

## **A.F. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**

## **A.F. BORDERLINE PERSONALITY DISORDER**



### **Autores**

**D. Carlos Aguilar Martínez (1)**

**Dña. Vanesa Alcántara Porcuna (2)**

**D. Pedro Moruno Miralles (3)**

(1)Terapeuta Ocupacional. Junta de Comunidades de Castilla La Mancha (Albacete).

(2) Terapeuta Ocupacional. Junta de Comunidades de Castilla La Mancha (Albacete)

(3) Doctor en Psicología. Diplomado en Terapia Ocupacional. Profesor Titular de la Diplomatura de terapia Ocupacional del Centro de Estudios Universitarios de Talavera de la Reina. Universidad de Castilla La-Mancha.

**Texto Recibido: 28 de Diciembre 2007**

**Texto Aceptado: 15 de Enero 2008**

### **Como citar este artículo en sucesivas ocasiones:**

Aguilar Martínez C; Alcántara Porcuna V; Moruno Miralles P. A.F. Trastorno Límite de la Personalidad. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [-fecha de la consulta-]; volumen 5 (num1): [14 p.]. Disponible en:

<http://www.revistatog.com/num7/pdfs>

## RESUMEN

El objetivo principal de este artículo es mostrar la utilización del Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional: dominios y procesos (AOTA, 2002) y contrastar su utilidad para la organización y presentación de los resultados de la evaluación ocupacional inicial. Este objetivo se articula a través de la presentación de un caso clínico de un sujeto diagnosticado de trastorno límite de la personalidad, desarrollado en el Departamento de terapia ocupacional de un Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.

**DeCS:** Trastorno de Personalidad Límite, Evaluación Ocupacional

### **Palabras clave del autor:**

Trastorno límite de la personalidad. Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional. Evaluación ocupacional.

## SUMMARY

The principal target of this article is show the utilization of the Occupational Therapy Practice Framework: domain and process (AOTA, 2002) and confirm its utility for the organization and presentation of the results of the occupational initial evaluation. This target articulates across the presentation of a clinical case of a subject diagnosed of borderline personality disorder, developed in the Department of occupational therapy of Phsycosocial and Labour Rehabilitacion Center.

**Mesh:** Borderline Personality Disorder, Occupational Assesment, Framework, Occupational Therapy.

**Key Words Of Author:** Occupational Therapy Practice Framework. Occupational Assesment.

## 1. Introducción

A través del caso que presentamos a continuación trataremos de mostrar cómo se organiza la información obtenida a lo largo del proceso de evaluación ocupacional inicial, apoyándonos en el Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional (AOTA, 2002) (1).

Hemos seleccionado este caso puesto que se desarrolla en un encuadre de trabajo comunitario, en concreto en un Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (a partir de ahora, CRPSL), dispositivo en el que con frecuencia trabajan los terapeutas ocupacionales y, por tanto, esperamos que capte la atención e interés de los lectores.

Como es bien sabido, la enfermedad mental grave o crónica se caracteriza por influir directamente sobre la autonomía, el funcionamiento y la integración social de la persona que la padece. Hasta la segunda mitad del siglo XX la atención al enfermo mental crónico se basaba en un modelo, principalmente institucionalizador, insuficiente para tratar de manera correcta los graves problemas psicosociales que sufre la persona con enfermedad mental.

A partir de mediados de 1980, con el proceso de reforma psiquiátrica, surgen diferentes recursos basados en la comunidad que ofrecen una atención psicosocial integral. Centrados en la idea de que sólo por medio de una intervención comunitaria, que no aparte al enfermo mental de la sociedad, ni lo recluya o aisle en instituciones especiales, adquiere pleno sentido y coherencia el concepto y el proceso de la rehabilitación (2).

La promulgación de las leyes que dieron soporte a la reforma psiquiátrica en nuestro país ha tenido como correlato la progresiva implantación de nuevos recursos asistenciales, diseñados para la atención de las diferentes necesidades de la población con enfermedad mental. De forma desigual en las diferentes

comunidades autónomas y, desgraciadamente, con graves lagunas en algunos de los dispositivos especializados imprescindibles para su éxito, la reforma psiquiátrica se ha concretado en la creación de nuevos recursos e instituciones asistenciales. Entre los de mayor repercusión y éxito en la configuración actual de la red de asistencia al enfermo mental encontramos los Centros de Rehabilitación Psicosocial, recurso en el que se inscribe el caso clínico que presentamos a continuación.

