

# **“TOBE” O NO “TOBE”, ACTITUDES PARA LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL BASADA EN LA EVIDENCIA (TOBE).**

Rumbo Prieto JM<sup>(1)</sup>, Arantón Areosa L<sup>(2)</sup>, García Gonzalo N<sup>(3)</sup>

Complejo Hospitalario A. Marcide - Novoa Santos. Área Sanitaria de Ferrol

- (1) Enfermero. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide – Profesor Novoa Santos. Área Sanitaria de Ferrol. [jrumbo@yahoo.com](mailto:jrumbo@yahoo.com)
- (2) Enfermero. Supervisor de Calidad. Área Sanitaria de Ferrol. [luis.aranton.areosa@sergas.es](mailto:luis.aranton.areosa@sergas.es)
- (3) Terapeuta Ocupacional. Hospital de día de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide – Profesor Novoa Santos. Área Sanitaria de Ferrol. [nuria.garcia.gonzalo@sergas.es](mailto:nuria.garcia.gonzalo@sergas.es)

## **RESUMEN:**

En la década de los 80 surge la denominada "práctica basada en la evidencia" como paradigma alternativo a la actuación clínica basada exclusivamente en la opinión, experiencia o tradición, ya que engloba a todas éstas, y promueve la toma de decisiones según la mejor evidencia científica disponible. Desde entonces, surgen organizaciones sanitarias y académicas, grupos de profesionales, publicaciones, bases de datos y cursos de formación a nivel mundial destinados a divulgar, impulsar y aplicar la práctica clínica basada en la evidencia. El objeto de este artículo es mostrar aquellas actitudes necesarias para la puesta en práctica de la evidencia desde el enfoque del terapeuta ocupacional. Tras una revisión bibliográfica en PUBMED, CUIDEN y OTSeeker sobre evidencia y terapia ocupacional entre el periodo 1990 - 2005, se define y explica el proceso en que se basa la práctica de la evidencia científica y que beneficios profesionales se consiguen con su implementación. La conclusión es que la práctica de la evidencia contribuye a la mejorar la actividad clínica, docente, investigadora y gestora del terapeuta ocupacional.

## **ABSTRACT:**

In the 80s, the so-called: "Practice based on evidence" appears as an alternative paradigm to the clinical performance exclusively based on opinion, experience or tradition, given that it includes all of them, and promotes the

decision-making according to the best scientific evidence available. Since then, sanitary and academic organizations, groups of professionals, publications, database and training courses all around the world have arisen with the purpose of spreading, promoting and applying the clinical practice based on evidence. This article is intended to show the attitudes necessary for the implementation of evidence from the approach of the occupational therapist. After a bibliographic review in PUBMED, CUIDEN and OTseeker about evidence and Occupational Therapy in the period between 1990-2005, the base-process for the practice of scientific evidence, together with the professional advantages that can be reached with its implementation, both elements are defined and explained. The conclusion is that the practice of evidence helps the Occupational Therapist to improve his/her activity in the clinical and educational field as well as in the research and management domain.

**PALABRAS CLAVE/ KEY WORDS:** Evidencia científica, evidence-based, terapia ocupacional, occupational therapy.

# **“TOBE” O NO “TOBE”, ACTITUDES PARA LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL BASADA EN LA EVIDENCIA (TOBE).**

## **INTRODUCCIÓN:**

Vivimos en una sociedad en la que continuamente se evoca el llamado “estado de bienestar” como forma de conseguir un óptimo desarrollo saludable de las personas.<sup>1,2</sup> Este estado de bienestar se caracteriza por la alta tecnificación en salud<sup>3,4</sup>, y por la cualificación de sus profesionales<sup>5-7</sup> lo que, a su vez, deriva en un incremento de la demanda de las intervenciones sanitarias,<sup>8</sup> una mayor especialización profesional,<sup>9</sup> y progresivo desarrollo de la industria farmacéutica,<sup>10</sup> entre otras.

El crecimiento del gasto sanitario ha generado una situación de alerta. A principios de los años ochenta, distintas iniciativas abordaban temas como la responsabilidad profesional (accountability),<sup>11</sup> la necesidad de establecer un control de coste-beneficios,<sup>12</sup> objetivos de eficiencia<sup>13,14</sup>, y otras obligan a las administraciones sanitarias a revisar las políticas de gestión económica y a desarrollar instrumentos de evaluación (auditorías, controles de calidad, implantación de sistemas de calidad)<sup>15-17</sup> con una clara vocación racionalizadora y de austeridad.<sup>18,19</sup>

Es por ello, que en esa década (los ochenta) surge un nuevo enfoque dirigido a la solución de problemas derivados de la práctica clínica, denominado “práctica

basada en la evidencia” Este enfoque ofrece una alternativa a la actuación clínica basada exclusivamente en la opinión, experiencia o tradición, ya que engloba a todas éstas, y promueve la toma de decisiones según la mejor evidencia disponible.<sup>20</sup>

Estrechamente relacionado con el concepto de práctica basada en la evidencia aparece el de medicina basada en la evidencia (MBE),<sup>21,22</sup> fruto del esfuerzo de un grupo de epidemiólogos de la Universidad de McMaster (Hamilton-Ontario, Canadá) a los cuales se han ido asociando otros profesionales, instituciones y centros, entre los que destaca el Center for Evidence Based Medicine (Oxford).<sup>23</sup> Desde entonces, las organizaciones sanitarias y académicas, grupos de profesionales, publicaciones, bases de datos y cursos de formación a nivel mundial destinados a divulgar, impulsar y aplicar la práctica clínica basada en la evidencia, no han dejado de crecer. Su razón de ser es ayudar a los profesionales en la toma de decisiones clínicas.<sup>24</sup>

