

TERAPIA OCUPACIONAL DOMICILIARIA EN EL ÁMBITO DE PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.

HOME-BASED OCCUPATIONAL THERAPY IN PEOPLE WITH SPINAL CORD INJURY. A SYSTEMATIC REVIEW.

Palabras clave Intervención a domicilio; Hábitos, Entorno.

Keywords Intervention at home; Habits; Environment.

DeCS Terapia ocupacional; Lesión; Conducto Vertebral; Servicios de atención en salud a domicilio.

MeSH Occupational therapy; Spinal cord injuries; Home care services.



Autoras

Dña. Uxía Bermúdez Bayón

Terapeuta Ocupacional. Máster en Salud Internacional, Universidad de Málaga.

E-mail de contacto: uxiaterapeutaocupacional@gmail.com

Dña. María del Carmen Rodríguez-Martínez

Terapeuta Ocupacional. Doctora en Ciencias de la Salud. Secretaria del Departamento de Fisioterapia. Profesora Ayudante Doctora de la Universidad de Málaga.

E-mail de contacto: marrodmar@uma.es

Como citar este documento:

Bermúdez Bayón U, Rodríguez-Martínez MC. Terapia Ocupacional domiciliaria en el ámbito de personas con lesión medular. Una revisión sistemática. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2016 [fecha de la consulta]; 13(24): [15p.]. Disponible en:

<http://www.revistatog.com/num24/pdfs/revision2.pdf>

Texto recibido: 05/09/2016

Texto aceptado: 22/11/2016

Texto publicado: 31/11/2016

Introducción

Cada ser humano, dentro de su individualidad característica, cuenta con una serie de factores que influyen a la hora de realizar sus actividades y ocupaciones. Estos factores son, como recoge el Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: las características del cliente, las destrezas de ejecución y los patrones de ejecución. Los últimos se refieren a los hábitos, las rutinas, los roles y los rituales implicados a lo largo del proceso que conlleva participar en las ocupaciones o actividades⁽¹⁾.

La realización de dichos patrones de ejecución se ve íntima e inevitablemente influenciada por los contextos que rodean a cada persona, comprendiendo el cultural, personal, temporal, virtual y los entornos físico y social⁽¹⁾, que condicionan, directa o indirectamente, la forma de comportarse y actuar de todos los individuos independientemente de su origen o su lugar de residencia.

El factor cultural cobra especial importancia en ciertas localizaciones geográficas apoderadas por la

RESUMEN

Objetivo: analizar la situación actual de la Terapia Ocupacional a domicilio en España y conocer las investigaciones llevadas a cabo en otros países en el ámbito de las personas con lesión medular.

Métodos: se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica, revisando buscadores de internet, bases de datos de Ciencias de la Salud y sitios web específicos de Terapia Ocupacional.

Resultados: la evidencia recoge el rol del terapeuta ocupacional en la intervención a domicilio describiendo todas sus funciones. Destaca la presencia de artículos relacionados con la accesibilidad del domicilio y los métodos de clasificación de la intervención.

Conclusión: la Terapia Ocupacional a domicilio es un método de intervención apropiado y eficaz. Actualmente hay algunas evidencias en aspectos relacionados con la accesibilidad en el hogar pero no en lo referente a la completa intervención.

SUMMARY

Objective: to analyze the current situation of home-based occupational therapy in Spain. To have a knowledge about the researches from the perspective of people with spinal cord injury in other countries.

Methods: a literature search and bibliographic review have been done on health sciences databases, Internet search engines and Occupational Therapy specific websites.

Results: evidence shows the role of the occupational therapist at home describing the intervention and his functions. There is a relevant presence of studies related to home accessibility and intervention classification methods.

Conclusion: home-based Occupational Therapy is an appropriate and effective intervention method. Currently, there are some evidence on issues related to accessibility at home but not in terms of the complete intervention.

diversidad cultural, haciendo que sea un aspecto a tener en consideración en todas las facetas que pueden desarrollar sus ciudadanos. Se entiende cultura como la experiencia aprendida y compartida que proporciona al individuo y al grupo mecanismos eficaces para interactuar tanto con los otros como con el entorno⁽²⁾. De este modo, comprende las formas de vivir, pensar y sentir de las distintas personas o grupos sociales y abarca tanto lo consciente como lo inconsciente, constituyendo no solo un modo de vida sino también un sistema de ideas y sentimientos⁽³⁾. Las ocupaciones que realiza cada sujeto en su día a día van en consonancia con todo lo anterior. Resulta relevante recordar que la ocupación es entendida como un conjunto de actividades de la vida diaria, nombradas, organizadas y a las que se les da valor y significado por los individuos y la cultura⁽¹⁾. De modo que la ocupación satisface las necesidades humanas básicas para la salud, pues proporciona a las personas los mecanismos para ejercitar y desarrollar capacidades innatas de una naturaleza biológica y sociocultural. Esto permitirá la adaptación a los cambios del entorno y el desarrollo como individuos⁽⁴⁾.

