



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Terapia Ocupacional

Curso Académico 2011/ 2012

TRABAJO FIN DE GRADO

***“Intervención en el entorno, para la prevención del síndrome Burn- Out,
desde Terapia Ocupacional”***

Autor/a: Elena Narvaiza Morte

Tutor/a: Clara Sanz Sanz

CONTENIDO

RESUMEN.....	2
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS.....	5
METODOLOGÍA	6
DESARROLLO	8
EVALUACIÓN.....	8
PERFIL OCUPACIONAL	8
ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL.....	8
INTERVENCIÓN.....	10
PLAN DE INTERVENCIÓN	10
APLICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	11
REVISIÓN DE LA INTERVENCIÓN.....	13
RESULTADOS.....	14
CONCLUSIÓN	15
BIBLIOGRAFÍA	16
ANEXOS.....	20

RESUMEN

Este trabajo se centra en la intervención desde terapia ocupacional de un matrimonio en el cual la mujer padece la enfermedad de Alzheimer en una etapa muy avanzada, y el marido como cuidador, es totalmente independiente y activo.

La intervención está enfocada a minorar el esfuerzo que supone a la persona que ayuda, su marido, como prevención del síndrome del cuidador quemado ("Burn-Out"), para mantener el mayor tiempo posible a la esposa en la casa lo más independiente.

Antes de realizar la intervención, haremos una evaluación del entorno, que sirva en el presente, para la pareja, pero en un futuro próximo para el esposo.

Uno de los intereses prioritarios a considerar y que más influyó para nuestra intervención, fue que el marido pudiera quedarse en casa independiente y activo sin tener que depender del apoyo familiar, llegando a la conclusión de que la gran mayoría de las acciones desde TO realizadas para la esposa servirán para que el marido pueda permanecer en el domicilio conyugal cuando su esposa no se encuentre en el mismo.

Como siguiente paso en la intervención nos centraríamos en ver actividades, motivación, hábitos del marido, una vez que su esposa tuviera que dejar el hogar familiar.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Alzheimer es un proceso neurodegenerativo, que produce una demencia progresiva en la edad adulta y conduce a un estado de incapacidad absoluta, y a la muerte, en un período generalmente inferior a las dos décadas. Es la causa más frecuente de demencia en los países occidentales, por lo que siempre figura en el diagnóstico diferencial de todos los pacientes con deterioro cognitivo.(1) Los principales signos del Alzheimer siguen un perfil característico que comienza con deficiencias de la memoria y que termina con déficit del lenguaje y visuoespaciales(2) por lo que habrá que trabajar especialmente tanto en intentar disminuir el ritmo del deterioro como en adaptar el hogar a las necesidades en cada etapa de la enfermedad.

En España actualmente hay cerca de 600.000 enfermos de Alzheimer, siendo la primera entre las enfermedades neurodegenerativas, así como la primera causa de demencia en la población anciana. En el 80% de los casos son las familias quienes asumen, en el propio domicilio, los cuidados de estos enfermos. El 65% de los familiares que cuidan directamente al enfermo sufrirán cambios sustanciales en sus vidas y una importante merma de su salud física o psíquica, llegando el 20% a desarrollar un cuadro intenso conocido como "Burn-Out" o del cuidador-quemado.(3)

Con el síndrome del cuidador quemado o "Burn-Out", el familiar ha agotado sus reservas psicofísicas, se encuentra desmotivado y abúlico, desbordado por la situación, sin capacidad para enfrentarse a los problemas, con comportamientos deshumanizantes y con síntomas de despersonalización.(4) Ser cuidador del enfermo de Alzheimer implica en muchos casos depresión y una peor salud física percibida. Por último, el síndrome de Burn-Out también ha sido recientemente descrito en cuidadores de enfermos de Alzheimer. (5) La carga del cuidador es otro aspecto importante descrita y evaluada por (6) Zarit, Rever y Bach-Peterson (1980).(6)(7) La carga es la valoración o interpretación que hace el cuidador ante unos estresantes, derivados del cuidado, habiendo unos

signos muy característicos de ésta: depresión, salud física, apoyo social y asertividad. (5)