El presente artículo pretende explicar el proceso que hemos denominado como TOBE (Terapia Ocupacional Basada en la Evidencia). Para ello, nuestro objetivo principal es mostrar aquellas actitudes necesarias para la práctica de la evidencia desde el enfoque del terapeuta ocupacional. Consideramos como objetivos secundarios: a) conseguir una definición de TOBE, b) describir como se estructura la práctica de la TOBE y, c) identificar las necesidades profesionales derivadas de la práctica de la TOBE. La finalidad, es informar al

terapeuta ocupacional sobre las ventajas que supone trabajar e investigar con parámetros de evidencia.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se ha realizado un estudio descriptivo de revisión bibliográfica sobre el paradigma de la práctica basada en la evidencia enfocado desde la práctica profesional del terapeuta ocupacional. La investigación tuvo lugar en el Complejo Hospitalario A. Marcide-Novoa Santos de Ferrol (A Coruña), entre los meses de febrero a mayo de 2005.

La revisión bibliográfica se realizó a través de las bases de datos PUBMED, CUIDEN y OTSeek. A través de una serie de combinaciones de las palabras clave "evidence-based" y "occupational therapy", (así como sus homónimos en español), se obtuvieron referencias bibliográficas con un periodo de inclusión desde enero de 1990 hasta abril de 2005.

Además, se han consultado páginas Web y publicaciones sobre terapia ocupacional y afines (rehabilitación, fisioterapia, enfermería, medicina, psicología, psiquiatría, etc.). que dado su interés y aportación sobre la evidencia científica creímos nos ayudarían a la consecución de nuestro objetivo de estudio.

Para la selección de documentos y artículos relevantes, establecimos como primer criterio de inclusión, aquellos en español e inglés cuyos contenidos reflejaban descripción, implementación o experiencia sobre la práctica basada en la evidencia orientada hacia el área de influencia de la terapia ocupacional, independiente del tipo de estudio e idioma. Un segundo criterio de inclusión fueron aquellos documentos que aportasen datos sobre los orígenes, antecedentes y evolución del paradigma de la evidencia científica.

Con la información recopilada, realizamos un resumen sobre la práctica basada en la evidencia ajustada al contexto real del terapeuta ocupacional. Los resultados obtenidos se estructuraron en forma de preguntas interrogativas, siendo éstas contestadas de manera descriptiva con base comentada. A través de la técnica del grupo nominal, (basado en consenso y discusión grupal multidisciplinar), dos observadores, en reflexión individual e independiente, seleccionaron que documentos parecían más significativos según los criterios de inclusión. En la discusión grupal se obtiene los resultados y se exponen las conclusiones por consenso.

## **RESULTADOS:**

### **1. ¿QUÉ ES LA TOBE?:**

Cabe distinguir que el término "EVIDENCIA" tiene un significado muy distinto a su homónimo inglés "EVIDENCE", en español se atribuye como evidente aquello

que no necesita ser probado (obvio, certeza); mientras que en inglés se emplea como sinónimo de “prueba”. Esto puede inducir a errores de interpretación, por ello diversos autores<sup>25-27</sup> recomiendan hablar de “EVIDENCIA CIENTÍFICA”.

EVIDENCIA = pruebas científicas

TOBE = terapia ocupacional basada en la evidencia (pruebas científicas)

D.L. Sackett define la MBE como “el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible, en la toma de decisiones sobre la atención a los pacientes considerados en su individualidad”.<sup>22,24</sup> Por tanto, la evidencia proviene de la certeza que proporcionan las pruebas científicas obtenidas a través de la investigación más actual y que, además, cumple determinadas pautas de calidad metodológica.

En esa dirección, el propósito de la TOBE sería desarrollar una práctica en la cual las actuaciones científicas, asistenciales, clínicas, de gestión, y docentes se basen en el análisis de los resultados provenientes de la investigación (evidencia externa) combinados con la experiencia profesional (evidencia interna). Se trata pues, de una evidencia dinámica y flexible, que intenta paliar la variabilidad en la práctica profesional. Lo que hoy es evidente (según la investigación actual) puede mañana ser rechazado por falta de evidencia (provisionalidad de las conclusiones).



Diversos autores<sup>28-30</sup> afirman que la práctica de la evidencia científica y de modo general, la toma de decisiones sanitarias basadas en la evidencia esta coordinada por cuatro elementos:

- 1- ***La investigación clínica:*** Basada en criterios proporcionados por las denominadas tablas de evidencia, que ponderan la mayor o menor calidad de las investigaciones, en base a los distintos tipos de estudios localizados. En el mayor nivel estarían los ensayos clínicos aleatorios (randomizados). Debemos tener en cuenta, que en la investigación exhaustiva para valorar la eficacia, la efectividad y seguridad, o las consecuencias adversas de una intervención, podemos obtener conclusiones muy dispares. Con la práctica de la evidencia, el terapeuta ocupacional, a veces se preguntará si existe más de una evidencia, y en caso afirmativo, ¿cuál es la mejor evidencia?.
  
- 2- ***La experiencia y el juicio clínico del profesional:*** en la aplicación práctica de la intervención indicada por la evidencia. Esta experiencia se inicia durante el pregrado, discurre por la formación continuada y postgrado; y se renueva a través de la práctica clínica, docente, de gestión o investigadora.
  
