

Terapia ocupacional

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

Resumo

Neste capítulo tentamos explicar o importante papel que ten a terapia ocupacional para mellorar a cualidade de vida das persoas con esclerose múltiple.

O obxectivo principal da Terapia Ocupacional nas persoas con este diagnóstico é crear e facilitar as oportunidades necesarias para alcanzar a participación en todas as actividades importantes para a persoa e así, mellorar a súa saúde e benestar.

Dentro dos procesos de terapia ocupacional destacan o proceso de avaliación e diagnóstico ocupacional e o proceso de intervención xunto coa persoa con esclerose múltiple e/ou a súa contorna, establécense os obxectivos que se pretenden conseguir e deséñase o Plan de intervención, cuxas estratexias e as técnicas de intervención deben ser elixidas para cada persoa. A intervención de terapia ocupacional debe estar en continua revisión para adaptarse ás necesidades da persoa afectada e a súa contorna, en base aos diferentes estadios da enfermidade. Ademais, as intervencións de terapia ocupacional realízanse en equipo con outros profesionais, potenciando os programas de rehabilitación multidisciplinares.

Por último, evidénciase a necesidade de incluír a terapia ocupacional en todo o proceso da enfermidade das persoas con Esclerose Múltiple para mellorar a súa cualidade de vida.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, esclerose múltiple, autonomía persoal.

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 da terapia Ocupacional e a esclerose múltiple

A esclerose múltiple (EM) é unha enfermidade progresiva do sistema nervioso central, e dificulta a xestión da ocupación das persoas que a padecen (Yu & Mathiowetz, 2014a, 2014b). A nivel mundial, estímase que a EM afecta a 2,5 millóns de persoas, a maioría diagnosticadas entre os 20 e 50 anos (Yu & Mathiowetz, 2014a, 2014b). En Europa hai 700.000, en España 47.000, cunha taxa dun diagnóstico de EM cada 5 horas. A comunidade autónoma de Galicia, ten a taxa máis elevada en relación ao resto de comunidades autónomas cun cociente de aproximadamente 3000 casos diagnosticados (Ares *et al.*, 2007; Fraga, 2018; Llana, 2016). As persoas con EM, presentan ao longo da súa vida, diferentes etapas na evolución da EM (Fraga, 2018; Llana, 2016), e o ou a terapeuta ocupacional terá que actuar en consecuencia das necesidades ocupacionais que esta persoa teña e dependendo do momento no que a mesma se atope.

O curso deste problema de saúde é heteroxéneo e imprevisíbel, sendo a fatiga un dos síntomas máis comúns e molestos afectando ao 50-92 % das persoas con problemas de EM (Kos *et al.*, 2016). Á marxe desta fatiga, os síntomas principais nalgunhas etapas vai ser: debilidade muscular, dor, espasticidade, alteracións da sensibilidade e da cognición, depresión, alteracións visuais e esfinterianas (Kos *et al.*, 2016), por outro lado en períodos diferentes van cursar con rixidez muscular, parálise das extremidades afectadas, deterioración cognitiva e problemas psicolóxicos (Pimentel & Toldra, 2017).

O procesamento resultante dun corpo que reacciona, sumado ao enfrontamento que estes producen en determinados ambientes e a unha actitude non sempre favorábel (Kos *et al.*, 2016), xera que estas persoas presenten problemas na participación de actividades cotiás e polo tanto teñan un resultado nefasto no equilibrio ocupacional. Na súa maioría, os cambios producidos no desempeño ocupacional van afectar a: as Actividades da Vida Diaria (AVD) tanto básicas como instrumentais, ao lecer, ás actividades de descanso e sono, ao traballo ou á participación social, entre outras, sendo as áreas con maior repercusión as de traballo e participación social (Yu & Mathiowetz, 2014a, 2014 b).

Os tratamentos farmacolóxicos axudan nas súas posibilidades e teñen un gran labor nestas poboación. Pero en ocasións, e polo que relatan as propias persoas afectadas, son insatisfactorios (Kos *et al.*, 2016), xa que as dificultades por participar en actividades cotiás están presente, repercutindo directamente sobre o desempeño ocupacional, a condición de saúde e o nivel de benestar. Neste caso, as persoas con problemas de saúde de EM, que presentan esa limitación na ocupación, ven minguadas as posibilidades de conciliar a súa participación ocupacional coas necesidades persoais. A repercusión en materia de privación ocupacional está presente xa que en función do tipo ambiente no que se atope a persoa con problemas de EM, terá máis ou menos facilidade para acceder a recursos ou actividades (Souto, Talavera, Facal & Rodríguez, en prensa).

A ocupación xoga un papel importante na vida, xa que o ser humano é un ser ocupacional (Wilcock & Hocking, 2015) e que ten a necesidade e capacidade de estruturar a ocupación para dar sentido a vida entón, debemos ser conscientes que cando se estrutura o desempeño ocupacional e a ocupación, aparecen implícitos os procesos de adaptación e equilibrio, facilitando o axuste das actividades cotiás e contribuíndo desta forma ao desenvolvemento dunha exitosa condición de saúde (Wilcock & Hocking, 2015).

Debido a esta situación, a terapia ocupacional vai xogar un papel importante na conciliación entre persoas con problemas de saúde de EM e a xestión do desempeño ocupacional en ambientes concretos. O obxectivo de manter a ocupación como garante da condición de saúde e a sensación de benestar, será unha das máximas que a terapia ocupacional terá ao longo da intervención con esta poboación. A terapia ocupacional, disciplina que ten como eixo central do seu traballo a ocupación do ser humano, encárgase de manter unha condición de saúde e benestar por medio do estudo e intervención sobre o desempeño ocupacional en ambientes onde se realiza a participación en activi-

dades de persoas, poboacións, comunidades ou organizacións (Souto, Talavera, Facal & Rodríguez, en prensa).