Los patrones de ejecución y los contextos, especialmente el cultural y el entorno físico, influyen en el conjunto de ocupaciones realizadas por la persona, la organización y el tiempo dedicado a las mismas, siendo esto indispensable para conseguir un adecuado equilibrio ocupacional que, a su vez, es necesario para alcanzar la calidad de vida que todo ser humano pretende a lo largo de su existencia. Dicho equilibrio hace referencia a la organización de las actividades de la vida diarias realizadas, contribuyendo a la posibilidad de desarrollar un desempeño ocupacional adecuado que, al mismo tiempo, aporta satisfacción vital y por consiguiente un adecuado nivel de bienestar⁽⁵⁾.⁽⁵⁾

Esta situación se mantiene en todos los casos, también para las personas con discapacidad quienes cuentan con distintas capacidades. Dentro de las consideradas discapacidades físicas se encuentran las que ocasiona una lesión medular.

Se entiende por lesión medular cualquier alteración sobre la médula espinal que puede producir alteraciones en el movimiento, la sensibilidad o la función autónoma por debajo del nivel de la lesión⁽⁶⁾.⁽⁶⁾ Las causas que la producen se dividen entre traumáticas y no traumáticas. Las primeras incluyen accidentes de tráfico, caídas, golpes, deportes/zambullidas, agresiones y complicaciones quirúrgicas mientras que las segundas se refieren a tumores primarios, tumores metastásicos, infecciones, vascular, mielomeningocele y otras. Entre los años 2000 y 2008 se registraron 9.352 altas hospitalarias correspondientes a ingresos urgentes por lesión medular, implicando una tasa de incidencia de 24,0 casos por millón de habitantes. En este mismo período de tiempo, la tasa de incidencia anual estandarizada por edad de altas hospitalarias por lesión medular ocasionada en accidente de tráfico fue de 8,8 casos por millón de habitantes. La tasa de lesión medular ocasionada en otras circunstancias fue de 15,2 casos por millón de habitantes. Aunque dichas tasas de incidencia muestran una significativa reducción entre los años 2000 y 2008, concretamente de un 1,6%, continúa tratándose de una situación que afecta a un elevado número de personas⁽⁷⁾.

En España se ha descrito una incidencia global de lesiones medulares traumáticas y no traumáticas de 12 y 20/106 habitantes/año⁽⁶⁾. La mayoría de las personas ingresadas por lesión medular traumática entre los años 2000 y 2008 fueron hombres (73,8%), y su destino mayoritario al alta -tras una estancia hospitalaria media de 56,5 días- fue el domicilio (64,3%), seguido del traslado a otro centro sanitario (28,7%) y el fallecimiento (6,5%)⁽⁷⁾.

El pronóstico de cada persona variará en función de las peculiaridades de cada caso concreto teniendo en cuenta factores relevantes como el nivel de la lesión, si es completa o incompleta, si se han unido otras complicaciones secundarias a su evolución, si ha seguido una adecuada y completa rehabilitación física y funcional, así como si cuenta con los recursos necesarios para adaptar su vida a su nueva situación. Por tanto, las personas afectadas precisan de una serie de recomendaciones, entrenamientos de habilidades, recursos, y productos de apoyo que les permitan compensar el déficit y mejorar la independencia y la autonomía en la ejecución de las

diversas tareas. Así, una de las disciplinas que puede ayudar a los usuarios en la recuperación y mantenimiento de su autonomía personal, se encuentra la Terapia Ocupacional.

Desde la disciplina se propone el desempeño eficiente de una ocupación. En este caso, la realización de las actividades de la vida diaria, está íntimamente relacionada con el bienestar psicológico y social⁽⁸⁾, aspectos esenciales en el concepto actual de salud. Dichos aspectos a su vez están vinculados a la capacidad del ser humano de desarrollar ocupaciones socialmente valoradas⁽⁹⁾, Llegado a este punto y teniendo en cuenta que el logro del equilibrio entre salud y ocupación es el fin máximo de intervención de la Terapia Ocupacional, se puede deducir que esta disciplina aúna ambos conceptos. De esta manera, está justificada su intervención para recuperar tal equilibrio, así como para alcanzar la máxima autonomía e independencia posibles.

Como no podría ser de otra forma y se ha comentado con anterioridad, la ejecución de todo tipo de ocupaciones se ve afectada por la influencia que ejercen los factores ambientales. Es por ello que surge el interés de estudiar el desarrollo de la Terapia Ocupacional a domicilio, para tener una visión más holística y contextualizada de la situación personal de los usuarios.

La intervención de Terapia Ocupacional comenzaría realizando un perfil ocupacional completo de cada usuario teniendo en cuenta sus ocupaciones y rutinas diarias. A continuación se realizaría una evaluación tanto de las habilidades de desempeño como del desempeño de las áreas de ocupación, incluyendo actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, ocio, trabajo o estudios y participación en la comunidad. A partir de estos datos se diseñaría una intervención individualizada para cada usuario⁽¹⁰⁾.

Teniendo en cuenta estos datos surge la siguiente pregunta PICO:¿Qué similitudes y diferencias hay entre las intervenciones de Terapia Ocupacional a domicilio en personas con lesión medular en España y en otros países?

