



INSTITUTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

**PERFIL TERAPÉUTICO EN UNA MUESTRA NACIONAL DE TERAPEUTAS
OCUPACIONALES MEXICANOS DESDE LA PERSPECTIVA DEL MODELO DE
RELACIÓN INTENCIONAL**

TESIS QUE PRESENTA

RITA SOLIS MORENO

**PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN TERAPIA OCUPACIONAL**

DIRECTORA DE TESIS:

MAESTRA LEAH GOLOBEK RADZI

SINODALES:

MAESTRA GABRIELA VIRGINIA NAGORE HERNÁNDEZ

MAESTRA SARA NAVARRETE MARTÍNEZ

CIUDAD DE MÉXICO,

6 DE DICIEMBRE DE 2017

AUTORÍA

"Por este medio, declaro que este informe de investigación es mi propio trabajo, a excepción de las citas y referencias que utilizo para fundamentarlo. Asimismo, afirmo que este trabajo no ha sido presentado anteriormente."

Atentamente



Nombre del Estudiante: Rita Solis Moreno

Fecha: 30 de noviembre de 2017

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo al Instituto de Terapia Ocupacional, para que esta tesis o parte de ella, se pueda acceder a través del repositorio institucional "Encuentra" como un documento de acceso público para su lectura, consulta y para procesos de investigación de acuerdo a las normas institucionales.

Asimismo, me comprometo a mencionar en la difusión de mi trabajo a nivel externo, que éste, es un producto de investigación realizado en el Instituto de Terapia Ocupacional, citando mi nombre como autor, así como los de mis asesores.

Atentamente.

Nombre
Rita Solis Moreno



Firma

Fecha
30 de noviembre de 2017

ÍNDICE

AUTORIA	3
DERECHOS DE AUTOR	4
AGRADECIMIENTOS	6
DEDICATORIA	7
RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	8
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO 2. FUNDAMENTOS	27
CAPÍTULO 3. MÉTODO	38
CAPÍTULO 4. RESULTADOS	58
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN	107
CAPÍTULO 6. APORTACIÓN A LA TERAPIA OCUPACIONAL	116
REFERENCIAS	119
ÍNDICE DE FIGURAS	122
ÍNDICE DE CUADROS	124
ANEXOS	
Anexo 1 Definición del modo terapéutico.	128
Anexo 2 Evidencia de los terapeutas ocupacionales que participaron en la validación del “Cuestionario de Autoevaluación del Perfil del Terapeuta Ocupacional Mexicano” (CAPTOM).	131
Anexo 3 Integración aleatoria de casos e ítems “Cuestionario de Autoevaluación del Perfil del Terapeuta Ocupacional Mexicano” (CAPTOM).	137
Anexo 4 Índices de discriminación del “Cuestionario de Autoevaluación del Perfil del Terapeuta Ocupacional Mexicano” (CAPTOM).	138
Anexo 5 “Cuestionario de Autoevaluación del Perfil del Terapeuta Ocupacional Mexicano” (CAPTOM).	139

AGRADECIMIENTOS

Gracias:

A Dios, por tantas bendiciones inmerecidas.

Al oasis que nutre mi vida: mi familia y amigos (familia elegida).

A la terapia ocupacional que es uno de los grandes amores de mi vida, que me conecta de una manera muy especial conmigo misma, con las personas, y que siempre tiene nuevos desafíos para mí.

Las personas que han confiado en mí, durante mi trayectoria profesional, para acompañarlas en el proceso de la terapia ocupacional.

Al Instituto de Terapia Ocupacional (ITO), por ser uno de los árboles donde crece la terapia ocupacional.

A mi directora de tesis: Maestra Leah Golombek Radzi y estimadas asesoras: Maestra Gabriela Virginia Nagore Hernández y Maestra Sara Navarrete Martínez, por su apoyo y contribución a este trabajo.

A mis profesores, en especial al Profesor Gregorio Ramos por compartir generosamente sus conocimientos, experiencia y paciencia para la elaboración de este trabajo

A los terapeutas ocupacionales que colaboraron en este trabajo como: expertos clínicos, metodológicos, informáticos y participantes en la investigación.

DEDICATORIA

Para el gran amigo, compañero de descubrimientos, confidente socio en todos los afectos, experiencias y caminos, al que siempre está presente en mi mente y corazón, al que nunca dice “te lo dije”, al que siempre dice “tú decide y yo te apoyo”, al que me conoce mejor que yo misma y me empuja de mi zona de confort cuando es necesario, al que tiene para mí un refugio hecho con su amor y sus brazos, donde, puedo sentirme feliz, tranquila y a salvo a pesar de todo.

En resumen, para ti mi amado Antonio que eres mi mejor lugar en el mundo, te dedico el fruto de esta empresa que emprendí yo, pero que como siempre, la logramos juntos...

“A donde iré yo que no vayas tú...”

A donde irás tú que no vaya yo...”

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

El Modelo de Relación Intencional de Taylor (2008), se centra en el aspecto relacional de la terapia. Describe seis modos terapéuticos, de los cuales uno –dominante-, explica la relación con la persona.

Objetivo: elaborar un instrumento válido y confiable para evaluar el perfil de los terapeutas ocupacionales mexicanos desde la perspectiva del modelo de relación intencional.

Método: investigación de proceso metodológico. Se construyó instrumento a partir de casos terapéuticos reales, se validó por ronda de expertos y se auto aplicó en línea en a una muestra de tipo no probabilístico de 35 terapeutas ocupacionales, previo consentimiento. Se analizó validez discriminante de ítems y confiabilidad. Adicionalmente, completaron el cuestionario con información socio-académica. Se emplearon análisis descriptivo, bidimensional, comparación entre grupos y correlación bivariada.

Resultados: la versión final está conformada por 10 casos que explora 6 modos terapéuticos a través de 60 ítems. El formato de respuesta es tipo Likert. La validación de contenido se logró por consenso en 3 rondas. En la validez discriminante todos los ítems lograron poder de discriminación (0.706-0.950). Su consistencia interna fue de $\alpha=0.940$. 82% de los participantes usan más de dos modos terapéuticos, 9% usa sólo uno ($p<0.05$). Modos terapéuticos dominantes: instructor, alentador y resolutivo de problemas. Modos terapéuticos raros: colaborador, empático y defensor. Terapeutas ocupacionales con 11 a 20 años de experiencia usan el modo instructor y colaborador ($p<0.05$).

Conclusiones: el instrumento reúne requisitos de validez y confiabilidad que permiten observar la diversidad en el perfil de los terapeutas para el uso de los modos terapéuticos.

Palabras clave: Modelo de Relación Intencional, modos terapéuticos.

ABSTRACT AND KEYWORDS

Taylor's intentional relationship model focuses on the relational aspect of therapy. It describes six therapeutic modes, of which one - dominant - explains the relationship with the client.

Aims: to develop a valid and reliable instrument to evaluate the profile of Mexican Occupational Therapists from the perspective of the intentional relationship model.

Method: methodological process research. An instrument was constructed from real therapeutic cases, validated by expert round and self-applied online in a non-probabilistic sample of 35 Occupational Therapists, with prior consent. Discriminant validity of items and reliability were analyzed. Additionally, they completed a questionnaire with socio-academic information. Descriptive, two-dimensional analysis, comparison between groups and bivariate correlation were used.

Results: the final version consists of 10 cases that explore 6 therapeutic modes through 60 items. The response format is Likert type. Content validation was achieved by consensus in 3 rounds. In the discriminate validity, all the items achieved power of discrimination (0.706-0.950). Its internal consistency was $\alpha = 0.940$. 82% of participants use more than two therapeutic modes, 9% use only one ($p < 0.05$). Dominant therapeutic modes: instructor, encouraging and problem solving. Rare therapeutic modes: collaborator, empathic and advocate. Occupational therapists with 11 to 20 years of experience use the instructor and collaborator mode ($p < 0.05$).

Conclusions: the instrument meets requirements of validity and reliability that allow observing the diversity of profile therapists for the use of therapeutic modes.

Keywords: Model of Intentional Relationships, Therapeutic modes.

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

En Estados Unidos de Norteamérica, se ha estudiado y reportado como fenómeno clave de la terapia ocupacional la relación terapéutica.

A lo largo de su historia, en la terapia ocupacional hay múltiples referencias sobre el papel que tiene la interacción entre terapeuta y la persona y los efectos de esta interacción en los resultados esperados y debido a que la terminología de la terapia ocupacional ha ido cambiando, se han referido a esta interacción terapéutica con diferentes nombres, pero con el mismo significado. en el cuadro 1, se hace una síntesis histórica de la evolución de este concepto.

Cuadro 1.
Relación, interacción terapéutica y sus características

Autor (es)	Relación terapéutica	Interacción con la persona
Dunton, 1915, 1919. Bockoven, 1971, & Bing. 1981.	El significado de la relación fue cambiando desde el promover confianza y compromiso en el trabajo, a emulador de la alegría de la ocupación, hasta la de un experto y guía y para actuar.	Promover confianza, compromiso para el trabajo, alegría, experto y guía y para actuar.
Anderson & Hinojosa, 1984. Ayres-Rosa & Hasselkus, 1996. Cole & McLean, 2003. Eklund. 1996	Comúnmente la comunicación, el intercambio emocional, la colaboración, y la asociación entre terapeutas y personas.	Colaboración y la asociación entre persona y terapeuta

(Continuación)

<p>Jenkins, Mallett, O'Neill, McFadden, & Baird. 1994.</p>	<p>Observaron en forma sistemática a 8 terapeutas ocupacionales en su comunicación con las personas en geriátricos durante las sesiones terapia.</p> <p>Ocupacionales más experimentados logran más comúnmente la participación en el proceso de la terapia.</p>	<p>Comunicación y, experiencia del terapeuta, para la participación de la persona.</p>
<p>Norrby & Bellner. 1995.</p>	<p>Entrevistaron a 16 terapeutas que trabajaban en el ámbito con adultos en la salud mental y física para identificar barreras para una buena relación terapéutica.</p> <p>Encontraron preocupaciones de los terapeutas por la ambigüedad profesional y su aspiración a ser reconocidos</p>	<p>Conflicto con el logro de relaciones igualitarias persona -terapeuta.</p> <p>Los terapeutas con más confianza en sí mismos lograron mejores relaciones con las personas.</p>
<p>Rosa Hasselkaus. 1996.</p>	<p>Encuestó por teléfono a 83 terapeutas ocupacionales que estaban practicando en todo el país Estados Unidos de América (EUA).</p> <p>Las identidades personales de los terapeutas parecieran combinar con sus identidades profesionales.</p>	<p>Importancia de "conectar" con las personas para ayudar y cuidar.</p>
<p>Anderson & Hinojosa, 1984. Ayres-Rosa & Hasselkus, 1996. Cole & McLean. 2003. Eklund. 1996. (Continuación)</p>	<p>Comúnmente la comunicación, el intercambio emocional, la colaboración, y la asociación entre terapeutas y personas.</p>	<p>Colaboración y la asociación entre persona y terapeuta</p>

Eklund. 1996.	En un estudio observacional de 20 personas y 5 terapeutas ocupacionales, encontró que terapeutas y personas percibían su relación de trabajo como muy buena.	La buena relación percibida entre terapeutas y personas no se reflejó en los hallazgos de una medición de la calidad de la relación de trabajo.
Anderson & Hinojosa. 1984.	Se refirieron a la importancia en la interacción de un enfoque centrado en la importancia de la colaboración y de la persona.	Colaborar con la persona
Ayres-Rosa & Hasselkus, 1996. Hanna & Rodger. 2002.		
Hinojosa, Sproat, Mankhetwit, & Anderson. 2002. Ley. 1998.		
Ley, Baptiste, & Mills. 1995. Restall, Ripat & Stern.		
Baum, 1980. Eklund & Gilfoyle. 1980.		
King, 1980.		
Devereaux. 1984. Sumsion. 2000, Hallberg, 2001.	Destacaron la importancia de cuidar y de la empatía	Destacar durante la interacción el cuidado y la empatía.
Townsend. 2003.		
Cole & McLean. 2003.		

(Continuación)

Lloyd y Mayorista, 1992.	Destacaron el uso de la narrativa y el razonamiento clínico.	Narrativa.
Peloquin. 2005.		Razonamiento clínico.
Yerxa. 1980.		
Clark, 1993.		
Crepeau. 1991.		
Fleming. 1991.		
Kielhofner. 2007.	Necesidad de los terapeutas de comprender perspectivas de las personas para interactuar con ellos y facilitar el desarrollo de sus historias de vida.	Comprensión de perspectivas de las personas para facilitar sus historias de vida.
Lyons & Crepeau. 2001.		
Mattingly, 1994.		
Rogers. 1983.		
Schell. 2003;		
Schell & Cervero. 1993.		
Allison & Strong. 1994.	Buenos comunicadores clínicos ajustan sus interacciones a las necesidades de las personas, postulados basados en un estudio cualitativo con grupos focales que examinó la percepción de 23 terapeutas ocupacionales sobre el uso de su interacción verbal con las personas adultas.	Buena comunicación clínica para ajustar las interacciones a las necesidades de las personas.
Punwar & Peloquin. 2000.	El uso planificado por un terapeuta de su personalidad, ideas, percepciones y juicios como parte del proceso terapéutico.	Uso planificado de la personalidad del terapeuta como parte del proceso.

(Continuación)

Eklund & Hallberg. 2000.	Los terapeutas ocupacionales en las instituciones psiquiátricas utilizaban interacción verbal con las personas que atiende, estos fueron los hallazgos de una investigación a través de una encuesta a 292 terapeutas	La interacción verbal terapeuta- persona, como base para la evaluación, intervención, tratamiento, planificación y la evaluación post-tratamiento en instituciones psiquiátricas.
Guidetti & Tham. 2002.	Entrevistaron a 12 profesionales terapeutas que trabajaron en las actividades de autocuidado con la persona con hemorragia cerebral o lesión de la médula espinal. Identificaron varias estrategias interpersonales.	Confianza, motivar a las personas, y proporcionar una experiencia profesional habilitante.
Cole & McLean. 2003.	Encuestó a 129 terapeutas sobre las habilidades aprendidas en el desarrollo de las relaciones terapéuticas "en el trabajo", más que durante la formación profesional. Con base en eso actualizó la definición de relación terapéutica como "Una conexión de confianza y la relación que se establece entre el terapeuta y la persona a través de la colaboración, la comunicación, la empatía del terapeuta y la comprensión mutua y el respeto".	La relación terapéutica como crítica en el logro de los logros de la terapia.

(Continuación)

Palmadottir. 2006	Entrevista a 20 personas adultas sobre su percepción de la relación con el trabajo de los terapeutas en un centro de rehabilitación, concluyó que los terapeutas necesitaban poner más atención a problemas y necesidades ocupacionales de las personas, ya que estas se relacionaron con más de una meta del proceso de la terapia, y deben tener más conciencia de cómo sus propias actitudes se comunican y actúan en la terapia.	Atención a problemas y necesidades ocupacionales de las personas, su relación con las metas de la terapia, y toma de conciencia sobre cómo sus actitudes comunican y actúan en la terapia.
-------------------	--	--

Los estudios referidos tienen en común la preocupación por definir las habilidades interpersonales del terapeuta en sus interacciones con la persona y sus propias características e interpretaciones de los eventos durante la interacción para lograr que esta se convierta en una relación terapéutica definida en términos de conectar, colaborar, confiar, empatizar, comprender, motivar, ayudar, cuidar, pero desde diferentes enfoques; como la persona, el terapeuta y la relación terapéutica, poniendo la responsabilidad principalmente en el terapeuta o en ambos como parte indispensable para lograr el compromiso ocupacional.

La revisión anterior pone en evidencia que no existe una forma única de lograr establecer la relación terapéutica.

Estos estudios también identificaron algunas barreras que dificultan al terapeuta maximizar la relación terapéutica y que los terapeutas tienen diversos grados de éxito en

resolver estos problemas o barreras, asimismo que el grado de éxito de los terapeutas, tiene alguna relación con sus habilidades interpersonales, una mayor confianza del terapeuta en sí mismo, su desarrollo profesional y personal el conocimiento de sus propios pensamientos y sentimientos y la atención que preste a sus actitudes y su interpretación por parte de la persona durante la interacción.

Por otra parte esta inquietud no es exclusiva de los terapeutas ocupacionales En México en el 2011 esta preocupación llevó a un grupo de psicólogos de la Universidad Autónoma de México (UNAM) de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala (FES) a investigar la “Validez y Confiabilidad de un Instrumento para Evaluar Modos Terapéuticos” (de 69 psicólogos clínicos voluntarios) con el objetivo de “... *confiabilizar y validar un instrumento desarrollado para evaluar, en una fase inicial, algunas características del comportamiento del terapeuta (psicólogo clínico), con base en 5 premisas:*”

1. El terapeuta (psicólogo clínico) logra generar cambios
2. Los cambios del usuario son en el ambiente en el que reporta el problema.
3. El terapeuta, independientemente de su orientación conceptual (modelo o marco teórico de referencia), presenta posibles consistencias, en la forma de modos terapéuticos
4. En los modos se pueden establecer normas en las interacciones sociales
5. Los posibles modos terapéuticos, estarían, a su vez, conformados por diversas competencias y habilidades específicas que tendrían que irse identificando.

Con base en las premisas anteriores, se realizó un el estudio de habilidades del terapeuta conformado por dos modos terapéuticos.

- El modo prescriptivo se caracteriza por la participación del terapeuta, en la que él toma el control del proceso terapéutico, dando instrucciones, consecuencias, modelando, haciendo prohibiciones
- El modo reactivo que comprende un comportamiento más pasivo en la que la función básica es escuchar.

A partir de la clasificación inicial, se procedió a identificar 10 comportamientos o modos que el terapeuta llevaba a cabo con la finalidad de establecer normatividad:

Por prescripción: los mediadores de una relación modelan o instruyen sobre una clase de interacción.

Por indicación: el mediador señala una opción de comportamiento sobre otra

Por facilitación: cuando se auspician o disponen las condiciones para que se dé la relación requerida.

Por justificación: cuando se instruye o modela sobre las consecuencias deseables que siguen a dicha relación.

Por sanción, cuando se operan consecuencias concretas para la interacción.

Por advertencia: cuando se señalan las consecuencias que pueden ocurrir dado un comportamiento específico.

Por comparación; cuando o se contrastan dos formas de relación

Por condicionamiento; cuando se instruye sobre los requerimientos a cumplir previos a una relación.

Por prohibición: cuando se señala la imposibilidad de una conducta.

Por expectación; cuando se instruye sobre las demandas sociales que una relación debe satisfacer.

Después de categorizar procedieron a elaborar 15 reactivos con dos tipos de respuesta: el nivel de importancia que el terapeuta le atribuye a estos comportamientos y la frecuencia con la cual se comporta de esta manera. Así, cada reactivo ejemplificó distintos comportamientos que podrían ir conformando los dos modos.

De estos 15 reactivos, trece corresponderían al modo prescriptivo donde el psicólogo clínico toma el control del proceso terapéutico, dando instrucciones, modelando, y 2 al reactivo (básicamente escuchar).

Todo lo anterior considerando que, al margen de su orientación conceptual (estrategias terapéuticas, el proceso terapéutico) ...” su éxito podía estar relacionado con comportamientos en la relación persona -terapeuta consistentes a los que se denomina modos” ... Salinas-Rodríguez y colaboradores (2011).

Con relación al estudio de referencia se puede decir que básicamente midieron con 13 reactivos un modo que puede ser ligeramente parecido al modo instructor de Taylor y con 2 reactivos un modo que puede ser ligeramente parecido al modo empático, realmente todo lo demás es completamente distinto de la propuesta de Taylor.

De la revisión de los estudios referidos surgieron más interrogantes ¿Qué sucedería si las aprendiéramos desde estudiantes las características de la interacción terapéutica específica necesaria para lograr con algunas personas y en determinadas situaciones el

compromiso ocupacional y disminuir los desafíos terapéuticos, no solo de manera teórica sino como habilidad práctica?, ¿cómo saber qué tipo de interacción detona las ventajas o desafíos terapéuticos?, ¿qué precauciones se deben tener al manejar determinada interacción terapéutica?.

Estas preguntas llevaron a la revisión de estudios realizados al respecto principalmente en Estados Unidos de Norteamérica, en los ya se han planteado los aspectos generales, aunque pocos detalles, sobre como la relación terapéutica debería abordarse y gestionarse en función del tema central, la participación de la persona en la ocupación y sus resultados en la intervención, pero sigue haciendo falta claridad en este tema, a pesar de la existencia del Modelo de Relación Intencional de Taylor (2008), quién hace una distinción entre las características de la relación terapéutica en la psicología y la de terapia ocupacional, afirmando que en el proceso de psicoterapia la relación interpersonal entre la persona y el terapeuta es el foco central, pero que la única actividad que ocurre entre ellos es la comunicación interpersonal.

En la perspectiva ocupacional teórica, los paradigmas emergentes han planteado una serie de estrategias terapéuticas usualmente arraigadas en los modelos existentes dependiendo de las necesidades ocupacionales, las capacidades y el diagnóstico de la persona, además que los modelos de práctica de terapia ocupacional pueden emplearse solos o en combinación con estas estrategias la relación terapéutica, sin embargo, la tarea principal del terapeuta de promover la ocupación, no se da en forma aislada sino dentro un proceso más amplio de relación que ocurre entre la persona y el terapeuta ocupacional.

Modelo de Relación Intencional de Taylor (2008).

Este modelo fue creado por Taylor, Lee, Kiehlhofner & Ketar. (2009), en un periodo de 3 años y sus conceptos se basan en los ítems de profesionales a una encuesta a gran escala (el 64% de mil respuestas) sobre los conocimientos de terapeutas ocupacionales sobre actitudes y comportamientos interpersonales relacionados con el uso terapéutico del yo "Self" además de la observación de 12 terapeutas ocupacionales de distintos lugares del mundo y una encuesta semiestructura aplicada a cada uno de ellos (a su vez , ellos fueron seleccionados por su pares como excepcionales en términos de sus habilidades/capacidades para establecer una relación terapéutica exitosa, atender profesionalmente a un gran número de personas, tuvieron una entrevista inicial con los autores para determinar su idoneidad.

Las ideas/percepciones que surgieron de la observación de estos expertos, fueron fundamentales para el desarrollo del modelo, encontraron seis modos coherentes de interacción en los doce terapeutas ocupacionales, y encontraron la relación terapéutica está compuesta por cuatro elementos:

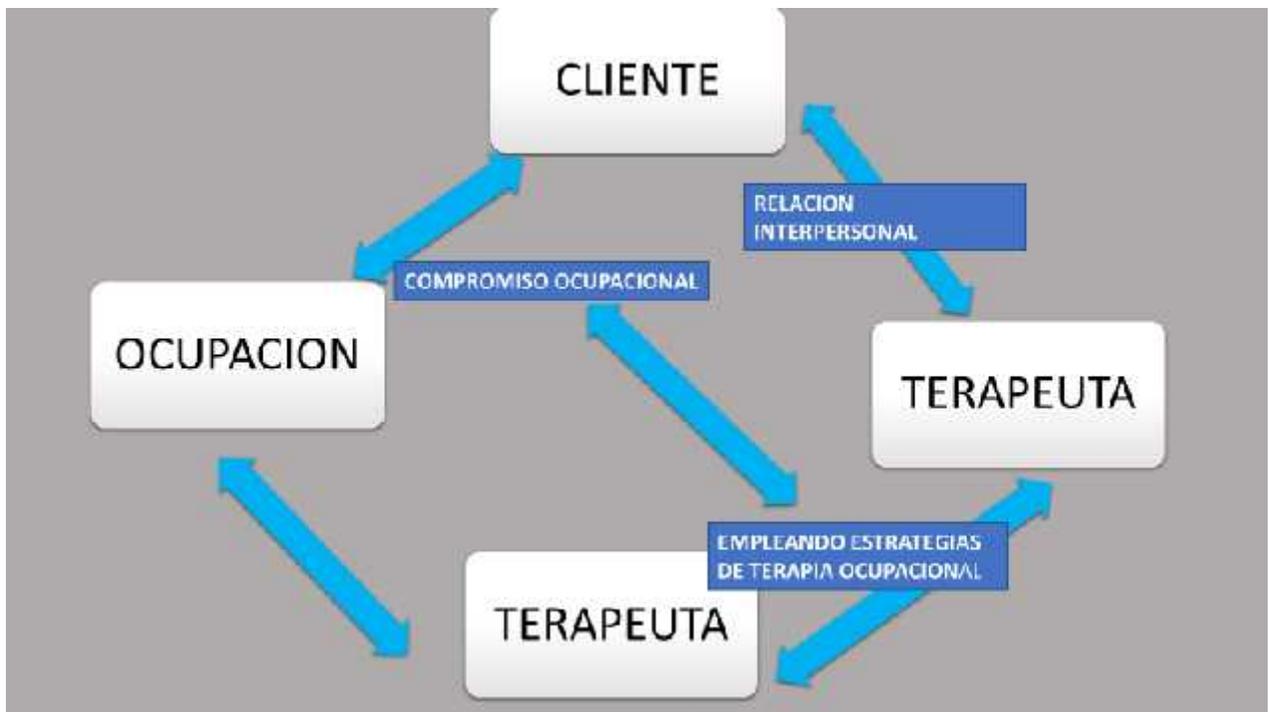


Figura 1. Relación única entre la persona, terapeuta y la ocupación en el proceso de terapia ocupacional. Taylor (2008).

Características de la persona atendida, los acontecimientos interpersonales inevitables en terapia y sus categorías, el terapeuta y la ocupación.

El Modelo de Relación Intencional de Taylor (2008), también define las tres principales capacidades interpersonales del terapeuta ocupacional: habilidades interpersonales, modos terapéuticos y la relación terapéutica, y afirma que cada terapeuta ocupacional tiene su propio modo terapéutico preferente basado en rasgos y características de su personalidad, pero que también debe tratar de alinear el mejor modo terapéutico con la preferencia de la persona que atiende, manteniendo su personalidad y autenticidad al relacionarse con esta persona.

Los elementos teóricos, conceptuales y metodológicos del Modelo de Taylor fueron el punto de partida de la presente investigación específicamente los modos terapéuticos del terapeuta ocupacional, y el uso terapéutico del yo (“Self”) definido como el grado de posesión de la base de conocimientos destrezas y habilidades interpersonales que pueden ser aplicados cuidadosamente a los acontecimientos comunes en la práctica profesional, en la toma de decisiones, muy personales e individualizadas para guiar conscientemente el proceso terapéutico, no solo en base a reacciones conductuales (intuitivas, emocionales y de confianza) entre el terapeuta y la persona que atiende, sino además por un proceso racional basado en la aplicación disciplinada de un conjunto de directrices.