- 3- ***La opinión del receptor:*** en referencia a sus preferencias y valores. El usuario tiene sus propios conocimientos y/o una experiencia previa. El

paciente puede exponer sus exigencias y decidir adherirse o rechazar la intervención aconsejada. Aunque, nos empeñemos en intentar convencerle de que tal actuación es la mejor o intentamos disuadirle de tal práctica o hábito, conocer sus sentimientos y opiniones se hace imprescindible. No podemos actuar ajenos a las motivaciones del usuario.

- 4- **Los recursos disponibles:** de tipo sanitario y/o sociales. Los servicios sanitarios, generalmente, siempre están sometidos a limitaciones presupuestarias y, al final, la realidad obliga a ceñirse a los recursos disponibles. El problema de los recursos está en los criterios que derivan de su distribución y reparto.

Por tanto, proponemos como definición de TOBE: "proceso sistemático de búsqueda, evaluación, y aplicación de los resultados de la investigación más actual, que ayuda a la toma de decisiones al Terapeuta Ocupacional, en base a las preferencias del paciente, su experiencia profesional, y los recursos sanitarios y/o sociales disponibles".

## 2. ¿CÓMO SE ESTRUCTURA LA PRÁCTICA DE LA TOBE?:

A partir de la identificación de un problema, la TOBE (al igual que la MBE) sigue una metodología para su aplicación práctica consistente en varias fases:<sup>24,30-34</sup>

- 1) Convertir nuestras necesidades de información en preguntas susceptibles de

respuesta (formulación de la pregunta), 2) localizar y recuperar, de forma eficaz y eficiente, las mejores pruebas (resultados) con las que responder a nuestra pregunta (búsqueda de la mejor evidencia), 3) Evaluar críticamente la validez y aplicabilidad de esas evidencias (evaluación crítica), 4) Aplicar la evidencia a la práctica clínica (intervención) y, 5) Evaluar nuestro rendimiento (evaluación de la actuación).

Estructuralmente, consiste en:

2.1. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA: es la primera etapa de la práctica basada en la evidencia, consiste en formular una pregunta bien estructurada en la que habitualmente se cuestionan problemas clínico-asistenciales o de gestión. La formulación de la pregunta requiere la habilidad de definir el problema lo más específico posible. La pregunta clave debe ser útil y susceptible de respuesta por lo que debe incluir éstos elementos.<sup>35,36</sup>

2.1.1. La cuestión (pregunta clave): suele referirse a una condición clínica de un solo paciente o grupo de personas, o también, a un aspecto relativo a la gestión o administración de cuidados.

2.1.2. La población diana. A quien va dirigida la intervención. Esto es una pieza clave de la investigación basada en la evidencia

2.1.3. La intervención y comparación: se valora que medida preventiva, diagnóstica, terapéutica u organizativa se esta utilizando habitualmente,

y se compara, al menos dos intervenciones: la habitual o convencional en relación a una alternativa.

2.1.4. El resultado deseado: es lo que esperamos obtener al formular la pregunta clave.

2.2. BÚSQUEDA DE EVIDENCIA: El segundo paso, realizada la pregunta clave, es la consulta bibliográfica que permite identificar la evidencia (la mejor) obtenida en estudios anteriores para que, a continuación, evaluar la calidad de los resultados, a veces contradictorios entre sí.

Este proceso de búsqueda exige de un acceso cómodo a las fuentes de información, habilidades en el uso de estrategias de búsqueda bibliográfica, y existencia y disponibilidad de bibliografía necesaria para responder a la pregunta clave. Se puede decir, que la mayor parte de la información se agrupa en cinco fuentes principales:<sup>37-39</sup>

2.2.1 Bases de datos bibliográficas: Contienen las referencias bibliográficas completas susceptibles para responder a la pregunta formulada, y en ocasiones los resúmenes, que permiten localizar los documentos publicados. Mediante estrategias de búsqueda planificadas, con la utilización de descriptores y palabras clave, se interroga a la base de datos para la localización de estas referencias bibliográficas. La base MEDLINE (PUBMED) es el referente mundial dentro del campo de las

ciencias de la salud, otras bases de datos interesantes donde se citan trabajos de terapia ocupacional son: CUIDEN (base de datos de enfermería), AMED (base de datos de medicina alternativa) , PEDro, ENFISPO, ENFI2, SID (bases de datos de fisioterapia), REHABDATA, ABLEDATA (bases de datos sobre rehabilitación), DissBASE (bases de datos sobre discapacidad),

**2.2.2 Revistas científicas:** son publicaciones periódicas que ofrecen investigación de vanguardia. Dentro de la práctica basada en la evidencia se debe de valorar a la hora de seleccionar las revistas factores como: revisiones por pares, ámbito o alcance de la publicación y tipo de artículos publicados. En terapia ocupacional los referentes son: REITO, TERAPIA-OCUPACIONAL, TOG, OCUPATE, ELCISNE, Neurorehabilitación. A nivel internacional citar: American Journal of Occupational Therapy, Occupational Therapy Now (CAOT), Journal of Occupational Therapy Students (JOTS), Occupational Therapy Journal of Research, Occupational Ergonomics, Scandinavian Journal of Occupational Therapy, Australian Occupational Therapy Journal, , Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, Asian Journal of Occupational Therapy, British Journal of therapy and Rehabilitation, Rehabilitation, New Zealand Journal of Occupational Therapy, Occupational Therapy in Health Care, Occupational Therapy in Mental Health, Occupational Therapy International, Occupational Therapy Practice, Physical and Occupational

Therapy in Paediatrics, Physical and Occupational Therapy in Geriatrics, Therapy Weekly, Clinical rehabilitation.

