



TERAPIA OCUPACIONAL EN ENTORNOS NATURALES CON PERSONAS EN FASE SUBAGUDA DEL ICTUS. ESTUDIO DE CASO.

OCCUPATIONAL THERAPY IN NATURAL ENVIRONMENTS WITH PEOPLE IN
SUBACUTE STROKE. CASE REPORT.

**Miguel Blasco Giménez¹, César Rubio Belmonte²; Francisco Tomás Aguirre³;
Miguel Gómez Martínez⁴**

RESUMEN

Se expone el caso de un varón que tras un ictus hemorrágico presenta secuelas predominantemente motoras (hemiparesia izquierda). La intervención se implementó inmediatamente después al alta hospitalaria y tras haber recibido un tratamiento convencional de Terapia Ocupacional en un Departamento de Neurorehabilitación Hospitalario. Dicha intervención, fundamentada en los modelos de práctica centrada en la persona y en entornos naturales, tiene por fin el empoderamiento de los familiares que ocuparán el rol de apoyos formales del usuario y el propio usuario en el manejo de las secuelas en el desempeño ocupacional derivadas de su lesión.

Se llevó a cabo un programa que incluyó cuatro visitas al hogar, durante el periodo de un mes, en las que se implementaron diversas estrategias dirigidas a mejorar el desempeño del usuario y su cuidador en aquellas áreas que, previamente, ambos habían identificado como problemáticas. A la finalización del programa se evidenciaron mejorías por parte del usuario en la función motora, independencia en las actividades básicas de la vida diaria, calidad de vida percibida y en el desempeño ocupacional y la satisfacción con el mismo: MAS incrementa en 9 puntos, Índice de Barthel en 10 puntos, Prueba EuroQoF-5D en 1 punto y COPM incrementa en 2 puntos el desempeño y 6 puntos la satisfacción para el usuario y 5 puntos en el desempeño y 6 puntos en la satisfacción para la cuidadora.

Los resultados obtenidos invitan a seguir explorando los beneficios de esta metodología de intervención.

PALABRAS CLAVE

Accidente Cerebrovascular; Modelos de entornos naturales; Práctica centrada en la persona; Terapia ocupacional; Visitas domiciliarias.

- 1 Máster Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle. Terapeuta ocupacional. Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir". ASPAYM CV. 5. Researched ID L-6188-2017. ORCID0000-0001-7935-6154.
- 2 Diplomado en Fisioterapia. Universidad de Valencia. Graduado en Terapia Ocupacional. Universidad de Zaragoza. Máster en Atención Integral a Personas con Discapacidad. Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir". Doctorado en el Programa de Psicología y Ciencias de la Salud. Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir". Diplomado en Fisioterapia. Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir". Clínicas Universitarias. Sección de Terapia Ocupacional.
- 3 Licenciado en medicina y cirugía por la Universitat de València, Doctor en medicina y cirugía por la Universitat de València. Coordinador del centro autonómico de referencia en discapacidad (C.A.R.D. Capacitas-ucv). Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir".
- 4 Diplomado en Terapia Ocupacional por la Universidad Complutense de Madrid, Licenciado en antropología Social y Cultural por la Universidad por la universidad Católica de Valencia, Máster en formación Universitaria e Investigación por la Universidad por la universidad Católica de Valencia, Doctor en psicología y ciencias de la Salud por la Universidad Católica de Valencia. Director del Instituto de Rehabilitación Funcional La Salle. Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle.



ABSTRACT

Case report for a man who after a hemorrhagic stroke occurs predominantly motor sequelae (left hemiparesis). The intervention was implemented immediately after hospital discharge and after receiving conventional treatment in Occupational Therapy Department Neurorehabilitación Hospital. Such intervention is based on models of practice focused on the person and natural environments and aims to empower families, occupying the role of formal supports the user, and the user in managing the consequences in the performance resulting from occupational injury. It conducted an intervention through home visits during the period of one month in which various strategies to improve user performance and caregiver in areas that previously had been identified as problematic both developed.

At the end of the program improvements it was evident by the user in motor function, independence in basic activities of daily life, perceived quality of life and occupational performance and satisfaction with it: MAS increased 9 points, Barthel Index 10 points, EuroQoF-5D Test 1 point and 2 points COPM increases in performance and 6 points for user satisfaction and 5 points in performance and 6 points for the caregiver satisfaction.