Por consiguiente, se consideró el uso terapéutico del yo (“Self”), que es una habilidad, o destreza del terapeuta ocupacional, que esta se puede desarrollar, reforzar, controlar y refinar para iniciar al terapeuta en el uso terapéutico del yo, pues en este modelo el terapeuta no solo es responsable de la entrega de los aspectos técnicos, también tiene la responsabilidad de facilitar y proporcionar encuentros terapéuticos intencionales con la persona que atiende, para promover su compromiso ocupacional y resultados positivos de la terapia.

Existen las dos posturas para explorar la relación del terapeuta a partir de dos soportes teóricos el psicológico y de terapia ocupacional, en el “Modelo de del uso terapéutico de yo (“Self”) que en su instrumento de investigación Self-Assessment of Modes Questionnaire – Version II tiene como objetivo encontrar una manera dominante de responder a diversas cuestiones interpersonales que surgen en la terapia, tiene como condición esencial que se elija una sola respuesta para cada pregunta, este instrumento

por su forma de respuesta o modo terapéutico que predomina en la interrelación, hecho que se cuestiona dado que la interacción persona terapeuta es compleja según los mismos postulados de Taylor para pensar que el terapeuta la aborda a partir de un solo modo terapéutico dominante.

A diferencia de Taylor en este trabajo se asumió que la relación que se establece entre la persona y el terapeuta ocupacional, no es lineal, sino se trata de una relación más compleja, en la cual se hace uso no sólo de un modo terapéutico preferente, como es la propuesta de Taylor (2008), sino que pone en juego los seis modos terapéuticos en mayor o menor grado es decir un perfil terapéutico en su relación con la persona en el momento terapéutico, hecho que enmarcado en el uso terapéutico del yo.

Por otra parte, al revisar el contenido del Self” Assessment of Modes Questionnaire II” propuesto por Taylor, R., Ivey, C., Shepherd, J., Simons, D., Brown, J., Huddle, M., Kardouni, N., Kirby, M., LaRue, C., & Steele, R. (2013), se encontraron 3 limitantes, la mayoría de las investigaciones sobre modos terapéuticos han explorado el uso de solo un modo terapéutico dominante con el actuar del terapeuta ocupacional durante la relación terapéutica sobre el marco de las relaciones intencionales.

En nuestro país, la evidencia empírica y observaciones cotidianas muestran que los terapeutas ocupacionales no poseen solo un modo terapéutico, los terapeutas hacen uso de más de un modo, hecho que se les facilita afrontar las situaciones desafiantes en su desempeño como terapeuta ocupacional.

Es evidente, que evaluar los modos terapéuticos mediante el “Self” Assessment of Modes Questionnaire II” propuesto por Taylor, no es el más adecuado ni pertinente para evaluar terapeutas ocupacionales que se desempeñan en un contexto socio cultural diferente al norteamericano, como lo es en nuestro país. El instrumento elaborado por Taylor para indagar sobre los 6 modos o modos terapéuticos tiene relevancia teórica en nuestro país,

pero no relevancia empírica, debido a las diferencias en la práctica de la terapia ocupacional en ambos países, las deficiencias, discapacidades, edades y características en general de las personas y sistemas de rehabilitación.

Ante estas situaciones, surgió la necesidad de elaborar un instrumento de investigación válido y confiable, aplicarlo en la muestra diana para explorar el perfil terapéutico que del terapeuta ocupacional en México desde la perspectiva del Modelo de Relación Intencional de Taylor (2008), analizar el perfil terapéutico en forma cuantitativa y cualitativa por modo terapéutico, analizar diferencias significativas entre el perfil terapéutico con cada una de las variables socio demográficas y laborales de los terapeutas ocupacionales, realizar conclusiones desde Modelo de Relación Intencional de Taylor (2008).y difundir los resultados para la toma decisiones, que guíen conscientemente el proceso terapéutico del yo (“Self”), no solo en base a reacciones conductuales (intuitivas, emocionales y de confianza) entre el terapeuta sino además por un proceso racional basado en la aplicación disciplinada de un conjunto de directrices y para ello se plantearon como hipótesis:

Es posible elaborar un instrumento para evaluar el perfil terapéutico del terapeuta ocupacional mexicano válido y confiable.

Los terapeutas ocupacionales en México afrontan su relación terapéutica usando un perfil (más de dos modos terapéuticos).

Existen diferencias significativas en el perfil terapéutico del terapeuta ocupacional mexicano al comparar con algún rasgo distintivo socio demográfico y laboral del terapeuta ocupacional.

FUNDAMENTOS

El Modelo de Relación Intencional de Taylor (2008), considera que la relación terapéutica está compuesta por cuatro elementos: basados en la persona atendida por el terapeuta ocupacional, sus características interpersonales, el terapeuta y la ocupación, estos son algunos de los muchos acontecimientos que se producen en el transcurso de la terapia ocupacional y que delimitan tanto una amenaza como una oportunidad (Figura 2).

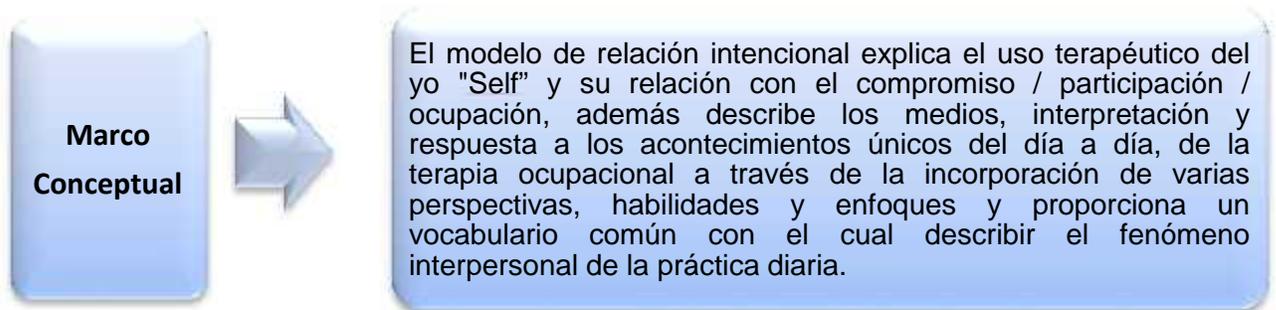


Figura 2. El Modelo de relación intencional. Taylor (2008).

Cuatro elementos están presentes en este modelo de relación intencional (Figura 3) y son:

La persona.

Los acontecimientos interpersonales inevitables durante la terapia.

El terapeuta.

La relación terapéutica.

Veamos cada uno de ellos.

Modelo de Relación Directa Intencional en Terapia Ocupacional

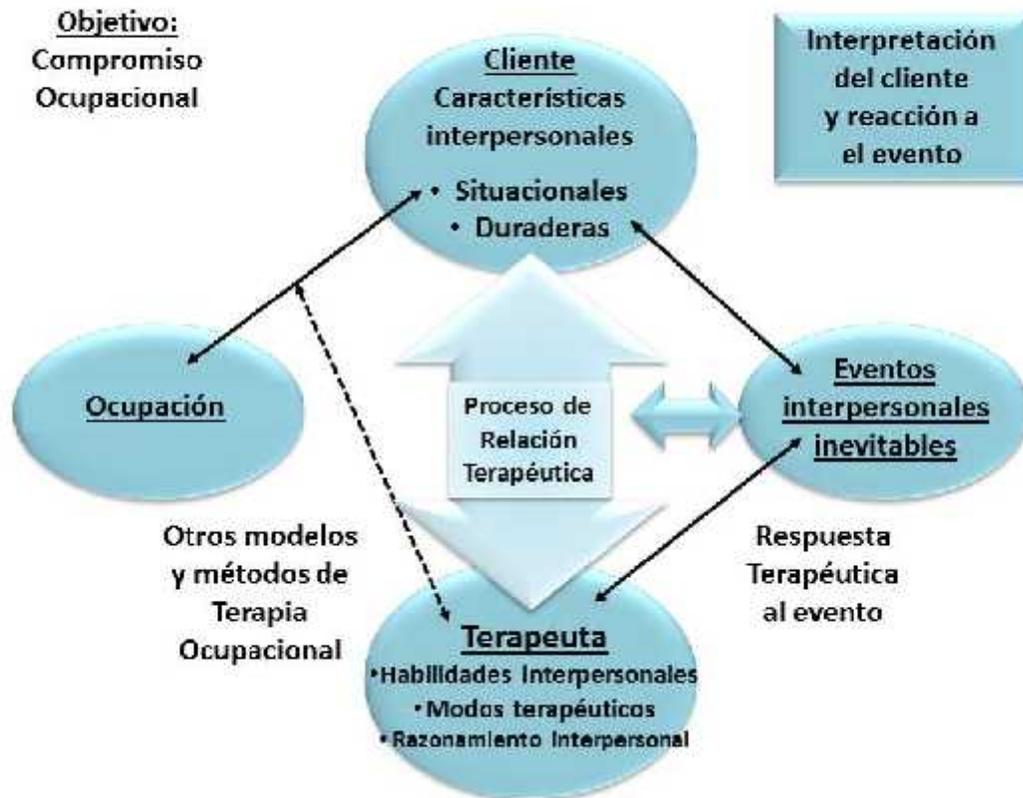


Figura 3. Esquema del modelo de relación directa intencional en terapia ocupacional. Taylor (2008).

La persona está equipada con un conjunto único de experiencias, retos que se enfrentan en la actualidad, y una interpretación individual de cualquier situación dada.

Además, cada persona tiene su propio conjunto de características interpersonales que son interpretadas por el terapeuta, Taylor (2008), así como un modo de comunicación en el que se considera los enfoques de las personas a un lenguaje hablado o no verbal.

- Capacidad para la confianza: la confianza se construye a lo largo de una relación terapéutica, las personas pueden tener precauciones o dificultad con la confianza.
- Necesidad de controlar: el grado en que una persona asumir el control de lo que se dice y se hace durante la terapia.
- Capacidad para hacer valer las necesidades: la capacidad de las personas para discutir lo que quieren del terapeuta de manera abierta y directa.
- Respuesta al cambio o desafío: cómo la persona responde cuando se presenta con el cambio o desafío.
- Expresión de la emoción de las personas.
- Predisposición a dar retroalimentación: el grado en que la persona se siente cómodo con y predispuesto hacia la prestación adecuada retroalimentación.
- Capacidad para recibir retroalimentación: "nivel de comodidad con la recepción de retroalimentación positiva o constructiva y respuesta a estos comentarios.
- Respuesta a la diversidad humana: la respuesta de las personas a una amplia gama de diferencias que caracterizan a los individuos el uno del otro.
- La orientación hacia la relación: el nivel en que la persona espera y prefiere una relación terapéutica y la cercanía que desea en la misma, esto varía entre las personas.
- Preferencia para el tacto: la preferencia personal y la interpretación de contacto de las personas.

- Capacidad de dar y compartir entre la persona y el terapeuta. Taylor (2008).

En el proceso terapéutico pueden surgir acontecimientos interpersonales inevitables durante la terapia es decir una serie de situaciones que tengan un efecto directo o indirecto en el mismo, a esos sucesos se les nombra dentro de este marco de referencia como los acontecimientos interpersonales, se describen como "comunicaciones de origen natural, reacciones, procesos, tareas o circunstancias generales que tienen lugar en el contexto de la interacción persona -terapeuta" Taylor (2008). Hay 11 categorías de eventos interpersonales:

- La expresión de las emociones fuertes: pantallas externas de la persona a sus sentimientos internos que se muestran con un nivel de intensidad más allá de las normas culturales habituales para interacciones.
- Autor revelación íntima: declaraciones o historias que revelan algo no observable, privada o sensible acerca de la persona y que es comentado durante la relación terapéutica.
- Dilemas de energía: El dilema se caracteriza por una diferencia de potencia innegable entre la persona y el terapeuta. Las señales no verbales: las comunicaciones de la persona que no implican el uso de un lenguaje formal, como la expresión facial o la postura del cuerpo.
- Puntos de Crisis: Una, eventos estresantes imprevistos que causan las personas para distraerse y / o que interfieren temporalmente con la capacidad de la persona para la participación en el trabajo.

- La resistencia y la renuencia: La resistencia es negativa pasiva o activa de una persona a participar en algunos o todos los aspectos de la terapia por razones vinculadas a la relación terapéutica. La reticencia es falta de inclinación hacia algún aspecto de la terapia por razones ajenas a la relación terapéutica.
- Pruebas de Límites: Los límites proporcionan limitaciones y ayudar a la persona a entender qué esperar durante las sesiones de terapia; prueba de límites es cuando un comportamiento de la persona viola los límites o pregunta al terapeuta para actuar de maneras que no forman parte de la relación terapéutica.
- Descansos empáticos: Ocurren cuando un terapeuta no se da cuenta o no entiende una comunicación de o inicia una comunicación o conducta que es percibido por la persona como hirientes o insensible.
- Emocionalmente cargadas tareas de terapia y situaciones: Actividades o circunstancias que pueden conducir a las personas a sentirse abrumadas o experimentar reacciones emocionales incómodas como la vergüenza, humillación o vergüenza.
- Las restricciones de la persona en las acciones servicios disponibles o posibles, tiempo, recursos, o terapeuta.
- Cualquier aspecto del entorno interpersonal o físico de una persona que cambia durante el curso de la terapia.

Estos eventos suelen consistir en la emoción, la amenaza y oportunidad para que la persona y el terapeuta con el potencial de dañar la relación persona-terapeuta si no se manejan adecuadamente. Es responsabilidad del terapeuta de manejar el evento interpersonal inevitable con la persona de manera apropiada. El papel del terapeuta es el de mantener y fomentar la relación persona-terapeuta.

El terapeuta en el modelo de relación intencional el terapeuta es responsable de hacer todos los esfuerzos razonables para que la relación funcione.

En concreto el terapeuta ocupacional es responsable de ofrecer tres capacidades interpersonales principales en la relación:

- Una base de habilidades interpersonales que se resumen en nueve categorías: comunicación terapéutica, habilidades de entrevista o interrogatorio estratégico, establecimiento de relaciones con las personas; familias, sistemas sociales o grupos, trabajar eficazmente con los supervisores, jefes y otros profesionales, la comprensión y el manejo de comportamiento interpersonal dificultoso, cambios/respiros empáticos y conflictos, comportamiento profesional valores y ética, autocuidado del terapeuta y desarrollo profesional.
- Métodos terapéuticos o modos personales.
- Capacidad de razonamiento interpersonal.

"La relación terapéutica es un proceso interactivo definido socialmente y personalmente interpretado entre el terapeuta y la persona, Taylor (2008).

Durante la interacción persona-terapeuta, es responsabilidad del terapeuta para fomentar la relación terapéutica y desarrollar el compromiso ocupacional de la persona en cada acción, incluyendo la comunicación verbal y no verbal del terapeuta es útil y tiene como objetivo facilitar el compromiso profesional con la persona, Taylor (2008).

Uso Terapéutico Del Yo ("Self") es el grado de posesión de la base de conocimientos destrezas-habilidades interpersonales que pueden ser aplicados cuidadosamente a los acontecimientos comunes en la práctica. Por consiguiente, el uso terapéutico del yo ("Self"), es una habilidad-destreza de la terapia ocupacional que se debe desarrollar, reforzar, controlar y refinar, Taylor (2008).

Taylor, Lee, Kiehlhofner & Ketar. (2009) realizaron en Estados Unidos de Norteamérica un estudio Practitioners' Use of Interpersonal Modes within the Therapeutic Relationship: Results from a Nationwide Study a través de una encuesta nacional enviada a una muestra aleatoria de 1000 miembros de una base de datos proporcionada por la asociación americana de terapia ocupacional (AOTA), misma que fue respondida por 568 terapeutas (68%) de respuestas.

Los resultados del estudio de Taylor mostraron que los terapeutas otorgaron un alto valor a la relación terapéutica y el uso el uso terapéutico del yo ("Self"), independientemente de la edad de los practicantes, género, nivel de experiencia, el escenario, la intensidad del tratamiento, y el deterioro de las personas.

Los modos más utilizados al menos a menudo eran: alentador, colaborador, resolutivo de problemas, instructor y empático.

Alentador, Fomentador: aprovecha la oportunidad de infundir esperanza en una persona o el comportamiento a través del refuerzo positivo. Transmitir una actitud de gozo, alegría y confianza.

- Colaborador: espera que la persona sea participante activo, garantiza la elección, la libertad y la autonomía en la mayor medida posible.
- Defensor: asegurar que los derechos de la persona se cumplen y los recursos están asegurados, puede requerir al terapeuta ser un mediador, facilitador, negociador, ejecutor o cualquier otro tipo de rol con las personas y organismos externos.
- Resolutivo de problemas: facilita el pensamiento pragmático y resolver dilemas, esbozando las opciones, lo que plantea y cuestiones estratégicas y proporcionar oportunidades para el pensamiento comparativo o analítico.
- Instructor: organiza con cuidado las actividades de terapia, ser explícito con la persona sobre el plan la secuencia y los eventos de la misma. Proporcionar instrucciones claras y retroalimentación sobre el desempeño. Establecimiento de límites en las peticiones de una persona o comportamiento.
- Empático: trata de entender los pensamientos, sentimientos y comportamientos de la persona, mientras se suspende cualquier tipo de juicio, asegurarse de que la persona verifica y experimenta la comprensión/entendimiento del terapeuta como algo verídico/sincero y válido.

El uso del modo no difirió según la población de la persona. Los terapeutas que experimentaron comportamientos y emociones más difíciles reportaron mayores niveles de uso de todos los modos.

Los terapeutas que enfrentaron comportamientos difíciles en general tenían más probabilidades de informar sobre el uso de los modos de instrucción y resolución de problemas.

Los terapeutas con las personas ansiosas informaron un mayor uso del modo de resolución de problemas.

Los terapeutas con las personas deprimidas informaron un mayor uso de modos de resolución de problemas, colaboración y empatía.

Aunque la mayoría consideró que fueron entrenados adecuadamente en el uso terapéutico del yo ("Self"), también reportaron que el campo no tiene conocimientos suficientes en esta área.

También reportaron reclamos en la literatura de la terapia ocupacional de proporcionar evidencia desde la perspectiva de los terapeutas ocupacionales de la importancia de la relación terapéutica y el uso terapéutico de yo ("Self"), esto sin agregar las implicaciones para la práctica y la educación de la terapia ocupacional.

Taylor continuó trabajando en este tema observando y realizando entrevistas a terapeutas ocupacionales considerados por sus pares como terapeutas destacados en la interacción y resultados en la intervención de terapia ocupacional, con base en esto desarrolló otro

instrumento de evaluación con el objetivo de identificar si los terapeutas tienen una forma dominante de responder a diversas cuestiones interpersonales que surgen en la terapia.

El resultado fue el Self-Assessment of Modes Questionnaire y el Self-Assessment of Modes Questionnaire – Versión II Taylor, R, Ivey, C., Pastor, J., Simons, D., Brown, J., Huddle, M., Kardouni, N., Kirby, M., La Rue, C., & Steele, R. (2013), mismo que fue diseñado para ayudar a los terapeutas a identificar el uso del modo terapéutico preferido durante las sesiones de terapia.

El diccionario de la Real Academia Española define como “perfil” (relación interpersonal multimodal) al “conjunto de rasgos peculiares que caracterizan a alguien”. En terapia ocupacional, este conjunto de rasgos peculiares estará definido por la amplia gama de modos terapéuticos, propuestos por Taylor y con base en las habilidades interpersonales del terapeuta, como respuesta a desafíos en la relación terapéutica para lograr el compromiso ocupacional de la persona, para efectos del presente trabajo consideramos perfil al uso de dos o más modos Terapéuticos de los descritos por Taylor.

Si bien cada terapeuta tiene un modo terapéutico preferente, al mismo tiempo y conforme a una de las metas del Modelo de Relación Intencional puede llegar a usar los seis modos terapéuticos, de manera flexible e intercambiable en función de las necesidades de la persona y la situación.

CAPÍTULO 3

MÉTODO

Se realizó un estudio de tipo proceso metodológico transversal y analítico, en dos fases, que avanzaron progresivamente, tanto en la recolección de la información como en su análisis.

En la primera fase, se llevó a cabo un estudio de proceso metodológico, cuya finalidad fue la construcción, validación y confiabilidad de un instrumento para medir el perfil de los terapeutas ocupacionales mexicanos desde la perspectiva del Modelo de Relación Intencional de Taylor (2008).

La segunda fase fue recopilar la información a través del instrumento elaborado y describir la información recopilada de las variables sociodemográficas de los terapeutas ocupacionales participantes, analizar sus respuestas a los ítems de los modos terapéuticos y su interrelación con su perfil terapéutico en un momento dado.

En la discusión, estas dos etapas se complementaron para mostrar el fenómeno estudiado de manera integral.

Dado el objetivo fundamental de la tesis, la validación empírica del instrumento de medición del perfil del terapeuta ocupacional se estableció que la población diana estaría constituida por aquellos terapeutas ocupacionales con residencia en México y experiencia de por lo menos 2 años en el ámbito privado e institucional, se utilizó la plataforma pública para obtener la información a través de internet.

La validez de la medición es un aspecto fundamental y metodológico con el fin de realmente conseguir lo que se quiere, aproximarse objetivamente a la realidad.

Hernández-Sampieri, C., Fernández. y P., Baptista (2006), definen la validez como el grado en que un instrumento, prueba, o estudio realmente mide lo que pretende medir. La validez es una cuestión que debe alcanzarse en todo instrumento de medición que se aplica, que se limita siempre a la situación y al objetivo que se persigue con él.

Un instrumento válido, pretende que los hallazgos al ser aplicados a grupos similares nos proporcionen medidas adecuadas para garantizar la pertinencia de las inferencias que hagamos, es por lo que resulta importante la validación del mismo.

La validación es un proceso continuo, que incluye procedimientos diferentes para comprobar si el instrumento mide realmente lo que dice medir. Dicho de otro modo, tiene que ver con el tipo de conclusiones o inferencias que pueden realizarse a partir de las puntuaciones obtenidas en él. Las inferencias pueden ser de muy diverso tipo, según el objetivo que hayamos planteado, por ejemplo: ¿qué rasgo estamos midiendo realmente?

¿Qué podemos predecir sobre el comportamiento de un sujeto que obtiene una determinada puntuación en la prueba? ¿Qué consecuencias de diverso tipo tiene esa puntuación, en contextos de evaluación o selección?

Aunque cada vez se tiende más a concebir la validez como un proceso unitario que tiene como objetivo aportar pruebas sobre las inferencias que podemos realizar con un instrumento de medición, tradicionalmente se han diferenciado varios procedimientos de validación, alguno de los cuales incluye varios métodos diferentes de comprobación.

Los procedimientos fundamentales están relacionados con aquellos que se explican la validez de contenido, de constructo y referida al criterio del instrumento de medición.

Esta división no debe de tomarse como categorías independientes, los tres tipos de validez están relacionados e influyen unos en otros. De esta manera, no se valida el instrumento sino más bien sus puntuaciones y sus interpretaciones (Cronbach, 1980).

Y los distintos tipos de inferencia a partir de las puntuaciones requieren de diferentes tipos de evidencias, no de diferentes tipos de validez.

Para Hernández-Sampieri, C., Fernández. y P., Baptista (2006), la validez de contenido se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide. Es el grado en el que la medición abarca la gama de significados que comprende el concepto. Este tipo de validez hace referencia a la relevancia del contenido de la prueba y a la representatividad del mismo, respecto a la extensión de todo el dominio que se pretende medir.

Esta validez viene avalada por la manera de construirla y por la experiencia o grado profesional de los creadores.

Es decir, la validez de contenido nos dice hasta qué punto los ítems del instrumento son una muestra adecuada del campo de interés del mismo. Hasta qué punto están recogidos todos los aspectos importantes de la variable que se quiere someter a medida y de la que se van a extraer conclusiones posteriormente con el uso del test (Cronbach, 1971).

Entonces, la validez de contenido responde a la pregunta de si los ítems constituyen una muestra representativa del atributo que se está midiendo.

En pruebas de rendimiento (por ejemplo, pruebas de inteligencia, de aptitudes, capacidades, habilidades, etc....) y en pruebas de conocimientos (cuestionarios para evaluar el rendimiento en una materia escolar o en una especialidad temática concreta),

Tiene sentido justificar que el conjunto de ítems que forman el test conforma una muestra representativa del universo de contenidos que interesa evaluar.

La validez de contenido se introduce desde el inicio del proceso de construcción del instrumento mediante la elección de los ítems apropiados.

Tras un proceso de revisión de la literatura pertinente, se establecen las especificaciones de la prueba que han de seguir en la redacción de los ítems, precisando los temas de contenido, los objetivos que han de evaluarse y la importancia de temas y procesos individuales. Las especificaciones finales han de incluir el número de ítems de cada tipo que se tiene que preparar para cada área de contenido.

Para obtener la validación de contenido se puede recurrir a jueces expertos en el tema para valorar la congruencia entre los diversos ítems y los diversos objetivos.

Para seleccionar a los jueces expertos es necesario recurrir a aquellas personas que tanto por su desempeño profesional como por su formación posean un conocimiento profundo de las conductas objeto de estudio. Los jueces expertos seleccionan o rechazan aquellos elementos que según su criterio y experiencia mejor representan el constructo estudiado. Así mismo, estos jueces pueden sugerir mejoras en la redacción y comprensibilidad, así como incluir elementos que no se han tenido en cuenta (Cronbach & Meehl.1955).

En cuanto al número de jueces que se debe emplear varía entre autores. Así mientras Gable & Wolf (1993). Grant y Davis (1997) y Lynn (1986) sugieren un rango de dos hasta veinte expertos. Hyrkäs et al. (2003) manifiestan que diez aportarían suficiente estimación a la validez de contenido de un instrumento, Arquer (2006) señala que entre un mínimo de tres hasta un máximo de ocho es suficiente.

El procedimiento cuantitativo para que cada experto valore el grado en que un ítem sirve para evaluar el objetivo al que corresponde sería el siguiente:

- Especificar las áreas diferentes de contenidos que se pretenden evaluar.
- Elaborar varios ítems para cada área.
- Seleccionar una muestra de expertos (grupo focal) en el contenido del instrumento.
- Pedirles que, según su opinión, validen que cada ítem corresponde al área que pretende medir.
- Realizar rondas de expertos.

- Seleccionar los ítems en los que los expertos manifiestan mayor acuerdo en sus clasificaciones.

Un constructo es un concepto, es una idea, que como tal es elaborada por el mundo de las teorías, es decir forman parte de teorías y por tanto precisan de indicadores observables para su estudio.

En muchas ocasiones, estos indicadores son los ítems de un instrumento, y debe comprobarse empíricamente que resultan adecuados para reflejar el constructo de referencia.

La validez de constructo responde a la pregunta sobre la medida en que el instrumento evalúa los atributos del objeto de medición latentes (teóricos) no evaluables directamente. Es el grado de exactitud con el que se mide un constructo.

Es posible distinguir dos clases de validez de constructo: la validez convergente y la discriminante.

