

# Revisión EXPERIENCIAS DE LOS TERAPEUTAS OCUPACIONALES USANDO EL MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

## OCCUPATIONAL THERAPISTS' EXPERIENCES USING THE MODEL OF HUMAN OCCUPATION: A SYSTEMATIC REVIEW

**Autora** María Otaño Lozano<sup>a</sup>.



**Resumen** **Objetivo:** el objetivo de este estudio fue recoger las experiencias de los terapeutas ocupacionales cuando utilizan el modelo y explorar la utilidad e influencia del mismo en la práctica. **Métodos:** existen breves estudios que exploran las experiencias de terapeutas ocupacionales que usan el Modelo de Ocupación Humana, pero hasta ahora no ha habido ninguna revisión sistemática que haya reunido esta información. Para ello, se llevó a cabo una búsqueda sistemática de las bases de datos más relevantes y la literatura gris disponible desde 1980. **Resultados:** se incluyeron catorce estudios mixtos. Los datos se extrajeron y analizaron dividiéndolos en temas mediante una síntesis narrativa. La evidencia mostró que el modelo es útil en la práctica y los terapeutas ocupacionales expresaron experiencias positivas con su uso. Se valoró principalmente como el modelo refuerza la identidad profesional, su uso para llevar a cabo evaluaciones, planificación del tratamiento y razonamiento clínico, la visión centrada en el cliente y como se adapta a las necesidades de los usuarios. **Conclusión:** la principal barrera encontrada fue la necesidad de tiempo y formación para utilizar el modelo efectivamente. Estos resultados informan la profesión de terapia ocupacional y podrían contribuir a estructurar y desarrollar servicios, así como en futuras revisiones del modelo.

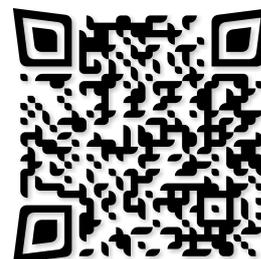
**DeCS** Terapia Ocupacional, Terapeutas Ocupacionales; Revisión Sistemática. **Palabras Clave** Modelo De Ocupación Humana; Experiencias.

**Summary** **Objective:** the aim of this study was to gather occupational therapists' experiences using the model and explore utility and influence of it on practice. **Methods:** there exist brief studies published exploring occupational therapists' experiences of using the Model of Human Occupation but no other systematic review has been undertaken before. A systematic search of relevant databases and grey literature since 1980 was undertaken. **Results:** fourteen mixed methods studies met the requirements. Data was extracted and results were collected and analysed into themes using narrative synthesis. Evidence suggested that the model was useful in practice and that overall positive experiences were reported. Occupational therapists valued how the model reinforced professional identity, its role in assessment, treatment planning and clinical reasoning, the provision of a client-centered approach and how it met client needs. **Conclusion:** The main barrier identified was the need for time and training in order to use the model effectively. The findings help to report about occupational therapy profession. In addition, results could contribute to the structure and delivery of occupational therapy services and future revisions of the model.

**MeSH** Occupational Therapy; Occupational Therapists; Review **Keyword** Model Of Human Occupation; Experiences.

**Como citar este documento** Otaño Lozano M. Experiencias de los terapeutas ocupacionales usando el modelo de ocupación humana: una revisión sistemática. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2017 [fecha de la consulta]; 14(26): 479-94. Disponible en: <http://www.revistatoq.com/num26/pdfs/revision2.pdf>

Lévanos \_ Get up \_Llévanos



**Texto recibido:** 21/05/2017 **Texto aceptado:** 12/10/2017 **Texto publicado:** 30/11/2017

Derechos de autor



<sup>a</sup> Terapeuta Ocupacional Former Occupational Therapist Central North West London (NHS) Hospital de día de La Rioja y el Centro de Salud Mental de Albelda (Colaboración entre FEAFES-ARFES y SERIS). E-mail de contacto: [maryotano@hotmail.com](mailto:maryotano@hotmail.com)



## Introducción

El Modelo de Ocupación Humana (MOHO) se publicó en 1980 como respuesta a una crisis de identidad profesional con el fin de proporcionar a los terapeutas ocupacionales una guía en la valoración e intervención clínica<sup>(1)</sup>. Kielhofner<sup>(2)</sup> aseguraba incluso años después, que el modelo proporciona el razonamiento terapéutico que los terapeutas ocupacionales necesitan en la práctica e incluye aspectos como la recogida de información, valoración, establecimiento de objetivos, priorización de necesidades, tratamiento y evaluación. El modelo proporciona una amplia gama de herramientas tales como protocolos de intervención, casos clínicos, programas y más de quince herramientas de evaluación<sup>(3)</sup>. Sin embargo, el autor del modelo también señalaba que era difícil contextualizar todos los cambios ocupacionales dentro del modelo y sugería utilizar otros modelos de forma complementaria<sup>(2)</sup>.

El MOHO está basado en que la participación en la ocupación, el bienestar y la salud tienen una relación positiva<sup>(4)</sup>. El modelo describe al ser humano como un sistema abierto y dinámico compuesto por tres subsistemas donde la conducta es motivada, organizada y desempeñada en constante interacción con el ambiente produciendo el comportamiento ocupacional<sup>(5)</sup>. Si aparece alguna limitación en alguno de estos componentes surgirán dificultades en la forma en la que el individuo se comporta<sup>(6)</sup>.

Cada vez más, los terapeutas ocupacionales deben demostrar la evidencia de que su trabajo marca una diferencia en la recuperación de sus clientes<sup>(7)</sup> y de que hay una base teórica y ética que marca su práctica clínica<sup>(8,9)</sup>. El MOHO ha sido ampliamente probado y tiene evidencia que lo respalda<sup>(10-12)</sup>. En los últimos años, ha habido un aumento especial del interés por implantar este modelo para proporcionar unas vías de atención consistentes en los servicios de terapia ocupacional<sup>(13)</sup>. El ejemplo más señalado es el United Kingdom Centre for Outcomes Research and Education (UKCORE). Esta organización situada en Reino Unido, fomenta el uso del MOHO y sus herramientas entre sus terapeutas ocupacionales para proporcionar un servicio más efectivo, centrado en la ocupación y basado en evidencia científica<sup>(11,14)</sup>. Sin embargo hay estudios que demuestran que los terapeutas ocupacionales se sienten incómodos cuando están obligados a usar un modelo impuesto por su centro de trabajo<sup>(15,16)</sup>. Además, los terapeutas ocupacionales tiene la obligación de buscar la evidencia sin aceptar simplemente las suposiciones teóricas<sup>(17)</sup> por lo que se hace necesario llevar a cabo esta revisión sistemática.

El MOHO es uno de los primeros modelos que aparecieron para guiar a los terapeutas ocupacionales en la práctica<sup>(1,13)</sup> y hay evidencia que demuestra que es uno de los modelos centrado en la ocupación humana más usados internacionalmente<sup>(18,19)</sup>. La literatura también sugiere que el MOHO puede utilizarse en una amplia variedad de campos clínicos<sup>(10)</sup>. Estos hechos unidos a la aparente flexibilidad del modelo podrían ser las razones por las que los terapeutas ocupacionales deciden usar el modelo<sup>(13)</sup>. Sin embargo, existen otros estudios que sugieren que el MOHO necesita desarrollarse más para satisfacer adecuadamente las necesidades de los terapeutas ocupacionales<sup>(20)</sup>, especialmente en áreas como la intervención, el componente ambiental del modelo y el lenguaje que utiliza<sup>(21)</sup>.

