dificultad para peinarse o afeitarse en V120 en hombres y mujeres; y también, existe diferencia significativa entre la dificultad para realizar tareas que incluyan la movilidad del brazo con la prensión de la garra de la mano (como coger un vaso de agua para beber) en las mediciones de V120 y V365 en hombres y mujeres.

En la tabla 18 mostramos otros ítems con valores p que se aproximan al nivel de significación $p < 0,05$. En función a las dos categorías por sexo, no encontramos diferencias significativas para ninguna de las tareas sin la ayuda habitual (ítems no adaptado) medida en cualquiera de los cuatro momentos de evaluaciones (Anexo IV).

Tabla 18. Análisis de las variables relativas a los ítems de la CIF (adaptado) por sexo. Se muestran ítems de las cuatro valoraciones.

Ítems	SEXO				P U de Mann-Whitney	Tamaño del efecto
	HOMBRES		MUJERES			
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3		
Desplazarse con ayuda adaptado 1	13	3 (0-4)	8	0 (0-0)	0,053	0,09
Actividades tiempo libre adaptado 1	26	0 (0-2)	15	3 (0-4)	0,052	0,256
Autonomía adaptado 1	28	0,5 (0-3)	15	0 (0-0)	0,018	0,38
Peinarse-afeitado adaptado 2	24	0 (0-0)	13	2 (0-2)	0,058	0,01
Actividades tiempo libre adaptado 2	23	0 (0-0)	12	2 (0-3)	0,010	0,53
Participación obras sociales adaptado 2	6	0 (0-1,25)	5	2 (2-3,5)	0,009	0,9
Uso mano y brazo adaptado 3	20	1 (0-2)	11	2 (1-3)	0,049	0,43
Peinarse-afeitado adaptado 3	19	0 (0-0)	11	1 (0-2)	0,007	0,59
Actividades tiempo libre adaptado 3	20	0 (0-0,75)	11	3 (0-4)	0,072	0,4
Uso mano y brazo adaptado 4	15	1 (0-2)	5	3 (2-3,5)	0,008	0,78

Las actividades de ocio que incluían, entre las más comunes, las labores (ganchillo, punto) y juegos de mesa (dominó y cartas) para mujeres y hombres, respectivamente. También, algunos participantes referían “jugar con los nietos”, y nadie se refirió a una actividad deportiva como actividad de tiempo libre. Otras actividades de ocio que se daban en ambos sexos, era la lectura y cuando se referían a ver la televisión sin un objetivo, como programas de economía, política o programas culturales, esta actividad no se evaluó como “tiempo libre”. El análisis de estos resultados nos muestra unos valores de p significativos al describir los cambios en la dificultad para realizar actividades de ocio, en las mediciones V0, V60 y V120, en función del sexo (ver Gráfico 1). También, se plasman los diagramas de barras agrupadas porque representa de forma más clara estos resultados (ver Gráfico 2).

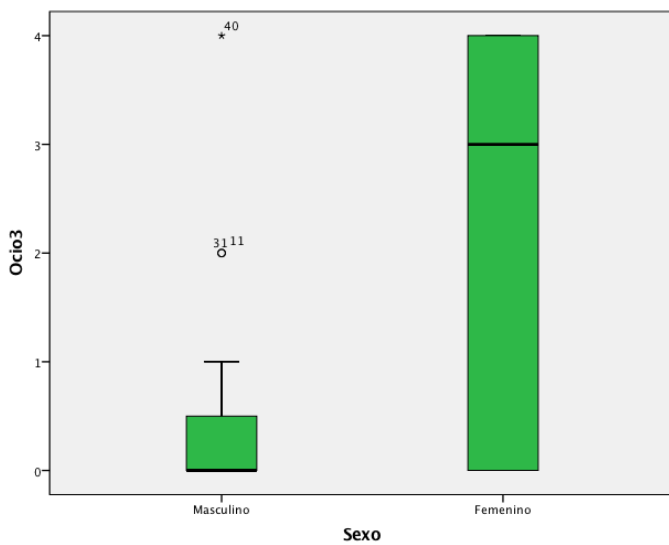
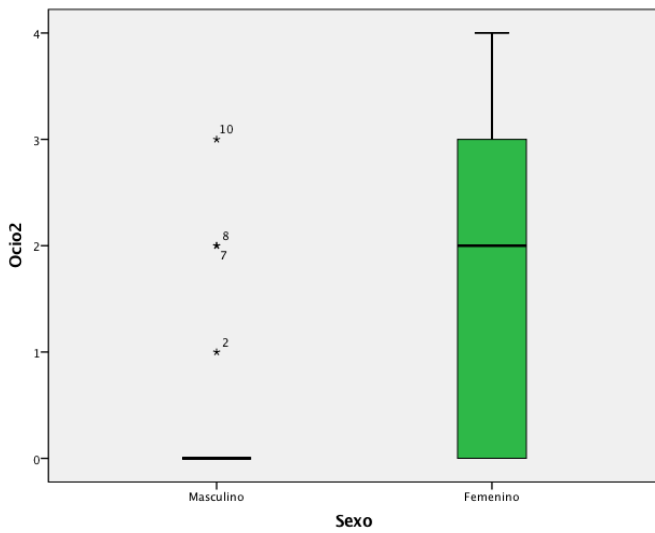
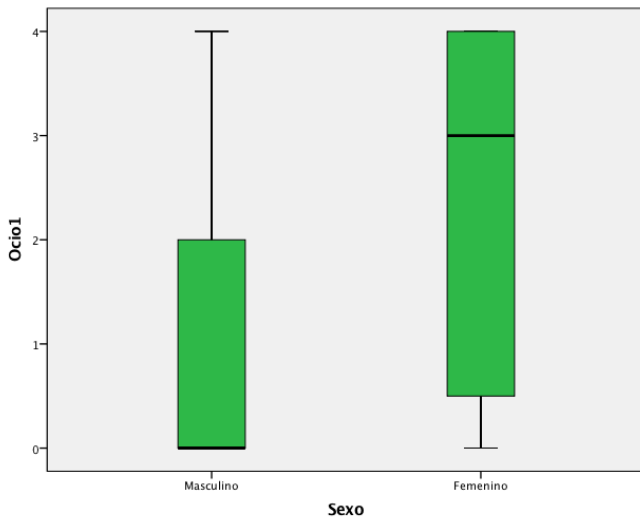


Gráfico 1. Diagrama de cajas para ítem “actividades de ocio”, en función del sexo. Se muestran en las tres mediciones (V0, V60 y V120).

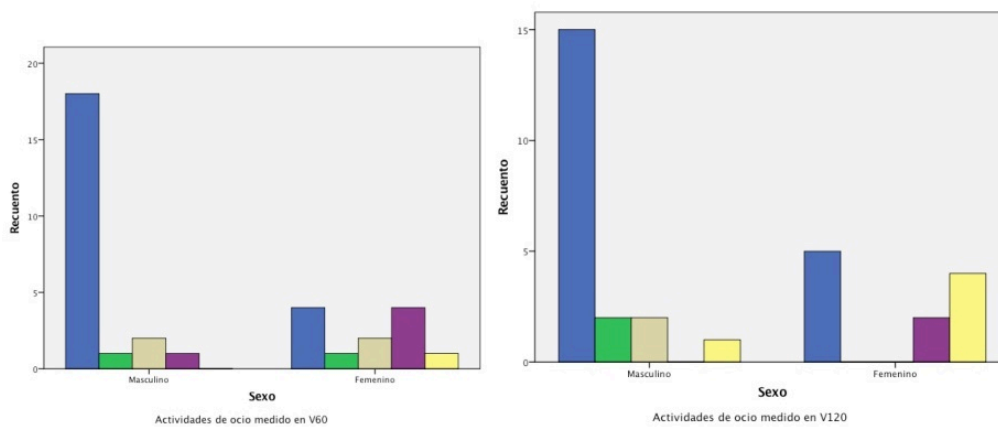
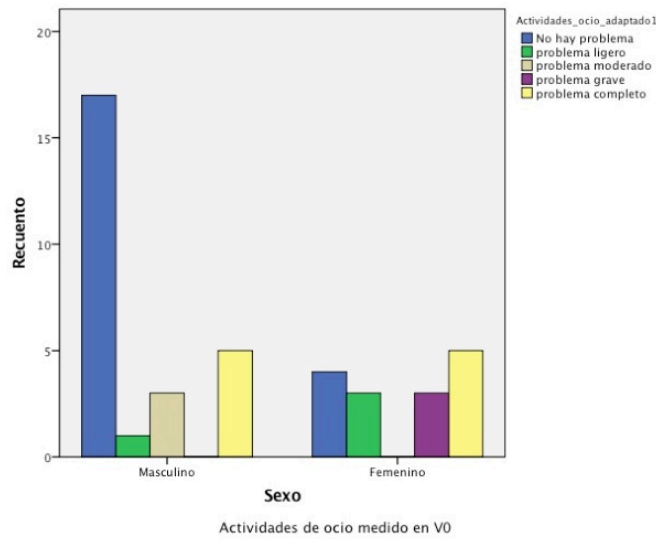


Gráfico 2. Número de casos para ítem “actividades de ocio” en tres mediciones (V0, V60 y V120), según el sexo.

Por último, con los valores de la prueba ANOVA de Friedman para las comparaciones intragrupo en la categoría sexo (masculino y femenino) podemos interpretar que existen diferencias significativas para el ítem “capacidad de mover las piernas” entre la primera y cuarta evaluación para el sexo femenino, y diferencias significativas para la “capacidad de uso de cubiertos” entre los mismos momentos evaluados en el sexo masculino. Las siguientes tablas (Tablas 19 y 20) muestran de forma clara los resultados para los dos ítems con nivel de significación de $p < 0,05$, y la prueba de comparaciones entre pareja. Los resultados de la prueba de comparaciones entre parejas para los ítems no adaptados relativos a la CIF se muestran en el Anexo V. No se han

obtenido diferencias significativas para cada una de las dos categorías de la variable sexo, evidenciando una “n” insuficiente en algunos de los ítems para poder realizar el análisis.

Tabla 19. Resultados del análisis descriptivo y el valor de p significativo de la variable “uso de utensilios para comer”, en los momentos evaluados en función del sexo.

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Uso cubiertos (mujeres)	15	1 (0; 2)	13	1 (0; 2)	11	0 (0; 2)	5	-
Uso cubiertos (hombres)	30	1 (0; 2)	24	0 (0; 2)	20	0 (0; 2)	15	0 (0; 0)
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365		
	-	-	0,049	-	-	-		

Tabla 20. Resultados del análisis descriptivo y el valor de p significativo de la variable “mover MMII”, en los momentos evaluados en función del sexo.

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Mover MMII (hombres)	29	0 (0; 3)	22	0 (0; 2,5)	16	0 (0; 2)	14	0 (0; 0,25)
Mover MMII (mujeres)	15	0 (0; 2)	12	0 (0; 1)	11	0 (0; 1)	5	-
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365		
	-	-	0,027	-	-	-		

5.2.2. Análisis del nivel de participación en función del tiempo transcurrido desde el primer episodio de ictus o lesión neurológica

Los resultados de las variables sociodemográficas y clínicas basales y de los ítems relativos a la CIF para el nivel de participación en función del tiempo transcurrido desde el primer episodio de ACV o lesión neurológica se presentan a continuación (ver Tablas 21 y 22).

Tabla 21. Análisis de las variables sociodemográficas y clínicas por tiempo transcurrido.

		Tiempo transcurrido (meses)								Prueba U de Mann-Whitney P
		<= 24				> 24				
EDAD		Media	DT	Mín.	Máx.	Media	DT	Mín.	Máx.	0,021
		n (%)				n (%)				
Sexo	Masculino	13 (68,4)				17 (65,4)				1,000
	Femenino	6 (31,6)				9 (34,6)				
HTA	No	15 (78,9)				19 (73,1)				0,736
	Sí	4 (21,1)				7 (26,9)				
FA	No	17 (89,5)				24 (92,3)				1,000
	Sí	2 (10,5)				2 (7,7)				
DM	No	18 (94,7)				19 (73,1)				0,113
	Sí	1 (5,3)				7 (26,9)				
Disfunción musculoesquelética	No	12 (63,2)				16 (61,5)				1,000
	Sí	7 (36,8)				10 (38,5)				
Limitación funcional	No	13 (68,4)				21 (80,8)				0,485
	Sí	6 (31,6)				5 (19,2)				
Diagnóstico principal	ACV	13 (68,4)				18 (69,2)				1,000
	Lesión neurológica	6 (31,6)				8 (30,8)				
Afectación corporal	Hemiplejia derecha	8 (42,1)				7 (26,9)				0,088
	Hemiplejia izquierda	4 (21,1)				15 (57,7)				
	MMII	5 (26,3)				2 (7,7)				
	MMSS y MMII	2 (10,5)				2 (7,7)				
Situación de residencia	Sólo	4 (21,1)				1 (3,8)				0,146
	Acompañado	15 (78,9)				25 (96,2)				
Asistencia domiciliaria	No	16 (84,2)				21 (80,8)				1,000
	Sí	3 (15,8)				5 (19,2)				
Tipo de ayuda al movimiento	Nada	10 (52,6)				9 (34,6)				0,497
	Silla de ruedas	5 (26,3)				6 (23,1)				
	Bastón	2 (10,5)				7 (26,9)				
	Andador	2 (10,5)				4 (15,4)				
Motivación de Fisioterapia	Recuperarse	14 (73,7)				14 (53,8)				0,401
	Mantenerse	4 (21,1)				8 (30,8)				
	Ocio	1 (5,3)				4 (15,4)				

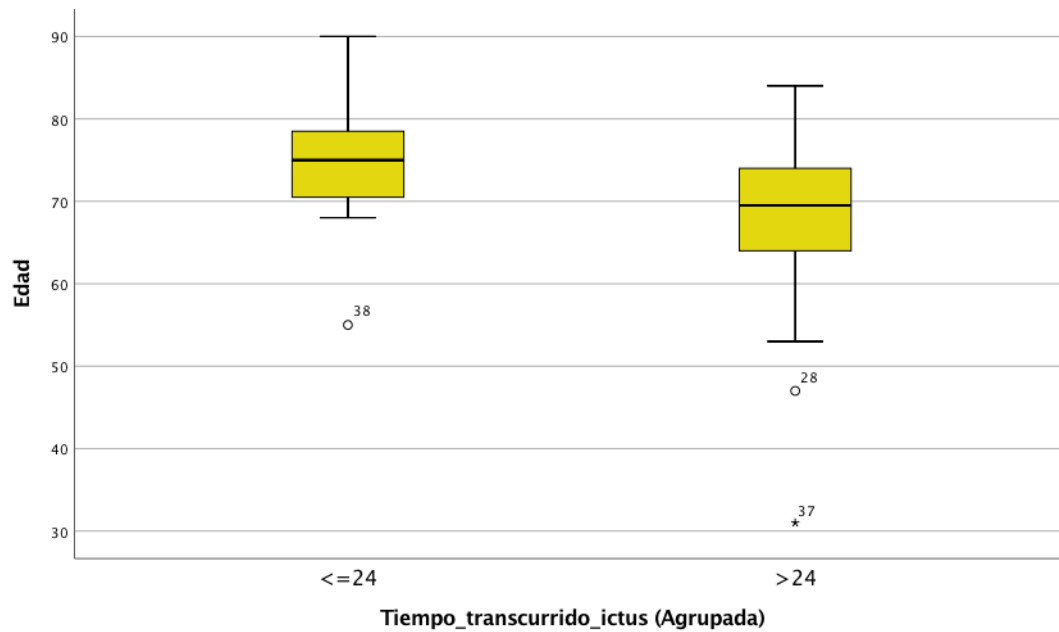


Gráfico 3. Representación de la edad por tiempo transcurrido (categorizada). Se muestra un diagrama de cajas.

Los datos nos revelan la relación que existe entre la edad y el tiempo transcurrido categorizado (valor $p < 0,05$). En el gráfico 3 evidenciamos la relación entre ambas variables, donde la edad media de los casos más recientes de ACV es menor que para los casos con mayor tiempo transcurrido.

Tabla 22. Análisis de las variables relativas a los ítems adaptados de la CIF por tiempo transcurrido (meses). Se muestran percentiles.

Ítems	TIEMPO TRANSCURRIDO (meses)				P U de Mann-Whitney	Tamaño del efecto
	<= 24		>24			
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3		
Mantener bipedestación adaptado 1	19	1 (0-2)	26	2 (1-3)	0,032	0,36
Participar asociaciones adaptado 1	19	1 (0-2)	26	0 (0-0)	0,002	0,43
Mantener bipedestación adaptado 2	14	2 (0-2)	23	2 (2-3)	0,042	0,40
Peinarse-afeitado adaptado 2	14	1 (0-2)	23	0 (0-0)	0,036	0,42
Desplazarse por sala Fisioterapia adaptado 4	5	1 (0-1,5)	15	0 (0-0)	0,081	0,55

En segundo lugar, observamos evidencia para rechazar la H0 y concluir que encontramos diferencias significativas en la dimensión movilidad para el ítem sobre la capacidad de mantener la bipedestación en V0 y V60 para los dos grupos de tiempo transcurrido. También, hayamos diferencias significativas en los ítems de la dimensión de autocuidado sobre la capacidad para peinarse y vestirse en V60 y V120 para los dos grupos. En la dimensión de vida comunitaria, rechazamos las H0 y concluimos que existen diferencias significativas entre la capacidad para participar en asociaciones en la primera valoración para los dos grupos de tiempo transcurrido (ver tabla 22).

Tabla 23. Análisis de las variables relativas a los ítems no adaptados de la CIF (no adaptado) por tiempo transcurrido (meses). Se muestran percentiles.

Ítems	TIEMPO TRANSCURRIDO (meses)				P U de Mann-Whitney	Tamaño del efecto
	<= 24		>24			
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3		
Vida política no adaptado 1	8	0	11	3 (0-3)	< 0,001	0,91
Transferencias no adaptado 2	7	3 (3-4)	13	4 (3,5-4)	0,081	0,49
Lavarse no adaptado 2	11	3 (2-4)	18	4 (4-4)	0,092	0,39
Vestirse no adaptado 2	10	3 (3-4)	16	4 (3,25-4)	0,068	0,42
Vestirse no adaptado 3	7	3 (3-4)	16	0	0,006	0,7

Para los ítems no adaptados relativos a la CIF, encontramos evidencia para rechazar la H0 y concluir que hay diferencias significativas entre la capacidad para participar en actividades políticas en V0 para las dos categorías de tiempo, así como diferencias significativas entre la capacidad para vestirse sin la ayuda habitual en V120 para las dos categorías de tiempo transcurrido (ver tabla 23). Los resultados fueron significativos en el ítem de no adaptado, el cual solo respondían aquellos participantes que referían necesitar explicaciones sobre las campañas electorales, pues la pregunta se enfocaba en función a la ejecución del derecho al voto. En el Anexo VI se expone el análisis completo de los ítems adaptados y no adaptados, en función al tiempo transcurrido.

Tabla 24. Resultados del análisis descriptivo y el valor de p significativo de la variable “capacidad para mantener la bipedestación”, “capacidad para mover las piernas”, y “capacidad para desplazarse por la sala de Fisioterapia” en los momentos evaluados en función del tiempo transcurrido.

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Bipe (<=24)	19	1(0-2)	14	2 (0-2)	9	2(1-3)	5	1(0-2)
Bipe (>24)	26	2 (1-3)	23	2 (2-3)	22	2(0-2)	15	2(0-2)
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365		
-	0,048	-	0,056	-	-			

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Mover MMII (<=24)	19	0 (0-3)	13	0 (0-1)	8	0 (0-0)	5	0 (0-0,5)
Mover MMII (>24)	25	0 (0-2)	21	0 (0-2)	19	0 (0-2)	14	0 (0-0)
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365		
	-	-	0,058	-	-	-		

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Desplazarse sala (<=24)	16	1 (0-2)	13	0 (0-0,5)	9	0 (0-1,5)	5	1 (0-1,5)
Desplazarse sala (>24)	26	0,5 (0-2)	23	0 (0-1)	22	0 (0-1)	15	0 (0-0)
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365		
	-	-	0,066	-	-	-		

Por último, hemos encontrado diferencias entre la primera y tercera evaluación para el ítem sobre la capacidad para mantener la posición de bipedestación el tiempo óptimo en el grupo con un tiempo transcurrido superior a 24 meses. En los otros dos ítems (mover piernas y desplazarse sala) hemos encontrado diferencias entre la primera y la cuarta evaluación para el grupo con tiempo transcurrido superior a 24 meses. Estos valores no llegan a alcanzar el nivel de significación (ver tabla 24).

Para el grupo con menor tiempo transcurrido, no se pudo obtener una diferencia estadísticamente significativa (p valor < 0,05) entre, al menos, una pareja de momentos evaluados. El valor más próximo a la significación se encontró para el ítem “capacidad de movilidad fina”, entre los momentos V60-V120 y V60-V365, con un p -valor=0,066, que no es suficiente para alcanzar la significación. La tabla completa se encuentra en el Anexo VII.

No podemos concluir diferencias significativas para muestras relacionadas entre un par de momentos evaluados para los ítems no adaptados relativos a la CIF, en función de cada una de las dos categorías de tiempo transcurrido desde el primer episodio del ictus. Muchos de estos valores no se podían calcular, debido al número elevado de valores perdidos para los ítems. El Anexo VII contiene los valores obtenidos en el ANOVA de Friedman para los ítems no adaptados relativos a la CIF.

5.2.3. Análisis del nivel de participación en función de la edad de los participantes

En este apartado presentamos los datos de las variables sociodemográficas y clínicas y de los ítems relativos a la CIF en función de si son mayores o menores de 70 años. Se tomó este corte porque la mediana de la edad oscilaba en torno a los 70, es decir, que la mitad de los participantes tenían 70 años o más.

Con respecto los resultados de los rasgos sociodemográficos y clínicos en función a la edad, obtuvimos que más de la mitad de los personas con ACV, tanto menores y mayores de 70 años (70% y 60%, respectivamente) referían acudir a la Asociación con el fin de recuperarse. El porcentaje de personas que acudían por un motivo principal de ocio era mayor en los que tenían menos de 70 años (20%), respecto a los mayores de 70 años. Sin embargo, casi la mitad de las personas de edad avanzada que acudían a la Asociación, lo hacían para, al menos, mantenerse a nivel funcional. Tras la prueba de Pearson, encontramos que la motivación y la edad categorizada son dos variables relacionadas (ver tabla 25). Los ítems que integran la dimensión de movilidad muestran valores significativos o muy próximos para $p= 0,05$ y se objetivan mayores dificultades entre el grupo de los mayores (ver tabla 26).

Tabla 25. Análisis de las variables sociodemográficas y clínicas por edad agrupada.

		EDAD		Prueba U de Mann-Whitney P
		<=70 años	>70 años	
TIEMPO TRANSCURRIDO		Mediana (Q1; Q3)	Mediana (Q1; Q3)	0,160
		34,50 (20; 90)	22 (9; 55)	
		n (%)	n (%)	Chi cuadrado P
HTA	No	16 (80)	18 (72)	0,729
	Sí	4 (20)	7 (28)	
FA	No	19 (95)	22 (88)	0,617
	Sí	1 (5)	3 (12)	
DM	No	15 (75)	22 (88)	0,435
	Sí	5 (25)	3 (12)	
Disfunción musculoesquelética	No	15 (75)	13 (52)	0,135
	Sí	5 (25)	12 (48)	
Limitación funcional	No	16 (80)	18 (72)	0,729
	Sí	4 (20)	7 (28)	
Diagnóstico principal	ACV	15 (75)	16 (64)	0,525
	Lesión neurológica	5 (25)	9 (36)	
Afectación corporal	Hemiplejia derecha	9 (45)	6 (24)	0,276
	Hemiplejia izquierda	8 (40)	11 (44)	
	MMII	1 (5)	6 (24)	
	MMSS y MMII	2 (10)	2 (8)	
Situación de residencia	Sólo	1 (5)	4 (16)	0,362
	Acompañado	19 (95)	21 (84)	
Asistencia domiciliaria	No	16 (80)	21 (84)	1,000
	Sí	4 (20)	4 (16)	
Tipo de ayuda al movimiento	Nada	12 (60)	7 (28)	0,119
	Silla de ruedas	3 (15)	8 (32)	
	Bastón	4 (20)	5 (20)	
	Andador	1 (5)	5 (20)	
Motivación de Fisioterapia	Recuperarse	14 (70)	14 (56)	0,033
	Mantenerse	2 (10)	10 (40)	
	Ocio	4 (20)	1 (4)	

La Tabla 26 contiene los resultados del análisis descriptivo bivariado, para todos los ítems de la CIF que miden el nivel de participación, con un nivel de significación alto, en función de la edad agrupada (menores o iguales a 70 años y mayores a 70 años). A través de la prueba U de Mann-Whitney, hemos obtenido valor p significativo para dos ítems. Por tanto, tenemos evidencia para rechazar la hipótesis nula y concluir que hay diferencia significativa entre la dificultad para realizar las transferencias de sedestación a

bipedestación y viceversa, en V0 para las dos categorías de edad agrupada; así como, entre la dificultad para andar más de 10 metros medido en V120 para las dos categorías.

Tabla 26. Análisis de las variables relativas a los ítems de la CIF (adaptado) por edad. Se muestran ítems de las cuatro valoraciones con significaciones.

Ítems	EDAD				P U de Mann-Whitney	Tamaño del efecto
	<= 70 años		> 70 años			
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3		
Cambiar posturas adaptado 1	20	0 (0-1,75)	25	1 (0-2)	0,062	0,31
Transferencias adaptado 1	20	0 (0-1)	25	2 (1-2,5)	0,007	0,45
Mover objetos con MMII adaptado 1	20	0 (0-1)	24	1,5 (0-3)	0,062	0,31
Desplazarse con ayuda adaptado 1	8	0 (0-0)	13	3 (0-4)	0,053	0,52
Desplazarse con ayuda adaptado 3	7	0	6	3,5 (0-4)	0,051	0,67
Andar >10m adaptado 3	16	2 (0-3)	15	4 (2-4)	0,049	0,42

En la tabla 26 observamos que el ítem desplazarse con ayuda ortopédica (no usa, silla de ruedas, bastón o andador), en la primera y tercera medición, presenta un valor p casi significativo. No obstante, las frecuencias de estos ítems nos indican un porcentaje insuficiente de personas que han respondido estas preguntas, por lo que el valor p puede no ser exacto. Por contra, los ítems cambiar las posturas en la cama y movilidad de piernas en estática medidos en V0, muestran las frecuencias completas en la medición primera (n=45), pero el nivel de significación no es tan próximo a p=0,05.

En función a las dos categorías por edad agrupada, no encontramos diferencias significativas para ninguna de las tareas sin la ayuda habitual (ítems no adaptados) medida en cualquiera de los cuatro momentos de evaluaciones (Anexo VII).

Tabla 27. Resultados del análisis descriptivo y el valor de p significativo de la variable “agarre de objetos” y “uso de utensilios para comer”, en los momentos evaluados en función de la edad.

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
agarre de objetos (>70 años)	24	0 (0; 1,75)	18	0 (0; 0)	15	0 (0; 1)	9	0 (0; 1,5)
agarre de objetos (<=70 años)	20	0 (0; 0)	19	0 (0; 0)	16	0 (0; 1)	11	0 (0; 0)
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365		
	-	-	-	0,047	-	-		

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Uso cubiertos (>70 años)	25	1 (0; 2)	18	1 (0; 2)	15	0 (0; 2)	9	0 (0; 0)
Uso cubiertos (<=70 años)	20	1 (0; 2)	19	0 (0; 2)	16	1 (0; 2,75)	11	-
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365		
	-	-	0,048	-	-	0,069		

Finalmente, tras la prueba ANOVA de Friedman, concluimos que existen diferencias significativas para los ítems relacionados con la movilidad de la mano, que son la capacidad prensión de objetos y uso de cubiertos y representan la dimensión de movilidad y autocuidado, respectivamente, en los participantes que tenían 70 años o menos. Las mediciones en las que se encontraron mayor significación ($p=0,05$) para cada ítem se muestran en la tabla 27, con el análisis descriptivo de la variable ítem medido en función de las dos categorías para edad agrupada.

No pudimos concluir diferencias significativas para muestras relacionadas para los ítems no adaptados (sin la ayuda habitual) relativos a la CIF para ninguno de los dos grupos de edad agrupada (mayores y menores de 70 años, respectivamente). (Anexo IX) Destacamos que hay más valores perdidos en los resultados descriptivos de los ítems no adaptados para los participantes mayores de 70 años. (Anexo VIII)

5.2.4. Análisis del nivel de participación en función de la presencia o ausencia de un diagnóstico de disfunción musculoesquelética.

En el análisis estadístico de las variables clínicas, en función de un diagnóstico de disfunción musculoesquelética (disfunción del aparato locomotor, como la artrosis y osteoporosis; disfunción de la psicomotricidad, que limitan la funcionalidad del paciente antes de haber sufrido el primer episodio de ACV), encontramos significación con la edad ($p < 0,05$), donde la edad media de los participantes que tenían algún tipo de afectación musculoesquelética es mayor (64 años) que en los que no tienen este diagnóstico (31 años), como se observa en el gráfico 4. Esta significación se obtuvo realizando la prueba U de Mann-Whitney. En las variables limitación de la funcionalidad y tipo de ayuda ortopédica que usa el encuestado, obtuvimos una significación de $p < 0,005$, mediante la prueba de Fisher en el primer ítem y la Chi cuadrado de Pearson para el segundo ítem. De forma que, estas tres variables están relacionadas con el sexo (ver tabla 28).

Al observar las variables limitación funcional y disfunción musculoesquelética (que en nuestro estudio es considerada un tipo de comorbilidad) podemos afirmar que el total de los participantes que no tenían un diagnóstico de disfunción musculoesquelética referían no sentirse afectados por ningún otro tipo de patología recogida en el estudio (hipertensión arterial, la fibrilación auricular y la diabetes); mientras que la mayoría de los participantes que decían estar limitados por la/s comorbilidad/es, tenían un diagnóstico de disfunción musculoesquelética. Respecto a los porcentajes en el tipo de ayudas, 60% de los encuestados que no tienen problemas del aparato locomotor tampoco usaban ningún tipo de ayuda para la movilidad después del episodio de ACV; mientras que, más del 80% de los participantes que sí tenían diagnóstico de disfunción usaban algún tipo de ayuda, como se muestra en la tabla 28.

Tabla 28. Análisis de las variables sociodemográficas y clínicas por la presencia o ausencia de disfunción musculoesquelética.

		DISFUNCIÓN MUSCULOESQUELÉTICA								Prueba U de Mann-Whitney P
		No				Sí				
EDAD		Media	DT	Mín.	Máx.	Media	DT	Mín.	Máx.	0,029
			67,64	11,51	31	88	75,06	7,22	64	
TIEMPO TRANSCURRIDO		Mediana (Q1; Q3)				Mediana (Q1; Q3)				0,433
		29,50 (11,25; 72,25)				36 (13,50; 69,50)				
		n (%)				n (%)				Chi cuadrado P
Sexo	Masculino	19 (67,9)				11 (64,7)				1,000
	Femenino	9 (32,1)				6 (35,3)				
HTA	No	19 (67,9)				15 (88,2)				0,165
	Sí	9 (32,1)				2 (11,8)				
FA	No	24 (85,7)				17 (100)				0,281
	Sí	4 (14,3)				0				
DM	No	21 (75)				16 (94,1)				0,132
	Sí	7 (25)				1 (5,9)				
Limitación funcional	No	28 (100)				6 (35,3)				< 0,001
	Sí	0				11 (64,7)				
Diagnóstico principal	ACV	22 (78,6)				9 (52,9)				0,101
	Lesión neurológica	6 (21,4)				8 (47,1)				
Afectación corporal	Hemiplejia derecha	13 (46,4)				2 (11,8)				0,055
	Hemiplejia izquierda	11 (39,3)				8 (47,1)				
	MMII	2 (7,1)				5 (29,4)				
	MMSS y MMII	2 (7,1)				2 (11,8)				
Situación de residencia	Sólo	3 (10,7)				2 (11,8)				1,000
	Acompañado	25 (89,3)				15 (88,2)				
Asistencia domiciliaria	No	23 (82,1)				14 (82,4)				1,000
	Sí	5 (17,9)				3 (17,6)				
Tipo de ayuda al movimiento	Nada	17 (60,7)				2 (11,8)				0,004
	Silla de ruedas	5 (17,9)				6 (35,3)				
	Bastón	5 (17,9)				4(23,5)				
	Andador	1 (3,6)				5 (29,4)				
Motivación de Fisioterapia	Recuperarse	17 (60,7)				11 (64,7)				0,166
	Mantenerse	6 (21,4)				6 (35,3)				
	Ocio	5 (17,9)				0				

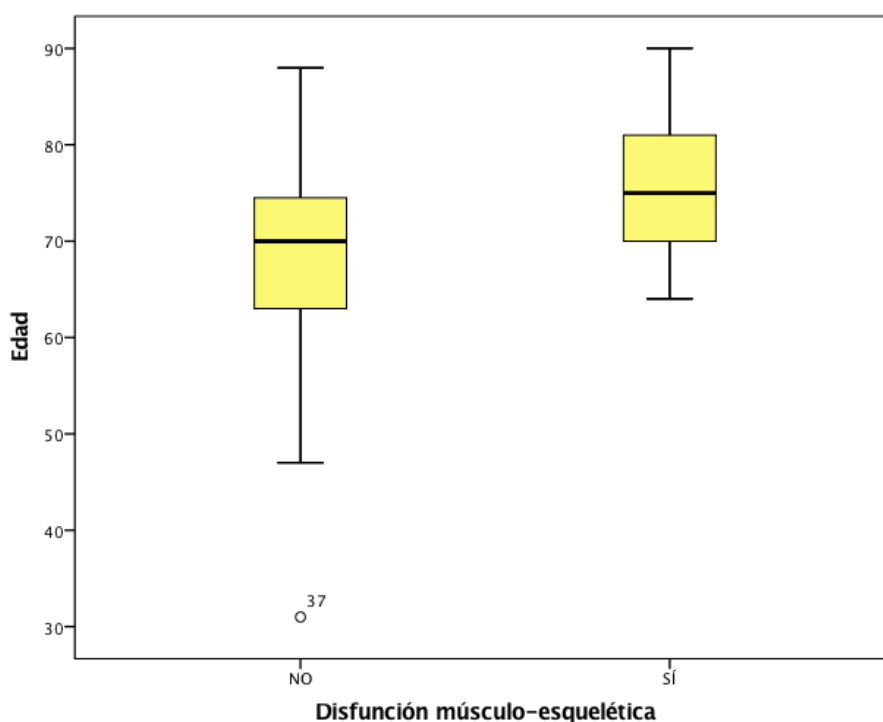


Gráfico 4. Representación de la edad por presencia o ausencia de disfunción musculoesquelética. Se muestra un diagrama de cajas.

Los resultados al medir los ítems relativos a la CIF en los cuatro momentos, muestran valores significativos con $p < 0,05$, $p < 0,005$ y próximos, en algunos ítems para las mediciones de V0, V60 y V120, en función de la presencia o ausencia de afectación musculoesquelética. Según los resultados mostrados en la tabla 29, tenemos evidencia para rechazar la hipótesis nula y concluir que hay diferencia significativa entre la dificultad para realizar cambios de postura en la cama y movilidad fina en V60 por presencia y ausencia de afectación. También, al igual que observamos en función de edad agrupada anteriormente, hay evidencia para rechazar la H_0 y concluir que existe diferencia significativa entre la dificultad para andar más de 10 metros medido en el tercer momento para las dos categorías de disfunción del sistema musculoesquelético. También, lo demostramos a través de los resultados significativos al comparar la variable “limitación funcional (sí/no)”, con un porcentaje del 65% de los que sí tenían un diagnóstico de disfunción musculoesquelética y que sí les limitaba en su vida diaria, antes de haber sufrido el primer episodio de ictus.

En el análisis de las diferencias en función de los dos grupos de la variable “presencia/ausencia de disfunción musculoesquelética”, la variable “autonomía no

adaptado” en V60 presenta un valor de $p= 0,056$, pero no consideramos un resultado revelador para nuestro estudio por la pérdida de datos para esta variable. (Anexo X)

Tabla 29. Análisis de las variables relativas a los ítems de la CIF (adaptado) por presencia-ausencia de disfunción musculoesquelética. Se muestran frecuencias y porcentajes.

Ítems	Diagnóstico de disfunción musculoesquelética				P U de Mann-Whitney	Tamaño del efecto
	No		Sí			
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3		
Desplazarse por sala Fisioterapia adaptado 1	26	1 (0-2)	16	0 (0-1)	0,054	0,34
Cambiar posturas adaptado 2	24	0 (0-1)	13	1 (1-2)	0,028	0,44
Movilidad fina mano adaptado 2	22	0 (0-1)	11	2 (1-3)	0,006	0,59
Andar <10m adaptado 2	24	0 (0-2)	13	2 (1-2,5)	0,089	0,35
Uso mano y brazo adaptado 3	19	1 (0-2)	12	2 (1-3,75)	0,053	0,42
Andar >10m adaptado 3	19	2 (0-3)	12	4 (2,25-4)	0,028	0,47
Participar asociaciones adaptado 3	19	1 (0-2)	12	0 (0-0)	0,085	0,38

A continuación, mostramos la representación gráfica del ítem capacidad para caminar más de 10 metros, según la edad y la disfunción musculoesquelética. Ambas con resultados significativos, en la medición V120 (ver Gráficos 5 y 6).

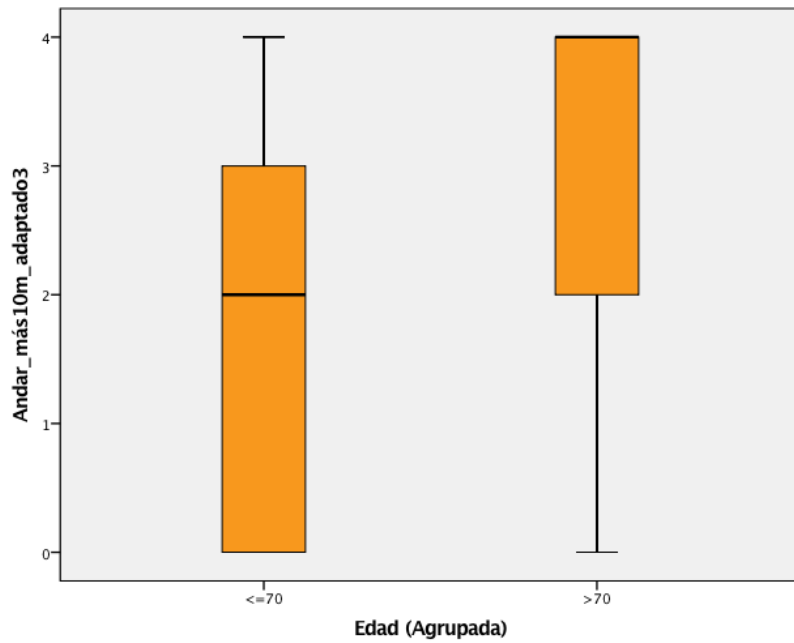


Gráfico 5. Representación de la capacidad para caminar largas distancias en función de la edad.

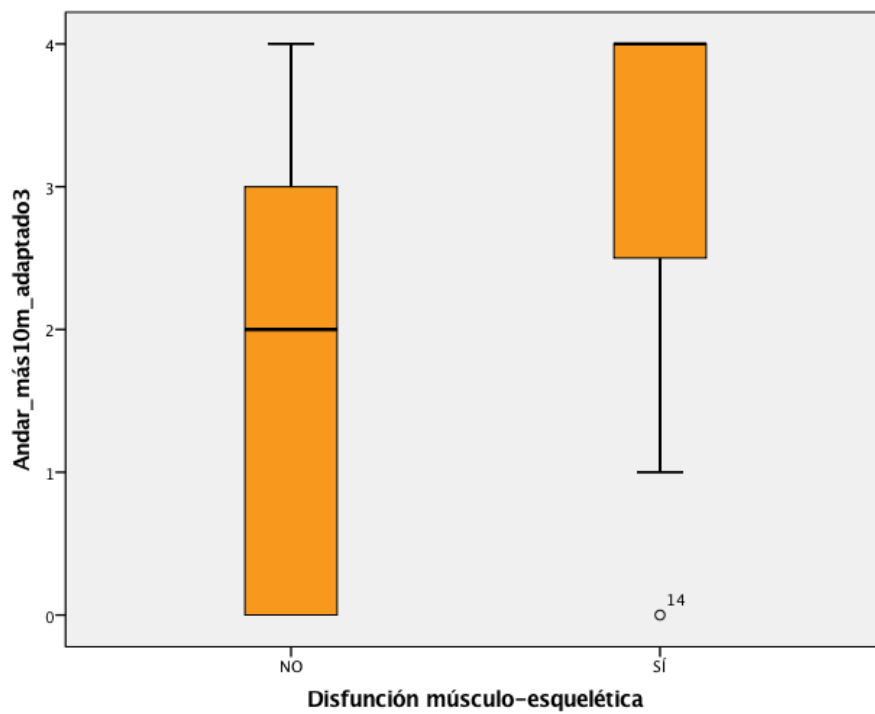


Gráfico 6. Representación de la capacidad para caminar largas distancias en función de la presencia/ausencia de una afectación musculoesquelética.

Tras realizar las diferencias intragrupo, en función de no presentar y presentar disfunción musculoesquelética, en los cuatro momentos en los que se realizaron las valoraciones, podemos decir que encontramos diferencias significativas para los ítems que miden el nivel de participación sobre la dificultad para moverse en la sala de Fisioterapia con su ayuda habitual (bastón, silla de ruedas, andador) y para vestirse en función de los que no presentan disfunción. Observamos diferencia significativa en la dificultad para participar en obras sociales según los que sí presentaban disfunción musculoesquelética. A continuación, se muestran los valores de $p < 0,05$ para el ítem “dificultad para desplazarse por la sala de Fisioterapia con su ayuda habitual”, capacidad para vestirse y para participar en obras sociales tras sufrir el episodio de ACV. Todos estos ítems comparados en función de la variable clínica de diagnóstico de disfunción musculoesquelética (ver tablas 30 y 31).

Tabla 30. Resultados del análisis descriptivo y el valor de p significativo de la variable “desplazar en sala” y “vestirse”, en los momentos evaluados en función de disfunción musculoesquelética.

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Desplazar en sala (sí dto)	16	0 (0; 1)	13	0 (0; 1)	12	0 (0; 2)	7	0 (0; 1)
Desplazar en sala (no dto)	26	1 (0; 2)	23	0 (0; 1)	19	0 (0; 1)	13	0 (0; 0)
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365		
	-	-	0,048	-	-	-		

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Vestirse (sí dto)	16	1,5 (0; 2,75)	13	1 (0; 1,5)	12	1 (0; 2,75)	7	0 (0; 0)
Vestirse (no dto)	28	1 (0; 2)	24	1 (0; 2)	19	1 (0; 1)	13	0 (0; 1)
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365		
	-	-	0,028	-	-	-		

Tabla 31. Resultados del análisis descriptivo y el valor de p significativo de la variable “participar en obras sociales”, en los momentos evaluados en función de disfunción musculoesquelética.

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Participar obras sociales (no dto)	7	0 (0; 2)	4	0 (0; 1,5)	4	2,5 (0,5; 3,75)	0	0
Participar obras sociales (sí dto)	10	2,5 (0; 4)	7	2 (1; 3)	9	4 (1,5; 4)	5	4 (0; 4)
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365		
	-	-	-	0,075	0,075	-		

Los resultados indican una mejora en la percepción del nivel de participación, en un año de seguimiento, para un ítem de la dimensión de movilidad y otro del autocuidado en el grupo de los participantes que no tienen disfunción musculoesquelética. Esta mejora también se observa en el grupo de los que sí presenta disfunción musculoesquelética para el ítem de capacidad de vestirse (autocuidado) sin una diferencia estadísticamente significativa (tabla 30). Un ítem de la dimensión vida comunitaria, refleja cambios no significativos en la capacidad de participar en obras sociales. Estos resultados son de peor nivel de participación percibido entre los dos momentos con mayor contraste en un año de seguimiento para los que presentan disfunción musculoesquelética (tabla 31).

No concluimos diferencias significativas para muestras relacionadas para los ítems no adaptado (sin la ayuda habitual) relativos a la CIF para ninguno de las dos categorías por disfunción musculoesquelética. (Anexo XI)

5.2.5. Análisis del nivel de participación en función de si considera o no limitación funcional

Las tablas 32 y 33 muestran los resultados obtenidos en los rasgos sociodemográficos y clínicos y con los ítems relativos a la CIF.

Tabla 32. Análisis de las variables sociodemográficas y clínicas por la limitación funcional.

		LIMITACIÓN FUNCIONAL								Prueba U de Mann-Whitney P
		No				Sí				
EDAD		Media	DT	Mín.	Máx.	Media	DT	Mín.	Máx.	0,244
			69,3	11,43	31	90	74	7,07	64	
TIEMPO TRANSCURRIDO		Mediana (Q1; Q3)				Mediana (Q1; Q3)				0,630
		34,5 (12; 77,25)				22 (12; 50)				
		n (%)				n (%)				Chi Cuadrado P
HTA	No	23 (67,6)				11 (100)				0,042
	Sí	11 (32,4)				0				
FA	No	30 (88,2)				11 (100)				0,558
	Sí	4 (11,8)				0				
DM	No	26 (76,5)				11 (100)				0,169
	Sí	8 (23,5)				0				
Diagnóstico principal	ACV	26 (76,5)				5 (45,5)				0,071
	Lesión neurológica	8 (23,5)				6 (54,5)				
Afectación corporal	Hemiplejia derecha	14 (41,2)				3 (8,8)				0,082
	Hemiplejia izquierda	14 (41,2)				5 (45,5)				
	MMII	3 (8,8)				4 (36,4)				
	MMSS y MMII	3 (8,8)				1 (9,1)				
Situación de residencia	Sólo	3 (8,8)				2 (18,2)				0,582
	Acompañado	31 (91,2)				9 (81,8)				
Asistencia domiciliaria	No	29 (85,3)				8 (72,7)				0,382
	Sí	5 (14,7)				3 (27,3)				
Tipo de ayuda al movimiento	Nada	17 (50)				2 (18,2)				0,054
	Silla de ruedas	5 (14,7)				6 (54,5)				
	Bastón	7 (20,6)				2 (18,2)				
	Andador	5 (14,7)				1 (9,1)				
Motivación de Fisioterapia	Recuperarse	20 (58,8)				8 (72,7)				0,472
	Mantenerse	9 (26,5)				3 (27,3)				
	Ocio	5 (14,7)				0				

Al analizar la hipertensión arterial y el tipo de ayudas en función a la limitación funcional obtuvimos un p valor = 0,05. Así, estos dos rasgos clínicos y sociales están

relacionados con presentar o no limitación funcional y, además, el 55% de los participantes que tenían limitación funcional usaban silla de ruedas.

Tabla 33. Análisis de las variables relativas a los ítems de la CIF (adaptado) por limitación o no funcional. Se muestran percentiles.

Ítems	LIMITACIÓN FUNCIONAL				P U de Mann-Whitney	Tamaño del efecto
	No		Sí			
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3		
Andar >10m adaptado 1	34	3 (0,75-4)	11	3 (3-4)	0,058	0,38
Movilidad fina mano adaptado 2	25	0 (0-1,5)	8	1,5 (1-3)	0,025	0,53
Andar <10m adaptado 2	27	0 (0-2)	10	2 (1-3)	0,048	0,42
Transferencias adaptado 3	22	0 (0-1)	9	2 (0,5-2,5)	0,037	0,48
Andar <10m adaptado 3	22	0 (0-2)	9	2 (1,5-2,5)	0,078	0,42
Andar >10m adaptado 3	22	2 (0-3,25)	9	4 (3,5-4)	0,005	0,64
Abrir botellas adaptado 3	21	0 (0-1)	9	2 (1-3)	0,004	0,64
Cambiar posturas adaptado 4	15	0 (0-0)	5	1 (0-2)	0,066	0,56
Transferencias adaptado 4	15	0 (0-1)	5	2 (0,5-3)	0,053	0,6

Con un p valor <0,05, rechazamos la hipótesis nula y podemos decir que tenemos evidencia estadísticamente significativa para concluir que hay cambios significativos en la capacidad para movilidad fina de la mano, para las transferencias y para la deambulación de cortas distancias, entre los dos grupos (presentar y no limitación funcional). Con p valor <0,005, rechazamos la hipótesis nula y tenemos evidencia suficiente para decir que existen cambios significativos para caminar largas distancias y la capacidad de abrir botellas, en función de los dos grupos de la limitación. El resto de ítems presentados en la tabla 33, relacionados con la marcha y las transferencias en estático y dinámico muestran cambios entre ambos grupos, pero no tienen un valor de significación. Todas estas diferencias son encontradas para los ítems de la dimensión de movilidad.

Por el contrario, no pudimos identificar diferencias en los ítems de la CIF sin la ayuda habitual (no adaptado) entre los dos grupos de la variable de “limitación de la comorbilidad”. (Anexo XII)

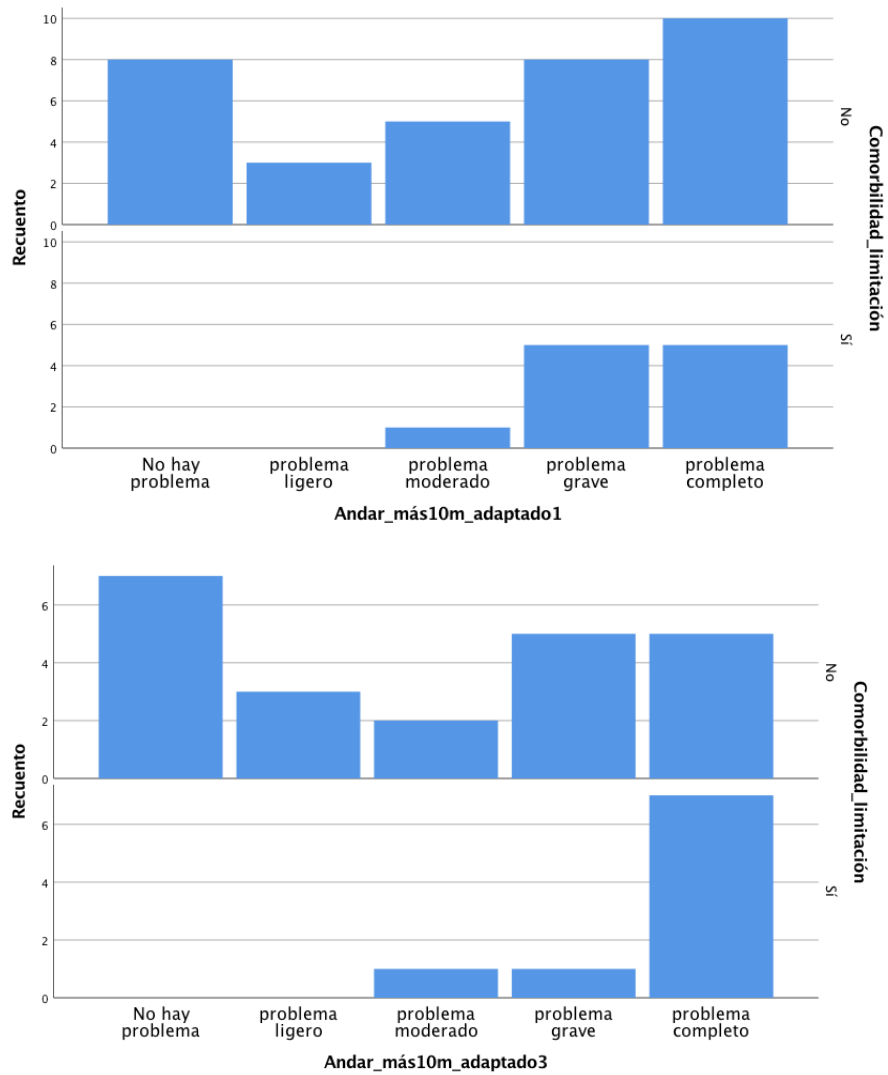


Gráfico 7. Número de casos para ítem de la dimensión movilidad en dos mediciones (V0 y V120), según la limitación funcional. Se muestra diagrama de barras.

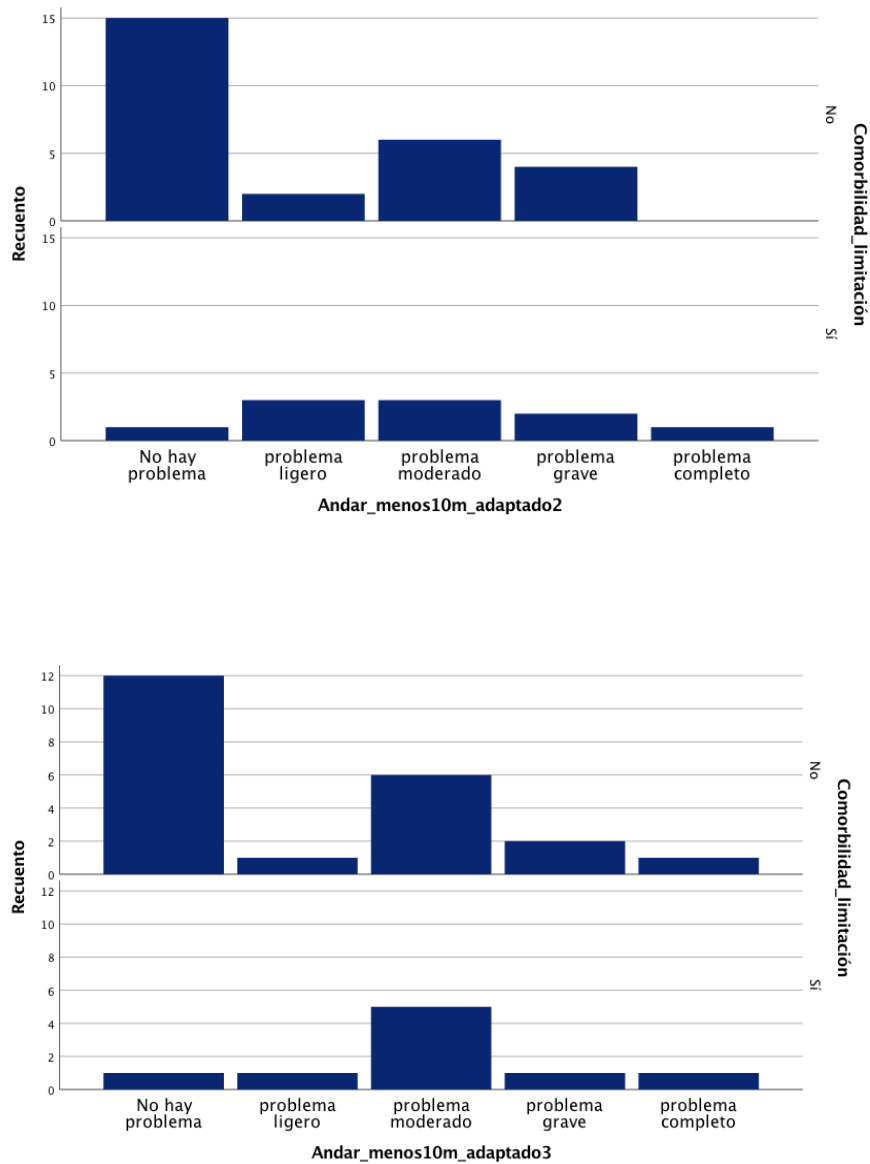


Gráfico 8. Número de casos para ítem de la dimensión movilidad en dos mediciones (V60 y V120), según la limitación funcional. Se muestra diagrama de barras.

El gráfico 7 refleja las diferencias entre las dos categorías de la variable limitación funcional y nos permite observar el aumento de la dificultad percibida entre los que sí refieren tener limitación a causa de esta, que es mayor en la tercera evaluación, frente al aumento de la menor dificultad percibida en el grupo de los que no refieren tener esta limitación entre la primera y tercera valoración. La diferencia significativa comprobada entre las dos categorías de la variable por la que contrastamos en este apartado para el ítem de la movilidad sobre la capacidad de andar cortas distancias, se refleja en el gráfico 8. Además, ambos gráficos comentados representan un nivel de participación menor entre los

que tienen algún tipo de limitación funcional frente a los que no para ítems de la movilidad, como la capacidad para caminar.

Tabla 34. Resultados del análisis descriptivo y el valor de p significativo de las variables “cambiar de postura: sentado-tenderse”, “vestirse”, “uso de cubiertos” en los momentos evaluados en función de la limitación funcional.

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Posturas (sí)	11	2 (0-3)	10	1,5 (0,75-2)	9	0 (0-1,5)	5	1 (0-2)
Posturas (no)	34	0 (0-2)	27	0 (0-1)	22	0,5 (0-1)	15	0 (0-0)
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365		
	-	-	0,04	-	-	-		

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Vestirse (sí)	10	2 (0-3)	10	1 (0-1)	9	1 (0-2,5)	5	-
Vestirse (no)	34	1 (0-2)	27	1 (0-2)	22	1 (0-1)	15	0 (0-2)
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365		
	-	-	0,020	-	-	-		

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Cubiertos (sí)	11	0 (0-2)	10	0,5 (0-2)	9	0 (0-2)	5	-
Cubiertos (no)	34	1 (0-2)	27	0 (0-2)	22	0 (0-2)	15	0 (0-0)
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365		
	-	-	0,034	-	-	-		

En las comparaciones entre parejas hemos obtenido resultados estadísticamente significativos entre la primera y cuarta valoración para el ítem de la dimensión movilidad,

que es la “capacidad para cambiar la postura de sentado a tendido”, y para los de autocuidado sobre la capacidad para vestirse y el uso de los cubiertos durante la comida (ver tabla 34). Otros ítems de la dimensión de movilidad y autocuidado, como los desplazamientos por interiores y el baño, respectivamente, tenían valores significativos, pero estos no eran suficientes para concluir la diferencia entre dos momentos evaluados (Anexo XIII). Estas diferencias con datos significativos ($p < 0,05$), aportan evidencia para concluir que el nivel de participación mejora en un año de seguimiento de la muestra para tres ítems en dos dimensiones de la participación.

La interpretación de los resultados de la prueba de comparaciones entre parejas no se ha podido llevar a cabo para ninguno de los ítems no adaptado relativos a la CIF con una gran cantidad de valores perdidos, sobre todo para el grupo de participantes que presentan limitación funcional. (Anexo XIII)

5.2.6. Análisis del nivel de participación en función del diagnóstico clínico basal.

Los resultados de la tabla 35 muestran relación entre la variante afectación corporal y el tipo de diagnóstico clínico basal ($p < 0,005$). Encontramos una distribución más homogénea entre las dos hemiplejías en los participantes con ACV, en comparación con las frecuencias entre los participantes con lesión neurológica cuyas afectaciones se localizan en las extremidades de forma bilateral. Mientras que comprobamos diferencias significativas con un p valor $< 0,05$, en la capacidad de control de esfínteres tanto en V0 y en V120, encontrándose pocos cambios en los dos momentos evaluados y peor valoración en los pacientes con algún tipo de lesión neurológica distinta a un Accidente Cerebrovascular.

Tabla 35. Análisis de las variables sociodemográficas y clínicas por diagnóstico clínico de ingreso.

		DIAGNÓSTICO CLÍNICO								Prueba U de Mann-Whitney P
		ACV				Lesión Neurológica				
EDAD		Media	DT	Mín.	Máx.	Media	DT	Mín.	Máx.	0,302
			70,19	8,33	47	88	71	15	31	
TIEMPO TRANSCURRIDO		Mediana (Q1; Q3)				Mediana (Q1; Q3)				0,922
		34 (12;75)				28 (13,5;69,75)				
		n (%)				n (%)				Chi Cuadrado P
HTA	No	22 (71)				12 (85,7)				
	Sí	9 (29)				2 (14,3)				
FA	No	27 (87,1)				14 (100)				0,294
	Sí	4 (12,9)				0				
DM	No	25 (80,6)				12 (85,7)				1,000
	Sí	6 (19,4)				2 (14,3)				
Afectación corporal	Hemiplejía derecha	15 (48,4)				0				0,001
	Hemiplejía izquierda	14 (45,4)				5 (35,7)				
	MMII	2 (6,5)				5 (35,7)				
	MMSS y MMII	0				4 (28,6)				
Situación de residencia	Sólo	3 (9,7)				2 (14,3)				0,649
	Acompañado	28 (90,3)				12 (85,7)				
Asistencia domiciliaria	No	26 (83,9)				11 (78,6)				0,689
	Sí	5 (16,1)				3 (21,4)				
Tipo de ayuda al movimiento	Nada	13 (41,9)				6 (42,9)				0,937
	Silla de ruedas	7 (22,6)				4 (28,6)				
	Bastón	7 (22,6)				2 (14,3)				
	Andador	4 (12,9)				2 (14,3)				
Motivación de Fisioterapia	Recuperarse	18 (58,1)				10 (71,4)				0,498
	Mantenerse	10 (32,3)				2 (14,3)				
	Ocio	3 (9,7)				2 (14,3)				

A continuación, en la tabla 36 se exponen los valores próximos a la significación. Además, con un p valor $< 0,05$ rechazamos las hipótesis nulas y podemos decir que tenemos suficiente evidencia para concluir que existen cambios significativos entre los dos grupos en función del diagnóstico clínico para la capacidad de micción y defecación con ayuda (tipo enema) en la primera y tercera evaluación.

Tabla 36. Análisis de las variables relativas a los ítems de la CIF (adaptado) por diagnóstico clínico basal. Se muestran percentiles.

Ítems	Diagnóstico clínico				P U de Mann-Whitney	Tamaño del efecto
	ACV		Lesión Neurológica			
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3		
Desplazarse con ayuda adaptado 1	14	2 (0-4)	7	0 (0-0)	0,094	0,46
Andar >10m adaptado 1	31	3 (0-4)	14	3 (2,75-4)	0,099	0,3
Incontinencia-estreñimiento adaptado 1	29	0 (0-0,5)	14	1 (0-2)	0,023	0,37
Incontinencia-estreñimiento adaptado 3	19	0 (0-1)	11	1 (0-2)	0,042	0,45
Cambiar posturas adaptado 4	12	-	8	0,5 (0-1,75)	0,069	0,5
Actividades tiempo libre adaptado 3	20	0 (0-0)	11	2 (0-4)	0,009	0,56

Con un p-valor < 0,005, rechazamos la hipótesis nula y con suficiente evidencia significativa, podemos concluir que hay diferencias significativas entre los grupos de diagnóstico clínico para la capacidad de participar en actividades de tiempo libre medida en la tercera evaluación.

Entre los resultados obtenidos para los ítems no adaptado relativos a la CIF, encontramos la variable “capacidad para mantener la bipedestación sin ayuda habitual” en V0 como la más próxima a demostrar diferencias entre ambos grupos (p valor=0,077), pero los datos descriptivos no muestran ser muy diferentes si observamos estos en función a las dos categorías de la variable “diagnóstico clínico”. Los resultados obtenidos del análisis de muestras independientes de los ítems no adaptado relativos a la CIF se encuentran en el Anexo XIV.

Tabla 37. Resultados del análisis descriptivo y el valor de p significativo de las variables “cambiar de postura: sentado-tenderse”, “desplazamiento por sala de Asociación”, “vestirse”, “uso de cubiertos”, “participar en la Asociación” en los momentos evaluados en función del diagnóstico de ingreso en la Asociación.

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Posturas (LN)	14	0 (0-2)	13	1 (0-2)	11	0 (0-1)	8	0,5 (0-1,75)
Posturas (ACV)	31	1 (0-2)	24	0,5 (0-1)	20	0,5 (0-1)	12	0 (0-0)
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365	-	-

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Sala (LN)	14	1 (0-1,25)	7	0 (0-1)	11	0 (0-2)	8	0 (0-1)
Sala (ACV)	28	1 (0-2)	14	0 (0-1)	20	0 (0-1)	12	0 (0-0)
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365	-	-

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Vestir (LN)	13	1 (0-2,5)	13	1 (0-2)	11	1 (0-2)	8	1 (0-2)
Vestir (ACV)	31	1 (0-2)	24	1 (0-2)	20	1 (0-1,75)	12	0 (0-0)
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365	-	-

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Uso	14	0,5 (0-1,25)	13	0 (0-2)	11	0 (0-2)	8	0 (0-0)

cubiertos (LN)								
Uso cubiertos (ACV)	31	1 (0-2)	24	0,5 (0-2)	20	0 (0-2)	12	0 (0-0)
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365		
	-	-	0,04	-	-	-		

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Asociación (LN)	14	0 (0-1)	7	0 (0-1,5)	11	0 (0-1)	8	0 (0-0)
Asociación (ACV)	31	0 (0-1)	8	0 (0-1,75)	20	0 (0-2)	12	0 (0-0,75)
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365		
	-	0,02	-	-	-	-		

Tabla 38. Resultados del análisis descriptivo y el valor de p significativo de las variables “higiene wc” en los momentos evaluados en función del diagnóstico de ingreso en la Asociación.

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Higiene (ACV)	31	0 (0-1)	24	0 (0-1)	20	0 (0-0)	12	0 (0-0)
Higiene (LN)	14	0 (0-2)	13	0 (0-0)	11	0 (0-0)	8	0 (0-1)
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365		
	-	0,04	-	-	-	-		

En la prueba intragrupo y comparaciones entre parejas encontramos diferencias significativas en los participantes con diagnóstico de ACV en la capacidad para “cambiar de postura”, “el desplazamiento por el interior de la sala”, “capacidad para vestirse”, “uso de cubiertos” y “dificultad para participar en la Asociación”, en diferentes momentos de evaluación (ver tabla 37). Todos estos ítems reflejan un nivel de participación percibido que mejora entre los participantes con ACV, excepto para el único ítem contrastado de la dimensión de vida comunitaria, como es la participación en la Asociación. En el grupo de

diagnósticos de Lesión Neurológica se hallaron diferencias significativas entre la primera y tercera evaluación para el ítem de capacidad para la higiene tras hacer el uso de WC (ver tabla 38), con una mejora en el nivel percibido.

Respecto los ítems no adaptado relativos a la CIF, no se hallaron diferencias intragrupos para la categoría “ACV”. Tampoco se encontraron diferencias intragrupos para la categoría “Lesión neurológica”. En este último caso, la muestra inicial en V0 era pequeña (n=14), como se ve en los descriptivos del Anexo XIV, junto con la pérdida de muchos valores a lo largo del resto de evaluaciones(V60, V120 y V365). (Anexo XV)

5.2.7. Análisis del nivel de participación en función de la afectación corporal

No hemos podido detectar relaciones en los resultados obtenidos entre los rasgos sociodemográficos y clínicos, edad y tiempo transcurrido, y la variable a contrastar que es “afectación corporal” (ver tabla 39). Las frecuencias y distribuciones de los porcentajes en función del tipo de hemiplejía y de la afectación en extremidades se plasman en la tabla 40. No obstante, anteriormente hemos detectado una relación entre la afectación corporal y el diagnóstico clínico basal (tabla 35), con una distribución homogénea de los porcentajes de los dos tipos de hemiplejía en el grupo de participantes con ACV.

Tabla 39. Resultados del análisis descriptivo de la edad y tiempo transcurrido en función de la afectación corporal.

Edad	Media	DT	Mínimo	Máximo	Prueba U de Mann-Whitney p
Hemiplejía derecha	69	8,37	53	88	0,241
Hemiplejía izquierda	71	8,5	47	84	
MMSS, MMII	71,55	16,32	31	90	
Tiempo transcurrido	Mediana (Q1;Q3)				Prueba U de Mann-Whitney p
Hemiplejía derecha	18 (9; 58)				0,195
Hemiplejía izquierda	43 (26,5; 78)				
MMSS, MMII	22 (13; 33)				

Tabla 40. Análisis de las variables sociodemográficas y clínicas por afectación corporal.

		N (%)			Chi Cuadrado P
		HD*	HI*	MMSS, MMII*	
HTA	No	9 (60)	16 (84,2)	9 (81,8)	0,272
	Sí	6 (40)	3 (15,8)	2 (18,2)	
FA	No	14 (93,3)	16 (84,2)	11 (100)	0,438
	Sí	1 (6,7)	3 (15,8)	0	
DM	No	11 (73,3)	16 (84,2)	10 (90,9)	0,556
	Sí	4 (26,7)	3 (15,8)	1 (9,1)	
Situación de residencia	Sólo	3 (20)	1 (5,3)	1 (9,1)	0,419
	Acompañado	12 (80)	18 (94,7)	10 (90,9)	
Asistencia domiciliaria	No	12 (80)	16 (84,2)	9 (81,8)	0,950
	Sí	3 (20)	3 (15,8)	2 (18,2)	
Tipo de ayuda al movimiento	Nada	9 (60)	6 (31,6)	4 (36,4)	0,483
	Silla de ruedas	2 (13,3)	5 (26,3)	4 (36,4)	
	Bastón	2 (13,3)	6 (31,6)	1 (9,1)	
	Andador	2 (13,3)	2 (10,5)	2 (18,2)	
Motivación de Fisioterapia	Recuperarse	11 (73,3)	10 (52,6)	7 (63,6)	0,703
	Mantenerse	2 (13,3)	7 (36,8)	3 (27,3)	
	Ocio	2 (13,3)	2 (10,5)	1 (9,1)	

*¹ Hemiplejía derecha.

*² Hemiplejía izquierda.

*³ Miembros superiores e inferiores.

En la segunda parte de este análisis en función a la variable “afectación corporal”, podemos rechazar las hipótesis nulas y concluir, con evidencia suficiente, que existen cambios estadísticamente significativos en los ítems de Autocuidado en V0 y en V3, entre los tres grupos de tipos de afectación corporal. Entre estos, la capacidad para la micción y defecación que también toma un valor próximo al nivel de significación en V60 o segunda evaluación, pero con un tamaño muestral menor (N). Del mismo modo, rechazamos H0 y concluimos que hay cambios significativos entre los tres grupos para los ítems de la dimensión movilidad (dificultad para la movilidad del brazo, para los cambios de posturas en la cama y para las transferencias de bipedestación a sedestación y viceversa) en V60 y V120 (ver tabla 41).

Para los ítems no adaptado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las tres categorías de la variable “afectación corporal” a comparar. Los

ítems “capacidad para cambiar posturas sin la ayuda habitual” y “capacidad para contener la micción sin la ayuda habitual”, ambos en el segundo momento de valoración, han sido los dos ítems con valores más próximos a la significación ($p < 0,05$) y una distribución homogénea del análisis descriptivo entre las tres categorías a comparar. (Anexo XVI)

Tabla 41. Análisis de las variables relativas a los ítems de la CIF (adaptado) por afectación corporal. Se muestran percentiles.

Ítems	Afectación corporal						P Kruskal- Wallis
	H. Derecha		H. Izquierda		MMSS, MMII		
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3	
Lavarse adaptado 1	15	0 (0-1)	19	1 (0-2)	11	0 (0-0)	0,032
Incontinencia-estreñimiento adaptado 1	13	0 (0-0)	19	1 (0-2)	11	0 (0-1)	0,048
Uso mano y brazo adaptado 2	12	1 (0,25-1,75)	16	1 (1-3,75)	9	0 (0-1,5)	0,021
Andar <10m adaptado 2	12	0 (0-0,75)	16	2 (0,25-2,75)	9	1 (0-2)	0,065
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 2	12	0 (0-0)	15	1 (0-2)	9	0 (0-0,5)	0,019
Andar >10m adaptado 2	12	0 (0-3,25)	15	3 (2-4)	8	3 (0,5-3,75)	0,086
Cambiar posturas adaptado 3	10	0 (0-0,25)	14	1 (0,75-2)	7	0 (0-1)	0,004
Transferencias adaptado 3	10	0 (0-1)	14	1 (0,75-2)	7	0 (0-2)	0,035
Lavarse adaptado 3	10	0 (0-0,25)	14	1 (0,75-2)	7	0 (0-1)	0,005
Incontinencia-estreñimiento adaptado 3	9	0 (0-0)	14	1 (0-2)	7	1 (0-2)	0,020

A continuación, las tablas 42 y 43 plasman las diferencias intragrupo encontradas en función de la localización de la afectación corporal, secundaria al ACV.

Tabla 42. Resultados del análisis descriptivo y el valor de p significativo de las variables “movilidad fina de la mano” y “capacidad de desplazarse por la sala de Fisioterapia” en los momentos evaluados en función al tipo de afectación corporal.

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Movilidad fina mano (MMII, MMSS)	11	0 (0-1)	9	1 (0,2,5)	13	0 (0-2)	5	0 (0-1)
Movilidad fina mano (HI)	19	0 (0-2)	13	1 (0-2,5)	14	0 (0-1,25)	8	0 (0-0,75)
Movilidad fina mano (HD)	15	2 (0-2)	11	0 (0-2)	10	0,5 (0-1,25)	7	0
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365		
	-	-	0,044	-	-	-		

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Desplazarse sala (MMII, MMSS)	10	0 (0-1,25)	9	0 (0-0,5)	7	0 (0-1)	5	0 (0-1)
Desplazarse sala (HI)	19	1 (0-2)	15	1 (0-2)	14	0 (0-2)	8	0 (0-0,75)
Desplazarse sala (HD)	13	1 (0-2)	12	0 (0-0)	10	0 (0-1)	7	0
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365		
	-	-	0,03	-	-	-		

Tabla 43. Resultados del análisis descriptivo y el valor de p significativo de las variables “mantener bipedestación”, “lavarse” y “vestirse” en los momentos evaluados en función del diagnóstico de ingreso en la Asociación.

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Bipe (MMII, MMSS)	11	2 (1-3)	9	2 (1-2,5)	7	2 (1-3)	5	1 (0,5-3,5)
Bipe (HD)	15	2 (0-3)	12	2 (0-2)	10	2 (0-2,25)	7	2 (0-2)
Bipe (HI)	19	1 (0-3)	16	2 (2-3)	14	1,5 (0-2)	8	0,5 (0-2,75)
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365		
	-	-	-	0,015	-	-		

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Lavarse (MMII, MMSS)	11	0 (0-0)	9	0 (0-1)	7	0 (0-1)	5	0 (0-0,5)
Lavarse (HD)	15	0 (0-1)	12	0 (0-0)	10	0 (0-0,25)	7	0
Lavarse (HI)	19	1 (0-2)	16	0 (0-2)	14	1 (0,75-2)	8	0
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365		
	-	-	-	-	-	-	0,02	

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Vestirse (MMII, MMSS)	11	1 (0-2)	9	1 (0-1)	7	1 (0-2)	5	0 (0-2)
Vestirse (HD)	11	1 (0-2)	12	1 (0-1,75)	10	0,5 (0-1,25)	7	0
Vestirse (HI)	18	2 (0-3)	16	1 (0-2,17)	14	1 (1-3)	8	0 (0-1,5)
	Diferencias							

	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365
	-	-	0,043	-	-	-

En este caso, se encontraron diferencias para el ítem de la dimensión de movilidad: dificultad de la movilidad fina de la mano y capacidad para desplazarse por la sala de Fisioterapia, ambos ítems entre la primera y cuarta evaluación para el grupo de hemiplejía derecha. Estas diferencias no son significativas, al no poder contrastar los resultados con el nivel percibido en los 7 participantes en V365. Ambos ítems reflejan un mejor nivel de participación percibido durante el seguimiento de la muestra para los grupos de participantes con hemiplejía derecha e izquierda (tabla 42).

Para el grupo con afectación del hemicuerpo izquierdo, también se observan diferencias entre la primera y cuarta medición para el ítem de la dimensión autocuidado: dificultad de la capacidad de vestirse; en la capacidad para lavarse entre la tercera y cuarta mediciones; y entre la segunda y tercera medición para el ítem de movilidad: dificultad para mantener la posición de bipedestación. La diferencia contrastada para la capacidad de lavarse, no es suficiente por un tamaño muestral de $n=8$ en V365. El nivel de participación percibido en los otros dos ítems con significación para el grupo con hemiplejía izquierda, refleja resultados de mejora a lo largo de un año de seguimiento de la muestra, en especial, para el ítem de la dimensión de autocuidado sobre la capacidad de vestirse (tabla 43).

No se encontraron diferencias entre ningún par de momentos evaluados para la categoría de la variable a comparar (afectación corporal): afectación de MMSS y MMII. Con respecto los ítems no adaptado relativos a la CIF, no se hallaron diferencias intragrupos para ninguna de las tres categorías (Anexo XVII).

5.2.8. Análisis del nivel de participación en función de la situación de residencia del participante

En la tabla 44 se muestran las frecuencias y porcentajes y otras medidas de descripción estadística de los participantes, en función a las dos categorías para la variable sociodemográfica “situación de residencia”. No hemos obtenido relaciones estadísticas

($p < 0,05$) entre la situación de residencia y el resto de variables sociodemográficas, excepto para la variable sexo (ver Tabla 11).

Tabla 44. Análisis de las variables sociodemográficas y clínicas por situación de residencia.

		SITUACIÓN DE RESIDENCIA								Prueba U de Mann-Whitney P
		Solo				Acompañado				
EDAD	Media	DT	Mín.	Máx.	Media	DT	Mín.	Máx.	0,148	
	75,4	12,46	55	88	69,83	10,4	31	90		
TIEMPO TRANSCURRIDO	Mediana (Q1; Q3)				Mediana (Q1; Q3)				0,331	
	14 (9-66)				34,5 (12,25-72,25)					
		n (%)				n (%)				Chi Cuadrado P
HTA	No	3 (60)				31 (77,5)				0,582
	Sí	2 (40)				9 (22,5)				
FA	No	5 (100)				36 (90)				1,000
	Sí	0				4 (10)				
DM	No	4 (80)				33 (82,5)				1,000
	Sí	1 (20)				7 (17,5)				
Asistencia domiciliaria	No	3 (60)				34 (85)				0,211
	Sí	2 (40)				6 (15)				
Tipo de ayuda al movimiento	Nada	2 (40)				17 (42,5)				1,000
	Silla de ruedas	1 (20)				10 (25)				
	Bastón	1 (20)				10 (25)				
	Andador	1 (20)				5 (12,5)				
Motivación de Fisioterapia	Recuperarse	4 (80)				24 (60)				0,839
	Mantenerse	1 (20)				11 (27,5)				
	Ocio	0				5 (12,5)				

En segundo lugar, mostramos los resultados de los ítems adaptado de la CIF que miden la participación con p-valor significativo o próximo a la significación ($p < 0,05$) (Tabla 45). Observando nuestros resultados, hemos rechazado la H_0 y tenemos evidencia suficiente para concluir que existen cambios significativos en los ítems de capacidad para participar en las actividades de tiempo libre en V0 y V60 en función de vivir solo o acompañado. Asimismo, hemos observado cambios significativos en la capacidad para peinarse-afeitarse (dimensión autocuidado) en V60 y V120, según las dos categorías (reside solo o acompañado).

No encontramos diferencias significativas en los ítems no adaptado (sin la ayuda habitual) de la CIF en función a las dos categorías de la variable “situación de residencia” (Anexo XVIII).

Tabla 45. Análisis de las variables relativas a los ítems de la CIF (adaptado) por situación de residencia. Se muestran percentiles.

Ítems	Situación de residencia				P U de Mann-Whitney	Tamaño del efecto
	Solo		Acompañado			
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3		
Actividades tiempo libre adaptado 1	5	4 (3-4)	36	0 (0-2,5)	0,018	0,90
Peinarse adaptado 2	3	2 (2-)	34	0 (0-1)	0,008	0,85
Actividades tiempo libre adaptado 2	3	3 (2,5-3)	31	0 (0-1)	0,022	0,77
Peinarse adaptado 3	3	2 (2-3)	27	0 (0-1)	0,005	0,90

En tercer lugar, en la prueba estadística Anova de Friedman solo mostramos las diferencias intragrupo y prueba de comparación entre parejas en los ítems adaptados relativos a la CIF para la categoría de acompañados, ya que no realizamos esta prueba estadística para la categoría “reside solo” por tener un tamaño muestral bajo (n=5) (ver tabla 46). Estas diferencias encontradas se mostraban entre la primera y cuarta valoración.

Además, no hemos podido detectar ninguna diferencia en los ítems no adaptado relativos a la CIF en función de los participantes que residen acompañados (Anexo XIX).

Tabla 46. Resultados del análisis descriptivo y el valor de p significativo de las variables “cambiar posturas”, “vestirse” y “uso de cubiertos” en los momentos evaluados en función a la situación de residencia.

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Cambiar posturas (solo)	5	1 (0-1,5)	3	1 (0-)	3	0 (0-)	0	0
Cambiar posturas (acompañado)	40	0,5 (0-2)	34	1 (0-2)	28	0,5 (0-1)	20	0 (0-0)
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365		
	-	-	0,027	-	0,043	-		

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)

Vestirse (solo)	5	1 (0-2,5)	3	2 (1-)	3	2 (1-)	0	0
Vestirse (acompañado)	39	1 (0-2)	34	1 (0-1,25)	28	1 (0-1)	20	0 (0-0)
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365		
	-	-	0,017	-	-	-		

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Uso cubiertos (solo)	5	1 (0,5-1,5)	3	2 (0-)	3	2 (1-)	0	0
Uso cubiertos (acompañado)	40	1 (0-2)	34	0 (0-2)	28	0 (0-2)	20	0 (0-0)
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365		
	-	-	0,037	-	-	-		

Estos tres ítems con resultados significativos, según el último análisis basado en la prueba de Anova de Friedman, refleja un nivel de participación percibido mejor a lo largo de un año de seguimiento en las dos capacidades de la dimensión de autocuidado (vestido y uso de cubiertos) y para la de movilidad. Todas ellas en el grupo de los participantes que residen acompañados.

5.2.9. Análisis del nivel de participación en función de la asistencia en domicilio

En este apartado exponemos los resultados al comparar los datos obtenidos por las encuestas para medir el nivel de participación, en función de si los participantes de esta muestra reciben o no asistencia en domicilio (se excluye la situación de residencia) (ver tabla 47).

Las contrastaciones con las variables sociodemográficas, no muestran resultados significativos que verifiquen relaciones entre la asistencia en domicilio y otras variables ($p\text{-valor} > 0,05$). Así mismo, estas relaciones se han podido verificar en los análisis anteriores correspondientes a las variables sociodemográficas y clínicas.

Tabla 47. Análisis de las variables sociodemográficas y clínicas según si recibe o no asistencia en domicilio.

		ASISTENCIA DOMICILIARIA								Prueba U de Mann-Whitney P
		No				Sí				
EDAD		Media	DT	Mín.	Máx.	Media	DT	Mín.	Máx.	0,78
			70,41	10,64	31	90	70,63	11,45	53	
TIEMPO TRANSCURRIDO		Mediana (Q1; Q3)				Mediana (Q1; Q3)				0,67
		30 (12-59,5)				34,5 (14,5-87,75)				
		n (%)				n (%)				Chi cuadrado P
HTA	No	27 (73)				7 (87,5)				0,65
	Sí	10 (27)				1 (12,5)				
FA	No	33 (89,2)				8 (100)				1,000
	Sí	4 (10,8)				0				
DM	No	30 (81,1)				7 (87,5)				1,000
	Sí	7 (18,9)				1 (12,5)				
Tipo de ayuda al movimiento	Nada	15 (40,5)				4 (50)				0,11
	Silla de ruedas	7 (18,9)				4 (50)				
	Bastón	9 (24,3)				0				
	Andador	6 (16,2)				0				
Motivación de Fisioterapia	Recuperarse	24 (69,9)				4 (50)				0,85
	Mantenerse	9 (24,3)				3 (37,5)				
	Ocio	4 (10,8)				1 (12,5)				

Respecto a las diferencias encontradas en los ítems de la CIF en función a las dos categorías de la variable a explorar en este apartado, hemos podido rechazar la H0 y, con suficiente evidencia concluir que existen cambios significativos en la “dificultad para caminar más de 10m”, en la “capacidad para hacer alguna actividad de tiempo libre” y en la “capacidad para participar de forma activa en asuntos políticos”. Estos tres ítems medidos en la primera valoración y mostraron cambios significativos en función a las dos categorías de la variable “asistencia en domicilio”. También, podemos rechazar la H0 y concluir con suficiente evidencia que hay cambios significativos en el ítem “dificultad para realizar transferencias: sedestación a bipedestación y viceversa”, medido en la tercera evaluación, en función a la variable asistencia en domicilio (ver Tabla 48).

