



Universidad de los Andes
Facultad de Medicina
Escuela de Terapia Ocupacional

**EL ROL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN EL ALTA HOSPITALARIA DE
PERSONAS ADULTAS PARA FAVORECER LA TRANSICIÓN ENTRE HOSPITAL -
HOGAR.**

Trabajo de investigación para optar al Título Profesional de Terapeuta Ocupacional

AUTORAS:

FERNANDA CASTRO YÁÑEZ, VALENTINA HIDALGO MIRANDA, SOFÍA
PIZARRO BAIER, CHANTAL SANCY NORAMBUENA

PROFESOR GUÍA:

T.O PAULINA DEL SOLAR DUARTE, MAGÍSTER EN EPIDEMIOLOGÍA.

Santiago, Chile
2024

DEDICATORIA

A nuestros seres queridos por todo el apoyo entregado y al equipo de trabajo por la buena convivencia y dedicación.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a nuestra docente guía Paulina del Solar por la disposición para orientarnos y apoyarnos durante todo el proceso.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	7
OBJETIVOS	7
MARCO TEÓRICO	8
1. Hospitalización prolongada	8
1.1. Consecuencias	9
1.1.1. Declive funcional / Funcionalidad	9
1.1.2. Readmisión	11
1.2. Rehabilitación	12
1.2.1. Trabajo interdisciplinario	12
1.2.2. Rol del terapeuta ocupacional	14
1.2.3. Evaluación integral	16
2. Alta hospitalaria	17
2.1 Planificación del alta	18
2.2 Continuidad de tratamiento y comunicación interdisciplinaria	19
2.1.1. Sistema de salud	20
2.1.2. Niveles de atención	21
2.3. Protocolos (políticas públicas)	22
2.3.1. Nivel público	22
2.3.2. Nivel privado y mutuales	23
MÉTODO	23
1. Estrategia de búsqueda	23
2. Etapa de selección	25
2.1 Criterios de inclusión y exclusión	25
2.2. Protocolo de selección de estudios	25
3. Etapa de extracción	25
4. Análisis y presentación de los resultados	27
RESULTADOS	27
1. Características generales de los estudios	34
2. Reporte de T.O trabajando en equipo	37
3. Delimitación del rol del T.O y sus acciones	37
DISCUSIÓN	40
CONCLUSIÓN	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXO	62

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Tabla 1: Caracterización de las fuentes de información seleccionadas	29
Figura 1: Caja de búsqueda	24
Figura 2: Flujograma PRISMA	29
Figura 3: Gráfico país de origen del estudio	32
Figura 4: Diseño de investigación	33
Tabla 2: Rango etario de la población	34
Figura 5: Población adulta mayor en comparación al total	34
Figura 6: Acciones del T.O según áreas	37

RESUMEN

Existe limitada información sobre el rol que cumple el terapeuta ocupacional (T.O) en el proceso del alta hospitalaria y posterior transición al hogar. Debido a esto, el objetivo de esta monografía fue explorar el rol del T.O en el proceso del alta hospitalaria de adultos a través de un Scoping Review en las bases de datos PubMed, Scopus y Web of Science, desde mayo a junio de 2024. Se seleccionaron artículos que, a) Describieran el rol y/o acciones del terapeuta ocupacional en el proceso de alta hospitalaria, b) Contemplaran el declive funcional de los usuarios durante la hospitalización, c) Abordaran población adulta, y d) Se refirieran al trabajo interdisciplinar y rehabilitación intrahospitalaria. De 1123 estudios, solo 22 cumplieron los criterios de inclusión y fueron analizados en la revisión de texto completo. Dentro de los resultados, destacó la metodología cuantitativa con diseños observacionales y experimentales. Por otra parte, Australia y Estados Unidos lideraron la representación de los artículos. El enfoque predominante fue en adultos mayores y en el contexto hospitalario sobresalieron acciones del terapeuta en áreas cognitiva, motora, ambiental y funcional. Las intervenciones ambientales tras el alta fueron notables. En la revisión destacó un enfoque en adultos mayores y limitado trabajo interdisciplinario. Si bien el rol del T.O es fundamental, es poco comprendido dentro de los equipos, siendo necesario enfatizar su impacto en el bienestar y funcionalidad de los usuarios.

INTRODUCCIÓN

El incremento en la esperanza de vida a nivel mundial, como también nacional, ha traído consigo desafíos relevantes a nivel sanitario (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2015). La población mundial está envejecida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022), con una alta prevalencia de comorbilidades, que frecuentemente pueden desencadenar la necesidad de una atención a nivel terciario (Carrera-Lasfuentes et al., 2015).

Si bien la hospitalización busca la resolución de un evento agudo de enfermedad, este es un evento relevante en la vida de una persona, debido a las consecuencias que puede tener tanto a nivel físico, cognitivo, emocional, social, económicas, entre otras cuando esta adquiere un tiempo prolongado (Ojeda-Méndez et al., 2021; National Health Service [NHS], 2018).

En Chile, se han introducido equipos de rehabilitación para brindar un proceso orientado a mantener la funcionalidad de las personas, así como para prevenir la dependencia funcional debido a la hospitalización. En este asunto, el Servicio de Salud tiene el rol de coordinar y administrar la red de atención médica correspondiente (Ministerio de Salud [MINSAL], 2013) y están bajo la supervisión del Ministerio de Salud debiendo cumplir con las políticas, normas, planes y programas que éste apruebe (MINSAL, 2013).

En este contexto, como refiere Barrueta et al. (2009) sobre la terapia ocupacional:

Los terapeutas ocupacionales (T.O) tienen una formación extensa que les proporciona las habilidades y los conocimientos para trabajar con aquellas personas o grupos de población que sufren la afectación de una función o estructura corporal, debida a algún cambio de salud, y que por tanto hace que experimenten limitaciones en su participación (p. 218).

A pesar de los esfuerzos por parte del equipo médico y de rehabilitación por otorgar los cuidados necesarios para la resolución del problema de salud, se sabe que entre un 19% y 23% de los pacientes hospitalizados sufren algún evento adverso post-alta (Eymin et al., 2014),

y que alrededor de un 3,06% es rehospitalizada en los 30 días posteriores al alta en Chile (Valjalo & Zamora, 2017), lo que probablemente disminuya la calidad de vida de los usuarios. Si bien, los reingresos hospitalarios tienen motivos multifactoriales y hay algunos más evitables que otros, se podría intervenir con indicaciones concretas, sencillas y realizables en el hogar (Dimas Altamirano et al., 2022).

El terapeuta ocupacional en este proceso de alta puede tomar un rol fundamental para favorecer el proceso de transición hospital-hogar dado que, en su proceso de evaluación e intervención, identifica el nivel de funcionalidad de la persona, su rendimiento a nivel cognitivo, conoce sus redes y entornos, elementos cruciales para que el regreso a casa pueda ser efectivo.

A pesar del relevante rol que podría tomar la profesión en este ámbito, impresiona, a raíz de una inmersión de la literatura que este no se encuentra muy bien delimitado a nivel mundial en el proceso de alta hospitalaria, así como su implicancia en la transición hospital-hogar.

Es por esto, que la presente monografía tuvo como propósito explorar el rol del terapeuta ocupacional en el proceso de alta hospitalaria de adultos.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el rol del terapeuta ocupacional en el proceso de alta hospitalaria en adultos?

OBJETIVOS

A. Objetivo general:

- Explorar el rol del terapeuta ocupacional en el proceso de alta hospitalaria de adultos.

B. Objetivos específicos:

- Identificar el conjunto de acciones realizadas por los terapeutas ocupacionales en el proceso de alta hospitalaria (desde lo motor, cognitivo y ambiental).
- Delimitar el rol que toma el terapeuta ocupacional en el equipo interdisciplinario en el proceso de alta hospitalaria.

MARCO TEÓRICO

La hospitalización es un evento en que una persona necesita quedarse en un hospital o clínica, ya sea pública o privada, por recomendación del médico tratante debido a una situación de salud que requiere vigilancia constante de profesionales de salud (Superintendencia de Salud, s.f.). Si bien, el tiempo de duración es variable, hay ocasiones en que esta se prolonga, trayendo consigo consecuencias para la persona y su entorno.

Es por lo anterior, que resulta fundamental enfocarse en los procesos de hospitalización prolongada, ya que conllevan un factor de riesgo para eventos adversos, secuelas y un mayor deterioro en la salud (Martín-Sánchez et al., 2016) en comparación con la hospitalización de estancia breve.

1. Hospitalización prolongada

La hospitalización prolongada o estancia hospitalaria prolongada (EHP) corresponde a un tiempo de hospitalización que supera el promedio estandarizado de días necesarios desde el ingreso (Sánchez Hernández et al., 2019). En este contexto, la estancia promedio es el número promedio de días de hospitalización por cada paciente en un período de tiempo dado (MINSAL, 2018, p. 2). Por lo general, el promedio de estadía es de 10 días (Vetrano et al., 2013), por lo que sobrepasar este periodo se califica como hospitalización prolongada. Es importante mencionar que este promedio varía según el país, por ejemplo, en el Reino Unido se considera estancia prolongada cuando es mayor o igual a 20 días (NHS, 2018).

Existen diversos estudios que han investigado los factores que influyen en la prolongación de la estancia hospitalaria, tales como los de Ceballos-Acevedo et al. (2014), Ojeda-Méndez et al. (2021) y Sánchez Hernández (2019). Dentro de sus resultados, los factores que más se repitieron pueden dividirse en dos grupos: características del paciente y características del sistema de salud. El primer grupo incluye elementos como edad mayor a 65 años, situación sociofamiliar (que pueden conllevar a una hospitalización social), dependencia funcional previa (índice de Barthel basal menor o igual a 60 puntos), comorbilidades existentes (siendo la más investigada la insuficiencia cardiaca), formación de lesiones por presión y diagnósticos o grupos de diagnósticos de ingreso (lesiones osteomioarticulares, enfermedades urológicas e infarto agudo de miocardio suelen aumentar la estancia). Hay estudios que también incluyen el sexo femenino como característica común de los pacientes (Díaz-Koo et al., 2020), no obstante, aún no se establece una relación causal. Por otro lado, dentro del segundo grupo se encuentran factores como la ocurrencia de episodios adversos, retraso en las decisiones médicas (quirúrgicas, diagnósticas y de alta), falta de diagnóstico claro al ingreso, necesidad de atención médica en otro nivel de complejidad y reducción de flujo de atención durante los fines de semana.

El promedio de la estancia hospitalaria de pacientes se utiliza como un indicador de eficiencia, puesto que visualiza cómo se utiliza beneficiosamente una cama y cuán ágiles son los servicios prestados en los hospitales (Jiménez Paneque, 2004). Debido a esto, se puede considerar que un servicio de hospitalización con estancias prolongadas presenta una falta de eficiencia en el flujo de pacientes. Asimismo, aumentan los costos de la atención por paciente, las complicaciones intrahospitalarias y saturación de servicios de salud, aumentando la espera en las salas de urgencias (González et al., 2009).

1.1. Consecuencias

1.1.1. Declive funcional / Funcionalidad

Con respecto a las consecuencias de la hospitalización prolongada, suele presentarse, un compromiso a nivel funcional, es decir, una pérdida de la capacidad para realizar al menos una AVDB (actividades de la vida diaria básicas) y AVDI (actividades de la vida diaria instrumentales) necesarias para vivir de forma independiente y sin asistencia al alta hospitalaria, que no presentaban antes del inicio de la enfermedad aguda (Ocampo & Reyes-Ortiz, 2016, p. 50). El estado funcional al alta no es el mismo previo a la hospitalización en un alto porcentaje de adultos mayores, observándose que la mayoría de los casos desarrollan un declive funcional que afecta en sus actividades de la vida diaria (Covinsky et al. 2003). No obstante, el declive funcional puede ser modificado durante el período de hospitalización, existiendo la posibilidad de recuperar parcial o totalmente si se realizan las intervenciones adecuadas (Ocampo & Reyes-Ortiz, 2016).

Un estudio realizado por Sacanella et al. (2011) muestra que, en adultos mayores, la independencia en las AVDB y las AVDI decrece significativamente después del alta, y lograr el estado basal en ambas no logra ser recuperado en los siguientes 12 meses. Este mismo estudio describe que la máxima recuperación funcional se logra entre los primeros 3 a 6 meses post-alta, independiente de la edad del usuario, y los adultos mayores que tienen dos o más síndromes geriátricos suelen alcanzar una menor independencia en estas ocupaciones que personas con menos de dos síndromes geriátricos.

Asimismo, se evidencia un inicio o aumento del deterioro cognitivo en la evaluación cognitiva con Mini-Mental State Examination (MMSE) después del alta, existiendo gran dificultad para alcanzar el estado basal en los siguientes 12 meses (Sacanella et al., 2011). El deterioro cognitivo aumenta el riesgo para un deterioro funcional (Ocampo & Reyes-Ortiz, 2016). Estos adultos presentan mayores alteraciones en la movilidad y el comportamiento (Pedone et al., 2005), lo cual puede implicar el uso de medicamentos (psicofármacos),

sujeciones físicas e insomnio que también aumentan el nivel de dependencia del usuario (Hartley et al., 2017).

