

Terapia ocupacional

M. SEOANE, T. POUSADA, R. ÁLVAREZ, C. PRESEDO, M.A. TALLAVERA

Resumen

Este capítulo intenta explicar el importante papel que tiene la terapia ocupacional para mejorar la calidad de vida de las personas con esclerosis múltiple.

El objetivo principal de la Terapia Ocupacional en las personas con este diagnóstico es crear y facilitar las oportunidades necesarias para alcanzar la participación en todas las actividades importantes para la persona y así, mejorar su salud y bienestar.

Dentro de los procesos de terapia ocupacional destacan el proceso de evaluación y diagnóstico ocupacional y el proceso de intervención junto con la persona con esclerosis múltiple y/o su entorno, se establecen los objetivos que se pretenden conseguir y se diseña el Plan de intervención, cuyas estrategias y las técnicas de intervención deben ser elegidas para cada persona. La intervención de terapia ocupacional debe estar en continua revisión para adaptarse a las necesidades de la persona afectada y su entorno, en base a los diferentes estadios de la enfermedad. Además, las intervenciones de terapia ocupacional se realizan en equipo con otros profesionales, potenciando los programas de rehabilitación multidisciplinarios.

Por último, se evidencia la necesidad incluir la terapia ocupacional en todo el proceso de la enfermedad de las personas con Esclerosis Múltiple para mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, esclerosis múltiple, autonomía personal.

Abstract

In this chapter we try to explain the important role of occupational therapy to improve the quality of life of people with multiple sclerosis.

The main objective of Occupational Therapy in people with this diagnosis is to create and facilitate the necessary opportunities to achieve participation in all important activities for the person and thus improve their health and well-being.

Within the processes of occupational therapy highlight the process of assessment and occupational diagnosis and the intervention process together with the person with multiple sclerosis and / or their environment, establish the objectives that are intended to achieve and design the intervention plan, whose Strategies and intervention techniques should be chosen for each person. The intervention of occupational therapy must be continuously reviewed to adapt to the needs of the affected person and their environment, based on the different stages of the disease. In addition, occupational therapy interventions are carried out in teams with other professionals, strengthening multidisciplinary rehabilitation programs.

Finally, the need to include occupational therapy in the entire disease process of people with multiple sclerosis to improve their quality of life is evident.

Keywords: Occupational Therapy, multiple sclerosis, personal autonomy.

7.1. Introducción: Papel de la terapia ocupacional y la esclerosis múltiple

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad progresiva del sistema nervioso central, y dificulta la gestión de la ocupación de las personas que la padecen (Yu & Mathiowetz, 2014a, 2014b). A nivel mundial, se estima que la EM afecta a 2,5 millones de personas, la mayoría diagnosticadas entre los 20 y 50 años (Yu & Mathiowetz, 2014a, 2014b). En Europa hay 700.000, en España 47.000, con una tasa de un diagnóstico de EM cada 5 horas. La comunidad autónoma de Galicia tiene la tasa más elevada en relación al resto de comunidades autónomas con una ratio de aproximadamente 3000 casos diagnosticados (Ares et al, 2007; Fraga, 2018; Llana, 2016). Las personas con EM presentan a lo largo de su vida, diferentes etapas en la evolución de la EM (Fraga, 2018; Llana, 2016), y el o la terapeuta ocupacional tendrá que actuar en consecuencia de las necesidades ocupacionales que esta persona tenga y dependiendo del momento en el que la misma se encuentre.

El curso de este problema de salud es heterogéneo e imprevisible, siendo la fatiga uno de los síntomas más comunes y molestos afectando al 50-92 % de las personas con

problemas de EM (Kos *et al.*, 2016). Al margen de esta fatiga, los síntomas principales en algunas etapas van a ser: debilidad muscular, dolor, espasticidad, alteraciones de la sensibilidad y de la cognición, depresión, alteraciones visuales y esfinterianas (Kos *et al.*, 2016), en cambio en periodos diferentes van a cursar con rigidez muscular, parálisis de las extremidades afectadas, deterioro cognitivo y problemas psicológicos (Pimentel & Toldra, 2017).

El procesamiento resultante de un cuerpo que reacciona, sumado al enfrentamiento que estos producen en determinados ambientes y a una actitud no siempre favorable (Kos *et al.*, 2016), genera que estas personas presenten problemas en la participación de actividades cotidianas y por ende tenga un resultado nefasto en el equilibrio ocupacional. En su mayoría, los cambios producidos en el desempeño ocupacional van a afectar a: las Actividades de la Vida Diaria (AVD) tanto básicas como instrumentales, al ocio, a las actividades de descanso y sueño, al trabajo o la participación social, entre otras, siendo las áreas con mayor repercusión las de trabajo y participación social (Yu & Mathiowetz, 2014a, 2014b).

Los tratamientos farmacológicos ayudan en sus posibilidades y tienen una gran labor en esta población. Pero en ocasiones por lo que relatan estas personas son insatisfactorios (Kos *et al.*, 2016) ya que las dificultades por participar en actividades cotidianas están presentes repercutiendo directamente sobre el desempeño ocupacional, la condición de salud y el nivel de bienestar. En este caso, las personas con problemas de salud de EM, que presentan esa limitación en la ocupación, ven mermadas las posibilidades de conciliar su participación ocupacional con las necesidades personales. La repercusión en materia de privación ocupacional está presente ya que en función del tipo ambiente en el que se encuentre la persona con problemas de EM, tendrá más o menos facilidad para acceder a recursos o actividades (Souto, Talavera, Facal & Rodríguez, en prensa).

La ocupación juega un papel importante en la vida, ya que el ser humano es un ser ocupacional (Wilcock & Hocking, 2015) y que tiene la necesidad y capacidad de estructurar la ocupación para dar sentido la vida entonces, debemos ser conscientes que cuando se estructura el desempeño ocupacional y la ocupación, aparecen implícitos los procesos de adaptación y equilibrio, facilitando el ajuste de las actividades cotidianas y contribuyendo de esta forma al desarrollo de una exitosa condición de salud (Wilcock & Hocking, 2015).

Debido a esta situación, la terapia ocupacional va a jugar un papel importante en la conciliación entre personas con problemas de salud de EM y la gestión del desempeño ocupacional en ambientes concretos. El objetivo de mantener la ocupación como garante de la condición de salud y la sensación de bienestar, será una de las máximas que la terapia ocupacional tendrá a lo largo de la intervención con esta población. La terapia ocupacional, disciplina que tiene como eje central de su trabajo la ocupación del ser humano se encarga de mantener una condición de salud y bienestar por medio del

estudio e intervención sobre el desempeño ocupacional en ambientes donde se realiza la participación en actividades de personas, poblaciones, comunidades u organizaciones (Souto, Talavera, Facal & Rodríguez, en prensa).