Respecto al análisis de las diferencias de los ítems no adaptado relativos de la CIF entre dos categorías (no/sí) para la variable “asistencia en domicilio”, no pudimos rechazar la H0 para ninguno de estos. El valor más próximo a la significación lo encontramos para el ítem “capacidad para el manejo de su propio bienestar, sin la ayuda habitual” (ver tabla

49). En el Anexo XX mostramos todos los resultados descriptivos y el valor de p para cada ítem de adaptado y no adaptado, en función a la variable a contrastar en este subapartado.

Tabla 48. Análisis de las variables relativas a los ítems de la CIF (adaptado) por asistencia en domicilio. Se muestran percentiles.

Ítems	Asistencia en domicilio				P U de Mann-Whitney	Tamaño del efecto
	NO		SÍ			
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3		
Andar >10m adaptado 1	37	3 (1-3,5)	8	4 (3,25-4)	0,029	0,49
Actividades tiempo libre adaptado 1	33	0 (0-2)	8	4 (1,75-4)	0,003	0,65
Participar política adaptado 1	37	0 (0-0)	8	1,5 (0-2)	0,023	0,51
Transferencias adaptado 3	25	0 (0-1)	6	2 (0.75-2,5)	0,046	0,53

Tabla 49. Análisis de las variables relativas a los ítems de la CIF (no adaptado) por asistencia en domicilio. Se muestran percentiles.

Ítems	Asistencia en domicilio				P U de Mann-Whitney	Tamaño del efecto
	NO		SÍ			
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3		
Manejo bienestar no adaptado 2	19	4 (3-4)	3	4 (4-)	0,087	0,65

Por último, realizamos la prueba estadística Anova de Friedman y la prueba de comparación entre parejas de todos los ítems relativos de la CIF (adaptado y no adaptado) en función a la categoría “NO asistencia en domicilio”. No buscamos estas diferencias estadísticas entre los que sí recibían asistencia en domicilio por tener un tamaño muestral insuficiente (n=8). (Anexo XXI)

Tabla 50. Resultados del análisis descriptivo y el valor de p significativo de las variables “cambiar posturas,” “higiene wc”, “vestirse”, “uso cubiertos” y “participar en obras sociales” en los momentos evaluados en función a si reciben o no asistencia en domicilio.

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Cambiar posturas (sí)	8	1 (0-2,75)	6	1 (0-2,25)	6	0,5 (0-1)	4	1 (0-2)
Cambiar posturas (no)	37	0 (0-2)	31	1 (0-1)	25	0 (0-1)	16	0 (0-0)
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365	-	-

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Higiene W.C. (sí)	8	0 (0-3)	6	0 (0-1,5)	6	0 (0-0)	4	0 (0-3)
Higiene W.C. (no)	37	0 (0-1)	31	0 (0-1)	25	0 (0-0)	16	0 (0-0)
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365	-	-

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Vestirse (sí)	7	0 (0-2)	6	1 (0-1)	6	1 (0-2)	4	0 (0-0)
Vestirse (no)	37	1 (0-2)	31	1 (0-2)	25	1 (0-1,5)	16	0 (0-1,5)
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365	-	-

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Uso cubiertos (sí)	8	1 (0-2)	6	0,5 (0-2)	6	1 (0-2,25)	4	0 (0-0)
Uso cubiertos	37	1 (0-2)	31	0 (0-2)	25	0 (0-2)	16	0 (0-0)

(no)	Diferencias					
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365
	-	-	0,04	-	-	-

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Obras sociales (sí)	3	0 (0-0)	1	0	2	1,5 (1-)	1	0
Obras sociales (no)	14	2 (0-3,25)	10	1,5 (0-2,25)	11	4 (2-4)	4	4 (1-4)
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365	-	-
	-	-	-	0,075	0,075	-	-	-

Todas las diferencias intragrupo encontradas se dieron para los ítems adaptado (con la ayuda habitual) relativos a la CIF, para la categoría de los participantes que no recibían asistencia en domicilio. Nuestros resultados nos informan que en el ítem de la dimensión movilidad, la “capacidad para cambiar de posturas”, hay diferencias significativas entre la primera y cuarta valoración para los participantes que no reciben asistencia domiciliaria. También, obtenemos diferencias significativas ($p < 0,05$) para dos de los ítems de la dimensión autocuidado entre las primera y cuarta medición de la “dificultad para vestirse” y la “dificultad para el uso de cubiertos durante las comidas”, en la categoría de los participantes que no reciben asistencia en domicilio.

Los ítems de las dimensiones de autocuidado y vida comunitaria sobre la “dificultad para la higiene tras usar el WC” y “dificultad para participar en obras sociales que habitualmente hiciese”, respectivamente, no mostraban un valor de p significativo en la prueba de comparación entre parejas (p valor $> 0,05$) (ver tabla 50). No encontramos ninguna diferencia intragrupo en los ítems del nivel de participación no adaptado, con una muestra (n) insuficiente. En el Anexo XXI, mostramos los resultados de la prueba de ANOVA de Friedman para los ítems adaptado y no adaptado.

5.2.10. Análisis del nivel de participación en función del uso de ayudas para la marcha

En este subapartado, constatamos las relaciones y diferencias que hay entre variables sociodemográficas y clínicas y los ítems de la CIF respecto a la variable “uso de ayudas”, descrita como una variable nominal dicotómica. Entendemos que con uso de ayudas “sí”, es todo aquel participante que refería usar como tipo de ayuda, un bastón, andador o silla de ruedas (ver tabla 7).

Tabla 51. Análisis de las variables sociodemográficas y clínicas por uso de ayudas para la marcha.

		USO DE AYUDAS								Prueba U de Mann-Whitney P
		No				Sí				
EDAD		Media	DT	Mín.	Máx.	Media	DT	Mín.	Máx.	0,069
		68,3	7,72	53	80	72	12,3	31	90	
TIEMPO TRANSCURRIDO		Mediana (Q1; Q3)				Mediana (Q1; Q3)				0,059
		18 (11; 36)				42 (13,75; 100,5)				
		n (%)				n (%)				Chi Cuadrado P
HTA		No				Sí				
		13 (68,4)				21 (80,8)				0,485
		6 (31,6)				5 (19,2)				
FA		No				Sí				1,000
		17 (89,5)				24 (92,3)				
		2 (10,5)				2 (7,7)				
DM		No				Sí				0,704
		15 (78,9)				22 (84,6)				
		4 (21,1)				4 (15,4)				
Disfunción musculoesquelética		No				Sí				0,001
		17 (89,5)				11 (42,3)				
		2 (10,5)				15 (57,7)				
Limitación funcional		No				Sí				0,086
		17 (89,5)				17 (65,4)				
		2 (10,5)				9 (34,6)				
Diagnóstico clínico		ACV				LN				0,954
		13 (68,4)				18 (69,2)				
		6 (31,6)				8 (30,8)				
Afectación corporal		HD				HI				0,394
		9 (47,4)				6 (23,1)				
		6 (31,6)				13 (50)				
		3 (15,8)				4 (15,4)				
Situación de residencia		MMII				MMSS y MMII				1,000
		1 (5,3)				3 (11,5)				
Motivación de Fisioterapia		Solo				Acompañado				0,012
		2 (10,5)				3 (11,5)				
		17 (89,5)				23 (88,5)				
		Recuperarse				Mantenerse				0,012
		11 (57,9)				17 (65,4)				
		3 (15,8)				9 (34,6)				
		5 (26,3)				0				

En la tabla 51, observamos la distribución porcentual de las variables sociodemográficas según si usan algún tipo de ayuda frente a los que no la usan. Encontramos que, las variables “uso de ayudas” y “motivación de Fisioterapia” se relacionan (p valor $< 0,05$). Los participantes del estudio que tienen algún tipo de ayuda ortopédica para la limitación, refieren acudir a la Asociación para recuperación o mantenimiento de su situación clínica. Casi un 30% de los participantes que no requieren de ayudas ortopédicas, refieren acudir como una forma de ocio. Además, esta variable categorizada como dicotómica (uso de ayudas) también se relaciona con presencia o ausencia de la disfunción musculoesquelética, con un p valor $< 0,05$. Al igual, la variable “uso de ayudas” como policotómica también se relaciona con “disfunción musculoesquelética” (ver tabla 28). Sin embargo, en este análisis no encontramos la relación entre “uso de ayudas” y “limitación funcional”; mientras que, en el análisis anterior entre “uso de ayudas” (variable policotómica) por “limitación funcional” sí encontrábamos la relación entre variables mediante la “ χ^2 ” cuadrado (ver tabla 32). Además, observamos que las relaciones demostradas en los apartados anteriores de análisis por las variables edad y tiempo transcurrido, tienen un valor p casi significativo entre estas dos variables (no categorizadas) por el uso de ayudas. Nuevamente, se comprueba que los participantes que refieren no usar ayudas para la movilidad tienen una edad media y TT menores respecto a los que sí refieren usar algún tipo de ayuda (gráficos 9 y 10).

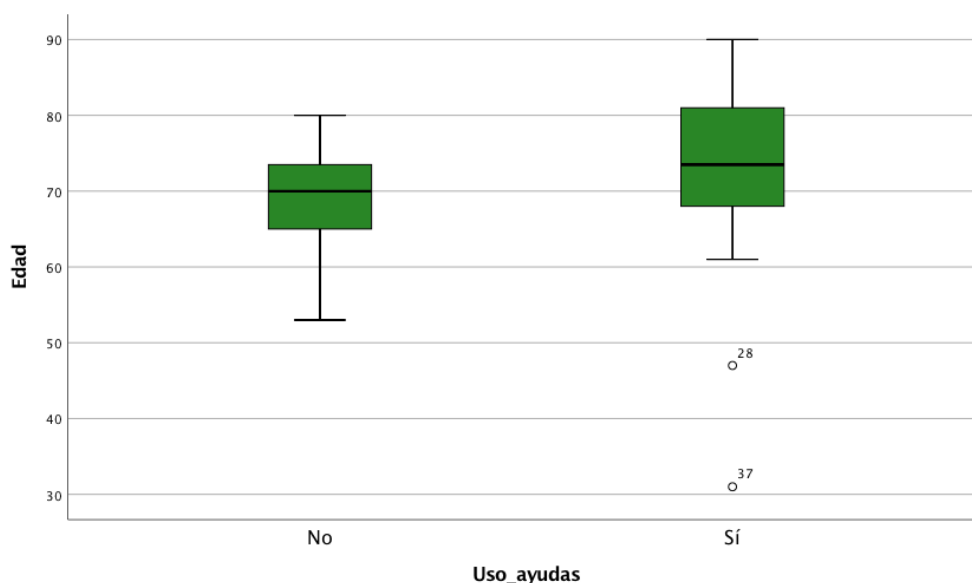


Gráfico 9. Representación de la edad por uso de ayudas. Se muestra un diagrama de cajas.

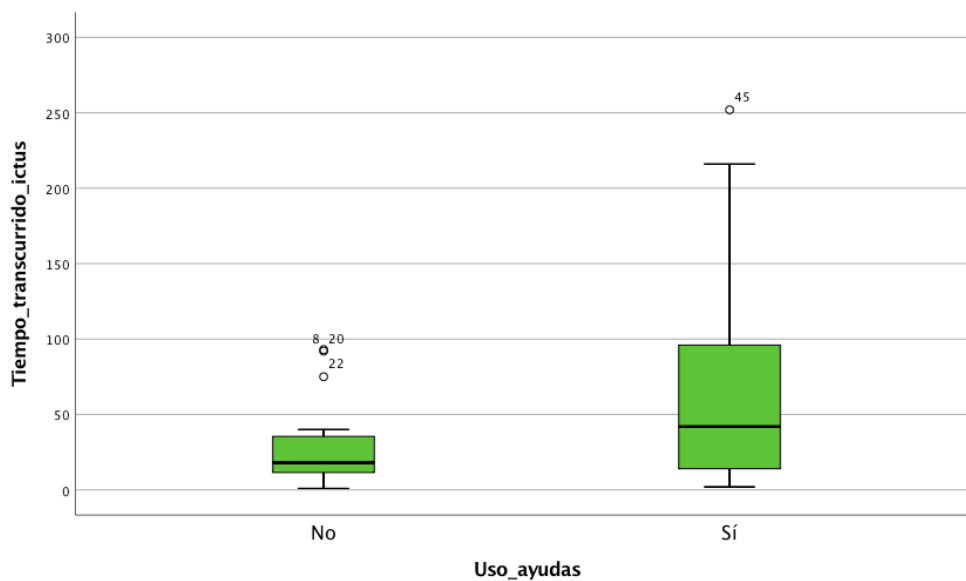


Gráfico 10. Representación del tiempo transcurrido por uso de ayudas. Se muestra un diagrama de cajas.

Con los resultados del análisis siguiente (ver tabla 52), rechazamos la H0. Por tanto, con suficiente evidencia podemos concluir que hallamos diferencias estadísticamente significativas para la capacidad de participar en tareas políticas (votaciones, grupos políticos) medidas en la primera evaluación. Encontramos también diferencias significativas para la capacidad de andar largas distancias y para la capacidad del manejo de su bienestar medidos en V60, y diferencias significativas en la capacidad de la movilidad del brazo media en V120, en función del uso o no de ayudas ortopédicas para la movilidad. Estas diferencias, junto con los resultados descriptivos de estos ítems, en función al uso o no de ayuda ortopédica, nos revelan que los resultados son de mayor capacidad para los ítems que integran la dimensión de movilidad en los participantes que no usan ayudas para el movimiento (ver Anexo XXII).

Tabla 52. Análisis de las variables relativas a los ítems de la CIF (adaptado) por uso de ayudas para las transferencias. Se muestran percentiles.

Ítems	Uso de ayudas				P U de Mann-Whitney	Tamaño del efecto
	No		Sí			
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3		
Andar <10m adaptado 1	9	0 (0-2)	20	1,5 (0-3)	0,055	0,33
Participar política adaptado 1	19	0 (0-2)	26	0 (0-0)	0,024	0,52
Mantener bipedestación adaptado 2	18	2 (0-2,25)	19	2 (2-3)	0,061	0,37
Andar >10m adaptado 2	18	1 (0-3)	17	3 (2-4)	0,027	0,44
Autonomía adaptado 2	17	0 (0-0,5)	17	1 (0-2)	0,085	0,35
Uso mano y brazo adaptado 3	14	0,5 (0-2)	17	2 (1-3,5)	0,026	0,47

Para los ítems no adaptado relativos a la CIF, rechazamos la H0 en un ítem de la dimensión autocuidado y, así, concluimos que existen diferencias estadísticamente significativas en la capacidad de manejar el propio bienestar sin ayuda de otras personas medida en V60, en función al uso o no de ayudas ortopédicas. El número de valores perdidos del sistema para el ítem que estamos estudiando para la categoría “sí usan ayuda” es muy elevado (n=17). Esto es una justificación de que muchos participantes no eran capaces de responder a la pregunta, en este caso “capacidad del manejo de su bienestar”, sin su ayuda habitual. Aún así, consideramos una diferencia significativa que nos permite observar que los participantes que no usan ayudas tienen valoraciones de mayor capacidad en los ítems no adaptados que los participantes que sí usan ayudas (ver tabla 53). Todos los datos descriptivos se muestran para los ítems adaptados y no adaptados en el Anexo XXII.

Tabla 53. Análisis de las variables relativas a los ítems de la CIF (no adaptado) por uso de ayudas para las transferencias. Se muestran percentiles.

Ítems	Uso de ayudas				P U de Mann-Whitney	Tamaño del efecto
	No		Sí			
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3		
Manejo bienestar no adaptado 2	13	3 (2,5-4)	9	4 (4-4)	0,025	0,58

Las diferencias intragrupo se encontraron en los ítems que integran la dimensión de movilidad, tanto para la categoría de los que no usan ayudas (ver tabla 54), como para los que sí la usan (ver tabla 55). Encontramos un cambio grande en el ítem “dificultad para mantener la bipedestación” en los que sí usan ayuda entre un par de momentos consecutivos para el ítem “dificultad de mantener la posición de bipedestación un tiempo óptimo”, entre la segunda y tercera valoración. El resto de valores de la prueba estadística ANOVA de Friedman para los ítems adaptados se muestran en el Anexo XXIII.

Tabla 54. Prueba de comparaciones entre parejas con valor p significativo ($p < 0,05$) para los que no usan ayuda para la movilidad.

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Cambiar posturas (sí)	26	1 (0-2)	19	1 (0-2)	17	1 (0-1,5)	10	0 (0-0,5)
Cambiar posturas (no)	19	0 (0-2)	18	1 (0-2)	14	0 (0-1)	10	0 (0-0,25)
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365		
	-	-	-	-	0,024	-		

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Uso de cubiertos (sí)	26	1 (0-2)	19	0 (0-2)	17	0 (0-1)	10	0
Uso de cubiertos (no)	19	1 (0-2)	18	0 (0-2)	14	1,5 (0-2,25)	10	0 (0-0)
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365		
	-	-	0,046	-	-	-		

Tabla 55. Prueba de comparaciones entre parejas con valor p significativo ($p < 0,05$) para los que sí usan ayuda para la movilidad.

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Bipe (no)	19	1 (0-3)	18	2 (0-2,25)	14	2 (1-2)	10	2 (0-3)
Bipe (sí)	26	2 (0,75-3)	19	2 (2-3)	17	1 (0-3)	10	0,5 (0-2)
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365		
	-	0,03	-	0,009	-	-		

No hemos encontrado diferencias entre un par de momentos de evaluados para los ítems no adaptados relativos a la CIF en ninguna de las dos categorías de las variables “uso de ayudas”. Muchos de los resultados del análisis con el Anova de Friedman para los ítems no adaptados no se podían realizar debido a que los que sí usaban ayudas no eran capaces de contestar a esta segunda parte de la pregunta, sobre todo para los ítems de movilidad y autocuidado (ver Anexo XXIII). Mientras que los valores perdidos en los ítems no adaptados relativos a la CIF en función a la categoría de los participantes que no necesitaban ayuda ortopédica, era debido a la no pertinencia de esta segunda parte de la pregunta sobre todo para los ítems de movilidad.

5.2.11. Análisis del nivel de participación en función de la motivación de los participantes

La contrastación de esta variable por el resto de variables sociodemográficas, corresponde con los resultados obtenidos a lo largo de todo el análisis bivariado. De manera que, para no redundar información, no hemos expuesto de nuevo los resultados en este subapartado. Acerca de la contrastación entre los rasgos clínicos HTA, DM y FA por “motivación de la participación”, no mostramos los resultados descriptivos pues estos no evidencian datos interesantes para la consecución de los objetivos de nuestro análisis. La distribución de la muestra en función de la edad y tiempo transcurrido desde el primer episodio de ACV por motivación de los participantes para acudir a la Asociación, se muestra en la tabla 56. Encontramos dos relaciones en análisis anteriores (p -valor $< 0,05$)

que se corresponden en la contrastación entre la motivación y la edad categorizada en mayores y menores de 70 años (ver tabla 25) y con el tipo de ayudas necesarias para la movilidad (ver tabla 51).

Tabla 56. Análisis descriptivo de la edad y tiempo transcurrido en función de la motivación.

Edad	Media	DT	Mínimo	Máximo	Prueba U de Mann-Whitney p
Recuperación	69,8	11,37	31	90	0,112
Mantenimiento	73,6	9,35	47	84	
Ocio	66,4	9,84	53	79	
Tiempo transcurrido	Mediana (Q1;Q3)				Prueba U de Mann-Whitney p
Recuperación	25 (8; 53,75)				0,302
Mantenimiento	39,5 (14,5; 88)				
Ocio	35 (23,5; 84)				

Este análisis descriptivo nos muestra que hay una disminución de la media de edad desde los participantes que acuden por mantenimiento hasta los que lo hacen por ocio, con unos picos de edad entre el mínimo y máximo muy extremos en aquellos que su principal objetivo es la recuperación. En el caso del tiempo transcurrido, observamos que el 50% de los participantes que su motivación es el mantenimiento o el ocio, presentan un tiempo transcurrido desde el primer episodio que es menor o igual a tres años. Mientras que, en los que su motivación es la recuperación, podemos afirmar que el 50% de los participantes han tenido un tiempo transcurrido menor o igual a los dos años.

Tabla 57. Análisis de las variables relativas a los ítems de la CIF (adaptado) en función de la motivación de los participantes. Se muestran percentiles.

Ítems	Motivación						P Kruskal- Wallis
	Recuperación		Mantenerse		Ocio		
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3	
Andar <10m adaptado 1	28	1,5 (0,25-2,75)	12	0 (0-2,75)	5	0 (0-0,5)	0,066
Lavarse adaptado 1	28	1 (0-2)	12	0 (0-0)	5	0 (0-2)	0,045
Abrir botellas adaptado 2	22	1 (0-2)	8	0 (0-0)	5	0 (0-1)	0,041
Peinarse-afeitado adaptado 2	23	0 (0-2)	9	0 (0-0)	5	-	0,044
Participar asociaciones adaptado 2	23	1 (0-2)	9	0 (0-0)	5	1 (0-1)	0,067
Mantener bipedestación adaptado 3	18	2 (1-3)	9	1 (0-1,5)	4	2 (1,25-2)	0,067
Higiene excreción adaptado 3	18	0 (0-0)	9	0 (0-0)	4	1 (0-2,75)	0,053
Participar asociaciones adaptado 4	11	0 (0-0)	6	0 (0-0,25)	3	0 (0-0)	0,046

En segundo lugar, se puede describir que hay evidencia para rechazar la H0 y concluir que hay diferencia significativa entre la capacidad de lavarse en la primera evaluación en las tres categorías de la motivación; y entre la capacidad para abrir una botella y para peinarse medidos en la segunda valoración en las tres categorías de motivación. Además, rechazamos la H0 y concluimos que existen diferencias significativas en la capacidad para participar en asociaciones, medida en la cuarta valoración en las categorías de recuperación, mantenimiento y ocio, y encontramos un nivel de significación muy próximo en este ítem en la segunda valoración para las tres categorías, con una distribución de las medidas de posición que se interpretan como mejoría (ver tabla 57).

Para los ítems no adaptado relativos a la CIF, obtuvimos evidencia para rechazar la H0 y concluir que hay diferencia entre la capacidad para cambiar posturas sin la ayuda habitual, andar trayectos cortos sin la ayuda habitual, la capacidad para la utilización de cubiertos en las comidas sin la ayuda habitual y para participar en asociaciones sin ayuda habitual, medidos en V0 en las tres categorías de la variable motivación. También, tuvimos suficiente evidencia para rechazar la H0 y concluir que existen diferencias significativas en la capacidad para caminar largos trayectos sin la ayuda habitual, y para vestirse sin la

ayuda habitual, medidos en V60 en las tres categorías de la variables. En la tercera medición (V120), obtuvimos evidencia para rechazar la H0 y poder concluir las diferencias significativas para la capacidad para las transferencias sin la ayuda habitual, en las tres categorías de la motivación (ver tabla 58). Todos los datos descriptivos de los ítems relativos a la CIF en función a la motivación se encuentran en el Anexo XXIV.

Tabla 58. Análisis de las variables relativas a los ítems no adaptado de la CIF en función a la motivación de los participantes. Se muestran percentiles.

Ítems	Motivación						P Kruskal- Wallis
	Recuperación		Mantenerse		Ocio		
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3	
Cambiar posturas no adaptado 1	12	4 (4-4)	8	3 (0,25-4)	2	-	0,042
Andar <10m no adaptado 1	15	4 (4-4)	11	4 (2-4)	3	3 (2-)	0,058
Uso cubiertos no adaptado 1	12	4 (3,25-4)	8	2,5 (0,5-3,75)	4	3 (3-3,75)	0,023
Andar >10m no adaptado 2	11	-	5	-	4	3,5 (3-4)	0,015
Vestirse no adaptado 2	16	3 (3-4)	6	4 (3,75-4)	4	-	0,032
Transferencias no adaptado 3	9	4 (4-4)	6	4 (3-4)	2	2 (1-)	0,029

Por último, vamos a comentar las diferencias intragrupo obtenidas en el análisis de los ítems de la CIF en función cada una de las tres categorías de la variable policotómica “motivación para acudir a la asociación”, excepto para la categoría “ocio” por tener un tamaño muestral insuficiente para realizar este tipo de análisis estadístico (n=5).

Tabla 59. Prueba de comparaciones entre parejas con valor p significativo ($p < 0,05$) para los que tenían como motivación la recuperación.

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Uso cubiertos (ocio)	5	0 (0-2)	23	0 (0-1,5)	4	2 (1,25-2,75)	3	0
Uso cubiertos (mantenerse)	12	0,5 (0-1,75)	9	0 (0-3)	9	0 (0-1,5)	6	0
Uso cubiertos (recuperarse)	28	1 (0-2)	5	1 (0-2)	18	0 (0-2)	11	0 (0-0)
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365		
	-	-	0,047	-	-	-		

Ítem	Resultados de las evaluaciones							
	V0		V60		V120		V365	
	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)
Obras sociales (ocio)	3	2 (0-)	1	0	2	3 (2-)	0	0
Obras sociales (mantenerse)	5	0 (0-2)	3	0 (0-)	4	2 (0,25-3,75)	2	0
Obras sociales (recuperarse)	9	2 (0-4)	7	2 (0-3)	7	4 (2-4)	3	0
	Diferencias							
	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365		
	-	-	-	0,04	-	-		

Podemos decir que existen cambios significativos entre distintas valoraciones, para los ítems de la CIF-participación: dificultad para usar los cubiertos durante las comidas y dificultad para participar en obras sociales habituales. Estas relacionadas con hermandades, Cáritas u otro tipo de labores sociales (ver tabla 59). No hemos podido obtener relaciones significativas entre un par de momentos para la categoría “mantenimiento”. No obtenemos resultados significativos que muestren cambios para alguno de los ítems no adaptado relativos a la CIF, en función a cada una de las tres categorías de la variable motivación. Además, no se realizó ningún análisis con el Anova de Friedman y la prueba de comparación entre parejas para la categoría “ocio”, por el bajo tamaño muestral ($n=5$). Los resultados completos del Anova los exponemos en el Anexo XXV.

5.3. Distribución de los resultados de la medida de la participación según el grado de independencia funcional

En el siguiente apartado, mostramos los resultados sobre el grado de dificultad de los ítems de la CIF, tanto los adaptado como no adaptado, en función al grado de independencia funcional. La Medida de independencia funcional (FIM) es una escala validada al español y ampliamente usada para la valoración de personas con limitaciones en la movilidad, debido a procesos degenerativos propios de la edad o causas orgánicas del tipo neurológica⁽³⁶⁾.

Los resultados que a continuación presentamos, corresponden a los obtenidos en V0 o primera evaluación, tanto con la escala CIF como con la FIM. En nuestro estudio hicimos dos grandes divisiones, según la puntuación obtenida por la FIM en el grupo de dependientes (puntuación ≤ 85 puntos) y el grupo de independientes (puntuación >85 puntos). De los 45 participantes en el momento de la primera evaluación, 24 son independientes (53,3%) y 21 (46,7%) son dependientes, según el corte de dependencia funcional que fijamos en nuestro estudio.

Tabla 60. Distribución de la clasificación de los participantes respecto al grado de independencia funcional y el grado de participación afectado para los ítems de la dimensión de movilidad.

CIF ítem	N	Dependiente N (%)					N	Independiente N (%)				
		0	1	2	3	4		0	1	2	3	4
Cambiar postura	21	9 (42,9)	2 (9,5)	4 (19)	5 (23,8)	1 (4,8)	24	13 (54,2)	4 (16,7)	6 (25)	1 (4,2)	-
Sedestación	21	16 (76,2)	3 (14,3)	1 (4,8)	1 (4,8)	-	24	23 (95,8)	-	-	1 (4,2)	-
Transferencias	21	5 (23,8)	5 (23,8)	6 (28,6)	4 (19)	1 (4,8)	24	11 (45,8)	5 (20,8)	5 (20,8)	3 (12,6)	-
Bipedestación	21	5 (23,8)	3 (14,3)	3 (14,3)	7 (33,3)	3 (14,3)	24	9 (37,5)	3 (12,5)	6 (25)	6 (25)	-
Levantar objetos	21	15 (71,4)	1 (4,8)	4 (19)	1 (4,8)	-	24	20 (83,3)	-	3 (12,5)	1 (4,2)	-
Mover MMII	20	6 (28,6)	4 (19)	3 (14,3)	3 (14,3)	4 (19)	24	17 (70,8)	2 (8,3)	2 (8,3)	1 (4,2)	2 (8,3)
Mov. Fina	21	11 (52,4)	1 (4,8)	4 (19)	3 (14,3)	2 (9,5)	24	16 (66,7)	2 (8,3)	4 (16,7)	2 (8,3)	-
Mano-brazo	21	6 (28,6)	4 (19)	7 (33,3)	4 (19)	-	24	7 (29,2)	8 (33,3)	5 (20,8)	2 (8,3)	2 (8,3)
Agarre	20	12 (57,1)	3 (14,3)	2 (9,5)	3 (14,3)	-	24	19 (79,2)	2 (8,3)	2 (8,3)	1 (4,2)	-
Andar <10m	21	3 (14,3)	4 (19)	6 (28,6)	7 (33,3)	1 (4,8)	24	15 (62,5)	4 (16,7)	3 (12,5)	1 (4,2)	1 (4,2)
Desplazarse rápido	11	-	-	-	1 (4,8)	10 (47,6)	19	2 (10,5)	1 (5,3)	-	1 (5,3)	15 (78,9)

Desplazarse sala	18	7 (33,3)	3 (14,3)	4 (19)	4 (19)	-	24	12 (50)	8 (33,3)	3 (12,5)	-	1 (4,2)
Desplazarse ayuda	15	6 (28,6)	1 (4,8)	-	4 (19)	4 (19)	6	6 (100)	-	-	-	-
Andar >10m	21	2 (9,5)	-	3 (14,3)	7 (33,3)	9 (42,9)	24	6 (25)	3 (12,5)	3 (12,5)	6 (25)	6 (25)
Viajar coche	20	15 (71,4)	2 (9,5)	2 (9,5)	-	1 (4,8)	24	19 (79,9)	4 (16,7)	1 (4,2)	-	-
Conducir	2	-	-	-	-	2 (9,5)	5	-	3 (60)	-	1 (20)	1 (20)
Montar animales	0						1	-	-	-	-	1 (100)

Los resultados del análisis de los ítems adaptados relativos a la CIF se distribuyen de forma que en el grupo de dependientes hay mayores porcentajes de participantes en las columnas de más dificultad (3-4) en la capacitación de ítems para la dimensión de movilidad, como andar, las transferencias, cambiar posturas o desplazamientos por un entorno cerrado. En contraposición a lo que ocurre para los participantes que son independientes. Los ítems relacionados con la movilidad del brazo, mano y motricidad fina presentan resultados de buena capacitación en los dos grupos de participantes divididos según grado de dependencia. En este punto subrayamos que estos ítems se preguntaban considerando su ayuda habitual. El ítem desplazarse rápido refleja la poca capacidad en el grupo dependientes (valores 3-4), frente a los independientes (valores 0-1). El ítem desplazarse con ayuda refleja que la muestra del grupo independiente es la mitad respecto al grupo dependientes, mostrándose resultados más heterogéneos en la distribución de valores en el grupo de dependientes al contrario que para el otro grupo. La distribución para los ítems conducir y montar en animales no es concluyente debido a la baja muestra; más que para observar que el grupo independiente recoge una muestra mayor.

La participación de respuestas en el grupo independientes es más baja en los ítems no adaptados de la dimensión de movilidad que con los ítems adaptados. Los ítems relacionados con la movilidad del cuerpo, como las transferencias y caminar, mantienen una alta participación de respuestas para la parte del ítem no adaptado. Estos resultados que presentamos en la tabla 64, muestran la poca o nula capacitación para realizar estas tareas sin sus ayudas habituales, que son: uso de agarraderas, de bastón para la bipedestación estática y ayudas ortopédicas para caminar; excepto para “cambiar posturas”, que en los independientes podemos interpretar como buena capacidad para realizar el movimiento en más de la mitad de los participantes para el ítem adaptado, con una baja participación de respuestas en la segunda parte de la pregunta, que es sin su ayuda

habitual (ver tablas 60 y 61). La interpretación del ítem andar < 10m también muestra valores de dificultad (4) en la mayoría del grupo dependientes, en su versión de no adaptado. Mientras que, para el grupo de independientes, este ítem (andar <10m sin ayuda habitual), las respuestas muestran que los participantes piensan que serían capaces de caminar trayectos cortos sin la ayuda habitual.

Tabla 61. Distribución de la clasificación de los participantes respecto al grado de independencia funcional y el grado de participación afectado para los ítems NO ADAPTADO de la dimensión de movilidad.

CIF ítem	N	Dependiente N (%)					N	Independiente N (%)				
		0	1	2	3	4		0	1	2	3	4
Cambiar postura	19	-	-	-	4 (21,1)	15 (78,9)	3	2 (66,7)	1 (33,3)	-	-	-
Sedestación	6	1 (16,7)	1 (16,7)	1 (16,7)	2 (33,3)	1 (16,7)	3	1 (33,3)	-	-	2 (66,7)	-
Transferencias	21	-	-	2 (9,5)	7 (33,3)	12 (57,1)	15	2 (13,3)	1 (6,7)	-	6 (40)	6 (40)
Bipedestación	17	-	-	-	4 (23,5)	13 (76,5)	13	-	-	2 (15,4)	4 (30,8)	7 (53,8)
Levantar objetos	3	1 (33,3)	-	-	2 (66,7)	-	4	1 (25)	-	-	2 (50)	1 (25)
Mover MMII	8	-	1 (12,5)	-	-	7 (87,5)	5	-	-	1 (20)	-	4 (80)
Mov. Fina	5	1 (20)	-	-	2 (40)	2 (40)	3	1 (33,3)	-	-	1 (33,3)	1 (33,3)
Mano-brazo	2	2 (100)	-	-	-	-	1	-	-	1 (100)	-	-
Agarre	5	1 (20)	1 (20)	-	-	3 (60)	3	2 (66,7)	-	-	1 (33,3)	-
Andar <10m	17	-	-	-	1 (5,9)	16 (94,1)	12	-	-	5 (41,7)	3 (25)	4 (33,3)
Desplazarse rápido	7	1 (14,3)	-	-	-	6 (85,7)	6	-	-	-	-	6 (100)
Desplazarse sala	15	-	-	-	1 (6,7)	14 (93,3)	12	1 (8,3)	-	4 (33,3)	2 (16,7)	5 (41,7)
Desplazarse ayuda	9	-	1 (11,1)	1 (11,1)	-	7 (77,8)	3	-	-	-	1 (33,3)	2 (66,7)
Andar >10m	16	1 (6,3)	-	-	1 (6,3)	14 (87,5)	16	1 (6,3)	-	2 (12,5)	1 (6,3)	12 (75)
Viajar coche	5	2 (40)	-	-	1 (20)	2 (40)	3	-	-	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)
Conducir	0	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-
Montar animales	0	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-

La distribución de los valores de los ítems de autocuidado con la ayuda habitual es muy similar en los dos grupos de participantes, excepto para el ítem vestirse, donde en el grupo dependientes hay mayor dificultad, aún considerando las ayudas que solían ser la aportada por otra persona para el vestido de la parte superior y/o calzado. Los ítems no adaptados relativos a la dimensión de autocuidado reflejan la disminución de la muestra en

el grupo de independientes, con lo cual, la mayor parte de los participantes de este grupo no usan ayudas para realizar tareas de aseo personal, baño, vestido, entre otras. Entonces, podemos afirmar que mientras el grupo de dependientes precisan de ayudas, el de los independientes no, aunque estos últimos presentan una dificultad similar a los dependientes en los ítems adaptado que han sido valorados. Esta dificultad puede ser estudiada de mayores impactos negativos, dados los valores de poca capacitación, incluso con una ayuda habitual (ver tablas 62 y 63).

Tabla 62. Distribución de la clasificación de los participantes respecto el grado de independencia funcional y el grado de participación afectado para los ítems de la dimensión de autocuidado.

CIF ítem	N	Dependiente N (%)					N	Independiente N (%)				
		0	1	2	3	4		0	1	2	3	4
Lavarse	21	13 (61,9)	3 (14,3)	1 (4,8)	4 (19)	-	24	14 (58,4)	5 (20,8)	4 (16,7)	1 (4,2)	-
Cepillarse	20	15 (75)	2 (10)	2 (10)	-	1 (5)	23	22 (95,7)	-	-	-	1 (4,3)
Higiene excreción	21	13 (61,9)	3 (14,3)	1 (4,8)	1 (4,8)	3 (14,3)	24	19 (79,2)	1 (4,2)	3 (12,5)	1 (4,2)	-
Vestirse	20	8 (40)	4 (20)	6 (30)	1 (5)	1 (5)	24	10 (41,7)	3 (12,5)	6 (25)	5 (20,8)	-
Cubiertos	21	5 (23,8)	4 (19)	8 (38,1)	3 (14,3)	1 (4,8)	24	14 (58,3)	6 (25)	-	4 (16,7)	-
Abrir botellas	20	10 (50)	1 (5)	4 (20)	3 (15)	2 (10)	23	14 (60,9)	4 (17,4)	4 (17,4)	1 (4,3)	-
Manejo bienestar	19	13 (68,4)	3 (15,8)	-	1 (5,3)	2 (10,5)	20	17 (85)	1 (5)	1 (5)	1 (5)	-
Peinarse afeitarse	20	14 (70)	1 (5)	3 (15)	2 (10)	-	24	19 (79,2)	1 (4,2)	3 (12,5)	1 (4,2)	-
Incontinencia-estreñimiento	20	12 (60)	2 (10)	4 (20)	-	2 (10)	23	15 (65,2)	5 (21,7)	2 (8,7)	1 (4,3)	-

Tabla 63. Distribución de la clasificación de los participantes respecto el grado de independencia funcional y el grado de participación afectado para los ítems NO ADAPTADO de la dimensión de autocuidado.

CIF ítem	N	Dependiente N (%)					N	Independiente N (%)				
		0	1	2	3	4		0	1	2	3	4
Lavarse	20	-	-	1 (5)	1 (5)	18 (90)	13	-	-	1 (7,7)	7 (53,8)	5 (38,5)
Cepillarse	7	-	-	1 (14,3)	-	6 (85,7)	0	-	-	-	-	-
Higiene excreción	14	1 (7,1)	-	-	2 (14,3)	11 (78,5)	2	-	-	-	-	2 (100)
Vestirse	21	-	-	-	4 (19)	17 (81)	10	-	1 (10)	-	7 (70)	2 (20)
Cubiertos	17	1 (5,9)	-	1 (5,9)	7 (41,2)	8 (47,1)	7	1 (14,3)	-	1 (14,3)	1 (14,3)	4 (57,1)

Abrir botellas	10	-	-	-	4 (40)	6 (60)	5	-	-	1 (20)	1 (20)	3 (60)
Manejo bienestar	16	-	-	1 (6,3)	2 (12,5)	13 (81,3)	5	-	1 (20)	2 (40)	1 (20)	1 (20)
Peinarse afeitarse	15	1 (6,7)	3 (20)	2 (13,3)	2 (13,3)	7 (46,7)	5	1 (20)	-	-	1 (20)	3 (60)
Incontinencia-estreñimiento	10	-	2 (20)	1 (10)	4 (40)	3 (30)	3	1 (33,3)	-	-	1 (33,3)	1 (33,3)

Respecto a la distribución de los resultados para los ítems que integran la dimensión vida comunitaria, nos muestran que la participación es muy baja en el grupo dependiente frente a la del grupo independiente para el ítem grado de capacidad para participar en obras sociales, tales como Cáritas, hermandades o también incluimos ir a misa. Estos datos se mantienen en la distribución de la muestra para el mismo ítem para no adaptado, aunque se reduce para el grupo independiente refutando esa condición de mayor capacidad.

La distribución de los datos en función al grado de independencia es similar en ambos grupos para el ítem autonomía. Cuando interpretamos los resultados para el ítem no adaptado, la participación de respuesta en los independientes es muy baja respecto a la primera parte de la pregunta. Esto justifica la capacidad de autonomía de estos participantes frente al grupo dependientes, cuyos datos obtenidos del ítem autonomía muestran una capacidad muy relativa (ver tabla 64).

Tabla 64. Distribución de la clasificación de los participantes respecto al grado de independencia funcional y el grado de participación afectado para los ítems de la dimensión vida comunitaria.

CIF ítem	N	Dependiente N (%)					N	Independiente N (%)				
		0	1	2	3	4		0	1	2	3	4
Participar asociaciones	21	12 (57,1)	3 (14,3)	5 (23,8)	1 (4,8)	-	24	19 (79,2)	4 (16,7)	1 (4,2)	-	-
Ocio	18	10 (55,6)	1 (5,6)	-	1 (5,6)	6 (33,3)	23	11 (47,8)	3 (13)	3 (13)	2 (8,7)	4 (17,4)
Social	6	4 (66,7)	-	-	1 (16,7)	1 (16,7)	11	4 (36,4)	1 (9,1)	2 (18,2)	2 (18,2)	2 (18,2)
Autonomía	20	11 (55)	-	1 (5)	2 (10)	6 (30)	23	16 (69,6)	2 (8,7)	4 (17,4)	1 (4,3)	-
Participar política	21	14 (66,7)	1 (4,8)	4 (19)	1 (4,8)	1 (4,8)	24	22 (91,7)	1 (4,2)	-	1 (4,2)	-

Los valores del ítem participación en asociaciones refleja datos positivos en tanto la capacidad de participación de las mismas en ambos grupos, con un bajo nivel de respuestas

para los ítems no adaptados debido, principalmente, a que esta capacidad es más una cualidad de la persona y que en la asociación donde tiene lugar nuestro estudio el ambiente fomenta la comunicación y la confianza. Los resultados del ítem “participar política” muestran peores resultados en el grupo de los dependientes, debido a la mayor incapacidad de la movilidad y transporte para poder asistir a las reuniones o poder ejercer el derecho al voto. Cuando se formulaba la pregunta sobre la capacidad para realizar alguna actividad en tiempo libre, las respuestas ya estaban condicionadas por su situación nueva por el ictus o la lesión neurológica. Así, en la segunda parte de la pregunta se formulaba con aquella actividad que antes realizaba y ahora no. Los resultados del ítem ocio no adaptado muestra esa incapacidad severa a moderada en los grupos de dependiente e independiente, respectivamente. Mientras que el ítem ocio adaptado muestra gran capacitación en ambos grupos de participantes (ver tabla 65).

Tabla 65. Distribución de la clasificación de los participantes respecto al grado de independencia funcional y el grado de participación afectado para los ítems NO ADAPTADO de la dimensión vida comunitaria.

CIF ítem	N	Dependiente					N	Independiente				
		N (%)						N (%)				
		0	1	2	3	4		0	1	2	3	4
Participar asociaciones	4	1 (25)	-	-	3 (75)	-	0	-	-	-	-	-
Ocio Social	4	-	-	-	-	4 (100)	4	-	-	1 (25)	-	3 (75)
	6	-	-	-	-	6 (100)	6	-	-	2 (33,3)	1 (16,7)	3 (50)
Autonomía	16	-	1 (6,3)	-	1 (6,3)	14 (87,5)	7	-	-	1 (14,3)	3 (42,9)	3 (42,9)
Participar política	14	1 (7,1)	-	-	5 (35,7)	8 (57,1)	5	2 (40)	-	-	2 (40)	1 (20)

DISCUSIÓN

6. DISCUSIÓN

En este apartado se comentan los resultados de una forma crítica y reflexiva, basados en los datos objetivos obtenidos con los análisis realizados. Asimismo, la información que se aporta en los siguientes apartados proviene de la documentación científica presente en todo el riguroso proceso del Método Científico propio de una investigación original y, en concreto, de una Tesis Doctoral.

La finalidad es conseguir transmitir al lector del presente trabajo la perspectiva crítica de los resultados de nuestro propio estudio, dando respuesta a los objetivos e hipótesis que hemos marcado al inicio del mismo para, finalmente, enumerar las conclusiones obtenidas en este trabajo de investigación. Además, deseamos transferir el conocimiento resultante de este trabajo, el cual brinda nuevos retos en Fisioterapia para la evaluación y el diagnóstico. Asimismo, tales conclusiones finales, también basadas en los objetivos marcados, promueven nuevas líneas de investigación en pro de la Ciencia, la profesión y el ámbito académico, y aportar al lector una información breve, clara y concisa de la génesis de conocimiento lograda tras un proceso riguroso y sistemático, como caracteriza al Método Científico.

6.1. Características y homogeneidad de la muestra. Consideraciones generales

El presente trabajo de investigación se lleva a cabo en una asociación creada como obra social de una de las hermandades de la localidad de El Viso del Alcor (Sevilla), donde está situada la misma. De manera que, la accesibilidad a la muestra ha sido relativamente sencilla. Esto nos ha permitido, a los investigadores de este estudio, poder conocer los aspectos del nivel de participación en una población diana, según lo que afirman otros expertos^(31,171-173) acerca de la importancia del marco de la Clasificación Internacional del Funcionamiento en poblaciones muy vulnerables y con alto grado de discapacidad y, en muchos de estos, son de tipo crónicas. De hecho, la propia asociación lleva como título a las personas a las que va dirigida, que son las personas con una enfermedad cerebrovascular. El carácter de asociación junto con los tipos de financiación de esta (cuotas mínimas de los socios y pacientes, donativos de la hermandad de Ntra. Sra. De los Dolores y del Excmo. Ayuntamiento de El Viso del Alcor, y otros ingresos menores, como

espectáculos locales o loterías de Navidad), además de la ocupación de las instalaciones deportivas municipales, potencian aún más el carácter comunitario de esta asociación.

Respecto a los usuarios y participantes de nuestro estudio, casi el total de las personas que se inscriben en la asociación ingresan tras haber sufrido un ACV o alguna lesión neurológica, por motivos relacionados con su estado de salud como observamos en la Tabla 1 de Resultados en este mismo documento. Así, destacamos que casi el 65% de la muestra acudían a la asociación con la principal motivación de recuperarse, seguido de un alto porcentaje que lo hacían como forma de mantenimiento de su condición funcional. Es decir, consideraban haber terminado una fase de recuperación pero con secuelas que aún les motivaban a acudir a la asociación y llevar un seguimiento de Fisioterapia. Esto es muy interesante, pues los análisis de los ítems de la CIF que han evaluado nuestro nivel de participación sufren numerosos cambios en la distribución de los datos en función a la variable motivación, como exponemos en apartados posteriores.

Estos datos sobre expectativas del paciente y motivaciones, además del carácter internacional de la CIF basado en el conocimiento del funcionamiento y la participación, soportan la importancia de analizar desde la Fisioterapia aspectos más desapercibidos en comparación con la recuperación o no de volver a caminar, la dependencia o no para ducharse o con la luxación o no del hombro hemiparético, entre otras secuelas físicas. De este modo, en nuestros resultados descriptivos de la Tabla 1 observamos la homogeneidad de la muestra en cuanto al sexo y la edad y otras variables clínicas, como la presencia o ausencia de los tipos de comorbilidad, de la limitación funcional, en la situación de residencia, en la asistencia en domicilio, el tipo de ayudas y en la motivación. Esto nos permite la posibilidad de interpretar algunos resultados que, con el nivel de significación o no, son relevantes para dar sentido a los objetivos planteados con la precaución precisa debido al limitado tamaño muestral y la distribución no equitativa de porcentajes en las variables clínicas de “situación de residencia”, “asistencia en domicilio” y en el “tipo de ayudas”. Asimismo, la justificación al integrar todas las variables sociodemográficas y clínicas en nuestra investigación viene dada por la necesidad de medir el nivel de participación de nuestra muestra, al igual que hacen otros estudios^(4,6,7,21,174). En nuestra investigación, estudiamos las relaciones entre todas estas variables y, además, comparamos los datos en función a estas como algo más novedoso e interesante para aportar una información descriptiva completa de los participantes de nuestra muestra. Además, hemos

mostrado los datos descriptivos en la presencia o ausencia de la hipertensión arterial (HTA), fibrilación auricular (FA) y Diabetes Mellitus (DM), como las comorbilidades más frecuentes en los antecedentes personales de los pacientes tras un ACV, aunque en la presente investigación no buscamos la relación causal, entre otros motivos, porque buscamos influencias en el nivel de participación y no en la fisiopatología y tipo de lesión cerebral, que es donde mayor importancia cobran estos factores patológicos⁽⁴⁾. De hecho, no encontramos valores relevantes entre la presencia o ausencia de alguna o algunas de estas condiciones y el resto de variables sociodemográficas, como podemos observar en la primera parte de los análisis de cada apartado de la sección 5.3 de análisis de asociación cruzada de la parte de Resultados. Tampoco realizamos los análisis entre los ítems relativos a la CIF que integran la medida de la participación y ninguna de estas variables, más que entre los primeros con las variables clínicas de “limitación funcional (no/sí)” y de “disfunción musculoesquelética (presencia/ausencia)”, por encontrar relaciones (p -valor $<0,005$) entre la “limitación funcional” y la “disfunción musculoesquelética” (ver Tabla 28), como abordaremos más adelante.

Nuestro estudio está muy reforzado a nivel metodológico y de diseño de estudio por el uso de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Salud y de la Discapacidad como nuestra medida principal de obtención de los datos de la muestra seleccionada con fines de investigación clínica. Esto es porque la CIF, además de ser un marco teórico de contextualización, puede ser utilizada para medir cualquiera de los cuatro Componentes de Salud que define. En total, desarrolla 31 ítems que se recogen en capítulos, y los cuales componen cada uno de estos cuatro Componentes de Salud. Esto ofrece al profesional unas ventajas, como ser un marco ampliamente definido, completo y complejo por el alcance con los Componentes de Salud y la lista de códigos y categorías de cada capítulo⁽¹⁹⁾; y el carácter internacional de la clasificación por ser un marco accesible para todos los profesionales y en muchos países en todo el mundo, así como referenciado por estudios sanitarios sobre el tratamiento y la educación sanitaria enmarcadas en el marco de la CIF^(31-33,45). En nuestro estudio, usamos la Clasificación Internacional del Funcionamiento como instrumento donde contextualizar las características de funcionalidad y discapacidad de las personas con una alteración en su estado de Salud, al igual que hacen otros estudios, pero usando la CIF como escala propia de evaluación del nivel de participación y entendida esta desde la perspectiva bio-psico-social, también propuesta por la OMS⁽¹⁹⁾.

Algunas de las ventajas que encontramos en esta clasificación y que la hacen muy accesible para nuestro estudio descriptivo, son que la CIF está validada y traducida transculturalmente al español (entre otros idiomas), la complejidad por su extensión y cantidad de información que recoge para estudiar a la persona y su contexto con fines de investigación, clínicos, comunitarios y de políticas sociales^(19,175). También, son características importantes los calificadores que, sumados a otros dígitos, permiten localizar el problema o la condición clínica que el facultativo diagnostica, los Componentes de Salud como un concepto innovador y fácilmente reconocible desde los capítulos y categorías que integran a cada uno de estos cuatro componentes, el carácter internacional dado por sus múltiples validaciones y traducciones y por la posibilidad de ser marco de diferentes disciplinas. Todo ello, aporta al marco de la CIF un carácter holístico e integrador de las condiciones funcionales de las personas que complementarían la información de otros marcos teóricos como la Clasificación Internacional de Enfermedades, que va ya por su 10ª edición, desarrollada por la OMS en 2018.

De manera que, los resultados de nuestra investigación son los obtenidos mediante el uso de la Clasificación Internacional del Funcionamiento con los capítulos correspondientes a la participación, que más adelante se comentan, y los calificadores ordinales como forma de evaluación de cada una de las categorías o ítems relativos a la CIF, que integran estos capítulos. Otros autores, están centrados en la localización y adaptación de tests físicos que valoran el nivel de participación, como es el estudio de McKillop et al⁽¹⁷⁶⁾ y De Bock et al⁽¹⁷⁷⁾, en una muestra de personas con lumbalgia y en la población de niños con secuelas crónicas, respectivamente. De hecho, cuando buscamos en la literatura científica sobre los usos de la CIF, la mayor parte de los estudios se basan en tests que están validados con la CIF. Sin embargo, en una reciente Revisión Sistemática se puede comprobar que las escalas usadas para medir la participación son muchas y no todas tienen la misma validez de constructo con respecto al concepto de participación, que es contextualizado por la CIF⁽¹⁷⁸⁾. En el estudio de Oner et al⁽¹⁷⁹⁾, sobre la valoración de las limitaciones de la funcionalidad en personas con lesiones medulares, se estudia la viabilidad del uso de las categorías de la CIF como ítems de valoración de sus secuelas. Estos autores obtuvieron información útil para el abordaje terapéutico de personas con lesiones medulares, usando algunas de las categorías de la CIF a modo de Checklist.

Nuestra investigación es, por tanto, un trabajo descriptivo para observar y describir la aplicación real de la Clasificación Internacional del Funcionamiento en la valoración del nivel de participación en concreto. Así, la gran fortaleza de nuestro estudio es que hacemos una descripción e interpretación de nuestros datos con la finalidad de que en trabajos posteriores reconozcamos los objetivos principales y esenciales para estudiar, investigar y poner en práctica la CIF en Fisioterapia.

6.2. Evolución durante un año del nivel de participación en personas tras ictus u otra lesión neurológica

Para abordar el siguiente apartado y subapartado, distinguimos entre los ítems adaptado (con ayuda habitual) de la Clasificación Internacional del Funcionamiento y los no adaptado (sin la ayuda habitual), así como exponemos los resultados por las tres dimensiones del nivel de participación. Como generalidad, la descripción de los datos sobre la muestra general respecto a las capacidades de la dimensión de movilidad para ir de pasajero en el coche, montar a caballo y la capacidad de conducir, ya nos indica que son ítems del nivel de participación que no son determinantes para estudiar las diferencias en función a las distintas variables sociodemográficas y clínicas, debido a la gran cantidad de valores perdidos y, por ende, no los hemos considerado en nuestras conclusiones finales al igual que hace el estudio de Maynard et al⁽¹⁸⁰⁾. Otro ítem de la movilidad, que es la capacidad de realizar los desplazamientos con ayuda ortopédica (previamente definida antes del inicio del estudio y recogida su definición en la tabla 6), los resultados no nos permiten hacer un seguimiento de la participación en términos de movilidad, debido a la cantidad de valores perdidos con un 40% de los participantes que no usan ningún tipo de ayudas. Este dato nos sorprende porque siendo la movilidad la capacidad de caminar y otros desplazamientos y una de las dimensiones más importante para el paciente y el terapeuta⁽¹⁸¹⁾, el resultado de este ítem evidencia la necesidad de los participantes por continuar el tratamiento fisioterapéutico. Esta necesidad es la muestra de que al paciente y su forma de reintegrarse en la vida socio-cultural tras haber sufrido un ictus u otra lesión neurológica, le influyen otras dimensiones como hemos estudiado en esta investigación centrada en el nivel de participación y compuesto por la movilidad, el autocuidado y la vida comunitaria. Al igual que en el trabajo de Rice et al⁽¹⁸²⁾, quienes desarrollaron la importancia de estas dimensiones para los pacientes, además de la reducción de la discapacidad entendida como la recuperación de la mano afectada y el nivel cognitivo.

Otros estudios más numerosos se centran en la calidad de vida^(90,183-185), además de la funcionalidad^(185,186), la autonomía^(183,187) y, en menor medida, la socialización⁽¹⁸³⁾.

Respecto a los resultados de este ítem sobre la capacidad de desplazarse con ayudas (dimensión de movilidad), la pregunta formulada para la segunda parte (desplazarse sin la ayuda ortopédica o humana) nos muestra datos de mejora en un año, si comparamos las tres primeras evaluaciones respecto a la cuarta. En este caso, analizar este ítem sin la ayuda ortopédica (es decir, no adaptado) es muy revelador para describir el nivel de participación de personas tras ictus o lesión neurológica, porque la mayor o menor capacidad de la persona en este ítem es muy útil para avanzar en tratamiento y el empoderamiento de los pacientes que acuden al servicio de Fisioterapia. De hecho, el estudio sobre la recuperación de la marcha tras ictus realizado por Rose et al⁽¹⁸⁸⁾ y el de Rice et al⁽¹⁸²⁾, demuestran que la recuperación es mucho más rápida y mejor cuando se realiza con unos objetivos pautados y que el paciente conoce. Además, ser capaz de hacer algún desplazamiento que era realizado con ayudas a pasar a hacerlo sin esta, es un dato de mejora de los “síntomas” que motiva en gran medida al paciente y a sus familiares. En la revisión sistemática de Tshiswaka et al⁽¹⁸⁹⁾, se expone de forma concluyente una falta de interacción y conocimiento en la influencia entre el alcance de los objetivos funcionales marcados y los impactos sobre las emociones de los pacientes que han sufrido un ictus. De manera que, existe una conexión que, aunque poco estudiada según esta revisión, tiene impactos directos en el nivel de participación.

Sobre los ítems de la dimensión autocuidado, destacamos en el análisis descriptivo general de toda la muestra los ítems para las capacidades del vestido, del baño, del aseo perineal tras usar el W.C. y de la capacidad para el manejo de su propio bienestar. En la capacidad para el baño adaptado hay una mejora evidente entre la tercera valoración y la cuarta valoración, lo cual muestra la mejora de la capacidad en los participantes en un año de seguimiento. Cuando describimos los resultados de este ítem para no adaptado, es decir, sin la ayuda habitual, no podemos evidenciar esta mejora. Sobre el ítem del vestido, también hay una mejora en un año que se evidencia con datos significativos, en concreto entre la primera y cuarta valoración. Sin embargo, en la segunda parte de la pregunta para la capacidad de vestirse sin la ayuda habitual, la evolución no es de mejora, sino de mantenimiento en la actitud de gran o completa dificultad por parte del participante. Este mantenimiento de una situación clínica es la principal razón para que los análisis estadísticos para los ítems no adaptado sean menos significativos, cuando nos referimos a

los datos estadísticos. A nivel de discusión de los datos, según nuestros objetivos, contrastar los datos de la primera parte (con muchos más cambios a nivel de significación) con los de la segunda parte del ítem, sin la ayuda habitual, aporta a nuestro estudio más riqueza a los resultados cuantitativos que hemos obtenido.

Para el ítem de la capacidad para el aseo perineal tras uso del W.C. (autocuidado), los resultados son opuestos entre la descripción del ítem adaptado y la del no adaptado: sin problema (puntuación= 0) en los datos de la primera parte de la pregunta en cada uno de los cuatro momentos de valoración y con problema total (puntuación= 4) de los datos recogidos en la segunda parte de la pregunta. Con estos resultados, mostramos claramente la ayuda humana del paciente para realizar esta actividad que influye en su autocuidado y que, sin esta, el paciente considera que no es capaz de poder realizarla por sí mismo. Al igual que en los resultados de los ítems de autocuidado obtenidos en nuestro estudio, en el trabajo de Lee et al⁽¹⁹⁰⁾, donde aplicaron un programa de Fisioterapia en personas tras ictus, evidenciaron también una mejora al año de estas tareas, pero su seguimiento no se realizó con la CIF como herramienta de valoración ni especificaron cuáles fueron las ayudas necesarias. Es decir, no evaluaron la capacidad real de la persona en la realización de esa actividad, en comparación con nuestra investigación. Estos tres ítems del autocuidado incluidos en la CIF (baño, vestido y aseo perineal o higiene tras excreción) precisan de otras actitudes motoras distintas respecto a las tareas de la dimensión movilidad sobre desplazamientos y transferencias, como la recuperación de las habilidades con los miembros superiores que es más lenta a medio-largo plazo^(191,192).

Sobre la capacidad para el manejo de su bienestar, referido a la organización de tareas socio-sanitarias (alimentación saludable, citas médicas, farmacia), al igual que para el aseo perineal, las respuestas en la primera parte de la pregunta, con la ayuda habitual aportada, eran de total capacitación. Aunque, en la segunda parte de la pregunta, y al contrario que para el aseo perineal, los datos obtenidos para el ítem capacidad de manejo de su propio bienestar, las respuestas son de moderada a leve capacidad a lo largo del año de seguimiento. Los estudios de Zahuranec et al⁽¹⁹³⁾, Kim et al⁽¹⁹⁴⁾, van de Ven et al⁽¹⁹⁵⁾ y Zheng et al⁽¹⁹⁶⁾, estudian el bienestar subjetivo, es decir, el cómo se encuentra la persona, según variables como limitaciones de la actividad, con la calidad de vida, el insomnio y el ejercicio y los impactos de estas variables sobre el nivel del ítem bienestar⁽¹⁹³⁻¹⁹⁶⁾, evaluado en nuestro estudio para la dimensión de autocuidado del nivel de participación. En nuestro estudio hacemos los análisis de estos ítems en función a múltiples variables clínicas, que más adelante discutimos en este apartado de Discusión.

La definición de bienestar o, en inglés, *well-being*, es un concepto que incluye una parte subjetiva en cuanto a su valoración, pues es “el sentimiento de encontrarse bien” y en esta evaluación influyen factores como estado anímico, depresión y optimismo⁽¹⁹⁷⁾. También, el concepto de “manejo del bienestar” que desarrolla la CIF tiene una parte objetiva sobre la salud física, como Linton et al⁽¹⁹⁸⁾ y la propia Clasificación Internacional del Funcionamiento describen en la definición de este ítem de autocuidado⁽¹⁹⁾. La literatura científica inglesa relaciona los conceptos de bienestar y calidad de vida^(199,200), mientras que, a nivel académico e investigador, en España diferenciamos claramente el concepto bienestar del de calidad de vida⁽²⁰¹⁻²⁰³⁾. No obstante, en la sección de Métodos de este estudio desarrollamos las definiciones operativas para cada uno de los ítems, que son las que se corresponden con la definición propia de la CIF de la versión española⁽¹⁹⁾. La CIF incluye este ítem en la dimensión del autocuidado de la persona, que no solo evalúa la parte funcional de realizar la tarea, sino que el ítem del que hablamos (capacidad de manejo de su propio bienestar) es uno de los ítems que más reflejan el nivel de participación de la persona⁽²⁰⁴⁾, con numerosos estudios que respaldan las relaciones de esta capacidad con el carácter motor y emocional de la persona^(193,197,204,205).

Tenemos que resaltar que, la valoración de los ítems sobre la dimensión de autocuidado en la literatura inglesa se refiere principalmente a la relacionada con la higiene bucal y perineal tras el uso del W.C, tal como recoge también la CIF en esta dimensión^(206,207). Así, hemos encontrado en distintos artículos que relacionan el resto de ítems de autocuidado de la CIF (vestido, baño, aseo personal, alimentación) como actividades de la vida diaria, donde además se incluyen otras que la CIF no integra en esta dimensión^(190,208). Con esta clasificación como herramienta de valoración, nuestros resultados han reflejado una mejora al año para los ítems adaptado y un mantenimiento en la no capacidad a lo largo de un año para los ítems no adaptado del autocuidado, excepto para el ítem de la capacidad de manejo de su propio bienestar no adaptado. Esto es que, el paciente no se encuentra capacitado para realizar estas tareas sin su ayuda habitual mientras que, la mejora que constatan nuestros resultados para los ítems con la ayuda habitual, nos hablan del desarrollo del paciente de capacidades funcionales y de autonomía para realizar esa tarea con adaptaciones, al igual que en los resultados de otros estudios⁽¹⁹⁰⁻¹⁹²⁾. Según el estudio de Chen et al⁽¹⁷¹⁾, la evolución de mejoría de estas funciones, que son de autocuidado para la CIF y en otras escalas evalúan las actividades de la vida diaria^(90,140), es un indicador del aumento del nivel de participación.

La dimensión de vida comunitaria, es el último capítulo que integra el componente de participación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud. Esta dimensión está compuesta por cinco ítems, cuyos resultados son muy interesantes en la interpretación de este componente y las experiencias que existen en el abordaje de esta dimensión son muy limitadas^(209,210). La dimensión de vida comunitaria muestra las capacidades mentales y funcionales en relación con los derechos humanos, como es el ítem de la autonomía y, además según el estudio de Ezekiel et al⁽²¹⁰⁾, es fundamental su evaluación complementaria en el abordaje de una persona tras ictus por la reducción de la participación que experimente.

Los ítems de la dimensión vida comunitaria de la CIF y que nosotros hemos evaluado tal cual, son: la capacidad para participar en asociaciones, la capacidad para realizar actividades de obras sociales (si lo hacían antes del ictus), la capacidad para realizar sus actividades de tiempo libre habituales, la capacidad para la autonomía en su vida diaria y la capacidad para participar en la vida política (votar, participar en grupos políticos)⁽¹⁹⁾. En nuestra investigación, valoramos el ítem de la capacidad de participar en asociaciones de forma muy fiel, pues el estudio se enmarca en una asociación.

Sobre la capacidad para participar en la asociación, describimos resultados de leve mejoría desde la primera a la cuarta valoración. Estos datos concuerdan con los de otros estudios, como el de Mayo et al⁽²¹¹⁾, quienes encontraron los mayores logros en el nivel de integración en pacientes con ictus con respecto a la calidad de vida, pero no con datos significativos entre 6 meses y un año de tratamiento. En el ítem para la capacidad de participación en obras sociales, hay una baja participación de respuestas desde la primera evaluación que se mantiene a lo largo de las demás evaluaciones. Con lo que podemos afirmar que de una muestra total de 45, solo 15 personas continuaban participando en la vida parroquial o de hermandades. Hablamos de estas dos actividades porque eran a las que se referían los participantes al preguntarles por este ítem. Los resultados para los ítems no adaptado referían niveles de baja capacitación, ya que el ir a misa requería la ayuda de otra persona por la parte funcional.

Antes de describir la evolución en un año del ítem sobre la capacidad para realizar actividades de ocio, tenemos que considerar que la participación de respuestas ha sido casi del 100% a lo largo del año de valoraciones. Sin embargo, para la parte de no adaptado de la pregunta, hay una baja participación de respuestas que interpretamos como que tiene poco sentido esta pregunta. Al enunciar la pregunta, los pacientes se referían a una

actividad de tiempo libre que ellos podían realizar por sus propias capacidad tras ictus. Bien es cierto que, por actividades de tiempo libre se puede entender desde ver TV hasta actividades deportivas, pues en nuestro estudio no definimos qué tipo de actividades. De hecho, en el estudio de Vincent-Onabajo y Blasu 2016, obtuvieron pocas respuestas en la participación de actividades funcionales con fines recreativos y en otras de creatividad⁽²¹²⁾. Así, los resultados de nuestro estudio muestran datos muy similares de capacitación total en las cuatro valoraciones durante un año, en contraste con los resultados para la parte del ítem no adaptado, donde una baja participación respondía al ítem como baja capacidad para realizar estas actividades de tiempo libre. Nosotros hemos observado que las actividades de ocio de peor capacidad para realizarla son las que se corresponden con actividades de ocio en relación al deporte (salir a dar un paseo). Norlander et al⁽²¹³⁾ evidenciaron que la evolución favorable en la capacidad de actividades de tiempo libre corresponden con objetivos en el abordaje terapéutico a largo plazo y depende de la capacidad de recuperación del paciente de funciones motoras como la marcha, la conducción y la restauración de las habilidades sociales. Numerosos estudios relacionan el ítem de actividades de ocio con los beneficios en el envejecimiento activo que, dentro de este gran cajón, hay un gran número de personas de avanzada edad con episodios de ictus⁽²¹⁴⁻²¹⁷⁾. Algunos de estos beneficios son conductuales, emocionales, sociales, psicológicos, de participación en actividades de la vida diaria y en las funciones cognitivas^(215,218,219). Muchos de estos también evaluados por la CIF en la dimensión de vida comunitaria. Según hemos visto en nuestros resultados y con los de otros estudios, para encontrar cambios significativos en el modelo de participación de personas tras ictus según estos tres ítems de la vida comunitaria (participar en la asociación, obras sociales y ocio), sus resultados deben ser evaluados en un plazo largo, con lo cual los estudios son escasos por el riesgo de pérdida de la muestra^(211,213).

Respecto al ítem de la participación en la vida política, la interpretación de sus resultados se asemeja con la de obras sociales (anteriormente comentados). Los resultados de este ítem no son muy reveladores, puesto que los participantes distorsionaban su respuesta en función a su capacidad motora para asistir al colegio electoral o, en el caso de un paciente con vida política activa a nivel de reuniones. Además, cuando revisamos otros estudios, se entiende por vida política como parte de la calidad de vida de la persona. Por lo que, este ítem es valorado específicamente con el dominio de la CIF para la participación. Basándonos en los resultados de nuestro estudio y en la discusión de este primer análisis descriptivo de toda la muestra, podemos deducir que la capacidad para

participar de la vida política no aporta suficiente información para entender el nivel de participación de la CIF. No obstante, el conjunto de los ítems con finalidad similar de la vida comunitaria, como son los ítems de participación en la asociación, obras sociales y vida política, los tres con un carácter comunitario, es imprescindible para comprender el nivel de participación desde la dimensión de vida comunitaria, pues el objetivo de la evaluación de estas tres capacidades es conocer si realmente ha habido cambios sociales, medido en estos tres niveles, tras el ictus^(220,221).

Para terminar con la dimensión de vida comunitaria, la autonomía referida como autonomía del paciente, es la capacidad de toma de decisiones, informativa y funcional⁽²²²⁾. La descripción de este ítem por parte de la CIF, integra estas tres entidades de la autonomía de una persona⁽¹⁹⁾. Con el dominio de la Clasificación Internacional del Funcionamiento para el componente actividad y participación y, en concreto para la participación que estudiamos, el ítem sobre capacidad para ser autónomo se formulaba en nuestra investigación como “la capacidad para ser autónomo en su día a día”, al igual que los estudios de Erdmann et al⁽²²³⁾ y Miller⁽²²⁴⁾. En contraste con los estudios de Törnbohm et al⁽²³⁾ y Suttiwong et al⁽²²⁵⁾, quienes usaron la escala de medida de la participación y la autonomía (*Impact on Participation and Autonomy Questionnaire*) para evaluar la autonomía. Algunos de los ítems que se evalúan en esta escala para interpretar la autonomía (capacidad para realizar actividades de ocio, para establecer relaciones con personas y para vivir de forma independiente), son los mismos en la CIF que integra la dimensión de vida comunitaria. En nuestro estudio, la capacidad de autonomía a lo largo de un año experimenta una mejoría leve de sus resultados a lo largo de un año y, aunque también analizamos este ítem para no adaptado (al igual que hemos hecho con todos los ítems evaluados, tal y como describimos en la sección de Material y Métodos) como propone la CIF, junto con Noonan et al⁽²²⁶⁾, pensamos que en futuras investigaciones se debería hacer una definición más operativa para interpretar los resultados de autonomía no adaptado. En relación a esto, nuestros resultados para no adaptado nos muestra falta de capacidad de moderada a grave, con lo cual habría que evaluar aquellas ayudas o asistencias o interacciones sociales que influyan a la persona para percibir una baja capacidad de autonomía, como propusieron en el estudio de Törnbohm et al⁽²³⁾. De hecho, el Core Set para ACV, que es la forma abreviada de la Clasificación Internacional del Funcionamiento y especial para ictus, no incluye este ítem en su forma reducida, pudiendo así entender que son el resto de ítems (movilidad, estructuras corporales, autocuidado, comunicación, vida comunitaria) los que dan una muestra de la calidad de vida del

paciente por las relaciones que existen entre la autonomía con capacidades de movilidad, como la marcha, y de las estructuras corporales, como la fatiga muscular^(223,227). En apartados posteriores, valoramos este ítem de la autonomía de la persona más específicamente por variables clínicas y según la independencia funcional o no.

A modo de resumen, en este apartado acerca de la descripción general de la evolución en un año del nivel de participación en personas tras ictus hemos enumerado cambios de mejora en las capacidad de la dimensión de la movilidad, en menor medida del autocuidado y más difícilmente entre los ítems de la dimensión de vida comunitaria, así como de los ítems de la movilidad sobre las capacidades de montar a caballo y conducir, por la gran cantidad de valores perdidos. Hacer una interpretación del nivel de participación en general no es fácil, por eso, los siguientes apartados referidos a los cambios en función a una serie de variables sociodemográficas y clínicas, ayudan a interpretar esa evolución y explicar los cambios a lo largo de un año. En este inicio de nuestro estudio, también podemos considerar que los ítems del nivel de participación no adaptado son muy interesantes, sobre todo al contrastarlos con los resultados de los ítems adaptado, por aportarnos información sobre la capacidad percibida y subjetiva que tendrían los participantes encuestados sin sus ayudas habituales y comprender algunas de las barreras y facilitadores en el día a día de estas personas⁽²²⁸⁾. Este primer análisis descriptivo nos ayuda a los investigadores a predecir aquellos ítems que, a simple vista, parecen presentar más variabilidad a lo largo de un año y de los que hemos esperado cambios en función a las variables sociodemográficas y clínicas.

6.2.1. Las variaciones más significativas del grado de participación en un año

Ha sido objeto de nuestro estudio investigar sobre los cambios más significativos en todos los ítems evaluados de las tres dimensiones del nivel de participación (movilidad, autocuidado y vida comunitaria) para adaptado y no adaptado, entre las cuatro valoraciones realizadas en un año de seguimiento de la muestra. De los 31 ítems evaluados en total para la dificultad de realizar la actividad de forma habitual, obtuvimos 3 resultados estadísticamente significativos y 3 casi significativos pero, estos últimos, con unos datos descriptivos que resultan del primer apartado de la sección de Resultados y son interesantes observarlos e interpretarlos, en especial cuando los análisis son muy próximos

al valor de $p < 0,05$, aunque el valor de la significación estadística o p-valor no sea un valor indispensable y determinante para hacer conclusiones⁽²²⁹⁾. Por este mismo motivo, damos respuesta a nuestras hipótesis aunque no tenga un p-valor estadísticamente significativo ($p < 0,05$).

Al determinar un valor estadísticamente significativo en los ítems de capacidad para cambiar posturas (movilidad), capacidad para vestirse y capacidad para utilizar utensilios durante la comida (autocuidado), observamos que los datos descriptivos de la muestra general para estos ítems mejoran para los tres ítems, con mayores cambios percibidos para la capacidad de vestirse de los participantes, cuyos resultados muestran como el doble (el 80% de los participantes) de los encuestados son capaces de realizar esta tarea del autocuidado sin ninguna dificultad en un año de seguimiento de la muestra. Todos los cambios detectados son entre la primera o segunda valoración y la cuarta valoración. Es decir, existe una mejoría de los participantes de nuestra muestra en un año en actividades de movilidad y, en especial, en el autocuidado con el ítem capacidad para vestirse.

En numerosos estudios^(111,230-234) se han llevado a cabo análisis de las categorías propuestas por la CIF para movilidad y autocuidado. Así, todos estos estudios distinguen entre estas dimensiones según la definición que hace la CIF de las mismas, pero su evaluación no es realizada por el sistema de calificadores y los ítems propuestos por la CIF para cada dimensión, si no que estas valoraciones se realizan en función a otros test que tienen demostradas correlaciones con la CIF. Estos estudios evidencian, además, la afectación del nivel de participación en personas que han sufrido un ictus y la importancia de evaluar los resultados en la movilidad y el autocuidado tras este episodio. En contraste, encontramos los trabajos de Hsieh et al⁽²³⁵⁾ y Combs-Miller et al⁽⁴⁴⁾, quienes usaron la CIF con su sistema de codificación y calificación, al igual que hemos realizado en este estudio. Los problemas de salud para los que usaron la CIF como escala de valoración de la mejora de programas de entrenamiento de Fisioterapia, eran para parálisis cerebral infantil mediante el “International Classification of Functioning, Disability and Health-Children and Youth (ICF-CY) checklist”, donde se evidenciaba esta mejora en la dimensión de movilidad y en el ítem de juego, ambos del componente de participación⁽²³⁵⁾. El segundo de los estudios, usó la CIF como medida de la actividad y participación en personas tras ictus integradas en un ensayo de entrenamiento para la mejora de la marcha, sin evidenciar mejoras en este componente a medio plazo (3 meses de seguimiento), aunque sí mejoraron

los resultados de la capacidad para caminar tras tres meses de seguimiento de la muestra⁽⁴⁴⁾. De hecho, en el estudio de Mayo et al⁽²¹¹⁾, evidenciaron esta mejora a largo plazo, con un seguimiento de la muestra de 12 a 15 meses tras la primera sesión de tratamiento dirigido a la mejora de las habilidades de la participación. En nuestro estudio observamos una tendencia a la mejora de la capacidad para deambular (movilidad) que no llega a constatarse de forma estadística sobre la muestra general.

Aún así, y a diferencia de muchos de los estudios citados, podemos afirmar que los resultados de nuestro estudio proceden de la evaluación de una muestra de participantes con la CIF y sus calificadores como medida de valoración, junto con los estudios de Hsieh et al⁽²³⁵⁾, y Combs-Miller et al⁽⁴⁴⁾. Asimismo, nuestro estudio más que evidenciar resultados de mejora a lo largo de un año, nos reportan la descripción de una muestra de pacientes, a través de los ítems propuestos por la CIF como escala de medida del nivel de participación.

Respecto a la dimensión de movilidad, podemos decir que existen cambios de mejora en un año para la capacidad de cambiar las posturas corporales, pues el resultado de los análisis estadísticos y la descripción de los calificadores en las cuatro valoraciones así lo demuestran. En el otro ítem, sobre la capacidad de mover las piernas para la acción de pedalear, a nivel estadístico no podemos concluir una mejoría en un año, pero observando los datos del seguimiento de nuestra muestra sí podemos considerar que hay un aumento de la capacidad para realizar esta actividad, al igual que en el estudio de Bunketorp Käll et al⁽¹¹¹⁾, cuyos resultados sobre el nivel de participación en personas tras ictus y sometidos a un programa específico de tratamiento, no eran concluyentes, pero el diseño y los resultados mostraban una tendencia hacia la mejora de la capacidad funcional, en especial en términos de capacidad para manejo de su propio bienestar (autocuidado) en personas tras ictus.

Por otro lado, y a colación de la dimensión de movilidad, entendemos que la capacidad para la deambulación es una de las que más nos fijamos cuando hacemos el seguimiento de personas tras un ictus, pues sus resultados reportan una mejora significativa para el paciente y su salud. Al igual que los resultados de los trabajos de Geyh et al⁽²³⁴⁾ y Kim et al⁽²³⁶⁾, quienes resaltan el ítem de capacidad para caminar como el más importante de la dimensión de movilidad en la valoración del nivel de participación. Además, Avelino et al⁽²³⁷⁾, Mayo et al⁽²³⁸⁾ y Faria-Fortini et al⁽²³⁹⁾, especifican, no solo esta relación, sino el efecto directo de una mejora en la capacidad de la marcha sobre niveles más altos de participación e independencia funcional, siendo las medidas primarias de resultados de

estos estudios las basadas en escalas de la capacidad y calidad de la marcha. Para los fisioterapeutas y el paciente y su familia, durante la recuperación funcional de personas tras sufrir un ictus, lograr la capacidad de deambulaci3n 3ptima de estos es de los objetivos principales a medio-largo plazo, es decir, entre el 4^o y 6^o mes de rehabilitaci3n^(28,188,240-242); aunque, la edad, la capacidad para caminar de la persona antes del ictus, la capacidad de mantener el tronco tras ictus y haber tenido un buen nivel de salud antes del ictus, son factores pron3sticos muy importantes de recuperaci3n de la marcha en una persona tras ictus^(28,243).

En nuestro estudio no podemos concluir variaciones con significaci3n estadística en el seguimiento de la muestra sobre el ítem caminar (movilidad), aunque los datos descriptivos revelan la disminuci3n de la incapacidad para caminar a lo largo de un ańo de seguimiento, con m3s del 50% de los participantes que perciben como poca o nula dificultad para caminar distancias cortas, y una mejora en paralelo de otros ítems de la dimensi3n movilidad (mantener bipedestaci3n, capacidad para las transferencias y capacidad para los desplazamientos por la sala de Fisioterapia). Los resultados de la capacidad de caminar sobre la muestra general, de leve a moderada mejora a lo largo de un ańo, son similares a los obtenidos en otros estudios^(44,244-247). Esto se explica por ejercer un plan de Fisioterapia en una muestra de personas con ictus en fase cr3nica, donde la mejoría es menos marcada. Algunos autores⁽²⁴⁵⁻²⁴⁷⁾, no centran los objetivos exclusivamente en la capacidad para caminar, sino que enfocan otras característicasy de la marcha como el equilibrio, la capacidad de control del tronco, e incluso proponen la evaluaci3n de la marcha en un contexto determinado de la comunidad donde la persona necesita esa independencia funcional, al igual que nosotros en nuestro estudio valoramos todos los ítems de la movilidad y otros aspectos comunitarios y sociales integrados en la dimensi3n de vida comunitaria.

Los cambios significativos obtenidos en nuestro estudio en la dimensi3n de autocuidado para los ítems sobre la dificultad para vestirse, para el uso de utensilios durante la comida y para bańarse, nos muestran una dificultad que disminuye a lo largo de un ańo y que es totalmente contrastable entre la primera y la cuarta valoraci3n para los dos ítems primeros. Estas mejoras se dan en la evaluaci3n de los ítems considerando las ayudas habituales, y no para los ítems sin ayuda habitual. Ańn así, consideramos esta mejora en especial para el ítem vestirse y lavarse, por los resultados estadísticos y por ser tareas que, aunque sean valoradas con la ayuda habitual, ya sea humana o de adaptaciones del medio,

la mejoría radica en la capacidad de la persona y en su voluntad para realizar estas tareas de la forma más óptima posible. En este sentido, resaltamos el estudio de Sit et al⁽²⁴⁸⁾ sobre la evidencia de los efectos positivos del empoderamiento en personas tras ictus, quienes concluyen que es un método de actuación, junto con el tratamiento de Fisioterapia, para abordar a estas personas con el objetivo de lograr mejoras en el autocuidado a largo plazo.

Sobre la capacidad para utilizar los cubiertos durante la comida, también un ítem del autocuidado, para sorpresa nuestra, la ayuda más habitual era la humana, sobre todo para trocear la comida, en lugar de buscar soluciones alternativas, como adaptaciones de los utensilios y ejercicios de terapia ocupacional para el brazo. Así, los resultados de nuestro estudio muestran un cambio significativo entre la primera y la cuarta evaluación, con una mejoría al final del año. Esta diferencia significativa no es relevante para nosotros, porque por un lado, la evidencia sobre la valoración del miembro superior indica que los resultados de mejora del miembro superior son leves⁽²⁰⁸⁾; y por otro lado, porque el cambio que se está dando en nuestros datos descriptivos consideran el componente de ayuda externa al participante, de forma que la capacidad percibida sin esa ayuda es de total incapacidad, según observamos en los datos descriptivos de la primera parte de los resultados en la muestra en general y para los ítems no adaptado.

