

Trabajo de Final de Grado

INTERVENCIÓN DEL TERAPEUTA
OCUPACIONAL EN EL ÁMBITO
COMUNITARIO EN EL TRATAMIENTO
DEL ICTUS: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Ester Sánchez Gavilán

ester.sanchez@uvic.cat

4to Curso de Terapia Ocupacional

Tutora: Laura Vidaña

Facultad de Ciencias de la Salud y el Bienestar

Universidad de Vic – Universidad Central de Cataluña

Vic, mayo del 2018

ÍNDICE

1. Resumen y palabras clave	2
2. Introducción	3
3. Antecedentes y estado actual del tema	4
3.1 Equipos de atención primaria en el Estado español	5
3.2 El rol del terapeuta ocupacional en atención primaria a nivel internacional	6
3.2.1. Primeras investigaciones realizadas sobre el tema	7
3.2.2 Principales barreras de inclusión	8
3.3.3 Sistemas sanitarios y nuevas líneas de trabajo	9
3.3.4 Rol del terapeuta ocupacional	10
3.3 Integración del terapeuta ocupacional en atención primaria en Cataluña	14
4. Hipótesis y objetivos	17
5. Metodología	18
5.1 Estrategia de búsqueda	18
5.2 Distribución de roles durante el proceso	19
5.3 Criterios de inclusión e exclusión	19
6. Resultados	20
6.1 Descripción de la selección de artículos; PRISMA 2009 Flow Diagram	20
6.2 Escala de validez interna; PEDro	22
6.3 Variables de resultados	24
6.4 Descripción de los estudios	26
6.5 Comparación de los resultados	27
7. Conclusiones	28
8. Bibliografía	29
9. Agradecimientos y nota final del autor	32
10. Anexos	33
10.1 Tabla 2. Tabla descriptiva de los estudios incluidos en la revisión sistemática	33
10.2 Tabla 3. Comparación de los resultados y magnitud del cambio entre grupos	43

1. Resumen/abstract y palabras clave

Introducción: En la actualidad, la presencia del terapeuta ocupacional en los servicios de atención primaria en el Estado español es escasa. A nivel internacional, se pueden encontrar referencias de intervenciones realizadas por este profesional en diferentes servicios de atención primaria, enfocadas en el ámbito comunitario y en la intervención del ictus.

Metodología: La información se obtuvo de tres bases de datos; MEDLINE (PubMed), CINAHL y OTSeeker. Para conocer la rigurosidad metodológica de los estudios, se utilizó la escala de validez interna PEDro.

Resultados: Se incluyeron 21 artículos, después de obtener una primera búsqueda de 364 estudios. En la mayoría de los estudios no hay significatividad, debido a la heterogeneidad de las intervenciones realizadas. Las diferencias más significativas entre grupos se observan en las variables de desempeño ocupacional. Los estudios muestran ciertas tendencias y patrones comunes como ictus crónico y severidad moderada, la duración del proceso de tres a cinco meses, y el número de sesiones con una media de 3 sesiones.

Conclusiones: La investigación sobre el tema tratado en este proyecto necesita continuar, con la intención de encontrar cual es la intervención más efectiva de terapia ocupacional en el ámbito comunitario. Así como, conocer más detalles de intervención como la duración y la frecuencia de las sesiones.

Abstract

Introduction: At present, the presence of the occupational therapist in primary care services in the Spanish State is scarce. At the international level, you can find references of interventions carried out by this profession in different primary care services, focused on the community level and stroke intervention.

Methodology: Information was obtained from three databases; MEDLINE (PubMed), CINAHL and OTSeeker. To know the methodological rigor of the studies, the PEDro internal validity scale was used.

Results: 21 articles were included, after narrowing down from an initial search of 364 studies. In most studies there is no significance, due to the heterogeneity of the interventions carried out. The most significant differences between groups are observed

in the variables of occupational performance. The studies show certain trends and common patterns such as chronic stroke and moderate severity, the duration of the process from three to five months, and the number of sessions with an average of 3 sessions.

Conclusions: Research on the topic addressed in this project needs to continue, with the intention of finding the most effective occupational therapy intervention in the community. As well as, to know more details of intervention such as the duration and frequency of the sessions.

Palabras clave: Occupational therapy, community y stroke.

2. Introducción

Durante mi tercer año de carrera, tuve la oportunidad de asistir a las segundas jornadas de Terapia Ocupacional e investigación que se realizaban desde el Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Cataluña (COTOC), en febrero de 2017 en Barcelona.

Entre todas las ponencias, una en concreto, me resultó muy interesante. Ésta, trataba sobre cómo es la vida de las personas que habían tenido un traumatismo craneoencefálico (TCE) después de pasar la etapa hospitalaria.

Personalmente, considero que nos ofrecía la posibilidad de reflexionar, desde un enfoque relativamente crítico y reivindicativo, tanto a nivel individual como profesionales de la salud, y de manera más global, a nivel institucional, lo siguiente; ¿Qué pasa una vez estas personas juntamente con sus familiares retornan a su propio domicilio? ¿El proceso de rehabilitación termina en el mismo momento en que salen del hospital?

Ciertamente, el trabajo de investigación de la terapeuta ocupacional, me hizo replantearme aquellas dudas que ella nos había transmitido, e incluso, extrapolar las mismas cuestiones a otros colectivos vulnerables de nuestra población. ¿Las personas con riesgo de exclusión, reciben cualquier tipo de atención para poder desarrollar sus actividades de la vida diaria con total normalidad? Del mismo modo; ¿Cuentan con entornos facilitadores a nivel físico y social para ser independientes en su día a día?

A raíz de estas dudas generadas, y como estudiante de la disciplina de Terapia Ocupacional, la cual abarca tanto el ámbito sanitario como el social, me propuse hacer

una investigación sobre el rol del terapeuta ocupacional en la comunidad, a fin de poder dar respuesta a las cuestiones mencionadas. Ya que, tal y como define la World Federation of Occupational Therapists (WFOT);

“La Terapia Ocupacional es una profesión de la salud centrada en el cliente, que se ocupa de la promoción de la Salud y el Bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la terapia ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria (AVD). Los terapeutas ocupacionales, consiguen estos resultados, trabajando con personas y comunidades, para mejorar sus habilidades y que puedan participar en las ocupaciones que deseen, necesiten, o se espera que realicen, o mediante la modificación de la ocupación o el entorno para dar un mejor apoyo a su compromiso ocupacional.” (WFOT, 2016)

Claramente, para que esto sea posible y el terapeuta pueda llevar a cabo su intervención en el ámbito comunitario pero a nivel individual, debe formar parte de un servicio público de salud, donde los ciudadanos puedan acceder con facilidad. Es por ello, que consideré la existencia del rol de este profesional, en los centros de atención primaria (CAP) o como parte de un equipo móvil vinculado al CAP, como actualmente ya sucede en otros países de Europa y de América, ya que, son una de las primeras puertas de acceso a los servicios sanitarios.

Por otra parte, con la intención de concretar el tema de estudio, decidí basarme en la intervención del terapeuta ocupacional en el tratamiento del ictus desde atención primaria y en ámbito comunitario.

De este modo, y a lo largo del trabajo, se podrá observar la investigación realizada sobre la efectividad en diferentes niveles de la intervención del terapeuta ocupacional en atención primaria y en la comunidad, concretamente con personas que han sufrido un ictus. Así como, la importancia, los beneficios y el nuevo enfoque de trabajo que puede aportar de manera global esta profesión a los servicios de atención primaria (AP) y de manera más específica en el tratamiento del ictus.

Una vez finalizada la investigación, se podrá dar respuesta a preguntas como esta; ¿Cuál es el tipo de intervención des de terapia ocupacional comunitaria más efectiva para trabajar con personas que han sufrido un ictus?

3. Antecedentes y estado actual del tema

“Los servicios de atención primaria ofrecen diagnóstico y atención a los principales problemas de salud, asistencia sanitaria y social, y servicios de promoción de la salud, atención preventiva, curativa y rehabilitadora, servicio de atención a domicilio, atención urgente o continuada y atención a la salud sexual y reproductiva.” (Generalitat de Catalunya, 2017)

El centro de atención primaria o CAP, es el primer servicio de atención presencial donde la persona que presente un problema de salud o quiera prevenir alguna enfermedad debe dirigirse. Al resto de servicios asistenciales, la persona accederá mediante la derivación de atención primaria, exceptuando las urgencias médicas, donde se podrá acceder directamente. (Generalitat de Catalunya, 2017)

3.1 Equipos de atención primaria en el Estado español

Debido a que hay ciertas variaciones en las políticas de salud respecto a los sistemas sanitarios de cada comunidad autónoma, a pesar de pertenecer al mismo estado, y ya que el interés posterior de la investigación se centrará en la comunidad autonómica de Cataluña, se utilizará esta autonomía como referente a la hora de contrastar la información con el resto de las comunidades.

En la comunidad autónoma de Cataluña, las diferentes disciplinas implicadas en los equipos de atención primaria (EAP), son las siguientes; medicina de familia, pediatría, enfermería, odontología y trabajo social. En el caso de las otras comunidades y las dos ciudades autonómicas, se observa cómo hay variaciones con relación a los diferentes profesionales que forman los EAP. Aunque, las figuras básicas como las que conforman los equipos de atención primaria en Cataluña se mantienen presentes y básicamente se tratan de EAP más amplios que cuentan con tratamientos de fisioterapia básicos, por ejemplo. Pero en ningún caso, está presente la terapia ocupacional.

Sin embargo, cabe destacar que en la cartera de servicios de atención primaria del "Servicio Andaluz de Salud" (SAS), se observa en el apartado de rehabilitación el servicio de terapia ocupacional de la siguiente manera;

“[...] Y atendiendo al "Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas del Servicio Andaluz de Salud", que recoge la incorporación de los equipos móviles de

rehabilitación y fisioterapia a domicilio y el desarrollo de la terapia ocupacional en Atención Primaria, (AP) siendo un servicio dependiente orgánica y funcionalmente del distrito de Atención Primaria.” (Servicio Andaluz de Salud, 2017)

Aparentemente, esta información indica la existencia de equipos móviles que cuentan con la figura del terapeuta, pero no muestra información detallada del desarrollo de este equipo. Además, la información sucesiva está enfocada únicamente en el campo de la fisioterapia. Contando incluso, con una guía sobre el tratamiento que se realiza desde esta disciplina en los servicios de AP, y por tanto, no haciendo ninguna otra referencia a la intervención que se lleva a cabo desde terapia ocupacional.

Es por ello, que no aporta suficiente información como para poder afirmar que el rol del terapeuta está vinculado a este tipo de servicio de manera general, en la comunidad de Andalucía.

Como conclusión de esta primera investigación, aparentemente se podría afirmar que el abordaje que se lleva a cabo actualmente en los centros de atención primaria, no responde a las necesidades de aquellas personas que se encuentran en riesgo o disfunción ocupacional. Es decir, no se observa la figura del terapeuta como parte de los EAP, y por tanto, no está presente durante el proceso de intervención de los individuos de la población que se encuentran en estado de vulnerabilidad. De esta manera, no se puede demostrar la eficacia de la terapia ocupacional dentro del equipo interdisciplinario.

3.2 El rol del terapeuta ocupacional en atención primaria a nivel internacional

A nivel internacional, se debe tener en cuenta que los sistemas sanitarios son diferentes de los que ofrece el Estado español, y que, por tanto, la información descrita sucesivamente puede no hacer referencia directamente a los centros de atención primaria, pero sí que está enfocada a la atención primaria y a las intervenciones que se brindan en la comunidad, en todos los casos. Es por esta razón, que la búsqueda de información debe ser más exhaustiva, aunque ofrece la oportunidad de poder descubrir nuevos modelos o nuevas líneas de trabajo a seguir, que pueden aportar otra visión interesante sobre el mismo aspecto que no se había contemplado con anterioridad.

