

Programa de intervención en la movilidad en la comunidad desde la terapia ocupacional, tras lesión medular incompleta

Begines-Fernández, L. Cerón-Lorente, L, Jurado-Ruiz, V.
"Programa de intervención en la movilidad en la comunidad desde la terapia ocupacional, tras lesión medular incompleta".

SANUM 2023, 7(2) 6-14

Resumen

Introducción. La participación social y comunitaria está fuertemente vinculada a la calidad de vida subjetiva de personas con lesión medular. Una de las funciones del terapeuta ocupacional será promover la movilidad en la comunidad, realizando un análisis y valoración individual del caso, empleando el análisis de la actividad como herramienta básica. La evidencia sugiere que la rehabilitación será más efectiva cuando se ejecuta en el entorno de la persona, enfatizando en las intervenciones basadas en la ocupación y creando programas de entrenamiento de movilidad en silla de ruedas, ya que éstos mejoran las habilidades que la persona necesita para ejecutar la actividad satisfactoriamente.

Método. Participantes: hombres/mujeres en edad adulta tras lesión medular incompleta que realicen movilidad con silla de ruedas. Se realizará una intervención directa en la movilidad en la comunidad que mejore aspectos de la participación social y recuperación de roles de la persona, además de intervención en otras áreas ocupacionales (movilidad funcional, actividades básicas de la vida diaria, ocio, etc.).

Discusión. Con esta propuesta se hace especial hincapié en la intervención centrada en la persona, interviniendo en entornos reales lo cual puede favorecer la transferencia de aprendizaje, tratando de evitar que no se intervenga en aspectos tan importantes para las personas tras lesión medular.

Conclusiones. Los lesionados medulares le otorgan especial importancia a la participación social y movilidad en la comunidad, a pesar de la escasa intervención existente en entornos reales. Encontramos evidencia que apoya el entrenamiento y rehabilitación de dichas áreas en su propio entorno, siendo interesante incluir sujetos que viven previamente con lesión medular. Además, destaca la importancia de la valoración integral y holística de la persona para intervenir realmente sobre sus necesidades.

Palabras clave:

Terapia Ocupacional;
Limitación de la Movilidad;
Participación Social;
Silla de Ruedas;
Rehabilitación.

AUTORAS

Luna Begines Fernández.

Terapeuta ocupacional en U.G.C. Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Regional Universitario de Málaga, España. Servicio Andaluz de Salud.

Laura Cerón Lorente.

Terapeuta ocupacional en U.G.C. Salud Mental, Hospital Universitario de Jerez, Cádiz, España. Servicio Andaluz de Salud.

Virginia Jurado Ruiz.

Terapeuta ocupacional en U.G.C. Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, España. Servicio Andaluz de Salud.

Autora de Correspondencia:

Luna Begines Fernández.

✉ lunabegfernandez@gmail.com

Tipo de artículo:

Original

Sección:

Terapia ocupacional

F. recepción: 16-02-2023

F. aceptación: 13-14-2023

Mobility intervention program in the community from occupational therapy, after incomplete spinal cord injury

Abstract

Introduction. *Social and community participation is strongly linked to the subjective quality of life of people with spinal cord injury. One of the functions of the occupational therapist will be to promote mobility in the community, carrying out an analysis and individual assessment of the case, using the analysis of the activity as a basic tool. Evidence suggests that rehabilitation will be more effective when carried out in the person's environment, emphasizing occupation-based interventions and creating wheelchair mobility training programmes, as these improve the skills the person needs to execute the activity successfully.*

Method. *Participants: men/women in adulthood after incomplete spinal cord injury who use a wheelchair. A direct intervention will be carried out on mobility in the community to improve aspects of social participation and recovery of the person's roles, as well as intervention in other occupational areas (functional mobility, basic activities of daily living, leisure, etc.).*

Discussion. *With this proposal, special emphasis is placed on person-centered intervention, intervening in real environments which can favor the transfer of learning, trying to avoid not intervening in such important aspects for people after spinal cord injury.*

Conclusions. *Spinal cord injuries attach special importance to social participation and mobility in the community, despite the limited intervention in real environments. We found evidence that supports the training and rehabilitation of these areas in their own environment, and it is interesting to include subjects who previously lived with spinal cord injury. In addition, it highlights the importance of the comprehensive and holistic assessment of the person to really intervene on their needs.*

Key word:

Occupational Therapy;
Mobility Limitation;
Social Participation;
Wheelchairs;
Rehabilitation.