The results invite further explore the benefits of this intervention methodology.

KEYWORDS

Home visit; Model of natural environments; Occupational therapy; Person centered practices; Stroke.

Recibido: 19/07/2017

Aceptado: 24/10/2017

INTRODUCCIÓN

El ictus representa una realidad social y sanitaria de gravedad considerable. En España se calcula que existen 329.544 personas afectadas por esta enfermedad, de las cuales un 89% presentan limitaciones para el desempeño de las Actividades de la Vida Diaria (en adelante AVD). El 91 % de las personas con ictus recibe apoyo humano de un asistente, por lo general familiares, o precisa productos de apoyo que favorecen significativamente su autonomía (García & García, 2013). Tal realidad exige una mejora de los servicios sanitarios y sociosanitarios, tanto para las personas afectadas como para su núcleo familiar. Dado que la naturaleza de esta patología hace extensivo el impacto de la misma al entorno del usuario podemos decir que no existen personas afectadas por el ictus si no familias enteras afectadas (Pueblo, 2006). El momento del alta hospitalaria tiene una especial relevancia puesto que supone un reto para los familiares. Éstos tienen que enfrentarse al cuidado de su familiar, el cual presenta limitaciones debido a su estado de salud, dentro de un entorno que generalmente no cuenta con las adaptaciones y apoyos presentes en un hospital. Tal circunstancia pone en evidencia las limitaciones de ambos (persona afectada y cuidador) en el desempeño de actividades dentro de sus rutinas cotidianas. Éstas pueden convertirse en un factor de estrés y ansiedad para ambas partes, ocasionando un impacto negativo en la calidad de vida, sobre todo en el área psicosocial (Muro, de Pedro-Cuesta, Almazan, & Holmqvist, 2000). Disponer de apoyo profesional que facilite información sobre programas de rehabilitación, problemas cognitivos y consejo en caso de necesidad, se han detectado como una necesidad para este colectivo (Arroyabe-Castillo & Calvete, 2012).

El modelo de práctica centrada en la persona (PCP) supone realizar una de intervención en base a objetivos individualizados y funcionales. La PCP conlleva que usuarios, familiares y profesionales se involucren en la planificación de los objetivos, compartiendo información y educación, con el fin de empoderarlos y facilitar el control de sus propias vidas. La planificación conjunta de la intervención entre todos los integrantes del proceso facilita la elección de metas realistas, desafiantes y significativas ajustadas a las expectativas del tratamiento, lo que evita una posible frustración cuando no se consiguen los objetivos (Jiménez et al., 2010).

La rehabilitación basada en la comunidad realizada en los entornos naturales del desempeño ocupacional, como los programas de "Alta Temprana Asistida", es una práctica recomendada por la guía Canadiense de rehabilitación del ictus con el mayor nivel de evidencia (Hebert et al., 2016). Dichos programas consisten en un acompañamiento multidisciplinar en el hogar tras el alta del paciente, implementando el proceso rehabilitador desde el hogar. Por otro lado, los programas de apoyo familiar han demostrado ser eficaces, siendo estos más efectivos cuando se centran en la persona, con formaciones psico-educativas realizadas cara a cara y dirigidas al cuidador y paciente (Bakas et al., 2014).

Tras lo expuesto, el objetivo de este trabajo es evaluar el impacto a nivel de dependencia, capacidad motora y calidad de vida de un programa de terapia ocupacional implementado en el entorno natural de un paciente con ictus tras el alta hospitalaria y basado en la práctica centrada en la persona y la familia.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 46 años con antecedentes de hipertensión arterial, discapacidad intelectual leve y obesidad clase III según la clasificación de la OMS. Fue ingresado el 1/10/14 por ictus hemorrágico de localización intraparenquimatosa, cursa con afasia inicial con mejoría progresiva, hemiparesia izquierda a o y dependencia severa en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (Índice de Barthel = 5, siendo únicamente capaz de autoalimentarse).

Estuvo ingresado en un Hospital de Atención a Pacientes Crónicos y de Larga Estancia de la Comunidad Valenciana y participó de un programa multidisciplinar de neurorehabilitación, recibiendo un tratamiento convencional de Terapia Ocupacional y Fisioterapia, durante un periodo de 19 semanas. Al momento del alta presenta una dependencia moderada en las AVD y dificultades sensitivo-motoras en el hemicuerpo izquierdo.

