



Fisioterapia

www.elsevier.es/ft



REVISIÓN

La perspectiva comunitaria en la fisioterapia domiciliaria: una revisión

B. Paz Lourido^{a,*} y S. Verger Gelabert^b

^aDepartamento de Enfermería y Fisioterapia, Universitat de les Illes Balears

^bDepartamento de Pedagogía Aplicada y Psicología de la Educación, Universitat de les Illes Balears

Recibido el 3 de octubre 2007; aceptado el 10 de octubre 2007

PALABRAS CLAVE

Fisioterapia;
Servicios de atención
domiciliaria;
Continuidad en la
atención al paciente

Resumen

Introducción: debido a diferentes razones, como los cambios en las estructuras sociodemográficas y familiares, las administraciones de los diferentes estados necesitan reforzar la atención domiciliaria y la fisioterapia domiciliaria.

Objetivo: identificar el tipo de estudios relacionados con la fisioterapia domiciliaria, y analizar de qué manera se incluyen los aspectos comunitarios.

Metodología: revisión bibliográfica.

Resultados: la mayoría de los estudios encontrados sobre la fisioterapia domiciliaria se relacionan con intervenciones con pacientes con afectaciones neurológicas o respiratorias crónicas, musculoesqueléticas o cirugía protésica. De modo muy frecuente, los estudios analizan estrategias que surgen desde hospitales y, en muchos casos, el interés se centra en el coste-beneficio. Los aspectos comunitarios se incluyen como referencias teóricas, y sólo unos pocos estudios tienen esta perspectiva comunitaria durante la intervención de fisioterapia domiciliaria.

Discusión: se considera que el domicilio tiene diferentes significados sociales, familiares y culturales para las personas. El domicilio es un entorno comunitario y, desde esta perspectiva, estos significados deberían incluirse al planificar una intervención y analizar sus resultados.

© 2008 Publicado por Elsevier España, S.L.

KEYWORDS

Physical therapy;
Home care services;
Continuity of patient
care

The community approach in home physiotherapy: a review

Abstract

Introduction: due to many reasons as changes in the socio-demographic and family structures, administrations from different states need to reinforce home care and home physiotherapy.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bpaz@uib.es (B. Paz Lourido).

Aim: to identify the type of studies related to home physiotherapy, analysing in what way the community approach is included.

Methodology: bibliographic review.

Results: most of the studies founded are related to interventions with patients with neurological or respiratory chronic diseases, musculoskeletal disorders or joint replacements. Quite often, the studies analyse strategies that are put forward by hospitals, and in many cases, the interest is focussed on the cost-benefit. The community aspects are included as theoretical references, and just a few studies have this approach during home physiotherapy intervention.

Discussion: home is considered to have different social, familiar and cultural meanings to people. Home is a community setting and under this consideration, these meanings should be included when planning an intervention and analysing its results.

© 2008 Publicado por Elsevier España, S.L.

Introducción

En los últimos años la población de los países desarrollados ha experimentado una marcada transición demográfica desde poblaciones jóvenes a envejecidas, y esos cambios se deben, entre otras razones, al descenso de la natalidad y al aumento de la esperanza de vida a causa de una disminución de la mortalidad, propiciada por la mejora de las condiciones socioeconómicas o sanitarias¹. Se calcula que para el año 2010, en España, casi un 18% de la población tendrá más de 65 años y, aunque, no se puede identificar envejecimiento con enfermedad, es cierto que, en un porcentaje importante de las personas mayores, la incidencia y la prevalencia de enfermedades y su progresiva limitación funcional inciden de forma directa en el incremento de demanda sanitaria, limitan su vida de relación y, en muchas ocasiones, los recluyen en su hogar^{2,3}. La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de la Salud de 1999⁴ muestra una relación entre la prevalencia de las situaciones de discapacidad y la edad. De las personas con discapacidad, un 18,1% lo conforman jóvenes y niños; un 23,1% son personas adultas afectadas de problemas de salud crónicos u otro tipo de discapacidad, personas que presentan una enfermedad invalidante, generalmente enfermedades neurológicas o neuromusculares o por las secuelas de accidentes laborales y de tráfico, y el restante 58,8% tiene más de 65 años. Además, las discapacidades más frecuentes en cuanto a la población española son referentes a la movilidad. En este sentido, las alteraciones que afectan a más población y a más temprana edad son de tipo osteoarticular, que es, además, el tipo de dolencia autodeclarada por los mayores de forma más frecuente⁵.