La validez convergente consiste en comparar los puntajes obtenidos en el instrumento contra lo obtenidos con otro instrumento que evalúan el mismo atributo y que cuentan con medidas psicométricas aceptables. Se supone que los puntajes del nuevo instrumento deben correlacionar con los puntajes de esos instrumentos.

La validez discriminante se comprueba cuando los resultados de un instrumento no muestren correlación con los de otro instrumento, lo que indica que ambos instrumentos evalúan atributos diferentes, ya sea por el mismo método o por otros métodos. Una prueba

tiene validez discriminante cuando sus puntuaciones discriminan claramente entre personas que poseen el atributo y personas que no lo poseen. Esta capacidad de la prueba es especialmente interesante para el evaluador, cuando se trata de discriminar entre grupos que presentan un puntaje alto y aquéllos que presentan un puntaje bajo.

Los métodos a emplear para la validación son sin duda variados, así como las técnicas estadísticas para analizar los datos, lo esencial, es comprobar empíricamente que un instrumento mide realmente el constructo o rasgo que pretendemos, en términos generales se señala a continuación dos métodos para estimar la validez de constructo.

a) Métodos intra pruebas, cuyas técnicas estudian la estructura interna de la prueba, mediante el análisis de los ítems. Dentro de estas técnicas, destaca las medidas de discriminación de ítems, que indican qué tan adecuadamente separa o diferencia un ítem entre quienes obtienen puntuaciones altas y quienes obtienen puntuaciones bajas en la aplicación de un instrumento completo.

El índice de discriminación para cada ítem aporta evidencia a la validez del instrumento en el sentido de estimar si el ítem mide o no lo que toda la prueba pretende medir (Hernández-Sampieri, C., Fernández. & P., Baptista 2006).

La ecuación para obtener el índice de discriminación es la siguiente:

$$D = \frac{GA - GB}{N}$$

En donde:

GA: Es el 25 % de personas que respondieron correctamente el reactivo con el puntaje más alto.

GB: El 25% de personas que respondieron correctamente

Ebel & Frisbie. (1986) expresaron la regla para determinar la calidad de los reactivos, la cual se aplica a ítems, en términos del índice de discriminación (Cuadro 2).

Cuadro 2
Poder de discriminación de los reactivos según su valor de índice de discriminación (D)

Valor del índice D	Calidad	Recomendaciones
> 0.39	Excelente	Conservar
0.30 - 0.39	Buena	Posibilidades de mejorar
0.20 - 0.29	Regular	Necesidad de revisar
0.00 - 0.20	Pobre	Descartar o revisar a profundidad
< -0.01	Pésima	Descartar definitivamente

b) Métodos inter pruebas: Utilizan las técnicas del análisis factorial (para evaluar los factores que subyacen en las inter correlaciones de las pruebas estudiadas), la validez congruente (en tanto correlaciona los puntajes de la prueba con los puntajes obtenidos en otra prueba de validez ya establecida), los estudios de validez convergente y divergente discriminante (propuestos por Campbell).

Es menester considerar que la validez de constructo integra consideraciones de contenido y de criterio en un marco general, para probar hipótesis racionales acerca de relaciones teóricamente relevante, por lo que se considera como una validez unificadora.

La validez de criterio establece la validez de un instrumento de medición al compararla con algún criterio externo que pretende medir lo mismo. Si con diferentes instrumentos se

está midiendo la misma variable, entonces los resultados deben ser los mismos o similares Hernández-Sampieri, C., Fernández. y P., Baptista (2006), Este tipo de validez tiene en cuenta la utilidad práctica de las medidas proporcionada por los instrumentos. Implica poder poner en relación la medida obtenida sobre un sujeto o un grupo de ellos a través de un instrumento (que se utiliza como predictor) con otra variable externa al propio instrumento: el criterio.

Se estima mediante el coeficiente de validez, que es la correlación entre el instrumento y el criterio. Así, cuanto mayor sea la correlación instrumento criterio más precisos serán los pronósticos hechos a partir del test.

En los estudios de validez de criterio se siguen normalmente los siguientes procedimientos: identificar un criterio relevante y un método para medirlo, identificar una muestra de sujetos representativa de la población en la que será usado el instrumento, aplicar el instrumento y obtener una puntuación para cada sujeto, obtener medidas del criterio y puntuaciones en ellas para cada sujeto y calcular algún índice que exprese las relaciones entre el instrumento y criterio.

Se distinguen dos tipos de validez referidas a un criterio: la validez predictiva y la validez concurrente.

La predictiva implica el uso de las puntuaciones en el instrumento para predecir conductas futuras. Cuando se toman las medidas en el instrumento y después de un periodo de tiempo, las medidas del criterio. El coeficiente de correlación obtenido entre ambas puntuaciones (instrumento y criterio) es el coeficiente de validez predictiva.

La validez concurrente se estima cuando las medidas del instrumento y las del criterio se toman durante el mismo periodo de tiempo. El coeficiente de validez es el coeficiente de correlación entre las puntuaciones obtenidas en el instrumento y el criterio.

La fiabilidad (confiabilidad) de un instrumento de medición hace referencia a la precisión, a la consistencia de la medida.

Un instrumento de medición es fiable si aplicado varias veces a una misma muestra, en una misma situación, los resultados fueran los mismos siempre. Por lo tanto, la fiabilidad hace referencia a la constancia y/o estabilidad en la medida Hernández-Sampieri, C., Fernández. y P., Baptista (2006).

La confiabilidad se estima por medio del coeficiente de confiabilidad y del error estándar de medida.

El Coeficiente Alfa (de Cronbach) o la Fórmula 20 K-R (de Kuder & Richardson) si se trata de ítems dicotómicos, son los estadísticos más adecuados, y, de hecho, son los que utilizan en los estudios para estimar la confiabilidad de los instrumentos de medición.

Las dos medidas entregan un promedio de correlaciones entre lo que aporta cada ítem y el puntaje total del instrumento. Abarca valores desde 0 a 1. Cuanto más se acerque el coeficiente a 1, más confiable será la prueba.

El coeficiente de confiabilidad señala la cuantía en que las medidas del test están libres de errores casuales o no sistemáticos.

Por ejemplo, un coeficiente de 0.95 quiere decir que en la muestra y condiciones fijadas de aplicación del test el 95% de la varianza de los puntajes directos se debe a la auténtica medida, y sólo el 5%, a errores aleatorios

La Confiabilidad es la propiedad psicométrica básica y la más importante, dado que, si no se ha establecida la confiabilidad de la medida, no tiene mayor sentido establecer si con esa medida se mide o no lo que se afirma que se está midiendo, la confiabilidad es una condición necesaria, pero no suficiente para la validez.

La presente investigación estuvo constituida por dos fases; la primera de proceso para elaborar el instrumento de medición y la segunda para aplicarlo. Estas avanzaron progresivamente, tanto en la recolección de la información como en su análisis.

En la primera fase, se llevó a cabo un estudio de proceso metodológico, cuya finalidad fue la construcción, validación y confiabilidad de un instrumento para medir el perfil de los terapeutas ocupacionales mexicanos desde la perspectiva del modelo de relación intencional de Taylor (2008).

En la segunda fase, el abordaje metodológico del estudio precedente fue transversal analítico, cuyo propósito es describir variables sociodemográficas de los terapeutas ocupacionales y analizar la interrelación con su perfil terapéutico en un momento dado.

En la discusión, estas dos etapas se complementaron para mostrar el fenómeno estudiado de manera integral.

Dado el objetivo fundamental de la tesis, la validación empírica del instrumento de medición del perfil del terapeuta ocupacional se determinó que la población diana estaría

constituida por aquellos terapeutas ocupacionales con residencia en México y experiencia de por lo menos 1 año en el ámbito privado e institucional.

Se trató de una muestra no probabilística en bola de nieve, estrategia en la cual personas, eventos, o, escenarios particulares, son seleccionados deliberadamente con el fin de obtener información importante en orden a dar cuenta del problema de investigación que no puede ser conseguida de otra manera en este caso, además de invitar al terapeuta a participar este puede invitar a otros proporcionándoles una liga electrónica que les dé acceso a la plataforma y a la encuesta.

Se seleccionaron deliberadamente a participar en el estudio a 403 terapeutas ocupacionales a través de correo electrónico pertenecientes a de diversas instituciones, públicas y privadas, asociaciones de terapia ocupacional, docentes de la carrera en diversas escuelas y de ejercicio profesional,

Aceptaron participar en el estudio 71 terapeutas (21.6 %) sin embargo fueron eliminados 36 al no responder al cuestionario completo.

Por lo anterior la muestra final del estudio se conformó con 35 (49.29 %) terapeutas ocupacionales mexicanos, es importante señalar que, como referente del tamaño de muestra, Taylor realizó su estudio en una muestra de 22 terapeutas ocupacionales para lograr el Self-Assessment of Modes Questionnaire – Version II, por lo cual se considera aceptable el tamaño que se logró.

Se contrató una plataforma para la auto aplicación de la encuesta, en la cual podían ir resolviendo las preguntas en diversos momentos hasta concluir la plataforma alojaba la

carta de consentimiento informado y no daba acceso a la encuesta si no proporcionaban su consentimiento, del cuestionario de datos sociodemográficos, académicos y de práctica clínica de los terapeutas y del cuestionario del perfil terapéutico de los terapeutas ocupacionales.

En la primera fase, la unidad de análisis estuvo constituida por los casos y cada uno de los ítems que conformaron el cuestionario para medir el perfil de los terapeutas ocupacionales.

En la segunda fase, la unidad de análisis estuvo constituida por cada uno de los terapeutas ocupacionales que contestaron completamente el instrumento.

Se determinaron como variables del estudio:

El perfil terapéutico es la amplia gama de comportamientos o modos terapéuticos o modos personales, basados en las habilidades interpersonales del terapeuta, como respuesta a desafíos en relación terapéutica para lograr el compromiso ocupacional, en este estudio los seis modos de relación con la persona que en su conjunto indicaron el perfil del terapeuta ocupacional:

- **Defensor:** El terapeuta ocupacional, asegura que los derechos de la persona se cumplan y los recursos estén asegurados, puede requerir que el terapeuta sea un mediador, facilitador, negociador, ejecutor o cualquier otro tipo de rol con las personas y organismos externos.
- **Colaborador:** El terapeuta ocupacional, espera que la persona sea participante activo, garantiza la elección, la libertad y la autonomía en la mayor medida posible.

- **Empático:** El terapeuta ocupacional, trata de entender los pensamientos, sentimientos y comportamientos de la persona. Sin prejuicio alguno, se asegura por la comprensión y entendimiento, como algo verídico, sincero y válido de la persona.
- **Alentador:** El terapeuta ocupacional, aprovecha la oportunidad de infundir esperanza en la persona o en su comportamiento a través del refuerzo positivo. Transmite una actitud de gozo, alegría y confianza.
- **Instructor:** El terapeuta ocupacional, organiza con cuidado las actividades de terapia, es explícito con la persona sobre el plan la secuencia y los eventos de la misma. Proporciona instrucciones claras y retroalimentación sobre el desempeño. Establece límites en las peticiones de la persona o en su comportamiento.
- **Resolutivo de problemas:** El terapeuta ocupacional, facilita el pensamiento pragmático y resolutivo de dilemas en la persona, esbozando opciones, y cuestiones estratégicas que le son planteados a la persona para proporcionarle oportunidades y un pensamiento analítico.

El perfil de los terapeutas ocupacionales se obtuvo mediante auto aplicación en línea del cuestionario para evaluar el perfil terapéutico, instrumento de medición de elaboración propia para este estudio.

Escala de medición: ordinal para cada uno de los seis modos terapéuticos (totalmente en desacuerdo; muy en desacuerdo, en desacuerdo; ni en desacuerdo ni de acuerdo; de acuerdo; muy de acuerdo; totalmente de acuerdo).

Los Factores socio académicos de terapeutas ocupacionales, definidos por las características sociales, académicas y laborales que describen a los terapeutas ocupacionales, indicadas por:

- **Edad.** Tiempo de vida de la persona en años expresado por la misma al momento de ingresar al estudio.

Escala de medición: razón (Número de años cumplidos).

- **Sexo.** Es la característica biológica que permite clasificar a los seres humanos.

Escala de medición: nominal (Hombre; Mujer).

- **Grado académico.** Refiere el último año aprobado en el ciclo de educación más avanzado que la persona declare haber cursado en el Sistema Educativo.

Escala de medición: ordinal (Técnico; Licenciatura; Maestría).

- **Años de experiencia como terapeuta ocupacional:** Años ejercidos como terapeuta ocupacional.

Escala de medición: razón (Número de años laborados como terapeuta ocupacional).

- **Tipo de Institución en las que presta sus servicios como terapeuta ocupacional.** Organismo público, privado o incluso en los dos en el que se desempeña y se establece la relación terapéutica.

Escala de medición: nominal (Público; Privado; Ambos)

- **Tipos de deficiencias o discapacidad(es) con las que tiene experiencia clínica.** Refiere las diversas áreas de deficiencia o discapacidad de la persona con la cual se establece la relación terapéutica.

Escala de medición: nominal (Motora; Neurológica; Intelectual; Visual; Auditiva).

- **Edades de la población con las que tiene experiencia clínica.** Refiere el tiempo de vida de la persona en años expresado por ellos mismos al momento de ingresar en la relación terapéutica.

Escala de medición: razón (Número de años cumplidos).

Los factores socio académicos de los terapeutas ocupacionales se obtuvieron mediante auto aplicación en línea del cuestionario para evaluar el perfil terapéutico, instrumento de recolección de datos, de elaboración propia para este estudio.

En la primera fase de este estudio se planeó la elaboración de un instrumento para medir el perfil terapéutico que los profesionales de terapia ocupacional expresan durante la relación terapéutica, el cual se le denominó: “Cuestionario de Autoevaluación del Perfil del Terapeuta Ocupacional Mexicano” (CAPTOM).

El “Cuestionario de Autoevaluación del Perfil del Terapeuta Ocupacional Mexicano” (CAPTOM), fue elaborado como el instrumento para evaluar los seis modos terapéuticos con los cuales el terapeuta ocupacional enfrentó los desafíos que surgen en la interacción de las sesiones de terapia.

Las fases de su elaboración fueron:

Recopilación de 20 casos reales de terapia ocupacional los cuales se problematizaron y en cada uno de ellos se construyeron ítems con base en los seis modos Terapéuticos ya descritos, con el fin de construir el instrumento denominado “Cuestionario de Autoevaluación del Perfil del Terapeuta Ocupacional Mexicano” (CAPTOM). Se consideró como criterio para su selección, consultar de las bases de datos del censo 2010 del INEGI de los tipos de discapacidad por edad, con el fin de que fueran representativos a los que se enfrenta el terapeuta ocupacional en México.

Estudio de ítems creados, desechándose aquellos que no evaluaban adecuadamente el constructo (modo terapéutico) al cual hacía referencia o cuya construcción resultó ambigua.

Los casos y reactivos escogidos fueron sometidos a evaluación por seis jueces (terapeutas ocupacionales), considerados como “expertos en el área de estudio”, pues cuentan con amplia experiencia durante la relación terapéutica. Éstos, con base en las definiciones conceptuales de los modos (Anexo 1) dictaminaron si los estimaban pertinentes para utilizarlos. El instrumento para evaluación, las definiciones de los constructos, las palabras clave de las áreas a las cuales pertenecían cada uno de los ítems, así como una breve descripción del estudio, sus objetivos y la bibliografía en la que se basó su elaboración fueron enviados a cada juez para su consideración.

Al recibir respuesta, se realizó la corrección de ítems de acuerdo con las sugerencias de los jueces

Los ítems corregidos fueron sometidos nuevamente a la evaluación de los jueces, con el fin de determinar si los consideraban pertinentes o si sugerían otras correcciones. Al finalizar la validez de contenido, se les solicitó su firma nombre y número de cédula profesional, evidencia de su validación (Anexo 2).

Se procedió a realizar las correcciones de los reactivos de acuerdo con las nuevas sugerencias aportadas por los jueces. Luego de esta segunda revisión, los instrumentos por aplicar quedaron constituidos de la siguiente forma: "Cuestionario para evaluar el perfil terapéutico" con 60 ítems repartidos en 6 modos terapéuticos de la siguiente forma: 10 para evaluar el modo defensor, 10 para el colaborador, 10 para el empático, 10 para el alentador, 10 para el instructor y 10 para el resolutivo de problemas.

Se procedió a enumerar los casos con sus diez ítems cada uno, los cuales fueron sorteados con la finalidad de colocarlos al azar en el instrumento único a pilotear (Anexo 3I) y así quedar construida la forma preliminar del instrumento.

Se procedió a elaborar la forma para recolección de once datos socio demográficos y laborales de los terapeutas ocupacionales en los que se aplicó el instrumento, así como de la carta de consentimiento informado.

9. Se contrató el servicio de una plataforma en línea donde se alojaron los instrumentos y a través de invitación por correo electrónico se solicitó su participación para auto aplicarse los instrumentos previa aceptación de participar en el estudio. Se utilizó en las invitaciones la técnica de obtención de la muestra tipo bola de nieve. Una vez aplicados los instrumentos fueron enviados a un experto para su análisis estadístico.

Se aplicó una estadística descriptiva para enunciar la distribución de los datos sociodemográficos y laborales, así como para el análisis de frecuencia de los ítems evaluados, mediana y cuartiles para cada ítem, validez de discriminación de ítems y, cálculo del coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach.

RESULTADOS

Se realizó la validez de contenido del cuestionario mediante ronda de expertos, instalados como grupo focal.

La validez de criterio se realizó mediante un análisis de frecuencias de ítems, con el propósito de eliminar aquellos en los cuales los sujetos contestaron una sola opción de respuesta. Posteriormente fueron analizadas las frecuencias y discriminación de ítems.

Después de someter los 60 ítems para evaluar cada uno del constructo modos terapéuticos a análisis de discriminación de ítems, se encontró que los 60 ítems discriminaban adecuadamente la muestra, pues obtuvieron un índice de discriminación superior a 0.39 considerado como excelente, recomendado conservar dicho ítem (Anexo 4).

El instrumento en su versión final se muestra en el Anexo 5.

Para procesar la información de los cuestionarios se elaboró una base de datos en el programa Excel y se realizó el análisis estadístico con el programa SPSS.

El tratamiento estadístico de los datos se efectuó a un nivel de confianza del 95% y con un margen de error del 5%.

Para la validación de criterio del cuestionario, se analizaron las frecuencias y discriminación de ítems y para su confiabilidad se utilizó en alfa de Cronbach por modo y en global.

Se realizó estadística descriptiva para las variables sociodemográficas, académicas, laborales y el perfil terapéutico. Las variables categóricas se exponen a través de cuadros de contingencia, distribuciones de frecuencias y se expresan gráficamente.

En las variables cuantitativas se emplearon: media, desviación típica. En las variables ordinales se emplearon mediana y percentiles. Para describir y resumir la información en variables cualitativas, se usaron proporciones o porcentajes.

Prueba de Chi cuadrado de Pearson para la comparación de proporciones. Se realizó un análisis bidimensional mediante la prueba de asociación de esquinas de Olmstead - Tukey que para identificar los modos terapéuticos dominantes de aquellos que son ocasionales, constantes y raros.

Se analizó mediante prueba de Kolmogorov Smirnov la normalidad de los datos del perfil terapéutico y prueba de Levene para contrastar que las muestras proceden de poblaciones con varianzas iguales (supuesto de homocedasticidad), ello permitió decidir el uso de pruebas no paramétricas, tales como: prueba de U de Mann-Whitney y/o prueba de Kruskal-Wallis para establecer comparación entre grupos.

La validez de contenido se concluyó el 15 de julio del 2016 en cuatro rondas de seis expertos, en el cuadro 3 se describen las características sociodemográficas de los expertos. El cuestionario para evaluar el perfil terapéutico del terapeuta ocupacional se desarrolló como un instrumento con 10 casos problemas reales de la cual se desprenden 10 enunciados generales (tallos) a los cuales se les presente un ítem, que describe la forma en que el terapeuta ocupacional puede comportar en la misma situación problema, y debe de contestar en una escala de respuesta de siete opciones tipo Likert según el

grado de acuerdo o desacuerdo.

El cuestionario validado fue subido a una plataforma comercial, la cual permitió enviar vía correo electrónico invitaciones para participar en el estudio, una ventaja para la aplicación del instrumento fue que sistemáticamente se enviaban recordatorios (los días viernes) a todos los terapeutas ocupacionales para su participación. La mayor frecuencia de participación se mostró los días sábado, domingo y lunes.

Otra ventaja de usar la plataforma fue firmar la carta de consentimiento informado. Para poder contestar el instrumento, deberían de firmar electrónicamente su carta de consentimiento informado, una vez hecho esto ingresaban directo a contestar los instrumentos.

Una ventaja más fue que la plataforma exporto codificadas en una base de datos Excel misma que sirvió para su procesamiento estadístico en el programa SPSS.

El 22 de julio de 2016 se inició el proceso de invitación por correo electrónico para participar en el estudio y responder los cuestionarios, con la posibilidad de contestarla en varias etapas, y la última respuesta se recibió el 17 de noviembre de 2016 día en que se cerró la plataforma.

De 403 invitaciones, aceptaron participar en el estudio 71 (21.6 %) sin embargo fueron eliminadas 36 (50.70 %) al no responder al cuestionario de forma completa.

De tal manera que la muestra de estudio se conformó con 35 (49.29 %) terapeutas ocupacionales mexicanos.

En esta muestra se procedió a la estimación de las propiedades psicométricas (validez de constructo discriminante y confiabilidad) del instrumento para evaluar el perfil terapéutico del terapeuta ocupacional.

Cuadro 3

Características de los terapeutas ocupacionales que validaron el instrumento

Característica	Experto					
	DMV	CVMDV	JHP	SACK	NJG	LLJA
Título de Licenciado en terapia ocupacional	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Cédula Profesional	08730146	8731024	8127949	7404359	8731023	8730559
Nacionalidad	Mexicana	Mexicana	Mexicana	Mexicana	Mexicana	Mexicana
Sexo	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino
Experiencia clínica (años)	13	6	5	10	5	5
Práctica privada, pública o ambas	Ambas	Ambas	Ambas	Ambas	Ambas	Privada

(Continuación)

Característica	Experto					
	DMV	CVMDV	JHP	SACK	NJG	LLJA
Tipos de discapacidad en las que tiene experiencia clínica	Motora Neurológica Visual Auditiva Intelectual	Motora Neurológica Visual Auditiva Intelectual	Motora Neurológica Intelectual	Motora Neurológica Intelectual	Motora Neurológica	Motora Neurológica Intelectual
Edades (años) de la población con las que tiene experiencia clínica	0 a 3 4 a 12 13 a18 19 a 59 60 y más	0 a 3 4 a 12 13 a18 19 a 59 60 y más	0 a 3 4 a 12 13 a18 60 y más	0 a 3 4 a 12 13 a18 60 y más	4 a 12 13 a18 19 a 59 60 y más	4 a 12 13 a18

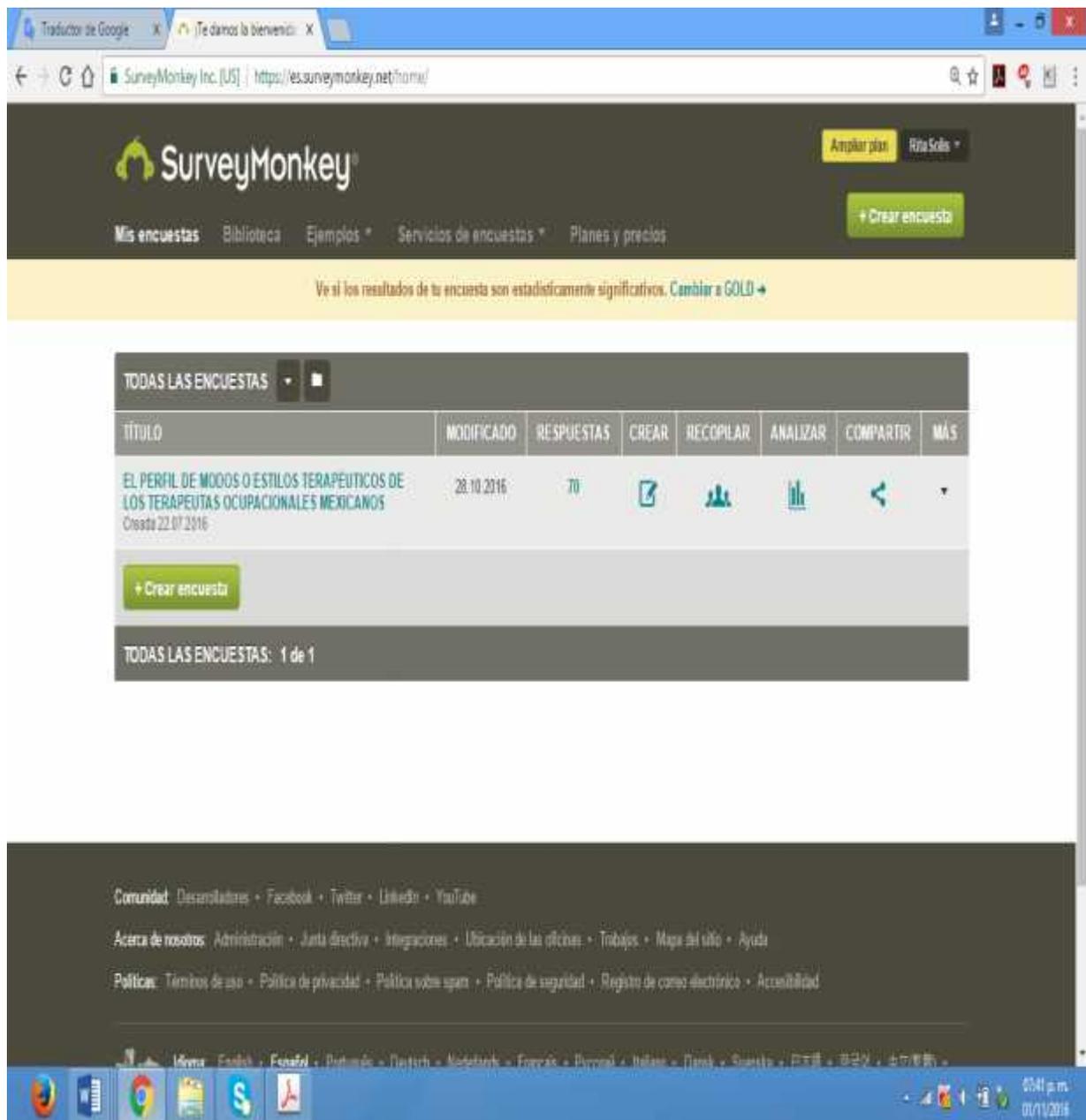


Figura 4 Captura de pantalla del sitio web en donde se colocó el cuestionario para evaluar el perfil terapéutico del terapeuta ocupacional.