MÉTODO

El programa se desarrolló en cuatro visitas al hogar durante el periodo de un mes, de una hora de duración aproximadamente. El usuario continuó con su proceso rehabilitador de forma ambulatoria.



Las visitas comenzaron tres días después del alta hospitalaria. En la primera sesión se realizó una entrevista semiestructurada utilizando la Medida Canadiense de Desempeño Ocupacional “*Canadian Occupational Performance Measurement*” (COPM). Una vez detectados los problemas y seleccionados los objetivos de intervención (TABLA 2), se efectuó una observación del desempeño ocupacional en el entorno natural con el posterior análisis de la actividad. En la segunda y tercera visita se realizó un programa educativo enfocado a resolver los problemas del desempeño que incluyó recomendaciones de productos de apoyo, formación en estrategias básicas relacionadas con la movilidad funcional y el manejo durante las transferencias y la recomendación de ejercicios. La última sesión incluyó una revisión de la aplicación de las estrategias aportadas y los productos de apoyo recomendados, así como una entrevista dirigida a solventar las posibles dudas y evaluar los cambios en la percepción del desempeño y en la satisfacción con el mismo.

Herramientas de evaluación:

- Índice de Barthel (Cid-Ruzafa & Damián-Moreno, n.d.). Evalúa el nivel de independencia en actividades de la vida diaria.
- Motor Assessment Scale (MAS) (Carr, Shepherd, Nordholm, & Lynne, 1985). Evalúa el comportamiento motor de sujetos que han sufrido un ictus.
- Prueba EuroQoL-5D (Badia, Roset, Montserrat, Herdman, & Segura, 1999). Evalúa la calidad de vida percibida.
- Medida Canadiense de Desempeño Ocupacional (COPM) (Law et al., 1990). Evalúa la percepción del usuario sobre su desempeño ocupacional y la satisfacción al realizarlo. Esta herramienta fue diseñada con el fin de favorecer la implementación de la Práctica Centrada en la Persona desde una perspectiva funcional, orientada a la detección y evaluación de los problemas del desempeño ocupacional dentro de las rutinas diarias. De modo que los problemas/necesidades expresados por el usuario/familia se convierten en objetivos funcionales para la intervención, siendo el propio usuario/familia quien los prioriza atendiendo a la importancia que le atribuyen. Se considera efectiva la intervención cuando los cambios en el desempeño o en la satisfacción son iguales o superiores a dos puntos.

Las escalas Barthel, MAS y EuroQoL-5D, volvieron a ser administradas trascurridos 2 meses de la intervención.

Se respetaron normas éticas concordantes con la Declaración de Helsinki. Se declara la ausencia de conflicto de intereses. El estudio cuenta con consentimiento informado y autorización para publicar los resultados.

RESULTADOS

Los resultados de la intervención se muestran en la TABLA 1.

El Índice de Barthel registró un cambio de 10 puntos tras la intervención, relacionados con una mejoría en los ítems de traslado/transferencias y arreglo personal. En la reevaluación transcurridos 2 meses, la puntuación mejoró en 20 puntos relacionándose con cambios en los ítems de traslado/transferencias, deambulación, uso del retrete y control de la micción.

La escala MAS reflejó una mejora de 9 puntos en la función motora tras la intervención. Esta ganancia está relacionada con los ítems que se corresponden con los objetivos seleccionados por el propio usuario y familiar (ladearse en la cama, sentarse en el borde de la misma, ponerse en bipedestación desde la sedestación y la marcha). En la reevaluación se registró una mejora de 3 puntos.

Los resultados apuntan a una ligera mejoría en la calidad de vida percibida, medida por la escala analógica visual sobre el estado de la salud de la EuroQoL-5 con una ganancia de 1 punto y otro punto en la reevaluación, aunque en este momento se registró que el usuario se encontraba ligeramente ansioso y deprimido.

La COPM del usuario muestra un cambio en la percepción de su desempeño de 2 puntos y un cambio en la satisfacción con su desempeño de 6 puntos. En cuanto a los resultados de la cuidadora se obtienen un cambio en la percepción del desempeño ocupacional de 5 puntos y de 6 puntos en la satisfacción con su desempeño.

