

TERAPIA OCUPACIONAL BASADA EN LA COMUNIDAD EN PERSONAS SUPERVIVIENTES A UN ICTUS CEREBRAL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.

ESTER SÁNCHEZ-GAVILÁN^{1*}, JUDIT RUSIÑOL-RODRIGUEZ^{2*}, LAURA VIDAÑA-MOYA³, JOSÉ ANTONIO MERCHÁN-BAEZA⁴

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. Diversos estudios han analizado el impacto que la terapia ocupacional basada en la comunidad, después del alta hospitalaria, puede tener sobre la disfunción ocupacional en personas supervivientes a un ictus cerebral. **Objetivo.** El objetivo fue describir las intervenciones que están realizando los terapeutas ocupacionales en la comunidad y su efectividad en cuanto al desempeño ocupacional y su participación plena en la comunidad en personas supervivientes a un ictus cerebral. **Método.** Se llevó a cabo una revisión sistemática incluyendo ensayos clínicos aleatorizados y teniendo en cuenta solamente las intervenciones realizadas por un terapeuta ocupacional, excluyendo aquellas que solo se enfocaron en intervenciones de estructuras y funciones corporales. **Resultados.** Se incluyeron veintidós estudios que evaluaron el desempeño ocupacional, la participación, la satisfacción, la calidad de vida, la ansiedad y/o la depresión. **Conclusión.** Las intervenciones de terapia ocupacional en la comunidad mostraron una tendencia hacia una mayor efectividad sobre el desempeño ocupacional cuando se enfocan en actividades significativas y se llevan a cabo dentro del contexto domiciliario.

PALABRAS CLAVE: desempeño ocupacional; rehabilitación; participación; comunidad.

1 Graduada (Universidad de Vic), Terapeuta Ocupacional, Hospital Universitario Vall d'Hebron. Vall d'Hebron Barcelona Campus Hospitalario. C.Passeig de la Vall d'Hebron, 119-129, 08035 Barcelona, España. ORCID 0000-0002-0762-046X. ester.sanchez618@gmail.com

2 PhD (Universidad de Vic), Terapeuta Ocupacional, 1. Grupo de Investigación Methodology, Methods, Models and Outcomes of Health and Social Sciences (M3O). Facultad de Ciencias de la Salud y el Bienestar. Universidad de Vic-Universidad Central de Cataluña (UVIC-UCC), C. Sagrada Família, 7, 08500 Vic, España. ORCID 0000-0001-6138-6005. judit.rusinyol@uvic.cat

3 PhD (Universidad Autónoma de Barcelona), Terapeuta Ocupacional, Grupo de Investigación GrEUIT. Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa (EUIT), Universitat Autònoma de Barcelona, C/ de la Riba, 90, 08221 Terrassa, España. ORCID 0000-0003-3964-1625. lauravidana@euit.fdsll.cat

4 PhD (Universidad de Málaga), Terapeuta Ocupacional, Grupo de Investigación Methodology, Methods, Models and Outcomes of Health and Social Sciences (M3O). Facultad de Ciencias de la Salud y el Bienestar. Universidad de Vic-Universidad Central de Cataluña (UVIC-UCC), C. Sagrada Família, 7, 08500 Vic, España. ORCID 0000-0002-6893-952X. josan.merchan@uvic.cat

* Igual Contribución

INTRODUCCIÓN

A nivel internacional se está desarrollando y promoviendo la figura del terapeuta ocupacional en atención primaria (Patel, 2015). La amplia gama de servicios a lo largo del ciclo vital de las personas que esta disciplina puede ofrecer otorga un valor añadido a la atención comunitaria/primaria (Donnelly et al., 2014). Por otro lado, el hecho de que la terapia ocupacional cuente con una doble vertiente de intervención, social y sanitaria, permite al profesional generar conexión entre las personas atendidas y los recursos comunitarios, proporcionando de esta manera una mayor satisfacción y sensación de seguridad al usuario al ser tratado en su propio entorno (Marcheschi et al., 2018; Bhogal, et al., 2003).

Diversos estudios han analizado el impacto que la terapia ocupacional comunitaria puede tener sobre la disfunción ocupacional en diferentes poblaciones (Garvey et al., 2015; Pozzi et al., 2018; Liu et al., 2018; Lee & Cho, 2017). La disfunción ocupacional es una experiencia negativa relacionada con la participación en las actividades diarias y puede ser debida a no estar satisfecho con las necesidades relativas a las actividades (alienación ocupacional), una pérdida de equilibrio en la participación (desequilibrio ocupacional) o no tener la oportunidad de participar en las actividades deseadas (marginación ocupacional o privación ocupacional). La situación de disfunción ocupacional le puede suceder a una persona con o sin diagnóstico médico y resulta en un empeoramiento del bienestar y de la salud física (Miyake, et al, 2018). En este sentido, se evidenció que cuando la intervención de terapia ocupacional en personas con demencia se realiza en el propio entorno el usuario puede mejorar la independencia funcional (Pozzi, et al., 2018). Por otro lado, la terapia ocupacional basada en la comunidad en personas con múltiples condiciones crónicas o multimorbilidad, mejora la frecuencia de participación en actividades, la percepción de autoeficacia y de satisfacción en dichas actividades, al mismo tiempo que aumenta la independencia en las actividades de la vida diaria (AVDs) y la calidad de vida (Liu, et al., 2018). Esta mejora en el funcionamiento de las AVDs y la participación social también se da en personas frágiles que viven en la comunidad (Lee & Cho, 2017).

Una de las poblaciones con un elevado riesgo de disfunción ocupacional tras el alta hospitalaria son las personas que han sufrido un ictus. Se estima que entre el 70 y el 90% de las personas supervivientes a un ictus cerebral sufren deterioros funcionales y discapacidad permanente que merma la independencia en las AVDs (Torkia et al., 2016). Las dificultades en las AVDs y las funciones sociales son comunes, y a menudo duran un periodo de, al menos, entre dos a cuatro años tras el ictus (Holbein-Jenny et al., 2005). Revisiones sistemáticas previas muestran un nivel de evidencia pobre respecto a la efectividad de la intervención de terapia ocupacional en la mejora del desempeño en las AVDs en personas supervivientes a un ictus cerebral (Legg et al., 2017) y evidencia leve sobre las mejoras en variables de resultado psicológicas usando terapia de ocio (Dorstyn et al., 2014). Para supervivientes de ictus que viven en centros residenciales la evidencia respecto a la intervención de terapia ocupacional aún no es clara (Fletcher_Smith et al., 2013).

Así pues, ¿cuáles son las intervenciones comunitarias más exitosas desde terapia ocupacional en personas que han sobrevivido a un ictus cerebral? ¿estas intervenciones de terapia ocupacional logran la plena participación ocupacional de la persona en la comunidad? ¿cuál es el mejor lugar para intervenir con este colectivo? Existe evidencia relativa a la eficacia de la intervención de terapia ocupacional en personas supervivientes de un ictus en su propio entorno frente al entorno hospitalario, mejorando el desempeño ocupacional, la funcionalidad y la calidad de vida tanto de los usuarios, como de sus familias (Walker et al., 1999).

El objetivo principal de esta revisión sistemática se centra en describir qué intervenciones específicas están realizando los terapeutas ocupacionales en la comunidad con personas supervivientes a un ictus cerebral y cuál es su efectividad en cuanto al desempeño ocupacional de la persona y su plena participación ocupacional en la comunidad.

MÉTODO

Los investigadores realizaron la búsqueda bibliográfica desde enero de 2020 hasta febrero de 2020, obte-

niendo la información de las siguientes bases de datos: PubMed, CINAHL y OTSeeker. La siguiente cadena de búsqueda se extrajo del acrónimo PICO: "stroke" AND ("primary health care" OR "primary care" OR "home" OR "community") AND "occupational therapy" AND ("effectiveness" OR "functionality" OR "autonomy" OR "independence" OR "occupational performance" OR "participation" OR "social participation" OR "quality of life"). A su vez, se revisaron los listados de referencias de los estudios incluidos para analizar su elegibilidad en base a los criterios de inclusión establecidos.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Se incluyeron únicamente artículos publicados en revistas académicas internacionales revisadas por pares, con diseño de ensayos clínicos aleatorizados (RCT), donde el perfil de usuario fuesen personas supervivientes a un ictus cerebral (agudo o crónico), con cualquier tipo de severidad (leve, moderado o severo), y que residiesen en la comunidad (domicilio o residencia). Además, la intervención debía ser llevada a cabo por un terapeuta ocupacional, de forma individual o como miembro del equipo de intervención. Se excluyeron aquellos estudios en los que el objetivo de la intervención estuviese únicamente centrado en estructuras y funciones corporales, por lo que era fundamental que el objetivo de la intervención se enfocase en reducir la limitación de actividades, aumentar la participación y mejorar la calidad de vida de las personas supervivientes a un ictus, y no en los déficits (Bowen et al., 2016). Por otro lado, para ser incluidos en esta revisión sistemática, los estudios debían estar en inglés, español o francés, y debían superar el punto de corte de la escala de validez interna de PEDro con una puntuación igual o superior a seis (BR et al., 2013). Para realizar la preselección de artículos dos investigadores (LVM y ESG) realizaron la lectura de estos de forma individual, descartando aquellos que no cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Un tercer investigador (JAMB) intervino cuando fue necesario para resolver la falta de consenso.