El cuadro 4 muestra la validez de constructo discriminante en las medianas y los cuartiles primero (Q1) y cuartil tercero (Q3) de los valores del índice de discriminación de los ítems de los 6 modos terapéuticos del cuestionario. Podemos observar que la mediana general del índice de discriminación de todo el cuestionario es de 0.799 Q1:0.685, Q3:0.933, para los 35 terapeutas ocupacionales que respondieron al cuestionario de este estudio.

Analizando los resultados de los índices de discriminación de los modos terapéuticos, podemos señalar que dos valores están por arriba de la mediana global, el del modo instructor, que fue de 0.950, y el del modo alentador que fue de 0.826 (Figura 5), sin embargo, su poder de discriminación es calificado en el nivel de excelente según Ebel & Frisbie. (Cuadro 2).

La confiabilidad se calculó con el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach para el instrumento completo alcanzó un valor alfa de 0.940 y en los modos terapéuticos: colaborador 0.755; instructor 0.751; empático 0.750; alentador 0.727; defensor 0.662; y, resolutivo de problemas 0.655, al aplicar la fórmula alfa de Cronbach.

Cuadro 4.
Resultados medianas. Cuartil 1. Cuartil 3 del índice de discriminación por modo terapéutico del Cuestionario de evaluación del perfil terapéutico en 35 terapeutas ocupacionales de México

Modos terapéuticos	N	Índice de Discriminación		
		Mediana	Q1	Q3
Empático	35	0.729	0.575	0.859
Alentador	35	0.826	0.760	0.908
Instructor	35	0.950	0.773	0.977
Resolutivo de problemas	35	0.767	0.672	0.934
Colaborador	35	0.793	0.684	0.793
Defensor	35	0.706	0.595	0.836
Global	35	0.797	0.685	0.933

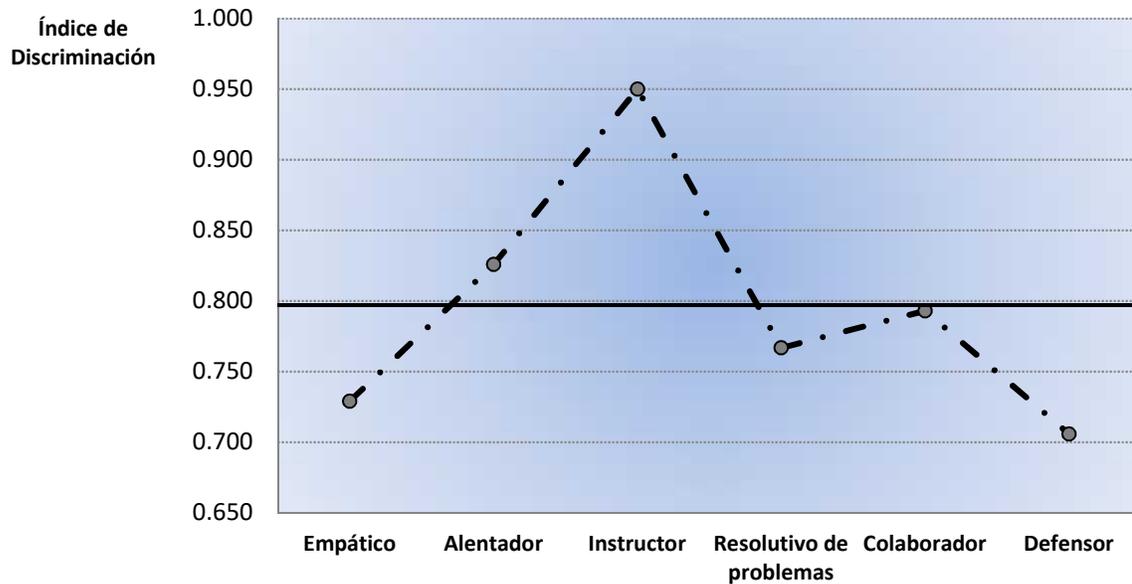


Figura 5. Índice de discriminación de los seis modos terapéuticos.

En el índice de discriminación de los seis modos terapéuticos el modo terapéutico instructor alcanzó el máximo puntaje, la línea continua marca el valor mediano en el global del cuestionario.

El análisis de frecuencia según variables socio demográficos y profesionales mostró como características de la muestra de estudio de los 35 terapeutas ocupacionales que trabajan en México en diferentes instituciones públicas, privadas y en ambas.

En el cuadro 5, se muestra la distribución de frecuencias correspondiente al sexo de los terapeutas, en donde se aprecia que el mayor número está representado por mujeres, constituyendo 31 del total (89%), mientras que los hombres solo participaron 4 del total (11%).

La mayoría de terapeutas, es decir 13 (37 %), tienen una edad entre los 30 y 39 años, la minoría, 5 terapeutas (14%) tienen una edad entre los 40 y 49 años. La media y desviación típica de edad resultó de 36 ± 11 años.

Por cuanto a la institución en la que se desempeñan, 21 (60%) manifestó que realizan su práctica profesional en el ámbito público y privado, 8 (23%) solo se desempeñan en instituciones públicas y el resto 6 (17%) en privadas.

La mayoría 26 (74%) son licenciados en terapia ocupacional, mientras que 6 (17%) tienen el grado de maestría y 3 (9%) técnicos en terapia ocupacional.

En cuanto a la experiencia profesional el 63% (22) tiene experiencia como terapeuta ocupacional de uno a diez años, el 23 % (8) de once a veinte años y el 14% (5) de veintiuno a treinta y cinco años.

De los tipos de discapacidad (es) en las que tiene experiencia clínica el terapeuta ocupacional la mayoría la tiene principalmente en deficiencia (as) motora, neurológica e intelectual, con 14 (40%) terapeutas y con 9 (26%) terapeutas con experiencia en deficiencia (as) motoras, neurológica, intelectual, visual y auditiva. Inmediatamente después se tienen 5 (14%) terapeutas con una experiencia en deficiencia (as) motora y neurológica, luego 3 (9%) terapeutas con experiencia en discapacidad neurológica, y finalmente 1 (3%) con una experiencia en discapacidad motora, neurológica, intelectual y visual; 1 (3%) con una experiencia en discapacidad motora, neurológica, intelectual y auditiva; 1 (3%) con una experiencia en discapacidad neurológica e intelectual.

Las edades (en años cumplidos) de las personas que atienden las valoraciones varían bastante, sin embargo, la mayoría atiende principalmente personas de 0 a 60 años, con 14 (40%) terapeutas y de 4 a 60 años con 6 (17%) terapeutas. 5 (14%) atiende personas de 0 a 18 años y 5 (14%) atiende personas de 0 a 19 años. 3 (9%) terapeutas atiende personas de 0 a 59 años, mientras que 2 (6%) terapeutas atiende personas de 13 a 60 años de edad.

Cuadro 5.
Características sociodemográficas relacionadas con el “Cuestionario de Autoevaluación del Perfil del Terapeuta Ocupacional Mexicano” (CAPTOM) en 35 terapeutas ocupacionales

Variable	n	%
Sexo		
Femenino	31	89
Masculino	4	11
Edad (años cumplidos)		
24 a 29	11	32
30 a 39	13	37
40 a 49	5	14
50 a 60	6	17
Institución en la que se desempeña		
Privada	6	17
Pública	8	23
Ambas	21	60
Grado académico en terapia ocupacional		
Técnico	3	9
Licenciatura	26	74
Maestría	6	17
Experiencia profesional (años cumplidos)		
1 a 10	22	63
11 a 20	8	23
21 a 35	5	14
Tipos de discapacidad (es) en las que tiene experiencia clínica		
Motora, neurológica, intelectual, visual y auditiva	9	26
Motora, neurológica, intelectual y visual	1	3
Motora, neurológica, intelectual y auditiva	1	3
Motora, neurológica e intelectual	14	40
Motora y neurológica	5	14
Neurológica e intelectual	1	3
Neurológica	3	9
Edades (años cumplidos) de las personas que atiende		
0 a 60	14	40
0 a 59	3	9
0 a 18	5	14
0 a 12	5	14
4 a 60	6	17
13 a 60	2	6

En el cuadro 6 se presenta el perfil terapéutico (el número de modos terapéuticos) que los terapeutas ocupacionales usan.

De acuerdo a la escala tipo Likert del cuestionario, el punto de corte es 4 el cual indica que no están de acuerdo ni en desacuerdo en usar el modo terapéutico que se les plantea. Entonces, por debajo de este punto se interpreta que el terapeuta al estar en desacuerdo o muy en desacuerdo no es de su preferencia y por tanto no lo usa.

Cuadro 6.

Modos terapéuticos usados por 35 terapeutas ocupacionales de México

	Modos terapéuticos usados durante la relación terapéutica							p*
	Ninguno	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Cinco	Seis	
n	3	3	4	5	4	2	14	0.003
%	9	9	11	14	11	6	40	

*Chi cuadrado de Pearson

El resultado del análisis de Chi cuadrado de Pearson para las proporciones del uso de los modos terapéuticos mostró diferencias significativas ($p < 0.05$) entre el número de uso de modos.

Podemos observar que el 40% de los terapeutas ocupacionales que participaron en el estudio están entre de acuerdo y muy de acuerdo en usar los seis modos terapéuticos planteados por Taylor.

Declararon 2 (6%) terapeutas usar cinco modos; 4 (11%) usar cuatro modos; 5 (14%) tres modos; 4 (11%) dos modos; 3 (9%) un solo modo y solo 3 terapeutas no estuvieron ni de acuerdo ni en desacuerdo con los modos terapéuticos, parecería que no usan modo terapéutico durante su relación terapéutica, entonces vale la pena preguntarse, ¿cómo establecen su compromiso con la persona este 9% de los terapeutas a los que se les aplico el cuestionario (figura 6)

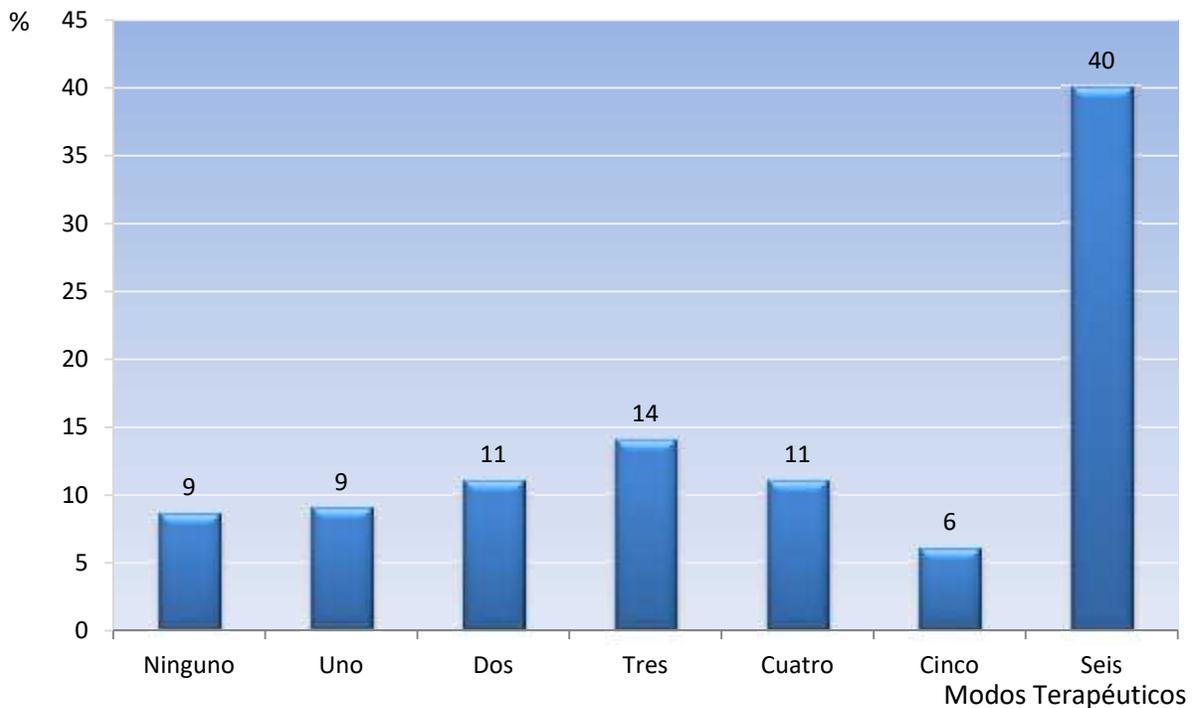


Figura 6. Modos terapéuticos usados por 35 terapeutas ocupacionales en México.

Se encontró que el cuestionario para evaluar el perfil terapéutico explora los modos terapéuticos empleados por los terapeutas ocupacionales que se desempeñan en instituciones públicas y privadas o ambas en México, consta de 6 modos terapéuticos, cada una explorada por medio de 10 casos reales de los cuales se desprende 6 ítems para un total de 60 ítems que conforman el cuestionario. El máximo puntaje que se puede alcanzar es de 70 (totalmente de acuerdo) y el mínimo de 10 (totalmente en desacuerdo), el punto de corte es de 40 (ni de acuerdo, ni en desacuerdo).

El análisis descriptivo “Cuestionario de Autoevaluación del Perfil del Terapeuta Ocupacional Mexicano” (CAPTOM A) mostró tres formas posibles de interpretar el perfil terapéutico en terapeutas ocupacionales en México: para cada modo terapéutico del cuestionario (medianas), de un modo más globalizado (grados), y, por análisis bidimensional para identificar los modos terapéuticos dominantes de aquellos que son ocasionales, constantes y raros.

Las medianas obtenidas en la muestra de terapeutas ocupacionales de México en cada uno de los seis modos del perfil terapéutico aparecen en el cuadro 7.

En los resultados en el cuadro 7, vemos con un mayor puntaje al modo instructor, alentador y resolutivo de problemas y es de llamar la atención que el modo empático se encuentre en el último lugar incluso por debajo de modo defensoría.

Cuadro 7.

Resultados puntuaciones medianas en los modos ocupacionales del perfil terapéutico en 35 terapeutas ocupacionales mexicanos

Modos terapéuticos	Puntaje	
	Mediana	[Q1, Q3]
Instructor	59	[49,65]
Alentador	53	[48,63]
Resolutivo de Problemas	53	[47,60]
Colaborador	52	[48,65]
Defensor	51	[44,57]
Empático	50	[44,59]

En la gráfica radial (Figura 7) podemos observar que el 75% (cuartil tercero) de los terapeutas ocupacionales se encuentra muy amplio el perfil terapéutico, cuenta con una buena geometría volumétrica y amplios grados de libertad, mientras que el cuartil primero (25%) el perfil terapéutico es muy estrecho.

Para valorar los grados del perfil terapéutico en que los terapeutas ocupacionales, se expresaron estar de acuerdo o no con los modos terapéuticos fue necesario interpretar las puntuaciones obtenidas comparativamente con las puntuaciones de la muestra una vez hecho el baremo, para ello, dividimos el segmento de valores en siete zonas: totalmente en desacuerdo, muy en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo, muy de acuerdo y, totalmente de acuerdo, tal como está presente

en la escala Likert con rango de respuesta de 1 a 7 puntos, tomando como puntos de corte los percentiles, 5, 10, 25, 50, 75, 90 y 95.

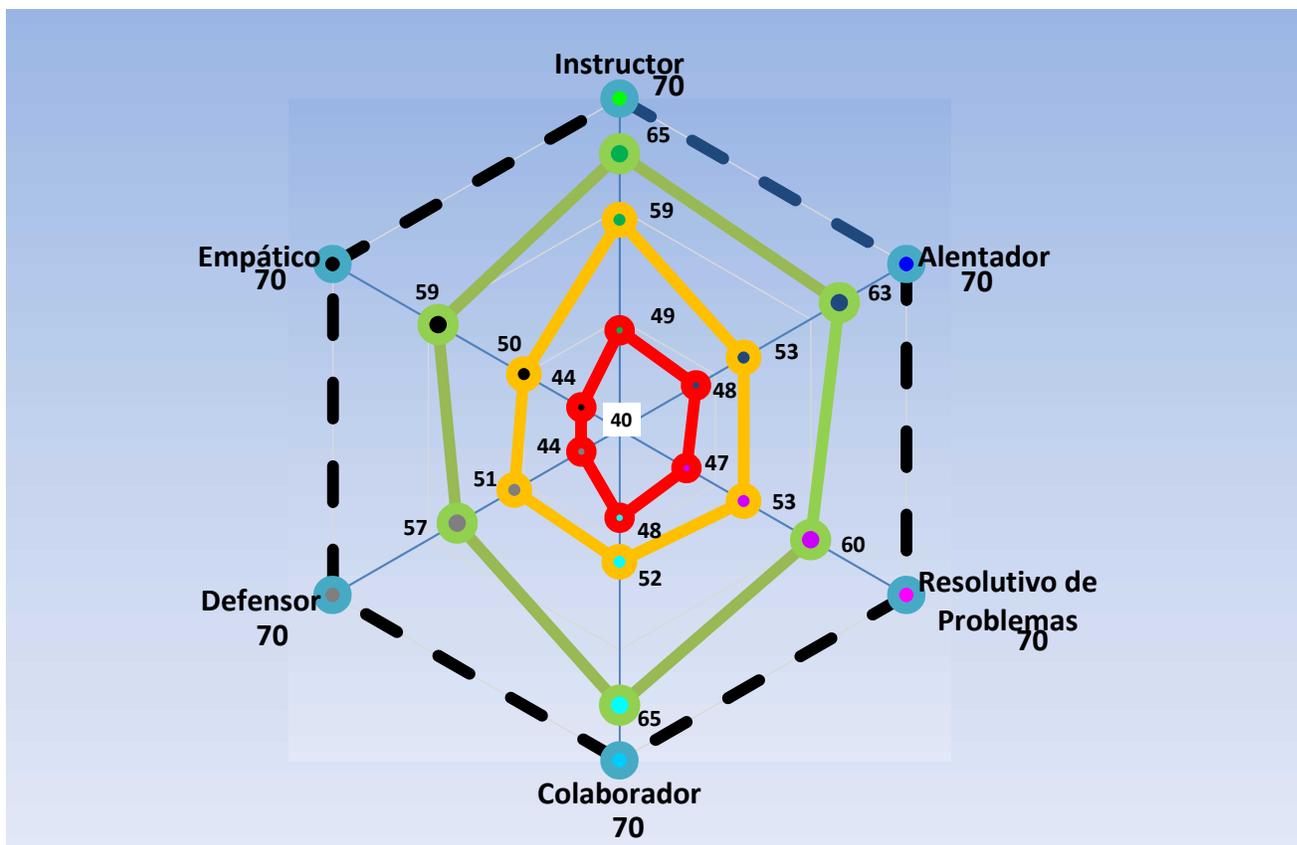


Figura 7. Gráfica radial del perfil terapéutico en 35 terapeutas ocupacionales en México.

La línea punteada indica el mayor puntaje que se puede obtener, la línea verde corresponde al tercer cuartil (75%), la anaranjada al segundo cuartil o mediana (50%) y la roja al primer cuartil (25%).

En el cuadro 8 se exponen los grados de acuerdo de los terapeutas ocupacionales según el modo terapéutico. Se puede observar que más del 40% de los terapeutas estuvieron entre de acuerdo a totalmente de acuerdo con el modo terapéutico instructor, en contraste con el 31% que expresaron estar entre en desacuerdo a totalmente en desacuerdo con el modo terapéutico alentador. Lo anterior se visualiza en la gráfica de histograma (Figura 8), la cual marca una tendencia hacia una curva normal.

Cuadro 8.

Grado de acuerdo con los seis modos terapéuticos en 35 terapeutas ocupacionales de México.

Modo terapéutico	Totalmente en desacuerdo		Muy en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Muy de acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Instructor	1	2.9	3	8.6	5	14.3	9	25.7	10	28.6	5	14.3	2	5.7
Alentador	2	5.7	3	8.6	6	17.1	8	22.9	8	22.9	7	20.0	1	2.9
Resolutivo de Problemas	3	8.6	1	2.9	5	14.3	10	28.6	9	25.7	4	11.4	3	8.6
Colaborador	2	5.7	1	2.9	6	17.1	10	28.6	8	22.9	7	20.0	1	2.9
Defensor	3	8.6	3	8.6	3	8.6	12	34.3	6	17.1	5	14.3	3	8.6
Empático	1	2.9	2	5.7	7	20.0	9	25.7	8	22.9	6	17.1	2	5.7

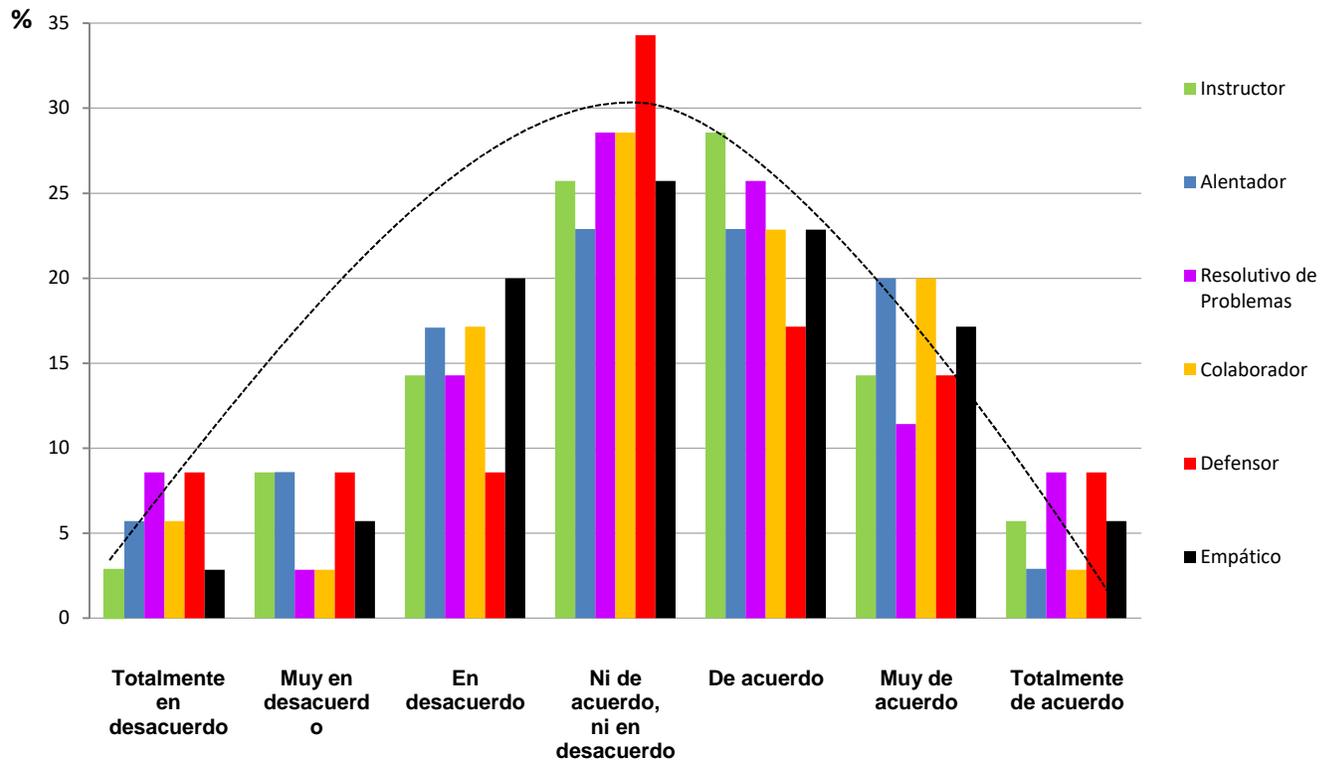


Figura 8. Gráfica que ilustra el grado de acuerdo de 35 terapeutas ocupacionales en México con los seis modos terapéuticos que conforman el perfil ocupacional.

En el análisis bidimensional del perfil terapéutico las medianas de las frecuencias de uso y el puntaje de los modos terapéuticos, se obtuvo una gráfica de cuadrantes para llevar a cabo el análisis bidimensional de Olmstead-Tukey (Figura 9), designando cuatro agrupaciones como sigue:

- a) Dominantes: con puntaje y frecuencia mayores a la mediana.
- b) Constantes: con puntaje menor a la mediana y frecuencia de uso mayor.
- c) Ocasionales: con puntaje mayor a la mediana y frecuencia de uso menor.
- d) Raros: con puntaje y frecuencia menores a la mediana.

De los seis modos terapéuticos empleados por los 35 terapeutas ocupacionales de México de acuerdo a este análisis se definieron 3 modos como dominantes que representaron el 50% del perfil, los modos terapéuticos que tuvieron la asignación de dominantes fueron: Instructor, Alentador y Resolutivo de Problemas.

Colaborador; Empático y Defensor obtuvieron el 50% restante del perfil terapéutico y por su puntaje y frecuencia baja quedaron dentro del cuadrante de los modos terapéuticos raros. No se registraron modos ocasionales y constantes.

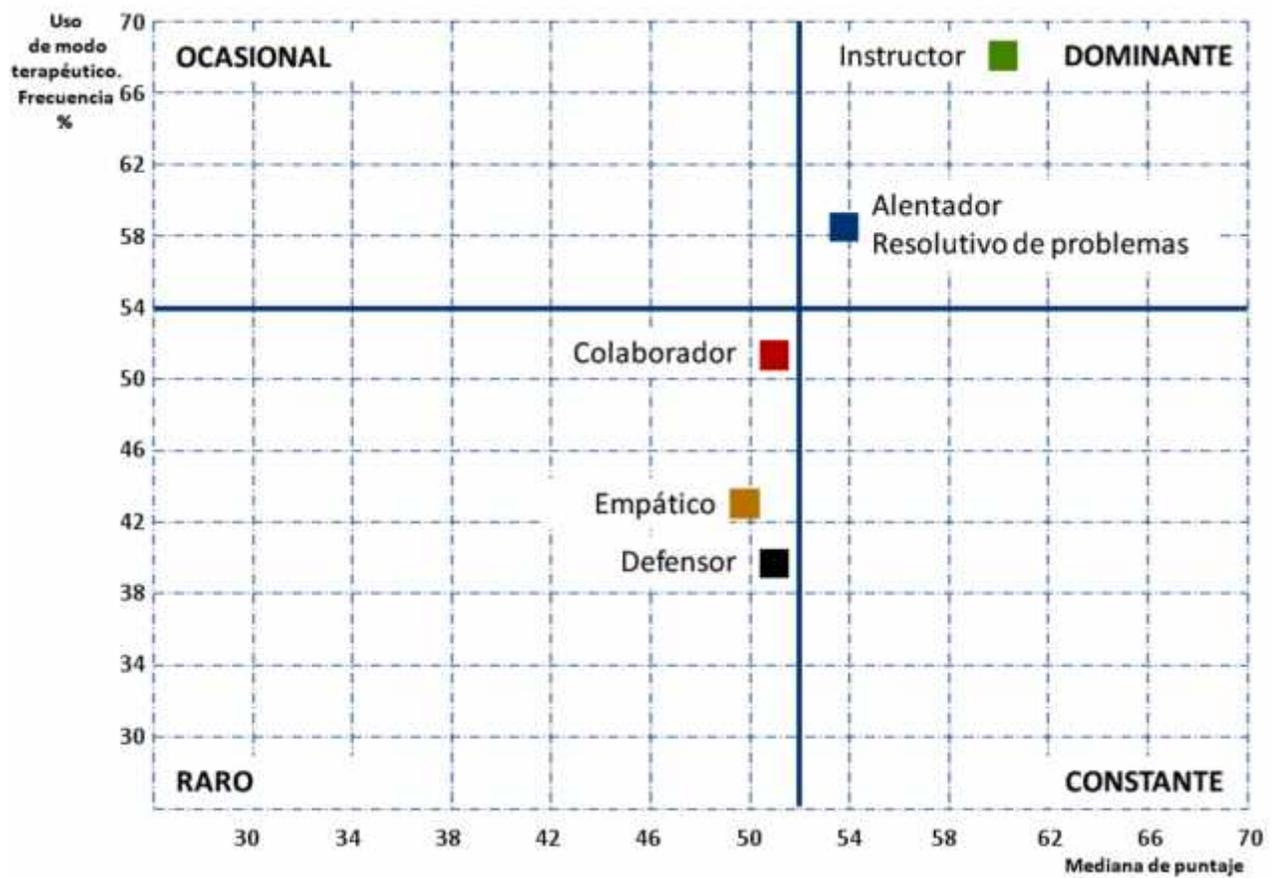


Figura 9. Análisis bidimensional de Olmstead-Tukey.