Existen estudios aislados publicados en diferentes países y diferentes ámbitos de práctica que hablan de las experiencias de los terapeutas ocupacionales usando el MOHO<sup>(16,20-23)</sup>. Sin embargo, hasta ahora no ha habido ninguna otra revisión sistemática que reúna toda esta evidencia añadiendo valor a la profesión de terapia ocupacional donde este modelo se utiliza tanto.

La pregunta de investigación de esta revisión es: ¿Cuáles son las experiencias de los terapeutas ocupacionales que usan el MOHO en la práctica clínica?. Por lo tanto, el objetivo principal de esta revisión sistemática es recoger las experiencias de los terapeutas ocupacionales que utilizan el MOHO en su práctica clínica. Concretamente, esta revisión explora cómo el modelo influye en la práctica (facilita el rol del terapeuta ocupacional, proporciona razonamiento clínico y ayuda a evaluar y planificar el tratamiento), cómo se ajusta a las necesidades del cliente (ayuda a priorizar necesidades, proporciona una visión holística e individualizada y ayuda a la recuperación) y cuáles son las principales limitaciones encontradas por los terapeutas ocupacionales al usar el modelo.



Este proceso de envejecimiento, como se ha señalado anteriormente, se está observando a nivel nacional, dado que según el Padrón Continuo, señala que, a 1 de enero de 2015, en España la población mayor de 65 años representa un 18,4% de la población total del país, siendo Castilla y León, Asturias y Galicia las comunidades autónomas más envejecidas<sup>(5)</sup>.

## Métodos

Para dar respuesta al objetivo principal de este estudio, se consideró que una revisión sistemática era el método más adecuado ya que los estudios aislados no proporcionan resultados concluyentes a las preguntas de investigación<sup>(24)</sup>. Además, se considera que generalmente las revisiones sistemáticas proporcionan la mayor evidencia científica y reducen la incidencia de riesgos<sup>(25)</sup>.

Un protocolo claro y exhaustivo se desarrolló y se creó para aumentar la transparencia y disminuir el riesgo de error de esta revisión. Dicho protocolo se presentó al comité de revisiones sistemáticas de la universidad London South Bank University en Abril de 2016 y fue aprobado con cambios menores cumpliendo todos los requisitos necesarios para llevar a cabo este estudio. Dicho protocolo quedó recogido en los archivos internos de la universidad no existiendo un acceso público al mismo.

## Estrategia de búsqueda

El proceso de búsqueda de esta revisión literaria se llevó a cabo de forma exhaustiva desde Enero de 1980 (fecha en la que se creó el modelo<sup>(1)</sup>) hasta Septiembre de 2016. Para ello, se utilizaron nueve bases de datos relevantes para este estudio (ver tabla 1).

Los principales términos de búsqueda utilizados fueron: "occupational therapist", "OT", "model of human occupation", "moho", "experience", "use", "view", "perception", "thought", "reflection" y "attitud". Dichos términos fueron utilizados de manera individual y/o de forma combinada. También se utilizaron para la búsqueda en español pero ésta no obtuvo resultados.

Como ejemplo, para la base de datos CINHALL se utilizó la siguiente combinación de palabras clave: ("occupational therapist" OR "OT") AND ("model of human occupation" OR "moho") AND ("experience" OR "use" OR "view" OR "perception" OR "thought" OR "reflection" OR "attitud"). Se aplicaron dichos términos en la opción "title" y en la opción "abstracts". Se limitó la búsqueda a estudios publicados desde Enero de 1980 hasta Septiembre de 2016.

Toda esta búsqueda fue complementada con una búsqueda exhaustiva de literatura gris procedente de las siguientes fuentes: principales revistas de terapia ocupacional (British Journal of Occupational Therapy, American Journal of Occupational Therapy, Canadian Journal of Occupational Therapy y Australian Journal of Occupational Therapy), referencias bibliográficas de artículos seleccionados, bases de datos para tesis no publicadas (Ethos), la página web oficial del MOHO, Google Scholar y por último consulta por email a dos expertos en el modelo sobre material no publicado.

## Criterios de selección

Con el fin de alcanzar los objetivos propuestos, se han incluido en esta revisión todos aquellos estudios de investigación donde los terapeutas ocupacionales estén implementando o ya utilizan el MOHO. Sin embargo, se han excluido aquellos artículos de opinión y/o artículos donde las experiencias con el modelo son narradas por estudiantes debido a que podrían contener información de fuentes secundarias o debido a la falta de experiencia en el uso del modelo.

El MOHO fue diseñado para ser utilizado en una amplia variedad de clientes y de cualquier edad. Por lo tanto, ningún estudio se ha excluido en relación al ámbito clínico o a la edad de los clientes. De la misma forma, han sido incluidos los artículos de cualquier nacionalidad ya que el modelo fue creado en América pero se ha utilizado ampliamente de forma internacional. Además, se han incluido todos los estudios escritos en inglés o español ya que son los idiomas dominados por la autora de este artículo.

Por último, tal y como se ha descrito en los antecedentes, las herramientas del MOHO son una parte



muy importante del modelo y por lo tanto se han incluido todos aquellos artículos que hablen de las experiencias de los terapeutas ocupacionales que usen dichas herramientas. Sin embargo, han quedado excluidos de esta revisión todos aquellos artículos que hacen referencia a estas herramientas para medir su validez.

## Métodos de revisión

El método de revisión y selección de artículos que se utilizó fue el sugerido por Boland et al<sup>(26)</sup> que describió las fases adecuadas a seguir para una revisión sistemática.

Una vez que se realizaron todas las búsquedas en las bases de datos, se compararon las referencias para quitar los estudios duplicados. A los estudios restantes (títulos y resúmenes) se le aplicó los criterios de inclusión y exclusión mencionados anteriormente reduciendo el número de resultados significativamente. En este punto, se añadieron todos los artículos encontrados como literatura gris. Todos los artículos relevantes se leyeron y se estudiaron en su totalidad y se les aplicaron también los criterios de selección dejando los artículos adecuados para ser incluidos en esta revisión sistemática. Todo el proceso de revisión y selección de artículos fue recogido en un diagrama PRISMA que facilitaría la repetición de esta revisión en futuras búsquedas<sup>(27)</sup> (Ver figura 1).

La recogida de datos se llevó a cabo a través de un formulario de extracción de datos diseñado específicamente para esta revisión y aplicado a cada uno de los artículos incluidos (ver anexo 1). Dicho formulario contenía información referente a los datos generales del artículo, características de cada estudio, muestra de participantes, datos de la intervención, resultados obtenidos, resultados del análisis de calidad y limitaciones e implicaciones de los resultados de cada estudio. Dicha extracción de datos fue supervisada por dos investigadores independientes.

Así mismo, se analizó la calidad de cada artículo a través de las herramientas de McMaster University para terapeutas ocupacionales. Se utilizó la herramienta para estudios cualitativos o cuantitativos dependiendo de la metodología de cada estudio<sup>(28,29)</sup>. Para reducir riesgos, no se excluyó ningún artículo de la revisión por motivos de calidad evitando perder resultados relevantes para esta investigación<sup>(30)</sup>.