VALIDEZ INTERNA

Para evaluar la validez interna de los estudios preseleccionados se utilizó la escala PEDro, cuya fiabilidad es de 0.56 (intervalo de confianza del 95% = 0.47-0.65) y su ICC (coeficiente de correlación intraclase de fiabilidad) es de 0.68 (intervalo de confianza del 95% = 0.57-0.76) (de Morton, 2009). Mediante esta escala se valoraron diez criterios con el propósito de conocer la asignación aleatoria de los grupos y la ocultación de esta, así como las similitudes de ciertos indicadores entre grupos al inicio de la intervención, el cegamiento a sujetos, profesionales y evaluadores, las medidas de los resultados clave obtenidas de más del 85% de los sujetos, el análisis por intención a tratar, los resultados claves de comparaciones entre grupos, las medidas puntuales y la variabilidad de estos (Ap & Delphi, 2012). Para evaluar dichos criterios dos investigadoras analizaron los estudios independientemente (JRR y JAMB) reuniéndose posteriormente para contrastar la información, se contó con un tercer investigador (LVM) para aquellos estudios e ítems en los que las investigadoras estuvieran en desacuerdo.

EXTRACCIÓN DE LOS DATOS

Una vez evaluada la validez interna de los estudios mediante la escala PEDro, los cuatro investigadores realizaron la extracción de la información de los 22 estudios incluidos en la presente revisión sistemática. Se extrajeron datos de los sistemas de origen de los ensayos incluidos (incluyendo los autores y el año de publicación), las características de los participantes del ensayo (incluyendo la fase del ictus, la gravedad de la enfermedad y el tamaño de la muestra), el diseño del ensayo (solo RCT), los criterios de inclusión y exclusión del ensayo, los detalles de la intervención (incluyendo tipo, duración de las sesiones, dosis y duración de la intervención), el tipo de variable de resultado (incluyendo el desempeño ocupacional, la participación, la satisfacción, la calidad de vida y la ansiedad y depresión). Se agruparon las distintas escalas estandarizadas utilizadas en los estudios en base a la variable de resultado que evaluaban.

Participación: Es la "implicación en una situación de la vida" (Cieza & Bickenbach, 2018) y se refiere a cuando las personas están "activamente involucradas en la realización de ocupaciones o actividades de la vida diaria que encuentran útiles y significativas" ("Marco de práctica de terapia ocupacional: Dominio y proceso (3ª edición)", 2017). Para evaluar esta variable se utilizaron las siguientes herramientas de evaluación: Reintegration to Normal Living Index (RNLI), Community Performance Indicator, Stroke Impact Scale (SIS-16) y Physical Activity

Scale for Individuals with Physical Disabilities (PASI-PD).

Desempeño ocupacional: Se define como “el acto de realizar y lograr una acción, actividad u ocupación seleccionada que resulta de la transacción dinámica entre la persona, el contexto y la actividad” (“Marco de práctica de la terapia ocupacional: dominio y proceso (3a edición)”; 2017). Las herramientas utilizadas en este caso fueron la Canadian Occupational Performance Measure (COPM), Performance Quality Ration Scale (PQRS) y más específicamente en referencia a la autonomía de las AVD, Barthel Index, Katz ADL Index, Katz Extended ADL Index, Functional 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).

Calidad de Vida: La calidad de vida se define como la valoración dinámica de la satisfacción con la vida (percepción del progreso hacia las metas identificadas), el autoconcepto (creencias y sentimientos sobre uno mismo), la salud y el funcionamiento y los factores socioeconómicos (“Marco de práctica de la terapia ocupacional: Dominio and Process (3_ edición)”; 2017). Esta variable fue evaluada con las herramientas Quality of Life (QoL), Medical Outcomes Study Short Form-36 (SF-36) y EuroQoL Quality of Life Scale (EQ-5D).

Satisfacción: La satisfacción con la vida se define como el juicio general que hace una persona sobre la experiencia general de la vida (Corrigan et al., 2013), y se evaluó mediante el cuestionario de Life Satisfaction Questionnaire and the Overall Satisfaction. La satisfacción con la ocupación diaria se refiere a la satisfacción de la persona con su desempeño actual y fue evaluada como parte del COPM (Carswell et al., 2004).

Ansiedad y Depresión: La ansiedad es la anticipación de una amenaza futura, mientras que la depresión se caracteriza por la presencia de tristeza, un sentimiento de vacío y un estado de ánimo irritable acompañado de síntomas somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad funcional (American Psychiatric Association, 2013). En este caso, las herramientas de evaluación de esta variable fueron la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y la Geriatric Depression Scale (GDS-15).

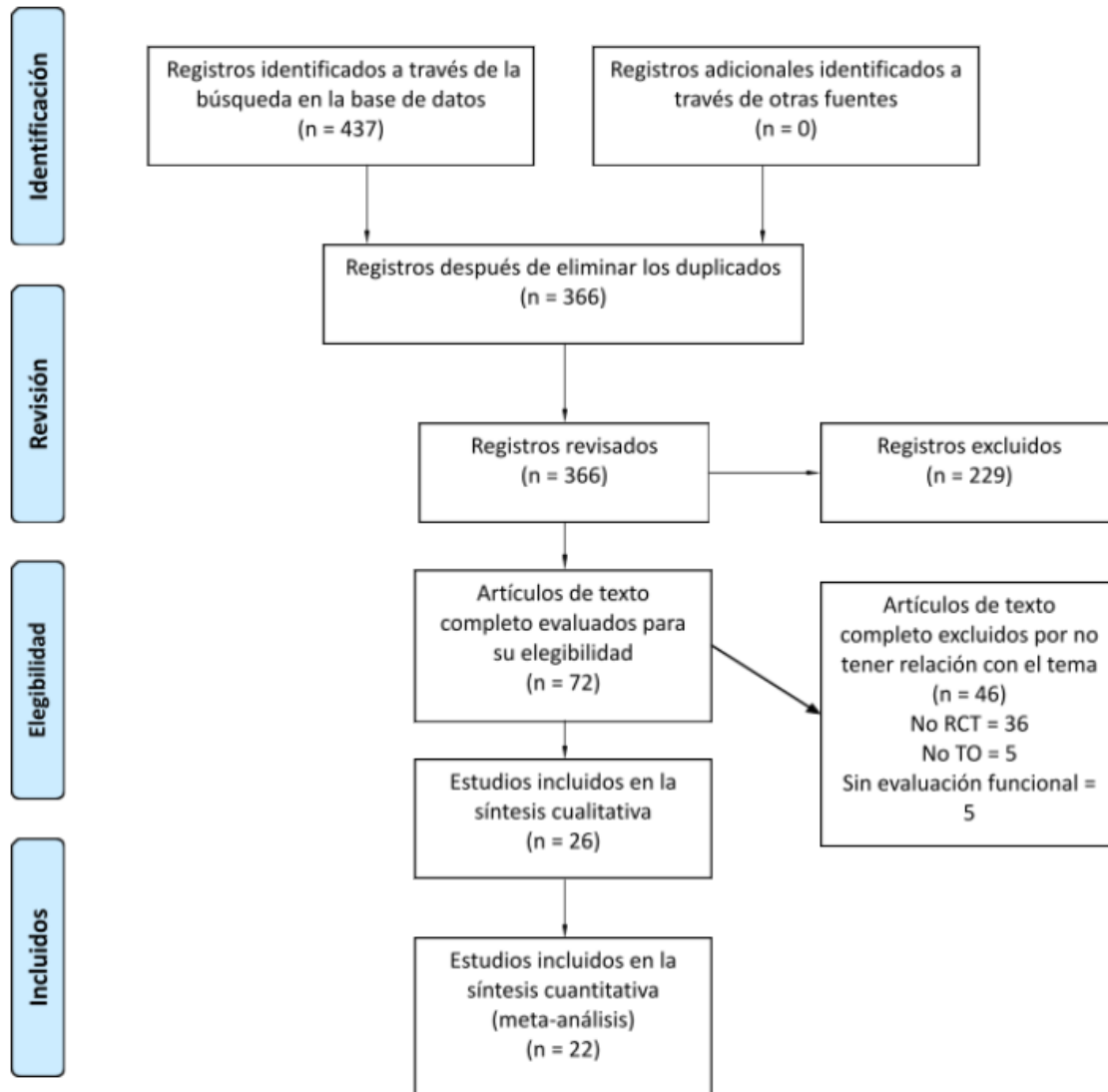
Ética

El estudio no involucró contacto con humanos, por lo que el Comité de Ética de la Universidad de Vic-Universidad Central de Cataluña renunció a la necesidad de aprobación ética.

RESULTADOS

Una vez establecida la estrategia de búsqueda se obtuvieron 437 artículos de las tres bases de datos. Todos los estudios estaban redactados en inglés y no se encontraron publicaciones en español o francés. De esta primera búsqueda, 71 de ellos fueron descartados por duplicación. De los 366 artículos restantes, se realizó una primera selección en base a los criterios de inclusión y exclusión, descartando 229 de ellos tras la lectura del título o resumen. Posteriormente, se realizó una segunda selección entre los 72 estudios restantes, descartándose 46 de ellos después de leer el texto completo (36 estudios por no tener un diseño de ECA, 5 estudios por no incluir la intervención del terapeuta ocupacional y otros 5 por no evaluar la funcionalidad de la persona). De esta forma, fueron 26 artículos los que pasaron el análisis de validez interna mediante la escala PEDro. Tras este se excluyeron cuatro estudios por no alcanzar el punto de corte igual o superior a seis. Por tanto, se seleccionaron e incluyeron 22 artículos en la revisión sistemática.