OBJETIVOS

- Analizar la situación actual de la Terapia Ocupacional a domicilio en España con personas que tienen lesión medular.
- Conocer las investigaciones llevadas a cabo en otros países en el ámbito domiciliario de las personas con lesión medular.

MÉTODO

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos de ciencias sociales y de la salud como son: MEDLINE, Dialnet, OTseeker, Portal de Búsqueda de la BVS, BVS, Bases de datos del CISC, ScienceDirect, Scopus, Web Of Science, IBECs, LILACS, NARIC, Fistera.com y EBSCO.

La estrategia de búsqueda combinó los siguientes términos *DeCS*: Terapia Ocupacional, Lesión; Conducto Vertebral; Servicios de atención en salud a domicilio con los correspondientes MeSH en inglés y usando como operador booleano AND para relacionar los términos.

Como límites en la búsqueda se emplearon los idiomas castellano e inglés.

Tras la búsqueda se seleccionan los artículos que cumplen con los criterios de inclusión:

- Artículos científicos que arrojen conocimientos sobre la Terapia Ocupacional a domicilio ya sea en España o fuera de sus fronteras.
- Artículos publicados entre los años 2000 y 2015.
- Artículos en idioma inglés y castellano.
- Artículos con acceso a texto completo desde una red libre o desde la red universitaria de la Universidad de Málaga (UMA).
- Se excluyeron cartas al director, artículos de opinión y editoriales.

No se realiza un cribado posterior debido a la escasez de evidencia científica en relación al tema tratado.

Tras una lectura y análisis en profundidad de los documentos seleccionados se selecciona la información destacada en los apartados siguientes.

RESULTADOS

Como resultado de la búsqueda, se obtuvo un total de 70 referencias de publicaciones, de los cuales finalmente quedaron 27 artículos, tras descartar aquellos que no abordaban la temática de la Terapia Ocupacional a domicilio en ningún aspecto. En la figura 1 se detalla el proceso de selección de los artículos. A continuación se procede a destacar las características relevantes de los artículos seleccionados para esta revisión.

Estos artículos han sido publicados entre los años 1974 (India) y 2014 (EE.UU) recogiendo una panorámica de la temática a lo largo de 40 años. Teniendo en cuenta el total de artículos hallados en este periodo de tiempo, se puede intuir el reducido volumen de investigación en cuanto al tema que se aborda.

Las referencias también reflejan los países en los que se realiza mayor investigación al respecto, destacando en primer lugar y con amplia diferencia sobre los demás, se encuentra Estados Unidos, que acumula 13 de los artículos seleccionados. Le siguen China con 4 artículos, España con tres, Reino Unido y Holanda 2 cada uno de ellos y finalmente, Taiwán , India y Australia con 1 artículo.

En cuanto a la metodología, se ha observado que del conjunto de artículos consultados, una amplia mayoría son estudios cuantitativos ya sean descriptivos o analíticos, dentro de los cuales encontramos estudios de tipo prospectivo observacional, así como ensayos controlados. Solamente uno de ellos cuenta con metodología cualitativa, aspecto que podría influir en la completitud de la información recogida, aunque por otro lado se encuentran también tres artículos que recogen casos clínicos.