Las perspectivas actuales sobre discapacidad inciden en 3 ideas clave: el modelo social de discapacidad, la independencia o autonomía personal y los derechos de los ciudadanos⁶. Si la evidencia empírica muestra una relación estrecha entre discapacidad y edad, al tiempo hay también una relación con la dependencia. En el *Libro Blanco de la Atención a las personas en situación de dependencia en España* (2004), se considera que la dependencia surge como resultado de un déficit en el funcionamiento corporal, que comporta una limitación en la actividad que no se puede compensar mediante una adaptación del entorno⁷. Ello provoca una restricción en la participación, que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas.

Entre los determinantes de la dependencia se han citado factores demográficos, como el envejecimiento, pero a ello hay que añadir los sociales, como la modificación de la estructura familiar tradicional, en la que se observa el aumento de personas que viven solas en sus domicilios^{8,9}. En muchas ocasiones, el sistema de salud no puede dar respuesta a las necesidades de las personas mayores tras un período de hospitalización, y la falta de recursos hace que la familia asuma esos cuidados, con el previsible impacto en la calidad de vida de los cuidadores^{10,11}. En este sentido, la disponibilidad de atención domiciliaria para las personas que salen del alta hospitalaria puede retrasar su institucionalización¹².

La denominación de atención domiciliaria se utiliza para caracterizar desde servicios de ayuda para las actividades de la vida diaria y tareas domésticas que requieren una cualificación mínima, hasta cuidados y atención de profesionales de la salud o sociales. La oferta de servicios va dirigida a 3 grandes grupos de población: a) atención continuada a personas en situación terminal; b) personas por un período breve tras una hospitalización, y c) personas con una larga duración de la atención como consecuencia de procesos crónicos invalidantes¹³. Por ello, no ha de considerarse que la atención domiciliaria sólo está dirigida a las personas mayores. Otras personas, con alto nivel de incapacidad por deterioros crónicos de su estado de salud o por enfermedades debilitantes de evolución rápida, independientemente de la edad, también son susceptibles de ser atendidos en el domicilio. La atención domiciliaria, entendida de esta manera, se dirige a las personas que, bien por su situación de salud, bien por problemas sociosanitarios, requieren cuidados en el domicilio de carácter temporal o permanente, entendiendo que la complejidad de los problemas a resolver no requiere la hospitalización. Aunque, en principio, los destinatarios son personas que no pueden acudir al centro de salud, parece conveniente incluir además a los que tienen grandes dificultades para desplazarse. Asimismo, el desarrollo de este servicio puede requerir desplazamientos de los profesionales al domicilio de las personas para valorar el entorno físico o las relaciones familiares. Estas visitas preventivas inciden en la valoración física, como el riesgo de caídas, pero también la valoración psicológica y social^{14,15}. La intervención domiciliaria puede representar una buena respuesta al reto del envejecimiento y la dependencia de la

población, aunque no todas las personas que lo precisan disponen de ello¹⁶⁻¹⁸.

Las personas que permanecen en el domicilio pueden disponer de diferentes sistemas de apoyo. Así, el más cercano está constituido por la familia, los cuidadores y otras redes de apoyo informal. Desde el ámbito de sanitario público, la atención continuada en el domicilio es una de las características de la atención primaria. Sin embargo, en ocasiones se desarrollan intervenciones específicas desde la atención especializada, aparte de la hospitalización domiciliaria. Desde los servicios sociales se pueden desarrollar, entre otras actividades, la atención de supervisión de los ancianos que viven solos, servicios de apoyo doméstico o adaptaciones en las viviendas para ancianos o personas con discapacidad. Desde los servicios sociales también puede haber casos concretos en que se contrate a un profesional sanitario para la intervención en el domicilio, como fisioterapeutas o podólogos.

Cabe destacar la actuación de entidades benéficas, como organizaciones no gubernamentales y asociaciones sin ánimo de lucro, como asociaciones de pacientes o de sus familiares, las cuales muy frecuentemente atienden a las necesidades de los pacientes en el domicilio, ofreciendo servicios como la fisioterapia domiciliaria.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es identificar las características de los estudios sobre fisioterapia domiciliaria y su relación con los aspectos comunitarios de esta intervención.