Figura 1
Diagrama de flujo



Fuente: (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, The PRISMA Group, 2009).

En la tabla 1 se muestran las puntuaciones obtenidas por los 22 estudios incluidos en la revisión sistemática tras realizar el análisis de validez interna de PEDro. En esta tabla solo aparecen los estudios que obtuvieron un valor igual o superior a seis, el punto de corte previamente establecido (BR et al., 2013). Cuatro estudios no alcanzaron este punto de corte.

Tabla 1 Análisis PEDro

Autor(es)	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Total
Ahn, 2019	■	■	■	□	□	□	■	■	■	■	7
Bertilsson et al., 2014	■	□	■	□	□	■	■	■	■	■	7
Björkdahl et al., 2006	■	■	■	□	□	■	■	■	□	■	7
Chen et al., 2017	■	■	■	□	□	■	■	■	■	■	8
Cindy et al., 2004	■	□	■	□	□	□	■	■	■	■	6
Donnelly et, 2003	■	■	■	□	□	□	■	□	■	■	6
Drummond et al., 2012	■	□	■	□	□	■	■	■	■	■	7
Egan et al., 2007	■	■	■	□	□	□	■	□	■	■	6
Hayner et al., 2010	■	■	■	□	□	□	■	■	■	■	7
Hedman et al, 2018	■	□	□	□	□	■	■	■	■	■	6
Kessler et al., 2017	■	■	■	□	□	■	□	□	■	■	6
Logan et al., 2004	■	■	■	□	□	■	■	■	■	■	8
Logan et al., 2003	■	□	■	□	□	□	■	■	■	■	6
Lund et al., 2011	■	■	■	□	□	■	■	□	■	■	7
Mayo et al., 2000	■	■	■	□	□	■	■	□	■	■	7
McEwen et al., 2015	■	■	■	□	□	■	□	□	■	■	6
Parker et al., 2001	■	■	■	□	■	■	□	■	■	■	8
Rotenberg-Shpigelman et al., 2012	■	■	■	□	□	□	■	□	■	■	6
Sackley et al., 2015	■	■	■	□	□	■	■	■	■	■	8
Von Koch et al., 2001	■	□	■	□	□	■	■	□	■	■	6
Walker et al., 1999	■	■	■	□	□	■	■	□	■	■	7
Wolf et al., 2015	■	■	■	□	□	■	□	■	■	■	7

■: Si; □: No

Descripción de los Estudios

En la tabla 2 se muestra la descripción de las características de todos los estudios incluidos en la revisión sistemática, así como los detalles de la intervención en cada caso. El perfil de los participantes se clasifica principalmente como accidente cerebrovascular crónico con deterioro de moderado a grave. En cuanto al lugar de residencia, la mayoría de los participantes se encuentran en su domicilio, siendo este el lugar donde se realiza la intervención.

VER ANEXO I

Como detalle de la intervención, se puede observar que en la mitad de los estudios se realizó una intervención de terapia ocupacional tanto en el grupo control como en el grupo intervención, aunque esta ha sido diferente en cada caso. En el resto de artículos, solo se realizó intervención de terapia ocupacional en los grupos de intervención, mientras que los grupos control recibieron la atención convencional o no recibieron ningún tipo de rehabilitación. Los tipos de intervención que se llevan a cabo desde la terapia ocupacional se basan en la rehabilitación supervisada en el hogar, la preinscripción y formación de productos de apoyo y adaptaciones del domicilio, actividades funcionales enfocadas al desarrollo de las AVD básicas e instrumentales, así como actividades de ocio y tiempo libre. En general, la duración de las intervenciones se encontró dentro de un rango de 10 días a un máximo de 12 meses. Asimismo, el número de sesiones realizadas oscila entre 2 o 3 hasta un máximo de 60 y, en algunos casos, dependía del consenso entre el terapeuta y el paciente o del criterio del equipo de rehabilitación. Finalmente, la duración de las sesiones varió de 30 minutos a 6 horas diarias. El perfil más común en los estudios seleccionados sería el de una persona con ictus crónico de gravedad moderada, siendo el domicilio el lugar de residencia.

En la tabla 3 se muestran las variables de resultado analizadas en los estudios incluidos en esta revisión sistemática. En él se pueden observar los resultados recogidos mediante escalas y pruebas, la significación de las diferencias inter e intragrupo (ambos grupos) y el tamaño del efecto 'd de Cohen' inter e intragrupo (grupo intervención).

VER ANEXO II

Desempeño ocupacional: Esta variable de resultado se evaluó en todos los estudios que se incluyeron en la revisión sistemática, con cambios observados entre los grupos con un tamaño del efecto entre $d = -0.25$ y $d = 0.40$. En 18 de los 22 estudios se calculó el valor de p para la diferencia intergrupo postintervención, pero solo seis mostraron una mejoría significativa, siendo positivo en todos los casos en el grupo intervención (Ahn, 2019; Chiu & Man, 2004; Logan et al., 2004; Mayo et al., 2000; Rotenberg-Shpigelman et al., 2012; Walker et al., 1999). Once de estos estudios mostraron una mejora en el grupo intervención con valores en la d de Cohen entre 0.17 y 1.55 (Ahn, 2019; Björkdahl et al., 2006; Chen et al., 2017; Chiu & Man, 2004; Drummond et al., 2013; Kessler et al., 2017; Lund et al., 2012; Mayo et al., 2000; McEwen et al., 2015; Rotenberg-Shpigelman et al., 2012; Walker et al., 1999; Wolf et al., 2016). En siete de los nueve estudios que mostraron el valor de p el cambio fue significativo en la postintervención (Ahn, 2019; Björkdahl et al., 2006; Chen et al., 2017; Hayner et al., 2010; Kessler et al., 2017; Mayo et al., 2000; Rotenberg-Shpigelman et al., 2012). En los tres estudios restantes no se encontraron diferencias significativas en el grupo intervención (Drummond et al., 2013; Lund et al., 2012; Parker et al., 2001). A su vez, en dos estudios los participantes del grupo intervención empeoraron en la evaluación posterior a la intervención en comparación con el inicio del estudio (Bertilsson et al., 2014, Egan et al., 2007).

Participación: Siete estudios de los incluidos en la revisión sistemática analizaron la variable participación (Bertilsson et al., 2014; Egan et al., 2007; Kessler et al., 2017; Hedman et al., 2019, Mayo et al., 2000; McEwen et al., 2015; Rotenberg-Shpigelman et al., 2012), encontrando diferencias intergrupo con valores en la d de Cohen entre -0.44 y 0.40 y siendo las diferencias significativas en dos de ellos (Bertilsson et al., 2014; Mayo et al., 2000). Los cambios posteriores a la intervención en el grupo intervención estuvieron entre $d = 0.51$ y $d = 0.68$ (Egan et al., 2007; Mayo et al., 2000; McEwen et al., 2015), representando un cambio significativo en solo uno de ellos (Mayo et al., 2000).

Satisfacción: Esta variable se midió en nueve de los estudios incluidos en la revisión. Siete de ellos evaluaron la satisfacción ocupacional, reportando diferencias intergrupo después de la intervención con valores en la d de Cohen entre -0.80 y 1.33 (Ahn, 2019; Egan et al., 2007; Hayner et al., 2010; Lund et al., 2012; McEwen et al., 2015; Rotenberg-Shpigelman et al., 2012). El cambio en dos de estos estudios fue significativo (Ahn, 2019; Egan et al., 2007; Rotenberg-Shpigelman et al., 2012). En tres de estos estudios fue posible calcular los tamaños del efecto posintervención del grupo experimental, obteniendo valores en la d de Cohen de 0.45 (Lund et al., 2012), 0.68/0.77 (McEwen et al., 2015) y 0.82 (Egan et al., 2007). La satisfacción con la vida se registró en dos estudios y no se observaron cambios significativos entre grupos o intragrupos (Bertilsson et al., 2014). Un estudio analizó la satisfacción general del paciente y se observó un cambio intergrupo significativo en el grupo intervención (Donnelly et al., 2004).

Calidad de vida: El tamaño del efecto intergrupo observado en los siete estudios que evaluaron esta variable de resultado fue entre -0.99 y 0.78 (Donnelly et al., 2004; Drummond et al., 2013; Egan et al., 2007; Lund et al., 2012; Mayo et al., 2000; Rotenberg-Shpigelman et al., 2012; Sackley et al., 2015), siendo significativo el cambio solo en uno de ellos (Mayo et al., 2000). Los cambios en el grupo intervención mostraron valores en la d de Cohen entre -0.27 y 0.62; este cambio fue significativo en dos de estos estudios (Lund et al., 2012; Mayo et al., 2000).

Ansiedad y depresión: Seis estudios midieron esta variable, observando cambios intergrupo con valores en la d de Cohen entre 0.00 y 0.35 (Hedman et al., 2019; Kessler et al., 2017; Lund et al., 2012; Parker et al., 2001; Sackley et al., 2015; Wolf et al., 2016), siendo este cambio significativo en solo uno de estos estudios (Wolf et al., 2016). También se encontraron diferencias en ansiedad y depresión tras la intervención en el grupo experimental con valores en el tamaño del efecto entre 0.24 y 0.45, siendo significativo el cambio respecto a la subescala de ansiedad HADS (Lund et al., 2012).