Introducción

La participación social y comunitaria es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un derecho fundamental, además de ser un foco importante de rehabilitación debido a la relación que mantiene la misma con la calidad de vida subjetiva, la salud y unos resultados clínicos relevantes⁽¹⁾. Tanto la participación social como comunitaria presentan gran relación con la calidad de vida de personas con lesión medular⁽²⁾.

En relación a la tercera edición del Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional⁽³⁾, podemos afirmar que la participación social es un área de ocupación en la cual las personas participan en su vida diaria y está influenciada por diversos aspectos que son individuales (características de la persona, relaciones sociales existentes y habilidades para las mismas), elementos del entorno facilitadores o limitadores para llevar a cabo la actividad, etc.

Este paradigma coincide con el Modelo de la Ocupación Humana (MOHO), el cual guía y da forma a la práctica de la terapia ocupacional, ya que la ocupación tiene lugar, influye y se le da significado según su contexto físico y social⁽⁴⁾.

La lesión medular es el daño producido de cualquier etiología en algún punto de la médula espinal, dependiendo de la localización y gravedad del daño se determinarán las funciones alteradas o perdidas⁽⁵⁾, siendo la lesión incompleta una lesión parcial de la médula, la cual permite que la persona afectada retenga alguna función⁽⁶⁾. Por ello, resulta muy necesario valorar la capacidad funcional de las personas con lesión medular⁽⁷⁾.

Algunos autores han considerado la importancia del enfoque basado en la superación de barreras y mejora de diversos factores que influyen en la participación social de las personas y calidad de vida de las mismas. Valoran el enfoque centrado en la persona, realizando una intervención de los componentes físicos y funcionales, además de los ambientales, aportando estrategias de educación, motivación y participación activa durante el periodo de rehabilitación lo que supone una mejor consecución de objetivos personales en cuanto a independencia y participación social⁽⁸⁾.

Los terapeutas ocupacionales poseen un papel importante a la hora de promover la movilidad en la comunidad⁽⁹⁾, por lo que desde esta profesión será esencial realizar un análisis y valoración individual y exhaustiva del caso, ya que existe mucha variabilidad en cuanto al nivel de independencia funcional en este tipo de lesiones⁽¹⁰⁾. Desde la terapia ocupacional, empleamos el análisis de la actividad como herramienta básica de evaluación, guiándonos el

proceso de intervención, así podremos establecer actividades propositivas para el tratamiento⁽¹¹⁾.

La evidencia también sugiere que la rehabilitación es más efectiva cuando se administra en el propio entorno de la persona, ya que el entorno clínico es menos relevante para el individuo, dudando si las habilidades para la movilidad en entornos controlados se generalizan a la movilidad en la comunidad⁽¹²⁾. Incluso algunos artículos han respaldado las intervenciones basadas en la ocupación para mejorar el desempeño ocupacional en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en el entorno comunitario en personas tras daño neurológico⁽¹³⁾, así como habilitar a las personas para participar en actividades significativas en la comunidad, siendo éste el eje de la intervención en terapia ocupacional⁽¹⁴⁾.

Para promover la rehabilitación se considera necesario centrarse en las necesidades educativas relacionadas con la salud y la movilidad comunitaria, se recomienda fijar objetivos y promover la autoeficacia, así como la incorporación de otras personas con experiencia vivida en lesión medular que participen en las intervenciones⁽¹⁵⁾.

Debido a que existen diversos documentos y estudios que demuestran un alto porcentaje de personas con lesión medular que manifiestan limitación o alteración de la movilidad fuera del hogar y en el uso de medios de transporte, limitando así la capacidad de la persona para vivir en la comunidad e incluso pone de manifiesto la relación existente entre movilidad y restricción de la participación social^(16,17), se considera especialmente importante intervenir y crear una propuesta justificada ante las necesidades que tienen las personas con este perfil. Además, encontramos evidencia que afirma que los programas y entrenamientos de movilidad en silla de ruedas pueden mejorar las habilidades que la persona necesita para ejecutar esta actividad satisfactoriamente, siendo necesario que dichos programas estén al alcance de todas las personas que lo necesiten y deben llevarse a cabo en entornos naturales⁽¹⁸⁾.