Metodología

Revisión bibliográfica basada en la consulta de bases de datos documentales en línea (IME, Cinhal, Cuiden, Medline, Cuidatge, Teseo y Cochrane entre otras).

Resultados

La fisioterapia domiciliaria se define en la bibliografía como un conjunto de actividades de carácter y de ámbito comunitario realizadas en el domicilio, con la finalidad de detectar, valorar, dar apoyo y continuidad ante los problemas de salud del individuo y su familia, para así potenciar su autonomía¹⁹. Por ello, en la intervención domiciliaria, el fisioterapeuta tiene entre sus funciones valorar necesidades desde la fisioterapia, la prevención e intervención en las algias y áreas funcionalmente deficitarias, especialmente las que intervienen en la deambulación, el control motor, la funcionalidad respiratoria, etc., así como detectar mecanismos compensatorios y evaluar aspectos ergonómicos del paciente, la familia y los cuidadores en su contexto^{20,21}. En definitiva, se considera que permite identificar de forma temprana en el domicilio del propio paciente las áreas funcionales deficitarias y diseñar un tratamiento individualizado a medida, desde una dimensión cualitativa e integral que facilite la integración al entorno y mejore su calidad de vida en el domicilio²². Los objetivos de la fisioterapia domiciliaria pueden centrarse en 3 aspectos: garantizar el acceso de una práctica asistencial a la población que, por

sus características, no puede atenderse en el centro de referencia, promover la participación de la familia, dándoles pautas de comportamiento para facilitar la recuperación, y asesorar a otros profesionales que realizan atención domiciliaria. Por este motivo, se incide en que el fisioterapeuta ha de formar y asesorar a la familia y/o cuidadores en aspectos ergonómicos y preventivos, como pueden ser dorsalgias y lumbalgias de repetición, tan comunes en los cuidadores²³.

Respecto a los usuarios atendidos en el domicilio^{24,25}, las personas mayores son las principales –aunque no las únicas– beneficiarias, aunque los cambios en los patrones epidemiológicos y las posibilidades de transferir tecnología a domicilio apuntan a nuevos perfiles de usuario. En España, en cuanto a las experiencias con fisioterapia domiciliaria, indican que el número de intervenciones más frecuentes en el domicilio se debe a diagnósticos de hemiplejía, fractura de la epífisis proximal del fémur, prótesis de cadera, prótesis de rodilla, enfermedad neurológica central, enfermedad neurológica medular y fractura de la epífisis proximal del húmero, entre otros²⁶.

La fisioterapia domiciliaria se ha estudiado particularmente desde el ámbito de la atención a personas con problemas respiratorios, donde la inclusión del fisioterapeuta en el domicilio busca la disminución de los ingresos hospitalarios y una duración menor de la estancia hospitalaria para esos pacientes, pero también tener un mayor acceso y valoración del cuidador, considerado pieza fundamental. Aunque generalmente se trata de iniciativas que surgen desde la atención especializada, las experiencias oscilan desde el seguimiento de personas con enfermedad crónica en su domicilio, hasta la hospitalización a domicilio²⁷⁻³³. Para algunos autores, los objetivos básicos que debe perseguir un programa de estas características han de ir más allá del mero hecho de reducir los ingresos hospitalarios, así como incidir en la calidad de vida, facilitar el cumplimiento terapéutico y promover una actitud positiva e independiente³⁴.

Otro de los ámbitos donde se ha estudiado la fisioterapia domiciliaria hace referencia a la atención de personas afectadas de lesiones neurovasculares y que se han enviado a su domicilio. En este sentido, la intervención de fisioterapia en el domicilio puede ser una alternativa en la continuación de la atención para mejorar áreas deficitarias en el entorno del paciente y buscar el máximo de autonomía³⁵⁻³⁷. Pero también otros autores³⁸ ven en esta modalidad de atención una posibilidad para intervenir en la mejora de la calidad de vida de las personas que precisan atención y cuidados paliativos.

En cuanto a la enfermedad osteoarticular, teniendo en cuenta la rapidez con que los pacientes intervenidos de fractura de cadera o rodilla regresan de alta, la intervención de fisioterapia en el domicilio posterior al alta del hospital puede determinar los resultados funcionales para estos pacientes. Los autores cuestionan el peligro que supone dar de alta desde el hospital, sin ninguna supervisión, a pacientes a los que se ha operado recientemente de prótesis de cadera o rodilla, con lo que “el no saber qué hacer” por parte de la persona y su familia puede poner en peligro el resultado final de la prótesis y, con ello, su calidad de vida³⁹.