En definitiva, 14 artículos se incluyeron en esta revisión con una variedad de metodología cualitativa y cuantitativa (ver anexo 2). El análisis narrativo fue el método seleccionado como el más apropiado para analizar los datos debido a la heterogeneidad de la muestra<sup>(31,32)</sup>. Dicho método se realizó de forma sistemática a través de la guía de análisis narrativo para revisiones sistemáticas de la Universidad de York<sup>(33)</sup>. De esta manera, se pudieron identificar temas entre los resultados que permitieran su organización, presentación y exploración.

## Resultados

Después analizar la hoja de extracción de datos y la crítica metodológica de cada estudio, se observó una gran heterogeneidad entre los resultados. La mayoría de los estudios fueron cualitativos y por lo tanto tuvieron muestras de población pequeñas<sup>(16,22,34-41)</sup> frente a los cuantitativos o estudios mixtos que utilizaron muestras mayores<sup>(12,13,23,42)</sup>. Todos los estudios describieron adecuadamente los objetivos de la investigación<sup>(12,13,16,22,23,34-42)</sup>, la mayoría hicieron una interpretación completa de los resultados<sup>(13,16,22,23,34,36-42)</sup> y ocho estudios describieron correctamente el análisis de datos<sup>(13,22,23,37,39-42)</sup>. Sin embargo, la mayoría de los estudios no describieron claramente la metodología del estudio<sup>(12,16,23,34-37,39-42)</sup> ni la descripción de los datos recogidos<sup>(12,16,34-39)</sup>. Por lo tanto, la calidad media de los artículos incluidos en esta revisión es baja siendo esto identificado en diez de los estudios que analizaron limitaciones importantes para la práctica<sup>(13,16,22,23,36,37,39-42)</sup>.

La mayoría de los estudios procedían de Reino Unido<sup>(12,13,16,22,34-36)</sup> aunque también había estudios realizados en Estados Unidos<sup>(23,37,38,42)</sup>, Canadá<sup>(39)</sup>, Australia<sup>(41)</sup> y un estudio llevado a cabo en múltiples países simultáneamente<sup>(40)</sup>. Además, la mayoría de los estudios fueron realizados en el ámbito de la salud mental<sup>(12,13,16,23,35-39,41)</sup> aunque también hubo estudios realizados en discapacidad



psíquica<sup>(34)</sup>, demencia<sup>(40)</sup> y otros con una población mixta<sup>(22,42)</sup>. Finalmente, la mayoría de los artículos proporcionaban poca información en relación a los terapeutas ocupacionales que intervinieron en los estudios o al tiempo utilizado para las intervenciones.

Después de obtener los resultados de cada estudio, se realizó un mapa conceptual de ideas con los resultados que iban apareciendo para identificar patrones. De esta manera, toda la información se clasificó en cuatro temas que respondían a los objetivos de esta revisión sistemática.

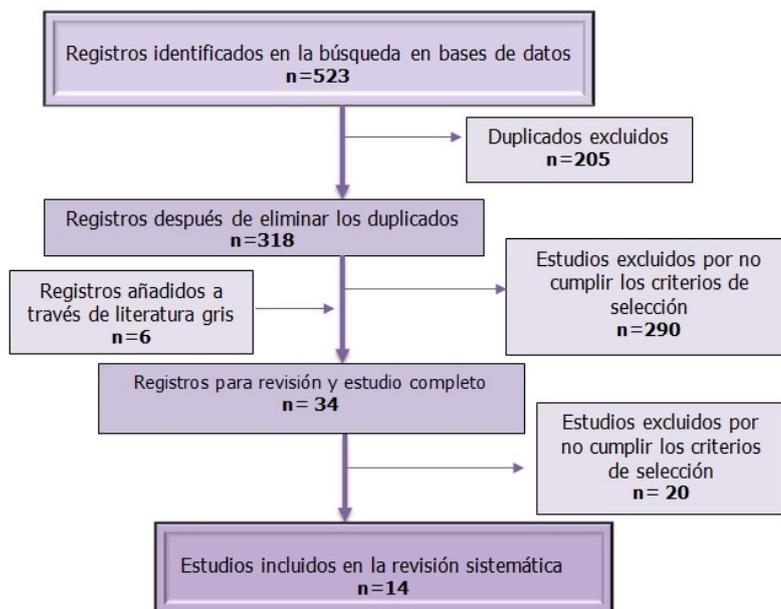


Figura 1. Diagrama PRISMA de revisión y selección de artículos

Fuente de elaboración propia. 2017

### La influencia del MOHO en la práctica de terapia ocupacional

Siete de los estudios señalaron que el MOHO ayudaba el proceso de evaluación e identificación de objetivos de intervención<sup>(13,23,34,35,38,39,42)</sup>. Nueve estudios señalaron que el modelo guiaba y estructuraba la intervención a través de las herramientas prácticas<sup>(12,23,34,37-42)</sup>. Por lo tanto en los estudios había un sentido claro de que el MOHO facilita los procesos de valoración, identificación de objetivos e intervención. Además siete estudios añadían que el modelo ayudaba a los terapeutas ocupacionales con el razonamiento clínico estructurando el pensamiento terapéutico<sup>(12,22,23,35,39,42)</sup>. Los siguientes ejemplos se extrajeron y tradujeron de los estudios:

"El MOHO proporciona una herramienta de trabajo útil para trabajar con las necesidades y habilidades de las personas"<sup>(34)</sup>.

"Soy el único terapeuta ocupacional de mi equipo y estoy extremadamente agradecido al modelo por estas herramientas que me ayudan a estructurar y guiar mi trabajo"<sup>(12)</sup>.

Nueve de los catorce estudios afirmaron que el MOHO ayuda a mantener un sentido claro de la identidad profesional debido a la intervención centrada en la ocupación propia de la profesión de terapia ocupacional<sup>(12,13,16,22,23,35,39,41,42)</sup>. Siete de los estudios señalaron que el modelo aumentaba la confianza de los terapeutas ocupacionales para realizar su trabajo<sup>(12,13,16,22,39,40,42)</sup> y cinco de los estudios refirieron que esto mejoraba y desarrollaba las habilidades de los terapeutas ocupacionales como la observación y el mantenimiento de la práctica centrada en la ocupación<sup>(13,16,34,35,42)</sup>.

"El MOHO te proporciona la fuerza y la identidad de tal manera que eres capaz de explicar y



justificar lo que haces y por qué lo haces<sup>(22)</sup>.

Por último, nueve estudios declararon que el modelo facilitaba a los terapeutas ocupacionales el lenguaje propio lo que les ayudaba en la comunicación con sus equipos multidisciplinares<sup>(12,13,16,22,23,34,35,39,42)</sup>. En consecuencia, cinco estudios informaron que habían recibido devoluciones positivas de miembros de los equipos multidisciplinares afirmando que entendían mejor el rol de los terapeutas ocupacionales<sup>(13,22,35,39,42)</sup>. Sin embargo, no quedaba claro en estos estudios cómo el modelo ayudaba a facilitar esto.

"El modelo ha ayudado a mejorar el perfil del terapeuta ocupacional dentro del equipo multiprofesional – La gente entiende mejor nuestro rol y por lo tanto las derivaciones son más adecuadas"<sup>(35)</sup>.