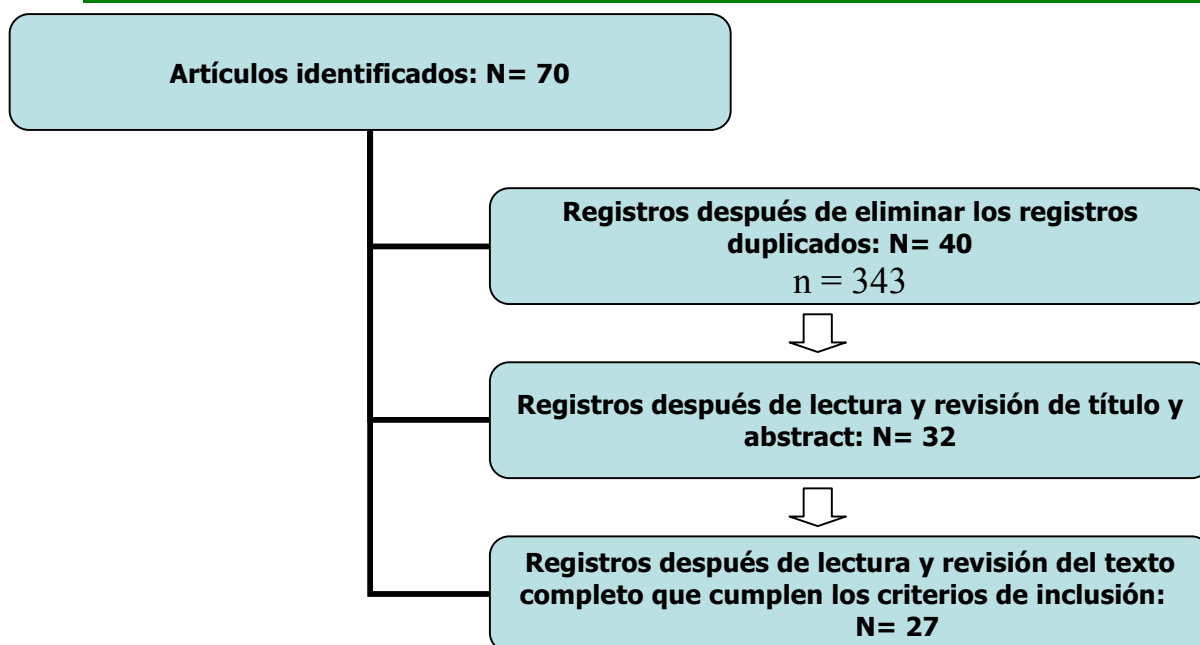


Figura 1: Diagrama de flujo PRISMA del proceso de selección de artículos. Fuente: elaboración propia (2015).

DISCUSIÓN

En la década de los ochenta, se publicó el artículo "ABC of Spinal Cord Injury", que expone las áreas de intervención desde terapia ocupacional en este ámbito, destacando la elaboración y enseñanza del uso de férulas, asesoramiento en productos de apoyo, visitas a domicilio y evaluación y accesibilidad en el mismo. También recoge una intervención individualizada en lo referente a actividades de la vida diaria, trabajo y ocio de modo que los usuarios alcancen el máximo nivel de independencia posible en cada caso⁽¹¹⁾.

Once años más tarde, McCormack⁽¹²⁾ ampliaba la justificación de esta información en su artículo "The role of Occupational Therapy in Home Care", donde identificaba el ejercicio de la Terapia Ocupacional a domicilio como un área en crecimiento, puesto que, los/las profesionales de la Terapia Ocupacional tienen una gran capacidad de actuación en este ambiente. Su intervención se divide en 4 partes de las que recoge información sobre: estilo de vida y objetivos del usuario, comportamiento y rutinas, relaciones sociales y por último cultura. El domicilio es el lugar más idóneo para recabar la información más precisa posible en lo relativo a estos aspectos. Añade como punto clave que, en este caso, es el/la terapeuta ocupacional el que entra en el hogar y es huésped al contrario de lo que ocurre en el hospital. Esto permite que el usuario se sienta más

cómodo al mismo tiempo que el profesional actúa con el máximo respeto hacia él y su entorno. Al mismo tiempo destaca que la intervención en el hogar se compone de la evaluación funcional, valoración y asesoramiento en la modificación del entorno, prescripción y entrenamiento en el uso de productos de apoyo e intervención con el usuario y los familiares o cuidadores principales⁽¹²⁾. El artículo "*The Roles of Occupational Therapy, Physical Therapy, and Speech/Language Pathology in Primary Care*" abala esta información de nuevo explicando el rol del Terapeuta Ocupacional en las distintas etapas de la vida⁽¹³⁾.

La accesibilidad es el tema más recurrente, siendo los/las profesionales de la Terapia Ocupacional quienes se encargan de identificar las barreras arquitectónicas que dificultan la integración en la comunidad y en el hogar, una vez que el usuario recibe el alta hospitalaria^(13,14,15,16,17,18). Tras su identificación, participa en el proceso de asesoramiento en las modificaciones del entorno a realizar para hacerlo accesible a las necesidades de cada usuario en concreto. La revisión bibliográfica "*Modification of the home environment for the reduction of injuries*" añade que los Terapeutas Ocupacionales son los profesionales que realizan el mayor número de recomendaciones de seguridad dentro del equipo multidisciplinar⁽¹⁹⁾. Todos los artículos tratan la accesibilidad ya sea en mayor o menor medida, con ejemplos de un caso en concreto^(20,21) o a nivel general destacando que la adaptación del hogar aumenta la capacidad funcional y facilita el alcance de la máxima independencia y autonomía posibles.

A la valoración y adaptación del hogar se une el asesoramiento y entrenamiento con productos de apoyo como el uso de la silla de ruedas, adaptaciones para realizar actividades básicas como la alimentación o adaptaciones para el desarrollo de su actividad laboral^(11,13,15,16,19,21). En la misma línea, se encuentra el asesoramiento y entrenamiento en el uso de tecnologías como controles de entorno o acceso adaptado al ordenador, que permiten al usuario participar en actividades de la vida diaria, el control ambiental y el acceso al contexto virtual, ya sea con fines lúdicos o laborales^(22,23). Este punto suele entrar en conflicto con el nivel económico de la persona y la participación de las entidades de su sociedad por la dotación de estos productos a sus ciudadanos. Lo mismo ocurre con la Terapia Ocupacional y otros servicios de rehabilitación a domicilio, en algunos casos, las personas con lesión medular solamente pueden recibirlos si su seguro privado se lo permite, así lo recoge Sepowitz en el caso clínico que presenta⁽²²⁾. Otra forma de emplear la tecnología como intervención domiciliaria, es el uso del teléfono para contactar periódicamente

con los usuarios reevaluando su situación a distancia, aunque esta herramienta suele ser más empleada desde el campo de la psicología⁽²⁴⁾.