Primeramente, es interesante entender la diferencia entre dos de los conceptos más relevantes presentes en esta nueva búsqueda. Como muchas referencias bibliográficas

están descritas en inglés, se puede diferenciar entre dos conceptos muy similares; por un lado, Primary Care (PC) que describe un concepto más estrecho de servicios del tipo "médico de familia" enfocados a intervenciones individuales, y por el otro el concepto de Primary Health Care (PHC) que es un término más amplio y que se deriva de principios básicos articulados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que describen un enfoque de la política sanitaria y la prestación de servicios que incluye tanto los servicios prestados a particulares, como a nivel comunitario. (Muldoon, Hogg, y Levitt, 2006)

En este caso, uno de los objetivos de esta investigación, es comprobar si la figura del terapeuta está dentro del ámbito de atención primaria y poder identificar de qué servicio se trata. Como disciplina sociosanitaria, la importancia reside en llegar a la población de forma directa y promover el plan de actuación dentro de la comunidad, por lo tanto, en el ámbito domiciliario y servicios comunitarios. Es decir, ofrecer una asistencia sanitaria integral, constituida por una mayor coordinación entre los servicios de salud y servicios sociales.

3.2.1 Primeras investigaciones realizadas sobre el tema

Remontándose a las primeras informaciones bibliográficas que se realizaron sobre la terapia ocupacional en atención primaria, se observa el estudio que llevó a cabo Bumphrey en Inglaterra en 1989, donde describió el rol del terapeuta en un grupo de atención comunitaria. El objetivo de este estudio era proporcionar accesibilidad y colaboración en la atención sanitaria con el foco en la promoción de la salud. (Brenchley, Crawford, Donnelly y Letts, 2014)

Aunque el autor ofrece cierta información sobre el trabajo que el terapeuta llevaba a cabo con la población de adultos mayores en sus domicilios, no muestra ningún tipo de valoraciones empleadas para evaluar los servicios que los terapeutas ofrecían. Y casi 25 años después de este estudio, la existencia del rol del terapeuta ocupacional continuaba sin estar presente en los equipos de atención primaria a pesar del manifiesto por parte de Bumphrey, que expresaba la importancia sobre el proceso de intervención integral que ofrece esta profesión a los usuarios/as.

Muchos años después, se presentó el rol emergente del terapeuta ocupacional en AP (Brenchley, Crawford, Donnelly, y Letts, 2013). Fue posible mediante un estudio llevado a cabo en cuatro equipos de salud familiar "Family Health Teams" (FHTs) tanto a nivel

comunitario, como académico, y que se desarrolló en los entornos rural y urbano. Los resultados que destacan confirman las primeras investigaciones descritas por Bumphrey, entendiendo el rol del terapeuta ocupacional de manera global. Como profesional que está presente durante todas las etapas evolutivas de la persona, y que por lo tanto, puede proporcionar diferentes tipos de intervenciones adecuadas a cada individuo de la población. Aunque, esta generalidad no es única en esta disciplina, es fundamental y necesaria si se quiere considerar la integración de los terapeutas en AP.

Por otro lado, aunque el estudio se efectuó para extraer documentación sobre las opiniones de los clientes, a nivel cualitativo, y no como evaluación de los servicios y su efectividad, consideraron fundamental promover la investigación en este sentido también. Demostrando que el impacto en la funcionalidad diaria de las personas, y el incremento de participación en las actividades de la vida diaria son importantes contribuciones de la terapia ocupacional. (Brenchley, Crawford, Donnelly, y Letts, 2013)

En la misma línea, un año después, se observa un documento que expresa que con el fin de responder a las iniciativas actuales de la reforma sanitaria, el campo de la terapia ocupacional necesita medidas que puedan valorar de forma fiable y válida la calidad y el valor de sus servicios a la configuración de la práctica. Con la finalidad de evaluar y demostrar la valiosa contribución de esta disciplina, a la vez de obtener resultados óptimos en el bienestar del usuario/a al final de la intervención. (Leland, Crum, Phipps, Roberts, y Gage, 2015)

3.2.2 Principales barreras de inclusión

Con la intención de comprobar cuáles son las potenciales barreras de inclusión para que este profesional forme parte de los EAP, se ejecutó un estudio piloto para determinar si los otros profesionales que conformaban los equipos, eran receptivos a que la figura del terapeuta ocupacional formara parte de ellos también. Asimismo, se estudió paralelamente como es la visión propia del terapeuta, para constatar si ellos mismos consideraban que estaban preparados para abordar las necesidades demandadas desde AP. (Dahl-Popolizio, Muir, Stuart, Voysey, y Wade, 2017)

Para hacerlo posible, se realizaron entrevistas a 105 profesionales de la salud. Dichas entrevistas, constaban con preguntas tanto a nivel cualitativo como cuantitativo. Los resultados confirmaron que las respuestas por parte de los proveedores de atención

primaria fueron favorables con valores entre 82% -97% en cuanto la receptividad de trabajar y/o considerar la importancia del terapeuta en AP. En el caso de los terapeutas, los porcentajes de receptividad para trabajar en este campo fueron entre el 94% y el 99%. (Dahl-Popolizio, Muir, Stuart, Voysey, y Wade, 2017)

De igual manera, más del 82% de los proveedores de atención primaria (PAP) creyeron que contar con terapeutas en los EAP para que visitaran a los pacientes que no requerían el conjunto de habilidades de los PAP, podía conllevar beneficios que los ayudaría a racionalizar su práctica. (Dahl-Popolizio, Muir, Stuart, Voysey, y Wade, 2017)

Otra información a destacar de este estudio, es que las barreras de inclusión encontradas más comunes, fueron las incertidumbres sobre la financiación y lo que los terapeutas podían ofrecer dentro del equipo interprofesional de AP. La conclusión de este estudio sugiere educar a todos los profesionales involucrados con el objetivo de superar estas barreras y avanzar en la inclusión de los terapeutas como miembros reconocidos del equipo. (Dahl-Popolizio, Muir, Stuart, Voysey, y Wade, 2017)

Se puede observar el impacto resultante de estas barreras de inclusión en algunos colectivos de la población, donde algunos de los usuarios entrevistados refieren que rechazan la evaluación o la intervención del terapeuta, porque no conocen sus habilidades ni en que consiste su intervención, y hasta el momento se pagan todos los servicios auxiliares del bolsillo. (Blake, 2015)

3.3.3 Sistemas sanitarios y nuevas líneas de trabajo

Respecto a los nuevos modelos sanitarios, como en el caso de Estados Unidos, la atención se centra en la prevención y promoción de la salud, mayor integridad entre los profesionales de un mismo centro y una mejor coordinación entre la red de diferentes servicios como puntos claves, previniendo las enfermedades, manteniendo la salud y apoderando a la persona para que sea un participante activo de su proceso de rehabilitación. Esta legislación se llama "Affordable Care Act" (ACA), y enfoca su mirada en que la salud sea más accesible y asequible para las personas, así como el énfasis en que la persona tenga el control de su propia salud. (Patel, 2015)

De este modo, la visión no se centra sólo en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, sino que incluye el mantenimiento y promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el asesoramiento y la educación a la persona. En Estados Unidos, también

se quiere fomentar la iniciativa de "Triple Aim" que basa sus fundamentos en; “Mejorar la experiencia individual de la atención, mejorar la salud de las poblaciones y reducir los costes per cápita de atención a las poblaciones” (Patel, 2015,p.5).

Además, si uno de los objetivos es abaratar costos y mejorar la red de comunicación de diferentes servicios, manteniendo un enfoque en la continuación de la atención que recibe la persona en el hospital, el especialista o el domicilio si es necesario, se podrá conseguir. A partir de ahí, una vez se ha obtenido la experiencia del cuidado y el coste total, se podrá demostrar la eficiencia. (Patel, 2015)

Como ya se ha mencionado antes, para demostrar esta eficiencia es clave contar con la experiencia en el ámbito de investigación, por ello, en el año 2013, Goldberg y Dugan entrevistaron a 21 organizaciones que habían decidido incorporar terapeutas dentro de sus equipos. Sólo tres organizaciones contaban con esta figura, y entre ellas expresaban el poco conocimiento sobre el papel del terapeuta y como este desarrolla su trabajo en atención primaria. Afirmando pues, una de las barreras de inclusión comentadas anteriormente.

Es importante destacar que la intención de promover este cambio en los sistemas sanitarios conlleva razones adicionales como crear “medidas específicas de calidad, costes, reducir hospitalizaciones, reducir visitas de emergencia, mejorar la satisfacción de los clientes y mejorar la habilidad de conocer cuáles son las necesidades de los pacientes” (Patel, 2015, p.7). Por lo tanto, como consecuencia positiva, potenciar una mejor calidad de vida para los ciudadanos.

En estos casos, el terapeuta ocupacional puede ofrecer un servicio de atención centrado en la persona (ACP), donde esta se encuentra en el centro de la intervención y es entonces, la responsable de cómo se vaya desarrollando el proceso de rehabilitación. También, al tener la doble vertiente social y sanitaria, puede ayudar a hacer de conexión entre los pacientes y los recursos comunitarios, a fin de que éstos desarrollen sus ocupaciones significativas dentro de su propio entorno. (Labrador y Vicente, 2017)

3.3.4 Rol del terapeuta ocupacional

Con relación a los primeros resultados sobre la integración de los terapeutas en AP, los datos proporcionan información sobre una mejora de resultados clínicos, la experiencia de los usuarios/as en atención primaria es mucho más favorable y ha aumentado la

productividad de los proveedores sanitarios en los 3 centros donde está instaurada la figura del terapeuta. Una de las razones para poder haber obtenido estos resultados, es porque el terapeuta ocupacional puede fomentar la comunicación entre los clientes y el equipo de atención primaria proporcionando una experiencia más agradable para la persona dentro del contexto en el que se encuentra. (Patel, 2015)

Por otro lado, en cuanto a la intervención, los terapeutas ocupacionales tienen la habilidad de mejorar la funcionalidad de la persona, integrando sus necesidades y demandas de la vida diaria en el plan de intervención. Para ello, utilizan la ocupación como herramienta de trabajo a nivel psicosocial, cognitivo, relacional, emocional, físico y psicológico según las necesidades de la persona. (Patel, 2015)

Como punto clave, los terapeutas tienen los conocimientos y habilidades para evaluar los factores que están afectando a la persona, dificultándole o impidiéndole desarrollar sus AVD de manera autónoma. (Labrador y Vicente, 2017)

Es por ello que desde la American Occupational Therapy Association, también conocida como AOTA, se está promoviendo el valor de la terapia en AP, mediante la implicación de líderes de la profesión y de otras partes interesadas para ayudar a desarrollar y promover el papel de esta disciplina en AP. (Patel, 2015)

Para también favorecer esta integración del terapeuta en AP, se llevó a cabo un estudio sobre las experiencias de los terapeutas ocupacionales en los equipos interprofesionales de atención primaria, donde se contó con la colaboración de la AOTA, para que proporcionarse información sobre los terapeutas que actualmente se encontraban ejerciendo en este ámbito. Y que por lo tanto, pasaron a ser los participantes del estudio. (Blake, 2015)

En este, se observa que uno de los servicios que se ofrecen en Estados Unidos es el de atención centrada en el paciente en el domicilio, originalmente llamado "Paciente-Centred Medical home" (PCMH).

“Modelo de salud que se basa en la formación de largas relaciones con los pacientes, al ofrecer un amplio abanico de servicios a la persona y que conecta los componentes del sistema sanitario con los servicios comunitarios, focalizándose de manera integral en la persona y en la continuación de su proceso” (Blake, 2015, p.2).

Para poder garantizar y ofrecer la mejor calidad en los procesos de intervención, en este estudio explican la importancia del trabajo en equipo y la práctica interprofesional. Esta, está enfocada en obtener resultados significativamente más favorables que con los modelos de medicina estándares, así como conseguir una mayor eficacia económica. Con la intención de ponerlo a la práctica entonces, comentan la necesidad de integrar múltiples profesiones que trabajen conjuntamente y en la misma dirección. (Blake, 2015)

Dicha dirección, “es la de dirigir las iniciativas de asistencia sanitaria centradas en el bienestar de la salud, la prevención y la gestión de enfermedades crónicas” (Blake, 2015, p.8).

Por otro lado, si realmente se quiere enfocar la asistencia en la prevención y paralelamente en la promoción de la salud, los profesionales deben ir a la comunidad para comprobar cuáles son las necesidades y/o riesgos de la población global, así como a nivel individual.