Por tanto, a terapia ocupacional en persoas con problemas de saúde de EM, ten como obxectivo principal optimizar o compromiso dunha persoa coa súa ocupación (entendendo ocupación como o conxunto de actividades cotiás aceptadas culturalmente que unha persoa leva a cabo dentro dun ambiente, que lle identifican e diferencian doutros e outras) (Moruno & Talavera, 2012). As intervencións de terapia ocupacional para persoas con EM (como veremos en posteriores apartados), diríxense a atopar o equilibrio óptimo entre o desempeño ocupacional e o mantemento da ocupación, polo tanto a saúde e o benestar.

Os e as terapeutas ocupacionais poden ser capaces de optimizar o desempeño da actividade en si, e o valor percibido de facer as actividades cotiás (Kos *et al.*, 2016). Por ese motivo, o valor da ocupación e o seu concepto desempeña un papel central á hora de facer fronte aos problemas de saúde. Por ese motivo, os e as terapeutas conciben a súa práctica en persoas con problemas de saúde de EM no valor que ten a ocupación para estes e estas.

Diferentes estudos (Eyssen *et al.*, 2013; Kos *et al.*, 2013; Preissner, Arbesman, & Lieberman, 2016; Yu & Mathiowetz, 2014a, 2014 b), describen o papel da terapia ocupacional xunto a outros equipos de intervención, nunca de forma illada, polo que neste caso, a evolución e mellora das persoas con problemas de saúde de EM, vai xunto a outros profesionais. Aínda así, estes estudos suxiren que as persoas con EM benefíciense de intervencións individualizadas e grupais dirixidas por obxectivos que abordan o rendemento funcional e promoven a participación desde terapia ocupacional con exemplos, como veremos máis tarde, de programas de rehabilitación multidisciplinares, programas de promoción da saúde e cursos de manexo da fatiga.

A modo de exemplo, os programas específicos de intervención de terapia ocupacional de alta intensidade sobre o manexo da fatiga e programas de promoción da saúde en persoas con EM hospitalizados ou ambulatorios a curto prazo (2 ou 3 meses) presentan efectos inmediatos (Yu & Mathiowetz, 2014a, 2014b). Ademais, existe evidencia (Yu & Mathiowetz, 2014a, 2014b) de que os programas ambulatorios, baseados en determinadas áreas do desempeño ocupacional, de menor intensidade pero de maior duración, xeran melloras a máis longo prazo na capacidade de xestionar o desempeño ocupacional para participar en actividades cotiás e desta forma mellora a condición de saúde, a cualidade de vida e a sensación de benestar.

En calquera caso, onde a terapia ocupacional -como poderemos ver en apartados seguintes-, amosa mellorías relevantes, de xeito específico, é na xestión do desempeño ocupacional á hora de manexar a fatiga para o desenvolvemento de actividades cotiás e desta forma mellorar o equilibrio ocupacional e a condición de saúde. Mesmo existen estudos, onde o terapeuta ocupacional actúa directamente sobre o control do ambien-

te onde a persoa con EM desenvolve a súa participación en actividades. Neste caso a adaptación dos mesmos tórnase importante e de gran relevancia tendo en conta a sintomatoloxía que aparece en persoas con EM. Ademais, nesta mesma liña a evidencia de programas de prevención de posíbeis dificultades e promoción da saúde na poboación en xeral, son parte da súa carteira de servizos, con resultados satisfactorios (Yu & Mathiowetz, 2014a, 2014b).

Aínda así, a realidade da terapia ocupacional en persoas con problemas de saúde de EM, é en España, do mesmo xeito que sucede en Galicia, algo limitada. Por poñer un exemplo, en Galicia existen na actualidade dous terapeutas ocupacionais que desenvolven o seu labor en dúas asociacións; unha na Federación Galega de Esclerose Múltiple (FEGADEM) e a outra depende da Federación Galega de enfermidades raras e crónicas (FEGEREC). A estas dúas terapeutas ocupacionais, hai que engadirilles todos e todas terapeutas ocupacionais que traballan nos servizos de rehabilitación física das diferentes áreas sanitarias, e que poden ter entre os seus usuarios, persoas con problemas de saúde de EM. Neste caso, a intervención, non é tan específica como a que se dispensa nas diferentes federacións.

A relevancia da terapia ocupacional nesta situación é clave para as persoas con problemas de saúde de EM. O traballo en equipo, con esta poboación, en comunidade e coa comunidade, será relevante para o desenvolvemento de programas de terapia ocupacional que versen sobre a promoción da saúde, a mellora do desempeño ocupacional e a obtención do equilibrio ocupacional suficiente para facilitar a participación en actividades dentro de ambientes seleccionados pola persoa e que xeren sensación de benestar.

7.2 Obxectivos

Os obxectivos da Terapia Ocupacional nas persoas con diagnóstico de Esclerose Múltiple son os seguintes.

- Crear ou facilitar as oportunidades necesarias para que as persoas afectadas de EM alcancen a participación en todas as actividades incluídas nas Áreas da Ocupación: Actividades da Vida Diaria, Actividades Instrumentais da Vida Diaria, descanso e soño, educación, traballo, xogo, lecer e participación social (American Association of Occupational Therapy –AOTA–, 2014).
- Manter, promover, ou compensar as destrezas motoras, cognitivas e de interacción social que interveñen no rendemento sobre o desempeño de estas ocupacións (AOTA, 2014).
- Promover hábitos e rutinas saudábeis: asesorar e formar en Estratexias de Conservación de Enerxía (ECE).