Por tanto, la terapia ocupacional en personas con problemas de salud de EM, tiene como objetivo principal optimizar el compromiso de una persona con su ocupación (entendiendo ocupación como el conjunto de actividades cotidianas aceptadas culturalmente que una persona lleva a cabo dentro de un ambiente, que le identifican y diferencian de otros y otras) (Moruno y Talavera, 2012). Las intervenciones de terapia ocupacional para personas con EM -como veremos en posteriores apartados-, se dirigen a encontrar el equilibrio óptimo entre el desempeño ocupacional y el mantenimiento de la ocupación, por ende, la salud y el bienestar.

Los y las terapeutas ocupacionales pueden ser capaces de optimizar el desempeño de la actividad en sí, y el valor percibido de hacer las actividades cotidianas (Kos *et al.*, 2016). Por ese motivo, el valor de la ocupación y su concepto desempeña un papel central a la hora de hacer frente a los problemas de salud. Así, los y las terapeutas conciben su práctica en personas con problemas de salud de EM en el valor que tiene la ocupación para estos y estas.

Diferentes estudios (Eyssen *et al.*, 2013; Kos *et al.*, 2013; Preissner, Arbesman, & Lieberman, 2016; Yu & Mathiowetz, 2014a, 2014b), describen el papel de la terapia ocupacional junto a otros equipos de intervención, nunca de forma aislada, por lo que, en este caso, la evolución y mejora de las personas con problemas de salud de EM, va junto a otros profesionales. Aun así, estos estudios sugieren que las personas con EM se benefician de intervenciones individualizadas y grupales dirigidas por objetivos que abordan el rendimiento funcional y promueven la participación desde terapia ocupacional con ejemplos, como veremos más tarde, de programas de rehabilitación multidisciplinarios, programas de promoción de la salud y cursos de manejo de la fatiga.

A modo de ejemplo, los programas específicos de intervención de terapia ocupacional de alta intensidad sobre el manejo de la fatiga y programas de promoción de la salud en personas con EM hospitalizadas o ambulatorias a corto plazo (2 o 3 meses) presentan efectos inmediatos (Yu & Mathiowetz, 2014a, 2014b). Además, existe evidencia (Yu & Mathiowetz, 2014a, 2014b) de que los programas ambulatorios, basados en determinadas áreas del desempeño ocupacional, de menor intensidad, pero de mayor duración, generan mejoras a más largo plazo en la capacidad de gestionar el desempeño ocupacional para participar en actividades cotidianas y de esta forma mejor la condición de salud, la calidad de vida y la sensación de bienestar.

De una u otra forma el papel de la terapia ocupacional -como podremos ver en apartados siguientes-, si evidencia mejorías relevantes de forma específica tras su intervención, es en la gestión del desempeño ocupacional a la hora de manejar la fatiga para el desarrollo de actividades cotidianas y de esta forma mejorar el equilibrio ocupacional

y la condición de salud. Incluso existen estudios, donde el terapeuta ocupacional actúa directamente sobre el control del ambiente donde la persona con EM desarrolla su participación en actividades. En este caso la adaptación de los mismos se torna importante y de gran relevancia teniendo en cuenta la sintomatología que aparece en personas con EM. Además, en esta misma línea la evidencia de programas de prevención de posibles dificultades y promoción de la salud en la población en general, son parte de su cartera de servicios, con resultados satisfactorios (Yu & Mathiowetz, 2014a, 2014b).

Aun así, la realidad de la terapia ocupacional en personas con problemas de salud de EM, es en España, al igual que sucede en Galicia, algo limitada. Por poner un ejemplo, en Galicia existen en la actualidad dos terapeutas ocupacionales que desarrollan su labor en dos asociaciones, de la cuales, una está federada en la Federación Gallega de Esclerose Múltiple (FEGADEM) y la otra depende de Federación Gallega de Enfermedades Raras y Crónicas (FEGEREC). A estas dos terapeutas ocupacionales, hay que añadirles todos y todas terapeutas ocupacionales que trabajan en los servicios de rehabilitación física de las diferentes áreas sanitarias, y que pueden tener entre sus usuarios, personas con problemas de salud de EM. En este caso, la intervención, no es tan específica como la que se dispensa en las diferentes federaciones.

La relevancia de la terapia ocupacional en esta situación es clave para las personas con problemas de salud de EM. El trabajo en equipo, con esta población, en comunidad y con la comunidad, será relevante para el desarrollo de programas de terapia ocupacional que versen sobre la promoción de la salud, la mejora del desempeño ocupacional y la obtención del equilibrio ocupacional suficiente para facilitar la participación en actividades dentro de ambientes seleccionados por la persona y que generen sensación de bienestar.

7.2. Objetivos

- Crear o facilitar las oportunidades necesarias para que las personas afectadas de EM alcancen la participación en todas las actividades incluidas en las Áreas de la Ocupación: Actividades de la Vida Diaria, Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social (American Association of Occupational Therapy -AOTA-, 2014).
- Mantener, promover, o compensar las destrezas motoras, cognitivas y de interacción social que intervienen en el rendimiento sobre el desempeño de estas ocupaciones (AOTA, 2014).
- Promover hábitos y rutinas saludables: asesorar y formar en Estrategias de Conservación de Energía (ECE).

- Asesorar y educar en el uso de los Productos de Apoyo (PA) que sean necesarios y eficaces para la mejora de la independencia funcional en el día a día de la persona con EM.
- Eliminar barreras arquitectónicas y adaptar el entorno físico de las personas usuarias, especialmente su vivienda.
- Intervenir en el entorno social y, de forma prioritaria, con las personas de referencia y/o cuidadores principales; asesorando y formando en estrategias de promoción de autonomía, estrategias de comunicación, estrategias de conservación de energía, productos de apoyo e higiene postural de cara a promover y mantener adecuadas relaciones de interdependencia (Corcoran, 2003).
- Promover la salud como vínculo de capacitación y empoderamiento de las personas con problemas de EM, de las familias, amigos y círculos cercanos a estos.