En este caso, los terapeutas ocupacionales tienen la habilidad de reconocer dichas necesidades, de igual manera que darle una respuesta en tres diferentes niveles de intervención; satisfaciendo las propias necesidades de la persona, adaptando el entorno de esta para que sea facilitador y complementando el apoyo y coordinación de los diferentes programas en que la persona deberá involucrar. Una vez se han obtenido resultados de experiencias vividas por terapeutas en AP, se observa que gracias al trabajo interdisciplinario, en muchas ocasiones la derivación al terapeuta ocupacional fue utilizada como otra opción de tratamiento en vez de referirse inmediatamente a la cirugía. (Blake, 2015)

En el estudio se argumenta como el número total de referencias a paciente ambulatorio, se había incrementado debido al proceso de detección integrado. Esto, permite que el terapeuta tenga la oportunidad de determinar cuándo un paciente podría beneficiarse con un servicio más profundo del terapeuta en vez de continuar con la perspectiva de espera del médico, que normalmente prescribe la medicación y programa un seguimiento de dos o tres semanas, sin tener en cuenta el valor que puede tener el terapeuta a nivel ambulatorio para reducir los trastornos de la enfermedad del paciente. (Blake, 2015)

Para poder conocer a la persona más allá de su diagnóstico y el historial clínico, el terapeuta desarrolla un perfil ocupacional juntamente con el/la cliente. Como ya se ha comentado anteriormente, el trabajo se enfoca en observar que la persona no puede

desarrollar sus AVD con normalidad, que está limitando o dificultando esta práctica, y como mediante el empleo significativo se puede dotar de estrategias para que la persona pueda ser autónoma de nuevo. (Ávila et al., 2010)

Esto parte desde una visión holística de la profesión, entendiendo a la persona como un ser bio-psicosocial que interacciona con el ambiente. Siendo necesario que la mirada hacia la persona sea global e integral, no sólo centrada en sus necesidades, sino considerando significativamente sus potencialidades y fortalezas, así como los recursos con los que cuentan, tanto físicos como sociales. Al ampliar la mirada, se pueden considerar otros factores que estén influenciando el estado de la persona de manera indirecta, tanto positiva como negativamente, y que pueden llegar a ser, nuestro punto de partida o interesante considerar.

Es por ello, que mediante la elaboración del perfil ocupacional se llevó a cabo una primera evaluación, donde se podía descubrir cuáles eran y cuáles son aquellas ocupaciones más valiosas e importantes para la persona. Y posteriormente, según los intereses del usuario/a, adaptar estas actividades, de igual manera que entrenar y reeducar aquellas ocupaciones que no pudiesen realizar autónomamente y que les gustaría poder cumplir. Por esta razón, es clave que la persona esté situada en el centro del proceso y participe activamente sobre las decisiones que implicarán cambios y/o acciones en su vida. (Blake, 2015)

Con este cambio de enfoque, de un modelo de trabajo más médico al holístico, y mediante la entrevista ocupacional, los terapeutas pueden hacerse una imagen sobre los recursos de la persona y los obstáculos que están presentes en su vida, y que pueden estar interfiriendo en su salud. (Blake, 2015)

Una de las opciones que los terapeutas comentaron en el estudio, es el beneficio de participar en las primeras entrevistas realizadas por los médicos. La información obtenida en esta primera visita, puede ser beneficiosa para entender cómo los síntomas que presenta la persona impactan en su funcionalidad, autocuidado y ocupaciones. (Blake, 2015)

Por otro lado, una manera de aumentar la co-responsabilidad en las personas en riesgo o disfunción ocupacional, se realiza a través de la educación y los programas a domicilio.

Es esencial trabajar en el entorno real de la persona, si se quiere llegar a un resultado óptimo. (Blake, 2015)

También, una de las aportaciones mostradas en el estudio explica como una de las intervenciones del terapeuta se basa en la educación dirigida al conocimiento y uso de materiales (productos de apoyo) que pueden prevenir futuras complicaciones incluyendo la cirugía o medicación adicional. (Blake, 2015)

Así pues, uno de los objetivos principales de la disciplina es poner el foco de atención en la integración del terapeuta ocupacional a nivel comunitario dentro de nuestro contexto, más concretamente en la Comunidad Autónoma de Cataluña. Y por ello, es necesario conocer cuáles son las necesidades de la población en Cataluña, y como este profesional puede contribuir a cubrirlas, teniendo como referencia otras localizaciones internacionales.

3.3 Integración del terapeuta ocupacional en atención primaria en Catalunya

“Actualmente, los retos del sistema sanitario catalán deben orientarse a fortalecer la equidad en el acceso, la eficiencia y la calidad como pilares que garantizan la justicia social que se quiere para los ciudadanos del país.” (Generalitat de Catalunya, 2016, p.4) Asimismo, se refuerzan muchas de las estrategias ya consolidadas en Cataluña, como son la salud pública, la atención a la cronicidad y la atención centrada en la persona. (Generalitat de Catalunya, 2016)

Las demandas de la población, van variando gracias a los nuevos avances y el desarrollo del sistema sanitario que ha contribuido a la mejora de la salud de los ciudadanos, al tiempo que ha aumentado la esperanza de vida de estos. Sin embargo, esto ocasiona un reto, ya que, implica atender las necesidades de estas personas, mejorar su calidad de vida y velar por su completo bienestar a nivel bio-psicosocial y relacional. (Generalitat de Catalunya, 2016)

Por otro lado, una de las necesidades que también está muy presente en el momento actual, es el aumento de colectivos en riesgo y con pocos recursos económicos, debido a la crisis económica que se produjo. (Generalitat de Catalunya, 2016)

Para conseguir el objetivo de mejora con relación a los colectivos más vulnerables, “el Plan de Salud de Cataluña 2016-2020 da continuidad a los proyectos que favorecen la

atención integrada, considerado prioritario profundizar especialmente en la interacción de los servicios sanitarios y sociales” (Generalitat de Catalunya, 2016, p.21). Por ello, propone la potenciación de programas interdepartamentales como el Plan de atención e interacción social y sanitaria (PIAISS), incluyendo también proyectos específicos para colectivos vulnerables. (Generalitat de Catalunya, 2016)

Y es que, como se ha ido argumentado a lo largo de esta investigación, es necesario continuar trabajando para que aquellas personas que están en situación de riesgo y con un bajo nivel socioeconómico sean tratadas con igualdad por los sistemas sanitarios.

Claramente, el terapeuta ocupacional es un profesional sumamente preparado para poder proporcionar esta atención, debido a su experiencia global dentro del ámbito sanitario, así como el social, como se ha comprobado a lo largo de esta investigación. (Labrador y Vicente, 2017)

Por otro lado, uno de los enfoques generales a seguir, observados en los diferentes servicios sanitarios, son la prevención y promoción de la salud. Desde atención primaria se trabaja para que las personas que llegan a consulta mantengan un estilo de vida saludable, siguiendo una dieta equilibrada, practicando ejercicio y descansando las horas recomendadas, entre otros. Pero en muchas ocasiones, se tiende a dejar de lado los aspectos psicológicos y las relaciones sociales de estas personas, así como la prevención de riesgos en el hogar en el caso de las personas mayores. En este caso, los terapeutas ocupacionales podrían acompañar a las personas realizando la evaluación, la prescripción y la adaptación de las actividades que la persona quisiera llevar a cabo, de manera individualizada. (Gallego et al., 2017)

Por esta razón, es muy importante desarrollar también una prevención en los propios domicilios siempre que se considere que puede haber un riesgo para la persona, con el fin de proporcionar un entorno facilitador para que la persona desarrolle sus actividades de la vida diaria. Esta función podría ser desarrollada por el terapeuta ocupacional, ya que está dotado de los conocimientos necesarios para adaptar el entorno y que éste no ocasione un riesgo para el usuario/a. (Labrador y Vicente, 2017)

“Los terapeutas facilitan pautas de estimulación, de posicionamiento y de ergonomía individualizadas a las personas atendidas, y también asesoran sobre una rutina a seguir vinculada a su historia de vida e intereses, informan sobre los

productos de apoyo más adecuados para cada persona, adaptando el hogar y entrenando in situ, acompañando a la persona en su uso para incorporar estos cambios en la vida diaria.” (Gallego et al., 2017, p.14.)

Se puede observar que para poder potenciar esta prevención, se ha implementado recientemente el programa "COMSalut", con la intención de “abordar la atención comunitaria a través de la integración de la atención primaria, los servicios de salud pública y los servicios locales” (Generalitat de Catalunya, 2016, p.24).

Además, actualmente la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia (LAPAD), ofrece los servicios necesarios para que este colectivo pueda realizar su proceso de rehabilitación y/o sea atendido en su domicilio o en centros especializados. (Gallego et al., 2017)

Paralelamente a esto, se debe desarrollar todo un trabajo enfocado en la corresponsabilidad de la persona sobre su propia vida y más concretamente sobre su estado de salud. Por eso, los ciudadanos necesitan contar con aquella información que los apodere, para ser capaces de mantener y fomentar su autocuidado, y ser los principales gestores de su salud o enfermedad. (Generalitat de Catalunya, 2016)

En este caso, el terapeuta puede ayudar a la persona a darle sentido a su vida mediante el desarrollo de actividades significativas para ella, teniendo en cuenta sus valores y creencias y sobre todo haciéndole sentir que es ella quien mantiene el poder de decisión en todo momento.

Es fundamental entonces, la posición que mantienen los profesionales ante la persona, en cuanto a sus habilidades y capacidades tanto comunicativas como relacionales, al igual que el desarrollo del trabajo en equipo.

Para saber cómo se debe desarrollar la intervención, y con el fin de que ésta sea beneficiosa, es interesante conocer los objetivos que se plantean desde el Departamento de Salud de Cataluña, e intentar darle una solución como profesionales de la salud.

Por ello, los objetivos que se quieren alcanzar para 2020 se diferencian en tres grandes ámbitos; se observan trece objetivos que hacen referencia a la disminución de la mortalidad y morbilidad, doce orientados a la reducción de los factores de riesgo que

tienen más impacto en la salud y finalmente, tres objetivos relacionados con la calidad de los servicios y la seguridad de los pacientes. (Generalitat de Catalunya, 2016)

Una de las aportaciones que puede ofrecer la terapia ocupacional de manera global, es poder realizar un gran trabajo responsabilizando y apoderando a cada persona sobre su salud, educándola sobre cómo promover y mantener ese bienestar en su día a día. Como consecuencia, se puede obtener una disminución notable de las visitas a los centros de atención primaria, produciendo directamente una reducción de costes sanitarios. Consiguiendo pues, algunos de los objetivos establecidos en el plan de salud de Cataluña 2016-2020.

Finalmente, en esta investigación tal y como se ha mencionado al principio, se decide acotar el tema de estudio a la intervención a personas que han sufrido un ictus.

Para empezar, cabe señalar que el ictus es una de las patologías prioritarias dentro del plan de salud de Cataluña 2016-2020, puesto que actualmente: “Es la segunda causa de mortalidad en Cataluña (3.889 defunciones el año 2013, que suponen un 6,5% de la mortalidad) y la primera de discapacidad permanente” (Generalitat de Catalunya, 2016, p.57).

Por otro lado, de igual manera que se ha argumentado a lo largo de toda la investigación la eficacia del terapeuta ocupacional en atención primaria desde una visión global de la disciplina, también se puede demostrar su eficacia en el tratamiento del ictus, con el estudio que se realizó a un grupo de personas en Inglaterra en el año 1999.

En el estudio se muestra la comparación de un grupo que recibía la intervención del terapeuta ocupacional, con el grupo control que recibía intervención convencional. Este, se realizó porque muchas de las personas que habían sufrido un ictus en Inglaterra no siempre eran admitidas en los hospitales, y como el terapeuta ocupacional puede ofrecer su intervención en el ámbito domiciliario, pretendían demostrar los beneficios de la intervención de este profesional. Los resultados finalmente corroboran la evidencia de que la intervención del terapeuta ocupacional en la comunidad, es beneficiosa en aquellos pacientes que han padecido un ictus. (Gladman, Lincoln, Siemonsma, Walker, y Whiteley, 1999)

4. Hipótesis y objetivos

Hipótesis: La intervención de terapia ocupacional en el ámbito comunitario mejora las variables ocupacionales, de bienestar percibido y motoras, en personas que han padecido un ictus.

Objetivos

General

- Evaluar y comparar los beneficios a nivel ocupacional, motriz y de bienestar percibido, derivados de la intervención de terapia ocupacional en el ámbito comunitario, y con personas que han padecido un ictus, con relación a otro tipo de intervenciones.