DISCUSIÓN

Este estudio revisó la aplicación y la eficacia de la terapia ocupacional en la comunidad entre las personas que han sufrido un ictus. Tras realizar la búsqueda se encontró una amplia heterogeneidad con respecto a la

tipología y características de las intervenciones de terapia ocupacional en entornos comunitarios. Estos factores obstaculizaron el análisis de la efectividad de la intervención y revelaron las deficiencias existentes con respecto al consenso existente dentro de la disciplina de lo que significa e implica una adecuada intervención de terapia ocupacional comunitaria en personas que han sufrido un ictus.

VARIABLE PRINCIPAL

Cabe señalar que las diferencias significativas encontradas en el desempeño ocupacional entre ambos grupos en cinco de los estudios incluidos en la presente revisión sistemática podrían deberse a que los grupos controles de los mismos no recibieron intervención o la recibieron en el hospital antes del alta (Chiu & Man, 2004; Logan et al., 2004; Mayo et al., 2000; Rotenberg-Shpigelman et al., 2012; Walker et al., 1999). Aun así, este hecho sugiere que la intervención de terapia ocupacional en la comunidad fue, en estos casos, más efectiva que la situación control. En el resto de estudios que evaluaron el desempeño ocupacional no se observaron diferencias significativas entre grupos debido, posiblemente, a la intervención convencional que recibió el grupo control, siendo específica de terapia ocupacional en la mayoría de ellos. Por otro lado, aquellos estudios que mostraron diferencias significativas intragrupo tras la intervención lo hicieron únicamente en los grupos de intervención (Ahn, 2019; Björkdahl et al., 2006; Chen et al., 2017; Hayner et al., 2010; Kessler et al., 2017; Mayo et al., 2000; Rotenberg-Shpigelman et al., 2012), pudiendo deberse a que estos grupos experimentales recibieron una intervención centrada en la ocupación o actividades significativas y, mayoritariamente, en el domicilio, mientras que los grupos control recibieron intervenciones centradas en los déficits, en patrones de movimiento/acción o convencionales.

Todos estos resultados muestran una tendencia hacia una mayor efectividad sobre el desempeño ocupacional de aquellas intervenciones de terapia ocupacional centradas en la ocupación y participación significativa frente a las intervenciones motoras, convencionales u hospitalaria previa al alta. Teniendo además impacto en esta tendencia que las intervenciones fuesen llevadas a cabo en el contexto domiciliario (Walker, Sunnerhagen & Fisher, 2013a).

VARIABLES SECUNDARIAS

La variable 'participación' solo mostró diferencias significativas en la comparación intergrupo en dos de los estudios, siendo estos a favor del grupo intervención. En uno de ellos (Bertilsson et al., 2014) solo se encontraron diferencias significativas en el factor "emoción" de la escala utilizada. Esto podría deberse a la aplicación de la práctica de la atención centrada en la persona (ACP) en contraposición a la intervención convencional del terapeuta ocupacional. Por otro lado, en el estudio de (Mayo et al., 2000), esta variable mostró diferencias significativas intergrupo que podrían deberse al contexto de aplicación de la intervención multidisciplinar que recibieron ambos grupos. Además, se pudieron observar mejoras intragrupo en el grupo intervención que podrían deberse a la intervención del terapeuta ocupacional y al uso de la ACP en contraste con la intervención convencional con la ausencia de este profesional en el grupo control (Egan et al., 2007; Hedman et al., 2019; Mayo et al., 2000).

La 'satisfacción ocupacional' mostró diferencias significativas entre los grupos para el grupo intervención en dos estudios. En el primero (Egan et al., 2007), estas mejoras podrían deberse al hecho de que los participantes del grupo experimental recibieron intervención de terapia ocupacional y ACP, y los participantes del grupo control recibieron solo visitas convencionales sin la presencia del terapeuta ocupacional. Por otro lado, en el segundo estudio (Rotenberg-Shpigelman et al., 2012), aunque ambos grupos fueron experimentales, se observaron mejores resultados cuando recibieron intervención multidisciplinar en el domicilio en comparación con la atención convencional recibida. Un estudio mostró diferencias significativas intergrupo en el grupo control, así como diferencias significativas en ambos grupos después de la implementación de las respectivas intervenciones (Hedman et al., 2019). Esto podría deberse a que el grupo control recibió una intervención enfocada a la repetición y adquisición de patrones de movimiento, enfoque de intervención que previamente ha demostrado su efectividad (French et al., 2010).

La variable 'calidad de vida' solo mostró diferencias significativas en el estudio de (Mayo et al., 2000) tanto en la comparación intergrupo como intragrupo del grupo de intervención, a diferencia del grupo control. Es impor-

tante señalar que en este estudio la intervención multidisciplinaria que recibió el grupo intervención se realizó en el domicilio, mientras que el grupo control recibió la intervención principalmente en el hospital.

Los resultados que muestran los estudios incluidos en esta revisión sistemática solo nos permiten hablar de tendencias al analizar las variables secundarias. Aun así, se demuestra una mayor efectividad en la intervención de la terapia ocupacional en la comunidad cuando se realiza en el hogar de la persona y se trata de intervenciones que se enfocan en el desempeño ocupacional, la participación ocupacional y/o los intereses de la persona (Walker, Sunnerhagen & Fisher, 2013b).

TERAPIA OCUPACIONAL EN LA COMUNIDAD

Los resultados de esta revisión muestran que la intervención convencional de terapia ocupacional en la comunidad aporta por sí misma beneficios sobre el desempeño ocupacional. La inclusión de otros elementos de intervención no termina de tener un impacto significativo en la participación y el desempeño ocupacional. Sin embargo, la falta de especificidad sobre la definición de lo que se considera intervención convencional de terapia ocupacional en la literatura científica, hace difícil definir qué tratamiento puede aportar mayores beneficios entre las variables estudiadas. Cabe destacar que las personas que han sufrido un ictus y han reentrenado las actividades de la vida diaria mediante terapia ocupacional, muestran un mejor rendimiento y un menor riesgo de dependencia, deterioro o muerte (Legg et al., 2017). Asimismo, varios ensayos clínicos sugieren que los programas de autogestión, algunos de ellos basados en la autoeficacia, pueden mejorar la capacidad funcional y la participación social de las personas que han sufrido un ictus (Parke et al., 2015). Al mismo tiempo, la participación en la comunidad se asocia con una mejor calidad de vida (Bowen et al., 2016). Por último, una revisión sistemática sobre la terapia centrada en el ocio mostró mejoras a corto plazo en la calidad de vida y el estado de ánimo, así como una mayor participación y satisfacción con las actividades de ocio (Dorstyn et al., 2014).

En este sentido, parece que la evidencia científica indica que la naturaleza de la rehabilitación en las personas que han sufrido un ictus cuando regresan a casa, debe cambiar de enfoques restaurativos a compensatorios y adaptativos; y, por tanto, el proceso rehabilitador no debería finalizar solo porque la recuperación natural haya alcanzado su nivel máximo (Bowen et al., 2016). Quizás la terapia ocupacional debería investigar la eficacia y efectividad de otros enfoques comunitarios más relacionados con el empoderamiento y la participación comunitaria y evitar trasladar los enfoques hospitalarios o biomédicos al hogar (Quinn et al., 2009). Para garantizar resultados a largo plazo centrados en la inclusión comunitaria, es necesario asegurar que esta mejora en el desempeño ocupacional, mostrados por los resultados de esta revisión sistemática, se convierta en una participación real en actividades significativas dentro de la comunidad.

LIMITACIONES

Al abordar esta revisión sistemática se han identificado varias limitaciones que han dificultado su realización pero que, a su vez, han puesto de manifiesto las posibles carencias de la investigación de la disciplina en este ámbito. En primer lugar, se constató que el término "comunidad" no está bien definido o delimitado en la literatura científica. Además, se ha observado que no se especifica la intervención convencional de la terapia ocupacional en el ámbito comunitario, lo que dificulta saber con qué se está comparando la intervención experimental. A su vez, las intervenciones han mostrado una gran heterogeneidad en cuanto a la tipología, la duración de las sesiones y la intervención, a pesar de centrarse en la comunidad y tener como uno de sus objetivos la mejora del desempeño ocupacional. Asimismo, la variabilidad en la metodología del análisis estadístico de los datos impide determinar el tamaño del efecto en los resultados obtenidos y, por tanto, homogeneizar los mismos y realizar una comparación entre los grupos que permitiera profundizar y generalizar las conclusiones alcanzadas.

CONCLUSIONES

Las personas que han sufrido un ictus parecen mostrar una mayor mejoría en el desempeño ocupacional, la participación y la satisfacción ocupacional cuando la intervención de terapia ocupacional comunitaria es llevada a cabo en el domicilio, tiene como objetivo la ocupación y las actividades significativas y/o se ofrece una atención centrada en la persona. A pesar de la heterogeneidad en las características de las intervenciones, podría estimarse una duración de entre 1 y 3 meses y unos 50-60 minutos por sesión. Se recomienda continuar profundizando en esta línea de investigación definiendo en mayor detalle tanto las intervenciones experimentales como las convencionales para poder realizar un análisis de efectividad más exhaustivo y realista en el futuro.