- Asesorar e educar no uso dos Produtos de Apoio (PA) que sexan necesarios e eficaces para a mellora da independencia funcional no día a día da persoa con EM.
- Eliminar barreiras arquitectónicas e adaptar a contorna física das persoas usuarias, especialmente a súa vivenda.
- Intervir na contorna social e, de forma prioritaria, coas persoas de referencia e/ou cuidadores principais; asesorando e formando en estratexias de promoción de autonomía, estratexias de comunicación, estratexias de conservación de enerxía, produtos de apoio e hixiene postural para promover e manter adecuadas relacións de interdependencia (Corcoran, 2003).
- Promover a saúde como vínculo de capacitación e empoderamento das persoas con problemas de EM, das familias, amigos e círculos próximos a estes.

7.3 Xestión dos procesos básicos

Os procesos de terapia ocupacional en calquera xestión de caso, divídense do mesmo xeito que no resto de disciplinas en procesos, estratéxicos, claves e de soporte (González, 2011). Neste caso e tendo en conta o obxecto desta guía imos desenvolver dous procesos incluídos dentro dos procesos claves de terapia ocupacional. Estes son: (a) proceso de avaliación e diagnóstico ocupacional, (b) proceso de intervención (Talavera, 2015).

7.3.1 Avaliación e diagnóstico ocupacional

A ocupación é o eixo central da disciplina, por tanto os e as terapeutas ocupacionais, temos entre as nosas competencias, a avaliación formal da participación en actividades das persoas dentro dos ambientes onde as desenvolven. É dicir, os e as terapeutas ocupacionais avaliamos o desempeño ocupacional nun intento de coñecer como se desenvolven as actividades e como é a relación destas coa condición de saúde e benestar dunha persoa, poboación, comunidade ou organización.

Cada profesional de terapia ocupacional establecerá tres subprocesos de avaliación ocupacional: (1) avaliación ocupacional inicial (AOI), (2) avaliación ocupacional continua (AOC), (3) valoración ocupacional final (VOF). Estes tres sub-procesos desenvolvidos de forma sistemática e protocolizada guiarán o labor do e da terapeuta ocupacional ao longo do tempo que dure o vínculo coa persoa que padece EM.

Durante a AOI, os e as terapeutas ocupacionais, estableceremos unha serie de accións co obxectivo de coñecer á persoa coa que traballaremos. Este traballo centrarase en obter datos sobre aspectos relacionados coas actividades que as persoas realizan de forma

cotiá -actividades relacionadas co descanso, con AVD básicas e instrumentais, lecer, participación social, traballo lecer, ou xogo entre outros-, e cos ambientes -contornas social e física, e contextos temporais, virtuais, persoais e culturais- onde as levan a cabo. Durante este momento interéstanos obter o maior número posíbel de datos para desa forma poder utilizar os nosos razoamentos profesionais e detectar posíbeis problemas no desempeño ocupacional (Moruno & Talavera, 2002).

A descrición destes problemas no desempeño ocupacional darán forma ao diagnóstico ocupacional (Talavera, 2015). É labor do ou da terapeuta ocupacional nomear a área e as actividades comprometidas, xunto ás posíbeis causas categorizadas en variábeis descritas pola teoría de terapia ocupacional tales como: funcións e estruturas corporais, destrezas e patróns para a realización da actividade e os ambientes onde se realizan estas (AOTA, 2014).

Tras a elaboración do diagnóstico ocupacional, o ou a terapeuta ocupacional deseñarán a intervención para realizar. Nesta planificación, teranse en conta as necesidades e prioridades das persoas con problemas de EM coas que esteamos a realizar a nosa intervención. Para a realización desta planificación describiremos aspectos relacionados con: (a) posíbeis resultados esperados, (b) o tipo de intervención de terapia ocupacional a realizar, (c) o enfoque de intervención, fundamentado na restauración, adaptación, modificación, prevención ou promoción, entre outros (d) outros aspectos tales como, duración da intervención, número de sesións, niveis de intervención, indicacións de medición de resultados e técnicas ou modalidades a empregar entre outros (AOTA, 2014).

Paralela á fase de intervención (ver seguinte apartado), o e a terapeuta ocupacional recollerá información e describiraa na AOC. Neste apartado os datos obxectivos recompilados, serán cruciais para detectar a evolución da intervención ou o axuste da mesma para obter os mellores beneficios no desempeño ocupacional e polo tanto na saúde e o benestar (Moruno & Talavera, 2002).

Por último, cando o noso traballo está finalizado, na VOF, describiremos como foi a evolución desta persoa nos seus problemas do desempeño ocupacional en relación ás pautas de intervención expostas. O interese básico neste momento, é realizar conclusións obxectivas de como a persoa participa en actividades seleccionadas por ela mesma, dentro dos ambientes de execución, e como estas actividades influíron sobre a súa condición de saúde e benestar (Moruno & Talavera, 2002).

En todo momento a persoa con problemas de EM, e previa petición especificando o motivo, poderá ter acceso a un informe de terapia ocupacional. Estes informes asinados deben levar o número de colexiado ou colexiada para desa forma poder identificar quen recolle e elabora os datos (Talavera, 2015).