Metodología

Participantes:

Dicha propuesta de intervención podrá ser aplicada a hombres o mujeres en edad adulta que hayan sufrido una lesión medular incompleta y que por consiguiente tengan que realizar la movilidad con la ayuda de una silla de ruedas manual o eléctrica. Deben mantener sus capacidades cognitivas intactas o levemente afectadas (GDS 1/2 según la Global Deterioration Scale⁽¹⁹⁾) y manifestar el interés por recuperar o mejorar las destrezas necesarias para realizar una adecuada movilidad en la comunidad

y/o reestablecer aspectos relacionados con la participación social. Principalmente puede ser empleado en centros residenciales, donde las personas se han visto obligadas a cambiar de lugar de residencia, por otro lado, con las modificaciones necesarias también puede llevarse a cabo en personas con todas las características anteriores aunque no hayan cambiado de domicilio.

También encontramos los siguientes criterios de exclusión: 1) que la persona presente alteraciones cognitivas y/o conductuales que supongan una limitación para llevar a cabo el entrenamiento en las distintas actividades, 2) que existan riesgos para la seguridad de la persona a la hora de llevar a cabo el programa en la comunidad, y 3) que la persona no manifieste interés en realizar el programa o negación en realizar el entrenamiento de la movilidad en la comunidad.

Planteamiento del programa:

Este programa de intervención emplea principalmente las bases teóricas y los conceptos del Marco de Trabajo de la American Occupational Therapy Association (AOTA) y el MOHO. El primero de ellos será empleado como una guía para la práctica de la terapia ocupacional en las áreas concretas de la misma, dando especial importancia a la creencia de la relación entre ocupación y salud, y la visión de las personas como seres ocupacionales, así como la importancia de la identidad ocupacional para llevar a cabo una vida sana y satisfactoria⁽³⁾. Según dicho Marco, el proceso de intervención desde terapia ocupacional es un proceso fluido y dinámico que consta de los siguientes pasos:

- Evaluación: Perfil ocupacional y análisis del desempeño ocupacional.
- Intervención: Plan de intervención, implementación de la intervención y revisión de la intervención.
- Focalización de los resultados: Resultados.

Además, durante todo el proceso los terapeutas ocupacionales realizan continuamente un razonamiento clínico sobre el desempeño ocupacional de las personas, permitiendo así identificar las diferentes demandas, habilidades que se requieren, así como el significado que tienen las actividades y ocupaciones para la persona. Otro aspecto importante del Marco de Trabajo de la AOTA⁽³⁾ es el análisis de la actividad, el cual es empleado por los terapeutas ocupacionales para comprender las demandas que presenta una actividad concreta y, de este modo, analizar las estructuras corporales, las funciones corporales, las destrezas de ejecución y patrones de ejecución que son necesarios para determinar las demandas que una actividad en concreto presenta

para una persona. Dicho marco será empleado también para documentar y analizar las áreas ocupacionales en las que existen limitaciones, así como guía durante todo el proceso de valoración e intervención con la persona.

Este programa consiste en realizar una intervención directa sobre la movilidad en la comunidad que indirectamente también mejore aspectos de la participación social e incluso recuperación de roles previos de la persona. Durante la intervención incluiremos otras áreas ocupacionales (movilidad funcional, aseo, ocio, etc.) que se detecten relevantes durante el proceso de evaluación, así como trabajo con familiares.

Se lleva a cabo mediante sesiones individuales, acompañadas tres veces a la semana de sesiones grupales. Se considera interesante incluir intervenciones con nuevas tecnologías, principalmente por dos motivos:

- Para establecer vías alternativas o aumentativas de participación social.
- Para entrenar otras habilidades como pueden ser la movilidad, miembros superiores, alternativas de ocio, etc.

En primer lugar se realiza una evaluación, valoración y entrevista exhaustiva mediante las siguientes escalas: American Spinal Injury Association (ASIA), Spinal Cord Independence Measure (SCIM) y Autoevaluación Ocupacional (OSA). Desde la primera sesión de evaluación es imprescindible establecer un vínculo terapéutico, aportando confianza a la persona. La aplicación de la OSA nos sirve para enfatizar en la finalidad de la terapia ocupacional, establecer objetivos a trabajar de manera conjunta y proponer la estrategia a llevar a cabo.

Una vez administradas las herramientas de evaluación y, además, hayamos recogido información necesaria mediante entrevistas informales y observación, analizaremos junto a la persona si además de la movilidad en la comunidad y participación social existen otras áreas o actividades a trabajar de manera prioritaria según sus necesidades, para a partir de ahí consensuar los objetivos y marcar estrategias de intervención a llevar a cabo. A partir de aquí, se comienza a trabajar en sesiones individuales las destrezas necesarias para la movilidad en la comunidad y participación social, intercalándolo, dentro de la sesión, con otras tareas que pongan en juego habilidades para la ejecución de otras actividades de la vida diaria que se hayan determinado como prioritarias a intervenir. De este modo, realizaremos una práctica distribuida en la cual los periodos de descanso se convierten en periodos de práctica de otra actividad, fomentando la transferencia de aprendizaje y reduciendo la fatiga⁽²⁰⁾.