Las intervenciones que reciben las personas con lesión medular cuando se da alta hospitalaria, resulta ser un tema recurrente e inevitablemente relacionado con la temática de esta revisión. Una adecuada atención y rehabilitación hospitalaria posibilita la posterior recuperación funcional e inserción en la comunidad^(25,26), pero no es suficiente. Hsieh et al., detectan un aumento en la Terapia Ocupacional tras el alta tanto en recursos de la comunidad como a domicilio⁽²⁷⁾.

Whiteneck et al., corroboran el dato anterior cifrando la Terapia Ocupacional tras el alta en un 52% del total de horas de rehabilitación. Asimismo, detecta un vacío de conocimiento en cuanto al impacto de la misma, e insta a otros autores a investigar sobre la rehabilitación post-alta, la cual debe ser continuada para lograr resultados a largo plazo⁽²⁸⁾. Una mala continuidad de la intervención en la comunidad tiene implicaciones físicas y psicológicas para el individuo y su familia. De hecho, el aumento de la esperanza de vida y la integración de las personas con lesión medular en la sociedad, sin verse recluidas a su hogar, se debe a la mejoría de la rehabilitación post-alta y dentro de ella a la Terapia Ocupacional Comunitaria, disciplina que tiene en cuenta la cultura, la actitud de las personas y los recursos de su comunidad lo que le permite adaptar la intervención a cada usuario y a su estilo de vida⁽¹⁸⁾. Además Welage y Liu proporcionan en su estudio una serie de recomendaciones basadas en la evidencia para el desarrollo de la Terapia Ocupacional a domicilio, afirmando que es necesario un modelo único a seguir; el Modelo de Levine que cuenta con más directrices prácticas que otros modelos basados en la comunidad más teóricos⁽¹⁸⁾.

Un buen ejemplo de este proceso se detalla en el caso clínico "Pregnancy and Quadriplegia: An Occupational Therapy Home Program" donde se refleja cómo el/la terapeuta ocupacional puede adaptar lo que rodea al proceso de embarazo de una mujer con lesión medular, conociendo tanto las características, ocupaciones, hábitos y contextos de la usuaria, como las implicaciones de la gestación y el modo en el que afectarán al desarrollo del día a día. Para ello, se realiza una evaluación ocupacional en la que detecta la necesidad de aumentar en primer lugar la independencia de la madre y, posteriormente, trabajar en el uso de técnicas que faciliten el

cuidado del bebé entrenando con un muñeco los aspectos de la crianza en los que se encuentran dificultades⁽²¹⁾.

El hecho de recibir Terapia Ocupacional a domicilio como ocurre en el caso anterior, constituye una estrategia para prevenir reingresos futuros por complicaciones médicas, que son resultado de un mal cuidado de su salud⁽²⁹⁾. No obstante, todo ello dependerá en gran medida de los recursos económicos del usuario y del sistema sanitario de cada país, pues por ejemplo en España, no se cuenta con servicio de atención a domicilio en Terapia Ocupacional cuando se ha comprobado que resulta necesario⁽¹⁷⁾. De este modo se evidencia una gran dificultad para alcanzar la equidad en salud, ya que el aspecto económico estaría impidiendo que cada individuo desarrolle su máximo potencial de salud al no ser asignados los recursos en función de la necesidad.

El artículo "Rehabilitación en lesionados medulares tras el alta hospitalaria" realizado por servicio de rehabilitación del Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo trata los temas anteriormente mencionados como la rehabilitación a domicilio, el asesoramiento en materia productos de apoyo y de adaptación del domicilio y el puesto de trabajo, resultando llamativo el hecho de que estas labores las lleve a cabo un equipo de asesoramiento compuestos generalmente por personal de enfermería⁽³⁰⁾ sin especificar quien compone el resto del equipo.

Relacionado con lo anterior, se encuentra la idea del regreso al hogar y al mundo laboral^(30,31), en la que se recurre a la terapia ocupacional a domicilio y comunitaria para preparar al usuario mediante educación funcional y para adaptar el puesto de trabajo a sus necesidades concretas. La evidencia muestra que la independencia funcional, la rehabilitación centrada en la educación o entrenamiento vocacional según el caso, las habilidades de autocuidado, la movilidad en la comunidad y las modificaciones del entorno, son factores fundamentales para conseguir un empleo tras una lesión medular⁽³¹⁾.

Paralelamente al proceso de intervención detallado, se encuentran otras líneas de investigación que ahondan en la elaboración de un sistema de Clasificación de la intervención de Terapia Ocupacional con personas con lesión medular. Todo ello con el fin de registrar el trabajo del profesional en cada sesión, la evaluación en las áreas ocupacionales y los productos de apoyo que use cada individuo. Esta clasificación sería útil tanto en el desarrollo de la Terapia Ocupacional

hospitalaria como a domicilio, destacando que es necesario traducir esta herramienta a otros idiomas para extender su uso⁽³²⁻³⁴⁾.