2.2.3 *Fuentes específicas de la evidencia:* ofrecen rigor metodológico, incluyen sólo los estudios de máxima calidad, a través de revisiones sistemáticas (RS), y la información clave se presenta de forma concisa avalada por el comentario de uno o varios expertos. Se agrupan diversos tipos de fuentes: <sup>40,41</sup>

2.2.3.1. *Bases de datos sobre evidencia:* La base de datos sobre evidencia por excelencia en terapia ocupacional es: [www.otseeker.com](http://www.otseeker.com), fue creada en marzo de 2003 y contiene actualmente sobre 2000 mil revisiones y los ensayos controlados seleccionados al azar críticamente valorados en importancia para los terapeutas ocupacionales.<sup>42</sup> Otra fuente de datos sobre evidencia en terapia ocupacional es: <http://www-fhs.mcmaster.ca/rehab/ebp/> (Grupo de terapeutas ocupacionales de la Universidad de McMaster que trabajan con la evidencia). A nivel ciencias de la salud y atención sanitaria basada en la evidencia destaca la base bibliográfica Cochrane ([www.cochrane.es](http://www.cochrane.es)), DARE (Database of Abstract of Reviews of Effects, [www.york.ac.uk/inst/crd/welcome.htm](http://www.york.ac.uk/inst/crd/welcome.htm)), PEDro (base de evidencia en fisioterapia: [www.cchs.usyd.edu.au/pedro/indiceespanol.htm](http://www.cchs.usyd.edu.au/pedro/indiceespanol.htm))

**2.2.3.2 Revistas basadas en la evidencia:** pueden ser revistas de resúmenes o a texto completo. Entre las primeras destacan: POEMS, BANDOLIER, BANDOLERA. Entre las revistas a texto completo o ambas: The British Journal of Occupational Therapy, American Journal of Occupational Therapy, y Canadian Journal of Occupational Therapy (contienen artículos sobre evidencia), Evidence Based-Medicine, Evidence Based-Nursing, Clinica Evidence, Evidentia (revista de enfermería basada en la evidencia), Revista Atención Primaria Basada en la evidencia.

**2.2.3.3. Motores de búsqueda de evidencia:** facilitan el acceso a la información sobre evidencia contenida en varias bases de datos y otros recursos dispersos por Internet. Como destacados citar:

TRIP database ([www.tripdatabase.com](http://www.tripdatabase.com)),

SumSearch (<http://sumsearch.uthscsa.edu/espanol.htm>)

**2.2.4 Internet (páginas o portales Web)t:** es un recurso útil si se conocen sus limitaciones, debemos buscar las acreditaciones de calidad sobre la información para profesionales y pacientes que ofrecen las páginas web. Destacan por su contenido:

<http://www.cebm.utoronto.ca/syllabi/occ/intro.htm> (es un enlace web del centro para la MBE de la Universidad Health Network, que contiene un artículo sobre la evidencia en terapia ocupacional).

[www.terapia-ocupacional.com](http://www.terapia-ocupacional.com) (portal web de Terapia ocupacional)

[www.esterapia.com](http://www.esterapia.com) (portal web de terapia ocupacional y rehabilitación)

[www.geocities.com/HotSpring/3838](http://www.geocities.com/HotSpring/3838) (anillo web de terapia ocupacional y rehabilitación).

<http://www.otdirect.co.uk/links.html> (portal web de terapia ocupacional)

<http://www.ex.ac.uk/Affiliate/stloyes/netlinks/lnk1ot.htm> (portal web de terapia ocupacional)

<http://www.caot.ca/> (portal web de terapia ocupacional)

<http://www.uclm.es/profesorado/bpolonio/enlaces.htm> (web personal)

<http://www.fisterra.com> (información sobre ciencias de la salud)

<http://www.infodoctor.org> (información sobre ciencias de la salud)

2.2.5 Libros de texto: aunque es un recurso limitado, proporcionan información útil sobre cuestiones más estables como: anatomía, bioestadística, fisiología, síntomas sobre patologías, etc.

2.3. EVALUACIÓN CRÍTICA: Habiendo reunido todos los documentos que supuestamente responden a la pregunta inicial, el siguiente paso es el análisis crítico.

Para conocer los criterios generales que permiten valorar la validez (proximidad a la verdad) y aplicabilidad (utilidad clínica) de las investigaciones publicadas<sup>31</sup> existen listas de confrontación (check list) específicas para cada tipo de diseño y análisis estadístico pudiéndose localizar como "*Guías para usuarios de la literatura médica*", elaboradas y actualizadas por la Universidad de



MacMaster.<sup>43</sup> Las guías proponen criterios para juzgar artículos sobre: cuidados, tratamientos, diagnósticos, investigación cualitativa, etc. Cada guía se orienta según una formulación de preguntas sobre la validez y fiabilidad del artículo, relevancia de los resultados, y su aplicabilidad a la situación dada.

La obtención de la evidencia a través de la investigación fruto de la evaluación crítica de la literatura tras una revisión sistemática (RS) se conoce como evidencia externa, necesaria para la elaboración de documentos de consenso, guías de práctica clínica, recomendaciones o protocolos asistenciales. En cuanto a la experiencia, denominada evidencia interna, hace que los conocimientos acumulados en años de práctica sea un elemento crucial para individualizar el problema a cada paciente.<sup>20,31,53</sup>

Cuando sobre un mismo problema se dispone de múltiples revisiones, se impone el uso de escalas que permitan categorizarlas según el grado de la evidencia metodológica que aporta cada uno de ellos, de mayor a menor evidencia (figura nº1).<sup>44,45</sup> Siendo la más conocida, a nivel internacional, la realizada por la US Preventive Task Force que clasifica la evidencia según el diseño de estudio:

Nivel I. evidencia obtenida a partir de al menos un ensayo aleatorizado y controlado diseñado de forma apropiada.