Resultados

Durante las primeras sesiones se trabajan aspectos de movilidad en el entorno interior, si la persona se encuentra en un centro residencial nuevo tendrá que familiarizarse con el nuevo espacio. Dicho entrenamiento se lleva a cabo tanto en sala de tratamiento como en el propio entorno (domicilio o espacios residenciales), las tareas llevadas a cabo son: girar en movimiento, girar en su lugar, ir hacia atrás y hacia delante, dibujar un 8 en el suelo esquivando conos a una distancia de 1.5 m, cruzar una puerta, abrir y cerrar una puerta, realizar un recorrido estrecho entre conos o señales, moverse sobre diferentes superficies, subir y bajar un pequeño escalón, subir y bajar una rampa, alcanzar objetos desde la silla de ruedas y transferencias hacia y desde la silla⁽²¹⁻²³⁾.

Una vez finalizado este bloque, se solicita a la persona un listado con las tareas que hayan resultado más limitantes para adaptarlas o entrenarlas durante las siguientes sesiones, todo ello debido a que la autoeficacia percibida en el uso y manejo de la silla de ruedas es igualmente importante, si no más, que las propias habilidades para el manejo de la misma para poder predecir si se realizará la movilidad y la participación en actividades diarias y sociales⁽²⁴⁾.

A su vez, se comienza a introducir a la persona en sesiones grupales, ya sean llevadas en el centro residencial o reuniones con familiares/amigos programadas. También se valora la opción de que la persona contacte con otros sujetos con experiencia vivida de lesión medular, estas relaciones pueden ser recomendables para que se produzca un intercambio de información y experiencias y motivar a la persona en su proceso de tratamiento y rehabilitación⁽¹⁵⁾. Se tiene especialmente en cuenta las características personales de los individuos, preferencias, aficiones, gustos, etc.

A continuación, las siguientes sesiones tienen como objetivo la preparación para la movilidad en la comunidad, con ayuda de un mapa o plano de los exteriores (se puede emplear una Tablet/teléfono móvil y así comenzar a introducir también las nuevas tecnologías). Así, desde el MOHO, le facilitamos a la persona espacios ocupacionales que dan lugar a la exploración, competencia y logro, e introduciendo una herramienta novedosa (Tablet) puede generar nuevos intereses y motivaciones en la persona, pudiendo así mejorar distintas áreas ocupacionales⁽²⁵⁾. En dichas sesiones se cuestiona y establece qué actividades resultan motivantes e interesantes en la comunidad y se anotan tres opciones de actividades o lugares de interés, los cuales nos son útiles para realizar la movilidad en la comunidad en las siguientes sesiones. También en este periodo se destina un intervalo de tiempo a realizar un entrenamiento o

intervención en diferentes áreas ocupacionales que se hayan encontrado deficitarias durante la evaluación de la persona (movilidad funcional, transferencias...), siendo interesante valorar y entrenar en el uso de productos de apoyo.

A continuación, y una vez alcanzados los objetivos en relación a la movilidad en silla de ruedas, se inicia la movilidad en la comunidad. Previamente se seleccionaron varios lugares o actividades de interés para motivar la movilidad en la comunidad, se elige uno de ellos para comenzar. Durante todo el recorrido al destino seleccionado se realiza una observación y análisis de la actividad completa, solicitando habilidades o tareas precisas para realizar una satisfactoria movilidad en la comunidad⁽²⁶⁾. También será especialmente interesante el análisis del entorno físico, ya que ofrece unas opciones de movilidad concretas, el análisis y adaptación del mismo forma parte de la práctica profesional de la terapia ocupacional, debiendo así conocer los distintos componentes del entorno que influyan en la disfunción, analizando demandas objetivas y subjetivas del ambiente y adaptando o modificando aspectos del entorno que dificulten el desempeño⁽²⁷⁾.

Esto se repite durante distintas sesiones, acudiendo a los distintos destinos seleccionados, cambiando el recorrido surgirán nuevas tareas y retos que el individuo debe superar, poniendo en práctica estrategias que ha entrenado previamente con la consiguiente satisfacción y auto-realización que ello supone, pudiendo observar así la transferencia de aprendizaje.