Cadro 7.1: Enfoques de intervención de terapia ocupacional

Prevenición	Evitar a aparición de limitacións na capacidade funcional da persoa con EM e/ou a súa contorna á hora de participar no seu día a día.
Mantemento	Conservar as capacidades actuais da persoa usuaria e as que volte a gañar durante a intervención.
Recuperación	Modificar as características da persoa afectada de EM para restaurar as destrezas alteradas ou desenvolver novas.
Adaptación	Modificar as características das actividades, os obxectos ou a contorna para ofrecer alternativas que permitan manter a independencia.
Promoción da saúde	Crear actividades e contornas enriquecedoras que melloren o desempeño ocupacional das persoas (sen ter en conta a diversidade funcional como eixo de acción).

7.3.2 Intervención

Unha vez analizada a información recollida durante a avaliación, o ou a terapeuta ocupacional, xunto coa persoa con EM e/ou a súa contorna, establecen os obxectivos que se pretenden conseguir e deseñan o Plan de intervención. Este plan organízase en función do que a persoa necesita e quere prioritariamente facer, seguindo unha ou varias das estratexias que se recollen no cadro 7.1 (AOTA, 2014).

Dada a variabilidade do impacto da EM en cada persoa afectada, a diversidade das limitacións funcionais actuais e potenciais ás que o *Plan de Intervención* debe facer fronte é moi ampla. Por iso, desde a perspectiva da Terapia Ocupacional, resulta imposíbel elaborar un plan xenérico: as estratexias e as técnicas de intervención deben seleccionarse coidadosamente para cada persoa usuaria (Hoffman & Dyniewicz, 2009).

Con todo, a efectos divulgativos para esta guía, expóñense a continuación os tipos de intervencións estatisticamente máis frecuentes na poboación con EM.

7.3.2.1 Intervención preparatoria para o desempeño ocupacional

A repercusión da EM sobre as funcións sensoriais e destrezas motoras, cognitivas e de interacción social limitan a funcionalidade das persoas á hora de desempeñar as súas ocupacións principais, vexase o cadro 7.2.

Nesta forma de intervención, as e os profesionais de terapia ocupacional deseñan e propoñen tarefas que poden non ter un significado para a persoa usuaria por si mesmas, pero están directamente enfocadas a potenciar as características e destrezas da persoa

Cadro 7.2: Repercusións da EM (García *et al.* 2012)

Sensoriais	Abranguen con maior frecuencia problemas visuais –neuritis óptica, nistagmo, diplopia, problemas óculomotores entre outros– e da sensibilidade –parestias: hipoestesia e hiperestesia entre outros–, vestíbulo-propioceptivos e de percepción da dor –dor neuropática–.
Motoras	Destacan a espasticidade, hiperreflexia, debilidade muscular, perda de destreza para realizar movementos finos, dismetría, ataxia ou tremor, entre outros
Cognitivas	A prevalencia dos trastornos cognitivos varía desde un 40 % a un 60 % en persoas con EM. Os dominios máis frecuentemente alterados: velocidade de procesamento da información, memoria e función executiva.
Sociais	Suxeriuse un aumento significativo da dificultade para relacionarse con outras persoas despois do diagnóstico.

que están a limitar a súa participación naquelas ocupacións que si o teñen.

Ditas actividades serán de complexidade progresiva, empezando por tarefas máis sinxelas que van aumentando a súa dificultade e duración en función dos progresos da persoa usuaria.

Potenciación ou compensación das alteracións das funcións sensoriais. Desde a disciplina de terapia ocupacional edúcase e adestra aos usuarios e usuarias en estratexias de compensación destas alteracións cara ao desempeño das súas ocupacións de forma segura e eficaz -Ex.: compensar coa visión os problemas de sensibilidade nas mans para cociñar-. Así mesmo, propóñense actividades que estimulan e potencian directamente as funcións sensitivas e propioceptivas -Ex.: técnicas de estimulación-.

Potenciación/mantemento de destrezas motoras. Para minimizar o impacto dos síntomas motores no desempeño da persoa con EM, a intervención de terapia ocupacional, en estreita colaboración coa disciplina de fisioterapia, céntrase na execución de diferentes actividades que reforcen as destrezas motoras específicas para as ocupacións nas que existen limitacións: alcances, agarres e manipulación de obxectos, coordinación bimanual e ollo-man, manter a estabilidade e postura corporal, entre outros.

Potenciación/mantemento de destrezas cognitivas. No servizo de terapia ocupacional, en estreita colaboración coa disciplina de neuropsicología, planifícanse actividades

que repercuten na mellora das destrezas cognitivas: selección de obxectos, organización e secuenciación dos pasos, toma de decisións, establecer prioridades, participar con atención, etc.; de modo que se expoñan alternativas imprescindibles para mellorar a funcionalidade á hora de realizar de forma eficaz e independente as ocupacións diarias (Abraham & Rege, 2012; Castellano, Amieiro & Dávila, 2007; Maitra *et al.*, 2010).

Potenciación/mantemento de destrezas de comunicación e interacción social.

Trátase de todas as destrezas precisas para comunicarse e interaccionar coas demais persoas -discurso fluído, manter o contacto visual, respectar as quendas de palabra, uso adecuado da linguaxe non verbal entre outras-. Desde o punto de vista da Terapia Ocupacional, reforzalas interesa para lograr a competencia ocupacional en case todas as áreas da ocupación e, moi especialmente, nas de lecer e participación social (Mansson, Iwarsson & Lexell, 2006). Para conseguilo, as intervencións de tipo grupal e comunitario xogan un papel chave.