REFERENCIAS

- Ahn, S.-N. (2019). Effectiveness of occupation-based interventions on performance's quality for hemiparetic stroke in community-dwelling: A randomized clinical trial study. *NeuroRehabilitation*, 44(2), 275-282. <https://doi.org/10.3233/NRE-182429>
- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®*. American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425657>
- Ap, V., & Delphi, T. (2012). Escala PEDro-Español, 1-2. https://www.pedro.org.au/wp-content/uploads/PEDro_scale_spanish.pdf
- Bertilsson, A. S., Ranner, M., Von Koch, L., Eriksson, G., Johansson, U., Ytterberg, C. & Tham, K. (2014). A client-centred ADL intervention: three-month follow-up of a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(5), 377-391. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.880126>
- Björkdahl, A., Nilsson, A. L., Grimby, G. & Sunnerhagen, K. S. (2006). Does a short period of rehabilitation in the home setting facilitate functioning after stroke? A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 20(12), 1038-1049. <https://doi.org/10.1177/0269215506071230>
- Bhogal, S. K., Teasell, R. W., Foley, N. C. & Speechley, M. R. (2003). Community reintegration after stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 10(2), 107-129
- Bowen, A., James, M., Rudd, A. & Young, G. (2016). *National clinical guideline for stroke Prepared by the Intercollegiate Stroke Working Party*. [https://www.strokeaudit.org/SupportFiles/Documents/Guidelines/2016-National-Clinical-Guideline-for-Stroke-5t-\(1\).aspx](https://www.strokeaudit.org/SupportFiles/Documents/Guidelines/2016-National-Clinical-Guideline-for-Stroke-5t-(1).aspx)
- BR, da C., Hilfiker, R. & Egger, M. (2013). PEDro's bias: summary quality scores should not be used in meta-analysis. *J Clin Epidemiol*, 66(1), 75-77. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2012.08.003>
- Carswell, A., McColl, M. A., Baptiste, S., Law, M., Polatajko, H. & Pollock, N. (2004). The Canadian Occupational Performance Measure: A Research and Clinical Literature Review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 210-222. <https://doi.org/10.1177/000841740407100406>
- Chen, J., Jin, W., Dong, W. S., Jin, Y., Qiao, F. L., Zhou & Y. F., Ren, C. C. (2017). Effects of home-based telesupervising rehabilitation on physical function for stroke survivors with hemiplegia: a randomized controlled trial. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 96(3), 152-160.
- Chiu, C. W. Y. & Man, D. W. K. (2004). The effect of training older adults with stroke to use home-based assistive devices. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 24(3), 113-120.
- Cieza, A. & E. Bickenbach, J. (2018). WHO | International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *WHO*, 543-549. <https://www.who.int/classifications/icf/en/>
- Corrigan, J. D., Kolakowsky-Hayner, S., Wright, J., Bellon, K. & Carufel, P. (2013). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 28(6), 489-491. <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000004>

- de Morton, N. A. (2009). The PEDro scale is a valid measure of the methodological quality of clinical trials: a demographic study. *The Australian Journal of Physiotherapy*, *55*(2), 129–33. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19463084>
- Donnelly, C. A., Brenchley, C. L., Crawford, C. N., & Letts, L. J. (2014). The emerging role of occupational therapy in primary care: Le nouveau rôle de l'ergothérapie dans les soins primaires. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *81*(1), 51-61.
- Donnelly, M., Power, M., Russell, M. & Fullerton, K. (2004). Randomized controlled trial of an early discharge rehabilitation service: The Belfast Community Stroke Trial. *Stroke*, *35*(1), 127-133. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000106911.96026.8F>
- Dorstyn, D., Roberts, R., Kneebone, I., Kennedy, P. & Lieu, C. (2014). Systematic Review of Leisure Therapy and Its Effectiveness in Managing Functional Outcomes in Stroke Rehabilitation. *Topics in Stroke Rehabilitation*, *21*(1), 40–51. <https://doi.org/10.1310/tsr2101-40>
- Drummond, A. E. R., Whitehead, P., Fellows, K., Sprigg, N., Sampson, C. J., Edwards, C. & Lincoln, N. B. (2013). Occupational therapy predischage home visits for patients with a stroke (HOVIS): results of a feasibility randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, *27*(5), 387–397. <https://doi.org/10.1177/0269215512462145>
- Egan, M., Kessler, D., Laporte, L., Metcalfe, V. & Carter, M. (2007). A pilot randomized controlled trial of community-based occupational therapy in late stroke rehabilitation. *Topics in Stroke Rehabilitation*, *14*(5), 37–45. <https://doi.org/10.1310/tsr1405-37>
- Fletcher_Smith, J. C., Walker, M. F., Cobley, C. S., Steultjens, E. M., & Sackley, C. M. (2013). Occupational therapy for care home residents with stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
- French, B., Thomas, L., Leathley, M., Sutton, C., McAdam, J., Forster, A., Langhorne P., Christopher P., Walker A. & Watkins, C. (2010). Does repetitive task training improve functional activity after stroke? A Cochrane systematic review and meta-analysis. *Journal of rehabilitation medicine*, *42*(1), 9-15.
- Garvey, J., Connolly, D., Boland, F. & Smith, S. M. (2015). OPTIMAL, an occupational therapy led self-management support programme for people with multimorbidity in primary care: a randomized controlled trial. *BMC Family Practice*, *16*(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0267-0>
- Hayner, K., Gibson, G. & Giles, G. M. (2010). Comparison of constraint-induced movement therapy and bilateral treatment of equal intensity in people with chronic upper-extremity dysfunction after cerebrovascular accident. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, *64*(4), 528–539.
- Hedman, A., Eriksson, G., von Koch, L. & Guidetti, S. (2019). Five-year follow-up of a cluster-randomized controlled trial of a client-centred activities of daily living intervention for people with stroke. *Clinical Rehabilitation*, *33*(2), 262-276. <https://doi.org/10.1177/0269215518809791>
- Holbein-Jenny, M. A., Billek-Sawhney, B., Beckman, E. & Smith, T. (2005). Balance in Personal Care Home Residents: A Comparison of the Berg Balance Scale, the Multi_Directional Reach Test, and the Activities-Specific Balance Confidence Scale. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, *28*(2), 48–53.
- Kessler, D., Egan, M., Dubouloz, C.-J., McEwen, S. & Graham, F. P. (2017). Occupational Performance Coaching for stroke survivors: A pilot randomized controlled trial. *American Journal of Occupational Therapy*, *71*(3), 7103190020p1-7103190020p7.
- von Koch, L., de Pedro-Cuesta, J., Kostulas, V., Almazán, J., & Holmqvist, L. W. (2001). Randomized controlled trial of rehabilitation at home after stroke: one-year follow-up of patient outcome, resource use and cost. *Cerebrovascular Diseases*, *12*(2), 131-138.

- Lee, K. & Cho, E. (2017). Activities of daily living and rehabilitation needs for older adults with a stroke: A comparison of home care and nursing home care. *Japan Journal of Nursing Science*, **14**(2), 103–111. <https://doi.org/10.1111/jjns.12139>
- Legg, L. A., Lewis, S. R., Schofield-Robinson, O. J., Drummond, A. & Langhorne, P. (2017). Occupational therapy for adults with problems in activities of daily living after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **7**, CD003585. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003585.pub3>
- Liu, C., Chang, W.-P. & Chang, M. C. (2018). Occupational Therapy Interventions to Improve Activities of Daily Living for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, **72**(4), 7204190060p1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.031252>
- Logan, P. A., Gladman, J. R. F., Avery, A., Walker, M. F., Dyas, J. & Groom, L. (2004). Randomised controlled trial of an occupational therapy intervention to increase outdoor mobility after stroke. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, **329**(7479), 1372–1375. <https://doi.org/10.1136/bmj.38264.679560.8F>
- Logan, P. A., Gladman, J. R., Drummond, A. E., & Radford, K. A. (2003). A study of interventions and related outcomes in a randomized controlled trial of occupational therapy and leisure therapy for community stroke patients. *Clinical Rehabilitation*, **17**(3), 249–255.
- Lund, A., Michelet, M., Sandvik, L., Wyller, T. & Sveen, U. (2012). A lifestyle intervention as supplement to a physical activity programme in rehabilitation after stroke: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, **26**(6), 502–512. <https://doi.org/10.1177/0269215511429473>
- Marcheschi, E., Koch, L. Von & Elf, M. (2018). Home setting after stroke , facilitators and barriers : A systematic literature review. October 2017, 451–459. <https://doi.org/10.1111/hsc.12518>
- Mayo, N. E., Wood-Dauphinee, S., Côté, R., Gayton, D., Carlton, J., Buttery, J. & Tamblyn, R. (2000). There's no place like home: an evaluation of early supported discharge for stroke. *Stroke*, **31**(5), 1016–1023.
- McEwen, S., Polatajko, H., Baum, C., Rios, J., Cirone, D., Doherty, M. & Wolf, T. (2015). Combined cognitive-strategy and task-specific training improve transfer to untrained activities in subacute stroke: an exploratory randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, **29**(6), 526–536.
- Miyake, Y., Eguchi, E., Ito, H., Nakamura, K., Ito, T., Nagaoka, K., ... & Ogino, K. (2018). Association between occupational dysfunction and metabolic syndrome in community-dwelling Japanese adults in a cross-sectional study: Ibara study. *International journal of environmental research and public health*, **15**(11), 2575.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Prisma Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS medicine*, **6**(7), e1000097.
- Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd Edition). (2017). *American Journal of Occupational Therapy*, **68**(Supplement_1), S1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>
- Parke, H. L., Epiphaniou, E., Pearce, G., Taylor, S. J. C., Sheikh, A., Griffiths, C. J. & Pinnock, H. (2015). Self-Management Support Interventions for Stroke Survivors: A Systematic Meta-Review. *PLOS ONE*, **10**(7), e0131448. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131448>
- Parker, C. J., Gladman, J. R. F., Drummond, A. E. R., Dewey, M. E., Lincoln, N. B., Barer, D. & Radford, K. A. (2001). A multicentre randomized controlled trial of leisure therapy and conventional occupational therapy after stroke. *Clinical Rehabilitation*, **15**(1), 42–52.
- Patel, P. (2015). The Role of Occupational Therapy in Primary Care. Occupational Therapy Doctorate Capstone Projects.2. Retrieved June 25, 2018, from <https://encompass.eku.edu/otdcapstones/2>
- Pozzi, C., Lanzoni, A., Lucchi, E., Bergamini, L., Bevilacqua, P., Manni, B. & Morandi, A. (2018). A pilot study of community-based occupational therapy for persons with dementia (COTID-IT Program) and their caregivers:

evidence for applicability in Italy. *Aging Clinical and Experimental Research*. <https://doi.org/10.1007/s40520-018-1078-7>