Por otro lado, es importante destacar que, durante la hospitalización, los adultos mayores que desarrollan un declive funcional presentan peor evolución clínica y mayor número de complicaciones. Además, se asocia con mayor probabilidad de ingreso a servicios hospitalarios de larga estancia, institucionalización y muerte posterior al egreso (Ocampo & Reyes-Ortiz, 2016).

1.1.2. Readmisión

La readmisión hospitalaria se define como “la admisión no programada de un paciente a un centro de atención después de un egreso o alta, dentro de un período de tiempo, que generalmente es de 7, 30 a 90 días” (Wolff & Ríos, 2019, p. 38). Al igual que el promedio de la estancia hospitalaria que corresponde a un indicador de eficiencia, la readmisión corresponde a “un indicador frecuentemente utilizado para evaluar la atención de salud” (Valjalo & Zamora, 2017), que actualmente representa una problemática frecuente y de alto costo monetario, ya que se suele complejizar el estado de salud de la persona en relación al primer ingreso.

Dentro de los diversos motivos que gatillan un reingreso hospitalario, se encuentran errores en la administración de medicamentos y la pesquisa tardía de signos de alarma dentro del domicilio, debido a una falta de seguimiento médico. A raíz de lo anterior, impresiona que existe un proceso muy completo y vigilado desde la estancia hospitalaria, sin embargo, al llegar de vuelta al hogar todos los avances realizados pueden ser fácilmente perdidos si no hay un adecuado control desde ciertos profesionales de la salud (Valjalo & Zamora, 2017).

En Chile, no existen penalizaciones económicas a los establecimientos de salud por reingresos hospitalarios, a diferencia de Estados Unidos. En el país norteamericano Medicare penaliza de manera económica a hospitales con reingresos desde cierto percentil. Asimismo,

se demanda la creación de planes de acción para reducir hospitalizaciones y readmisión a los 30 días (Eymin et al., 2014).

Si bien, los reingresos hospitalarios tienen motivos multifactoriales y hay algunos más evitables que otros, se podría intervenir manejando la situación desde un proceso atingente y claro de alta hospitalario.

1.2. Rehabilitación

La rehabilitación es un conjunto de acciones llevadas a cabo a través de intervenciones, las cuales se orientan a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en las personas que poseen una enfermedad, trastorno, lesión o trauma al interactuar con su entorno (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

En el ámbito hospitalario, la rehabilitación se enfoca en que el usuario logre alcanzar una mejoría en los aspectos que se vieron afectados producto de la situación de salud ocurrida, fomentando la independencia funcional, puesto que en la hospitalización la pérdida de esta es un reconocido factor de riesgo (Vaillant et al., 2021). En este aspecto, se espera que la recuperación sea en el menor tiempo posible y con los mejores resultados, para que con ello el periodo de hospitalización se acorte y a su vez se garantice un correcto bienestar tanto al momento del alta como a largo plazo. Asimismo, su rol radica en minimizar las posibles complicaciones a causa de la situación que lo llevó a hospitalizarse, para que con ello pueda recuperarse satisfactoriamente e incorporarse a sus actividades cotidianas (Vaillant et al., 2021).

1.2.1. Trabajo interdisciplinario

En primer lugar, es importante conocer la diferencia entre el término interdisciplinario y multidisciplinario. Al consultar el diccionario de la Real Academia Española, se puede ver que

multidisciplinario/a significa "que abarca o afecta a varias disciplinas" (Asociación de Academias de la Lengua Española [ASALE] & Real Academia Española [RAE], 2023), mientras que interdisciplinario/a se define como "dicho de un estudio o de otra actividad: que se realiza con la cooperación de varias disciplinas" (ASALE & RAE, 2023). Por lo que, para efectos de esta investigación se utilizó el término interdisciplinario.

El trabajo en equipo es el método de cooperación en atención sanitaria. Este se volvió frecuente en la década de 1960 y desde entonces ha sido universalmente reconocido como una medida para mejorar la calidad de la atención sanitaria. Las investigaciones indican que la atención médica basada en la cooperación interdisciplinaria se asocia con una mayor seguridad del paciente, menores tasas de hospitalización y menores tasas de complicaciones y errores médicos. Además, mejora la coordinación de la atención y mejora el acceso de los pacientes a los servicios médicos (Bendowska & Baum, 2023).

La colaboración interdisciplinaria no sólo fomenta la creatividad e impulsa el intercambio de saberes, sino que también posibilita abordar con mayor eficacia dilemas complejos. En el campo de la atención sanitaria, esta cooperación resulta fundamental para afrontar los retos actuales, sobre todo en un contexto dinámico y con demandas de los pacientes cada vez más exigentes. Para que esta cooperación sea efectiva, es crucial que el personal médico posea la capacidad de trabajar en equipo. Es fundamental que los profesionales puedan comunicarse de manera efectiva con otros miembros del equipo, así como con el paciente y su familia (Bendowska & Baum, 2023).

Así también, es de gran importancia que los países desempeñen un rol crucial al impulsar políticas y acciones que favorezcan la integración de equipos interdisciplinarios en sus sistemas de salud. Según la Organización Mundial de la Salud (2012), algunas naciones han puesto en marcha iniciativas y programas destinados a respaldar la cooperación entre

profesionales de la salud de diversas disciplinas, con el fin de potenciar la calidad de la atención, la efectividad de los tratamientos y la seguridad de los pacientes.

1.2.2. Rol del terapeuta ocupacional

Dentro del trabajo interdisciplinario, el terapeuta ocupacional desempeña su propio papel en el proceso de rehabilitación, trabajando para ayudar a las personas a recuperar o mejorar su capacidad para desempeñarse en sus ocupaciones y alcanzar un nivel óptimo de independencia funcional. En cuanto a su rol durante la estadía hospitalaria, se encuentran las siguientes intervenciones:

- Entrenamiento en actividades de la vida diaria básica (AVDB) para promover la independencia en estas, por ejemplo, en arreglo personal, alimentación e higiene (Álvarez et al., 2012).
- Posicionamiento a través del manejo de posturas en cama y de la confección de férulas y dispositivos externos, los cuales favorecen la participación de los usuarios al evitar contracturas o deformidades, disminuir el dolor e inflamación, estabilizar un segmento, entre otras (James, 2008). En base a lo anterior, también se encargan de explicar el uso y los cuidados pertinentes para estas adaptaciones (Pérez et al., 2008 citado en Pérez, 2013).
- Estimulación cognitiva con la finalidad de mantener activas las funciones mentales, mediante la participación en diálogos o protocolos de estimulación cognitiva (Álvarez et al., 2012).
- Confección y/o sugerencia de adaptaciones para facilitar el desempeño, las cuales pueden ser adaptaciones en objetos personales, por ejemplo, engrosar un cubierto, o en el ambiente, como modificar los accesos, la altura de los mobiliarios, entre

otros (Fasoli, 2008; Maher & Bear-Lehman, 2008; Pérez et al., 2008 citado en Pérez, 2013).

- Estimulación motora de las extremidades superiores que se enfoca en mantener, potenciar o activar movimientos funcionales y fuerza de EESS a través de la participación en actividades bimanuales, con implementos, ergoterapias, entre otros (Álvarez et al., 2012).
- Asesoría/consultoría dirigida al usuario y/o familia/cuidador, proporcionando y/o reforzando la información sobre la condición de salud del usuario y la preparación para el alta (que incluye explicar los cambios ambientales necesarios a realizar en el domicilio, así como los cambios en las rutinas y conductas posterior al alta, junto con resolver las inquietudes identificadas por el usuario y/o cuidador ante esta situación (Pérez et al., 2008 citado en Pérez, 2013).
- Estimulación polisensorial: otorgar estimulación intensa y regulada de los diversos sentidos del usuario (vista, oído, tacto, propiocepción y gusto) para aumentar el estado de alerta, evitar la deprivación sensorial y fomentar la interacción del usuario con los objetos y personas a su alrededor (Álvarez et al., 2012).
- Interconsultas y comunicación con el equipo interdisciplinario para diferentes propósitos: solicitar información con otro profesional, transmitir información a uno o todos los miembros del equipo de profesionales con la finalidad de estar todos alineados en el tratamiento y/o para derivar a otro profesional a una atención de mayor complejidad (Pérez et al., 2008 citado en Pérez, 2013; Pérez, 2006 citado en Pérez, 2013).

No obstante, si bien se encuentra delimitado para el proceso hospitalario, en la literatura no se especifican las funciones concretas del terapeuta ocupacional en el proceso de alta hospitalaria.

Sin embargo, según la terapia ocupacional, la capacidad de participación de una persona puede ser influenciada por diferentes factores como el entorno físico, social, actitudinal y legislativo (Barrueta et al., 2009). Por lo tanto, la terapia ocupacional no solo se enfoca en la persona, sino también en modificar estos aspectos variables del entorno para mejorar su participación (Barrueta et al., 2009), por lo que el rol de esta profesión en el alta hospitalaria puede resultar de gran importancia enfocándose desde el entorno.

En línea con lo anterior, existen los modelos ecológicos, dentro de este se encuentra el Modelo Ecológico del Desempeño Humano (MEDH), propio de la terapia ocupacional (Dunn et al. 1994), creado para no descuidar la influencia del entorno en el desempeño ocupacional de los usuarios (Brown, 2016) y viceversa, desde las diferentes profesiones de la salud. En particular el Modelo Ecológico del Desempeño Humano propone que este desempeño no puede ser entendido fuera del entorno y que este último puede crear barreras o aumentar el desempeño (Brown, 2016). Es por esto que, en el contexto hospitalario, la terapia ocupacional podría ser de gran relevancia en el momento del alta para evaluar y vincular entornos domiciliarios o de instituciones a los que regresen los usuarios, con el fin de favorecer su participación en estos contextos.

1.2.3. Evaluación integral

Desde la terapia ocupacional también se realiza una evaluación integral en todos los niveles asistenciales. Esta se encarga de comprender la situación del desempeño ocupacional, incluyendo sus factores personales y la influencia del entorno en todas sus variantes. Se asemeja a la Valoración Geriátrica Integral (VGI) realizada por todo el equipo profesional; no obstante, desde terapia ocupacional aporta información sobre el desempeño ocupacional del usuario en cada una de sus áreas ocupacionales (Corregidor, 2010).

La evaluación integral geriátrica se divide en 4 áreas que se complementan entre sí: funcional, biomédica, social y mental (cognitivo y emocional), con el objetivo de desarrollar un plan de tratamiento individualizado para el usuario (Domínguez-Ardila & García-Manrique, 2014).

Si bien, existe escasa información a nivel nacional, se logra recabar que, en el área pública, tanto en atención ambulatoria como hospitalaria, la persona se puede incorporar a un proceso de rehabilitación a través del Ingreso al programa de Plan de Tratamiento Integral (PTI). Según el MINSAL (2024), este corresponde a un plan único por persona que cuenta con objetivos terapéuticos relacionados a las necesidades del usuario. Los objetivos se comparten a nivel del equipo de rehabilitación, y se elaboran en conjunto con el usuario y/o su familia. Desde terapia ocupacional, el MINSAL (2018) describe que se realiza una evaluación inicial acorde al área, considerando el diagnóstico de base del usuario. Asimismo, se desglosa el objetivo general en objetivos específicos, realizando acuerdos terapéuticos tanto con el usuario como con la familia y/o cuidador. Por otra parte, se utilizan distintos instrumentos de evaluación diagnóstica que sean indicados por el médico tratante, o que sean pertinentes para el caso.

A nivel intrahospitalario, se puede finalizar el proceso de rehabilitación definido en un PTI a través del egreso por alta (en el cual se observa que ya se cumplieron los objetivos terapéuticos de todo el equipo de rehabilitación, o continuará su atención a nivel ambulatorio), egreso por abandono (donde la persona tiene un PTI en desarrollo, pero se niega a asistir al servicio de rehabilitación o al tratamiento en sala), egreso por fallecimiento, u otra causa no contenida en las previas (MINSAL, 2024).

2. Alta hospitalaria

Por otra parte, el alta hospitalaria se comprende como el proceso en el que un usuario puede retornar a su hogar, después de haber estado hospitalizado. Esto sucede cuando existe

la recuperación suficiente o cuando su condición puede tratarse de manera oportuna en otro lugar, como lo es el domicilio, por ejemplo. Para determinar el alta hospitalaria, también se valoran las ventajas y desventajas de que la persona permanezca ingresada. Por lo tanto, si los riesgos son mayores a los beneficios de permanecer hospitalizado y al mismo tiempo la condición de salud puede ser tratada de manera apropiada en el hogar, se indica el alta (Pistoria, 2023).

En Chile hay pocas investigaciones sobre este proceso, lo que debe tenerse en consideración, ya que corresponde a un procedimiento complejo (Eymin et al., 2014) en donde los usuarios y sus familias deben asumir la responsabilidad de continuar el proceso de cuidado de su salud de manera independiente.