Específicos

- Mostrar la mejora de calidad de vida de la persona, que ha recibido intervención del terapeuta ocupacional durante su proceso de rehabilitación.

- Fomentar el conocimiento de la disciplina de terapia ocupacional en la población, dentro del ámbito comunitario.

- Identificar el rol del terapeuta ocupacional en los servicios de atención primaria y/o comunitaria.

- Identificar los detalles de las intervenciones más efectivas y beneficiosas, realizadas desde terapia ocupacional.

5. Metodología

5.1 Estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica realizada en las diferentes bases de datos, data del 12 de diciembre 2017, y la posterior revisión corresponde al 24 de enero del 2018.

Para llevar a cabo la investigación, se obtuvo la información de diferentes bases de datos tales como MEDLINE (PubMed), CINAHL y OTSeeker, con la siguiente cadena de búsqueda;

Stroke AND ("Primary Health Care" OR "Primary care setting" OR "Primary care" OR home OR community) AND "Occupational Therapy" AND (Effectiveness OR functionality OR autonomy OR independence OR participation OR Social Participation OR quality of life OR cost).

Para la preselección de artículos, no se determinó un año de inicio de publicación concreto como criterio inclusivo, obteniendo por lo tanto artículos entre los años 1993, hasta el pasado 2017. Con respecto al idioma presente en los artículos, solo se tuvieron en cuenta aquellos escritos en inglés. A pesar de que la cadena de búsqueda fuera en este idioma, también se encontraron algunos en chino que fueron excluidos.

La investigación realizada corresponde a una revisión sistemática cuantitativa, llevada a cabo mediante la selección, el análisis y la comparación de toda la literatura científica presente, hasta la fecha estimada de la búsqueda.

“Las revisiones sistemáticas son una forma rigurosa y transparente de revisión de la literatura. Las revisiones sistemáticas implican identificar, sintetizar y evaluar toda la evidencia disponible, cuantitativa y/o cualitativa, con el fin de generar una respuesta sólida y empíricamente derivada a una pregunta de investigación planteada” (Duvendack, Hagen, Mallett y Slater, 2012, p.445)

5.2 Distribución de roles durante el proceso

Dos de las investigadoras accedieron a realizar la selección de artículos derivados de la búsqueda y la posterior lectura de estos, de manera individual y para evitar posibles sesgos. Descartando así, aquellos que no cumplieran los criterios de inclusión e exclusión, y con la ayuda de un tercer investigador que intervendría en caso necesario para resolver dudas entre las autoras.

Una vez seleccionados aquellos artículos válidos para el proyecto, dos autores se encargaron individualmente de evaluar el rigor metodológico de todos los estudios, mediante la utilización de una escala de validez interna. Contando también, con la intervención de una tercera autora en caso necesario.

Posteriormente, se confeccionaron las tablas descriptivas y de resultados de los artículos seleccionados.

5.3 Criterios de inclusión e exclusión

Los criterios de inclusión fueron los siguientes;

- Se incluyeron en la investigación únicamente aquellos estudios que mantenían la característica de ser ensayos de control aleatorio (RCT), y se excluyeron aquellos que no cumplían este criterio.
- A nivel contextual, la persona debe haber obtenido el alta en la comunidad, entendiendo tal criterio como vivir en el propio domicilio o en una residencia, puesto que este último se entiende como el hogar de la persona.
- Con relación al perfil del usuario, debe tratarse de una persona mayor de 18 años, que haya padecido un ictus de repetición bien se encuentre en la fase aguda o este se haya cronificado.
- La intervención llevada a cabo debe especificar la actuación del terapeuta ocupacional. También, se dará por válido si se realiza juntamente con otros profesionales sanitarios, siempre y cuando esté presente la figura del terapeuta ocupacional.
- Los resultados de dicha intervención deben ir enfocados en la mejora o mantenimiento de la funcionalidad de la persona, potenciación de su autonomía e independencia, participación y participación social, calidad de vida y coste. Siendo excluidos aquellos resultados basados puramente en las habilidades, funciones o estructuras funcionales de la persona, sin tener en cuenta la interacción de estos con la funcionalidad del individuo.

Por otro lado, además de los criterios nombrados anteriormente, también se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de exclusión;

- Los estudios realizados con personas hospitalizadas que no recibían ningún tipo de intervención domiciliaria posteriormente, fueron excluidos.
- Se descartaron aquellos estudios los cuales el perfil de usuario además de mantener los criterios de inclusión padecía de demencia o un deterioro cognitivo severo, y/o se encontraba en estado paliativo.
- Se excluyeron aquellos estudios los cuales los resultados se basaban en medidas sobre funciones o estructuras corporales, o habilidades puramente motoras o cognitivas.

6. Resultados

6.1 Descripción de la selección de artículos; PRISMA 2009 Flow Diagram

Primeramente, de un total de 364 artículos obtenidos de las tres bases de datos, se descartaron 71 de ellos por estar duplicados. De los 293 restantes, se realizó una primera selección en base a los criterios de inclusión y exclusión establecidos por el equipo de investigadores, descartando 221 de ellos, que por título o abstract no cumplían dichos criterios.

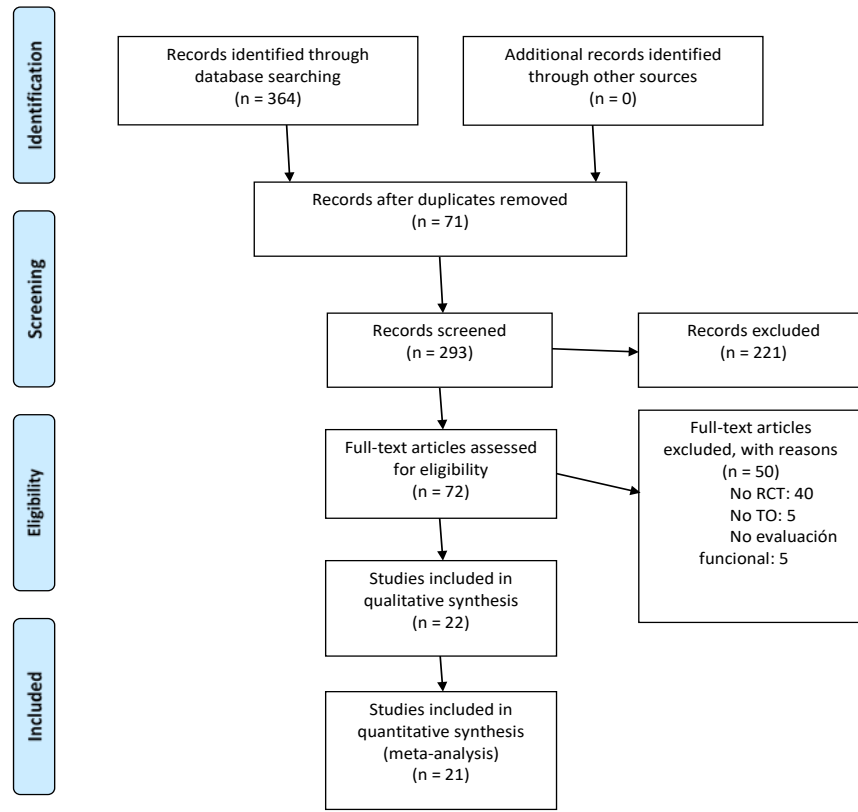
Seguidamente, se realizó una segunda selección entre los 72 estudios restantes, basándose también en los criterios predeterminados, siendo 50 de ellos finalmente descartados mediante artículo leído por no cumplir los criterios necesarios para la investigación. Criterios tales como; no ser ensayos control aleatorizados (40 estudios descartados), no incluir la intervención del terapeuta ocupacional (5 estudios descartados) y no evaluar la funcionalidad de la persona (5 estudios descartados).

Finalmente, de los 22 resultantes, se descartaron aquellos que no superaban el punto de corte de la escala de validez interna, siendo por tanto seleccionados y incluidos definitivamente 21 artículos en la revisión sistemática.

A continuación, se puede observar el diagrama descrito;



PRISMA 2009 Flow Diagram



6.2 Escala de validez interna; PEDro

Con la intención de conocer la rigurosidad metodológica de los estudios, y proceder a la posterior comparación de aquellos que fueron seleccionados, se utilizó la escala de validez interna de PEDro.

Mediante la escala de PEDro, se valoran diez criterios con el propósito de “ayudar a identificar con rapidez cuales de los ensayos clínicos aleatorios pueden tener suficiente validez interna (criterios del 2 al 9)” (Physiotherapy Evidence Database, 2018, p.1).

- La asignación aleatoria a los grupos.
- La ocultación de la asignación.
- Las similitudes entre grupos de los indicadores de pronóstico más importantes al inicio de la intervención.
- El cegamiento de todos los sujetos.
- El cegamiento de todos los profesionales que administraron la terapia.
- El cegamiento de todos los evaluadores que midieron al menos un resultado clave.

- Las medidas de al menos uno de los resultados clave fueron obtenidas de más del 85% de los sujetos inicialmente asignados a los grupos.
- El análisis por intención a tratar de los resultados.

Por otro lado, también ayuda a conocer si hay “suficiente información estadística para hacer que sus resultados sean interpretables (criterios 10 y 11)” (Physiotherapy Evidence Database, 2018, p.1).

- Los resultados de comparaciones estadísticas entre grupos fueron informados para al menos un resultado clave.
- El estudio proporciona medidas puntuales y de variabilidad para al menos un resultado clave.

Además, consta de un “criterio adicional (criterio número uno) que se relaciona con la validez externa sobre la “generalizabilidad” o “aplicabilidad” del ensayo” (Physiotherapy Evidence Database, 2018, p.1). Este último, no se tiene en cuenta a la hora de calcular la puntuación total de la escala.

- La especificación de los criterios de elección.

En la tabla 1, se observan los resultados de la escala de validez interna de PEDro obtenidos de la investigación.

Tabla 1. PEDro analysis checklist

Author(s)	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Total
Bertilsson. AS., et al. 2014	■	□	■	□	□	■	■	■	■	■	7
Björkdahl, A., Lundgren, A. Grimby, G., Stibrant, K., 2006	■	■	■	□	□	■	■	■	□	■	7
Chen, J. et al., 2017	■	■	■	□	□	■	■	■	■	■	8
Cindy W Y Chiu, David W.K Man, 2004	■	□	■	□	□	□	■	■	■	■	6
Drummond AE. et al. 2012	■	□	■	□	□	■	■	■	■	■	7
Egan, M., Kessler, D., Laporte, L., Metcalfe, V., Carter, M., 2007	■	■	■	□	□	□	■	□	■	■	6
Hayner K, Gibson G, Giles GM., 2010	■	■	■	□	□	□	■	■	■	■	7
Kessler, Egan, Dubouloz, McEwen, & Graham, 2017	■	■	■	□	□	■	□	□	■	■	6
Logan PA. et al. 2004	■	■	■	□	□	■	■	■	■	■	8

Logan, Gladman, Drummond, Radford, & TOTAL Study Group, 2003	■	□	■	□	□	□	■	■	■	■	6
Lund A. et al. 2011	■	■	■	□	□	■	■	□	■	■	7
Mayo et al., 2000	■	■	■	□	□	■	■	□	■	■	7
McEwen S. et al. 2015	■	■	■	□	□	■	□	□	■	■	6
Pang MY, Harris JE, Eng JJ, 2006	■	■	■	□	□	■	■	■	■	■	8
Pany, MY., Eng, JJ., Dawson, AS., McKay, HA., y Harris, JE, 2005	■	■	■	□	□	■	■	□	■	■	7
Parker CS et al. 2001	■	■	■	□	■	■	□	■	■	■	8
Rotenberg-Shpigelman S. et al. 2012	■	■	■	□	□	□	■	□	■	■	6
Sackley CM. et al. 2015	■	■	■	□	□	■	■	■	■	■	8
Pany, MY., Eng, JJ., Dawson, AS., McKay, HA., y Harris, JE, 2005	■	□	■	□	□	■	■	□	■	■	6
Pany, MY., Eng, JJ., Dawson, AS., McKay, HA., y Harris, JE, 2005	■	■	■	□	□	■	■	□	■	■	7
Wolf DA, Tilling K, Ruolb A., 2015	■	■	■	□	□	■	□	■	■	■	7

■: Yes

□: No

Por último, se estableció como criterio de inclusión que los estudios tuvieran un valor de 6 o superior a 6 para ser incluidos en la investigación, y en el caso de que este no se cumpliera, serían descartados. Finalmente se seleccionaron 21 artículos que cumplieran los criterios metodológicos.