Las actividades de autocuidado, en general, precisan de la capacidad de movilidad con el brazo y la mano y, en concreto, para los otros dos ítems que nombramos, que son la capacidad de vestirse y bañarse. Pero en estos dos influyen factores funcionales, como las capacidades para deambular y las transferencias, en relación con la movilidad y que son prioritarios a la hora de establecer una interpretación final en la recuperación del nivel de participación^(231,249-251).

Para el ítem sobre la capacidad del manejo de su propio bienestar de la dimensión de autocuidado, cuya descripción de los datos hacíamos en el apartado anterior, no hemos podido concluir de una forma estadísticamente la mejora de este ítem en los participantes sobre la muestra general. Además, medir este concepto no es fácil, como ya hemos descrito anteriormente, y junto con los resultados de Sadler et al⁽²⁵²⁾ sobre no concebir este ítem como uno de los objetivos de Fisioterapia en el abordaje de los pacientes tras ictus. Sin este punto de vista sobre el bienestar, es difícil contrastar la mejoría de la capacidad para manejar su propio bienestar a largo plazo^(252,253). Así, en nuestro estudio no podemos afirmar cambios relevantes en un año de seguimiento de la muestra sobre la capacidad de manejar su propio bienestar.

Sobre la dimensión de vida comunitaria, nos referimos al ítem para la capacidad de participar en asociaciones, ya que es uno de los ítems determinantes para esta dimensión y por presentar unos datos descriptivos que se mantienen con buenos niveles de capacidad en la primera y segunda evaluación, pero aumentan los porcentajes de completa capacidad en las tercera y cuarta valoraciones. Además, y a diferencia del ítem para el uso de cubiertos (autocuidado), encontramos que los participantes no precisaban de ayudas en este ítem, aunque sí les influían los trastornos psicológicos consecuentes, como la labilidad emocional y la depresión, tal como describen en el estudio de Zhang et al⁽²⁵⁴⁾, pero que no es objeto de análisis en esta investigación. Por tanto, debido a los resultados obtenidos de mejora pero poco variables sobre la muestra general para el ítem de capacidad para participar en asociaciones, la no distinción entre participantes con trastornos del lenguaje y sin este⁽²⁵⁴⁾, y los problemas psicológicos que pueden acontecer a estos pacientes y que nosotros no hemos tenido en cuenta^(214,217,255,256), nos llevan a concluir que, aunque hay mejoras en el ítem capacidad para participar en asociaciones en la tercera y cuarta valoraciones realizados a lo largo de un año, estas son leves y además es un ítem que debe ser tenido más en cuenta en función a las variables sociodemográficas y clínicas que más adelante describimos y que algunas de estas (sexo, asistencia en domicilio, motivación) tienen connotaciones emocionales y psicológicas.

Estas variaciones que encontramos en un año de seguimiento de la muestra general, se dan en las tres dimensiones: movilidad, autocuidado y vida comunitaria. Para la dimensión de movilidad, encontrar diferencias en la capacidad para cambiar las posturas del cuerpo en un año y la capacidad para mover las piernas en acciones como el pedaleo, además de evidenciar esta mejora, nos aporta datos que justifican la mejora de la capacidad para caminar cortas distancias a lo largo de un año, pese a que no podamos evidenciar estadísticamente estos resultados. Respecto a la dimensión de autocuidado, concluimos que la capacidad para vestirse de los participantes es la que mayores cambios de mejoría sufre en un año y que esta mejora es también paralela a la mejora de la capacidad para el baño. Por el contrario, en la capacidad para el uso de cubiertos durante la comida, hay una leve mejora en la última valoración que se contrasta estadísticamente, la cual no podemos considerar como real por encontrar dependencia de otra persona para llevar a término esta actividad. De forma que, la capacidad real (no adaptado) es de nula capacidad. Sobre la dimensión de vida comunitaria, a nivel estadístico podemos demostrar una mejora casi significativa para el ítem capacidad para participar en asociaciones, pero lo más interesante

de este ítem, cuyos cambios se dan a largo plazo y con programas específicos de tratamiento dirigidos a mejorar esta capacidad y otras similares⁽²¹¹⁻²¹³⁾, es que contrastamos lo que Santana y Chun⁽¹⁸⁰⁾, Purdy et al⁽²⁵⁷⁾, y Tempest y Jefferson⁽²⁵⁸⁾, afirman sobre la sensibilidad de la CIF en la evaluación de los pacientes tras sufrir un ictus u otra lesión neurológica. Puesto que, la mejora o el empeoramiento de este ítem tiene relaciones con las capacidades funcionales y los posibles trastornos psicológicos, que en este estudio no hemos controlado.

Aunque sobre la muestra general no hemos podido obtener significaciones de mejora o empeoramiento de ítems importantes para la funcionalidad y las actividades de autocuidado, como son la capacidad para la deambulaci3n y el manejo de su propio bienestar, sí hemos podido hacer una interpretaci3n de estos en base a los resultados de otros ítems. En el caso de la marcha, hemos observado y examinado la mejora a lo largo de un a1o de los ítems de cambiar posturas, transferencias y mantener la posici3n de bipedestaci3n. Para interpretar los resultados en un a1o del manejo de su bienestar, no hemos encontrado diferencias estadísticas y, respecto a la leve mejoría y la interpretaci3n de otros estudios acerca de este ítem, no evidenciamos una mejoría en su capacidad a lo largo del a1o. Aunque, los ítems de capacidad de vestirse y ba1arse sean dos actividades típicas cuando hablamos de autocuidado y de actividades de la vida diaria, en general. Hemos contrastado que, ambas actividades, mejoran a lo largo de un a1o de seguimiento y que este aumento de las capacidades tiene relaci3n con un aumento de la capacidad en actividades de la movilidad, más que con el ítem sobre la capacidad del manejo de su propio bienestar y por ende, los impactos positivos en el nivel de participaci3n.

6.3. Interpretaci3n de las relaciones entre las variables sociodemográficas y clínicas y sus influencias en el nivel de participaci3n de personas tras ictus en un a1o de seguimiento de la muestra

Hasta ahora, hemos analizado, descrito e interpretado los resultados del nivel de participaci3n de la CIF de forma general a lo largo de un a1o, sin considerar la distribuci3n de estos datos en funci3n a las variables sociodemográficas (sexo, edad y tiempo transcurrido (TT)) y a las variables clínicas y funcionales (tipo de diagnóstico clínic, afectaci3n corporal, disfunci3n musculoesquelética, limitaci3n funcional, situaci3n de

residencia, asistencia en domicilio, tipo de ayudas y motivación). Es decir, en total once variables cuya incorporación a nuestro estudio es por interés según nuestros objetivos e inclusión en otros estudios sobre personas que experimentan secuelas funcionales y sociales a consecuencia de un ictus.

Para interpretar de una forma clara nuestros datos en función a estas variables, en primer lugar discutimos las relaciones entre estas variables y su influencia en el nivel de participación, lo cual nos sirve para interpretar con mayor facilidad la distribución de nuestros datos obtenida por los ítems para cada una de las tres dimensiones que integran el nivel de participación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento. En especial, encontramos mayores interacciones en la dimensión de la movilidad estudiada, comprobando como las relaciones entre las variables sociodemográficas y clínicas que vamos a pasar a explicar en el primer punto de este apartado, influyen en el nivel de participación según la dimensión de movilidad.

6.3.1. Interpretación de las relaciones entre las variables sociodemográficas y clínicas

La información que desarrollamos en este apartado proviene de los resultados obtenidos de los análisis estadísticos realizados entre la variable por la que se querían comprobar las diferencias de los ítems del nivel de participación y el resto de variables clínicas, con el objetivo de encontrar relaciones entre las variables nominales del estudio e interpretar estas como contexto de la evolución de los ítems de la CIF a lo largo de un año de seguimiento de la muestra, así como poder interpretar los ítems de cada una de las tres dimensiones entre las variables relacionadas con este primer apartado.

En función a la variable sexo, que se muestra en nuestro estudio como una de las más interesantes por ser muy estudiada en estos temas en relación con la participación en personas tras ictus y por las relaciones demostradas con otras variables clínicas como el tipo de diagnóstico y la situación de residencia, podemos afirmar que la distribución en porcentajes de los diagnósticos en el sexo femenino se distribuyen de forma más o menos equitativa entre ACV y lesión neurológica (LN), mientras que el 80% de los hombres presentan un diagnóstico de ACV. Esto concuerda con estudios de factores de riesgo,

donde la población masculina presenta mayor cantidad de estos para sufrir un ACV^(6,7,54,61), lo cual también nos señala que la interpretación de nuestros resultados es probable que sea más homogénea en hombres que en mujeres, ya que por diagnóstico de lesión neurológica entendemos distintas lesiones a nivel cerebral y medular tal como hemos definido en la sección de Material y Métodos (ver tabla 6). A su vez, la relación comprobada entre tipo de diagnóstico y afectación corporal, demuestra que la secuela de una hemiplejía es propia de un ACV y estudios como los de Carvalho et al⁽²⁵⁹⁾ y Lemmens et al⁽²⁶⁰⁾ evidencian que una de las mayores complicaciones en las personas con ACV es la pérdida de funcionalidad de la mano y sus consecuencias en el nivel de participación, principalmente en la dimensión de la movilidad y del autocuidado. Datos que analizaremos en mayor profundidad en los siguientes apartados correspondientes con las dimensiones descritas.

Los datos con la situación de residencia son más interesantes, pues ambos sexos refieren vivir acompañados, aunque en el sexo masculino son casi el 100% de los participantes, respecto las mujeres. Esta relación indica una diferencia social marcada por el sexo y que tiene relación con las diferencias de la autonomía entre hombres y mujeres⁽²⁶¹⁾.

La edad es otra de las variables más tenidas en cuenta en los análisis estadísticos, y estudiar esta en función a otras variables es interesante para interpretar las consecuencias del nivel de participación de las personas tras ictus⁽⁴⁻⁶⁾. Nuestros resultados han evidenciado las relaciones estadísticas entre edad con otras variables clínicas del estudio, como el TT, motivación, disfunción musculoesquelética y el uso o no de ayudas.

Antes de relacionar de forma descriptiva la edad con TT tenemos que saber que, la variable TT desde el primer episodio de ACV o lesión neurológica, la categorizamos en dos con el punto de corte en 24 meses, al igual que hemos hecho con la variable edad estableciendo el punto de corte en mayores y menor de 70 años por ser ambos valores coincidentes con la mediana, evaluada en los análisis estadísticos. Por la relación entre ambas variables, se demuestra que los participantes de nuestro estudio de menor edad presentan un TT mayor y al contrario. De manera que, podemos afirmar que las secuelas crónicas en personas tras ictus son muy frecuentes, pese a que tengan una edad no tan avanzada, al igual que en el estudio de Jiménez-Lara et al, quienes describen en su estudio que los mayores porcentajes de discapacidad están comprendidos en personas con edades menores a 70 años⁽⁶⁾, aunque no habla específicamente de TT como hacemos en nuestro estudio como variable sociodemográfica fundamental. De hecho, el TT desde el primer

episodio de la lesión neurológica es más interesante estudiarlo en personas de menor edad, pues los participantes con avanzada edad tienen otros múltiples factores externos al episodio de ictus o lesión neurológico que hay que estudiar y analizar, tal como proponemos en nuestra investigación⁽²⁶²⁻²⁶⁴⁾. Aún así, en los estudios de Ng et al⁽²⁶⁵⁾ e Hiraoka et al⁽²⁶⁶⁾, observamos que hay una variabilidad de resultados cuando valoramos según qué aspectos de las secuelas en personas tras ictus, en función a las variables edad y tiempo transcurrido.

Cuando hemos categorizado la variable edad en ≤ 70 y > 70 años, esta relación no se ha demostrado a nivel estadístico, pero sí comprobamos que el TT del ictus es mayor en el grupo de los de menor edad. Es decir, que la relación entre ambas variables se mantiene, aunque el contraste sea mayor al comparar la variable TT por edad, más que a la inversa, por el hecho de haber establecido un punto de corte en la edad y categorizarla, ya que la variabilidad de la edad en nuestro estudio es mucho mayor que la variabilidad del TT.

En segundo lugar, la variable edad está relacionada con la motivación del participante para acudir a la asociación. Para ambos grupos de edad la principal motivación es la recuperación, aunque el porcentaje es moderadamente mayor en el grupo de menores de 70 años. Además de tener un 40% de los participantes de edad avanzada que respondieron que acudían como forma de mantenimiento. Esta relación es de gran interés estudiarla en la valoración del nivel de participación, aunque no existan resultados concluyentes^(182,267). Asimismo, hemos obtenido resultados significativos en los ítems de las tres dimensiones que componen el nivel de participación y que en los subapartados siguientes de este apartado pasamos a enumerar y discutir para cada una de las dimensiones.

En tercer lugar, la presencia de disfunción musculoesquelética se relaciona con la edad, en el sentido de que aquellos participantes que presentan una alteración de este tipo son los que tienen una media de edad mayor y por ende, presentan diferentes necesidades en el nivel de participación que deben ser tenidas en cuenta a la hora de predecir, especialmente, la evolución en las capacidades de movilidad y motoras, entre estas también están las actividades de autocuidado^(264-266,268,269). Estos datos concuerdan con los del estudio de Marshall et al⁽²⁶³⁾ y Jiménez-Lara⁽⁶⁾, sobre que en edades más avanzadas otros factores funcionales y clínicos pueden afectar tanto, e incluso más, que la propia fisiopatología del ACV en el nivel de discapacidad de la persona que lo sufre.

Por otro lado, la relación demostrada entre dos variables funcionales, disfunción musculoesquelética y limitación o no de la comorbilidad, refleja que aquellos que

presentan disfunción mayoritariamente presentan también limitación funcional; mientras que, los que refieren no tener problema musculoesquelético refieren no estar limitados por ningún tipo de restricción funcional, a pesar de haber concebido en nuestro estudio variables clínicas (HTA, FA y DM) que influyen en el riesgo del tipo de lesión neurológica⁽⁴⁾. Con lo cual, en una muestra de personas con ictus y que además presentan disfunción musculoesquelética, son más sensibles a tener un nivel de participación menor, respecto al grupo que no presenta disfunción musculoesquelética. En el estudio de Robinson et al⁽²⁷⁰⁾, ambas variables (disfunción musculoesquelética y limitación funcional), se consideran como percepciones subjetivas del paciente y estas son tanto o más importantes que las objetivas, pues miden otras perspectivas de las personas tras ictus y, por tanto, reporta mayor información a la hora de pronosticar y evaluar el nivel de participación en estas personas. Esto lo contrastamos en los apartados siguientes sobre las dimensiones del nivel de participación de la CIF. Tan solo, señalamos un resultado sorprendente entre la variable clínica HTA, que se relaciona con la variable de limitación funcional y que sirve para refutar que las variables clínicas no influyen como tal en el nivel de participación. Así, todos los participantes que refieren limitación funcional no presentan HTA. Por lo tanto, cuando los participantes refieren tener limitación funcional no se refieren a condiciones clínicas como la HTA. Asimismo, de los participantes del grupo sin limitación funcional el 68% no presenta HTA.

Además, la presencia de disfunción musculoesquelética es un factor potencial de aumento del uso de dispositivos de ayuda para la movilidad en nuestros participantes tras ictus o LN y así lo hemos comprobado estadísticamente en el apartado de resultados de este estudio. Al igual que en el estudio de Joao-Forjaz et al⁽⁷⁾. Puesto que, el 60% de los que no presentan ninguna disfunción musculoesquelética refieren no usar nada para la movilidad, mientras que más del 80% de los participantes que presentan alguna disfunción de este tipo necesitan usar algunos de los dispositivos de ayuda especificados en nuestro estudio.

En cuarto lugar, la variable uso de ayudas, que se relaciona con disfunción musculoesquelética, también lo hace con la variable edad. De manera que estas tres variables (una sociodemográfica y dos funcionales), están relacionadas entre ellas. La interpretación que hacemos de la relación entre edad y uso de ayudas es también comprendida con el TT, ya que estas tres también se relacionan y la edad y el TT tienen una estrecha relación a la hora de describir las secuelas en personas tras ACV o LN. Así,

afirmamos que los participantes con una media de edad menor y un menor TT (hasta 18 meses), no usan ayudas para la movilidad.

Asimismo, el uso de ayudas se relaciona con la variable de motivación encontrando que el recuperarse es el principal motivo entre los participantes de la muestra, siendo mayor entre los que necesitan ayuda para la movilidad como reflejo de ese anhelo por una autonomía funcional y motora lo más parecida a la situación inicial⁽¹⁸²⁾.

Sobre la variable uso de ayudas (no/sí), de la que hablamos, esta es categorizada como nominal dicotómica de la originaria variable funcional nominal policotómica sobre el tipo de dispositivos de ayuda (nada, andador, bastón, silla de ruedas). De manera que, todo participante que refiriese no usar andador, bastón o silla de ruedas, era incluido en el grupo de los que no usan ayudas, y el resto en los que sí usan. Esta decisión fue tomada a consecuencia de la relación estadística entre la variable limitación funcional y el tipo de dispositivo de ayudas para la movilidad, mediante la cual podemos afirmar que, el 50% del total de los participantes que refieren no tener limitación funcional, tampoco usan ninguna ayuda para la movilidad. Para los que sí presentan limitación funcional, la mayoría de los participantes refieren usar principalmente silla de ruedas o bastón. Así, la distribución de los datos entre los porcentajes de uso de andador, bastón y silla de ruedas no es suficiente para poder describir los resultados con datos homogéneos y sólidos. Por eso, optamos por categorizarla como nominal dicotómica⁽⁶⁾ y, a modo de curiosidad, observamos cómo la variable tipo de dispositivos de ayuda se relaciona con las variables funcionales, disfunción musculoesquelética y limitación funcional, al igual que su variable homónima (uso de ayudas) con la disfunción musculoesquelética.

Las variables de estado de residencia o situación de residencia y asistencia en domicilio, no se relacionan con otras variables sociodemográficas y clínicas. En la distribución de los datos observamos que el 82% de los participantes no reciben asistencia en el domicilio y un 89% residen acompañados. Estos datos reflejan las características de la muestra, pero los altos porcentajes limitan las probabilidades de establecer relaciones con otras variables e interpretar los ítems del nivel de participación en sus tres dimensiones. Con esta distribución de porcentajes, sí podemos confirmar que el ictus es una lesión de múltiples y diversas secuelas funcionales que afectan al nivel de participación y no reciben ningún tipo de ayuda en el domicilio, lo cual es llamativo aunque no sea esto objeto de nuestro estudio. Otros estudios a nivel nacional e

internacional también evidencian la falta de recursos en la sociedad para atender las necesidades de estas personas, basados principalmente en temas económicos y escasez de recursos humanos, entre estos los profesionales fisioterapeutas para la rehabilitación en el hospital y extra-hospitalaria^(21,174,271). De hecho, el estudio está realizado en una asociación que consigue inscribir todos los años al cupo completo de personas y todos con el denominador común del ictus y sus secuelas funcionales. Es decir, hay mucha necesidad de ayudas para la movilidad, pero esta a veces no se concede o es una ayuda generalizada que no se enfoca en las capacidades y limitaciones de cada paciente.

La importancia de esta primera parte tanto de los análisis, resultados y discusión, radica en la comprensión y conocimiento de multitud de variables que influyen en el nivel de participación de personas que han sufrido un ictus u otra lesión neurológica. Nuestro estudio recoge de forma completa la gran mayoría de estas variables, en comparación con otros estudios^(4,46,272), y, a continuación, analizamos las relaciones y los datos para los ítems en las tres dimensiones del nivel de participación a lo largo de un año.

6.3.2. Cambios en la dimensión de movilidad en función a las variables sociodemográficas y clínicas

En este apartado analizamos los ítems referidos a la dimensión de la movilidad del nivel de participación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, que son las capacidades de: cambiar posturas, mantener la sedestación, mantener la bipedestación, realizar las transferencias de sedestación a bipedestación y viceversa, levantar objetos, mover las piernas en el pedaleo, movilidad fina, capacidad de movimiento de mano-brazo, el agarre, caminar cortas y largas distancias, desplazamientos rápido, por sala y con ayudas, ir en transporte, conducir y montar a caballo. Estos ítems se han analizado tanto para adaptado como no adaptado. Con el diseño de nuestro estudio nos ha permitido obtener una amplia matriz de datos en función a cada una de las doce variables sociodemográficas y clínicas por las que hicimos los análisis. En este apartado, vamos a clarificar como no todos los ítems son influenciados de la misma forma por estas variables. Así, se trata de un análisis complejo, por ser la dimensión de movilidad la que integra mayor número de ítems y por ser muy relevante para el estudio de las distintas variables sociodemográficas a lo largo de la literatura científica⁽³⁻⁷⁾, y de gran valor para comprender el nivel de participación.

Por afectación corporal, nuestros resultados nos informan de que la mayor dificultad para la movilidad se da en las personas que presentan uno de los dos tipos de hemiplejías, en contraste con el grupo de afectación de las extremidades, pero estas diferencias solo se contrastan para los ítems cambiar posturas corporales y las transferencias corporales, y con escasos cambios entre los tres grupos de afectación corporal. Por tanto, aunque las variables afectación corporal y diagnóstico clínico están relacionadas estadísticamente según nuestro estudio, esta combinación no nos permite establecer cambios importantes para nuestro estudio en función de la afectación corporal, por varios motivos: a) que la variable afectación corporal no sea suficiente para determinar cambios en el nivel de participación, como afirman Silva et al⁽²⁷⁾, b) que la relación comprobada estadísticamente entre afectación corporal y diagnóstico podría ser buena para enumerar cambios, pero la definición de tres categorías en nuestra variable definida de afectación corporal junto con la ambigüedad en el término “afectación MMSS y MMII” dificultan establecer relaciones reales⁽²⁶⁵⁾, y c) tercera y última razón, la literatura no muestra conclusiones suficientes que evidencien cambios en el nivel de participación en función al tipo de hemiplejías, sino más bien, consideran las limitaciones físicas generales consecuentes de un ictus o lesión neurológica⁽²⁶⁵⁾. Hubiese sido interesante para nuestro estudio que, en función a las hemiplejías, pudiésemos contrastar la capacidad de movilidad en mano y brazo, pero al valorar capacidades nos hemos encontrado que muchos participantes nos referían sus “propias técnicas” para llevar a término estos movimientos. Por tanto, en nuestro estudio la CIF no ha resultado sensible en la detección de cambios en miembro superior en función a la afectación corporal con las hemiplejías y la afectación de MMSS y MMII, a diferencia del estudio de Vasudevan y Browne⁽²⁷³⁾, quienes estudiaron específicamente la relación entre la hemiplejía y la función en miembro superior, aunque establecer este tipo de relación no es fácil⁽²⁷⁴⁾. De hecho, el cambio más relevante a nivel estadístico, según nuestros datos, no podemos analizarlos por una pérdida de muestra en la última valoración en un año para el ítem sobre la capacidad de la movilidad fina.

En nuestro estudio, en función a la edad categorizada como mayores y menores de 70 años, al igual que en el estudio de Graaf et al⁽²⁶⁴⁾, y como ya explicamos en el apartado anterior, solo obtuvimos cambios contrastables para la dimensión de movilidad, en función a la variable edad, siendo esta un aspecto clave en la descripción del nivel de participación en personas tras ictus⁽²⁷⁵⁾. Nuestros datos están en consonancia a los de los estudios de

Graaf et al⁽²⁶⁴⁾ y Andrenelli et al⁽²⁶⁹⁾, en tanto que los mejores resultados de capacitación se dan entre los participantes menores de 70 años; sin embargo, con nuestros resultados no podemos afirmar que la avanzada edad (o mayores de 70 años, como hemos definido en esta investigación), sea una condición irrefutable de cronicidad. El estudio de Ng MM et al⁽²⁶⁵⁾, similar al nuestro con seguimiento de la muestra durante un año, tampoco pueden considerar la edad avanzada como un factor determinante, más sí como un valor sociodemográfico que genera cambios entre grupos de edad para la dimensión de movilidad en personas tras ictus o LN. Nuestros resultados nos evidencian que, aunque la dificultad es mayor para los de edad avanzada, esta dificultad oscila de leve a completa para los ítems de la movilidad, excepto para el ítem sobre la capacidad para caminar >10 m, cuyos resultados en las personas de avanzada edad eran de completa dificultad en contraste con los de menor edad, quienes referían dificultad moderada. Datos, estos últimos, que coinciden con los de los estudios de Smith et al⁽²⁴³⁾, Graaf et al⁽²⁶⁴⁾ e Hiraoka et al⁽²⁶⁶⁾, sobre que la capacidad de caminar empeora con la edad avanzada, no solo condicionado por el ACV o LN, sino por otros agravantes, como el tipo de síntomas neurológicos, el tipo de lesión y el grado de afectación cerebral.

Otras de las variables clínicas agravantes de la movilidad en nuestro grupo de participantes es la disfunción musculoesquelética, la cual nosotros incluimos en este estudio, al igual que Stubbs et al⁽²⁷⁶⁾ y Adamson et al⁽²⁶⁸⁾. Este último, mediante un ajuste en los análisis estadísticos donde relacionaban edad y disfunción musculoesquelética, obteniendo resultados de discapacidad y disminución de la funcionalidad en personas tras ictus. Asimismo, nuestros análisis del nivel de participación basado en la variable musculoesquelética, han resultado ser muy sorprendentes en cuanto a los cambios que pueden ser contrastados entre las variables de movilidad más importantes, como son cambiar posturas corporales, caminar largas distancias y la movilidad fina. En el ítem sobre capacidad para caminar largas distancias, las diferencias entre los dos grupos por disfunción musculoesquelética son muy marcadas, con valores de completa dificultad para los que presentaban algún tipo de disfunción musculoesquelética, con resultados similares en el estudio de Adamson et al⁽²⁶⁸⁾. Además, los resultados en este ítem son significativos en el análisis por edad, estando esta variable sociodemográfica relacionada, según nuestros resultados y los de Adamson et al⁽²⁶⁸⁾, con la variable clínica disfunción musculoesquelética. Stubbs et al⁽²⁷⁶⁾, explican también esta disminución en el nivel de participación, por las relaciones entre la presencia de una disfunción musculoesquelética y

mayores niveles de estrés emocional y psicológico, sin embargo estos niveles no han sido objeto de nuestro estudio. En la literatura, la influencia de la disfunción musculoesquelética en el nivel de participación y, en concreto, en la dimensión movilidad en personas tras ictus o lesión neurológica, está poco evidenciada, pero nuestros resultados muestran, en primer lugar a la variable clínica disfunción musculoesquelética como relevante para contrastar la evolución del nivel de participación en nuestros pacientes y, en segundo lugar, el efecto distorsionador que puede llegar a tener en tanto confundir la incapacidad por las secuelas de un ictus o bien por el agravante de una disfunción de este tipo que, además guarda relaciones con la edad, mientras que el diagnóstico de lesión cerebral y edad no guardan relación, tanto por los resultados de nuestro estudio como en el estudio de Silva et al⁽²⁷⁾.

El ítem de movilidad, en función al TT, para el que hemos extraído mayores conclusiones en nuestro análisis es sobre la capacidad de mantener la posición de bipedestación, con valores significativos en la primera y segunda evaluación y con resultados de leve a moderada dificultad en los participantes con un TT menor, respecto a los resultados para los participantes con mayor TT, para quienes la dificultad oscila de moderada a severa. Resultados que contrastan con los de Everts et al⁽²⁶²⁾, en su estudio sobre enfermedades cerebrovasculares en niños y, aunque no evidenciaron el TT como una variable significativa de cambios funcionales en estos, sí contrastaron la mejora en los niños con TT mayor, aunque tampoco de forma significativa ni concluyente. Es decir, al estudiar la variable TT en personas con lesiones cerebrales tenemos que considerar que los tiempos pueden ser muy amplios y que a menor tiempo transcurrido la recuperación funcional puede ser mejor o peor en función de variables más determinantes como la edad y el sexo, según Tropea et al⁽²⁷⁷⁾ y Elloker et al⁽²⁷⁵⁾.

En nuestro estudio, hemos determinado una relación entre TT y edad, en la cual nuestros datos nos muestran una edad media mayor en el grupo de TT \leq 24 meses y, viceversa al estudiar la edad por TT. Esta relación no ha podido ser confirmada a la inversa, es decir, el TT en función a la edad, aunque se sigue confirmando en este análisis que el TT en el grupo de personas menores de 70 años es mayor, que en el grupo de menores de 70 años. En el estudio de Marshall et al⁽²⁶³⁾, también se estudia la edad por TT, y no al contrario. Esta establecida relación, donde la edad es de las características más estudiadas como influencia en la recuperación del nivel de participación en personas tras ictus, parte de una hipótesis inicial que es que la edad influye de forma directamente

proporcional en dicho proceso de recuperación de estos pacientes, mientras que el mayor TT no es sinónimo de severidad de las secuelas en el nivel de participación^(275,277). Esto se explica por otros factores emocionales y contextuales que de una manera u otra influyen en la adaptación del paciente a su medio y establecer nuevas formas de interrelaciones. En nuestro estudio, para la dimensión movilidad, los peores resultados se muestran para el grupo con TT mayor, por tanto, sería interesante en futuras investigaciones determinar más concretamente si el TT es, junto con la edad, un factor determinante en el nivel de recuperación de los participantes^(262,275,277). Además, los cambios más contrastables a lo largo de un año de seguimiento y, en función al TT, se han dado entre la primera y tercera valoraciones en el grupo con TT >24 meses. Con estos datos evidenciamos dos cosas: que existe una mejoría en la capacidad para mantener la bipedestación entre esos dos momentos (menos de un año) en los participantes de nuestra muestra y, en segundo lugar, que la dificultad en los participantes de mayor TT sigue siendo mayor, si comparamos con los resultados a lo largo del seguimiento de la muestra en los participantes con TT menor; al igual que contrastamos la mejora en un año (primera y cuarta valoraciones) del ítem capacidad para pedalear en los participantes con TT >24 meses. Por tanto, los peores resultados sobre el nivel de participación que se dan en los que presentan mayor TT, es una evidencia que no es modificable, y se desconocen qué tipo de actuaciones seguir en función al TT, con las que podamos asegurar una evolución mejor de recuperación del nivel de participación en personas tras ictus. A diferencia de la edad, donde a mayor edad se recomiendan programas de rehabilitación que comiencen en un tiempo menor tras haber sucedido el episodio para potenciar las capacidad de recuperación tras un ictus⁽²⁶³⁾. No obstante, nuestros resultados sobre movilidad nos advierten de una mejora más marcada a medio-largo plazo, es decir entre 6 meses y un año, entre las personas que han sufrido un ACV o LN y que tienen un TT mayor, influyendo la menor edad en estos resultados de mejoría⁽²⁶³⁾.

Sobre la capacidad de caminar, resaltamos en primer lugar que es uno de los ítems de la dimensión de la movilidad del nivel de participación más estudiado por autores a nivel internacional y nacional^(28,181,182), sobre todo cuando se trata de evaluar la mejora o el empeoramiento de esta capacidad en personas tras haber sufrido un ictus u otra lesión neurológica que, normalmente, alteran el centro de gravedad y el equilibrio, afectando a la marcha de la persona⁽²⁴⁵⁻²⁴⁷⁾. Además, de ser uno de los ítems cuyo logro en la recuperación tras un ictus tiene muchas relaciones directas con el nivel de participación a

nivel funcional, de actividades de la vida diaria y a nivel comunitario^(234,237-239). Es decir, que la capacidad de caminar o no, determina en gran medida las otras dos dimensiones del nivel de participación y que se estudian en esta investigación. Asimismo, en nuestro estudio hemos obtenido resultados muy interesantes en función a distintas variables que hemos estudiado.

En segundo lugar, tomando como referencia este ítem, como uno de los más destacables en cuanto a su evolución en un año y que determina en gran medida la descripción de personas tras ictus o LN, destacamos el sistema de calificadores de la CIF por establecer una escala tipo Likert con 5 valores que reflejan en la totalidad lo que el paciente quiere expresar, sin cabida a la ambigüedad ni al sentimiento de estar entre dos valores^(19,44,45,235). En el estudio de Combs-Miller et al⁽⁴⁴⁾ demostraron la mejora de la capacidad de deambulación, entendida como nula o leve limitación de la actividad, a los 6 meses de seguimiento de la muestra de personas que han sufrido un ictus, evaluando a través de la CIF para Actividad y Participación con la escala IMPACT de la misma clasificación. Además, en el estudio de Benito García et al⁽⁴⁵⁾, aparte de que encontraron mejoras en la capacidad de deambulación en cortas distancias, concluyen sobre la sensibilidad de la CIF como medida de la Actividad y Participación, en una muestra igual que la de nuestro estudio, ante la evaluación de cambios en el nivel de participación, comparando resultados entre la CIF como escala de medida y otros tests de la marcha y de fuerza muscular. Otros estudios que usaron la CIF como medida de la mejora en general de personas con lesiones neurológicas, tomaron en cuenta formatos abreviados de la CIF como los Core Sets o checklist donde se incluyen los cuatro Componentes de Salud^(172,235).

Los resultados de nuestro estudio para el ítem de la dimensión de movilidad sobre la capacidad para la deambulación, se diferencian en función a la distinción que hacemos entre caminar <10m o cortas distancias y caminar más de 10m o largas distancias, al igual que hace Benito García et al⁽⁴⁵⁾. Así, según nuestros datos, podemos afirmar que la capacidad para caminar distancias cortas tiene diferencias entre los dos grupos de las variables sociodemográficas disfunción musculoesquelética, limitación funcional, afectación corporal y el uso de ayudas, y entre los tres grupos de la variable motivación. En función a esta última, evidenciamos en el análisis descriptivo de nuestros resultados una diferencia que no llega a ser significativa a nivel estadístico, pero que es interesante comprobar como los peores resultados de capacitación son los del grupo de principal motivación la recuperación, al igual que en los resultados (significativos estadísticamente) para el ítem no adaptado de la capacidad de caminar cortas distancias, cambiar posturas no

adaptado y transferencias no adaptado. De forma que, consideramos que la variable motivación en nuestro estudio no influye en la capacidad de caminar, pero resalta el hecho de que los pacientes con mayor dificultad para caminar tengan como principal objetivo recuperarse. Este hallazgo está en la línea del estudio de Rice et al⁽¹⁸²⁾, quienes evidenciaron que los principales motivos de recuperación se basan en la movilidad del miembro superior y la deambulacion para personas que han sufrido un ictus. Por tanto, según nuestros datos no hay evidencia suficiente que demuestre que la motivación sea una variable que influya en cambios en la recuperación de la movilidad para el aumento de la participación, sino que es el propio paciente quien en función a cuál sea su motivación, se propone unos objetivos de recuperación o mantenimiento. Además, podemos afirmar con nuestros resultados y los de estudios que hemos referenciado con anterioridad, que cuando el paciente habla de recuperación se refiere, entre otras, a recuperar la deambulacion tras el ictus^(182,270). Este hecho demuestra que la CIF tiene en cuenta la perspectiva del paciente ante su recuperación⁽²⁷⁸⁾.

Según la variable uso de ayuda, podemos determinar que esta no influye en la mejora o empeoramiento de las capacidades de la movilidad, en concreto para la deambulacion de cortas distancias y según hemos analizado a largo en este apartado. Nuestros datos también confirman este hecho, encontrando menores limitaciones entre los que no usan ayudas respecto a los que sí usan algún tipo de dispositivo para la movilidad (bastón, andador o silla de ruedas). De manera que, usar o no ayudas es una variable característica en la persona que ya determina la capacidad de la persona en su movilidad, más que una variable que restrinja o potencie el movimiento de personas tras ictus. Asimismo, tras comprobar los resultados de los dos ítems de la deambulacion estudiados en función a la variable asistencia o no en domicilio, nos llama la atención la diferencia significativa entre ambos grupos para la capacidad de caminar distancias largas, sin embargo los resultados de dificultad son muy similares en los dos grupos. Por tanto, no podemos determinar una influencia de esta variable en la capacidad de deambulacion, además de porque los porcentajes están muy desequilibrados entre los que reciben y no dicha asistencia. También, las diferencias contrastadas en un año para los ítems capacidad de cambiar posturas y mantener la bipedestacion muestran la mejora de ambas capacidades en nuestros participantes tanto para el grupo que no usa ayudas para la movilidad como el que sí, respectivamente. En general, todos los ítems de la movilidad en función a uso de ayudas, mejoran en un año, excepto la capacidad de movilidad de la mano-brazo, que muestra un empeoramiento al año para el grupo de los que no usan ayudas. Datos que

coinciden con los estudios de Vasudevan y Browne⁽²⁷³⁾ y Kader et al⁽²⁷⁴⁾, en tanto que el estudio de las capacidades manuales y de miembro superior están influenciadas por múltiples factores distintos de la movilidad, referida a posturas y desplazamientos del cuerpo y factores contextuales. Además, la evolución de este ítem sobre la capacidad de movilidad de mano-brazo en un año tiene una tendencia al empeoramiento en las dos relaciones encontradas según la variable uso de ayudas. Estas son entre esta y la edad y el tiempo transcurrido, siendo el aumento de la edad y del TT factores que restringen las capacidades de habilidad manual en personas tras un ictus o lesión neurológica. Kader et al⁽²⁷⁴⁾, demostraron que el TT es una variable significativa en la evolución de las restricciones de la participación, mientras que la edad no pudieron demostrarlo.

Por tanto, cuando estamos analizando el ítem de capacidad de la deambulación a lo largo de un año de seguimiento, encontramos que las diferencias más llamativas se dan en función a la variable limitación funcional, tanto para cortas como largas distancias y con resultados de mayor dificultad en los que sí presentan limitación funcional que, además, estos resultados empeoran para este grupo en un año en el ítem de caminar largas distancias. Esto, sumado a las diferencias en ambos ítems según la presencia de disfunción musculoesquelética con resultados de mayor restricción de la participación para la capacidad de caminar en los que presentan algún tipo de disfunción⁽²⁶⁸⁾, y la relación entre las dos variables clínicas, nos muestra una interacción de las variables limitación funcional y disfunción musculoesquelética cuya existencia actúa como factores potenciales de restricción de la participación en términos de capacidad para la deambulación. De hecho, entendemos que la ausencia de sentir limitación por una comorbilidad supone una situación basal del paciente mucho más óptima para la recuperación tras un ACV o LN. Además, si a esto le sumamos la ausencia de algún tipo de disfunción musculoesquelética, comprobada la relación entre ambas variables en nuestro estudio, es un indicativo más incluso de pronóstico favorable de recuperación en cuanto a la movilidad tras una lesión como la estudiada en este trabajo. Cuando hacemos esta determinación, estamos comparando con los resultados de los estudios de Stubbs et al⁽²⁷⁶⁾ y Robinson et al⁽²⁷⁰⁾, además de observar otros ítems de la movilidad que incluyen la capacidad de caminar, que son los desplazamientos (por sala, con ayuda y desplazarse con mayor velocidad) y cuyos resultados son similares a los obtenidos para la deambulación. Además, con nuestros resultados de mejora total en un año para uno de los ítems de desplazamientos evidenciado con nuestros datos sobre los participantes que no presentan ningún tipo de disfunción musculoesquelética en contraposición a no encontrar ninguna diferencia significativa en la

edad, nos atrevemos a concluir que la disfunción musculoesquelética puede ser una variable mucho más potente que la edad para pronosticar y describir la evolución del nivel de participación en términos de movilidad de personas que han sufrido una lesión neurológica. Del mismo modo que, para la limitación funcional donde observamos un cambio de moderada mejoría en un año para el ítem sobre la capacidad de cambiar la postura de sentado a tendido entre los que no presentan limitación funcional. Estos resultados, a su vez, justifican la relación entre la disfunción musculoesquelética y la limitación funcional, que no solo se demuestra a nivel estadístico, sino que los resultados descriptivos de los ítems en la movilidad evolucionan de formas similares en un año de seguimiento de nuestra muestra en ambas variables relacionadas.

En relación a la concordancia e interacción de los resultados para las variables limitación funcional y disfunción musculoesquelética, también hemos investigado sobre la influencia de la edad^(243,264,266), en la capacidad de caminar encontramos que en nuestro análisis de los resultados sobre la capacidad de caminar largas distancias, se evidencia que tener menos de 70 años y no referir disfunción musculoesquelética aporta resultados de menor dificultad en este ítem a lo largo de un año y, por ende, una mejora de la movilidad en personas que acuden a la asociación con un diagnóstico de ictus o LN. Este hallazgo es relevante y contrasta con los numerosos estudios que no han sido capaces de relacionar ambas variables sociodemográficas^(28,264–266,269).

Anteriormente, comprobábamos como la afectación corporal en nuestro estudio no es una variable modificadora de las capacidades de cambiar posturas y transferencias para la movilidad. En el caso del análisis de la capacidad para caminar, tanto cortas como largas distancias, nuestros datos nos informan de que hay una restricción de grave a completa para los participantes del grupo hemiplejía izquierda que es significativa en la segunda valoración realizada, en comparación con los otros dos grupos. Nuestros datos contrastan con las conclusiones en las investigaciones de Silva et al⁽²⁷⁾ y Ng MM et al⁽²⁶⁵⁾, pues no evidenciaron influencia de la variable lado afectado en la capacidad para caminar. No obstante, estos datos nos muestran que hay un menor nivel de movilidad en la hemiplejía izquierda y que estos datos se basan porque el lado afectado presenta una serie de descompensaciones y debilidades a lo largo de toda la cadena articular y muscular ipsilateral que sí son predictores de peor capacidad de la movilidad en el nivel de participación^(279,280). Además, por la relación contrastada entre las variables sociodemográficas afectación corporal y diagnóstico clínico, estos resultados nos informan de que las personas tras ictus que tienen hemiplejía presentan una peor capacidad para la

marcha respecto a las personas que presentan una lesión neurológica distinta y cuya secuela no es la hemiplejía. Por tanto, la variable que influye en la capacidad de caminar es la presencia o no de un lado afecto, independientemente de si es el derecho o el izquierdo, aunque esto no es demostrable en otros ítems de movilidad, como veíamos anteriormente^(27,265).

Para la influencia del sexo en los ítems de la dimensión movilidad no hemos encontrado cambios relevantes que justifiquen variaciones en el nivel de participación. Al igual que los resultados de los estudios de Vincent-Onabajo et al⁽²⁸¹⁾ y de Silva et al⁽²⁷⁾, que concluían que no existían diferencias en un año de seguimiento en cuanto a la movilidad de personas tras ictus, en función al sexo. Tanto los resultados de este estudio como con los nuestros, en función a las diferencias según el sexo en personas tras ACV o LN, contrastan con los datos de Glässel et al⁽²⁸²⁾, quienes encuentran diferencias en función al sexo al hablar del nivel de participación en general y del grado de discapacidad. Estos realizaron un estudio donde concebían a la CIF como parte del diseño de su estudio. Las investigaciones de Jiménez-Lara et al⁽⁶⁾ y Forjaz et al⁽⁷⁾ relacionan el sexo con la edad y basan sus resultados en la probabilidad de un peor pronóstico de recuperación del nivel de participación en los hombres de avanzada edad. Nosotros no hemos podido demostrar la relación entre ambas variables y, por ende establecer conclusiones con nuestros datos en este sentido, aunque sí observamos, de forma además estadísticamente significativa, que el porcentaje mayor de hombres de nuestro estudio presenta un diagnóstico clínico de ACV, en comparación con las mujeres que mantienen una distribución equitativa entre ambos diagnósticos definidos en nuestro estudio.

Las mejoras contrastadas en dos de los ítem de la movilidad (cambiar posturas y desplazamientos por sala) en un año y, ambas, para el grupo de personas con ACV, no son suficientes para evidenciar que el tipo de diagnóstico influya en la dimensión de movilidad del nivel de participación. Si bien, nos permite estudiar estos ítems en función de ambas categorías y, en este caso, encontrar mayores cambios de mejora en el grupo de ACV. En este sentido, estudios que comparan lesiones cerebrales en general (*brain injury*), describen estas como un problema en sí misma expuestas a factores que actúan como barreras o facilitadores en la recuperación de la participación⁽²⁸³⁾.

A modo de resumen tenemos que, por un lado son llamativos los cambios que hemos podido contrastar de los ítems de la movilidad en las distintas valoraciones

realizadas a lo largo del año de seguimiento de la muestra, en función a las variables edad, afectación corporal y motivación. Pero, a medida que avanzamos en este análisis, comprobamos como la presencia o ausencia de disfunción musculoesquelética, es una variable muy influyente para el nivel de participación en la dimensión de la movilidad, además de por su relación con la edad y el TT.

Por otro lado, el desarrollo de este análisis y nuestras hipótesis de estudio, nos han conducido a centrarnos en los ítems sobre la capacidad para caminar tanto cortas como largas distancias, encontrando grandes influencias significativas en función a muchas de estas variables sociodemográficas y clínicas de nuestro estudio como la edad, la disfunción musculoesquelética, la limitación funcional, la afectación corporal y la motivación. También, hemos explicado como las relaciones entre disfunción musculoesquelética y edad y tiempo transcurrido, son dos tipos de interacciones que influyen en la capacidad para la deambulaci3n.

6.3.3. Cambios en la dimensi3n de autocuidado en funci3n a las variables sociodemogr3ficas y clínicas

La dimensi3n de autocuidado del nivel de participaci3n descrita por la Clasificaci3n Internacional del Funcionamiento, est3 compuesta por nueve ítems que evalúan las capacidades de los participantes en tareas en relaci3n con el cuidado personal y las capacidades personales. Algunas de estas est3n integradas en escalas propias de las Actividades B3sicas de la Vida Diaria. Estas tareas se refieren a las capacidades para ducharse, cepillarse los dientes, higiene tras uso del WC, vestirse, uso de utensilios para comer, abrir una botella, manejo de su propio bienestar, peinarse o afeitarse y capacidad de continencia urinaria y fecal.

Sobre los ítems del cuidado personal, comenzamos destacando las diferencias encontradas para los ítems referidos a la capacidad de vestirse, ducharse y de continencia vesical y fecal. Estos tres ítems se refieren al cuidado y aseo personal del autocuidado de la CIF. La dificultad encontrada en la evaluaci3n de estos ítems en nuestro estudio es que, a la hora de establecer una valoraci3n final, el resultado es el empeoramiento o la mejora en el autocuidado, pero debemos ser capaces los terapeutas de reconocer las implicaciones que estas tareas tienen a nivel funcional, cognitivo y referente a la autonomía^(111,230,233). Por eso, se explica que las influencias entre unos ítems y otros de diferentes dimensiones est3n

expuestos a unas variables más que a otras y, en general, cuanto mayores connotaciones subjetivas tengan, más difícil es obtener una valoración final que, en nuestro caso, nos permita definir a la muestra en términos de autocuidado.

De estos tres ítems, encontramos cambios más significativos para el ítem sobre la capacidad de vestirse, en función a las variables clínicas situación de residencia, tipo de diagnóstico principal y afectación corporal. Estas dos últimas, relacionadas entre sí y cuyos análisis de resultados nos aportan cambios de mejora en la capacidad de vestirse en las personas de nuestro estudio, a lo largo de un año de seguimiento de la muestra. Esta mejora se contrasta para el grupo con ACV, frente a LN, y con hemiplejía izquierda. Además, la mejora en un año de la capacidad de vestirse para el grupo de los que residen con alguien (acompañado), siendo la ayuda habitual para el vestido precisamente la persona con la que reside. De hecho, si observamos los datos descriptivos para el ítem de la capacidad de vestirse no adaptado, comprobamos como el nivel de capacidad de vestirse disminuye hasta una dificultad de severa a completa, que solo mejora levemente en un año. Por tanto, podemos describir una mejoría en la capacidad de vestirse en personas con ACV y con secuela de hemiplejía en un año, pero con una dependencia contrastada hacia una persona que le ayuda a llevar a término esta acción. El estudio de Carvalho et al⁽²⁵⁹⁾, demuestra la incapacidad tras un ictus, con la hemiplejía como secuela, en actividades de autocuidado como el vestirse, comer y sostener objetos con el lado afectado y, con esto, un potencial factor de discapacidad crónica. Aunque, en el análisis del ítem sobre la capacidad para vestirse, se da también un cambio hacia la mejoría en un año en los participantes que no presentan disfunción musculoesquelética ni limitación funcional, con lo que confirmamos que, una situación clínica basal óptima de personas que han sufrido un ictus son factores pronósticos de buena evolución del nivel de participación en estos pacientes, sobre las capacidades del cuidado personal como es la capacidad para vestirse, junto con los resultados de Stubbs et al⁽²⁷⁶⁾, Adamson et al⁽²⁶⁸⁾ y Mar et al⁽²⁸⁴⁾.

Asimismo, una mejora similar a la contrastada con el ítem de vestido, se da en los resultados sobre la capacidad para el uso de cubiertos durante la comida en los participantes con diagnóstico de ingreso de ACV y que refieren residir acompañados, con el mayor contraste en los resultados para este ítem entre adaptado y no adaptado en función a situación de residencia, donde es llamativo como la capacidad es menor, hasta moderada a severa, para realizar esta tarea del autocuidado. El hecho de que estos dos ítems, sobre la capacidad de vestirse y el uso de cubiertos, tengan cambios (de leve a moderada mejoría)

contrastados en un año para los diagnósticos de ACV, frente los de lesión neurológica, es importante para comprender la mejora significativa en estos pacientes con un seguimiento especializado de Fisioterapia y, asimismo, el mayor grado de afectación del nivel de participación en personas tras un ictus.

Para el caso de los resultados en la capacidad de ducharse, solo demostramos cambios en los momentos de la primera y tercera valoración en función a la afectación corporal, con una leve mejora. Aunque, estos resultados muestran la evolución favorable de la capacidad para ducharse en las personas de nuestro estudio, en función a la afectación corporal. Estos resultados, nos informan de que la menor dificultad para la ducha se da en el grupo de participantes con hemiplejía derecha. Datos que no resultan reveladores en nuestro estudio, por la falta de evidencia de la influencia del lado afecto en tareas de autocuidado^(27,259) y los cambios poco evidentes de nuestros datos.

Respecto al siguiente ítem sobre la capacidad para la continencia vesical y fecal, solo existen diferencias en función a las dos variables clínicas de las que hablamos: tipo de diagnóstico principal y afectación corporal. Con los resultados de este análisis, verificamos la relación entre ambas variables y comprobamos cómo estas influyen de forma similar en los ítems de autocuidado. Así, el grado de capacidad de la continencia en las personas con ACV es mejor que para el grupo de LN, evaluado el ítem en dos momentos puntuales del inicio de las valoraciones (V0) con el final, antes del año (V120). También, encontramos diferencias contrastadas para este ítem en función a las tres categorías de afección corporal en algunas de las valoraciones realizadas en un año, pero estos resultados no son trascendentales en nuestro estudio, puesto que la existencia o no de incontinencia no depende de la afectación corporal, sino del tipo de lesión cerebral que no hemos incluido como variable clínica en nuestro estudio, por ser un aspecto más bien fisiológico de la neuroanatomía⁽²⁵⁹⁾. En el estudio de Wade, Wood y Hewer⁽²⁸⁵⁾, estudiaron la continencia urinaria como un factor pronóstico del nivel de participación y actividad de la persona tras ictus, partiendo de que su afectación implica cambios negativos en la misma. Además, y a colación de nuestros resultados, encontrar cambios de mejora en los primeros tres meses es un signo de buen pronóstico en la dimensión del autocuidado.

Los datos de nuestro estudio sobre los ítems del autocuidado, para los que hemos comprobado diferencias entre grupos y a lo largo de un año de seguimiento de la muestra en función a las variables clínicas afectación corporal y tipo de diagnóstico clínico principal nos muestran que, hay cambios relevantes para comprender el nivel de participación en un año en personas tras ACV o LN, los cuales tienen relación con el tipo

de diagnóstico y, la consecuente afectación corporal, en las capacidades del vestido y la manipulación de los cubiertos para comer. Además, con estas dos variables relacionadas estadísticamente entre sí y con contrastada influencia en actividades de la vida diaria, según nuestro estudio y los estudios de Carvalho et al⁽²⁵⁹⁾ y Lemmens et al⁽²⁶⁰⁾. De manera que, entendemos que el nivel de participación sobre las actividades del autocuidado, presenta una mejora entre las personas con ACV, frente a las que tienen otra lesión distinta al ACV, pero el tipo de afectación corporal no tiene evidencia suficiente para concluir cambios en el nivel de participación en nuestros participantes, como comprobamos con los datos del ítem capacidad para ducharse, para el que no puede establecerse una relación en la evolución de esta capacidad en un año según la afectación corporal como variable clínica independiente. Autores como Cho et al⁽²⁸⁶⁾ y Fujita et al⁽²⁸⁷⁾, proponen estudiar la evolución del desarrollo de las personas tras ictus en tareas vitales como las del autocuidado desde el lado afectado como el no afectado, como forma de potenciar las capacidades.

En función a la variable motivación por la que acuden los participantes a la asociación, hemos encontrado diferencias muy interesantes en los ítems sobre la capacidad para peinarse/afeitarse, la utilización de cubiertos en la comida, ducharse y la higiene tras uso del WC. En todos estos, son llamativos los resultados de mayor dificultad en el grupo de participantes que desean recuperarse respecto a los otros dos grupos, con una mejora contrastada al año para el ítem sobre la capacidad para el uso de cubiertos; excepto para el ítem de la capacidad para la higiene tras uso de WC, donde los peores resultados se muestran para el grupo de los participantes que acuden por ocio, aunque son el grupo más reducido en cuanto tamaño muestral. Por tanto, estos datos reflejan que, aunque se contrastan cambios entre los grupos por motivación en varios ítems de la dimensión de autocuidado, no podemos concluir la influencia de la motivación sobre el nivel de participación, porque gran parte de estos resultados se muestran en las primeras valoraciones (1º-3º), por pérdida de muestra más acentuada en una variable con tres categorías como por la que comparamos. Aunque no podamos concluir la influencia de la motivación en tareas del autocuidado, es muy interesante estudiarla en el seguimiento del nivel de participación con la dimensión del autocuidado, porque permite tener una aproximación con mayor objetividad en las expectativas de una persona que ha sufrido un ACV u otra lesión neurológica^(182,248,287,288). Asimismo, nuestros datos marcan una tendencia en tanto que los participantes de nuestro estudio con motivación de recuperarse,

realmente señalan como peor su nivel de participación, lo cual subraya las conclusiones de un estudio de regresión logística en el cual los autores demostraron la necesidad de encaminar la motivación por recuperarse de los pacientes y enfocarla en el aumento de las capacidades del resto de extremidades para desarrollar las tareas de autocuidado⁽²⁸⁷⁾. Esto lo hemos analizado en el apartado para la movilidad, y nuevamente, lo podemos debatir en el apartado para la dimensión del autocuidado.

Sobre los análisis de los ítems del autocuidado en función al sexo, se dan mejoras en un año en el ítem para el uso de cubiertos entre los hombres, aunque en el grupo de mujeres también hay una tendencia más leve hacia la mejoría. Pero la muestra de mujeres participantes de este estudio es menor que la de los hombres y, en determinados análisis, en especial en los realizados sobre V365, el tamaño muestral resultaba insuficiente para obtener resultados de frecuencia que nos permitan hacer conclusiones para algunos de los ítems del autocuidado. Los datos entre ambas categorías por sexo, también muestran los mejores datos en el grupo de los hombres para el ítem peinarse/afeitarse, con diferencias muy marcadas entre ambos grupos en la segunda y tercera valoraciones, al igual que se contrasta con los datos de Mar et al⁽²⁸⁴⁾. Nuestros resultados de los ítems del autocuidado para adaptado por sexo, se mantienen para los no adaptado también. Además, los estudios de Madsen et al⁽²⁶¹⁾, Albert et al⁽²⁸⁹⁾, Stubbs et al⁽²⁷⁶⁾, y Tanimura et al⁽²⁹⁰⁾, contrastan diferencias por sexo en tareas en relación con el autocuidado, evidenciando que los comportamientos entre hombres y mujeres ante la concepción de estas actividades son diferentes, en tanto la influencia de aspectos psicológicos que perjudican más a la población de mujeres con mayores niveles de depresión y la presencia de alguna discapacidad crónica reconocida que predispone principalmente a las mujeres a una mayor vulnerabilidad funcional y de autonomía.

En este sentido, la situación de residencia, que en ambos grupos por sexo de nuestro estudio son mayoritarios los porcentajes de vivir acompañados, es una variable relacionada con el sexo. Esta relación entre la variable situación de residencia y sexo⁽²⁶¹⁾, según nuestros resultados, muestran que ser hombre y vivir acompañado presentan resultados de mayor capacidad en el nivel de participación para los ítems del autocuidado, como la capacidad de peinarse/afeitarse, la del uso de cubiertos en la comida y para el vestido. Estos resultados también se verifican en la descripción de los ítems no adaptado, los cuales muestran valores de mayor dificultad tanto en hombres como en mujeres para los ítems de autocuidado y, en especial, en el grupo de mujeres. De manera que, pese a las

ayudas que referían tener, al evaluar el ítem no adaptado los resultados son de severa y completa dificultad para hombres y mujeres, respectivamente. Nuestros resultados, y según las conclusiones de otros autores ya comentados, conducen a afirmar que el nivel de participación en función a la dimensión de autocuidado está influenciado por el sexo, siendo las mujeres el colectivo más vulnerable para niveles más bajos de participación y, por ende, con mayor riesgo de deterioro de las tareas vitales tras sufrir un ACV o alguna lesión neurológica.

Por último, queremos destacar un dato muy puntual que hemos obtenido en el análisis del ítem sobre la capacidad en el manejo de su propio bienestar, con diferencias contrastadas en la segunda valoración para el no adaptado. Así, nuestros datos muestran que la capacidad para el manejo del bienestar sin la ayuda habitual es de severa a moderada dificultad entre los participantes que no usan ayuda para la movilidad, y de completa dificultad entre los que usan ayudas. En contraposición a los resultados para el mismo ítem en la última valoración realizada al año, donde los resultados reflejan una dificultad severa en ambas categorías de la variable uso de ayudas. En principio, podríamos considerar una diferencia moderada entre usar o no ayudas en la capacidad para el manejo de su propio bienestar, sin embargo cuando analizamos los resultados para el mismo ítem adaptado, y comparamos nuestros resultados con otros estudios, describimos que la capacidad para el manejo de su propio bienestar con la ayuda habitual es de baja o nula dificultad, indistintamente en ambos grupos. Por tanto, sostenemos que la variable uso de ayudas no tiene la suficiente evidencia para ser un factor que influya en el manejo del bienestar de una persona tras ictus, al igual que concluyeron en el estudio de regresión de Zahuranec et al⁽¹⁹³⁾ y el de seguimiento de una cohorte de Egan et al⁽²⁰⁴⁾. Esta conclusión, consideramos que debe ser contrastada, al menos, con los datos obtenidos de la evolución del mismo ítem en función a las variables motivación, TT y edad. Para ninguna de estas tres existen cambios significativos en nuestro estudio, más la relación con la variable uso de ayudas, para la cual sí hemos testado diferencias en el autocuidado. Además, describir los datos en función a estas tres variables nos permite estudiar la influencia de variables no funcionales en el ítem para el autocuidado sobre el manejo de su propio bienestar, como a continuación discutimos.

En este sentido, por la relación que hemos encontrado entre esta variable clínica funcional y la variable motivación y por la pertinencia de estudiar las variables de autocuidado en función a la motivación^(182,267), nos hemos centrado de nuevo en el análisis

descriptivo del ítem manejo de su propio bienestar en personas tras ictus. Estos resultados describen que los mayores porcentajes, tanto de los que usan como los que no usan ayudas para la movilidad, tienen como principal motivación la recuperación (58% para los que no usan ayudas, y 64% para los que sí usan). Así, respecto a los resultados de la capacidad del manejo de su propio bienestar sin la ayuda habitual, podemos afirmar que los participantes que acuden con el objetivo de recuperarse presentan valores de gran incapacidad mantenidos en un año de seguimiento. De forma que, ni la variable funcional uso de ayudas ni la variable de motivación son predictores en el nivel de participación, en función al manejo de su propio bienestar, con una evidente falta en el empoderamiento fundamental de las personas tras ACV o lesión neurológica^(182,193,267).

En función al TT, el análisis de la capacidad del manejo de su bienestar sin ayuda habitual, muestra claros valores de peor capacidad en los que tienen un TT superior a 24 meses, sobre todo entre la primera y segunda valoración, llegando a tener un 25% de los participantes con TT menor a 24 meses, una dificultad moderada para el manejo de su bienestar. Una evolución similar tiene este ítem en un año en función a la edad. De nuevo una variable relacionada con el uso de ayudas y cuya influencia en el bienestar es importante evaluar. Los participantes con edad menor de 70 años, presentan una dificultad de moderada a severa que se mantiene en el año de seguimiento, mientras que los participantes de avanzada edad tienen toda dificultad completa para el manejo de su propio bienestar. En los estudios de Hu et al⁽²⁹¹⁾ y Kwon et al⁽²⁹²⁾, ambos relacionan la mayor edad como mayor probabilidad de disminución del nivel del autocuidado en personas tras ictus o lesión neurológica. Además, en el primero de los estudios que relacionan sexo, edad y TT, se demuestra que la avanzada edad junto con un mayor TT son factores pronósticos negativos para las actividades del autocuidado a medida de la cronicidad de un bajo nivel de participación tras el ictus⁽²⁹¹⁾. El hecho de que en una revisión sistemática sobre niños con ACV describan que⁽²³¹⁾, en general, en edades infantiles menores, el manejo del bienestar es peor que en niños en la etapa de la adolescencia. Esto indica que para la capacidad del manejo del bienestar de la dimensión del autocuidado (al igual que para otros, como el vestido y bañarse) se precisa del desarrollo de otras habilidades cognitivas, mentales y de desarrollo psicomotor, que influyen en la percepción de la calidad de vida⁽²⁵⁹⁾.

Con estos datos, resaltamos que la evaluación del ítem sobre la capacidad del manejo del bienestar a través del sistema de calificadores de la CIF, es más interesante para comprender y profundizar en las necesidades reales y la capacidad sin adaptaciones de

personas tras ictus o lesiones neurológicas y que, a consecuencia, presentan una disminución de la participación. De hecho, en nuestro estudio y en el de Shim et al⁽¹⁰⁹⁾, los datos más interesantes se han obtenido en función al estudio del manejo de su propio bienestar sin ayudas habituales. De forma que, podemos concluir que la capacidad sobre el manejo de su propio bienestar es un ítem fundamental, en cuanto a cambios, para la dimensión del autocuidado y que es uno de los ítems que marcan, según diferentes estudios^(111,230,231,233,259), el nivel de participación de las personas tras ACV o LN. Así como la eficacia en cuanto a la elección de la CIF como medida de evaluación de este ítem, con la posibilidad de estudiarlo sin la ayuda habitual y, por ende, con la capacidad real que considera la persona encuestada.

En conclusión, hemos obtenido cambios entre grupos para todos los ítems del nivel de participación de la dimensión de autocuidado, excepto para el ítem sobre la capacidad de cepillarse los dientes. Las influencias más evidentes en un año de seguimiento de la muestra se han dado en función a las variables clínicas de sexo, situación de residencia, tipo de diagnóstico principal, afectación corporal, la presencia o ausencia de algún tipo de disfunción musculoesquelética y la motivación. Esta última, sin conclusiones definitivas en el manejo del bienestar, aunque el análisis de sus resultados es muy interesante, sobre todo por la relación que existe entre la variable motivación con las variables sociodemográficas de edad y TT. Variables que, en el análisis del resto de los ítems del autocuidado, no han resultado como variables de influencia en esta dimensión. Nuestros resultados confirman que los ítems que integran la dimensión del autocuidado están influenciados de forma distinta según distintas variables. Como generalidad, con el análisis de los resultados de la dimensión del autocuidado llevado a cabo en nuestro estudio, podemos afirmar que variables orgánicas como el sexo, tipo de diagnóstico principal y la situación de residencia influyen en capacidades básicas del autocuidado medido con la CIF, como son el vestido, baño, peinarse/afeitarse, uso de cubiertos y capacidad para la continencia vesical, de forma que describimos niveles de menor dificultad en hombres, con ACV y con un estado de residencia acompañado. Mientras que la afectación corporal no es indicadora del nivel de participación en la dimensión del autocuidado, con resultados variables en función al ítem evaluado como respuesta a la capacidad o concepción del paciente de la limitación ante cualquiera de los ítems del autocuidado. Por el contrario, las variables funcionales como la ausencia de disfunción musculoesquelética y el no uso de ayudas para la movilidad, son factores de una evolución favorable en los ítems del autocuidado, incluso para el ítem

sobre el manejo de su propio bienestar, contrastando la mejoría en el grupo de participantes sin uso de ayudas y, además, para las variables sociodemográficas como la edad y tiempo transcurrido cuya influencia necesita ser estudiada con mayor profundidad en la dimensión del autocuidado.

6.3.4. Cambios en la dimensión de vida comunitaria en función a las variables sociodemográficas y clínicas

A continuación, mostramos los resultados de los ítems de la dimensión de vida comunitaria que integra el nivel de participación de la CIF. Así, las influencias encontradas de las variables sociodemográficas y clínicas se dan a lo largo de un año de seguimiento en los cinco ítems que integran esta dimensión, que son: capacidad para participar en la asociación, en obras sociales y en actividades políticas, capacidad para realizar una actividad de ocio y capacidad para la autonomía. Cada una de las participaciones enumeradas al principio representan una dimensión distinta de participación en tres ámbitos diferentes y que reflejan la capacidad de la persona para establecer relaciones personales fuera del hogar, además de la capacidad para interactuar con el medio^(36,164). Aún así, el ítem sobre la capacidad de participar en actividades políticas es el ítem de la vida comunitaria que no sufre cambios importantes en un año. Esto se debe a que la formulación de la pregunta en nuestro estudio se basa en el ejercicio del derecho al voto, tal como propone la CIF y, una de las características de nuestros participantes es que tienen buen nivel cognitivo, por tanto, las valoraciones de este ítem se mantienen constantes en cada una de las valoraciones. De manera que, el nivel cognitivo puede ser una variable influyente en las relaciones personales y participación social en personas tras ictus, pero que en nuestro estudio no la hemos elegido como variable por la que explorar los resultados de nuestros ítems para el nivel de participación, porque existe poca evidencia sobre su repercusión y su estudio está muy centrado en la evaluación de los ítems de la vida comunitaria, principalmente^(293,294).

Los otros dos ítems de participación, es decir, participar en la asociación y en obras sociales muestran resultados significativos en función a la motivación, en ambos y a la disfunción musculoesquelética para el segundo. Así, nuestros resultados nos indican que los peores niveles de capacidad se dan entre los participantes que presentan algún tipo de disfunción musculoesquelética, contrastado estos resultados en un año de evolución para el

ítem sobre la capacidad de participar en obras sociales, y siendo esta la única influencia comprobada estadísticamente en el análisis en un año de seguimiento de la dimensión de vida comunitaria, en función a la presencia o ausencia de la disfunción musculoesquelética. Estos resultados de peor capacidad se basan, en gran medida, en la implicación del componente motor para llevar a término esta actividad, de manera que la influencia de esta variable funcional estaría justificada por el carácter motor que comprende el ítem participar en obras sociales, el cual adaptamos como ir a misa o participar en las tareas de hermandades. Al igual que en los resultados de Nanninga et al⁽²⁹⁵⁾ y Viscogliosi et al⁽²⁹⁶⁾, quienes estudian variables que limitan la funcionalidad, como la presencia de disfunción musculoesquelética como factor de menor nivel de participación en la dimensión de la vida comunitaria, sobre otros factores como alteraciones del nivel cognitivo que, en un primer momento pueden atribuirse como el factor principal de implicación en la vida comunitaria.

Como hemos comentado, la capacidad de participación en la asociación y en obras sociales, ambos ítems muestran cambios en función a la variable de motivación, observando que los participantes que desean recuperarse experimenten una mejoría en la percepción del nivel de capacidad para el ítem de la capacidad de participar en la asociación, con cambios contrastados entre los tres grupos en la segunda y cuarta valoración. En comparación con los datos del ítem capacidad para participar en obras sociales, con la pregunta adaptada para acudir a misa, donde la variable de motivación refleja peores resultados a lo largo de un año para el grupo de recuperarse. Estos resultados nos resultan interesantes discutirlos, pues nuevamente reflejan cambios estadísticos en función a la variable motivación (al igual que anteriormente con las dimensiones de movilidad y autocuidado) y, en este caso, la motivación para recuperarse no es indicativo de mejora del nivel de participación en actividades de la vida comunitaria. Estos resultados también los observamos en ítems de la dimensión de vida comunitaria sobre las capacidades para participar en obras sociales (ir a misa), actividades de tiempo libre y autonomía a lo largo de un año, junto con los resultados de Kwok et al⁽²⁹⁴⁾ obtenidos tras el seguimiento del mismo tiempo en personas tras ictus y con bajo nivel de motivación para la recuperación. Esto contrasta con las conclusiones de otros autores, quienes refieren que la motivación es un factor a tener en cuenta en el estudio del nivel de participación de personas tras ictus, aunque exista poca evidencia de su implicación en general en este nivel entendido según las tres dimensiones (movilidad, autocuidado y vida comunitaria)^(182,267).

También, el ítem de la capacidad sobre participación en la asociación nos permite estudiarlo en función a las variables orgánicas, tipo de diagnóstico y TT. En primer lugar, las diferencias encontradas a lo largo de un año en función al tipo de diagnóstico no nos reportan una información importante para concluir que existan cambios por la influencia de según qué diagnóstico, principalmente porque ambas condiciones clínicas en nuestros participantes son promotoras de la discapacidad y de un nivel de participación bajo. De hecho, hemos detectado que los resultados del seguimiento sobre la capacidad de participar en la asociación en función al tipo de diagnóstico, con datos significativos para los participantes con ACV, evolucionan hacia un moderado empeoramiento, frente a la dificultad leve como máximo en los participantes con lesión neurológica; mientras que, la contrastada diferencia para la capacidad de realizar actividades de tiempo libre es de moderada a completa dificultad en los participantes con lesión neurológica, frente a la total capacidad de los participantes con ACV. En segundo lugar, por la variable participación en la asociación, detectamos un pequeño cambio significativo entre los dos grupos de TT, con peores resultados para los que presentan un TT < 24 meses. Estas diferencias se mantienen a lo largo de un año de seguimiento de la muestra y, al final del año en la V365, se vuelve a evidenciar que la dificultad en los que tienen menor TT es mayor respecto al otro grupo. Así, entendemos que la participación en determinados ámbitos sociales se vea disminuida al principio de un episodio neurológico como el que estudiamos, es decir, en un tiempo transcurrido menor. Sin embargo, nuestros resultados nos muestran que un año de seguimiento después no es suficiente para la mejora de la capacidad en estos ítems de integración y participación y relaciones interpersonales en personas que han sufrido un ictus y tienen un TT de hasta 24 meses desde el primer episodio. En este aspecto, los cambios de aumento de la capacidad son menos marcados por estar en una fase más aguda de la lesión, respecto al otro grupo con el que comparamos nuestros resultados. Resultados que casan con el ítem de la autonomía por TT, que aunque no hemos podido demostrar cambios significativos en un año por la variable TT, nuestros datos nos permiten describir la disminuida capacidad entre los que presentan un TT menor. Por regla general, el mayor TT es indicativo de peor recuperación en general, pero si nos centramos en la dimensión de la vida comunitaria no hay suficiente evidencia que justifique esta influencia del TT, tal como muestran nuestros resultados. Datos que concuerdan con los de Everts et al⁽²⁶²⁾, quienes no muestran resultados concluyentes en la dimensión de la vida comunitaria del nivel de participación en función al TT. Esto también puede deberse a que los ítems que integran esta dimensión sean insuficientes en comparación con los de las otras dos

dimensiones, en las que comparar resultados es más fácil por todos los aspectos que evalúan^(209,297).

Los mayores cambios y resultados más interesantes, se han dado en los ítems de vida comunitaria en función al sexo, además en ítems relevantes para tener una visión general de la dimensión del autocuidado del nivel de participación, como las actividades de ocio y la autonomía⁽²⁹⁸⁻³⁰⁰⁾ que, a continuación pasamos a describir. Asimismo, las diferencias en los ítems sobre la capacidad de realizar actividades de tiempo libre y, además, participar en obras sociales contrastamos diferencias en función a los dos grupos por la variable sexo; donde, las mujeres presentan una peor capacidad respecto a los hombres, en concreto para estas variables a lo largo de un año de seguimiento con una mantenida dificultad entre las mujeres participantes de nuestro estudio. Además, la autonomía en función al sexo muestra un dato significativo en la primera valoración entre hombres y mujeres, con peores niveles en el grupo de hombres. Al observar la muestra durante un año, describimos que se dan niveles de leve a peor capacidad en la autonomía en el grupo de mujeres frente al de los hombres; mientras que, al contrastar estos resultados con los del ítem sobre autonomía no adaptado, observamos que la capacidad real en ambos grupos es de moderada a completa dificultad, con una percepción entre las mujeres de mayor capacidad para la autonomía que en los hombres. Los ítems de la capacidad de participar en asociaciones y en política no muestran diferencias por sexo.

Como hemos descrito, el ítem para la capacidad de participar en actividades de tiempo libre está influenciado por el sexo y por la variable de situación de residencia, con diferencias contrastadas en la primera, segunda y tercera valoración, mostrando peores resultados de capacitación entre los participantes que viven solos. De manera que, ser mujer y vivir solos predisponen a una disminución del nivel de participación, evidenciado a través del ítem sobre la capacidad de realizar actividades de ocio de la dimensión de vida comunitaria. Asimismo, la variable uso de ayudas muestra que el nivel de autonomía es menor entre los participantes que necesitan algún tipo de ayuda, comprobado de forma estadística en la segunda evaluación. Por tanto, las variables más características de la dimensión de vida comunitaria, como son participación en actividades de tiempo libre y autonomía⁽²⁹⁸⁻³⁰⁰⁾, están influenciadas por variables sociodemográficas y clínicas, con cuyos resultados de nuestro análisis nos permiten concluir que ser mujer, vivir solo y necesitar algún tipo de ayudas son factores de riesgo para considerar a estos grupos de población como de mayor vulnerabilidad en la capacidad de integrarse y participar de la

vida comunitaria y, en concreto, considerar variables funcionales como el uso o no de ayudas, como de gran influencia en el nivel de autonomía de personas y tras ictus o lesión neurológica^(294,301).

Por último, de los ítems evaluados en la dimensión de vida comunitaria, solo el de capacidad para participar en actividades políticas ha mantenido resultados constantes para cada uno de los análisis, pudiendo evidenciar la no influencia por ninguna de las variables descritas en nuestro estudio. Por otro lado, el de la capacidad para participar en actividades de ocio y el de autonomía son los más representativos en las diferencias por variables para la dimensión del autocuidado, con contrastadas influencias y suficiente evidencia para concluir diferencias por sexo, situación de residencia y uso de ayudas, siendo las mujeres las que peores niveles de participación presentaron. También, vivir solos y necesitar ayudas para la marcha son factores que indican un nivel menor de participación para la dimensión de vida comunitaria.

En cuanto a las variables, la variable funcional disfunción musculoesquelética tiene una limitada influencia en nuestro diseño de estudio, por una continua interacción entre lo social y lo funcional que, en ítems como la participación en la asociación y en obras sociales, ambas reflejan la autonomía fuera del hogar y por ende, futuros análisis deberían establecer modelos de regresión donde se pueda ajustar esta variable funcional por otras como la limitación funcional, las alteraciones del equilibrio y el tipo de afectación corporal en función a esta variable para la que hemos encontrado cambios^(225,302), al igual que ocurre para la variable tiempo transcurrido. Los análisis por la variable motivación solo muestran resultados más interesantes en función al grupo recuperarse pero, dado los análisis de los ítems anteriores con las otras dos dimensiones y los resultados en esta dimensión, podemos decir que la mayor parte de nuestros participantes (63%) tienen como motivación la recuperación pero que esta no es suficiente para concluir cambios en los ítems de la dimensión de la vida comunitaria para establecer una descripción de nuestra muestra en función a la motivación de recuperarse.

6.4. Interpretación del nivel de participación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento en función a la dependencia funcional de los participantes con la escala de la FIM

Este apartado se corresponde con los resultados descriptivos obtenidos de la distribución del nivel de dificultad evaluado en los participantes de este estudio en la primera valoración para los ítems que integran las tres dimensiones del nivel de participación: movilidad, autocuidado y vida comunitaria, tanto para los ítems adaptado como para los no adaptado.

La “Functional Independence Measure” o FIM, como ya hemos hablado en el apartado de Marco Teórico de este trabajo, es una escala enfocada a la medición de la discapacidad y la limitación de la actividad, y es de gran utilidad entre personas que han sufrido un ACV y otras lesiones neurológicas, como las lesiones medulares, de las cuales tenemos dos casos en nuestra muestra^(13,27,35,73). La amplia puntuación de este test, con un máximo de hasta 126 puntos, y la no definición de límites de independencia de la autonomía, nos ha llevado a analizar nuestros datos del nivel de dificultad medido con la CIF, en función a dos categorías de la FIM, al igual que han realizado otros estudios^(13,27,303). Esto nos permite interpretar cómo perciben los participantes el nivel de dificultad en cada una de las tres dimensiones del nivel de participación. Los datos que interpretamos se corresponden con la primera evaluación (V0), cuando se pasó la CIF como medida del nivel de participación y la FIM con el objetivo de observar si, pese a la gran información que aporta la CIF con su característico sistema de calificadoros, el nivel de participación se mantiene más bajo entre los participantes considerados dependientes por la FIM respecto a los independientes^(35,37,38). Este apartado también ayuda a los investigadores a entender la compleja información de la CIF en función a una terminología más asequible coloquialmente como es ser o no dependiente, según la FIM. Además, los resultados de la CIF en función a variables funcionales y clínicas como la disfunción musculoesquelética, uso de ayudas y situación de residencia, están en la línea de esta comparativa entre CIF y FIM, como hace el estudio de Silva et al⁽²⁷⁾.

Los ítems para la movilidad, en general, presentan niveles de menos capacidad entre los participantes del grupo dependientes por la FIM. Los ítems que representan mayoritariamente este contraste son en la capacidad de cambiar posturas, transferencias,

bipedestación y caminar, sobre todo en cortas distancias. Estos ítems representan que el nivel de participación es menor en el grupo de dependientes, respecto a los independientes.

Nuestros datos sobre la capacidad de movilidad de la mano (dimensión de movilidad), como la capacidad para la movilidad fina, movilidad de mano-brazo y agarre de objetos redondos, es similar en ambos grupos de nivel de dependencia por la FIM, con un porcentaje de nula a leve dificultad. Con esto, observamos un hecho interesante que es que una adecuada capacidad para las habilidades manuales del nivel de participación no son predictores de ser o no dependiente. Por el contrario, la mitad de los participantes que contestaron a la pregunta sobre la capacidad para desplazarse rápido responden con una dificultad severa en ambas categorías, según la dependencia por la FIM. Quizás, porque este ítem sea demasiado ambiguo en cuanto a la definición operativa que hace la CIF de este y nosotros la hemos tomado para nuestro estudio, con el fin de ser fiel a la propuesta de la CIF para el nivel de participación⁽³⁵⁾. Un hecho curioso observado durante el trabajo de campo de nuestro estudio es que, al realizar esta pregunta la actitud de los participantes ya era negativa, aunque sí hemos podido describir y analizar que la capacidad para caminar largas distancias también presentan resultados de menor capacidad en contraste con la capacidad de caminar cortas distancias entre los participantes de nuestra muestra.

Nuevamente, los ítems sobre la capacidad de conducir y montar a caballo, señalamos que son ítems con bajo nivel de respuesta y, por tanto, insuficiente para hacer conclusiones. Tan solo, coincide que son los participantes considerados como independientes los que conservan la capacidad de conducción (n=5), respecto a los dependientes (n=2).

Al analizar los ítems no adaptado, destacamos que el hecho de que la participación de respuesta sea menor en los participantes independientes respecto a los ítems adaptado para el mismo grupo, significa que estos no precisan de ayudas y, por ende, no responden a esta segunda parte de la pregunta. De manera que, en una visión global de las características de los participantes, estaría justificado este grado de independencia. Esta afirmación supone una fortaleza de nuestro estudio, al hacer el esfuerzo de evaluar la capacidad con la ayuda habitual (ítems adaptado) y sin esta (ítems no adaptado) o como en inglés se dice: “*capacity*” y “*performance*”^(35,36). Estos conceptos son muy interesantes estudiarlos en futuras investigaciones sobre la CIF, que nos acerquen más este marco en el contexto español. Así, este estudio hace una aproximación a la aplicación clínica de ambos conceptos en casos de personas tras ACV o lesión neurológica y con secuelas crónicas.

La distribución de los ítems no adaptado de la movilidad en ambos grupos, es decir, tanto en dependientes como en independientes, muestra que los niveles de dificultad son mayores que en los ítems adaptado o con la ayuda habitual. Aunque, los ítems sobre la capacidad para caminar cortas distancias y la capacidad de cambiar de posturas, muestran diferencias entre ambos grupos, mostrándose una mayor capacidad real que perciben los participantes del grupo independiente, respecto al de los dependientes. Este hallazgo es importante pues podemos confirmar que la movilidad percibida cuando evaluamos el nivel de participación en personas tras ictus o lesión neurológica, es mayor en las personas consideradas independientes por la FIM. Conclusiones que contrastamos con los resultados del estudio de Kinoshita et al⁽³⁷⁾ y Tarvonen-Schröder et al⁽³⁵⁾, quienes estudian la FIM por ser una medida de gran fiabilidad en la valoración de las limitaciones de la movilidad. En nuestro estudio, hemos comprobado que la CIF como medida de evaluación del nivel de participación es capaz de captar la capacidad percibida y real de la dimensión de la movilidad que determina el resultado final de la interpretación de la participación en una persona tras un ACV o lesión neurológica.

Respecto a los ítems de la dimensión de autocuidado del nivel de participación, la distribución de los datos en nuestro estudio refleja que los participantes del grupo independiente tienen una percepción de su capacidad mayor que la de los dependientes. Esto se puede objetivar en los ítems sobre la capacidad para ducharse, vestirse, cepillarse los dientes y manejo de su propio bienestar. Además, mientras que el nivel de participación de los independientes disminuye significativamente en la evaluación de los ítems del autocuidado sin la ayuda habitual (no adaptado), en los dependientes esta participación se mantiene, excepto para la capacidad de cepillarse los dientes, peinarse/afeitarse y para la continencia urinaria y fecal. Esto es que, los participantes independientes precisan de menos ayudas que los dependientes y, pese a que nuestro estudio no ha sido diseñado para enumerar y clasificar las ayudas necesarias por los participantes de la muestra, a lo largo de las entrevistas, estos nos han expresado qué tipo de adaptaciones y ayudas necesitan para llevar a término actividades del nivel de participación que evaluamos, y en concreto, estas se expresaban en los ítems de la dimensión de autocuidado. Aunque, entendemos que la necesidad de determinadas ayudas son como consecuencia de la falta de entrenamiento funcional y motor de una actividad como el vestido, que precisa habilidades de coordinación, equilibrio y precisión.