La intervención desde Terapia Ocupacional (TO) es preventiva de cara al cuidador para evitar o aminorar todos estos síntomas, siendo positiva para la calidad de vida tanto del cuidador, como del usuario manteniendo el ambiente en el que ha vivido toda la vida. Pero por otro lado, la sobrecarga familiar, es muy importante saber que alrededor de un 40% de los cuidadores no reciban ayuda de ninguna otra persona, ni siquiera de familiares cercanos. (8) Por ello es imprescindible la intervención desde la TO, la cual estará muy vinculada a las necesidades de los usuarios en cada fase de la enfermedad, ya sea adaptando el hogar, previniendo el deterioro o trabajando los aspectos de la vida diaria para retrasar su pérdida.

En los enfermos de Alzheimer se trabajara sobre todo sobre las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), de manera que se vea incrementado su refuerzo y su reeducación para un mantenimiento básico.(9)

La TO, desde la intervención domiciliaria, servirá de apoyo y ayuda para evitar que florezcan estos sentimientos, de manera que será un apoyo tanto en la adaptación del hogar, como en los signos y síntomas que vayan surgiendo en el usuario, de modo que el cuidador vaya afrontando los pasos de la enfermedad. También si fuera necesario, se sugerirían diferentes recursos y ayudas para el bienestar del cuidador.(10)

OBJETIVOS

El trabajo está centrado en las necesidades tanto del cuidador como de la mujer enferma de Alzheimer. Los diversos artículos citados(11) han ayudado a definir cuales son las necesidades del caso. Siendo el objetivo general de esta intervención:

"Prevenir los síntomas de carga del marido-cuidador." (3,4,11-13)

Para lograrlo serán necesarios los siguientes objetivos:

- Hacer favorable el entorno para mejorar la calidad de vida tanto del marido como cuidador como de la mujer como usuaria.(11,14-17)
- Entrenar las AVD en el matrimonio centrándose en enseñar al marido para que pueda ayudar a su mujer.(5,15,18,19)
- Asesorar al marido.(5,11,20)
- Intervenir para que el marido pueda rescatar las actividades que realizaba antes de la enfermedad de su mujer. (9,10,21)

METODOLOGÍA

Utilizando el Marco de Trabajo (MT) (28) como herramienta propia de los terapeutas ocupacionales, documento elaborado por la "American Occupational Therapy Asociaton (AOTA)" que define la guía práctica profesional de la TO, de manera que organiza **la evaluación, la intervención y los resultados.**

(<http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>). Mi trabajo sigue el orden que propone MT en el proceso de intervención.

Antes de evaluar la adaptación del entorno pasaremos una serie de escalas, que determinaran tanto el nivel de dependencia de la mujer como del marido, incluyendo intereses y roles de este.

Las valoraciones tenidas en cuenta han sido:

- Miniexamen Cognoscitivo (MEC) de Lobo. (22)
- Escala de Carga de Zarit et al.(6,7)
- Índice de Barthel.(23)
- Escala de Lawton y Brody.(24)
- Listado de Roles. (9)
- Listado de Intereses. (9)
- Entrevista ocupacional. (25)

Las escalas han sido obtenidas de PUBMED, Sciverse y PeDro. Las palabras claves han sido el nombre de la escala o listado que estaba buscando.

El articulo mas consultado para mi trabajo es el Doley e Hinojosa que diseñaron una intervención a través de la cuál se pretendía intervenir sobre las personas dependientes realizando modificaciones ambientales, entrenando al cuidador y realizando recomendaciones al cuidador para poder ayudar a la persona enferma. (11)

Para el resto de los artículos principalmente he buscado en PeDro, Pubmed y Sciverse. Las búsquedas han sido con las palabras "HOME CARE" / "HOME VISITE" / " BURN – OUT" / "OCUPATIONAL THERAPY" / "ALZHEIMER".

Cuando he agotado la búsqueda en las bases de datos, he recurrido a buscar en la bibliografía de los artículos encontrados de tal manera que obtuve las fuentes con las que estaban hechos los primeros artículos.

Otras búsquedas realizadas a través de diferentes asociaciones de Alzheimer, me han llevado a publicaciones, boletines, libros, entrevistas y manuales para el cuidador.