6.3 Variables de resultados

Al analizar la información de los estudios, se generaron tres grandes variables; ocupacionales, de bienestar percibido y motoras. Dentro de las variables genéricas, se encuentran clasificadas las variables específicas correspondientes.

Variabes ocupacionales

Por una banda, se encuentra la variable de participación, que sucede cuando “los clientes toman parte activa al llevar a cabo las ocupaciones o las actividades de la vida diaria, que tienen un propósito y significado dentro de los contextos deseados por el cliente” (Ávila et al., 2010, p.50).

Para evaluar dicha variable, se utilizaron las herramientas de Reintegration to Normal Living Index (RNLI), Community Performance Indicador, Stroke Impact Scale (SIS-16), y Physical Activity Scale for individuals with Physical Disabilities (PASIPD).

Por otra banda, se puede observar la variable de desempeño ocupacional, que se define como “la acción de hacer y completar una actividad o una ocupación seleccionada como resultado de una transacción dinámica entre el cliente, el contexto/entorno, y la actividad” (Ávila et al., 2010, p.64).

Las herramientas utilizadas en este caso, fueron la Canadian Occupational Performance Measure (COMP), Performance Quality Rating Scale (PQRS), y más específicamente con referencia a la autonomía de las actividades de la vida diaria, el Barthel Index, Katz ADL Index, Katz Extended ADL Index, Funtional Independence Measure (FIM), Nottingham Extended ADL (NEADL), Nottingham Leisure Questionnaire (NLQ), Extended Activities of Daily Living Scale (EADL), Frenchay Activities Index (FAI), y Older Americans Resource Scale for Instrumental ADL (OARS-IADL).

Variables de bienestar percibido

Primeramente, se observa la variable de calidad de vida, entendida como “la apreciación dinámica de la satisfacción de vida del cliente (percepción de progreso hacia sus propias metas), la esperanza, el auto-concepto, la salud y el desempeño, así como los factores socioeconómicos (Ávila et al., 2010, p.52).

Evaluada con la utilización de las herramientas de Quality of Life (QoL), Short Form Questionnaire (SF-36), Physical Component Summary of the Medical Outcomes Study Short Form-36 (SF-36), EQ-5D (EuroQoL), y Preference-based Stroke Index.

Seguidamente, muy relacionada con la anterior, se encuentra la variable de satisfacción vital, “definida como el juicio global que una persona hace de su calidad de vida, de acuerdo con criterios escogidos por ella misma” (Molero y Murillo, 2012, p.100). Evaluada mediante la herramienta de Life Satisfaction Scale.

Por último, dentro de este apartado, se encuentra la variable de ansiedad y depresión. La ansiedad, entendida como un “estado psicológico y fisiológico caracterizado por componentes cognoscitivos, somáticos, emocionales y conductuales, que se combinan para crear un asentimiento desagradable asociado típicamente con nerviosismo, anticipación de algo catastrófico, temor o preocupación” (Lora, Rosselló y Zayas, 2016, p.65). Por otro lado, la depresión siendo un “estado afectivo de disforia caracterizado por tristeza, irritabilidad, baja energía, cansancio, fatiga, baja auto-estima, insomnio o hiperinsomnio, poco a mucho apetito, pérdida o aumento de peso, pobre concentración y dificultad para tomar decisiones” (Lora, Rosselló y Zayas, 2016, p.64).

En este caso, las herramientas de evaluación para dicha variable, fueron el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Apathy Scale, Geriatric Depression Scale (GDS-15), y Stroke Specific (GDS).

Variables motoras

Primeramente, se encuentra la variable de movilidad, comprendida como “moverse de una posición o lugar a otro (durante la ejecución de las actividades cotidianas), tales como moverse en la cama, moverse en silla de ruedas, y las transferencias. Incluye la ambulación funcional y transportar objetos” (Ávila et al., 2010, p.10).

Para ello, se utilizaron las herramientas de evaluación como Timed Up and Go (TUG), Rivermade Mobility Index (RMI), 6-minutes walk test, Time to walk 10 minutes, Gait speed, y Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM).

Seguidamente, se encuentra la variable de equilibrio, la cual está muy relacionada con la estabilidad.

“Un cuerpo, está en equilibrio cuando la suma de todas las fuerzas y momentos de fuerzas que actúan sobre él es igual a cero. Por otro lado, la estabilidad de un cuerpo hace referencia a la capacidad de este para mantener su estado de equilibrio ante las fuerzas (internas o externas) a las que se ve sometido” (Barbado et al., 2014, p.80).

Esta variable fue evaluada mediante la Berg Balance Scale.

Para terminar, se encuentra la variable de extremidades superiores, conocidas también como miembros superiores y/o brazos, haciendo referencia a aquellas extremidades que se fijan a la parte superior del tronco.

Esta última variable, siendo evaluada mediante el Wolf Motor Function Test (WMFT), Fugl-Meyer Assessment (FMA), Motor Activity Log (MAL), Dinamometría, y Manual dexterity.

6.4 Descripción de los estudios

En la tabla 2 se puede observar la descripción de las características de todos aquellos estudios incluidos en la revisión sistemática, así como los detalles de intervención en cada caso.

El perfil de los participantes se clasifica mayormente en ictus crónico y severidad moderada-severa, aunque también hay estudios realizados a personas que se encuentran en fase aguda, y se puede observar cualquier nivel de severidad.

Con relación al lugar de residencia, la gran mayoría de participantes se encuentra en su propio domicilio, siendo este el lugar donde se realiza la intervención. Asimismo, algunas intervenciones son llevadas a cabo en el hospital mientras la persona está ingresada y se hacen visitas al domicilio juntamente con el terapeuta antes de que reciba el alta, o la persona debe desplazarse hasta el hospital para realizar su proceso de rehabilitación.

Como detalles propios de la intervención, se puede apreciar que en la mitad de los estudios ha habido intervención de terapia ocupacional tanto en el grupo control como en el grupo intervención, a pesar de que esta haya sido diferente en cada caso. En el resto de los artículos, solo se realiza intervención de terapia ocupacional en los grupos control, mientras los grupos intervención recibían cuidado habitual, o no recibían ningún tipo de rehabilitación.

El tipo de intervenciones llevadas a cabo desde terapia ocupacional se basan en la rehabilitación supervisada en el hogar, la preinscripción y entrenamiento de productos de soporte, actividades funcionales enfocadas en las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, así como el ocio, y la adaptación de las actividades y del entorno.

De manera general, la duración de las intervenciones se engloba dentro del intervalo de 10 días en algunos estudios, hasta un máximo de 12 meses en otros. Asimismo, el número

de sesiones realizadas va desde 2 o 3 hasta un máximo de 60, y en algunos casos dependía del consenso entre el terapeuta y el paciente o el criterio del equipo de rehabilitación. Por último, la duración de las sesiones varía desde 30 minutos hasta 6 horas diarias.

En los estudios que muestran variables de desempeño ocupacional, siendo estas las variables mayormente evaluadas entre todas las investigaciones, se aprecian algunas tendencias comunes a nivel de intervención;

Ictus crónico con una severidad moderada, y siendo el domicilio el lugar de residencia de la persona, en la mayoría de los casos. Por otro lado, se pueden observar otros patrones comunes en las distintas intervenciones, como en la duración del proceso de rehabilitación con una tendencia común en la realización de unas tres sesiones de media, en un periodo de tiempo de entre tres a cinco meses, siendo la dosis y/o frecuencia de las sesiones distintas en cada caso.

6.5 Comparación de los resultados

La tabla 3 muestra la comparación de los resultados y la magnitud del cambio entre grupos y del propio grupo, de cada una de las variables evaluadas.

Se observa que en la mayoría de los casos no hay significatividad entre los estudios. Esto puede ser debido a la heterogeneidad de las intervenciones, y la utilización de una amplia variedad de variables de estudio, para cuantificar los resultados esperados.

Por lo tanto, en la tabla 3 se puede observar que las diferencias más significativas entre el grupo control y el grupo intervención, se encuentran en aquellos estudios que han evaluado a nivel cuantitativo las variables de desempeño ocupacional.

También, se encuentran diferencias en otras variables como las de participación, calidad de vida, ansiedad y depresión, movilidad y extremidades superiores, aunque no llegan a ser tan relevantes como las mencionadas anteriormente.

Por último, las intervenciones de terapia ocupacional con las que se han obtenido los resultados más significativos, y las que han sido realizadas con mayor frecuencia en el grupo intervención, son; asesoramiento en ayudas técnicas y adaptaciones del entorno por parte del terapeuta ocupacional, atención centrada al cliente, realización de actividades de la vida diaria, movilidad en la comunidad, adaptaciones en la actividad, reclutamiento emocional. Por otra banda, los individuos pertenecientes a los grupos control recibieron

intervenciones de cuidado habitual sin contar con la disciplina de terapia ocupacional, o no recibieron ningún tipo de intervención.

7. Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos, que muestran una gran heterogeneidad en las variables evaluadas, y poca especificación sobre los detalles de intervención en aquellos estudios donde se muestra una mayor efectividad, se considera necesario continuar investigando sobre este tema.

De la misma manera, es interesante y necesario continuar innovando y realizar aquellas intervenciones de terapia ocupacional en el ámbito comunitario con personas que han padecido un ictus, siguiendo como modelo las tendencias comunes que se han generado durante la comparación de todos los estudios analizados en esta investigación. Siendo estas, la realización de unas tres sesiones de media durante el proceso de rehabilitación y en un periodo de tiempo de entre tres a cinco meses. Puesto que, dichas tendencias demuestran de manera general una mejora en las variables ocupacionales, de bienestar percibido y motoras, en personas que han padecido un ictus y han recibido intervención de terapia ocupacional comunitaria.

8. Bibliografía

- Ávila Álvarez, A., Martínez Piédrola, R., Matilla Mora, R., Máximo Bocanegra, M., Méndez Méndez, B., Talavera Valverde, MA. Et al. (2010) *Marco de Trabajo para la práctica de terapia ocupacional: Dominio y Proceso 2da Edición*. American Occupational Therapy Association. [85p.]
- Barbado, D., Elvira, J.L.L, Hernández-Sánchez, S., Juan-Recio, C., Moreno-Pérez, V., Vera-García, F.J. (2015). Core stability. Concepto y aportaciones al entrenamiento y la prevención de lesiones. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*. 8(2), 79-85.
- Blake McClellan, E. (2015). *The Experiences of Occupational Therapists Working on Interprofessional Primary Health Care Teams: A Case Study*. 291.
- Borroto Cruz, R., Oromas Díaz, J., Vidal Ledo, M., (2015) Revisiones

sistemáticas: Systematic reviews. *Educación Médica Superior*. 29 (1).