7.3. Gestión de los procesos básicos

Los procesos de terapia ocupacional en cualquier gestión de caso se dividen en procesos, estratégicos, claves y de soporte (González, 2011). En este caso, y teniendo en cuenta el objeto de esta guía, vamos a desarrollar dos procesos incluidos dentro de los procesos claves de terapia ocupacional. Estos son: (a) proceso de evaluación y diagnóstico ocupacional, (b) proceso de intervención (Talavera, 2015).

7.3.1. Evaluación y diagnóstico ocupacional

La ocupación es el eje central de la disciplina, por tanto, los y las terapeutas ocupacionales, tenemos entre nuestras competencias, la evaluación formal de la participación en actividades de las personas dentro de los ambientes donde las desarrollan. Es decir, los y las terapeutas ocupacionales evaluamos el desempeño ocupacional en un intento de conocer cómo se desarrollan las actividades y como es la relación de estas con la condición de salud y bienestar de una persona, población, comunidad u organización.

Cada profesional de terapia ocupacional establecerá tres subprocesos de evaluación ocupacional: (1) evaluación ocupacional inicial (EOI), (2) evaluación ocupacional continua (EOC), (3) valoración ocupacional final (VOF). Estos tres sub-procesos desarrollados de forma sistemática y protocolizada guiarán la labor del y de la terapeuta ocupacional a lo largo del tiempo que dure el vínculo con la persona que padece EM.

Durante la EOI, los y las terapeutas ocupacionales, estableceremos una serie de acciones con el objetivo de conocer a la persona con la que trabajaremos. Este trabajo

se centrará en obtener datos sobre aspectos relacionados con las actividades que las personas realizan de forma cotidiana -actividades relacionadas con el descanso, con AVD básicas e instrumentales, ocio, participación social, trabajo ocio, o juego entre otros- y con los ambientes -entornos social y físico, y contextos temporales, virtuales, personales y culturales- donde se llevan a cabo. Durante este momento nos interesa obtener el mayor número posible de datos para, así, poder utilizar nuestros razonamientos profesionales y detectar posibles problemas en el desempeño ocupacional (Moruno & Talavera, 2002).

La descripción de estos problemas en el desempeño ocupacional dará forma al diagnóstico ocupacional (Talavera, 2015). Y es labor del o de la terapeuta ocupacional nombrar el área y las actividades comprometidas, junto a las posibles causas categorizadas en variables descritas por la teoría de terapia ocupacional tales como: funciones y estructuras corporales, destrezas y patrones para la realización de la actividad y los ambientes donde se realizan éstas (AOTA, 2014).

Tras la elaboración del diagnóstico ocupacional, el o la terapeuta ocupacional diseñará la intervención a realizar. En esta planificación, se tendrán en cuenta las necesidades y prioridades de las personas con problemas de EM con las que estemos realizando nuestra intervención. Para la proponer esta planificación describiremos aspectos relacionados con: (a) posibles resultados esperados, (b) el tipo de intervención de terapia ocupacional a realizar, (c) el enfoque de intervención, fundamentado en la restauración, adaptación, modificación, prevención o promoción, entre otros (d) otros aspectos tales como, duración de la intervención, número de sesiones, niveles de intervención, indicaciones de medición de resultados y técnicas o modalidades a emplear entre otros (AOTA, 2014).

Paralela a la fase de intervención (ver siguiente apartado), el o la terapeuta ocupacional recogerá información y la describirá en la EOC. En este apartado, los datos objetivos recopilados, serán claves para detectar la evolución de la intervención o el ajuste de la misma para obtener los mejores beneficios en el desempeño ocupacional y por ende en la salud y el bienestar (Moruno & Talavera, 2002).

Por último, cuando nuestro trabajo está finalizado, en la VOF, describiremos como ha sido la evolución de esta persona en sus problemas del desempeño ocupacional en relación con las pautas de intervención planteadas. El interés básico en este momento es realizar conclusiones objetivas de cómo la persona participa en actividades seleccionadas por él o ella dentro de los ambientes de ejecución y cómo estas actividades han influido sobre su condición de salud y bienestar (Moruno & Talavera, 2002).

En todo momento la persona con problemas de EM, y previa petición específica el motivo, podrá tener acceso a un informe de terapia ocupacional si así lo solicita. Estos informes firmados deben llevar el número de colegiado o colegiada para de esa forma poder identificar quien recoge y elabora los datos (Talavera, 2015).

Cuadro 7.1: Enfoques de intervención de terapia ocupacional

Prevención	Evitar la aparición de limitaciones en la capacidad funcional de la persona con EM y/o su entorno a la hora de participar en su día a día.
Mantenimiento	Conservar las capacidades actuales de la persona usuaria y las que vuelva a ganar durante la intervención.
Recuperación	Modificar las características de la persona afectada de EM para restaurar las destrezas alteradas o desarrollar nuevas.
Adaptación	Modificar las características de las actividades, los objetos o el entorno para ofrecer alternativas que permitan mantener la independencia.
Promoción de la salud	Crear actividades y entornos enriquecedores que mejoren el desempeño ocupacional de las personas (sin tener en cuenta la diversidad funcional como eje de acción).

7.3.2. Intervención

Una vez analizada la información recogida durante la evaluación, el o la terapeuta ocupacional, junto con la persona con EM y/o su entorno, establecen los objetivos que se pretenden conseguir y diseñan el *Plan de intervención*. Este plan se organiza en función de lo que la persona necesita y quiere prioritariamente hacer, siguiendo una o varias de las estrategias que se recogen en el cuadro 7.1 (AOTA, 2014).

Dada la variabilidad del impacto de la EM en cada persona afectada, la diversidad de las limitaciones funcionales actuales y potenciales a las que el *Plan de Intervención* debe hacer frente es muy amplia. Por ello, desde la perspectiva de la terapia ocupacional, resulta imposible elaborar un plan genérico: las estrategias y las técnicas de intervención deben seleccionarse cuidadosamente para cada persona usuaria (Hoffman & Dyniewicz, 2009).

Sin embargo, a efectos divulgativos para esta guía, se exponen a continuación los tipos de intervenciones estadísticamente más frecuentes en la población con EM.

7.3.2.1. Intervención preparatoria para el desempeño ocupacional

La repercusión de la EM sobre las funciones sensoriales y destrezas motoras, cognitivas y de interacción social limitan la funcionalidad de las personas a la hora de desempeñar sus ocupaciones principales, véase el cuadro 7.2.