Se identifica que, por su frecuencia de uso y puntaje, los modos terapéuticos dominantes son: instructor, alentador y resolutivo de problemas.

Para analizar la asociación del **Perfil terapéutico con variables socio demográficas académicas y laborales** se analizaron las diferencias en el puntaje obtenido por el terapeuta ocupacional en cada uno de los modos del perfil y la agrupación de variables de según sus características socio demográficas académicas y profesionales primero se demostró para el caso de variables cuantitativas (edad y años de experiencia como terapeuta ocupacional) la normalidad de los datos y así seleccionar la prueba estadística paramétrica o no paramétrica, para ello se utilizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov.

Al realizar la prueba Kolmogorov-Smirnov para normalidad de la distribución, se presenta que todas las distribuciones son libres, ya que el valor p de significación es menor a 0.05 para la edad y para los años de experiencia como terapeuta ocupacional, esto se muestra a través del cuadro 9. Por lo tanto, se tiene que utilizar una prueba no paramétrica de contraste de hipótesis, basada en las medianas; se decide entonces utilizar la prueba de U de Mann-Whitney.

Para las demás variables socio demográficas académicas y profesionales por ser éstas cualitativas, se decide utilizar también la prueba no paramétrica de contraste de hipótesis, basada en las medianas U de Mann-Whitney para dos grupos y Kruskal Wallis para más de dos grupos independientes.

Cuadro 9

Resultado pruebas de normalidad para variable socio demográficas y profesional en 35 terapeutas ocupacionales de México

Variable	Kolmogorov-Smirnov ^a		Shapiro-Wilk	
	Estadístico	Significancia.	Estadístico	Significancia.
Edad	0.190	0.003	0.876	0.001
Años de experiencia como terapeuta ocupacional	0.201	0.001	0.844	0.000

a. Corrección de la significación de Lilliefors

El análisis inferencial se llevó a cabo en el programa SPSS, los cuadros 10 a 16 se puede observar, que en la mayoría de las asociaciones los valores de significancia estadística son mayores a 0.05, por tanto, no son significativos y se retiene que aceptar la hipótesis nula que nos dice que: los puntajes obtenidos en los grupos que se contrastan son iguales.

En el cuadro 14 se observan las variables en la que sí existe significancia estadística, las que resultaron ser modo terapéutico instructor y colaborador con años de experiencia profesional. Así como en el cuadro 15 que también tiene significancia los tipos de discapacidad (es) en los que tiene experiencia clínica y los modos terapéuticos colaborador y defensor.

Cuadro 10.

Resultados del resumen de la contrastación entre sexo y modo terapéutico en 35 terapeutas ocupacionales

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Modo terapéutico empático es la misma entre las categorías de Sexo.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	.437 ¹	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de Modo terapéutico alentador es la misma entre las categorías de Sexo.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	.352 ¹	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de Modo terapéutico instructor es la misma entre las categorías de Sexo.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	.565 ¹	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de Modo terapéutico resolutivo de problemas es la misma entre las categorías de Sexo.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	.531 ¹	Retener la hipótesis nula.
5	La distribución de Modo terapéutico colaborador es la misma entre las categorías de Sexo.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	.352 ¹	Retener la hipótesis nula.
6	La distribución de Modo terapéutico defensor es la misma entre las categorías de Sexo.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	.379 ¹	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .05.

¹Se muestra la significancia exacta para esta prueba.

Cuadro 11.
Resultados del resumen de la contrastación entre edad y modo terapéutico
en 35 terapeutas ocupacionales

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Modo terapéutico empático es la misma entre las categorías de Edades (años) de la población con las tiene experiencia clínica.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.428	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de Modo terapéutico alentador es la misma entre las categorías de Edades (años) de la población con las tiene experiencia clínica.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.443	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de Modo terapéutico instructor es la misma entre las categorías de Edades (años) de la población con las tiene experiencia clínica.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.870	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de Modo terapéutico resolutivo de problemas es la misma entre las categorías de Edades (años) de la población con las tiene experiencia clínica.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.813	Retener la hipótesis nula.
5	La distribución de Modo terapéutico colaborador es la misma entre las categorías de Edades (años) de la población con las tiene experiencia clínica.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.767	Retener la hipótesis nula.
6	La distribución de Modo terapéutico defensor es la misma entre las categorías de Edades (años) de la población con las tiene experiencia clínica.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.608	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .05.

Cuadro 12.

Resultados del resumen de la contrastación entre institución en la que se desempeña y modo terapéutico en 35 terapeutas ocupacionales

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Modo terapéutico empático es la misma entre las categorías de Institución en la que se desempeña como Terapeuta Ocupacional.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.587	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de Modo terapéutico alentador es la misma entre las categorías de Institución en la que se desempeña como Terapeuta Ocupacional.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.057	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de Modo terapéutico instructor es la misma entre las categorías de Institución en la que se desempeña como Terapeuta Ocupacional.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.248	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de Modo terapéutico resolutivo de problemas es la misma entre las categorías de Institución en la que se desempeña como Terapeuta Ocupacional.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.719	Retener la hipótesis nula.
5	La distribución de Modo terapéutico colaborador es la misma entre las categorías de Institución en la que se desempeña como Terapeuta Ocupacional.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.621	Retener la hipótesis nula.
6	La distribución de Modo terapéutico defensor es la misma entre las categorías de Institución en la que se desempeña como Terapeuta Ocupacional.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.318	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .05.

Cuadro 13.

Resultados del resumen de la contrastación entre nivel académico y modo terapéutico en 35 terapeutas ocupacionales

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Modo terapéutico empático es la misma entre las categorías de Nivel académico.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.337	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de Modo terapéutico alentador es la misma entre las categorías de Nivel académico.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.734	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de Modo terapéutico instructor es la misma entre las categorías de Nivel académico.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.322	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de Modo terapéutico resolutivo de problemas es la misma entre las categorías de Nivel académico.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.602	Retener la hipótesis nula.
5	La distribución de Modo terapéutico colaborador es la misma entre las categorías de Nivel académico.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.420	Retener la hipótesis nula.
6	La distribución de Modo terapéutico defensor es la misma entre las categorías de Nivel académico.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.801	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .05.

Cuadro 14.**Resultados del resumen de la contrastación entre experiencia profesional y modo terapéutico en 35 terapeutas ocupacionales**

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Modo terapéutico empático es la misma entre las categorías de Experiencia profesional (años cumplidos).	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.246	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de Modo terapéutico alentador es la misma entre las categorías de Experiencia profesional (años cumplidos).	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.167	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de Modo terapéutico instructor es la misma entre las categorías de Experiencia profesional (años cumplidos).	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.038	Rechazar la hipótesis nula.
4	La distribución de Modo terapéutico resolutivo de problemas es la misma entre las categorías de Experiencia profesional (años cumplidos).	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.093	Retener la hipótesis nula.
5	La distribución de Modo terapéutico colaborador es la misma entre las categorías de Experiencia profesional (años cumplidos).	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.036	Rechazar la hipótesis nula.
6	La distribución de Modo terapéutico defensor es la misma entre las categorías de Experiencia profesional (años cumplidos).	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.152	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .05.

Cuadro 15.

Resultados del resumen de la contrastación entre tipos de discapacidad en las que tiene experiencia y modo terapéutico en 35 terapeutas ocupacionales

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Modo terapéutico empático es la misma entre las categorías de Tipos de discapacidad (es) en las que tiene experiencia clínica.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.171	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de Modo terapéutico alentador es la misma entre las categorías de Tipos de discapacidad (es) en las que tiene experiencia clínica.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.141	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de Modo terapéutico instructor es la misma entre las categorías de Tipos de discapacidad (es) en las que tiene experiencia clínica.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.231	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de Modo terapéutico resolutivo de problemas es la misma entre las categorías de Tipos de discapacidad (es) en las que tiene experiencia clínica.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.096	Retener la hipótesis nula.
5	La distribución de Modo terapéutico colaborador es la misma entre las categorías de Tipos de discapacidad (es) en las que tiene experiencia clínica.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.030	Rechazar la hipótesis nula.
6	La distribución de Modo terapéutico defensor es la misma entre las categorías de Tipos de discapacidad (es) en las que tiene experiencia clínica.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.038	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .05.

Cuadro 16.

Resultados del resumen de la contrastación entre edades de la población con las que tiene experiencia y modo terapéutico en 35 terapeutas ocupacionales

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Modo terapéutico empático es la misma entre las categorías de Edades (años) de la población con las que tiene experiencia clínica.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.428	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de Modo terapéutico alentador es la misma entre las categorías de Edades (años) de la población con las que tiene experiencia clínica.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.443	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de Modo terapéutico instructor es la misma entre las categorías de Edades (años) de la población con las que tiene experiencia clínica.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.870	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de Modo terapéutico resolutivo de problemas es la misma entre las categorías de Edades (años) de la población con las que tiene experiencia clínica.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.813	Retener la hipótesis nula.
5	La distribución de Modo terapéutico colaborador es la misma entre las categorías de Edades (años) de la población con las que tiene experiencia clínica.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.767	Retener la hipótesis nula.
6	La distribución de Modo terapéutico defensor es la misma entre las categorías de Edades (años) de la población con las que tiene experiencia clínica.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	.608	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .05.

En la figura 10, se observa el modo terapéutico instructor y años de experiencia profesional con un mayor puntaje en la mediana del grupo con experiencia profesional de 11 a 20 años, mediana con un valor de 65 [63,68], seguido del grupo de menor experiencia profesional cuya mediana resultó de 58 [48,64]. El grupo con mayor experiencia profesional obtuvo el puntaje mediano más bajo 55 [50,62]. Estas diferencias son estadísticamente significativas mediante la prueba de Kruskal Wallis ($p = 0.036$).

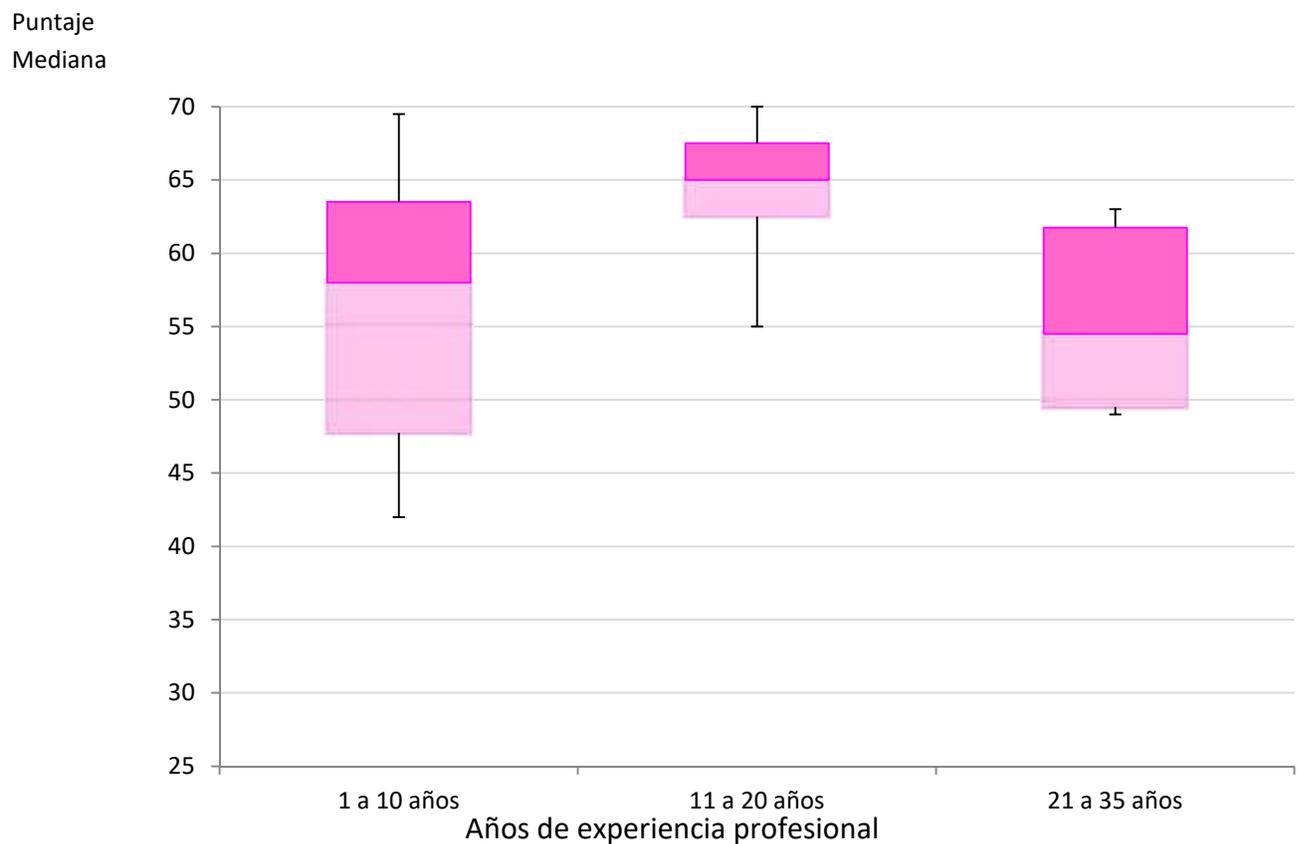


Figura 10. Contraste entre los años de experiencia profesional según el modo terapéutico instructor.

En la figura 11, se observa el análisis del modo terapéutico colaborador y años de experiencia profesional con un mayor puntaje en la mediana del grupo con experiencia profesional de 11 a 20 con un valor de 64 [49,68], seguido del grupo de menor experiencia profesional cuya mediana resultó de 53 [50,64]. El grupo con mayor experiencia profesional, obtuvo el puntaje de mediana más bajo 45 [39,50]. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas mediante la prueba de Kruskal Wallis ($p = 0.038$).

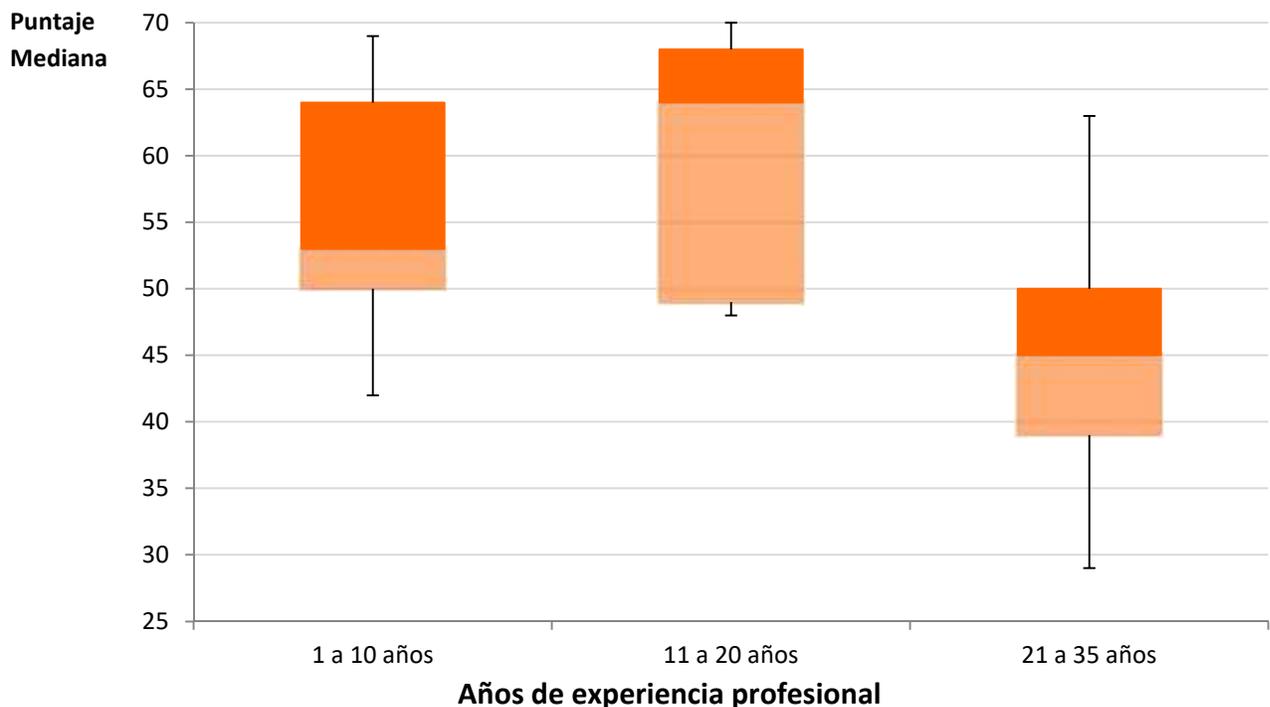


Figura 11. Contraste entre los años de experiencia profesional según el modo terapéutico colaborador. Prueba de Kruskal Wallis ($p = 0.038$).

De acuerdo a lo que se muestra en la figura 12 se encuentran diferencias en el modo terapéutico colaborador con los diferentes tipos de discapacidad en las que el terapeuta manifestó su experiencia profesional; en donde se observa que un terapeuta que expresó

experiencia en cuatro tipos de deficiencia (as) (Motora; Neurológica; Intelectual; Visual) obtuvo el mayor puntaje mediana en el modo terapéutico colaborador; seguido de quienes manifestaron experiencia en todos los tipos de discapacidad (Motora; Neurológica; Intelectual; Visual; Auditiva). La mayoría de los terapeutas (14) puntuaron por encima de la mediana grupal, pero se ubicaron por debajo de los de mayor puntaje. Llama la atención que los puntajes anteriormente referidos tienen en común experiencia en tipos de discapacidad motora, a diferencia de aquellos en los que el puntaje se ubicó por debajo de la mediana grupal. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas mediante la prueba de Kruskal Wallis ($p = 0.030$).

En la figura 13 se observa que existen diferencias en el modo terapéutico defensor con relación a los diferentes tipos de discapacidad en las que el terapeuta manifestó su tener experiencia profesional (9) expresaron experiencia en cinco tipos de deficiencia (as) (Motora; Neurológica; Intelectual; Visual; Auditiva) y obtuvieron el mayor en la mediana en el modo terapéutico defensor; seguido de quien manifestó experiencia el tipo de discapacidad motora (1). La mayoría de los terapeutas ($n = 14$) puntuaron por abajo del grupo (mediana 51). Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas mediante la prueba de Kruskal Wallis ($p = 0.030$).

Tipos de discapacidad (es) en las que tiene experiencia clínica y modo terapéutico colaborador (puntaje mediana)

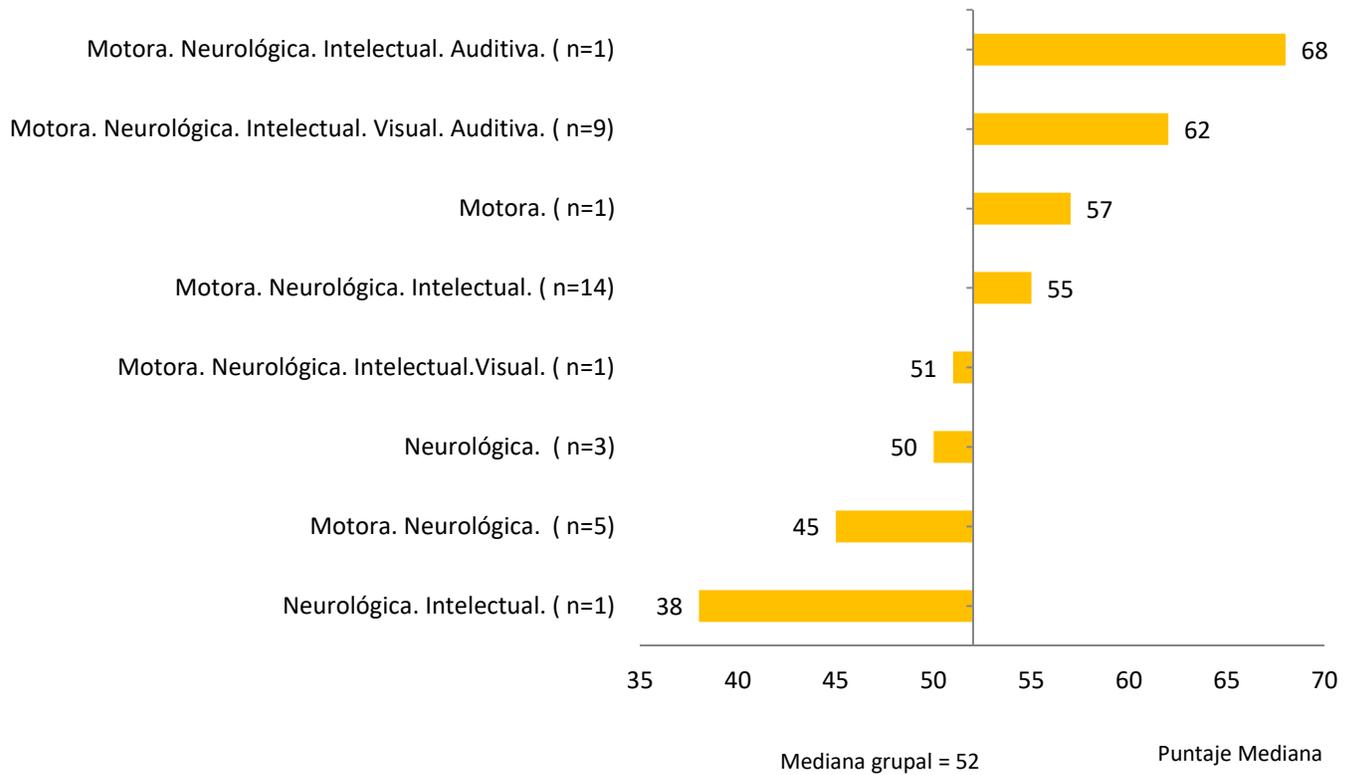


Figura 12. Contraste entre los tipos de deficiencia (as) en los que tiene experiencia clínica en el modo terapéutico colaborador. Prueba de Kruskal Wallis ($p = 0.030$).

Tipos de discapacidad (es) en las que tiene experiencia clínica y modo terapéutico defensor (puntaje mediana)

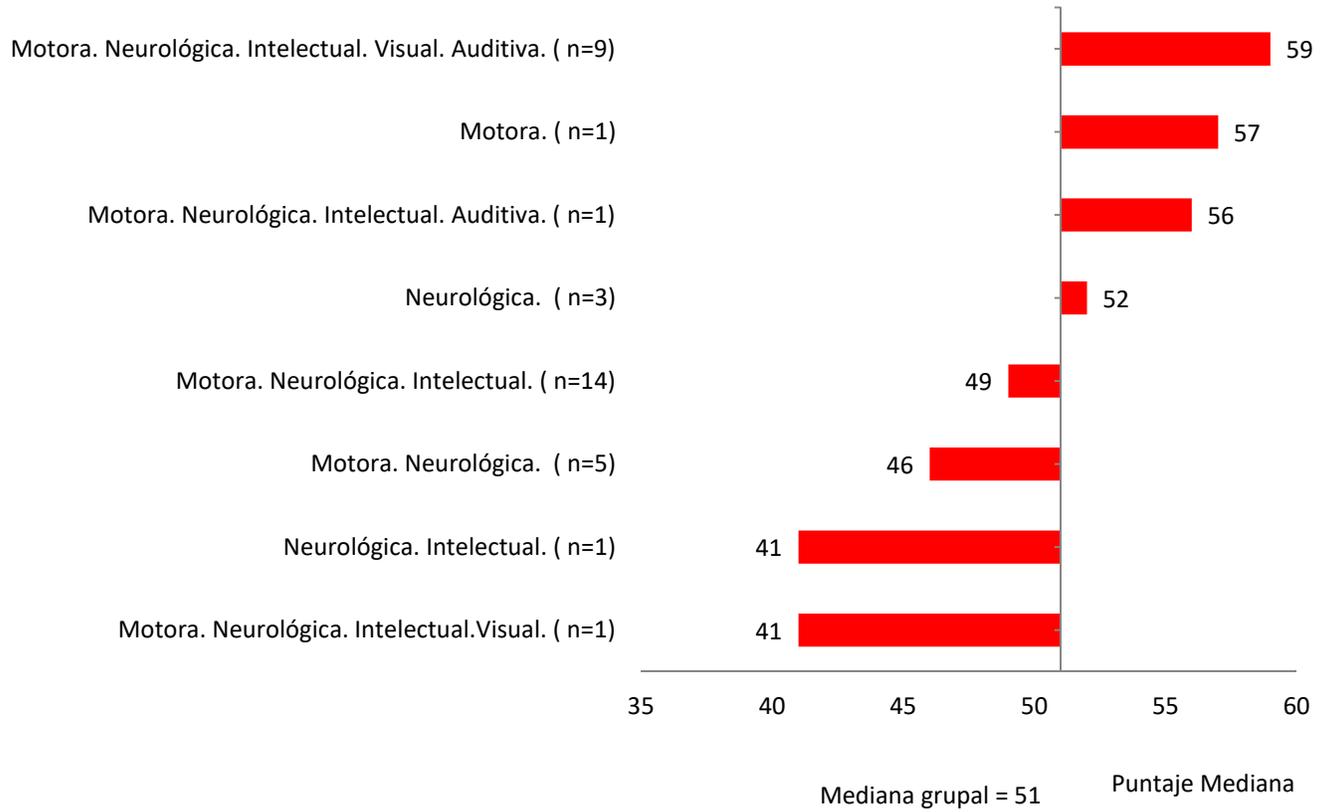


Figura 13. Contraste entre los tipos de deficiencia (as) en los que tiene experiencia clínica en el modo terapéutico defensor. Prueba de Kruskal Wallis ($p = 0.038$).