Por otro lado, hay mucha bibliografía sobre el ejercicio realizado en casa con personas con lesiones

osteomusculares, cardiovasculares, respiratorias o neurológicas, pero una gran parte de estos trabajos refieren los efectos de programas de ejercicios realizados de forma autónoma por las personas en su domicilio. Aunque se cite un nivel mayor o menor de supervisión, generalmente esta supervisión se refiere al personal investigador y durante el período que dura la investigación. Cabe destacar que no es infrecuente que estudios que analizan aspectos del desarrollo de ejercicios en el domicilio lo denominen "fisioterapia domiciliaria", intervenga o no el fisioterapeuta⁴⁰⁻⁴⁷.

Una de las temáticas más recurrentes en los estudios sobre fisioterapia en el domicilio hace referencia a la relación coste-beneficio⁴⁸. En este sentido, los resultados son diversos según las características de los pacientes, la enfermedad, la distancia del domicilio y el tipo de intervención desarrollada. No es infrecuente la confusión entre fisioterapia y rehabilitación, y en algunos casos estos términos se consideran sinónimos. La discrepancia entre los diversos autores sobre la "rehabilitación domiciliaria" y sus efectos se pone de manifiesto en la revisión de Ward et al⁴⁹, donde concluyen que hay pruebas insuficientes para comparar los resultados de la rehabilitación en personas mayores entre la atención en residencias y otros centros, en hospitales y en el propio hogar del paciente, aunque los autores reconocen que la ausencia de un efecto en los estudios no significa que no haya efecto. Hay 3 razones principales: a) la primera es que la descripción y la especificación de los ámbitos a menudo no es clara; b) en segundo lugar, los componentes del sistema de rehabilitación dentro de los ámbitos considerados no están adecuadamente especificados, y c) en tercer lugar, cuando los componentes están especificados claramente, éstos demuestran que los sitios de control y de intervención no son comparables de acuerdo con los criterios metodológicos establecidos. Por ejemplo, hay diferencias en los servicios suministrados con la denominación "rehabilitación domiciliaria", posiblemente debidas a diferencias en los sistemas dominantes de remuneración, la naturaleza de la rehabilitación, las características de los pacientes, la variedad de habilidades y el nivel académico del ámbito de atención, etc. La disparidad y la dificultad de comparación de los resultados de los distintos trabajos, que buscan sentar evidencia en torno a la fisioterapia domiciliaria, también sucede en otros ámbitos de la intervención domiciliaria.

En el domicilio se establecen unas relaciones de poder y unos procesos de comunicación diferentes a los de cualquier otro ámbito, y estas relaciones pueden tener también repercusión en los efectos de la intervención⁵⁰. Por ello, para otros autores⁵¹, los objetivos de intervención de fisioterapia en el domicilio han de centrarse en las necesidades percibidas y las expectativas del paciente, y no sólo en resultados físicos observables. Estas perspectivas, así como la opinión de los propios profesionales que intervienen, podrán reorientar las prácticas profesionales tan centradas en ocasiones en el aspecto técnico⁵².

Discusión

Se reconoce que los cambios sociodemográficos actuales ya están ocasionando una presión mayor en los sistemas de salud, ya que la tasa de discapacidad aumenta con la edad y

ha provocado un aumento de las personas dependientes que precisan de atención sanitaria en el domicilio. Ante esta situación, parece que todos los estados apuestan por la atención domiciliaria como un mecanismo útil para dar respuesta a las necesidades en salud de los usuarios. Paralelamente, el número de trabajos sobre este ámbito ha aumentado considerablemente en los últimos años, gran parte de los cuales surgen desde atención especializada para la atención de personas con enfermedad crónica costosa para el sistema de salud. Por ello, uno de los motivos más frecuentes para el estudio de la fisioterapia en el domicilio es su papel en la atención a personas con enfermedad crónica y, con ello, en la disminución en la elevada ocupación de camas y servicios hospitalarios que requieren este tipo de pacientes⁵³. Aunque varios de los estudios seleccionados se centran en evaluar sus beneficios, en comparación con otros entornos de intervención, una de las grandes dificultades para analizar los resultados de la intervención de fisioterapia en el domicilio se encuentra en la poca especificidad que los estudios hacen acerca de la intervención de fisioterapia. En este sentido, no es infrecuente la utilización errónea del término "rehabilitación" como sinónimo de "fisioterapia", incluyendo tanto en uno como en otro una gran diversidad de los servicios ofrecidos y de los profesionales que intervienen. De la misma manera, también la propia fisioterapia se considera, en ocasiones, como "técnica", y no como una profesión desarrollada por un fisioterapeuta y cuya intervención puede ser diversa.