En esta forma de intervención, las y los profesionales de terapia ocupacional diseñan y proponen tareas que pueden no tener un significado para la persona usuaria por sí

Cuadro 7.2: Repercusiones de la EM (García *et al.* 2012)

Sensoriales	Abarcan con mayor frecuencia problemas visuales (neuritis óptica, nistagmo, diplopía o problemas oculomotores, entre otras) y de la sensibilidad (parestias, anestesia o hiperestesia, entre otras), vestíbulo-propioceptivos y de percepción del dolor (dolor neuropático).
Motoras	Destacan la espasticidad, hiperreflexia, debilidad muscular, pérdida de destreza para realizar movimientos finos, dismetría, ataxia o temblor, entre otras.
Cognitivas	La prevalencia de los trastornos cognitivos varía desde un 40 % a un 60 % en personas con EM. Los dominios más frecuentemente alterados: velocidad de procesamiento de la información, memoria y función ejecutiva.
Sociales	Se ha sugerido un aumento significativo de la dificultad para relacionarse con otras personas después del diagnóstico.

mismas, pero están directamente enfocadas a potenciar las características y destrezas de la persona que están limitando su participación en aquellas ocupaciones que sí lo tienen.

Dichas actividades serán de complejidad progresiva, empezando por tareas más sencillas, que van aumentando su dificultad y duración en función de los progresos de la persona usuaria.

Potenciación o compensación de las alteraciones de las funciones sensoriales

Desde la disciplina de terapia ocupacional se educa y entrena a los usuarios y usuarias en estrategias de compensación de estas alteraciones hacia el desempeño de sus ocupaciones de forma segura y eficaz -Ej.: compensar con la visión los problemas de sensibilidad en las manos para cocinar-. Asimismo, se proponen actividades que estimulan y potencian directamente las funciones sensitivas y propioceptivas -Ej.: técnicas de estimulación-.

Potenciación/mantenimiento de destrezas motoras

Para minimizar el impacto de los síntomas motores en el desempeño de la persona con EM, la intervención de terapia ocupacional, en estrecha colaboración con la disciplina de fisioterapia, se centra en la ejecución de diferentes actividades que refuercen las destrezas motoras específicas para las ocupaciones en las que existen limitaciones: alcances, agarres y manipulación de objetos, coordinación bimanual y ojo-mano, mantener la estabilidad y postura corporal, etc.

Potenciación/mantenimiento de destrezas cognitivas En el servicio de terapia ocupacional, en estrecha colaboración con la disciplina de neuropsicología, se planifican actividades que repercuten en la mejora de las destrezas cognitivas: selección de objetos, organización y secuenciación de los pasos, toma de decisiones, establecimiento de prioridades, participación con atención, etc.; de modo que se planteen alternativas imprescindibles para mejorar la funcionalidad a la hora de realizar de forma eficaz e independiente las ocupaciones diarias (Abraham & Rege, 2012; Castellano, Amieiro & Dávila, 2007; Maitra et al., 2010).

Potenciación/mantenimiento de destrezas de comunicación e interacción social Se trata de todas las destrezas precisas para comunicarse e interaccionar con las demás personas -discurso fluido, mantener el contacto visual, respetar los turnos de palabra o uso adecuado del lenguaje no verbal, entre otros-. Desde el punto de vista de la terapia ocupacional, reforzarlas interesa de cara a lograr la competencia ocupacional en casi todas las áreas de la ocupación y, muy especialmente, en las de ocio y participación social (Mansson, Iwarsson & Lexell, 2006). Para conseguirlo, las intervenciones de tipo grupal y comunitario juegan un papel clave.

Si ponemos como ejemplo la *Intervención Preparatoria para el Desempeño* de «hacer la compra», una de las ocupaciones en las que de forma frecuente las personas con EM identifican limitaciones en su participación (Mansson et al., 2006), debemos poner el foco en mejorar las destrezas concretas que están dificultando esa funcionalidad, que podrían ser: capacidad para seleccionar y alcanzar objetos, capacidad para su agarre consistente y traslado, capacidad de realizar desplazamientos funcionales y orientación en el espacio, capacidad de organización y cálculo entre otras destrezas, que luego serán necesarias para la práctica directa de cada actividad en el supermercado.

7.3.2.2. Uso terapéutico de las ocupaciones y actividades

La disciplina de terapia ocupacional organiza el quehacer diario en ocho áreas, que se recogen en el cuadro 7.3.

Como principal forma de intervención, las y los profesionales de terapia ocupacional practican con la persona usuaria su participación en aquellas ocupaciones de cada área que tienen significado para ella dentro de los roles que la caracterizan -madre o padre, electricista, estudiante o pareja- y cumplen con los objetivos terapéuticos.

Así, de forma paralela a la potenciación de las características y destrezas de la persona que están limitando su participación -*Intervención Preparatoria para el Desempeño*- y el uso de facilitadores -de lo cual hablaremos a continuación-, los y las terapeutas ocupacionales enfocan la mayor parte de su intervención en el uso terapéutico de estas actividades con significado y ocupaciones, frecuentemente de forma secuencial para,

Cuadro 7.3: Áreas de la Ocupación Humana (AOTA, 2014)

Actividades de la Vida Diaria (AVD)	Incluye las actividades orientadas al cuidado del propio cuerpo. <i>Ej.: Moverse de un sitio a otro, ducharse, alimentarse entre otras.</i>
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)	Incluye actividades habitualmente más complejas que las AVD y que exigen la interacción de la persona con el entorno que la rodea. <i>Ej.: hacer la compra, conducir, cocinar entre otras.</i>
Descanso y Sueño	Incluye las actividades relacionadas con obtener un sueño y descanso reparador que apoye la participación activa en las demás áreas de la ocupación.
Educación	Incluye las actividades necesarias para la formación y el aprendizaje. <i>Ej.: participación como alumno en una clase de matemáticas.</i>
Trabajo	Incluye las actividades necesarias para desempeñar un empleo remunerado o voluntario. <i>Ej.: cumplir con los tiempos y la producción de una cadena de montaje.</i>
Juego	Incluye cualquier actividad espontánea u organizada que ofrezca disfrute, entretenimiento o diversión. <i>Ej.: jugar al brillé.</i>
Ocio	Incluye actividades no obligatorias e intrínsecamente motivadas que se realizan durante el tiempo no comprometido con ocupaciones obligatorias. <i>Ej.: ir a la playa.</i>
Participación Social	Incluye actividades que involucran situaciones sociales con otros, ya sea en persona o a través de las nuevas tecnologías. <i>Ej.: salir a «tomar algo» con los amigos.</i>

desde la mejora del desempeño en cada una de las actividades que las componen, avanzar hasta conseguir que la persona alcance la participación plena en las ocupaciones principales seleccionadas.