Como ya hemos referido, el 82 % de los terapeutas ocupacionales estudiados, usan más de un modo terapéutico durante su relación terapéutica, a continuación, se ilustra a través de los siguientes tres casos cómo sería la evaluación del su perfil terapéutico y como se le reportaría al terapeuta ocupacional.

Se presentan solo tres casos, atendiendo al uso de seis, tres y un modo ocupacional.

Caso 1.

Identificación del terapeuta ocupacional: 4909320353

Fecha de realización del cuestionario: 16 de agosto de 2016.

Protocolo de Internet: 187.147.255.16

Uso de modos Terapéuticos: 6

Mexicana, de 48 años de edad. Licenciada en terapia ocupacional, se desempeña en institución pública con 19 años de experiencia profesional atendiendo personas en edades de 0 a 60 años y con deficiencia (as) motora; neurológica; intelectual; visual; y, auditiva.

El cuestionario para evaluar el perfil terapéutico describe que usa, según el puntaje obtenido, los seis modos terapéuticos de la siguiente forma: es alentador, instructor, resolutivo de problemas, colaborador, defensor y empático.

Muestra que en su relación con la persona infunde esperanza, trasmite una actitud de gozo, alegría y confianza, organiza con cuidado las actividades de terapia, es explícita con sobre el plan, la secuencia y los eventos de la misma. Proporciona instrucciones claras y retroalimentación sobre el desempeño, establecimiento límites en las peticiones de la persona y su comportamiento. Al mismo tiempo que facilita el pensamiento pragmático y resolver dilemas, esbozando las opciones a la persona, y cuestiones estratégicas y

proporcionando oportunidades para el pensamiento comparativo o analítico. Estimula a la persona para ser un participante activo, garantiza la elección, la libertad y la autonomía de la persona en la mayor medida posible.

Este perfil se corresponde con un auténtico compromiso profesional del terapeuta ocupacional, dado por sus años de experiencia profesional y los modos terapéuticos empleados en la relación terapéutica.

El gráfico radial que la describe es el siguiente:

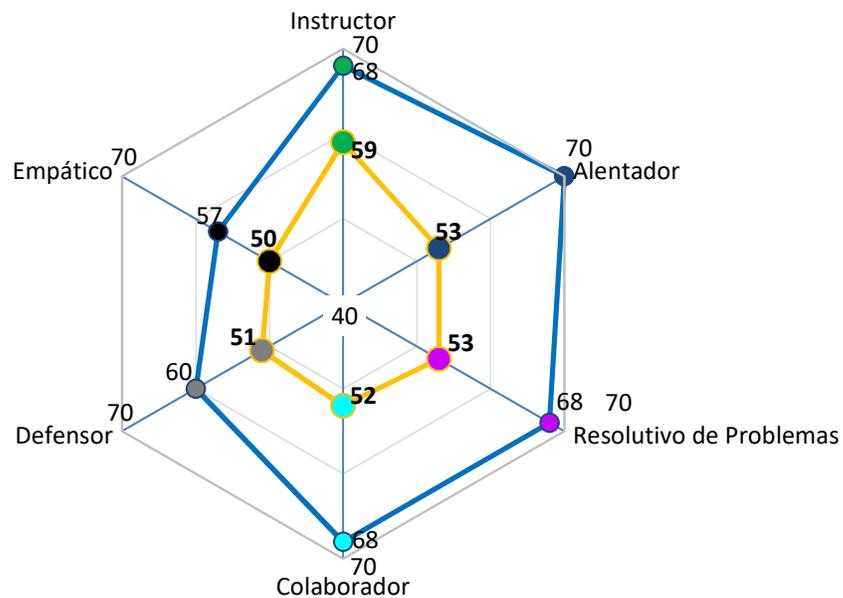


Figura 14. Gráfica radial que describe el perfil terapéutico del caso 1.

La línea anaranjada corresponde a los valores del grupo de estudio, la línea azul se refiere al terapeuta ocupacional en cuestión.

Se aprecia perfectamente que su geometría volumétrica y los amplios grados de libertad son mayores a los que se observan en el grupo, pero en su tendencia con respecto al comportamiento grupal es muy similar, salvo para el modo terapéutico alentador, con el cual el terapeuta ocupacional está comprometido totalmente y se asume que usa primordialmente.

En el gráfico se observa también la oportunidad que el terapeuta ocupacional tiene para lograr que el modo defensor y sobre todo el modo empático sean desarrollados siempre y cuando internalice y se aproxime a una perspectiva del uso consiente del yo terapéutico, para lo cual es preciso desarrollar habilidades que están relacionadas con aspectos cognitivos, emocionales y sociales es decir con el desarrollo de sus competencias socio humanas.

Caso 2.

Identificación del terapeuta ocupacional: 4913489439

Fecha de realización del cuestionario: 16 de agosto de 2016.

Protocolo de Internet: 187.168.93.59

Uso de modos ocupacionales: 3

Mexicana, de 60 años de edad. Maestría en terapia ocupacional, se desempeña en institución pública y privada, con 34 años de experiencia profesional atendiendo personas en edades de 0 a 18 años y con deficiencia (as) motora; neurológica; intelectual; visual; y, auditiva.

El cuestionario para evaluar el perfil terapéutico describe que usa, según el puntaje obtenido, tres modos terapéuticos de la siguiente forma: defensor, alentador, e, instructor. Es decir, en su relación persona — terapia ocupacional inicialmente afronta los desafíos procurando los recursos estén asegurados y que los derechos de la persona se cumplan, para ello se presta a ser un mediador, facilitador, negociador, ejecutor o cualquier otro tipo de rol con personas y organismos externos, en un segundo momento aprovecha la oportunidad de infundir esperanza a la persona, transmitiendo una actitud de gozo, alegría y confianza y finalmente organiza con cuidado las actividades de terapia, es explícita con la persona sobre el plan la secuencia y los eventos de la misma. Le proporciona instrucciones claras y lo retroalimenta sobre su desempeño. Establece límites en las peticiones de la persona o comportamiento.

Este perfil se corresponde con un compromiso más hacia la persona que al profesional terapeuta ocupacional, tal vez por la edad del terapeuta, más que con el tipo de persona que suele atender y por el ámbito institucional en el que se desempeña.

El gráfico radial que la describe es el siguiente:

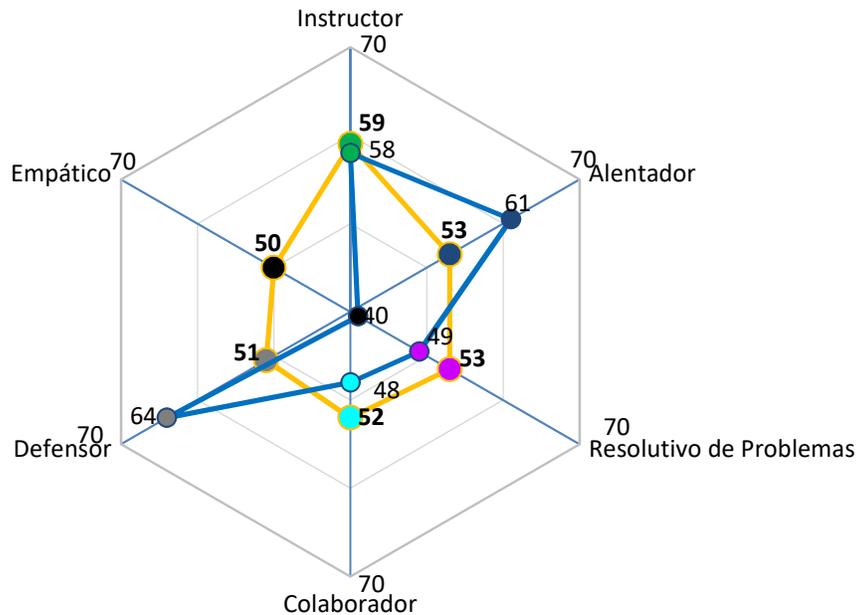


Figura 15. Gráfica radial que describe el perfil terapéutico del caso 2.

La línea anaranjada corresponde a los valores del grupo de estudio, la línea azul se refiere al terapeuta ocupacional en cuestión.

Se aprecia perfectamente que su geometría volumétrica es irregular y los grados de libertad difieren en gran medida en su tendencia con respecto al comportamiento grupal, salvo para el modo terapéutico instructor, aunque este no sea el que use primordialmente, dado que el modo defensor es el que mayor puntaje obtuvo y en consecuencia se asume que usa primordialmente.

En el gráfico se aprecia también la oportunidad del terapeuta ocupacional para lograr que el modo empático sea desarrollado siempre y cuando internalice y se aproxime a una perspectiva del uso consiente del yo terapéutico, para lo cual es preciso desarrollar

habilidades que están relacionadas con aspectos cognitivos y emocionales, aspectos propios de sus competencias socio humanas.

Caso 3.

Identificación del terapeuta ocupacional: 4898738455

Fecha de realización del cuestionario: 08 de agosto de 2016.

Protocolo de Internet: 187.189.245.18

Uso de modos ocupacionales: 1

Mexicana, de 33 años de edad. Maestría en terapia ocupacional, se desempeña en institución privada con 11 años de experiencia profesional atendiendo personas en edades de 0 a 18 años. Su experiencia se circunscribe a deficiencia (as) motora y neurológica.

El cuestionario para evaluar el perfil terapéutico describe que usa solo un modo terapéutico el cual es instructor, en el resto de los modos, obtuvo puntajes que indica que no está de acuerdo ni en desacuerdo, así como en desacuerdo con los modos alentador, resolutivo de problemas, colaborador, defensor y empático.

Es decir, en su relación persona — terapeuta ocupacional solo afronta los desafíos organizando con cuidado las actividades de terapia, es explícito con la persona sobre el plan la secuencia y los eventos de la misma. Le proporciona instrucciones claras y lo retroalimenta sobre su desempeño. Establece límites en las peticiones de la persona o comportamiento.

Este perfil denota una falta de compromiso profesional del terapeuta ocupacional desde la perspectiva del modelo de relaciones intencionales, y a pesar de su nivel académico y sus

años de experiencia profesional al parecer no ejercen influencia para detonar el uso de los otros modos terapéuticos.

Parecería que su relación con personas con deficiencia (as) motora y neurológica y edades de 0 a 18 años, lo orientan hacia un afrontamiento de los desafíos con base en instrucciones, clásico de una perspectiva biomédica de la terapia ocupacional.

El gráfico radial que la describe es el siguiente:

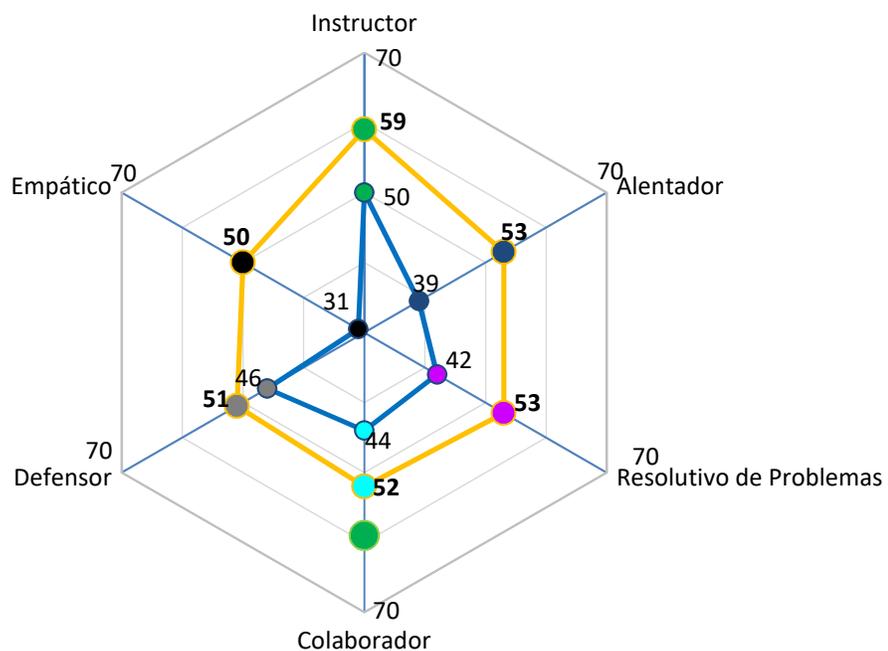


Figura 16. Gráfica radial que describe el perfil terapéutico del caso 3.

Nuevamente, la línea anaranjada corresponde a los valores del grupo de estudio, y la línea azul se refiere al terapeuta ocupacional en cuestión.

Se aprecia perfectamente que su geometría volumétrica es estrecha y los valores que toma para tres de los modos terapéuticos están ligeramente por arriba del puntaje 40, valor que representa en la escala tipo Likert “ni de acuerdo ni en desacuerdo”, por debajo de este valor se escala desde en desacuerdo hasta totalmente en desacuerdo y se aprecia que son tres modos terapéuticos.

En el gráfico también se observan que solo el modo terapéutico instructor es con el cual el terapeuta ocupacional está de acuerdo, y es el que dice que usa en sus relaciones terapéuticas.

Se aprecia también la oportunidad para lograr que cinco modos: Alentador, empático, defensor, resolutivo de problemas y colaborador sean desarrollados siempre y cuando internalice y se aproxime a una perspectiva del uso consiente del yo terapéutico, para lo cual es preciso desarrollar habilidades que están relacionadas con aspectos cognitivos y emocionales y sociales es decir con el desarrollo de sus competencias socio humanas.

Aunque aún se encuentra en proceso de validez y confiabilidad el Cuestionario para Evaluar el Modo Terapéutico Dominante, Versión II, y el Modelo de Relación Intencional de Taylor, resultaron de gran utilidad para la construcción del “Cuestionario de Autoevaluación del Perfil del Terapeuta Ocupacional Mexicano” (CAPTOM) y permitieron que en la primera fase del estudio ir más allá que el instrumento de Taylor en cuanto a demostrar que el CAPTOM es un instrumento válido y confiable : en la validez de contenido se obtuvo un conceso de 6, de 6 expertos para sus 10 casos, sus 60 preguntas de los casos y 11

preguntas de características socio académicas; en la valides de constructo discriminante (cada ítem mide lo que la prueba quiere medir) los ítems de los 6 modos terapéuticos del cuestionario, obtuvieron una mediana general del índice de discriminación de todo el cuestionario de 0.799 catalogado como excelente para el 100% de los 35 terapeutas, Q1:0.685 para el 25% de los terapeutas Q3:0.933< 75%, de los terapeutas Ocupacionales que respondieron al cuestionario de este estudio.

En cuanto a la confiabilidad, el coeficiente de consistencia interna calculado con el alfa de Cronbach para el CAPTOM completo alcanzó un valor alfa de 0.940 excelente y en los modos terapéuticos: colaborador 0.755; instructor 0.751; empático 0.750; alentador 0.727; defensor 0.662; y, resolutivo de problemas 0.655, todos con nivel de significancia mayor a 0.5.

En cuanto a la población invitada a participar 325 terapeutas ocupacionales, se obtuvo la participación de 71 (21.6 %) sin embargo solo 35 (49.3 %) completaron el cuestionario y fueron eliminadas 36 (50.70 %) al no responder al cuestionario de forma completa, el bajo índice de respuesta es una cuestión a tomar en cuenta para futuras investigaciones que tienen estos instrumentos auto aplicados y en especial considerar que el índice de respuesta resulto ser más bajo en México que el reportado en otros países, a pesar de lo anterior la forma de integración de la muestra (bola de nieve) se obtuvo una muestra con características muy favorables que superaron con mucho los criterios de inclusión en por ejemplo en años de experiencia clínica, tipos de instituciones en las que se desempeñan y poblaciones con las que trabajan.

Comparando el instrumento de Taylor Cuestionario para Evaluar El Modo Terapéutico Versión II, con el del presente estudio “Cuestionario de Autoevaluación del Perfil del Terapeuta Ocupacional Mexicano” (CAPTOM).

encontramos que si bien ambos están basados en el Modelo de Relación Intencional tienen las siguientes diferencias: el instrumento de Taylor está conformado por 20 casos y el CAPTOM por 10 casos, el instrumento de Taylor fue aplicado a 22 Terapeutas el CAPTOM a 35 terapeutas, en ambos se plantean desafíos interpersonales que surgen en el proceso de terapia, a los que el terapeuta ocupacional se le pide que responda como si estuviera enfrentando las situaciones descritas en la práctica en tiempo real, el instrumento de Taylor tiene por objetivo determinar el modo terapéutico dominante ante los desafíos de la relación terapéutica, el CAPTOM el determinar el perfil terapéutico: es decir dos o más modos terapéuticos, el conjunto de rasgos peculiares que caracterizan el proceder en su práctica del terapeuta, los modos que resultaron con un mayor puntaje fueron el modo instructor, alentador y resolutivo de problemas y con menor puntaje el de defensoría el modo empático en el último lugar incluso.

En relación con los modos terapéuticos dominantes empleados por el terapeuta mexicano

Se observó que los 6 modos se ubicaron en dos categorías polarizadas la dominante con los modos terapéuticos: instructor alentador y resolutivo de problemas y la categoría de raro con los modos terapéuticos: colaborador, defensor y empático, quedaron vacías las categorías: constante y ocasional.

Dicho de otra forma, significa según el perfil dominante en la práctica del terapeuta ocupacional mexicano en la interacción con la persona inicia con organizar con cuidado las

actividades de terapia, es explícito con la persona sobre el plan la secuencia y los eventos de la misma. Proporciona instrucciones claras y retroalimentación sobre el desempeño. Establece límites en las peticiones de la persona o en su comportamiento.

En un segundo momento aprovecha la oportunidad de infundir esperanza, refuerzo positivo, transmitir una actitud de gozo, alegría y confianza y mientras hace esto, busca facilitar el pensamiento pragmático y resolver dilemas, esbozando a la persona opciones, lo que plantea y cuestiones estratégicas y proporcionar oportunidades para el pensamiento comparativo o analítico.

Raramente promueve la participación activa de la persona, garantiza la elección, la libertad y la autonomía en la mayor medida posible (esto probablemente se explique por una gran influencia de modelo de atención médico preponderantemente médico aun en muchas instituciones), asegura que los derechos de la persona se cumplan y los recursos estén asegurados, a través de la mediación, facilitación, negociación, ejecución o cualquier otro tipo de rol con las personas y organismos externos (fundamental para la inclusión social) y finalmente trata de entender los pensamientos, sentimientos y comportamientos de la persona, mientras suspende cualquier tipo de juicio, se asegura de que la persona experimenta la comprensión y entendimiento del terapeuta como algo verídico sincero y válido, esto último es alarmante, especialmente después de haber revisado los antecedentes de la relación terapéutica en la que la mayor parte de los autores destacan la importancia de la confianza, empatía, escucha, como fundamentales para el compromiso ocupacional y resultados de la terapia.

Sin embargo, hay que reconocer que tomando en cuenta que el Modelo de Taylor no ha permeado la práctica del terapeuta ocupacional mexicano, haber encontrado 6 modos Terapéuticos 3 de ellos dominantes y 3 presentes, pero de uso raro, constituye una excelente noticia y un gran capital humano y ratifica que hay habilidades aprendidas en el desarrollo de las relaciones terapéuticas "en el trabajo", más que durante la formación profesional Cole & McLean. (2003)

El CAPTOM también mostró que hay diferencias significativas en el perfil del terapeuta ocupacional mexicano relacionadas con sus rasgos distintivos socio demográficos y laborales, tales como años de experiencia clínica (entre 11 a 20) o tipos de deficiencias o discapacidad con las que tienen experiencia que hicieron que los terapeutas optaran por un modo terapéutico específico, en el primer caso alentador y en el segundo caso resolutivo de problemas.

Lo anterior es consistente con la afirmación principal del modelo de Taylor en el sentido de que un terapeuta puede tener un "modo terapéutico preferente, al mismo tiempo y conforme a una de las metas del Modelo de Relación Intencional puede llegar a usar los seis modos terapéuticos, de manera flexible e intercambiable en función de las necesidades de la persona "

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN

Aunque aún se encuentra en proceso de validez y confiabilidad el Cuestionario para Evaluar el Modo Terapéutico Dominante, Versión II, y el Modelo de Relación Intencional de Taylor, resultaron de gran utilidad para la construcción del *“Cuestionario de Autoevaluación del Perfil del Terapeuta Ocupacional Mexicano” (CAPTOM)* y permitieron en la primera fase del estudio ir más allá que el instrumento de Taylor en cuanto a demostrar que el *CAPTOM* es un instrumento válido y confiable : en la validez de contenido se obtuvo un consenso de 6, de 6 expertos para sus 10 casos, los 60 ítems de los casos y 11 ítems sobre las características socio académicas fueron de gran utilidad para determinar la validez de constructo discriminante (cada ítem mide lo que la prueba quiere medir) los ítems de los 6 modos terapéuticos del cuestionario, obtuvieron una mediana general del índice de discriminación de todo el cuestionario de 0.799 catalogado como excelente para el 100% de los 35 terapeutas, Q1:0.685 para el 25% de los terapeutas Q3:0.933< 75%, de los terapeutas ocupacionales que respondieron al cuestionario de este estudio.

En cuanto a la confiabilidad, el coeficiente de consistencia interna calculado con el Alfa de Cronbach para el *CAPTOM* completo alcanzó un valor alfa de 0.940 excelente y en los modos terapéuticos: colaborador 0.755; instructor 0.751; empático 0.750; alentador 0.727; defensor 0.662; y, resolutivo de problemas 0.655, todos con nivel de significancia mayor a 0.5.

En la población de 325 terapeutas ocupacionales mexicanos a los que se les solicitó por correo electrónico participar, se obtuvo la participación de 71 (21.6 %) sin embargo solo 35 (49.3 %) completaron el cuestionario y fueron eliminados 36 (50.70 %) al no responder al

cuestionario de forma completa (en un caso solo le faltó responder la última pregunta).

El bajo índice de respuesta es una cuestión a tomar en cuenta para futuras investigaciones que utilicen instrumentos auto aplicados y en especial considerar que el índice de respuesta resultó ser más bajo en México que el reportado en otros países.

A pesar de lo anterior la forma de integración de la muestra (bola de nieve) obtuvo una muestra con características muy favorables que superaron con mucho los criterios de inclusión en por ejemplo en años de experiencia clínica, tipos de instituciones en las que se desempeñan y poblaciones con las que trabajan.

Comparando el instrumento de Taylor *Cuestionario para Evaluar El Modo Terapéutico Versión II*, con el del presente estudio "*Cuestionario de Autoevaluación del Perfil del Terapeuta Ocupacional Mexicano*" (CAPTOM)., se encontró que aunque ambos están basados en el Modelo de Relación Intencional tienen las siguientes diferencias: el instrumento de Taylor está conformado por 20 casos y el CAPTOM por 10 casos, el instrumento de Taylor fue aplicado a 22 Terapeutas el CAPTOM a 35 terapeutas, en ambos se plantean desafíos interpersonales que surgen en el proceso de terapia, a los que el terapeuta ocupacional se le pide que responda como si estuviera enfrentando las situaciones descritas en la práctica en tiempo real.

Cuadro 17.

Comparación entre el cuestionario para evaluar el modo terapéutico dominante y el “Cuestionario de Autoevaluación del Perfil del Terapeuta Ocupacional Mexicano” (CAPTOM)

	Self-Assessment of Modes Questionnaire-Version II.	“Cuestionario de Autoevaluación del Perfil del Terapeuta Ocupacional Mexicano” (CAPTOM)
Autores	Taylor, R., Ivey, C., Shepherd, J., Simons, D., Brown, J., Huddle, M., Kardouni, N., Kirby, M., LaRue, C., & Steele, R.	Solis, R., & Ramos, G.
Objetivo	Identificar el modo dominante del terapeuta ocupacional para afrontar los desafíos que surgen durante la misma, lograr el compromiso ocupacional con la persona y mejorar los resultados de la terapia.	Evaluar el perfil del terapeuta ocupacional en la interacción terapéutica, para afrontar los desafíos que surgen durante la misma, lograr el compromiso ocupacional con la persona y mejorar los resultados de la terapia.
Fundamento	Sobre la base del Modelo de Relación Intencional, que identifica seis modos terapéuticos como formas de relacionarse con la persona, los terapeutas ocupacionales identifican su forma especial y dominante de proceder en su práctica profesional.	Sobre la base del Modelo de Relación Intencional, que identifica seis modos terapéuticos como formas de relacionarse con la persona, los terapeutas ocupacionales identifican el conjunto de rasgos peculiares que caracterizan su proceder en su práctica profesional.

(Continuación)

Instrumento	Encuesta auto aplicada por correo electrónico.	“Cuestionario de Autoevaluación del Perfil del terapeuta ocupacional mexicano” (CAPTOM), alojado en una plataforma de para este fin.
Validez	Contenido. Sobre la base de conclusiones de estudio piloto y grupo focal.	Contenido. Mediante grupo focal constituido en ronda de expertos. Constructo discriminante mediante análisis de frecuencias e índice de discriminación del reactivo.
Confiabilidad	En proceso de investigación.	Mediante Coeficiente Alfa de Cronbach.
Participantes	22 terapeutas ocupacionales.	35 terapeutas ocupacionales.
Descripción del cuestionario.	El cuestionario está conformado por 20 casos en los que se plantean problemas interpersonales que surgen en la terapia, a los que el terapeuta ocupacional debe de responder como si estuviera enfrentando las situaciones descritas en la práctica en tiempo real.	“Cuestionario de Autoevaluación del Perfil del terapeuta ocupacional mexicano” (CAPTOM), está conformado por 10 casos en los que se plantean desafíos interpersonales que surgen en la terapia, a los que el terapeuta ocupacional debe de responder como si estuviera enfrentando las situaciones descritas en la práctica en tiempo real.

**Descripción
del
cuestionario**

La respuesta ofrece dos opciones para valorar sólo uno de los seis modos terapéuticos en función si se está “de acuerdo” o, “en desacuerdo” en su forma de actuar en cada caso.

En total debe de responder 20 ítems, que indican el modo terapéutico dominante.

Para calificar el cuestionario, los 20 ítems fueron transferidos a una plantilla en las que están identificados los modos terapéuticos por columna.

A continuación, se suma sus puntajes en cada columna y se calcula el porcentaje de respuestas que ha realizado utilizando cada modo.

El modo con el mayor porcentaje es el modo dominante.

La respuesta ofrece siete opciones para valorar cada uno de los seis modos terapéuticos en función del grado de acuerdo o desacuerdo en su forma de actuar en cada caso.

En total debe de responder a 60 ítems, que indican el perfil terapéutico.