Quinn, T., Paolucci, S., Sunnerhagen, K., Sivenius, J., Walker, M., Toni, D. & Lees, K. (2009). Evidence-based stroke rehabilitation: an expanded guidance document from the European Stroke Organisation (ESO) guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Journal of Rehabilitation Medicine*, **41**(2), 99–111. <https://doi.org/10.2340/16501977-0301>

Rotenberg-Shpigelman, S., Erez, A. B.-H., Nahaloni, I. & Maeir, A. (2012). Neurofunctional treatment targeting participation among chronic stroke survivors: a pilot randomised controlled study. *Neuropsychological Rehabilitation*, **22**(4), 532–549. <https://doi.org/10.1080/09602011.2012.665610>

Sackley, C. M., Walker, M. F., Burton, C. R., Watkins, C. L., Mant, J., Roalfe, A. K. & Peryer, G. (2015). An occupational therapy intervention for residents with stroke related disabilities in UK care homes (OTCH): cluster randomised controlled trial. *The BMJ*, **350**, h468. <https://doi.org/10.1136/bmj.h468>

Torkia, C., Best, K. L., Miller, W. C. & Eng, J. J. (2016). Balance Confidence: A Predictor of Perceived Physical Function, Perceived Mobility, and Perceived Recovery 1 Year After Inpatient Stroke Rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, **97**(7), 1064–71. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.03.004>

Walker, M. F., Gladman, J. R. F., Lincoln, N. B., Siemonsma, P. & Whiteley, T. (1999). Occupational therapy for stroke patients not admitted to hospital: a randomised controlled trial. *The Lancet*, **354**(9175), 278–280.

Walker, M. F., Sunnerhagen, K. S. & Fisher, R. J. (2013a). Evidence-based community stroke rehabilitation. *Stroke*, **44**(1), 293–7. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.639914>

Walker, M. F., Sunnerhagen, K. S. & Fisher, R. J. (2013b). Evidence-based community stroke rehabilitation. *Stroke*, **44**(1), 293–297.

Wolf, T. J., Baum, C. M., Lee, D. & Hammel, J. (2016). The Development of the Improving Participation after Stroke Self-Management Program (IPASS): An Exploratory Randomized Clinical Study. *Topics in Stroke Rehabilitation*, **23**(4), 284–292. <https://doi.org/10.1080/10749357.2016.115527>



Tabla 2 *Tabla descriptiva de los estudios incluidos en la revisión sistemática*

Autores	Diseño estudio	Participantes / perfil	Lugar de residencia	Grupos del estudio y número de participantes	Detalles de la intervención				Variables
					Tipología	Duración sesión	Dosis/Frecuencia	Duración intervención	
Ahn, 2019	ECA	Ictus crónico/ Sin información	Comuni- dad	GI: 23	Intervención basada en la ocupación (Código taxonómico para el desempeño ocupacional)	60 min	2 d/sm	6 sm	Participación
				GC: 20	Intervención focalizada en la acción (patrones de movimiento)	60 min	2 d/sm	6 sm	Desempeño ocupacional
Bertilsson et al., 2014	ECA	Ictus agudo/ Leve- Modera- da-Grave	Casa	GI:129	Intervención centrada en la persona (AVDB)	-	-	3 m	Participación
				GC:151	Intervención convencional (AVDB)	Criterio equipo reha- bilitador	-	-	Satisfacción vital
Björkdahl et al., 2006	ECA	Ictus agudo y crónico/ Leve-Modera- da-Grave	Casa	GI:30	Actividades significativas (AVDB y ocio)	50 min	9 h/sm	3 sm	Desempeño ocupacional
				GC: 29	Mejora de los déficits	50 min	9 h/sm	3 sm	
Chen et al., 2017	ECA	Ictus agudo/ Grave	Casa		Telerehabilitación en casa +	-	-	3 m	Desempeño ocupacional
				GI: 27	Ejercicios físicos y TO +	1 h/dos vec- es al día	60 s	3 m	
					Estimulación neuromuscular	20 min/dos veces al día	60 s	3 m	
				GC: 27	Intervención convencional +	-	-	3 m	
		Ejercicios físicos y TO +	1 h/dos vec- es al día	60 s	3 m				
		Estimulación neuromuscular	20 min/dos veces al día	60 s	3 m				
Chiu et al., 2004	ECA	Ictus agudo/ Leve-Modera- da	Casa	GI: 30	Formación en productos de apoyo en el hos- pital y en el hogar	-	2 o 3 s en casa	3 m	Desempeño ocupacional
				GC: 23	Formación en productos de apoyo en el hos- pital	-	-	3 m	

Donnelly et al., 2004	ECA	Ictus agudo/ Grave	Casa	GI: 59	Equipo multidisciplinario comunitario de accidentes cerebrovasculares (EAC): (TO, FST, LG, Asistentes en rehabilitación)	45min	2.5/sm	3 m	Desempeño ocupacional Calidad de vida Satisfacción vital	
				GC: 54	Rehabilitación hospitalaria convencional y cuidados de seguimiento	-	-	-		
Drummond et al., 2012	ECA	Ictus crónico/ Grave	Casa	GI: 47	Visitas domiciliarias	-	-	1-2 s	Desempeño ocupacional Calidad de vida	
				GC: 46	-	-	-	-		
Egan et al., 2007	ECA	Ictus crónico/ Moderada	Casa	GI: 8	TO intervención centrada en la persona	-	8 s	2-4 m	Participación Desempeño ocupacional Satisfacción ocupacional Calidad de vida	
				GC: 8	Visitas convencionales (No TO)	-	-	-		
Hayner et al., 2010	ECA	Ictus crónico/ Leve	Casa	GI: 6	Terapia de movimiento inducido por restricción y actividades funcionales con el miembro superior afectado	6 h/d	Diario	10 d	Desempeño ocupacional Satisfacción ocupacional	
				GC: 6	Movimientos bilaterales en todas las actividades	6 h/d	Diario	10 d		
Hedman et al., 2019	ECA	Ictus agudo/ Leve-moderada-grave	Casa	GI: 129	Intervención de AVDB centrada en la persona	-	-	3 o 12 m	Desempeño ocupacional Participación Satisfacción vital Ansiedad y depresión	
				GC: 151	Intervención convencional de AVDB	-	-	3 o 12 m		
Kessler et al., 2017	ECA	Ictus agudo / Moderada	Casa	GI: 10	Entrenamiento para el desempeño ocupacional	-	8.6 s	13.75 sm	Participación Desempeño ocupacional Ansiedad y depresión	
				GC: 11	Apoyo convencional a las AVDB (no TO)	-	-	-		
Logan et al., 2004	ECA	Ictus crónico/ Moderada	Casa/ Residencia	GI: 86	En los dos grupos: Consejos de movilidad	GI: TO. Intervención movilidad en la comunidad	-	7 s	3 m	Desempeño ocupacional
				GC:82		GC: No intervención	-	-	-	

Logan et al., 2003	ECA	Sin información sobre ictus/ Leve-Moderada-Grave	Casa	GI 1: 156	Intervención de TO en AVDB	50 min	10 s	6 m	Desempeño ocupacional	
				GI 2: 153	Intervención de TO en ocio	60 min	10 s	6 m		
Lund et al., 2011	ECA	Ictus crónico/ Moderada	Casa	GI: 48	Actividad física (voluntarios)	Curso TO Estilo de Vida	2 h	2 d/sm	9 m 36 sm (estilo de vida) + 36 sm (actividad física)	Desempeño ocupacional Satisfacción ocupacional Calidad de vida
				GC: 51	-	-	30 min-1 h	1 d/sm	9 m 36 sm	Ansiedad y depresión
Mayo et al., 2000	ECA	Ictus agudo/ Moderada	Casa	GI: 58	Intervención multidisciplinaria a domicilio (TO, FST, EF, LG y NHD).	-	-	6 s FST, 4 s TO, 2 s LG y 2.5 s IF	4 sm	Participación Desempeño ocupacional
				GC: 56	Intervención multidisciplinaria convencional (TO, FST, IF, LG)	-	-	9 s FST, 5 s TO, 2.5 s LG y 4 s IF	4 sm	Calidad de vida
McEwen et al., 2015	ECA	Ictus crónico/ Sin información	Casa	GI: 16	Intervención ambulatoria convencional (FST, LG y/o EF)	Orientación cognitiva para el desempeño ocupacional diario	45 min	2 d/sm	10 s	Desempeño ocupacional Satisfacción ocupacional
				GC: 19	Intervención convencional de TO	Intervención convencional de TO	45-60 min	2 d/sm	Criterio equipo rehabilitador	Participación
Parker et al., 2001	ECA	Ictus agudo y crónico/ Moderada	Casa	GI AVD: 156	Intervención TO en AVDB	30 min	-	10 s (6 m)	Desempeño ocupacional Ansiedad y depresión	
				GI Ocio: 153	Intervención TO en ocio	30 min	-	10 s (6 m)		
				GC: 157	No intervención de TO	-	-	-		
Rotenberg-Shpigelman et al., 2012	ECA	Ictus crónico/ Moderada-Grave	Casa	GI 1: 13	Intervención de TO, FST y LG	4 h/sm	1-3 d/sm	3 m	Desempeño ocupacional Satisfacción ocupacional Participación	
				GI 2: 13	Intervención convencional	-	-	3 m	Calidad de vida	