Nivel II.1. evidencia obtenida de ensayos controlados bien diseñados, sin randomización.

Nivell II.2. evidencia obtenida a partir de estudios de cohorte o caso control bien diseñados, realizados preferentemente en más de un centro o por un grupo de investigación.

Nivel II.3. Evidencia obtenida a partir de múltiples series comparadas en el tiempo con o sin intervención.

Nivel III. Opiniones basadas en experiencia, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

**Figura nº1: Clasificación de la Evidencia Científica.**

<b>CALIDAD DE LA EVIDENCIA</b>	<b>TIPO DE DISEÑO</b>	<b>GRADO DE EVIDENCIA</b>
BUENA	1- Meta-análisis	Existe adecuada evidencia científica para recomendar o desaconsejar su utilización.
	2- Ensayos controlados y aleatorizados	
	3- Estudios de cohorte	
REGULAR	4- Estudios de casos-control	Existe cierta evidencia científica para recomendar o desaconsejar su utilización
	5- Estudios clínicos no aleatorizados	
	6- Series clínicas	
	7- Estudios descriptivos	
BAJA	8- Conferencia de consenso	Existe insuficiente evidencia científica para recomendar o desaconsejar su utilización
	9- Comité de expertos	
	10- Casos aislados	

La calidad metodológica exige que la investigación sea por asignación aleatoria, con existencia de grupos experimental y de control, y sentido prospectivo del estudio; además de, el enmascaramiento de los pacientes e investigadores y la inclusión de un número suficiente de pacientes para detectar diferencias significativas.

2.4. INTERVENCIÓN (aplicación de los resultados): en esta fase se trata de transferir la evidencia de la investigación a la decisión clínico-asistencial o de gestión. Los resultados obtenidos deben ser útiles para elaborar planes de

cuidados y procedimientos que ayudan a los profesionales y a los pacientes a decidir cual es la intervención más adecuada en una circunstancia clínica determinada. Entre los objetivos destacan: desarrollar estándares de actuación, evaluar la calidad asistencial según criterios de buena praxis y potenciar una atención óptima y adecuada.<sup>46,47</sup>

El instrumento por excelencia en la aplicación de la evidencia científica son "*Las Guías para la Práctica Clínica*".<sup>48,49</sup> Las guías son recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para ayudar en las toma de decisiones clínico-asistenciales o de gestión en situaciones específicas. Difieren de los protocolos en que estos están basados en el consenso, y vendría a ser más como pautas de actuación ante un proceso o procedimiento. Entre sus objetivos están:

Definir de forma concisa la práctica clínica o gestora, proporcionar indicadores para evaluar la intervención, delimitar responsabilidades de los miembros del equipo, informar a pacientes y profesionales sobre la mejor y más actual evidencia clínica o gestora, mejorar el coste-efectividad de los servicios sanitarios.

2.5. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN: en la última fase de la práctica basada en la evidencia. Se evalúa la evolución clínica del paciente o el proceso de gestión realizado; teniendo en cuenta aspectos económicos, éticos y de modo general, la repercusión en el sistema sanitario y social.<sup>31,50-53</sup>

### 3. ¿A QUÉ NECESIDADES RESPONDE LA PRÁCTICA DE LA TOBE?:

La práctica de la evidencia en terapia ocupacional nos lleva a:

- 3.1. **Crear rigor científico:** fundamenta las acciones y reduce las actuaciones en función de la experiencia clínica aislada, la intuición, la tradición o la presunción.<sup>54-56</sup>
- 3.2. **Mantener actualizado el conocimiento:** obliga a una constante actualización del saber adquirido, por lo que se prima el proceso de adquisición de conocimientos sobre la acumulación de información.<sup>57-60</sup>
- 3.3. **Optimizar la gestión de recursos:** permite evaluar la efectividad de las actuaciones, lo cual implica tener en cuenta el coste de la acción (coste-efectividad), además, valora la idoneidad o adecuación, la equidad y los impactos social, legal y ético de la integración de la práctica basada en la evidencia en la provisión de cuidados.<sup>61-64</sup>
- 3.4. **Fomentar la formación continuada:** la TOBE es un proceso de formación autodirigido que necesita de una formación en bioestadística, técnicas documentales, epidemiología clínica y gestión económica; por lo que el profesional debe adquirir una formación específica para su práctica.<sup>52,65-67</sup>

**Impulsar el desarrollo profesional:** da la mejor respuesta a los interrogantes que plantea el ejercicio de la profesión y así evolucionar.<sup>63,69-</sup>

### <sup>70</sup>DISCUSIÓN:

La Diplomatura de Terapia Ocupacional, al igual que el resto de las profesiones del ámbito de ciencias de la salud y de las ciencias sociales aspira a evolucionar, y desarrollar líneas de investigación en la construcción de su propio corpus de conocimiento.<sup>39,64,67</sup> Con este artículo hemos analizado el modelo de la práctica basada en la evidencia, desde el enfoque de la MBE que es donde se ubica su origen, y su influencia en la línea de investigación en terapia ocupacional que adopta el nombre de TOBE.