Sin duda, también se ha de reconocer que en la intervención domiciliaria intervienen múltiples factores difíciles de evaluar. No debemos obviar que resulta difícil extraer resultados a una intervención tan compleja en sí misma y que influye en tantas dimensiones, no sólo de un modo físico, sino también psicológico y social. También, para otros ámbitos con larga tradición en atención domiciliaria, es complejo evaluar los resultados de la intervención. En la revisión sistemática de los trabajos publicados entre 1994 y 2000 de intervenciones enfermeras⁵⁴, se concluye que no hay evidencia disponible sobre la visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años a las que se ha dado de alta en un hospital del Sistema Nacional de Salud español. Estos resultados, comunes a revisiones realizadas en otros países, parece deberse a que en la bibliografía encontramos publicaciones de estudios descriptivos centrados en las características de la población atendida en el domicilio o con experiencias en la implantación de programas, pero son menos frecuentes los que hacen referencia a los resultados, en sentido amplio, de la intervención.

Una de las características más relevantes de la fisioterapia domiciliaria es que se realiza en un entorno diferente al ámbito sanitario. El domicilio es un entorno comunitario y, además, un entorno comunitario que apoya la salud⁵⁵. Es decir, es un entorno que ofrece a las personas protección frente a las amenazas para la salud, al tiempo que les permite ampliar sus capacidades y desarrollar su autonomía respecto a la salud. Por lo tanto, el domicilio representa el entorno habitual en el que se ha desarrollado la vida, y el vivir en él en condiciones adecuadas está vinculado conceptualmente a la posibilidad de obtener una mejor calidad de vida, que la que se obtiene cuando la persona

está institucionalizada. Por ello, el domicilio no ha de entenderse sólo como un mero espacio físico, sino también como un concepto psicológico y social, a menudo relacionado con la calidez, la seguridad y la protección de las presiones del trabajo y la vida pública^{56,57}.

Todo ello provoca que también la sociedad demande que se atienda en su domicilio a las personas con déficits de movilidad, lo que supone un ámbito complejo y diferente a la institución sanitaria⁵⁸. Pese a ello, si bien se reconocen estos aspectos desde un punto de vista conceptual, pocos estudios se han localizado que hagan referencia a la vertiente comunitaria y que incluyan en su intervención estrategias distintas a las realizadas en el entorno sanitario. Si no se tienen en cuenta las características inherentes en el domicilio en sentido amplio, se están obviando, por tanto, los significados que el domicilio tiene, tanto para la persona que allí habita, como para el profesional que ha de intervenir. La intervención en el domicilio de diversos profesionales por un período largo provoca cambios en el significado y los hábitos que trascienden las limitaciones del domicilio y en los que intervienen también las familias⁵⁹.

Aunque la calidad de vida de las personas recluidas en el domicilio puede estar influida por factores como la pérdida de movilidad, otros aspectos pueden intervenir en esta percepción de calidad de vida. Por ejemplo, la ausencia de relaciones familiares, la incapacidad para desarrollar las actividades de la vida diaria y la reducción de los contactos sociales y de comunicación, que pueden asociarse también a los recursos económicos insuficientes⁶⁰. Por este motivo, la intervención de fisioterapia domiciliaria no debería obviar estas situaciones. Una persona con enfermedad crónica en la familia va a repercutir en todo el funcionamiento familiar y, al tiempo, se reconoce que también la familia y las relaciones que se establecen podrán influir en el desarrollo o las implicaciones de la enfermedad a la persona que la presenta.

El concepto de casa no sólo está impregnado de las relaciones entre sus habitantes, sino que se expande hasta incluir los alrededores del vecindario, con su red de relaciones sociales y servicios. De esta manera, familia, vecinos, amigos, asociaciones o colectivos comunitarios, servicios sociosanitarios y educativos pueden participar e influir de algún modo en el cuidado informal que se realiza en el domicilio⁶¹.