Sackley et al., 2015	ECA	Ictus crónico/ Moderada- Grave	Residen- cia	GI: 568	Intervención de TO	30 min	Consenso TO-paci- ente	12 m	Desempeño ocupacional Ansiedad y depresión Calidad de vida
				GC: 474	Intervención convencional (no TO)	-	-	12 m	
von Koch et al., 2001	ECA	Ictus agudo/ Moderada	Casa	GI: 42	TO, FST y LG en casa		criterio equipo rehabil- itador	4 m	Desempeño ocupacional
				GC: 41	Intervención convencional (no estandarizada)		criterio equipo rehabilitador		
Walker et al., 1999	ECA	Ictus agudo/ Moderada	Casa	GI: 94	Intervención de TO en AVDB y AVDI	52 min	Consenso TO-paci- ente	5 m	Desempeño ocupacional
				GC: 91	No intervención	-	-	-	
Wolf et al., 2016	ECA	Ictus crónico/ Sin información	Casa	GI: 23	Intervención multidisciplinar a domicilio (TO, FST y LG)	-	1 sm para cada profe- sional	3 m	Desempeño ocupacional Ansiedad y depresión
				GC: 20	Intervención comunitaria convencional	60 min	3sm	-	

GC: Grupo Control; GI: Grupo Intervención; ECA: Estudio Clínico Aleatorizado; TO: Terapia Ocupacional; IB: Índice de Barthel; AVDB: Actividades de la vida diaria básicas; AVDI: Actividades de la vida diaria instrumentales; s: sesiones; min: minutos; h: horas; d: día; sm: semana; m: mes; FST: Fisioterapia; LG: Logopedia; EF: Enfermería; NHD: Nutrición Humana y Dietética



Tabla 3

Comparación de los resultados y magnitud del cambio entre grupos

Autores	Variables		Preintervention* Inter grupos	Postintervention* Intra grupo	Diferencia signifi- cativa		Cohen's d (post)		
					Inter grupos	Intra grupo (GI)			
Ahn, 2019	Desempeño ocu- pacional	COPM	GI: 3.6±0.8 GC: 3.8±0.4	GI: 4.7±0.6 GC: 4.5±0.4	■	GI: ■ GC: ■	0.39	1.55	
		PQRS	GI: 4.8±1.0 GC: 5.4±0.8	GI: 5.5±0.9 GC: 5.6±0.7	■	GI: ■ GC: ■	-0.12	0.74	
	Satisfacción ocu- pacional	COPM	GI: 3.4±0.6 GC: 4.0±0.1	GI: 4.2±0.5 GC: 4.6±0.5	□	GI: ■ GC: ■	-0.80	1.45	
Bertilsson et al., 2014	Participación	SIS- 16	Emoción	GI: - GC: -	GI: 69.3 GC: 62.5	■	GI: - GC: -	-	-
			Recuper- ación	GI: 31.8 (20.6) GC: 41.7 (24.3)	GI: 81.7 GC: 77.7	□	GI: - GC: -	-	-
	Desempeño ocu- pacional	BI	GI: 65 (5-100) GC: 80 (10-100)	GI: 51 GC: 52.3	□	GI: - GC: -	-	-	
	Satisfacción vital	LiSat-11	GI: - GC: -	GI: 47 (36.4) GC: 56 (37.1)	□	GI: - GC: -	-	-	
Björkdahl et al., 2006	Desempeño ocu- pacional	FIM - I	GI: 2.44±2.08 GC: 2.38±1.70	GI: 2.83±2.05 GC: 2.38±1.70	-	GI: □ GC: □	0.23	0.18	
		FIM - II	GI: 2.32±1.65 GC: 2.43±1.57	GI: 2.62±1.85 GC: 2.94±1.57	-	GI: □ GC: □	-0.18	0.17	
		IAM	GI: -0.18±1.66 GC: -0.32±1.10	GI: 0.29±1.35 GC: 0.08±0.99	-	GI: ■ GC: □	0.17	0.31	
Chen et al., 2017	Desempeño ocu- pacional	BI	GI: 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	
Chiu et al., 2004	Desempeño ocu- pacional	FIM	GI: 97.6 (10.7) GC: 97.7 (11.8)	GI: 108.9 (11.6) GC: 104.9 (12.0)	■	GI: - GC: -	-	-	

Donnelly et al., 2004	EuroQoL		GI: 60.48±18.0	GI: 66.36±18.45	□	GI: -	-0.1	0.32	
			GC:59.17±16.15	GC:68.21±20.31		GC: -			
	Calidad de vida	SF-36	Estado físico	GI: 35.04±7.72	GI: 35.59±31.32	□	GI: -	0.03	0.02
				GC:35.35±7.2	GC:34.67±32.01		GC: -		
		Salud Mental		GI: 45.76±10.15	GI:69.49±18.26	□	GI: -	0.11	1.61
			GC:47.52±10.59	GC:67.30±20.07		GC: -			
		QoL		GI: 17.67±4.14	GI:18.57±4.29	□	GI: -	-0.08	0.21
				GC:16.53±3.65	GC:18.92±4.74		GC: -		
	Desempeño ocupacional	BI		GI: 14.14±3.38	GI: 17.98±3.10	□	GI: -	0.23	1.2
				GC:13.89±3.93	GC:17.15±3.81		GC: -		
	Nothingham ADL		GI: 4.95±5.39	GI: 12.0±6.34	□	GI: -	0.25	1.2	
			GC:5.77±4.79	GC:10.43±5.92		GC: -			
Satisfacción general	Satisfacción paciente		GI: 38.17±10.32	GI: 50.0±9.66	■	GI: -	0.7	1.2	
			GC: 37.86±8.49	GC:42.62±11.19		GC: -			

Drummond et al., 2012	Desempeño ocupacional	BI	GI: 9 (5.75-13.25) GC: 9 (5-14.25)	GI: 14.5 (7.25-17.75) GC: 16 (10-19)	□	GI: □ GC: □	-	-	
		NEADL	GI: - GC: -	GI: 10.5 (7-23.5) GC: 13 (6-24.5)	□	GI: □ GC: □	-	-	
	Calidad de vida	GHQ	GI: 14 (10-22) GC: 15 (10-19)	GI: 18.5 (13.75-36.5) GC: 24 (15-32)	□	GI: □ GC: □	-	-	
Egan et al., 2007	Participación	RNLI	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	COPM	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 ocupacional	COPM	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	
	Calidad de vida	SF-36	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 et al., 2010	Desempeño ocupacional	COPM	GI: - GC: -	GI: - GC: -	□	GI: ■ GC: □	-	-	
	Satisfacción ocupacional	COPM	GI: - GC: -	GI: - GC: -	□	GI: □ GC: □	-	-	

Hedman et al., 2019	Desempeño ocupacional	FAI	GI: 32±7 GC:33±6	GI:21.3±10.5 GC:24.0±11.1	□	GI: - GC: -0.25 -	-1.2	
		Katz Extended Scale	GI: - GC: -	GI: - GC: -	□	GI: - GC: - -	-	
		BI	GI: 66±23 GC: 78±18	GI: - GC: -	□	GI: - GC: - -	-	
	Participación	SIS	Participación	GI: - GC: -	GI:67.5±20.6 GC:73.1±20.9	□	GI: - GC: - -	-
			Recuperación	GI: 33±22 GC: 41±23	GI: - GC: -	□	GI: - GC: - -	-
		Occupational Gaps Questionnaire	GI: - GC: -	GI:2.3±3.3 GC:2.9±3.4	□	GI: - GC: - -	-	
		RNI	GI: - GC: -	GI: - GC: -	□	GI: - GC: - -	-	
		Satisfacción vital	LiSat-11	GI: - GC: -	GI: - GC: -	□	GI: - GC: - -	-
	Ansiedad y depresión	HADS	GI: - GC: -	GI:4.0±3.9 GC:5.6±3.9	□	GI: - GC: - -	-	

Kessler et al., 2017	Participación	RNLI	GI: 92.0 GC: 79.0	GI: 84.7 GC: 86.7	-	GI: □ GC: □	-	-
	Desempeño ocupacional	COPM	GI: 3.7 GC: 5.0	GI: 6.3 GC: 6.3	-	GI: ■ GC: □	-	-
	Ansiedad y depresión	HADS	GI: 5.8 GC: 7.4	GI: 7.7 GC: 10.0	-	GI: □ GC: □	-	-
Logan et al., 2004	Desempeño ocupacional	Movilidad	Dif. 2.08 (0.67-3.93)	Dif. 0.89	■	GI: - GC: -	-	-
		Cocina	Dif. 1.19	Dif. 1.14	□	GI: - GC: -	-	-
		Doméstico	Dif. 0.74	Dif. 1.41	□	GI: - GC: -	-	-
		Ocio	Dif. 0.56	Dif. 0.66	□	GI: - GC: -	-	-
		NLQ	Dif. 1.73	Dif. 0.88	□	GI: - GC: -	-	-
Logan et al., 2003	Desempeño ocupacional	BI	GI: - GC: -	GI: - GC: -	□	GI: - GC: -	-	-
		EADL	GI: - GC: -	GI: - GC: -	□	GI: - GC: -	-	-
		NLQ	GI: - GC: -	GI: - GC: -	□	GI: - GC: -	-	-