Las sucesivas investigaciones en esta materia han permitido perfilar el papel del terapeuta ocupacional en la terapia a domicilio. De este modo Whiteneck et al., emplean la práctica basada en la evidencia como metodología para asociar las características del cliente y el tratamiento recibido con los resultados obtenidos, destacando desde Terapia Ocupacional el entrenamiento de las habilidades de gestión del hogar⁽³⁵⁾.

Al mismo tiempo, esta metodología ha permitido observar la evolución de la Terapia Ocupacional a lo largo de los años, pasando de ejercerse únicamente en rehabilitación aguda a una terapia basada en la comunidad, que se separa de la visión reduccionista de otras profesiones (aspecto que caracterizaba la práctica en el pasado). Esto se consigue completando el equipo multidisciplinar con la figura del Terapeuta Ocupacional y la realización de funciones que solo este perfil puede aportar trabajando desde la actividad con propósito. El usuario puede elegir ocupaciones de su interés y tomar decisiones dentro de su propio entorno, lo que permite a los/las profesionales de la Terapia Ocupacional tener en cuenta los factores dinámicos que influyen sobre el día a día y el funcionamiento de la persona que recibe la intervención, adaptando ésta según convenga. Todo ello facilitará la obtención de los mejores resultados alcanzables en las áreas ocupacionales y en los roles que desempeña la persona, con la finalidad de aumentar su calidad de vida y bienestar^(36,37).

Cabe destacar que esta revisión podría presentar limitaciones como puede ser el sesgo de publicación, es decir, la pérdida de información relevante debido a los estudios con resultados negativos que no se publican o tardan más en publicarse. Otra limitación que podría poner en compromiso la validez de los resultados de la revisión realizada sería la calidad de los estudios originales incluidos, así como la variabilidad entre estudios incluidos o los posibles errores en la fase de análisis. Por último, es importante resaltar la heterogeneidad de los artículos incluidos en cuanto a la variedad de contextos en los que se han realizado, aspecto que podría influir sobre los resultados del metaanálisis.

CONCLUSIÓN

La revisión bibliográfica evidencia que en España la investigación así como la intervención de Terapia Ocupacional a domicilio se encuentra, por lo general, limitada a la accesibilidad y adaptación de espacios. Cabe señalar que algunos autores ponen de relieve la pertinencia y la necesidad de los conocimientos de un/una terapeuta ocupacional a la hora de realizar adaptaciones en el hogar como es el caso de De Rosende Celeiro y Santos del Riego⁽¹⁷⁾. Esta apreciación se repite en otros artículos como "Modificaciones del entorno y adaptaciones necesarias para personas con lesión medular" de García Marín y Mora Pérez⁽³⁸⁾, en el que se recoge todo el proceso de adaptación del domicilio llevado a cabo por profesionales de la Terapia Ocupacional, en el cual se tiene en cuenta el nivel de la lesión medular y las necesidades específicas de cada usuario.

En la línea del presente trabajo se dan algunas investigaciones que estudian la efectividad de la Terapia Ocupacional a domicilio en otros ámbitos como puede ser el accidente cerebrovascular. Monteagudo García en su estudio "Efectividad de la terapia ocupacional domiciliaria en personas mayores con ictus"⁽³⁹⁾, propone diseñar un programa de Terapia Ocupacional a domicilio para mejorar la independencia y desempeño de las actividades de la vida diaria de estos usuarios.

A excepción del último artículo mencionado, se ha detectado una carencia importante en lo referente a estudios de efectividad que avalen la eficacia y rentabilidad de este tipo de terapias en función de la relación existente entre atención prestada y los beneficios obtenidos. Unido a esto, se encuentra el hecho de que únicamente se contempla el posible aumento de la Terapia Ocupacional a domicilio por datos obtenidos a través de informaciones y búsquedas informales pero a nivel formal, las publicaciones en esta línea son muy escasas.

La revisión bibliográfica llevada a cabo en este trabajo, avala que la Terapia Ocupacional es empleada como un recurso más de inclusión social ante cualquier patología y que se proporciona indistintamente tanto en el hospital como en la comunidad tal y como recogen Novak, Cusick y Lannin en su artículo "Occupational Therapy Home Programs for Cerebral Palsy: Double-Blind, Randomized, Controlled Trial", en el cual se evidencia que la efectividad de la terapia en el hogar es real y significativa⁽⁴⁰⁾. Neufeld y Lysack obtienen el mismo resultado en su estudio "Allocation of rehabilitation services: who gets a home evaluation", en el que llegan a la conclusión de que la

terapia realizada a domicilio cuenta con la misma efectividad que la realizada en el hospital⁽⁴¹⁾. En cualquier caso, la práctica de la disciplina a domicilio parece seguir siendo un reto a escala mundial como se detecta en el estudio "Current Occupational Therapy Publications in Home Health: A Scoping Review", en el que su autor, Craig⁽⁴²⁾, revisa un total de 65 artículos, sobre la práctica a domicilio en Estados Unidos. En dichos estudios hay discrepancias acerca de los patrones de atención a la salud en el hogar, llegando a la conclusión de que existen barreras institucionales que dificultan la coherencia⁽⁴²⁾.