### **El MOHO se adapta las necesidades de los usuarios**

Siete de los catorce estudios estuvieron de acuerdo en que el modelo utiliza un enfoque centrado en la persona y sus necesidades individuales mediante evaluaciones específicas<sup>(12,13,35,39-42)</sup>. Sin embargo, solo cuatro de los estudios reforzaron la visión holística del modelo muy útil para la práctica ya que proporciona información global de la persona y de sus necesidades ocupacionales<sup>(23,35,38,42)</sup>.

Seis estudios afirmaron que el MOHO se ajusta a las necesidades de los usuarios con los que trabajaban<sup>(23,37,39-42)</sup>. Sin embargo, solo un estudio señaló que el modelo ayudaba en el proceso de priorización éstas necesidades<sup>(34)</sup>.

"Todavía no he encontrado a nadie con demencia donde el modelo no se ajuste bien. Así que no puedo imaginar ningún perfil donde el modelo no funcione de alguna manera"<sup>(40)</sup>.

Ocho estudios resaltaron la cualidad del MOHO para proporcionar un intervención más efectiva que proporcionaba resultados positivos en los usuarios<sup>(12,13,22,35,37-39,42)</sup>. Específicamente, estos estudios explicaban cómo el modelo ayudaba a los usuarios a reflexionar en sus propias dificultades, aumentaba la motivación, la recuperación y la inclusión social. Sin embargo, los estudios no explicaron cómo el MOHO ayudaba a mejorar estas áreas. Por último, tres estudios reconocieron que el uso del modelo aumentaba la satisfacción de los clientes con el servicio de terapia ocupacional<sup>(13,37,42)</sup>.

"Cuando completé diferentes evaluaciones en diferentes contextos encontré que los resultados a menudo mostraban diferencias positivas Ej. Diferencias en la motivación, habilidades de procesamiento o de comunicación"<sup>(35)</sup>.

### **Los puntos fuertes del modelo**

Cinco de los estudios informaron que el modelo era flexible y fácil de usar con los usuarios y con otros modelos<sup>(23,34,35,37,39)</sup>. Hubiera sido muy útil si dichos estudios hubiesen explicado qué conceptos fueron fáciles de utilizar o hubiesen proporcionado más información al respecto. Además, solo tres estudios afirmaron que el modelo ayudaba a construir una mejor relación con el cliente<sup>(37,40,41)</sup>. Estos tres estudios utilizaron específicamente las herramientas OPHI-II y el proceso de remotivación, lo que quiere decir que quizás el uso de estas herramientas facilita la relación con el usuario. También, siete estudios estuvieron de acuerdo en que el modelo ayuda a entender mejor a los clientes y empatizar con sus experiencias vitales<sup>(12,16,23,37,38,41,42)</sup>.

"El MOHO ha cambiado totalmente la manera en la que miro a las personas porque ahora me centro en lo que realmente es importante para ellos... ahora uso el conocimiento del MOHO. Hay unos cuantos detalles **en** los que no me hubiera fijado antes"<sup>(16)</sup>.

Ocho estudios declararon que una de las principales cualidades del MOHO es la capacidad de medir pequeños cambios en los clientes. Esto proporciona una evidencia que justifica las intervenciones aplicadas por los terapeutas ocupacionales y permite registrarlo adecuadamente<sup>(13,16,22,34,35,39,40,42)</sup>.



Además, dos estudios añadieron que el modelo mejoraba la calidad de los informes de terapia ocupacional<sup>(12,34)</sup>.

"No me daba cuenta del valor real de un terapeuta ocupacional. Es el mejor informe que he visto (miembro del equipo)"<sup>(12)</sup>.

Cuatro estudios señalaron que el principal punto fuerte del MOHO es que los procesos de evaluación, establecimiento de objetivos y tratamiento se llevan a cabo en colaboración con los usuarios<sup>(12,35,37,40)</sup>. Solo un estudio destacaba la utilidad del modelo para centrarse en las habilidades más que en los impedimentos<sup>(34)</sup>. Además solo dos estudios dijeron que el MOHO era muy útil para los casos más complejos<sup>(34,39)</sup> y un estudio concluyó que el modelo ayudaba a organizar los casos por prioridades<sup>(34)</sup>.

### **Retos y barreras en la utilización del MOHO**

Ocho de los catorce estudios afirmaron que para usar el modelo se necesita disponer de mucho tiempo y organización en el trabajo<sup>(16,22,23,37,39-42)</sup>. Seis estudios declararon que algunos conceptos de modelo son demasiado complejos siendo necesario que los terapeutas ocupacionales tengan mucha confianza en el uso de la base teórica<sup>(16,22,23,34,36,42)</sup>. Solo uno de los estudios explicó que el concepto más difícil de usar es el del "ambiente"<sup>(42)</sup>. Debido a todo esto, seis estudios resaltaron la necesidad de formación sobre el modelo<sup>(16,22,23,36,39,42)</sup> y cuatro estudios refirieron que es difícil aplicar el modelo al principio<sup>(16,22,34,39)</sup>.

"No lo he vuelto a usar desde entonces. Una de las razones es el tiempo. Ahora estoy muy ocupada....necesitas formación en el modelo y sentirte seguro para usarlo....Espero volverlo a usar....Creo que tiene mucho potencial"<sup>(40)</sup>.

Dos estudios señalaron que tanto los clientes como los terapeutas ocupacionales pueden sentirse incómodos debido a la cantidad de información personal que se comparte<sup>(37,41)</sup>. Estos dos estudios solo habían utilizado la herramienta OPHI II dentro del modelo, lo que indica que esta herramienta utiliza mucha información personal que puede provocar incomodidad tanto para el usuario como para el terapeuta. Cuatro estudios destacaron que existe la necesidad de tener recursos para poder aplicar el modelo por completo<sup>(22,23,36,40)</sup>. Finalmente, dos estudios revelaron lo incómodos que se sentían los terapeutas ocupacionales cuando el modelo era impuesto por el centro de trabajo<sup>(16,36)</sup> y otros dos estudios afirmaron que los terapeutas ocupacionales no encontraban fácil documentar la información relativa al MOHO<sup>(34,42)</sup>.

## **Discusión**

La gran mayoría de los estudios confirmaron que el uso del modelo era positivo y útil en la práctica a pesar de que se identificaron algunas barreras. Es importante resaltar que la gran variedad de resultados que surgen son para producir beneficios entre los usuarios, los terapeutas ocupacionales y los equipos multidisciplinares. A pesar de las barreras identificadas en su uso, el modelo obtiene resultados positivos para los clientes y los terapeutas ocupacionales. Todos estos resultados se muestran interrelacionados entre sí de forma que cada uno de los componentes influye en el siguiente (ver figura 2).

Esta revisión ha analizado cómo el MOHO influye en la práctica de terapia ocupacional. Los estudios han transmitido claramente que el modelo facilita los procesos de valoración, identificación de objetivos y tratamiento debido a que el modelo ayuda a desarrollar el razonamiento clínico con herramientas prácticas. Además, el modelo ayuda a los terapeutas ocupacionales a mantener la identidad profesional y la confianza en la práctica proporcionando el lenguaje adecuado que les permite comunicarse con otros profesionales a través de una visión centrada en la ocupación. Esto podría ser especialmente importante para los nuevos terapeutas ocupacionales que se inician en la práctica profesional.