Si nos remitimos de nuevo al ejemplo de hacer la compra, centraremos primero la intervención en practicar y, por tanto, mejorar el desempeño de actividades como: seleccionar y alcanzar los productos de las repisas, desplazamientos funcionales con o sin productos de apoyo por el supermercado, la orientación por las diferentes secciones, gestionar y organizar la lista de la compra, calcular el presupuesto entre otras, centrando el abordaje en cada una de las actividades que conllevan la realización de la compra para alcanzar, por último, la participación completa en esta ocupación como objetivo final.

7.3.2.3. Facilitadores del desempeño ocupacional

Son dispositivos y técnicas de apoyo tanto para la persona afectada como su entorno cercano que contribuyen a la participación activa en sus ocupaciones.

Productos de apoyo. La utilización de productos de apoyo (PA) permite o facilita a la persona con EM la realización de actividades de forma autónoma o con ayuda de su entorno más cercano, de una forma eficaz, segura y cómoda. En general, disminuyen el esfuerzo a la hora de realizar la actividad, evitando o reduciendo el riesgo de lesiones (Sebastián, Valle & Vigara, 2012).

Hay un amplio abanico de PA utilizados por las personas con EM o su entorno -ayudas para aseo, alimentación, vestido, desplazamientos, comunicación entre otros-, desde utensilios tan simples como el engrosamiento del mango de un cubierto para comer, al más sofisticado sistema de acceso al ordenador. Para su prescripción, deben ser considerados necesarios y eficaces; no restringir las capacidades de la persona, no estar contraindicados y obtenerse fácilmente, con buena relación calidad-precio y cobertura postventa.

Desde terapia ocupacional se debe realizar el asesoramiento previo a la adquisición, su adaptación y el entrenamiento en su uso en situaciones reales; implicando a la persona usuaria y su entorno de referencia en todo el proceso (Sebastián et al., 2012).

Especial mención en la intervención con personas afectadas de EM en este apartado requiere el diseño, realización y adaptación de ortesis o férulas -estáticas o dinámicas-, principalmente indicadas para mantener los rangos articulares, evitar la aparición de contracturas musculares, disminuir el dolor, mantener la elasticidad de los tejidos, así como su funcionalidad (Sánchez, 2008).

Supresión de barreras arquitectónicas y adaptación del entorno. Las y los terapeutas ocupacionales realizan adaptaciones del entorno para ajustarlo a las capacidades

de la persona y con ello mejorar su participación en sus ocupaciones. Así, hablamos de la adaptación específica a las características del usuario o usuaria de su propio domicilio, los accesos al exterior -movilidad vertical y horizontal-, el puesto de trabajo, educativo, etc.

Para ello, deben evaluar los distintos elementos de cada entorno, objetivando las barreras o causas limitantes. En base a este análisis, propondrán y negociarán con la usuaria o usuario -y/o su cónyuge, cuidador, compañeros de trabajo entre otros- los cambios, mejoras y recomendaciones que resulten pertinentes; explicando pormenorizadamente la conveniencia de cada una de ellas (Sánchez, Alegre & Sánchez-Herrera, 2007).

7.3.2.4. Educación y entrenamiento

Desde el punto de vista de la terapia ocupacional, en este tipo de intervención se pretende hacer llegar a los usuarios y usuarias información sobre su salud, bienestar, ocupación y participación, con la finalidad de que adquieran aquellas conductas, hábitos y rutinas que les sean útiles y las y los entrenen para mejorar su rendimiento (AOTA; 2014).

Deben ser las personas con EM y su entorno más cercano quienes guíen al y la terapeuta ocupacional sobre qué información les resulta relevante ampliar para cubrir sus necesidades y cumplir sus objetivos (Preston, Haslam & Lamont, 2012). A continuación, se explican las temáticas más frecuentes.

Promoción de la autonomía. La ausencia o disminución de la capacidad para llevar a cabo algunas de las actividades cotidianas es una situación que afecta enormemente el bienestar integral, no sólo de la persona con EM, sino también de quienes la rodean.

La relación entre los problemas de salud que ocasiona la EM y la participación no es directa -personas con destrezas comparables pueden no ser igual de competentes en sus actividades diarias-, sino que se ve influenciada por otros factores, algunos ya analizados en este texto -objetos con los que se realiza la actividad, entorno físico, etc.-

Si nos centramos ahora en la influencia del entorno social, las personas más cercanas a la persona usuaria -pareja, cuidador, familia, amigos, profesionales entre otras- tienen mucho que decir y aportar en la promoción de su autonomía. Es labor de las y los terapeutas ocupacionales educar y entrenar en todas aquellas actitudes que puedan resultar facilitadoras: eliminación de actitudes paternalistas, flexibilidad, respeto al derecho de decisión, crítica constructiva, asertividad y otras estrategias de comunicación -escucha activa, empatía, cuidado al lenguaje no verbal entre otras-.

Hábitos y rutinas saludables: Simplificación de actividades y Conservación de energía. La fatiga puede definirse como una sensación de cansancio y pérdida de

energía -física y mental- mayor de la esperada para la realización de una actividad. Es uno de los síntomas más frecuentes en la EM, condicionando la participación. Por ello es necesario ofrecer estrategias para disminuir su impacto en la vida diaria (López, Martínez & Martínez, 2018).

Registro y análisis de patrones de ejecución. Es la primera estrategia para conseguir una organización saludable y efectiva de hábitos y rutinas, previniendo la aparición de fatiga. Para ello, la persona afectada de EM debe registrar durante, por ejemplo, una semana, todas las actividades que realiza a lo largo del día (Silcox, 2003). Posteriormente, el usuario o usuaria y su terapeuta ocupacional de referencia analizarán toda esta información, consensuando la razón entre actividad y descanso, determinando qué actividades son las que están generando más fatiga y proponiendo soluciones que van desde la modificación de la actividad en sí misma, el comportamiento llevado a cabo durante la actividad o la adaptación de los dispositivos -productos de apoyo- o el entorno (Cigarán, Moreno, Peñacoba, Asensio & Máximo, 2007).