Esta vía de investigación (práctica basada en la evidencia) que se propone a sí misma como un nuevo paradigma, reafirma antiguos mitos del positivismo que parecían ya superados:<sup>71,72</sup> la ciencia como única forma de conocer la realidad y la visión neutral y objetivo de la ciencia. Hoy en día, sabemos que la ciencia sólo puede explicar parcialmente la realidad de cada situación, esto es debido a la variabilidad de las situaciones, de las personas y de las circunstancias que las rodean. Por tanto, la "visión científica" no es neutra, aunque si objetiva, pero influenciada por aspectos éticos, económicos, culturales, etc.

Con la práctica de la TOBE se obtiene la mejor evidencia existente en un momento dado, pero puede darse el caso de que la mejor evidencia proceda de la práctica habitual, la experiencia clínica, o incluso de la intuición. En estas situaciones el terapeuta ocupacional debe de saber que si todo se somete a la práctica de la evidencia, se corre el riesgo de dejar de experimentar nuevas formas de actuación o limitar la innovación.<sup>73-75</sup>

Como afirmó una enfermera: *“no hay sustituto para el juicio clínico del profesional (enfermera), que se basa en lo que dice el paciente, ya que éste es, a menudo, la mejor de todas las evidencias”*. G. Castledine (1997).<sup>76</sup>

Esto viene a recordarnos, que pese a que la práctica de la evidencia aporta juicios y decisiones mejor contrastadas, la intuición y la experiencia clínico-asistencial son, y siempre lo serán, una parte insustituible para llegar a ser un profesional competente.

Aun así, a pesar de las críticas y limitaciones derivadas de la práctica de la evidencia,<sup>72</sup> la TOBE resulta ser una buena contribución a la mejora de la práctica de la terapia ocupacional, ya que propone realizar investigación potencialmente relevante para la práctica, y de esta forma incorporar los hallazgos al quehacer diario.<sup>28,60,66,73,75</sup> Se establece, de este modo, una élite intelectual y académica que redundaría en beneficio del desarrollo profesional.

Era un hecho, que ha cambiado hace unos años, que los terapeutas ocupacionales no tenían una decidida orientación hacia la investigación ni tampoco una concienciación extendida sobre su importancia. La cantidad de información circulante relacionada con terapia ocupacional se ha ido incrementando paulatinamente, con la creación de bases de datos específicas, fuentes de evidencia y nuevas revistas especializadas y páginas Web acreditadas.<sup>42,52,69</sup>

La actitud del terapeuta ocupacional, junto a la de otros profesionales, su experiencia y formación en relación a la investigación y a la atención sanitaria basada en la evidencia permiten hoy hablar de una sociedad que exige una prestación sanitaria basada en fundamentos empíricos, rigurosos y avalados científicamente. Iniciativas como las políticas de mejora de la calidad y de responsabilidad profesional (accountability) nos acercan más hacia la evidencia, es decir a mejorar el rendimiento clínico-asistencial, docente o gestor.<sup>64,68</sup>

Resumiendo, concluimos diciendo que a TOBE enfoca la práctica desde la óptica de un profesional conocedor y consciente de las investigaciones más relevantes que apoyan su actividad clínico-asistencial, docente o gestora, y que tiene en cuenta las necesidades percibidas por el paciente, así como, valora los recursos puestos a su alcance. Todo ello para poder explicar la variabilidad de la práctica profesional, mejorando la efectividad y, en consecuencia, la eficiencia del sistema sanitario, lo que en términos de calidad viene a decir, *“hacer lo que debe hacerse, a quien debe hacerse y bien hecho”*.<sup>77</sup>

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Miralles J. El estado de bienestar, debates y perspectivas. <http://www.fespinal.com/espinal/castellano/visua/es49.htm> obtenida el 8 Abr 2005.
2. Soriano Ayala E, Jiménez Muñoz C. Educación del Consumidor y del Usuario. [http://www.juntadeandalucia.es/averroes/publicaciones/valores/mcpri\\_consumidor.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/averroes/publicaciones/valores/mcpri_consumidor.pdf) obtenida el 8 Abr 2005.