Asimismo, se debe comprender que los usuarios no necesariamente poseen conocimientos sobre el área de la salud y menos aún todos tienen el mismo nivel de gravedad en cuanto a diagnósticos, por lo que es sumamente necesario entregar indicaciones precisas y fáciles de entender tanto para el nivel de comprensión respectivo, como para la gravedad de la condición de salud. De esta forma se logra un proceso de adaptación en el hogar teniendo en cuenta el ámbito familiar (Dimas Altamirano et al., 2022).

El alta como tal, es el punto álgido de la transición al hogar y “frecuentemente queda invisibilizada ante el apremio por hospitalizaciones más abreviadas y procesos que por años se han desarrollado de determinada forma” (Dimas Altamirano et al., 2022, p.7). Si este proceso no se realiza de la manera adecuada, puede tener consecuencias negativas como el reingreso, lo que finalmente significa mayor pérdida de la funcionalidad de la persona, así como mayor carga familiar.

2.1 Planificación del alta

La planificación del alta es un proceso dinámico que involucra al paciente, su familia, el

equipo del hospital y el destino al alta (Budinich & Sastre, 2020). En este, se identifican y preparan de manera anticipada los posibles requerimientos de cuidados de la salud del paciente cuando egrese del establecimiento hospitalario (Maramba et al., 2004).

Con el objetivo de asegurar que lo planificado sea realmente factible, se deben realizar dos acciones: trabajar en conjunto con el paciente y su entorno para conocer sus metas y expectativas, y tener información de los recursos existentes en la red y sus vías de acceso (Cumbler et al., 2008).

Es recomendable que este proceso inicie junto con el ingreso del paciente al recinto. Para ello, se requiere acceder a la información del paciente lo antes posible, por lo que se debe establecer una comunicación directa, efectiva y precoz con la familia, equipos comunitarios o de origen (Budinich & Sastre, 2020).

2.2 Continuidad de tratamiento y comunicación interdisciplinaria

La continuidad del tratamiento es un concepto importante en la atención de salud. Se refiere a la coherencia y continuidad en la prestación de servicios de atención médica a lo largo del tiempo, con el objetivo de proporcionar una atención integral y coordinada a los pacientes (de Cruppé et al., 2023).

Lo ideal es que exista una continuidad en la atención sanitaria, de manera que se proporcione atención médica a la persona de forma coordinada y sin interrupciones, a pesar de la complejidad del sistema sanitario y de la participación de diferentes profesionales de distintos ámbitos de sanidad (Bekerjain, 2022). Además, de este modo todas las personas involucradas en el cuidado de la salud, incluida la persona que recibe la atención, se comunican y trabajan entre sí para coordinar la atención sanitaria y establecer metas para el cuidado de la misma (Bekerjain, 2022).

Sin embargo, la continuidad en la atención sanitaria es difícil de abordar, especialmente en los lugares donde el sistema de atención sanitaria es complejo y está muy segmentada. Cuando la continuidad en la atención sanitaria falla, las personas no comprenden correctamente sus alteraciones de salud, ni conocen a qué especialidad médica deben acudir cuando tienen dificultades o preguntas (Bekerjain, 2022).

En el estudio realizado por de Cruppé et al. (2023), se examinó la relación entre la continuidad del tratamiento y los resultados de este en pacientes psiquiátricos en Alemania. Los hallazgos sugieren que una mayor continuidad del tratamiento se asoció con una reducción significativa en la gravedad de los síntomas y una mejora en el funcionamiento social de los pacientes.

Por otro lado, la comunicación efectiva es esencial en el trabajo en equipo dentro del ámbito de la salud. Se resalta la importancia de que los equipos de salud compartan ideas e información de forma rápida y regular, mantengan registros escritos y dediquen tiempo a la reflexión en equipo. Además, se ha comprobado que una comunicación adecuada entre pacientes y proveedores de atención médica, junto con la educación completa de los pacientes sobre su tratamiento y medicación, contribuyen a la reducción de errores y a la mejora de los resultados del tratamiento. Por el contrario, la falta de comunicación entre profesionales de la salud, pacientes y cuidadores ha surgido como una causa común por la cual los pacientes inician acciones legales contra los proveedores de atención médica (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012).

Es por esto que, una de las estrategias en el sistema de atención médica que existe para dar continuidad de tratamiento a los pacientes es poseer una comunicación efectiva interdisciplinaria y así mejorar la recuperación del paciente (Bekerjain, 2022).

2.1.1. Sistema de salud

El sistema de salud en Chile está regido por el Ministerio de Salud, el cual se encarga de garantizar el acceso libre e igualitario a todos los programas y servicios de salud (Becerril-Montekio et al., 2011). Este sistema es de carácter mixto, es decir, incluye aseguramiento público del Fondo Nacional de Salud (FONASA), privado de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y de otros seguros específicos, como los de las Fuerzas Armadas y de Orden (CAPREDENA y DIPRECA) (Goldstein, 2018). Cabe mencionar que los ciudadanos tienen la opción de escoger entre los servicios públicos y los privados.

En la atención privada es el ciudadano el que escoge el lugar y profesional con quien desea atenderse, sin embargo, en la atención pública se le asigna el prestador donde debe atenderse comenzando desde el nivel primario correspondiente a su zona de residencia (Becerril-Montekio et al., 2011).

2.1.2. Niveles de atención

En Chile, los establecimientos del sector público se ordenan en distintos niveles de complejidad: primario, secundario y terciario. El primario corresponde a un nivel de baja complejidad y amplia cobertura, en donde se realizan atenciones ambulatorias (Gómez et al., 2019). Principalmente en este escalón se trabaja desde la promoción y prevención de la salud.

El secundario corresponde a un nivel de mediana complejidad y cobertura media y los usuarios que se atienden en este son derivados desde el nivel primario. Generalmente aquí se tratan casos que no pudieron ser resueltos desde el nivel primario y se encuentran atenciones ambulatorias y hospitalarias (Gómez et al., 2019).

Por último, el nivel terciario es de alta complejidad y baja cobertura, recibe derivaciones desde los otros niveles de atención y puede actuar como centro de referencia no solo para

usuarios de la misma red asistencial, sino que puede poseer carácter regional, supra-regional e incluso cobertura nacional (Gómez et al., 2019).

Dentro de este nivel se encuentra el hospital. Según la OMS, el hospital es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva y cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar (Lama, s. f.).

2.3. Protocolos (políticas públicas)

2.3.1. Nivel público

En cuanto a protocolos desde el nivel público, se evidencia escasa información a nivel nacional en cuanto a guías que establezcan parámetros y planes de acción a seguir para el alta hospitalaria. Pese a lo anterior, se logra recolectar información general de las Orientaciones Técnicas de Unidades Geriátricas de Agudos (UGA) (MINSAL, 2018). En estas se menciona que para que un usuario pueda ser dado de alta, debe cumplir con ciertos criterios de egreso, los cuales son:

- Cumplimientos de los objetivos terapéuticos propuestos por el equipo interdisciplinario.
- Las intervenciones, procesos diagnósticos o de tratamiento necesarios requieren de una estadía prolongada o no corresponden al modelo de atención integral propuesto por la UGA.
- Complicación clínica de la persona mayor, necesitando mayor capacidad terapéutica.
- Fallecimiento.

El egreso se define en una sesión interdisciplinaria y debe ser programada de manera detallada y temprana, para disminuir los riesgos clínicos de una hospitalización prolongada.

Por otro lado, en la misma guía se encuentra un protocolo de atención ambulatoria posterior al alta. En esta, se incorpora el seguimiento de la persona mayor que egresa de la UGA, explicando la gestión de la atención ambulatoria y los profesionales que deben atender al usuario; además, se sugieren 7 días desde el alta como tiempo máximo de espera para un control post-alta. Si bien, queda especificado que se pueden incorporar la atención de otros profesionales del equipo como el terapeuta ocupacional, no es una regla obligatoria. Por otra parte, se sugiere realizar un seguimiento telefónico por enfermera, pesquisando la necesidad de atención con nivel secundario.

Sobre la coordinación con otros niveles asistenciales, según protocolo, es necesario establecer una buena coordinación y comunicación, tanto con la familia y red de apoyo, como con los diferentes niveles asistenciales que corresponda. De esta forma, se facilita el traspaso de información clínica y administrativa requerida. No obstante, no se explicita el rol del terapeuta ocupacional en la coordinación.

2.3.2. Nivel privado y mutuales

Con respecto a los protocolos de alta hospitalaria en los diferentes prestadores, tanto privados como de mutualidades en Chile, no se encontró información disponible al público.

MÉTODO

Para responder la pregunta de investigación planteada, se realizó una revisión sistemática de la literatura que se desarrolló en las siguientes etapas:

1. Estrategia de búsqueda

Se realizó una revisión de literatura de la evidencia disponible sobre estudios relacionados al tema de investigación, por medio de la búsqueda electrónica de fuentes de

información completas, durante el año 2024 en los meses de mayo a junio, a través de navegadores académicos PubMed, Scopus, y Web Of Science.

Para realizar dicha búsqueda se utilizaron los siguientes términos como palabras claves, por un lado, en inglés: *elderly, senior, aged, adult, occupational therapy, activities of daily living, occupational therapy intervention, patient care team, discharge, discharge planning, hospital, readmission y reentry* en combinación con los operadores booleanos “AND” y “OR”.

Por otro lado, en español: *adulto mayor, anciano, ancianos, personas mayores, persona mayor, personas de edad, adulto, adultos, persona de edad, terapia ocupacional, actividades de la vida diaria, intervención de terapia ocupacional, alta, alta hospitalaria, alta de pacientes, planificación del alta, hospital, readmision y reingreso* en combinación con los operadores booleanos “AND” y “OR”.

Para la recopilación de los artículos se utilizó la siguiente caja de búsqueda en las distintas bases de datos:

Figura 1: Caja de búsqueda

PubMed (en inglés)
((("elderly"[Title/Abstract]) OR ("senior"[Title/Abstract]) OR ("aged"[Title/Abstract]) OR ("adult"[Title/Abstract])) AND (("occupational therapy"[Title/Abstract]) OR ("activities of daily living"[Title/Abstract]) OR ("occupational therapy intervention"[Title/Abstract]) OR ("patient care team"[Title/Abstract])) AND (("discharge"[Title/Abstract]) OR ("discharge planning"[Title/Abstract])) AND (("hospital"[Title/Abstract]) OR ("readmission"[Title/Abstract]) OR ("reentry"[Title/Abstract]))

El resto de las estrategias de búsqueda han sido anexadas al final de este documento.

Para las bases de datos descritas anteriormente se aplicaron los siguientes filtros: el idioma de los estudios fue español e inglés (ya que son los idiomas manejados por las investigadoras), debe tener un máximo de 10 años de antigüedad (como mínimo 2014 debido a que, en los últimos años, el enfoque en el área de salud ha evolucionado desde un enfoque

biomédico a uno biopsicosocial (Cuba-Fuentes et al., 2016)), la edad de los sujetos de estudio debe ser igual o mayor a 18 años, y el tipo de investigación se redujo a estudios cuantitativos (excluyendo el reporte de caso), estudios cualitativos de tipo fenomenológico y estudios mixtos. Por otro lado, se descartaron las revisiones sistemáticas y protocolos.

Para el acceso a las bases de datos de pago se usó la suscripción de la biblioteca de la Universidad de los Andes, sumado a bases de datos gratuitas en internet. Además, como gestor de referencias se utilizó Zotero.

2. Etapa de selección

2.1 Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron aquellos artículos que: describieron el rol y/o acciones del terapeuta ocupacional en el proceso de alta hospitalaria, contemplaron el declive funcional de los usuarios durante el proceso de hospitalización, abordaron población adulta, se refirieron al trabajo interdisciplinar y de rehabilitación intrahospitalaria.

Por otro lado, los criterios de exclusión son los siguientes: artículos que no delimitaron la población a la que están atendiendo (debido a que el estudio se centró en población adulta) y aquellos orientados al alta hospitalaria desde salud mental incluyendo a la demencia, ya que la investigación se enfocó en el área de salud física, la cual tiene un proceso de rehabilitación distinto al del área excluida.

2.2. Protocolo de selección de estudios

Para la selección de los estudios, esta se realizó por dos de las investigadoras, quienes revisaron el resumen y título de todos los artículos arrojados de forma paralela e independiente. Aquellos artículos que cumplieron con los criterios de inclusión se leyeron en texto completo por otras dos investigadoras, de forma paralela e independiente. En caso de discordancia que

no se resolviera entre las dos investigadoras por consenso, ingresó una investigadora externa que definió la permanencia o retiro de alguno de los artículos en ambas fases. Para este proceso se utilizó el gestor de referencias Zotero. Además, se ocupó una planilla de Google Sheets con el fin de favorecer la gestión organizada de datos de los artículos seleccionados.

3. Etapa de extracción

Se utilizó un formulario de extracción que contenía variables generales de las fuentes de información: autor, título de la fuente de información, año, país, objetivo, tipo de fuente, población, setting, si reporta que terapia ocupacional trabaja en equipo, si se delimita el rol del terapeuta ocupacional, si reporta acciones del terapeuta ocupacional en relación a las áreas motoras, cognitivas, ambientales y otras, para que todos los investigadores puedan extraer los mismos datos.