Las asociaciones consultadas han sido: la asociación de Alzheimer de Castilla la Mancha, de Aragón, de Galicia y de Andalucía.

Las revistas propias de terapia ocupacional y la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO) también han sido una fuente en la que he encontrado diversos artículos que me han servido para hacerme una idea más clara acerca del tema. Desde el portal de T.O. en castellano, he podido acceder a artículos realizados por terapeutas ocupaciones en España.

DESARROLLO

EVALUACIÓN

Perfil Ocupacional

La entrevista ha ofrecido información acerca de los clientes, patrones de la vida diaria, conocimiento del historial y experiencias ocupacionales detectando así los problemas y necesidades, para su vida diaria. Por lo obtenido, sabemos que el marido trabajó durante toda su vida en la fábrica de fósforos, y alternaba sus ratos libres con la pintura, la escultura y la lectura. Siempre le ha gustado la cocina, y durante los últimos años ha cocinado en el hogar. Deja claro a lo largo de la entrevista que le gustaría seguir pintando, leyendo y viendo a sus amigos, si su mujer no le quitara tanto tiempo. Asegura que tiene que estar muy pendiente de ella, ya que alguna vez se desorienta, tiene olvidos importantes y movilidad reducida. Posiblemente podrá permanecer en el domicilio durante algún tiempo pero luego tendrá que dejar el hogar familiar para ir a una residencia.

Análisis del desempeño ocupacional

Con las diferentes escalas y la Visita Domiciliaria (VD) para ver su desempeño, se ha llegado a la conclusión, que la mujer tiene una dependencia alta, con un estado de la enfermedad de Alzheimer medio, pudiendo permanecer en el domicilio algún tiempo. El hombre es completamente independiente. Los resultados de las escalas y test son los siguientes:

- MEC (22) una puntuación de 19, mostrando sus puntos fuertes en la memoria inmediata y en la orientación.
- Escala de Carga de Zarit (la puntuación del hombre es de 65, por lo que esta escala predice que el cuidador tiene una carga muy elevada en los cuidados de su mujer).

- El índice de Barthel (23) muestra que puede comer sola, aunque tienen que ayudarla con la carne y con el pan. En el vestido, necesita ayuda sobre todo para abrocharse el sujetador y los botones ya que la motricidad fina no está conservada. Tiene algún episodio de incontinencia, sobre todo nocturno. Para ir al baño necesita una pequeña ayuda, ya que para entrar hay que subir 2 escalones, pero puede limpiarse sola. Tras la realización de este índice, se demuestra que tiene una dependencia importante. El hombre al contrario es completamente independiente.
- En la escala de Lawton y Brody(24) la mujer: es capaz de contestar al teléfono, ir a comprar acompañada y ser supervisada. El resto de los ítems no es capaz de realizarlos por sola, algunos sólo con una supervisión muy constante, si no, no puede realizarlo por lo que necesita gran ayuda en todas las actividades instrumentadas de la vida diaria.
- El listado de Roles(9) ha sido pasado al cuidador, ya que es el principal usuario de nuestra intervención. Ha quedado claro que el rol principal en la vida del marido es de cuidador, los roles que sigue manteniendo son el de padre, a pesar de la falta de relación con sus hijos, y el de amigo, aunque a pesar de pasar la mayor parte del día con su mujer, sigue viendo a sus amigos en momentos puntuales.
- En el listado de intereses(9) por el mismo motivo ha sido pasado sólo al cuidador, que ha demostrado especial interés por la pintura, que practicaba antaño y le gustaría volver a pintar, también ha demostrado interés por la carpintería y la lectura que, aunque la sigue practicando, no lo hace tanto como le gustaría.
- En la entrevista ocupacional (25) con el marido, se ha obtenido la conclusión de que el matrimonio ha vivido siempre junto a sus hijos hasta que éstos se casaron. En la actualidad los hijos no quieren hacerse cargo ni física ni económicamente de sus padres.