Obviamente, estas habilidades son muy técnicas para el paciente, pero la incapacidad para vestirse suele ir relacionada con la dificultad para otras actividades funcionales^(259,268,276,284). Estudiar esto no es fácil y tampoco nuestro estudio ha sido diseñado para establecer relaciones entre ítems de distintas dimensiones dentro del mismo marco de la CIF, aunque podrían servir estos resultados en nuevos planteamientos de problemas sobre la aplicación de la CIF. Aún así, la descripción de nuestros resultados en función a las dos categorías de la FIM, nos permite interpretar que los participantes tras ACV o lesión neurológica con una puntuación superior a 85 puntos por la FIM y que hemos considerado independientes en nuestro estudio, presentan niveles de mayor capacidad percibida que los dependientes, aunque dentro de todos los ítems que integra la dimensión del autocuidado se den excepciones donde las diferencias no son tan marcadas. Esto ocurre en la distribución de los datos entre ambos grupos de independencia funcional con los ítems que hemos evaluado sobre la capacidad de ducharse y el manejo de su propio bienestar, ambos con la ayuda habitual. Sin embargo, son estas excepciones una de las ventajas de la CIF, pues enriquecen la valoración final del nivel de participación versus la catalogación de ser dependiente o independiente, por puntuación de la FIM⁽³⁵⁻³⁸⁾. Es decir, en el conjunto de la dependencia hay resultados intermedios que deben ser considerados en profesiones como la Fisioterapia que centra su estudio en el movimiento de la persona. Esto va en consonancia con el hecho de que ambos grupos definidos por la FIM muestran niveles de nula dificultad para los ítems de la dimensión de autocuidado con la ayuda habitual, pero que tras observar e interpretar los resultados de los ítems sin su ayuda habitual, los niveles de severa dificultad se dan, y con sendas mayorías, entre los participantes dependientes.

Nuestros resultados de los ítems de la dimensión de vida comunitaria muestran una participación mayor en el grupo de los independientes, en comparación con el de los dependientes. En esta dimensión, la participación nos indica que los participantes tras ACV o lesión neurológica incluidos en el grupo dependientes tienen menos habilidades sociales relacionadas con los ítems de la dimensión de vida comunitaria. Además, la valoración de la autonomía no adaptado mantiene un alto nivel de participación en el grupo de dependientes, mostrando una dificultad de grave a total. En el grupo de los independientes, la participación de respuesta sobre la capacidad de autonomía sin ayuda habitual es muy baja, y sus resultados son también de grave a total dificultad. Es decir, nuestro estudio muestra que no todos los participantes independientes tienen una

percepción de autonomía adecuada, pero todos los que perciben su autonomía sin dificultad, son independientes. De hecho, los participantes independientes tienen una mejor percepción de su participación en el resto de los ítems de la dimensión de vida comunitaria, en comparación con los dependientes, quienes continúan mostrando dificultad total en los ítems sin ayuda habitual.

En apartados anteriores, hemos analizado y descrito que los ítems de la vida comunitaria tienen un componente funcional que parece influenciar a la hora de percibir su nivel de participación. Tal como desarrolla la CIF los ítems de vida comunitaria, los participantes entienden el carácter motor, sobre todo y según podemos percibir, en las capacidades para ejercer el derecho al voto (participar en política) y para ir a misa (participar en obras sociales). Darzins et al⁽³⁶⁾, describen una forma de evaluar la dimensión de la vida comunitaria, a través de la CIF y la FIM de manera conjunta y a modo de complementarse una a la otra. De forma que, cabe esperar que las personas consideradas con un grado de dependencia tengan también un nivel de participación más bajo en la dimensión de la vida comunitaria.

Por tanto, mientras que la FIM evalúa las limitaciones del funcionamiento, la Clasificación Internacional del Funcionamiento lo hace sobre las restricciones en el nivel de participación, el cual se ve afectado en personas con secuelas crónicas como ocurre tras un ACV o lesión neurológica⁽³⁶⁻³⁸⁾. Asimismo, la CIF lo hace de forma más completa y compleja incluyendo tres dimensiones que permiten ser estudiadas en función al grado de dependencia establecido por la FIM. En nuestro estudio, que hemos descrito la distribución de los datos de la CIF en función a ser dependiente o independiente, reflejamos cómo las capacidades estudiadas mediante los ítems de la CIF aportan mayor información dentro de cada una de las dos categorías y que, además, el nivel de participación percibido en personas tras ACV o lesión neurológica es mayor en los que obtienen una puntuación suficientemente alta para ser considerados independientes por la FIM.

Este apartado final de nuestro estudio es un resumen de un análisis descriptivo complejo con muchos datos analizados y que nos permite observar de forma más clara los ítems que componen cada dimensión, la distribución de los datos sin la ayuda habitual y la posibilidad de reconocer superficialmente aquellos participantes, a través de los ítems del nivel de participación, que pueden ser considerados como dependientes o independientes en términos de la FIM y más coloquialmente. Después de leer este estudio estaríamos satisfechos de que los profesionales sanitarios entendamos el concepto de persona como

ente bio-psico-social y actuemos según las necesidades reales de los mismos. Es decir, centrados en el paciente y conocer e interpretar factores del entorno e intrínsecos que sean potenciales de recuperación o barreras en su desarrollo normal como persona.

6.5. Debilidades y fortalezas.

En la realización de este trabajo de investigación nos hemos encontrado con diversas debilidades, que debemos de enumerar en este documento. Asimismo, tras estos años de estudio, hemos conseguido logros que refuerzan este trabajo de investigación.

Las debilidades o limitaciones de nuestro estudio son:

- En relación a la Metodología definimos: por un lado, la representatividad de la muestra, ya que no se calculó el tamaño muestral, aunque sí calculamos el tamaño del efecto que, a la hora de interpretar los resultados, son útiles para tener una idea más amplia del posible alcance de estos resultados. Y, por otro lado, este estudio puede presentar error aleatorio, que debería ser tenido en cuenta en futuras investigaciones sobre el tema, debido al análisis de los datos a lo largo de las cuatro mediciones.
- Sobre la muestra: a pesar de haber llevado a cabo un muestreo de tipo no probabilístico, no hemos logrado tener un número de participantes mayor al de 45. Consideramos que, aunque son suficientes para hacer un estudio descriptivo, donde se evaluaban una numerosa y compleja lista de ítems en relación a un marco con pocas experiencias clínicas como es la CIF; sin embargo, es una muestra pequeña para nuevas líneas de investigación en el tema de estudio que sean más experimentales.
- Con respecto al diseño del estudio: las evaluaciones fueron llevadas a cabo por la misma investigadora de este estudio que, aunque se trata de un estudio descriptivo, no hemos podido hacer una validación del cuestionario de preguntas.
- Respecto a los análisis estadísticos y los resultados: consideramos otra debilidad del estudio, la imposibilidad de interpretar los resultados de algunos de los ítems de

la CIF que se evaluaron sin considerar la ayuda habitual, debido a un bajo nivel de respuestas por ser una pregunta difícil de comprender, por no estar preparados para dar respuesta a una situación hipotética como es imaginarse haciendo cierta actividad sin la ayuda o adaptaciones habituales, y/o por las diferencias socioculturales.

- En relación a la Discusión de esta Tesis: pensamos que el hecho de encontrar poca evidencia científica sobre el uso de la CIF a nivel clínico general, o de Fisioterapia en concreto, como herramienta de evaluación del nivel de salud de las personas (en nuestro estudio, del nivel de participación), supone una debilidad por la mayor dificultad encontrada para poder debatir nuestros resultados con coherencia y sin perder de vista el objetivo principal de esta Tesis del Departamento de Fisioterapia, con un carácter social eminente.

A continuación, se enumeran las fortalezas de esta Tesis Doctoral:

- La experiencia clínica y el conocimiento de la CIF adquiridos en estos años de la realización y trabajo de la Tesis Doctoral, así como en la realización del Trabajo Fin de Máster, que fue una antesala del trabajo que hoy se publica y presenta, se considera como una fortaleza en esta etapa que culmina con el desarrollo de la Tesis presentada.
- Esta Tesis está avalada por el reconocimiento de algunos de los resultados obtenidos en ella, en Congresos y Jornadas del ámbito nacional e internacional, así como la publicación de parte del material de la misma en revistas científicas.
- El estudio configura un abordaje muy concreto y específico de la Fisioterapia, centrado en una problemática de salud extendida, como es el ictus, y donde los fisioterapeutas representan un eslabón muy importante en el proceso terapéutico y de seguimiento con los pacientes que sufren las secuelas de un ACV u otras lesiones neurológicas.
- Además, esta Tesis recoge de forma detallada el cómo y por qué, del uso de una batería de 31 ítems que reflejan el nivel de participación y su análisis de tipo

descriptivo, que aporta evidencia científica y justifica nuevas líneas de investigación en el marco de la CIF.

6.6. Prospectiva.

Antes de finalizar este apartado de Discusión, queremos desarrollar algunas líneas de abordaje que potencien la investigación sobre el tema de estudio de esta Tesis y en relación al mismo, pues somos conscientes de la responsabilidad que tienen los fisioterapeutas en fomentar aquellas clasificaciones, herramientas diagnósticas y marcos teóricos, para actualizar los fundamentos de una profesión cada vez más reconocida y valorada en múltiples y diferentes ámbitos de la sanidad española.

- Esta Tesis aporta datos descriptivos en las tres dimensiones del nivel de participación del paciente. Sin embargo, la experiencia en este estudio y en la clínica, indica la necesidad de profundizar en instrumentos de medida con el fin de hacerlos más eficientes a la hora de lo que se mide y el tiempo requerido. Pensamos que el marco de la Clasificación internacional del Funcionamiento es un gran recurso en la Fisioterapia actual que necesita ser presentado como una herramienta más atractiva para los profesionales y, por tanto, una opción sería determinar aquellos ítems que más representen cada una de las dimensiones que integran los Componentes de Salud. Solo la participación, integra a 31 ítems medidos tanto con la ayuda habitual como sin esta, es decir, 62 preguntas.
- Creemos conveniente el análisis de la afectación del estado de salud de los pacientes con ictus, en función a los cuatro Componentes de Salud que describe la CIF. Es decir, cómo se traducen las secuelas de una persona tras ictus en términos de afectación de cada componente: estructura y función corporal, actividad y participación, factores contextuales y factores ambientales. Con el fin de potenciar taxonomías diagnósticas en Fisioterapia, que potencien y faciliten la comunicación inter e intradisciplinar.
- Consideramos muy interesante, el estudio de la CIF en comparación con otras escalas de diagnóstico en Fisioterapia, y que nombramos en el apartado del Marco

Teórico del presente documento, ya que estas últimas son más conocidas tanto a nivel conceptual como de uso en la investigación y a nivel asistencial.

- En relación al punto anterior, la mayor objetividad en cuanto al uso de la CIF, también creemos que está dada por el estudio de la utilidad de este marco como herramienta de valoración para otras patologías complejas que generan en la persona una serie de secuelas funcionales y motoras que afectan a esferas de su psicología, de lo cultural y de lo social. Por tanto, sostenemos la necesidad de aplicar estos protocolos de valoración en otras patologías que permitan comparar objetivos y necesidad de diferentes grupos de personas que sufren lesiones de esta índole.

- Nos gustaría llevar a cabo grupos de discusión que complementen con los discursos de uno que ya hicimos en el año 2015 entre expertos fisioterapeutas. Esto configuraría mejorados planteamientos en base a las premisas de la CIF, que entendemos que es la evidencia más actualizada en la concepción del estado de Salud, sobre el abordaje en valoración y etiquetas diagnósticas en Fisioterapia.

CONCLUSIONES

7. CONCLUSIONES

- I. Según el primer objetivo, se concluye que, de los 31 ítems que integran la evaluación del nivel de participación, los que menor participación de respuestas tienen son los ítems para la dimensión movilidad sobre la capacidad de montar a caballo, conducción y viajar como pasajero, y para la dimensión vida comunitaria es el de la capacidad de participar en obras sociales. Así como, el ítem sobre la capacidad para participar en la vida política (dimensión vida comunitaria) con resultados sin cambios en un año de seguimiento. Los ítems evaluados sin la ayuda habitual reflejaron resultados de mayor dificultad percibida del nivel de participación, respecto a los de con ayuda habitual.

- II. La presencia de algún tipo de disfunción musculoesquelética y de presentar limitación funcional son dos variables relacionadas que explican el menor nivel de participación percibido en las dimensiones de movilidad y autocuidado. Además, la edad avanzada y presentar un tiempo transcurrido mayor, son indicadores de peor nivel de movilidad. Mientras que, ser mujer, vivir sin compañía y usar algún tipo de ayuda son las variables sociales que describen un nivel de participación percibido menor en los ítems de la dimensión de vida comunitaria. La variable sexo también demostró cambios diversos en la dimensión del autocuidado, reflejando mayor nivel de participación entre el grupo de hombres.

Los ítems de la dimensión movilidad por la que se contrastaron las principales diferencias han sido, la capacidad para cambiar posturas, transferencias, mantener bipedestación, mover objetos con MMII y caminar cortas y largas distancias. Los del autocuidado han sido la capacidad para el baño, vestido, peinado/afeitado, uso de cubiertos, aseo tras WC y manejo de su propio bienestar. Para la vida comunitaria, los ítems que determinaron las principales diferencias fueron la capacidad para participar en obras sociales, en actividades de tiempo libre y de autonomía.

- III. La distribución del nivel de participación en función al grado de dependencia establecido por la FIM, indica que los participantes independientes presentan un nivel de participación percibido de menor o nula dificultad respecto a los participantes dependientes, tanto en los ítems con ayuda habitual como sin esta,

para las tres dimensiones del nivel de participación. De todos los ítems, los que más han reflejado estas diferencias han sido la capacidad para cambiar posturas, transferencias, bipedestación y caminar cortas distancias en la movilidad; ducharse, vestirse, cepillarse los dientes y manejo de su bienestar para el autocuidado; y, sobre la vida comunitaria, en la autonomía.

8. RESUMEN

Introducción: El Accidente Cerebrovascular es una de las principales causas de discapacidad, con una incidencia en España de más de 120-350 casos nuevos por cada 100000 habitantes/año, siendo mayor la probabilidad a partir de los 75 años. Actualmente, es un problema de salud pública que ha incrementado los problemas crónicos en las personas afectadas y el gasto público. Estas secuelas presentan diferentes características dependiendo de factores biológicos (como el sexo o la edad) y factores clínicos y demográficos, de carácter externo. En conjunto, estos factores determinan distintos niveles de participación social que pueden ser identificados y valorados por la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), existiendo antecedentes de su uso para establecer, además, criterios diagnósticos en Fisioterapia.

Objetivos: En primer lugar, definir la muestra en términos del nivel de participación percibido en un año de seguimiento; en segundo lugar, describir y analizar el nivel de participación percibido por los participantes, en función a las variables sociodemográficas y clínicas del estudio; y, por último, clasificar los ítems del nivel de participación en personas tras ictus, en función de ser o no dependiente por la puntuación de la Medida de Independencia Funcional.

Metodología: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo de seguimiento de una cohorte en una muestra de $n=45$, compuesta por hombres (66,7%) y mujeres, con una edad media en hombres de 71,4(6,82) y en mujeres 68,53(15,96), pertenecientes a una Asociación de Enfermos Cerebrovasculares andaluza. Se realizaron valoraciones basadas en los ítems de la participación de la CIF en cuatro momentos cada 60 días, excepto el último realizado al año del primero. Se hicieron análisis descriptivos y de asociación cruzada, tras comprobar la normalidad de la muestra.

Resultados: Se obtuvieron cambios significativos ($p<0,05$) en un año de seguimiento para los ítems sobre la capacidad de cambiar posturas, vestirse y uso de cubiertos, con la descripción de una mayor percepción del nivel de participación en los participantes en general. Los ítems sin la ayuda habitual no reflejaron cambios en función a las variables sociodemográficas y clínicas sobre la muestra general.

Por diferencias según las variables sociodemográficas, se obtuvieron diferencias significativas entre grupos de estas para: en función al sexo, existen diferencias significativas entre ambos grupos ($p < 0,05$) en las capacidades de movilidad del brazo, peinarse/afeitarse, autonomía, ocio y la participación en obras sociales, mostrando un nivel de participación percibido mayor en los hombres, excepto para la capacidad de ser autónomo. Respecto al tiempo transcurrido, se describieron que el mayor nivel de participación percibido, con una diferencia significativa, se daba entre los participantes con menor tiempo transcurrido para los ítems de movilidad. Asimismo, entre los dos grupos de las variables edad y limitación funcional, se rechazó la hipótesis nula (H_0) y se describieron diferencias significativas en las capacidades de la dimensión movilidad para las transferencias y caminar largas distancias. En función a la presencia o no de algún tipo de disfunción musculoesquelética y del uso de ayudas, con niveles de participación peores para los que sí presentaban este problema y usaban ayudas ortopédicas, y con mayores diferencias entre ítems de la movilidad. Estas similitudes se corresponden con la relación estadística ($p < 0,05$) entre las variables limitación funcional y disfunción musculoesquelética, y entre esta con el uso de ayudas. Para las variables, tipo de diagnóstico y afectación corporal, las diferencias demostradas entre grupos han sido para los ítems de movilidad y autocuidado, con niveles de participación más reducidos entre los participantes con lesión neurológica y con afectación del lado izquierdo. Las diferencias por situación de residencia y asistencia en domicilio, se dieron entre los ítems de las tres dimensiones, con mayores niveles de participación y cambios de mejora en un año de seguimiento entre los participantes que viven acompañados y sin asistencia en el domicilio. En función a la motivación, los datos mostraron que las mayores diferencias en el nivel de participación estaban en los ítems no adaptado, con peor nivel percibido en el grupo de recuperación frente a los de mantenimiento.

Respecto a la distribución del nivel de participación en función de la dependencia o no por la FIM, el 53% de los participantes eran independientes, con una distribución de respuestas del nivel de participación de mayor capacidad respecto al grupo de dependientes, descrito en las tres dimensiones de la participación. Los resultados de los ítems sin la ayuda habitual tenían poca participación de respuestas, en especial en la dimensión de vida comunitaria.

Conclusiones: Las personas tras ictus sufren alteración del nivel de participación, integrado por: movilidad, autocuidado y vida comunitaria, y que se refleja por los cambios

en un año de seguimiento. La edad avanzada, el mayor tiempo transcurrido y la presencia de disfunción musculoesquelética son factores negativos en los resultados de la percepción del nivel de movilidad. Al igual que las variables relacionadas, presencia de disfunción musculoesquelética y presencia de limitación funcional en la evidencia de peor nivel de participación en la movilidad y autocuidado. Según la variable sexo, los hombres tienen una percepción mayor de su nivel de participación en los ítems del autocuidado y de la vida comunitaria. Además del mayor nivel de participación descrito, en función al grupo de participantes que vivían acompañados respecto a los que referían vivir solos. El resto de variables como el diagnóstico de ingreso en la asociación, el tipo de afectación corporal, asistencia en domicilio, uso de ayudas y motivación, no demostraron cambios concluyentes para entender el nivel de participación. La distribución del nivel de participación en función al grado de dependencia establecido por la FIM, indica que los participantes independientes presentan un nivel de participación percibido de menor o nula dificultad respecto a los participantes dependientes.

Relevancia para la profesión y la práctica clínica: El estudio de la Clasificación Internacional del Funcionamiento desde la Fisioterapia puede llegar a aportar a la profesión mayor autonomía en cuanto a la valoración de los pacientes, pues se trata de un marco teórico que sienta las bases en el funcionamiento y la movilidad como punto central de estudio y aporta una visión de la disfunción más positiva, desde el prisma de la capacidad y no de la limitación. El ictus presenta numerosas secuelas que atentan contra la funcionalidad de la persona y esto tiene consecuencias a nivel social que deben ser tenidas en cuenta por los fisioterapeutas, cuya función es muy reconocida en el tratamiento de estas personas. El hecho de definir patrones del nivel de participación en función a variantes demográficas y clínicas, facilita esbozar un patrón con facilitadores y barreras fácilmente reconocibles en los pacientes tras ictus que acuden a los servicios de Fisioterapia.

Palabras clave: Fisioterapia, CIF, participación, ictus.

BIBLIOGRAFÍA

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Jakobsen M, Kolodziejczyk C, Fredslund EK, Poulsen PB, Dybro L, Johnsen SP. Societal Costs of First-Incident Ischemic Stroke in Patients with Atrial Fibrillation—A Danish Nationwide Registry Study. *Value Heal.* 2016;19(4):413–8.
2. Mar J, Álvarez-Sabín J, Oliva J, Becerra V, Casado MÁ, Yébenes M, et al. Los costes del ictus en España según su etiología. El protocolo del estudio CONOCES. *Neurologia.* 2013;28(6):332–9.
3. Cook K, Bhatti L, Tursan d’Espaignet E. Resúmenes informativos de la OMS sobre el tabaco: tabaco y accidentes cerebrovasculares. OMS. 2016;(5):6–9.
4. Brea A, Laclaustra M, Martorell E, Pedragosa À. Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en España. *Clínica e Investig en Arterioscler.* 2013;25(5):211–7.
5. Díaz-Guzmán J, Egido-Herrero JA, Fuentes B, Fernández-Pérez C, Gabriel-Sánchez R, Barberà G, et al. Incidencia de ictus en España: Estudio iberictus. Datos del estudio piloto. *Rev Neurol.* 2008;47(12):617–23.
6. Jiménez Lara A, Huete García A. Estadísticas y otros registros sobre discapacidad en España. *Política y Soc.* 2010;47(1):165–73.
7. Joao Forjaz M, Rodriguez-Blazquez C, Ayala A, Rodriguez-Rodriguez V, de Pedro-Cuesta J, Garcia-Gutierrez S, et al. Chronic conditions, disability, and quality of life in older adults with multimorbidity in Spain. *Eur J Intern Med.* 2015;26(3):176–81.
8. Garin N, Olaya B, Moneta MV, Miret M, Lobo A, Ayuso-Mateos JL, et al. Impact of multimorbidity on disability and quality of life in the Spanish older population. *PLoS One.* 2014;9(11).
9. Noé-Sebastián E, Balash-Bernat M, Colomer-Font C, Moliner-Muñoz B, Rodríguez Sánchez-Leiva C, Ugart P, et al. Ictus y discapacidad: estudio longitudinal en pacientes con discapacidad moderada-grave tras un ictus incluidos en un programa de rehabilitación multidisciplinar. *Rev Neurol.* 2017;64(9):385–92.
10. Coleman ER, Moudgal R, Lang K, Hyacinth HI, Awosika OO, Kissela BM, et al. Early Rehabilitation After Stroke: a Narrative Review. *Curr Atheroscler Rep.* 2017;19(12):59.
11. Lendraitienė E, Tamošauskaitė A, Petruševičienė D, Savickas R. Balance evaluation techniques and physical therapy in post-stroke patients: A literature review. *Neurol Neurochir Pol.* 2017;51(1):92–100.
12. Ru X, Dai H, Jiang B, Li N, Zhao X, Hong Z, et al. Community-Based

- Rehabilitation to Improve Stroke Survivors' Rehabilitation Participation and Functional Recovery. *Am J Phys Med Rehabil.* 2017;96(7):e123–9.
13. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2016;47(6):98–169.
 14. López-Liria R, Fernández Miranda E, Marina Zufía ML, Ortega Vinuesa S, Padilla-Góngora D. Intervención de las unidades de gestión clínica de medicina física y rehabilitación en la enfermedad cerebrovascular. *Neurología.* 2015;30(6):390–1.
 15. Accidente Cerebrovascular [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2016 [cited 2016 Jan 25]. Available from: http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/es/
 16. Labbé D, Miller WC, Ng R. Participating more, participating better: Health benefits of adaptive leisure for people with disabilities. *Disabil Rehabil.* 2019;12(2):287–95.
 17. Kidd L. Promoting patient involvement through person-centred handovers in nursing. *Evid Based Nurs.* 2019;22(3):74.
 18. Beedholm K, Frederiksen K. Patient involvement and institutional logics: A discussion paper. *Nurs Philos.* 2018;20(2):e12234.
 19. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001. 320 p.
 20. Casbas M. Las categorías gramaticales de la CIF [Internet]. *efisiopediatric.* 2016 [cited 2019 Jul 7]. p. 1. Available from: <http://seekfreaks.com/index.php/2016/05/17/seekfreaks-corner-recognizing-icf-domain-words-amusing-musings>
 21. Vincent-Onabajo G, Ihaza L, Usman AM, Ali Masta M, Majidadi R, Modu A, et al. Impact of social support on participation after stroke in Nigeria. *Top Stroke Rehabil.* 2016;36(5):305–10.
 22. Obembe AO, Eng JJ. Rehabilitation interventions for improving social participation after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Neurorehabil Neural Repair.* 2016;30(4):384–92.
 23. Törnborn K, Persson HC, Lundälv J, Sunnerhagen KS. Self-Assessed Physical, Cognitive, and Emotional Impact of Stroke at 1 Month: The Importance of Stroke

- Severity and Participation. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2017;26(1):57–63.
24. Dean E. Physical therapy in the 21st century (Part I): toward practice informed by epidemiology and the crisis of lifestyle conditions. *Physiother Theory Pract.* 2009;25(5):330–53.
 25. Itzhaki M, Melnikov S, Koton S. Gender differences in feelings and knowledge about stroke. *J Clin Nurs.* 2016;25(19–20):2958–66.
 26. Ostapchuk ES, Myakotnykh VS. Epidemiological, Clinical, and Pathogenic Features of Stroke in elderly and senile age. *Adv Gerontol.* 2017;30(4):563–9.
 27. Silva S, Corrêa JCF, Pereira G, Corrêa FI. Social participation following a stroke: an assessment in accordance with the international classification of functioning, disability and health. *Disabil Rehabil.* 2017;13:1–8.
 28. Moreno-Palacios J, Moreno-Martínez I, Bartolome-Nogues A, Lopez-Blanco E, Juarez-Fernandez R, Garcia-Deñgado I. Pronostic factors of functional recovery from a stroke at one year. *Rev Neurol.* 2017;64(2):55–62.
 29. Stewart JC, Cramer SC. Genetic Variation and Neuroplasticity: Role in Rehabilitation after Stroke. *J Neurol Phys Ther.* 2017;41(Suppl 3):S17–23.
 30. Phan H, Blizzard C, Reeves M, Thrift A, Cadilhac D, Sturm J, et al. Factors contributing to sex differences in functional outcomes and participation after stroke. *Neurology.* 2018;90(22):1945–53.
 31. Spooren AI, Timmermans AA, Seelen HA. Motor training programs of arm and hand in patients with MS according to different levels of the ICF: a systematic review. *BMC Neurol.* 2012 Jul 2;12:49.
 32. Chang FH, Wang YH, Jang Y, Wang CW. Factors associated with quality of life among people with spinal cord injury: application of the International Classification of Functioning, Disability and Health model. *Arch Phys Med Rehabil.* 2012;93(12):2264–70.
 33. Molenaers G, Calders P, Vanderstraeten G, Himpens E, Van den Broeck P. The Evidence-base for Conceptual Approaches and Additional Therapies Targeting Lower Limb Function in Children with Cerebral Palsy: A Systematic Review Using the International Classification of Functioning, Disability and Health as a Framework. *J Rehabil Med.* 2012;44(5):396–405.
 34. Franki I, Desloovere K, De Cat J, Feys H, Molenaers G, Calders P, et al. The evidence-base for basic physical therapy techniques targeting lower limb function in children with cerebral palsy: a systematic review using the International

- Classification of Functioning, Disability and Health as a conceptual framework. *J Rehabil Med.* 2012 May;44(5):385–95.
35. Tarvonen-Schröder S, Laimi K, Kauko T, Saltychev M. Concepts of capacity and performance in assessment of functioning amongst stroke survivors: A comparison of the functional independence measure and the international classification of functioning, disability and health. *J Rehabil Med.* 2015;47(7):662–4.
 36. Darzins S, Imms C, Di Stefano M. Measurement of activity limitations and participation restrictions: examination of ICF-linked content and scale properties of the FIM and PC-PART instruments. *Disabil Rehabil.* 2017;39(10):1025–38.
 37. Kinoshita S, Abo M, Miyamura K, Okamoto T, Kakuda W, Kimura I, et al. Validation of the “Activity and participation” component of ICF core sets for stroke patients in Japanese rehabilitation wards. *J Rehabil Med.* 2016;48(9):764–8.
 38. Kohler F, Connolly C, Sakaria A, Stendara K, Buhagiar M, Mojaddidi M. Can the ICF be used as a rehabilitation outcome measure? A study looking at the inter- and intra-rater reliability of ICF categories derived from an ADL assessment tool. *J Rehabil Med.* 2013;45(9):881–7.
 39. Grill E, Gloor-Juzi T, Huber EO, Stucki G. Assessment of functioning in the acute hospital: operationalisation and reliability testing of ICF categories relevant for physical therapists interventions. *J Rehabil Med.* 2011;43(2):162–73.
 40. Durá Mata MJ, Molleda Marzo M, García Almazán C, Mallol Badellino J, Calderon Padilla V. Factores pronósticos en el ictus. De la fase aguda a los tres años. *Rehabilitacion.* 2011;45(1):18–23.
 41. Duarte E, Morales A, Pou M, Aguirrezábal A, Aguilar J, Escalada F. Trunk control test: early predictor of gait balance and capacity at 6 months of the stroke. *Neurología.* 2009;24(5):297–303.
 42. Crespo M, Maribel C, Verdugo Alonso MÁ. Historia de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF): Un largo camino recorrido. *Siglo Cero.* 2012;34(1):20–6.
 43. Beninato M, Parikh V, Plummer L. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health as a framework for analyzing the Stroke Impact Scale-16 relative to falls. *Physiother Theory Pract.* 2014 Apr;30(3):149–56.
 44. Combs-Miller SA, Kalpathi Parameswaran A, Colburn D, Ertel T, Harmeyer A, Tucker L, et al. Body weight-supported treadmill training vs. overground walking training for persons with chronic stroke: a pilot randomized controlled trial. *Clin*

- Rehabil. 2014 Sep;28(9):873–84.
45. Benito García M, Atín Arratibel MÁ, Terradillos Azpiroz ME. The Bobath Concept in Walking Activity in Chronic Stroke Measured Through the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Physiother Res Int*. 2015;20(4):242–50.
 46. Ramírez Moreno JM. Módulo2. Definiciones, causas y epidemiología. [Internet]. 2015 [cited 2016 Jan 25]. Available from: <http://www.neurodidacta.es/es/comunidades-tematicas/ictus/acercamiento-introduccion-enfermedad/mOdule-concept/epidemiologia->
 47. Aldea A, Terradillos E, Terriza E. La CIF (Clasificación Internacional Funcional): Revisión en clave logopédica. Gallardo B, Moreno V, editors. Madrid: Editorial Academia; 2010. 7–28 p.
 48. Terradillos Azpiroz E, Solesio-Jofre E, Benito M, Castrillo A, Mangas B, Almería A, et al. La Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF) en la elaboración de un protocolo de evaluación del daño cerebral. *Trauma (Spain)*. 2012;23(2):123–9.
 49. Hernández BJ, Benjumea P, Tusó L. Physical Therapy clinical performance indicators in the early hospital management cerebrovascular attack (CVA). *Rev Ciencias la Salud*. 2013;11(1):7–34.
 50. Hincapié SM, Muñoz Suárez DI. Physiotherapeutic Approach to Diagnosis: Gait Analysis. *Rev Fac Ciencias la Salud Univ del Cauca*. 2010;12(4):40–4.
 51. Segura Noguera JM, Barreiro Montaña MC, Bastida Bastús N, Collado Gastalver D, González Solanellas M, Linares Juan de Sentmenat C, et al. Enfermos crónicos domiciliarios: valoración integral físico-cognitiva y caídas durante 3 años de seguimiento. *Atención Primaria*. 2000;25(5):297–301.
 52. Macedo LG, Elkins MR, Maher CG, Moseley AM, Herbert RD, Sherrington C. There was evidence of convergent and construct validity of Physiotherapy Evidence Database quality scale for physiotherapy trials. *J Clin Epidemiol*. 2010;63(8):920–5.
 53. Sánchez Blanco I. Unidades de ictus: concepto, eficacia y características principales. *Rehabilitación*. 2000;(4):396–9.
 54. Martínez-Vila E, Irimia P. Risk factors of the stroke. *An Sist Sanit Navar*. 2009;23(0):25–31.
 55. Stroke: Hope Trough Research [Internet]. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. 2017 [cited 2019 Jul 10]. p. 1–17. Available from:

<https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Hope-Through-Research/Stroke-Hope-Through-Research>

56. Toni D, Di Angelantonio E, Di Mascio MT, Vinisko R, Bath PMW. Types of stroke recurrence in patients with ischemic stroke: A substudy from the PROFESS trial. *Int J Stroke*. 2014;9(7):873–8.
57. Díez-Tejedor E, Del Brutto O, Álvarez-Sabín J, Muñoz M, Abiusi G. Clasificación de las enfermedades cerebrovasculares. Sociedad Iberoamericana de Enfermedades Cerebrovasculares. *Rev Neurol*. 2001;33(5):455–64.
58. Carod-Artal FJ, Casanova Lanchipa JO, Cruz Ramírez LM, Pérez NS, Siacara Aguayo FM, Moreno IG, et al. Stroke subtypes and comorbidity among ischemic stroke patients in brasilia and cuenca: A brazilian-spanish cross-cultural study. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2014;23(1):140–7.
59. Félix-Redondo FJ, Consuegra-Sánchez L, Ramírez-Moreno JM, Lozano L, Escudero V, Fernández-Bergés D. Tendencia de la mortalidad por ictus isquémico (2000-2009) y factores pronósticos. *Rev Clin Esp*. 2013;213(4):177–85.
60. Aguilar MI, O'Meara ES, Seliger S, Longstreth WT, Hart RG, Pergola PE, et al. Albuminuria and the risk of incident stroke and stroke types in older adults. *Neurology*. 2010;75(15):1343–50.
61. Vila-Corcoles Á, Satue-Gracia E, Ochoa-Gondar O, de Diego-Cabanes C, Vila-Rovira Á, Blade J, et al. Incidence and lethality of ischaemic stroke among people 60 years or older in the region of Tarragona (Spain), 2008-2011. *Rev Neurol*. 2014;59(11):490–6.
62. Organización Mundial de la Salud. Evite los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares. OMS. Mendis S, Webber D, editors. Organización Mundial de la Salud. Ginebra; 2005. 48 p.
63. Arias-Rivas S, Vivancos-Mora J, Castillo J. Epidemiología de los subtipos de ictus en pacientes hospitalizados atendidos por neurólogos: Resultados del registro EPICES (I). *Rev Neurol*. 2012;54(7):385–93.
64. Gladstone DJ, Danells CJ, Black SE. The fugl-meyer assessment of motor recovery after stroke: a critical review of its measurement properties. *Am Soc Neurorehabilitation*. 2002;16(3):232–40.
65. Gor-García-Fogeda MD, Molina-Rueda F, Cuesta-Gómez A, Carratalá-Tejada M, Alguacil-Diego IM, Miangolarra-Page JC. Scales to Assess Gross Motor Function in Stroke Patients: A Systematic Review. *Arch Phys Med Rehabil*.

- 2014;95(6):1174–83.
66. Garreta Figuera R, Torrequebrada-Gimenez A. An assessment of the management of spasticity in Spain: the 5E study. *Rev Neurol*. 2016;63(7):289–96.
 67. Wade D. Measurement in neurological rehabilitation. *Curr Opin Neurol Neurosurgery*. 1992;5(5):682–6.
 68. Kruitwagen-van Reenen E, Post M, Mulder-Bouwens K, Visser-Meily J. A simple bedside test for upper extremity impairment after stroke: validation of the Utrecht Arm/Hand Test. *Disabil Rehabil*. 2009;31(16):1338–43.
 69. Uswatte G, Taub E, Morris D, Light K, Thompson P. The Motor Activity Log-28: assessing daily use of the hemiparetic arm after stroke. *Neurology*. 2006;67(7):1189–94.
 70. Levin MF, Snir O, Liebermann DG, Weingarden H, Weiss PL. Virtual Reality Versus Conventional Treatment of Reaching Ability in Chronic Stroke: Clinical Feasibility Study. *Neurol Ther*. 2012 Dec 24;1(1):3.
 71. Faria-Fortini I, Michaelsen SM, Cassiano JG, Teixeira-Salmela LF. Upper extremity function in stroke subjects: relationships between the international classification of functioning, disability, and health domains. *J Hand Ther*. 2011;24(3):257–64; quiz 265.
 72. Doussoulin-Sanhueza A, Rivas-Sanhueza R. Validation and use Motor Activity Log and Action Research Arm scales as tools to assess the function of the paretic upper limb after a stroke in clinic and research. *Rev Mex Neurocienc*. 2014;15(3):138–46.
 73. Sebastia E, Duarte E, Boza R, Samitier B, Tejero M, Marco E, et al. Cross-validation of a model for predicting functional status and length of stay in patients with stroke. *J Rehabil Med*. 2006;38(3):204–6.
 74. Broderick JP, Adeoye O, Elm J. Evolution of the Modified Rankin Scale and Its Use in Future Stroke Trials. *Stroke*. 2017;48(7):2007–12.
 75. Quinn TJ, Dawson J, Walters MR, Lees KR. Reliability of the modified rankin scale: A systematic review. *Stroke*. 2009;40(10):3393–5.
 76. Duffy L, Gajree S, Langhorne P, Stott DJ, Quinn TJ. Reliability (Inter-rater Agreement) of the barthel index for assessment of stroke survivors: Systematic review and meta-analysis. *Stroke*. 2013;44(2):462–8.
 77. Downs S, Marquez J, Chiarelli P. The Berg Balance Scale has high intra- and inter-rater reliability but absolute reliability varies across the scale: a systematic review. *J Physiother*. 2013;59(2):93–9.

78. Ullah M, Shafi H, Khan G, Malik A, Amjad I. The effects of gait training with body weight support (BWS) with no body weight support (no-BWS) in stroke patients. *J Pak Med Assoc.* 2017;67(7):1094–6.
79. Altenburger PA, Dierks TA, Miller KK, Combs SA, Van Puymbroeck M, Schmid AA. Examination of sustained gait speed during extended walking in individuals with chronic stroke. *Arch Phys Med Rehabil.* 2013;94(12):2471–7.
80. Fulk G, He Y. Minimal Clinically Important Difference of the 6-Minute Walk Test in People With Stroke. *Journal Neurol Phys Ther.* 2018;42(4):235–40.
81. Viosca E, Martínez JL, Almagro PL, Gracia A, González C. Proposal and validation of a new Functional Ambulation Classification Scale for clinical use. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005;86(6):1234–8.
82. Paternostro-Sluga T, Grim-Stieger M, Posch M, Schuhfried O, Vacariu G, Mittermaier C, et al. Reliability and validity of the Medical Research Council (MRC) scale and a modified scale for testing muscle strength in patients with radial palsy. *J Rehabil Med.* 2008;40(8):665–71.
83. John J. Grading of muscle power: comparison of MRC and analogue scales by physiotherapists. Medical Research Council. *Int J Rehabil Res.* 1984;7(2):173–81.
84. Villagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005;19(2):135–50.
85. Balestroni G, Bertolotti G. EuroQol-5D (EQ-5D): an instrument for measuring quality of life. *Monaldi Arch chest Dis.* 2012;78(3):155–9.
86. Schrag A, Selai C, Jahanshahi M, Quinn NP. The EQ-5D : a generic quality of life measure: is a useful instrument to measure quality of life in patients with Parkinson ' s disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2000;69(1):67–73.
87. Sturm J, Donnan G, Dewey H, Macdonell R, Gilligan A, Srikanth V, et al. Quality of life after stroke: the North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Stroke.* 2004;35(10):2340–5.
88. Tyedin K, Cumming T, Bernhardt J. Quality of life: an important outcome measure in a trial of very early mobilisation after stroke. *Disabil Rehabil.* 2010;32(11):875–84.
89. Fernández-Concepción O, Verdecia-Fraga R, Alvarez-González M, Román-Pastoriza Y, Ramírez-Pérez E. Stroke-specific quality of life scale (ECVI-38): an evaluation of its acceptance, reliability and validity. *Rev Neurol.* 2005;41(7):391–8.

90. Ezeugwu V, Manns P. Sleep Duration, Sedentary Behavior, Physical Activity, and Quality of Life after Inpatient Stroke Rehabilitation. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2017;26(9):2004–12.
91. Duncan P., Lai S., Bode R., Perera S, DeRosa J. Stroke Impact Scale-16: A brief assessment of physical function. *Neurology.* 2003;60(2):291–6.
92. Carod-Artal F, González-Gutiérrez J, Egido-Herrero J, Varela de Seijas E. Propiedades métricas de la versión española del perfil de las consecuencias de la enfermedad de 30 ítems adaptado al ictus (SIP30-AI). *Rev Neurol.* 2007;45(1):647–54.
93. Soto-Vidal C, Pacheco-da-Costa S, Fernandez-Guinea S, Gallego-Izquierdo T. Translation into Spanish and a preliminary analysis of the psychometric properties of the Newcastle Stroke-Specific Quality of Life Measure (NEWSQOL) questionnaire for rating the quality of life among post-stroke patients. *Rev Neurol.* 2017;65(11):481–8.
94. Kim E-S, Kim J-W, Kang H-J, Bae K-Y, Kim S-W, Kim J-T, et al. Longitudinal Impact of Depression on Quality of Life in Stroke Patients. *Psychiatr Investig.* 2018;15(2):141–6.
95. Hawkins L, Lincoln NB, Sprigg N, Ward NS, Mistri A, Tyrrell P, et al. The Nottingham Fatigue After Stroke (NotFAST) study: results from follow-up six months after stroke. *Top Stroke Rehabil.* 2017;24(8):592–6.
96. Louie DR, Eng JJ. Berg balance scale score at admission can predict walking suitable for community ambulation at discharge from inpatient stroke rehabilitation. *J Rehabil Med.* 2018;50(1):37–44.
97. Cooray C, Mazya M, Bottai M, Dorado L, Skoda O, Toni D, et al. External Validation of the ASTRAL and DRAGON Scores for Prediction of Functional Outcome in Stroke. *Stroke.* 2016;47(6):1493–9.
98. Giralt-Steinhauer E, Rodríguez-Campello A, Cuadrado-Godia E, Ois Á, Jiménez-Conde J, Soriano-Tárraga C, et al. External validation of the DRAGON score in an elderly Spanish population: prediction of stroke prognosis after IV thrombolysis. *Cerebrovasc Dis.* 2013;36(2):110–4.
99. Hershkovitz A, Brill S. Get up and go: home. *Aging Clinical Exp Res.* 2006;18(4):301–6.
100. Giné-Garriga M, Guerra M, Mari-Dell’Olmo M, Martin C, Unnithan V. Sensitivity of a modified version of the “timed get up and go” test to predict fall risk in the

- elderly: a pilot study. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009;49(1):e60-66.
101. Gor-García-Fogeda M, Cano de la Cuerda R, Carratalá Tejada M, Alguacil-Diego I, Molina-Rueda F. Observational Gait Assessments in People With Neurological Disorders: A Systematic Review. *Arch Phys Med Rehabil.* 2016;97(1):131–40.
 102. Sahrman SA. Diagnóstico y tratamiento de las Alteraciones del Movimiento. Primera ed. Barcelona: Editorial Paidotribo; 2002. 1–491 p.
 103. Maduagwu SM, Ezeukwu AO, Saidu IA, Sangodeyi BJ, Jaiyeola OA. Comorbidities and socio-demographic distribution of stroke survivors referred for physiotherapy in a Nigerian Teaching Hospital: a retrospective study. *Niger Postgrad Med J.* 2012;19(4):240–3.
 104. Medina I Mirapeix F, Saturno Hernández P, Montilla Herrador J, Valera Garrido JF, Escolar Reina P, Meseguer Henarejos AB. Variabilidad en la valoración del paciente con cervicalgia mecánica en fisioterapia. Un estudio usando protocolos. *Fisioterapia.* 2007;29(4):190–5.
 105. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid. 2009. 174 p.
 106. Guía de Recomendaciones Clínicas Ictus. Asturias: Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias; 2014. 110 p.
 107. Sahrman S. Are Physical Therapists Fulfilling Their Responsibilities as Diagnosticians? *J Orthop Sport Phys Ther.* 2005 Sep;35(9):556–8.
 108. Izquierdo TG. Bases teóricas y fundamentos de la fisioterapia. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2007.
 109. Shim S, Kim H, Jung J. Comparison of Upper Extremity Motor Recovery of Stroke Patients with Actual Physical Activity in Their Daily Lives Measured with Accelerometers. *J Phys Ther Sci.* 2014 Jul;26(7):1009–11.
 110. Kim K, Lee B, Lee W. Effect of Gross Motor Group Exercise on Functional Status in Chronic Stroke: A Randomized Controlled Trial. *J Phys Ther Sci.* 2014 Jul 30;26(7):977–80.
 111. Bunketorp Kall L, Lundgren-Nilsson A, Blomstrand C, Pekna M, Pekny M, Nilsson M. The effects of a rhythm and music-based therapy program and therapeutic riding

- in late recovery phase following stroke: a study protocol for a three-armed randomized controlled trial. *BMC Neurol.* 2012;12:141.
112. Langhammer BB. Stroke patients and long-term training: is it worthwhile? A randomized comparison of two different training strategies after rehabilitation. *Clin Rehabil.* 2006;21(6):495–510.
 113. Langhammer B, Stanghelle JK, Lindmark B. An evaluation of two different exercise regimes during the first year following stroke: a randomised controlled trial. *Physiother Theory Pract.* 2009;25(2):55–68.
 114. Jennum P, Santamaria J, Jennum P, Santamaria J, Bassetti C, Clarenbach P, et al. Report of an EFNS task force on management of sleep disorders in neurologic disease (degenerative neurologic disorders and stroke). *Eur J Neurol.* 2007;14(11):1189–200.
 115. Tania F. C, Caroline A. R, Izabel M. A. F, Tatiana S. R, Luciana P. M. Comparison of instruments for sleep, cognition and function evaluation in stroke patients according to the international classification of functioning , disability and health (ICF). *Brazilian J Phys Ther.* 2012;16(1):23–9.
 116. Van Wyk A, Eksteen C a, Rheeder P. The Effect of Visual Scanning Exercises Integrated Into Physiotherapy in Patients With Unilateral Spatial Neglect Poststroke: A Matched-Pair Randomized Control Trial. *Neurorehabil Neural Repair.* 2014;28:856–73.
 117. Giaconi C, Nahuelhual P, Pedrero V. Participation of children and adolescents with disabilities: An area to be studied and evaluated. *Rev Chil Pediatr.* 2017;88(1):184–5.
 118. Madden R, Bundy A. The ICF has made a difference to functioning and disability measurement and statistics. *Disabil Rehabil.* 2018;12:1–13.
 119. Linden M. Disease and disability. The ICF model. *Der NervenarztNervenarzt.* 2015;86(1):29–35.
 120. Nguyen T, Stewart D, Rosenbaum P, Baptiste S, Kraus de Camargo O, Gorter JW. Using the ICF in transition research and practice? Lessons from a scoping review. *Res Dev Disabil.* 2018;72:225–39.
 121. Jette AM, Tao W, Haley SM. Blending activity and participation sub-domains of the ICF. *Disabil Rehabil.* 2007;29(22):1742–50.
 122. De Moraes Faria CDC, Silva SM, Corrêa JCF, Laurentino GEC, Teixeira-Salmela LF. Identificação das categorias de participação da CIF em instrumentos de

- qualidade de vida utilizados em indivíduos acometidos pelo acidente vascular encefálico. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal.* 2012;31(4):338–44.
123. Liu J. The severity and associated factors of participation restriction among community-dwelling frail older people: an application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO-ICF). *BMC Geriatr.* 2017;17(1):43.
 124. Larsson-Lund M, Nyman A. Participation and occupation in occupational therapy models of practice: A discussion of possibilities and challenges. *Scand J Occup Ther.* 2017;24(6):393–7.
 125. Osborne C, Meyer W, Ottenbacher K, Arcari C. Burn patients' return to daily activities and participation as defined by the International Classification of Functioning, Disability and Health: A systematic review. *Burn J Int Soc Burn Inj.* 2017;43(4):700–14.
 126. Connolly B. Describing and measuring recovery and rehabilitation after critical illness. *Curr Opin Crit Care.* 2015;21(5):445–52.
 127. Jette DU, Ardleigh K, Chandler K, McShea L. Decision-making ability of physical therapists: physical therapy intervention or medical referral. *Phys Ther.* 2006;86(12):1619–29.
 128. Jacob T. The implementation of the ICF among Israeli rehabilitation centers--the case of physical therapy. *Physiother Theory Pract.* 2013 Oct;29(7):536–46.
 129. Jones LE. Introducing the ICF: the development of an online resource to support learning, teaching and curriculum design. *Physiotherapy.* 2011 Mar;97(1):55–8.
 130. Comín Comín M, Ruiz Garrós C, Franco E, Damian J, Ruiz Tovar M, De Pedro-Cuesta J. Producción científico-profesional española sobre discapacidad según el modelo CIF. Revisión de la literatura, 2001-2011. *Gac Sanit.* 2011;25(SUPPL. 2):39–46.
 131. Mulroy SJ, Winstein CJ, Kulig K, Beneck GJ, Fowler EG, DeMuth SK, et al. Secondary mediation and regression analyses of the PTClinResNet database: determining causal relationships among the International Classification of Functioning, Disability and Health levels for four physical therapy intervention trials. *Phys Ther.* 2011;91(12):1766–79.
 132. Rundell SD, Davenport TE, Wagner T. Physical therapist management of acute and chronic low back pain using the World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability and Health. *Phys Ther.* 2009;89(1):82–90.

133. Delitto A, George SZ, Van Dillen LR, Whitman JM, Sowa G, Shekelle P, et al. Low back pain. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2012;42(4):A1-57.
134. Childs JD, Cleland JA, Elliott JM, Teyhen DS, Wainner RS, Whitman JM, et al. Neck pain: clinical practice guidelines linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop Sport Phys Ther.* 2008;38(9):A1–34.
135. Enseki K, Harris-Hayes M, White DM, Cibulka MT, Woehrle J, Fagerson TL, et al. Nonarthritic hip joint pain. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2014 Jun;44(6):A1-32.
136. McPoil TG, Martin RL, Cornwall MW, Wukich DK, Irrgang JJ, Godges JJ. Heel pain--plantar fasciitis: clinical practice guidelines linked to the international classification of function, disability, and health from the orthopaedic section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2008;38(4):A1–18.
137. Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther.* 2002 Nov;82(11):1098–107.
138. Vargus-Adams JN, Majnemer A. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a framework for change: Revolutionizing rehabilitation. *J Child Neurol.* 2014 Jan 1;29(8):1030–5.
139. Švestková O, Sládková P, Kotková K. Application of international classification of functioning, disability and health (ICF), functional health and disability. *Cent Eur J Public Health.* 2016;24(1):83–5.
140. Campos TF, Rodrigues CA, Farias IMA, Ribeiro TS. Comparison of instruments for sleep , cognition and function evaluation in stroke patients according to the international classification of functioning , disability and health (ICF). *Brazilian J Phys Ther.* 2012;16(1):23–9.
141. Silva SM, Corrêa FI, Faria CDCM, Corrêa JCF. Comparison of quality-of-life instruments for assessing the participation after stroke based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) / Comparacao entre instrumentos de qualidade de vida para avaliacao da participaca. *Brazilian J Phys Ther.* 2013;17(5):470–8.
142. Silva SM, Ishida Corrêa F, Santos Pereira G, Coelho de Moraes Faria CD, Ferrari Corrêa JC. Construct validity of the items on the Stroke Specific Quality of Life (SS-QOL) questionnaire that evaluate the participation component of the

- International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disabil Rehabil.* 2018;40(2):225–31.
143. Meidert U, Bonsaksen T, Scott P. A study of measuring participation according to the International Classification of Functioning, Disability and Health with the Revised Role Checklist. *Clin Rehabil.* 2018;32(11):1530–9.
 144. Sabariego C, Barrera AE, Neubert S, Stier-Jarmer M, Bostan C, Cieza A. Evaluation of an ICF-based patient education programme for stroke patients: A randomized, single-blinded, controlled, multicentre trial of the effects on self-efficacy, life satisfaction and functioning. *Br J Health Psychol.* 2013 Nov;18(4):707–28.
 145. Winstein CJ, Wolf SL, Dromerick AW, Lane CJ, Nelsen MA, Lewthwaite R, et al. Interdisciplinary Comprehensive Arm Rehabilitation Evaluation (ICARE): a randomized controlled trial protocol. *BMC Neurol.* 2013;13:5.
 146. Maierhofer S, Almazán-Isla J, Alcalde-Cabero E, de Pedro-Cuesta J. Prevalence and features of ICF-disability in Spain as captured by the 2008 National Disability Survey. *BMC Public Health.* 2011;11:897.
 147. Laxe S, Zasler N, Tschiesner U, López-Blázquez R, Tormos JM, Bernabeu M. ICF use to identify common problems on a TBI neurorehabilitation unit in Spain. *NeuroRehabilitation.* 2011;29(1):99–110.
 148. De Pedro-Cuesta J, Alberquilla Á, Virués-Ortega J, Carmona M, Alcalde-Cabero E, Bosca G, et al. ICF disability measured by WHO-DAS II in three community diagnostic groups in Madrid, Spain. *Gac Sanit.* 2011;25(SUPPL. 2):21–8.
 149. Dougall A, Martinez Pereira F, Molina G, Eschevins C, Blánaid D, Faulks D. Identifying common factors of functioning, participation and environment amongst adults requiring specialist oral health care using the international classification of functioning, disability and health. *PLoS One.* 2018;13(7):1–17.
 150. Rodríguez-Blázquez C, Damián J, Andrés-Prado MJ, Almazán-Isla J, Alcalde-Cabero E, Forjaz MJ, et al. Associations between chronic conditions, body functions, activity limitations and participation restrictions: a cross-sectional approach in Spanish non-clinical populations. *BMJ Open.* 2016;6(6):e010446.
 151. Verbunt JA, Seelen HAM, Ramos FP, Michielsen BHM, Wetzelaer WL, Moennekens M. Mental practice-based rehabilitation training to improve arm function and daily activity performance in stroke patients: a randomized clinical trial. *BMC Neurol.* 2008;8:7.
 152. Salisbury L, Shiels J, Todd I, Dennis M. A feasibility study to investigate the

- clinical application of functional electrical stimulation (FES), for dropped foot, during the sub-acute phase of stroke – A randomized controlled trial. *Physiother Theory Pract.* 2013;29(1):31–40.
153. Fang Y, Tao Q, Zhou X, Chen S, Huang J, Jiang Y, et al. Patient and Family Member Factors Influencing Outcomes of Poststroke Inpatient Rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil.* 2017;98(2):249–55.
 154. Langhammer B, Sunnerhagen KS, Lundgren-Nilsson A, Sallstrom S, Becker F, Stanghelle JK. Factors enhancing activities of daily living after stroke in specialized rehabilitation: an observational multicenter study within the Sunnaas International Network. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2017;53(5):725–34.
 155. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Lain Entralgo de la Comunidad de Madrid.* 2009. 223 p.
 156. Hernández Montenegro LR. *Metodología de la investigación en ciencias de la salud: guía práctica.* 3ª edición. Bogotá: Ecoe Ediciones; 2012. 135 p.
 157. Rentsch HP, Bucher P, Dommen Nyffeler I, Wolf C, Hefti H, Fluri E, et al. The implementation of the “International Classification of Functioning, Disability and Health” (ICF) in daily practice of neurorehabilitation: An interdisciplinary project at the Kantonsspital of Lucerne, Switzerland. *Disabil Rehabil.* 2003;25(8):411–21.
 158. Eckert KG, Lange MA. Comparison of physical activity questionnaires for the elderly with the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) - An analysis of content Health behavior, health promotion and society. *BMC Public Health.* 2015;15(1):1–11.
 159. Mayo NE, Poissant L, Ahmed S, Finch L, Higgins J, Salbach NM, et al. Incorporating the International Classification of Functioning , Disability , and Health (ICF) into an Electronic Health Record to Create Indicators of Function : Proof of Concept Using the SF-12. *J Am Med Informatics Assoc.* 2004;11(6):514–22.
 160. Lan Y, Yao J, Dewald JPA. The Impact of Shoulder Abduction Loading on Volitional Hand Opening and Grasping in Chronic Hemiparetic Stroke. *Neurorehabil Neural Repair.* 2017;31(6):521–9.
 161. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. *White Book on*

- Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 1. Definitions and concepts of PRM. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2018;54(2):156–65.
162. Veerbeek JM, van Wegen E, van Peppen R, van der Wees PJ, Hendriks E, Rietberg M, et al. What Is the Evidence for Physical Therapy Poststroke? A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One.* 2014;9(2):e87987.
 163. Lämås K, Häger C, Lindgren L, Wester P, Brulin C. Does touch massage facilitate recovery after stroke? A study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Complement Altern Med.* 2016;16(50):1–9.
 164. Brandenburg C, Worrall L, Rodriguez A, Bagraith K. Crosswalk of participation self-report measures for aphasia to the ICF: what content is being measured? *Disabil Rehabil.* 2015;37(13):1113–24.
 165. Berg K, Finne-Soveri H, Gray L, Henrard JC, Hirdes J, Ikegami N, et al. Relationship between interRAI HC and the ICF: Opportunity for operationalizing the ICF. *BMC Health Serv Res.* 2009;9(47):1–11.
 166. Aljunied M, Frederickson N. Utility of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for educational psychologists' work. *Educ Psychol Pract.* 2014;30(4):380–92.
 167. Ilieva EM, Oral A, Kucukdeveci AA, Varela E, Valero R, Berteanu M, et al. Osteoarthritis. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2013 Aug;49(4):579–93.
 168. Grissom R. Probability of the superior outcome of one treatment over another. *J Appl Psychol.* 1994;79(2):314–6.
 169. Grissom R. Statistical analysis of ordinal categorical status after therapies. *J Consulting Clin Psychol.* 1994;62(2):281–4.
 170. Grissom R, Kim J. Review of assumptions and problems in the appropriate conceptualization of effect size. *Psychol Methods.* 2001;6(2):135–46.
 171. Chen X, He Y, Meng X, Zhou L. Factors associated with perceived participation three months after being discharged from a tertiary hospital. *Clin Rehabil.* 2017;31(9):1257–66.
 172. Franki I, Desloovere K, De Cat J, Feys H, Molenaers G, Calders P, et al. The evidence-base for conceptual approaches and additional therapies targeting lower limb function in children with cerebral palsy: a systematic review using the ICF as a

- framework. *J Rehabil Med*. 2012 May;44(5):396–405.
173. van Lerssel J, Sveistrup H, Marshall S. Identifying the concepts contained within health-related quality of life outcome measures in concussion research using the International Classification of Functioning, Disability, and Health as a reference: a systematic review. *Qual life Res*. 2018;27(12):3071–86.
 174. Duncan PW, Bushnell CD, Rosamond WD, Jones Berkeley SB, Gesell SB, D'Agostino RB, et al. The Comprehensive Post-Acute Stroke Services (COMPASS) study: Design and methods for a cluster-randomized pragmatic trial. *BMC Neurol*. 2017;17(1):1–13.
 175. Martins E, de Sousa P, Barbosa P, de Menezes L, Costa A. A Brazilian experience to describe functioning and disability profiles provided by combined use of ICD and ICF in chronic stroke patients at home-care. *Disabil Rehabil*. 2011;33(21–22):2064–74.
 176. McKillop A, Carroll L, Dick B, Battié M. Measuring participation in patients with chronic back pain-the 5-Item Pain Disability Index. *Spine J*. 2018;18(2):307–13.
 177. De Bock F, Bosle C, Graef C, Oepen J, Philippi H, Urschitz M. Measuring social participation in children with chronic health conditions: validation and reference values of the child and adolescent scale of participation (CASP) in the German context. *BMC Pediatr*. 2019;19(1):125.
 178. Nahuelhual P, Giaconi C, Machuca MA. Medición de la participación en niños y adolescents con y sin discapacidad: Una revisión sistemática. *Rev Chil Pediatr*. 2017;88(6):812–9.
 179. Oner F, Sadiqi S, Lehr A, Aarabi B, Dunn R, Dvorak M, et al. Toward developing a specific outcome instrument for spine trauma: an empirical cross-sectional multicenter ICF-based study by AOSpine Knowledge Forum Trauma. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2015;40(17):1371–9.
 180. Santana MTM, Chun RYS. Linguagem e funcionalidade de adultos pós-Acidente Vascular Encefálico (AVE): avaliação baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *CoDAS*. 2017;29(1):4–11.
 181. Brandão GS, Camelier AA, Sampaio AAC, Oliveira LVF, Oliveira RF, Pires-Oliveira DAA, et al. Effect of a home-based exercise program on functional mobility and quality of life in elderly people: Protocol of a single-blind, randomized controlled trial. *Trials*. 2018;19(1):1–10.
 182. Rice DB, McIntyre A, Mirkowski M, Janzen S, Viana R, Britt E, et al. Patient-

- Centered Goal Setting in a Hospital-Based Outpatient Stroke Rehabilitation Center. *PM R.* 2017;9(9):856–65.
183. Belfiore P, Miele A, Gallè F, Liguori G. Adapted physical activity and stroke: a systematic review. *J Sports Med Phys Fitness.* 2018;58(12):1867–75.
184. Linder S, Rosenfeldt A, Bay R, Sahu K, Wolf S, Alberts J. Improving Quality of Life and Depression After Stroke Through Telerehabilitation. *Am J Occup Ther.* 2015;69(2):1–10.
185. Nunes HJM, Queirós PJP. Patient with stroke: hospital discharge planning, functionality and quality of life. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(2):415–23.
186. Belagaje S. Stroke Rehabilitation. *Contin.* 2017;23(1):238–53.
187. Luker J, Lynch E, Bernhardsson S, Bennett L, Bernhardt J. Stroke Survivors' Experiences of Physical Rehabilitation: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Arch Phys Med Rehabil.* 2015;96(9):1698–708.
188. Rose D, Nadeau S, Wu S, Tilson J, Dobkin B, Pei Q, et al. Locomotor Training and Strength and Balance Exercises for Walking Recovery After Stroke: Response to Number of Training Sessions. *Phys Ther.* 2017;97(11):1066–74.
189. Ilunga Tshiswaka D, Bennett C, Franklin C. Effects of walking trainings on walking function among stroke survivors: a systematic review. *Int J Rehabil Res.* 2018;41(1):1–13.
190. Lee K, Cho E. Activities of daily living and rehabilitation needs for older adults with a stroke: A comparison of home care and nursing home care. *Japan J Nurs Sci.* 2016;14(2):103–11.
191. Lee M, Lee J, Koo H, Lee S. Effectiveness of Bilateral Arm Training for Improving Extremity Function and Activities of Daily Living Performance in Hemiplegic Patients. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2017;26(5):1020–5.
192. Eraifej J, Clark W, France B, Desando S, Moore D. Effectiveness of upper limb functional electrical stimulation after stroke for the improvement of activities of daily living and motor function: A systematic review and meta-analysis. *Syst Rev.* 2017;6(1):1–21.
193. Zahuranec DB, Skolarus LE, Feng C, Freedman VA, Burke JF. Activity limitations and subjective well-being after stroke. *Neurology.* 2017;89(9):944–50.
194. Kim W, Jung H, Choi H, Park C, Kim E, Lee S, et al. The associations between insomnia and health-related quality of life in rehabilitation units at 1 month after stroke. *J Psychosom Res.* 2017;96:10–4.

195. van de Ven RM, Schmand B, van Bennekom CAM, Nijboer TCW, Kruiper-Doesborgh SJC, Buitenweg JI V., et al. The influence of computer-based cognitive flexibility training on subjective cognitive well-being after stroke: A multi-center randomized controlled trial. *PLoS One*. 2017;12(11):1–18.
196. Zheng G, Xiong Z, Zheng X, Li J, Duan T, Qi D, et al. Subjective perceived impact of Tai Chi training on physical and mental health among community older adults at risk for ischemic stroke: A qualitative study. *BMC Complement Altern Med*. 2017;17(1):1–7.
197. Shifren K, Anzaldi K. Optimism, well-being, depressive symptoms, and perceived physical health: a study among Stroke survivors. *Psychol Heal Med*. 2018;23(1):46–57.
198. Linton MJ, Dieppe P, Medina-Lara A. Review of 99 self-report measures for assessing well-being in adults: Exploring dimensions of well-being and developments over time. *BMJ Open*. 2016;6(7).
199. Bircher J, Kuruvilla S. Defining health by addressing individual, social, and environmental determinants: New opportunities for health care and public health. *J Public Health Policy*. 2014;35(3):363–86.
200. Durovich CJ, Roberts PW. Designing a Community-Based Population Health Model. *Popul Health Manag*. 2018;21(1):13–9.
201. Vázquez C, Hervás G, Rahona JJ, Gómez D. Bienestar Psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anu Psicol Clínica y la Salud*. 2009;5:15–28.
202. Breilh J. Epidemiología del siglo XXI y ciberespacio: repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;18(4):972–82.
203. Castelltort AL. ¿Autogestión o autonomía de gestión? Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26(SUPPL.1):57–62.
204. Egan M, Davis CG, Dubouloz CJ, Kessler D, Kubina LA. Participation and well-being poststroke: Evidence of reciprocal effects. *Arch Phys Med Rehabil*. 2014;95(2):262–8.
205. Kirkevold M, Kildal Bragstad L, Bronken BA, Kvigne K, Martinsen R, Gabrielsen Hjelle E, et al. Promoting psychosocial well-being following stroke: Study protocol for a randomized, controlled trial. *BMC Psychol*. 2018;6(1):1–12.
206. Yachnin D, Gharib G, Jutai J, Finestone H. Technology-assisted toilets: Improving independence and hygiene in stroke rehabilitation. *J Rehabil Assist Technol Eng*.

- 2017;4:1–8.
207. Dai R, Lam OLT, Lo ECM, Li LSW, McGrath C. Oral health-related quality of life in patients with stroke: A randomized clinical trial of oral hygiene care during outpatient rehabilitation. *Sci Rep.* 2017;7(1):1–8.
 208. Legg LA, Lewis SR, Schofield-Robinson OJ, Drummond A, Langhorne P. Occupational therapy for adults with problems in activities of daily living after stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jul 19;19(7):1–72.
 209. Lee D, Heffron J, Mirza M. Content and effectiveness of interventions focusing on community participation after stroke: A systematic review. *Arch Phys Med Rehabil.* 2019;100(11):2179-92.e1.
 210. Ezekiel L, Collett J, Mayo N, Pang L, Field L, Dawes H. Factors Associated With Participation in Life Situations for Adults With Stroke: A Systematic Review. *Arch Phys Med Rehabil.* 2019;100(5):945–55.
 211. Mayo N, Anderson S, Barclay R, Cameron J, Desrosiers J, Eng J, et al. Getting on with the rest of your life following stroke: a randomized trial of a complex intervention aimed at enhancing life participation post stroke. *Clin Rehabil.* 2015;29(12):1198–211.
 212. Vincent-Onabajo G, Blasu C. Participation in leisure activities after stroke: A survey of community-residing stroke survivors in Nigeria. *NeuroRehabilitation.* 2016 Feb 10;38(1):45–52.
 213. Norlander A, Carlstedt E, Jönsson AC, Lexell EM, Ståhl A, Lindgren A, et al. Long-term predictors of social and leisure activity 10 years after stroke. *PLoS One.* 2016;11(2):1–16.
 214. Blumenthal JA, Smith PJ, Mabe S, Hinderliter A, Welsh-Bohmer K, Browndyke JN, et al. Lifestyle and Neurocognition in Older Adults with Cardiovascular Risk Factors and Cognitive Impairment. *Psychosom Med.* 2017;79(6):719–27.
 215. Särkämö T. Cognitive, emotional, and neural benefits of musical leisure activities in aging and neurological rehabilitation: A critical review. *Ann Phys Rehabil Med.* 2018;61(6):414–8.
 216. Särkämö T. Music for the ageing brain: Cognitive, emotional, social, and neural benefits of musical leisure activities in stroke and dementia. *Dement.* 2018;17(6):670–85.
 217. Norlander A, Iwarsson S, Jönsson A, Lindgren A, Månsson Lexell E. Living and ageing with stroke: an exploration of conditions influencing participation in social

- and leisure activities over 15 years. *Brain Inj.* 2018;32(7):858–66.
218. Liu-Ambrose T, Eng J. Exercise training and recreational activities to promote executive functions in chronic stroke: A proof-of-concept study. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2015;24(1):130–7.
 219. Yeh T ting, Wu C yi, Hsieh Y wei, Chang K chou, Lee L chien, Hung J wen, et al. Synergistic effects of aerobic exercise and cognitive training on cognition, physiological markers, daily function, and quality of life in stroke survivors with cognitive decline: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2017;18(1):1–11.
 220. Berzina G, Sveen U, Paanalahti M, Sunnerhagen K. Analyzing the modified rankin scale using concepts of the international classification of functioning, disability and health. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2016;52(2):203–13.
 221. Khan F, Amatya B. Use of the international Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to describe patient -reported disability in primary brain tumour in an Australian community cohort. *J Rehabil Med.* 2013;45(5):434–45.
 222. Seoane JA. Las autonomías del paciente. *Int J Appl Ethics.* 2010;3:61–75.
 223. Erdmann PG, Teunissen LL, Van Genderen FR, Notermans NC, Lindeman E, Helders PJM, et al. Functioning of patients with chronic idiopathic axonal polyneuropathy (CIAP). *J Neurol.* 2007;254(9):1204–11.
 224. Miller K. Patient centered care: A path to better health outcomes through engagement and activation. *NeuroRehabilitation.* 2016;39(4):465–70.
 225. Suttiwong J, Vongsirinavarat M, Vachalathiti R, Chaiyawat P. Impact on Participation and Autonomy Questionnaire: Psychometric Properties of the Thai Version. *J Phys Ther Sci.* 2013;25(7):769–74.
 226. Noonan VK, Kopec JA, Noreau L, Singer J, Chan A, Mâsse LC, et al. Comparing the content of participation instruments using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Health Qual Life Outcomes.* 2009;13(7):1–12.
 227. Geyh S, Cieza A, Schouten J, Dickson H, Frommelt P, Omar Z, et al. ICF Core Sets for stroke. *J Rehabil Med Suppl.* 2004;36(Suppl. 44):135–41.
 228. Alanko T, Karhula M, Kröger T, Piirainen A, Nikander R. Rehabilitees perspective on goal setting in rehabilitation - a phenomenological approach. *Disabil Rehabil.* 2019;41(19):2280–8.
 229. Greenland S, Senn SJ, Rothman KJ, Carlin JB, Poole C, Goodman SN, et al. Statistical tests, P values, confidence intervals, and power: a guide to

- misinterpretations. *Eur J Epidemiol.* 2016;31(4):337–50.
230. Prodinger B, Tennant A, Stucki G. Standardized reporting of functioning information on ICF-based common metrics. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2018;54(1):110–7.
231. Gordon AL. Functioning and disability after stroke in children: Using the ICF-CY to classify health outcome and inform future clinical research priorities. *Dev Med Child Neurol.* 2014;56(5):434–44.
232. Chen S, Tao J, Tao Q, Fang Y, Zhou X, Chen H, et al. Rater experience influences reliability and validity of the brief international classification of functioning, disability, and health core set for stroke. *J Rehabil Med.* 2016;48(3):265–72.
233. Ottiger B, Vanbellingen T, Gabriel C, Huberle E, Koenig-Bruhin M, Plugshaupt T, et al. Validation of the new Lucerne ICF based multidisciplinary observation scale (LIMOS) for stroke patients. *PLoS One.* 2015;10(6):1–8.
234. Geyh S, Kurt T, Brockow T, Cieza A, Ewert T, Omar Z, et al. Identifying the concepts contained in outcome measures of clinical trials on stroke using the International Classification of Functioning, Disability and Health as a reference. *J Rehabil Med.* 2004;36(SUPPL. 44):56–62.
235. Hsieh Y, Yang C, Sun S, Chan S, Wang T, Luo H. Effects of hippotherapy on body functions, activities and participation in children with cerebral palsy based on ICF-CY assessments. *Disabil Rehabil.* 2017;39(17):1703–13.
236. Kim M, Cho K, Lee W. Community Walking Training Program Improves Walking Function and Social Participation in Chronic Stroke Patients. *Tohoku J Exp Med.* 2014;234(4):281–6.
237. Avelino PR, Nascimento LR, Menezes KKP, Scianni AA, Ada L, Teixeira-Salmela LF. Effect of the provision of a cane on walking and social participation in individuals with stroke: protocol for a randomized trial. *Brazilian J Phys Ther.* 2018;22(2):168–73.
238. Mayo NE, Bronstein D, Scott SC, Finch LE, Miller S. Necessary and sufficient causes of participation post-stroke: Practical and philosophical perspectives. *Qual Life Res.* 2014;23(1):39–47.
239. Faria-Fortini I, Basílio M, Scianni A, Faria C, Teixeira-Salmela L. Performance and capacity-based measures of locomotion, compared to impairment-based measures, best predicted participation in individuals with hemiparesis due to stroke. *Disabil Rehabil.* 2018;40(15):1791–8.

240. Kossi O, Batcho CS, Adoukonou T, Thonnard JL. Functional recovery after stroke in Benin: A six-month follow-up study. *J Rehabil Med.* 2016;48(8):671–5.
241. Aaslund MK, Moe-Nilssen R, Gjelsvik B, Bogen B, Naess H, Hofstad H, et al. A longitudinal study investigating how stroke severity , disability , and physical function the first week post-stroke are associated with walking speed six months post-stroke. *Physiother Theory Pract.* 2017;33(12):932–42.
242. Mahendran N, Kuys S, Brauer S. Recovery of ambulation activity across the first six months post-stroke. *Gait Posture.* 2016;49:271–6.
243. Smith MC, Barber PA, Stinear CM. The TWIST Algorithm Predicts Time to Walking Independently After Stroke. *Neurorehabil Neural Repair.* 2017;31(10–11):955–64.
244. Luft AR, MacKo RF, Forrester LW, Villagra F, Ivey F, Sorkin JD, et al. Treadmill exercise activates subcortical neural networks and improves walking after stroke: A randomized controlled trial. *Stroke.* 2008;39(12):3341–50.
245. Lund C, Dalgas U, Grønberg T, Andersen H, Severinsen K, Riemenschneider M, et al. Balance and walking performance are improved after resistance and aerobic training in persons with chronic stroke. *Disabil Rehabil.* 2018;40(20):2408–15.
246. Tally Z, Boetefuer L, Kauk C, Perez G, Schrand L, Hoder J. The efficacy of treadmill training on balance dysfunction in individuals with chronic stroke: a systematic review. *Top Stroke Rehabil.* 2017;24(7):539–46.
247. Durcan S, Flavin E, Horgan F. Factors associated with community ambulation in chronic stroke. *Disabil Rehabil.* 2016;38(3):245–9.
248. Sit JWH, Chair SY, Choi KC, Chan CWH, Lee DTF, Chan AWK, et al. Do empowered stroke patients perform better at self-management and functional recovery after a stroke? A randomized controlled trial. *Clin Interv Aging.* 2016;11:1441–50.
249. Booth J, Davidson I, Winstanley J, Waters K. Observing washing and dressing of stroke patients: nursing intervention compared with occupational therapists. What is the difference? *J Adv Nurs.* 2001;33(1):98–105.
250. Takaaki F, Atsushi S, Yuichi Y, Koji O, Kazuaki I, Toshimasa S, et al. Propensity-matched analysis of the gap between capacity and actual performance of dressing in patients with stroke. *J Phys Ther Sci.* 2016;28(6):1883–7.
251. Fujita T, Sato A, Iokawa K, Yamane K, Yamamoto Y, Ohira Y, et al. Quantifying lower extremity and trunk function for dressing in stroke patients: a retrospective

- observational study. *Top Stroke Rehabil.* 2018;25(5):341–4.
252. Sadler E, Wolfe CDA, Jones F, McKevitt C. Exploring stroke survivors' and physiotherapists' views of selfmanagement after stroke: A qualitative study in the UK. *BMJ Open.* 2017;7(3):e011631.
253. Lo SHS, Chang AM, Chau JPC. Stroke self-management support improves survivors' self-efficacy and outcome expectation of self-management behaviors. *Stroke.* 2018;49(3):758–60.
254. Zhang L, Sui M, Yan T, You L, Li K, Gao Y. A study in persons later after stroke of the relationships between social participation, environmental factors and depression. *Clin Rehabil.* 2017;31(3):394–402.
255. Lee H, Lee Y, Choi H, Pyun SB. Community integration and quality of life in aphasia after stroke. *Yonsei Med J.* 2015;56(6):1694–702.
256. Harrison M, Ryan T, Gardiner C, Jones A. Psychological and emotional needs , assessment and support post- stroke : a multi-perspective qualitative study. *Top Stroke Rehabil.* 2017;24(2):119–25.
257. Purdy S, Wanigasekara I, Cañete O, Moore C, McCann C. Aphasia and Auditory Processing after Stroke through an International Classification of Functioning, Disability and Health Lens. *Semin Hear.* 2016;37(3):233–46.
258. Tempest S, Jefferson R. Engaging with clinicians to implement and evaluate the ICF in neurorehabilitation practice. *NeuroRehabilitation.* 2015;36(1):11–5.
259. Carvalho-Pinto BPB, Faria CDCM. Health, function and disability in stroke patients in the community. *Brazilian J Phys Ther.* 2016;20(4):355–66.
260. Lemmens RJM, Timmermans AAA, Janssen-Potten YJM, Smeets RJEM, Seelen HAM. Valid and reliable instruments for arm-hand assessment at ICF activity level in persons with hemiplegia: A systematic review. *BMC Neurol.* 2012;12(1):21.
261. Madsen TE, Roberts ET, Kuczynski H, Goldmann E, Parikh NS, Boden-Albala B. Gender, Social Networks, and Stroke Preparedness in the Stroke Warning Information and Faster Treatment Study. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2017;26(12):2734–41.
262. Everts R, Pavlovic J, Kaufmann F, Uhlenberg B, Seidel U, Nedeltchev K, et al. Cognitive functioning, behavior, and quality of life after stroke in childhood. *Child Neuropsychol.* 2008;14(4):323–38.
263. Marshall R, Milne R, Lynn R, Jackson R. Quantifying the effect of age on short-term and long-term case fatality in 14,000 patients with incident cases of

- cardiovascular disease. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2008;15(2):179–84.
264. de Graaf J, van Mierlo M, Post M, Achterberg W, Kappelle L, Visser-Meily J. Long-term restrictions in participation in stroke survivors under and over 70 years of age. *Disabil Rehabil.* 2018;40(6):637–45.
265. Ng M, Hill K, Batchelor F, Burton E. Factors Predicting Falls and Mobility Outcomes in Patients With Stroke Returning Home After Rehabilitation Who Are at Risk of Falling. *Arch Phys Med Rehabil.* 2017;98(12):2433–41.
266. Hiraoka S, Maeshima S, Okazaki H, Hori H, Tanaka S, Okamoto S, et al. Factors necessary for independent walking in patients with thalamic hemorrhage. *BMC Neurol.* 2017;17(1):211.
267. Nowotny M, Dachenhausen A, Stastny P, Zidek T, Brainin M. Empowerment, lebensqualität und partizipation in der neurologischen rehabilitation: Eine empirische studie an schlaganfallpatienten und angehörigen. *Wiener Medizinische Wochenschrift.* 2004;154(23–24):577–83.
268. Adamson J, Beswick A, Ebrahim S. Is stroke the most common cause of disability? *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2004;13(4):171–7.
269. Andrenelli E, Ippoliti E, Coccia M, Millevolte M, Cicconi B, Latini L, et al. Features and predictors of activity limitations and participation restriction 2 years after intensive rehabilitation following first-ever stroke. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2015;51(5):575–85.
270. Robinson CA, Shumway-Cook A, Ciol MA, Kartin D. Participation in Community Walking Following Stroke: Subjective Versus Objective Measures and the Impact of Personal Factors. *Phys Ther.* 2011;91(12):1865–76.
271. Alvarez-Sabín J, Quintana M, Masjuan J, Oliva-Moreno J, Mar J, Gonzalez-Rojas N, et al. Economic impact of patients admitted to stroke units in Spain. *Eur J Heal Econ.* 2017;18(4):449–58.
272. Matías-Guiu J. La epidemiología cerebrovascular. *Rev Española Cardiol.* 2000;53(1):13–4.
273. Vasudevan J, Browne B. Hemiplegic shoulder pain: an approach to diagnosis and management. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2014;25(2):411–37.
274. Kader M, Perera N, Sohrab Hossain M, Islam R. Socio-demographic and injury-related factors contributing to activity limitations and participation restrictions in people with spinal cord injury in Bangladesh. *Spinal Cord.* 2018;56(3):239–46.
275. Elloker T, Rhoda A, Arowoia A, Lawal I. Factors predicting community

- participation in patients living with stroke, in the Western Cape, South Africa. *Disabil Rehabil.* 2018;29:1–8.
276. Stubbs B, Vancampfort D, Veronese N, Schofield P, Lin P-Y, Tseng P-T, et al. Multimorbidity and perceived stress: a population-based cross-sectional study among older adults across six low- and middle-income countries. *Maturitas.* 2018;107:84–91.
277. Tropea P, Monaco V, Coscia M, Posteraro F, Micera S. Effects of early and intensive neuro-rehabilitative treatment on muscle synergies in acute post-stroke patients: A pilot study. *J Neuroeng Rehabil.* 2013;10(103).
278. Ayuso-Mateos JL, Nieto-Moreno M, Sánchez-Moreno J, Vázquez-Barquero JL. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica. *Med Clin (Barc).* 2006;126(12):461–6.
279. Fernández-González P, Molina-Rueda F, Cuesta-Gómez A, Carratala-Tejada M, Miangolarra-Page J. Instrumental gait analysis in stroke patients. *Rev Neurol.* 2016;63(10):433–9.
280. Kim K, Lee S, Lee K. Effects of progressive body weight support treadmill forward and backward walking training on stroke patients' affected side lower extremity's walking ability. *J Phys Ther Sci.* 2014;26(12):1923–7.
281. Vincent-Onabajo GO, Hamzat TK, Owolabi MO. Are there gender differences in longitudinal patterns of functioning in Nigerian stroke survivors during the first year after stroke? *NeuroRehabilitation.* 2014;34(2):297–304.
282. Glässel A, Coenen M, Kollerits B, Cieza A. Content validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set for stroke from gender perspective using a qualitative approach. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2014;50(3):285–99.
283. Hawley R, Madden R, Brentnall J, Serratore D, Grant S, Luft I, et al. Testing and development of an instrument for self-report of participation and related environmental factors - Your Ideas about Participation and Environment (YIPE) among adults with brain injury. *Disabil Rehabil.* 2016;38(23):2315–23.
284. Mar J, Masjuan J, Oliva-Moreno J, Gonzalez-Rojas N, Becerra V, Casado MÁ, et al. Outcomes measured by mortality rates, quality of life and degree of autonomy in the first year in stroke units in Spain. *Health Qual Life Outcomes.* 2015;13(36):1–9.
285. Wade DT, Wood VA, Hewer RL. Recovery after stroke: The first 3 months. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1985;48:7–13.