Basados en los principios que constituyen el eje alrededor del que se articula la reforma psiquiátrica, los CRPSL surgen como dispositivos de atención ambulatoria para enfermos mentales crónicos, en los que se realizan programas individualizados de rehabilitación de las habilidades psicosociales, laborales y de psicoeducación, así como actividades de apoyo a la integración comunitaria (3), sin dejar de lado la educación y soporte que ofrecen a las familias del enfermo mental. Los CRPSL están destinados, principalmente, al tratamiento de personas con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos graves del estado de ánimo y trastornos de la personalidad. Su objetivo general es favorecer la integración en la comunidad del enfermo mental crónico, mejorando su funcionamiento, para facilitar la permanencia en su entorno familiar y social de la forma más normalizada e independiente posible.

Cada CRPSL cuenta con una media de 40-45 plazas y funciona en estrecha colaboración con las Unidades y Centros de Salud Mental Comunitarios, los Servicios Sociales y los recursos destinados a la integración laboral, para favorecer la integración laboral del enfermo mental que esté preparado para ello (3). El tratamiento se articula en torno a la formulación de un Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR), que será el resultado de la fase de evaluación inicial (evaluación funcional que se realiza nada más incorporarse el usuario al CRPSL) y que contemplará los objetivos a conseguir en cada área de funcionamiento personal, afectivo, social y laboral. El PIR es elaborado por el equipo interdisciplinario, compuesto generalmente por: coordinador, psicólogo,

terapeuta ocupacional, trabajador social, monitor/educador y auxiliar administrativo.

Este es el contexto en el que se desarrolla el caso que nos ocupa, el de un sujeto diagnosticado de trastorno límite de la personalidad, categoría diagnóstica sobre la que, más abajo, nos gustaría señalar algunas particularidades.

Hemos elegido un paciente diagnosticado de trastorno límite de la personalidad dadas que las dificultades para el abordaje de este tipo de casos en los distintos dispositivos de atención en salud mental, quizá uno de los temas de mayor vigencia en el momento actual.

De un tiempo a esta parte, cada vez con más frecuencia, están apareciendo casos de personas, en su mayoría jóvenes, que sufren de una especie de caos personal que a veces les lleva a poner en peligro su vida, y cuya problemática es catalogada en psiquiatría bajo el nombre de "Trastorno Límite de la Personalidad" (DSM- IV F60.30 / CIE – 10 301.83) (4,5). El cuadro clínico se caracteriza por la presencia de patrones de inestabilidad emocional e impulsividad. Existe una alteración persistente de la identidad personal y de la autoimagen. Sus relaciones personales son inestables e intensas, llegando a veces a considerarse como compulsivas, realizan sobreesfuerzos para evitar abandonos reales o imaginados, que a menudo les causan crisis emocionales. En ocasiones padecen alteraciones del estado de ánimo, donde pueden darse episodios de ansiedad, irritabilidad y disforia, que pueden llevar a situaciones de ira incontrolada, llegando a desencadenar el inicio de una descompensación psicótica. No saben poner límites a sus propios impulsos, los cuáles pueden ser potencialmente dañinos para sí mismos, llevándoles a adoptar una serie de conductas que acarrear graves consecuencias, entre otras: conducción temeraria, gastos excesivos, atracones de comida o variaciones entre la anorexia y la bulimia, robos y abusos de sustancias. Frecuentemente refieren

hacerlo para llenar la sensación de vacío que padecen constantemente y evadirse de su caos personal.