A continuación, se valora el uso de transporte público para realizar la movilidad en la comunidad, todo ello depende de los recursos disponibles según la localización de la vivienda o residencia, de los recursos económicos, así como de los hábitos y preferencias de la persona. Se debe analizar tanto la actividad como el entorno, una evaluación objetiva de los obstáculos o limitaciones que se puede encontrar, ello nos ayuda a identificar y hallar soluciones para mejorar la movilidad y participación comunitaria⁽²⁸⁾. Volveremos a realizar un acompañamiento y análisis de la actividad in situ para entrenar, adaptar o modificar tareas.

A partir de este punto, se determina cuando finaliza el acompañamiento, el terapeuta debe valorar que el desempeño ocupacional de la persona en dicha actividad es adecuado y cumple las condiciones de seguridad. Por consiguiente, se pautarán tres salidas a la semana de forma independiente a la comunidad cuando se considere que el acompañamiento ya no es necesario.

En determinados casos encontramos la posibilidad de realizar la movilidad en el vehículo de algún familiar o amigo, para ello se debe establecer una formación

a terceros, realizando un entrenamiento con el individuo y una capacitación y formación de los familiares para ejecutar las transferencias desde la silla de ruedas al coche y viceversa de una manera segura, satisfactoria y adecuada. El entrenamiento con el paciente debe servirnos para analizar si existe transferencia del aprendizaje, ya que previamente se han entrenado otro tipo de transferencias, esto quiere decir que la persona tiene capacidad para realizar la misma tarea en un ambiente distinto al existir similitudes de las tareas⁽²⁹⁾. Además, se valorará si es necesario el uso de productos de apoyo que faciliten y ayuden a la hora de realizar esta transferencia (agarrador, asidero portátil, superficie de transferencia, cojín giratorio...)⁽³⁰⁾.

Posteriormente, se realizarán varias sesiones con el familiar para instruirlo en la ejecución de la transferencia de forma adecuada y segura.

Finalmente se realiza un proceso de re-evaluación mediante el formulario de seguimiento de la escala OSA, analizando también los objetivos planteados al principio.

Duración de las sesiones:

Las sesiones individuales tendrán una duración de 1h diaria de lunes a viernes, los días que se realice sesión grupal (3 días/semana) la persona recibirá 2h diarias, siendo el total de horas de intervención a la semana de 8h.

Cronograma:

Se estima que el programa de intervención tenga una duración de 5 meses ya que en otro estudio analizado⁽³¹⁾, con una intervención similar, es a partir de los 4 meses cuando se aprecian cambios significativos. Tanto las sesiones individuales como grupales se realizarán en horario de mañana, pudiendo variar alguna de las sesiones grupales a horario de tarde.

Recursos:

Los recursos humanos necesarios serán: un terapeuta ocupacional, auxiliares del centro residencial, equipo técnico del centro, residentes del centro, familiares y amigos de la persona usuaria, transporte público y personal de los establecimientos a los que acuda la persona.

Los recursos materiales que se emplearán son: silla de ruedas eléctrica, Tablet, conexión Wifi, mesa, silla sin reposabrazos, silla con reposabrazos, conos, pinzas, cinta adhesiva de colores, pelotas de diferentes tamaños, productos de apoyo necesarios, vehículo del familiar y material para llevar a cabo actividades grupales.

Evaluación del programa:

La escala OSA nos servirá para que el propio paciente evalúe su propia competencia y el impacto que

supone el ambiente sobre su adaptación funcional, además al presentar un formulario de seguimiento podemos realizar una re-evaluación y analizar la evolución del sujeto e incluso la efectividad del programa.

También es posible administrar una escala de satisfacción, como por ejemplo la escala SyCV-FSAR que valora aspectos de la calidad de vida de personas que viven en centros residenciales⁽³²⁾ o, incluso, la escala Fumat para evaluar la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad⁽³³⁾. Ambas escalas sería interesante emplearlas tanto al inicio como al final del programa, para observar y analizar la evolución que ha existido en la calidad de vida percibida por la persona.

Además, como terapeutas ocupacionales tenemos una herramienta muy útil que es el análisis de la actividad, por lo tanto durante la observación de la ejecución de la actividad podremos apreciar el impacto que esté teniendo o ha tenido el programa sobre el individuo y recoger datos de manera no estandarizada.