286. Cho T, Jeong J, Lee H, Moon H. Manual function of the unaffected upper extremity can affect functional outcome after stroke. *Int J Rehabil Res.* 2019;42(1):26–30.
287. Fujita T, Sato A, Tsuchiya K, Ohashi T, Yamane K, Yamamoto Y, et al. Relationship between Grooming Performance and Motor and Cognitive Functions in Stroke Patients with Receiver Operating Characteristic Analysis. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2017;26(12):2828–33.
288. Dobkin B. Behavioral self-management strategies for practice and exercise should be included in neurologic rehabilitation trials and care. *Curr Opin Neurol.* 2016;29(6):693–9.
289. Albert MA, Durazo EM, Slopen N, Zaslavsky AM, Buring JE, Silva T, et al. Cumulative psychological stress and cardiovascular disease risk in middle aged and older women: Rationale, design, and baseline characteristics. *Am Heart J.* 2017;192:1–12.
290. Tanimura C, Matsumoto H, Tokushima Y, Yoshimura J, Tanishima S, Hagino H. Self-care agency, lifestyle, and physical condition predict future frailty in community-dwelling older people. *Nurs Heal Sci.* 2017;20(1):31–8.
291. Hu HY, Chi WC, Chang KH, Yen CF, Escorpizo R, Liao HF, et al. The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 can predict the institutionalization of patients with stroke. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2017;53(6):856–62.
292. Kwon SY, Hong SE, Kim EJ, Kim CH, Joa KL, Jung HY. Monitoring of functioning status in subjects with chronic stroke in South Korea using WHODAS II. *Ann Rehabil Med.* 2016;40(1):111–9.
293. Belio C, Prouteau A, Koleck M, Saada Y, Merceron K, Dayre E, et al. Participation restrictions in patients with psychiatric and/or cognitive disabilities: PRELIMINARY results for an ICF-derived assessment tool. *Ann Phys Rehabil Med.* 2014;57(2):114–37.
294. Kwok T, Lo RS, Wong E, Wai-Kwong T, Mok V, Kai-Sing W. Quality of life of stroke survivors: a 1-year follow-up study. *Arch Phys Med Rehabil.* 2006 Sep;87(9):1177–82.
295. Nanninga CS, Meijering L, Postema K, Schonherr MC, Lettinga AT. Unpacking community mobility: a preliminary study into the embodied experiences of stroke survivors. *Disabil Rehabil.* 2018 Aug;40(17):2015–24.
296. Viscogliosi C, Belleville S, Desrosiers J, Caron CD, Ska B. Participation after a

- stroke: changes over time as a function of cognitive deficits. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011;52(3):336–43.
297. de Wind A, van der Beek AJ, Boezeman EJ, Swenneker R, Anema JR, de Boer AGEM, et al. A qualitative study investigating the meaning of participation to improve the measurement of this construct. *Qual Life Res.* 2019;28(8):2233–46.
298. Noreau L, Desrosiers J, Robichaud L, Fougeyrollas P, Rochette A, Viscogliosi C. Measuring social participation: reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities. *Disabil Rehabil.* 2004;26(6):346–52.
299. Plante M, Demers L, Swaine B, Desrosiers J. Association between daily activities following stroke rehabilitation and social role functioning upon return to the community. *Top Stroke Rehabil.* 2010;17(1):47–57.
300. Woodman P, Riazi A, Pereira C, Jones F. Social participation post stroke: a meta-ethnographic review of the experiences and views of community-dwelling stroke survivors. *Disabil Rehabil.* 2014;36(24):2031–43.
301. Cioncoloni D, Martini G, Piu P, Taddei S, Acampa M, Guideri F, et al. Predictors of long-term recovery in complex activities of daily living before discharge from the stroke unit. *NeuroRehabilitation.* 2013;33(2):217–23.
302. Suttiwong J, Vongsirinavarat M, Hiengkaew V. Predictors of community participation among individuals with first stroke: A Thailand study. *Ann Rehabil Med.* 2018;42(5):660–9.
303. Koyama T, Matsumoto K, Okuno T, Domen K. Relationships between independence level of single motor-fim items and fim-motor scores in patients with hemiplegia after stroke: An ordinal logistic modelling study. *J Rehabil Med.* 2006;38(5):280–6.

10

A N E X O S

10. ANEXOS

ANEXO I. La Clasificación Internacional del Funcionamiento: Medida del nivel de participación.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) – Medida de Participación

Edad: _____ Sexo: Hombre Mujer Hemisferio lesionado: _____ Localización de la lesión: _____
 Período transcurrido desde el ACV: _____ Motivación para venir a la Asociación: Recuperarse – Mantenerse- Ocio

0= NO hay problema	1= problema LIGERO	2= problema MODERADO	3= problema GRAVE	4= problema COMPLETO	8= sin especificar	9= no aplicable
DOMINIO	PREGUNTA			OBSERVACIONES	INTERPRETACIÓN	
	- Del 0 al 4, dígame qué dificultad tiene para...					
1. Cambiar las posturas corporales básicas.	1. ...pasar de una posición, como sentado, a otra distinta, como tendido. 2. Si no tuviese esa ayuda (y= cama adaptada, barandas de sujeción, ayuda verbal), ¿qué dificultad tendría?					- Presenta una dificultad (x= no hay, leve, moderada,) para cambiar la postura en la sala de Fisioterapia; y una restricción (x) para hacerlo en un entorno uniforme que no garantice su ayuda habitual (y).
2. Mantener la posición del cuerpo.	3. ...permanecer sentado durante un tiempo prudencial, en función de si está en una "entrevista" como la actual. 4. Si no tuviese esa ayuda, ¿qué dificultad tendría?					- Presenta una dificultad para mantenerse en tal postura en la sala de Fisioterapia; y una restricción para mantenerla en un entorno uniforme que no garantice su ayuda habitual.
3. Transferencias del cuerpo.	5. ...levantarse de la silla y sentarse de nuevo. 6. Si no tuviese esa ayuda, ¿qué dificultad tendría?					- Presenta una dificultad para realizar las transferencias; y una restricción para realizar las sin su ayuda habitual.
4. Cambiar y mantener la posición del cuerpo, otra especificada y no especificada.	7. ...permanecer de pie durante un tiempo, como esperar el autobús. 8. Si no tuviese esa ayuda, ¿qué dificultad tendría?					- Presenta una dificultad para mantenerse en tal postura en la sala de Fisioterapia; y una restricción para mantenerla en un entorno uniforme que no garantice su ayuda habitual.
5. Levantar y llevar objetos.	9. ...coger un vaso de agua. 10. Si no tuviese esa ayuda, ¿qué dificultad tendría?					- Presenta una dificultad para realizar dicha acción en la sala de Fisioterapia; y una restricción para hacerlo sin su ayuda habitual.

6. Mover objetos con las extremidades inferiores.	11. ...pedalear o patear un balón. 12. Si no tuviese esa ayuda, ¿qué dificultad tendría?	- Tiene una dificultad _____ para realizar la acción solicitada en la sala de Fisioterapia; y una restricción _____ para realizarlo sin su ayuda habitual. - Presenta una dificultad _____ para realizar dicha acción en la sala de Fisioterapia; y una restricción _____ para hacerlo sin su ayuda habitual.
7. Uso fino de la mano.	13. ...coger y soltar monedas. 14. Si no tuviese esa ayuda, ¿qué dificultad tendría?	- Presenta una dificultad _____ para realizar dicha acción en la sala de Fisioterapia; y una restricción _____ para hacerlo sin su ayuda habitual.
8. Uso de la mano y el brazo.	15. ...alcanzar un balón en movimiento. 16. Si no tuviese esa ayuda, ¿qué dificultad tendría?	- Presenta una dificultad _____ para realizar dicha acción en la sala de Fisioterapia; y una restricción _____ para hacerlo sin su ayuda habitual.
9. Llevar, mover y usar objetos, otro especificado y no especificado.	17. ...para agarrar un balón (objetos redondos). 18. Si no tuviese esa ayuda, ¿qué dificultad tendría?	- Presenta una dificultad _____ para realizar dicha acción en la sala de Fisioterapia; y una restricción _____ para hacerlo sin su ayuda habitual.
10. Andar.	19. ...caminar distancias cortas (10 metros). 20. Si no tuviese esa ayuda, ¿qué dificultad tendría?	- Presenta una dificultad _____ para caminar trayectos cortos; y una restricción _____ para hacerlo sin su ayuda habitual.
11. Desplazarse por el entorno.	21. ...hacer movimiento como correr, nadar o saltar. 22. Si no tuviese esa ayuda, ¿qué dificultad tendría?	- Presenta una dificultad _____ para realizar dicha acción en la sala de Fisioterapia; y una restricción _____ para hacerlo sin su ayuda habitual.
12. Desplazarse por distintos lugares.	23. ...desplazarse por la sala de Fisioterapia desde una máquina a otra. 24. Si no tuviese esa ayuda, ¿qué dificultad tendría?	- Presenta una dificultad _____ para realizar dicha acción en la sala de Fisioterapia; y una restricción _____ para hacerlo sin su ayuda habitual.
13. Desplazarse con algún equipamiento.	25. ...desplazarse con su andador o silla de ruedas por la sala de Fisioterapia. 26. En su casa, ¿qué dificultad tendría?	- Presenta una dificultad _____ para realizar dicha acción en la sala de Fisioterapia; y una restricción _____ para hacerlo fuera de esta.
14. Andar o moverse, otro especificado y no especificado.	27. ...caminar distancias largas (más de 10 metros). 28. Si no tuviese esa ayuda, ¿qué dificultad tendría?	- Presenta una dificultad _____ para caminar trayectos largos; y una restricción _____ para hacerlo sin su ayuda habitual.
15. Utilización de medios de transporte.	29. ...ir de pasajero en el coche o autobús. 30. Si no tuviese esa ayuda, ¿qué dificultad tendría?	- Presenta una dificultad _____ para realizar dicha acción; y una restricción _____ para hacerlo sin su ayuda habitual.
16. Conducción.	31. ...conducir su propio transporte: coche, bicicleta. 32. Si no tuviese esa ayuda, ¿qué dificultad tendría?	- Presenta una dificultad _____ para realizar dicha acción; y una restricción _____ para hacerlo sin su ayuda habitual.
17. Montar en animales como medio de transporte.	33. ...viajar a lomo de un animal. 34. Si no tuviese esa ayuda, ¿qué dificultad tendría?	- Presenta una dificultad _____ para realizar dicha acción; y una restricción _____ para hacerlo sin su ayuda habitual.
18. Lavarse.	35. ...ducharse o bañarse. 36. Si no tuviese esa ayuda, ¿qué dificultad tendría?	- Presenta una dificultad _____ para realizar dicha acción; y una restricción _____ para hacerlo sin su ayuda habitual.

19. Cuidado de partes del cuerpo.	37. ... cepillarse los dientes diariamente. 38. Si no tuviese esa ayuda, ¿qué dificultad tendría?	- Presenta una dificultad para realizar dicha acción; y una restricción para hacerlo sin su ayuda habitual.
20. Excreción.	39. ... en la limpieza, tras usar el wc (defecación, micción)? 40. Si no tuviese esa ayuda, ¿qué dificultad tendría?	- Presenta una dificultad para realizar dicha acción; y una restricción para hacerlo sin su ayuda habitual.
21. Vestirse.	41. ... vestirse de forma independiente. 42. Si no tuviese esa ayuda, ¿qué dificultad tendría?	- Presenta una dificultad para realizar dicha acción; y una restricción para hacerlo sin su ayuda habitual.
22. Comer.	43. ... para comer: uso de cubiertos, cortar. 44. Si no tuviese esa ayuda, ¿qué dificultad tendría?	- Presenta una dificultad para realizar dicha acción; y una restricción para hacerlo sin su ayuda habitual.
23. Beber.	45. ... para beber: abrir botellas, latas, con pajitas. 46. Si no tuviese esa ayuda, ¿qué dificultad tendría?	- Presenta una dificultad para realizar dicha acción; y una restricción para hacerlo sin su ayuda habitual.
24. Cuidado de la propia salud.	47. ... manejar su bienestar físico: dieta equilibrada, ejercicio moderado, reconocer signos de alerta. 48. Si no tuviese esa ayuda, ¿qué dificultad tendría?	- Presenta una dificultad para realizar dicha acción; y una restricción para hacerlo sin su ayuda habitual.
25. Autocuidado, otro especificado.	49. ... peinarse con normalidad y a su gusto. 50. Si no tuviese esa ayuda, ¿qué dificultad tendría?	- Presenta una dificultad para realizar dicha acción; y una restricción para hacerlo sin su ayuda habitual.
26. Autocuidado, no especificado.	51. ... en la micción o defecación: incontinencias, estreñimiento. 52. Si no tuviese esa ayuda, ¿qué dificultad tendría?	- Presenta una dificultad para realizar dicha acción; y una restricción para hacerlo sin su ayuda habitual.
27. Vida comunitaria.	53. ... participar en asociaciones como esta. 54. Si no tuviese esa ayuda, ¿qué dificultad tendría?	- Presenta una dificultad para realizar dicha acción; y una restricción para hacerlo sin su ayuda habitual.
28. Tiempo libre y ocio.	55. ... llevar a cabo sus actividades de tiempo libre: deporte, leer, manualidades. 56. Si no tuviese esa ayuda, ¿qué dificultad tendría?	- Presenta una dificultad para realizar dicha acción; y una restricción para hacerlo sin su ayuda habitual.
29. Religión y espiritualidad.	57. ... realizar con normalidad sus actividades en la parroquia. 58. Si no tuviese esa ayuda, ¿qué dificultad tendría?	- Presenta una dificultad para realizar dicha acción; y una restricción para hacerlo sin su ayuda habitual.
30. Derechos humanos.	59. ... para tener autodeterminación y autonomía en su día a día. 60. Si no tuviese esa ayuda, ¿qué dificultad tendría?	- Presenta una dificultad para realizar dicha acción; y una restricción para hacerlo sin su ayuda habitual.
31. Vida política y ciudadana.	61. ... realizar libremente su derecho al voto o participar activamente en la vida política. 62. Si no tuviese esa ayuda, ¿qué dificultad tendría?	- Presenta una dificultad para realizar dicha acción; y una restricción para hacerlo sin su ayuda habitual.

ANEXO II. Consentimiento informado del estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio está desarrollado por Dña. Almudena Lorenzo Muñoz, Graduada en Fisioterapia, bajo la dirección del Departamento de Fisioterapia (Universidad de Sevilla) dentro de la línea de investigación CTS-305. Se le ruega lea con detenida atención toda la información recogida en el siguiente documento. En caso de presentarse alguna duda, debe resolverla previamente a la firma del consentimiento informado.

El estudio se basa en la recogida de información sobre la participación del paciente con ictus. La valoración se llevará a cabo por el fisioterapeuta de la Asociación de Enfermos Cerebrovasculares de El Viso del Alcor y por el investigador principal del presente estudio, mediante la escala "CIF – Medida de la Participación", que recoge una medida de valoración cuantitativa desde "0= NO HAY PROBLEMA" hasta el "4= problema COMPLETO", además del valor "8= si especificar" y "9= no aplicable". Usted será evaluado en tres momentos diferentes del tiempo.

Riesgos y Beneficios del Estudio

El estudio carece de riesgos conocidos, y pueden derivarse potenciales beneficios del mismo en base a los resultados que se obtengan.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./Dña _____, de _____ años de edad manifiesta que:

1. He sido informado verbalmente y he leído y comprendido en su totalidad la información contenida en el presente documento relativo al estudio sobre la "Valoración de la Participación mediante la CIF en pacientes con ictus".
2. Deseo voluntariamente formar parte del estudio y comprendo que puedo abandonar el mismo sin necesidad de motivo alguno en el momento en que lo considerase oportuno.
3. Doy el consentimiento para el tratamiento informatizado de la información que de mí se obtenga con fines médicos, científicos o educativos, conforme a las normas legales. Toda esta información, acorde a la Ley 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos, será tratada con total confidencialidad y no se revelará mi identidad ni de manera escrita ni por medio de imágenes en ningún momento, así como tampoco mis datos personales.
4. Doy el consentimiento para realizar fotografías durante la valoración, con fines científicos.
5. Tomando todo ello en consideración, **OTORGO** mi **CONSENTIMIENTO** a que los procedimientos de valoración e intervención mencionados se realicen.

Firma del participante y DNI

Firma del investigador y DNI

El Viso del Alcor a _____ de _____ de _____

ANEXO III. ANOVA de Friedman y prueba de comparaciones por pareja en las cuatro mediciones para los ítems adaptados y no adaptados relativos de la Clasificación Internacional del Funcionamiento.

ÍTEMS		ANOVA FRIEDMAN	V0- V60	V0- V120	V0- V365	V60- V120	V60- V365	V120- V365
		P						
1. Cambiar posturas	Adaptado	0,033	-	-	0,027	-	0,045	-
	No adaptado	0,392						
2. Mantener sentado	Adaptado	0,855	-	-	-	-	-	-
	No adaptado	No se pudo calcular	-	-	-	-	-	-
3. Transferencias	Adaptado	0,786	-	-	-	-	-	-
	No adaptado	0,392	-	-	-	-	-	-
4. Mantener bipedestación	Adaptado	0,239	-	-	-	-	-	-
	No adaptado	0,463	-	-	-	-	-	-
5. Levantar objetos	Adaptado	0,329	-	-	-	-	-	-
	No adaptado	No se pudo calcular	-	-	-	-	-	-
6. Mover objetos con MMII	Adaptado	0,051	-	-	-	-	-	-
	No adaptado	1,000	-	-	-	-	-	-
7. Movilidad fina mano	Adaptado	0,186	-	-	-	-	-	-
	No adaptado	No se pudo calcular	-	-	-	-	-	-
8. Uso mano y brazo	Adaptado	0,619	-	-	-	-	-	-
	No adaptado	No se pudo calcular	-	-	-	-	-	-
9. Agarre objetos redondos	Adaptado	0,077	-	-	-	-	-	-
	No adaptado	No se pudo calcular	-	-	-	-	-	-
10. Andar <10m	Adaptado	0,786	-	-	-	-	-	-
	No adaptado	0,572	-	-	-	-	-	-
11. Desplazarse rápido	Adaptado	No se pudo calcular	-	-	-	-	-	-
	No adaptado	No se pudo calcular	-	-	-	-	-	-
12. Desplazarse por la sala de Fisioterapia	Adaptado	0,112	-	-	-	-	-	-
	No adaptado	0,194	-	-	-	-	-	-
13. Desplazarse con ayuda	Adaptado	0,321	-	-	-	-	-	-
	No adaptado	0,572	-	-	-	-	-	-
14. Andar >10m	Adaptado	0,357	-	-	-	-	-	-
	No adaptado	0,194	-	-	-	-	-	-
15. Viajar pasajero	Adaptado	0,477	-	-	-	-	-	-
	No adaptado	No se pudo calcular	-	-	-	-	-	-
16. Conducción	Adaptado	0,392	-	-	-	-	-	-
	No adaptado	No se pudo calcular	-	-	-	-	-	-
17. Montar en animales	Adaptado	No se pudo calcular	-	-	-	-	-	-
	No adaptado	No se pudo calcular	-	-	-	-	-	-
18. Lavarse	Adaptado	0,043	-	-	-	-	-	0,111
	No adaptado	0,701	-	-	-	-	-	-
19. Cepillarse dientes	Adaptado	0,475	-	-	-	-	-	-
	No adaptado	0,392	-	-	-	-	-	-
20. Higiene excreción	Adaptado	0,118	-	-	-	-	-	-
	No adaptado	0,572	-	-	-	-	-	-
21. Vestirse	Adaptado	0,019	-	-	0,017	-	-	-
	No adaptado	0,938	-	-	-	-	-	-
22. Uso cubiertos	Adaptado	0,010	-	-	0,037	-	-	0,076
	No adaptado	0,163	-	-	-	-	-	-
23. Abrir botellas	Adaptado	0,783	-	-	-	-	-	-
	No adaptado	0,392	-	-	-	-	-	-
24. Manejo bienestar	Adaptado	0,269	-	-	-	-	-	-
	No adaptado	1,000	-	-	-	-	-	-
25. Peinarse-Afeitado	Adaptado	0,724	-	-	-	-	-	-
	No adaptado	0,325	-	-	-	-	-	-
26. Incontinencia-	Adaptado	0,165	-	-	-	-	-	-

estreñimiento	No adaptado	0,392	-	-	-	-	-	-
27. Participar asociaciones	Adaptado	0,121	-	-	-	-	-	-
	No adaptado	No se pudo calcular	-	-	-	-	-	-
28. Actividades tiempo libre	Adaptado	0,110	-	-	-	-	-	-
	No adaptado	No se pudo calcular	-	-	-	-	-	-
29. Participación obras sociales	Adaptado	0,043	-	-	-	0,075	0,075	-
	No adaptado	No se pudo calcular	-	-	-	-	-	-
30. Autonomía	Adaptado	0,652	-	-	-	-	-	-
	No adaptado	0,392	-	-	-	-	-	-
31. Participar política	Adaptado	0,557	-	-	-	-	-	-
	No adaptado	0,392	-	-	-	-	-	-

ANEXO IV. Análisis de las variables relativas a los ítems del nivel de participación (adaptado y no adaptado) por sexo. Se muestran percentiles de los ítems de las cuatro valoraciones.

Ítems	SEXO					
	Masculino		Femenino		P U de Mann- Whitney	Tamaño del efecto
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3		
Cambiar posturas adaptado 1	30	1,5 (0-2)	15	0 (0-1)	0,115	0,19
Mantener sentado adaptado 1	30	0 (0-0)	15	-	0,067	0,04
Transferencias adaptado 1	30	1 (0-2)	15	1 (0-2)	0,871	0,02
Mantener bipedestación adaptado 1	30	2 (0-3)	15	2 (0-2)	0,584	0,29
Levantar objetos adaptado 1	30	0 (0-0)	15	0 (0-1)	0,654	0,11
Mover objetos con MMII adaptado 1	29	0 (0-3)	15	0 (0-2)	0,428	0,25
Movilidad fina mano adaptado 1	30	0 (0-2)	15	0 (0-1)	0,214	0,18
Uso mano y brazo adaptado 1	30	1,5 (0-2)	15	1 (0-2)	0,610	0,24
Agarre objetos redondos adaptado 1	30	0 (0-1)	14	0 (0-0,25)	0,452	0,17
Andar <10m adaptado 1	30	1 (0-2,25)	15	1 (0-2)	0,753	0,46
Desplazarse rápido adaptado 1	21	4 (4-4)	9	4 (4-4)	0,756	0,48
Desplazarse por sala Fisioterapia adaptado 1	28	0,5 (0-1,75)	15	1 (0-2)	0,518	0,02
Desplazarse con ayuda adaptado 1	13	3 (0-4)	8	0 (0-0)	0,053	0,09
Andar >10m adaptado 1	30	3 (0,75-4)	15	3 (2-4)	0,131	0,18
Viajar pasajero adaptado 1	30	0 (0-1)	14	0 (0-0)	0,302	0,19
Conducción adaptado 1	6	3,5 (1-4)	1	-	0,571	3
Montar en animales adaptado 1	1	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 1	30	0 (0-1)	15	0 (0-2)	0,978	0,16
Cepillarse dientes adaptado 1	28	0 (0-0)	15	0 (0-0)	0,363	0,1
Higiene excreción adaptado 1	30	0 (0-1,25)	15	0 (0-1)	0,718	0,04
Vestirse adaptado 1	30	1 (0-2)	15	1 (0-2,25)	0,895	0,21
Uso cubiertos adaptado 1	30	1 (0-2)	15	1 (0-2)	0,478	0,07
Abrir botellas adaptado 1	29	0 (0-2)	15	0 (0-1)	0,398	0,07
Manejo bienestar adaptado 1	24	0 (0-1)	15	0 (0-0)	0,146	0,01
Peinarse-afeitado adaptado 1	29	0 (0-0)	15	0 (0-2)	0,328	0,05
Incontinencia-estreñimiento adaptado 1	28	0 (0-1)	15	0 (0-2)	0,376	0,03
Participar asociaciones adaptado 1	30	0 (0-1)	15	0 (0-1)	0,930	0,02
Actividades tiempo libre adaptado 1	26	0 (0-2)	15	3 (0-4)	0,052	0,26
Participación obras sociales adaptado 1	9	0 (0-3)	8	1,5 (0-3,75)	0,606	0,27
Autonomía adaptado 1	28	0,5 (0-3)	15	0 (0-0)	0,018	0,38
Participar política adaptado 1	30	0 (0-0)	15	0 (0-0)	0,959	0,21
Cambiar posturas adaptado 2	24	1 (0-1,75)	13	1 (0-2)	0,649	0,08
Mantener sentado adaptado 2	24	0 (0-0)	13	0 (0-0)	0,937	0,26
Transferencias adaptado 2	24	0,5 (0-1)	13	1 (0-2)	0,321	0,13
Mantener bipedestación adaptado 2	24	2 (0,5-2,75)	13	2 (1-3)	1,000	0,5
Levantar objetos adaptado 2	24	0 (0-0)	13	0 (0-0)	0,888	0,29
Mover objetos con MMII adaptado 2	22	0 (0-2,5)	12	0 (0-1)	0,709	0,35
Movilidad fina mano adaptado 2	23	0 (0-2)	10	0,5 (0-2,25)	0,862	0,43
Uso mano y brazo adaptado 2	24	1 (0-3)	13	1 (1-1)	0,695	0,34
Agarre objetos redondos adaptado 2	24	0 (0-0)	13	-	0,540	0,16
Andar <10m adaptado 2	24	1 (0-2)	13	1 (0-2)	0,937	0,2
Desplazarse rápido adaptado 2	3	4 (0-)	2	2 (0-)	0,800	0,17
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 2	23	0 (0-1)	13	0 (0-1,5)	0,626	0,2
Desplazarse con ayuda adaptado 2	9	0 (0-2)	8	0,5 (0-2,75)	0,606	0,12

Andar >10m adaptado 2	24	2 (0-4)	12	3 (2-4)	0,390	1
Viajar pasajero adaptado 2	24	0 (0-0)	13	0 (0-0)	0,937	0,22
Conducción adaptado 2	6	3 (2-4)	2	2 (0-)	0,643	94,17
Montar en animales adaptado 2	0	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 2	24	0 (0-0,75)	13	0 (0-1,5)	0,422	0,16
Cepillarse dientes adaptado 2	23	0 (0-1)	13	-	0,261	0,02
Higiene excreción adaptado 2	24	0 (0-1)	13	0 (0-1)	0,937	0,17
Vestirse adaptado 2	24	1 (0-1,75)	13	1 (0,5-2,5)	0,224	0,03
Uso cubiertos adaptado 2	24	0 (0-2)	13	1 (0-2)	0,695	0,18
Abrir botellas adaptado 2	23	0 (0-1)	13	0,5 (0-2)	0,668	0,04
Manejo bienestar adaptado 2	24	0 (0-0)	13	0 (0-2,5)	0,415	0,07
Peinarse-afeitado adaptado 2	24	0 (0-0)	13	2 (0-2)	0,058	0,01
Incontinencia-estreñimiento adaptado 2	23	0 (0-1)	12	0 (0-1)	0,595	0,25
Participar asociaciones adaptado 2	24	0 (0-1,75)	13	0 (0-1,5)	0,582	0,12
Actividades tiempo libre adaptado 2	23	0 (0-0)	12	2 (0-3)	0,010	0,53
Participación obras sociales adaptado 2	6	0 (0-1,25)	5	2 (2-3,5)	0,009	0,9
Autonomía adaptado 2	22	0 (0-1)	12	1 (0-2)	0,168	0,3
Participar política adaptado 2	24	0 (0-0)	11	-	0,334	0,21
Cambiar posturas adaptado 3	20	1 (0-1)	11	0 (0-1)	0,583	0,13
Mantener sentado adaptado 3	20	0 (0-0)	11	-	0,670	0,1
Transferencias adaptado 3	20	1 (0-1,75)	11	1 (0-2)	1,000	0
Mantener bipedestación adaptado 3	20	2 (0-2)	11	2 (1-3)	0,555	0,14
Levantar objetos adaptado 3	20	0 (0-0)	11	0 (0-0)	0,855	0,05
Mover objetos con MMII adaptado 3	16	0 (0-2)	11	0 (0-1)	0,610	0,13
Movilidad fina mano adaptado 3	20	0 (0-1,75)	11	0 (0-1)	0,951	0,02
Uso mano y brazo adaptado 3	20	1 (0-2)	11	2 (1-3)	0,049	0,43
Agarre objetos redondos adaptado 3	20	0 (0-1)	11	0 (0-2)	0,951	0,02
Andar <10m adaptado 3	20	1,5 (0-2)	11	2 (0-2)	0,792	0,06
Desplazarse rápido adaptado 3	5	2 (0,5-3,5)	5	4 (1,5-4)	0,310	0,4
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 3	20	0 (0-1)	11	0 (0-2)	0,359	0,21
Desplazarse con ayuda adaptado 3	9	0 (0-2)	5	3 (0-4)	0,222	0,29
Andar >10m adaptado 3	20	2,5 (1-4)	11	4 (0-4)	0,381	0,2
Viajar pasajero adaptado 3	20	0 (0-0)	11	-	0,381	0,2
Conducción adaptado 3	5	1 (0,5-2,5)	3	-	0,071	0,8
Montar en animales adaptado 3	0	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 3	20	1 (0-1)	11	0 (0-1)	0,583	0,13
Cepillarse dientes adaptado 3	19	0 (0-0)	11	0 (0-0)	0,611	0,06
Higiene excreción adaptado 3	20	0 (0-0)	11	-	0,381	0,2
Vestirse adaptado 3	20	1 (0-1)	11	1 (0-3)	0,670	0,1
Uso cubiertos adaptado 3	20	0 (0-2)	11	0 (0-2)	0,823	0,05
Abrir botellas adaptado 3	19	1 (0-2)	11	0 (0-2)	0,767	0,07
Manejo bienestar adaptado 3	20	0 (0-0)	11	0 (0-0)	0,761	0,08
Peinarse-afeitado adaptado 3	19	0 (0-0)	11	1 (0-2)	0,007	0,59
Incontinencia-estreñimiento adaptado 3	20	0 (0-1)	10	1 (0,75-2)	0,082	0,4
Participar asociaciones adaptado 3	20	0 (0-1,75)	11	0 (0-1)	0,855	0,05
Actividades tiempo libre adaptado 3	20	0 (0-0,75)	11	3 (0-4)	0,072	0,4
Participación obras sociales adaptado 3	7	4 (0-4)	6	3 (1,75-4)	1,000	0
Autonomía adaptado 3	20	0 (0-1)	11	0 (0-3)	0,359	0,21
Participar política adaptado 3	20	0 (0-0)	11	-	0,823	0,05
Cambiar posturas adaptado 4	15	0 (0-0)	5	0 (0-1)	0,933	0,03
Mantener sentado adaptado 4	15	0 (0-0)	5	-	0,672	0,14
Transferencias adaptado 4	15	0 (0-1)	5	1 (0-2)	0,497	0,22
Mantener bipedestación adaptado 4	15	1 (0-3)	5	1 (0-2)	0,672	0,15
Levantar objetos adaptado 4	15	-	5	0 (0-1,5)	0,553	0,2
Mover objetos con MMII adaptado 4	14	0 (0-0,25)	5	-	0,500	0,22
Movilidad fina mano adaptado 4	15	0 (0-0)	5	0 (0-1,5)	0,800	0,1
Uso mano y brazo adaptado 4	15	1 (0-2)	5	3 (2-3,5)	0,008	0,78

Agarre objetos redondos adaptado 4	15	0 (0-0)	5	0 (0-1,5)	0,553	0,19
Andar <10m adaptado 4	15	0 (0-1)	5	1 (0,5-3,5)	0,142	0,47
Desplazarse rápido adaptado 4	14	3 (1,75-4)	5	4 (2-4)	0,559	0,19
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 4	15	0 (0-0)	5	0 (0-0,5)	1,000	0,02
Desplazarse con ayuda adaptado 4	5	0 (0-2)	2	-	0,190	0,8
Andar >10m adaptado 4	14	1,5 (0-2,5)	5	3 (2-3,5)	0,107	0,5
Viajar pasajero adaptado 4	14	0 (0-0)	5	-	0,823	0,08
Conducción adaptado 4	9	4 (3-4)	1	-	0,800	0,23
Montar en animales adaptado 4	1	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 4	15	-	5	0 (0-0,5)	0,553	0,2
Cepillarse dientes adaptado 4	14	-	5	0 (0-2,5)	0,219	0,4
Higiene excreción adaptado 4	15	0 (0-0)	5	0 (0-2)	0,800	0,1
Vestirse adaptado 4	15	0 (0-0)	5	0 (0-1)	1,000	0,02
Uso cubiertos adaptado 4	15	0 (0-0)	5	-	0,866	0,07
Abrir botellas adaptado 4	15	0 (0-0)	5	0 (0-1,5)	0,612	0,18
Manejo bienestar adaptado 4	15	-	5	-	1,000	0
Peinarse-afeitado adaptado 4	15	0 (0-0)	5	0 (0-2,5)	0,266	0,36
Incontinencia-estreñimiento adaptado 4	15	0 (0-0)	5	0 (0-1)	0,395	0,27
Participar asociaciones adaptado 4	15	0 (0-0)	5	0 (0-2,5)	0,395	0,28
Actividades tiempo libre adaptado 4	14	0 (0-0)	5	0 (0-4)	0,257	0,36
Participación obras sociales adaptado 4	2	2 (0-)	3	4 (0-)	1,000	0,17
Autonomía adaptado 4	15	0 (0-4)	5	3 (1-4)	0,395	0,27
Participar política adaptado 4	15	0 (0-0)	5	-	0,866	0,07

Ítems	SEXO					
	Masculino		Femenino		P U de Mann- Whitney	Tamaño del efecto
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3		
Cambiar posturas no adaptado 1	16	4 (3-4)	6	4 (2,5-4)	0,971	0,02
Mantener sentado no adaptado 1	6	3 (0,75-3,25)	3	2 (0-)	0,548	0,34
Transferencias no adaptado 1	23	4 (3-4)	13	3 (3-4)	0,795	0,06
Mantener bipedestación no adaptado 1	19	4 (3-4)	11	4 (4-4)	0,250	0,26
Levantar objetos no adaptado 1	3	3 (0-)	4	3 (0,75-3,75)	0,629	0,25
Mover objetos con MMII no adaptado 1	10	-	3	2 (1-)	0,112	0,67
Movilidad fina mano no adaptado 1	5	3 (1,5-3,5)	3	4 (0-)	0,571	0,27
Uso mano y brazo no adaptado 1	1	-	2	-	0,667	1
Agarre objetos redondos no adaptado 1	4	4 (1-4)	4	0,5 (0-2,5)	0,200	0,63
Andar <10m no adaptado 1	18	4 (3,75-4)	11	4 (3-4)	0,387	0,2
Desplazarse rápido no adaptado 1	6	-	7	4 (4-4)	0,731	0,15
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 1	17	4 (3,5-4)	10	4 (2,75-4)	0,604	0,13
Desplazarse con ayuda no adaptado 1	5	4 (2,5-4)	7	4 (3-4)	1,000	0,03
Andar >10m no adaptado 1	22	4 (4-4)	10	4 (3,75-4)	0,952	0,02
Viajar pasajero no adaptado 1	7	3 (2-4)	1	-	0,250	0,86
Conducción no adaptado 1	0	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado 1	0	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 1	21	4 (3,5-4)	12	4 (3-4)	0,552	0,06
Cepillarse dientes no adaptado 1	5	-	2	3 (2-)	0,381	0,5
Higiene excreción no adaptado 1	13	4 (3,5-4)	3	-	0,611	0,24
Vestirse no adaptado 1	22	4 (3-4)	9	4 (3-4)	0,814	0,07
Uso cubiertos no adaptado 1	17	3 (3-4)	7	4(3-4)	0,664	0,12
Abrir botellas no adaptado 1	11	4 (3-4)	5	4 (3-4)	0,913	0,06
Manejo bienestar	15	4 (3-4)	6	4 (3,25-4)	0,569	0,17

no adaptado 1						
Peinarse-Afeitado no adaptado 1	13	3 (1,5-4)	7	4 (1-4)	0,699	0,13
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 1	9	3 (2,5-3,5)	4	2,5 (1-4)	1,000	0
Participar asociaciones no adaptado 1	2	-	2	1,5 (0-)	0,667	0,5
Actividades tiempo libre no adaptado 1	4	4 (2,5-4)	4	-	0,686	0,25
Participación obras sociales no adaptado 1	5	4 (2-4)	7	4 (4-4)	0,432	0,32
Autonomía no adaptado 1	16	4 (3-4)	7	4 (4-4)	0,492	0,19
Participar política no adaptado 1	13	3,5 (3-4)	7	3 (3-4)	0,699	0,13
Cambiar posturas no adaptado 2	10	4 (2,75-4)	5	4 (3-4)	0,679	0,16
Mantener sentado no adaptado 2	3	3 (0-)	2	2,5 (1-)	1,000	0,17
Transferencias no adaptado 2	12	4 (3-4)	8	3,5 (3-4)	0,571	0,17
Mantener bipedestación no adaptado 2	9	4 (3-4)	8	4 (2,5-4)	0,888	0,06
Levantar objetos no adaptado 2	4	2,5 (0,5-3,75)	-	-	-	-
Mover objetos con MMII no adaptado 2	4	4 (2,5-4)	2	3,5 (3-)	0,800	0,8
Movilidad fina mano no adaptado 2	6	3 (2,25-4)	1	-	0,571	0,67
Uso mano y brazo no adaptado 2	1	-	1	-	1,000	-
Agarre objetos redondos no adaptado 2	4	3 (0,75-3,75)	-	-	-	-
Andar <10m no adaptado 2	13	-	11	3 (3-4)	0,186	0,33
Desplazarse rápido no adaptado 2	2	-	1	-	0,667	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 2	13	4 (3,5-4)	8	3 (3-4)	0,185	0,37
Desplazarse con ayuda no adaptado 2	5	4 (3-4)	3	4 (3-)	1,000	0,07
Andar >10m no adaptado 2	12	4 (4-4)	9	4 (4-4)	0,702	0,11
Viajar pasajero no adaptado 2	3	3 (1-)	1	-	0,500	0,67
Conducción 2	0	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado 2	0	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 2	17	4 (3-4)	12	4 (3-4)	0,948	0,02
Cepillarse dientes no adaptado 2	6	3 (2,75-4)	2	1 (0-)	0,071	0,92
Higiene excreción no adaptado 2	7	4 (3-4)	4	4 (3,25-4)	0,648	0,18
Vestirse no adaptado 2	16	4 (3-4)	10	3 (3-4)	0,391	0,22
Uso cubiertos no adaptado 2	12	3,5 (3-4)	6	3,5 (3-4)	0,820	0,09
Abrir botellas no adaptado 2	9	4 (3,25-4)	3	3 (3-)	0,282	0,49
Manejo bienestar no adaptado 2	18	4 (3-4)	4	4 (3,25-4)	0,594	0,2
Peinarse-Afeitado no adaptado 2	12	3 (2-3,75)	7	3 (3-4)	0,536	0,18
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 2	9	3 (2,5-4)	6	3,5 (2,75-4)	0,607	0,19
Participar asociaciones no adaptado 2	5	3 (1-3,5)	1	-	0,333	0,8
Actividades tiempo libre no adaptado 2	3	3 (0-)	2	-	1,000	0,34
Participación obras sociales	3	4 (1-)	3	-	0,700	0,34

no adaptado 2						
Autonomía no adaptado 2	11	4 (3-4)	4	4 (3,25-4)	0,661	0,16
Participar política no adaptado 2	7	4 (3-4)	1	-	0,750	0,43
Cambiar posturas no adaptado 3	8	4 (2,25-4)	4	4 (3,25-4)	0,683	0,19
Mantener sentado no adaptado 3	3	3 (2-)	1	-	0,500	-
Transferencias no adaptado 3	10	4 (3-4)	7	4 (4-4)	0,364	0,28
Mantener bipedestación no adaptado 3	13	3 (2-4)	9	4 (3-4)	0,235	0,31
Levantar objetos no adaptado 3	1	-	-	-	-	-
Mover objetos con MMII no adaptado 3	4	-	3	-	1,000	0
Movilidad fina mano no adaptado 3	5	4 (3,5-4)	-	-	-	-
Uso mano y brazo no adaptado 3	0	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado 3	1	-	-	-	-	-
Andar <10m no adaptado 3	11	4 (1-4)	8	4 (3,25-4)	0,351	0,28
Desplazarse rápido no adaptado 3	1	-	-	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 3	12	3 (2,25-4)	7	3 (3-4)	0,592	0,16
Desplazarse con ayuda no adaptado 3	4	3,5 (3-4)	4	-	0,343	0,5
Andar >10m no adaptado 3	10	4 (2,5-4)	4	-	0,454	0,3
Viajar pasajero no adaptado 3	2	3,5 (3-)	1	-	0,667	-
Conducción no adaptado 3	1	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado 3	0	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 3	16	4 (3,25-4)	8	4 (3,25-4)	0,881	0,05
Cepillarse dientes no adaptado 3	6	4 (3,75-4)	3	-	0,714	0,17
Higiene excreción no adaptado 3	6	4 (3,75-4)	4	3,5 (1,5-4)	0,352	0,38
Vestirse no adaptado 3	14	4 (4-4)	9	4 (3-4)	0,477	0,2
Uso cubiertos no adaptado 3	8	3,5 (3-4)	3	4 (3-)	0,776	0,17
Abrir botellas no adaptado 3	6	3,5 (2,5-4)	2	-	0,429	0,5
Manejo bienestar no adaptado 3	12	4 (3-4)	6	4 (3-4)	1,000	0
Peinarse-Afeitado no adaptado 3	10	4 (3-4)	4	3 (2,25-3,75)	0,240	0,45
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 3	7	-	4	3 (1,25-4)	0,230	0,5
Participar asociaciones no adaptado 3	6	4 (3,75-4)	2	3,5 (3-)	0,643	0,34
Actividades tiempo libre no adaptado 3	0	-	-	-	-	-
Participación obras sociales no adaptado 3	2	-	3	-	1,000	0
Autonomía no adaptado 3	12	4 (3-4)	5	3 (2,5-4)	0,383	0,29
Participar política no adaptado 3	2	2,5 (2-)	-	-	-	-
Cambiar posturas no adaptado 4	2	2,5 (1-)	1	-	1,000	0,5
Mantener sentado no adaptado 4	2	3 (2-)	2	2 (0-)	0,667	0,25
Transferencias no adaptado 4	3	4 (3-)	-	-	-	-
Mantener bipedestación	10	4 (3-4)	3	4 (3-)	1,000	0

no adaptado 4						
Levantar objetos no adaptado 4	8	4 (3,25-4)	4	-	0,570	0,25
Mover objetos con MMII no adaptado 4	3	4 (3-)	3	2 (0-)	0,100	0,89
Movilidad fina mano no adaptado 4	5	4 (3,5-4)	2	-	1,000	0,2
Uso mano y brazo no adaptado no adaptado 4	0	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado 4	5	4 (3,5-4)	2	-	1,000	0,2
Andar <10m no adaptado 4	10	3 (0,75-4)	5	4 (2-4)	0,254	0,4
Desplazarse rápido no adaptado 4	11	4 (3-4)	5	4 (3-4)	0,661	0,17
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 4	7	3 (2-4)	4	4 (3,25-4)	0,164	0,54
Desplazarse con ayuda no adaptado 4	4	0,5 (0-3,25)	2	-	0,267	0,75
Andar >10m no adaptado 4	14	3,5 (1-4)	5	4 (3-4)	0,444	0,25
Viajar pasajero no adaptado 4	1	-	-	-	-	-
Conducción no adaptado 4	6	-	-	-	1,000	-
Montar en animales no adaptado 4	1	-	1	-	-	-
Lavarse no adaptado 4	11	3 (3-4)	4	-	0,138	0,55
Cepillarse dientes no adaptado 4	3	3 (2-)	1	-	0,500	0,67
Higiene excreción no adaptado 4	4	3,5 (3-4)	3	-	0,400	0,5
Vestirse no adaptado 4	9	4 (3-4)	4	-	0,260	0,45
Uso cubiertos no adaptado 4	4	-	4	4 (3,25-4)	0,686	0,25
Abrir botellas no adaptado 4	4	-	2	3,5 (3-)	0,533	0,5
Manejo bienestar no adaptado 4	12	4 (4-4)	3	4 (3-)	0,734	0,14
Peinarse-Afeitado no adaptado 4	4	-	3	-	1,000	0
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 4	6	4 (1,75-4)	3	4 (0-)	0,905	0,12
Participar asociaciones no adaptado 4	2	-	1	-	1,000	-
Actividades tiempo libre no adaptado 4	1	-	2	-	1,000	-
Participación obras sociales no adaptado 4	0	-	3	-	-	-
Autonomía no adaptado 4	9	4 (3-4)	4	3,5 (2,25-4)	0,604	0,2
Participar política no adaptado 4	1	-	-	-	-	-

ANEXO V. ANOVA de Friedman y prueba de comparaciones por pareja en las cuatro mediciones para los ítems adaptados y no adaptados relativos de la CIF, en función del sexo.

ÍTEMS	Sexo		Mediciones					
	Hombre	Mujer	V0- V60	V0- V120	V0- V365	V60- V120	V60- V365	V120- V365
	ANOVA FRIEDMAN P							
Cambiar posturas	0,080	0,552	-	-	-	-	-	-
Mantener sentado	0,855	1,000	-	-	-	-	-	-
Transferencias	0,599	0,994	-	-	-	-	-	-
Mantener bipedestación	0,401	0,402	-	-	-	-	-	-
Levantar objetos	0,252	0,284	-	-	-	-	-	-
Mover objetos con MMII	0,475	0,037	-	-	0,027	-	-	-
Movilidad fina mano	0,107	0,096	-	-	-	-	-	-
Uso mano y brazo	0,445	0,122	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos	0,116	0,261	-	-	-	-	-	-
Andar <10m	0,399	0,900	-	-	-	-	-	-
Desplazarse rápido	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia	0,190	0,468	-	-	-	-	-	-
Desplazarse con ayuda	0,706	0,204	-	-	-	-	-	-
Andar >10m	0,616	0,597	-	-	-	-	-	-
Viajar pasajero	0,609	0,392	-	-	-	-	-	-
Conducción	0,392	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Montar en animales	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Lavarse	0,069	0,654	-	-	-	-	-	-
Cepillarse dientes	0,080	0,392	-	-	-	-	-	-
Higiene excreción	0,166	0,465	-	-	-	-	-	-
Vestirse	0,068	0,087	-	-	-	-	-	-
Uso cubiertos	0,018	0,468	-	-	0,066	-	-	0,077
Abrir botellas	0,497	0,332	-	-	-	-	-	-
Manejo bienestar	0,321	0,572	-	-	-	-	-	-
Peinarse-Afeitado	0,578	0,904	-	-	-	-	-	-
Incontinencia-estreñimiento	0,191	0,516	-	-	-	-	-	-
Participar asociaciones	0,152	0,318	-	-	-	-	-	-
Actividades tiempo libre	0,353	0,221	-	-	-	-	-	-

Participación obras sociales	0,392	0,145	-	-	-	-	-	-
Autonomía	0,662	0,465	-	-	-	-	-	-
Participar política	0,845	0,392	-	-	-	-	-	-

ÍTEMS	Sexo		Mediciones					
	Hombre	Mujer	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365
	ANOVA FRIEDMAN P							
Cambiar posturas no adaptado	0,392	1,000	-	-	-	-	-	-
Mantener sentado no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Transferencias no adaptado	0,392	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Mantener bipedestación no adaptado	0,392	0,572	-	-	-	-	-	-
Levantar objetos no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Mover objetos con MMII no adaptado	1,000	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Movilidad fina mano no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Uso mano y brazo no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Andar <10m no adaptado	0,572	1,000	-	-	-	-	-	-
Desplazarse rápido no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado	0,145	0,392	-	-	-	-	-	-
Desplazarse con ayuda no adaptado	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Andar >10m no adaptado	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Viajar pasajero no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Conducción no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Montar en	No se	No se	-	-	-	-	-	-

animales no adaptado	puede calcular	puede calcular						
Lavarse no adaptado	0,701	1,000	-	-	-	-	-	-
Cepillarse dientes no adaptado	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Higiene excreción no adaptado	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Vestirse no adaptado	0,653	0,392	-	-	-	-	-	-
Uso cubiertos no adaptado	0,163	1,000	-	-	-	-	-	-
Abrir botellas no adaptado	0,392	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Manejo bienestar no adaptado	1,000	1,000	-	-	-	-	-	-
Peinarse-Afeitado no adaptado	0,305	0,392	-	-	-	-	-	-
Incontinencia-estreñimiento no adaptado	0,392	0,776	-	-	-	-	-	-
Participar asociaciones no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Actividades tiempo libre no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Participación obras sociales no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Autonomía no adaptado	0,392	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Participar política no adaptado	0,392	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-

ANEXO VI Análisis de las variables relativas a los ítems del nivel de participación (adaptado y no adaptado) por tiempo transcurrido. Se muestran percentiles de los ítems de las cuatro valoraciones.

Ítems	TIEMPO TRANSCURRIDO (meses)					
	<=24		>24		P U de Mann- Whitney	Tamaño del efecto
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3		
Cambiar posturas adaptado 1	19	1 (0-2)	26	0 (0-2)	0,853	0,04
Mantener sentado adaptado 1	19	0 (0-0)	26	0 (0-0)	0,655	0,05
Transferencias adaptado 1	19	1 (0-2)	26	1 (0-2)	0,504	0,12
Mantener bipedestación adaptado 1	19	1 (0-2)	26	2 (1-3)	0,032	0,36
Levantar objetos adaptado 1	19	0 (0-2)	26	0 (0-0)	0,235	0,16
Mover objetos con MMII adaptado 1	19	0 (0-3)	25	0 (0-2)	0,847	0,04
Movilidad fina mano adaptado 1	19	0 (0-2)	26	0 (0-2)	0,335	0,15
Uso mano y brazo adaptado 1	19	1 (0-2)	26	1,5 (0-2)	0,469	0,13
Agarre objetos redondos adaptado 1	18	0 (0-2)	26	0 (0-0,25)	0,155	0,21
Andar <10m adaptado 1	19	2 (0-2)	26	1 (0-2,25)	0,657	0,08
Desplazarse rápido adaptado 1	10	4 (2,5-4)	20	4 (4-4)	0,397	0,2
Desplazarse por sala Fisioterapia adaptado 1	16	1 (0-2)	26	0,5 (0-2)	0,545	0,11
Desplazarse con ayuda adaptado 1	9	0 (0-3,5)	12	0 (0-3)	0,972	0,02
Andar >10m adaptado 1	19	3 (2-4)	26	3 (1-4)	0,686	0,07
Viajar pasajero adaptado 1	18	0 (0-1)	26	0 (0-0)	0,444	0,11
Conducción adaptado 1	5	3 (1-4)	2	2,5 (1-)	1,000	0
Montar en animales adaptado 1	1	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 1	19	0 (0-1)	26	0 (0-2)	0,531	0,1
Cepillarse dientes adaptado 1	19	0 (0-0)	24	0 (0-0)	0,823	0,03
Higiene excreción adaptado 1	19	0 (0-2)	26	0 (0-0,25)	0,294	0,15
Vestirse adaptado 1	19	1 (0-2)	25	1 (0-2)	0,990	0,01
Uso cubiertos adaptado 1	19	1 (0-2)	26	1 (0-3)	0,800	0,05
Abrir botellas adaptado 1	19	0 (0-2)	24	0 (0-2)	0,655	0,08
Manejo bienestar adaptado 1	18	0 (0-1)	21	0 (0-0)	0,321	0,19
Peinarse-afeitado adaptado 1	18	0 (0-0)	26	0 (0-1,25)	0,345	0,13
Incontinencia-estreñimiento adaptado 1	18	0 (0-1)	25	0 (0-1,5)	0,638	0,08
Participar asociaciones adaptado 1	19	1 (0-2)	26	0 (0-0)	0,002	0,43
Actividades tiempo libre adaptado 1	18	1 (0-4)	23	0 (0-3)	0,347	0,16
Participación obras sociales adaptado 1	6	0 (0-4)	11	2 (0-3)	0,733	0,13
Autonomía adaptado 1	18	0 (0-3)	25	0 (0-2)	0,393	0,14
Participar política adaptado 1	19	0 (0-1)	26	0 (0-0)	0,392	0,11
Cambiar posturas adaptado 2	14	1 (0-2)	23	0 (0-2)	0,429	0,17
Mantener sentado adaptado 2	14	0 (0-0)	23	0 (0-0)	0,588	0,11
Transferencias adaptado 2	14	0,5 (0-1)	23	1 (0-2)	0,394	0,18
Mantener bipedestación adaptado 2	14	2 (0-2)	23	2 (2-3)	0,042	0,4
Levantar objetos adaptado 2	14	-	23	0 (0-1)	0,130	0,31
Mover objetos con MMII adaptado 2	13	0 (0-1)	21	0 (0-2)	0,753	0,07
Movilidad fina mano adaptado 2	14	1 (0-2)	19	0 (0-3)	0,872	0,04
Uso mano y brazo adaptado 2	14	1 (0-1,25)	23	1 (1-3)	0,115	0,32
Agarre objetos redondos adaptado 2	14	0 (0-0)	23	0 (0-0)	0,938	0,02
Andar <10m adaptado 2	14	1 (0-2)	23	1 (0-3)	0,676	0,09
Desplazarse rápido adaptado 2	2	2 (0-)	3	4 (0-)	1,000	0,17
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 2	13	0 (0-0,5)	23	0 (0-1)	0,312	0,22
Desplazarse con ayuda adaptado 2	5	0 (0-2)	12	0 (0-2,75)	0,799	0,09
Andar >10m adaptado 2	14	2 (0-3,25)	21	3 (0,5-4)	0,325	0,21
Viajar pasajero adaptado 2	14	0 (0-0)	23	0 (0-0)	0,467	0,15
Conducción adaptado 2	4	3 (0,5-4)	4	3 (2-4)	1,000	0,13
Montar en animales adaptado 2	-	-	-	-	-	-

Lavarse adaptado 2	14	0 (0-1)	23	0 (0-0)	0,377	0,19
Cepillarse dientes adaptado 2	14	0 (0-0,25)	20	0 (0-0)	0,569	0,13
Higiene excreción adaptado 2	14	0 (0-0,25)	23	0 (0-1)	0,567	0,12
Vestirse adaptado 2	14	1 (0-1,25)	23	1 (0-2)	0,938	0,02
Uso cubiertos adaptado 2	14	0,5 (0-2)	23	0 (0-2)	0,793	0,06
Abrir botellas adaptado 2	13	0 (0-2)	22	0,5 (0-1,25)	0,801	0,06
Manejo bienestar adaptado 2	13	0 (0-0,5)	23	0 (0-0)	0,897	0,04
Peinarse-afeitado adaptado 2	14	1 (0-2)	23	0 (0-0)	0,036	0,47
Incontinencia-estreñimiento adaptado 2	14	0 (0-1)	21	1 (0-1)	0,414	0,17
Participar asociaciones adaptado 2	14	1 (0-2)	23	0 (0-1)	0,270	0,23
Actividades tiempo libre adaptado 2	12	0 (0-2,25)	22	0 (0-2)	0,709	0,08
Participación obras sociales adaptado 2	4	1 (0-3,5)	7	2 (0-2)	1,000	0,04
Autonomía adaptado 2	14	0 (0-2)	20	0 (0-1)	0,666	0,1
Participar política adaptado 2	14	0 (0-0)	21	0 (0-0)	0,960	0,02
Cambiar posturas adaptado 3	9	0 (0-1)	22	1 (0-1,25)	0,219	0,29
Mantener sentado adaptado 3	9	-	22	0 (0-0)	0,716	0,1
Transferencias adaptado 3	9	0 (0-1,5)	22	1 (0-2)	0,593	0,14
Mantener bipedestación adaptado 3	9	2 (1-3)	22	2 (0-2)	0,716	0,1
Levantar objetos adaptado 3	9	0 (0-0,5)	22	0 (0-0)	0,564	0,15
Mover objetos con MMII adaptado 3	8	0 (0-0)	19	0 (0-2)	0,132	0,39
Movilidad fina mano adaptado 3	9	0 (0-0,5)	22	0 (0-2)	0,356	0,22
Uso mano y brazo adaptado 3	9	2 (0-2,5)	22	1,5 (0-2)	0,983	0,02
Agarre objetos redondos adaptado 3	9	0 (0-0,5)	22	0 (0-1)	0,593	0,14
Andar <10m adaptado 3	9	1 (0-2)	22	2 (0-2)	0,654	0,11
Desplazarse rápido adaptado 3	2	3,5 (3-)	8	2,5 (0,25-4)	0,533	0,38
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 3	9	0 (0-1,5)	22	0 (0-1)	0,593	0,13
Desplazarse con ayuda adaptado 3	3	4 (0-)	10	0 (0-0,75)	0,217	0,54
Andar >10m adaptado 3	9	3 (1,5-4)	22	3 (0-4)	0,623	0,12
Viajar pasajero adaptado 3	9	0 (0-0)	22	0 (0-0)	0,881	0,04
Conducción adaptado 3	2	2,5 (1-)	6	2,5 (0,75-4)	0,857	0,09
Montar en animales adaptado 3	-	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 3	9	0 (0-1)	22	0,5 (0-1)	0,564	0,14
Cepillarse dientes adaptado 3	9	0 (0-1)	20	0 (0-0)	0,444	0,19
Higiene excreción adaptado 3	9	0 (0-0,5)	22	0 (0-0)	0,593	0,13
Vestirse adaptado 3	9	1 (0-1,5)	22	1 (0-2)	0,403	0,21
Uso cubiertos adaptado 3	9	1 (0-2)	22	0 (0-2)	0,292	0,26
Abrir botellas adaptado 3	9	0 (0-1)	21	1 (0-2)	0,449	0,19
Manejo bienestar adaptado 3	9	0 (0-0)	22	0 (0-0)	1,000	0,02
Peinarse-afeitado adaptado 3	9	1 (0-2)	21	0 (0-0,5)	0,104	0,39
Incontinencia-estreñimiento adaptado 3	8	1 (0,25-2)	22	0 (0-1)	0,142	0,36
Participar asociaciones adaptado 3	9	0 (0-1,5)	22	0 (0-1,25)	0,881	0,05
Actividades tiempo libre adaptado 3	9	0 (0-2,5)	22	0 (0-2,25)	0,915	0,04
Participación obras sociales adaptado 3	4	3,5 (0,75-4)	9	4 (1,5-4)	1,000	0,03
Autonomía adaptado 3	9	0 (0-1)	22	0 (0-2)	0,949	0,02
Participar política adaptado 3	9	-	22	0 (0-0)	0,848	0,05
Cambiar posturas adaptado 4	5	0 (0-0,5)	15	0 (0-0)	0,933	0,03
Mantener sentado adaptado 4	5	-	15	0 (0-0)	0,672	0,14
Transferencias adaptado 4	5	0 (0-1,5)	15	1 (0-1)	0,735	0,12
Mantener bipedestación adaptado 4	5	1 (0-2)	15	2 (0-2)	0,672	0,15
Levantar objetos adaptado 4	5	-	15	0 (0-0)	0,866	0,07
Mover objetos con MMII adaptado 4	5	0 (0-0,5)	14	0 (0-0)	0,893	0,05
Movilidad fina mano adaptado 4	5	-	15	0 (0-0)	0,553	0,2
Uso mano y brazo adaptado 4	5	2 (0,5-2,5)	15	2 (0-2)	0,735	0,11

Agarre objetos redondos adaptado 4	5	0 (0-1,5)	15	0 (0-0)	0,553	0,19
Andar <10m adaptado 4	5	1 (0-1,5)	15	0 (0-3)	0,866	0,07
Desplazarse rápido adaptado 4	5	4 (1-4)	14	3 (2-4)	0,893	0,05
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 4	5	1 (0-1,5)	15	0 (0-0)	0,081	0,55
Desplazarse con ayuda adaptado 4	2	2 (0-)	5	0 (0-4)	0,857	0,1
Andar >10m adaptado 4	5	2 (0-2,5)	14	2 (0,75-4)	0,444	0,25
Viajar pasajero adaptado 4	5	-	14	0 (0-0)	0,823	0,08
Conducción adaptado 4	3	4 (2-)	7	4 (4-4)	0,667	0,2
Montar en animales adaptado 4	-	-	1	-	-	-
Lavarse adaptado 4	5	0 (0-0,5)	15	-	0,553	0,2
Cepillarse dientes adaptado 4	4	-	15	0 (0-0)	0,736	0,14
Higiene excreción adaptado 4	5	0 (0-0,5)	15	0 (0-0)	0,866	0,06
Vestirse adaptado 4	5	0 (0-1)	15	0 (0-0)	1,000	0,02
Uso cubiertos adaptado 4	5	0 (0-0,5)	15	-	0,553	0,2
Abrir botellas adaptado 4	5	0 (0-1)	15	0 (0-1)	0,866	0,06
Manejo bienestar adaptado 4	5	-	15	-	1,000	0
Peinarse-afeitado adaptado 4	5	0 (0-0,5)	15	0 (0-0)	0,933	0,04
Incontinencia-estreñimiento adaptado 4	5	-	15	0 (0-1)	0,395	0,27
Participar asociaciones adaptado 4	5	0 (0-2,5)	15	0 (0-0)	0,395	0,28
Actividades tiempo libre adaptado 4	5	0 (0-2)	14	0 (0-0)	0,823	0,08
Participación obras sociales adaptado 4	2	2 (0-)	3	4 (0-)	1,000	0,17
Autonomía adaptado 4	5	3 (0-4)	15	2 (0-4)	0,672	0,14
Participar política adaptado 4	5	0 (0-1,5)	15	-	0,553	0,2

	TIEMPO TRANSCURRIDO (meses)					
	<=24		>24		P U de Mann- Whitney	Tamaño del efecto
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3		
Cambiar posturas no adaptado 1	9	4 (3-4)	13	4 (3-4)	0,845	0,06
Mantener sentado no adaptado 1	3	2 (1,5-2,5)	6	3 (0-3)	0,714	0,17
Transferencias no adaptado 1	16	3,5 (2,5-4)	20	3,5 (3-4)	0,648	0,1
Mantener bipedestación no adaptado 1	8	4 (3,5-4)	22	4 (3-4)	0,597	0,14
Levantar objetos no adaptado 1	2	-	5	3 (0-3)	0,857	0,2
Mover objetos con MMII no adaptado 1	3	-	10	4 (4-4)	0,692	0,2
Movilidad fina mano no adaptado 1	1	-	7	3 (1,5-4)	1,000	0,15
Uso mano y brazo no adaptado 1	1	-	2	1 (0-2)	1,000	0,5
Agarre objetos redondos no adaptado 1	4	2,5 (0,5-4)	4	1,5 (0,5-3)	0,686	0,25
Andar <10m no adaptado 1	8	4 (4-4)	21	4 (3-4)	0,257	0,29
Desplazarse rápido no adaptado 1	6	4 (4-4)	7	-	0,628	0,17
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 1	7	-	20	4 (2,5-4)	0,130	0,4
Desplazarse con ayuda no adaptado 1	3	4 (3-4)	9	4 (4-4)	0,864	0,12
Andar >10m no adaptado 1	12	4 (4-4)	20	4 (4-4)	0,894	0,04
Viajar pasajero no adaptado 1	3	4 (3,5-4)	5	2 (0-3)	0,143	0,67
Conducción no adaptado 1	-	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado 1	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 1	14	4 (3-4)	19	4 (3,5-4)	0,653	0,1
Cepillarse dientes no adaptado 1	2	3 (2-4)	5	-	0,381	0,5
Higiene excreción no adaptado 1	6	4 (4-4)	10	4 (4-4)	1,000	0
Vestirse no adaptado 1	12	4 (3,5-4)	19	4 (3-4)	0,287	0,24
Uso cubiertos no adaptado 1	8	3 (3-4)	16	4 (3-4)	0,610	0,15
Abrir botellas no adaptado 1	5	4 (4-4)	10	3,5 (3-4)	0,371	0,32
Manejo bienestar no adaptado 1	10	4 (3-4)	11	4 (3,5-4)	0,756	0,1
Peinarse-Afeitado no adaptado 1	7	3 (1-4)	13	4 (2-4)	0,536	0,19

Incontinencia-estreñimiento no adaptado 1	4	3 (2-3)	9	3 (2-4)	0,503	0,25
Participar asociaciones no adaptado 1	2	-	2	1,5 (0-3)	0,667	0,5
Actividades tiempo libre no adaptado 1	4	-	4	4 (3-4)	0,686	0,25
Participación obras sociales no adaptado 1	3	-	9	4 (3-4)	0,482	0,34
Autonomía no adaptado 1	10	4 (4-4)	13	4 (3-4)	0,343	0,25
Participar política no adaptado 1	8	-	11	3 (1,5-3)	<0,001	0,91
Cambiar posturas no adaptado 2	7	3 (2-4)	8	4 (4-4)	0,121	0,5
Mantener sentado no adaptado 2	1	3,5 (2-4)	4	-	0,400	-
Transferencias no adaptado 2	7	3 (3-3,5)	13	4 (4-4)	0,081	0,49
Mantener bipedestación no adaptado 2	6	4 (4-4)	11	4 (3-4)	0,660	0,14
Levantar objetos no adaptado 2	1	-	3	3 (2,5-3,5)	0,500	-
Mover objetos con MMII no adaptado 2	1	-	5	4 (4-4)	0,667	0,6
Movilidad fina mano no adaptado 2	2	3,5 (3-4)	5	3 (3-4)	0,857	0,2
Uso mano y brazo no adaptado 2	1	-	1	-	1,000	-
Agarre objetos redondos no adaptado 2	1	-	3	3 (3-3,5)	0,500	-
Andar <10m no adaptado 2	7	4 (4-4)	16	4 (4-4)	1,000	0,02
Desplazarse rápido no adaptado 2	1	-	2	2 (0-4)	0,667	0,5
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 2	6	3 (3-4)	15	4 (3,5-4)	0,178	0,39
Desplazarse con ayuda no adaptado 2	2	3,5 (3-4)	6	4 (3-4)	1,000	0,17
Andar >10m no adaptado 2	7	4 (4-4)	13	4 (4-4)	0,817	0,07
Viajar pasajero no adaptado 2	1	-	3	4 (2,5-4)	1,000	0,34
Conducción 2	-	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado 2	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 2	11	3 (2,5-4)	18	4 (4-4)	0,092	0,39
Cepillarse dientes no adaptado 2	1	-	7	3 (2-3,5)	1,000	0,15
Higiene excreción no adaptado 2	3	4 (3,5-4)	8	4 (3-4)	0,921	0,05
Vestirse no adaptado 2	10	3 (3-4)	16	4 (3,5-4)	0,068	0,42
Uso cubiertos no adaptado 2	3	4 (3,5-4)	15	3 (3-4)	0,574	0,25
Abrir botellas no adaptado 2	4	3 (3-3,5)	7	4 (4-4)	0,109	0,61
Manejo bienestar no adaptado 2	8	3,5 (2-4)	14	4 (3-4)	0,365	0,25
Peinarse-Afeitado no adaptado 2	4	3 (2,5-3,5)	15	3 (2,5-3,5)	0,961	0,02
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 2	7	3 (2-3,5)	8	3,5 (3-4)	0,189	0,43
Participar asociaciones no adaptado 2	1	-	5	3 (2-3)	0,333	0,8
Actividades tiempo libre no adaptado 2	-	-	5	3 (3-3)	-	-
Participación obras sociales no adaptado 2	1	-	5	4 (4-4)	1,000	0,2
Autonomía no adaptado 2	4	4 (2,5-4)	11	4 (3-4)	0,851	0,07

Participar política no adaptado 2	5	4 (4-4)	3	3 (2,5-3)	0,071	0,87
Cambiar posturas no adaptado 3	2	3,5 (3-4)	10	4 (3-4)	0,130	0,1
Mantener sentado no adaptado 3	2	2 (1-3)	2	3 (2-4)	0,130	0,5
Transferencias no adaptado 3	5	4 (4-4)	12	4 (3-4)	0,646	0,15
Mantener bipedestación no adaptado 3	5	4 (3-4)	17	4 (3-4)	0,820	0,08
Levantar objetos no adaptado 3	-	-	1	-	-	-
Mover objetos con MMII no adaptado 3	1	-	6	-	1,000	0
Movilidad fina mano no adaptado 3	1	0 (0-0)	4	0 (0-2)	0,400	1
Uso mano y brazo no adaptado 3	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado 3	-	-	1	-	-	-
Andar <10m no adaptado 3	5	4 (3-4)	14	4 (3-4)	0,823	0,09
Desplazarse rápido no adaptado 3	-	-	1	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 3	4	3 (3-3,5)	15	3 (3-4)	0,885	0,07
Desplazarse con ayuda no adaptado 3	2	3,5 (3-4)	6	4 (4-4)	0,643	0,34
Andar >10m no adaptado 3	1	-	13	4 (4-4)	0,857	0,24
Viajar pasajero no adaptado 3	1	-	2	2 (0-4)	1,000	0
Conducción no adaptado 3	-	-	1	-	-	-
Montar en animales no adaptado 3	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 3	8	4 (2,5-4)	16	4 (4-4)	0,417	0,22
Cepillarse dientes no adaptado 3	2	-	7	4 (4-4)	0,889	0,15
Higiene excreción no adaptado 3	2	3,5 (3-4)	8	4 (3,5-4)	0,711	0,19
Vestirse no adaptado 3	7	3 (3-3,5)	16	-	0,006	0,7
Uso cubiertos no adaptado 3	1	-	10	4 (3-4)	0,545	0,6
Abrir botellas no adaptado 3	1	-	7	4 (3-4)	0,750	0,43
Manejo bienestar no adaptado 3	5	-	13	4 (3-4)	0,143	0,47
Peinarse-Afeitado no adaptado 3	3	4 (3-4)	11	4 (3-4)	1,000	0
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 3	5	4 (4-4)	6	4 (4-4)	1,000	0,07
Participar asociaciones no adaptado 3	2	-	6	4 (3-4)	0,643	0,34
Actividades tiempo libre no adaptado 3	-	-	-	-	-	-
Participación obras sociales no adaptado 3	1	-	4	-	1,000	0
Autonomía no adaptado 3	6	4 (3-4)	11	4 (3-4)	0,591	0,19
Participar política no adaptado 3	1	-	1	-	1,000	-
Cambiar posturas no adaptado 4	-	-	3	4 (2,5-4)	-	-
Mantener sentado no adaptado 4	-	-	4	3 (1-4)	-	-
Transferencias no adaptado 4	-	-	3	4 (3,5-4)	-	-
Mantener bipedestación no adaptado 4	3	3 (2-3,5)	10	4 (4-4)	0,217	0,54
Levantar objetos no adaptado 4	1	-	11	4 (4-4)	0,333	0,82

Mover objetos con MMII no adaptado 4	1	-	5	3 (3-4)	0,667	0,6
Movilidad fina mano no adaptado 4	1	-	6	-	0,286	-
Uso mano y brazo no adaptado no adaptado 4	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado 4	2	3,5 (3-4)	5	-	0,381	0,5
Andar <10m no adaptado 4	3	4 (2-4)	12	3 (1,5-4)	0,840	0,12
Desplazarse rápido no adaptado 4	3	4 (2-4)	13	4 (3-4)	0,800	0,13
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 4	2	3 (2-4)	9	3 (3-4)	0,727	0,17
Desplazarse con ayuda no adaptado 4	1	-	5	1 (0-4)	0,667	0,6
Andar >10m no adaptado 4	4	3 (1-4)	15	4 (3-4)	0,665	0,15
Viajar pasajero no adaptado 4	-	-	1	-	-	-
Conducción no adaptado 4	2	-	5	-	1,000	0
Montar en animales no adaptado 4	-	-	1	-	-	-
Lavarse no adaptado 4	3	4 (3,5-4)	12	4 (3-4)	0,840	0,09
Cepillarse dientes no adaptado 4	-	-	4	3,5 (2,5-4)	-	-
Higiene excreción no adaptado 4	1	-	6	4 (3-4)	0,857	0,34
Vestirse no adaptado 4	2	3,5 (3-4)	11	4 (3,5-4)	0,769	0,19
Uso cubiertos no adaptado 4	1	-	7	-	0,250	-
Abrir botellas no adaptado 4	1	-	5	4 (4-4)	1,000	0,2
Manejo bienestar no adaptado 4	4	-	11	-	0,489	0,28
Peinarse-Afeitado no adaptado 4	1	-	6	-	1,000	0
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 4	3	4 (3-4)	6	4 (1-4)	0,905	0,12
Participar asociaciones no adaptado 4	-	-	3	3 (3-3,5)	-	-
Actividades tiempo libre no adaptado 4	1	-	2	3,5 (3-4)	0,667	0,5
Participación obras sociales no adaptado 4	1	-	2	-	1,000	0
Autonomía no adaptado 4	3	-	10	3,5 (3-4)	0,217	0,5
Participar política no adaptado 4	1	-	-	-	-	-

ANEXO VII. ANOVA de Friedman y prueba de comparaciones por pareja en las cuatro mediciones para los ítems adaptados y no adaptados relativos de la CIF, en función del tiempo transcurrido.

ÍTEMS	Tiempo transcurrido		Mediciones					
	<=24	>24	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365
	ANOVA FRIEDMAN P							
Cambiar posturas	0,146	0,113	-	-	-	-	-	-
Mantener sentado	1,000	0,855	-	-	-	-	-	-
Transferencias	0,711	0,908	-	-	-	-	-	-
Mantener bipedestación	0,646	0,028	-	0,048	-	-	-	-
Levantar objetos	0,145	0,339	-	-	-	-	-	-
Mover objetos con MMII	0,896	0,040	-	-	0,058	-	-	-
Movilidad fina mano	0,040	0,375	-	-	-	0,066	0,066	-
Uso mano y brazo	0,353	0,938	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos	0,572	0,065	-	-	-	-	-	-
Andar <10m	0,839	0,737	-	-	-	-	-	-
Desplazarse rápido	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia	0,392	0,042	-	-	0,066	-	-	-
Desplazarse con ayuda	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Andar >10m	0,060	0,841	-	-	-	-	-	-
Viajar pasajero	0,572	0,342	-	-	-	-	-	-
Conducción	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Montar en animales	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Lavarse	0,757	0,042	-	-	-	-	-	-
Cepillarse dientes	0,194	0,912	-	-	-	-	-	-
Higiene excreción	0,392	0,151	-	-	-	-	-	-
Vestirse	0,392	0,061	-	-	-	-	-	-
Uso cubiertos	0,234	0,064	-	-	-	-	-	-
Abrir botellas	0,300	0,437	-	-	-	-	-	-
Manejo bienestar	0,392	0,518	-	-	-	-	-	-
Peinarse-Afeitado	0,451	0,819	-	-	-	-	-	-
Incontinencia-estreñimiento	0,174	0,527	-	-	-	-	-	-
Participar asociaciones	0,771	0,083	-	-	-	-	-	-
Actividades tiempo libre	0,392	0,245	-	-	-	-	-	-
Participación obras sociales	0,392	0,145	-	-	-	-	-	-

Autonomía	0,748	0,728	-	-	-	-	-	-
Participar política	0,706	0,572	-	-	-	-	-	-

ÍTEMS	Tiempo transcurrido		Mediciones					
	<=24	>24	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365
	ANOVA FRIEDMAN P							
Cambiar posturas no adaptado	No se puede calcular	0,392	-	-	-	-	-	-
Mantener sentado no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Transferencias no adaptado	No se puede calcular	0,392	-	-	-	-	-	-
Mantener bipedestación no adaptado	0,733	0,733	-	-	-	-	-	-
Levantar objetos no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Mover objetos con MMII no adaptado	No se puede calcular	1,000	-	-	-	-	-	-
Movilidad fina mano no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Uso mano y brazo no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Andar <10m no adaptado	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Desplazarse rápido no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado	0,392	0,572	-	-	-	-	-	-
Desplazarse con ayuda no adaptado	No se puede calcular	0,572	-	-	-	-	-	-
Andar >10m no adaptado	1,000	0,194	-	-	-	-	-	-
Viajar pasajero no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Conducción no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-

Lavarse no adaptado	0,392	0,615	-	-	-	-	-	-
Cepillarse dientes no adaptado	No se puede calcular	0,392	-	-	-	-	-	-
Higiene excreción no adaptado	No se puede calcular	0,572	-	-	-	-	-	-
Vestirse no adaptado	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Uso cubiertos no adaptado	No se puede calcular	0,163	-	-	-	-	-	-
Abrir botellas no adaptado	No se puede calcular	0,392	-	-	-	-	-	-
Manejo bienestar no adaptado	1,000	1,000	-	-	-	-	-	-
Peinarse-Afeitado no adaptado	No se puede calcular	0,395	-	-	-	-	-	-
Incontinencia-estreñimiento no adaptado	No se puede calcular	0,290	-	-	-	-	-	-
Participar asociaciones no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Actividades tiempo libre no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Participación obras sociales no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Autonomía no adaptado	No se puede calcular	0,392	-	-	-	-	-	-
Participar política no adaptado	0,392	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-

ANEXO VIII. Análisis de las variables relativas a los ítems de la CIF (adaptado y no adaptado) por edad. Se muestran percentiles de los ítems de las cuatro valoraciones.