Por el hecho de tener esas características es por lo que se considera comunitario, y por eso tiene ahí su espacio la intervención desde atención primaria y desde otros ámbitos comunitarios. El domicilio es un espacio de interacción social y comunitaria y, por ello, teniendo en cuenta que la atención domiciliaria se realiza desde varios ámbitos, es esencial la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales. Los fisioterapeutas tienen un papel importante no sólo en la intervención directa en el domicilio, sino también en el desarrollo de programas de atención a los cuidadores principales de las redes informales y otras redes de apoyo. De hecho, la atención domiciliaria puede considerarse también como una facilitación para la participación de las personas en otros entornos comunitarios dependientes de ayuntamientos y otras administraciones, asociaciones, etc.

Finalmente, y a la luz de la bibliografía, intervenir en el domicilio requiere no sólo de conocimientos relativos a las enfermedades que estas personas presentan, sino también

entender el espacio domiciliario como un entorno con características propias. Por ello, estos aspectos han de analizarse en la formación en fisioterapia, no sólo desde un punto de vista teórico, sino también desde la práctica supervisada en el entorno domiciliario. Ser conscientes de que el ámbito domiciliario y su extensión comunitaria es tan propio de la fisioterapia como otros ámbitos de desarrollo profesional, no sólo tendrá un efecto en las personas ubicadas en el domicilio y quienes les cuidan, sino que también se abre una puerta a la fisioterapia en su vertiente más social, preventiva y de mejora de la calidad de vida.

Bibliografía

1. Espinosa J, Muñoz F. Evaluación de los programas de atención domiciliaria en atención primaria de salud. Cuadernos de Gestión 1995;1:24-32.
2. IMSERSO. Informe Anual 2004. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004.
3. Contel JC, Gené J. El entorno de la atención domiciliaria. In: Contel JC, Gené J, Peña M, editors. Atención domiciliaria. Organización y Práctica. Barcelona: Springer; 1999. p. 1-8.
4. INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDS) Madrid: 1999.
5. IMSERSO. Observatorio de Personas Mayores. Las personas mayores en España. Informe 2004. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004.
6. Oliver M. The disability movement and the professions. Brit J Ther Rehabil 1999;6:377-9.
7. IMSERSO. Libro blanco de la atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004.
8. Sundström G, Tortosa M. Effects of rationing home-help services in Spain and Sweden, a comparative analysis. Ageing and Society 1999;19:343-61.
9. Palomo L, Gervás J, García A, Pérez de Arriba J, Velasco J, Tejerina M. Estado de salud, capacidad de ayuda familiar y utilización de servicios sanitarios por pacientes crónicos confinados a domicilio. SEMERGEN 1998;24:441-53.
10. Iturria J, Márquez S. Servicios sanitarios y sociales: necesidades, preferencias y utilización por los ancianos tras un periodo de hospitalización. Revista Española de Salud Pública 1997;71:281-91.
11. Segura JM. Atención domiciliaria: un día en la vida de estos pacientes. Aten Primaria 2005;35:326-8.
12. Pérez J, Gómez B, Amador J, Enguix A. Situación funcional después de la fractura de cadera en el anciano. Aten Primaria 2003;32:606-8.
13. Jamieson A. Home Care for Older people in Europe: A comparison of policies and practices. Oxford: Oxford University Press; 1991.
14. Van Haastregt J, Diederiks J, Van Rossum E, De Witte LP, Crebolder H. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. BMJ 2000;320:754-8.
15. Tinetti ME, Baker DI, McAvay G, Claus EB, Garret P, Gottsch M, et al. A multifactorial intervención to reduce the risk of falling among elderly people. N Engl J Med 1994;331:821-7.
16. Hutten J, Kerkstra A. Análisis comparativo de los diferentes sistemas de organización y financiación de la atención domiciliaria en Europa. In: Contel JC, Gené J, Peya M, editors. Atención domiciliaria: organización y práctica. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1999.
17. Branick L, Earnest G, Long L, Regnell M, Warnecke P. The home care therapist: the art of caregiving. Caring 2002;21:32-6.