Simplificación de Actividades. Se trata de la modificación de las actividades identificadas en el registro como aquellas que la persona usuaria puede desempeñar, pero le generan altos niveles de fatiga. En general, va dirigida a la eliminación de acciones innecesarias, trabajar a favor de la gravedad en levantamiento y desplazamiento de cargas -Ej.: afeitarse o secarse el pelo con los codos apoyados-, reducción de las necesidades de movimiento de la persona -Ej.: cortar los alimentos para cocinar sentado- y el uso de materiales y equipos ligeros y fáciles de manejar, incluso eléctricos. Así, los y las profesionales de terapia ocupacional deben proponer soluciones simples y fáciles de trasladar al día a día (Cigarán et al., 2007).

Estrategias de conservación de energía. Se trata de la modificación del comportamiento de la persona con EM durante las actividades. Los principios de conservación de energía se centran en la toma de descansos con frecuencia para evitar la aparición de fatiga -descansos preventivos y programados-, la planificación anticipada de las actividades a realizar durante el día, agrupar para ejecutar juntas las actividades que se realizan en un mismo entorno físico, establecer un ritmo lento y constante, priorizar actividades, intercalar actividades con poco gasto energético con las que requieren gran energía, adoptar posturas correctas, usar estrategias de control de la temperatura corporal y ambiental -prendas transpirables, aire acondicionado, etc.-, utilizar el espacio de forma eficiente o los productos de apoyo cuando sea necesario (García- Burguillo & Águila-Maturana, 2009).

La o el terapeuta ocupacional interviene conjuntamente con el usuario y/o su entorno más cercano en educar y entrenar estos principios para adaptarlos a cada una de sus

ocupaciones -cuidado de los niños, autocuidado, realización de la compra, limpieza entre otras-. Esta intervención debe ser intensa, mínimo 6-8 semanas, y precoz, desde las fases iniciales (García-Burguillo & Águila-Maturana, 2009).

Higiene postural. La educación en higiene postural y su entrenamiento es también imprescindible tanto para las personas afectadas de EM como para su entorno cercano, en todas las fases de la enfermedad.

La intervención con la persona usuaria abarca la evaluación del posicionamiento a la hora de realizar sus actividades, así como en reposo; identificando todas aquellas posturas que puedan ser perjudiciales -principalmente asociadas a las alteraciones en el tono muscular y/o articulares-, su reeducación antes de que se estructuren y/o su corrección, empleando productos de apoyo para el adecuado posicionamiento si fuese preciso -cojines, respaldos modulares, colchones antiescaras, etc.- (Silcox, 2003).

La intervención con el entorno cercano -cuidador, pareja, familia entre otros- se centra en la educación y entrenamiento de la asistencia o ejecución de transferencias y/o movilizaciones: comunicación, colaboración, distribución adecuada de la carga, precauciones de seguridad y uso de productos de apoyo si fuese preciso -tabla de transferencias, plataforma, grúa, etc.-

7.3.2.5. Revisión de la intervención

La intervención de terapia ocupacional constituye una parte fundamental en el proceso de rehabilitación de las personas con EM, que debe estar en continua revisión para adecuarse en todo momento a las necesidades de la persona afectada y su entorno, en base a los diferentes estadios de la enfermedad (López *et al.*, 2018).

Por ello, durante la intervención se reevalúan los resultados en comparación con los datos obtenidos durante la valoración inicial y se realizan los cambios pertinentes en consenso con la persona usuaria y/o su entorno de referencia de cara a continuar con el plan establecido o proceder al alta del servicio y/o derivación a otro profesional (AOTA, 2014).

Mencionar para finalizar, la necesidad de tener siempre presente uno de los pilares básicos para lograr el éxito en el proceso de rehabilitación funcional y, por tanto, la mejora de la calidad de vida de la persona con EM y la de su entorno: el trabajo coordinado y la comunicación con todos los profesionales que participan en la intervención y seguimiento de estos usuarios y usuarias. Dicho de otro modo, desde terapia ocupacional debe favorecerse que la intervención sea integral e interdisciplinar.

7.4. Conclusiones

Esta guía intenta explicar el importante papel que tiene la terapia ocupacional para mejorar la calidad de vida de las personas con esclerosis múltiple.

El objetivo principal de la terapia ocupacional en las personas con este diagnóstico es crear y facilitar las oportunidades necesarias para alcanzar la participación en todas las actividades importantes para la persona y así, mejorar su salud y bienestar.

Dentro de los procesos de terapia ocupacional destacan el proceso de evaluación y diagnóstico ocupacional y el proceso de intervención. El primer proceso, permite detectar problemas, causas y dificultades en las actividades comprometidas en el desempeño ocupacional, las cuales darán forma al diagnóstico ocupacional (Talavera, 2015). El segundo proceso, ayuda a la o el terapeuta ocupacional, junto con la persona con EM y/o su entorno, a establecer los objetivos que se pretenden conseguir y diseñar el *Plan de intervención*, cuyas estrategias y las técnicas de intervención deben ser elegidas cuidadosamente para cada persona. Sin embargo, a efectos divulgativos para esta guía, se exponen a continuación los tipos de intervenciones estadísticamente más frecuentes en la población con EM:

- Intervención preparatoria para el desempeño ocupacional
- Uso terapéutico de las ocupaciones y actividades
- Facilitadores del desempeño ocupacional
- Educación y entrenamiento

La intervención de terapia ocupacional constituye una parte fundamental en el proceso de rehabilitación de las personas con EM, que debe estar en continua revisión para adecuarse en todo momento a las necesidades de la persona afectada y su entorno, en base a los diferentes estadios de la enfermedad (López *et al.*, 2018). Además, las intervenciones de terapia ocupacional se realizan en equipo con otros profesionales, potenciando los programas de rehabilitación multidisciplinarios.

Por ello, durante la intervención se reevalúan los resultados y se realizan los cambios pertinentes en consenso con la persona usuaria y/o su entorno de referencia de cara a continuar con el plan establecido o proceder al alta del servicio y/o derivación a otro profesional (AOTA, 2014).

La relevancia de la terapia ocupacional en esta situación es clave para que las personas con problemas de salud de EM. El trabajo en equipo, con esta población, en comunidad y con la comunidad, será relevante para el desarrollo de programas de terapia ocupacional que versen sobre la promoción de la salud, la mejora del desempeño ocupacional y la obtención del equilibrio ocupacional suficiente para facilitar la participación en actividades dentro de ambientes seleccionados por la persona y que generen sensación de bienestar.