Lund et al., 2011	Desempeño ocupacional	COPM	GI: 4.1±2.2	GI: 6.2±2.0	□	GI: □	0.1	1.00	
			GC: 4.3±2.0	GC: 6.0±2.0		GC: □			
	Satisfacción ocupacional	COPM	GI: 4.9±2.5	GI: 6.0±2.4	□	GI: ■	0	0.45	
			GC: 4.1±2.0	GC: 6.0±2.2		GC: ■			
	Calidad de vida	SF-36	Salud mental	GI: 72.5±17.8	GI: 79.7±15.0	□	GI: ■	0.11	0.44
				GC: 72.6±20.6	GC: 77.9±17.8		GC: □		
			Vitalidad	GI: 44.2±20.1	GI: 50.9±19.5	□	GI: ■	0.24	0.34
				GC: 47.2±22.7	GC: 55.6±18.9		GC: ■		
			Dolor corporal	GI: 64.7±29.6	GI: 64.1±27.8	□	GI: ■	0.09	-0.02
				GC: 66.4±26.4	GC: 61.6±29.0		GC: ■ (-)		
			Salud general	GI: 58.0±24.2	GI: 57.4±21.7	□	GI: ■ (-)	0.15	0.03
				GC: 60.6±20.6	GC: 60.6±20.6		GC: □		
	Función social	GI: 62.8±28.9	GI: 69.2±25.3	□	GI: ■	0.10	0.24		
		GC: 63.0±29.8	GC: 71.8±25.2		GC: ■				
Función física	GI: 52.6±25.9	GI: 55.3±27.2	□	GI: ■	0	0.10			
	GC: 53.8±25.6	GC: 55.3±27.2		GC: ■					
Rol físico	GI: 21.8±33.5	GI: 33.3±39.5	□	GI: □	0.14	0.31			
	GC: 18.4±29.8	GC: 38.8±38.6		GC: ■					
Rol emocional	GI: 43.2±38.9	GI: 45.7±36.8	□	GI: ■	0.30	0.07			
	GC: 68.4±38.2	GC: 57.2±38.9		GC: □					
Ansiedad y depresión	HADS – Ansiedad	GI: 4.6±3.2	GI: 3.1±3.4	□	GI: ■	0.35	0.45		
		GC: 5.0±4.1	GC: 4.4±4.0		GC: □				
	HADS – Depresión	GI: 4.1±3.0	GI: 3.4±2.7	□	GI: □	0.26	0.24		
		GC: 5.3±3.8	GC: 4.2±3.4		GC: ■				
Mayo et al., 2000	Participación	RNLI	GI: 6.0±4.1	GI: 4.0±3.7	■	GI: ■	0.40	0.51	
	Desempeño ocupacional	BI	GI: 84.6±14.4	GI: 94.38±10.6	□	GI: ■	0.10	0.77	
			GC: 82.7±13.9	GC: 93.3±10.1		GC: ■			
		OARS-IADL	GI: 10.1±3.4	GI: 11.0±3.5	■	GI: ■	0.40	0.26	
GC: 8.6±3.5			GC: 9.5±3.9		GC: □				
Calidad de vida	SF-36	GI: 39.5±9.6	GI: 42.9±10.1	■	GI: ■	0.48	0.35		
			GC: 37.2±8.4	GC: 37.9±10.6		GC: □			

McEwen et al., 2015	Desempeño ocupacional	PQRS formado	GI: 4.3±2.0 GC: 5.7±1.9	GI: 7.1±1.7 GC: 7.5±2.0	-	GI: - GC: -	-0.21	1.51
		PQRS sin formar	GI: 4.8±1.8 GC: 5.1±1.7	GI: 8.3±1.7 GC: 7.1±0.7	-	GI: - GC: -	1.05	1.52
	Satisfacción ocupacional	COPM formado	GI: 4.6±1.8 GC: 4.2±1.9	GI: 6.2±2.5 GC: 6.8±2.4	-	GI: - GC: -	-0.25	0.73
		COPM sin formar	GI: 4.7±2.0 GC: 3.8±1.5	GI: 6.1±2.9 GC: 5.9±2.5	-	GI: - GC: -	0.07	0.56
	Participación	COPM formado	GI: 3.8±2.1 GC: 3.9±2.5	GI: 5.8±3.0 GC: 6.0±2.2	-	GI: - GC: -	-0.08	0.77
		COPM sin formar	GI: 4.0±1.9 GC: 3.5±1.7	GI: 5.7±3.0 GC: 5.6±2.7	-	GI: - GC: -	0.03	0.68
	Participación	CPI	GI: - GC: -	GI: 70.3 GC: 69.0	-	GI: - GC: -	-	-
		CPI	GI: - GC: -	GI: 58.4±9.3 GC: 64.1±16.5	-	GI: - GC: -	0.15	-
	Participación	SIS	GI: - GC: -	GI: 47.9±16.8 GC: 54.6±13.7	-	GI: - GC: -	-0.44	-

Parker et al., 2001	Desempeño ocupacional	NLQ	GIAVD: - GIO: - GC: -	GIAVD: 15.0 (8.0) GIO: 15.9 (6.9) GC: 15.2 (7.7)	-	IGADL: □ IGL: □ GC: □	GIAVD-GC: 0.02 GIO-GC: 0.10 GIAVD-GIO: 0.12
		NEADL	GIAVD: - GIO: - GC: -	GIAVD: 34.7(18.4) GIO: 33.3 (18.4) GC: 33.1 (18.9)	-	GIAVD: □ GIO: □ GC: □	GIAVD-GC: 0.09 GIO-GC: 0.01 GIAVD-GIO: 0.08
	Ansiedad y depresión	GHQ	GIAVD: - GIO: - GC: -	GIAVD: 17.3 (7.1) GIO: 16.0 (6.9) GC: 17.3 (6.9)	-	IGADL: □ IGL: □ GC: □	GIAVD-GC: 0 GIO-GC: 0.19 GIAVD-GIO: 0.19
Rotenberg-Shpigelman et al., 2012	Desempeño ocupacional	COPM	IG1: 1 (1-7) IG2: 1.5 (1-4.6)	IG1: 5.92 (1-10) IG2: 1 (1-5)	■	IG1: ■ IG2: ■	-
	Satisfacción ocupacional	COPM	IG1: 1.5 (1-8) IG2: 2.4 (1-8.5)	IG1: 7.08 (4-10) IG2: 2.5 (1-5)	■	IG1: ■ IG2: ■	-
	Participación	SIS	IG1: - IG2: -	IG1: - IG2: -	□	IG1: □ IG2: □	-
	Calidad de vida	QoL	IG1: - IG2: -	IG1: - IG2: -	□	IG1: □ IG2: □	-
Sackley et al., 2015	Desempeño ocupacional	BI	GI: 6.5 (5.8) GC: 6.3 (5.7)	GI: 5.47 (0.20) GC: 5.29 (0.21)	□	GI: - GC: -	-
	Ansiedad y depresión	GDS-15	GI: 6.8 (3.9) GC: 6.4 (3.5)	GI: 6.09 (0.21) GC: 6.30 (0.22)	□	GI: - GC: -	-
	Calidad de vida	EQ-5D-3L	GI: 0.20 (0.4) GC: 0.24 (0.4)	GI: 0.24 (0.02) GC: 0.23 (0.02)	□	GI: - GC: -	-

von Koch et al., 2001	Desempeño ocupacional	BI	GI: - GC: -	GI: - GC: -	□	GI: - GC: -	-	-
		KADLI	GI: - GC: -	GI: - GC: -	-	GI: - GC: -	-	-
		KEADLI	GI: - GC: -	GI: - GC: -	□	GI: - GC: -	-	-
		FAI	GI: - GC: -	GI: - GC: -	□	GI: - GC: -	-	-
Walker et al., 1999	Desempeño ocupacional	EADL	GI: 18 (15-20) GC: 18 (15-20)	GI: 20 (18-20) GC: 18 (16-20)	■	GI: - GC: -	-	-
		BI	GI: 10 (4-15) GC: 11 (3-16)	GI: 16 (11-18.75) GC: 12 (6-17)	■	GI: - GC: -	-	-
Wolf et al., 2016	Desempeño ocupacional	BI	GI: 17 (7-10) GC: 17 (8-20)	GI: 18 (8-20) GC: 20 (16-20)	□	GI: - GC: -	-	-
		HADS - Ansiedad	GI: 2 (0-15) GC: 5 (0-14)	GI: 1 (0-18) GC: 3 (0-18)	■	GI: - GC: -	-	-
	Ansiedad y depresión	HADS - Depresión	GI: 6 (1-14) GC: 6 (0-17)	GI: 4 (0-11) GC: 6 (0-15)	■	GI: - GC: -	-	-

GC: grupo control; GI: grupo intervención; GIAVD: grupo intervención actividades de la vida diaria; GIO: grupo intervención ocio; *: media, mediana, desviación estándar, rango y/o diferencia