18. Kupper-Nybelen J, Ihle P, Deetjen W, Schubert I. Persons requiring long-term care: recommendations and utilization of rehabilitative therapies. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2006;36:100-8.
19. Inglés M, Isern C, Berget C, Olivé C, Espelt MP. El apoyo a la atención domiciliaria. Un reto para la fisioterapia. In: Pérez R, Gutiérrez M, Rodríguez G, editors. VI Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria. Ponencias y comunicaciones. Pontevedra: Asociación Española de Fisioterapeutas; 1999. p. 149-50.
20. Santos MA, Luengo D, Vidal M, Villarrubia E. Actividades de prevención y promoción en Fisioterapia. *Fisioterapia* 1997; 19:50-62.
21. Von Koch L, Wohlin Wohrich A, Widen Holmqvist L. Rehabilitation in home versus hospital: the importance of context. *Disability and Rehabilitation* 1998;20:367-72.
22. Fernández J. Atención en el domicilio. En: Libro de ponencias y comunicaciones de las V Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria. Zaragoza: 1998.
23. Puig C, Hernández LM, Gervás JJ. Los enfermos crónicos recluidos en el domicilio y su repercusión en la familia: una investigación cualitativa. *Aten Primaria* 1992;10:550-2.
24. Hutten J, Kerkstra A. Home Care in Europe: A country-specific guide to its organization and financing. Aldershot: Arena; 1996.
25. Adalvert E, Svetling I. Balancing Pluralism: new welfare mixes in care for the elderly. Viena: European Centre of Vienna; 1993.
26. Montagut F, Flotats G, Lucas E. Rehabilitación domiciliaria. Barcelona: Masson; 2005.
27. López A, Güell R, Sangenis M, Sotomayor C, Cornudella R. Programa de rehabilitació i assistència a domicili en la malaltia respiratòria crònica. *Sant Pau* 1988;9:207-12.
28. Zapater J, Farré MR, Escarabill J, Elies T, Vilagran C, Del Amo C. Efectos de la asistencia domiciliaria (AD) en pacientes con oxigenoterapia domiciliaria. *Arch Bronconeumol* 1990; 26(Supl 1):15.
29. Güell R, González A, Morante F, Sangenis M, Sotomayor C, Caballero C, et al. Mejor en casa: un programa de asistencia continuada para pacientes con enfermedad respiratoria crónica avanzada. *Arch Bronconeumol* 1998;34:541-6.
30. Bingöl Karakoç G, Yilmaz M, Sur S, Ufuk Altintas D, Sarpel T, Güneter Kendirli S. The effects of daily pulmonary rehabilitation program at home on childhood asthma. *Allergol Immunopathol (Madr)* 2000;28:12-4.
31. Escarabill J, Casolí V. Cuidados domiciliarios en el paciente respiratorio crónico. In: Güell R, De Lucas P, editors. Rehabilitación respiratoria. Madrid: Medical and Marketing Communications; 1999. p. 329-44.
32. Servera E, Simó L, Marín J, Vergara P. Hospitalizaciones durante un año en un grupo de insuficientes respiratorios crónicos graves con cuidados a domicilio. *Mec Clin (Barc)* 1989;93:437.
33. Farrero E, Escarabill J, Prats E, Manderall M, Manresa F. Impact of a hospital-based home-care program on the management of COPD patients long-term oxygen therapy. *Chest* 2001;119: 364-9.
34. Kirilloff LH, Carpenter V, Kerby GR, Kigin C, Weimer MP. American Thoracic Society. Medical Section of the American Lung Association. Skills of the health team involved in out-of-hospital care for patients with COPD. *Am Rev Respir Dis* 1986;133:948-9.
35. Turner-Stokes L, Disler PB, Nair A, Wade DT. Rehabilitación multidisciplinaria para la lesión cerebral adquirida en adultos en edad laboral (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2005. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
36. Törnsten AM, Holmqvist LW, De Pedro-Cuesta L, Von Koch L. A randomised controlled trial of early supported discharge and continued rehabilitation at home after stroke: five-year follow-up of patient outcome. *Stroke* 2005;36:297-303.
37. Sullivan JE, Hedman LD. Effects of home-based sensory and motor amplitude electrical stimulation on arm dysfunction in chronic stroke. *Clin Rehabil* 2007;21:142-50.
38. Torre ML, Loidi MA, Garcés P, Domínguez MP, Medina F, Lomas R, et al. Fisioterapia domiciliaria: una alternativa al tratamiento del paciente paliativo. IV Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria. Marbella: Asociación Española de Fisioterapeutas; 1997.