Formulario de extracción de información	
Autor	
Título de la fuente de información	
Año	
País	
Objetivo de la fuente de información	
Tipo de fuente de información	
Población	
Setting	
Reportan que terapia ocupacional trabaja en equipo - Sí/No - ¿Quiénes constituyen el equipo?	
Delimita el rol del terapeuta ocupacional - Sí/No	
Reporta acciones del terapeuta ocupacional	

desde el área motora - Sí/No - ¿Cuáles?	
Reporta acciones del terapeuta ocupacional desde el área cognitiva - Sí/No - ¿Cuáles?	
Reporta acciones del terapeuta ocupacional desde el área ambiental - Sí/No - ¿Cuáles?	
Reporta acciones desde otra área - Sí/No - ¿Cuáles?	

4. Análisis y presentación de los resultados

Para el análisis y presentación de los resultados, se utilizaron gráficas pertinentes que representaron la variedad y cantidad de los países de origen, los diferentes tipos de estudios y su cantidad en los artículos seleccionados y la distribución según el rango etario de la población. A la vez, todos los resultados se mostraron a través de un desglose cuali-cuantitativo con la información obtenida a partir del formulario de extracción. Esta se encuentra agrupada en 3 categorías, de la siguiente forma:

1. Características generales de los estudios: país de origen, tipo de metodología, diseño de investigación, población, setting.
2. Reporte de T.O trabajando en equipo: trabajo en equipo, profesionales del equipo multidisciplinario.
3. Delimitación del rol del T.O y sus acciones: delimitación del rol del T.O, acciones de T.O desde el área motora, acciones de T.O desde el área cognitiva, acciones de T.O desde el área ambiental, acciones de T.O desde otra área.

RESULTADOS

Para la etapa de búsqueda, se utilizaron 3 bases de datos, Pubmed, Scopus y Web Of Science. En la búsqueda de Pubmed en inglés, se obtuvieron 88 resultados, y en español 5 resultados, sumando un total de 93 elementos. Por otro lado, en Scopus inglés, arrojaron 464 resultados, mientras que en español no hubo resultados. Finalmente, en Web of Science, se presentaron 298 resultados en inglés y 266 en español, lo que representa 564 elementos. Por lo tanto, el total de fuentes de información obtenidas en la etapa de búsqueda corresponde a 1123 resultados, de los cuales 650 se encontraban duplicados. No se incluyeron otras fuentes de relevancia debido a que no se encontró ningún artículo adicional que pudiera responder a la pregunta de investigación. El resultado final de los registros para leer título y resumen, eliminando los elementos duplicados, corresponde a 762 elementos. En esta etapa se excluyeron 663 artículos por no cumplir con los criterios de inclusión y en la etapa de lectura de texto completo se excluyeron 77 más, quedando 22 artículos incluidos para su posterior análisis.

En el siguiente flujograma se resume lo expuesto anteriormente.

Figura 2: Flujograma PRISMA

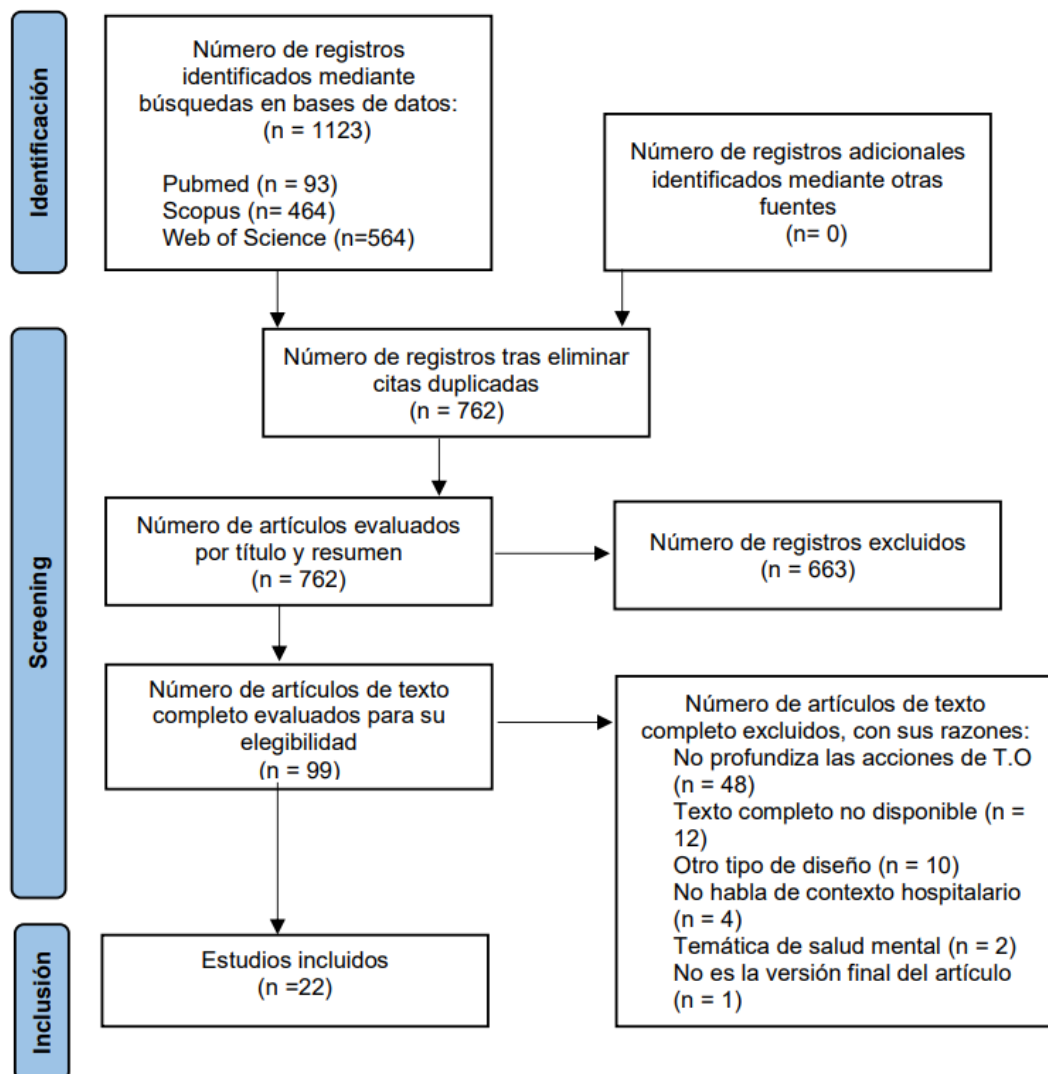


Tabla 1: Caracterización de las fuentes de información seleccionadas

N°	Autor, año	País	Diseño de investigación	Población	Setting
1	Arieli et al., 2022	Israel.	Estudio observacional de cohorte prospectivo.	77 participantes.	Sala de cuidados básicos.
2	Budib, et al., 2020	Brasil.	Estudio observacional de cohorte prospectivo.	37 participantes.	Sala de cuidados básicos.

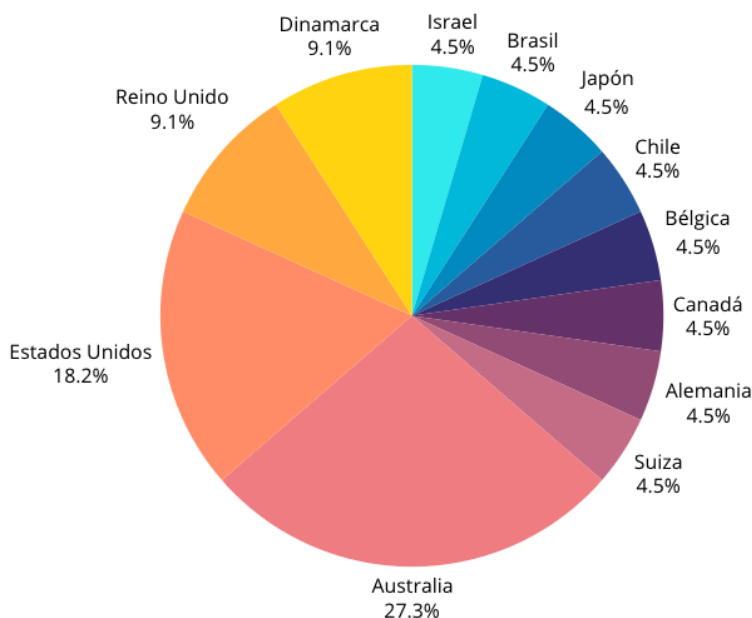
3	Christensen et al., 2022	Dinamarca.	Estudio observacional de cohorte prospectivo.	11 participantes.	Sala de cuidados básicos.
4	Gittins et al., 2020	Reino Unido.	Estudio observacional de cohorte retrospectiva.	94995 participantes.	Sala de cuidados básicos e intensivos.
5	Hang et al., 2021	Australia.	Estudio observacional de cohorte retrospectivo.	169 participantes.	Sala de cuidados básicos.
6	Malcolm et al., 2022	Estados Unidos.	Estudio analítico transversal.	1035 participantes.	Sala de cuidados intensivos.
7	Money et al., 2015	Reino Unido.	Estudio cualitativo de tipo fenomenológico.	10 participantes.	Contexto hospitalario, no delimita unidad o sala.
8	Murata et al., 2023	Japón.	Estudio observacional de cohorte retrospectivo.	172 participantes.	Sala de cuidados básicos.
9	Naseri et al., 2019	Australia.	Ensayo clínico controlado aleatorizado.	390 participantes.	Sala de cuidados básicos.
10	Nielsen, et al., 2018	Dinamarca.	Estudio cuasiexperimental.	375 participantes.	Sala de cuidados básicos.
11	Pagons et al., 2020	Alemania.	Estudio observacional de cohorte prospectivo.	74 participantes.	Sala de cuidados intensivos.
12	Provencher et al., 2020	Australia.	Ensayo clínico controlado aleatorizado.	400 participantes.	Sala de cuidados básicos.

13	Westgård et al., 2018	Suiza.	Piloto de ensayo clínico controlado aleatorizado.	30 participantes.	Sala de cuidados básicos.
14	Young et al., 2023	Estados Unidos.	Estudio observacional de cohorte prospectivo.	510 participantes.	Sala de cuidados intensivos.
15	Álvarez et al., 2017	Chile.	Piloto de ensayo clínico controlado aleatorizado.	140 participantes.	Sala de cuidados intensivos.
16	Casey et al., 2023	Estados Unidos.	Estudio mixto prospectivo.	50 participantes.	Sala de cuidados intensivos.
17	Clemson et al., 2016	Australia.	Ensayo clínico controlado aleatorizado.	400 participantes.	Sala de cuidados básicos.
18	Gomez et al., 2017	Canadá.	Estudio observacional de cohorte retrospectivo.	138 participantes.	Salas de cuidados básicos.
19	Lockwood et al., 2019	Australia.	Ensayo clínico controlado aleatorizado.	77 participantes.	Salas de cuidados básicos.
20	Patel et al., 2023	Estados Unidos.	Ensayo clínico controlado aleatorizado.	200 participantes.	Sala de cuidados intensivos.
21	Timmer et al., 2015	Australia.	Estudio mixto.	24 participantes.	Sala de cuidados básicos.
22	Van Grootven et al., 2021	Bélgica.	Estudio cuasiexperimental.	307 participantes.	Salas de cuidados básicos.

1. Características generales de los estudios

Dentro los países de origen de los artículos, Australia tiene la mayor representación con aproximadamente 27,3% de los estudios (artículo 5, 9, 12, 17, 19, 21). Estados Unidos es el segundo país con mayor número de estudios, representando 18,2% (artículos 6, 14, 16, 20). Dinamarca (artículo 3, 10) y Reino Unido (artículo 4, 7) tienen la misma representación con 9,1% cada uno. Por último, Israel (artículo 1), Brasil (artículo 2), Japón (artículo 8), Chile (artículo 15), Bélgica (artículo 12), Canadá (artículo 18), Alemania (artículo 11) y Suiza (artículo 13) tienen una representación de 4,5% cada uno.