- Callejas, S., Comas, C., Gallego, J. et al., (2017). *Teràpia Ocupacional en l'Atenció Primària i Comunitària: Contextualització i propostes d'intervenció*. Col·legi de Terapeutes Ocupacionals de Catalunya (COTOC).
- Catherine A. Donnelly, Christie L. Brenchley, Candace N. Crawford, et al., (2014). *The emerging role of occupational therapy in primary care: Le nouveau rôle de l'ergothérapie dans le soins primaires*. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. Vol. 8 1(1) 51-61.
- Catherine Donnelly, Christie Brenchley, Candace Crawford et al., (2013). *The integration of occupational therapy into primary care: a multiple case study design*. *BMC Family Practice* 14:60 1471-2296
- Dahl-Popolizio, Sue; Muir, Sherry Lynne; Davis, Kaila; Wade, Sabrina; and Voysey, Rachael. (2017). *Occupational Therapy in Primary Care: Determining Receptiveness of Occupational Therapists and Primary Care Providers*, "The Open Journal of Occupational Therapy: Vol. 5: Iss. 3, Article 10.
- Duvendack, M., Hagen-Zanker, J., Mallett, R., Slater, R. (2012). The benefits and challenges of using systematic reviews in international development research. *Journal of Development Effectiveness*. 4 (3), 445-455.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2016). *Pla de Salut de Catalunya 2016-2020. Un sistema centrat en la persona: públic, universal i just*.
- Generalitat de Catalunya. (2017). *Atenció primària i comunitària*. CatSalut. Servei Català de la Salut. Recuperado de <http://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/atencio-primaria-comunitaria/>
- Gladman, JRF., Lincoln, N B., Siemonsma, P., Walker, M F., Whiteley, T. (1999). *Occupational therapy for stroke patients not admitted to hospital: a randomised*

controlled trial. Division of Stroke Medicine, City Hospital NHS Trust, University of Nottingham. 354: 278 – 80

- Labrador Toribio, C., Vicente Cintero, A. (2017). Roles del terapeuta ocupacional en la atención sociosanitaria. *Asociación Profesional Española de Terapia Ocupacional (APETO)*. Recuperado de <https://www.apeto.com/documentos.html>
- Leland, N. E., Crum, K., Phipps, S., Roberts, P., & Gage, B. (2015). Health Policy Perspectives—*Advancing the value and quality of occupational therapy in health service delivery*. *American Journal of Occupational Therapy*, 69, 6901090010.
- Lora, V., Rosselló, J., Zayas, G. (2016). Impacto de un adiestramiento en meditación en consciencia plena (mindfulness) en medidas de ansiedad, depresión y estrés y consciencia plena: un estudio piloto. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. 27(1), 062-078.
- Molero Alonso, F., Murillo Muñoz, J. (2012) La satisfacción vital: Su relación con el prejuicio, la identidad nacional, la autoestima y el bienestar material, en inmigrantes. *Acta Colombiana de Psicología*. 15 (2): 99-108.
- Muldoon LK, Hogg WE, Levitt M. (2006) *Primary care (PC) and primary Health care (PHC)*. *What is the difference?*. 97(5): 409-11.
- Patel, Priti. (2015). *The Role of Occupational Therapy in Primary Care*. *Occupational Therapy Doctorate Capstone Projects.2*. Eastern Kentucky University .Encompass.
- Physiotherapy Evidence Database. (2018). *Escala PEDro*. The University of Sydney. Recuperado de <https://www.pedro.org.au/spanish/downloads/pedro-scale/>
- Servicio Andaluz de Salud. (2017). *Cartera de Servicios de Atención Primaria. Rehabilitación/Fisioterapia/Terapia ocupacional*. Recuperado de

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_cartera_IV_2_2

- World Federation of Occupational Therapists. (2016). *Definition of Occupational Therapy*. Recuperado de <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>

Las bases de datos utilizadas son Google Académico, MEDLINE (PubMed), CINAHL y OTSeeker.

A la hora de realizar la búsqueda, las palabras clave o descriptores utilizados fueron;

Stroke AND ("Primary Health Care" OR "Primary care setting" OR "Primary care" OR home OR community) AND "Occupational Therapy" AND (Effectiveness OR functionality OR autonomy OR independence OR participation OR Social Participation OR quality of life OR cost)

9. Agradecimientos y nota final del autor

Después de un largo e intenso camino recorrido, ha llegado el día. Recuerdo el principio con incertidumbre, y a la vez con gran entusiasmo de conocer bien de cerca la investigación, puesto que la mirada es completamente diferente desde dentro. Ahora, contemplo el final y al mismo tiempo observo la evolución y el crecimiento experimentado tanto a nivel personal como profesional.

Quisiera empezar agradeciendo a mi familia y amigos más cercanos por haber estado, seguir estando y hacerme sentir que siempre estarán a mi lado.

A mi tutora y también profesora durante el grado Laura Vidaña, por sus recomendaciones, por toda su ayuda y todas las horas de esfuerzo dedicadas a este proyecto.

A Josan Merchán y Judit Rusiñol, por haberme acompañado durante este camino y por aportarme todos sus conocimientos sobre las revisiones sistemáticas.

10. Anexos

10.1 Tabla 2. Tabla descriptiva de los estudios incluidos en la revisión sistemática.

Autor(es)	Diseño del estudio	Perfil de los participantes	Lugar de residencia	Grupos de estudio y número de participantes	Detalles de la intervención				Variables
					Tipo	Duración sesión	Dosis/Frecuencia	Duración intervención	
Bertilsson, AS, et al., 2014	ECA	Ictus agudo Severidad Leve-Moderado-Severo (por orden de cantidad)	Domicilio	GI:129	Intervención centrada en la persona en AVDs	4 días/semana Seguimiento: 1 día/semana	1 mes Seguimiento : 1 mes	-	Variables ocupacionales (participación
				GC:151	Intervención habitual en AVDs	Criterios equipo rehabilitación	-	-	Autonomía AVDs) Variables de bienestar percibido (satisfacción vital)
Björkdahl, A., Lundgren, A. Grimby, G., Stibrant, K., 2006	ECA	Ictus agudo y crónico Cualquier severidad	Domicilio	GDomicilio:30	Actividades significativas de la vida diaria y de ocio	50 minutos	9 horas/semana	3 semanas	Variables ocupacionales (Desempeño ocupacional en AVDB y AVDI)
				CHospital: 29	Entrenamiento de la mejora del déficit a nivel de componentes de ejecución	50 minutos	9 horas/semana	3 semanas	Variables motoras (movilidad)

Chen, J. et al., 2017	ECA	Ictus agudo Alta severidad	Domicilio	Rehabilitación telesupervisada en el hogar (HTR)	-	-	3 meses		
				+					
				GI: 27	Ejercicios físicos y TO posteriormente	1h/ 2 veces al día	60 sesiones	3 meses	
				+					
					Estimulación neuromuscular activada por electromiografía (ETNS)	20min/ 2 veces al día	60 sesiones	3 meses	Variables ocupacionales (Desempeño ocupacional)
									Variables motoras (equilibrio y extremidades superiores)
			Rehabilitación ambulatoria convencional (COR)	-	-	3 meses	Cajón de sastre		
			+						
			GC: 27	Ejercicios físicos y TO posteriormente	1h/ 2 veces al día	60 sesiones	3 meses		
				+					
				Estimulación neuromuscular activada por electromiografía (ETNS)	20min/ 2 veces al día	60 sesiones	3 meses		

Cindy W Y Chiu, David W.K.Man, 2004	ECA	Ictus agudo Severidad leve-moderada	Domicilio	GI: 30	Prescripción y entrenamiento productos de soporte (durante estancia hospital y en casa después del alta) TO	-	2 o 3 sesiones en el domicilio post alta	3 meses	Variables ocupacionales (Desempeño ocupacional)
				GC: 23	Prescripción y entrenamiento de productos de soporte (solo durante estancia hospital) TO 1 visita domicilio antes del alta	-	-	3 meses	Variables de bienestar percibido (Satisfacción dispositivo tecnológico)
Drummond, AE., et al., 2012	ECA	Ictus crónico Severo	Domicilio	GI: 47	HOVIS (home visits)	-	-	1-2 visitas	Variables ocupacionales (autonomía AVDs) Bienestar percibido (calidad de vida)
				GC: 46	-	-	-	-	Variables motoras (movilidad) Cajón de sastre (coste, número caídas y reingresos)

Egan, M., Kessler, D., Laporte, L., Metcalf, V., Carter, M., 2007	ECA	Ictus crónico Severidad moderada	Domicilio	GI: 8	Asesoramiento por parte de TO. Atención centrada en el cliente. Realización de actividades diarias significativas. Incluye: coaching, educación, cambios en el entorno físico.	-	8 visitas	2-4 meses	Variables ocupacionales (desempeño ocupacional y participación) Variables de bienestar percibido (calidad de vida)
				GC: 8	Visitas de control habituales. No incluye TO	-	-	-	
Hayner K, Gibson G, Giles GM., 2010	ECA	Ictus crónico Severidad leve	Domicilio	GI: 6	Constraint-induced movement therapy (CIMT). Actividades funcionales con la ES afectada	6 horas diarias	Diariamente	10 días	Variables motoras (extremidades superiores)
				GC: 6	Bilateral movement. Uso de los dos EESS en todas las actividades	6 horas diarias	Diariamente	10 días	Variables ocupacionales (desempeño ocupacional)
Kessler, Egan, Dubouloz, McEwen, & Graham, 2017	ECA	Ictus agudo Severidad leve	Domicilio	GI: 10	GI: Occupational Performance Coaching adapted for stroke survivors (OPC-Stroke)	-	8.6 visitas	13.75 semanas	Variables ocupacionales (participación y desempeño ocupacional)
				GC: 11	GC: terapia o apoyo para el cuidado personal (no terapia ocupacional)	-	-	-	Variables de bienestar percibido (ansiedad y depresión)

Logan, PA., et al., 2004	ECA	Ictus crónico Severidad moderada	Domicilio/ Residencia	GI: 86	Ambos grupos: Asesoramiento, apoyo y folletos que describen los servicios de movilidad local	GI: TO (movilidad comunidad) - Información movilidad, ayudas técnicas o adaptaciones	-	7 sesiones	3 meses	Variables ocupacionales (desempeño ocupacional)
				GC:82		GC: Sin intervención	-	-	-	
Logan, Gladman, Drummond, Radford, & TOTAL Study Group, 2003	ECA	Ictus sin información Severidad homogénea para ambos grupos, pero sin especificar	Domicilio	GI1: 156	TO enfocada en las AVD	50 minut os	10 sesiones	6 meses	Variables ocupacionales (desempeño ocupacional)	
				GI2: 153						TO enfocada al ocio (actividades hechas por placer)
Lund, A., et al., 2011	ECA	Ictus crónico Severo- Moderado	Domicilio	GI: 48	Actividad física (voluntarios)	Curso de Estilo de Vida (TO)	2 horas	2 días/ semana	9 meses 36 sesiones (estilo de vida) + 36 act. física	Variables ocupacionales (desempeño ocupacional) Variables de bienestar percibido (calidad de vida, ansiedad y depresión)
				GC: 51		-	30 min- 1h	1 día / semana	9 meses 36 sesiones	Variables motoras (movilidad)

Mayo et al., 2000	ECA	Ictus agudo Severidad moderada	Domicilio	GI: 58	GI: intervención domiciliaria multidisciplinar (TO, fisioterapeuta, enfermería, logopedia y nutrición).	-	6 visitas fisioterapia, 4 visitas TO, 2 visitas logopedia y 2.5 visitas enfermería	4 semanas	Variables de bienestar percibido (calidad de vida)	
				GC: 56	GC: intervención convencional multidisciplinar (TO, fisioterapeuta, enfermería y logopedia) en hospital u hogar.	-	9 visitas fisioterapia, 5 visitas TO, 2.5 visitas logoterapia y 4 visitas enfermería	4 semanas	Variables motoras (movilidad) Variables ocupacionales (desempeño ocupacional y participación)	
McEwen, S., et al., 2015	ECA	Ictus crónico Severidad sin información	Domicilio	GI: 16	Programa habitual para pacientes ambulatorios (fisioterapia, logopedia y/o enfermería)	45 minutos	Terapia ocupacional habitual reemplazada por CO-OP (Orientación cognitiva para el rendimiento ocupacional diario)	2días / semana	10 sesiones (alguna extra de programa habitual según necesidades)	Variables ocupacionales (desempeño ocupacional y participación)

				Programa habitual de terapia ocupacional	45-60 minutos	2 días / semana	Criterios equipo rehabilitación y servicio (máximo 32 sesiones)		
Pany, MY., Eng, JJ., Dawson, AS., McKay, HA., y Harris, JE, 2005	ECA	Ictus crónico Severidad leve	Domicilio	GC: 19					
				GI: 32	Programa de fitness y movilidad: ejercicios aeróbicos. Usando protectores de cadera.	60 minutos	3 días/ semana	19 semanas	Variables motoras (movilidad, equilibrio)
Pang MY, Harris JE, Eng JJ, 2006	ECA	Ictus crónico Severidad leve	Domicilio	GC: 31	Programa de ejercicios de las EESS en sedestación. Sin ejercicios aeróbicos, ni ejercicios de las EEII, ni entrenamiento del equilibrio.	60 minutos	3 días/ semana	19 semanas	Variables ocupacionales (participación)
				GI: 31 (1 sesión con 9 -12 participantes)	Programa de ejercicios de EESS autodirigidos: AA, FM de hombro y muñeca; y actividades funcionales. Electroestimulación de los extensores de muñeca.	60 minutos	3 días / semana	19 semanas	Variables motoras (extremidades superiores)
				GC: 32 (1 sesión con 9 -12)	Ejercicios cardiorrespiratorios. Marcha y equilibrio. Fuerza muscular EEII.	60 minutos	3 días/ semana	19 semanas	

participantes
)