Como se ha señalado con anterioridad, es frecuente en personas diagnosticadas de Trastorno Límite de la Personalidad el abuso de sustancias. En ocasiones, no se sabe qué es antes, si el consumo y el consecuente deterioro del estado mental o cierta predisposición previa que conduce al consumo de drogas como vía de escape de un mundo real absurdo y sin sentido para estas personas. Nos encontramos entonces en el caso de las denominadas Patologías Duales donde la coexistencia de una conducta adictiva y un trastorno psicopatológico ocasiona importantes problemas clínicos que dificultan el diagnóstico, modifican la respuesta terapéutica y empeoran la evolución. Según Regier (6), el 14.6% de los pacientes con trastornos de ansiedad consumen algún tipo de droga, porcentaje que alcanza un 47% en personas con esquizofrenia, un 71% en personas con trastorno bipolar, un 83% en trastornos antisociales, un 70% en trastornos límite de la personalidad y un 32% en afectados por depresión.

## **2. Metodología**

Como se expone en la presentación de esta sección, uno de los propósitos que la orienta es el análisis del razonamiento clínico de los terapeutas ocupacionales en su práctica clínica; es decir, la forma en que interpretan y organizan la información para elaborar hipótesis que permiten estructurar la intervención. El marco teórico formulado por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 2002) (1) tiene entre sus objetivos: “perfilar el proceso de evaluación e intervención de la terapia ocupacional...” (pág. 609). Se persigue clarificar tanto el proceso de recogida de información como su organización durante la evaluación ocupacional, de tal forma que, a partir de los resultados de la misma, sea posible elaborar planes o programas de tratamiento que permitan a los sujetos su implicación en actividades significativas como una forma de vinculación con el medio.

La evaluación ocupacional tiene como cometido principal identificar los problemas o alteraciones del desempeño ocupacional del sujeto evaluado en las áreas de ocupación (actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), educación, trabajo, juego, ocio y participación social), vinculándolos con una hipótesis sobre las condiciones que los causan y/o mantienen. En la propuesta del *Framework*, las variables que se contemplan como factores explicativos de las alteraciones en el desempeño son: los patrones y destrezas de desempeño; las características del cliente; el contexto o contextos en que tiene lugar el desempeño de la actividad y las demandas de la actividad.

La evaluación ocupacional se concibe como un proceso que persigue, a través de la adquisición de información relevante, identificar, delimitar, describir y explicar los déficit ocupacionales característicos de un individuo desde una perspectiva multicausal, de tal forma que a partir de la información obtenida durante el proceso de evaluación podamos elaborar un plan de tratamiento que trate de mejorar las alteraciones en el desempeño identificadas para cada caso. Respecto a la secuencia que guía y estructura la evaluación ocupacional, el documento antes citado establece:

“The evaluation process is divided into two substeps, the first of which is the occupational profile—the initial step during which the client’s needs, problems, and concerns about occupations and daily life activity performance are identified and priorities and values ascertained. The client’s background and history in reference to engagement in occupations and in activities are also explored. The second substep of the evaluation process, analysis of occupational performance, focuses on more specifically identifying occupational performance issues and evaluating selected factors that support and hinder performance<sup>1</sup>.” (pág. 616).

---

<sup>1</sup> “El proceso de evaluación se divide en dos pasos o etapas, de los cuales el primero es el perfil ocupacional –el paso inicial durante el cual las necesidades, problemas y preocupaciones sobre el desempeño de las ocupaciones y actividades de la vida diaria son identificadas y las prioridades y valores descubiertos. La historia y antecedentes del cliente en relación con la implicación en ocupaciones y actividades también son exploradas. La segunda etapa del

Desde nuestro punto de vista, esta secuencia es coherente con las propuestas de otros autores respecto al procedimiento de evaluación, en especial en lo que se refiere a la evaluación inicial Vid.: Trombly, 1993 (7); Romero y Moruno, 2003. (8); Christiansen y Baum, 2005. (9); Cantero y Moruno, 2006. (10). Gutman, S. et al., 2007 (11).