Figura 3: Gráfico país de origen del estudio

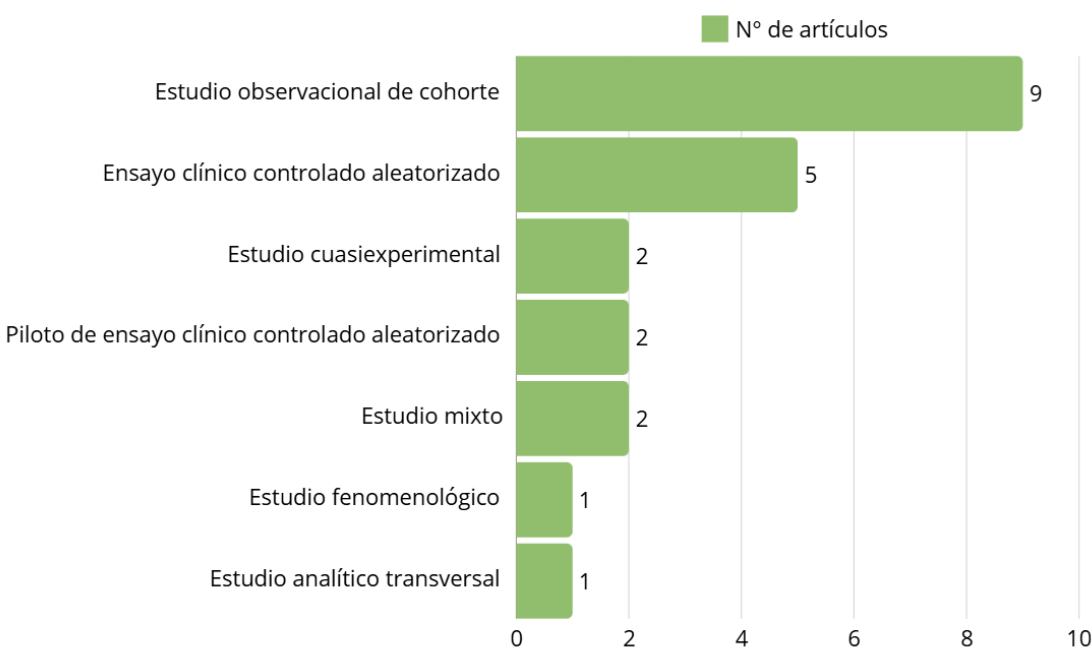


Por otro lado, de los 22 estudios revisados, el tipo de metodología más recurrente corresponde a la metodología cuantitativa, con un 86,36% de los estudios (artículo 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 22). Un 9,09% es de tipo mixta (artículo 16, 21) y un 4,5% de los estudios es de metodología cualitativa (artículo 7).

Con respecto al diseño de investigación, el estudio observacional de cohorte se destaca como el tipo de diseño más frecuente, con 9 estudios en esta categoría (artículo 1, 2, 3, 4, 5, 8, 11, 14, 18). El segundo diseño más frecuente corresponde al ensayo clínico controlado con 5 artículos (artículo 9, 12, 17, 19, 20) y los siguientes más comunes son el diseño cuasiexperimental (artículo 10, 22), el piloto de ensayo clínico controlado (artículo 13, 15) y el estudio mixto (artículo 16, 21), con 2 estudios cada uno.

Dentro los estudios observacionales, 5 de estos artículos corresponden a estudios de cohorte prospectivo (artículo 1, 2, 3, 11 y 14), 4 artículos son estudios de cohorte retrospectivo (artículo 4, 5, 8, 18) y 1 artículo es un estudio analítico transversal (artículo 6).

Figura 4: Diseño de investigación



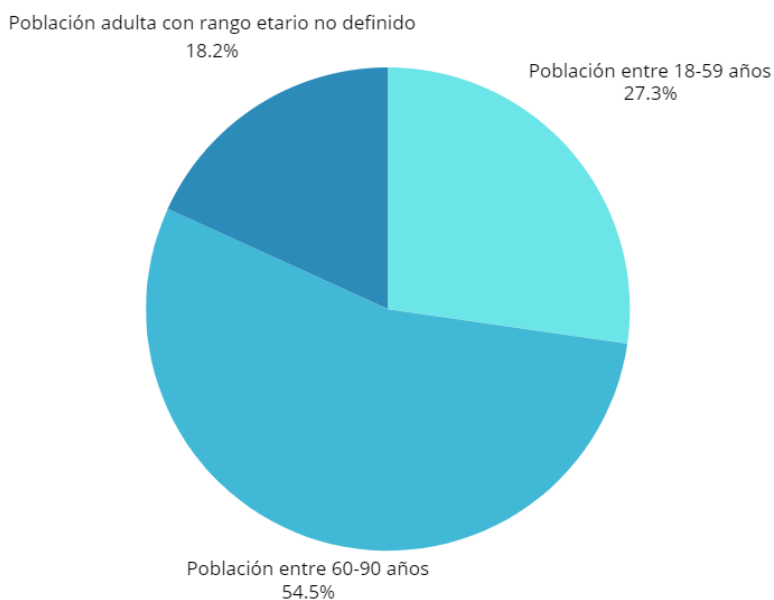
En cuanto a la población, el rango etario de los estudios comprende desde los 18 hasta los 90 años. Los rangos etarios declarados en los distintos estudios eran variados y se representan en la siguiente tabla.

Tabla 2: Rango etario de la población

Rango etario	Porcentaje de estudios
Desde los 18 años	18,1% (artículo 6, 14, 16, 20)
Desde los 50 años	4,5% (artículo 19)
Desde los 55 años	4,5% (artículo 7)
Desde los 60 años	27,2% (artículo 2, 5, 9, 11, 12, 15)
Desde los 65 años	13,6% (artículo 1, 8 ,10)
Desde los 70 años	4,5% (artículo 17)
Desde los 75 años	9% (artículo 13, 22)
No delimita edad	18,1% (artículo 3, 4, 18, 21)

En base a lo expuesto, se puede destacar que 12 estudios consideran solo a adultos mayores dentro de su población, lo que corresponde a un 54,5% del total (artículo 1, 2, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 22).

Figura 5: Población adulta mayor en comparación al total



Por último, sobre el setting, si bien todos los estudios fueron llevados a cabo en contexto hospitalario, el 95,45% de los estudios (artículo 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14,

15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22) delimitan el tipo de sala de cuidados donde se lleva a cabo este. Dentro de este mismo, se puede destacar que 7 de estos corresponden a sala de cuidados intensivos (artículo 4, 6, 11, 14, 15, 16, 20).

2. Reporte de T.O trabajando en equipo

En relación al trabajo en equipo, un 72,73% reportan que terapia ocupacional trabaja en un equipo interdisciplinario (artículo 2, 3, 4, 5, 6, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21,22), donde el fisioterapeuta es el profesional más frecuente en los equipos de rehabilitación siendo mencionado en 12 estudios (artículo 2, 3, 4, 5, 8, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 21). A esto lo siguen los enfermeros, considerados en 9 estudios (artículo 2, 4, 5, 13, 15, 16, 19, 21, 22) y los fonoaudiólogos, contemplados en 7 textos (artículo 2, 4, 5, 8, 14, 16, 19). Otros profesionales reportados con un trabajo en conjunto a terapia ocupacional son: trabajadores sociales (artículo 2, 19, 21), psicólogos (artículo 2, 4, 19), nutricionistas (artículo 2, 5, 21), químicos farmacéuticos (artículo 2), médicos (2, 5, 13, 21, 22) y odontólogos (artículo 2). Por último, cabe destacar que 7 artículos (artículo 2, 4, 5, 13, 15, 19, 21) mencionan un trabajo integrado de fisioterapeutas, enfermeros y terapeutas ocupacionales en específico.

3. Delimitación del rol del T.O y sus acciones

Un 90,91% delimita el rol del terapeuta ocupacional (artículo 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22), donde un 40,91% reporta acciones del terapeuta ocupacional desde el área motora (artículo 2, 3, 4, 10, 15, 18, 19, 20, 21). Estas acciones se orientan al entrenamiento y evaluación de habilidades motoras en las AVDB (artículo 3, 10, 20), donde se evalúa con el test Timed up and Go o la Evaluación de Habilidades Motoras y de Procesamiento (artículo 10). Se aprecia que los terapeutas ocupacionales trabajan principalmente en la estimulación de función motora de extremidades superiores, incluyendo

movilización temprana (artículo 20), elevación de extremidades (artículo 18), prevención de contracturas y deformidades (artículo 18) y ejercicios de reeducación del equilibrio y postura (artículo 21). Algunos artículos incluyeron trabajo de extremidades inferiores orientado a la movilidad funcional (artículo 20), caminata terapéutica (artículo 3), práctica de transferencias y evaluación y estrategias de prevención de caídas (artículo 19, 21). Por otro lado, se incorporan aspectos biomecánicos como trabajo de rango de movimiento (artículo 18), fortalecimiento muscular de las 4 extremidades (artículo 21) y desarrollo de la resistencia (artículo 21). Por último, también refieren acciones en el posicionamiento del usuario en cama (artículo 15), manejo de cicatrices y prevención de edema (artículo 18).

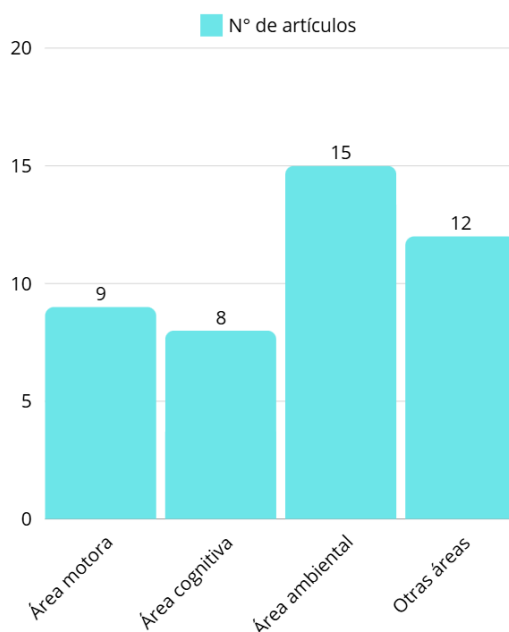
Asimismo, un 36,4% reporta acciones del terapeuta ocupacional desde el área cognitiva (artículo 1, 3, 5, 13, 15, 16, 20, 21). Lo más habitual es la evaluación de la cognición (artículo 2, 21) y posterior estimulación cognitiva orientada al desempeño de AVDB (artículo 1, 2, 13, 15, 20, 21). También se realiza manejo de delirium (artículo 13) y detección y tratamiento del deterioro cognitivo (artículo 16).

Un 68,2% reporta acciones del terapeuta ocupacional desde el área ambiental (artículo 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 21). Estas acciones corresponden a realizar visitas domiciliarias pre-alta (artículo 7, 9, 12, 17, 19), donde se entregan recomendaciones sobre modificaciones ambientales para favorecer la seguridad y funcionalidad dentro del hogar (lo cual también se puede entregar verbalmente) (artículo 6). También se realiza seguimiento terapéutico por medio de visitas domiciliarias post-alta (artículo 3, 5, 10, 12, 17) o llamadas telefónicas (artículo 17) para observar el desempeño del usuario. De la misma forma, se apoya en el uso y suministro de ayudas técnicas y equipos asistivos (artículo 9, 10, 21). Por otro lado, en uno de los artículos el terapeuta ocupacional ayuda a definir el destino de alta (ya sea el hogar, una residencia de adulto mayor u otra) (artículo 6) y entrega recomendaciones para este proceso. Desde el entorno social, fomenta el bienestar emocional y cognitivo del usuario a

través de la socialización y grupos de apoyo (artículo 2), y promueve la participación activa de la familia en el proceso hospitalario y del alta (artículo 2, 12), realizando educación o incorporándolos en la planificación al alta (artículo 15).

Por otro lado, un 59% reporta acciones desde otra área (artículo 3, 8, 10, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22), siendo lo más frecuente desde el ámbito funcional relacionado a la intervención, entrenamiento y reacondicionamiento en las AVD, tanto en las básicas (artículo 3, 8, 10, 11, 13, 15, 18, 19, 20, 21, 22) como en las instrumentales (artículos 17, 18, 21). Algunas otras acciones que desempeña el T.O son la coordinación administrativa del proceso de alta y transición de este periodo (artículo 10), estimulación polisensorial (artículo 15) y reentrenamiento vocacional del usuario según sus intereses (artículo 18).

Figura 6: Acciones del T.O según áreas



DISCUSIÓN

Esta revisión sistemática de literatura exploró principalmente el rol del terapeuta ocupacional en el proceso de alta hospitalaria de adultos por medio de la evidencia disponible

en distintas bases de datos. Se realizó un análisis de 22 artículos con diseños de investigación tanto cuantitativos como cualitativos, los cuales incorporaban acciones del terapeuta ocupacional para favorecer la transición entre hospital y hogar. En base a la información recolectada, las acciones del terapeuta se dividieron en motoras, cognitivas, ambientales y otras, y si existía trabajo interdisciplinario con otros profesionales.

Si bien existen revisiones sistemáticas que mencionan que terapia ocupacional tiene un rol en la etapa previa al alta hospitalaria, en estas no se describen las acciones concretas que involucra el trabajo de la profesión (Liebzeit et al., 2021), razón por la cual se buscó indagar el rol de terapia ocupacional en esta investigación.

Dentro de la revisión realizada, se encontraron artículos pertenecientes a 12 países diferentes, lo que otorga una mirada global hacia este tópico brindando diversos enfoques sobre el ejercicio de la profesión en el contexto hospitalario, por lo que sugiere una mayor investigación sobre la misma.