Ítems	EDAD (años)					
	<=70		>70		P U de Mann- Whitney	Tamaño del efecto
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3		
Cambiar posturas adaptado 1	20	0 (0-1,75)	25	1 (0-2)	0,062	0,31
Mantener sentado adaptado 1	20	0 (0-0)	25	0 (0-0)	0,170	0,15
Transferencias adaptado 1	20	0 (0-1)	25	2 (1-2,5)	0,007	0,46
Mantener bipedestación adaptado 1	20	2 (0-3)	25	2 (0-3)	0,768	0,05
Levantar objetos adaptado 1	20	0 (0-0)	25	0 (0-0,5)	0,813	0,03
Mover objetos con MMII adaptado 1	20	0 (0-1)	24	1,5 (0-3)	0,062	0,31
Movilidad fina mano adaptado 1	20	1 (0-2)	25	0 (0-1,5)	0,097	0,26
Uso mano y brazo adaptado 1	20	1 (0-2)	25	1 (0-2)	0,887	0,03
Agarre objetos redondos adaptado 1	20	0 (0-0)	24	0 (0-1,75)	0,188	0,19
Andar <10m adaptado 1	20	0 (0-2)	25	2 (0-3)	0,088	0,29
Desplazarse rápido adaptado 1	15	4 (3-4)	15	4 (4-4)	0,325	0,22
Desplazarse por sala Fisioterapia adaptado 1	20	0,5 (0-1,75)	22	1 (0-2)	0,430	0,14
Desplazarse con ayuda adaptado 1	8	0 (0-0)	13	3 (0-4)	0,053	0,52
Andar >10m adaptado 1	20	3 (0,25-4)	25	3 (2-4)	0,530	0,11
Viajar pasajero adaptado 1	20	0 (0-0)	24	0 (0-1)	0,281	0,14
Conducción adaptado 1	3	1 (1-)	4	3,5 (1,5-4)	0,629	0,34
Montar en animales adaptado 1	1	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 1	20	1 (0-2)	25	0 (0-1)	0,085	0,27
Cepillarse dientes adaptado 1	19	0 (0-0)	24	0 (0-0)	0,823	0,03
Higiene excreción adaptado 1	20	0 (0-0)	25	0 (0-1,5)	0,219	0,18
Vestirse adaptado 1	20	0 (0-2)	24	1,5 (0,25-2)	0,099	0,28
Uso cubiertos adaptado 1	20	1 (0-2)	25	1 (0-2)	0,692	0,07
Abrir botellas adaptado 1	19	1 (0-2)	24	0 (0-2)	0,797	0,05
Manejo bienestar adaptado 1	16	0 (0-0)	23	0 (0-1)	0,682	0,08
Peinarse-afeitado adaptado 1	20	0 (0-0,75)	24	0 (0-1,5)	0,852	0,03
Incontinencia-estreñimiento adaptado 1	19	0 (0-1)	24	0 (0-1)	0,288	0,17
Participar asociaciones adaptado 1	20	0 (0-0)	25	0 (0-1)	0,154	0,21
Actividades tiempo libre adaptado 1	19	0 (0-2)	22	1 (0-4)	0,533	0,11
Participación obras sociales adaptado 1	6	1 (0-3,25)	11	1 (0-3)	1,000	0,04
Autonomía adaptado 1	19	0 (0-2)	24	0 (0-3)	0,562	0,09
Participar política adaptado 1	20	0 (0-0)	25	0 (0-0)	0,870	0,02
Cambiar posturas adaptado 2	19	0 (0-2)	18	1 (0-2)	0,538	0,12
Mantener sentado adaptado 2	19	0 (0-0)	18	0 (0-0,25)	0,425	0,16
Transferencias adaptado 2	19	0 (0-1)	18	1 (0-2)	0,169	0,27
Mantener bipedestación adaptado 2	19	2 (0-2)	18	2 (1,75-3)	0,408	0,17
Levantar objetos adaptado 2	19	0 (0-1)	18	0 (0-0)	0,425	0,16
Mover objetos con MMII adaptado 2	18	0 (0-0,25)	16	0 (0-3,5)	0,251	0,24
Movilidad fina mano adaptado 2	17	0 (0-2)	16	0,5 (0-2,75)	0,736	0,08
Uso mano y brazo adaptado 2	19	1 (0-3)	18	1 (0-1,5)	0,518	0,13
Agarre objetos redondos adaptado 2	19	0 (0-0)	18	0 (0-0)	0,775	0,06
Andar <10m adaptado 2	19	0 (0-2)	18	1,5 (0-2,25)	0,221	0,24
Desplazarse rápido adaptado 2	4	2 (0-4)	1	-	1,000	0,5
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 2	18	0 (0-1)	18	0 (0-1)	0,719	0,08
Desplazarse con ayuda adaptado 2	9	0 (0-1,5)	8	0,5 (0-3)	0,541	0,2
Andar >10m adaptado 2	18	1,5 (0-4)	17	3 (1-4)	0,273	0,23

Viajar pasajero adaptado 2	19	0 (0-0)	18	0 (0-0)	0,599	0,11
Conducción adaptado 2	5	4 (2-4)	3	2 (0-)	0,393	0,4
Montar en animales adaptado 2	-	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 2	19	0 (0-0)	18	0 (0-1)	0,408	0,17
Cepillarse dientes adaptado 2	18	0 (0-0)	16	0 (0-0)	0,878	0,04
Higiene excreción adaptado 2	19	0 (0-1)	18	0 (0-1)	0,869	0,04
Vestirse adaptado 2	19	1 (0-1)	18	1 (0-2)	0,178	0,27
Uso cubiertos adaptado 2	19	0 (0-2)	18	1 (0-2)	0,499	0,14
Abrir botellas adaptado 2	19	0 (0-1)	16	0 (0-2)	0,909	0,03
Manejo bienestar adaptado 2	19	0 (0-1)	17	0 (0-0)	0,346	0,19
Peinarse-afeitado adaptado 2	19	0 (0-1)	18	0 (0-2)	0,313	0,2
Incontinencia-estreñimiento adaptado 2	18	0 (0-1)	17	0 (0-1)	0,935	0,02
Participar asociaciones adaptado 2	19	0 (0-1)	18	0,5 (0-2)	0,518	0,13
Actividades tiempo libre adaptado 2	18	0 (0-2)	16	0 (0-2)	0,878	0,04
Participación obras sociales adaptado 2	4	1 (0-2)	7	2 (0-3)	0,527	0,29
Autonomía adaptado 2	19	0 (0-1)	15	1 (0-2)	0,319	0,21
Participar política adaptado 2	18	0 (0-0)	17	0 (0-0,5)	0,369	0,19
Cambiar posturas adaptado 3	16	0 (0-1)	15	1 (0-1)	0,572	0,13
Mantener sentado adaptado 3	16	0 (0-0)	15	-	0,572	0,13
Transferencias adaptado 3	16	0 (0-1)	15	1 (0-2)	0,247	0,25
Mantener bipedestación adaptado 3	16	2 (0,25-2)	15	2 (1-3)	0,984	0,01
Levantar objetos adaptado 3	16	0 (0-0)	15	0 (0-0)	1,000	0
Mover objetos con MMII adaptado 3	16	0 (0-1,75)	11	0 (0-1)	0,827	0,06
Movilidad fina mano adaptado 3	16	0 (0-1,75)	15	0 (0-1)	0,770	0,07
Uso mano y brazo adaptado 3	16	1,5 (0-2)	15	2 (1-2)	0,626	0,11
Agarre objetos redondos adaptado 3	16	0 (0-1)	15	0 (0-1)	0,682	0,1
Andar <10m adaptado 3	16	0,5 (0-2)	15	2 (0-2)	0,446	0,17
Desplazarse rápido adaptado 3	8	2,5 (0,25-3,75)	2	-	0,178	0,75
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 3	16	0 (0-0,75)	15	0 (0-2)	0,188	0,28
Desplazarse con ayuda adaptado 3	7	-	6	3,5 (0-4)	0,051	0,67
Andar >10m adaptado 3	16	2 (0-3)	15	4 (2-4)	0,049	0,47
Viajar pasajero adaptado 3	16	0 (0-0,75)	15	-	0,247	0,25
Conducción adaptado 3	7	4 (1-4)	1	-	0,750	0,43
Montar en animales adaptado 3	-	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 3	16	0 (0-1)	15	1 (0-1)	0,520	0,15
Cepillarse dientes adaptado 3	15	0 (0-0)	14	0 (0-0)	0,715	0,09
Higiene excreción adaptado 3	16	0 (0-0)	15	0 (0-0)	0,599	0,12
Vestirse adaptado 3	16	1 (0,25-1,75)	15	1 (0-2)	0,775	0,07
Uso cubiertos adaptado 3	16	1 (0-2,75)	15	0 (0-2)	0,202	0,28
Abrir botellas adaptado 3	16	0 (0-2)	14	1 (0-2,25)	0,473	0,17
Manejo bienestar adaptado 3	16	0 (0-0)	15	0 (0-0)	0,572	0,13
Peinarse-afeitado adaptado 3	16	0 (0-0,75)	14	0,5 (0-2)	0,240	0,26
Incontinencia-estreñimiento adaptado 3	15	0 (0-1)	15	1 (0-2)	0,137	0,32
Participar asociaciones adaptado 3	16	0 (0-2)	15	0 (0-1)	0,446	0,17
Actividades tiempo libre adaptado 3	16	0 (0-1,75)	15	0 (0-3)	0,740	0,08
Participación obras sociales adaptado 3	4	3 (0,5-4)	9	4 (1,5-4)	0,825	0,12
Autonomía adaptado 3	16	0,5 (0-2)	15	0 (0-1)	0,358	0,2
Participar política adaptado 3	16	0 (0-0)	15	-	0,770	0,07
Cambiar posturas adaptado 4	11	0 (0-0)	9	0 (0-0,5)	0,882	0,05
Mantener sentado adaptado 4	11	0 (0-0)	9	-	0,503	0,19
Transferencias adaptado 4	11	0 (0-1)	9	1 (0-1,5)	0,370	0,25
Mantener bipedestación adaptado 4	11	2 (0-3)	9	1 (0-2)	0,710	0,11
Levantar objetos adaptado 4	11	-	9	0 (0-0)	0,710	0,12
Mover objetos con MMII adaptado 4	11	0 (0-0)	8	0 (0-0)	0,840	0,07
Movilidad fina mano adaptado 4	11	0 (0-0)	9	0 (0-0,5)	0,656	0,14

Uso mano y brazo adaptado 4	11	1 (0-2)	9	2 (0-3)	0,370	0,26
Agarre objetos redondos adaptado 4	11	0 (0-0)	9	0 (0-1,5)	0,230	0,34
Andar <10m adaptado 4	11	0 (0-1)	9	1 (0-3)	0,112	0,43
Desplazarse rápido adaptado 4	11	2 (2-4)	8	4 (2,5-4)	0,238	0,35
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 4	11	-	9	0 (0-1)	0,095	0,45
Desplazarse con ayuda adaptado 4	3	-	4	4 (1-4)	0,114	0,75
Andar >10m adaptado 4	10	1,5 (0-2,5)	9	2 (1,5-3,5)	0,243	0,34
Viajar pasajero adaptado 4	10	0 (0-0)	9		0,720	0,1
Conducción adaptado 4	7	4 (4-4)	3	4 (2-)	0,667	0,2
Montar en animales adaptado 4	1	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 4	11	-	9	0 (0-0)	0,710	0,12
Cepillarse dientes adaptado 4	11	0 (0-0)	8	0 (0-0)	0,904	0,05
Higiene excreción adaptado 4	11	0 (0-0)	9	0 (0-0,5)	0,603	0,15
Vestirse adaptado 4	11	0 (0-0)	9	0 (0-1)	0,941	0,03
Uso cubiertos adaptado 4	11		9	0 (0-0)	0,710	0,12
Abrir botellas adaptado 4	11	0 (0-1)	9	0 (0-0,5)	0,824	0,08
Manejo bienestar adaptado 4	11	-	9	-	1,000	0
Peinarse-afeitado adaptado 4	11	0 (0-0)	9	0 (0-0,5)	0,656	0,14
Incontinencia-estreñimiento adaptado 4	11	0 (0-1)	9	0 (0-0)	0,552	0,17
Participar asociaciones adaptado 4	11	0 (0-1)	9	0 (0-0)	0,552	0,18
Actividades tiempo libre adaptado 4	10	0 (0-0)	9	0 (0-2)	0,604	0,15
Participación obras sociales adaptado 4	1		4	2 (0-4)	0,800	0,5
Autonomía adaptado 4	11	3 (0-4)	9	2 (0-4)	1,000	0,02
Participar política adaptado 4	11	0 (0-0)	9	-	0,766	0,1

	EDAD (años)					
	<=70		>70		P U de Mann- Whitney	Tamaño del efecto
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3		
Cambiar posturas no adaptado 1	6	4 (3,75-4)	16	4 (3-4)	0,407	0,24
Mantener sentado no adaptado 1	2	-	7	2 (0-3)	0,500	0,43
Transferencias no adaptado 1	14	3 (1,75-4)	22	4 (3-4)	0,102	0,34
Mantener bipedestación no adaptado 1	12	4 (3,25-4)	18	4 (3-4)	0,602	0,13
Levantar objetos no adaptado 1	2	3,5 (3-)	5	3 (0-3)	0,190	0,7
Mover objetos con MMII no adaptado 1	5	4 (3-4)	8	4 (4-4)	1,000	0,05
Movilidad fina mano no adaptado 1	5	3 (3-4)	3	0 (0-)	0,393	0,47
Uso mano y brazo no adaptado 1	-	-	3	0 (0-)	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado 1	-	-	8	2 (0-4)	-	-
Andar <10m no adaptado 1	11	4 (3-4)	18	4 (2,75-4)	0,707	0,1
Desplazarse rápido no adaptado 1	3	-	10	4 (4-4)	0,811	0,1
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 1	12	4 (4-4)	15	4 (2-4)	0,217	0,29
Desplazarse con ayuda no adaptado 1	7	4 (3-4)	5	4 (3-4)	0,876	0,09
Andar >10m no adaptado 1	14	4 (4-4)	18	4 (3,75-4)	0,722	0,08
Viajar pasajero no adaptado 1	1	-	7	3 (0-4)	0,500	0,72
Conducción no adaptado 1	-	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado 1	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 1	15	4 (3-4)	18	4 (4-4)	0,111	0,4
Cepillarse dientes no adaptado 1	3	-	4	4 (2,5-4)	0,629	0,25
Higiene excreción no adaptado 1	6	4 (2,25-4)	10	4 (4-4)	0,428	0,25
Vestirse no adaptado 1	11	3 (3-4)	20	4 (3-4)	0,338	0,22
Uso cubiertos no adaptado 1	9	4 (3-4)	15	3 (2-4)	0,411	0,21
Abrir botellas no adaptado 1	5	3 (2,5-4)	10	4 (3-4)	0,221	0,56
Manejo bienestar no adaptado 1	6	4 (2,5-4)	15	4 (3-4)	1,000	0,03

Peinarse-Afeitado no adaptado 1	9	4 (2,5-4)	11	3 (1-4)	0,412	0,24
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 1	3	4 (3-)	10	3 (1-3,25)	0,161	0,6
Participar asociaciones no adaptado 1	-	-	4	3 (0,75-3)	-	-
Actividades tiempo libre no adaptado 1	2	-	6	4 (3,50-4)	0,857	0,17
Participación obras sociales no adaptado 1	4	4 (2,5-4)	8	4 (3,25-4)	1,000	0,04
Autonomía no adaptado 1	9	4 (3-4)	14	4 (3,75-4)	0,781	0,08
Participar política no adaptado 1	7	3 (3-4)	12	4 (3-4)	0,311	0,41
Cambiar posturas no adaptado 2	6	4 (3,5-4)	9	4 (2,50-4)	0,456	0,25
Mantener sentado no adaptado 2	1	-	4	2 (0,25-3,75)	0,400	0,75
Transferencias no adaptado 2	7	4 (3-4)	13	4 (3-4)	0,877	0,05
Mantener bipedestación no adaptado 2	8	4 (3-4)	9	4 (3-4)	0,815	0,09
Levantar objetos no adaptado 2	2	3,5 (3-)	2	1 (0-)	0,333	-
Mover objetos con MMII no adaptado 2	5	4 (3-4)	1	-	0,667	0,6
Movilidad fina mano no adaptado 2	5	3 (1,5-3,5)	2	-	0,190	0,8
Uso mano y brazo no adaptado 2	-	-	2	2 (0-)	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado 2	2	-	2	2 (0-)	1,000	0
Andar <10m no adaptado 2	10	4 (4-4)	13	4 (4-4)	0,931	0,1
Desplazarse rápido no adaptado 2	2	2 (0-)	1	-	1,000	0,5
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 2	10	4 (3-4)	11	4 (3-4)	0,654	0,13
Desplazarse con ayuda no adaptado 2	4	4 (3,25-4)	4	3,5 (3-4)	0,686	0,25
Andar >10m no adaptado 2	10	4 (4-4)	10	4 (4-4)	0,756	0,2
Viajar pasajero no adaptado 2	3	4 (1-)	1	-	1,000	0,34
Conducción 2	-	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado 2	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 2	14	4 (3-4)	15	4 (3-4)	0,880	0,04
Cepillarse dientes no adaptado 2	5	3 (1-3,5)	3	3 (2-)	0,786	0,2
Higiene excreción no adaptado 2	6	4 (3-4)	5	4 (3-4)	0,931	0,07
Vestirse no adaptado 2	14	4 (3-4)	12	3,5 (3-4)	0,781	0,08
Uso cubiertos no adaptado 2	11	3 (3-4)	7	4 (3-4)	0,536	0,2
Abrir botellas no adaptado 2	5	4 (3,5-4)	6	3,5 (3-4)	0,755	0,04
Manejo bienestar no adaptado 2	11	3 (3-4)	11	4 (4-4)	0,300	0,27
Peinarse-Afeitado no adaptado 2	11	3 (2-3)	8	3 (2,25-4)	0,545	0,19
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 2	3	4 (3-)	12	3 (2,25-4)	0,295	0,42
Participar asociaciones no adaptado 2	6	3 (1,5-4)	-	-	-	-
Actividades tiempo libre no adaptado 2	2	1,5 (0-)	3	-	0,400	0,5
Participación obras sociales no adaptado 2	2	2,5 (1-)	4	-	0,533	0,5

Autonomía no adaptado 2	9	4 (3-4)	6	4 (2,5-4)	1,000	0
Participar política no adaptado 2	3	3 (2-)	5	4 (3-4)	0,393	0,4
Cambiar posturas no adaptado 3	7	4 (2-4)	5	4 (3,5-4)	0,432	0,29
Mantener sentado no adaptado 3	2	3 (2-)	2	2 (1-)	0,667	0,5
Transferencias no adaptado 3	6	4 (2,5-4)	11	4 (3-4)	0,733	0,11
Mantener bipedestación no adaptado 3	10	3,5 (3-4)	12	4 (2,25-4)	0,974	0,02
Levantar objetos no adaptado 3	1	-	-	-	-	-
Mover objetos con MMII no adaptado 3	5	-	2	-	1,000	0
Movilidad fina mano no adaptado 3	3	-	2	3,5 (3-)	0,400	0,5
Uso mano y brazo no adaptado 3	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado 3	-	-	1	-	-	-
Andar <10m no adaptado 3	7	4 (3-4)	12	4 (3-4)	0,837	0,06
Desplazarse rápido no adaptado 3	1	-	-	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 3	9	3 (3-4)	10	3 (2,75-4)	0,720	0,1
Desplazarse con ayuda no adaptado 3	4	4 (3,25-4)	4	4 (3,25-4)	1,000	0
Andar >10m no adaptado 3	9	4 (3,5-4)	5	4 (2,5-4)	1,000	0
Viajar pasajero no adaptado 3	1	-	2	3,5 (3-)	1,000	1
Conducción no adaptado 3	1	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado 3	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 3	13	4 (3-4)	11	4 (4-4)	0,277	0,28
Cepillarse dientes no adaptado 3	5	4 (3,5-4)	4	-	0,730	0,2
Higiene excreción no adaptado 3	4	4 (3,25-4)	6	4 (2,25-4)	0,762	0,13
Vestirse no adaptado 3	13	4 (4-4)	10	4 (3-4)	0,563	0,15
Uso cubiertos no adaptado 3	8	4 (3-4)	3	3 (3-)	0,497	0,3
Abrir botellas no adaptado 3	6	4 (2,5-4)	2	3,5 (3-)	0,857	0,09
Manejo bienestar no adaptado 3	9	3 (3-4)	9	4 (4-4)	0,113	0,45
Peinarse-Afeitado no adaptado 3	9	4 (2,25-4)	5	4 (3-4)	0,699	0,14
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 3	4	4 (2,5-4)	7	4 (4-4)	1,000	0,08
Participar asociaciones no adaptado 3	5	4 (3-4)	3	-	0,393	0,4
Actividades tiempo libre no adaptado 3	-	-	-	-	-	-
Participación obras sociales no adaptado 3	2	-	3	-	1,000	0
Autonomía no adaptado 3	7	4 (3-4)	10	4 (2,75-4)	0,887	0,06
Participar política no adaptado 3	2	2,5 (2-)	-	-	-	-
Cambiar posturas no adaptado 4	1	-	2	2,5 (1-)	0,667	0,5
Mantener sentado no adaptado 4	3	2 (0-)	1	-	0,500	0,67
Transferencias no adaptado 4	2	3,5 (3-)	1	-	1,000	0,5
Mantener bipedestación no adaptado 4	5	4 (3,5-4)	-	4 (3-4)	0,622	-

Levantar objetos no adaptado 4	7	4 (4-4)	5	4 (3,5-4)	1,000	0,03
Mover objetos con MMII no adaptado 4	3	3 (0-)	3	3 (2-)	1,000	0,12
Movilidad fina mano no adaptado 4	4	-	3	4 (3-)	0,629	0,34
Uso mano y brazo no adaptado no adaptado 4	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado 4	3	-	4	4 (3,25-4)	0,629	0,25
Andar <10m no adaptado 4	7	3 (1-4)	8	4 (0,75-4)	0,463	0,25
Desplazarse rápido no adaptado 4	9	4 (2,5-4)	7	4 (3-4)	0,918	0,04
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 4	5	3 (3-4)	6	3,5 (2-4)	0,792	0,1
Desplazarse con ayuda no adaptado 4	3	0 (0-)	3	-	0,100	1
Andar >10m no adaptado 4	10	3,5 (2,5-4)	9	4 (1,5-4)	1,000	0
Viajar pasajero no adaptado 4	1	-	-	-	-	-
Conducción no adaptado 4	5	-	2	-	1,000	0
Montar en animales no adaptado 4	1	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 4	8	3,5 (3-4)	7	4 (3-4)	0,536	0,22
Cepillarse dientes no adaptado 4	2	3 (2-)	2	3,5 (3-)	1,000	0,25
Higiene excreción no adaptado 4	4	3,5 (3-4)	3	-	0,400	0,5
Vestirse no adaptado 4	7	4 (3-4)	6	4 (2,5-4)	0,836	0,1
Uso cubiertos no adaptado 4	5	-	3	4 (3-)	0,571	0,34
Abrir botellas no adaptado 4	3	-	3	4 (3-)	0,700	0,34
Manejo bienestar no adaptado 4	8	4 (3-4)	7	-	0,232	0,38
Peinarse-Afeitado no adaptado 4	4	-	3	-	1,000	0
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 4	3	4 (1-)	6	4 (1,5-4)	1,000	0
Participar asociaciones no adaptado 4	2	3,5 (3-)	1	-	0,667	0,5
Actividades tiempo libre no adaptado 4	1	-	2	-	1,000	1
Participación obras sociales no adaptado 4	-	-	3	-	-	-
Autonomía no adaptado 4	8	3 (2,25-4)	5	-	0,065	0,63
Participar política no adaptado 4	1	-	-	-	-	-

ANEXO IX. ANOVA de Friedman y prueba de comparaciones por pareja en las cuatro mediciones para los ítems adaptados y no adaptados relativos de la CIF, en función de la edad.

ÍTEMS	Edad (años)		Mediciones					
	<=70	>70	V0- V60	V0- V120	V0- V365	V60- V120	V60- V365	V120- V365
	ANOVA FRIEDMAN P							
Cambiar posturas	0,116	0,274	-	-	-	-	-	-
Mantener sentado	0,986	0,392	-	-	-	-	-	-
Transferencias	0,887	0,668	-	-	-	-	-	-
Mantener bipedestación	0,682	0,178	-	-	-	-	-	-
Levantar objetos	0,112	0,181	-	-	-	-	-	-
Mover objetos con MMII	0,088	0,644	-	-	-	-	-	-
Movilidad fina mano	0,063	0,442	-	-	-	-	-	-
Uso mano y brazo	0,580	0,660	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos	0,015	0,392	-	-	-	0,069	-	-
Andar <10m	0,193	0,945	-	-	-	-	-	-
Desplazarse rápido	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia	0,147	0,577	-	-	-	-	-	-
Desplazarse con ayuda	0,392	0,131	-	-	-	-	-	-
Andar >10m	0,520	0,466	-	-	-	-	-	-
Viajar pasajero	0,349	0,392	-	-	-	-	-	-
Conducción	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Montar en animales	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Lavarse	0,056	0,404	-	-	-	-	-	-
Cepillarse dientes	0,585	0,194	-	-	-	-	-	-
Higiene excreción	0,420	0,190	-	-	-	-	-	-
Vestirse	0,170	0,064	-	-	-	-	-	-
Uso cubiertos	0,035	0,231	-	-	-	-	-	0,069
Abrir botellas	0,646	0,994	-	-	-	-	-	-
Manejo bienestar	0,220	0,392	-	-	-	-	-	-
Peinarse-Afeitado	0,619	0,951	-	-	-	-	-	-
Incontinencia-estreñimiento	0,439	0,069	-	-	-	-	-	-
Participar asociaciones	0,162	0,448	-	-	-	-	-	-
Actividades tiempo libre	0,372	0,245	-	-	-	-	-	-
Participación obras sociales	0,392	0,145	-	-	-	-	-	-

Autonomía	0,436	0,881	-	-	-	-	-	-
Participar política	0,801	0,194	-	-	-	-	-	-

ÍTEMS	Edad (años)		Mediciones					
	<=70	>70	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365
	ANOVA FRIEDMAN P							
Cambiar posturas no adaptado	1,000	0,392	-	-	-	-	-	-
Mantener sentado no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Transferencias no adaptado	0,392	1,000	-	-	-	-	-	-
Mantener bipedestación no adaptado	0,392	0,494	-	-	-	-	-	-
Levantar objetos no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Mover objetos con MMII no adaptado	1,000	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Movilidad fina mano no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Uso mano y brazo no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Andar <10m no adaptado	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Desplazarse rápido no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado	0,572	0,392	-	-	-	-	-	-
Desplazarse con ayuda no adaptado	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Andar >10m no adaptado	0,194	1,000	-	-	-	-	-	-
Viajar pasajero no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Conducción no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Lavarse no	0,615	0,392	-	-	-	-	-	-

adaptado								
Cepillarse dientes no adaptado	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Higiene excreción no adaptado	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Vestirse no adaptado	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Uso cubiertos no adaptado	0,163	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Abrir botellas no adaptado	No se puede calcular	0,392	-	-	-	-	-	-
Manejo bienestar no adaptado	1,000	1,000	-	-	-	-	-	-
Peinarse-Afeitado no adaptado	0,284	0,514	-	-	-	-	-	-
Incontinencia-estreñimiento no adaptado	0,392	0,776	-	-	-	-	-	-
Participar asociaciones no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Actividades tiempo libre no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Participación obras sociales no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Autonomía no adaptado	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Participar política no adaptado	0,392	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-

ANEXO X. Análisis de las variables relativas a los ítems de la CIF (adaptado y no adaptado) por disfunción musculoesquelética. Se muestran percentiles de los ítems de las cuatro valoraciones.

Ítems	DISFUNCIÓN MUSCULOESQUELÉTICA					
	No		Sí		P U de Mann- Whitney	Tamaño del efecto
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3		
Cambiar posturas adaptado 1	28	0 (0-2)	17	1 (0-2)	0,366	0,16
Mantener sentado adaptado 1	28	0 (0-0)	17	0 (0-0)	0,267	0,12
Transferencias adaptado 1	28	1 (0-2)	17	1 (0-2)	0,808	0,05
Mantener bipedestación adaptado 1	28	1,5 (0-3)	17	2 (1-3)	0,287	0,19
Levantar objetos adaptado 1	28	0 (0-0)	17	0 (0-1)	0,923	0,02
Mover objetos con MMII adaptado 1	28	0,5 (0-2,75)	16	0 (0-1,75)	0,412	0,14
Movilidad fina mano adaptado 1	28	0 (0-2)	17	0 (0-2)	0,842	0,04
Uso mano y brazo adaptado 1	28	1 (0-2)	17	2 (0-2,5)	0,529	0,11
Agarre objetos redondos adaptado 1	27	0 (0-0)	17	0 (0-1,5)	0,214	0,19
Andar <10m adaptado 1	28	1 (0-2,75)	17	1 (0-2)	0,769	0,06
Desplazarse rápido adaptado 1	19	4 (4-4)	11	4 (4-4)	0,553	0,14
Desplazarse por sala Fisioterapia adaptado 1	26	1 (0-2)	16	0 (0-1)	0,054	0,34
Desplazarse con ayuda adaptado 1	13	0 (0-3)	8	0 (0-3,75)	0,972	0,02
Andar >10m adaptado 1	28	3 (1,25-4)	17	3 (1,5-4)	0,981	0,01
Viajar pasajero adaptado 1	27	0 (0-0)	17	0 (0-0,5)	0,843	0,03
Conducción adaptado 1	4	2 (1-3,75)	3	4 (1-)	0,629	0,34
Montar en animales adaptado 1	-	-	1	-	-	-
Lavarse adaptado 1	28	0 (0-1,75)	17	0 (0-1)	0,532	0,1
Cepillarse dientes adaptado 1	26	0 (0-0)	17	0 (0-0)	0,869	0,02
Higiene excreción adaptado 1	28	0 (0-1)	17	0 (0-0,5)	0,598	0,08
Vestirse adaptado 1	28	1 (0-2)	16	1,5 (0-2,75)	0,457	0,13
Uso cubiertos adaptado 1	28	1 (0-2)	17	0 (0-1,5)	0,184	0,23
Abrir botellas adaptado 1	26	1 (0-2)	17	0 (0-2)	0,165	0,23
Manejo bienestar adaptado 1	23	0 (0-1)	16	0 (0-0)	0,724	0,07
Peinarse-afeitado adaptado 1	27	0 (0-1)	17	0 (0-1)	0,962	0,01
Incontinencia-estreñimiento adaptado 1	26	0 (0-2)	17	0 (0-1)	0,645	0,08
Participar asociaciones adaptado 1	28	0 (0-1)	17	0 (0-0,5)	0,296	0,16
Actividades tiempo libre adaptado 1	24	0 (0-2)	17	2 (0-4)	0,155	0,25
Participación obras sociales adaptado 1	7	0 (0-2)	10	2,5 (0-4)	0,109	0,49
Autonomía adaptado 1	26	0 (0-2,25)	17	0 (0-2)	0,546	0,1
Participar política adaptado 1	28	0 (0-0,75)	17	0 (0-0)	0,299	0,14
Cambiar posturas adaptado 2	24	0 (0-1)	13	1 (1-2)	0,028	0,44
Mantener sentado adaptado 2	24	0 (0-0)	13	0 (0-1)	0,212	0,26
Transferencias adaptado 2	24	1 (0-1,75)	13	1 (0-2)	0,863	0,04
Mantener bipedestación adaptado 2	24	2 (0-2)	13	2 (2-3,5)	0,150	0,3
Levantar objetos adaptado 2	24	0 (0-0)	13	0 (0-0,5)	0,814	0,06
Mover objetos con MMII adaptado 2	21	0 (0-0,5)	13	0 (0-4)	0,232	0,26
Movilidad fina mano adaptado 2	22	0 (0-1)	11	2 (1-3)	0,006	0,59
Uso mano y brazo adaptado 2	24	1 (0-1,75)	13	1 (1-3)	0,276	0,23
Agarre objetos redondos adaptado 2	24	0 (0-0)	13	0 (0-0)	0,582	0,12
Andar <10m adaptado 2	24	0 (0-2)	13	2 (1-2,5)	0,089	0,35
Desplazarse rápido adaptado 2	3	0 (0-)	2	-	0,400	0,67
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 2	23	0 (0-1)	13	0 (0-1)	0,897	0,04
Desplazarse con ayuda adaptado 2	9	0 (0-1)	8	1 (0-3)	0,236	0,37
Andar >10m adaptado 2	23	2 (0-4)	12	3 (0,5-4)	0,294	0,23
Viajar pasajero adaptado 2	24	0 (0-0)	13	0 (0-0)	1,000	0

Conducción adaptado 2	7	2 (2-4)	1	-	0,500	0,58
Montar en animales adaptado 2	-	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 2	24	0 (0-0,75)	13	0 (0-1)	0,672	0,09
Cepillarse dientes adaptado 2	21	0 (0-0)	13	0 (0-0)	1,000	0,01
Higiene excreción adaptado 2	24	0 (0-0)	13	0 (0-1)	0,212	0,26
Vestirse adaptado 2	24	1 (0-2)	13	1 (0-1,5)	0,937	0,02
Uso cubiertos adaptado 2	24	0 (0-2)	13	0 (0-2)	0,888	0,04
Abrir botellas adaptado 2	23	0 (0-2)	12	0 (0-1,75)	0,824	0,05
Manejo bienestar adaptado 2	24	0 (0-0,75)	12	0 (0-0)	0,631	0,11
Peinarse-afeitado adaptado 2	24	0 (0-1)	13	0 (0-2)	0,604	0,11
Incontinencia-estreñimiento adaptado 2	22	0 (0-1)	13	1 (0-1,5)	0,448	0,17
Participar asociaciones adaptado 2	24	0 (0-1)	13	0 (0-2)	0,962	0,01
Actividades tiempo libre adaptado 2	23	0 (0-2)	11	0 (0-2)	0,913	0,03
Participación obras sociales adaptado 2	4	0 (0-1,5)	7	2 (1-3)	0,109	0,65
Autonomía adaptado 2	23	0 (0-1)	11	1 (0-1)	0,243	0,26
Participar política adaptado 2	23	0 (0-0)	12	0 (0-0)	0,905	0,03
Cambiar posturas adaptado 3	19	0 (0-1)	12	1 (0-2)	0,205	0,28
Mantener sentado adaptado 3	19	0 (0-0)	12	3 (1-)	0,646	0,11
Transferencias adaptado 3	19	0 (0-1)	12	1,5 (0-2)	0,101	0,36
Mantener bipedestación adaptado 3	19	2 (0-2)	12	2 (1-3)	0,484	0,16
Levantar objetos adaptado 3	19	0 (0-0)	12	0 (0-0)	0,734	0,08
Mover objetos con MMII adaptado 3	17	0 (0-0,5)	10	1 (0-1,5)	0,170	0,33
Movilidad fina mano adaptado 3	19	0 (0-1)	12	0 (0-2)	0,484	0,16
Uso mano y brazo adaptado 3	19	1 (0-2)	12	2 (1-3,75)	0,053	0,42
Agarre objetos redondos adaptado 3	19	0 (0-1)	12	0 (0-2)	0,346	0,22
Andar <10m adaptado 3	19	0 (0-2)	12	2 (1,25-2)	0,093	0,37
Desplazarse rápido adaptado 3	8	3 (0,25-4)	2	3 (2-)	0,711	0,19
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 3	19	0 (0-1)	12	0 (0-2)	0,765	0,08
Desplazarse con ayuda adaptado 3	7	0 (0-0)	6	1,5 (0-4)	0,366	0,34
Andar >10m adaptado 3	19	2 (0-3)	12	4 (2,25-4)	0,028	0,47
Viajar pasajero adaptado 3	19	0 (0-0)	12	0 (0-0)	0,734	0,08
Conducción adaptado 3	7	1 (1-4)	1	-	0,500	0,58
Montar en animales adaptado 3	-	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 3	19	0 (0-1)	12	0,5 (0-1,75)	0,562	0,13
Cepillarse dientes adaptado 3	17	0 (0-0)	12	0 (0-0)	0,913	0,03
Higiene excreción adaptado 3	19	0 (0-0)	12	-	0,346	0,22
Vestirse adaptado 3	19	1 (0-1)	12	1 (0-2,75)	0,412	0,18
Uso cubiertos adaptado 3	19	1 (0-2)	12	0 (0-1,75)	0,389	0,2
Abrir botellas adaptado 3	18	0 (0-1,25)	12	1,5 (0-2,75)	0,104	0,36
Manejo bienestar adaptado 3	19	0 (0-0)	12	0 (0-0)	0,734	0,08
Peinarse-afeitado adaptado 3	18	0 (0-1)	12	0 (0-1,75)	0,662	0,11
Incontinencia-estreñimiento adaptado 3	18	0 (0-1)	12	1,5 (0-2)	0,134	0,33
Participar asociaciones adaptado 3	19	1 (0-2)	12	0 (0-0)	0,085	0,38
Actividades tiempo libre adaptado 3	19	0 (0-2)	12	0 (0-3)	1,000	0,01
Participación obras sociales adaptado 3	4	2,5 (0,5-3,75)	9	4 (1,5-4)	0,414	0,34
Autonomía adaptado 3	19	0 (0-1)	12	0 (0-1,75)	0,921	0,03
Participar política adaptado 3	19	0 (0-0)	12	-	0,826	0,06
Cambiar posturas adaptado 4	13	0 (0-0)	7	0 (0-2)	0,183	0,38
Mantener sentado adaptado 4	13	0 (0-0)	7	-	0,588	0,16
Transferencias adaptado 4	13	0 (0-1)	7	1 (0-2)	0,351	0,28
Mantener bipedestación adaptado 4	13	1 (0-2,5)	7	1 (0-2)	0,877	0,05
Levantar objetos adaptado 4	13	-	7	0 (0-0)	0,643	0,15
Mover objetos con MMII adaptado 4	12	0 (0-0)	7	0 (0-0)	0,902	0,04
Movilidad fina mano adaptado 4	13	0 (0-0)	7	0 (0-0)	1,000	0,02

Uso mano y brazo adaptado 4	13	2 (0-2)	7	2 (0-3)	0,877	0,06
Agarre objetos redondos adaptado 4	13	0 (0-0)	7	0 (0-2)	0,311	0,29
Andar <10m adaptado 4	13	0 (0-1)	7	1 (0-4)	0,275	0,32
Desplazarse rápido adaptado 4	12	2 (2-4)	7	4 (0-4)	0,650	0,14
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 4	13	0 (0-0)	7	0 (0-1)	0,699	0,11
Desplazarse con ayuda adaptado 4	2	2 (0-)	5	0 (0-4)	0,857	0,1
Andar >10m adaptado 4	12	2 (0,25-2)	7	3 (0-4)	0,592	0,16
Viajar pasajero adaptado 4	12	0 (0-0)	7	-	0,773	0,09
Conducción adaptado 4	6	4 (2-4)	4	-	0,476	0,34
Montar en animales adaptado 4	1	-	-	0 (0-0)	-	-
Lavarse adaptado 4	13	-	7	-	0,643	0,15
Cepillarse dientes adaptado 4	13	0 (0-0)	6	0 (0-1)	0,765	0,11
Higiene excreción adaptado 4	13	0 (0-0)	7	0 (0-0)	1,000	0,02
Vestirse adaptado 4	13	0 (0-1)	7	0 (0-0)	0,757	0,1
Uso cubiertos adaptado 4	13	0 (0-0)	7	-	0,817	0,08
Abrir botellas adaptado 4	13	0 (0-1,5)	7	0 (0-0)	0,485	0,2
Manejo bienestar adaptado 4	13	-	7	-	1,000	0
Peinarse-afeitado adaptado 4	13	0 (0-0)	7	0 (0-0)	1,000	0,02
Incontinencia-estreñimiento adaptado 4	13	0 (0-0)	7	0 (0-1)	0,643	0,14
Participar asociaciones adaptado 4	13	0 (0-0,5)	7	0 (0-0)	0,757	0,1
Actividades tiempo libre adaptado 4	13	0 (0-0)	6	0 (0-4)	0,368	0,29
Participación obras sociales adaptado 4	-	-	5	4 (0-4)	-	-
Autonomía adaptado 4	13	3 (0-3,5)	7	2 (0-4)	0,757	0,09
Participar política adaptado 4	13	0 (0-0)	7	-	0,817	0,08

Ítems	DISFUNCIÓN MUSCULOESQUELÉTICA					
	No		Sí		P U de Mann- Whitney	Tamaño del efecto
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3		
Cambiar posturas no adaptado 1	14	4 (3-4)	8	4 (1,75-4)	0,868	0,05
Mantener sentado no adaptado 1	4	2,5 (1,25-3,75)	5	3 (0-3)	0,556	0,25
Transferencias no adaptado 1	22	3 (2,75-4)	14	4 (3-4)	0,296	0,22
Mantener bipedestación no adaptado 1	17	4 (3-4)	13	4 (3-4)	0,967	0,01
Levantar objetos no adaptado 1	4	3 (3-3,75)	3	0 (0-)	0,114	0,75
Mover objetos con MMII no adaptado 1	7	4 (4-4)	6	4 (3,25-4)	0,945	0,05
Movilidad fina mano no adaptado 1	4	3,5 (3-4)	4	1,5 (0-3,75)	0,343	0,5
Uso mano y brazo no adaptado 1	1	-	2	1 (0-)	1,000	0,5
Agarre objetos redondos no adaptado 1	4	2,5 (0,25-4)	4	1,5 (0-3,75)	0,686	0,25
Andar <10m no adaptado 1	18	4 (3-4)	11	4 (3-4)	0,740	0,08
Desplazarse rápido no adaptado 1	9	4 (4-4)	4	-	0,825	0,12
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 1	16	4 (3-4)	11	4 (2-4)	1,000	0,01
Desplazarse con ayuda no adaptado 1	7	4 (2-4)	5	-	0,268	0,43
Andar >10m no adaptado 1	20	4 (3,25-4)	12	4 (4-4)	0,408	0,19
Viajar pasajero no adaptado 1	3	3 (2-)	5	3 (0-4)	0,786	0,14
Conducción no adaptado 1	-	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado 1	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 1	22	4 (3-4)	11	4 (4-4)	0,375	0,2
Cepillarse dientes no adaptado 1	5	4 (3-4)	2	-	1,000	0,2
Higiene excreción no adaptado 1	10	4 (3-4)	6	-	0,368	0,3
Vestirse no adaptado 1	21	4 (3-4)	10	4 (3,75-4)	0,217	0,29
Uso cubiertos no adaptado 1	17	3 (3-4)	7	4 (2-4)	0,757	0,09

Abrir botellas no adaptado 1	8	4 (3-4)	7	4 (3-4)	1,000	0
Manejo bienestar no adaptado 1	14	4 (3-4)	7	4 (2-4)	0,636	0,15
Peinarse-Afeitado no adaptado 1	12	3 (1-4)	8	4 (2,25-4)	0,427	0,22
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 1	5	3 (3-4)	8	2,5 (1 (3,75))	0,222	0,45
Participar asociaciones no adaptado 1	2	-	2	1,5 (0-)	0,667	0,5
Actividades tiempo libre no adaptado 1	4	-	4	4 (2,5-4)	0,686	0,25
Participación obras sociales no adaptado 1	6	4 (3,5-4)	6	4 (2,75-4)	0,699	0,14
Autonomía no adaptado 1	16	4 (4-4)	7	4 (3-4)	0,492	0,19
Participar política no adaptado 1	14	4 (3-4)	6	3 (0-3,5)	0,130	0,58
Cambiar posturas no adaptado 2	8	4 (2,25-4)	7	4 (3-4)	0,779	0,11
Mantener sentado no adaptado 2	-	-	5	3 (0,5-4)	-	-
Transferencias no adaptado 2	11	4 (3-4)	9	4 (3-4)	0,656	0,13
Mantener bipedestación no adaptado 2	8	4 (2,25-4)	9	4 (3,5-4)	0,541	0,19
Levantar objetos no adaptado 2	2	3,5 (3-)	2	1 (0-)	0,333	1
Mover objetos con MMII no adaptado 2	4	4 (2,5-4)	2	3,5 (3-)	0,800	0,13
Movilidad fina mano no adaptado 2	4	3 (0,75-3,75)	3	4 (3-)	0,400	0,5
Uso mano y brazo no adaptado 2	-	-	2	2 (0-)	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado 2	2	3,5 (3-)	2	1,5 (0-)	0,333	0,75
Andar <10m no adaptado 2	12	4 (4-4)	11	4 (4-4)	0,786	0,08
Desplazarse rápido no adaptado 2	1	-	2	-	1,000	1
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 2	11	4 (3-4)	10	4 (3-4)	0,918	0,03
Desplazarse con ayuda no adaptado 2	4	4 (3,25-4)	4	3,5 (3-4)	0,686	0,25
Andar >10m no adaptado 2	13	4 (4-4)	7	-	0,588	0,16
Viajar pasajero no adaptado 2	2	2,5 (1-)	2	3,5 (3-)	1,000	0,25
Conducción 2	-	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado 2	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 2	18	4 (2,75-4)	11	4 (4-4)	0,276	0,25
Cepillarse dientes no adaptado 2	4	2,5 (0,5-3,75)	4	3 (2,25-3,75)	0,686	0,25
Higiene excreción no adaptado 2	6	4 (3,75-4)	5	3 (3-4)	0,247	0,44
Vestirse no adaptado 2	7	4 (3-4)	9	4 (3-4)	0,833	1,31
Uso cubiertos no adaptado 2	14	4 (3-4)	4	3 (3-3,75)	0,574	0,22
Abrir botellas no adaptado 2	8	4 (3-4)	4	4 (3-)	1,000	0,22
Manejo bienestar no adaptado 2	16	3,5 (3-4)	6	4 (3-5,25)	0,261	0,34
Peinarse-Afeitado no adaptado 2	12	3 (2,25-4)	7	3 (2-3)	0,482	0,21
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 2	8	3 (2,25-4)	7	3 (3-4)	0,694	0,13
Participar asociaciones no adaptado 2	5	3 (2,5-4)	1	-	0,333	1
Actividades tiempo libre	2	-	3	3 (0-)	0,800	0,34

no adaptado 2						
Participación obras sociales no adaptado 2	1	-	5	-	0,333	1
Autonomía no adaptado 2	11	4 (4-4)	4	2 (0,25-3,75)	0,056	0,66
Participar política no adaptado 2	5	4 (2,5-4)	3	3 (3-)	0,786	0,14
Cambiar posturas no adaptado 3	6	4 (2,75-4)	6	4 (2,75-4)	1,000	0
Mantener sentado no adaptado 3	1	-	3	3 (1-)	1,000	0,34
Transferencias no adaptado 3	9	4 (3-4)	8	4 (4-4)	0,277	0,34
Mantener bipedestación no adaptado 3	13	3 (2,5-4)	9	4 (3-4)	0,357	0,24
Levantar objetos no adaptado 3	-	-	1	-	-	-
Mover objetos con MMII no adaptado 3	3	-	4	-	1,000	0
Movilidad fina mano no adaptado 3	2	-	3	4 (3-)	0,800	0,34
Uso mano y brazo no adaptado 3	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado 3	-	-	1	-	-	-
Andar <10m no adaptado 3	11	3 (1-4)	8	4 (4-4)	0,109	0,46
Desplazarse rápido no adaptado 3	-	-	1	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 3	12	3 (2,25-4)	7	3 (3-4)	0,592	0,16
Desplazarse con ayuda no adaptado 3	5	4 (3,5-4)	3	4 (3-)	0,786	0,14
Andar >10m no adaptado 3	11	4 (4-4)	3	4 (3-)	0,885	0,1
Viajar pasajero no adaptado 3	2	2 (0-)	1	-	1,000	0
Conducción no adaptado 3	1	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado 3	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 3	16	4 (3-4)	8	-	0,153	0,38
Cepillarse dientes no adaptado 3	5	4 (3,5-4)	4	-	0,730	0,2
Higiene excreción no adaptado 3	5	4 (3-4)	5	4 (2,5-4)	0,841	0,12
Vestirse no adaptado 3	13	4 (3,5-4)	10	4 (3,75-4)	0,927	0,04
Uso cubiertos no adaptado 3	8	3,5 (3-4)	3	4 (3-)	0,776	0,17
Abrir botellas no adaptado 3	7	4 (3-4)	1	-	0,750	0,43
Manejo bienestar no adaptado 3	12	4 (3-4)	6	4 (3,75-4)	0,437	0,25
Peinarse-Afeitado no adaptado 3	9	3 (2,5-4)	5	4 (3,5-4)	0,240	0,4
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 3	4	4 (2,5-4)	7	4 (4-4)	1,000	0,08
Participar asociaciones no adaptado 3	6	4 (3-4)	2	-	0,643	0,34
Actividades tiempo libre no adaptado 3	-	-	-	-	-	-
Participación obras sociales no adaptado 3	3	-	2	-	1,000	0
Autonomía no adaptado 3	12	4 (3-4)	5	4 (2,5-4)	0,959	0,04
Participar política no adaptado 3	2	2,5 (2-)	-	-	-	-
Cambiar posturas no adaptado 4	1	-	2	-	1,000	1
Mantener sentado no adaptado 4	2	1 (0-)	2	-	0,333	1
Transferencias	2	3,5 (3-)	1	-	1,000	0,5

no adaptado 4						
Mantener bipedestación no adaptado 4	7	4 (3-4)	6	4 (3-4)	1,000	0
Levantar objetos no adaptado 4	8	4 (3,25-4)	4	-	0,570	0,25
Mover objetos con MMII no adaptado 4	3	4 (0-)	3	3 (2-)	0,700	0,34
Movilidad fina mano no adaptado 4	5	4 (3,5-4)	2	-	1,000	0,2
Uso mano y brazo no adaptado no adaptado 4	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado 4	6	4 (3,75-4)	1	-	1,000	0,17
Andar <10m no adaptado 4	8	3 (0,25-4)	7	4 (2-4)	0,536	0,22
Desplazarse rápido no adaptado 4	9	4 (2,5-4)	7	4 (3-4)	0,918	0,04
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 4	5	3 (2-4)	6	3,5 (3-4)	0,428	0,3
Desplazarse con ayuda no adaptado 4	2	2,5 (1-)	4	2 (0-4)	0,800	0,25
Andar >10m no adaptado 4	12	4 (1,25-4)	7	3 (3-4)	0,837	0,06
Viajar pasajero no adaptado 4	-	-	1	-	-	-
Conducción no adaptado 4	4	-	3	-	1,000	0
Montar en animales no adaptado 4	1	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 4	9	4 (3-4)	6	4 (3-4)	0,776	0,12
Cepillarse dientes no adaptado 4	2	2,5 (2-)	2	-	0,333	1
Higiene excreción no adaptado 4	4	3,5 (3-4)	3	-	0,400	0,5
Vestirse no adaptado 4	8	4 (3-4)	5	4 (3,5-4)	0,622	0,2
Uso cubiertos no adaptado 4	5	-	3	4 (3-)	0,571	0,34
Abrir botellas no adaptado 4	4	-	2	3,5 (3-)	0,533	0,5
Manejo bienestar no adaptado 4	11	4 (4-4)	4	4 (3,25-4)	0,949	0,05
Peinarse-Afeitado no adaptado 4	3	-	4	-	1,000	0
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 4	3	4 (2-)	6	4 (0,75-4)	0,905	0,12
Participar asociaciones no adaptado 4	3	3 (3-)	-	-	-	-
Actividades tiempo libre no adaptado 4	1	-	2	-	1,000	1
Participación obras sociales no adaptado 4	-	-	3	-	-	-
Autonomía no adaptado 4	9	4 (3-4)	4	4 (2,5-4)	0,825	0,12
Participar política no adaptado 4	1	-	-	-	-	-

ANEXO XI. ANOVA de Friedman y prueba de comparaciones por pareja en las cuatro mediciones para los ítems adaptados y no adaptados relativos de la CIF, en función de la disfunción musculoesquelética.

ÍTEMS	Disfunción musculoesquelética		Mediciones					
	No	Sí	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365
	ANOVA FRIEDMAN P							
Cambiar posturas	0,067	0,527	-	-	-	-	-	-
Mantener sentado	0,855	1,000	-	-	-	-	-	-
Transferencias	0,744	0,634	-	-	-	-	-	-
Mantener bipedestación	0,895	0,063	-	-	-	-	-	-
Levantar objetos	0,392	0,603	-	-	-	-	-	-
Mover objetos con MMII	0,072	0,529	-	-	-	-	-	-
Movilidad fina mano	0,134	0,153	-	-	-	-	-	-
Uso mano y brazo	0,378	0,790	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos	0,516	0,093	-	-	-	-	-	-
Andar <10m	0,747	0,646	-	-	-	-	-	-
Desplazarse rápido	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia	0,014	0,861	-	-	0,048	-	-	-
Desplazarse con ayuda	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Andar >10m	0,577	0,338	-	-	-	-	-	-
Viajar pasajero	0,522	0,204	-	-	-	-	-	-
Conducción	0,392	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Montar en animales	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Lavarse	0,072	0,498	-	-	-	-	-	-
Cepillarse dientes	0,836	0,494	-	-	-	-	-	-
Higiene excreción	0,348	0,212	-	-	-	-	-	-
Vestirse	0,049	0,274	-	-	0,028	-	-	-
Uso cubiertos	0,024	0,494	-	-	0,048	-	-	-
Abrir botellas	0,515	0,292	-	-	-	-	-	-
Manejo bienestar	0,290	0,392	-	-	-	-	-	-
Peinarse-Afeitado	0,720	0,934	-	-	-	-	-	-
Incontinencia-estreñimiento	0,409	0,164	-	-	-	-	-	-
Participar asociaciones	0,066	0,194	-	-	-	-	-	-
Actividades	0,152	0,479	-	-	-	-	-	-

tiempo libre								
Participación obras sociales	No se puede calcular	0,043	-	-	-	0,075	-	0,075
Autonomía	0,647	0,926	-	-	-	-	-	-
Participar política	0,557	1,000	-	-	-	-	-	-

ÍTEMS	Disfunción musculoesquelética		Mediciones					
	No	Sí	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365
	ANOVA FRIEDMAN P							
Cambiar posturas no adaptado	0,392	1,000	-	-	-	-	-	-
Mantener sentado no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Transferencias no adaptado	0,392	1,000	-	-	-	-	-	-
Mantener bipedestación no adaptado	0,392	0,494	-	-	-	-	-	-
Levantar objetos no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Mover objetos con MMII no adaptado	1,000	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Movilidad fina mano no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Uso mano y brazo no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Andar <10m no adaptado	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Desplazarse rápido no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado	0,194	1,000	-	-	-	-	-	-
Desplazarse con ayuda no adaptado	No se puede calcular	0,572	-	-	-	-	-	-
Andar >10m no adaptado	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Viajar pasajero no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Conducción no adaptado	No se puede	No se puede	-	-	-	-	-	-

	calcular	calcular						
Montar en animales no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado	0,771	0,392	-	-	-	-	-	-
Cepillarse dientes no adaptado	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Higiene excreción no adaptado	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Vestirse no adaptado	0,788	0,733	-	-	-	-	-	-
Uso cubiertos no adaptado	0,163	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Abrir botellas no adaptado	0,392	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Manejo bienestar no adaptado	1,000	1,000	-	-	-	-	-	-
Peinarse-Afeitado no adaptado	0,706	0,514	-	-	-	-	-	-
Incontinencia-estreñimiento no adaptado	No se puede calcular	0,392	-	-	-	-	-	-
Participar asociaciones no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Actividades tiempo libre no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Participación obras sociales no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Autonomía no adaptado	0,392	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Participar política no adaptado	0,392	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-

ANEXO XII. Análisis de las variables relativas a los ítems de la CIF (adaptado y no adaptado) por limitación funcional. Se muestran percentiles de los ítems de las cuatro valoraciones.

Ítems	LIMITACIÓN FUNCIONAL					
	No		Sí		P U de Mann- Whitney	Tamaño del efecto
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3		
Cambiar posturas adaptado 1	34	0 (0-2)	11	2 (0-3)	0,111	0,33
Mantener sentado adaptado 1	34	0 (0-0)	11		0,396	0,18
Transferencias adaptado 1	34	1 (0-2)	11	1 (0-2)	0,706	0,09
Mantener bipedestación adaptado 1	34	1,5 (0-3)	11	2 (1-3)	0,266	0,23
Levantar objetos adaptado 1	34	0 (0-0,25)	11	0 (0-0)	0,785	0,06
Mover objetos con MMII adaptado 1	34	0 (0-2,25)	10	0,5 (0-1,5)	0,730	0,08
Movilidad fina mano adaptado 1	34	0 (0-2)	11	0 (0-2)	0,990	0,01
Uso mano y brazo adaptado 1	34	1 (0-2)	11	1 (0-2)	0,611	0,11
Agarre objetos redondos adaptado 1	33	0 (0-0,5)	11	0 (0-1)	0,406	0,18
Andar <10m adaptado 1	34	1 (0-2)	11	2 (1-3)	0,124	0,32
Desplazarse rápido adaptado 1	23	4 (4-4)	7	-	0,413	0,22
Desplazarse por sala Fisioterapia adaptado 1	32	1 (0-2)	10	0 (0-1)	0,182	0,29
Desplazarse con ayuda adaptado 1	14	0 (0-3)	7	0 (0-4)	0,799	0,08
Andar >10m adaptado 1	34	3 (0,75-4)	11	3 (3-4)	0,058	0,38
Viajar pasajero adaptado 1	33	0 (0-0)	11	0 (0-1)	0,334	0,2
Conducción adaptado 1	5	3 (1-4)	2	1,5 (1-)	1,000	0
Montar en animales adaptado 1	-	-	1	-	-	-
Lavarse adaptado 1	34	0 (0-1)	11	0 (0-2)	0,745	0,07
Cepillarse dientes adaptado 1	32	0 (0-0)	11	0 (0-0)	0,794	0,06
Higiene excreción adaptado 1	34	0 (0-1)	11	0 (0-2)	0,948	0,02
Vestirse adaptado 1	34	1 (0-2)	10	2 (0-3)	0,431	0,18
Uso cubiertos adaptado 1	34	1 (0-2)	11	0 (0-2)	0,457	0,16
Abrir botellas adaptado 1	32	0 (0-2)	11	0 (0-2)	0,859	0,04
Manejo bienestar adaptado 1	29	0 (0-0,5)	10	0 (0-0,5)	0,937	0,02
Peinarse-afeitado adaptado 1	33	0 (0-0,5)	11	0 (0-2)	0,728	0,08
Incontinencia-estreñimiento adaptado 1	32	0 (0-1)	11	0 (0-1)	0,967	0,02
Participar asociaciones adaptado 1	34	0 (0-1)	11	0 (0-1)	0,725	0,08
Actividades tiempo libre adaptado 1	30	0 (0-2,25)	11	3 (0-4)	0,156	0,3
Participación obras sociales adaptado 1	11	0 (0-3)	6	3 (0-4)	0,180	0,41
Autonomía adaptado 1	32	0 (0-2)	11	0 (0-2)	0,773	0,07
Participar política adaptado 1	34	0 (0-0)	11	0 (0-0)	0,927	0,03
Cambiar posturas adaptado 2	27	0 (0-1)	10	1,5 (0,75-2)	0,084	0,38
Mantener sentado adaptado 2	27	0 (0-0)	10	0 (0-1)	0,353	0,21
Transferencias adaptado 2	27	1 (0-2)	10	0,5 (0-1,25)	0,625	0,11
Mantener bipedestación adaptado 2	27	2 (0-2)	10	2 (1,75-4)	0,242	0,26
Levantar objetos adaptado 2	27	0 (0-0)	10	0 (0-1)	0,533	0,14
Mover objetos con MMII adaptado 2	24	0 (0-0,75)	10	0,5 (0-4)	0,254	0,26
Movilidad fina mano adaptado 2	25	0 (0-1,5)	8	1,5 (1-3)	0,025	0,53
Uso mano y brazo adaptado 2	27	1 (0-2)	10	1,5 (0,75-3)	0,408	0,19
Agarre objetos redondos adaptado 2	27	0 (0-0)	10	0 (0-0,25)	0,468	0,17
Andar <10m adaptado 2	27	0 (0-2)	10	2 (1-3)	0,048	0,42
Desplazarse rápido adaptado 2	3	0 (0-)	2		0,400	0,67
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 2	26	0 (0-1)	10	0 (0-0,25)	0,320	0,23
Desplazarse con ayuda adaptado 2	10	0 (0-0,5)	7	1 (0-3)	0,109	0,48
Andar >10m adaptado 2	26	2 (0-3,25)	9	4 (1,5-4)	0,119	0,36

Viajar pasajero adaptado 2	27	0 (0-0)	10	0 (0-0,25)	0,775	0,07
Conducción adaptado 2	7	2 (2-4)	1	-	0,500	0,58
Montar en animales adaptado 2	-	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 2	27	0 (0-1)	10	0 (0-1)	0,649	0,11
Cepillarse dientes adaptado 2	24	0 (0-0)	10	0 (0-0,25)	0,780	0,07
Higiene excreción adaptado 2	27	0 (0-0)	10	0 (0-1)	0,555	0,13
Vestirse adaptado 2	27	1 (0-2)	10	1 (0-1)	0,511	0,15
Uso cubiertos adaptado 2	27	0 (0-2)	10	0,5 (0-2)	0,906	0,03
Abrir botellas adaptado 2	26	0 (0-1,25)	9	1 (0-2)	0,516	0,15
Manejo bienestar adaptado 2	27	0 (0-0)	9	0 (0-0,5)	0,914	0,03
Peinarse-afeitado adaptado 2	27	0 (0-1)	10	0,5 (0-2)	0,242	0,26
Incontinencia-estreñimiento adaptado 2	25	0 (0-1)	10	1 (0-1,25)	0,377	0,2
Participar asociaciones adaptado 2	27	0 (0-1)	10	0,5 (0-2,25)	0,448	0,17
Actividades tiempo libre adaptado 2	26	0 (0-2)	8	0 (0-2)	0,952	0,02
Participación obras sociales adaptado 2	6	0,5 (0-2)	5	2 (1-3,5)	0,126	0,57
Autonomía adaptado 2	26	0 (0-1,25)	8	1 (0-1)	0,413	0,21
Participar política adaptado 2	26	0 (0-0)	9	0 (0-0,5)	0,670	0,1
Cambiar posturas adaptado 3	22	0,5 (0-1)	9	0 (0-1,5)	0,949	0,02
Mantener sentado adaptado 3	22	0 (0-0)	9		0,716	0,1
Transferencias adaptado 3	22	0 (0-1)	9	2 (0,5-2,5)	0,037	0,48
Mantener bipedestación adaptado 3	22	2 (0-2)	9	2 (1-3,5)	0,313	0,24
Levantar objetos adaptado 3	22	0 (0-0)	9	-	0,453	0,19
Mover objetos con MMII adaptado 3	20	0 (0-1)	7	1 (0-1)	0,464	0,2
Movilidad fina mano adaptado 3	22	0 (0-1)	9	0 (0-2)	0,535	0,16
Uso mano y brazo adaptado 3	22	1,5 (0-2,25)	9	2 (1-2)	0,685	0,11
Agarre objetos redondos adaptado 3	22	0 (0-1)	9	0 (0-1,5)	0,848	0,06
Andar <10m adaptado 3	22	0 (0-2)	9	2 (1,5-2,5)	0,078	0,42
Desplazarse rápido adaptado 3	8	3 (0,25-4)	2	3 (2-)	0,711	0,19
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 3	22	0 (0-1)	9	0 (0-3)	0,749	0,08
Desplazarse con ayuda adaptado 3	7	0 (0-0)	6	1,5 (0-4)	0,366	0,34
Andar >10m adaptado 3	22	2 (0-3,25)	9	4 (3,5-4)	0,005	0,64
Viajar pasajero adaptado 3	22	0 (0-0)	9	0 (0-1,5)	0,535	0,16
Conducción adaptado 3	7	1 (1-4)	1	-	0,500	0,58
Montar en animales adaptado 3	-	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 3	22	0,5 (0-1)	9	0 (0-2)	0,881	0,04
Cepillarse dientes adaptado 3	20	0 (0-0)	9	0 (0-0)	0,945	0,03
Higiene excreción adaptado 3	22	0 (0-0)	9	-	0,453	0,19
Vestirse adaptado 3	22	1 (0-1)	9	1 (0-2,5)	0,480	0,17
Uso cubiertos adaptado 3	22	0 (0-2)	9	0 (0-2)	0,983	0,02
Abrir botellas adaptado 3	21	0 (0-1)	9	2 (1-3)	0,004	0,64
Manejo bienestar adaptado 3	22	0 (0-0)	9	0 (0-0)	0,915	0,03
Peinarse-afeitado adaptado 3	21	0 (0-1)	9	0 (0-2)	0,504	0,17
Incontinencia-estreñimiento adaptado 3	21	0 (0-1)	9	2 (0-2)	0,077	0,42
Participar asociaciones adaptado 3	22	0 (0-2)	9	0 (0-0,5)	0,292	0,26
Actividades tiempo libre adaptado 3	22	0 (0-2)	9	0 (0-3)	0,983	0,02
Participación obras sociales adaptado 3	6	3,5 (1,5-4)	7	4 (1-4)	1,000	0
Autonomía adaptado 3	22	0 (0-1)	9	0 (0-2,5)	0,685	0,11
Participar política adaptado 3	22	0 (0-0)	9	-	0,848	0,05
Cambiar posturas adaptado 4	15	0 (0-0)	5	1 (0-2)	0,066	0,56
Mantener sentado adaptado 4	15	0 (0-0)	5	-	0,672	0,14
Transferencias adaptado 4	15	0 (0-1)	5	2 (0,5-3)	0,053	0,6
Mantener bipedestación adaptado 4	15	1 (0-2)	5	1 (0-3)	1,000	0,02
Levantar objetos adaptado 4	15	0 (0-0)	5	-	0,866	0,07
Mover objetos con MMII adaptado 4	14	0 (0-0)	5	0 (0-0,5)	0,893	0,05
Movilidad fina mano adaptado 4	15	0 (0-0)	5	-	0,553	0,2

Uso mano y brazo adaptado 4	15	2 (0-2)	5	2 (0-2,5)	1,000	0,02
Agarre objetos redondos adaptado 4	15	0 (0-0)	5	0 (0-1,5)	0,553	0,19
Andar <10m adaptado 4	15	0 (0-1)	5	1 (0-4)	0,306	0,32
Desplazarse rápido adaptado 4	14	2 (2-4)	5	4 (2-4)	0,391	0,28
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 4	15	0 (0-0)	5	0 (0-0,5)	1,000	0,02
Desplazarse con ayuda adaptado 4	3	0 (0-)	4	2 (0-4)	1,000	0,17
Andar >10m adaptado 4	14	2 (0,75-2,25)	5	3 (0-4)	0,622	0,16
Viajar pasajero adaptado 4	14	0 (0-0)	5	-	0,823	0,08
Conducción adaptado 4	7	4 (2-4)	3	-	0,527	0,29
Montar en animales adaptado 4	1	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 4	15	-	5	0 (0-0,5)	0,553	0,2
Cepillarse dientes adaptado 4	15	0 (0-0)	4	0 (0-3)	0,596	0,2
Higiene excreción adaptado 4	15	0 (0-0)	5	0 (0-2)	0,800	0,1
Vestirse adaptado 4	15	0 (0-2)	5	-	0,395	0,27
Uso cubiertos adaptado 4	15	0 (0-0)	5	-	0,866	0,07
Abrir botellas adaptado 4	15	0 (0-1)	5	-	0,306	0,34
Manejo bienestar adaptado 4	15	-	5	-	1,000	0
Peinarse-afeitado adaptado 4	15	0 (0-0)	5	-	0,553	0,2
Incontinencia-estreñimiento adaptado 4	15	0 (0-0)	5	0 (0-0,5)	1,000	0
Participar asociaciones adaptado 4	15	0 (0-0)	5	0 (0-1)	1,000	0,02
Actividades tiempo libre adaptado 4	14	0 (0-0)	5	0 (0-4)	0,257	0,36
Participación obras sociales adaptado 4	1	-	4	2 (0-4)	0,800	0,5
Autonomía adaptado 4	15	2 (0-3)	5	4 (0-4)	0,395	0,27
Participar política adaptado 4	15	0 (0-0)	5	-	0,866	0,07

Ítems	LIMITACIÓN FUNCIONAL					
	No		Sí		P U de Mann- Whitney	Tamaño del efecto
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3		
Cambiar posturas no adaptado 1	17	4 (3-4)	5	-	0,189	0,42
Mantener sentado no adaptado 1	5	2 (0,5-3,5)	4	3 (0,75-3)	1,000	0,1
Transferencias no adaptado 1	27	3 (3-4)	9	4 (3-4)	0,218	0,29
Mantener bipedestación no adaptado 1	22	4 (3-4)	8	4 (4-4)	0,344	0,24
Levantar objetos no adaptado 1	6	3 (2,25-3,25)	1	-	0,286	0,84
Mover objetos con MMII no adaptado 1	10	4 (4-4)	3	4 (1-)	0,573	0,27
Movilidad fina mano no adaptado 1	5	3 (1,5-4)	3	3 (0-)	0,786	0,14
Uso mano y brazo no adaptado 1	2	1 (0-)	1	-	0,667	0,5
Agarre objetos redondos no adaptado 1	6	2 (0-4)	2	2 (0-)	1,000	0
Andar <10m no adaptado 1	21	4 (2,5-4)	8	4 (3,25-4)	0,582	0,15
Desplazarse rápido no adaptado 1	10	4 (4-4)	3	-	0,811	0,1
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 1	19	4 (3-4)	8	4 (4-4)	0,360	0,24
Desplazarse con ayuda no adaptado 1	8	4 (2,25-4)	4	-	0,360	0,38
Andar >10m no adaptado 1	26	4 (3,75-4)	6	-	0,408	0,24
Viajar pasajero no adaptado 1	4	3 (2,25-3,75)	4	2 (0-4)	0,886	0,13
Conducción no adaptado 1	-	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado 1	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 1	24	4 (3-4)	9	4 (3,5-4)	0,592	0,13
Cepillarse dientes no adaptado 1	5	4 (3-4)	2	-	1,000	0,2
Higiene excreción no adaptado 1	11	4 (3-4)	5	-	0,441	0,28
Vestirse no adaptado 1	24	4 (3-4)	7	4 (4-4)	0,216	0,33
Uso cubiertos no adaptado 1	20	3,5 (3-4)	4	3 (0,5-4)	0,575	0,2

Abrir botellas no adaptado 1	10	4 (3-4)	5	4 (3-4)	1,000	0,04
Manejo bienestar no adaptado 1	16	4 (3-4)	5	4 (3-4)	0,660	0,15
Peinarse-Afeitado no adaptado 1	14	3,5 (1-4)	6	3,5 (1,5-4)	1,000	0,02
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 1	7	0 (0-1)	6	0 (0-1)	0,731	0,15
Participar asociaciones no adaptado 1	2	-	2	1,5 (0-)	0,667	0,5
Actividades tiempo libre no adaptado 1	5	4 (3-4)	3	-	0,786	0,2
Participación obras sociales no adaptado 1	9	4 (2,5-4)	3	-	0,482	0,34
Autonomía no adaptado 1	17	4 (3,5-4)	6	4 (3-4)	0,865	0,06
Participar política no adaptado 1	16	3,5 (3-4)	3	3 (0-)	0,559	0,25
Cambiar posturas no adaptado 2	8	4 (2,25-4)	7	4 (3-4)	0,779	0,11
Mantener sentado no adaptado 2	1	-	4	2 (2,25-3,75)	0,400	0,75
Transferencias no adaptado 2	13	4 (3-4)	7	4 (3-4)	0,877	0,05
Mantener bipedestación no adaptado 2	11	4 (3-4)	6	4 (2,75-4)	0,961	0,04
Levantar objetos no adaptado 2	2	3,5 (3-)	2	1 (0-)	0,333	1
Mover objetos con MMII no adaptado 2	4	4 (2,5-4)	2	3,5 (3-)	0,800	0,13
Movilidad fina mano no adaptado 2	4	3 (0,75-3,75)	3	4 (3-)	0,400	0,5
Uso mano y brazo no adaptado 2	1	-	1	-	1,000	1
Agarre objetos redondos no adaptado 2	2	3,5 (3-)	2	1,5 (0-)	0,333	0,75
Andar <10m no adaptado 2	15	4 (4-4)	8	4 (4-4)	1,000	0,01
Desplazarse rápido no adaptado 2	1	-	2	-	1,000	1
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 2	13	4 (3-4)	8	3,5 (3-4)	0,500	0,19
Desplazarse con ayuda no adaptado 2	4	4 (3,25-4)	4	3,5 (3-4)	0,686	0,25
Andar >10m no adaptado 2	16	4 (4-4)	4	-	0,750	0,13
Viajar pasajero no adaptado 2	2	2,5 (1-)	2	3,5 (3-)	1,000	0,25
Conducción 2	-	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado 2	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 2	21	4 (3-4)	8	4 (4-4)	0,257	0,28
Cepillarse dientes no adaptado 2	4	2,5 (0,5-3,75)	4	3 (2,25-3,75)	0,686	0,25
Higiene excreción no adaptado 2	6	4 (3,75-4)	5	3 (3-4)	0,247	0,44
Vestirse no adaptado 2	17	4 (3-4)	9	4 (3-4)	0,833	0,06
Uso cubiertos no adaptado 2	15	4 (3-4)	3	-	0,250	0,47
Abrir botellas no adaptado 2	8	4 (3-4)	3	4 (3-)	1,000	0,05
Manejo bienestar no adaptado 2	17	4 (3-4)	5	4 (2-6,5)	0,359	0,29
Peinarse-Afeitado no adaptado 2	13	3 (2-4)	6	3 (2,75-3,25)	1,000	0,02
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 2	9	3 (2,5-4)	6	3 (2,75-4)	0,955	0,04
Participar asociaciones no adaptado 2	5	3 (2,5-4)	1	-	0,333	1
Actividades tiempo libre	2	-	3	3 (0-)	0,800	0,34

no adaptado 2						
Participación obras sociales no adaptado 2	3	4 (1-)	3	-	0,700	0,34
Autonomía no adaptado 2	12	4 (3,25-4)	3	3 (1-)	0,295	0,42
Participar política no adaptado 2	5	4 (2,5-4)	3		0,786	0,14
Cambiar posturas no adaptado 3	7	4 (2-4)	5	4 (3,5-4)	0,432	0,29
Mantener sentado no adaptado 3	1		3	3 (1-)	1,000	0,34
Transferencias no adaptado 3	11	4 (3-4)	6		0,149	0,46
Mantener bipedestación no adaptado 3	15	3 (3-4)	7	4 (3-4)	0,368	0,25
Levantar objetos no adaptado 3	-	-	1	-	-	-
Mover objetos con MMII no adaptado 3	3	-	4	-	1,000	0
Movilidad fina mano no adaptado 3	2	-	3	4 (3-)	0,800	0,34
Uso mano y brazo no adaptado 3	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado 3	1	-	-	-	-	-
Andar <10m no adaptado 3	13	4 (2-4)	6	4 (3,75-4)	0,282	0,34
Desplazarse rápido no adaptado 3	-	-	1	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 3	15	3 (3-4)	4	3,5 (3-4)	0,596	0,2
Desplazarse con ayuda no adaptado 3	5	4 (3,5-4)	3	4 (3-)	0,786	0,14
Andar >10m no adaptado 3	13	4 (3,5-4)	1	-	0,857	0,24
Viajar pasajero no adaptado 3	2	2 (0-)	1	-	1,000	0
Conducción no adaptado 3	1	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado 3	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 3	17	4 (3-4)	7	-	0,187	0,36
Cepillarse dientes no adaptado 3	5	4 (3,5-4)	4	-	0,730	0,2
Higiene excreción no adaptado 3	6	3,5 (2,5-4)	4	-	0,257	0,5
Vestirse no adaptado 3	15	4 (4-4)	8	4 (3,25-4)	0,875	0,05
Uso cubiertos no adaptado 3	8	3,5 (3-4)	3	4 (3-)	0,776	0,17
Abrir botellas no adaptado 3	7	4 (3-4)	1	-	0,750	0,43
Manejo bienestar no adaptado 3	12	4 (3-4)	6	4 (3,75-4)	0,437	0,25
Peinarse-Afeitado no adaptado 3	9	3 (2,5-4)	5	4 (3,5-4)	0,240	0,4
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 3	4	4 (2,5-4)	7	4 (4-4)	1,000	0,08
Participar asociaciones no adaptado 3	6	4 (3-4)	2	-	0,643	0,34
Actividades tiempo libre no adaptado 3	-	-	-	-	-	-
Participación obras sociales no adaptado 3	3	-	2	-	1,000	0
Autonomía no adaptado 3	12	4 (3-4)	5	4 (2,5-4)	0,959	0,04
Participar política no adaptado 3	2	2,5 (2-)	-	-	-	-
Cambiar posturas no adaptado 4	1	-	2	-	1,000	1
Mantener sentado no adaptado 4	3	2 (0-)	1	-	0,500	0,67
Transferencias	2	3,5 (3-)	1	-	1,000	0,5

no adaptado 4						
Mantener bipedestación no adaptado 4	9	4 (3-4)	4	4 (3,25-4)	0,825	0,12
Levantar objetos no adaptado 4	9	4 (3,5-4)	3	-	0,600	0,23
Mover objetos con MMII no adaptado 4	3	4 (0-)	3	3 (2-)	0,700	0,34
Movilidad fina mano no adaptado 4	5	4 (3,5-4)	2	-	1,000	0,2
Uso mano y brazo no adaptado no adaptado 4	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado 4	6	4 (3,75-4)	1	-	1,000	0,17
Andar <10m no adaptado 4	10	3 (0,75-4)	5	4 (1-4)	0,768	0,12
Desplazarse rápido no adaptado 4	11	4 (3-4)	5	4 (2-4)	0,827	0,1
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 4	7	3 (2-4)	4	4 (3,25-4)	0,164	0,54
Desplazarse con ayuda no adaptado 4	3	1 (0-)	3	4 (0-)	0,700	0,23
Andar >10m no adaptado 4	14	3,5 (1,75-4)	5	4 (1,5-4)	0,823	0,08
Viajar pasajero no adaptado 4	-	-	1	-	-	-
Conducción no adaptado 4	5	-	2	-	1,000	0
Montar en animales no adaptado 4	1	-		-	-	-
Lavarse no adaptado 4	11	4 (3-4)	4	4 (3,25-4)	0,571	0,21
Cepillarse dientes no adaptado 4	2	2,5 (2-)	2		0,333	1
Higiene excreción no adaptado 4	4	3,5 (3-4)	3		0,400	0,5
Vestirse no adaptado 4	9	4 (3-4)	4	4 (3,25-4)	0,825	0,12
Uso cubiertos no adaptado 4	5	-	3	4 (3-)	0,571	0,34
Abrir botellas no adaptado 4	4	-	2	3,5 (3-)	0,533	0,5
Manejo bienestar no adaptado 4	12	4 (4-4)	3	4 (3-)	0,734	0,14
Peinarse-Afeitado no adaptado 4	4		3		1,000	0
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 4	5	4 (1,5-4)	4	4 (1-4)	1,000	0,05
Participar asociaciones no adaptado 4	3	3 (3-)		-	-	-
Actividades tiempo libre no adaptado 4	1	-	2	-	1,000	1
Participación obras sociales no adaptado 4	1	-	2	-	1,000	0
Autonomía no adaptado 4	9	4 (3-4)	4	4 (2,5-4)	0,825	0,12
Participar política no adaptado 4	1	-	-	-	-	-

ANEXO XIII. ANOVA de Friedman y prueba de comparaciones por pareja en las cuatro mediciones para los ítems adaptados y no adaptados relativos de la CIF, en función de la limitación de la comorbilidad.

ÍTEMS	Limitación funcional		Mediciones					
	No	Sí	V0- V60	V0- V120	V0- V365	V60- V120	V60- V365	V120- V365
	ANOVA FRIEDMAN P							
Cambiar posturas	0,029	0,326	-	-	0,040	-	0,034	-
Mantener sentado	0,855	1,000	-	-	-	-	-	-
Transferencias	0,552	0,222	-	-	-	-	-	-
Mantener bipedestación	0,705	0,205	-	-	-	-	-	-
Levantar objetos	0,590	0,572	-	-	-	-	-	-
Mover objetos con MMII	0,072	0,626	-	-	-	-	-	-
Movilidad fina mano	0,336	0,150	-	-	-	-	-	-
Uso mano y brazo	0,688	0,572	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos	0,330	0,200	-	-	-	-	-	-
Andar <10m	0,972	0,704	-	-	-	-	-	-
Desplazarse rápido	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia	0,042	1,000	-	-	0,066	-	-	-
Desplazarse con ayuda	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Andar >10m	0,590	0,453	-	-	-	-	-	-
Viajar pasajero	0,522	0,204	-	-	-	-	-	-
Conducción	0,392	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Montar en animales	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Lavarse	0,029	0,706	-	-	-	-	-	0,077
Cepillarse dientes	0,585	0,733	-	-	-	-	-	-
Higiene excreción	0,218	0,392	-	-	-	-	-	-
Vestirse	0,024	0,603	-	-	0,020	-	-	-
Uso cubiertos	0,017	0,733	-	-	0,034	-	-	-
Abrir botellas	0,538	0,072	-	-	-	-	-	-
Manejo bienestar	0,290	0,392	-	-	-	-	-	-
Peinarse-Afeitado	0,967	0,392	-	-	-	-	-	-
Incontinencia-estreñimiento	0,536	0,277	-	-	-	-	-	-
Participar asociaciones	0,066	0,194	-	-	-	-	-	-
Actividades tiempo libre	0,054	0,194	-	-	-	-	-	-

Participación obras sociales	0,392	0,112	-	-	-	-	-	-
Autonomía	0,857	0,457	-	-	-	-	-	-
Participar política	0,557	1,000	-	-	-	-	-	-

ÍTEMS	Limitación comorbilidad		Mediciones					
	No	Sí	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365
	ANOVA FRIEDMAN P							
Cambiar posturas no adaptado	0,392	1,000	-	-	-	-	-	-
Mantener sentado no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Transferencias no adaptado	0,392	1,000	-	-	-	-	-	-
Mantener bipedestación no adaptado	0,194	0,194	-	-	-	-	-	-
Levantar objetos no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Mover objetos con MMII no adaptado	1,000	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Movilidad fina mano no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Uso mano y brazo no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Andar <10m no adaptado	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Desplazarse rápido no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado	0,194	1,000	-	-	-	-	-	-
Desplazarse con ayuda no adaptado	No se puede calcular	0,572	-	-	-	-	-	-
Andar >10m no adaptado	0,194	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Viajar pasajero no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Conducción no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-

Montar en animales no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado	0,771	0,392	-	-	-	-	-	-
Cepillarse dientes no adaptado	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Higiene excreción no adaptado	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Vestirse no adaptado	0,788	0,733	-	-	-	-	-	-
Uso cubiertos no adaptado	0,163	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Abrir botellas no adaptado	0,392	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Manejo bienestar no adaptado	1,000	1,000	-	-	-	-	-	-
Peinarse-Afeitado no adaptado	0,706	0,514	-	-	-	-	-	-
Incontinencia-estreñimiento no adaptado	No se puede calcular	0,392	-	-	-	-	-	-
Participar asociaciones no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Actividades tiempo libre no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Participación obras sociales no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Autonomía no adaptado	0,392	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Participar política no adaptado	0,392	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-

ANEXO XIV. Análisis de las variables relativas a los ítems de la CIF (adaptado y no adaptado) por diagnóstico clínico. Se muestran percentiles de los ítems de las cuatro valoraciones.