Se poñemos como exemplo a *Intervención Preparatoria para o Desempeño* de «facer a compra», unha das ocupacións nas que de forma frecuente as persoas con EM identifican limitacións na súa participación (Mansson *et al.*, 2006), debemos poñer o foco en mellorar as destrezas concretas que están a dificultar esa funcionalidade, que poderían ser: capacidade para seleccionar e atinxir obxectos, capacidade para agarralos consistentemente e trasladalos, capacidade de realizar desprazamentos funcionais e orientación no espazo, capacidade de organización e cálculo entre outras destrezas que logo serán necesarias para a práctica directa de cada actividade no supermercado.

7.3.2.2 Uso terapéutico das ocupacións e actividades

A disciplina de terapia ocupacional organiza o quefacer diario en oito áreas, que se recollen no cadro 7.3.

Como principal forma de intervención, as e os profesionais de terapia ocupacional practican coa persoa usuaria a súa participación naquelas ocupacións de cada área que teñen significado para ela dentro dos roles que a caracterizan –nai ou pai, electricista, estudante, parella entre outros– e cumpren cos obxectivos terapéuticos.

Así, de forma paralela á potenciación das características e destrezas da persoa que están a limitar a súa participación –*Intervención Preparatoria para o Desempeño*– e o uso de facilitadores –do cal falaremos a continuación–, os e as terapeutas ocupacionais enfocan a maior parte da súa intervención no uso terapéutico destas actividades con significado e ocupacións, frecuentemente de forma secuencial para, desde a mellora do desempeño en cada unha das actividades que as compoñen, avanzar até conseguir que a persoa alcance a participación plena nas ocupacións principais seleccionadas.

Cadro 7.3: Áreas da Ocupación Humana (AOTA, 2014)

Actividades da Vida Diaria (AVD)	Inclúe as actividades orientadas ao coidado do propio corpo. <i>Ex.: moverse dun sitio a outro, ducharse, alimentarse entre outras.</i>
Actividades Instrumentais da Vida Diaria (AIVD)	Inclúe actividades habitualmente máis complexas que as AVD e que esixen a interacción da persoa coa contorna que a rodea. <i>Ex.: facer a compra, conducir, cociñar entre outras.</i>
Descanso e sono	Inclúe as actividades relacionadas con obter un sono e descanso reparador que apoie a participación activa nas demais áreas da ocupación.
Educación	Inclúe as actividades necesarias para a formación e a aprendizaxe. <i>Ex.: participación como alumno nunha clase de matemáticas.</i>
Traballo	Inclúe as actividades necesarias para desempeñar un emprego remunerado ou voluntario. <i>Ex.: cumprir cos tempos e a produción dunha cadea de montaxe.</i>
Xogo	Inclúe calquera actividade espontánea ou organizada que ofrezca goce, entretemento ou diversión. <i>Ex.: xogar ao brilé.</i>
Lecer	Inclúe actividades non obrigatorias e intrinsecamente motivadas que se realizan durante o tempo non comprometido con ocupacións obrigatorias. <i>Ex.: ir á praia.</i>
Participación Social	Inclúe actividades que involucran situacións sociais con outros, xa sexa en persoa ou a través das novas tecnoloxías. <i>Ex.: saír a «tomar algo» cos amigos.</i>

Nos remitimos de novo ao exemplo de facer a compra. Centraremos primeiro a intervención en practicar e, por tanto, mellorar o desempeño de actividades como: seleccionar e atinxir os produtos das repisas, desprazamentos funcionais con ou sen produtos de apoio polo supermercado, a orientación polas diferentes seccións, xestionar e organizar a lista da compra, calcular o orzamento entre outras, centrando a abordaxe en cada unha das actividades que comportan a realización da compra para alcanzar, por último, a participación completa nesta ocupación como obxectivo final.

7.3.2.3 Facilitadores do desempeño ocupacional

Son dispositivos e técnicas de apoio tanto para a persoa afectada como a súa contorna próxima que contribúen á participación activa nas súas ocupacións.

Produtos de apoio. A utilización de produtos de apoio permite ou facilita á persoa con EM a realización de actividades de forma autónoma ou con axuda da súa contorna máis próxima, dunha forma eficaz, segura e cómoda. En xeral, diminúen o esforzo á hora de realizar a actividade, evitando ou reducindo o risco de lesións (Sebastián, Val & Vigar, 2012).

Hai un amplo abano de produtos de apoio utilizados polas persoas con EM ou a súa contorna –axudas para aseo, alimentación, vestido, desprazamentos ou comunicación, entre outros–, desde utensilios tan simples como o engrosamento do mango dun cuberto para comer, ao máis sofisticado sistema de acceso ao computador. Para a súa prescrición, deben ser considerados necesarios e eficaces; non restrinxir as capacidades da persoa, non estar contraindicados e obterse facilmente, con boa relación cualidade-prezo e cobertura post-venta.

Desde terapia ocupacional débese realizar o asesoramento previo á adquisición, a súa adaptación e o adestramento no seu uso en situacións reais; implicando á persoa usuaria e a súa contorna de referencia en todo o proceso (Sebastián *et al.*, 2012).

Especial mención na intervención con persoas afectadas de EM neste apartado require o deseño, realización e adaptación de órteses ou férulas –estáticas ou dinámicas–, principalmente indicadas para manter os rangos articulares, evitar a aparición de contracturas musculares, diminuír a dor, manter a elasticidade dos tecidos así como a súa funcionalidade (Sánchez, 2008).

Supresión de barreiras arquitectónicas e adaptación da contorna. As e os terapeutas ocupacionais realizan adaptacións da contorna para axustalo ás capacidades da persoa e con iso mellorar a súa participación nas súas ocupacións. Así, falamos da adaptación específica ás características do usuario ou usuaria do seu propio domicilio,

os accesos ao exterior –mobilidade vertical e horizontal–, o posto de traballo, educativo, etc.