Discusión

La participación social y la movilidad en la comunidad son áreas que tienen gran importancia y relación con los roles individuales, pero dichos aspectos pueden pasar a un segundo plano en el plan de actuación cuando una persona está institucionalizada. Por ello, en numerosas ocasiones la intervención se suele basar en otras áreas ocupacionales e incluso, las nombradas previamente, suelen obviarse. Con el planteamiento de este programa se pretende hacer especial hincapié en la intervención centrada en la persona, sus necesidades y prioridades, así como al valor que presentan los roles y ocupaciones significativas previas a la lesión, con el propósito de restaurar y fomentar aquellos que el sujeto considere prioritarios. Además, el hecho de trabajar la movilidad en la comunidad de manera estructurada y planificada con los individuos institucionalizados también puede dar lugar a la consecución de otros objetivos durante el tratamiento, ya que el hecho de trabajar en entornos reales supone un gran beneficio en la terapia e incluso podremos valorar la transferencia de aprendizaje de tareas realizadas en las salas de tratamiento.

Por otro lado, la inclusión de una herramienta de valoración propia del MOHO también nos permite como profesionales de la terapia ocupacional dar a conocer de manera detallada y holística cuál será la finalidad y los objetivos de la terapia.

Discussion

Social participation and mobility in the community are areas that are of great importance and related to individual roles, but these aspects can take a back seat in the action plan when a person is institutionalized. For this reason, on many occasions the intervention is usually based on other occupational areas and even those previously mentioned are usually ignored. With the approach of this program, it is intended to place special emphasis on the intervention centered on the person, their needs and priorities, as well as the value of significant roles and occupations prior to the injury, with the purpose of restoring and promoting those that the subject deems priority. In addition, the fact of working on mobility in the community in a structured and planned way with institutionalized individuals can also lead to the achievement of other objectives during treatment, since the fact of working in real environments is of great benefit in therapy and we will even be able to assess the transfer of learning from tasks carried out in treatment rooms.

On the other hand, the inclusion of MOHO's own assessment tool also allows us as occupational therapy professionals to make known in a detailed and holistic manner what the purpose and objectives of the therapy will be.

Conclusiones

Analizando la bibliografía revisada resulta interesante la importancia que le otorgan las personas con distintas limitaciones o patologías neurológicas a conceptos como la participación social y la movilidad en la comunidad(34,35), a la vez que encontramos estudios que manifiestan la escasa intervención que se realiza en dichos conceptos en entornos reales(36). Como terapeutas ocupacionales resulta incongruente que dichas actividades tan significativas para las personas con afectación neurológica reciban una intervención y tratamiento deficitario. Existe bibliografía que apoya el entrenamiento y la rehabilitación de estas áreas ocupacionales en entornos reales(11,12,26), pero en muchas ocasiones el entorno de práctica clínica dista mucho de la realidad.

También se considera beneficioso el hecho de incluir en la intervención a sujetos que viven previamente con lesión medular(15) para que exista

un intercambio de información y experiencias, desarrollándose aprendizaje en estos escenarios.

Asimismo, esta propuesta de intervención también supone un intento de impulso por la investigación y formación en estas áreas, ya que somos conocedores de que actualmente es inconsistente, no se realizan intervenciones efectivas en estas áreas y mucho menos en los centros residenciales.

Por último, se destaca la importancia de realizar una valoración centrada en las necesidades de las personas que ingresan en centros residenciales con patología neurológica, pudiendo emplear modelos conceptuales, como el MOHO, que aportan una visión integral y holística de la persona.

Conclusions

Analyzing the reviewed bibliography, it is interesting the importance that people with different limitations or neurological pathologies give to concepts such as social participation and mobility in the community(34,35), while we find studies that show the scarce intervention that is performed on these concepts in real environments(36). As occupational therapists, it is incongruous that such significant activities for people with neurological impairment receive poor intervention and treatment. There is a bibliography that supports the training and rehabilitation of these occupational areas in real environments(11,12,26), but in many cases the clinical practice environment is far from reality.

It is also considered beneficial to include in the intervention subjects previously living with spinal cord injury(15) so that there is an exchange of information and experiences, developing learning in these scenarios.

Likewise, this intervention proposal also represents an attempt to promote research and training in these areas, since we are aware that it is currently inconsistent, effective interventions are not carried out in these areas, much less in residential centers.

Finally, the importance of carrying out an assessment focused on the needs of people admitted to residential centers with neurological pathology is highlighted, being able to use conceptual models, such as the MOHO, which provide comprehensive and holistic vision of person.