Ítems	DIAGNÓSTICO CLÍNICO					
	ACV		LN		P U de Mann- Whitney	Tamaño del efecto
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3		
Cambiar posturas adaptado 1	31	1 (0-2)	14	0 (0-2)	0,378	0,16
Mantener sentado adaptado 1	31	0 (0-0)	14	0 (0-0)	0,819	0,03
Transferencias adaptado 1	31	1 (0-2)	14	1 (0-2)	0,899	0,03
Mantener bipedestación adaptado 1	31	1 (0-3)	14	2 (1,75-3)	0,132	0,28
Levantar objetos adaptado 1	31	0 (0-0)	14	0 (0-2)	0,132	0,21
Mover objetos con MMII adaptado 1	30	0 (0-3)	14	0,5 (0-2)	0,795	0,05
Movilidad fina mano adaptado 1	31	0 (0-2)	14	0,5 (0-3)	0,366	0,15
Uso mano y brazo adaptado 1	31	1 (0-2)	14	1 (0,75-2,25)	0,751	0,06
Agarre objetos redondos adaptado 1	30	0 (0-1)	14	0 (0-1,25)	0,521	0,1
Andar <10m adaptado 1	31	1 (0-3)	14	1 (0-2)	0,720	0,07
Desplazarse rápido adaptado 1	20	4 (4-4)	10	4 (4-4)	0,713	0,09
Desplazarse por sala Fisioterapia adaptado 1	28	1 (0-2)	14	1 (0-1,25)	0,722	0,08
Desplazarse con ayuda adaptado 1	14	2 (0-4)	7	0 (0-0)	0,094	0,46
Andar >10m adaptado 1	31	3 (0-4)	14	3 (2,75-4)	0,099	0,3
Viajar pasajero adaptado 1	30	0 (0-0)	14	0 (0-1)	0,158	0,2
Conducción adaptado 1	3	4 (1-)	4	2 (1-3,75)	0,629	0,34
Montar en animales adaptado 1	1	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 1	31	0 (0-1)	14	0 (0-2)	0,945	0,02
Cepillarse dientes adaptado 1	21	0 (0-0)	14	0 (0-0)	0,426	0,26
Higiene excreción adaptado 1	31	0 (0-1)	14	0 (0-2)	0,645	0,07
Vestirse adaptado 1	31	1 (0-2)	13	1 (0-2,5)	0,946	0,02
Uso cubiertos adaptado 1	31	1 (0-2)	14	0,5 (0-1,25)	0,321	0,18
Abrir botellas adaptado 1	29	0 (0-2)	14	0,5 (0-2)	0,841	0,04
Manejo bienestar adaptado 1	28	0 (0-1)	11	0 (0-0)	0,379	0,19
Peinarse-afeitado adaptado 1	30	0 (0-0)	14	0 (0-2)	0,238	0,17
Incontinencia-estreñimiento adaptado 1	29	0 (0-0,5)	14	1 (0-2)	0,023	0,37
Participar asociaciones adaptado 1	31	0 (0-1)	14	0 (0-1)	0,499	0,11
Actividades tiempo libre adaptado 1	27	0 (0-4)	14	0,5 (0-3,25)	0,946	0,02
Participación obras sociales adaptado 1	10	0 (0-3)	7	2 (0-4)	0,270	0,35
Autonomía adaptado 1	30	0 (0-2)	13	0 (0-2,5)	0,886	0,03
Participar política adaptado 1	31	0 (0-0)	14	0 (0-0)	0,574	0,08
Cambiar posturas adaptado 2	24	0,5 (0-1)	13	1 (0-2)	0,141	0,31
Mantener sentado adaptado 2	24	0 (0-0)	13	0 (0-0,5)	0,479	0,15
Transferencias adaptado 2	24	1 (0-2)	13	0 (0-1,5)	0,499	0,12
Mantener bipedestación adaptado 2	24	2 (0,5-2,75)	13	2 (1-3)	0,863	0,04
Levantar objetos adaptado 2	24	0 (0-0)	13	0 (0-1)	0,369	0,19
Mover objetos con MMII adaptado 2	22	0 (0-0,5)	12	0,5 (0-1,75)	0,383	0,19
Movilidad fina mano adaptado 2	22	0 (0-2)	11	1 (0-3)	0,510	0,15
Uso mano y brazo adaptado 2	24	1 (1-3)	13	1 (0-1,5)	0,249	0,24
Agarre objetos redondos adaptado 2	24	0 (0-0)	13	0 (0-0)	0,540	0,13
Andar <10m adaptado 2	24	0,5 (0-2)	13	1 (0-2)	0,561	0,12
Desplazarse rápido adaptado 2	3	4 (0-)	2	2 (0-)	0,800	0,17
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 2	23	0 (0-1)	13	0 (0-1)	0,721	0,08

Desplazarse con ayuda adaptado 2	11	0 (0-3)	6	0 (0-1,5)	0,591	0,19
Andar >10m adaptado 2	24	2,5 (0-4)	11	3 (2-4)	0,636	0,11
Viajar pasajero adaptado 2	24	0 (0-0)	13	0 (0-0)	1,000	0
Conducción adaptado 2	4	4 (2,5-4)	4	2 (0,5-3,5)	0,200	0,57
Montar en animales adaptado 2	-	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 2	24	0 (0-0,75)	13	0 (0-1)	0,561	0,12
Cepillarse dientes adaptado 2	21	0 (0-0,5)	13	0 (0-0)	0,261	0,24
Higiene excreción adaptado 2	24	0 (0-1)	13	0 (0-0)	0,460	0,16
Vestirse adaptado 2	24	1 (0-2)	13	1 (0-2)	0,962	0,02
Uso cubiertos adaptado 2	24	0,5 (0-2)	13	0 (0-2)	0,369	0,19
Abrir botellas adaptado 2	23	0 (0-2)	12	0,5 (0-1,75)	0,824	0,05
Manejo bienestar adaptado 2	23	0 (0-1)	13	0 (0-0)	0,537	0,13
Peinarse-afeitado adaptado 2	24	0 (0-0,75)	13	0 (0-2)	0,212	0,26
Incontinencia-estreñimiento adaptado 2	22	0 (0-1)	13	0 (0-1)	1,000	0,01
Participar asociaciones adaptado 2	24	0 (0-1,75)	13	0 (0-1,5)	0,742	0,08
Actividades tiempo libre adaptado 2	23	0 (0-2)	11	0 (0-2)	0,663	0,1
Participación obras sociales adaptado 2	5	1 (0-2)	6	2 (0-3,25)	0,429	0,34
Autonomía adaptado 2	22	0 (0-1,25)	12	0 (0-1)	0,958	0,02
Participar política adaptado 2	23	0 (0-0)	12	0 (0-0)	0,719	0,08
Cambiar posturas adaptado 3	20	0,5 (0-1)	11	0 (0-1)	0,984	0,01
Mantener sentado adaptado 3	20	0 (0-0)	11	0 (0-0)	0,887	0,04
Transferencias adaptado 3	20	1 (0-1,75)	11	1 (0-2)	0,855	0,05
Mantener bipedestación adaptado 3	20	2 (0-2,75)	11	2 (1-2)	0,476	0,16
Levantar objetos adaptado 3	20	0 (0-0)	11	0 (0-0)	0,792	0,07
Mover objetos con MMII adaptado 3	16	0 (0-1,5)	11	1 (0-1)	0,481	0,17
Movilidad fina mano adaptado 3	20	0 (0-1,75)	11	0 (0-1)	0,730	0,09
Uso mano y brazo adaptado 3	20	1 (0-2)	11	2 (0-2)	0,699	0,1
Agarre objetos redondos adaptado 3	20	0 (0-0,75)	11	0 (0-2)	0,317	0,23
Andar <10m adaptado 3	20	1,5 (0-2)	11	2 (0-2)	0,730	0,09
Desplazarse rápido adaptado 3	8	2,5 (0,25-4)	2	3,5 (3-)	0,533	0,38
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 3	20	0 (0-1)	11	0 (0-2)	0,359	0,21
Desplazarse con ayuda adaptado 3	9	0 (0-2)	4	1,5 (0-3,75)	0,604	0,23
Andar >10m adaptado 3	20	2,5 (0-4)	11	4 (2-4)	0,123	0,35
Viajar pasajero adaptado 3	20	0 (0-0)	11	0 (0-0)	0,699	0,09
Conducción adaptado 3	5	4 (0,5-4)	3	1 (1-)	0,786	0,14
Montar en animales adaptado 3	-	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 3	20	0,5 (0-1)	11	0 (0-1)	1,000	0
Cepillarse dientes adaptado 3	18	0 (0-0)	11	0 (0-0)	0,465	0,17
Higiene excreción adaptado 3	20	0 (0-0)	11	0 (0-0)	0,381	0,2
Vestirse adaptado 3	20	1 (0-1,75)	11	1 (0-2)	0,951	0,02
Uso cubiertos adaptado 3	20	0 (0-2)	11	0 (0-2)	0,823	0,05
Abrir botellas adaptado 3	19	0 (0-2)	11	1 (0-3)	0,103	0,37
Manejo bienestar adaptado 3	20	0 (0-0)	11	0 (0-0)	0,381	0,2
Peinarse-afeitado adaptado 3	19	0 (0-1)	11	0 (0-2)	0,497	0,16
Incontinencia-estreñimiento adaptado 3	19	0 (0-1)	11	1 (0-2)	0,042	0,45
Participar asociaciones adaptado 3	20	0 (0-2)	11	0 (0-1)	0,317	0,23
Actividades tiempo libre adaptado 3	20	0 (0-0)	11	2 (0-4)	0,009	0,56
Participación obras sociales adaptado 3	7	4 (2-4)	6	3 (0,75-4)	0,731	0,15
Autonomía adaptado 3	20	0 (0-1)	11	1 (0-2)	0,359	0,21
Participar política adaptado 3	20	0 (0-0)	11	0 (0-0)	0,823	0,05
Cambiar posturas adaptado 4	12	0 (0-0)	8	0,5 (0-1,75)	0,069	0,5
Mantener sentado adaptado 4	12	0 (0-0)	8	0 (0-0,75)	0,384	0,25
Transferencias adaptado 4	12	0 (0-1)	8	1,5 (0-2)	0,135	0,42

Mantener bipedestación adaptado 4	12	0,5 (0-2)	8	1,5 (0,25-3)	0,270	0,32
Levantar objetos adaptado 4	12	0 (0-0)	8	0 (0-0)	0,678	0,13
Mover objetos con MMII adaptado 4	11	0 (0-0)	8	0 (0-1)	0,177	0,38
Movilidad fina mano adaptado 4	12	0 (0-0)	8	0 (0-1,5)	0,521	0,19
Uso mano y brazo adaptado 4	12	0,5 (0-2)	8	2 (1,25-2,75)	0,157	0,39
Agarre objetos redondos adaptado 4	12	0 (0-0)	8	0 (0-1,75)	0,427	0,22
Andar <10m adaptado 4	12	0 (0-1)	8	1,5 (0-3,75)	0,135	0,42
Desplazarse rápido adaptado 4	11	2 (2-4)	8	4 (2,5-4)	0,238	0,35
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 4	12	0 (0-0)	8	0 (0-1)	0,343	0,27
Desplazarse con ayuda adaptado 4	4	0 (0-3)	3	4 (0-)	0,400	0,42
Andar >10m adaptado 4	12	1,5 (0-2)	7	3 (2-4)	0,142	0,43
Viajar pasajero adaptado 4	12	0 (0-0)	7	0 (0-0)	0,650	0,15
Conducción adaptado 4	6	4 (4-4)	4	3 (2-4)	0,257	0,5
Montar en animales adaptado 4	1	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 4	12	0 (0-0)	8	0 (0-0)	0,678	0,13
Cepillarse dientes adaptado 4	12	0 (0-0)	7	0 (0-0)	0,837	0,08
Higiene excreción adaptado 4	12	0 (0-0)	8	0 (0-1)	0,181	0,38
Vestirse adaptado 4	12	0 (0-0)	8	1 (0-2)	0,069	0,5
Uso cubiertos adaptado 4	12	0 (0-0)	8	0 (0-0)	0,678	0,13
Abrir botellas adaptado 4	12	0 (0-0)	8	0,5 (0-1,75)	0,135	0,41
Manejo bienestar adaptado 4	12	0 (0-0)	8	0 (0-0)	1,000	0
Peinarse-afeitado adaptado 4	12	0 (0-0)	8	0 (0-0,75)	0,571	0,17
Incontinencia-estreñimiento adaptado 4	12	0 (0-0)	8	0 (0-0,75)	0,792	0,09
Participar asociaciones adaptado 4	12	0 (0-0,75)	8	0 (0-0)	0,624	0,14
Actividades tiempo libre adaptado 4	11	0 (0-0)	8	0 (0-3,25)	0,177	0,38
Participación obras sociales adaptado 4	1	-	4	2 (0-4)	0,800	0,5
Autonomía adaptado 4	12	0 (0-3)	8	3,5 (0,5-4)	0,157	0,39
Participar política adaptado 4	12	0 (0-0)	8	0 (0-0)	0,792	0,09

Ítems	DIAGNÓSTICO CLÍNICO					
	ACV		LN		P U de Mann- Whitney	Tamaño del efecto
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3		
Cambiar posturas no adaptado 1	17	4 (3-4)	5	4 (4-4)	0,189	0,42
Mantener sentado no adaptado 1	7	3 (1-3)	2	1,5 (0-)	0,667	0,29
Transferencias no adaptado 1	25	3 (3-4)	11	4 (3-4)	0,710	0,09
Mantener bipedestación no adaptado 1	19	4 (3-4)	11	4 (4-4)	0,077	0,4
Levantar objetos no adaptado 1	3	3 (0-)	4	3 (0,75-3,75)	0,629	0,25
Mover objetos con MMII no adaptado 1	9	4 (4-4)	4	3 (1,25-4)	0,199	0,5
Movilidad fina mano no adaptado 1	4	3 (0,75-3,75)	4	3,5 (0,75-4)	0,686	0,19
Uso mano y brazo no adaptado 1	2	1 (0-)	1		0,667	0,5
Agarre objetos redondos no adaptado 1	5	4 (0,5-4)	3	0 (0-)	0,250	0,6
Andar <10m no adaptado 1	22	4 (2,75-4)	7	4 (3-4)	0,709	0,1
Desplazarse rápido no adaptado 1	7	4 (4-4)	6	4 (4-4)	0,731	0,15
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 1	19	4 (3-4)	8	4 (2,5-4)	0,897	0,04
Desplazarse con ayuda no adaptado 1	7	4 (2-4)	5	4 (3,5-4)	0,755	0,15
Andar >10m no adaptado 1	24	4 (3,25-4)	8	4 (4-4)	0,313	0,25
Viajar pasajero no adaptado 1	5	3 (1-3,5)	3	4 (0-)	0,571	0,27

Conducción no adaptado 1	-	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado 1	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 1	22	4 (3-4)	11	4 (3-4)	0,665	0,1
Cepillarse dientes no adaptado 1	6	4 (3,5-4)	1		1,000	0,17
Higiene excreción no adaptado 1	13	4 (3,5-4)	3	4 (4-4)	0,611	0,24
Vestirse no adaptado 1	21	4 (3-4)	10	4 (3-4)	1,000	0
Uso cubiertos no adaptado 1	19	3 (3-4)	5	4 (2,5-4)	0,731	0,11
Abrir botellas no adaptado 1	11	4 (3-4)	4	3,5 (3-4)	0,851	0,1
Manejo bienestar no adaptado 1	14	4 (3-4)	7	4 (2-4)	0,535	0,19
Peinarse-Afeitado no adaptado 1	13	3 (1-4)	7	4 (3-4)	0,135	0,43
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 1	7	3 (2-3)	6	3,5 (1-4)	0,534	0,22
Participar asociaciones no adaptado 1	3	3 (3-3)	1	-	0,500	1
Actividades tiempo libre no adaptado 1	6	4 (3,5-4)	2	4 (4-4)	1,000	0,17
Participación obras sociales no adaptado 1	7	4 (3-4)	5	4 (3-4)	0,876	0,06
Autonomía no adaptado 1	16	4 (4-4)	7	4 (3-4)	0,492	0,19
Participar política no adaptado 1	14	3,5 (3-4)	5	3 (1,5-4)	0,754	0,12
Cambiar posturas no adaptado 2	9	4 (2,5-4)	6	4 (3,5-4)	0,456	0,25
Mantener sentado no adaptado 2	2	1,5 (0-)	3	4 (1-)	0,400	0,67
Transferencias no adaptado 2	13	4 (3-4)	7	4 (3-4)	0,536	0,18
Mantener bipedestación no adaptado 2	9	4 (3-4)	8	4 (2,5-4)	1,000	0,02
Levantar objetos no adaptado 2	4	2,5 (0,5-3,75)	-	-	-	-
Mover objetos con MMII no adaptado 2	4	4 (4-4)	2	2,5 (2-)	0,133	1
Movilidad fina mano no adaptado 2	6	3 (2,25-4)	1	-	0,571	0,67
Uso mano y brazo no adaptado 2	1	-	1	-	1,000	1
Agarre objetos redondos no adaptado 2	3	3 (0-)	1	-	1,000	0
Andar <10m no adaptado 2	14	4 (4-4)	9	4 (3,5-4)	0,557	0,16
Desplazarse rápido no adaptado 2	1	-	2	2 (0-)	0,667	0,5
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 2	14	4 (3-4)	7	3 (2-4)	0,197	0,37
Desplazarse con ayuda no adaptado 2	4	3,5 (3-4)	4	4 (3,25-4)	0,686	0,25
Andar >10m no adaptado 2	13	4 (4-4)	7	4 (3-4)	0,311	0,29
Viajar pasajero no adaptado 2	2	3,5 (3-)	2	2,5 (1-)	0,667	0,25
Conducción 2	-	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado 2	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 2	17	4 (3-4)	12	4 (2,25-4)	0,647	0,11
Cepillarse dientes no adaptado 2	6	3 (2,75-4)	2	1 (0-)	0,071	0,92
Higiene excreción no adaptado 2	8	4 (3-4)	3	4 (3-)	1,000	0,05
Vestirse no adaptado 2	18	4 (3-4)	8	3,5 (3-4)	0,605	0,14
Uso cubiertos no adaptado 2	14	4 (3-4)	4	3 (3-3,75)	0,574	0,22
Abrir botellas no adaptado 2	8	4 (3-4)	3	4 (3-)	1,000	0,05
Manejo bienestar no adaptado 2	14	4 (3-4)	8	3,5 (1,5-4)	0,616	0,14
Peinarse-Afeitado	14	3 (2-4)	5	3 (2,5-3,5)	1,000	0,02

no adaptado 2						
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 2	8	3,5 (3-4)	7	3 (2-4)	0,397	0,29
Participar asociaciones no adaptado 2	4	3 (2,25-3,75)	2	2 (0-)	0,800	0,13
Actividades tiempo libre no adaptado 2	2	3 (3-3)	3	3 (0-)	0,800	0,34
Participación obras sociales no adaptado 2	2	4 (4-4)	4	4 (1,75-4)	0,800	0,25
Autonomía no adaptado 2	12	4 (3,25-4)	3	3 (1-)	0,295	0,42
Participar política no adaptado 2	6	3,5 (2,75-4)	2	3,5 (3-)	1,000	0,09
Cambiar posturas no adaptado 3	7	4 (2-4)	5	4 (3-4)	1,000	0
Mantener sentado no adaptado 3	2	2,5 (2-)	2	2,5 (1-)	1,000	0
Transferencias no adaptado 3	11	4 (3-4)	6	4 (4-4)	0,149	0,46
Mantener bipedestación no adaptado 3	13	3 (2,5-4)	9	4 (3-4)	0,357	0,24
Levantar objetos no adaptado 3	-	-	1	-	-	-
Mover objetos con MMII no adaptado 3	4	4 (4-4)	3	4 (4-4)	1,000	0
Movilidad fina mano no adaptado 3	4	4 (3,25-4)	1	-	1,000	0,25
Uso mano y brazo no adaptado 3	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado 3	1	-	-	-	-	-
Andar <10m no adaptado 3	14	4 (2,5-4)	5	4 (3,5-4)	0,391	0,28
Desplazarse rápido no adaptado 3	1	-	-	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 3	14	3 (2,75-4)	5	4 (3-4)	0,298	0,33
Desplazarse con ayuda no adaptado 3	5	4 (3-4)	3	4 (4-4)	0,393	0,4
Andar >10m no adaptado 3	13	4 (3,5-4)	1	-	0,857	0,24
Viajar pasajero no adaptado 3	2	3,5 (3-)	1	-	0,667	1
Conducción no adaptado 3	1	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado 3	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 3	16	4 (3,25-4)	8	4 (2,5-4)	0,881	0,05
Cepillarse dientes no adaptado 3	6	4 (3,75-4)	3	4 (4-4)	0,714	0,17
Higiene excreción no adaptado 3	6	4 (3-4)	4	4 (1,75-4)	1,000	0
Vestirse no adaptado 3	15	4 (4-4)	8	4 (3,25-4)	0,875	0,05
Uso cubiertos no adaptado 3	9	3 (3-4)	2	4 (4-4)	0,327	0,56
Abrir botellas no adaptado 3	5	3 (2-4)	3	4 (4-4)	0,250	0,6
Manejo bienestar no adaptado 3	12	4 (3-4)	6	4 (3-4)	1,000	0
Peinarse-Afeitado no adaptado 3	11	4 (3-4)	3	3 (2-)	0,368	0,37
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 3	6	4 (4-4)	5	4 (1,5-4)	0,329	0,4
Participar asociaciones no adaptado 3	7	4 (4-4)	1	-	0,250	0,86
Actividades tiempo libre no adaptado 3	-	-	-	-	-	-

Participación obras sociales no adaptado 3	3	4 (4-4)	2	4 (4-4)	1,000	0
Autonomía no adaptado 3	12	4 (3-4)	5	3 (2,5-4)	0,383	0,29
Participar política no adaptado 3	2	2,5 (2-)	-	-	-	-
Cambiar posturas no adaptado 4	1	-	2	4 (4-4)	1,000	1
Mantener sentado no adaptado 4	1	-	3	4 (2-)	0,500	1
Transferencias no adaptado 4	2	3,5 (3-)	1	-	1,000	0,5
Mantener bipedestación no adaptado 4	7	4 (3-4)	6	4 (2,5-4)	0,836	0,1
Levantar objetos no adaptado 4	7	4 (4-4)	5	4 (3,5-4)	1,000	0,03
Mover objetos con MMII no adaptado 4	3	4 (0-)	3	3 (2-)	0,700	0,34
Movilidad fina mano no adaptado 4	3	4 (4-4)	4	4 (3,25-4)	0,629	0,25
Uso mano y brazo no adaptado no adaptado 4	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado 4	4	4 (4-4)	3	4 (3-)	0,629	0,34
Andar <10m no adaptado 4	10	3 (0,75-4)	5	4 (2-4)	0,254	0,4
Desplazarse rápido no adaptado 4	10	4 (2,75-4)	6	4 (3-4)	0,635	0,17
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 4	7	3 (2-4)	4	4 (3,25-4)	0,164	0,54
Desplazarse con ayuda no adaptado 4	2	2 (0-)	4	2,5 (0,25-4)	1,000	0,13
Andar >10m no adaptado 4	11	4 (3-4)	8	3,5 (0,5-4)	0,600	0,15
Viajar pasajero no adaptado 4	-	-	1	-	-	-
Conducción no adaptado 4	5	4 (4-4)	2	4 (4-4)	1,000	0
Montar en animales no adaptado 4	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 4	8	3,5 (3-4)	7	4 (3-4)	0,536	0,22
Cepillarse dientes no adaptado 4	2	2,5 (2-)	2	4 (4-4)	0,333	1
Higiene excreción no adaptado 4	4	3,5 (3-4)	3	4 (4-4)	0,400	0,5
Vestirse no adaptado 4	7	3 (3-4)	6	4 (4-4)	0,101	0,58
Uso cubiertos no adaptado 4	4	4 (4-4)	4	4 (3,25-4)	0,686	0,25
Abrir botellas no adaptado 4	4	4 (4-4)	2	3,5 (3-)	0,533	0,5
Manejo bienestar no adaptado 4	10	4 (3,75-4)	5	4 (3,5-4)	1,000	0,02
Peinarse-Afeitado no adaptado 4	4	4 (4-4)	3	4 (4-4)	1,000	0
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 4	4	4 (1,75-4)	5	4 (1-4)	0,730	0,15
Participar asociaciones no adaptado 4	3	3 (3-)	-	-	-	-
Actividades tiempo libre no adaptado 4	1	-	2	4 (4-4)	1,000	1
Participación obras sociales no adaptado 4	-	-	3	4 (4-4)	-	-
Autonomía no adaptado 4	9	3 (2,5-4)	4	4 (4-4)	0,148	0,56
Participar política no adaptado 4	1	-	-	-	-	-

ANEXO XV. ANOVA de Friedman y prueba de comparaciones por pareja en las cuatro mediciones para los ítems adaptados y no adaptados relativos de la CIF, en función del diagnóstico clínico principal.

ÍTEMS	Diagnóstico clínico		Mediciones					
	ACV	LN	V0- V60	V0- V120	V0- V365	V60- V120	V60- V365	V120- V365
	ANOVA FRIEDMAN P							
Cambiar posturas	0,047	0,425	-	-	0,027	-	-	-
Mantener sentado	0,572	0,896	-	-	-	-	-	-
Transferencias	0,434	0,632	-	-	-	-	-	-
Mantener bipedestación	0,214	0,780	-	-	-	-	-	-
Levantar objetos	0,572	0,590	-	-	-	-	-	-
Mover objetos con MMII	0,040	0,610	-	-	-	-	-	-
Movilidad fina mano	0,053	0,286	-	-	-	-	-	-
Uso mano y brazo	0,584	0,314	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos	0,779	0,047	-	-	-	0,081	-	-
Andar <10m	0,148	0,625	-	-	-	-	-	-
Desplazarse rápido	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia	0,030	0,875	-	-	0,040	-	-	-
Desplazarse con ayuda	0,706	0,204	-	-	-	-	-	-
Andar >10m	0,889	0,090	-	-	-	-	-	-
Viajar pasajero	0,392	0,753	-	-	-	-	-	-
Conducción	No se puede calcular	0,392	-	-	-	-	-	-
Montar en animales	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Lavarse	0,074	0,557	-	-	-	-	-	-
Cepillarse dientes	0,494	0,392	-	-	-	-	-	-
Higiene excreción	0,133	0,045	-	0,042	-	-	-	-
Vestirse	0,004	0,753	-	-	0,043	-	-	-
Uso cubiertos	0,028	0,463	-	-	0,040	-	-	-
Abrir botellas	0,177	0,639	-	-	-	-	-	-
Manejo bienestar	0,252	0,392	-	-	-	-	-	-
Peinarse-Afeitado	0,825	0,615	-	-	-	-	-	-
Incontinencia-estreñimiento	0,653	0,263	-	-	-	-	-	-
Participar asociaciones	0,027	0,468	-	0,027	-	-	-	-
Actividades tiempo libre	0,144	0,330	-	-	-	-	-	-

Participación obras sociales	0,392	0,145	-	-	-	-	-	-
Autonomía	0,757	0,627	-	-	-	-	-	-
Participar política	0,896	0,392	-	-	-	-	-	-

ÍTEMS	Diagnóstico clínico		Mediciones					
	ACV	LN	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365
	ANOVA FRIEDMAN P							
Cambiar posturas no adaptado	0,392	1,000	-	-	-	-	-	-
Mantener sentado no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Transferencias no adaptado	0,392	1,000	-	-	-	-	-	-
Mantener bipedestación no adaptado	0,392	0,572	-	-	-	-	-	-
Levantar objetos no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Mover objetos con MMII no adaptado	1,000	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Movilidad fina mano no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Uso mano y brazo no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Andar <10m no adaptado	0,572	1,000	-	-	-	-	-	-
Desplazarse rápido no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado	0,194	1,000	-	-	-	-	-	-
Desplazarse con ayuda no adaptado	No se puede calcular	0,572	-	-	-	-	-	-
Andar >10m no adaptado	0,194	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Viajar pasajero no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Conducción no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Montar en	No se	No se	-	-	-	-	-	-

animales no adaptado	puede calcular	puede calcular						
Lavarse no adaptado	0,112	0,557	-	-	-	-	-	-
Cepillarse dientes no adaptado	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Higiene excreción no adaptado	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Vestirse no adaptado	0,463	0,392	-	-	-	-	-	-
Uso cubiertos no adaptado	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Abrir botellas no adaptado	0,392	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Manejo bienestar no adaptado	1,000	1,000	-	-	-	-	-	-
Peinarse-Afeitado no adaptado	0,706	0,514	-	-	-	-	-	-
Incontinencia-estreñimiento no adaptado	0,392	0,776	-	-	-	-	-	-
Participar asociaciones no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Actividades tiempo libre no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Participación obras sociales no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Autonomía no adaptado	0,392	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Participar política no adaptado	0,392	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-

ANEXO XVI. Análisis de las variables relativas a los ítems de la CIF (adaptado y no adaptado) por afectación corporal. Se muestran percentiles de los ítems de las cuatro valoraciones.

Ítems	AFECTACIÓN CORPORAL						P U de Mann- Whitney
	HD		HI		MMSS, MMII		
	N	Me Q1- Q3	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1- Q3	
Cambiar posturas adaptado 1	15	1 (0-2)	19	1 (0-2)	11	0 (0-1)	0,230
Mantener sentado adaptado 1	15	0 (0-0)	19	0 (0-0)	11	0 (0-0)	0,677
Transferencias adaptado 1	15	1 (0-3)	19	1 (0-2)	11	1 (1-2)	0,430
Mantener bipedestación adaptado 1	15	2 (0-3)	19	1 (0-3)	11	2 (1-3)	0,489
Levantar objetos adaptado 1	15	0 (0-0)	19	0 (0-0)	11	0 (0-2)	0,377
Mover objetos con MMII adaptado 1	15	1 (0-3)	18	0 (0-2,25)	11	1 (0-2)	0,749
Movilidad fina mano adaptado 1	15	2 (0-2)	19	0 (0-2)	11	0 (0-1)	0,136
Uso mano y brazo adaptado 1	15	2 (1-2)	19	1 (0-3)	11	1 (0-2)	0,490
Agarre objetos redondos adaptado 1	14	0 (0-2)	19	0 (0-1)	11	0 (0-1)	0,950
Andar <10m adaptado 1	15	1 (0-3)	19	1 (0-2)	11	2 (0-3)	0,794
Desplazarse rápido adaptado 1	10	4 (3,75- 4)	15	4 (4-4)	5	-	0,560
Desplazarse por sala Fisioterapia adaptado 1	13	1 (0-2)	19	1 (0-2)	10	0 (0- 1,25)	0,508
Desplazarse con ayuda adaptado 1	7	1 (0-3)	8	1,5 (0- 3,75)	6	0 (0-1)	0,476
Andar >10m adaptado 1	15	3 (0-4)	19	3 (1-4)	11	3 (3-4)	0,249
Viajar pasajero adaptado 1	14	0 (0-0)	19	0 (0-0)	11	0 (0-2)	0,310
Conducción adaptado 1	1	-	2	-	4	2 (1- 3,75)	0,197
Montar en animales adaptado 1	-	-	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 1	15	0 (0-1)	19	1 (0-2)	11	0 (0-0)	0,032
Cepillarse dientes adaptado 1	13	0 (0-0,5)	19	0 (0-0)	11	-	0,265
Higiene excreción adaptado 1	15	0 (0-1)	19	0 (0-1)	11	0 (0-2)	0,764
Vestirse adaptado 1	15	1 (0-2)	18	2 (0-3)	11	1 (0-2)	0,137
Uso cubiertos adaptado 1	15	1 (0-2)	19	1 (0-3)	11	0 (0-2)	0,239
Abrir botellas adaptado 1	14	0 (0-2)	18	0 (0-2,25)	11	0 (0-2)	0,907
Manejo bienestar adaptado 1	13	0 (0-1)	18	0 (0-0)	8	0 (0-0)	0,336
Peinarse-afeitado adaptado 1	14	0 (0-0,5)	19	0 (0-2)	11	0 (0-0)	0,615
Incontinencia-estreñimiento adaptado 1	13	0 (0-0)	19	1 (0-2)	11	1 (0-1)	0,048
Participar asociaciones adaptado 1	15	0 (0-1)	19	0 (0-2)	11	0 (0-1)	0,869
Actividades tiempo libre adaptado 1	13	1 (0-3,5)	17	1 (0-3,5)	11	0 (0-4)	0,855
Participación obras sociales adaptado 1	3	-	10	2 (0-3)	4	2,5 (0,25-4)	0,153
Autonomía adaptado 1	14	0 (0-2)	19	0 (0-2)	10	0 (0-3)	0,965
Participar política adaptado 1	15	0 (0-1)	19	0 (0-0)	11	0 (0-0)	0,785
Cambiar posturas adaptado 2	12	0 (0-1)	16	1 (0-2)	9	1 (0-2)	0,230
Mantener sentado adaptado 2	12	-	16	0 (0-0,75)	9	0 (0-0)	0,155
Transferencias adaptado 2	12	0,5 (0- 1,75)	16	1 (0-2)	9	0 (0-1)	0,202
Mantener bipedestación adaptado 2	12	2 (0-2)	16	2 (2-3)	9	2 (1-2,5)	0,301
Levantar objetos adaptado 2	12	0 (0-0)	16	0 (0-0)	9	0 (0-1)	0,406
Mover objetos con MMII adaptado 2	12	0 (0-0)	14	0 (0-1,25)	8	1 (0-3,5)	0,148
Movilidad fina mano adaptado 2	11	0 (0-2)	13	1 (0-2,5)	9	1 (0-2,5)	0,649
Uso mano y brazo adaptado 2	12	1 (0,25- 1,75)	16	1 (1-3,75)	9	0 (0-1,5)	0,021
Agarre objetos redondos adaptado 2	12	0 (0-0)	16	0 (0-0)	9	-	0,555
Andar <10m adaptado 2	12	0 (0- 0,75)	16	2 (0,25- 2,75)	9	1 (0-2)	0,065

Desplazarse rápido adaptado 2	-	-	2	2 (0-)	3	4 (0-)	0,739
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 2	12	0 (0-0)	15	1 (0-2)	9	0 (0-0,5)	0,019
Desplazarse con ayuda adaptado 2	3	-	9	1 (0-3,5)	5	0 (0-2)	0,246
Andar >10m adaptado 2	12	0 (0-3,25)	15	3 (2-4)	8	3 (0,5-3,75)	0,086
Viajar pasajero adaptado 2	12	0 (0-0)	16	0 (0-0)	9	0 (0-0,5)	0,771
Conducción adaptado 2	2	3 (2-)	2	-	4	2 (0,5-3,5)	0,267
Montar en animales adaptado 2	-	-	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 2	12	0 (0-0)	16	0 (0-2)	9	0 (0-1)	0,315
Cepillarse dientes adaptado 2	10	0 (0-0,25)	15	0 (0-0)	9	0 (0-0)	0,867
Higiene excreción adaptado 2	12	0 (0-0,75)	16	0 (0-1)	9	0 (0-0,5)	0,838
Vestirse adaptado 2	12	1 (0-1,75)	16	1 (0-2,75)	9	1 (0-1)	0,213
Uso cubiertos adaptado 2	12	0,5 (0-2)	16	1,5 (0-2)	9	0 (0-1)	0,246
Abrir botellas adaptado 2	12	0,5 (0-2)	15	0 (0-2)	8	0 (0-1)	0,767
Manejo bienestar adaptado 2	12	0 (0-0,75)	16	0 (0-1)	8	-	0,238
Peinarse-afeitado adaptado 2	12	0 (0-1,75)	16	0 (0-0)	9	0 (0-2,5)	0,317
Incontinencia-estreñimiento adaptado 2	11	0 (0-1)	15	1 (0-1)	9	0 (0-1,5)	0,641
Participar asociaciones adaptado 2	12	1 (0-2,75)	16	0 (0-1)	9	0 (0-1,5)	0,324
Actividades tiempo libre adaptado 2	11	0 (0-3)	16	0 (0-1,75)	7	0 (0-0)	0,334
Participación obras sociales adaptado 2	1	-	6	1,5 (0-2,25)	4	1 (0-3,5)	0,883
Autonomía adaptado 2	11	0 (0-1)	14	0,5 (0-2)	9	0 (0-1)	0,624
Participar política adaptado 2	12	-	14	0 (0-0,25)	9	0 (0-0,5)	0,227
Cambiar posturas adaptado 3	10	0 (0-0,25)	14	1 (0,75-2)	7	0 (0-1)	0,004
Mantener sentado adaptado 3	10	0 (0-0)	14	0 (0-0)	7	-	0,701
Transferencias adaptado 3	10	0 (0-1)	14	1 (0,75-2)	7	0 (0-2)	0,035
Mantener bipedestación adaptado 3	10	2 (0-2,25)	14	1,5 (0-2)	7	2 (1-3)	0,485
Levantar objetos adaptado 3	10	0 (0-0,25)	14	0 (0-0)	7	0 (0-0)	0,622
Mover objetos con MMII adaptado 3	9	0 (0-1)	12	0,5 (0-1,75)	6	0 (0-1)	0,494
Movilidad fina mano adaptado 3	10	0,5 (0-1,25)	14	0 (0-1,25)	7	0 (0-2)	0,805
Uso mano y brazo adaptado 3	10	2 (0-2,25)	14	1 (0,75-2,25)	7	2 (0-2)	0,948
Agarre objetos redondos adaptado 3	10	0 (0-1)	14	0 (0-1,25)	7	0 (0-1)	0,944
Andar <10m adaptado 3	10	1,5 (0-3)	14	2 (0-2)	7	1 (0-2)	0,884
Desplazarse rápido adaptado 3	5	3 (0,5-4)	4	3 (0,5-4)	1		0,993
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 3	10	0 (0-1)	14	0 (0-2)	7	0 (0-1)	0,873
Desplazarse con ayuda adaptado 3	4	0 (0-3)	6	0 (0-3,25)	3	0 (0-)	0,971
Andar >10m adaptado 3	10	2 (0,75-4)	14	3 (0-4)	7	4 (2-4)	0,322
Viajar pasajero adaptado 3	10	0 (0-0)	14	0 (0-0)	7	0 (0-0)	0,919
Conducción adaptado 3	3	1 (0-)	3	-	2	-	0,142
Montar en animales adaptado 3	-	-	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 3	10	0 (0-0,25)	14	1 (0,75-2)	7	0 (0-1)	0,005

Cepillarse dientes adaptado 3	8	0 (0-0)	14	0 (0-0)	7	0 (0-0)	0,813
Higiene excreción adaptado 3	10	0 (0-0,25)	14	0 (0-0)	7	-	0,509
Vestirse adaptado 3	10	0,5 (0-1,25)	14	1 (1-3)	7	1 (0-2)	0,211
Uso cubiertos adaptado 3	10	0,5 (0-1,25)	14	0 (0-2,25)	7	0 (0-2)	0,891
Abrir botellas adaptado 3	10	0 (0-0,5)	13	1 (0-2,5)	7	1 (1-2)	0,104
Manejo bienestar adaptado 3	10	0 (0-0,25)	14	0 (0-0)	7	-	0,484
Peinarse-afeitado adaptado 3	10	0 (0-2)	13	0 (0-1)	7	0 (0-1)	0,822
Incontinencia-estreñimiento adaptado 3	9	0 (0-0)	14	1 (0-2)	7	1 (0-2)	0,020
Participar asociaciones adaptado 3	10	0,5 (0-2,25)	14	0 (0-1,25)	7	0 (0-1)	0,371
Actividades tiempo libre adaptado 3	10	0 (0-1)	14	0 (0-1,5)	7	2 (0-3)	-
Participación obras sociales adaptado 3	2	1 (0-)	8	4 (2,25-4)	3	0 (4-)	1,000
Autonomía adaptado 3	10	0 (0-1)	14	0 (0-2)	7	1 (0-2)	0,697
Participar política adaptado 3	10	0 (0-0)	14	-	7	-	0,350
Cambiar posturas adaptado 4	7	-	8	0 (0-0,75)	5	0 (0-1,5)	0,231
Mantener sentado adaptado 4	7	-	8	0 (0-1)	5	0 (0-1)	0,496
Transferencias adaptado 4	7	0 (0-1)	8	1 (0-1,75)	5	1 (0-3)	0,252
Mantener bipedestación adaptado 4	7	2 (0-2)	8	0,5 (0-2,75)	5	1 (0,5-3,5)	0,658
Levantar objetos adaptado 4	7	-	8	0 (0-0)	5	-	0,472
Mover objetos con MMII adaptado 4	7	-	7	0 (0-0)	5	0 (0-1,5)	0,172
Movilidad fina mano adaptado 4	7	-	8	0 (0-0,75)	5	0 (0-1)	0,397
Uso mano y brazo adaptado 4	7	1 (0-2)	8	2 (0-3)	5	2 (0,5-2)	0,684
Agarre objetos redondos adaptado 4	7	-	8	0 (0-1,75)	5	0 (0-1,5)	0,188
Andar <10m adaptado 4	7	0 (0-1)	8	0,5 (0-2,5)	5	1 (0-3)	0,511
Desplazarse rápido adaptado 4	7	2 (1-4)	7	4 (2-4)	5	4 (2-4)	0,275
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 4	7	-	8	0 (0-0,75)	5	0 (0-1)	0,249
Desplazarse con ayuda adaptado 4	2	2 (0-)	3	0 (0-)	2	2 (0-)	0,920
Andar >10m adaptado 4	7	1 (0-4)	7	2 (1-3)	5	2 (1-3,5)	0,714
Viajar pasajero adaptado 4	7	-	7	-	5	0 (0-0,5)	0,247
Conducción adaptado 4	3	-	3	-	4	3 (2-4)	0,185
Montar en animales adaptado 4	-	-	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 4	7	-	8	-	5	0 (0-0,5)	0,223
Cepillarse dientes adaptado 4	7	-	8	0 (0-0,75)	4	-	0,234
Higiene excreción adaptado 4	7	-	8	0 (0-0,75)	5	0 (0-0,5)	0,388
Vestirse adaptado 4	7	-	8	0 (0-1,5)	5	0 (0-2)	0,249
Uso cubiertos adaptado 4	7	-	8	-	5	0 (0-0,5)	0,223
Abrir botellas adaptado 4	7	-	8	0 (0-1,75)	5	0 (0-1,5)	0,189
Manejo bienestar adaptado 4	7	-	8	-	5	-	1,000
Peinarse-afeitado adaptado 4	7	-	8	0 (0-1,5)	5	0 (0-0,5)	0,378
Incontinencia-estreñimiento adaptado 4	7	-	8	0 (0-1)	5	0 (0-0,5)	0,210
Participar asociaciones adaptado 4	7	0 (0-3)	8	-	5	0 (0-1)	0,125
Actividades tiempo libre adaptado 4	6	-	8	0 (0-0)	5	0 (0-2,25)	0,224
Participación obras sociales adaptado 4	-	-	3	4 (0-)	2	2 (0-)	0,739
Autonomía adaptado 4	7	3 (0-4)	8	0 (0,2,75)	5	4 (1,5-4)	0,176
Participar política adaptado 4	7	0 (0-0)	8	-	5	-	0,395

Ítems	AFECTACIÓN CORPORAL						
	HD		HI		MMSS, MMII		P U de Mann- Whitney
	N	Me Q1- Q3	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1- Q3	
Cambiar posturas no adaptado 1	7	4 (3-4)	10	4 (2,25-4)	5	4 (2,5-4)	0,675
Mantener sentado no adaptado 1	2	1,5 (1-)	5	3 (0-3,5)	2	-	0,517
Transferencias no adaptado 1	10	3,5 (2-4)	18	3 (3-4)	8	4 (3-4)	0,796
Mantener bipedestación no adaptado 1	6	4 (3-4)	16	4 (3-4)	8	4 (4-4)	0,283
Levantar objetos no adaptado 1	2	-	3	0 (0-)	2	3,5 (3-)	0,168
Mover objetos con MMII no adaptado 1	3	-	7	4 (4-4)	3	4 (2-)	0,607
Movilidad fina mano no adaptado 1	3	3 (3-)	4	2 (0-4)	1	-	0,890
Uso mano y brazo no adaptado 1	1	-	2	1 (0-)	-	-	0,480
Agarre objetos redondos no adaptado 1	3	-	4	4 (1-)	1	1,5 (0-3,75)	0,275
Andar <10m no adaptado 1	8	4 (4-4)	15	4 (3-4)	6	4 (2,75-4)	0,486
Desplazarse rápido no adaptado 1	3	4 (0-)	7	-	3	-	0,189
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 1	6	4 (3,75-4)	17	4 (2-4)	4	-	0,176
Desplazarse con ayuda no adaptado 1	4	4 (2,5-4)	5	4 (2,5-4)	3	4 (3-)	0,991
Andar >10m no adaptado 1	12	4 (3,25-4)	13	4 (4-4)	7	4 (4-4)	0,717
Viajar pasajero no adaptado 1	1	-	4	1 (0-2,75)	3	-	0,053
Conducción no adaptado 1	-	-	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado 1	-	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 1	11	4 (3-4)	15	4 (4-4)	7	4 (3-4)	0,416
Cepillarse dientes no adaptado 1	3	4 (2-)	4	-	-	-	0,248
Higiene excreción no adaptado 1	7	4 (3-4)	7	-	2	-	0,110
Vestirse no adaptado 1	9	4 (3,5-4)	16	3,5 (3-4)	6	4 (3-4)	0,349
Uso cubiertos no adaptado 1	8	3,5 (3-4)	13	3 (2,5-4)	3	4 (0-)	0,841
Abrir botellas no adaptado 1	6	4 (2,75-4)	7	4 (3-4)	2	3,5 (3-)	0,978
Manejo bienestar no adaptado 1	8	4 (3,25-4)	8	4 (2,5-4)	5	3 (1,5-4)	0,275
Peinarse-Afeitado no adaptado 1	7	4 (2-4)	7	3 (1-4)	6	3,5 (1,5-4)	0,726

Incontinencia-estreñimiento no adaptado 1	2	-	8	3 (1,25-4)	3	3 (1-)	1,000
Participar asociaciones no adaptado 1	2	-	2	1,5 (0-)	-	-	0,317
Actividades tiempo libre no adaptado 1	4	-	2	3 (2-)	2	-	0,223
Participación obras sociales no adaptado 1	3	-	7	4 (2-4)	2	3,5 (3-)	0,526
Autonomía no adaptado 1	10	4 (4-4)	9	4 (3-4)	4	3,5 (3-4)	0,390
Participar política no adaptado 1	8	3,5 (3-4)	9	3 (1,5-4)	2	-	0,270
Cambiar posturas no adaptado 2	4	2,5 (2-3,75)	6	-	5	4 (2,5-4)	0,055
Mantener sentado no adaptado 2	-	-	3	3 (1-)	2	2 (0-)	0,767
Transferencias no adaptado 2	4	3,5 (3-4)	11	4 (3-4)	5	3 (3-4)	0,437
Mantener bipedestación no adaptado 2	3	3 (2-)	8	4 (3,25-4)	6	4 (3-4)	0,410
Levantar objetos no adaptado 2	1	-	2	2,5 (2-)	1	-	0,259
Mover objetos con MMII no adaptado 2	2	-	3	4 (2-)	1	-	0,420
Movilidad fina mano no adaptado 2	4	3 (0,75-3,75)	2	3,5 (3-)	1	-	0,430
Uso mano y brazo no adaptado 2	-	-	1	-	1	-	0,317
Agarre objetos redondos no adaptado 2	1	-	2	-	1	-	0,223
Andar <10m no adaptado 2	5	-	12	4 (4-4)	6	4 (3,75-4)	0,632
Desplazarse rápido no adaptado 2	-	-	-	-	3	4 (0-)	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 2	5	4 (3-4)	12	4 (3,25-4)	4	3 (2,25-3,75)	0,234
Desplazarse con ayuda no adaptado 2	2	-	3	3 (3-)	3	4 (3-)	0,364
Andar >10m no adaptado 2	7	-	8	4 (4-4)	5	4 (3,5-4)	0,517
Viajar pasajero no adaptado 2	-	-	2	2,5 (1-)	2	3,5 (3-)	0,683
Conducción 2	-	-	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado 2	-	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 2	8	3 (3-4)	13	4 (4-4)	8	4 (2,5-4)	0,167
Cepillarse dientes no adaptado 2	2	3,5 (3-)	4	2,5 (2-3,75)	2	1,5 (0-)	0,383
Higiene excreción no adaptado 2	2	-	7	4 (3-4)	2	3,5 (3-)	0,525
Vestirse no adaptado 2	9	3 (3-4)	12	4 (3,25-4)	5	3 (2,5-4)	0,204
Uso cubiertos no adaptado 2	6	3,5 (2-4)	11	4 (3-4)	1	-	0,567
Abrir botellas	3	4 (3-)	7	4 (3-4)	1	-	0,413

no adaptado 2							
Manejo bienestar no adaptado 2	7	4 (3-4)	10	4 (3-4)	5	3 (0,5-6,5)	0,562
Peinarse-Afeitado no adaptado 2	6	3 (1,5-3,25)	9	3 (3-4)	4	2,5 (2-3)	0,146
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 2	2	3,5 (3-)	10	3,5 (3-4)	3	2 (1-)	0,096
Participar asociaciones no adaptado 2	3	3 (2-)	2	3,5 (3-)	1	-	0,283
Actividades tiempo libre no adaptado 2	-	-	4	-	1	-	0,046
Participación obras sociales no adaptado 2	-	-	4	-	2	2,5 (1-)	0,157
Autonomía no adaptado 2	5	4 (2-4)	7	4 (3-4)	3	3 (1-)	0,432
Participar política no adaptado 2	2	3 (2-)	3	3 (3-)	3	3 (4-)	0,702
Cambiar posturas no adaptado 3	3	2 (2-)	6	4 (3,75-4)	3	4 (3-)	0,194
Mantener sentado no adaptado 3	-	-	1	-	3	3 (1-)	0,655
Transferencias no adaptado 3	4	3,5 (1,5-4)	9	4 (3-4)	4	-	0,264
Mantener bipedestación no adaptado 3	4	3,5 (3-4)	13	4 (2,5-4)	5	4 (2,5-4)	0,934
Levantar objetos no adaptado 3	-	-	-	-	1	-	-
Mover objetos con MMII no adaptado 3	2	-	3	-	2	-	1,000
Movilidad fina mano no adaptado 3	2	-	1	-	2	3,5 (3-)	0,472
Uso mano y brazo no adaptado 3	-	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado 3	-	-	1	-	-	-	-
Andar <10m no adaptado 3	4	3,5 (1,5-4)	12	4 (3-4)	3	4 (3-)	0,828
Desplazarse rápido no adaptado 3	-	-	1	-	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 3	6	4 (2,75-4)	10	3 (2,75-4)	3	3 (3-)	0,479
Desplazarse con ayuda no adaptado 3	2	-	4	4 (3,25-4)	2	3,5 (3-)	0,558
Andar >10m no adaptado 3	6	4 (2,5-4)	8	4 (4-4)	-	-	0,418
Viajar pasajero no adaptado 3	1	-	1	-	1	-	0,368
Conducción no adaptado 3	1	-	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado 3	-	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 3	7	4 (3-4)	11	4 (4-4)	6	4 (2-4)	0,226
Cepillarse dientes no adaptado 3	3	4 (3-)	4	-	2	-	0,368
Higiene excreción no adaptado 3	4	3,5 (3-4)	4	4 (1,75-4)	2	-	0,570
Vestirse no adaptado 3	7	4 (3-4)	11	4 (4-4)	5	4 (3-4)	0,348
Uso cubiertos no adaptado 3	3	3 (3-)	7	4 (3-4)	1	-	0,314
Abrir botellas no adaptado 3	3	3 (1-)	3	4 (3-)	2	-	0,323
Manejo bienestar no adaptado 3	5	4 (3-4)	8	4 (3,25-4)	5	4 (3-4)	0,809
Peinarse-Afeitado no adaptado 3	6	3,5 (2,75-4)	6	3,5 (2,75-4)	2	-	0,468
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 3	1	-	6	4 (3,5-4)	4	4 (1,75-4)	0,805
Participar asociaciones no adaptado 3	3	4 (3-)	4	4 (3,25-4)	1	-	0,823
Actividades tiempo libre no adaptado 3	-	-	-	-	-	-	-
Participación obras sociales no adaptado 3	1	-	4	-	-	-	1,000
Autonomía no adaptado 3	6	4 (3-4)	8	3,5 (2,25-4)	3	4 (3-)	0,615
Participar política no adaptado 3	1	-	1	-	-	-	0,317

Cambiar posturas no adaptado 4	1	-	1	-	1	-	0,368
Mantener sentado no adaptado 4	-	-	2	2 (0-)	2	3 (2-)	0,683
Transferencias no adaptado 4	2	3,5 (3-)	-	-	1	-	0,480
Mantener bipedestación no adaptado 4	3	-	7	4 (3-4)	3	4 (1-)	0,458
Levantar objetos no adaptado 4	4	4 (1-4)	6	-	2	3,5 (3-)	0,288
Mover objetos con MMII no adaptado 4	3	4 (0-)	1	-	2	2,5 (2-)	0,753
Movilidad fina mano no adaptado 4	2	-	3	-	2	3,5 (3-)	0,287
Uso mano y brazo no adaptado no adaptado 4	-	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado 4	2	-	4	-	1	-	0,050
Andar <10m no adaptado 4	5	3 (0,5-3,5)	7	4 (2-4)	3	4 (0-)	0,580
Desplazarse rápido no adaptado 4	6	3,5 (1,75-4)	6	4 (3,75-4)	4	4 (1-4)	0,455
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 4	3	3 (3-)	6	3 (2-4)	2	-	0,281
Desplazarse con ayuda no adaptado 4	2	2 (0-)	2	2,5 (1-)	2	2 (0-)	0,882
Andar >10m no adaptado 4	6	3,5 (2,5-4)	8	3,5 (1,5-4)	5	4 (1-4)	0,978
Viajar pasajero no adaptado 4	-	-	-	-	1	-	-
Conducción no adaptado 4	3	-	2	-	2	-	1,000
Montar en animales no adaptado 4	-	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 4	4	3,5 (3-4)	7	4 (3-4)	4	4 (3,25-4)	0,768
Cepillarse dientes no adaptado 4	2	2,5 (2-)	1	-	1	-	0,264
Higiene excreción no adaptado 4	3	3 (3-)	2	-	2	-	0,202
Vestirse no adaptado 4	3	4 (3-)	7	4 (3-4)	3	-	0,424
Uso cubiertos no adaptado 4	3	-	3	-	2	3,5 (3-)	0,223
Abrir botellas no adaptado 4	2	-	3	4 (3-)	1	-	0,607
Manejo bienestar no adaptado 4	6	4 (3,5-4)	5	4 (3,5-4)	4	4 (3,25-4)	0,983
Peinarse-Afeitado no adaptado 4	4	-	1	-	2	-	1,000
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 4	2	2,5 (1-)	4	4 (1-4)	3	4 (2-)	0,867
Participar asociaciones no adaptado 4	3	3 (3-)	-	-	-	-	1,000
Actividades tiempo libre no adaptado 4	1	-	1	-	1	-	0,368
Participación obras sociales no adaptado 4	-	-	2	-	1	-	1,000
Autonomía no adaptado 4	5	3 (2,5-4)	5	4 (2,5-4)	3	-	0,303
Participar política no adaptado 4	1	-	-	-	-	-	-

ANEXO XVII. ANOVA de Friedman y prueba de comparaciones por pareja en las cuatro mediciones para los ítems adaptados y no adaptados relativos de la CIF, en función de la afectación corporal.

ÍTEMS	Afectación corporal			Mediciones					
	HD	HI	MMSS, MMII	V0- V60	V0- V120	V0- V365	V60- V120	V60- V365	V120- V365
	ANOVA FRIEDMAN P								
Cambiar posturas	0,150	0,138	0,786	-	-	-	-	-	-
Mantener sentado	0,572	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Transferencias	0,059	0,305	0,653	-	-	-	-	-	-
Mantener bipedestación	0,539	0,049	0,786	-	-	-	0,15	0,42	-
Levantar objetos	0,572	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Mover objetos con MMII	0,090	0,116	0,960	-	-	-	-	-	-
Movilidad fina mano	0,013	0,993	0,163	-	-	0,044	-	-	-
Uso mano y brazo	0,815	0,300	0,392	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos	0,300	0,629	0,200	-	-	-	-	-	-
Andar <10m	0,152	0,696	0,942	-	-	-	-	-	-
Desplazarse rápido	No se puede calcular	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia	0,032	0,578	0,572	-	-	0,030	-	-	-
Desplazarse con ayuda	0,392	0,572	0,392	-	-	-	-	-	-
Andar >10m	0,689	0,919	0,012	-	-	0,037	-	-	-
Viajar pasajero	0,572	No se puede calcular	0,753	-	-	-	-	-	-
Conducción	No se puede calcular	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Montar en animales	No se puede calcular	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Lavarse	0,392	0,024	0,986	-	-	-	-	-	0,020
Cepillarse dientes	0,187	0,836	1,000	-	-	-	-	-	-
Higiene excreción	0,232	0,372	0,043	-	-	-	-	-	-
Vestirse	0,129	0,013	0,836	-	-	0,043	-	-	-
Uso cubiertos	0,152	0,057	0,392	-	-	-	-	-	-
Abrir botellas	0,060	0,690	0,896	-	-	-	-	-	-
Manejo bienestar	0,392	0,603	1,000	-	-	-	-	-	-
Peinarse-Afeitado	0,392	0,932	0,175	-	-	-	-	-	-
Incontinencia-estreñimiento	0,392	0,290	0,172	-	-	-	-	-	-
Participar asociaciones	0,073	0,106	0,308	-	-	-	-	-	-
Actividades tiempo libre	0,367	0,392	0,295	-	-	-	-	-	-
Participación obras sociales	No se puede calcular	0,145	0,392	-	-	-	-	-	-
Autonomía	0,631	0,861	0,192	-	-	-	-	-	-
Participar política	0,801	0,572	0,392	-	-	-	-	-	-

ÍTEMS	Afectación corporal			Mediciones					
	HD	HI	MMSS, MMII	V0- V60	V0- V120	V0- V365	V60- V120	V60- V365	V120- V365
	ANOVA FRIEDMAN P								
Cambiar posturas no adaptado	0,392	1,000	1,000	-	-	-	-	-	-
Mantener sentado no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Transferencias no adaptado	0,392	No se puede calcular	1,000	-	-	-	-	-	-
Mantener bipedestación no adaptado	No se puede calcular	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Levantar objetos no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Mover objetos con MMII no adaptado	1,000	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Movilidad fina mano no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Uso mano y brazo no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Andar <10m no adaptado	1,000	0,572	1,000	-	-	-	-	-	-
Desplazarse rápido no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado	0,392	0,284	1,000	-	-	-	-	-	-
Desplazarse con ayuda no adaptado	No se puede calcular	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Andar >10m no adaptado	0,194	1,000	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Viajar pasajero no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Conducción no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado	0,392	0,284	0,295	-	-	-	-	-	-
Cepillarse dientes	0,392	0,392	No se	-	-	-	-	-	-

no adaptado			puede calcular						
Higiene excreción no adaptado	0,392	0,392	1,000	-	-	-	-	-	-
Vestirse no adaptado	0,392	0,836	0,295	-	-	-	-	-	-
Uso cubiertos no adaptado	0,392	0,392	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Abrir botellas no adaptado	0,392	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Manejo bienestar no adaptado	1,000	1,000	1,000	-	-	-	-	-	-
Peinarse-Afeitado no adaptado	0,706	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Incontinencia-estreñimiento no adaptado	No se puede calcular	0,290	0,392	-	-	-	-	-	-
Participar asociaciones no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Actividades tiempo libre no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Participación obras sociales no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Autonomía no adaptado	0,392	0,392	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Participar política no adaptado	0,392	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-

ANEXO XVIII. Análisis de las variables relativas a los ítems de la CIF (adaptado y no adaptado) por situación de residencia. Se muestran percentiles de los ítems de las cuatro valoraciones.

Ítems	SITUACIÓN DE RESIDENCIA					
	Solo		Acompañado		P U de Mann- Whitney	Tamaño del efecto
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3		
Cambiar posturas adaptado 1	5	1 (0-1,5)	40	0,5 (0-2)	0,793	0,08
Mantener sentado adaptado 1	5	-	40	0 (0-0)	0,611	0,15
Transferencias adaptado 1	5	2 (1-2,5)	40	1 (0-2)	0,280	0,31
Mantener bipedestación adaptado 1	5	2 (0-2)	40	2 (0-3)	0,388	0,25
Levantar objetos adaptado 1	5	-	40	0 (0-0,75)	0,388	0,25
Mover objetos con MMII adaptado 1	5	0 (0-1,5)	39	0 (0-3)	0,517	0,19
Movilidad fina mano adaptado 1	5	1 (0-2,5)	40	0 (0-2)	0,539	0,18
Uso mano y brazo adaptado 1	5	1 (1-2)	40	1 (0-2)	0,820	0,07
Agarre objetos redondos adaptado 1	5	1 (0-2,5)	39	0 (0-1)	0,216	0,36
Andar <10m adaptado 1	5	1 (0-2,5)	40	1 (0-2)	0,930	0,03
Desplazarse rápido adaptado 1	4	4 (1,75-4)	26	4 (4-4)	0,791	0,1
Desplazarse por sala Fisioterapia adaptado 1	4	0 (0-0,75)	38	1 (0-2)	0,199	0,41
Desplazarse con ayuda adaptado 1	3	-	18	0,5 (0-3,25)	0,185	0,5
Andar >10m adaptado 1	5	3 (0-4)	40	3 (2-4)	0,847	0,07
Viajar pasajero adaptado 1	5	0 (0-0,5)	39	0 (0-0)	0,858	0,06
Conducción adaptado 1	-	-	7	3 (1-4)	-	-
Montar en animales adaptado 1	-	-	1	-	-	-
Lavarse adaptado 1	5	0 (0-1,5)	40	0 (0-1)	0,903	0,04
Cepillarse dientes adaptado 1	5	-	38	0 (0-0)	0,593	0,16
Higiene excreción adaptado 1	5	0 (0-2)	40	0 (0-1)	0,875	0,05
Vestirse adaptado 1	5	1 (0-2,5)	39	1 (0-2)	1,000	0,01
Uso cubiertos adaptado 1	5	1 (0,5-1,5)	40	1 (0-2)	0,958	0,02
Abrir botellas adaptado 1	5	1 (0-2,5)	38	0 (0-2)	0,593	0,16
Manejo bienestar adaptado 1	5	0 (0-2,5)	34	0 (0-0)	0,474	0,21
Peinarse-afeitado adaptado 1	4	1 (0-2,75)	40	0 (0-0)	0,311	0,32
Incontinencia-estreñimiento adaptado 1	5	0 (0-1,5)	38	0 (0-1)	0,985	0,01
Participar asociaciones adaptado 1	5	1 (0-1)	40	0 (0-1)	0,449	0,22
Actividades tiempo libre adaptado 1	5	4 (2-4)	36	0 (0-2,75)	0,018	0,90
Participación obras sociales adaptado 1	3	2 (0-)	14	0,5 (0-3)	0,676	0,2
Autonomía adaptado 1	5	0 (0-2)	38	0 (0-2)	0,619	0,15
Participar política adaptado 1	5	0 (0-1,5)	40	0 (0-0)	0,515	0,19
Cambiar posturas adaptado 2	3	1 (0-)	34	1 (0-2)	0,814	0,1
Mantener sentado adaptado 2	3	1 (0-)	34	0 (0-0)	0,132	0,54
Transferencias adaptado 2	3	0 (0-)	34	1 (0-2)	0,693	0,15
Mantener bipedestación adaptado 2	3	1 (0-)	34	2 (1,75-3)	0,507	0,26
Levantar objetos adaptado 2	3	0 (0-)	34	0 (0-0)	0,654	0,18
Mover objetos con MMII adaptado 2	3	0 (0-)	31	0 (0-2)	0,864	0,08
Movilidad fina mano adaptado 2	3	2 (0-)	30	0 (0-2)	0,317	0,37
Uso mano y brazo adaptado 2	3	-	34	1 (0-3)	0,896	0,06
Agarre objetos redondos adaptado 2	3	-	34	0 (0-0)	0,814	0,09
Andar <10m adaptado 2	3	1 (0-)	34	1 (0-2)	0,855	0,07
Desplazarse rápido adaptado 2	-	-	5	4 (0-4)	-	-
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 2	3	0 (0-)	33	0 (0-1)	0,914	0,06
Desplazarse con ayuda adaptado 2	1	-	16	0 (0-2,75)	0,588	0,44
Andar >10m adaptado 2	2	1,5 (0-)	33	3 (0-4)	0,568	0,28
Viajar pasajero adaptado 2	3	-	34	0 (0-0)	0,654	0,18
Conducción adaptado 2	-	-	8	3 (2-4)	-	-

Montar en animales adaptado 2	-	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 2	3	1 (0-)	34	0 (0-1)	0,268	0,41
Cepillarse dientes adaptado 2	3	-	31	0 (0-0)	0,688	0,17
Higiene excreción adaptado 2	3	0 (0-)	34	0 (0-1)	0,814	0,09
Vestirse adaptado 2	3	2 (1-)	34	1 (0-1,25)	0,105	0,59
Uso cubiertos adaptado 2	3	2 (0-)	34	0 (0-2)	0,616	0,19
Abrir botellas adaptado 2	3	0 (0-)	32	0 (0-1,75)	0,803	0,1
Manejo bienestar adaptado 2	3	0 (0-)	33	0 (0-0)	0,787	0,12
Peinarse-afeitado adaptado 2	3	2 (2-)	34	0 (0-1)	0,008	0,85
Incontinencia-estreñimiento adaptado 2	3	0 (0-)	32	0 (0-1)	0,595	0,2
Participar asociaciones adaptado 2	3	0 (0-)	34	0 (0-2)	0,616	0,2
Actividades tiempo libre adaptado 2	3	3 (2-)	31	0 (0-1)	0,022	0,77
Participación obras sociales adaptado 2	2	3,5 (3-)	9	0 (1-2)	0,036	1
Autonomía adaptado 2	3	1 (1-)	31	0 (0-1)	0,136	0,54
Participar política adaptado 2	3	-	32	0 (0-0)	0,676	0,16
Cambiar posturas adaptado 3	3	0 (0-)	38	0,5 (0-1)	0,875	0,22
Mantener sentado adaptado 3	3	-	28	0 (0-0)	0,875	0,08
Transferencias adaptado 3	3	0 (0-)	28	1 (0-1,75)	0,826	0,09
Mantener bipedestación adaptado 3	3	2 (0-)	28	2 (1-2)	0,925	0,04
Levantar objetos adaptado 3	3	0 (0-)	28	0 (0-0)	0,503	0,27
Mover objetos con MMII adaptado 3	3	0 (0-)	24	0 (0-1)	0,799	0,12
Movilidad fina mano adaptado 3	3	0 (0-)	28	0 (0-1,75)	0,777	0,11
Uso mano y brazo adaptado 3	3	1 (3-)	28	1,5 (0-2)	0,181	0,49
Agarre objetos redondos adaptado 3	3	2 (0-)	28	0 (0-1)	0,181	0,5
Andar <10m adaptado 3	3	1 (0-)	28	2 (0-2)	0,925	0,04
Desplazarse rápido adaptado 3	2	3,5 (3-)	8	2,5 (0,25-4)	0,533	0,38
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 3	3	0 (0-)	28	0 (0-1)	0,975	0,02
Desplazarse con ayuda adaptado 3	-	-	13	0 (0-3,5)	-	-
Andar >10m adaptado 3	3	4 (0-)	28	3 (1-4)	0,681	0,17
Viajar pasajero adaptado 3	3	-	28	0 (0-0)	0,729	0,15
Conducción adaptado 3	1	-	7	1 (1-4)	0,500	0,58
Montar en animales adaptado 3	-	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 3	3	0 (0-)	28	0,5 (0-1)	1,000	0,02
Cepillarse dientes adaptado 3	3	-	26	0 (0-0)	0,761	0,12
Higiene excreción adaptado 3	3	-	28	0 (0-0)	0,729	0,15
Vestirse adaptado 3	3	2 (1-)	28	1 (0-1)	0,122	0,58
Uso cubiertos adaptado 3	3	2 (1-)	28	0 (0-2)	0,091	0,61
Abrir botellas adaptado 3	3	2 (0-)	27	0 (0-2)	0,387	0,33
Manejo bienestar adaptado 3	3	-	28	0 (0-0)	0,729	0,15
Peinarse-afeitado adaptado 3	3	2 (2-)	27	0 (0-1)	0,005	0,90
Incontinencia-estreñimiento adaptado 3	2	1,5 (1-)	28	0 (0-1)	0,225	0,56
Participar asociaciones adaptado 3	3	-	28	0 (0-1,75)	0,256	0,43
Actividades tiempo libre adaptado 3	3	3 (0-)	28	0 (0-1,75)	0,285	0,41
Participación obras sociales adaptado 3	2	3 (2-)	11	4 (1-4)	0,923	0,08
Autonomía adaptado 3	3	0 (0-)	28	0 (0-1)	0,875	0,08
Participar política adaptado 3	3	-	28	0 (0-0)	0,925	0,04
Cambiar posturas adaptado 4	-	-	20	0 (0-0)	-	-
Mantener sentado adaptado 4	-	-	20	0 (0-0)	-	-
Transferencias adaptado 4	-	-	20	0,5 (0-1)	-	-
Mantener bipedestación adaptado 4	-	-	20	1 (0-2)	-	-
Levantar objetos adaptado 4	-	-	20	0 (0-0)	-	-
Mover objetos con MMII adaptado 4	-	-	19	0 (0-0)	-	-
Movilidad fina mano adaptado 4	-	-	20	0 (0-0)	-	-
Uso mano y brazo adaptado 4	-	-	20	2 (0-2)	-	-
Agarre objetos redondos adaptado 4	-	-	20	0 (0-0,75)	-	-
Andar <10m adaptado 4	-	-	20	0 (0-1,75)	-	-

Desplazarse rápido adaptado 4	-	-	19	4 (2-4)	-	-
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 4	-	-	20	0 (0-0)	-	-
Desplazarse con ayuda adaptado 4	-	-	7	0 (0-4)	-	-
Andar >10m adaptado 4	-	-	19	2 (0-3)	-	-
Viajar pasajero adaptado 4	-	-	19	0 (0-0)	-	-
Conducción adaptado 4	-	-	10	4 (3,5-4)	-	-
Montar en animales adaptado 4	-	-	1		-	-
Lavarse adaptado 4	-	-	20	0 (0-0)	-	-
Cepillarse dientes adaptado 4	-	-	19	0 (0-0)	-	-
Higiene excreción adaptado 4	-	-	20	0 (0-0)	-	-
Vestirse adaptado 4	-	-	20	0 (0-0)	-	-
Uso cubiertos adaptado 4	-	-	20	0 (0-0)	-	-
Abrir botellas adaptado 4	-	-	20	0 (0-0,75)	-	-
Manejo bienestar adaptado 4	-	-	20		-	-
Peinarse-afeitado adaptado 4	-	-	20	0 (0-0)	-	-
Incontinencia-estreñimiento adaptado 4	-	-	20	0 (0-0)	-	-
Participar asociaciones adaptado 4	-	-	20	0 (0-0)	-	-
Actividades tiempo libre adaptado 4	-	-	19	0 (0-0)	-	-
Participación obras sociales adaptado 4	-	-	5	4 (0-4)	-	-
Autonomía adaptado 4	-	-	20	2,5 (0-4)	-	-
Participar política adaptado 4	-	-	20	0 (0-0)	-	-

Ítems	SITUACIÓN DE RESIDENCIA					
	Solo		Acompañado		P U de Mann- Whitney	Tamaño del efecto
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3		
Cambiar posturas no adaptado 1	2	3,5 (3-)	20	4 (3-4)	0,779	0,13
Mantener sentado no adaptado 1	1	-	8	3 (0,25-3)	1,000	0,25
Transferencias no adaptado 1	5	3 (2-4)	31	4 (3-4)	0,657	0,14
Mantener bipedestación no adaptado 1	3	-	27	4 (3-4)	0,315	0,38
Levantar objetos no adaptado 1	-	-	7	3 (0-3)	-	-
Mover objetos con MMII no adaptado 1	-	-	13	4 (4-4)	-	-
Movilidad fina mano no adaptado 1	1	-	7	3 (0-4)	0,500	0,72
Uso mano y brazo no adaptado 1	-	-	3	0 (0-)	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado 1	1	-	7	1 (0-4)	0,500	0,72
Andar <10m no adaptado 1	4	3,5 (3-4)	25	4 (3-4)	0,737	0,12
Desplazarse rápido no adaptado 1	3	-	10	4 (4-4)	0,811	0,1
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 1	3	4 (2-)	24	4 (3-4)	0,856	0,07
Desplazarse con ayuda no adaptado 1	1	-	11	4 (3-4)	0,833	0,28
Andar >10m no adaptado 1	3	-	29	4 (4-4)	0,580	0,21
Viajar pasajero no adaptado 1	-	-	8	3 (0,5-4)	-	-
Conducción no adaptado 1	-	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado 1	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 1	5	4 (3-4)	28	4 (3-4)	0,789	0,09
Cepillarse dientes no adaptado 1	-	-	7	4 (4-4)	-	-
Higiene excreción no adaptado 1	2	-	14	4 (3,75-4)	0,700	0,22
Vestirse no adaptado 1	3	4 (3-)	28	4 (3-4)	0,875	0,08
Uso cubiertos no adaptado 1	2	3,5 (3-)	22	3,5 (3-4)	0,877	0,1
Abrir botellas no adaptado 1	2	3,5 (3-)	13	4 (3-4)	1,000	0,08
Manejo bienestar no adaptado 1	2	-	19	4 (3-4)	0,467	0,37
Peinarse-Afeitado no adaptado 1	2	2,5 (1-)	18	3,5 (1,75-4)	0,853	0,09
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 1	1	-	12	3 (1,25-	0,308	0,75

				3,75)		
Participar asociaciones no adaptado 1	-	-	4	3 (0,75-3)	-	-
Actividades tiempo libre no adaptado 1	3	-	5	4 (3-4)	0,786	0,2
Participación obras sociales no adaptado 1	2	-	10	4 (2,75-4)	0,606	0,3
Autonomía no adaptado 1	2	-	21	4 (3-4)	0,569	0,29
Participar política no adaptado 1	3	4 (3-)	16	3 (3-4)	0,487	0,3
Cambiar posturas no adaptado 2	1	-	14	4 (3-4)	0,267	4,43
Mantener sentado no adaptado 2	-	-	5	3 (0,5-4)	-	-
Transferencias no adaptado 2	1	-	19	4 (3-4)	0,600	0,43
Mantener bipedestación no adaptado 2	2	3 (2-)	15	4 (3-4)	0,618	0,27
Levantar objetos no adaptado 2	-	-	4	2,5 (0,5-3,75)	-	-
Mover objetos con MMII no adaptado 2	-	-	6	4 (2,75-4)	-	-
Movilidad fina mano no adaptado 2	1	-	6	3 (2,25-4)	0,571	0,67
Uso mano y brazo no adaptado 2	-	-	2	2 (0-)	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado 2	-	-	4	3 (0,75-3,75)	-	-
Andar <10m no adaptado 2	2	3,5 (3-)	21	4 (4-4)	0,387	0,41
Desplazarse rápido no adaptado 2	-	-	3	4 (0-)	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 2	2	2,5 (2-)	19	4 (3-4)	0,086	1
Desplazarse con ayuda no adaptado 2	-	-	8	4 (3-4)	-	-
Andar >10m no adaptado 2	1	-	19	4 (4-4)	0,900	0,11
Viajar pasajero no adaptado 2	-	-	4	3,5 (1,5-4)	-	-
Conducción 2	-	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado 2	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 2	3	3 (3-)	26	4 (3-4)	0,429	0,3
Cepillarse dientes no adaptado 2	-	-	8	3 (2-3,75)	-	-
Higiene excreción no adaptado 2	-	-	11	4 (3-4)	-	-
Vestirse no adaptado 2	3	-	23	4 (3-4)	0,134	0,57
Uso cubiertos no adaptado 2	-	-	18	3,5 (3-4)	-	-
Abrir botellas no adaptado 2	1	-	10	4 (3-4)	0,364	0,7
Manejo bienestar no adaptado 2	1	-	21	4 (3-4)	0,545	0,48
Peinarse-Afeitado no adaptado 2	-	-	19	3 (2-4)	-	-
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 2	1	-	14	3 (2,75-4)	0,800	0,22
Participar asociaciones no adaptado 2	-	-	6	3 (1,5-4)	-	-
Actividades tiempo libre no adaptado 2	-	-	5	3 (1,75-3)	-	-
Participación obras sociales no adaptado 2	1	-	5	4 (2,5-4)	1,000	0,2
Autonomía	-	-	15	4 (3-4)	-	-

no adaptado 2						
Participar política no adaptado 2	-	-	8	3,5 (3-4)	-	-
Cambiar posturas no adaptado 3	-	-	12	4 (3-4)	-	-
Mantener sentado no adaptado 3	-	-	4	2,5 (1,25-3,75)	-	-
Transferencias no adaptado 3	1	-	16	4 (3-4)	0,706	0,32
Mantener bipedestación no adaptado 3	2	-	20	3,5 (3-4)	0,312	0,5
Levantar objetos no adaptado 3	-	0 (0-)	1	0 (0-1)	-	-
Mover objetos con MMII no adaptado 3	-	-	7	-	-	-
Movilidad fina mano no adaptado 3	-	-	5	4 (3,5-4)	-	-
Uso mano y brazo no adaptado 3	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado 3	-	-	1	-	-	-
Andar <10m no adaptado 3	1	-	18	4 (3-4)	0,526	0,5
Desplazarse rápido no adaptado 3	-	-	1	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 3	1	-	18	3 (3-4)	0,737	0,28
Desplazarse con ayuda no adaptado 3	-	-	8	4 (3,25-4)	-	-
Andar >10m no adaptado 3	-	-	14	4 (3,75-4)	0,681	-
Viajar pasajero no adaptado 3	-	-	3	3 (0-)	-	-
Conducción no adaptado 3	-	-	1	-	-	-
Montar en animales no adaptado 3	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 3	2	3,5 (3-)	22	4 (3,75-4)	0,652	0,21
Cepillarse dientes no adaptado 3	-	-	9	4 (4-4)	-	-
Higiene excreción no adaptado 3	-	-	10	4 (3-4)	-	-
Vestirse no adaptado 3	3	3 (3-)	20	4 (4-4)	0,166	0,52
Uso cubiertos no adaptado 3	-	-	11	4 (3-4)	-	-
Abrir botellas no adaptado 3	-	-	8	4 (3-4)	-	-
Manejo bienestar no adaptado 3	-	-	18	4 (3-4)	-	-
Peinarse-Afeitado no adaptado 3	-	-	14	4 (3-4)	-	-
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 3	-	-	11	4 (4-4)	-	-
Participar asociaciones no adaptado 3	-	-	8	4 (3,25-4)	-	-
Actividades tiempo libre no adaptado 3	-	-	-	-	-	-
Participación obras sociales no adaptado 3	1	-	4	-	1,000	0
Autonomía no adaptado 3	1	-	16	4 (3-4)	0,588	0,5
Participar política no adaptado 3	-	-	2	2,5 (2-)	-	-
Cambiar posturas no adaptado 4	-	-	3	4 (1-)	-	-
Mantener sentado no adaptado 4	-	-	4	3 (0,5-4)	-	-
Transferencias no adaptado 4	-	-	3	4 (3-)	-	-
Mantener bipedestación no adaptado 4	-	-	13	4 (3-4)	-	-

Levantar objetos no adaptado 4	-	-	12	4 (4-4)	-	-
Mover objetos con MMII no adaptado 4	-	-	6	3 (1,5-4)	-	-
Movilidad fina mano no adaptado 4	-	-	7	4 (4-4)	-	-
Uso mano y brazo no adaptado no adaptado 4	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado 4	-	-	7	4 (4-4)	-	-
Andar <10m no adaptado 4	-	-	15	3 (1-4)	-	-
Desplazarse rápido no adaptado 4	-	-	16	4 (3-4)	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 4	-	-	11	3 (3-4)	-	-
Desplazarse con ayuda no adaptado 4	-	-	6	2,5 (0-4)	-	-
Andar >10m no adaptado 4	-	-	19	4 (2-4)	-	-
Viajar pasajero no adaptado 4	-	-	1	-	-	-
Conducción no adaptado 4	-	-	7	-	-	-
Montar en animales no adaptado 4	-	-	1	-	-	-
Lavarse no adaptado 4	-	-	15	4 (3-4)	-	-
Cepillarse dientes no adaptado 4	-	-	4	3,5 (2,25-4)	-	-
Higiene excreción no adaptado 4	-	-	7	4 (3-4)	-	-
Vestirse no adaptado 4	-	-	13	4 (3-4)	-	-
Uso cubiertos no adaptado 4	-	-	8	4 (4-4)	-	-
Abrir botellas no adaptado 4	-	-	6	4 (3,75-4)	-	-
Manejo bienestar no adaptado 4	-	-	15	4 (4-4)	-	-
Peinarse-Afeitado no adaptado 4	-	-	7	-	-	-
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 4	-	-	9	4 (1,5-4)	-	-
Participar asociaciones no adaptado 4	-	-	3	3 (3-)	-	-
Actividades tiempo libre no adaptado 4	-	-	3	4 (3-)	-	-
Participación obras sociales no adaptado 4	-	-	3	-	-	-
Autonomía no adaptado 4	-	-	13	4 (3-4)	-	-
Participar política no adaptado 4	-	-	1	-	-	-

ANEXO XIX. ANOVA de Friedman y prueba de comparaciones por pareja en las cuatro mediciones para los ítems adaptados y no adaptados relativos de la CIF en función a la situación de residencia.

ÍTEMS	Situación de residencia	Mediciones					
	Acompañado	V0- V60	V0- V120	V0- V365	V60- V120	V60- V365	V120- V365
	ANOVA FRIEDMAN P						
Cambiar posturas	0,033	-	-	0,027	-	0,043	-
Mantener sentado	0,855	-	-	-	-	-	-
Transferencias	0,786	-	-	-	-	-	-
Mantener bipedestación	0,239	-	-	-	-	-	-
Levantar objetos	0,329	-	-	-	-	-	-
Mover objetos con MMII	0,051	-	-	-	-	-	-
Movilidad fina mano	0,186	-	-	-	-	-	-
Uso mano y brazo	0,619	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos	0,077	-	-	-	-	-	-
Andar <10m	0,786	-	-	-	-	-	-
Desplazarse rápido	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia	0,112	-	-	-	-	-	-
Desplazarse con ayuda	0,321	-	-	-	-	-	-
Andar >10m	0,357	-	-	-	-	-	-
Viajar pasajero	0,477	-	-	-	-	-	-
Conducción	0,392	-	-	-	-	-	-
Montar en animales	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Lavarse	0,043	-	-	-	-	-	-
Cepillarse dientes	0,475	-	-	-	-	-	-
Higiene excreción	0,118	-	-	-	-	-	-
Vestirse	0,019	-	-	0,017	-	-	-
Uso cubiertos	0,010	-	-	0,037	-	-	-
Abrir botellas	0,783	-	-	-	-	-	-
Manejo bienestar	0,269	-	-	-	-	-	-
Peinarse-Afeitado	0,724	-	-	-	-	-	-
Incontinencia-estreñimiento	0,165	-	-	-	-	-	-
Participar asociaciones	0,121	-	-	-	-	-	-
Actividades tiempo libre	0,110	-	-	-	-	-	-
Participación obras sociales	0,043	-	-	-	0,075	-	0,075

Autonomía	0,652	-	-	-	-	-	-
Participar política	0,557	-	-	-	-	-	-

ÍTEMS	Situación de residencia	Mediciones					
	Acompañado	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365
	ANOVA FRIEDMAN P						
Cambiar posturas no adaptado	0,392	-	-	-	-	-	-
Mantener sentado no adaptado	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Transferencias no adaptado	0,392	-	-	-	-	-	-
Mantener bipedestación no adaptado	0,463	-	-	-	-	-	-
Levantar objetos no adaptado	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Mover objetos con MMII no adaptado	1,000	-	-	-	-	-	-
Movilidad fina mano no adaptado	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Uso mano y brazo no adaptado	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Andar <10m no adaptado	0,572	-	-	-	-	-	-
Desplazarse rápido no adaptado	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado	0,194	-	-	-	-	-	-
Desplazarse con ayuda no adaptado	0,572	-	-	-	-	-	-
Andar >10m no adaptado	0,194	-	-	-	-	-	-
Viajar pasajero no adaptado	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Conducción no adaptado	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-

Lavarse no adaptado	0,701	-	-	-	-	-	-
Cepillarse dientes no adaptado	0,392	-	-	-	-	-	-
Higiene excreción no adaptado	0,572	-	-	-	-	-	-
Vestirse no adaptado	0,938	-	-	-	-	-	-
Uso cubiertos no adaptado	0,163	-	-	-	-	-	-
Abrir botellas no adaptado	0,392	-	-	-	-	-	-
Manejo bienestar no adaptado	1,000	-	-	-	-	-	-
Peinarse-Afeitado no adaptado	0,325	-	-	-	-	-	-
Incontinencia-estreñimiento no adaptado	0,392	-	-	-	-	-	-
Participar asociaciones no adaptado	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Actividades tiempo libre no adaptado	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Participación obras sociales no adaptado	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Autonomía no adaptado	0,392	-	-	-	-	-	-
Participar política no adaptado	0,392	-	-	-	-	-	-

ANEXO XX. Análisis de las variables relativas a los ítems de la CIF (adaptado y no adaptado) por asistencia en domicilio. Se muestran percentiles de los ítems de las cuatro valoraciones.