Para iso, deben avaliar os distintos elementos de cada contorna, obxectivando as barreiras ou causas limitantes. En base a esta análise, propoñerán e negociarán coa usuaria ou usuario –e/ou o seu cónxuxe, coidador ou compañeiros de traballo, entre outros– os cambios, melloras e recomendacións que resulten pertinentes; explicando pormenorizadamente a conveniencia de cada unha delas (Sánchez, Alegre & Sánchez-Herrera, 2007).

7.3.2.4 Educación e adestramento

Desde o punto de vista da terapia ocupacional, neste tipo de intervención preténdese facer chegar aos persoas con EM información sobre a súa saúde, benestar, ocupación e participación, coa finalidade de adquiriren aquelas condutas, hábitos e rutinas que lles sexan útiles, e por outra banda adestrarlas para mellorar o seu rendemento (AOTA, 2014).

Deben ser as e os doentes, e a súa contorna máis próxima, quen guíe ao e á terapeuta ocupacional sobre que información lle resulta relevante ampliar para cubrir as súas necesidades e cumprir os seus obxectivos (Preston, Haslam & Lamont, 2012). A continuación explícanse as temáticas máis frecuentes.

Promoción da autonomía. A ausencia ou diminución da capacidade para levar a cabo algunhas das actividades cotiás é unha situación que afecta enormemente o benestar integral, non só da persoa con EM, senón tamén de quen a rodea.

A relación entre os problemas de saúde que ocasiona a EM e a participación non é directa –persoas con destrezas comparábeis poden non ser igual de competentes nas súas actividades diarias–, senón que se ve influenciada por outros factores, algúns xa analizados neste texto –obxectos cos que se realiza a actividade, contorna física, etc.–

Se nos centramos agora na influencia da contorna social, as persoas máis próximas á persoa usuaria –parella, coidador, familia, amigos ou profesionais, entre outros– teñen moito que dicir e achegar na promoción da súa autonomía e é labor das e os terapeutas ocupacionais educar e adestrar en todas aquelas actitudes que poidan resultar facilitadoras: eliminación de actitudes paternalistas, flexibilidade, respecto ao dereito de decisión, crítica construtiva, asertividade e outras estratexias de comunicación –escoita activa, empatía o coidado á linguaxe non verbal, entre outros–.

Hábitos e rutinas saudábeis: Simplificación de actividades e Conservación de enerxía. A fatiga pode definirse como unha sensación de cansazo e perda de enerxía –física e mental– maior da esperada para a realización dunha actividade. É un dos síntomas máis frecuentes na EM, condicionando a participación. Por iso é necesario ofrecer

estratexias para diminuír o seu impacto na vida diaria (López, Martínez & Martínez, 2018).

Rexistro e análise de patróns de execución. É a primeira estratexia para conseguir unha organización saudábel e efectiva de hábitos e rutinas, previndo a aparición de fatiga. Para iso, a persoa afectada de EM debe rexistrar durante, por exemplo unha semana, todas as actividades que realiza ao longo do día (Silcox, 2003). Posteriormente, o usuario ou usuaria e o seu terapeuta ocupacional de referencia analizarán toda esta información, consensuando a razón entre actividade e descanso, determinando que actividades son as que están a xerar máis fatiga e propoñendo solucións que van desde a modificación da actividade en si mesma, o comportamento levado a cabo durante a actividade ou a adaptación dos dispositivos –produtos de apoio– ou a contorna (Cigarán, Moreno, Peñacoba, Asensio & Máximo, 2007).

Simplificación de Actividades. Trátase da modificación das actividades identificadas no rexistro como aquelas que a persoa usuaria pode desempeñar, pero xéranlle altos niveis de fatiga. En xeral, vai dirixida á eliminación de accións innecesarias, traballar a favor da gravidade en levantamento e desprazamento de cargas –Ex.: afeitarse ou secarse o pelo cos cóbados apoiados–, redución das necesidades de movemento da persoa –Ex.: cortar os alimentos para cociñar sentado–, e o uso de materiais e equipos lixeiros e fáciles de manexar, mesmo eléctricos. Así, os e as profesionais de terapia ocupacional deben propoñer solucións simples e fáciles de trasladar ao día a día (Cigarán *et al.*, 2007).

Estratexias de conservación de enerxía. Trátase da modificación do comportamento da persoa con EM durante as actividades. Os principios de conservación de enerxía céntranse na toma de descansos con frecuencia para evitar a aparición de fatiga –descansos preventivos e programados–, a planificación anticipada das actividades para realizar durante o día, agrupar para executar xuntas as actividades que se realizan nunha mesma contorna física, establecer un ritmo lento e constante, priorizar actividades, intercalar actividades con pouco gasto enerxético coas que requiren gran enerxía, adoptar posturas correctas, usar estratexias de control da temperatura corporal e ambiental –pezas transpirábeis, aire acondicionado, *etc.*–, utilizar o espazo de forma eficiente ou os produtos de apoio cando sexa necesario (García-Burguillo & Aguia-Maturana, 2009).

A ou o terapeuta ocupacional intervén conxuntamente co usuario e/ou a súa contorna máis próxima en educar e adestrar estes principios para adaptalos a cada unha das súas ocupacións –coidado dos nenos, autocoidado, realización da compra, limpeza... –. Esta intervención debe ser intensa, mínimo 6-8 semanas, e precoz, desde as fases iniciais (García-Burguillo & Aguia-Maturana, 2009).

Hixiene postural. A educación en hixiene postural e o seu adestramento é tamén imprescindible tanto para as persoas afectadas de EM como para a súa contorna próxima, en todas as fases da enfermidade.