Además, con respecto a la edad de los participantes, se observa que los artículos incluyen principalmente a población adulta mayor. Si bien se permite describir con claridad a este grupo etario, restringe el conocimiento existente sobre las acciones realizadas a la población de 59 años o menos, e inclusive el eventual declive funcional en el proceso de hospitalización. Aludiendo a lo expuesto en el marco teórico, según los estudios de Ceballos-Acevedo et al. (2014), Ojeda-Méndez et al. (2021) y Sánchez Hernández (2019), que han investigado los factores que influyen en la prolongación de la estancia hospitalaria, dentro de las características del paciente, se encuentra el ser mayor a 65 años, factor que se condice con lo pesquisado sobre las edades de los sujetos de estudio en los artículos revisados. Asimismo, en un alto porcentaje de adultos mayores, el estado funcional previo a la hospitalización es diferente al momento del alta, desarrollándose un declive funcional en las actividades de la vida diaria en la mayoría de los casos (Covinsky et al. 2003).

En adición a lo anterior, es posible que otra de las causas de este hallazgo sea que hay varios artículos con settings correspondientes a Unidades de Cuidados Intensivos, donde más del 50% de los pacientes corresponden a personas entre 60 y 79 años y menos de un 10% de los pacientes corresponden a adultos entre 20 y 40 años (Kim et al., 2019).

A la vez, existe escasa delimitación respecto al trabajo interdisciplinario que se realiza con los otros profesionales. Un factor importante que puede limitar el trabajo interdisciplinario exitoso es la falta de entendimiento desde los mismos profesionales sobre los roles específicos que cada profesión contribuye en la rehabilitación (White et al., 2013). Esto se relaciona con lo investigado por Alotaibi et al. (2018), ya que dentro del mismo equipo profesional existe un restringido conocimiento del trabajo de terapia ocupacional, lo cual también se extrapola a estudios de diferentes países, tales como Jordania (Tariah et al., 2012), Sudáfrica (Naidoo et al., 2016) e Irán (Shafaroodi et al., 2014). Asimismo, hay una falta de comprensión sobre la relevancia de la ocupación y su impacto en el bienestar (Fossey, 2001), por lo que se relega de la importancia del terapeuta como parte del equipo integrado. En cuanto a la transición del hospital al hogar, si bien existe evidencia de que la atención entregada por un equipo interdisciplinario disminuye los costos de atención y mejora la evaluación de egreso del paciente (Blewett et al., 2010), los equipos interdisciplinarios son poco comunes. Por lo general, cuando el usuario es dado de alta, se le entrega atención por un solo profesional (Liebzeit et al., 2021). Es de suma relevancia profundizar el rol que tiene el terapeuta ocupacional dentro del equipo de trabajo, para resaltar las contribuciones que le entrega al usuario y promover un trabajo interdisciplinario exitoso.

Es importante destacar que, según los resultados anteriormente mencionados, la especialidad con la que más se mencionó trabajo interdisciplinario fue con fisioterapia, lo que podría indicar una mayor intervención desde el área motora en los usuarios. Sin embargo, en los artículos revisados no se evidenció trabajo en conjunto a especialidades médicas como

neurología, por ejemplo, que es una “rama de la medicina, que se ocupa de promover la salud del sistema nervioso, así como el estudio clínico, el diagnóstico, el tratamiento y la investigación de sus enfermedades” (Real Academia Nacional de Medicina, 2012), o fisiatría, lo que podría ser muy enriquecedor desde el área motora para usuarios con patologías de origen neurológico y también desde el área cognitiva. Si se considera que el principal enfoque de los terapeutas ocupacionales corresponde a la rehabilitación con las ocupaciones como medio y como fin, es relevante considerar el hecho de que la realización de la ocupación en sí requiere del factor motor y cognitivo simultáneamente. Por lo tanto, podría ser significativo el trabajo interdisciplinario también con neurología, fisiatría u otras especialidades médicas con el fin de favorecer la participación de los usuarios en las ocupaciones.

Es importante destacar que, si bien se lograron encontrar acciones relacionadas al trabajo de T.O en el proceso de alta, tanto las acciones cognitivas como las motoras y funcionales corresponden a trabajo realizado dentro del mismo contexto hospitalario con el objetivo de favorecer la independencia del usuario para el proceso de transición. No obstante, se evidencia que las acciones desde el área ambiental están orientadas a favorecer el desempeño en el entorno domiciliario, es decir, con una mirada centrada en el post-alta.

Por otro lado, según lo referido Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 2020) en términos de la planificación del alta:

La planificación de la interrupción de los servicios de terapia ocupacional comienza en la evaluación inicial, la discontinuación de la atención ocurre cuando el cliente termina los servicios después de cumplir con los objetivos a corto y largo plazo o elige dejar de recibir los servicios (de acuerdo con la atención centrada en el cliente).

Esto significa que, desde el marco de trabajo de la profesión, la acción del proceso de transición está descrito, siendo fundamental desde el inicio del proceso hospitalario hasta su finalización o incluso posterior a esta, dependiendo de si se cumplen o no los objetivos de

rehabilitación del usuario. Sin embargo, es probable que producto del mismo ambiente hospitalario y su dinámica, entendiendo esta como los diferentes protocolos o procesos de seguimiento que dependen de la institución, no se completen los procesos de intervención con el tiempo requerido, lo cual restringe que sea ordenado y detallado.

En relación con lo anteriormente mencionado y las acciones que realiza el terapeuta ocupacional presentadas en esta investigación, todas, a excepción del manejo ambiental en el hogar, se realizan igualmente durante el proceso hospitalario como tal y no exclusivamente al alta. Esto podría resultar confuso para el lector con respecto a los objetivos presentados para esta investigación, sin embargo, resulta relevante mencionar que, dentro de los resultados, muchas de las acciones descritas en los artículos leídos se realizan efectivamente durante la estancia hospitalaria (tales como las acciones motoras y cognitivas) y otras son más preponderantes en el momento del alta (como las acciones ambientales). Lo óptimo sería lograr que todas las acciones perduren hasta el proceso de alta e idealmente continuando después de este, entendiendo siempre que este proceso comienza desde la primera evaluación del usuario, como lo plantea la AOTA.

Si bien el proceso de alta varía dependiendo de los lineamientos del establecimiento de salud, los criterios y razonamiento del terapeuta y las mismas expectativas del usuario, lo óptimo sería entregarle una continuidad a estas acciones en el proceso hospitalario como tal, pasando por el proceso de alta y continuando hasta que el usuario se encuentre en el hogar o residencia, finalizando el proceso cuando los objetivos sean cumplidos.

En el contexto del alta hospitalaria, el rol del terapeuta ocupacional en el área ambiental se manifiesta a través de una serie de acciones que contribuyen a mejorar los entornos de participación del usuario. Según la práctica de terapia ocupacional desde un modelo basado en la ocupación, estas acciones podrían estar alineadas con los principios del Modelo Ecológico del Desempeño Humano (MEDH) (Brown, 2016), que reconoce que los entornos pueden actuar

como barreras o facilitadores del desempeño ocupacional. En este sentido, las intervenciones del terapeuta ocupacional buscan favorecer el desempeño en diversos entornos, tanto físicos (incluyendo el hogar y el hospital en este caso) como sociales (considerando las relaciones interpersonales y el sistema económico). Desde la perspectiva del MEDH y la extracción de resultados, el terapeuta ocupacional implementa estrategias que se centran en establecer/restablecer habilidades para favorecer la independencia. Asimismo, puede alterar o modificar el entorno a través de visitas domiciliarias donde se proponen recomendaciones específicas para fomentar la seguridad y funcionalidad con el objetivo de promover la participación satisfactoria del usuario en este contexto. Además, se puede vincular a que se enfoca en prevenir, por ejemplo, caídas mediante intervenciones que ajusten el entorno físico para reducir riesgos y aumentar la movilidad segura del usuario.

Otra estrategia crucial es crear espacios de participación e involucramiento familiar, promoviendo el apoyo de la familia en el proceso de alta y facilitando su participación en el cuidado continuo del usuario a través de la educación. De la misma forma, se pueden crear oportunidades de participación mediante las estrategias de uso de ayudas técnicas y adaptaciones, las cuales son proporcionadas por los T.O. Las visitas domiciliarias, la provisión de ayudas técnicas y la definición del destino de alta, ya sea el hogar o una residencia, se integran en un proceso que busca optimizar el bienestar físico, emocional y cognitivo del usuario, favoreciendo tanto la seguridad como la funcionalidad en el hogar, facilitando la transición hacia una mayor independencia. Esto se encuentra en línea con el principio del MEDH que afirma que “el desempeño ocupacional es el resultado que se asocia con la confluencia de los factores de la persona, entorno y ocupación” (Brown, 2016, p. 497).

Con respecto a las fortalezas de esta revisión se encuentra el amplio conocimiento sobre metodología de la investigación, lo que facilitó el proceso. Por otro lado, el acceso desde

la biblioteca de la Universidad de los Andes permitió el acceso a texto completo de varios de los artículos.

Dentro de las limitaciones de esta revisión, si bien las investigadoras poseen manejo del idioma inglés, el nivel de tecnicismos que poseían los artículos fue elevado, lo que exigió un mayor tiempo de lectura y análisis de los datos presentados. Por otro lado, existieron artículos que no pudieron ser leídos en texto completo pese a haber sido incluidos considerando los criterios de inclusión y exclusión, ya que no presentaban acceso abierto gratuito ni tampoco acceso a través de la biblioteca de la Universidad de los Andes. Además, se considera como limitación la ausencia de dominio de otros idiomas en los que se podrían haber encontrado artículos con más información.

Con respecto a las implicancias del trabajo presentado, este permite que se explore a mayor profundidad el rol del terapeuta ocupacional que, si bien puede aportar de manera significativa en el proceso de alta hospitalaria, no se le entrega la relevancia suficiente. De esta manera, resulta fundamental que el resto de los trabajadores de la salud puedan conocer más sobre el rol del T.O. Sin embargo, es primordial en primer lugar que ellos mismos lo conozcan y se empoderen de este para poder darse a conocer con el resto.

CONCLUSIÓN

Se respondió la pregunta de investigación planteada, debido a que este estudio analizó el rol del terapeuta ocupacional en el proceso de alta hospitalaria de adultos, basándose en 22 artículos de diferentes países y metodologías. Los resultados indicaron que las intervenciones se dividen en áreas motoras, cognitivas, ambientales y funcionales, demostrando la importancia del trabajo interdisciplinario, especialmente con fisioterapeutas y enfermeros. Se destacó la población de personas mayores (60 años o más) limitando el conocimiento en investigaciones acerca de grupos etarios más jóvenes.

Aunque se observa un rol consolidado de la terapia ocupacional en la etapa previa al alta en países como Australia y Estados Unidos, en Chile este enfoque aún es incipiente. Si bien, en este país hay una emergencia de la práctica de terapia ocupacional (Lanas, 2017), aún no se comprende la relevancia de esta profesión a nivel investigativo y, por lo tanto, tampoco desde el alta hospitalaria.

En términos generales, esta revisión sugiere la necesidad de profundizar a través de investigaciones primarias que otorguen mayor información aplicada al rol del terapeuta ocupacional en la transición entre el hogar y el hospital del paciente, con el fin de garantizar una transición que responda de manera integral a las necesidades ocupacionales del usuario en sus diversos contextos, favoreciendo holísticamente este proceso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alotaibi, N. M., Manee, F. S., Murphy, L. J., & Rassafiani, M. (2018). Knowledge about and Attitudes of Interdisciplinary Team Members toward Occupational Therapy Practice: Implications and Future Directions. *Medical Principles and Practice*, 28(2), 158–166. <https://doi.org/10.1159/000495915>
- Álvarez, E., Garrido, M., González, F., Guzmán, E., Donoso, T., Gallegos, S., Vergara, S., Aranda, R., Prieto, S., Briceño, C., Tobar, E., Alzamora, C., Bolvarán, C., Concha, C., Valencia, F., & Villalobos, F. (2012). Terapia ocupacional precoz e intensiva en la prevención del delirium en adultos mayores ingresados a unidades de paciente crítico. Ensayo clínico randomizado: Resultados preliminares. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 12(1), Article 1. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2012.22051>
- Álvarez, E., Garrido, M., Tobar, E., Prieto, S., Vergara, S., Briceno, C., & Gonzalez, F. (2017). Occupational therapy for delirium management in elderly patients without mechanical ventilation in an intensive care unit: A pilot randomized clinical trial. *Journal of Critical Care*, 37, 85–90. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.09.002>
- American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process—Fourth Edition. *American Journal of Occupational Therapy*, 74, 1–87. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- Arieli, M., Agmon, M., Gil, E., & Kizony, R. (2022). The contribution of functional cognition screening during acute illness hospitalization of older adults in predicting participation in daily life after discharge. *BMC Geriatrics*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03398-5>

Asociación de Academias de la Lengua Española & Real Academia Española. (2023).

Multidisciplinario, multidisciplinaria / *Diccionario de la lengua española*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Recuperado 19 de abril de 2024, de <https://dle.rae.es/multidisciplinario>

American Public Health Association. (2016). *What is public health?* <https://www.apha.org/what-is-public-health>

Barrueta, Ojer, M. J., & Trébol, A. (2009). Terapia ocupacional, en geriatría y gerontología.