Para calificar el cuestionario, se suma el puntaje obtenido en cada ítem a los 60 ítems y se compararon con el punto medio, el cual se obtiene multiplicando el número de ítems en cada modo por 4, que en la escala de Likert es el puntaje medio, no está de acuerdo, ni en desacuerdo en cada una de las opciones de respuesta.

Es decir: $10 \text{ ítems} \times 4 = 40$ (punto medio). La suma de los puntajes por arriba de 41 puntos indica uso, Es decir: $10 \text{ ítems} \times 4 = 40$ (punto medio). La suma de los puntajes por arriba de 41 puntos indica uso del modo terapéutico. El máximo puntaje a obtener por cada uno de los seis modos es de 70 y el mínimo de 10. Un mayor puntaje, expresa un mayor grado de uso del modo terapéutico.

Los modos que resultaron con un mayor puntaje fueron el modo instructor, alentador y resolutivo de problemas y con menor puntaje el de defensoría el modo empático en el último lugar incluso.

En relación con los modos terapéuticos dominantes utilizados por el terapeuta mexicano

Se observó que los 6 modos se ubicaron en dos categorías polarizadas la dominante con los modos terapéuticos: instructor alentador y resolutivo de problemas y la categoría de raro con los modos terapéuticos: colaborador, defensor y empático, quedaron vacías las categorías: constante y ocasional.

Dicho de otra forma, significa según el perfil dominante en la práctica del terapeuta ocupacional mexicano inicia con organizar con cuidado las actividades de terapia, es explícito con la persona sobre el plan la secuencia y los eventos de la misma. Proporciona instrucciones claras y retroalimentación sobre el desempeño. Establece límites en las peticiones de la persona durante la terapia o en su comportamiento.

En un segundo momento aprovecha la oportunidad de infundir esperanza, refuerzo positivo, transmitir una actitud de gozo, alegría y confianza y mientras hace esto, busca facilitar el pensamiento pragmático y resolver dilemas, esbozando a la persona las opciones, lo que plantea y cuestiones estratégicas y proporcionar oportunidades para el pensamiento comparativo o analítico.

Raramente promueve la participación activa de la persona, garantiza la elección, la libertad y la autonomía en la mayor medida posible (esto probablemente se explique por una gran

influencia de modelo de atención médico preponderantemente médico aun en muchas instituciones), asegura que los derechos de la persona se cumplan y los recursos estén asegurados, a través de la mediación , facilitación, negociación, ejecución o cualquier otro tipo de rol con las personas y organismos externos (fundamental para la inclusión social) y finalmente trata de entender los pensamientos, sentimientos y comportamientos de la persona, mientras suspende cualquier tipo de juicio, se asegurara de que la persona verifica y experimenta la comprensión entendimiento del terapeuta como algo verídico sincero y válido, esto último alarmante, especialmente después de haber revisados los antecedentes de la relación terapéutica en la que la mayor parte de los autores destacan la importancia de la confianza, empatía, escucha, como fundamentales para el compromiso ocupacional y resultados de la terapia.

Sin embargo, hay que reconocer que tomando en cuenta que el Modelo de Taylor no ha permeado la práctica del terapeuta ocupacional mexicano, haber encontrado 6 modos Terapéuticos 3 de ellos dominantes y 3 presentes, pero de uso raro, constituye una excelente noticia y un gran capital humano y ratifica que hay habilidades aprendidas en el desarrollo de las relaciones terapéuticas "en el trabajo", más que durante la formación profesional Cole & McLean (2003)

El *CAPTOM* también mostró que hay diferencias en los modos preferentes del perfil del terapeuta ocupacional mexicano relacionadas con sus rasgos socio demográficos/laborales, tales como años de experiencia clínica (entre 11 a 20) o tipos de deficiencias o discapacidad con las que tienen experiencia que hicieron que los terapeutas

optaran por un modo terapéutico específico, en el primer caso alentador y en el segundo caso resolutivo de problemas.

Lo anterior es consistente con la afirmación principal del modelo de Taylor en el sentido de que un terapeuta puede tener un *“modo terapéutico preferente, al mismo tiempo y conforme a una de las metas del Modelo de Relación Intencional puede llegar a usar los seis modos terapéuticos, de manera flexible e intercambiable en función de las necesidades de la persona “*

CAPÍTULO 6

APORTACIÓN A LA TERAPIA OCUPACIONAL

El “Cuestionario de Autoevaluación del Perfil del Terapeuta Ocupacional Mexicano” (CAPTOM), que reúne los requisitos de validez y confiabilidad que permiten observar la diversidad en el perfil de los terapeutas ocupacionales mexicanos para el uso de los modos terapéuticos.

El CAPTOM evidenció que el 40% de los terapeutas ocupacionales participantes usan seis modos terapéuticos, lo que puede indicar que hay habilidades aprendidas en el desarrollo de las relaciones terapéuticas "en el trabajo", que se pueden aprovechar para este fin y que no se encontraron referidas específicamente por otros autores.

De lo anterior también se desprende que el “Cuestionario de Autoevaluación del Perfil del Terapeuta Ocupacional Mexicano” (CAPTOM), puede ayudar al 60% de los terapeutas mexicanos participantes y a otros terapeutas a identificar los modos terapéuticos que utilizan y con qué frecuencia, a elegir conscientemente el modo terapéutico a utilizar y a desarrollar las habilidades de los otros modos en forma paulatina e intencional “Perfil Terapéutico”, para lograr un compromiso ocupacional y los resultados terapéuticos.

El resultado del perfil terapéutico de los terapeutas ocupacionales mexicanos participantes en este estudio mostró como modos terapéuticos dominantes: el instructor, el alentador y el resolutivo de problemas y como modos terapéuticos raros: el colaborador, el empático y el defensor, lo que permite contrastar que aunque los modelos teóricos de terapia ocupacional actuales promueven interacciones terapéuticas centradas en la persona, ocupación y ambiente y en presente estudio los modos terapéuticos empático y

colaborador, resultaron en la categoría de raros en la práctica de los terapeutas participantes.

Los resultados muestran que se debe prestar más atención a la relación terapéutica y el uso terapéutico del yo en la educación; a través de la inclusión del modelo de Taylor en la currícula para la formación de terapeutas ocupacionales en aspectos no solo teóricos, sino prácticos de los 6 modos terapéuticos descritos por Taylor con la diferencia que, en lugar de promover un modo dominante, se promovería el uso balanceado de un perfil terapéutico, acorde a las necesidades de la persona atendida por el terapeuta y los desafíos de la interacción; en la práctica profesional del terapeuta ocupacional empleando el CAPTOM para la evaluación del perfil de modos terapéuticos de terapeutas ocupacionales y desarrollar habilidades aprendidas en las relaciones terapéuticas "en el trabajo", para su uso de manera intencional y fomentar el aprendizaje de los modos terapéuticos encontrados en la población de estudio como raros y que probablemente también lo sean en la población de terapeutas ocupacionales en general: el empático y el colaborador y en el campo de la investigación a través de la publicación de los resultados de esta investigación, profundizar en la investigación de otros factores que pueden contribuir al uso del perfil terapéutico (6 modos terapéuticos de Taylor), tales como capacitación al respecto, políticas organizacionales que lo favorezcan el uso del perfil y otros posibles factores.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

Afzalur M., Psenicka C., Polychroniou P., Zhao J., Sheng Yu C., Chan A., Kwok Wai Yee S. Maria A., Sahidur R., Shameema F., & Wyk R. (2002). A Model of emotional intelligence and conflict management strategies: a study in seven countries. *The International Journal of Organizational Analysis*, 10(4),302-326. DOI: <https://doi.org/10.1108/eb028955>

Cole M. & McLean, V. (2001). Therapeutic relationships re-defined. *Occupational Therapy in Mental Health*, 19(2),33-56. DOI: https://doi.org/10.1300/J004v19n02_03

Collins, A. (1997). Multiskilling: A Survey of Occupational Therapy Practitioners' Attitudes. *American Journal of Occupational Therapy*,748-753. DOI: <https://doi.org/10.5014/ajot.51.9.748>

Corcel, R. (2010). Attitudes and beliefs of occupational therapists participating in a cultural competency workshop. *Occupational Therapy International*,17(3),142-151. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/oti.299>

Christiansen, C. (1975). Attitudes of graduates toward occupational therapy education. *American Journal of Occupational Therapy*, 29(6),352-355.

Cronbach, L & Meehl, P. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*,52(4),281-302. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/h0040957>

Díaz-Sibaja, M., Trujillo, A. & Peris-Mencheta, L. (2007). Hospital de día infanto-juvenil: programas de tratamiento. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*,7 (1),80-99.

Eberhardt, K.& Mayberry, W. (1995). Factors influencing entry-level occupational therapists' attitudes toward persons with disabilities. *American Journal of Occupational Therapy*,49(7),629-636. DOI: <https://doi.org/10.5014/ajot.58.4.426>

Forchuck, C., Charmichael, K., Golea, G., Johnston N., Martin, ML.& Patterson, P. (2006). "Establishing therapeutic relationships". *Nursing Best Practice Guideline*. Toronto. Registered Nurses Association of Ontario DOI: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Establishing_Therapeutic_Relationships.pdf

Guidetti, S.& Tham, K. (2002). Therapeutic strategies used by occupational therapists in self-care training: a qualitative study. *Occupational Therapy International*,9(4),257-276. DOI: <https://doi.org/10.1002/oti.168>

Brown, T., Williams, B., Boyle, M., Molloy, A., McKenna, L., Molloy, L.& Lewis B. (2010). Levels of empathy in undergraduate occupational therapy students. *Occupational Therapy International*,17(3),135-141. DOI: <https://doi.org/10.1002/oti.297>

Rodríguez, J. (2011). Validez y confiabilidad de un Instrumento para evaluar estilos terapéuticos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(3), 85-116. DOI: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num3/Vol14No3Art6.pdf>

Taylor, R. (2008). *The intentional relationship: Occupational therapy and use of self*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Taylor, R., Lee, SW., Kielhofner, G., & Ketkar, M. (2009). Therapeutic use of self: A nationwide survey of practitioner's attitudes and experiences. *American Journal of Occupational Therapy*, 63,198-207. DOI: <https://doi.org/10.5014/ajot.63.2.198>

Taylor, R. (2011). Uso del "self" en terapia ocupacional: creando relaciones intencionales. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*,8(13), 1-29. DOI: <http://www.revistatog.com/num13/pdfs/modelotaylor0.pdf>

Taylor, R., Ivey, C., Shepherd, J., Simons, D., Brown, J., Huddle, M., Kardouni, N., Kirby, M., LaRue, C., & Steele, R. (2013). Self-assessment of modes questionnaire-version II. 1-11. DOI: http://irm.ahslabs.uic.edu/wp-content/uploads/sites/27/2017/03/Self-AssessmentOfModesQuestionnaire_V2.pdf

INDICES DE CUADROS Y FIGURAS.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Relación única entre la persona, terapeuta y la ocupación en el proceso de terapia ocupacional. Taylor (2008).	22
Figura 2	El Modelo de relación intencional. Taylor (2008).	27
Figura 3	Esquema del modelo de relación directa intencional en terapia ocupacional. Taylor (2008).	28
Figura 4	Captura de pantalla del sitio web donde se colocó el cuestionario.	63
Figura 5	Índice de discriminación de los seis modos terapéuticos.	66
Figura 6	Modos terapéuticos usados por 35 terapeutas ocupacionales en México.	71
Figura 7	Gráfica radial del perfil terapéutico en 35 terapeutas ocupacionales en México.	74

Figura 8	Gráfica que ilustra el grado de acuerdo de 35 terapeutas ocupacionales en México con los seis modos terapéuticos que conforman el perfil ocupacional.	77
Figura 9	Análisis bidimensional de Olmstead-Tukey.	79
Figura 10	Contraste entre los años de experiencia profesional según el modo terapéutico instructor.	89
Figura 11	Contraste entre los años de experiencia profesional según el modo terapéutico colaborador.	90
Figura 12	Contraste entre los tipos de deficiencia (as) en los que tiene experiencia clínica en el modo terapéutico colaborador.	92
Figura 13	Contraste entre los tipos de deficiencia (as) en los que tiene experiencia clínica en el modo terapéutico defensor.	93
Figura 14	Gráfica radial que describe el perfil terapéutico del caso 1.	95
Figura 15	Gráfica radial que describe el perfil terapéutico del caso 2	98
Figura 16	Gráfica radial que describe el perfil terapéutico del caso 3	100

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1	Relación, interacción terapéutica y sus características.	11
Cuadro 2	Poder de discriminación de los reactivos según su valor de índice de discriminación (D).	45
Cuadro 3	Características de los terapeutas ocupacionales que validaron el instrumento.	61
Cuadro 4	Resultados medianas. Cuartil 1. Cuartil 3 del índice de discriminación por modo terapéutico terapeutas ocupacionales de México.	65
Cuadro 5	Características sociodemográficas relacionadas con el perfil terapéutico en 35 terapeutas ocupacionales de México.	69
Cuadro 6	Modos terapéuticos usados por 35 terapeutas ocupacionales de México.	70
Cuadro 7	Resultados, puntuaciones y medianas en los modos ocupacionales del perfil terapéutico en 35 terapeutas ocupacionales mexicanos.	73

Cuadro 8	Grado de acuerdo con los seis modos terapéuticos en 35 terapeutas ocupacionales de México.	76
Cuadro 9	Resultado pruebas de normalidad para variable socio demográfica y profesional en 35 terapeutas ocupacionales de México.	81
Cuadro 10	Resultados del resumen de la contrastación entre sexo y modo terapéutico en 35 terapeutas ocupacionales.	82
Cuadro 11	Resultados del resumen de la contrastación entre edad y modo terapéutico en 35 terapeutas ocupacionales.	83
Cuadro 12	Resultados del resumen de la contrastación entre institución en la que se desempeña y modo terapéutico en 35 terapeutas ocupacionales.	84
Cuadro 13	Resultados del resumen de la contrastación entre nivel académico y modo terapéutico en 35 terapeutas ocupacionales.	85
Cuadro 14	Resultados del resumen de la contrastación entre experiencia profesional y modo terapéutico en 35 terapeutas ocupacionales.	86

Cuadro 15 Resultados del resumen de la contrastación entre tipos de 87
discapacidad en las que tiene experiencia y modo terapéutico en
35 terapeutas ocupacionales.

Cuadro 16 Resultados del resumen de la contrastación entre edades de la 88
población con las que tiene experiencia y modo terapéutico en 35
terapeutas ocupacionales.

Cuadro 17 Comparación entre el cuestionario para evaluar el modo 109
terapéutico dominante y “Cuestionario de Autoevaluación del Perfil
del Terapeuta Ocupacional Mexicano” (CAPTOM).

Anexo 1

Definición del tipo de modo terapéutico del modelo de relación intencional

Modo	El terapeuta ocupacional	Características
Defensor:	Asegura que los derechos de la persona se cumplan y los recursos estén asegurados, puede requerir al terapeuta ser un mediador, facilitador, negociador, ejecutor o cualquier otro tipo de rol con las personas y organismos externos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informa a la persona.... 2. Señala a la persona 3. Indica a la persona 4. Exhorta a la persona 5. Facilita a la persona 6. Ayuda a la persona 7. Sugiere a la persona ...
Colaborador	Espera que la persona sea participante activo, garantiza la elección, la libertad y la autonomía en la mayor medida posible.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interroga a la persona en qué grado participa en su terapia.... 2. Interroga a la persona en qué grado es libre de tomar decisiones para su terapia.... 3. Interroga a la persona en qué grado elige acciones para su terapia.... 4. Propone a la persona una opción para que participe.... 5. Recuerda a la persona sus experiencias y preguntar como desearía participar.... 6. Involucra a la persona sobre estrategias a probar... 7. Promueve a la persona a participar.... 8. Reflexiona en si es mejor participar...

(Continuación)

Empático	Trata de entender los pensamientos, sentimientos y comportamientos de la persona, mientras se suspende cualquier tipo de juicio, asegurarse de que la persona verifica y experimenta la comprensión entendimiento del terapeuta como algo verídico sincero y válido.	<ol style="list-style-type: none">1. Reconoce los pensamientos, sentimientos y comportamientos de la persona2. Expresa pensamientos, sentimientos y comportamientos iguales a los de la persona...3. Interesa los pensamientos, sentimientos y comportamientos de la persona...
Alentador	Aprovecha la oportunidad de infundir esperanza en una persona o el comportamiento a través del refuerzo positivo. Trasmite una actitud de gozo, alegría y confianza.	<ol style="list-style-type: none">1. Recuerda a la persona situaciones para infundir esperanza....2. Destaca en la persona su tenacidad, fortaleza, disciplina, perseverancia, logro, optimismo, etc.....3. Ofrece a la persona4. Transmite a la persona confianza....5. Pedirle a la persona oportunidad.....
Instructor	Organiza con cuidado las actividades de terapia, ser explícito con la persona sobre el plan la secuencia y los eventos de la misma. Proporcionar instrucciones claras y retroalimentación sobre el desempeño. Establecimiento de límites en las peticiones de una persona o comportamiento.	<ol style="list-style-type: none">1. Explica a la persona su plan, secuencia y eventos de su terapia.2. Organiza con la persona las actividades de terapia.3. Instruye a la persona sobre el desempeño.4. Retroalimenta a la persona sobre el desempeño.

(Continuación)

Resolutivo de problemas	Facilita el pensamiento pragmático y resolver dilemas, esbozando las opciones, lo que plantea y cuestiones estratégicas y proporcionar oportunidades para el pensamiento comparativo o analítico.	<ol style="list-style-type: none">1. Facilita a la persona identificar....2. Facilita a la persona comparar....3. Facilita a la persona contrastar...4. Facilita a la persona analizar...5. Facilita a la persona evaluar....
--------------------------------	---	---

Anexo 2

Evidencia de los terapeutas ocupacionales que participaron en la validación del “Cuestionario de Autoevaluación del Perfil del Terapeuta Ocupacional Mexicano” (CAPTOM)

INSTRUMENTO

El presente instrumento está destinado a identificar su estilo personal como terapeuta ocupacional. A continuación encontrará una serie de casos de los cuales se desprenden enunciados a los que usted debe de contestar.

No hay respuestas buenas o malas ya que diferentes estilos pueden ser igualmente beneficiosos.

Más allá de que su desempeño profesional varía según los pacientes, todas las respuestas asignadas a cada caso pueden igualmente ser beneficiosas, solo son diferentes formas de abordar un mismo problema, por favor responda como si estuviera enfrentando las situaciones descritas su práctica diaria como un caso real.

Por favor en cada caso califique cada una de las 6 respuestas asignadas (todas son igualmente beneficiosas) de acuerdo a lo que usted considere sería su forma de actuar, es decir un puntaje mayor a la que consideraría primero y un puntaje menor a la que consideraría después y así consecutivamente, hasta terminar de calificar todas las preguntas de todos los casos.

La respuesta más espontánea es la más valiosa.

Cómo responder. 1 en la escala significa su total desacuerdo con la afirmación. 7 indica que usted está totalmente de acuerdo. Todos los números intermedios reflejan matices en su preferencia de estilo.

Total desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total acuerdo
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------

Norma
Almenez
Carrera
Ced. P. 7404359.

Estilo	El terapeuta ocupacional	Características
Defensor	Asegura que los derechos del cliente se cumplan y los recursos estén asegurados, puede requerir al terapeuta ser un mediador, facilitador, negociador, ejecutor o cualquier otro tipo de rol con las personas y organismos externos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informa al cliente.... 2. Señala al cliente.... 3. Indica al cliente.... 4. Exhorta al cliente.... 5. Facilita al cliente.... 6. Ayuda al cliente.... 7. Sugiere al cliente....
Colaborador	Espera que el cliente sea participante activo, garantiza la elección, la libertad y la autonomía en la mayor medida posible.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interroga al cliente en qué grado participa en su terapia.... 2. Interroga al cliente en qué grado es libre de tomar decisiones para su terapia.... 3. Interroga al cliente en qué grado elige acciones para su terapia.... 4. Propone al cliente una opción para que participe.... 5. Recuerda al cliente sus experiencias y preguntar como desearía participar.... 6. Involucra al cliente sobre estrategias a probar.... 7. Promueve al cliente a participar.... 8. Reflexiona en el cliente si es mejor participar....
Empático	Trata de entender los pensamientos, sentimientos y comportamientos del cliente, mientras se suspende cualquier tipo de juicio, asegurarse de que el cliente verifica y experimenta la comprensión/entendimiento del terapeuta como algo verídico/sincero y válido.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconoce los pensamientos, sentimientos y comportamientos del cliente.... 2. Expresa pensamientos, sentimientos y comportamientos iguales a los del cliente.... 3. Interesa los pensamientos, sentimientos y comportamientos del cliente....
Alentador	Aprovecha la oportunidad de infundir esperanza en un cliente o el comportamiento a través del refuerzo positivo. Transmite una actitud de gozo, alegría y confianza.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recuerda al cliente situaciones para infundir esperanza.... 2. Destaca en el cliente su tenacidad, fortaleza, disciplina, perseverancia, logro, optimismo, etc..... 3. Ofrece al cliente.... 4. Transmite en el cliente confianza.... 5. Pedirle al cliente oportunidad.....
Instructor	Organiza con cuidado las actividades de terapia, ser explícito con el cliente sobre el plan la secuencia y los eventos de la misma. Proporcionar instrucciones claras y retroalimentación sobre el desempeño. Establecimiento de límites en las peticiones de un cliente o comportamiento.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explica al cliente su plan, secuencia y eventos de su terapia. 2. Organiza al cliente las actividades de terapia. 3. Instruye al cliente sobre el desempeño. 4. Retroalimenta al cliente sobre el desempeño.
Resolutivo de problemas	Facilita el pensamiento pragmático y resolver dilemas, esbozando las opciones, lo que plantea y cuestiones estratégicas y proporcionar oportunidades para el pensamiento comparativo o analítico.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Facilita al cliente identificar.... 2. Facilita al cliente comparar.... 3. Facilita al cliente contrastar.... 4. Facilita al cliente analizar.... 5. Facilita al cliente evaluar....

L.T.O. Julieta Hernández Feregrino

CEP. 08730146

Julieta Hernández

Estilo	El terapeuta ocupacional	Características
Defensor:	Asegura que los derechos del cliente se cumplan y los recursos estén asegurados, puede requerir al terapeuta ser un mediador, facilitador, negociador, ejecutor o cualquier otro tipo de rol con las personas y organismos externos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informa al cliente.... 2. Señala al cliente.... 3. Indica al cliente.... 4. Exhorta al cliente.... 5. Facilita al cliente.... 6. Ayuda al cliente.... 7. Sugiere al cliente....
Colaborador	Espera que el cliente sea participante activo, garantiza la elección, la libertad y la autonomía en la mayor medida posible.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interroga al cliente en qué grado participa en su terapia.... 2. Interroga al cliente en qué grado es libre de tomar decisiones para su terapia.... 3. Interroga al cliente en qué grado elige acciones para su terapia.... 4. Propone al cliente una opción para que participe.... 5. Recuerda al cliente sus experiencias y preguntar como desearía participar.... 6. Involucra al cliente sobre estrategias a probar.... 7. Promueve al cliente a participar.... 8. Reflexiona en el cliente si es mejor participar....
Empático	Trata de entender los pensamientos, sentimientos y comportamientos del cliente, mientras se suspende cualquier tipo de juicio, asegurarse de que el cliente verifica y experimenta la comprensión/entendimiento del terapeuta como algo verídico/sincero y válido.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconoce los pensamientos, sentimientos y comportamientos del cliente.... 2. Expresa pensamientos, sentimientos y comportamientos iguales a los del cliente.... 3. Interesa los pensamientos, sentimientos y comportamientos del cliente....
Alentador	Aprovecha la oportunidad de infundir esperanza en un cliente o el comportamiento a través del refuerzo positivo. Transmite una actitud de gozo, alegría y confianza.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recuerda al cliente situaciones para infundir esperanza.... 2. Destaca en el cliente su tenacidad, fortaleza, disciplina, perseverancia, logro, optimismo, etc.... 3. Ofrece al cliente.... 4. Transmite en el cliente confianza.... 5. Pedirle al cliente oportunidad....
Instructor	Organiza con cuidado las actividades de terapia, ser explícito con el cliente sobre el plan la secuencia y los eventos de la misma. Proporcionar instrucciones claras y retroalimentación sobre el desempeño. Establecimiento de límites en las peticiones de un cliente o comportamiento.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explica al cliente su plan, secuencia y eventos de su terapia. 2. Organiza al cliente las actividades de terapia. 3. Instruye al cliente sobre el desempeño. 4. Retroalimenta al cliente sobre el desempeño.
Resolutivo de problemas	Facilita el pensamiento pragmático y resolver dilemas, esbozando las opciones, lo que plantea y cuestiones estratégicas y proporcionar oportunidades para el pensamiento comparativo o analítico.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Facilita al cliente identificar.... 2. Facilita al cliente comparar.... 3. Facilita al cliente contrastar.... 4. Facilita al cliente analizar.... 5. Facilita al cliente evaluar....

Carmen Viridiana Méndez Del Valle
 Ceed. Prof. 8127949



Estilo	El terapeuta ocupacional	Características
Defensor	Asegura que los derechos del cliente se cumplan y los recursos estén asegurados, puede requerir al terapeuta ser un mediador, facilitador, negociador, ejecutor o cualquier otro tipo de rol con las personas y organismos externos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informa al cliente.... 2. Señala al cliente.... 3. Indica al cliente.... 4. Exhorta al cliente.... 5. Facilita al cliente.... 6. Ayuda al cliente.... 7. Sugiere al cliente....
Colaborador	Espera que el cliente sea participante activo, garantiza la elección, la libertad y la autonomía en la mayor medida posible.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interroga al cliente en qué grado participa en su terapia.... 2. Interroga al cliente en qué grado es libre de tomar decisiones para su terapia.... 3. Interroga al cliente en qué grado elige acciones para su terapia.... 4. Propone al cliente una opción para que participe.... 5. Recuerda al cliente sus experiencias y preguntar como desearía participar.... 6. Involucra al cliente sobre estrategias a probar... 7. Promueve al cliente a participar.... 8. Reflexiona en el cliente si es mejor participar...
Empático	Trata de entender los pensamientos, sentimientos y comportamientos del cliente, mientras se suspende cualquier tipo de juicio, asegurarse de que el cliente verifica y experimenta la comprensión/entendimiento del terapeuta como algo verdadero/sincero y válido.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconoce los pensamientos, sentimientos y comportamientos del cliente.... 2. Expresa pensamientos, sentimientos y comportamientos iguales a los del cliente.... 3. Interesa los pensamientos, sentimientos y comportamientos del cliente....
Alentador	Aprovecha la oportunidad de infundir esperanza en un cliente o el comportamiento a través del refuerzo positivo. Transmite una actitud de gozo, alegría y confianza.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recuerda al cliente situaciones para infundir esperanza.... 2. Destaca en el cliente su tenacidad, fortaleza, disciplina, perseverancia, logro, optimismo, etc.... 3. Ofrece al cliente.... 4. Transmite en el cliente confianza.... 5. Pedirle al cliente oportunidad....
Instructor	Organiza con cuidado las actividades de terapia, ser explícito con el cliente sobre el plan la secuencia y los eventos de la misma. Proporcionar instrucciones claras y retroalimentación sobre el desempeño. Establecimiento de límites en las peticiones de un cliente o comportamiento.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explica al cliente su plan, secuencia y eventos de su terapia. 2. Organiza al cliente las actividades de terapia. 3. Instruye al cliente sobre el desempeño. 4. Retroalimenta al cliente sobre el desempeño.
Resolutivo de problemas	Facilita el pensamiento pragmático y resolver dilemas, esbozando las opciones, lo que plantea y cuestiones estratégicas y proporcionar oportunidades para el pensamiento comparativo o analítico.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Facilita al cliente identificar.... 2. Facilita al cliente comparar.... 3. Facilita al cliente contrastar.... 4. Facilita al cliente analizar.... 5. Facilita al cliente evaluar....