Todas estas razones llevan a pensar en la necesidad de investigar en la línea marcada por la revisión realizada, con la intención de aportar conocimientos que ayuden a cubrir los vacíos de conocimiento existentes.

Para finalizar, resulta relevante destacar que, los motivos expuestos, han llevado a limitar el objeto de estudio únicamente a personas que presenten una lesión medular pero sería de gran interés investigar la eficacia de la terapia ocupacional tanto a nivel institucional como en la comunidad y a domicilio en el caso de cualquier persona o grupo que necesitase del ejercicio de esta profesión, independientemente del diagnóstico de una patología concreta. De esto modo, se respaldaría la eficacia de la Terapia Ocupacional a través de la evidencia científica.

FINANCIACIÓN

La financiación necesaria para llevar a cabo esta revisión procede de la beca de iniciación a la investigación del Vicerrectorado de Investigación y Transferencia, Servicio de Investigación de la Universidad de Málaga (UMA) en el curso académico 2014-2015.

Referencias Bibliográficas

1. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process (2ªed.). Am J Occup Ther. 2008; 62
2. Krenking L. Krenking, D. Cultural influences on performance. In C Christiansen and C. Baun (Eds.). Occupational Therapy: Overcoming human performance deficits; Thorofare, NJ: Slack; 1991: 101-124.
3. Nuñez Paz A. Ocupación, cultura y sociedad: el entorno social y cultural como clave para el éxito de la Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2012. [Consultado el 17 de marzo de 2014]; monog. 5: [32-43]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num5/clave.pdf>
4. College of Occupational Therapist. Health promotion in Occupational Therapy. London. 1ª ed. London: College of Occupational Therapist London; 2008.
5. Gomez Lillo S. Equilibrio y organización de la rutina diaria; Balance and the daily routine organization. Rev Chil Ter Ocup 2006(6):47-54.
6. Alcaraz Rousevelt AM, Mazaira Álvarez J. Epidemiología. En: Esclarín de Ruz A. Lesión medular: un enfoque multidisciplinario. 1ªed. Madrid: Médica Panamericana; 2010. 11-18.
7. Pérez C. (Ed.). Lesiones medulares traumáticas y traumatismos craneoencefálicos en España, 2000-2008 [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad: 2011 [acceso 19 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Lesiones/JornadaDecenioAccionSeguridadVial/docs/Lesiones_Medulares_WEB.pdf
8. Austin D. El modelo de protección/promoción de la salud. En: Gorbeña Etxebarria S. Modelos de intervención en ocio terapéutico: documentos de Estudios de Ocio. 1ªed. Universidad de Deusto: Deustuko Unibertsitatea; 2000. p: 35-48.
9. Wilcock A. Health: An Occupational Perspective. En: Wilcock A. An Occupational Perspective of Health. 1ª ed. Thorofare, Nj: SLACK Inc; 1998. pp 96-130.
10. Moruno P. y Romero DM. Terapia Ocupacional Teoría y técnicas. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2003.
11. Henshaw J, Grundy D, Russell J. ABC Spinal Cord Injury. BMJ. 1986; 292: 473-475.
12. McComarck LG. The role of Occupational Therapy in Home Care. Home Care Provid. 1997; 2(1): 19-21.
13. Peranich L, Reynolds BK, O'Brien S, Bosch J, Cranfill T. The Roles of Occupational Therapy, Physical Therapy, and Speech/Language Pathology in Primary Care. J Nurse Pract. 2010; 6(1): 36-43.
14. Silver J, Ljungberg I, Libin A, Groah S. Barriers for individuals with spinal cord injury returning to the community: a preliminary classification. Disab Health. 2012; 5: 190-196.
15. García Martín EM, Martín García E, Mora Pérez AG. Lesión medular: actuación desde la Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) [Revista en internet]. 2009 [Consultado el 12 de Noviembre de 2014]; 6(10): [28p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num10/pdfs/original%205.pdf>
16. Cheng S, Cheung SH, Wong D, Pang A, Chui D, Chan E, Tse G. Survey of performance standards of Community Occupational Therapy Service in Hong Kong Hong Kong Journal of Occupational Therapy. 2001; 11: 5-9.
17. De Rosende Celeiro I, Santos del Riego S. Influencia de la terapia ocupacional en la realización de adaptaciones en el hogar de las personas en situación de dependencia. TOG (A Coruña) [Revista en internet]. 2013 [Consultada el 12 de Noviembre de 2014]; 10(18): [16p.] Disponible en: <http://www.revistatog.com/num18/pdfs/original2.pdf>
18. Welage K, Liu K. Review of a home and community integration programme for people with spinal cord injuries in Hong Kong and its relevance to Sri Lanka. Hong Kong Journal of Occupational Therapy . 2008; 18(1): 34-39.
19. Turner S, Arthur G, Lyons RA, Weightman AL, Mann MK, Jones SJ, et al. Modification of the home environment for the reduction of injuries. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(2):CD003600.
20. Behrman A, Lawless-Dixon A, Davis S, Bowden M, Nair P, Phadke C, et al. Locomotor training Progression and Outcomes after incomplete spinal cord injury. Phys Ther. 2005; 85(12): 1356-1370.
21. Creighton C. Pregnancy and cuadriplegia: an occupational therapy home program. Am J Occup Ther. 1989; 43(1): 44-46.
22. Seplowitz C. Technology and Occupational Therapy in the rehabilitation of the bedridden quadriplegic. Am J Occup Ther. 1984; 38(11): 743-747.
23. Holme S, Kanny E, Guthrie M, Johnson K. The use of environmental control units by Occupational Therapists in Spinal Cord Injury and