TOG (A Coruña) 6(4), 215-258. Extraído de <https://www.revistatog.com/suple/num4/gerontologia.pdf>

Becerril-Montekio, V., & Manuel, A. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud pública de*

México, 53(2), 132–143. Extraído de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800009

Bekerjain, D. (2022). *Continuidad de la atención sanitaria—Salud de las personas de edad avanzada*. Manual MSD versión para público general.

<https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/prestación-de-atención-sanitaria-a-las-personas-de-edad-avanzada/continuidad-de-la-atención-sanitaria>

Bendowska, A., & Baum, E. (2023). The Significance of Cooperation in Interdisciplinary Health

Care Teams as Perceived by Polish Medical Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 954.

<https://doi.org/10.3390/ijerph20020954>

- Blewett, L. A., Johnson, K., McCarthy, T., Lackner, T., & Brandt, B. (2010). Improving geriatric transitional care through inter-professional care teams. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(1), 57–63. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2008.01114.x>
- Brown, C. (2016). Modelos ecológicos en terapia ocupacional. En B. A. Boyt Schell, G. Gillen, M. E. Scaffa & E. S. Cohn (Eds.), *Willard y Spackman: Terapia ocupacional* (12ª ed., pp. 494–504). Editorial Panamericana.
- Budib, M., Zulim, M., De Oliveira, V., & de Matos, V. (2020). Integrated Continuous Care: Collaborating with the elderly functionality: *Bioscience Journal*, 36(1), 266–275. <https://doi.org/10.14393/BJ-v36n1a2020-42308>
- Budinich, M., & Sastre, J. (2020). Planificación del alta. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(1), 76–84. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.09.006>
- Carrera-Lasfuentes, P., Abad, J. M., Aguilar-Palacio, I., & Rabanaque, M. J. (2015). Comorbilidad como predictor de utilización de servicios sanitarios y mortalidad en pacientes con diabetes. *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 10–14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.07.008>
- Casey, K., Sim, E., Lavezza, A., Iannuzzi, K., Friedman, L. A., Hoyer, E. H., & Young, D. L. (2023). Identifying Cognitive Impairment in the Acute Care Hospital Setting: Finding an Appropriate Screening Tool. *American Journal of Occupational Therapy*, 77(1). <https://doi.org/10.5014/ajot.2023.050028>
- Ceballos-Acevedo, T. M., Velásquez-Restrepo, P. A., & Jaén-Posada, J. S. (2014). Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. *Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), Article 27. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.dehm>

- Christensen, K. A., Christensen, J., & Eskildsen, S. J. (2022). Exploring the Ability to Perform Activities of Daily Living and Cognitive Status after Hospitalization with COVID-19: A Multiple Case Study. *Occupational Therapy International*, 2022. <https://doi.org/10.1155/2022/4605989>
- Clemson, L., Lannin, N., Wales, K., Salkeld, G., Rubenstein, L., Gitlin, L., Barris, S., Mackenzie, L., & Cameron, I. (2016). Occupational Therapy Pre-discharge Home Visits in Acute Hospital Care: A Randomized Trial. *Journal of the American geriatrics society*, 64(10), 2019–2026. <https://doi.org/10.1111/jgs.14287>
- Corregidor, A. (2010). Valoración de Terapia Ocupacional en geriatría, ¿la virtud de medir el defecto? *TOG (A Coruña)*, 7(3), 32–50. Extraído de <https://www.revistatog.com/mono/num3/medir.pdf>
- Covinsky, K. E., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H., Counsell, S. R., Stewart, A. L., Kresevic, D., Burant, C. J., & Landefeld, C. S. (2003). Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 451–458. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51152>.
- Cuba-Fuentes, M., Contreras Samamé, J. A., Ravello Ríos, P. S., Castillo Narro, M. A., & Coayla Flores, S. A. (2016). La medicina centrada en el paciente como método clínico. *Revista Medica Herediana*, 27(1), 50–59. <https://doi.org/10.20453/rmh.v27i1.2786>
- Cumbler, E., Carter, J., & Kutner, J. (2008). Failure at the transition of care: Challenges in the discharge of the vulnerable elderly patient. *Journal of Hospital Medicine*, 3(4), 349–352. <https://doi.org/10.1002/jhm.304>

- de Cruppé, W., Assheuer, M., Geraedts, M., & Beine, K. (2023). Association between continuity of care and treatment outcomes in psychiatric patients in Germany: A prospective cohort study. *BMC Psychiatry*, 23(1), 52. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04545-x>
- de Lama, S. (s. f.). *El entorno hospitalario*. Recuperado 28 de abril de 2024, de <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/auxiliares/area1.pdf>
- Díaz-Koo, C. J., Fernández-Mogollón, J., & Hirakata-Nakayama, C. (2020). Características de los pacientes con estancia prolongada en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional Almonzor Aguinaga Asenjo. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almonzor Aguinaga Asenjo*, 13(3). <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2020.133.732>
- Dimas Altamirano, B., Gómez Ortega, M., Santana González, C. C., & Bobadilla Serrano, M. E. (2022). Prevención de eventos adversos a través de la planificación y enseñanza al paciente o familia para el alta hospitalaria. *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v10i1.3358>
- Domínguez-Ardila, A., & García-Manrique, J. G. (2014). Valoración geriátrica integral. *Atención Familiar*, 21(1), 20–23. [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30006-2)
- Dunn, W., Brown, C., & McGuigan, A. (1994). The Ecology of Human Performance: A Framework for Considering the Effect of Context. *American Journal of Occupational Therapy*, 48(7), 595–607. <https://doi.org/10.5014/ajot.48.7.595>
- Eymin, G., Aizman, A., Lopetegui, M., & Manjarrez, E. (2014). Proceso de alta hospitalaria, revisión de la literatura. *Revista médica de Chile*, 142(2), 229-237. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014000200012>

- Fasoli, S. (2008). Restoring Competence for Homemaker and Parent Roles. En M. V. Radomski & C. A. Trombly (Eds.), *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*, 6^a ed. (pp. 855-874). Lippincott Williams & Wilkins.
- Fossey, E. (2001). Effective interdisciplinary teamwork: An occupational therapy perspective. *Australasian Psychiatry*, 9(3), 232–235. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1665.2001.00334.x>
- Gittins, M., Vail, A., Bowen, A., Lugo-Palacios, D., Paley, L., Bray, B., Gannon, B., & Tyson, S. (2020). Factors influencing the amount of therapy received during inpatient stroke care: An analysis of data from the UK Sentinel Stroke National Audit Programme. *Clinical Rehabilitation*, 34(7), 981–991. <https://doi.org/10.1177/0269215520927454>
- Goldstein, E. (2018). El sistema de salud en Chile y la Atención Primaria de Salud municipal. *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*.
- Gomez, M., Tushinski, M., & Jeschke, M. G. (2017). Impact of Early Inpatient Rehabilitation on Adult Burn Survivors' Functional Outcomes and Resource Utilization. *Journal of Burn Care and Research*, 38(1), e311–e317. <https://doi.org/10.1097/BCR.0000000000000377>
- Gómez, M. I., Quiroga, A., Matute, I., González, C., Castillo, C., & Fuentes, R. (2019). V. Prestadores de servicios asistenciales de salud. *Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno*. Serie de Salud Poblacional N°2. <https://medicina.udd.cl/centro-epidemiologia-politicas-salud/files/2019/12/ESTRUCTURA-Y-FUNCIONAMIENTO-DE-SALUD-2019.pdf>
- González, I. J., Rivas, G. del C., Romero, A., & Cortina, B. (2009). Relación entre el prestador de servicio de salud y la estancia prolongada en el hospital. *Revista CONAMED*, 14(4), 21–24. Extraído de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3632093>

- Hang, J.-A., Francis-Coad, J., Naseri, C., Jacques, A., Waldron, N., Purslowe, K., & Hill, A.-M. (2021). Identifying the Association Between Older Adults' Characteristics and Their Health-Related Outcomes in a Transition Care Setting: A Retrospective Audit. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.688640>
- Hartley, P., Gibbins, N., Saunders, A., Alexander, K., Conroy, E., Dixon, R., Lang, J., Luckett, J., Luddington, T., & Romero-Ortuno, R. (2017). The association between cognitive impairment and functional outcome in hospitalized older patients: a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 46(4), 5595-67. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx007>
- James, A.B. (2008). Restoring the Role of Independent Person. En M. V. Radomski & C. A. Trombly (Eds.), *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*, 6^a ed. (pp. 774-816). Lippincott Williams & Wilkins.
- Jencks, S., Williams, M., & Coleman, E. (2009). Rehospitalizations among patients in the Medicare Fee-for-Service program. *The New England Journal of Medicine*, 360(14), 1418-1428. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0803563>
- Jiménez Paneque, R. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662004000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Kim, D. Y., Lee, M. H., Lee, S. Y., Yang, B. R., & Kim, H. A. (2019). Survival rates following medical intensive care unit admission from 2003 to 2013: An observational study based on a representative population-based sample cohort of Korean patients. *Medicine*, 98(37), e17090. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017090>

- Lanas, O. H. (2017). Estado de la terapia ocupacional en Chile: Formación en pregrado y caracterización de sus egresados entre los años 2007-2014. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 17(2). <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2017.48083>
- Liebzeit, D., Rutkowski, R., Arbaje, A. I., Fields, B., & Werner, N. E. (2021). A scoping review of interventions for older adults transitioning from hospital to home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(10), 2950–2962. <https://doi.org/10.1111/jgs.17323>
- Lockwood, K. J., Harding, K. E., Boyd, J. N., & Taylor, N. F. (2019). Predischarge home visits after hip fracture: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 33(4), 681–692. <https://doi.org/10.1177/0269215518823256>
- Lynn, Y. (2008). Rheumatoid Arthritis, Osteoarthritis. En M. V. Radomski & C. A. Trombly (Eds.), *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*, 6^a ed. (pp. 1214-1243). Lippincott Williams & Wilkins.
- Maher, C., & Bear-Lehman, J. (2008). Orthopaedic Conditions. En M. V. Radomski & C. A. Trombly (Eds.), *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*, 6^a ed. (pp. 1123). Lippincott Williams & Wilkins.
- Malcolm, M. P., Kinney, A. R., & Graham, J. E. (2022). Predicting Community Discharge for Occupational Therapy Recipients in the Neurological Critical Care Unit. *American Journal of Occupational Therapy*, 76(1). <https://doi.org/10.5014/ajot.2022.045450>
- Mallinson, T., Fischer, H., Rogers, J. C., Ehrlich-Jones, L., & Chang, R. (2009). Human Occupation for Public Health Promotion: New Directions for Occupational Therapy Practice With Persons With Arthritis. *The American Journal of Occupational Therapy*, 63(2), 220–226. <https://doi.org/10.5014/ajot.63.2.220>

- Maramba, P. J., Richards, S., Myers, A. L., & Larrabee, J. H. (2004). Discharge planning process: Applying a model for evidence-based practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(2), 123–129. <https://doi.org/10.1097/00001786-200404000-00009>
- Martín-Sánchez, F. J., Carbajosa, V., Llorens, P., Herrero, P., Jacob, J., Miró, Ó., Fernández, C., Bueno, H., Calvo, E., & Ribera Casado, J. M. (2016). Tiempo de estancia prolongado en los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca aguda. *Gaceta Sanitaria*, 30(3), 191–2000. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.01.003>
- Ministerio de Salud. (2013). Orientaciones para la planificación y programación en red año 2014. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e6485ed1642ee853e040010164011633.pdf>
- Ministerio de Salud. (2018). *Anexo-11: Consideraciones sobre prestaciones de rehabilitación* <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/09/ANEXO-11-CONSIDERACIONES-SOBRE-PRESTACIONES-DE-REHABILITACION.pdf>
- Ministerio de Salud. (2018). *Definiciones técnicas*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/12/definicionestecnicas.pdf>
- Ministerio de Salud. (2018). *Orientación técnica de atención integral para personas mayores frágiles en unidades geriátricas de agudos (UGA)*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/Orientacion-Tecnica-de-Atencion-Integral-para-Personas-Mayores-Fragiles-en-Unidades-Geriatricas-de-AgudosUGA.pdf>
- Ministerio de Salud. (2024). *Manual Series REM 2024*. <https://estadistica.ssmso.cl/wp-content/uploads/2024/01/Manual-Series-REM-2024-V1.1.pdf>
- Money, A. G., Atwal, A., Young, K. L., Day, Y., Wilson, L., & Money, K. G. (2015). Using the Technology Acceptance Model to explore community dwelling older adults' perceptions