INTERVENCIÓN

PLAN DE INTERVENCIÓN / Enfoque de compensación y preventivo

Una vez realizada la evaluación, nuestro proceso de intervención estará basado principalmente en la adaptación domiciliaria y/o asesoramiento en Ayudas Técnicas (AT) o Productos de Apoyo (PA), por lo que se deberán seguir una serie de pasos: evaluación del usuario, estudio de las necesidades y/o demandas, recogida de datos del contexto físico estrategias de abordaje, prioridades del usuario y entrenamiento del cuidador. (26)

Se adiestrará ayudará al cuidador con rutinas de resolución de problemas y enseñaremos las diferentes modificaciones del entorno debido a que será el lugar donde más tiempo pase cuidando de su esposa,(17) hasta que ésta tenga que ir a la residencia.

Por este motivo, la intervención desde TO estará centrada principalmente en dos periodos:

- Mientras el matrimonio, siga viviendo en el domicilio familiar, siendo el marido el cuidador de la esposa.
- Una vez que la mujer no pueda permanecer en el domicilio familiar, debido a su enfermedad y el marido se quede solo en el hogar.

Una vez definidos los momentos que vamos a intervenir, voy a ir detallando la actuación. En un primer estadio, nuestra intervención estará basada en:

- Intervenir en el entorno del hogar, adaptándolo a las necesidades del matrimonio.
- Mostrar diferentes métodos alternativos y (PA) para que el marido pueda cuidar de su esposa.
- Asesorar al marido en diferentes aspectos:
 - Pasos a seguir cuando su mujer no esté bien.

- Organización del tiempo para que pueda disfrutar de tiempo de ocio para él.
- Enseñar métodos alternativos y PA, para facilitar el cuidado de su esposa.

Después de que haya surgido la necesidad de llevar a la mujer a la residencia y el marido se quede solo en el hogar, ya no tendrá el rol de cuidador por lo que:

- Se beneficiará de todas las adaptaciones realizadas en el hogar.
- Organizará su ocio, de manera que pueda volver a realizar actividades que no podía realizar mientras estaba con su mujer.

APLICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN /enfoque de compensación

INTERVENCIÓN EN EL HOGAR:

La adaptación del entorno o adaptación ambiental, representa uno de los principales elementos que puede mitigar el grado de dependencia de las personas mayores. Engloba todas aquellas modificaciones que se pueden acometer en el ambiente físico que rodea a las personas y que permiten la realización de las actividades cotidianas de una manera más segura e independiente. (27)

Evitaremos en el hogar una decoración recargada, para evitar la desorientación dejando espacios despejados y libres de objetos evitando las caídas.

Los objetos de uso cotidiano permanecerán siempre a la vista en el mismo sitio, creando así una rutina de uso.

DORMITORIO

Colocar un reloj grande en la pared y un calendario para facilitar en cada momento la orientación, marcando lo que tiene que hacer cada día.

Al lado de la cama se colocará la "escalerilla" de supino a sedestación y el alza piernas, siempre al alcance de la esposa, para facilitar la entrada y salida a la misma.

Habr  un circuito de pilotos con luz suave a la altura del rodapié, encendidos toda la noche, para evitar que pueda haber caídas en la oscuridad.

En el armario se recomendar  que est n sólo las prendas de la estación en la se encuentren en cada momento. Se eliminarán las alfombras, y objetos con los que poder tropezar (21)

BAÑO

Pondremos asideros para asegurar el paso de las dos escaleras que tiene la entrada al baño, así poder acceder al mismo con facilidad. Pondremos asideros abatibles a ambos lados del inodoro.

La bañera será sustituida por un plato de ducha a nivel del suelo, antideslizante y con las llaves del agua fría y caliente muy diferenciadas y fácilmente identificables (15). El lavabo será regulable en altura, para facilitar la sedestación

Para la seguridad de la esposa, a la hora de ducharse pondremos un asiento de ducha abatible con asidero oblicuo, que sirva de apoyo. Los PA que se pueden abatir, normalizan el entorno.

Los objetos de aseo serán reducidos y con los nombres bien marcados y diferenciados. Los toalleros, se encontrarán cerca de la ducha, de manera que se pueda acceder a ellos sin riesgo a caerse. (15,21)

Usar  manopla en vez de esponja para asegurar el agarre y dispondrán ambos de un albornoz evitando así riesgos de caídas.