Los estudios han informado claramente que el modelo proporciona un enfoque centrado en las necesidades individuales de los clientes con sus propias evaluaciones e intervenciones. Se afirma



que el modelo se adapta a los diferentes tipos de usuarios y que mejora objetivos del tratamiento como la reflexión en las dificultades personales, motivación, recuperación e inclusión social. Sin embargo, los estudios no especifican cómo el modelo facilita estas áreas siendo muy importante para los terapeutas ocupaciones **que** trabajan claramente por la recuperación de sus clientes.

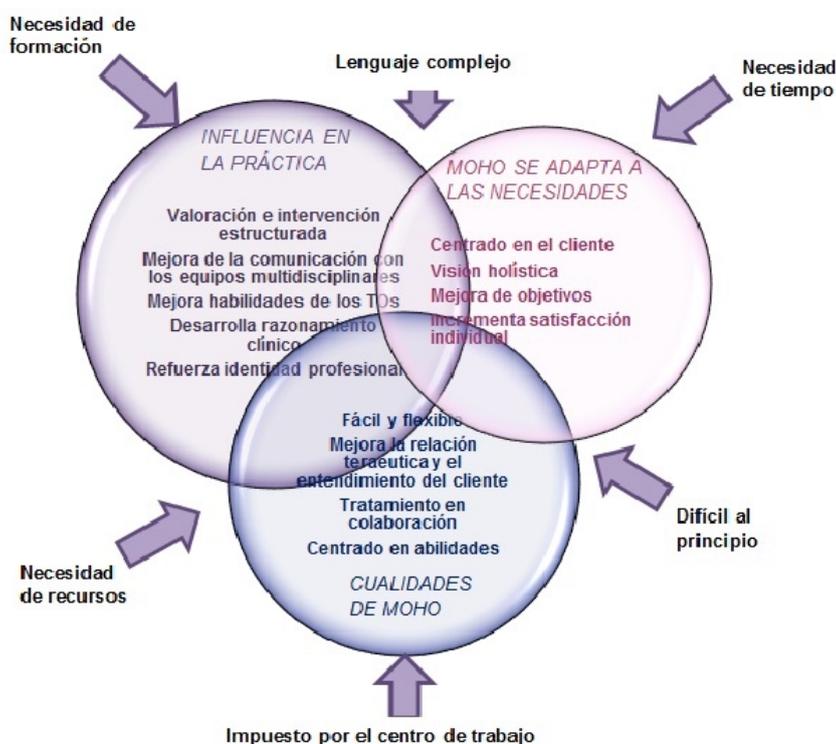


Figura 2. Variables interrelacionadas  
Fuente de elaboración propia. 2017

Se han explorado las cualidades del modelo y la mayoría de los estudios afirman que el MOHO ayuda a entender mejor a sus clientes y a identificar sus necesidades. El modelo también ayuda a mejorar la relación terapéutica con el usuario ya que el tratamiento se lleva a cabo con la colaboración de las dos partes. Especialmente cuando la herramienta utilizada es OPHI-II o el proceso de remotivación. Además, los estudios están de acuerdo en que el MOHO proporciona a los terapeutas ocupacionales una herramienta importante para demostrar su trabajo y medir los cambios producidos en la intervención. Otras cualidades del modelo son que es flexible y fácil de usar.

A pesar de esto, también se han analizado los aspectos del modelo que crean más dificultad a los terapeutas ocupacionales. Las principales barreras en el uso del modelo son el tiempo necesario para utilizarlo y que algunos conceptos son demasiado difíciles necesitando una formación adecuada. Esto es contradictorio con el hecho de que el modelo se considera flexible y fácil de usar. Los estudios no exploran estos componentes en profundidad. Solo se menciona el "ambiente" como el concepto más difícil de utilizar en un solo estudio a pesar de que esto ha sido el foco de muchas críticas en la literatura<sup>(43)</sup>. Además, los estudios afirman que el modelo es difícil de utilizar al principio y que en algunas ocasiones esta impuesto por el lugar de trabajo. Por último, se ha descubierto que OPHI II es la herramienta que provoca mayor incomodidad a los terapeutas ocupacionales y a los usuarios por la cantidad de información personal que se comparte.

Sería importante la comunicación entre los terapeutas ocupacionales que utilizan el MOHO con el fin

de poner en común todas estas cualidades y barreras en la práctica. De esta forma, se aprovecharía la experiencia de los terapeutas más expertos en el modelo para la utilización más efectiva y eficaz del mismo.

### Limitaciones del estudio y aplicabilidad

Esta investigación ha sido llevada a cabo con una metodología exhaustiva, transparente y sistemática lo que permite su reproducción si fuera necesario. Además, los riesgos se han considerado cuidadosamente minimizándolos todo lo posible dentro de las circunstancias del estudio. Sin embargo, la calidad de los estudios no ha sido muy alta y es necesario considerar que la mayoría de los estudios eran de origen cualitativo lo que puede dar lugar a interpretaciones subjetivas. La autora de esta revisión anima a los terapeutas ocupacionales a llevar a cabo investigaciones rigurosas y a reflexionar sobre lo que se puede hacer para aumentar la calidad y el prestigio de la investigación y la evidencia en terapia ocupacional.

Es importante también reconocer la heterogeneidad de los resultados en esta revisión a la hora de establecer conclusiones<sup>(26,44)</sup>. Dicha heterogeneidad ha sido de dos tipos: clínica y metodológica. La heterogeneidad clínica se debe a la diversidad personal de los terapeutas ocupacionales y su experiencia, diferencias entre los usuarios y la variedad de ámbitos clínicos. La heterogeneidad metodológica se debe a la integración de estudios cualitativos y cuantitativos que no generan los resultados de manera consistente y aumentan el riesgo de error. Esta heterogeneidad de resultados hace muy compleja la tarea de obtener temas comunes y resultados uniformes.

La mayoría de los estudios estaban limitados a ciertos tipos de usuarios en contextos específicos y ha habido estudios donde falta información en relación a los participantes. Además, muchas de las muestras en los estudios son pequeñas. Como consecuencia, es difícil llevar a cabo una generalización global de los resultados. Es decir, que no se puede concluir que la población participante en los estudios sea representativa de la población en general y por lo tanto los terapeutas ocupacionales deben usar estos resultados de manera responsable.

Los resultados de esta investigación aumentan el conocimiento dentro de la profesión de terapia ocupacional al incrementar la validez de estudios individuales en relación a las experiencias de los terapeutas ocupacionales que usan el MOHO en los últimos 31 años. Así como el modelo tiene una validez reconocida, es igual de importante conocer y examinar cómo se utiliza en la práctica. Además, esto podría crear grupos de apoyo en el uso del modelo entre los terapeutas ocupacionales que facilitaría todavía más su uso en la práctica.

A pesar de esto, ha habido áreas que no han sido claramente definidas en los estudios recogidos para esta revisión. No se ha detallado cómo el modelo ayuda a desarrollar las habilidades de los terapeutas ocupacionales o cómo ayuda a definir el rol del terapeuta dentro de los equipos multidisciplinares. Tampoco se ha especificado como el modelo mejora la recuperación de los clientes o facilita el proceso de priorización de las necesidades de los usuarios. La autora de este estudio anima a los terapeutas ocupacionales a seguir estas líneas de investigación colaborando en el desarrollo y mejora del modelo y por lo tanto en la práctica de la terapia ocupacional.