- Disease Services. *Am J Occup Ther.* 1997; 51(1): 42-48.
24. Dorstyn D, Mathias J, Denson L, Robertson M. Effectiveness of Telephone Counseling in Managing Psychological Outcomes After Spinal Cord Injury: A Preliminary Study. *Arch Phys Med Rehabil.* 2012; 93: 2100- 2108.
 25. Lenze E, Munin M, Quear T, Dew MA, Rogers J, Begley A, et al. Significance of Poor Patient Participation in Physical and Occupational Therapy for Functional Outcome and Length of Stay. *Arch Phys Med Rehabil.* 2004; 85: 1599-1601.
 26. Chahal AS. Care of spinal cord injuries in the armed forces of India. *Paraplegia.* 1975; 13: 25-28.
 27. Hsieh C-H, DeJong G, Groah S, Ballard P, Horn S, Tian W. Comparing Rehabilitation Services and Outcomes Between Older and Younger People With Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 2013; 94(4): S175-S186.
 28. Whiteneck G, Gassaway J, Dijkers M, Lammertse D, Hammond F, Heinemann A, et al. Inpatient and Postdischarge Rehabilitation Services Provided in the First Year After Spinal Cord Injury: Findings From the SCIREhab Study. *Arch Phys Med Rehabil.* 2011; 92: 361-368.
 29. Roberts P, Robinson M. Occupational Therapy's role in preventing acute readmissions. *Am J Occup Ther.* 2014; 68(3): 254-259.
 30. Palazón García R, Benavete Valdepeñas A, Tamayo Izquierdo R, Morán Feliz E. Rehabilitación en lesionados medulares tras el alta hospitalaria. *Rehabilitación (Madr.).* 2007; 41(2): 73-80.
 31. Jang Y, Wang Y-H, Wang J-D. Return to Work After Spinal Cord Injury in Taiwan: The Contribution of Functional Independence. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005; 86: 681-686.
 32. Ozele R, Sipple C, Foy T, Cantoni K, Kellogg K, Lookingbill J, et al. Classification of SCI Rehabilitation Treatments SCIREhab Project Series: The Occupational Therapy Taxonomy. *J Spinal Cord Med.* 2009; 32(3): 283-297.
 33. Van Langeveld SA, Post MW, van Asbeck FW, Postma K, Leenders J, Pons K. Feasibility of a Classification System for Physical Therapy, Occupational Therapy, and Sports Therapy Interventions for mobility and Self-Care in Spinal Cord Injury Rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil.* 2008; 89: 1454-1459.
 34. Van Langeveld SA, Post MW, van Asbeck FW, ter Horst P, Leenders J, Postma K, Lindeman E. Reliability of a New Classification System for Mobility and Self-Care in Spinal Cord Injury Rehabilitation: The Spinal Cord Injury-Interventions Classification System. *Arch Phys Med Rehabil.* 2009; 90: 1229-1236.
 35. Witeneck G, Gassaway J. SCIREhab Uses Practice-Based Evidence Methodology to Associate Patient and Treatment Characteristics With Outcomes. *Arch Phys Med Rehabil.* 2013; 94(4): 1229-36.
 36. Da Hong Z. Present situation and future development of occupational therapy in china. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy .* 2006; 16: 23-25.
 37. Yau KS M. Universality and cultural specificity in occupational therapy practice: from hong kong to Asia. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy.* 2007; 17(2): 60-64.
 38. García Marín EM., Mora Pérez A. Modificaciones del entorno y adaptaciones necesarias para personas con lesión medular. *Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (Madrid).* 2008; (45): 26-37.39. Monteagudo García A. Efectividad de la terapia ocupacional domiciliaria en personas mayores con ictus. *Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (Madrid).* 2011; 56: 34-39.
 39. Novak I, Cusick A, Lannin N. Occupational Therapy Home Programs for Cerebral Palsy: Double-Blind, Randomized, Controlled Trial. *Pediatrics.* 2009; 124 (4): 606-614
 40. Neufeld S, Lysack C. Allocation of rehabilitation services: who gets a home evaluation. *Am J Occup Ther.* 2004 Nov-Dec; 58(6): 630-8.
 41. Craig DG. Current Occupational Therapy Publications in Home Health: A Scoping Review. *Am J Occup Ther.* 2012 May-Jun;66(3):338-47.