- of a 3D interior design application to facilitate pre-discharge home adaptations. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12911-015-0190-2>
- Murata, H., Tashiro, S., Sakamoto, H., Ishida, R., Kuwabara, M., Matsuda, K., Shiokawa, Y., Hirano, T., Momozaki, R., Maeda, K., Wakabayashi, H., & Yamada, S. (2023). Impact of rehabilitation dose on body mass index change in older acute patients with stroke: A retrospective observational study. *Frontiers in Nutrition*, 10. <https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1270276>
- Naidoo, D., Wyk, J. V., & Joubert, R. W. E. (2016). Exploring the occupational therapist's role in primary health care: Listening to voices of stakeholders. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 8(1), Article 1. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v8i1.1139>
- Naseri, C., McPhail, S. M., Haines, T. P., Morris, M. E., Etherton-Bear, C., Shorr, R., Flicker, L., Bulsara, M., Netto, J., Lee, D.-C. A., Francis-Coad, J., Waldron, N., Boudville, A., & Hill, A.-M. (2019). Evaluation of Tailored Falls Education on Older Adults' Behavior Following Hospitalization. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(11), 2274–2281. <https://doi.org/10.1111/jgs.16053>
- National Health Service. (2018). *Guide to reducing long hospital stays*. https://allcatsrgrey.org.uk/wp/download/health_services/hospitals/Guide_to_reducing_long_hospital_stays_FINAL_v2.pdf
- Nielsen, L. M., Maribo, T., Kirkegaard, H., Petersen, K. S., Lisby, M., & Oestergaard, L. G. (2018). Effectiveness of the “Elderly Activity Performance Intervention” on elderly patients' discharge from a short-stay unit at the emergency department: A quasi-

- experimental trial. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 737–747.
<https://doi.org/10.2147/CIA.S162623>
- Ocampo, J. M., & Reyes-Ortiz, C. A. (2016). Revisión sistemática de literatura. Declinación funcional en ancianos hospitalizados. *Revista Médica de Risaralda*, 22(1), Article 1.
<https://doi.org/10.22517/25395203.13681>
- Ojeda-Méndez, C. A., Palomino-Pacichana, D. S., Bejarano-Barragán, L., Ocampo-Chaparro, J. M. & Reyes-Ortiz, C. A. (2021). Factores asociados con estancia hospitalaria prolongada en una unidad geriátrica de agudos. *Acta Medica Colombiana*, 46(1), 7–13.
<https://doi.org/10.36104/amc.2021.1844>
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Objetivos y metas de desarrollo sostenible*. Naciones Unidas. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023, 30 octubre). *Rehabilitación*.
<https://www.paho.org/es/temas/rehabilitacion#:~:text=La%20rehabilitaci%C3%B3n%20es%20un%20conjunto,%2C%20trastorno%2C%20lesi%C3%B3n%20o%20traum>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Being an effective team player*.
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/curriculum-guide/resources/ps-curr-handouts/course04_handout_being-an-effective-team-player-.pdf?sfvrsn=50aecf5a_9&download=true
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Envejecimiento y salud*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Pagonas, N., Bauer, F., Zappe, L., Seibert, F. S., Rohn, B., Klimek, C., Wirth, R., Gotzmann, M., Babel, N., & Westhoff, T. H. (2020). Hemodynamic effects of a multidisciplinary

- geriatric rehabilitation program. *Clinical Interventions in Aging*, *15*, 1035–1043.
<https://doi.org/10.2147/CIA.S239844>
- Patel, B., Wolfe, K., Patel, S., Dugan, K., Esbrook, C., Pawlik, A., Stulberg, M., Kemple, C., Teele, M., Zeleny, E., Hedeker, D., Pohlman, A., Arora, V., Hall, J., & Kress, J. (2023). Effect of early mobilisation on long-term cognitive impairment in critical illness in the USA: a randomised controlled trial. *LANCET RESPIRATORY MEDICINE*, *11*(6), 563–572. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(22\)00489-1](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(22)00489-1)
- Pedone, C., Ercolani, S., Catani, M., Maggio, D., Ruggiero, C., Quartesan, R., Senin, U., Mecocci, P., Cherubini, A., & on Behalf of the GIFA Study Group. (2005). Elderly Patients With Cognitive Impairment Have a High Risk for Functional Decline During Hospitalization: The GIFA Study. *The Journals of Gerontology: Series A*, *60*(12), 1576–1580. <https://doi.org/10.1093/gerona/60.12.1576>
- Pérez, M. (2013). Terapia ocupacional en un hospital general de agudos de la ciudad autónoma de Buenos Aires, Argentina. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, *13*(2), Article 2. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2013.30220>
- Perilla, V. M. L., & Joaquim, R. H. V. T. (2020). Equipo multiprofesional y trabajo interdisciplinario en cuidados paliativos: Reflexiones sobre factores contextuales y profesionales que afectan la práctica de Terapia Ocupacional. *Revista Ocupación Humana*, *20*(1), Article 1. <https://doi.org/10.25214/25907816.949>
- Pistoria, M. (2023, octubre). *Alta hospitalaria—Temas especiales*. Manual MSD versión para público general. <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/temas-especiales/atenci%C3%B3n-hospitalaria/alta-hospitalaria>

- Provencher, V., Clemson, L., Wales, K., Cameron, I. D., Gitlin, L. N., Grenier, A., & Lannin, N. A. (2020). Supporting at-risk older adults transitioning from hospital to home: Who benefits from an evidence-based patient-centered discharge planning intervention? Post-hoc analysis from a randomized trial. *BMC Geriatrics*, 20(1).
<https://doi.org/10.1186/s12877-020-1494-3>
- Real Academia Nacional de Medicina de España. (2012). *Neurología*. Diccionario de términos médicos. Recuperado 14 de octubre de 2024, de
https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=neurolog%C3%ADa
- Sacanella, E., Pérez-Castejón, J. M., Nicolás, J. M., Masanés, F., Navarro, M., Castro, P., & López-Soto, A. (2011). Functional status and quality of life 12 months after discharge from a medical ICU in healthy elderly patients: A prospective observational study. *Critical Care*, 15(2), R105. <https://doi.org/10.1186/cc10121>
- Sánchez Hernández, E., Pérez Fouces, F. E., López Castillo, E. E., de la Torre Vega, G. & Velez Fernández, G. (2019). Factores de riesgo asociados a estadía hospitalaria prolongada en pacientes adultos. *MEDISAN*, 23(2), 271–283. Extraído de
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192019000200271&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Shafaroodi, N., Kamali, M., Parvizy, S., Mehraban, A. H., & O'Toole, G. (2014). Factors affecting clinical reasoning of occupational therapists: A qualitative study. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 28, 8. Extraído de
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25250253/>

- Superintendencia de Salud. (s. f.). Hospitalización. Orientación en Salud. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. Recuperado 12 de mayo de 2024, de <https://www.superdesalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-2426.html>
- Tariah, H. S. A., Abulfeilat, K., & Khawaldeh, A. (2012). Health Professionals' Knowledge of Occupational Therapy in Jordan. *Occupational Therapy In Health Care*, 26(1), 74–87. <https://doi.org/10.3109/07380577.2011.635184>
- Timmer, A. J., Unsworth, C. A., & Taylor, N. F. (2015). Occupational therapy inpatient rehabilitation interventions with deconditioned older adults following an acute hospital admission: A Delphi study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(1), 41–49. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12169>
- Vaillant, S. D., Pérez, A. D., Vaillant, J. D., Driggs, D. B. S., & Hernández, Y. A. (2021). Intervenciones de rehabilitación en el paciente hospitalizado. *Correo Científico Médico*, 25(4), Article 4. <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3950>
- Valjalo, J., & Zamora, H. (2017). *Variables asociadas a la re hospitalización en dos hospitales de Santiago de Chile*. https://www.sociedadpoliticaspUBLICAS.cl/archivos/noveno/Funcio_Zamora_Hernaldo.pdf
- Van Grootven, B., Jeuris, A., Jonckers, M., Devriendt, E., de Casterlé, B., Dubois, C., Fagard, K., Herregods, M., Hornikx, M., Meuris, B., Rex, S., Tournoy, J., Milisen, K., Flamaing, J., & Deschodt, M. (2021). Geriatric co-management for cardiology patients in the hospital: A quasi-experimental study. *Journal of The American Geriatrics Society*, 69(5), 1377–1387. <https://doi.org/10.1111/jgs.17093>
- Vetrano, D. L., Landi, F., De Buyser, S. L., Carfi, A., Zuccalà, G., Petrovic, M., Volpato, S., Cherubini, A., Corsonello, A., Bernabei, R., & Onder, G. (2013). Predictors of length of

- hospital stay among older adults admitted to acute care wards: A multicentre observational study. *European Journal of Internal Medicine*, 25(2014), 56–62.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2013.08.709>
- Westgård, T., Ottenvall Hammar, I., Holmgren, E., Ehrenberg, A., Wisten, A., Ekdahl, A. W., Dahlin-Ivanoff, S., & Wilhelmson, K. (2018). Comprehensive geriatric assessment pilot of a randomized control study in a Swedish acute hospital: A feasibility study. *Pilot and Feasibility Studies*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/s40814-018-0228-1>
- White, M. J., Gutierrez, A., McLaughlin, C., Eziakonwa, C., Newman, L. S., White, M., Thayer, B., Davis, K., Williams, M., & Asselin, G. (2013). A pilot for understanding interdisciplinary teams in rehabilitation practice. *Rehabilitation Nursing*, 38(3), 142–152.
<https://doi.org/10.1002/rmj.75>
- Wolff, P., & Ríos, S. A. (2019). Predicción de readmisión de pacientes pediátricos mediante aprendizaje supervisado. *S. R*, XXXIII.
https://www.dii.uchile.cl/~ris/RIS2019/2_Prediccion_de_readmision_de_pacientes_pediatricos_mediante_aprendizaje_supervisado.pdf
- Young, B. M., Holman, E. A., Cramer, S. C., Shah, S., Griessenauer, C. J., Patel, N., Lin, D. J., Gee, J., Moon, J., Schwertfeger, J., Jayaraman, A., Lee, R., Lansberg, M., Payne, J., Patten, C., Agrawal, K., Kissela, B., Dejong, S., Cole, J., ... Falcone, G. J. (2023). Rehabilitation Therapy Doses Are Low After Stroke and Predicted by Clinical Factors. *Stroke*, 54(3), 831–839. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.122.041098>

ANEXO

Estrategias de búsqueda:

Tabla 2:

PubMed (en español)
(("adulto mayor"[Title/Abstract]) OR ("ancianos"[Title/Abstract]) OR ("persona mayor"[Title/Abstract]) OR ("personas de edad"[Title/Abstract]) OR ("personas mayores"[Title/Abstract]) OR ("adulto"[Title/Abstract]) OR ("anciano"[Title/Abstract]) OR ("adultos"[Title/Abstract])) AND (("terapia ocupacional"[Title/Abstract]) OR ("actividades de la vida diaria"[Title/Abstract])) AND ("alta"[Title/Abstract]) OR ("alta hospitalaria"[Title/Abstract]) OR ("alta de pacientes"[Title/Abstract])) AND (("hospital"[Title/Abstract]) OR ("readmision"[Title/Abstract]) OR ("reingreso"[Title/Abstract]))

Tabla 3:

Scopus (en español)
(("adulto mayor" [abstract]) OR ("ancianos" [abstract]) OR ("persona mayor" [abstract]) OR ("personas de edad" [abstract]) OR ("personas mayores" [abstract]) OR ("adulto" [abstract]) OR ("anciano"[abstract]) OR ("adultos"[abstract]) OR ("persona de edad" [abstract])) AND (("terapia ocupacional" [abstract]) OR ("actividades de la vida diaria"[abstract]) OR ("intervención de terapia ocupacional" [abstract])) AND (("alta hospitalaria" [abstract]) OR ("alta de pacientes" [abstract]) OR ("planificación del alta" [abstract])) AND (("hospital" [abstract]) OR ("readmision" [abstract]) OR ("reingreso" [abstract]))

Scopus (en inglés)
(("elderly" [abstract]) OR ("senior" [abstract]) OR ("aged" [abstract]) OR ("adult" [abstract])) AND (("occupational therapy" [abstract]) OR ("activities of daily living" [abstract]) OR ("occupational therapy intervention" [abstract]) OR ("patient care team"[abstract])) AND (("discharge" [abstract]) OR ("discharge planning" [abstract]) OR ("alta" [abstract])) AND (("hospital" [abstract]) OR ("readmission" [abstract]) OR ("reentry" [abstract]))

Tabla 4:

Tabla 5:

Web Of Science (WoS) (en español)
AB=("adulto mayor") OR AB=("ancianos") OR AB=("persona mayor") OR AB=("personas de edad") OR AB=("personas mayores") OR AB=("adulto") OR AB=("anciano") OR AB=("adultos") OR AB=("persona de edad") AND AB=("terapia ocupacional") OR AB=("actividades de la vida diaria") OR AB=("intervención de terapia ocupacional") AND

AB=("alta") OR AB=("alta hospitalaria") OR AB=("alta de pacientes") OR AB=("planificación del alta") AND (AB=("hospital") OR AB=("readmission") OR AB=("reingreso"))

Tabla 6:

Web Of Science (WoS) (en inglés)

(AB=("elderly") OR AB=("senior") OR AB=("aged") OR AB=("adult")) AND (AB=("occupational therapy") OR AB=("activities of daily living") OR AB=("occupational therapy intervention") OR AB=("patient care team")) AND (AB=("discharge") OR AB=("discharge planning")) AND (AB=("hospital") OR AB=("readmission") OR AB=("reentry"))