A intervención coa persoa usuaria, abarca a avaliación do posicionamento á hora de realizar as súas actividades, así como en repouso; identificando todas aquelas posturas que poidan ser prexudiciais -principalmente asociadas ás alteracións no ton muscular e/ou articulares-, a súa reeducación antes de que se estruturen e/ou a súa corrección, empregando produtos de apoio para o adecuado posicionamento se fose preciso -coxíns, respaldos modulares, colchóns antiescaras, etc.- (Silcox, 2003).

A intervención coa contorna próxima -coidador, parella ou familia, entre outros- céntrase na educación e adestramento da asistencia ou execución de transferencias e/ou mobilizacións: comunicación, colaboración, distribución adecuada da carga, precaucións de seguridade e uso de produtos de apoio se fose preciso -táboa de transferencias, plataforma, guindastre, etc.-

7.3.2.5 Revisión da intervención

A intervención de terapia ocupacional constitúe unha parte fundamental no proceso de rehabilitación das persoas con EM, que debe estar en continua revisión para adecuarse en todo momento ás necesidades da persoa afectada e a súa contorna, en base aos diferentes estadios da enfermidade (López *et al.*, 2018).

Por iso, durante a intervención se reavalían os resultados en comparación cos datos obtidos durante a valoración inicial e realízanse os cambios pertinentes en consenso coa persoa usuaria e/ou a súa contorna de referencia para continuar co plan establecido ou proceder ao alta do servizo e/ou derivación a outro profesional (AOTA, 2014).

Mencionar para finalizar, a necesidade de ter sempre presente un dos alicerces básicos para lograr o éxito no proceso de rehabilitación funcional e, por tanto, a mellora da cualidade de vida da persoa con EM e a da súa contorna: o traballo coordinado e a comunicación con todos os profesionais que participan na intervención e seguimento destes usuarios e usuarias. Dito doutro xeito, desde terapia ocupacional debe favorecerse que a intervención sexa integral e interdisciplinar.

7.4 Conclusións

O obxectivo principal da terapia ocupacional nas persoas con EM diagnóstico é crear e facilitar as oportunidades necesarias para alcanzar a participación en todas as actividades importantes para a persoa e así, mellorar a súa saúde e benestar.

Dentro dos procesos de terapia ocupacional destacan o proceso de avaliación e diagnóstico ocupacional e o proceso de intervención. O primeiro proceso, permite detectar

problemas, causas e dificultades nas actividades comprometidas no desempeño ocupacional, as cales darán forma ao diagnóstico ocupacional (Talavera, 2015). O segundo proceso, axuda á ou o terapeuta ocupacional, xunto coa persoa con EM e/ou a súa contorna, a establecer os obxectivos que se pretenden conseguir e deseñar o *Plan de intervención*, cuxas estratexias e as técnicas de intervención deben ser elixidas coidadosamente para cada persoa. Con todo, a efectos divulgativos para esta guía, expóñense a continuación os tipos de intervencións estatisticamente máis frecuentes na poboación con EM:

- Intervención preparatoria para o desempeño ocupacional
- Uso terapéutico das ocupacións e actividades
- Facilitadores do desempeño ocupacional
- Educación e adestramento

A intervención de terapia ocupacional constitúe unha parte fundamental no proceso de rehabilitación das persoas con EM, que debe estar en continua revisión para adecuarse en todo momento ás necesidades da persoa afectada e a súa contorna, en base aos diferentes estadios da enfermidade (López et al., 2018). Ademais, as intervencións de terapia ocupacional realízanse en equipo con outros profesionais, potenciando os programas de rehabilitación multidisciplinares.

Por iso, durante a intervención reavalíanse os resultados e realízanse os cambios pertinentes en consenso coa persoa usuaria e/ou a súa contorna de referencia para continuar co plan establecido ou proceder ao alta do servizo e/ou derivación a outro profesional (AOTA, 2014).

A relevancia da terapia ocupacional nesta situación é chave para que as persoas con problemas de saúde de EM. O traballo en equipo, con esta poboación, en comunidade e coa comunidade, será relevante para o desenvolvemento de programas de terapia ocupacional que versen sobre a promoción da saúde, a mellora do desempeño ocupacional e a obtención do equilibrio ocupacional suficiente para facilitar a participación en actividades dentro de ambientes seleccionados pola persoa e que xeren sensación de benestar.

Por último, co comentado anteriormente, evidénciase a necesidade incluír a terapia ocupacional en todo o proceso da enfermidade das persoas con Esclerose Múltiple para mellorar a súa cualidade de vida.

7.5 Glosario

Actividades da vida diaria: Son aquelas que compoñen a actividade cotiá do ser humano permitíndolle establecer diferentes hábitos e rutinas cando estas levan a cabo de forma autónoma e dentro dun equilibrio ocupacional (AOTA, 2014).

Actividades instrumentais da vida diaria: Actividades cotiás realizadas dentro do fogar e a comunidade que, a miúdo, requiren interaccións máis complexas que as utilizadas nas actividades da vida diaria (AOTA, 2014).

Adaptación: «Os profesionais da terapia ocupacional permiten a participación modificando unha tarefa, o método para levar a cabo a tarefa e a contorna para promover a participación na ocupación» (AOTA, 2014).

Análise da actividade: Determinación de «as demandas típicas dunha actividade, o rango de habilidades involucradas na súa desempeño e os diversos significados culturais que poderían ser atribuídos a ela» (AOTA, 2014).