Por último, con lo comentado anteriormente, se evidencia la necesidad incluir la terapia ocupacional en todo el proceso de la enfermedad de las personas con Esclerosis Múltiple para mejorar su calidad de vida.

Glosario de términos

Actividades de la vida diaria: Son aquellas que componen la actividad cotidiana del ser humano permitiéndole establecer diferentes hábitos y rutinas cuando estas se llevan a cabo de forma autónoma y dentro de un equilibrio ocupacional (AOTA, 2014).

Actividades instrumentales de la vida diaria: Actividades cotidianas realizadas dentro del hogar y la comunidad que, a menudo, requieren interacciones más complejas que las utilizadas en las actividades de la vida diaria (AOTA, 2014).

Adaptación: «Los profesionales de la terapia ocupacional permiten la participación modificando una tarea, el método para llevar a cabo la tarea y el entorno para promover la participación en la ocupación» (AOTA, 2014)

Análisis de la actividad: Determinación de «las demandas típicas de una actividad, el rango de habilidades involucradas en su desempeño y los diversos significados culturales que podrían ser atribuidos a ella» (AOTA, 2014).

Autonomía personal: «La capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria» (Ley 36/2006).

Compensación: Enfoque de intervención dirigido a revisar y modificar el entorno actual o las demandas de actividad para respaldar el desempeño, incluyendo las técnicas compensatorias (AOTA, 2014): adaptación funcional del entorno, adaptación de la actividad o productos de apoyo.

Calidad de vida: Evaluación dinámica de la satisfacción con la vida (percepción del avance hacia metas identificadas), autoconcepto (creencias y sentimientos sobre uno mismo), salud y funcionamiento (estado de salud, capacidades de autocuidado) y factores socioeconómicos.

Contexto: se refiere a elementos dentro y alrededor de una persona que a menudo son menos tangibles que los entornos físicos y sociales pero que, sin embargo, ejercen una fuerte influencia en el desempeño de ocupaciones. Los contextos se dividen en culturales, personales, temporales y virtuales (AOTA, 2014).

Desempeño ocupacional: Habilidad de percibir, desear, recordar, planificar y llevar a cabo roles, rutinas, tareas y pasos, con el propósito de lograr el auto-mantenimiento,

la productividad, el placer y el descanso, en respuesta a las demandas del ambiente interno y/o externo (AOTA, 2014).

Destrezas: son elementos de acción observables con un propósito funcional implícito. Son una clasificación de acciones, que abarca múltiples capacidades (funciones y estructuras corporales) y, cuando se combinan, subyacen la capacidad de participar en las ocupaciones y actividades deseadas.

Entorno: El entorno físico se refiere al entorno natural (por ejemplo, terreno geográfico, plantas) y construido (por ejemplo, edificios, muebles) en el que ocurren las ocupaciones de la vida diaria. El entorno social incluye la presencia, las relaciones y las expectativas de las personas, los grupos y las poblaciones con las que las personas usuarias tienen contacto (por ejemplo, la disponibilidad y las expectativas de personas importantes, como cónyuges, amigos y cuidadores) (AOTA, 2014).

Equilibrio ocupacional: Administración de las ocupaciones que permite que una persona se sienta realizada y que se satisfagan las demandas de sus roles.

Estrategias de conservación de energía: Tipo de intervención que incluye la modificación del comportamiento de la persona durante el desarrollo de sus actividades, que impliquen un menor gasto energético. Estructuras corporales: Partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes (OMS, 2001).

Evaluación: «El proceso de evaluación se centra en determinar qué quiere y necesita hacer el usuario; establecer lo que éste puede hacer y ha hecho; e identificar apoyos y barreras para la salud, el bienestar y la participación. La evaluación incluye el perfil ocupacional y el análisis de desempeño ocupacional» (AOTA, 2014).

Facilitadores: Se trata de factores que facilitan, total o parcialmente, el desempeño y la participación en las actividades que una persona desea (OMS, 2001). Funciones corporales: Son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas) (OMS, 2001).

Hábitos: Son comportamientos específicos, automáticos, pudiendo ser útiles, dominantes o empobrecidos (AOTA, 2014).

Higiene Postural: Tipo de intervención que incluye el asesoramiento y educación a la persona sobre el posicionamiento, posturas y movimientos más adecuados para el cuidado de sus estructuras y funciones corporales.

Ocupación: Actividades cotidianas que las personas hacen como individuos, en familia y en comunidades, para ocupar el tiempo y dar significado y propósito a su vida. Incluye cosas que la gente necesita, quiere y espera poder hacer (AOTA, 2014).

Participación social: Patrones de comportamiento organizados que son característicos y esperados de un individuo o de una posición determinada dentro de un sistema social.

Patrones del desempeño: Son los hábitos, rutinas, roles y rituales utilizados en el proceso de participación en ocupaciones o actividades, que pueden apoyar o dificultar el desempeño ocupacional.

Productos de apoyo: «Cualquier producto fabricado especialmente o disponible en el mercado, utilizado por o para personas con discapacidad destinado a facilitar la participación, proteger, apoyar, entrenar, medir o sustituir funciones/estructuras corporales y actividades; o prevenir deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación» (UNE-EN ISO, 2016).

Promoción de la salud: «Proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su salud y mejorarla. Para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar aspiraciones, satisfacer necesidades y cambiar o hacer frente al medio ambiente» (OMS, 1986).

Razonamiento clínico: Proceso utilizado por los profesionales de terapia ocupacional para planificar, dirigir, realizar y reflexionar sobre la atención a la persona (AOTA, 2014).

Rutinas: Las rutinas son secuencias establecidas de ocupaciones o actividades que proporcionan una estructura para la vida diaria. Las rutinas también pueden promover o dañar la salud.

Terapeuta ocupacional: Profesional de la salud que emplea el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficits invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social.