Parker, CS., et al., 2001	ECA	Ictus agudo y crónico Severidad moderada	Domicilio	GI AVD: 156	Intervención de TO con objetivos basados en la autonomía de las AVDs básicas (práctica en AVDs básicas)	30 minutos mínimo	-	10 sesiones mínimo (6 meses)	Variables de bienestar percibido (estado de ánimo)
				GI ocio: 153	Intervención de TO con objetivos basados en el ocio (práctica en actividades de ocio)	30 minutos mínimo	-	10 sesiones mínimo (6 meses)	Variables ocupacionales (desempeño ocupacional)
				GC: 157	No intervención de TO	-	-	-	
Rotenberg-Shpigelman S. et al., 2012	ECA	Ictus crónico Severidad moderada-alta	Domicilio	GI 1: 13	TO, fisioterapia y logopedia (NFT; sesiones de entrenamiento específicas, adaptación actividades y de entorno, dispositivos de ayuda, reclutamiento motivacional y abogacía)	4h/ día	1-3 días/semana	3 meses	Variables ocupacionales (desempeño ocupacional) Variables de bienestar percibido (calidad de vida)
				GI 2: 13	Cuidado habitual	-	-	3 meses	

Sackley CM. et al., 2015	ECA	Ictus crónico Severidad moderada y alta	Residencia	GI: 568	TO (funcionalidad AVD, adaptaciones ambientales, asesoramiento individual, entrenamiento movilidad comunicación)	Media de 30 minutos	Consenso TO- paciente	12 meses	Variables ocupacionales (desempeño ocupacional) Variables motoras (movilidad) Variables de bienestar percibido (calidad de vida y ansiedad y depresión)
				GC: 474	Cuidado habitual sin TO	-	-	12 meses	
Von Koch, de Pedro-Cuesta, Kostulas, Almazán, & Widén Holmqvist, 2001	ECA	Ictus agudo Severidad moderada	Domicilio	GI: 42	GI: TO, fisioterapia y logopedia en el domicilio.	Criterio del equipo de rehabilita ción	Criterio del equipo de rehabilitació n	4 meses	Variables ocupacionales (desempeño ocupacional) Variables motoras (movilidad y extremidades superiores) Self-reported falls.
				GC: 41	CG: intervención habitual en geriátricos o departamentos de rehabilitación en centros de día (no estandarizado).	Criterio del equipo de rehabilita ción	Criterio del equipo de rehabilitació n	Criterio del equipo de rehabilitació n	

Walker, Gladman, Lincoln, Siemonsma, & Whiteley, 1999	ECA	Ictus agudo Severidad moderada	Domicilio	GI: 94	GI: Terapia ocupacional – ABVD y AIVD	52 minutos	Consenso TO-paciente	5 meses	Variables ocupacionales (desempeño ocupacional)
				GC: 91	GC: Sin intervención del estudio	-	-	-	Variables motoras (movilidad)
Wolf DA, Tilling K, Ruolb A, 2015	ECA	Ictus crónico Severidad no encontrada	Domicilio	GI: 23	Tratamiento domiciliario por el equipo de rehabilitación (Terapia Ocupacional, fisioterapia y logopedia): Valoración y objetivos individualizados	-	1 visita diaria como máximo por cada profesional	3 meses	Variables ocupacionales (desempeño ocupacional)
				GC: 20	Intervención comunitaria habitual: Ayuda domiciliaria para atención personal, comida a domicilio y visitas de enfermeras comunitarias para tareas específicas.	60 minutos	3 visitas	-	Variables de bienestar percibido (ansiedad y depresión)

ECA: ensayo controlado aleatorizado; TO: terapia ocupacional; IB: Índice de Barthel

10.2 Tabla 3. Comparación de los resultados y magnitud del cambio entre grupos

Autor(es)	Variables	Preintervención ±SD	Postintervención ±SD	Diferencia significativa		Cohen's d (post)		
				Inter grupos	Intra grupo	Inter grupo	Intra grupo (IG)	
Bertilsson et al., 2014	Ocupacionales	Participación I	GI: ? CG: ¿	GI: 69.3 GC: 62.5	■	GI: ¿ CG: ¿	-	-
		Participación II	GI: 31.8 (20.6) GC: 41.7 (24.3)	GI: 81.7 GC: 77.7	□	GI: ■ CG: ■	-	-
		Desempeño ocupacional	GI: 65 (5-100) GC: 80 (10-100)	GI: 51 CG: 52.3	□	GI: ■ CG: ■	-	-
	Bienestar percibido	Satisfacción vital	GI: - GC: -	GI: 47 (36.4) GC: 56 (37.1)	□	GI: □ CG: □	-	-
Björkdahl, A., Lundgren, A. Grimby, G., Stibrant, K., 2006	Ocupacionales	Desempeño ocupacional I	GI: 1.45±0.99 GC: 1.42±0.76	GI: 2.18±1.4 GC: 2.28±0.94	□	GI: - CG: ■	-0.08	0.60
		Desempeño ocupacional II	GI: 1.00±0.73 GC: 1.18±0.57	GI: 1.55±0.76 GC: 1.59±0.68	□	GI: ■ GC: ■	-0.05	0.73
		Desempeño ocupacional III	GI: 2.44±2.08 GC: 2.38±1.70	GI: 3.14±2.07 GC: 2.99±1.76	□	GI: □ GC: ■	0.07	0.33
		Desempeño ocupacional IV	GI: 2.32±1.65 GC: 2.43±1.57	GI: 2.68±1.67 GC: 3.29±1.50	□	GI: □ GC: ■	-0.38	0.21
		Desempeño ocupacional V	GI: -0.18±1.66 GC: -0.32±1.10	GI: 0.70±1.63 GC: 1.05±1.76	□	GI: ■ GC: ■	-0.20	0.53

	Motoras	Movilidad	GI: 0.70±0.33 GC: 0.84±0.46	GI:0.94±0.33 GC: 0.98±0.39	□	GI : - CG: -	-0.11	0.72
		Desempeño ocupacional I	IG: 55.56 ± 12.81 GC: 54.26 ± 13.35	GI: 61.35 ± 12.85 GC: 59.80 ± 12.29	□	GI: ■ GC: ■	0.12	-0.45
	Ocupacionales	Desempeño ocupacional II	GI: - GC: -	GI: GC: -	□	GI: GC:	-	-
Chen, J. et al., 2017		Equilibrio	GI: 33.11 ± 3.98 GC: 31.74 ± 5.89	GI: 37.04 ± 3.78 GC: 36.08 ± 5.31	□	GI: ■ GC: ■	0.21	-1.01
		Contracción muscular I	GI: 72.19 ± 22.04 GC: 67.63 ± 15.28	GI: 94.23 ± 20.99 GC: 91.80 ± 15.69	□	GI: ■ GC: ■	0.13	-1.02
	Motoras	Contracción muscular II	GI: 104.69 ± 37.72 CG: 100.35 ± 28.08	GI: 133.92 ± 29.03 CG: 129.92 ± 28.66	□	GI : ■ GC : ■	0.14	-0.87

Cindy W.Y.Chiu, David W.K. Man, 2004	Ocupacionales	Desempeño ocupacional	GI: 97.6 (10.7) GC: 97.7 (11.8)	GI: 108.9 (11.6) GC: 104.9 (12.0)	■	GI: - ? GC:-?	-	-
	Bienestar percibido	Satisfacción dispositivo tecnológico	GI: - GC: -	GI: 104.9 (12.0) GC: 3.72 ± 0.28	-	GI: - GC: -	-	-
Drummond, AE., et al., 2012	Ocupacionales	Desempeño ocupacional I	GI: 9 (5.75-13.25) GC: 9 (5-14.25)	GI: 15.5 (8-19) GC: 17 (11-19)	□	GI: □ GC:□	-	-
		Desempeño ocupacional II	GI: - GC: -	GI: 14.5 (3-37.25) GC: 20 (9-36)	□	GI: □ GC:□	-	-
	Bienestar percibido	Calidad de vida I	GI: 0.39±0.37 GC: 0.43±0.32	GI: 0.53±0.33 GC: 0.50±0.35	□	GI: □ GC: □	0.088	0.305
		Calidad de vida II	GI: 14 (10-22) GC: 15 (10-19)	GI: 19 (12.25- 23.75) GC: 23 (15.5- 31.5)	□	GI: □ GC: □	-	-
	Motoras	Movilidad	GI: - GC: -	GI : 6.5 (4-10) GC : 7 (6-12)	□	GI: □ GC: □	-	-

Ocupacionales	Participación	GI: 76.7±19.9 GC: 80.4±14.9	GI: 88.7±14.7 GC: 90.8±11.1	□	GI: - GC: -	-0.16	0.68		
	Desempeño ocupacional (COMP)	GI: 4.4±1.8 GC: 3.0±1.0	GI: 1.5±1.8 GC: 1.3±2.1	□	GI: - GC: -	0.10	-1.61		
	Satisfacción (COMP)	GI: 2.8±1.0 GC: 2.8±0.6	GI: 3.9±1.6 GC: 1.9±1.4	■	GI: - GC: -	1.33	0.82		
Egan, M., Kessler, D., Laporte, L., Metcalf, V., Carter, M., 2007	Bienestar percibido	Calidad de vida (SF36)	Físico	GI: 20.2±6.6 GC: 18.0±3.1	GI: 19.8±6.6 GC: 21.0±4.6	□	GI: - GC: -	-0.21	-0.06
			Rol físico	GI: 11.2±5.7 GC: 8.5±2.6	GI: 12.0±3.8 GC: 12.4±3.4	□	GI: - GC: -	-0.11	0.16
			Dolor	GI: 8.4±2.9 GC: 8.9±2.5	GI: 8.3±3.3 GC: 9.9±2.0	□	GI: - GC: -	-0.58	-0.03
			Salud general	GI: 17.2±4.8 GC: 18.6±4.3	GI: 15.9±4.8 GC: 19.9±3.0	□	GI: - GC: -	-0.99	-0.27
			Vitalidad	GI: 12.8±4.3 GC: 13.1±2.6	GI: 12.7±3.8 GC: 14.4±1.5	□	GI: - GC: -	-0.58	-0.02
			Social	GI: 7.0±2.3 GC: 7.3±2.4	GI: 8.2±2.4 GC: 8.1±2.5	□	GI: - GC: -	0.04	0.51
			Rol emocional	GI: 13.0±3.2 GC: 12.4±1.9	GI: 14.5±1.2 GC: 13.3±1.8	□	GI: - GC: -	0.78	0.62
			Salud mental	GI: 21.2±2.2 GC: 20.3±2.6	GI: 22.3±1.8 GC: 22.5±3.3	□	GI: - GC: -	-0.07	0.54

Hayner, K., Gibson, G., Giles, GM., 2010	Ocupacionales	Desempeño ocupacional (COMP)		GI: -	GI: -	□	GI: ■	-	-
				GC: -	GC: -		CG: □		
	Satisfacción (COMP)		GI: -	GI: -	□	GI: □	-	-	
			GC: -	GC: -		CG: □			
Kessler, Egan, Dubouloz, McEwen, & Graham, 2017	Ocupacionales	Participación		GI: 92.0	GI: 84.7	-	GI: □	-	-
				GC: 79.0	GC: 86.7		GC: □		
	Desempeño ocupacional		GI: 3.7	GI: 6.3	-	GI: ■	-	-	
			GC: 5.0	GC: 6.3		GC: □			
Logan, PA., et al., 2004	Ocupacionales	Desempeño ocupacional I	Movilidad	Dif. 2.08 (0.67-3.93)	Dif. 0.89	■	GI: -	-	-
			Cocina	Dif. 1.19	Dif. 1.14	□	GI: -	-	-
			Domésticas	Dif. 0.74	Dif. 1.41	□	GI: -	-	-
Bienestar percibido	Ansiedad y depresión	GI: 5.8	GI: 7.7	-	GI: □	-	-		
		GC: 7.4	GC: 10.0		GC: □				