### Conclusión Implicaciones para la práctica

Las experiencias de los terapeutas ocupacionales recogidas en la literatura sugieren que el modelo es útil en la práctica aunque se han identificado algunas dificultades contradictorias con las cualidades del mismo. El MOHO facilita la práctica de los terapeutas ocupacionales a través de la estructuración de los procesos de evaluación, establecimiento de objetivos y la intervención. También permite que los terapeutas ocupacionales desarrollen el razonamiento clínico y mantengan un sentido claro de la identidad profesional. Además, el MOHO se ajusta a las necesidades de los usuarios mediante un enfoque centrado en la persona y una visión holística del cliente. El modelo se adapta a una gran variedad de usuarios y los ayuda a mejorar objetivos tales como la motivación, la recuperación y la inclusión social.



Se han identificado las principales cualidades del modelo. El MOHO ayuda a entender mejor a los clientes y por lo tanto sus necesidades. Especialmente se ha encontrado que la herramienta OPHI II y el proceso de remotivación ayudan a construir una relación más positiva entre el terapeuta ocupacional y el cliente. El MOHO también ayuda a los terapeutas ocupacionales a justificar con evidencia el trabajo que realiza a través de la identificación de los pequeños cambios conseguidos con la intervención que pueden ser registrados.

A pesar de todo esto, los terapeutas ocupacionales también afirman que el modelo puede ser difícil de aplicar porque requiere mucho tiempo, contiene conceptos difíciles y existe la necesidad de formación y recursos. Por otra parte, la evidencia no ha concluido cómo el MOHO específicamente ayuda a desarrollar las habilidades de los terapeutas ocupacionales, priorizar las necesidades de los usuarios o facilitar su recuperación.

Como uno de los primeros modelos en terapia ocupacional, el MOHO ha sido revisado varias veces y ha sido muy criticado en la literatura. Sin embargo continúa siendo uno de los modelos más utilizados en terapia ocupacional. Deben ser los terapeutas ocupacionales quienes decidan si la utilización del modelo les facilita su práctica diaria. Después de recoger todas las experiencias de terapeutas ocupacionales utilizando el MOHO recogidas en la literatura, parece indicado recomendar su uso en la práctica profesional. Podría ser de gran utilidad para nuevos terapeutas ocupacionales quienes necesitan ganar identidad profesional y guía en la práctica clínica y para los terapeutas ocupacionales más expertos para evidenciar su trabajo y mejorar los objetivos de intervención planificados.

### Implicaciones para la investigación

Ésta ha sido la primera vez que una revisión sistemática se ha llevado a cabo en esta área rellenando un vacío en el conocimiento de la profesión de terapia ocupacional. La metodología utilizada ha sido transparente y exhaustiva considerando al máximo los riesgos de error. Sin embargo, ha habido ausencia de estudios realizados con una alta calidad de investigación y la heterogeneidad clínica y metodológica ha dificultado el análisis y comparación de los resultados.

Finalmente, es importante destacar que los resultados obtenidos se deben generalizar con precaución y los terapeutas ocupacionales son los responsables de utilizar esta información de una forma sabia. Los resultados claramente informan la profesión de terapia ocupacional mejorando los conocimientos sobre cómo el MOHO influye en la práctica de terapia ocupacional, cómo se adapta a las necesidades de los clientes y cuáles son sus principales cualidades y limitaciones. Esto podría potenciar cambios en los servicios en los que se usa el modelo o en los que se está valorando implantarlo. Además, estas limitaciones narradas por los terapeutas ocupacionales podrían servir para influenciar futuras revisiones del modelo o crear redes de apoyo entre los terapeutas ocupacionales que usan el modelo lo facilitaría aún más su uso en la práctica.

### Agradecimientos

Este estudio se llevó a cabo como tesis final del Master en Desarrollo Profesional en Terapia Ocupacional completado por la autora. Completar esta tesis ha requerido un tiempo y esfuerzo inimaginable, por ello muchas gracias a todas las personas que me han apoyado en este camino. Mi más sincero agradecimiento a CNWL trust, London South Bank University y Pam Delamere por motivarme y apoyarme durante los tres años de estudio. Estoy en deuda con mis amigos en Londres por su apoyo continuo y en especial, gracias a mis padres Ángel y Milagros y mis hermanas Raquel y Eva por confiar en mí en todo momento. Sin todos ellos este estudio no hubiera sido posible. Por último es necesario declarar que no ha habido financiación de ningún tipo para llevar a cabo esta revisión ni conflicto de intereses que pudiera influir en su desarrollo.



## Referencias bibliográficas

1. Kielhofner G, Burke JP. A Model of Human Occupation, Part 1. Conceptual Framework and Content. *Am J Occup Ther.* 1980;34(9):572–81.
2. Kielhofner G. *Model of human occupation: theory and application.* 4rd ed. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
3. Kielhofner G. *Conceptual foundations of occupational therapy practice.* Cuarta edición. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company; 2009.
4. Forsyth K, Kielhofner G. *The model of human occupation: integrating theory into practice.* Cuarta edición. London: Elsevier Limited; 2006.
5. Maciver D, Morley M, Forsyth K, Bertram N, Edwards T, Heasman D, et al. Innovating with the Model of Human Occupation in Mental Health. *Occup Ther Ment Heal.* 2015;31(2):144-54.
6. *Model of human occupation: theory and application.* University of Illinois Board of Trustees. Illinois;2016.
7. *Recovering ordinary lives.* College of Occupational Therapists. London; 2010.
8. *College of Occupational Therapists. Code of ethics and professional conduct* London: College of Occupational Therapists; 2015.
9. *College of Occupational Therapists. Standards of proficiency:occupational therapists* London: Health and Care Professional Council; 2013.
10. Keponen R, Launiainen H. Using the Model of Human Occupation to Nurture an Occupational Focus in the Clinical Reasoning of Experienced Therapists. *Occup Ther Heal Care.* 2008;22(3):95-104.
11. Folland J, Forsyth K. UKCORE practice development: using an innovative approach to transforming occupational therapy services. *Ment Heal Occup Ther.* 2011;16(1):12–5.
12. Heasman D, Morley M. Using the Model of Human Occupation assessment tools to deliver clinical outcomes in mental health. *Ment Heal Occup Ther.* 2011;16(1):3–8.
13. Lee SW, Kielhofner G, Morley M, Heasman D, Garnham M, Willis S, et al. Impact of using the Model of Human Occupation: A survey of occupational therapy mental health practitioners' perceptions. *Scand J Occup Ther.* 2012;19:450–6.
14. Forsyth K, Melton J, Summerfield Mann L. Achieving Evidence-Based Practice: A process of Continuing Education Through Practitioner-Academic Partnership. *Dev Evidence-Based Practice Ski Pract.* 2005;19(1-2):211-27.
15. Owen A, Adams F, Franszen D. Factors influencing the model use in occupational therapy. *South African J Occup Ther.* 2014;44(1):41–7.
16. Wimpenny K, Forsyth K, Jones C, Matheson L, Colley J. Implementing the Model of Human Occupation across a mental health occupational therapy service: Communities of practice and a Participatory Change Process. *Br J Occup Ther.* 2010;73(11):507–16.
17. Hammell K. A sceptical exploration of the assumptions underpinning theories of occupation. *Rev Can Dérgotherapie.* 2009;76(1):6–13.
18. Mentrup C. The fourth edition of Gary Kielhofner's book, *Model of Human Occupation: Theory and Application.* *Occup Ther Heal Care.* 2008;22(2–3):201–2.
19. Wikeby M, Pierre BL, Archenholtz B. Occupational therapists' reflection on practice within psychiatric care: a Delphi study. *Scand J Occup Ther.* 2006;13(3):151–9.
20. Haglund L, Kjellberg A. A Critical Analysis of the Model of Human Occupation. *Can J Occup Ther.* 1999;66(2):102–8.
21. Wong SR, Fisher G. Comparing and Using Occupation-Focused Models. *Occup Ther Heal Care.* 2015;29(3):297–315.
22. Melton J, Forsyth K, Freeth D. A practice development programme to promote the use of the Model of Human Occupation: Contexts, influential mechanisms and levels of engagement amongst occupational therapists. *Br J Occup Ther.* 2010;73(11):549–58.
23. Muñoz PJ, Lawlor M, Kielhofner G. Use of the MOHO a survey of therapist in psychiatric practice. *Occup Ther J Res.* 1993;13(2):117–39.
24. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: principles and methods.* Séptima edición. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
25. Moher D, Tetzlaff J, Tricco A, Sampson M, Altman DG, Clarke M. Epidemiology and Reporting Characteristics of Systematic Reviews. *PLoS Med.* 2007;4(3):447-55.
26. Boland A, Cherry MG, Dickson R. *Doing a systematic review: a student's guide.* London: SAGE; 2014.
27. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med.* 2009;6(7):1-6.
28. Letts L, Wilkings S, Law M, Stewart D, Bosch J, Westmorland M. *Critical review form: qualitative studies.* Version 2.0. Canada: McMaster University; 2007.
29. Law M, Stewart D, Pollock N, Letts L, Bosch J, Westmorland M. *Critical Review Form - Quantitative Studies.* Canada: McMaster University; 1998.
30. Sandelowski M, Docherty S, Emden C. Qualitative metasynthesis: issues and techniques. *Res Nurs Heal.* 1997;20:365–71.
31. Mays N, Pope C, Paopay J. Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy-making in the health field. *J Health Serv Res Policy.* 2005;10(1):6–20.