Declaración de transparencia

La autora principal (defensora del manuscrito) asegura que el manuscrito es un artículo honesto, adecuado y transparente; que ha sido enviado a la revista científica SANUM, que no ha excluido aspectos importantes del estudio y que las discrepancias del análisis se han argumentado, siendo registradas cuando éstas han sido relevantes. Todos los autores han contribuido sustancialmente en el diseño, análisis, interpretación, revisión crítica del contenido y aprobación definitiva del presente artículo.

Fuentes de financiación

Sin fuentes de financiación.

Conflicto de intereses

Sin conflicto de intereses.

Publicación

Este trabajo no ha sido presentado en ningún evento científico (congreso o jornada).

BIBLIOGRAFÍA

- Smith EM, Sakakibara BM, Miller WC. A review of factors influencing participation in social and community activities for wheelchair users. *Disabil Rehabil Assist Technol*. 2016;11(5):361-74.
- Chang FH, Wang YH, Jang Y, Wang CW. Factors associated with quality of life among people with spinal cord injury: application of the International Classification of Functioning, Disability and Health model. *Arch Phys Med Rehabil*. diciembre de 2012;93(12):2264-70.
- Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd Edition). *Am J Occup Ther*. 1 de marzo de 2014;68(Supplement_1):S1-48.
- Kielhofner G. *Terapia ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación*. Ed. Médica Panamericana; 2004. 656 p.
- Bárbara-Bataller E, Méndez-Suárez JL, Alemán-Sánchez C, Ramírez-Lorenzo T, Sosa-Henríquez M. Epidemiología de la lesión medular de origen traumático en Gran Canaria. *Neurocirugía*. enero de 2017;28(1):15-21.
- Villines Z. Complete & Incomplete Spinal Cord Injuries: Everything You Need to Know [Internet]. [citado 18 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.spinalcord.com/blog/complete-vs.-incomplete-spinal-cord-injuries>
- Anderson K, Aito S, Atkins M, Biering-Sørensen F, Charlifue S, Curt A, et al. Functional recovery measures for spinal cord injury: an evidence-based review for clinical practice and research. *J Spinal Cord Med*. 2008;31(2):133-44.
- Henao-Lema CP, Pérez-Parra JE. Adherencia a procesos de neurorrehabilitación funcional y su relación con la discapacidad y la calidad de vida en adultos colombianos con lesión medular. *Rev Fac Med*. 1 de septiembre de 2016;64(3Sup):69-77.
- Di Stefano M, Stuckey R, Lovell R. Promotion of safe community mobility: Challenges and opportunities for occupational therapy practice: VIEWPOINT. *Aust Occup Ther J*. febrero de 2012;59(1):98-102.
- Espinal MJA. Calidad de vida en personas con lesión medular [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universidad Complutense de Madrid; 2016 [citado 22 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=128701>
- Cabeza AS. Terapia Ocupacional y daño cerebral adquirido. Conceptos básicos. *Rev Electrónica Ter Ocupacional Galicia TOG*. 2005;(2):4.
- WADE D. Community rehabilitation, or rehabilitation in the community? *Disabil Rehabil*. 1 de enero de 2003;25(15):875-81.
- Wolf TJ, Chuh A, Floyd T, McInnis K, Williams E. Effectiveness of Occupation-Based Interventions to Improve Areas of Occupation and Social Participation After Stroke: An Evidence-Based Review. *Am J Occup Ther*. 2015;69(1):6901180060p1-11.
- Barclay L, McDonald R, Lentin P, Bourke-Taylor H. Facilitators and barriers to social and community participation following spinal cord injury. *Aust Occup Ther J*. febrero de 2016;63(1):19-28.
- Barclay L, Robins L, Migliorini C, Lalor A. Community integration programs and interventions for people with spinal cord injury: a scoping review. *Disabil Rehabil*. 1 de mayo de 2020;0(0):1-11.