		Ocio	Dif. 0.56	Dif. 0.66	□	GI: - GC:-	-	-
		Desempeño ocupacional II	Dif. 1.73	Dif. 0.88	□	GI: - GC: -	-	-
		Desempeño ocupacional I	GI: - GC: -	GI: - GC: -	□	GI: - GC:-	-	-
Logan, Gladman, Drummond, Radford, & TOTAL Study Group, 2003	Ocupacionales	Desempeño ocupacional II	GI: - GC: -	GI: - GC: -	□	GI: - GC: -	-	-
		Desempeño ocupacional III	GI: - GC: -	GI: - GC: -	□	GI: - GC: -	-	-
		Desempeño ocupacional (COMP)	GI: 4.1±2.2 GC: 4.3±2.0	GI: 6.2±2.0 GC: 6.0±2.0	□	GI: □ GC: □	0.1	0.999
	Ocupacionales	Satisfacción (COMP)	GI: 4.9±2.5 GC: 4.1±2.0	GI: 6.0±2.4 GC: 6.0±2.2	□	GI: ■ GC: ■	0	0.449
Lund, A., et al., 2011	Bienestar percibido (calidad de vida)	Mental Health	GI: 72.5±17.8 GC: 72.6 ±20.6	GI: 79.7±15.0 GC: 77.9±17.8	□	GI: ■ GC: ■	0.109	0.437
		Vitality	GI: 44.2±20.1 GC: 47.2±22.7	GI: 50.9±19.5 GC: 55.6±18.9	□	GI: ■ GC: ■	0.245	0.338

Mayo et al., 2000		Bodily pain	GI: 64.7±29.6 GC: 66.4±26.4	GI: 64.1±27.8 GC: 61.6±29.0	□	GI: ■ (-) GC: ■ (-)	0.088	0.021	
		General Health	GI: 58.0±24.2 GC: 60.6±20.6	GI: 57.4±21.7 GC: 60.6±20.6	□	GI: ■ (-) GC: □	0.151	0.026	
		Social Functioning	GI: 62.8±28.9 GC: 63.0±29.8	GI: 69.2±25.3 GC: 71.8±25.2	□	GI: ■ GC: ■	0.103	0.236	
		Physical Functioning	GI: 52.6±25.9 GC: 53.8±25.6	GI: 55.3±27.2 GC: 55.3±27.2	□	GI: ■ GC: ■	0	0.102	
		Role Physical	GI: 21.8±33.5 GC: 18.4±29.8	GI: 33.3±39.5 GC: 38.8±38.6	□	GI: ■ GC: ■	0.141	0.314	
		Role Emotional	GI: 43.2±38.9 GC: 68.4±38.2	GI: 45.7±36.8 GC: 57.2±38.9	□	GI: ■ GC: ■	0.304	0.067	
		Bienestar percibido (ansiedad y depresión)	HADS (ansiedad)	GI: 4.6±3.2 GC: 5.0±4.1	GI: 3.1±3.4 GC: 4.4±4.0	□	GI: ■ GC: ■	0.350	0.454
			HADS (depresión)	GI: 4.1±3.0 GC: 5.3±3.8	GI: 3.4±2.7 GC: 4.2±3.4	□	GI: ■ GC: ■	0.260	0.245
		Motoras	Movilidad	GI: 19.4±31.6 GC: 13.2±6.0	GI: 23.2±61.5 GC: 13.4±7.8	□	GI: □ GC: □	0.223	0.078
			Participación	GI: 6.0±4.1 GC: 6.1±3.6	GI: 4.0±3.7 GC: 5.7±4.6	■	GI: ■ GC: ■	0.40	0.51
Ocupacionales	Desempeño ocupacional I	GI: 84.6±14.4 GC: 82.7±13.9	GI: 94.38±10.6 GC: 93.3±10.1	□	GI: ■ GC: ■	0.10	0.77		
	Desempeño ocupacional II	GI: 10.1±3.4 GC: 8.6±3.5	GI: 11.0±3.5 GC: 9.5±3.9	■	GI: ■ GC: □	0.40	0.26		

Bienestar percibido	Calidad de vida	GI: 39.5±9.6 GC: 37.2±8.4	GI: 42.9±10.1 GC: 37.9±10.6	■	GI: ■ GC: □	0.48	0.35
	Movilidad I	GI: 82.3±19.3 GC: 85.7±11.1	GI: 90.3±12.4 GC: 91.7±10.1	□	GI: ■ GC: ■	-0.21	0.49
Motoras	Movilidad II	GI: 23.3±21.2 GC: 21.5±14.4	GI: 16.5±16.3 GC: 15.5±18.0	□	GI: ■ GC: ■	0.06	0.36
	Desempeño ocupacional I	GI: 4.3±2.0 GC: 5.7±1.9	GI: 8.3±1.2 GC: 6.9±1.4		GI: ■ GC: ■	1.074	2.425
McEwan, S., et al., 2015	Desempeño ocupacional II	GI: 4.8±1.8 GC: 5.1±1.7	GI: 8.3±1.7 GC: 7.1±0.7		GI: ■ GC: ■	0.923	1.999
	Desempeño ocupacional III	GI: 4.6±1.8 GC: 4.2±1.9	GI: 7.7±2.2 GC: 6.6±3.0		GI: ■ GC: ■	0.418	1.542
	Desempeño ocupacional IV	GI: 4.7±2.0 GC: 3.81.5	GI: 7.8±2.2 GC: 6.7±2.7		GI: ■ GC: ■	0.447	1.474
	Participación I	GI: GC:	GI: 63.8±12.6 GC: 61.9±13.2		GI: - GC: -	0.147	-
Ocupacionales							

		Participación II	GI: GC:	GI: 56.6±16.7 GC: 56.9±13.3		GI: - GC: -	0.02	-
Pang, MY., Eng, JJ., Dawson, AS., McKay, HA., y Harris, JE, 2005	Ocupacionales	Participación	GI: 7.9±7.8 GC: 10.6±9.8	GI: 13.7±10.9 GC: 18.6±16.8	□	GI: - GC:-	-0.34	0.61
	Motoras	Movilidad	GI: 328.1±143.5 GC: 304.1±123.8	GI: 392.7±151.1 GC: 342.4±133.4	■	GI: - GC: -	0.35	0.43
		Equilibrio	GI: 47.6±6.7 GC: 47.3±6.1	GI: 49.6±4.4 GC: 49.2±5.8	□	GI: - GC: -	0.07	0.35
Pang MY, Harris JE, Eng JJ, 2006		Habilidad EESS	GES: 2.9±1.6 GEI: 3.7±1.5	GES: 3.1±1.8 GEI: 3.7±1.8	■	GES: ■ GEI: -	-0.33	0.11
		Tareas funcionales	GES: 2.6±1.7 GEI: 3.5±1.6	GES: 2.9±1.9 GEI: 3.5±1.8	■	GES: - GEI: -	-0.32	0.16
	Motoras	Gravedad motora ES parética (FMA)	GES: 40.8±19.6 GEI:51.3±19.2	GES: 45.7±19.3 GEI:52.5±18.5	■	GES: ■ GEI: -	-0.35	0.25
		Funcionalidad ES parética (MAL)	GES: 1.7±1.5 GEI:3.0±1.7	GES: 2.3±1.7 GEI:3.3±1.7	□	GES: ■ GEI: -	-0.58	0.37
Parker, CS., et al., 2001	Ocupacionales	Desempeño ocupacional I (ocio)	GAVD: GO: GC:	GAVD: 15.0 (8.0) GO: 15.9 (6.9) GC: 15.2 (7.7)	- - -	GAVD: □ GO: □ GC: □	GAVD-GC: 0.025 GO-GC: 0.096	

						GAVD-GO: 0.120	
						GAVD-GC: 0.086	
		Desempeño ocupacional II (AVD)	GAVD: GO: GC:	GAVD: 34.7(18.4) GO: 33.3 (18.4) GC: 33.1 (18.9)	- - -	GAVD: □ GO: □ GC: □	GO-GC: 0.011 GAVD-GO: 0.076
						GAVD-GC: 0	
	Bienestar percibido	Ansiedad y depresión	GAVD: GO: GC:	GAVD: 17.3 (7.1) GO: 16.0 (6.9) GC: 17.3 (6.9)	- - -	GAVD: □ GO: □ GC: □	GO-GC: 0.188 GAVD-GO: 0.186
		Desempeño ocupacional I	GI1: 1 (1-7) GI2: 1.5 (1-4.6)	GI1: 5.92 (1-10) GI2: 1 (1-5)	■	GI1: ■ GI2: ■	- -
	Ocupacionales	Desempeño ocupacional II	GI1: 1.5 (1-8) GI2: 2.4 (1-8.5)	GI1: 7.08 (4-10) GI2: 2.5 (1-5)	■	GI1: ■ GI2: ■	- -
		Participación	GI1:- GI2:-	GI1:- GI2:-	□	GI1: □ GI2: □	- -
Rotenberg- Shpigelman S. et al., 2012	Bienestar percibido	Calidad de vida	GI1:- GI2:-	GI1:- GI2:-	□	GI1: □ GI2: □	- -
	Ocupacionales	Desempeño ocupacional	GI: 6.5 (5.8) CG: 6.3 (5.7)	GI: 5.47 (0.20) CG: 5.29 (0.21)	□	GI: - GC:-	- -

Sackley, CM., et al., 2015	Bienestar percibido	Ansiedad y depresión	GI: 6.8 (3.9) CG: 6.4 (3.5)	GI: 6.09 (0.21) CG: 6.30 (0.22)	□	GI: - GC: -	-	-
		Calidad de vida	GI: 0.20 (0.4) CG: 0.24 (0.4)	GI: 0.24 (0.02) CG: 0.23 (0.02)	□	GI: - GC: -	-	-
	Motoras	Movilidad	GI: 3.1 (3.8) CG: 2.8 (3.7)	GI: 2.74 (0.11) CG: 2.73 (0.12)	□	GI: - GC: -	-	-
von Koch, de Pedro- Cuesta, Kostulas, Almazán, & Widén Holmqvist, 2001	Ocupacionales	Desempeño ocupacional I	GI: - GC: -	GI: - GC: -	□	GI: - GC: -	-	-
		Desempeño ocupacional II	GI: - GC: -	GI: - GC: -	-	GI: - GC: -	-	-
		Desempeño ocupacional III	GI: - GC: -	GI: - GC: -	□	GI: - GC: -	-	-
		Desempeño ocupacional IV	GI: - GC: -	GI: - GC: -	□	GI: - GC: -	-	-
	Motoras	Movilidad y extremidades superiores I	GI: - GC: -	GI: - GC: -	□	GI: - GC: -	-	-
		Movilidad y extremidades superiores II	GI: - GC: -	GI: - GC: -	-	GI: - GC: -	-	-

Walker, Gladman, Lincoln, Siemonsma, & Whiteley, 1999	Ocupacionales	Desempeño ocupacional I	GI: 18 (15–20) GC: 18 (15–20)	GI: 20 (18–20) GC: 18 (16–20)	■	GI: - GC: -	-	-
		Desempeño ocupacional II	GI: 10 (4–15) GC: 11 (3–16)	GI: 16 (11–18.75) GC: 12 (6–17)	■	GI: - GC: -	-	-
Wolf DA, Tilling K, Ruolb A, 2015	Motoras	Movilidad	GI: 8 (6-11) GC: 8 (6-11)	GI: - GC: -	-	GI: - GC: -	-	-
	Ocupacionales	Desempeño ocupacional	GI: 17 (7-10) GC: 17 (8-20)	GI: 18 (8-20) GC: 20 (16-20)		GI: - GC:-	-	-
Wolf DA, Tilling K, Ruolb A, 2015	Bienestar percibido	Ansiedad	GI: 2 (0-15) GC: 5 (0-14)	GI: 1 (0-18) GC: 3 (0-18)	■	GI: - GC: -	-	-
		Depresión	GI: 6 (1-14) GC: 6 (0-17)	GI: 4 (0-11) GC: 6 (0-15)	■	GI: - GC: -	-	-
	Motoras	Movilidad	GI: 10 (4-35) GC: 8 (4-20)	GI: 8 (7-20) GC: 8 (7-15)	□	GI: - GC: -	-	-
		EESS	GI: 88 (61-100) GC: 88 (59-100)	GI: 96 (84-100) GC: 94 (74-100)	□	GI: - GC: -	-	-