32. Popay J, Roberts H, Sowden A, Petticrew M, Arai L, Rodgers M, et al. Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematics reviews. Uk: Lancaster University; 2006.
33. Rodgers M, Sowden A, Petticrew M, Britten N, Popay J. Testing Methodological Guidance on the Conduct of Narrative Synthesis in Systematic Reviews. SAGE J. 2009. 15(1)49-73.
34. Hawes D, Houlder D. Reflections on using the Model of Human Occupation Screening Tool in a joint learning disability team. Br J Occup Ther. 2010;73(11):564-7.
35. Parkinson S, Chester A, Cratchley S, Rowbottom J. Application of the Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST Assessment) in an Acute Psychiatric Setting. Occup Ther Heal Care. 2008;22(2-3):63-75.
36. Smith J, Mairs HJ. Use and Results of MOHO Global Assessments in Community Mental Health: A Practice Analysis. Occup Ther Ment Heal. 2014;30(4):381-9.
37. Apte A, Kielhofner G, Paul-Ward A, Braveman B. Therapists' and clients' perceptions of the occupational performance history interview. Occup Ther Heal Care. 2005;19(1-2):173-92.
38. Bavaro SM. Occupational Therapy and Obsessive- Compulsive Disorder. Am J Occup Ther. 1991;45(5):455-8.
39. Pépin G, Guérette F, Lefebvre B, Jacques P. Canadian Therapists' Experiences While Implementing the Model of Human Occupation Remotivation Process. Occup Ther Heal Care. 2008;22(2-3):115-24.
40. Raber C, Purdin S, Hupp A, Stephenson B. Occupational therapists' perspectives on using the remotivation process with clients experiencing dementia. Br J Occup Ther. 2016;79(2):92-101.
41. Ennals P, Fossey E. The occupational performance history interview in community mental health case management: Consumer and occupational therapist perspectives. Aust Occup Ther J. 2007;54(1):11-21.
42. Lee SW, Taylor R, Kielhofner G, Fisher G. Theory use in practice: a national survey of therapists who use the Model of Human Occupation. Am J Occup Ther. 2008;62(1):106-17.
43. Hocking C. Objects in the enviroment: a critique of the model of human occupation dimensions. Scand J Occup Ther. 1994;1(2):77-84.
44. Higgings J, Green S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Chichester, England: Willey-Balckwell; 2011.

## Anexo I Formulario de extracción de datos

### Información general

Número de registro  
 Autor  
 Título del artículo  
 Fecha  
 Revista  
 País de origen

### Características del estudio

Objetivos  
 Diseño  
 Métodos

### Muestra de participantes

Procedimiento de selección  
 Número de participantes  
 Características de los participantes  
 Tipo de usuarios  
 Ámbito clínico

### Intervención

Descripción  
 Herramientas utilizadas  
 Duración  
 Ayuda proporcionada

### Resultados

Recogida de datos  
 Análisis de datos  
 Resultados  
 Rigor metodológico

### Implicaciones/ Limitaciones

Utilidad del modelo  
 Implicaciones para la práctica  
 Limitaciones

Fuente elaboración propia: 2017.



## Anexo 2: Tabla de artículos seleccionados

Número	Autor, Año Localización	Participantes Ámbito clínico Diseño	Intervención Duración	Principales resultados
1	Apte <i>et al.</i> , 2005  USA	3 – Experiencia profesional variada  VIH, consumo de drogas, salud mental  Cualitativo (entrevistas semi-estructuradas)	OPHI-II – aplicado dentro del MOHO  Sin especificar	Práctica de terapia ocupacional: Plan de intervención guiada, intervención graduada  Necesidades de los usuarios: adaptación a los usuarios, mejora de la conciencia de enfermedad y la motivación  Puntos fuertes: mejora de la relación terapéutica, mejor comprensión del usuario, tratamiento colaborativo con el usuario  Barreras: tiempo, usuarios incómodos ante preguntas personales
	2	Bavaro, 1991  USA	1 – sin especificar  Salud mental  Cualitativo (caso clínico)	MOHO  Más de 1 mes
3	Ennals and Fossey, 2007  Australia	4 mujeres– 22 a 38 años Experiencia profesional variada en salud mental  Salud mental  Cualitativo	OPHI-II – aplicado dentro del MOHO  Desde 1 mes a 1 año	Práctica de terapia ocupacional: consistente con los valores profesionales, refuerza el rol y la perspectiva profesional, estructura y guía la práctica  Necesidades de los usuarios: centrada en el usuario  Puntos fuertes: mejora de la relación terapéutica, mejor comprensión de la experiencia del usuario, importancia de las rutinas en terapia ocupacional  Barreras: tiempo, terapeutas incómodos por indagar en la vida del usuario
	4	Hawes and Houlder, 2010  Reino Unido	11 – sin especificar  Discapacidad intelectual  Cualitativo (talleres de análisis crítico)	MOHO  Sin especificar
5	Heasman and Morley, 2011  Reino Unido	Sin especificar  Salud mental  Cualitativo (registros electrónicos, auditorias,	MOHO  18 meses	Práctica de terapia ocupacional: mejora razonamiento clínico, estructura y guía la práctica, mejora la confianza profesional, añade valor al rol terapéutico  Necesidades de los usuarios: centrado en el usuario, mejora la efectividad de la intervención  Puntos fuertes: mejor comprensión del usuario, basado en