Productos de apoyo (PA):

Una vez realizada la adaptación ambiental del domicilio del usuario, se complementará la intervención, con el asesoramiento en PA, para disminuir las posibles desventajas que dificultarán la integración social e independencia en las actividades de la vida diaria, proporcionando seguridad, eficiencia, comodidad y autonomía, permitiendo facilitar actividades cotidianas. (26)

Los PA serán:

- PA para el baño (anexo 1).
- PA dormitorio (anexo 2).
- PA comida (anexo 3).
- PA para el vestido (anexo 4).

ASESORAR AL MARIDO / enfoque preventivo

Enseñar el manejo de PA al marido, para que pueda ayudar a su mujer.

Se fomentará su ocio, para que no sienta que solo debe de cuidar a su esposa, sino que debe cuidarse a sí mismo. Para ello se le organizará un horario, creando así unas rutinas (9) en las que estarán presentes momentos para cuidar de su esposa y momentos para realizar actividades placenteras para para él:

- Practicar la pintura. Se le sugerirá en los ratos que su mujer está en la siesta.
- Practicar la lectura junto a su mujer, es decir, leer mientras ambos están en el salón.
- Recuperar las relaciones sociales, saliendo con su esposa a pasear, quedando con amigos.

Se le asesorará, junto con la trabajadora social, sobre los diferentes recursos residenciales para su esposa.

REVISIÓN DE LA INTERVENCIÓN

El caso continuará con supervisión constante, realizando visitas periódicas al hogar del matrimonio, de manera que, si fuera necesario, se añadirían más PA y modificaciones en el hogar, facilitando así la vida del matrimonio. Una vez que la mujer haya dejado el hogar familiar para ir a la residencia, se continuarán las visitas al hogar para comprobar el estado del esposo, así revisar su autonomía personal y su desempeño.

RESULTADOS

El matrimonio y el esposo en particular, ve bien y acepta la intervención en el hogar y el asesoramiento en cuanto al cuidado de su esposa y comenta que para él ha sido una suerte poder tener a un profesional a su lado, sobre todo porque podrá realizar esas actividades que ya le parecía haber perdido para siempre. Y nos cuenta: "ya comenzaba a tener mala conciencia al desear un tiempo para mis entretenimientos".

Se puede ver, que el esposo está muy motivado y se involucra en lo que hemos observado, pero es pronto para ver resultados positivos. Se programa seguimiento de visitas periódicas al domicilio conyugal.

CONCLUSIÓN

Después de adaptar el hogar y añadir diversas modificaciones, el marido podrá usar todo lo aprendido, haciendo más fácil su vida y la de su mujer, hasta que ella tenga que ir a la residencia. También podrá aplicarlo para su propio cuidado recuperando también las actividades que le gustaban, proporcionándole así unos viejos hábitos a los que podrá dedicarse. Podrá mantenerse en su hogar un mayor tiempo, sin tener que depender de nadie, solo de sí mismo y sus capacidades.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Robles A, Alom D, Peña-Casanova J. Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. *Neurología* 2002;17(1):17-32.
- (2) Bird TD, Fauce A, Braunwald E, Wilson J, Martin J, Kasper D, et al. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Principios de Medicina Interna*. 14ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana 1998:2672-2680.
- (3) Rodríguez del Alamo A. Sobrecarga psicofísica en familiares cuidadores de enfermos de alzheimer. Causas, problemas y soluciones. 2004th ed. Valencia, España: Fundación SPF de Neurociencias.; 2004.
- (4) Ortiz JJS. La sobrecarga del cuidador. 2009.
- (5) Torres Colmenero CJ, Peláez Peláez EM, Muela Martínez JA. Comparación entre distintas clasificaciones de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicothema* 2002;14(3):558-563.
- (6) Álvarez L, González AM, Muñoz P. El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit. Cómo administrarlo e interpretarlo Zarit scale for assessing caregiver burden: how to administer and to interpret it. *Gac Sanit* 2008;22(6).
- (7) Zarit SH, Reeve KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980 Dec;20(6):649-655.
- (8) Gázquez Linares JJ, Pérez Fuentes M, del Carmen, Mercader Rubio MI, Molero Jurado M, del Mar. Prevalencia de la dependencia funcional en personas mayores. *Anales de Psicología* 2011;27(3):871-876.
- (9) Kielhofner G. Terapia ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación. ; 2004.