### 3. Resultados

#### 3.1 Motivo de consulta

A. F., varón de 23 años, acude por primera vez al CRPSL, derivado por el psiquiatra de su área de salud mental, diagnosticado de Trastorno Límite de la Personalidad (F60.3 DSM-IV, 301.83 CIE-10) desde hace un año y con antecedentes de abuso de sustancias adictivas. Un mes antes de ser diagnosticado sufre un *brote psicótico*; refiere que sus compañeros de trabajo y su jefe le iban a atacar y para defenderse les arroja cuanto tiene a su alcance, incluidos materiales peligrosos y herramientas. A raíz de este suceso, es ingresado durante una semana en una Unidad de Hospitalización Breve donde recibe un tratamiento intensivo. Al finalizar el internamiento, es dado de alta y derivado al servicio de psiquiatría del centro de atención especializada de su área de salud. Durante el año siguiente no recibe ningún tipo de tratamiento a excepción del farmacológico, controlado periódicamente por su psiquiatra, quien recomienda su asistencia al CRPSL. Tras la entrevista inicial realizada por el Psicólogo a A. F. y por la Trabajadora Social a la familia, se presenta el caso en una reunión del equipo donde se acuerda su derivación al departamento de Terapia Ocupacional.

#### 3.2 Evaluación ocupacional inicial

---

proceso de evaluación, el análisis del desempeño ocupacional, se centra en una identificación más específica de los problemas de desempeño ocupacional y en la evaluación de los factores seleccionados que lo apoyan y dificultan". (Las traducciones del inglés original han sido realizadas por los autores de este documento).

En el momento de su llegada al CRPSL, A. F. no muestra ningún interés ni motivación por la realización de actividades, ni dentro ni fuera del centro. Pasa todo el día en casa, sus salidas del domicilio se limitan a la asistencia al CRPSL, al que siempre acude acompañado por uno de sus padres y, en algunas ocasiones, acompaña a su madre a comprar para cargar con las bolsas de la compra. Su única preocupación era la de no defraudar a sus padres. Muestra un gran sentido de culpabilidad por todo lo acontecido antes de su ingreso y manifiesta que no encuentra sentido alguno a su vida.

Vive en el domicilio de sus padres junto a ellos y sus dos hermanos; el nivel económico familiar se podría considerar como medio-alto. Su madre se dedica a las labores domésticas y su padre ocupa un cargo de responsabilidad en una empresa de reconocido prestigio.

Es incapaz de mantener una secuencia de actividades diarias coherentes, de organizar su tiempo de manera adecuada y de identificar y elegir aquellas ocupaciones o actividades que le satisfacen. Pasa durmiendo la mayor parte del día y ve la televisión y escucha la radio por la noche, en las que aburrido da vueltas en la cama, alterándose de este modo su patrón de sueño-vigilia, que afecta en gran medida a la consecución de un estilo de vida saludable.

Presenta numerosas dificultades en la higiene, el aseo personal y el vestido; su madre tiene que insistirle para que se asee todos los días, además tiene que prepararle la ropa cada mañana, todo ello como consecuencia del importante déficit de energía asociada a la anhedonia para desarrollar cualquier actividad, síntomas que se ven aumentados por los efectos secundarios de la medicación. Esta situación incide en la dificultad de A. F. para mantener los hábitos asociados a su higiene personal y vestido, deteriorando las rutinas de aseo y acicalamiento.

El déficit de energía y la anhedonia repercuten igualmente en la planificación y manejo del tiempo de una manera adecuada y satisfactoria, impidiendo la consecución de un desempeño ocupacional óptimo en las actividades de cuidado y manejo del hogar, que además se ve agravado por la sobreprotección familiar, especialmente por parte de su madre. No es capaz de responsabilizarse del desempeño de ninguna de estas ocupaciones o actividades -irritándose ante la petición e insistencia de su realización por parte de su familia-, dependiendo totalmente de su familia siendo su madre la encargada tanto de recoger y limpiar su habitación como del resto de las tareas domésticas.

En lo que respecta al cuidado de la salud y manutención, A. F. tiene antecedentes de abuso de sustancias adictivas como, marihuana, hachís, cocaína y heroína fumada, contrarrestaba el efecto de unas con otras según entendiera que debía descansar o rendir al máximo. En el momento del ingreso en el CRPSL ha dejado de consumir dichas drogas, aunque para evitar una posible recaída sus padres no permiten que salga solo fuera del domicilio familiar. Además, debido a su falta de criterio en lo que respecta al manejo y gasto adecuado del dinero, se encargan también de su administración económica y del control de sus ahorros. A. F. no es capaz de hacerse responsable de las rutinas ligadas a la ingesta de su medicación; existe un grave déficit de atención que hace que olvide las pautas y horarios recomendados (no conoce tampoco cuáles son sus efectos secundarios), por lo que necesita que sus padres estén pendientes de su administración, para controlar además de la ingesta del tratamiento farmacológico los posibles abusos y la consecuente creación de nuevas adicciones. Asimismo, no se responsabiliza de su alimentación ni de la realización de ejercicio físico saludable.