3. Cifre E. Estudio exploratorio del bienestar psicológico en función de la innovación tecnológica. <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi2/estudio.pdf> obtenida el 8 Abr 2005.
4. Ministerio de Ciencia y Tecnología. Plan nacional de investigación científica, desarrollo e innovación tecnológica 2004-2007. [http://www.madrimasd.org/queesmadrimasd/pricit/PlanNet/\\_documentos/41/PlanIDI/VoIII.pdf](http://www.madrimasd.org/queesmadrimasd/pricit/PlanNet/_documentos/41/PlanIDI/VoIII.pdf) obtenida el 8 Abr 2005.
5. Fernández Abellán P. La enfermería del siglo XXI. Enfermería Global 2002, 1: <http://www.um.es/eglobal/1/pdf/01e04.pdf> obtenida el 8 Abr 2005.
6. ¿Sabemos lo que conocemos?: la gestión del conocimiento. <http://www.diariomedico.com/gestion/ges080501combis.html> obtenida el 27 Abr 2005
7. Jovell J A. El futuro de la profesión médica. Análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI. <http://www.fbjoseplaporte.org/docs/futuropm.pdf> obtenida el 27 Abr 2005
8. 1ª Reunión internacional de Avances en Investigación de Resultados en Salud. <http://www.fundsis.org/Actividades/realizadas2/avancesIRS.htm> obtenida el 13 Abr 2005.
9. Ley 44/2003 de Ordenación de la Profesiones Sanitarias (LOPS). Boe nº280. de 22 de noviembre de 2003. <http://www.boe.es/boe/dias/2003-11-22/pdfs/A41442-41458.pdf> obtenida el 13 Abr 2005.
10. Hechos y falacias de la industria farmacéutica. <http://www.axel.org.ar/articulos/otros/datosyfalacias.htm> obtenida el 13 Abr 2005.
11. Bengoa R. Tendencias recientes y reformas de los sistemas de salud. Mercados internos con competencia y sin competencia y los sistemas integrados de salud. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 1998; 21(2): <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol21/n2/salud1.html> obtenida el 13 Abr 2005.
12. Costa J, Pigem M. Análisis coste-beneficio. [http://www.atheneum.doyma.es/Socios/sala\\_l/lec05gest.htm](http://www.atheneum.doyma.es/Socios/sala_l/lec05gest.htm) obtenida el 17 Mar 2005
13. Costa Font J. Análisis coste-efectividad. Evaluación económica a partir de los resultados de los ensayos clínicos. [http://www.atheneum.doyma.es/Socios/sala\\_l/lec09gest.htm](http://www.atheneum.doyma.es/Socios/sala_l/lec09gest.htm) obtenida el 17 Mar 2005
14. Capó Parrilla J. La provisión pública de los servicios sanitarios: eficiencia y equidad. [http://www.comib.com/archivos/eficiencia\\_equidad.pps](http://www.comib.com/archivos/eficiencia_equidad.pps). obtenida el 17 Mar 2005.
15. Alarcó Fernández A. Calidad sanitaria. <http://www.comtf.es/ActaMedica/1999/Jun/Pag12y13.html> obtenida el 29 Abr 2005.
16. Exigencia legal de la calidad sanitaria. <http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,607950,00.html> obtenida el 25 Abr 2005.
17. Ministerio de Sanidad y Consumo. Modelo de Calidad Total del SNS. <http://www.diariomedico.com/sanidad/calidadtotal.pdf> obtenida el 25 Abr 2005.



18. Organización Médica Colegial. Recursos Sanitarios en la UE. [http://www.cgcom.org/internacional/europa\\_dia/2005/153\\_camars.htm](http://www.cgcom.org/internacional/europa_dia/2005/153_camars.htm) obtenida el 20 Abr 2005.
19. La utilidad de las nuevas formas y herramientas de gestión sanitaria. <http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,626657,00.html> obtenida el 5 May de 2005.
20. Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. BMJ 1995;310:1122-6.
21. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-Based Medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;268:2420-5.
22. Sackett DL, Rosenberg W, Muir JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312:71-2.
23. Center for Evidence Based Medicine. <http://www.cebm.net/index.asp> obtenida el 17 Mar 2005.
24. Motaño Barrientos A. Rivas Agüayo MD. Algunas consideraciones sobre la aplicabilidad de la MBA y la toma racional de decisiones en la práctica clínica diaria. [http://www.fisterra.com/mbe/mbe\\_temas/142/MBE\\_capitulo\\_5\\_aplicabilidad.pdf](http://www.fisterra.com/mbe/mbe_temas/142/MBE_capitulo_5_aplicabilidad.pdf) obtenida el 25 Abr 2005.
25. Manteca González A. Sobre el término evidencia. Aten Primaria 1997; 20: 118-9.
26. Martínez González J, De Ramón Garrido HR, Campos García MT, Juárez Fernández C. Medicina Basada en la Evidencia. Med Clí (Barc) 1996; 108: 1563.
27. Miguel García F, Echevarría M, Poza E. Evidencia Científica versus estado actual de la cuestión. Aten Primaria 1997; 20:117-8.
28. Lee CJ, Miller LT. The process of evidence-based clinical decision making in occupational therapy 2003; 57(4): 473-7.
29. Muir Gray JA. Evidence-based public health: what level of competence is required? J Pub Health Med 1997; 19: 65-8.
30. Icart Isernt MT. Enfermería Basada en la Evidencia: un nuevo desafío profesional. Enferm Clí 1998; 8:77-83.
31. Sackett DL. Medicina Basada en la Evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE. 2ª ed. Madrid: Churchill-Livingstone; 2000.
32. Gray Muir JA. Atención sanitaria basada en la evidencia. Madrid: Churchill-Livingstone; 1997.
33. Bonfill X. Asistencia sanitaria basada en la evidencia. Madrid: SANED; 2000.
34. Tickle-Degnen L. What is the best evidence to use in practice?. Am J Occup Ther 2000; 54(2):218-21.
35. Mulrow C, Cook D. Formulating questions and locating primary studies for inclusion in systematic reviews. ACP Journal Club 1997; 127: 380-7.