		informes de evaluación, registros, entrevistas)		la evidencia, desarrollo profesional, mejor calidad de informes, establecimiento de objetivos colaborativo
6	Melton <i>et al.</i> , 2010  Reino Unido	10 mujeres- diferentes años de experiencia. Salud mental, tercera edad, discapacidad intelectual Cualitativo (encuesta, entrevistas semi-estructuradas, observación, auditoria de documentación)	MOHO  Sin especificar	Práctica de terapia ocupacional: mejora razonamiento clínico, mejora la confianza profesional, feedback positivo de otros profesionales, mejora identidad profesional y estatus en el trabajo  Necesidades de los usuarios: mejora objetivos de trabajo  Puntos fuertes: fácil de usar, basado en la evidencia  Barreras: tiempo, conceptos y lenguaje, necesidad de recursos
7	Muñoz <i>et al.</i> , 1993  USA	50 – más de dos años de experiencia  Salud mental  Métodos mixtos (encuesta telefónica, preguntas abiertas/cerradas)	MOHO  Sin especificar	Práctica de terapia ocupacional: mantiene valores y creencias de la profesión, refuerza el rol terapéutico, ayuda el razonamiento clínico, evaluación guiada  Necesidades de los usuarios: visión holística, adaptación al usuario  Puntos fuertes: mejor comprensión del usuario, flexible para usarlo con otros modelos, el conocimiento no es diferente tras el uso y experiencia  Barreras: tiempo, mucha entrevista verbal con las herramientas de valoración, conceptos complejos o confusos, necesidad de mejorar la tecnología, necesidad de formación
8	Lee <i>et al.</i> , 2008  USA	256 mayoría de mujeres, de 23 a 77 años, variedad de experiencia y educación  Variedad de ámbitos clínicos  Cuantitativo (encuesta)	MOHO  Sin especificar	Práctica de terapia ocupacional: intervención guiada, centrado en ocupación, proporciona lenguaje profesional, feedback positivo de otros profesionales  Necesidades de los usuarios: visión holística, adaptación al usuario, centrado en el usuario, mejora la satisfacción del usuario  Puntos fuertes: mejor comprensión del usuario, el conocimiento no es diferente tras el uso y experiencia, basado en la evidencia  Barreras: tiempo, conceptos y herramientas complejos, necesidad de formación, dificultad con la documentación
9	Lee <i>et al.</i> , 2012  Reino Unido	429 mayoría de mujeres. Diferentes niveles de experiencia  Salud mental  Cuantitativo	MOHO  Sin especificar	Práctica de terapia ocupacional: mejor establecimiento de objetivos, intervención guiada, refuerza el rol profesional, aumenta la confianza en la práctica, mejora habilidades de evaluación, mejora identidad profesional  Necesidades de los usuarios: centrado en el usuario, mejora objetivos de tratamiento, mejora satisfacción del usuario



		(encuesta por internet)		Puntos fuertes: mejora la calidad del servicio de terapia ocupacional, basado en la evidencia
10	Parkinson <i>et al.</i> , 2008 Reino Unido	Sin especificar Salud mental Cualitativo (estudio narrativo y caso clínico)	MOHO Sin especificar	Barreras: necesidad de formación Práctica de terapia ocupacional: centrada en la ocupación, mejora habilidades de razonamiento, ayuda en el proceso de establecer objetivos y formular el plan de tratamiento, refuerza el rol profesional, mejora habilidades de observación, ayuda a dar feedback a otros profesionales, mantiene identidad profesional  Necesidades de los usuarios: holístico, centrado en el usuario, mejora objetivos de tratamiento
11	Smith and Mairs, 2014 Reino Unido	10 Salud mental Cuantitativo (evaluación del servicio y auditoría clínica)	MOHO y sus herramientas de evaluación globales 6 meses	Puntos fuertes: fácil de usar, proceso compartido con el usuario, basado en la evidencia Barreras: Lenguaje complejo, necesidad de formación, falta de acceso a recursos, difícil de aplicar en un rol genérico, impuesto por dirección
12	Pépin <i>et al.</i> , 2008 Canadá	4 – 1 hombre, 2 mujeres, variedad de años de experiencia Salud mental Cualitativo (encuesta)	El proceso de remotivación del MOHO 2 años	Práctica de la terapia ocupacional: evaluaciones y tratamiento estructurado, mejora confianza en el rol, mejora identidad profesional, feedback positivo del equipo multidisciplinar Necesidades de los usuarios: mejora objetivos de tratamiento, realza la esperanza en los usuarios, centrado en el cliente Puntos fuertes: flexibilidad, mejora efectividad, basado en la evidencia, manuales de uso, colaboración del usuario quien aumenta su confianza Barreras: difícil al principio, demasiadas herramientas de evaluación, necesidad de formación, tiempo
13	Raber <i>et al.</i> , 2016 Internacional	33 - 27 mujeres, 6 hombres, de 25 a 62 años. Variedad de años de experiencia. Demencia Cualitativo (encuesta online y entrevistas de preguntas abiertas)	El proceso de remotivación del MOHO Sin especificar	Práctica de la terapia ocupacional: intervención guiada, ayuda al razonamiento clínico, mejora de la confianza profesional  Necesidades de los usuarios: aumenta la eficacia de la intervención, adaptación a los usuarios, centrado en el cliente  Puntos fuertes: mejor relación terapéutica, proceso compartido con el usuario y su cuidador, registra los cambios pequeños Barreras: necesidad de consistencia, necesidad de recursos y tiempo, limitaciones de presupuesto, necesidad de soporte social
14	Wimpenny <i>et al.</i> , 2010	15 Salud mental	MOHO 36 meses	Práctica de terapia ocupacional: centrado en la ocupación, refuerza el rol profesional y la confianza, mejora confianza, razonamiento clínico, lenguaje



Reino Unido	Cualitativo (reflexiones de grupo y reuniones individuales)	<p>profesional, feedback positivo del equipo multidisciplinar</p> <p>Puntos fuertes: basado en la evidencia, decisiones informadas, desarrollo profesional, gratificante</p> <p>Barreras: tiempo, uso obligatorio, necesidad de formación y práctica, conceptos difíciles, difícil de aplicar en rol genérico, necesidad de apoyo de otros terapeutas</p>
-------------	---	---

Fuente de elaboración propia. 2017

### Anexo 3: Tabla mencionada en el texto

**Tabla 1. Bases de datos utilizadas para la búsqueda**

Bases de datos		
<b>AMED</b>	CINHAL	Educational Research Complete
<b>Medline</b>	PSycINFO	Academic Research Complete
<b>NICE evidence</b>	PsycARTICLES	Scopus

Fuente de elaboración propia. 2017

Lévanos\_ Get up\_ Llévanos



Derechos de autor