En cuanto a su educación y trabajo, A. F. dejó de estudiar al conseguir el certificado de estudios primarios. Comenzó a trabajar a la edad de 16 años, pasando de manera fugaz hasta los 19 años por diversos empleos y siempre

como peón sin cualificar. A partir de este momento, permanece tres años en su último puesto de trabajo, donde al parecer ni sus compañeros ni sus jefes tenían problemas con él. Su rendimiento laboral era muy bueno y superior al resto de empleados, por lo que durante este tiempo no hubo razón para dudar de su estado de salud. A. F. refiere que su consumo de sustancias se convirtió poco a poco en un consumo diario (especialmente de cocaína) para mantener, según él, el ritmo de trabajo. Durante la evaluación refiere que nunca se le dieron bien los estudios, en el momento actual no se plantea participar en ningún tipo de actividad formativa. En lo referente al área laboral, presenta numerosas dificultades tanto en el interés y búsqueda de empleo como en su consecución y en el desempeño del puesto de trabajo, todo ello como consecuencia de la reducción de la atención y el déficit existente en las habilidades para indagar, iniciar, secuenciar, mantener y finalizar una actividad. Además, como factor inhibitor de su entorno, cabe destacar la sobreprotección familiar; sus padres no desean su integración en el mundo laboral, señalando que su único interés es que se le reconozca a su hijo el grado de minusvalía.

En lo que respecta a las actividades asociadas al área de la participación social, el paciente presenta una notable disminución de las mismas, motivado por el deterioro o pérdida de sus relaciones personales -sus padres impiden que siga viendo a sus antiguos amigos, por lo que solamente mantiene contactos interpersonales en el seno de la familia nuclear. Nunca ha tenido pareja estable, sus contactos sexuales eran promiscuos y esporádicos, limitados a los fines de semana. La pérdida de la red de apoyo social se ve acrecentada por la precariedad de sus destrezas comunicativas: no interactúa ni es capaz de iniciar, articular y mantener una conversación, ni con los profesionales que trabajan en el centro, ni con otros compañeros. No mantiene la mirada, ni expresa deseos, ruegos o sugerencias, así como tampoco es capaz de solicitar información.

No realiza ninguna actividad de ocio ni es capaz de ocupar su tiempo libre de un modo satisfactorio. Refiere que anteriormente pasaba las tardes, al terminar la jornada laboral, en compañía de sus amigos, al igual que los fines de semana. Le gustaba salir a comprar ropa u otros objetos para el disfrute personal con sus hermanos y amigos, en la actualidad no tiene iniciativa suficiente para seguir desempeñando estas actividades. No tiene la habilidad suficiente para identificar sus intereses con respecto al ocio del mismo modo, que no es capaz de planificar y llevar a cabo una actividad de este tipo. Además de lo anterior, sus padres no permiten que salga solo de casa, ni que siga manteniendo su antigua red de amigos, tampoco le brindan la oportunidad de realizar actividades de ocio dentro del entorno familiar.

#### **4. Conclusiones**

Desde nuestro punto de vista, la propuesta teórica que se deriva del *Framework* permite organizar y presentar la información obtenida durante el proceso de evaluación ocupacional inicial de forma coherente y eficaz. Gracias a una clara definición de los conceptos y términos que hacen referencia a las distintas variables que entran en juego durante el proceso de evaluación -así como de las relaciones entre tales conceptos-, es posible establecer con claridad vínculos entre las alteraciones en el desempeño ocupacional que presenta el sujeto evaluado y sus posibles causas. Todo ello desde una perspectiva que resalta y enfatiza la recuperación del funcionamiento cotidiano a través de la realización de ocupaciones significativas, subrayando de esta forma la noción singular que define y distingue nuestra disciplina. A nuestro modo de entender, este hecho puede contribuir de forma manifiesta a mejorar la comprensión de nuestro quehacer entre el resto de profesionales con los que compartimos nuestro trabajo cotidiano.