16. Craig A, Nicholson Perry K, Guest R, Tran Y, Middleton J. Adjustment following chronic spinal cord injury: Determining factors that contribute to social participation. *Br J Health Psychol*. noviembre de 2015;20(4):807-23.
17. Huete García A, Díaz Velázquez E. Análisis sobre la lesión medular en España: informe de resultados. Toledo: Federación Nacional Aspaym; 2012.
18. ROUTHIER F, VINCENT C, DESROSIERS J, NADEAU S. Mobility of wheelchair users: a proposed performance assessment framework. *Disabil Rehabil*. 1 de enero de 2003;25(1):19-34.
19. Reisberg B, Ferris SH, Leon MJ de, Crook TH. Global Deterioration Scale (GDS). *Psychopharmacol Bull*. 1988;
20. Cano-de-la-Cuerda R, Molero-Sánchez A, Carratalá-Tejada M, Alguacil-Diego IM, Molina-Rueda F, Miangolarra-Page JC, et al. Teorías y modelos de control y aprendizaje motor. Aplicaciones clínicas en neurorrehabilitación. *Neurología*. 1 de enero de 2015;30(1):32-41.
21. Kilkens OJ, Post MW, Woude LH van der, Dallmeijer AJ, Heuvel WJ van den. The wheelchair circuit: Reliability of a test to assess mobility in persons with spinal cord injuries. *Arch Phys Med Rehabil*. 1 de diciembre de 2002;83(12):1783-8.
22. Kirby R, Dupuis D, Macphee A, Coolen A, Smith C, Best K, et al. The Wheelchair Skills Test (version 2.4): measurement properties. *Arch Phys Med Rehabil*. 1 de junio de 2004;85:794-804.
23. Routhier F, Desrosiers J, Vincent C, Nadeau S. Reliability and construct validity studies of an obstacle course assessment of wheelchair user performance. *Int J Rehabil Res Int Z Rehabil Rev Int Rech Readaptation*. marzo de 2005;28(1):49-56.
24. Sakakibara BM, Miller WC, Eng JJ, Backman CL, Routhier F. Influences of wheelchair-related efficacy on life-space mobility in adults who use a wheelchair and live in the community. *Phys Ther*. noviembre de 2014;94(11):1604-13.
25. Nistal FF. Nuevas tecnologías para la atención a personas con discapacidad de origen neurológico. *Rev Esp Discapac*. 30 de junio de 2014;2(1):233-6.
26. Walker KA, Morgan KA, Morris CL, DeGroot KK, Hollingsworth HH, Gray DB. Development of a Community Mobility Skills Course for People Who Use Mobility Devices. *Am J Occup Ther*. 1 de julio de 2010;64(4):547-54.
27. López BP, Molina PD, Arnaiz BN. Conceptos Fundamentales De Terapia Ocupacional. Ed. Médica Panamericana; 2001. 368 p.
28. Routhier F, Mortenson WB, Demers L, Mahmood A, Chaudhury H, Martin Ginis KA, et al. Mobility and Participation of People With Disabilities Using Mobility Assistive Technologies: Protocol for a Mixed-Methods Study. *JMIR Res Protoc*. 16 de abril de 2019;8(4):e12089.
29. TERAPIA OCUPACIONAL EN DISFUNCIONES FISICAS (2a ED.): TEORIA Y PRACTICA | BEGOÑA POLONIO LOPEZ | Comprar libro 9788498357875 [Internet]. casadellibro. 2015 [citado 8 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.casadellibro.com/libro-terapia-ocupacional-en-disfunciones-fisicas-2-ed-teoria-y-practica/9788498357875/2612287>
30. Sánchez IV. Productos que facilitan el acceso al vehículo. :16.
31. Logan PA, Gladman JRF, Avery A, Walker MF, Dyas J, Groom L. Randomised controlled trial of an occupational therapy intervention to increase outdoor mobility after stroke. *BMJ*. 11 de diciembre de 2004;329(7479):1372-5.
32. Literas L, Navarro A, Fontanals MD. Diseño y validación de una escala de satisfacción y calidad de vida para usuarios de centros residenciales y sociosanitarios. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 1 de noviembre de 2010;45(6):320-5.
33. Gómez LE, M. A. V, Arias B, Navas P. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la Escala Fumat. *Psychosoc Interv*. 2008;17(2):189-99.
34. Kennedy P, Lude P, Taylor N. Quality of life, social participation, appraisals and coping post spinal cord injury: a review of four community samples. *Spinal Cord*. febrero de 2006;44(2):95-105.
35. Lemay V, Routhier F, Noreau L, Phang SH, Martin Ginis KA. Relationships between wheelchair skills, wheelchair mobility and level of injury in individuals with spinal cord injury. *Spinal Cord*. enero de 2012;50(1):37-41.
36. Best KL, Arbour-Nicitopoulos KP, Sweet SN. Community-based physical activity and wheelchair mobility programs for individuals with spinal cord injury in Canada: Current reflections and future directions. *J Spinal Cord Med*. noviembre de 2017;40(6):777-82.