- (10) Corcoran MA, Gitlin LN. Dementia management: an occupational therapy home-based intervention for caregivers. *The American Journal of Occupational Therapy* 1992;46(9):801-808.
- (11) O'Connor C. Caring for dementia carers: The role of general practitioners in Ireland. *Ir J Med Sci* 2011;180(2):327-332.
- (12) Olabarría B. El síndrome de Burnout (quemado) o del cuidador descuidado. *Ansiedad y Estrés* 1995(1):189-194.
- (13) Graff MJL, Adang EMM, Vernooij-Dassen MJM, Dekker J, Jönsson L, Thijssen M, et al. Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study. *BMJ* 2008;336(7636):134-138.
- (14) Matilla Mora R. Intervención en el domicilio del anciano desde la terapia ocupacional. 2008; Available at: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Domicilio_anciano_terapia_ocupacional.shtml. Accessed abril/8, 2012.
- (15) Rogers JC, Holm MB, Burgio LD, Granieri E, Hsu C, Hardin JM, et al. Improving morning care routines of nursing home residents with dementia. *JOURNAL-AMERICAN GERIATRICS SOCIETY* 1999;47:1049-1057.
- (16) ESCOBAR LMV, AFANADOR NP. Calidad de vida del cuidador familiar y dependencia del paciente con Alzheimer Family caretaker quality of life and dependence of the patient with Alzheimer disease Qualidade de vida do cuidador familiar.
- (17) Gitlin LN, Corcoran M, Winter L, Boyce A, Hauck WW. A randomized, controlled trial of a home environmental intervention: effect on efficacy and upset in caregivers and on daily function of persons with dementia. *Gerontologist* 2001 Feb;41(1):4-14.
- (18) Ferrer Hernández ME, Cibanal JL. El aprendizaje de cuidados familiares a pacientes con alzheimer.: revisión bibliográfica. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades* 2008(23):57-69.

- (19) Losada A, Márquez-González M, Peñacoba C, Gallagher-Thompson D, Knight BG. REFLEXIONES EN TORNO A LA ATENCIÓN A LOS CUIDADORES INFORMALES DE PERSONAS CON DEMENCIA Y PROPUESTA DE UNA INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINAR . Psicología Conductual 2007 2007;15(1):57-76.
- (20) Matilla Mora R. Intervención en el domicilio del anciano desde la terapia ocupacional. 2008; Available at: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Domicilio_anciano_terapia_ocupacional.shtml. Accessed Abril/08, 2012.
- (21) Diputacion de Granada. GUÍA PARA CUIDADORAS Y CUIDADORES EN EL ENTORNO FAMILIAR. Granada: Taller de Diseño Gráfico y Publicaciones, S. L., Granada.; 2009.
- (22) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. " Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12(3):189-198.
- (23) DE BARTHEL T, DIARIA ABDELAV. Índice de Barthel. programa de atención a enfermos crónicos dependientes :316.
- (24) Corrales D, Palomo L, Bravo M, Alonso G, Torrico P, Barroso A, et al. Capacidad funcional y problemas socioasistenciales de los ancianos del área de salud de Cáceres. Atención primaria 2004;33:426-433.
- (25) Kielhofner G, Mallinson T, Forsyth K, Lai JS. Psychometric properties of the second version of the Occupational Performance History Interview (OPHI-II). The American Journal of Occupational Therapy 2001;55(3):260-267.
- (26) Padilla IF, González AM. El papel fundamental del Terapeuta Ocupacional en la adaptación domiciliaria en los Servicios Sociales Básicos de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, en el marco de un Proyecto Piloto de Atención a la Dependencia en el Medio Rural. .

(27) POLONIO B. DURANTE P. PEDRO TARRES, P. Terapia Ocupacional en geriatría. 15 casos prácticos. Colección Panamericana de Terapia Ocupacional. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2002.

(28) Ávila Álvarez A, Martínez Piedrola R, Matilla Mora R, Máximo Boncanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso. 2ª Edición [traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [3/4/2012]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Asociaton (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).