TABLA I RESULTADOS PRE-POST INTERVENCIÓN Y REEVALUACIÓN A LOS 2 MESES POSTERIORES.

INSTRUMENTO	EVALUACIÓN INICIAL	EVALUACIÓN FINAL	REEVALUACIÓN (2 MESES)
Motor Assessment Scale	13	22	25
Índice de Barthel	50	60	80
EuroQoF-5, VAS	5	6	7
Movilidad	Algún problema	Algún problema	Algún problema
Cuidado persona	Algún problema	Algún problema	Algún problema
Actividades cotidianas	Algún problema	Algún problema	Algún problema
Dolor/malestar	No tengo	No tengo	No tengo
Ansiedad/depresión	No tengo	No tengo	Ligeramente
COPM-Usuario			
Desempeño	5	7	
Satisfacción	1	7	
COPM-Cuidador			
Desempeño	3.25	8.75	
Satisfacción	1.75	7.75	

TABLA I RESULTADOS PRE-POST INTERVENCIÓN Y REEVALUACIÓN A LOS 2 MESES POSTERIORES.

PROBLEMAS DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL DETECTADOS CON LA COMP, OBJETIVOS FUNCIONALES Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN IMPLEMENTADA, EN ORDEN DE PRIORIDAD DEL USUARIO.		
Problema del desempeño ocupacional ¹	Objetivo funcional	Estrategia de intervención
Trasferencias, paso de sedestación a bipedestación	Que el usuario sea capaz de ponerse en pie desde la sedestación en diversas superficies, con su participación activa y utilizando como apoyo al cuidador principal que efectuará una presa alcanzando con sus manos ambas escápulas por debajo de las axilas.	Información Formación por modelado Entrenamiento en transferencias
Levantarse de la cama	Que el usuario sea capaz de sentarse en el borde de la cama por mí mismo, utilizando al máximo sus capacidades motoras y con el apoyo del mecanismo de la cama articulada. El cuidador tan solo hará una supervisión apoyo verbal, si fuese necesario.	Programa de ejercicios/ actividades para entrenar en capacidades motoras Formación por modelado
Aseo en el inodoro	Que el usuario sea capaz de mantener el equilibrio en bipedestación en el cuarto de baño durante las actividades de aseo personal con el apoyo de barras de sujeción.	Modificación del entorno Productos de apoyo
Ausencia de actividades de ocio	Que el usuario utilice una "tablet" durante media hora, sentado en una silla normal mientras que el dispositivo electrónico se encuentra enfrente de él a la altura de sus rodillas	

NOTA 1 Ordenados por el propio usuario y su familia según importancia.



DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos muestran una recuperación de la función motora durante la intervención, para un posterior estancamiento. Este aumento de la capacidad motora funcional parece guardar relación con la mejoría en el desempeño ocupacional y a una mayor independencia. Sin embargo pese a esta mejoría, la escala de calidad de vida muestra un aumento de su estado ansioso-depresivo, esto pudiera ser debido al establecimiento del déficit tras la lesión. El desempeño ocupacional del usuario y cuidador aumentó, incluso algunos de los objetivos de la COMP fueron superados, como por ejemplo la actividad de levantarse del lecho con ayuda de la cama articulada, que mejoró hasta que el usuario fue capaz de realizarlo desde decúbito supino por su propia cuenta.

Las intervenciones dirigidas a formar a los familiares para realizar entrenamientos orientados a la tarea, han demostrado que mejoran las AVD y la participación social (Wang et al., 2015). Nuestros resultados parecen coincidir con este estudio, sin embargo una de las limitaciones del mismo es no haber evaluado el impacto en participación social de la intervención.

Por otro lado, los programas de alta temprana en el ictus con rehabilitación en el hogar son eficaces para reducir la dependencia (Fearon & Langhorne, 2012) mejorar las habilidades motoras, la calidad de atención y reducir las estancias hospitalarias (Laver et al., 2014). Si bien es cierto que dichos programas tuvieron una duración media entre 6 meses y un año y que, además, se implementaron por un equipo interdisciplinario tras el alta temprana del paciente, siendo estas condiciones dispares a las del estudio realizado. El corto espacio de intervención del programa es una limitación importante del estudio, que ha de tenerse en cuenta en trabajos futuros.