Autonomía persoal: «A capacidade de controlar, afrontar e tomar, por propia iniciativa, decisións persoais acerca de como vivir de acordo coas normas e preferencias propias, así como de desenvolver as actividades básicas da vida diaria» (Ley 36/2006).

Avaliación: «O proceso de avaliación céntrase en determinar que quere e necesita facer o usuario; establecer o que este pode facer e fixo; e identificar apoios e barreiras para a saúde, o benestar e a participación. A avaliación inclúe o perfil ocupacional e a análise de desempeño ocupacional» (AOTA, 2014).

Cualidade de vida: Avaliación dinámica da satisfacción coa vida (percepción do avance cara a metas identificadas), autoconcepto (crenzas e sentimentos sobre un mesmo), saúde e funcionamento (estado de saúde, capacidades de autocoidado) e factores socioeconómicos.

Compensación: Enfoque de intervención dirixido a revisar e modificar a contorna actual ou as demandas de actividade para apoiar o desempeño, incluíndo as técnicas compensatorias (AOTA, 2014): adaptación funcional da contorna, adaptación da actividade ou produtos de apoio.

Contexto: refírese a elementos dentro e ao redor dunha persoa que a miúdo son menos tanxíbeis que as contornas físicas e sociais pero que, con todo, exercen unha forte influencia no desempeño de ocupacións. Os contextos divídense en culturais, persoais, temporais e virtuais (AOTA, 2014).

Contorna: A contorna física refírese á contorna natural (por exemplo, terreo xeográfico, plantas) e construído (por exemplo, edificios, mobles) no que ocorren as ocupacións da vida diaria. A contorna social inclúe a presenza, as relacións e as expectativas das persoas, os grupos e as poboacións coas que as persoas usuarias teñen contacto (por exemplo, a dispoñibilidade e as expectativas de persoas importantes, como cónxuxes, amigos e cuidadores) (AOTA, 2014).

Desempeño ocupacional: Habilidade de percibir, desexar, lembrar, planificar e levar a cabo roles, rutinas, tarefas e pasos, co propósito de lograr o auto-mantemento, a produtividade, o pracer e o descanso, en resposta ás demandas do ambiente interno e/ou externo (AOTA, 2014).

Destrezas: son elementos de acción observábeis cun propósito funcional implícito. Son unha clasificación de accións, que abarca múltiples capacidades (funcións e estruturas corporais) e, cando se combinan, subxacen a capacidade de participar nas ocupacións e actividades desexadas.

Equilibrio ocupacional: Administración das ocupacións que permite que unha persoa se sinta realizada e que se satisfagan as demandas dos seus roles.

Estratexias de conservación de enerxía: Tipo de intervención que inclúe a modificación do comportamento da persoa durante o desenvolvemento das súas actividades, que impliquen un menor gasto enerxético.

Estruturas corporais: Partes anatómicas do corpo, tales como os órganos, as extremidades e os seus compoñentes (OMS, 2001).

Facilitadores: Trátase de factores que facilitan, total ou parcialmente, o desempeño e a participación nas actividades que unha persoa desexa (OMS, 2001).

Funcións corporais: Son as funcións fisiolóxicas dos sistemas corporais (incluíndo as funcións psicolóxicas) (OMS, 2001).

Hábitos: Son comportamentos específicos, automáticos, podendo ser útiles, dominantes ou empobrecidos (AOTA, 2014).

Hixiene postural: Tipo de intervención que inclúe o asesoramento e educación á persoa sobre o posicionamento, posturas e movementos máis adecuados para o coidado das súas estruturas e funcións corporais.

Ocupación: Actividades cotiás que as persoas fan como individuos, en familia e en comunidades, para ocupar o tempo e dar significado e propósito a súa vida. Inclúe cousas que a xente necesita, quere e espera poder facer (AOTA, 2014).

Participación social: Padróns de comportamento organizados que son característicos e esperados dun individuo ou dunha posición determinada dentro dun sistema social.

Patróns do desempeño: Son os hábitos, rutinas, roles e rituais utilizados no proceso de participación en ocupacións ou actividades, que poden apoiar ou dificultar o desempeño ocupacional.

Produtos de apoio: «Calquera produto fabricado especialmente ou dispoñíbel no mercado, utilizado por ou para persoas con discapacidade destinado a facilitar a participación, protexer, apoiar, adestrar, medir ou substituír funcións/estruturas corporais e actividades; ou previr deficiencias, limitacións na actividade ou restricións na participación» (AENOR, 2016).

Promoción da saúde: «Proceso que permite ás persoas aumentar o control sobre a súa saúde e melloralala. Para alcanzar un estado de completo benestar físico, mental e social, un individuo ou grupo debe ser capaz de identificar e realizar aspiracións, satisfacer necesidades e cambiar ou facer fronte ao medio ambiente» (OMS, 1986)

Razoamento clínico: Proceso utilizado polos profesionais de terapia ocupacional para planificar, dirixir, realizar e reflexionar sobre a atención á persoa (AOTA, 2014).

Rutinas: As rutinas son secuencias establecidas de ocupacións ou actividades que proporcionan unha estrutura para a vida diaria. As rutinas tamén poden promover ou danar a saúde.

Terapeuta ocupacional: Profesional da saúde que emprega o conxunto de técnicas, métodos e actuacións que, a través de actividades aplicadas con fins terapéuticos, prevén e mantén a saúde, favorece a restauración da función, suple os déficits invalidantes e valora os supostos comportamentais e a súa significación profunda para conseguir a maior independencia e reinserción posíbel do individuo en todos os seus aspectos: laboral, mental, físico e 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 \(3ª ed\)](#). *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.
- Eysen, 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., Wille-

- kens, 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.