Referencias

- Abraham, P. K., & Rege, P. V. (2012). *A Study of Cognitive Impairments in Multiple Sclerosis - Occupational Therapy Perspective*. *Indian Journal of Occupational Therapy*, 44(1), 2-12.
- AENOR (2016). UNE-EN ISO 9999:2016. Productos de apoyo para personas con discapacidad. Clasificación y terminología.
- AOTA (2014). *Occupational therapy practice framework: domain & process* (3^a ed). *American Journal of Occupational Therapy*, 68(sup1): S1-S48.
- Ares, B., Prieto, J., Lema, M., Dapena, D., Arias, M., & Noya, M. (2007) *Prevalence of multiplesclerosis in Santiago de Compostela (Galicia, Spain)*. *Journal of multiple sclerosis*, 13, 262-264.
- Castellanos, N., Amieiro, A., & Dávila, G. A. (2007) Alteraciones cognitivas en la esclerosis múltiple: intervención desde terapia ocupacional. En Máximo N. (Ed.) *Neurorrehabilitación en la esclerosis múltiple*, 245-60. Madrid: Editorial universitaria Ramón Areces.
- Cigarán, M., Moreno, R., Peñacoba, C., Asensio, C., y Máximo, N. (2007) Tratamiento de la fatiga desde Terapia Ocupacional. En Máximo N. (Ed.) *Neurorrehabilitación en la esclerosis múltiple*, 205-19. Madrid: Editorial universitaria Ramón Areces.
- Corcoran, M. A. (2003). *Practical skills training for family caregivers*. San Francisco, EUA: Family Caregiver Alliance.
- Eyssen, I.C.J.M., Steultjens, M.P.M., de Groot, V., Steultjens, E. M. J., Knol, D.L., Polman, C.H. & Dekker, J. (2013). *A cluster randomised controlled trial on the efficacy of client-centred occupational therapy in multiple sclerosis: good process, poor outcome*. *Disability and Rehabilitation*, 35(19), 1636-1646.
- Fraga-González, C. (2018). *Epidemiología de la Esclerosis Múltiple en la ciudad de Ourense*. Tese doutoral. Universidade de Vigo.
- García, L., López, M., Ramos, J.M., y Roig, M. (2012). *Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con esclerosis múltiple y otras enfermedades desmielinizantes*.
- García-Burguillo, M. P., y Águila-Maturana, A.M. (2009). *Estrategias de conservación de la energía en el tratamiento de la fatiga en pacientes con esclerosis múltiple*. Estudio piloto. *Revista de Neurología*, 49 (4): 181-85.
- González, S. (2011). *Sistemas integrados de gestión, un reto para las pequeñas y medianas empresas*. *Escenarios*, 9(1), 69-89.
- Hoffmann, P., y Dyniewicz, A. M. (2009). *A terapia ocupacional na esclerose múltipla: conhecendo e convivendo para intervir*. *Cogitare Enfermagem*, 14(2), 285-93.
- Kos, D., Duportail, M., Meirte, J., Meeus, M., D'hooghe, M.B., Nagels, G., Willekens, B., Meurrens, T., Ilsbrouckx, S., & Nijs, J. (2016). *The effectiveness of a self-management*

occupational therapy intervention on activity performance in individuals with multiple sclerosis-related fatigue: a randomized-controlled trial. *International Journal of Rehabilitation Research*, 39(3), 255-262.

- Kos, D., Meirte, J., Van Cauwenbergh, D., Meeus, M., Nagels, G., D'hooghe, M.B., Willekens, B., Duportail, M., Hellinckx, P., Eelen, P., Meurrens, T., & Nijs, J. (2013). *An individual self-management occupational therapy programme to optimize the performance and satisfaction of relevant daily activities in people with multiple sclerosis: a randomized controlled trial. Multiple Sclerosis Journal*, 19(S1), 310-311.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE 2006 Dic 15; 299: 44142-44156.
- Llaneza-González, M.A. (2016). *Epidemiología de la Esclerosis Múltiple en el Área Sanitaria de Ferrol*. Tese doutoral. Universidade da Coruña.
- López, N., Martínez, M. A., & Martínez, M. (2018). *El rol investigador del terapeuta ocupacional en la esclerosis múltiple. Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4 (1), 47-51.
- Maitra, K., Hall, C., Kalish, T., Anderson, M., Dugan, E., Rehak, J., Rodríguez, V., Tamas, J., & Zeitlin, D. (2010). *Five-year retrospective study of inpatient occupational therapy outcomes for patients with multiple sclerosis. American Journal of Occupational Therapy*, 64(5), 689-694.
- Mansson, E., Iwarsson, S., & Lexell, J. (2006). *The complexity of daily occupations in multiple sclerosis. Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13 (4), 241-48.
- Moruno, P. & Talavera, M.A. (2012). *Terapia ocupacional en salud mental*. Barcelona: Masson.
- OMS (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud* (First International Conference on Health Promotion, Ottawa).
- OMS (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Pimentel, P.P. & Toldra, R.C.C. (2017). *Self-healing method as strategy to promote health and rehabilitation of people with multiple sclerosis in the context of occupational therapy. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional-Brazilian Journal of Occupational Therapy*, 25(3), 565-573.
- Preissner, K., Arbesman, M., & Lieberman, D. (2016). *Occupational Therapy Interventions for Adults with Multiple Sclerosis. American Journal of Occupational Therapy*, 70(3), 7003395010p1-4.
- Preston, J., Haslam, S., & Lamont, L. (2012). *What do people with multiple sclerosis want from an occupational therapy service?. British Journal of Occupational Therapy*, 75(6), 264-270.
- Sánchez, Á. (2008) *Terapia ocupacional para el tratamiento de la espasticidad en la esclerosis múltiple. Una aproximación multimodal. Spanish Journal of Occupational Therapy*, 1(2), 44-58.

- Sánchez, M., Alegre, J., & Sánchez-Herrera, P. (2007) El entorno de la persona con esclerosis múltiple: estrategias para favorecer la accesibilidad. En Máximo N. (Ed.) *Neurorrehabilitación en la esclerosis múltiple*, 275-97). Madrid: Editorial universitaria Ramón Areces.
- Sebastián, M., Valle I., & Vígara, Á. (2012) *Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia: productos de apoyo para la autonomía personal*.
- Silcox, J. (2003) *Occupational therapy and multiple sclerosis*. Londres, Reino Unido: Whurr Publishers.
- Souto, A.I., Talavera, M.A., Facal, T. & Rodríguez, L. (en prensa). *Terapia ocupacional y promoción de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Talavera, M.A. (2015). *Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional*. Madrid: Síntesis.
- Wilcock, A.A. & Hocking, C. (2015). *Occupational Perspective of Health* (3ªed). Thorofare: Slack.
- Yu, C.H. & Mathiowetz, V. (2014a). *Systematic Review of Occupational Therapy Related Interventions for People with Multiple Sclerosis: Part 1. Activity and Participation*. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(1), 27-32.
- Yu, C.H. y Mathiowetz, V. (2014b). *Systematic Review of Occupational Therapy Related Interventions for People with Multiple Sclerosis: Part 2. Impairment*. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(1), 33-38.