Ítems	ASISTENCIA EN DOMICILIO					
	Solo		Acompañado		P U de Mann- Whitney	Tamaño del efecto
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3		
Cambiar posturas adaptado 1	37	0 (0-2)	8	1 (0-2,75)	0,530	0,52
Mantener sentado adaptado 1	37	0 (0-0)	8	0 (0-0)	0,493	0,17
Transferencias adaptado 1	37	1 (0-2)	8	1,5 (0-2)	1,000	0
Mantener bipedestación adaptado 1	37	2 (0-3)	8	1,5 (0-3)	0,942	0,03
Levantar objetos adaptado 1	37	0 (0-1,5)	8	0 (0-0)	0,246	0,28
Mover objetos con MMII adaptado 1	36	0 (0-2,75)	8	1 (0,25-2)	0,482	0,17
Movilidad fina mano adaptado 1	37	0 (0-2)	8	0 (0-1,75)	0,782	0,07
Uso mano y brazo adaptado 1	37	1 (0-2)	8	1 (0-2)	0,388	0,2
Agarre objetos redondos adaptado 1	36	0 (0-1)	8	0 (0-0,75)	0,731	0,08
Andar <10m adaptado 1	37	1 (0-2)	8	2 (0,25-3)	0,211	0,3
Desplazarse rápido adaptado 1	24	4 (4-4)	6	4 (4-4)	0,462	0,21
Desplazarse por sala Fisioterapia adaptado 1	36	1 (0-2)	6	0,5 (0-1,25)	0,611	0,14
Desplazarse con ayuda adaptado 1	15	0 (0-3)	6	0 (0-3,25)	0,733	0,12
Andar >10m adaptado 1	37	3 (1-3,5)	8	4 (3,25-4)	0,029	0,49
Viajar pasajero adaptado 1	36	0 (0-0)	8	0 (0-1,5)	0,754	0,08
Conducción adaptado 1	7	3 (1-4)	-	-	No se puede calcular	-
Montar en animales adaptado 1	1	-	-	-	No se puede calcular	-
Lavarse adaptado 1	37	0 (0-1)	8	0 (0-1,5)	0,590	0,13
Cepillarse dientes adaptado 1	35	0 (0-0)	8	0 (0-0)	0,988	0,01
Higiene excreción adaptado 1	37	0 (0-1)	8	0 (0-3)	0,942	0,03
Vestirse adaptado 1	37	1 (0-2)	7	0 (0-2)	0,282	0,27
Uso cubiertos adaptado 1	37	1 (0-2)	8	1 (0-2)	0,896	0,04
Abrir botellas adaptado 1	35	0 (0-2)	8	0 (0-0,75)	0,211	0,29
Manejo bienestar adaptado 1	32	0 (0-0)	7	0 (0-4)	0,255	0,29
Peinarse-afeitado adaptado 1	37	0 (0-0,5)	7	0 (0-1)	0,875	0,04
Incontinencia-estreñimiento adaptado 1	35	0 (0-1)	8	0 (0-1,5)	0,725	0,09
Participar asociaciones adaptado 1	37	0 (0-1)	8	0 (0-0,75)	0,738	0,08
Actividades tiempo libre adaptado 1	33	0 (0-2)	8	4 (1,75-4)	0,003	0,65
Participación obras sociales adaptado 1	14	2 (0-3,25)	3	0 (0-0)	0,091	0,65
Autonomía adaptado 1	35	0 (0-2)	8	0 (0-3)	0,748	0,08
Participar política adaptado 1	37	0 (0-0)	8	1,5 (0-2)	0,023	0,51
Cambiar posturas adaptado 2	31	1 (0-1)	6	1 (0-2,25)	0,673	0,12
Mantener sentado adaptado 2	31	0 (0-0)	6	0 (0-0)	0,560	0,17
Transferencias adaptado 2	31	1 (0-1)	6	1,5 (0-2)	0,408	0,23
Mantener bipedestación adaptado 2	31	2 (1-2)	6	2,5 (0,75-4)	0,456	0,21
Levantar objetos adaptado 2	31	0 (0-0)	6	0 (0-0,25)	0,888	0,05
Mover objetos con MMII adaptado 2	28	0 (0-1)	6	0,5 (0-4)	0,388	0,24
Movilidad fina mano adaptado 2	30	0 (0-2)	3	3 (1-)	0,064	0,66
Uso mano y brazo adaptado 2	31	1 (0-3)	6	1 (0,75-1,25)	0,703	0,11
Agarre objetos redondos adaptado 2	31	0 (0-0)	6	0 (0-0)	0,733	0,1
Andar <10m adaptado 2	31	1 (0-2)	6	2,5 (0,75-3,25)	0,073	0,47
Desplazarse rápido adaptado 2	3	0 (0-)	2	4 (4-4)	0,400	0,67

Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 2	30	0 (0-1)	6	0 (0-0,75)	0,576	0,15
Desplazarse con ayuda adaptado 2	12	0 (0-1)	5	2 (0-3)	0,442	0,27
Andar >10m adaptado 2	29	2 (0-3,5)	6	4 (2,25-4)	0,093	0,45
Viajar pasajero adaptado 2	31	0 (0-0)	6	0 (0-1,75)	0,408	0,23
Conducción adaptado 2	7	2 (2-4)	1	-	0,500	0,58
Montar en animales adaptado 2	-	-	-	-	No se puede calcular	-
Lavarse adaptado 2	31	0 (0-1)	6	0 (0-1,25)	0,888	0,05
Cepillarse dientes adaptado 2	28	0 (0-0)	6	0 (0-0,25)	0,947	0,02
Higiene excreción adaptado 2	31	0 (0-1)	6	0 (0-1,5)	0,763	0,09
Vestirse adaptado 2	31	1 (0-2)	6	1 (0-1)	0,560	0,17
Uso cubiertos adaptado 2	31	0 (0-2)	6	0,5 (0-2)	0,857	0,05
Abrir botellas adaptado 2	29	0 (0-1)	6	1,5 (0,75-2,50)	0,069	0,48
Manejo bienestar adaptado 2	31	0 (0-0)	6	0 (0-2)	1,000	0,17
Peinarse-afeitado adaptado 2	31	0 (0-1)	6	0 (0-2)	0,952	0,03
Incontinencia-estreñimiento adaptado 2	29	0 (0-1)	6	1 (0-1,75)	0,379	0,24
Participar asociaciones adaptado 2	31	0 (0-1)	6	0,50 (0-2,50)	0,644	0,13
Actividades tiempo libre adaptado 2	29	0 (0-2)	5	0 (0-2)	0,962	0,03
Participación obras sociales adaptado 2	10	1,5 (0-2,25)	1	-	0,727	0,3
Autonomía adaptado 2	29	0 (0-1,5)	6	1 (0-1)	0,814	0,11
Participar política adaptado 2	30	0 (0-0)	5	0 (0-0,50)	0,837	0,07
Cambiar posturas adaptado 3	25	0 (0-1)	6	0,50 (0-1)	0,789	0,08
Mantener sentado adaptado 3	25	0 (0-0)	6	0 (0-0)	0,789	0,08
Transferencias adaptado 3	25	0 (0-1)	6	2 (0,75-2,5)	0,046	0,53
Mantener bipedestación adaptado 3	25	2 (0-2)	6	2,50 (1,75-3,25)	0,075	0,48
Levantar objetos adaptado 3	25	0 (0-0)	6	0 (0-0)	0,575	0,16
Mover objetos con MMII adaptado 3	22	0 (0-1,25)	5	0 (0-1)	0,880	0,06
Movilidad fina mano adaptado 3	25	0 (0-1)	6	0 (0-2,50)	0,865	0,05
Uso mano y brazo adaptado 3	25	1 (0-2,50)	6	2 (0,75-2)	0,865	0,05
Agarre objetos redondos adaptado 3	25	0 (0-1)	6	0 (0-1)	0,643	0,14
Andar <10m adaptado 3	25	1 (0-2)	6	2 (0-2,5)	0,575	0,16
Desplazarse rápido adaptado 3	8	3 (1,25-4)	2	2 (0-)	0,889	0,13
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 3	25	0 (0-1)	6	0 (0-0,50)	0,448	0,22
Desplazarse con ayuda adaptado 3	9	0 (0-4)	4	0 (0-2,25)	0,710	0,17
Andar >10m adaptado 3	25	3 (0,50-4)	6	3,50 (2,25-4)	0,391	0,24
Viajar pasajero adaptado 3	25	0 (0-0)	6	0 (0-1)	0,827	0,07
Conducción adaptado 3	6	1 (0,75-4)	2	4 (4-4)	0,286	0,67
Montar en animales adaptado 3	-	-	-	-	No se puede calcular	-
Lavarse adaptado 3	25	0 (0-1)	6	0,50 (0-1)	0,827	0,07
Cepillarse dientes adaptado 3	23	0 (0-0)	6	0 (0-1,50)	0,302	0,29
Higiene excreción adaptado 3	25	0 (0-0)	6	0 (0-0)	0,575	0,16
Vestirse adaptado 3	25	1 (0-1,50)	6	1 (0-2)	1,000	0
Uso cubiertos adaptado 3	25	0 (0-2)	6	1 (0-2,25)	0,643	0,13
Abrir botellas adaptado 3	24	0 (0-2)	6	1 (0-2,25)	0,595	0,15
Manejo bienestar adaptado 3	25	0 (0-0)	6	0 (0-0,25)	0,941	0,03
Peinarse-afeitado adaptado 3	24	0 (0-1)	6	0 (0-0,50)	0,402	0,23
Incontinencia-estreñimiento adaptado 3	24	0 (0-1)	6	1 (0-2)	0,432	0,23

Participar asociaciones adaptado 3	25	0 (0-1)	6	0,50 (0-2,25)	0,510	0,18
Actividades tiempo libre adaptado 3	25	0 (0-2)	6	0 (0-4)	0,865	0,06
Participación obras sociales adaptado 3	11	4 (2-4)	2	1,50 (1-)	0,231	0,6
Autonomía adaptado 3	25	0 (0-1)	6	0 (0-2,50)	0,942	0,02
Participar política adaptado 3	25	0 (0-0)	6	0 (0-0)	0,903	0,04
Cambiar posturas adaptado 4	16	0 (0-0)	4	1 (0-2)	0,211	0,44
Mantener sentado adaptado 4	16	0 (0-0)	4	0 (0-0)	0,756	0,13
Transferencias adaptado 4	16	0 (0-1)	4	1,50 (0,25-3,50)	0,178	0,47
Mantener bipedestación adaptado 4	16	1 (0-2)	4	2 (0,50-3,50)	0,335	0,33
Levantar objetos adaptado 4	16	0 (0-0)	4	0 (0-0)	0,892	0,07
Mover objetos con MMII adaptado 4	15	0 (0-0)	4	0 (0-0)	0,596	0,2
Movilidad fina mano adaptado 4	16	0 (0-0)	4	0 (0-0)	0,617	0,19
Uso mano y brazo adaptado 4	16	1 (0-2)	4	2,50 (2-3)	0,064	0,63
Agarre objetos redondos adaptado 4	16	0 (0-0,75)	4	0 (0-1,50)	1,000	0,04
Andar <10m adaptado 4	16	0 (0-1)	4	2,50 (0,25-4)	0,122	0,52
Desplazarse rápido adaptado 4	15	4 (2-4)	4	3 (2-4)	0,885	0,07
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 4	16	0 (0-0,75)	4	0 (0-0)	0,494	0,25
Desplazarse con ayuda adaptado 4	5	0 (0-4)	2	2 (0-)	1,000	0,1
Andar >10m adaptado 4	15	2 (0-3)	4	3 (2-4)	0,124	0,54
Viajar pasajero adaptado 4	15	0 (0-0)	4	0 (0-0)	0,885	0,07
Conducción adaptado 4	8	4 (2,50-4)	2	4 (4-4)	0,711	0,25
Montar en animales adaptado 4	1	-	-	-	No se puede calcular	-
Lavarse adaptado 4	16	0 (0-0)	4	0 (0-0)	0,892	0,07
Cepillarse dientes adaptado 4	15	0 (0-0)	4	0,50 (0-3,25)	0,152	0,5
Higiene excreción adaptado 4	16	0 (0-0)	4	0 (0-3)	0,682	0,16
Vestirse adaptado 4	16	0 (0-1,50)	4	0 (0-0)	0,494	0,25
Uso cubiertos adaptado 4	16	0 (0-0)	4	0 (0-0)	0,892	0,07
Abrir botellas adaptado 4	16	0 (0-0,75)	4	0 (0-1,50)	1,000	0,02
Manejo bienestar adaptado 4	16	0 (0-0)	4	0 (0-0)	1,000	0
Peinarse-afeitado adaptado 4	16	0 (0-0)	4	0 (0-1,50)	0,756	0,13
Incontinencia-estreñimiento adaptado 4	16	0 (0-0)	4	0 (0-0,75)	0,892	0,07
Participar asociaciones adaptado 4	16	0 (0-0)	4	0 (0-2,25)	0,820	0,1
Actividades tiempo libre adaptado 4	15	0 (0-0)	4	0 (0-3)	0,736	0,14
Participación obras sociales adaptado 4	4	4 (1-4)	1	-	0,400	0,75
Autonomía adaptado 4	16	1 (0-3,75)	4	3,50 (0,75-4)	0,335	0,33
Participar política adaptado 4	16	0 (0-0)	4	0 (0-0)	0,892	0,07

Ítems	ASISTENCIA EN DOMICILIO					
	Solo		Acompañado		P U de Mann- Whitney	Tamaño del efecto
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3		
Cambiar posturas no adaptado 1	15	4 (3-4)	7	4 (3-4)	0,731	0,11
Mantener sentado no adaptado 1	6	3 (0,75-3,25)	3	2 (0-)	0,548	0,34
Transferencias no adaptado 1	29	3 (3-4)	7	4 (3-4)	0,531	0,17
Mantener bipedestación no adaptado 1	24	4 (3-4)	6	4 (3,75-4)	0,432	0,23
Levantar objetos no adaptado 1	6	3 (2,25-	1	-	0,280	0,84

		3,25)				
Mover objetos con MMII no adaptado 1	11	4 (4-4)	2	2,50 (1-)	0,410	0,46
Movilidad fina mano no adaptado 1	5	3 (1,50-4)	3	3 (0-)	0,786	0,14
Uso mano y brazo no adaptado 1	2	1 (0-)	1	-	0,667	0,5
Agarre objetos redondos no adaptado 1	6	2 (0-4)	2	2 (0-)	1,000	0
Andar <10m no adaptado 1	21	4 (3-4)	8	4 (4-4)	0,341	0,24
Desplazarse rápido no adaptado 1	8	4 (4-4)	5	4 (4-4)	0,724	0,13
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 1	21	4 (2,50-4)	6	4 (3,75-4)	0,476	0,21
Desplazarse con ayuda no adaptado 1	8	4 (2,25-4)	4	4 (4-4)	0,368	0,38
Andar >10m no adaptado 1	25	4 (3,50-4)	7	4 (4-4)	0,340	0,24
Viajar pasajero no adaptado 1	5	3 (1-3,50)	3	4 (0-)	0,571	0,27
Conducción no adaptado 1	-	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado 1	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 1	26	4 (3-4)	7	4 (4-4)	0,131	0,39
Cepillarse dientes no adaptado 1	6	4 (3,50-4)	1	-	1,000	0,17
Higiene excreción no adaptado 1	10	4 (3-4)	6	4 (4-4)	0,368	0,3
Vestirse no adaptado 1	24	4 (3-4)	7	4 (4-4)	0,216	0,33
Uso cubiertos no adaptado 1	17	4 (3-4)	7	3 (2-4)	0,534	0,17
Abrir botellas no adaptado 1	11	4 (3-4)	4	3 (3-3,75)	0,280	0,41
Manejo bienestar no adaptado 1	16	4 (2,25-4)	5	4 (4-4)	0,153	0,44
Peinarse-Afeitado no adaptado 1	14	4 (2,75-4)	6	1,5 (0,75-4)	0,207	0,39
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 1	10	3 (1,75-2,25)	3	4 (1-)	0,469	0,3
Participar asociaciones no adaptado 1	3	3 (3-3)	1	-	0,500	1
Actividades tiempo libre no adaptado 1	3	4 (2-)	5	4 (4-4)	0,571	0,34
Participación obras sociales no adaptado 1	9	4 (2,50-4)	3	4 (4-4)	0,482	0,34
Autonomía no adaptado 1	16	4 (3-4)	7	4 (4-4)	0,492	0,19
Participar política no adaptado 1	13	3 (3-4)	6	4 (2,25-4)	0,467	0,24
Cambiar posturas no adaptado 2	10	4 (2-4)	5	4 (3,50-4)	0,440	0,26
Mantener sentado no adaptado 2	2	3,50 (3-)	3	1 (0-)	0,400	0,5
Transferencias no adaptado 2	15	4 (3-4)	5	4 (3-4)	1,000	0
Mantener bipedestación no adaptado 2	12	4 (3-4)	5	4 (3-4)	0,721	0,12
Levantar objetos no adaptado 2	3	3 (2-)	1	-	0,500	1
Mover objetos con MMII no adaptado 2	6	4 (2,75-4)	-	-	-	-
Movilidad fina mano no adaptado 2	6	3 (2,25-4)	1	-	0,551	0,67
Uso mano y brazo no adaptado 2	1	-	1	-	1,000	1
Agarre objetos redondos no adaptado 2	3	3 (3-)	1	-	0,500	1
Andar <10m no adaptado 2	18	4 (4-4)	5	4 (4-4)	0,587	0,17
Desplazarse rápido no adaptado 2	1	-	2	4 (4-4)	1,000	1
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 2	16	4 (3-4)	5	4 (3,50-4)	0,398	0,27
Desplazarse con ayuda no adaptado 2	4	4 (3,25-4)	4	3,50 (3-4)	0,686	0,25
Andar >10m no adaptado 2	15	4 (4-4)	5	4 (4-4)	0,672	0,14
Viajar pasajero no adaptado 2	1	-	3	4 (3-)	0,500	1
Conducción 2	-	-	-	-	-	-
Montar en animales	-	-	-	-	-	-

no adaptado 2						
Lavarse no adaptado 2	24	4 (3-4)	5	4 (4-4)	0,201	0,38
Cepillarse dientes no adaptado 2	6	3 (1,50-4)	2	2,50 (2-)	0,643	0,25
Higiene excreción no adaptado 2	6	4 (3-4)	5	4 (3-4)	0,931	0,07
Vestirse no adaptado 2	20	3,50 (3-4)	6	4 (3,75-4)	0,219	0,35
Uso cubiertos no adaptado 2	14	3,50 (3-4)	4	3,50 (3-4)	0,878	0,08
Abrir botellas no adaptado 2	10	4 (3-4)	1	-	0,727	0,4
Manejo bienestar no adaptado 2	19	4 (3-4)	3	4 (4-)	0,087	0,65
Peinarse-Afeitado no adaptado 2	14	3 (2-4)	5	3 (2,50-3,50)	1,000	0,02
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 2	13	3 (2,50-4)	2	3,50 (3-)	0,686	0,24
Participar asociaciones no adaptado 2	4	3 (2,25-3,75)	2	2 (0-)	0,800	0,13
Actividades tiempo libre no adaptado 2	2	3 (3-3)	3	3 (0-)	0,800	0,34
Participación obras sociales no adaptado 2	6	4 (3,25-4)	-	-	-	-
Autonomía no adaptado 2	11	4 (3-4)	4	3,50 (3-4)	0,753	0,14
Participar política no adaptado 2	7	3 (3-4)	1	-	0,500	0,58
Cambiar posturas no adaptado 3	7	3 (2-4)	5	4 (4-4)	0,107	0,58
Mantener sentado no adaptado 3	2	1,50 (1-)	2	3,50 (3-)	0,333	1
Transferencias no adaptado 3	12	4 (3-4)	5	4 (4-4)	0,195	0,42
Mantener bipedestación no adaptado 3	16	3 (2,25-4)	6	4 (3,75-4)	0,134	0,44
Levantar objetos no adaptado 3	-	-	1	-	-	-
Mover objetos con MMII no adaptado 3	5	4 (4-4)	2	4 (4-4)	1,000	0
Movilidad fina mano no adaptado 3	3	4 (4-4)	2	3,50 (3-)	0,400	0,5
Uso mano y brazo no adaptado 3	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado 3	1	-	-	-	-	-
Andar <10m no adaptado 3	15	4 (3-4)	4	4 (4-4)	0,185	0,47
Desplazarse rápido no adaptado 3	1	-	-	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 3	14	3 (2,75-4)	5	4 (3-4)	0,298	0,33
Desplazarse con ayuda no adaptado 3	4	4 (3,25-4)	4	4 (3,25-4)	1,000	0
Andar >10m no adaptado 3	11	4 (3-4)	3	4 (4-4)	0,555	0,28
Viajar pasajero no adaptado 3	1	-	2	1,50 (0-)	0,667	1
Conducción no adaptado 3	1	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado 3	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 3	19	4 (3-4)	5	4 (4-4)	0,297	0,32
Cepillarse dientes no adaptado 3	5	4 (3,5-4)	4	4 (4-4)	0,730	0,2
Higiene excreción no adaptado 3	6	3,50 (2,50-4)	4	4 (4-4)	0,257	0,5
Vestirse no adaptado 3	18	4 (3-4)	5	4 (4-4)	0,363	0,28

Uso cubiertos no adaptado 3	8	3,50 (3-4)	3	4 (3-)	0,776	0,17
Abrir botellas no adaptado 3	7	4 (3-4)	1	-	0,750	0,43
Manejo bienestar no adaptado 3	13	4 (3-4)	5	4 (3-4)	0,775	0,1
Peinarse-Afeitado no adaptado 3	10	4 (3-4)	4	3,50 (2,25-4)	0,733	0,15
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 3	7	4 (4-4)	4	4 (2,50-4)	0,927	0,08
Participar asociaciones no adaptado 3	5	4 (3,0-4)	3	4 (3-)	0,786	0,14
Actividades tiempo libre no adaptado 3	-	-	-	-	-	-
Participación obras sociales no adaptado 3	3	4 (4-4)	2	4 (4-4)	1,000	0
Autonomía no adaptado 3	13	4 (3-4)	4	3,50 (2,25-4)	0,624	0,18
Participar política no adaptado 3	2	2,50 (2-)	-	-	-	-
Cambiar posturas no adaptado 4	1	-	2	4 (4-4)	1,000	1
Mantener sentado no adaptado 4	2	3 (2-)	2	2 (0-)	0,667	0,25
Transferencias no adaptado 4	2	3,50 (3-)	1	-	1,000	0,5
Mantener bipedestación no adaptado 4	11	4 (3-4)	2	4 (4-4)	0,513	0,37
Levantar objetos no adaptado 4	8	4 (3,25-4)	4	4 (4-4)	0,570	0,25
Mover objetos con MMII no adaptado 4	3	4 (2-)	3	3 (0-)	0,400	0,56
Movilidad fina mano no adaptado 4	4	4 (3,25-4)	3	4 (4-4)	0,629	0,25
Uso mano y brazo no adaptado no adaptado 4	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado 4	5	4 (3,50-4)	2	4 (4-4)	1,000	0,2
Andar <10m no adaptado 4	11	3 (1-4)	4	4 (1-4)	0,489	0,28
Desplazarse rápido no adaptado 4	12	4 (3-4)	4	4 (2,50-4)	0,862	0,09
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 4	8	3 (2,25-3,75)	3	4 (4-4)	0,085	0,75
Desplazarse con ayuda no adaptado 4	4	2,50 (0,25-4)	2	2 (0-)	0,800	0,13
Andar >10m no adaptado 4	15	3 (1-4)	4	4 (3,25-4)	0,307	0,37
Viajar pasajero no adaptado 4	-	-	1	-	-	-
Conducción no adaptado 4	5	4 (4-4)	2	4 (4-4)	1,000	0
Montar en animales no adaptado 4	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 4	12	3,5 (3-4)	3	4 (4-4)	0,233	0,5
Cepillarse dientes no adaptado 4	2	2,50 (2-)	2	4 (4-4)	0,333	1
Higiene excreción no adaptado 4	4	3,50 (3-4)	3	4 (4-4)	0,400	0,5
Vestirse no adaptado 4	10	4 (3-4)	3	4 (4-4)	0,371	0,4
Uso cubiertos no adaptado 4	4	4 (3,25-4)	4	4 (4-4)	0,686	0,25
Abrir botellas no adaptado 4	3	4 (4-4)	3	4 (3-)	0,700	0,34
Manejo bienestar no adaptado 4	12	4 (4-4)	3	3 (3-)	0,180	0,53
Peinarse-Afeitado no adaptado 4	4	4 (4-4)	3	4 (4-4)	1,000	0
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 4	7	4 (2-4)	2	2 (0-)	0,500	0,36

Participar asociaciones no adaptado 4	2	3 (3-3)	1	-	1,000	1
Actividades tiempo libre no adaptado 4	2	3,50 (3-)	1	-	1,000	0,5
Participación obras sociales no adaptado 4	2	4 (4-4)	1	-	1,000	0
Autonomía no adaptado 4	9	4 (3-4)	4	3,50 (2,25-4)	0,604	0,2
Participar política no adaptado 4	1	-	-	-	-	-

ANEXO XXI. ANOVA de Friedman y prueba de comparaciones por pareja en las cuatro mediciones para los ítems adaptados y no adaptados relativos de la CIF, en función a la asistencia en domicilio.

ÍTEMS	Asistencia domicilio	Mediciones					
	No	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365
	ANOVA FRIEDMAN P						
Cambiar posturas	0,012	-	-	0,020	-	0,017	-
Mantener sentado	0,855	-	-	-	-	-	-
Transferencias	0,520	-	-	-	-	-	-
Mantener bipedestación	0,154	-	-	-	-	-	-
Levantar objetos	0,321	-	-	-	-	-	-
Mover objetos con MMII	0,165	-	-	-	-	-	-
Movilidad fina mano	0,238	-	-	-	-	-	-
Uso mano y brazo	0,549	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos	0,205	-	-	-	-	-	-
Andar <10m	0,513	-	-	-	-	-	-
Desplazarse rápido	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia	0,363	-	-	-	-	-	-
Desplazarse con ayuda	0,654	-	-	-	-	-	-
Andar >10m	0,321	-	-	-	-	-	-
Viajar pasajero	0,896	-	-	-	-	-	-
Conducción	0,392	-	-	-	-	-	-
Montar en animales	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Lavarse	0,095	-	-	-	-	-	-
Cepillarse dientes	0,080	-	-	-	-	-	-
Higiene excreción	0,049	-	-	0,055	-	-	-
Vestirse	0,036	-	-	0,028	-	-	-
Uso cubiertos	0,12	-	-	0,040	-	-	0,087
Abrir botellas	0,741	-	-	-	-	-	-
Manejo bienestar	0,321	-	-	-	-	-	-
Peinarse-Afeitado	0,801	-	-	-	-	-	-
Incontinencia-estreñimiento	0,208	-	-	-	-	-	-
Participar asociaciones	0,291	-	-	-	-	-	-
Actividades tiempo libre	0,138	-	-	-	-	-	-
Participación obras sociales	0,043	-	-	-	0,075	0,075	-

Autonomía	0,738	-	-	-	-	-	-
Participar política	0,845	-	-	-	-	-	-

ÍTEMS	Asistencia domicilio	Mediciones					
	No	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365
	ANOVA FRIEDMAN P						
Cambiar posturas no adaptado	0,392	-	-	-	-	-	-
Mantener sentado no adaptado	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Transferencias no adaptado	0,392	-	-	-	-	-	-
Mantener bipedestación no adaptado	0,463	-	-	-	-	-	-
Levantar objetos no adaptado	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Mover objetos con MMII no adaptado	1,000	-	-	-	-	-	-
Movilidad fina mano no adaptado	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Uso mano y brazo no adaptado	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Andar <10m no adaptado	0,572	-	-	-	-	-	-
Desplazarse rápido no adaptado	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado	0,145	-	-	-	-	-	-
Desplazarse con ayuda no adaptado	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Andar >10m no adaptado	0,392	-	-	-	-	-	-
Viajar pasajero no adaptado	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Conducción no adaptado	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-

Lavarse no adaptado	0,701	-	-	-	-	-	-
Cepillarse dientes no adaptado	0,392	-	-	-	-	-	-
Higiene excreción no adaptado	0,392	-	-	-	-	-	-
Vestirse no adaptado	0,921	-	-	-	-	-	-
Uso cubiertos no adaptado	0,163	-	-	-	-	-	-
Abrir botellas no adaptado	0,392	-	-	-	-	-	-
Manejo bienestar no adaptado	1,000	-	-	-	-	-	-
Peinarse-Afeitado no adaptado	0,706	-	-	-	-	-	-
Incontinencia-estreñimiento no adaptado	0,204	-	-	-	-	-	-
Participar asociaciones no adaptado	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Actividades tiempo libre no adaptado	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Participación obras sociales no adaptado	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Autonomía no adaptado	0,392	-	-	-	-	-	-
Participar política no adaptado	0,392	-	-	-	-	-	-

ANEXO XXII. Análisis de las variables relativas a los ítems de la CIF (adaptado y no adaptado) por uso de ayudas. Se muestran percentiles de los ítems de las cuatro valoraciones.

Ítems	USO DE AYUDAS					
	No		Sí		P U de Mann- Whitney	Tamaño del efecto
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3		
Cambiar posturas adaptado 1	19	0 (0-2)	26	1 (0-2)	0,613	0,09
Mantener sentado adaptado 1	19	0 (0-0)	26	0 (0-0)	0,613	0,06
Transferencias adaptado 1	19	2 (0-2)	26	1 (0-2)	0,543	0,11
Mantener bipedestación adaptado 1	19	1 (0-3)	26	2 (0,75-3)	0,307	0,18
Levantar objetos adaptado 1	19	0 (0-0)	26	0 (0-0,25)	0,937	0,02
Mover objetos con MMII adaptado 1	19	0 (0-2)	25	1 (0-3)	0,404	0,14
Movilidad fina mano adaptado 1	19	1 (0-2)	26	0 (0-1,25)	0,109	0,25
Uso mano y brazo adaptado 1	19	1 (0-2)	26	1 (0,75-2)	0,462	0,13
Agarre objetos redondos adaptado 1	19	0 (0-1)	25	0 (0-1)	0,825	0,04
Andar <10m adaptado 1	19	0 (0-2)	26	1,5 (0-3)	0,055	0,33
Desplazarse rápido adaptado 1	13	4 (2-4)	17	4 (4-4)	0,229	0,27
Desplazarse por sala Fisioterapia adaptado 1	19	1 (0-2)	23	1 (0-2)	0,757	0,06
Desplazarse con ayuda adaptado 1	6	0 (0-1,5)	15	0 (0-4)	0,381	0,26
Andar >10m adaptado 1	19	3 (1-4)	26	3 (1,75-4)	0,677	0,08
Viajar pasajero adaptado 1	19	0 (0-0)	25	0 (0-0,5)	0,734	0,05
Conducción adaptado 1	4	1 (1-2,5)	3	-	0,057	1
Montar en animales adaptado 1	-	-	1	-	-	-
Lavarse adaptado 1	19	1 (0-2)	26	0 (0-1)	0,130	0,24
Cepillarse dientes adaptado 1	17	0 (0-0,5)	26	0 (0-0)	0,201	0,15
Higiene excreción adaptado 1	19	0 (0-2)	26	0 (0-1)	0,709	0,06
Vestirse adaptado 1	19	1 (0-2)	25	1 (0-2)	0,397	0,15
Uso cubiertos adaptado 1	19	1 (0-2)	26	1 (0-2)	0,856	0,04
Abrir botellas adaptado 1	19	1 (0-2)	24	0 (0-2)	0,508	0,11
Manejo bienestar adaptado 1	17	0 (0-0,5)	22	0 (0-0,25)	0,878	0,03
Peinarse-afeitado adaptado 1	18	0 (0-1,25)	26	0 (0-0)	0,404	0,12
Incontinencia-estreñimiento adaptado 1	18	0 (0-1,25)	25	0 (0-1)	0,787	0,05
Participar asociaciones adaptado 1	19	0 (0-1)	26	0 (0-1)	0,583	0,08
Actividades tiempo libre adaptado 1	17	0 (0-1,5)	24	1,5 (0-4)	0,251	0,2
Participación obras sociales adaptado 1	6	0 (0-2,25)	11	2 (0-4)	0,216	0,38
Autonomía adaptado 1	18	0 (0-3,25)	25	0 (0-2)	0,378	0,14
Participar política adaptado 1	19	0 (0-2)	26	0 (0-0)	0,024	0,52
Cambiar posturas adaptado 2	18	1 (0-2)	19	1 (0-2)	0,916	0,03
Mantener sentado adaptado 2	18	0 (0-0)	19	0 (0-0)	0,461	0,15
Transferencias adaptado 2	18	1 (0-1,25)	19	1 (0-2)	0,916	0,03
Mantener bipedestación adaptado 2	18	2 (0-2,25)	19	2 (2-3)	0,061	0,37
Levantar objetos adaptado 2	18	0 (0-0)	19	0 (0-1)	0,391	0,17
Mover objetos con MMII adaptado 2	18	0 (0-0,25)	16	0 (0-3,5)	0,251	0,24
Movilidad fina mano adaptado 2	16	0 (0-1,75)	17	1 (0-3)	0,326	0,21
Uso mano y brazo adaptado 2	18	1 (0-2)	19	1 (1-3)	0,271	0,22
Agarre objetos redondos adaptado 2	18	0 (0-0)	19	0 (0-0)	0,799	0,05
Andar <10m adaptado 2	18	0,5 (0-2)	19	1 (0-2)	0,641	0,1
Desplazarse rápido adaptado 2	1	-	4	4 (1-4)	0,400	0,75
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 2	17	0 (0-1)	19	0 (0-1)	0,594	0,11
Desplazarse con ayuda adaptado 2	5	0 (0-1)	12	0,5 (0-3)	0,328	0,34
Andar >10m adaptado 2	18	1 (0-3)	17	3 (2-4)	0,027	0,44
Viajar pasajero adaptado 2	18	0 (0-0)	19	0 (0-0)	0,599	0,11
Conducción adaptado 2	5	2 (1-4)	3	4 (2-)	0,571	0,34

Montar en animales adaptado 2	-	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 2	18	0 (0-1)	19	0 (0-1)	0,799	0,06
Cepillarse dientes adaptado 2	16	0 (0-0)	18	0 (0-0)	0,825	0,05
Higiene excreción adaptado 2	18	0 (0-0,25)	19	0 (0-1)	0,775	0,06
Vestirse adaptado 2	18	1 (0-1,25)	19	1 (0-2)	0,730	0,07
Uso cubiertos adaptado 2	18	0 (0-2)	19	0 (0-2)	0,730	0,08
Abrir botellas adaptado 2	18	0,5 (0-2)	17	0 (0-1,5)	0,782	0,06
Manejo bienestar adaptado 2	18	0 (0-1)	18	0 (0-0)	0,628	0,1
Peinarse-afeitado adaptado 2	18	0 (0-1,25)	19	0 (0-2)	0,663	0,09
Incontinencia-estreñimiento adaptado 2	17	0 (0-1)	18	0,5 (0-1,25)	0,525	0,13
Participar asociaciones adaptado 2	18	1 (0-2)	19	0 (0-1)	0,284	0,21
Actividades tiempo libre adaptado 2	17	0 (0-1)	17	0 (0-2,5)	0,413	0,17
Participación obras sociales adaptado 2	4	0 (0-1,5)	7	2 (1-3)	0,109	0,65
Autonomía adaptado 2	17	0 (0-0,5)	17	1 (0-2)	0,085	0,35
Participar política adaptado 2	18	0 (0-0)	17	0 (0-0)	0,782	0,06
Cambiar posturas adaptado 3	14	0 (0-1)	17	1 (0-1,5)	0,444	0,17
Mantener sentado adaptado 3	14	0 (0-0)	17	0 (0-0)	0,984	0,01
Transferencias adaptado 3	14	0 (0-1)	17	1 (0-2)	0,200	0,28
Mantener bipedestación adaptado 3	14	2 (1-2)	17	1 (0-3)	0,444	0,17
Levantar objetos adaptado 3	14	0 (0-0,25)	17	0 (0-0)	0,468	0,16
Mover objetos con MMII adaptado 3	13	0 (0-0,5)	14	0,5 (0-1,5)	0,239	0,28
Movilidad fina mano adaptado 3	14	0 (0-0,25)	17	0 (0-2)	0,149	0,32
Uso mano y brazo adaptado 3	14	0,5 (0-2)	17	2 (1-3,5)	0,026	0,47
Agarre objetos redondos adaptado 3	14	0 (0-0,25)	17	0 (0-1,5)	0,336	0,22
Andar <10m adaptado 3	14	0 (0-2)	17	2 (0-2,5)	0,100	0,35
Desplazarse rápido adaptado 3	6	3 (0-4)	4	3 (1,25-4)	0,762	0,17
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 3	14	0 (0-1)	17	0 (0-1,5)	0,830	0,05
Desplazarse con ayuda adaptado 3	4	-	9	0 (0-4)	0,260	0,45
Andar >10m adaptado 3	14	2,5 (0,75-3)	17	4 (0,5-4)	0,149	0,31
Viajar pasajero adaptado 3	14	0 (0-0)	17	0 (0-0)	0,984	0,01
Conducción adaptado 3	6	2,5 (0,75-4)	2	2,5 (1-)	1,000	0,09
Montar en animales adaptado 3	-	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 3	14	1 (0-1)	17	0 (0-1,5)	0,922	0,03
Cepillarse dientes adaptado 3	12	0 (0-0)	17	0 (0-0)	0,845	0,05
Higiene excreción adaptado 3	14	0 (0-1,25)	17	-	0,186	0,29
Vestirse adaptado 3	14	1 (0-1)	17	1 (0-2,5)	0,570	0,13
Uso cubiertos adaptado 3	14	1,5 (0-2,25)	17	0 (0-1)	0,064	0,4
Abrir botellas adaptado 3	14	0 (0-1,25)	16	1 (0-2)	0,334	0,22
Manejo bienestar adaptado 3	14	0 (0-0)	17	0 (0-0)	0,922	0,03
Peinarse-afeitado adaptado 3	14	0 (0-0,25)	16	0,5 (0-2)	0,131	0,33
Incontinencia-estreñimiento adaptado 3	13	1 (0-1)	17	0 (0-2)	0,934	0,02
Participar asociaciones adaptado 3	14	0,5 (0-2)	17	0 (0-1)	0,356	0,2
Actividades tiempo libre adaptado 3	14	0 (0-2,5)	17	0 (0-2)	0,544	0,14
Participación obras sociales adaptado 3	4	2,5 (0,5-3,75)	9	4 (1,5-4)	0,414	0,34
Autonomía adaptado 3	14	0,5 (0-1,25)	17	0 (0-1,5)	0,681	0,1
Participar política adaptado 3	14	-	17	0 (0-0)	0,799	0,06
Cambiar posturas adaptado 4	10	0 (0-0,25)	10	0 (0-0,5)	0,912	0,04
Mantener sentado adaptado 4	10	0 (0-0,25)	10	-	0,481	0,2
Transferencias adaptado 4	10	0,5 (0-1)	10	0,5 (0-2)	0,684	0,11
Mantener bipedestación adaptado 4	10	2 (0-3)	10	0,5 (0-2)	0,280	0,29
Levantar objetos adaptado 4	10	-	10	0 (0-0)	0,739	0,1

Mover objetos con MMII adaptado 4	10	0 (0-1)	9	-	0,278	0,3
Movilidad fina mano adaptado 4	10	0 (0-0)	10	0 (0-0,25)	0,739	0,1
Uso mano y brazo adaptado 4	10	2 (1-2,25)	10	0 (0-2,25)	0,218	0,34
Agarre objetos redondos adaptado 4	10	0 (0-0)	10	0 (0-1,25)	0,315	0,28
Andar <10m adaptado 4	10	0,5 (0-1,25)	10	0 (0-3,25)	1,000	0,02
Desplazarse rápido adaptado 4	10	3 (2-4)	9	4 (1,5-4)	1,000	0
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 4	10	0 (0-1)	10	0 (0-0)	0,436	0,21
Desplazarse con ayuda adaptado 4	2	2 (0-)	5	0 (0-4)	0,857	0,1
Andar >10m adaptado 4	9	2 (1-3)	10	1,5 (0-3,25)	0,780	0,08
Viajar pasajero adaptado 4	9	0 (0-0)	10	-	0,720	0,12
Conducción adaptado 4	6	4 (2-4)	4	-	0,476	0,34
Montar en animales adaptado 4	-	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 4	10	-	10	0 (0-0)	0,739	0,1
Cepillarse dientes adaptado 4	9	0 (0-0)	10	0 (0-0)	1,000	0
Higiene excreción adaptado 4	10	0 (0-0,25)	10	0 (0-0)	0,796	0,08
Vestirse adaptado 4	10	0 (0-2)	10	0 (0-0)	0,436	0,21
Uso cubiertos adaptado 4	10	0 (0-0)	10	-	0,739	0,1
Abrir botellas adaptado 4	10	0 (0-2)	10	0 (0-0)	0,218	0,33
Manejo bienestar adaptado 4	10	-	10	-	1,000	0
Peinarse-afeitado adaptado 4	10	0 (0-0,25)	10	0 (0-0)	0,796	0,08
Incontinencia-estreñimiento adaptado 4	10	0 (0-0,25)	10	0 (0-0,25)	1,000	0
Participar asociaciones adaptado 4	10	0 (0-0,75)	10	0 (0-0,25)	0,912	0,04
Actividades tiempo libre adaptado 4	10	0 (0-0)	9	0 (0-2)	0,604	0,15
Participación obras sociales adaptado 4	1	-	4	4 (1-4)	0,400	0,75
Autonomía adaptado 4	10	3 (0-4)	10	1 (0-4)	0,739	0,1
Participar política adaptado 4	10	0 (0-0)	10	-	0,739	0,1

Ítems	USO DE AYUDAS					
	No		Sí		P U de Mann- Whitney	Tamaño del efecto
	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1-Q3		
Cambiar posturas no adaptado 1	8	4 (3-4)	14	4 (2,5-4)	1,000	0,01
Mantener sentado no adaptado 1	-	-	9	3 (0,5-3)	-	-
Transferencias no adaptado 1	14	3 (1,75-4)	22	4 (3-4)	0,253	0,24
Mantener bipedestación no adaptado 1	9	4 (3-4)	21	4 (3-4)	0,625	0,12
Levantar objetos no adaptado 1	2	-	5	3 (0-3,5)	0,857	0,2
Mover objetos con MMII no adaptado 1	4	-	9	4 (3-4)	0,604	0,23
Movilidad fina mano no adaptado 1	3	3 (3-)	5	3 (0-4)	0,786	0,2
Uso mano y brazo no adaptado 1	-	-	3	0 (0-)	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado 1	2	2 (0-)	6	2 (0-4)	1,000	0
Andar <10m no adaptado 1	9	4 (3,5-4)	20	4 (3-4)	0,594	0,14
Desplazarse rápido no adaptado 1	4	-	9	4 (4-4)	0,825	0,12
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 1	9	4 (4-4)	18	4 (2-4)	0,212	0,31
Desplazarse con ayuda no adaptado 1	2	2,5 (1-)	10	4 (3,75-4)	0,485	0,4
Andar >10m no adaptado 1	10	4 (4-4)	22	4 (3,75-4)	0,535	0,15
Viajar pasajero no adaptado 1	1	-	7	3 (0-4)	0,500	0,72
Conducción no adaptado 1	-	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado 1	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 1	14	4 (3-4)	19	4 (3-4)	0,788	0,22
Cepillarse dientes no adaptado 1	2	-	5	4 (3-4)	0,857	0,2
Higiene excreción no adaptado 1	6	3,5 (2,25-4)	10	-	0,118	0,5

Vestirse no adaptado 1	12	3,5 (3-4)	19	4 (3-4)	0,484	0,16
Uso cubiertos no adaptado 1	10	3 (3-4)	14	4 (2-4)	0,585	0,15
Abrir botellas no adaptado 1	6	4 (2,75-4)	9	4 (3-4)	0,955	0,04
Manejo bienestar no adaptado 1	9	4 (3,5-4)	12	4 (2,25-4)	0,422	0,22
Peinarse-Afeitado no adaptado 1	7	3 (2-4)	13	4 (1-4)	0,938	0,04
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 1	3	3 (3-)	10	3 (1-4)	0,469	0,3
Participar asociaciones no adaptado 1	1	-	3	3 (0-)	1,000	0,34
Actividades tiempo libre no adaptado 1	3	-	5	4 (3-4)	0,786	0,2
Participación obras sociales no adaptado 1	4	4 (2,5-4)	8	4 (3,25-4)	1,000	0,04
Autonomía no adaptado 1	11	4 (4-4)	12	4 (3-4)	0,169	0,35
Participar política no adaptado 1	9	4 (3-4)	10	3 (0-4)	0,315	0,29
Cambiar posturas no adaptado 2	7	4 (2-4)	8	4 (3,25-4)	0,536	0,2
Mantener sentado no adaptado 2	-	-	5	3 (0,5-4)	-	-
Transferencias no adaptado 2	7	3 (3-4)	13	4 (3-4)	0,351	0,27
Mantener bipedestación no adaptado 2	6	3,5 (1,5-4)	11	4 (4-4)	0,256	0,35
Levantar objetos no adaptado 2	1	-	3	2 (0-)	1,000	0,34
Mover objetos con MMII no adaptado 2	2	3 (2-)	4	4 (3,25-4)	0,533	0,38
Movilidad fina mano no adaptado 2	3	3 (0-)	4	4 (3,25-4)	0,114	0,84
Uso mano y brazo no adaptado 2	-	-	2	2 (0-)	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado 2	2	3,5 (3-)	2	1,5 (0-)	0,333	0,75
Andar <10m no adaptado 2	7	4 (4-4)	16	4 (4-4)	1,000	0,02
Desplazarse rápido no adaptado 2	-	-	3	4 (0-)	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 2	7	4 (3-4)	14	4 (3-4)	0,743	0,1
Desplazarse con ayuda no adaptado 2	3	4 (3-)	5	4 (3-4)	1,000	0,07
Andar >10m no adaptado 2	9	4 (3,5-4)	11		0,412	0,23
Viajar pasajero no adaptado 2	2	2,5 (1-)	2	3,5 (3-)	1,000	0,25
Conducción 2	-	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado 2	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 2	13	4 (2-4)	16	4 (4-4)	0,132	0,34
Cepillarse dientes no adaptado 2	2	2,5 (2-)	6	3 (1,5-4)	0,643	0,25
Higiene excreción no adaptado 2	3	4 (3-)	8	4 (3-4)	0,921	0,05
Vestirse no adaptado 2	13	4 (3-4)	13	4 (3-4)	0,579	0,14
Uso cubiertos no adaptado 2	10	3,5 (2,75-4)	8	3,5 (3-4)	0,762	0,1
Abrir botellas no adaptado 2	6	4 (3,75-4)	5	3 (3-4)	0,247	0,44
Manejo bienestar no adaptado 2	13	3 (2,5-4)	9	4 (4-4)	0,025	0,28
Peinarse-Afeitado no adaptado 2	6	3 (2,75-4)	13	3 (2-3,5)	0,521	0,2
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 2	6	3 (2,5-4)	9	3 (2,5-4)	0,776	0,1
Participar asociaciones	5	3 (2,5-4)	1	-	0,333	1

no adaptado 2						
Actividades tiempo libre no adaptado 2	1	-	4	3 (0,75-3)	0,800	0,25
Participación obras sociales no adaptado 2	1	-	5	-	0,333	1
Autonomía no adaptado 2	6	4 (2,5-4)	9	4 (3-4)	1,000	0
Participar política no adaptado 2	5	4 (2,5-4)	3	3 (3-)	0,786	0,14
Cambiar posturas no adaptado 3	5	4 (3,5-4)	7	4 (2-4)	0,432	0,29
Mantener sentado no adaptado 3	1	-	3	3 (1-)	1,000	0,34
Transferencias no adaptado 3	6	4 (2,5-4)	11	4 (3-4)	0,733	0,11
Mantener bipedestación no adaptado 3	9	4 (3-4)	13	4 (2,5-4)	0,744	0,09
Levantar objetos no adaptado 3	-	-	1	-	-	-
Mover objetos con MMII no adaptado 3	1	-	6	-	1,000	0
Movilidad fina mano no adaptado 3	1	-	4	4 (3,25-4)	0,800	0,25
Uso mano y brazo no adaptado 3	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado 3	-	-	1	-	-	-
Andar <10m no adaptado 3	6	4 (2,25-4)	13	4 (3-4)	0,966	0,02
Desplazarse rápido no adaptado 3	-	-	1	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 3	7	3 (3-4)	12	3 (3-4)	0,902	0,04
Desplazarse con ayuda no adaptado 3	3	4 (3-)	5	4 (3,5-4)	0,786	0,14
Andar >10m no adaptado 3	7	-	7	4 (1-4)	0,209	0,43
Viajar pasajero no adaptado 3	2	2 (0-)	1	-	1,000	0
Conducción no adaptado 3	-	-	1	-	-	-
Montar en animales no adaptado 3	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 3	12	4 (2,25-4)	12	4 (4-4)	0,143	0,36
Cepillarse dientes no adaptado 3	3	4 (3-)	6	-	0,548	0,34
Higiene excreción no adaptado 3	3	4 (3-)	7	4 (3-4)	1,000	0
Vestirse no adaptado 3	10	4 (3-4)	13	4 (4-4)	0,563	0,15
Uso cubiertos no adaptado 3	5	4 (3,5-4)	6	3 (3-4)	0,247	0,47
Abrir botellas no adaptado 3	5	3 (2-4)	3	-	0,250	0,6
Manejo bienestar no adaptado 3	8	4 (3-4)	10	4 (3-4)	0,829	0,08
Peinarse-Afeitado no adaptado 3	6	3 (2-4)	8	4 (3,25-4)	0,142	0,5
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 3	4	4 (2,5-4)	7	4 (4-4)	1,000	0,08
Participar asociaciones no adaptado 3	5	4 (3-4)	3	-	0,393	0,4
Actividades tiempo libre no adaptado 3	-	-	-	-	-	-
Participación obras sociales no adaptado 3	3	-	2	-	1,000	0
Autonomía no adaptado 3	10	4 (3-4)	7	4 (2-4)	0,669	0,15
Participar política no adaptado 3	2	2,5 (2-)	-	-	-	-
Cambiar posturas no adaptado 4	1	-	2	-	1,000	1

Mantener sentado no adaptado 4	2	1 (0-)	2	-	0,333	1
Transferencias no adaptado 4	1	-	2	3,5 (3-)	0,667	0,5
Mantener bipedestación no adaptado 4	4	3,5 (1,5-4)	9	4 (3,5-4)	0,414	0,34
Levantar objetos no adaptado 4	6	4 (3,75-4)	6	4 (3-4)	0,937	0,03
Mover objetos con MMII no adaptado 4	3	4 (0-)	3	3 (2-)	0,700	0,34
Movilidad fina mano no adaptado 4	5	4 (3,5-4)	2	-	1,000	0,2
Uso mano y brazo no adaptado no adaptado 4	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado 4	6	4 (3,75-4)	1	-	1,000	0,17
Andar <10m no adaptado 4	5	4 (0-4)	10	3 (1,75-4)	1,000	0
Desplazarse rápido no adaptado 4	7	4 (2-4)	9	4 (3-4)	1,000	0,02
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 4	3	4 (2-)	8	3 (3-4)	0,776	0,13
Desplazarse con ayuda no adaptado 4	2	2,5 (1-)	4	2 (0-4)	0,800	0,25
Andar >10m no adaptado 4	9	4 (1-4)	10	3,5 (2,5-4)	0,905	0,05
Viajar pasajero no adaptado 4	-	-	1	-	-	-
Conducción no adaptado 4	4	-	3	-	1,000	0
Montar en animales no adaptado 4	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 4	7	4 (3-4)	8	3,5 (3-4)	0,536	0,22
Cepillarse dientes no adaptado 4	2	2,5 (2-)	2	-	0,333	1
Higiene excreción no adaptado 4	3	4 (3-)	4	4 (3,25-4)	1,000	0,09
Vestirse no adaptado 4	6	4 (3,75-4)	7	4 (3-4)	0,445	0,29
Uso cubiertos no adaptado 4	5	-	3	4 (3-)	0,571	0,34
Abrir botellas no adaptado 4	4	-	2	3,5 (3-)	0,533	0,5
Manejo bienestar no adaptado 4	7	4 (4-4)	8	4 (3,25-4)	0,694	0,13
Peinarse-Afeitado no adaptado 4	3	-	4	-	1,000	0
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 4	3	4 (2-)	6	4 (0,75-4)	0,905	0,12
Participar asociaciones no adaptado 4	3	3 (3-)	-	-	-	-
Actividades tiempo libre no adaptado 4	1	-	2	-	1,000	1
Participación obras sociales no adaptado 4	-	-	3	-	-	-
Autonomía no adaptado 4	7	4 (3-4)	6	4 (2,75-4)	0,836	0,08
Participar política no adaptado 4	1	-	-	-	-	-

ANEXO XXIII. ANOVA de Friedman y prueba de comparaciones por pareja en las cuatro mediciones para los ítems adaptados y no adaptados relativos de la CIF, en función del uso de ayudas.

ÍTEMS	Uso ayudas		Mediciones					
	No	Sí	V0- V60	V0- V120	V0- V365	V60- V120	V60- V365	V120- V365
	ANOVA FRIEDMAN P							
Cambiar posturas	0,030	0,336	-	-	-	-	0,024	-
Mantener sentado	0,603	0,392	-	-	-	-	-	-
Transferencias	0,331	0,277	-	-	-	-	-	-
Mantener bipedestación	0,782	0,001	-	0,030	0,038	0,009	0,012	-
Levantar objetos	0,392	0,550	-	-	-	-	-	-
Mover objetos con MMII	0,303	0,053	-	-	-	-	-	-
Movilidad fina mano	0,256	0,568	-	-	-	-	-	-
Uso mano y brazo	0,110	0,360	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos	0,572	0,172	-	-	-	-	-	-
Andar <10m	0,318	0,492	-	-	-	-	-	-
Desplazarse rápido	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia	0,031	0,223	0,069	-	-	-	-	-
Desplazarse con ayuda	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Andar >10m	0,298	0,539	-	-	-	-	-	-
Viajar pasajero	0,875	0,312	-	-	-	-	-	-
Conducción	0,392	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Montar en animales	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Lavarse	0,089	0,212	-	-	-	-	-	-
Cepillarse dientes	0,836	0,494	-	-	-	-	-	-
Higiene excreción	0,348	0,212	-	-	-	-	-	-
Vestirse	0,203	0,072	-	-	-	-	-	-
Uso cubiertos	0,042	0,281	-	-	0,046	-	-	-
Abrir botellas	0,782	0,450	-	-	-	-	-	-
Manejo bienestar	0,290	0,392	-	-	-	-	-	-
Peinarse-Afeitado	0,519	0,830	-	-	-	-	-	-
Incontinencia-estreñimiento	0,447	0,392	-	-	-	-	-	-
Participar asociaciones	0,347	0,297	-	-	-	-	-	-
Actividades tiempo libre	0,159	0,562	-	-	-	-	-	-

Participación obras sociales	1,000	0,043	-	-	-	0,040	0,040	-
Autonomía	0,439	0,961	-	-	-	-	-	-
Participar política	0,156	0,572	-	-	-	-	-	-

ÍTEMS	Uso ayudas		Mediciones					
	No	Sí	V0-V60	V0-V120	V0-V365	V60-V120	V60-V365	V120-V365
	ANOVA FRIEDMAN P							
Cambiar posturas no adaptado	0,392	1,000	-	-	-	-	-	-
Mantener sentado no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Transferencias no adaptado	1,000	0,392	-	-	-	-	-	-
Mantener bipedestación no adaptado	0,392	0,494	-	-	-	-	-	-
Levantar objetos no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Mover objetos con MMII no adaptado	1,000	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Movilidad fina mano no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Uso mano y brazo no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Andar <10m no adaptado	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Desplazarse rápido no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado	0,284	0,392	-	-	-	-	-	-
Desplazarse con ayuda no adaptado	No se puede calcular	0,572	-	-	-	-	-	-
Andar >10m no adaptado	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Viajar pasajero no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Conducción no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Montar en animales no	No se puede	No se puede	-	-	-	-	-	-

adaptado	calcular	calcular						
Lavarse no adaptado	0,557	0,112	-	-	-	-	-	-
Cepillarse dientes no adaptado	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Higiene excreción no adaptado	No se puede calcular	0,572	-	-	-	-	-	-
Vestirse no adaptado	0,607	0,494	-	-	-	-	-	-
Uso cubiertos no adaptado	0,163	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Abrir botellas no adaptado	0,392	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Manejo bienestar no adaptado	1,000	1,000	-	-	-	-	-	-
Peinarse-Afeitado no adaptado	0,706	0,514	-	-	-	-	-	-
Incontinencia-estreñimiento no adaptado	No se puede calcular	0,392	-	-	-	-	-	-
Participar asociaciones no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Actividades tiempo libre no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Participación obras sociales no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Autonomía no adaptado	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Participar política no adaptado	0,392	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-

ANEXO XXIV. Análisis de las variables relativas a los ítems de la CIF (adaptado y no adaptado) por motivación. Se muestran percentiles de los ítems de las cuatro valoraciones.

Ítems	MOTIVACIÓN						P U de Mann- Whitney
	Recuperarse		Mantenerse		Ocio		
	N	Me Q1- Q3	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1- Q3	
Cambiar posturas adaptado 1	28	0 (0-2)	12	2 (0-2,75)	5	1 (0-1,5)	0,487
Mantener sentado adaptado 1	28	0 (0-0)	12	-	5	0 (0-1,5)	0,285
Transferencias adaptado 1	28	1 (0-2)	12	1,5 (0- 2,75)	5	2 (1-3)	0,292
Mantener bipedestación adaptado 1	28	2 (0-3)	12	1 (0-3)	5	2 (1-3)	0,744
Levantar objetos adaptado 1	28	0 (0- 1,75)	12	-	5	0 (0-2)	0,092
Mover objetos con MMII adaptado 1	27	0 (0-2)	12	0 (0-3)	5	2 (0,5-3)	0,443
Movilidad fina mano adaptado 1	28	0 (0-2)	12	0 (0-0)	5	2 (0-2,5)	0,179
Uso mano y brazo adaptado 1	28	1 (1-2)	12	0,5 (0-2)	5	2 (0,5- 2,5)	0,660
Agarre objetos redondos adaptado 1	27	0 (0-2)	12	0 (0-0)	5	0 (0-0,5)	0,297
Andar <10m adaptado 1	28	1,5 (0,25- 2,75)	12	0 (0-2,75)	5	0 (0-0,5)	0,066
Desplazarse rápido adaptado 1	17	4 (4-4)	9	4 (4-4)	4	4 (1-4)	0,737
Desplazarse por sala Fisioterapia adaptado 1	26	1 (0-1)	11	0 (0-2)	5	2 (0,5- 2,5)	0,350
Desplazarse con ayuda adaptado 1	14	0 (0- 3,25)	5	3 (0-3,5)	2	-	0,410
Andar >10m adaptado 1	28	3 (2-4)	12	2,5 (0,25- 3)	5	2 (0,5- 3,5)	0,152
Viajar pasajero adaptado 1	27	0 (0-1)	12	0 (0-0)	5	0 (0-1)	0,392
Conducción adaptado 1	6	3,5 (1-4)	-	-	1	-	0,280
Montar en animales adaptado 1	1	-	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 1	28	1 (0-2)	12	0 (0-0)	5	0 (0-2)	0,045
Cepillarse dientes adaptado 1	26	0 (0-0)	12	0 (0-0)	5	0 (0-0,5)	0,856
Higiene excreción adaptado 1	28	0 (0-1)	12	0 (0-0)	5	0 (0-1,5)	0,705
Vestirse adaptado 1	28	1 (0-2)	11	2 (0-2)	5	0 (0-2)	0,488
Uso cubiertos adaptado 1	28	1 (0-2)	12	0,5 (0- 1,75)	5	0 (0-2)	0,553
Abrir botellas adaptado 1	28	1 (0-2)	10	0 (0-0,25)	5	0 (0-2)	0,235
Manejo bienestar adaptado 1	24	0 (0-0)	10	0 (0-1,75)	5	0 (0-1,5)	0,732
Peinarse-afeitado adaptado 1	28	0 (0- 1,75)	11	0 (0-0)	5	0 (0-1)	0,400
Incontinencia-estreñimiento adaptado 1	26	0 (0-1)	12	0 (0-1,5)	5	0 (0-2)	0,887
Participar asociaciones adaptado 1	28	0 (0-1)	12	0 (0-0)	5	0 (0-0,5)	0,282
Actividades tiempo libre adaptado 1	26	1 (0- 3,25)	11	0 (0-4)	4	0 (0-3)	0,752
Participación obras sociales adaptado 1	9	2 (0-4)	5	0 (0-2)	3	2 (0-)	0,557
Autonomía adaptado 1	27	0 (0-2)	11	0 (0-4)	5	0 (0-3,5)	0,915
Participar política adaptado 1	28	0 (0-0)	12	0 (0-0)	5	0 (0-1)	0,948
Cambiar posturas adaptado 2	23	1 (0-2)	9	0 (0-1,5)	5	1 (0-2)	0,719
Mantener sentado adaptado 2	23	0 (0-0)	9	0 (0-0)	5	0 (0-1,5)	0,835
Transferencias adaptado 2	23	1 (0-2)	9	1 (0-2)	5	0 (0-1)	0,546
Mantener bipedestación adaptado 2	23	2 (0-3)	9	2 (2-3,5)	5	2 (1-2,5)	0,562
Levantar objetos adaptado 2	23	0 (0-0)	9	0 (0-0)	5	0 (0-0,5)	0,851
Mover objetos con MMII adaptado 2	21	0 (0-1)	8	0 (0-3,5)	5	0 (0-2)	0,773
Movilidad fina mano adaptado 2	21	1 (0-2)	8	0,5 (0-3)	4	0 (0-1,5)	0,625
Uso mano y brazo adaptado 2	23	1 (0-1)	9	1 (0,5-3,5)	5	2 (0,5-4)	0,233

Agarre objetos redondos adaptado 2	23	0 (0-0)	9	0 (0-0)	5	-	0,761
Andar <10m adaptado 2	23	1 (0-2)	9	2 (0-3)	5	1 (0-2)	0,620
Desplazarse rápido adaptado 2	3	0 (0-0)	2	-	-	-	0,182
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 2	22	0 (0-0,25)	9	1 (0-2,5)	5	0 (0-1)	0,163
Desplazarse con ayuda adaptado 2	11	0 (0-1)	5	3 (0-3,5)	1		0,333
Andar >10m adaptado 2	21	2 (0-4)	9	3 (1-4)	5	2 (0,5-3,5)	0,777
Viajar pasajero adaptado 2	23	0 (0-0)	9	0 (0-0)	5		0,439
Conducción adaptado 2	6	3 (2-4)	1	-	1	-	0,190
Montar en animales adaptado 2	-	-	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 2	23	0 (0-1)	9	0 (0-1,5)	5	-	0,313
Cepillarse dientes adaptado 2	21	0 (0-0)	8	0 (0-0)	5	0 (0-0,5)	0,939
Higiene excreción adaptado 2	23	0 (0-1)	9	0 (0-0)	5	0 (0-1)	0,347
Vestirse adaptado 2	23	1 (0-2)	9	1 (0-2)	5	1 (0-2)	0,986
Uso cubiertos adaptado 2	23	1 (0-2)	9	0 (0-3)	5	0 (0-1,5)	0,655
Abrir botellas adaptado 2	22	1 (0-2)	8	0 (0-0)	5	0 (0-1)	0,041
Manejo bienestar adaptado 2	23	0 (0-0)	8	0 (0-0)	5	0 (0-1)	0,669
Peinarse-afeitado adaptado 2	23	0 (0-2)	9	0 (0-0)	5	-	0,044
Incontinencia-estreñimiento adaptado 2	22	1 (0-1,25)	8	0 (0-1)	5	-	0,065
Participar asociaciones adaptado 2	23	1 (0-2)	9	0 (0-0)	5	1 (0-1)	0,067
Actividades tiempo libre adaptado 2	20	0 (0-2,75)	9	0 (0-0)	5	1 (0-2,5)	0,177
Participación obras sociales adaptado 2	7	2 (0-3)	3	0 (0-)	1	-	0,227
Autonomía adaptado 2	21	0 (0-1,5)	8	0,5 (0-1,75)	5	-	0,158
Participar política adaptado 2	23	0 (0-0)	7	0 (0-1)	5	0 (0-0,5)	0,449
Cambiar posturas adaptado 3	18	0 (0-1)	9	1 (0-1)	4	0,5 (0-1,75)	0,946
Mantener sentado adaptado 3	18	-	9	0 (0-0)	4	0 (0-1,5)	0,167
Transferencias adaptado 3	18	0,5 (0-1,25)	9	1 (0-2)	4	0,5 (0-1)	0,490
Mantener bipedestación adaptado 3	18	2 (1-3)	9	1 (0-1,5)	4	2 (1,25-2)	0,067
Levantar objetos adaptado 3	18	0 (0-0)	9	0 (0-0)	4	-	0,655
Mover objetos con MMII adaptado 3	16	0 (0-1)	7	0 (0-4)	4	1 (0-2)	0,763
Movilidad fina mano adaptado 3	18	0 (0-1,25)	9	0 (0-2)	4	0 (0-0,75)	0,784
Uso mano y brazo adaptado 3	18	1,5 (0-2,25)	9	2 (0,5-3)	4	1,5 (0,25-2)	0,855
Agarre objetos redondos adaptado 3	18	0 (0-1,25)	9	0 (0-0,5)	4	0 (0-0,75)	0,567
Andar <10m adaptado 3	18	2 (0-2,25)	9	0 (0-2)	4	0,5 (0-1,75)	0,412
Desplazarse rápido adaptado 3	8	2,5 (0,25-3,75)	-	-	2	-	0,104
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 3	18	0 (0-2)	9	0 (0-0,5)	4	0 (0-0,75)	0,382
Desplazarse con ayuda adaptado 3	8	0 (0-4)	4	0 (0-2,25)	1	-	0,626
Andar >10m adaptado 3	18	3 (1-4)	9	2 (0-4)	4	2 (0,25-3,75)	0,603
Viajar pasajero adaptado 3	19	0 (0-0)	9	-	4	0 (0-0,75)	0,383
Conducción adaptado 3	8	2,5 (1-4)	-	-	-	-	-
Montar en animales adaptado 3	-	-	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 3	18	0,5 (0-1)	9	0 (0-1)	4	0,5 (0-1)	0,907
Cepillarse dientes adaptado 3	16	0 (0-0)	9	0 (0-0)	4	-	0,773

Higiene excreción adaptado 3	18	0 (0-0)	9	0 (0-0)	4	1 (0-2,75)	0,053
Vestirse adaptado 3	18	1 (0-2)	9	1 (0-1,5)	4	1 (0,25-1,75)	0,979
Uso cubiertos adaptado 3	18	0 (0-2)	9	0 (0-1,5)	4	2 (1,25-2,75)	0,077
Abrir botellas adaptado 3	18	1 (0-2)	8	0 (0-1,75)	4	1 (0-2,75)	0,751
Manejo bienestar adaptado 3	18	0 (0-0)	9	0 (0-0)	4	0 (0-0,75)	0,831
Peinarse-afeitado adaptado 3	18	0 (0-1,25)	8	0,5 (0-1,75)	4	-	0,262
Incontinencia-estreñimiento adaptado 3	17	1 (0-1,5)	9	1 (0-2)	4	0 (0-0,75)	0,448
Participar asociaciones adaptado 3	18	0 (0-1,25)	9	0 (0-1,5)	4	0,5 (0-2,5)	0,845
Actividades tiempo libre adaptado 3	18	0 (0-3,25)	9	0 (0-0)	4	0,5 (0-3,25)	0,145
Participación obras sociales adaptado 3	7	4 (2-4)	4	2 (0,25-3,75)	2	3 (2-)	0,436
Autonomía adaptado 3	18	0 (0-2)	9	0 (0-1)	4	0,5 (0-3,25)	0,722
Participar política adaptado 3	18	0 (0-0)	9	-	4	-	0,697
Cambiar posturas adaptado 4	11	0 (0-0)	6	0 (0-1,25)	3	0 (0-)	0,485
Mantener sentado adaptado 4	11	0 (0-0)	6	-	3	0 (0-)	0,347
Transferencias adaptado 4	11	0 (0-1)	6	1 (0-1,25)	3	1 (0-)	0,601
Mantener bipedestación adaptado 4	11	1 (0-2)	6	0,5 (0-2,25)	3	2 (2-)	0,270
Levantar objetos adaptado 4	11	0 (0-0)	6	-	3	-	0,664
Mover objetos con MMII adaptado 4	11	0 (0-0)	5	0 (0-0,5)	3	0 (0-)	0,663
Movilidad fina mano adaptado 4	11	0 (0-0)	6	0 (0-0,25)	3	-	0,728
Uso mano y brazo adaptado 4	11	2 (0-2)	6	0 (0-3)	3	2 (2-)	0,321
Agarre objetos redondos adaptado 4	11	0 (0-1)	6	0 (0-1,25)	3	-	0,566
Andar <10m adaptado 4	11	1 (0-3)	6	0 (0-1,75)	3	0 (0-)	0,584
Desplazarse rápido adaptado 4	11	4 (2-4)	5	2 (1-4)	3	2 (2-)	0,710
Desplazarse por sala de Fisioterapia adaptado 4	11	0 (0-0)	6	0 (0-1,25)	3	-	0,461
Desplazarse con ayuda adaptado 4	5	0 (0-4)	2	2 (0-)	-	-	0,823
Andar >10m adaptado 4	11	2 (0-3)	6	1,5 (0-2,5)	2	3 (2-)	0,465
Viajar pasajero adaptado 4	11	0 (0-0)	6	-	2	-	0,695
Conducción adaptado 4	7	4 (2-4)	2	-	1	-	0,617
Montar en animales adaptado 4	-	-	-	-	-	-	-
Lavarse adaptado 4	11	0 (0-0)	6	-	3	-	0,664
Cepillarse dientes adaptado 4	11	0 (0-0)	5	0 (0-2)	3	-	0,628
Higiene excreción adaptado 4	11	0 (0-0)	6	0 (0-1)	3	0 (0-)	0,608
Vestirse adaptado 4	11	0 (0-2)	6	-	3	0 (0-)	0,328
Uso cubiertos adaptado 4	11	0 (0-0)	6	-	3	-	0,664
Abrir botellas adaptado 4	11	0 (0-1)	6	-	3	0 (0-)	0,261
Manejo bienestar adaptado 4	11	-	6	-	3	-	1,000
Peinarse-afeitado adaptado 4	11	0 (0-1)	6	-	3	-	0,256
Incontinencia-estreñimiento adaptado 4	11	0 (0-1)	6	-	3	-	0,142
Participar asociaciones adaptado 4	11	0 (0-0)	6	0 (0-0,25)	3	0 (0-)	0,734
Actividades tiempo libre adaptado 4	10	0 (0-0,25)	6	0 (0-1)	3	-	0,727
Participación obras sociales adaptado 4	3	-	2	-	-	-	0,046
Autonomía adaptado 4	11	3 (0-4)	6	0 (0-3,25)	3	0 (0-)	0,198
Participar política adaptado 4	11	0 (0-0)	6	-	3	-	0,664

Ítems	MOTIVACIÓN						P U de Mann- Whitney
	Recuperarse		Mantenerse		Ocio		
	N	Me Q1- Q3	N	Me Q1-Q3	N	Me Q1- Q3	
Cambiar posturas no adaptado 1	12	4 (4-4)	8	3 (0,25-4)	2	-	0,042
Mantener sentado no adaptado 1	6	3 (1,75-3,25)	3	0 (0-)	-	-	0,136
Transferencias no adaptado 1	22	3,5 (2,75-4)	10	3,5 (3-4)	4	3,5 (3-4)	0,823
Mantener bipedestación no adaptado 1	18	4 (3,75-4)	9	3 (3-4)	3	4 (3-)	0,250
Levantar objetos no adaptado 1	4	3 (3-3,75)	2	-	1	-	0,093
Mover objetos con MMII no adaptado 1	7	4 (4-4)	5	4 (2,5-4)	1	-	0,851
Movilidad fina mano no adaptado 1	5	3 (3-4)	3	0 (0-)	-	-	0,269
Uso mano y brazo no adaptado 1	1	-	2	1 (0-)	-	-	0,480
Agarre objetos redondos no adaptado 1	4	3,5 (1,5-4)	3	0 (0-)	1	-	0,261
Andar <10m no adaptado 1	15	4 (4-4)	11	4 (2-4)	3	3 (2-)	0,058
Desplazarse rápido no adaptado 1	7	4 (4-4)	5	-	1	-	0,651
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 1	15	4 (4-4)	9	4 (2-4)	3	4 (3-)	0,394
Desplazarse con ayuda no adaptado 1	8	4 (3,25-4)	3	-	1	-	0,085
Andar >10m no adaptado 1	18	4 (4-4)	11	4 (3-4)	3	-	0,588
Viajar pasajero no adaptado 1	4	3,5 (0,75-4)	4	2,5 (0,5-3,75)	-	-	0,549
Conducción no adaptado 1	-	-	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado 1	-	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 1	23	4 (3-4)	7	4 (4-4)	3	-	0,224
Cepillarse dientes no adaptado 1	3	4 (2-)	2	-	2	-	0,513
Higiene excreción no adaptado 1	10	4 (3,75-4)	5	-	1	-	0,104
Vestirse no adaptado 1	19	4 (3-4)	9	4 (3-4)	3	3 (3-)	0,456
Uso cubiertos no adaptado 1	12	4 (3,25-4)	8	2,5 (0,5-3,75)	4	3 (3-3,75)	0,023
Abrir botellas no adaptado 1	10	4 (3-4)	3	3 (3-)	2	3,5 (3-)	0,661
Manejo bienestar	13	4 (3-4)	5	4 (2-4)	3	-	0,436

no adaptado 1							
Peinarse-Afeitado no adaptado 1	14	3,5 (1,75-4)	4	2 (0-4)	2	3,5 (3-)	0,679
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 1	11	3 (3-4)	2	0,5 (0-)	-	-	0,030
Participar asociaciones no adaptado 1	3	-	1	-	-	-	0,083
Actividades tiempo libre no adaptado 1	3	-	4	4 (2,5-4)	1	-	0,607
Participación obras sociales no adaptado 1	6	-	3	3 (2-)	3	4 (2-)	0,125
Autonomía no adaptado 1	15	4 (3-4)	5	4 (3-4)	3	-	0,518
Participar política no adaptado 1	11	4 (3-4)	6	3,5 (0-4)	2	-	0,572
Cambiar posturas no adaptado 2	10	4 (2-4)	4	4 (3,25-4)	1	-	0,595
Mantener sentado no adaptado 2	3	4 (3-)	2	0,5 (0-)	-	-	0,076
Transferencias no adaptado 2	12	4 (3-4)	6	4 (3-4)	2	3,5 (3-)	0,906
Mantener bipedestación no adaptado 2	13	4 (3-4)	3	-	1	-	0,157
Levantar objetos no adaptado 2	1	-	2	2 (0-)	1	-	0,861
Mover objetos con MMII no adaptado 2	2	3,5 (3-)	2	-	2	3 (2-)	0,522
Movilidad fina mano no adaptado 2	4	3 (0,75-3,75)	2	-	1	-	0,245
Uso mano y brazo no adaptado 2	1	-	1	-	-	-	0,317
Agarre objetos redondos no adaptado 2	2	3,5 (3-)	1	-	1	-	0,325
Andar <10m no adaptado 2	15	4 (4-4)	6	4 (3,75-4)	2	3,5 (3-)	0,236
Desplazarse rápido no adaptado 2	2	2 (0-)	1	-	-	-	0,480
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 2	13	4 (3-4)	6	4 (3-4)	2	2,5 (1-)	0,677
Desplazarse con ayuda no adaptado 2	4	-	3	3 (3-)	1	-	0,105
Andar >10m no adaptado 2	11	-	5	-	4	3,5 (3-4)	0,015
Viajar pasajero no adaptado 2	2	-	1	-	1	-	0,223
Conducción 2	-	-	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado 2	-	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 2	19	4 (3-4)	6	-	4	2,5 (1-4)	0,118
Cepillarse dientes no adaptado 2	3	3 (0-)	3	3 (2-)	2	2,5 (2-)	0,845
Higiene excreción no adaptado 2	7	4 (4-4)	3	3 (3-)	1	-	0,134
Vestirse no adaptado 2	16	3 (3-4)	6	4 (3,75-4)	4	-	0,032

Uso cubiertos no adaptado 2	9	3 (3-4)	5	4 (3,5-4)	4	3,5 (2,25-4)	0,278
Abrir botellas no adaptado 2	7	4 (3-4)	2	3,5 (3-)	2	-	0,522
Manejo bienestar no adaptado 2	13	4 (3-4)	6	4 (3-4)	3	3 (3-)	0,667
Peinarse-Afeitado no adaptado 2	12	3 (2,25-4)	5	3 (2-3,5)	2	-	0,831
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 2	10	3,5 (2-4)	4	3 (3-3,75)	1	-	0,931
Participar asociaciones no adaptado 2	4	3 (0,5-4)	-	-	2	-	1,000
Actividades tiempo libre no adaptado 2	3	3 (0-)	2	-	-	-	0,414
Participación obras sociales no adaptado 2	5	4 (2,5-4)	1	-	-	-	0,655
Autonomía no adaptado 2	7	4 (3-4)	6	4 (2,5-4)	2	-	0,562
Participar política no adaptado 2	4	3,5 (3-4)	2	-	2	2,5 (2-)	0,126
Cambiar posturas no adaptado 3	7	4 (3-4)	3	4 (2-)	2	3,5 (3-)	0,926
Mantener sentado no adaptado 3	2	2,5 (1-)	1	-	1	-	0,861
Transferencias no adaptado 3	9	4 (4-4)	6	4 (3-4)	2	2 (1-)	0,029
Mantener bipedestación no adaptado 3	10	4 (2,75-4)	8	3,5 (1,5-4)	4	3 (3-3,75)	0,538
Levantar objetos no adaptado 3	1	-	-	-	-	-	-
Mover objetos con MMII no adaptado 3	3	-	3	-	1	-	1,000
Movilidad fina mano no adaptado 3	3	-	2	3,5 (3-)	-	-	0,221
Uso mano y brazo no adaptado 3	-	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado 3	-	-	1	-	-	-	-
Andar <10m no adaptado 3	11	4 (3-4)	7	3 (1-4)	1	-	0,300
Desplazarse rápido no adaptado 3	1	-	-	-	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 3	9	4 (3-4)	8	3 (2,25-4)	2	2,5 (2-)	0,185
Desplazarse con ayuda no adaptado 3	4	-	3	4 (3-)	1	-	0,143
Andar >10m no adaptado 3	7	4 (3-4)	5	4 (2,5-4)	2	-	0,725
Viajar pasajero no adaptado 3	2	2 (0-)	1	-	8	-	1,000
Conducción no adaptado 3	1	-	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado 3	14	-	7	-	3	-	-
Lavarse no adaptado 3	4	4 (2,75-4)	3	4 (4-4)	2	-	0,297
Cepillarse dientes no adaptado 3	4	-	3	-	2	3,5 (3-)	0,174
Higiene excreción no adaptado 3	6	4 (2,5-4)	3	-	1	-	0,261
Vestirse no adaptado 3	14	4 (3-4)	6	4 (3,75-4)	3	-	0,535
Uso cubiertos no adaptado 3	3	-	4	-	4	4 (3,25-4)	0,027
Abrir botellas no adaptado 3	5	4 (2-4)	1	-	2	3,5 (3-)	0,751
Manejo bienestar no adaptado 3	7	4 (3-4)	8	4 (3,25-4)	3	4 (3-)	0,776
Peinarse-Afeitado no adaptado 3	8	3,5 (2,25-4)	4	3,5 (3-4)	2	-	0,444
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 3	6	4 (1,75-4)	4	-	1	-	0,400
Participar asociaciones no adaptado 3	2	3,5 (3-)	3	-	3	4 (3-)	0,459
Actividades tiempo libre no adaptado 3	-	-	-	-	-	-	-
Participación obras sociales	1	-	2	-	2	-	1,000

no adaptado 3							
Autonomía no adaptado 3	9	4 (3-4)	6	4 (2-4)	2	3,5 (3-)	0,986
Participar política no adaptado 3	1	-	-	-	1	-	0,317
Cambiar posturas no adaptado 4	2	2,5 (1-)	1	-	-	-	0,480
Mantener sentado no adaptado 4	4	3 (0,5-4)	-	-	-	-	-
Transferencias no adaptado 4	2	-	1	-	-	-	0,157
Mantener bipedestación no adaptado 4	7	4 (3-4)	5	4 (3,5-4)	1	-	0,539
Levantar objetos no adaptado 4	7	4 (3-4)	2	-	3	-	0,459
Mover objetos con MMII no adaptado 4	3	3 (2-)	1	-	2	2 (0-)	0,969
Movilidad fina mano no adaptado 4	4	4 (3,25-4)	1	-	2	-	0,687
Uso mano y brazo no adaptado no adaptado 4	-	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado 4	3	4 (3-)	2	-	2	-	0,513
Andar <10m no adaptado 4	8	4 (2,25-4)	6	3 (0-4)	1	-	0,184
Desplazarse rápido no adaptado 4	9	4 (3,5-4)	5	4 (1,5-4)	2	3 (2-)	0,651
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado 4	7	4 (3-4)	4	2,5 (2-3,75)	-	-	0,126
Desplazarse con ayuda no adaptado 4	4	2 (0-4)	1	-	1	-	0,632
Andar >10m no adaptado 4	10	3,5 (2,75-4)	6	4 (0,75-4)	3	3 (0-)	0,730
Viajar pasajero no adaptado 4	1	-	-	-	-	-	-
Conducción no adaptado 4	4	-	2	-	1	-	1,000
Montar en animales no adaptado 4	-	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado 4	9	4 (3-4)	4	3,5 (3-4)	2	3,5 (3-)	0,823
Cepillarse dientes no adaptado 4	2	3,5 (3-)	1	-	1	-	0,325
Higiene excreción no adaptado 4	4	-	2	3,5 (3-)	1	-	0,142
Vestirse no adaptado 4	7	4 (4-4)	4	3 (1,5-3,75)	2	-	0,070
Uso cubiertos no adaptado 4	4	4 (3,25-4)	1	-	3	-	0,607
Abrir botellas no adaptado 4	3	-	2	3,5 (3-)	1	-	0,368
Manejo bienestar no adaptado 4	9	4 (3-4)	5	-	1	-	0,315
Peinarse-Afeitado no adaptado 4	4	-	1	-	2	-	1,000
Incontinencia-estreñimiento no adaptado 4	7	4 (2-4)	2	2 (0-)	-	-	0,384
Participar asociaciones no adaptado 4	1	-	-	-	2	3,5 (3-)	0,480
Actividades tiempo libre no adaptado 4	1	-	1	-	1	-	0,368
Participación obras sociales no adaptado 4	2	-	1	-	-	-	1,000
Autonomía no adaptado 4	7	4 (3-4)	4	4 (3,25-4)	2	2,5 (2-)	0,150
Participar política no adaptado 4	1	-	-	-	-	-	-

ANEXO XXV. ANOVA de Friedman y prueba de comparaciones por pareja en las cuatro mediciones para los ítems adaptados y no adaptados relativos de la CIF, en función de la motivación.

ITEMS	Motivación		Mediciones					
	Recuperarse	Mantenerse	V0- V60	V0- V120	V0- V365	V60- V120	V60- V365	V120- V365
	ANOVA FRIEDMAN P							
Cambiar posturas	0,124	0,147	-	-	-	-	-	-
Mantener sentado	0,112	0,392	-	-	-	-	-	-
Transferencias	0,682	0,332	-	-	-	-	-	-
Mantener bipedestación	0,379	0,134	-	-	-	-	-	-
Levantar objetos	0,590	0,392	-	-	-	-	-	-
Mover objetos con MMII	0,529	0,603	-	-	-	-	-	-
Movilidad fina mano	0,355	0,603	-	-	-	-	-	-
Uso mano y brazo	0,647	0,203	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos	0,047	0,875	-	-	-	-	-	-
Andar <10m	0,938	0,497	-	-	-	-	-	-
Desplazarse rápido	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia	0,392	0,821	-	-	-	-	-	-
Desplazarse con ayuda	0,654	0,392	-	-	-	-	-	-
Andar >10m	0,346	0,763	-	-	-	-	-	-
Viajar pasajero	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Conducción	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Montar en animales	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Lavarse	0,109	0,284	-	-	-	-	-	-
Cepillarse dientes	0,836	0,194	-	-	-	-	-	-
Higiene excreción	0,019	0,733	-	-	-	-	-	-
Vestirse	0,138	0,068	-	-	-	-	-	-
Uso cubiertos	0,044	0,321	-	-	0,069	-	-	-
Abrir botellas	0,617	0,706	-	-	-	-	-	-
Manejo bienestar	0,392	1,000	-	-	-	-	-	-
Peinarse-Afeitado	0,427	0,194	-	-	-	-	-	-
Incontinencia-estreñimiento	0,248	0,265	-	-	-	-	-	-
Participar asociaciones	0,169	0,131	-	-	-	-	-	-
Actividades tiempo libre	0,221	0,733	-	-	-	-	-	-
Participación obras sociales	0,043	1,000	-	-	-	0,040	0,040	-
Autonomía	0,435	0,572	-	-	-	-	-	-
Participar política	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-

ITEMS	Motivación		Mediciones					
	Recuperarse	Mantenerse	V0- V60	V0- V120	V0- V365	V60- V120	V60- V365	V120- V365
	ANOVA FRIEDMAN P							
Cambiar posturas no adaptado	0,392	1,000	-	-	-	-	-	-
Mantener sentado no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Transferencias no adaptado	1,000	0,392	-	-	-	-	-	-
Mantener bipedestación no adaptado	0,494	0,392	-	-	-	-	-	-
Levantar objetos no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Mover objetos con MMII no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Movilidad fina mano no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Uso mano y brazo no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Agarre objetos redondos no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Andar <10m no adaptado	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Desplazarse rápido no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Desplazarse por la sala de Fisioterapia no adaptado	0,392	0,145	-	-	-	-	-	-
Desplazarse con ayuda no adaptado	0,392	0,392	-	-	-	-	-	-
Andar >10m no adaptado	0,392	1,000	-	-	-	-	-	-
Viajar pasajero no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Conducción no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Montar en animales no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Lavarse no adaptado	0,697	0,392	-	-	-	-	-	-
Cepillarse dientes no adaptado	No se puede calcular	0,392	-	-	-	-	-	-
Higiene excreción no adaptado	1,000	0,572	-	-	-	-	-	-
Vestirse no adaptado	0,455	0,194	-	-	-	-	-	-
Uso cubiertos no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Abrir botellas no adaptado	0,392	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Manejo bienestar no adaptado	1,000	1,000	-	-	-	-	-	-
Peinarse-Afeitado no adaptado	0,212	0,392	-	-	-	-	-	-
Incontinencia-estreñimiento no adaptado	0,204	0,392	-	-	-	-	-	-
Participar	No se puede	No se puede	-	-	-	-	-	-

asociaciones no adaptado	calcular	calcular						
Actividades tiempo libre no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Participación obras sociales no adaptado	No se puede calcular	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-
Autonomía no adaptado	No se puede calcular	0,392	-	-	-	-	-	-
Participar política no adaptado	0,392	No se puede calcular	-	-	-	-	-	-



Sevilla, Diciembre 2019