Además, la propuesta del *Framework* enfatiza una comprensión de las alteraciones en el desempeño ocupacional de carácter multicausal, según la cual un problema para la realización de una determinada actividad puede estar

generado o condicionado por la interrelación compleja de múltiples factores o causas; a saber: aspectos ligados a los patrones y destrezas de desempeño, a los factores del cliente (es decir, a las estructuras o funciones corporales o psicológicas particulares que presenta cada sujeto evaluado), pero también a las demandas que requiere la realización de una actividad determinada o a los contextos en que se lleva a cabo. Esta visión de conjunto amplía los elementos explicativos que encontrábamos en la Terminología uniforme 3ª ed. (12) – resaltando el valor del análisis de la actividad y del contexto, ampliando nuestro marco de visión y favoreciendo una aprehensión de los problemas en el desempeño más elaborada. Destierra por tanto antiguas ideas de índole mecanicista que restringían la intervención del terapeuta ocupacional únicamente sobre el individuo, concibiendo las alteraciones en el desempeño como consecuencia de la interacción de un sujeto y sus particularidades en un contexto concreto.

En definitiva, a pesar de las limitaciones que presenta la primera formulación de este marco teórico (vid.: Hinojosa et al., 2007) (11), creemos que puede ser una herramienta útil para la práctica clínica y la labor docente en terapia ocupacional.

Si quieres colaborar en esta sección con tus Casos Clínicos tienes que enviar los documentos a [revista\\_tog@yahoo.es](mailto:revista_tog@yahoo.es) **especificando que el documento será enviado a la sección de casos clínicos**. Las normas de publicación serán las mismas que se siguen para el resto de los artículos de TOG (se pueden consultar en <http://www.revistatog.com/normas.htm>) y en el documento: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, Cantero Garlito PA: El razonamiento clínico clave en el desarrollo de la terapia ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [-fecha de la consulta-]; volumen 6 (num7): [8 p.].

Disponible en:

<http://www.revistatog.com/num7/pdfs>

## 5. BIBLIOGRAFIA

- (1) Occupational Therapy practice abuse: results from the epidemiological framework: Domain and process. Catchment Area Study. JAMMA 1990; American Journal of Occupational Therapy. 2002. 56: 609-639.
- (2) Rodríguez, A. coordinador. Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid. Ediciones Pirámide, 2002.
- (3) Junta de Comunidades de Castilla La Mancha (JCCM). Plan de Salud Mental de Castilla la Mancha 2005 – 2010. Toledo. Dirección General de Planificación y Atención Socio – Sanitaria. Consejería de Sanidad. JCCM, 2006
- (4) American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª ed. Barcelona, Masson, 1995
- (5) American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª ed. Barcelona, Masson, 1995.
- (6) D. A. Regier, M. E. Farmer, D. S. Rae, B. Z. Locke, S. J. Keith, L. L. Judd and F. K. Goodwin. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug
- (7) Trombly, C. Anticipating the future: assessment of occupational function. AJOT 1993; 47(3). 253-57.
- (8) Romero Ayuso D, Moruno Miralles P. Terapia Ocupacional. Teoría y Técnicas. Barcelona. Masson, 2003.
- (9) Christiansen, C y Baum, C. Occupational Therapy: Performance, Participation, and Well-Being. 3ª ed. Thorofare. Slack, 2005
- (10) Cantero, P. y Moruno, P. Evaluación de las actividades de la vida diaria. En: Moruno P. y Romero, D. Actividades de la vida diaria. Barcelona. Masson, 2006. p 53-75.
- (11) Gutman, S. et al., Revisión of the occupational therapy practice framework. 2007. AJOT 2007; 61(1). 119-126.
- (12) Uniform terminology for occupational therapy--third edition. American Occupational Therapy Association. Am J Occup Ther. 1994; 48(11):1047-54.