36. Flemming K. Asking answerable questions. *Evidence Based Nurs* 1998; 1: 36-7.
37. Icart Isernt MT. La evidencia científica. Estrategia para la práctica enfermera. *Rev ROL enf* 1998; 22 (3): 184-90.
38. Tickle-Degnen L. Organizing, evaluating, and using evidence in occupational therapy practice. *Am J Occup Ther* 1999; 53: 537-9
39. Stern P. A holistic approach to teaching evidence-based practice. *Am J Occup Ther* 2005; 59(2): 157-64.
40. Gutiérrez Couto U, Estrada Lorenzo JM, Blanco Pérez A. Recursos en Internet sobre enfermería basada en la evidencia. *Enferm Clín* 2003; 13 (2):103-11.
41. González Guitián C. Medicina Basada en la Evidencia en Internet: cómo buscar la mejor evidencia científica. <http://www.spanex.org/spanex/mbe.htm> obtenido del 25 abr de 2005.
42. Bennett S, Hoffmann T, McCluskey A, McKenna K, Strong J, Tooth L. Introducing OTseeker (Occupational Therapy Systematic Evaluation of Evidence): a new evidence database for occupational therapists. *Am J Occupational Ther* 2003; 57(6): 635-8.
43. Evidence Based Medicine Working Group. La medicina basada en la evidencia. Guías del usuario de la literatura médica. *JAMA* (ed. Español) 1997.
44. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. La evaluación de la evidencia científica. *Med Clín (Barc)* 1995; 105: 740-5.
45. Niveles de calidad de la evidencia científica. <http://www.fisterra.com/mbe/niveles.htm> obtenido el 23 abr 2005.
46. Humphris D. Implementing research findings in practice. *Nurs Stand* 1997; 11: 49-56.
47. Tickle-Degnen L. Client-centered practice, therapeutic relationship, and the use of research evidence. *Am J Occup Ther* 2002; 56(4): 470-4.
48. Pareja A. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. *Aten Primaria* 1997; 18(4): 151-2.
49. Jovell AJ, Navarro MD. Guías de práctica clínica. *FMC* 1995; 2(3): 152-6.
50. Gafni A. Economic evaluation on health care interventions: an economic perspective. *ACP Journal Club* 1996; march-apr: 12-3.
51. Kielhofner G, Hammel J, Finlayson M, Helfrich C, Taylor RR. Documenting outcomes of occupational therapy: the center for outcomes research and education. *Am J Occup Ther* 2004; 58(1): 15-23.
52. Reneman MF, Dijkstra PU. Introduction to the special issue on functional capacity evaluations: from expert based to evidence based. *J Occup Rehabil* 2003; 14(4): 203-6.
53. Tickle-Degnen L. Monitoring and documenting evidence during assessment and intervention. *Am J Occup Ther* 2000; 54(4): 434-6.
54. Bannigan K. Clinnical Effectiveness: Systematic reviews and evidence-based practice in occupational therapy. *BR J OT* 1998; 60(11)479-83.

55. Tse S, Lloyd C, Penman M, King R, Bassett H. Evidence-based practice and rehabilitation: occupational therapy in Australia and New Zealand experiences. *Int J Rehabil Res* 2004; 27(4): 269-74.
56. Nelson DL, Mathiowetz V. Randomized controlled trials to investigate occupational therapy research questions. *Am J Occup Ther* 2004; 58(1): 24-34.
57. Ilott I. Challenging the rhetoric and reality: only an individual systemic approach will work for evidence-based occupational therapy. *Am J Occup Ther* 2003; 57(3): 351-4.
58. Rappolt S. The role of professional expertise in evidence-based occupational therapy. *Am J Occup Ther* 2003; 57(5): 589-93.
59. Ilott I. Challenges and strategic solutions for a research emergent profession. *Am J Occup Ther* 2004; 58(3):347-52.
60. Lloyd-Smith W. Evidence based-practice and occupational therapy. *Br J OT* 1997; 60(11): 474-8.
61. Christiansen C, Lou JQ. Ethical considerations related to evidence-based practice. *Am J Occup Ther* 2001; 55(3): 345-9.
62. Egan M. Models and evidence-based practice: you can't have one without the other. *Can J Occup Ther* 2003; 70(5): 261-5.
63. Von Zweck C. Understanding our context for occupational therapy practice: a key to strategies for future success. *Can J Ther* 2004; 71(3): 133-7.
64. Rappolt S, Mitra AL, Murphy E. Professional accountability in restructure contexts of occupational therapy practice. *Can J Occup Ther* 2002; 69(5): 293-302.
65. Steward B. Short report technological dreams: the implications of new technologies for occupational therapy education and evidence-based practice. *OT Int* 2001; 8(2): 145-50.
66. Tickle-Degnen L. Teaching evidence-based practice. *Am J Ther* 2000; 54(5): 559-60.
67. Ottenbacher KJ, Tickle-Degnen L, Hasselkus BR. Therapists awake! The challenge of evidence-based occupational therapy. *Am J Occup Ther* 2002; 56(3): 247-9.
68. Dubouloz CJ, Egan M, Vallerand J, Von Zweck C. Occupational therapists' perceptions of evidence-based practice. *Am J Occup Ther* 1999; 53: 537-9.
69. Lieberman D, Sheer J. AOTA's evidence-based literature review project: an overview. *Am J Occup Ther* 2002; 56(3): 344-9.
70. Von Zweck C. The promotion of evidence-based occupational therapy practice in Canada. *Can J Occup Ther* 1999; 66(5): 208-13.
71. Fernandez Lamelas E. La investigación en el currículum de enfermería. Grado de influencia y límites de la enfermería basada en la evidencia. *Enf Clín* 2002; 12(4): 182-7.
72. Vázquez JR, Gaspar MA. La medicina basada en la evidencia. Aspectos controvertidos. *FMC* 1998; 5: 190-5.

73. Law M, Baum C. Evidence-based occupational therapy. *Canadian J OT* 1998; 65: 131-5.
74. Egan M, Dubouloz C, Zweck C, Vallerand J. The client centre evidence based practice occupational therapy. *Canadian J OT* 1998; 65(3): 136-43.
75. Dysart AM, Tomlin GS. Factors related to evidence-based practice among US occupational therapy clinicians. *Am J Occup Ther* 2000; 56 (3): 275-84.
76. Castledine G. Evidence-based nursing: where is evidence?. *Br J Nur* 1997; 6(5): 290.
77. Peiró S, Bernal E, Moliner J. Mejora de la calidad y medicina basada en la evidencia. *Calidad asistencial* 1998; 13: 82-4.