Los resultados positivos pueden deberse a que este tipo de intervenciones favorecen la adaptación del programa rehabilitador a las necesidades reales de usuarios y familias, realizándose en su entorno natural y permitiendo la identificación temprana de los problemas de salud de usuarios y familiares, que conlleva un rápido abordaje de los mismos (Teng, Mayo, Latimer, & Hanley, 2003). Por ejemplo, en nuestro caso la cuidadora principal presentaba dolor agudo de espalda debido al esfuerzo realizado durante las transferencias, que desapareció al mes cuando dominó la técnica.

En este sentido cabe resaltar que esta mejoría de los resultados puede estar relacionada con el empoderamiento e implicación de los usuarios y familiares dentro del proceso de rehabilitación (Teng, Mayo, Latimer, & Hanley, 2003). El empoderamiento podría aumentar la capacidad de resolución de problemas presentes y futuros, fomentando con ello la autonomía, aunque es necesaria una mayor investigación dentro de este tipo de intervenciones.

Los resultados de la reevaluación realizada a los meses muestra un efecto positivo longitudinal de la intervención, sobre todo a nivel de dependencia, estando esto en consonancia con otros estudios que reflejan el beneficio a largo plazo en los que se informa que los efectos se mantienen e incluso mejoran después del programa, pudiendo tener efecto positivo hasta los cinco años posteriores (Thorsen, Wides Holmqvist, de Pedro-Cuesta, & von Koch, 2004). Por otro lado, el contexto domiciliario proporciona información valiosa que puede transformarse en estrategias de intervención que faciliten la vida diaria (Wottrich, Koch, & Tham, 2007). Programas similares al realizado en este estudio de visitas al hogar centradas en la persona, podrían optimizar las habilidades obtenidas en el entorno clínico introduciendo los objetivos de intervención dentro de las rutinas diarias de las personas afectadas, aumentando así las posibilidades de práctica de actividades rehabilitadoras, estando esto relacionado con una mejoría funcional (Galvin, Murphy, Cusack, & Stokes, 2008; Kwakkel et al., 2004).

La calidad de vida del usuario de la intervención aumentó ligeramente tras el programa, aunque éste hecho es normal dentro del primer año después del accidente (Algurén, Fridlund, Cieza, Sunnerhagen, & Christensson, 2012), y pudiera ser posible que nuestra intervención no hubiera tenido impacto significativo sobre la misma.

Como conclusión, en el entorno natural se dan las condiciones óptimas que permiten al terapeuta ocupacional implementar acciones educativas sobre el cuidador, consejo sobre productos de apoyo y modificaciones ambientales dentro de las rutinas de las actividades de la vida diaria, dando solución a los problemas reales a los que se enfrentan en el día a día las personas con secuelas del ictus y sus familias. La implementación de este programa destinado a empoderar a una persona con ictus y sus cuidadores en su entorno natural tras el alta ha tenido un impacto positivo en el desempeño ocupacional, la función motora, el nivel de dependencia y la

calidad de vida. El protocolo parece ser eficaz y utilizable en posteriores investigaciones, como estudios pilotos y posteriormente en ensayos clínicos. Es por ello necesario abrir líneas de investigación sobre la aplicación de este tipo de programas implementados en el entorno natural, que demuestren su efectividad y la relación costes/beneficios de los mismos sobre las personas afectadas de ictus y su entorno familiar.