39. Kuisma R. A randomized, controlled comparison of home versus institutional rehabilitation of patients with hip fracture. *Clin Rehabil* 2002;16:553-61.
40. Duncan P, Richards L, Wallace D, Stoker J, Pohl P, Luchies C, et al. A randomized, controlled pilot study of a home-based exercise program for individuals with mild and moderate stroke. *Stroke* 1998;29:2055-60.
41. Thomas KS, Muir KR, Doherty M, Jones AC, O'Reilly SC, Bassey EJ. Home based exercise programme for knee pain and knee osteoarthritis: randomised controlled trial. *BMJ* 2002;325: 752-6.
42. Ravaud P, Girardeau B, Logeart I, Laruier JS, Rolland D, Treves R, et al. Management of osteoarthritis(OA) with an unsupervised home base exercise programme and/or patient administered assessment tools. A cluster randomised controlled trial with 2 x 2 factorial design. *Ann Rheum Dis* 2004;63:703-8.
43. Roddy E, Zhang W, Doherty M. Home based exercise for osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2005;64:170-1.
44. Deyle GD, Allison SC, Matekel RL, Ryder MG, Stang JM, Gohdes DD, et al. Physical therapy treatment effectiveness for osteoarthritis of the knee: a randomized comparison of supervised clinical exercise and manual therapy procedures versus home exercise program. *Physical Therapy* 2005;85: 1301-17.
45. Jolly K, Lip GY, Sandercock J, Greenfield SM, Raftery JP, Mant J, et al. Home based versus hospital based cardiac rehabilitation after myocardial infarction or revascularisation: a randomised controlled trial. *BMC Cardiovasc Disord* 2003;3:10.
46. Mangione KK, Crack RL, Tomlinson SS, Palombaro KM. Can elderly patients who have had a hip fracture perform moderate-to-high-intensity exercise at home? *Phys Ther* 2005;85:727-39.
47. Nilsson P, Tom E, Baigi A, Marklund B, Mansson J. A prospective pilot study of a multidisciplinary home training programme for lateral epicondylitis. *Musculoskeletal Care* 2007;5:36-50.
48. Beech R, Rudd AG, Tilling K, Wolfe CD. Consecuencias económicas de la externación temprana para rehabilitación domiciliaria en ACV en un hospital escuela de Londres. *Stroke* 1999;30:729-35.
49. Ward D, Severs M, Dean T, Brooks N. Ámbitos de atención domiciliaria versus hospitalaria y del propio domicilio para la rehabilitación de ancianos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2005. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
50. García V. La relación fisioterapeuta paciente en la práctica fisioterapéutica. II Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud: Libro de Ponencias. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2005. p. 111-2.
51. Hale LA, Piggot J. Exploring the content of physiotherapeutic home-based stroke rehabilitation in New Zealand. *Arch Phys Med Rehabil* 2005;86:1933-40.
52. Wottrich AW, Von Kolch L, Tham K. The meaning of rehabilitation in the home environment after acute stroke from the perspective of a multiprofessional team. *Phys Ther* 2007;87: 778-88.
53. Mayoral S, Díaz S. Cuidados domiciliarios en el paciente respiratorio crónico. In: Güell R, De Lucas P, editors. Tratado

- de rehabilitación respiratoria. Madrid: Ars medica; 2005. p. 313–25.
54. Fuentelsaz Gallego C. Visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.
 55. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Sundsvall sobre Entornos que Apoyan la Salud. Ginebra: OMS; 1991.
 56. Bowlby S, Gregory S, Mckie L. "Doing home": Patriarchy, Caring and Space. *Women's Studies Internacional Forum* 1997;20: 343–50.
 57. Nicolás M. El valor del domicilio como recurso para la salud. *Gerokomos* 2001;12:71–6.
 58. Oliván B, Franco MA, Domínguez MP. Una forma de tratamiento en auge: la atención domiciliaria para discapacitados. *Anales de Ciencias de la Salud* 1998;1:123–32.
 59. Angus J, Kontos P, Dyck I, McKeever P, Poland B. The personal significance of home: habitus and the experience of receiving long-term home care. *Sociology of Health & Illness* 2005;27: 161–87.
 60. Lurdes, L. Calidad de vida de las personas mayores. Tesis doctoral. Universidad de Extremadura. 2001.
 61. Hanson S, Pratt G. Reconceptualising the links between home and work in urban geography. *Economic Geography* 1988;64: 299–318.