Este estudio carece de fuente de financiación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Algurén, B., Fridlund, B., Cieza, A., Sunnerhagen, K. S., & Christensson, L. (2012). Factors Associated With Health-Related Quality of Life After Stroke. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 26(3), 266–274. <http://doi.org/10.1177/1545968311414204>
- Arroyabe-Castillo, E. de, & Calvete, E. (2012). Evaluación de las necesidades de los familiares de personas afectadas de Daño Cerebral Adquirido mediante el Cuestionario de Necesidades Familiares. *Anales de Psicología*. Retrieved from <http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/156021/138051>
- Badia, X., Roset, M., Montserrat, S., Herdman, M., & Segura, A. (1999). La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Medicina Clínica*. Retrieved from <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=10308285>
- Bakas, T., Clark, P. C., Kelly-Hayes, M., King, R. B., Lutz, B. J., & Miller, E. L. (2014). Evidence for Stroke Family Caregiver and Dyad Interventions: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association and American Stroke Association. *Stroke*, 45(9), 2836–2852. <http://doi.org/10.1161/STR.0000000000000033>
- Carr, J. H., Shepherd, R. B., Nordholm, L., & Lynne, D. (1985). Investigation of a New Motor Assessment Scale for Stroke Patients. *Physical Therapy*, 65(2), 175–180. <http://doi.org/10.1093/ptj/65.2.175>
- Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (n.d.). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71(2), 127–137. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es&nrm=iso&tIng=es
- Fearon, P., & Langhorne, P. (2012). Early Supported Discharge Trialists. Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients. *Cochrane Database Syst Rev*. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000443.pub3/pdf/>
- Galvin, R., Murphy, B., Cusack, T., & Stokes, E. (2008). The Impact of Increased Duration of Exercise Therapy on Functional Recovery Following Stroke – What Is the Evidence? *Topics in Stroke Rehabilitation*, 15(4), 365–377. <http://doi.org/10.1310/tsr1504-365>
- García, M., & García, A. (2013). Magnitud del Daño Cerebral Adquirido en España y en Castilla La-Mancha. *Fundaceclm.org*. Retrieved from http://www.fundaceclm.org/DocumentosInteres/DocumentosTutelaYDanoCerebral/Lists/ADACE_FUNDACE_Comun_InstanceListaDeDocumentos/Magnitud del Daño Cerebral Sobrevenido en España y Castilla-La Mancha 2013.pdf
- Hebert, D., Lindsay, M. P., McIntyre, A., Kirton, A., Rumney, P. G., Bagg, S., ... Teasell, R. (2016). Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *International Journal of Stroke*, 11(4), 459–484. <http://doi.org/10.1177/1747493016643553>
- Jiménez, L., Salas, C., Maldonado, M., Moya, A., Lagos, S., Herrera, C., ... Moreno, S. (2010). Enfoques y fundamentos para un modelo de rehabilitación ambulatoria en personas con lesión cerebral adquirida. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 0(10), Pág. 57–70. <http://doi.org/10.5354/0717-5346.2010.10561>
- Kwakkel, G., van Peppen, R., Wagenaar, R. C., Wood Dauphinee, S., Richards, C., Ashburn, A., ... Langhorne, P. (2004). Effects of Augmented Exercise Therapy Time After Stroke. *Stroke*, 35(11).
- Laver, K., Lannin, N. A., Bragge, P., Hunter, P., Holland, A. E., Tavender, E., ... Gruen, R. (2014). Organising health care services for people with an acquired brain injury: an overview of systematic reviews and randomised controlled trials. *BMC Health Services Research*, 14, 397. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-14-397>
- Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzooomer, A., Polatajko, H., & Pollock, N. (1990). The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergothérapie*, 57(2), 82–7. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10104738>
- Muro, M. J., de Pedro-Cuesta, J., Almazan, J., & Holmqvist, L. W. (2000). Stroke Patients in South Madrid : Function and Motor Recovery, Resource Utilization, and Family Support. *Stroke*, 31(6), 1352–1359. <http://doi.org/10.1161/01.STR.31.6.1352>
- Pueblo, E. del. (2006). Daño cerebral sobrevenido en España: un acercamiento epidemiológico y sociosanitario, 17. Retrieved from <http://ww.ardacea.es/files/A.-DEFENSOR-DEL-PUEBLO-Dano-Cerebral-Sobrevenido-en-Espana.pdf>
- Thorsen, A.-M., Wides Holmqvist, L., de Pedro-Cuesta, J., & von Koch, L. (2004). A Randomized Controlled Trial of Early Supported Discharge and Continued Rehabilitation at Home After Stroke: Five-Year Follow-Up of Patient Outcome. *Stroke*, 36(2), 297–303. <http://doi.org/10.1161/01.STR.0000152288.42701.a6>
- Wang, T.-C., Tsai, A. C., Wang, J.-Y., Lin, Y.-T., Lin, K.-L., Chen, J. J., ... Lin, T. C. (2015). Caregiver-mediated intervention can improve physical functional recovery of patients with chronic stroke: A randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 29(1), 3–12. <http://doi.org/10.1177/1545968314532030>
- Wottrich, A., Koch, L. Von, & Tham, K. (2007). The meaning of rehabilitation in the home environment after acute stroke from the perspective of a multiprofessional team. *Physical Therapy*. Retrieved from <https://academic.oup.com/ptj/article-abstract/87/6/778/2747255>