Lic.T.O. Dalta Ramirez Velazquez
Cedula: 8781024



Estilo	El terapeuta ocupacional	Características
Defensor:	Asegura que los derechos del cliente se cumplan y los recursos estén asegurados, puede requerir al terapeuta ser un mediador, facilitador, negociador, ejecutor o cualquier otro tipo de rol con las personas y organismos externos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informa al cliente.... 2. Señala al cliente.... 3. Indica al cliente.... 4. Exhorta al cliente.... 5. Facilita al cliente.... 6. Ayuda al cliente.... 7. Sugiere al cliente....
Colaborador	Espera que el cliente sea participante activo, garantiza la elección, la libertad y la autonomía en la mayor medida posible.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interroga al cliente en qué grado participe en su terapia.... 2. Interroga al cliente en qué grado es libre de tomar decisiones para su terapia.... 3. Interroga al cliente en qué grado elige acciones para su terapia.... 4. Propone al cliente una opción para que participe.... 5. Recuerda al cliente sus experiencias y preguntar como desearía participar.... 6. Involucra al cliente sobre estrategias a probar... 7. Promueve al cliente a participar.... 8. Reflexiona en el cliente si es mejor participar....
Empático	Trata de entender los pensamientos, sentimientos y comportamientos del cliente, mientras se suspende cualquier tipo de juicio, asegurarse de que el cliente verifica y experimenta la comprensión/entendimiento del terapeuta como algo verídico/sincero y válido.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconoce los pensamientos, sentimientos y comportamientos del cliente.... 2. Expresa pensamientos, sentimientos y comportamientos iguales a los del cliente.... 3. Interesa los pensamientos, sentimientos y comportamientos del cliente....
Alentador	Aprovecha la oportunidad de infundir esperanza en un cliente o el comportamiento a través del refuerzo positivo. Transmite una actitud de gozo, alegría y confianza.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recuerda al cliente situaciones para infundir esperanza.... 2. Destaca en el cliente su tenacidad, fortaleza, disciplina, perseverancia, logro, optimismo, etc.... 3. Ofrece al cliente.... 4. Transmite en el cliente confianza.... 5. Pedirle al cliente oportunidad....
Instructor	Organiza con cuidado las actividades de terapia, ser explícito con el cliente sobre el plan la secuencia y los eventos de la misma. Proporcionar instrucciones claras y retroalimentación sobre el desempeño. Establecimiento de límites en las peticiones de un cliente o comportamiento.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explica al cliente su plan, secuencia y eventos de su terapia. 2. Organiza al cliente las actividades de terapia. 3. Instruye al cliente sobre el desempeño. 4. Retroalimenta al cliente sobre el desempeño.
Resolutivo de problemas	Facilita el pensamiento pragmático y resolver dilemas, esbozando las opciones, lo que plantea y cuestiones estratégicas y proporcionar oportunidades para el pensamiento comparativo o analítico.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Facilita al cliente identificar.... 2. Facilita al cliente comparar.... 3. Facilita al cliente contrastar.... 4. Facilita al cliente analizar.... 5. Facilita al cliente evaluar....

Shisuko Arpico Gue Korzumi
 Ceed Prof 8731023
 S.C.K.

**CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y ESTILOS PERSONALES PARA LA INTERACCIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL
SEGUN EL MODELO DE RELACION INTECCIONAL DE TAYLOR 2008**

Defensor	Asegura que los derechos del cliente se cumplan y los recursos estén asegurados, puede requerir al terapeuta ser un mediador, facilitador, negociador, ejecutor o cualquier otro tipo de rol con las personas y organismos externos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informa al cliente.... 2. Señala al cliente.... 3. Indica al cliente.... 4. Exhorta al cliente.... 5. Ofrece al cliente.... 6. Facilita al cliente.... 7. Ayuda al cliente.... 8. Sugiere al cliente....
Colaborador	Espera que el cliente sea participante activo, garantiza la elección, la libertad y la autonomía en la mayor medida posible.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interroga al cliente en qué grado participa en su terapia.... 2. Interroga al cliente en qué grado es libre de tomar decisiones para su terapia.... 3. Interroga al cliente en qué grado elige acciones para su terapia.... 4. Propone al cliente una opción para que participe.... 5. Recuerda al cliente sus experiencias y preguntar como desearía participar.... 6. Involucra al cliente sobre estrategias a probar.... 7. Promueve al cliente a participar.... 8. Reflexiona en el cliente si es mejor participar....
Empírico	Trata de entender los pensamientos, sentimientos y comportamientos del cliente, mientras se suspende cualquier tipo de juicio, asegurarse de que el cliente verifica y experimenta la comprensión/entendimiento del terapeuta como algo verídico/sincero y válido.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconoce los pensamientos, sentimientos y comportamientos del cliente.... 2. Expresa pensamientos, sentimientos y comportamientos iguales a los del cliente.... 3. Interesa los pensamientos, sentimientos y comportamientos del cliente....
Alentador	Aprovecha la oportunidad de infundir esperanza en un cliente o el comportamiento a través del refuerzo positivo. Transmitir una actitud de gozo, alegría y confianza.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recuerda al cliente situaciones para infundir esperanza.... 2. Destaca en el cliente su tenacidad, fortaleza, disciplina, perseverancia, logro, optimismo, etc.... 3. Transmite en el cliente confianza.... 4. Pedirle al cliente oportunidad....
Instructor	Organiza con cuidado las actividades de terapia, ser explícito con el cliente sobre el plan la secuencia y los eventos de la misma. Proporcionar instrucciones claras y retroalimentación sobre el desempeño. Establecimiento de límites en las peticiones de un cliente o comportamiento.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explica al cliente su plan, secuencia y eventos de su terapia. 2. Organiza al cliente las actividades de terapia. 3. Instruye al cliente sobre el desempeño. 4. Retroalimenta al cliente sobre el desempeño.
Resolutivo de problemas	Facilita el pensamiento pragmático y resolver dilemas, esbozando las opciones, lo que plantea y cuestiones estratégicas y proporcionar oportunidades para el pensamiento comparativo o analítico.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Facilita al cliente identificar.... 2. Facilita al cliente comparar.... 3. Facilita al cliente contrastar.... 4. Facilita al cliente analizar.... 5. Facilita al cliente evaluar....

L.T.O. Laura Johana Jimenez Arellano
C.P. 08730559 

Anexo 3

Integración Aleatoria de Casos e ítems “Cuestionario de Autoevaluación del Perfil del Terapeuta Ocupacional Mexicano” (CAPTOM)

Número	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	
de	(Aleatorio)	(Aleatorio)	(Aleatorio)	(Aleatorio)	(Aleatorio)	(Aleatorio)	
9	(1)	Empático (01)	Alentador (02)	Instructor (03)	Resolución de problemas (04)	Colaborador (05)	Defensor (06)
5	(2)	Defensor (07)	Instructor (08)	Alentador (09)	Empático (10)	Resolución de problemas (11)	Colaborador (12)
3	(3)	Resolución de problemas (13)	Empático (14)	Alentador (15)	Colaborador (16)	Instructor (17)	Defensor (18)
10	(4)	Alentador (19)	Empático (20)	Defensor (21)	Resolución de problemas (22)	Instructor (23)	Colaborador (24)
6	(5)	Resolución de problemas (25)	Defensor (26)	Alentador (27)	Colaborador (28)	Empático (29)	Instructor (30)
1	(6)	Colaborador (31)	Alentador (32)	Defensor (33)	Empático (34)	Instructor (35)	Resolución de problemas
4	(7)	Alentador (37)	Defensor (38)	Instructor (39)	Colaborador (40)	Resolución de problemas (41)	Empático (42)
7	(8)	Alentador (43)	Instructor (44)	Resolución de problemas	Defensor (46)	Empático (47)	Colaborador (48)
8	(9)	Empático (49)	Resolución de problemas	Instructor (51)	Colaborador (52)	Defensor (53)	Alentador (54)
2	(10)	Alentador (55)	Resolución de problemas	Defensor (57)	Colaborador (58)	Empático (59)	Instructor (60)

Anexo 4

Índices de discriminación del “Cuestionario de Autoevaluación del Perfil del Terapeuta Ocupacional Mexicano” (CAPTOM)

Modo	ítem	Índice de discriminación	Modo	ítem	Índice de discriminación
Empático	i01	0.682	Resolutivo de problemas	i04	0.933
	i10	0.969		i11	0.538
	i14	0.444		i13	0.938
	i20	0.731		i22	0.650
	i29	0.600		i25	0.680
	i34	0.938		i36	0.926
	i42	0.808		i41	0.969
	i47	0.833		i45	0.696
	i49	0.727		i50	0.720
i59	0.500	i56	0.815		
Alentador	i02	0.900	Colaborador	i05	0.852
	i09	0.933		i12	0.808
	i15	0.731		i16	0.696
	i19	0.760		i24	0.778
	i27	0.813		i28	0.609
	i32	1.000		i31	0.970
	i37	0.893		i40	0.889
	i43	0.840		i48	0.970
	i54	0.786		i52	0.760
i55	0.760	i58	0.650		
Instructor	i03	0.970	Defensor	i06	0.444
	i08	1.000		i07	0.652
	i17	0.966		i18	0.682
	i23	0.808		i21	0.731
	i30	0.579		i26	0.739
	i35	1.000		i33	1.000
	i39	0.935		i38	0.611
	i44	0.969		i46	0.900
	i51	0.760		i53	0.815
i60	0.778	i57	0.550		

Anexo 5

“Cuestionario de Autoevaluación del Perfil del Terapeuta Ocupacional Mexicano” (CAPTOM) Solis, R., Ramos, G., (2017).

“CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN DEL PERFIL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL MEXICANO” (CAPTOM)

INVITACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Estimad@ terapeuta ocupacional:

El presente cuestionario está destinado a identificar su perfil como terapeuta ocupacional.

El cuestionario está constituido en tres partes.

- Consentimiento informado
- Datos socio-demográficos
- Encuesta con 10 casos resumidos, donde debe seleccionar una calificación en cada uno de los 6 ítems (estos casos que ya fueron validados por un panel de 6 expertos en cuanto a su validez de criterio y contenido).

Es importante mencionar que no es un examen de conocimientos, ya que todos los ítems son igualmente válidas y beneficiosas para los pacientes, solo que hay diferentes modos de abordaje.

SI NO TIENES TIEMPO DE CONTESTAR EL CUESTIONARIO DE UNA SOLA VEZ PUEDES REGRESAR LAS VECES QUE LO REQUIERAS CON EL MISMO LINK Y CONTINUAR HASTA TERMINAR

¡Agradezco de antemano su participación!

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse con el investigador responsable: al correo electrónico elperfildelestomexicanos@gmail.com

1. Por este medio doy mi consentimiento para participar en este estudio de investigación

Sí acepto No acepto

A continuación, encontrará una serie de casos de los cuales se desprenden enunciados a los que usted debe de contestar.

Más allá de que su desempeño profesional varíe según los casos presentados, *todos los ítems asignados a cada caso pueden ser igualmente beneficiosos, solo son diferentes formas de abordar un mismo desafío, por favor responda como si estuviera enfrentando las situaciones descritas en su práctica diaria.*

Califique en cada caso los 6 ítems asignados (todos son igualmente beneficiosos) de acuerdo a lo que usted considere sería su forma de actuar, es decir un puntaje mayor a la que consideraría primero sería más probable que usted realizara y un puntaje menor a la que consideraría después o menos probable y así consecutivamente, hasta terminar de calificar todas las preguntas de todos los casos.

No hay calificaciones buenas o malas ya que diferentes modos terapéuticos pueden ser igualmente beneficiosos y la selección más espontánea del ítem es la más valiosa.

Por favor no deje ninguna pregunta sin responder.

Cómo responder:

1 en la escala **significa su total desacuerdo.**

7 en la escala **indica que usted está totalmente de acuerdo.**

2, 3, 4, 5, 6, números intermedios reflejan matices o grados de acuerdo o desacuerdo con su preferencia de modo (s).

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

Caso 1.

El Sr. José tiene 77 años, es casado, es taxista, tiene lateralidad derecha, vive en la Ciudad de México, en un departamento propio en el segundo piso, tiene dificultad para subir escaleras, fue diagnosticado hace 20 años de diabetes mellitus y está en tratamiento con metformina, ha sido fumador durante 30 años a razón de 15-20 cigarros al día, alcoholismo ocasional.

Diagnóstico; Síndrome doloroso lumbar crónico no sistematizado probable canal lumbar estrecho, que condiciona limitación leve para la marcha con claudicación a expensas de miembro pélvico derecho, pero que no condiciona para las actividades de la vida diaria.

Inició hace 2 años con dolor en región lumbar sin razón aparente, presentando remisiones y exacerbaciones, valorado en ortopedia el 30 de mayo del presente en donde descartan tratamiento quirúrgico, a la inspección columna lumbar no hay puntos dolorosos, tiene arcos de movilidad completos para flexión, dolorosos para extensión, miembros pélvicos con puntos dolorosos en los isquiotibiales, arcos de movilidad completos, actualmente refiere dolor lumbar que se irradia a miembro pélvico derecho, con parestesias, de tipo inespecífico e intensidad moderada, intermitentes de predominio vespertino y sin relación con actividades que lo exacerben o disminuyan, es independiente total en actividades de vida diaria de aseo, vestido, alimentación transferencias y traslados, se explicó a la persona su diagnóstico, pronóstico y tratamiento de patología actual. Plan de tratamiento alta de la unidad con programa de casa de terapia ocupacional para higiene articular de columna.

El Sr. José acude a terapia, pero le dice al terapeuta que el realmente tenía esperanzas en la cirugía y que no cree que la terapia funcione.

El terapeuta ocupacional, procede de la siguiente forma:

1. Le dice al Sr. José que entiende que después de tanto tiempo con dolor, crea que ya no se le quitará, pero, lo alienta a platicar con otras personas, que ya se encuentran en fase de recuperación

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

2. Alienta al Sr. José a aprovechar la oportunidad para aprender la forma de mantenerse bien y le dice que la cirugía no es la única manera de lograrlo.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

3. Instruye al Sr. José sobre que, aunque le hubieran realizado la cirugía igual hubiera requerido la terapia, y le explica cómo funciona el programa de casa, y sus beneficios, paso por paso y responde a las preguntas del Sr. José

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

4. Invita al Sr. José antes de iniciar la terapia a conocer el área de terapia ocupacional, mientras le explica lo que está haciendo cada persona y les van preguntando ¿cómo les ha ido con la terapia? y si les ha disminuido el dolor con la terapia.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

5. Propone al Sr. José, trabajar de entre 3 y 4 sesiones para que aprenda la forma de realizar su terapia y su secuencia y que, si no desea continuar, le entregará el programa por escrito después de verificar que puede realizarlo solo.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

6. Asegura al Sr. José que él tiene derecho a este servicio, que es benéfico y que no todas las personas tienen derecho a estos servicios, por lo que le sugiere que lo aproveche, ya que realmente lo necesita.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

Caso 2.

Elizabeth tiene es una niña de 4 años 8 meses de edad, es hija única su papá tiene 26 años y es auxiliar de contabilidad y su mamá de la misma edad actualmente es ama de casa. Elizabeth tiene antecedentes de discapacidad intelectual por rama paterna y de síndrome convulsivo por rama materna.

Fue enviada por la escuela al Centro de Rehabilitación para evaluación y tratamiento, tiene un diagnóstico inicial de posible trastorno del espectro autista y problemas de integración sensorial. Elizabeth fue canalizada a terapia ocupacional para entrenamiento de actividades de autocuidado y valoración sensorial, durante la valoración los padres refieren dificultades en tres áreas: atención dispersa en todas las tareas, lenguaje ecológico (repite lo que se le dice) y sociales para interactuar con sus pares en la escuela (permite que se acerquen pero actúa como si no estuvieran ahí), tampoco realiza juegos cronológicamente apropiados, parece no poder organizar su juego con un propósito diferente al de movimientos rápidos y estereotipados, no explora objetos sino a palmetazos o con la punta de los dedos (es torpe en actividades que requieren de pinza fina, por lo que es dependiente en actividades como: el uso de la cuchara, lavarse los dientes etc. y la velocidad con que realiza estas actividades está por debajo del promedio, no se observó impulsividad ni llanto, pero es referida por los padres y en especial en situaciones donde se realiza un cambio de actividad o ante situaciones novedosas pero no se observa alteración sensorial.

Los padres de Elizabeth se observan muy ansiosos durante la evaluación y cuando la niña no puede hacer algo, no pueden evitar ayudarla para que lo haga y al final preguntan sobre los resultados de la evaluación y sobre las posibilidades de su hija para comportarse como cualquier otro niño en la escuela.

El terapeuta ocupacional, procede de la siguiente forma:

7. Sugiere a los padres de Elizabeth hablar con el médico tratante y comentarle sus inquietudes y que con base en la evaluación del equipo de rehabilitación les informe si se confirma el diagnóstico inicial o no y las acciones a seguir.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

8. Explica a los padres de Elizabeth en qué consiste la evaluación, los principales hallazgos y que es una forma de determinar, junto con ellos, que ocupaciones se van a trabajar primero.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

9. Transmite a los padres de Elizabeth confianza de que lo importante, es que ya está en tratamiento y que cada niño es diferente.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

10. Expresa a los padres de Elizabeth que es normal que se preocupen por su hija y que poco a poco van a observar y a aprender como apoyar la terapia de la niña en casa y observar los resultados.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

11. Les proporciona a los padres de Elizabeth los datos de un Centro que atiende a niños con autismo y les dice que en su opinión deberían acudir allá por una segunda opinión.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

12. Comenta a los papás que para responder estas preguntas se requiere concluir la evaluación de todos los integrantes del equipo y que aprovechen su próxima consulta para preguntar a su médico tratante sobre los resultados y su pronóstico.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

Caso 3.

La Sra. Rosy tiene 52 años y vive en asilo desde los 27, ella presentó neurocisticercosis a los 22 años y tuvieron que someterla a dos cirugías cerebrales una para eliminar los cisticercos que según lo refiere tenían el tamaño de chicharos y otra para colocarle una válvula de derivación, después de eso presento cuadriparexia espática y como tenía 2 hijas pequeñas y era totalmente dependiente y su esposo salía a trabajar, una monja que supo de su problemática la invitó a vivir al asilo, ella lo platicó con su esposo y de común acuerdo decidieron que era lo mejor para todos y se fue a vivir al asilo desde entonces, aunque no perdió contacto con su familia y la visitan (su esposo ya murió).

Hace 4 años la Sra. Rosy presentó cáncer de mama y le realizaron mastectomía completa del seno derecho y de 16 nódulos, y a su egreso del hospital, le recomendaron que no realizara esfuerzos ni cargara cosas por cuatro meses y que usara una malla en el brazo derecho para evitar el linfedema, después de esto, ella requirió más ayuda para sus actividades de higiene y vestido y perdió habilidades y fuerza sobre todo en su brazo izquierdo, aunque aún puede trasladarse en su silla de ruedas por sí misma, alimentarse sola y subir y bajar por el elevador con ayuda, en el asilo decidieron trasladarla a otro piso en donde están las personas que requieren mayor apoyo, pero ella dice que no sabe qué hacer, pues donde esta tiene una habitación para ella sola y algunas comodidades que se van a quedar ahí y en el otro piso tendrá que esperar menos por apoyo para sus actividades de higiene, pero compartirá la habitación y el resto de la personas que están ahí son muy grandes de edad e interactúan poco porque tienen problemas sensoriales, motores y demencia importantes.

El terapeuta ocupacional, procede de la siguiente forma:

13. Le facilita a la Sra. Rosy hacer un análisis de las ventajas contra desventajas del cambio, que vaya a conocer el piso en donde estará y al personal del mismo y le ofrece preguntar si existen otras opciones.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

14. Le dice a la Sra. Rosy que entiende que los cambios son difíciles y le pide que le comente si se enteró por una fuente fidedigna del cambio y de las condiciones del nuevo piso.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

15. Recuerda a la Sra. Rosy que ella ha pasado por cosas muy difíciles en su vida y siempre se ha adaptado y que esta situación puede ser temporal en lo que recupera sus habilidades a través de la terapia.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

16. Le pregunta a la Sra. Rosy si se puede comprometer a realizar sus actividades terapia ocupacional, pero varias veces al día, para agilizar el proceso su recuperación de fuerza y habilidades que tenía antes de cáncer y evitar el cambio.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

17. Explica a la Sra. Rosy que efectivamente tendrá que esperar menos para que la ayuden en sus actividades de higiene y contará con más apoyo y atención especializada lo que puede prevenir caídas y riesgos para ella y que aún puede visitar sus compañeras del otro piso o bajar al comedor.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

18. Ofrece a la Sra. Rosy concertarle una cita con la responsable del piso en el que está actualmente, para indagar más sobre su cambio y en su caso negociar sobre esto.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

Caso 4.

La Sra. Leticia tiene 59 años de edad, diagnóstico de disfunción musculoesquelética del hombro derecho secundaria a pinzamiento subacromial, tendinitis del supraespinoso y porción larga del bíceps braquial lo que condiciona dolor persistente y limitación funcional de hombro derecho que interfiere en sus AVDH logrando ser independiente a expensas de realizar sus actividades con el miembro torácico izquierdo y tiene un pronóstico reservado para la evolución del hombro derecho.

Manejo: alta de rehabilitación, pasa a enseñanza en terapia ocupacional sobre técnicas de desensibilización, sesoperceptuales, propioceptivas y funcionales de hombro derecho.

La persona se presenta a terapia, pero cada vez que el terapeuta va a iniciar alguna actividad la Sra. Leticia se retira y dice que tiene miedo al dolor.

¿, procede de la siguiente forma:

19. Alienta a la Sra. Leticia a darse la oportunidad para que el dolor disminuya y mejore el funcionamiento de su hombro y le dice que aún tiene muchas cosas por hacer.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

20. Le dice a la Sra. Leticia que entiende que después de tanto tiempo con dolor, tema y aleje su brazo, cuando todavía ni la toca, que es una reacción parecida a cuando se ha producido una quemadura, pero si le parece bien tratará de manera muy consciente de no mover el hombro lo más que pueda tolerar mientras le está aplicando la terapia y cuando lo necesite pedirá un momento de descanso.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

21. Ofrece a la Sra. Leticia, comenzar en el lugar distante en donde se produce poco dolor e ir acercando el estímulo a la zona dolorosa y detenerse en cuando ella se lo solicite y luego volver a empezar en este mismo esquema.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

22. Le pide apoyo a otra persona que tenía el mismo problema que la Sra. Leticia y que ya está en la fase final de recuperación, para que le muestre lo que ya puede hacer y conteste sus preguntas.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

23. Instruye a la Sra. Leticia y le explica cómo funciona el tratamiento y le propone que al iniciar soporte un poco de tiempo el dolor y que cuando se intensifique, levante la mano y entonces detendrá la estimulación, le dará un momento para reponerse y lo volverán a empezar con este mismo esquema hasta que poco a poco se vaya mejorando y ya no sea necesario detenerse.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

24. Ofrece Sra. Leticia, enseñarle la técnica de estimulación y que al comienzo sea ella misma quien estimule la zona dolorosa a tolerancia y con la asesoría de usted y poco a poco vayan aumentando la zona y la intensidad.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

Caso 5.

Luis es un bebe de 1 año con 8 meses de edad, es el tercero en nacer de un embarazo de triates, nacidos por cesárea en parto programado a los 8 meses, su papá tiene 35 años y su mama 33 años, ambos son abogados, la mamá se dedica al hogar desde el nacimiento de los bebes, con la ayuda de su cuñada. La mamá de Luis notó que a los tres meses que a Luis no lo despertaban los mismo ruidos que a sus hermanos y también observó conductas diferentes a las de sus hermanos como dormir mucho, ser muy tranquilo y hasta pasivo y que no emitía vocalizaciones , acudió a consulta con un audiólogo particular, quien le solicito estudios de potenciales evocados y le diagnóstico hipoacusia bilateral severa y lo canalizó a rehabilitación, donde lo envían a terapia ocupacional para entrenamiento de actividades de autocuidado y estimulación sensorial, durante la valoración, la terapeuta observa que Luis no tiene respuesta auditiva a ningún sonido ni tono, pero si respuesta al resto de estímulos.

Un día durante la terapia la mamá de Luis le dice al terapeuta, que está muy contenta porque acudió con otro audiólogo en donde le hicieron a Luis una audiometría y le prescribieron auxiliares auditivos en ambos oídos al mismo tiempo, también le dice que está feliz y al mismo tiempo preocupada porque los dos auxiliares cuestan más de cincuenta mil pesos, pero que espera que eso va a ayudar mucho al desarrollo de Luis y le pregunta al terapeuta ocupacional su opinión al respecto.

El terapeuta ocupacional, procede de la siguiente forma:

25. Le dice que el diagnóstico de Luis se estableció con base en el estudio de potenciales evocados realizados a Luis, en los cuales no se encontró respuesta de Luis a los estímulos. Por lo cual le sugiere platique con su médico en rehabilitación o busque una segunda opinión con otro audiólogo antes de realizar la compra de los auxiliares auditivos.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

26. Ofrece a la mamá de Luis, los datos del Instituto de Audiología, del Hospital Infantil de México o de un Audiólogo de confianza para tener una segunda opinión.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

27. Felicita a la mamá de Luis y le dice que sería fabuloso ver los cambios que Luis puede tener con los auxiliares auditivos.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

28. Propone a la mamá de Luis, elaborar un programa para trabajar en la estimulación y discriminación auditiva, para potenciar el resultado de los auxiliares auditivos.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

29. Comparte la emoción a la mamá de Luis por tan buenas noticias y le pide que le comente un poco más de los resultados esperados al adaptar los auxiliares a Luis.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

30. Instruye a la mamá de Luis, sobre que en lo general cuando se hacen estas adaptaciones, se pone un auxiliar primero y dependiendo de los resultados y la adaptación se decide adaptar el otro o no.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

Caso 6.

Alicia es una niña de 5 años con seis meses, cuya familia se integra por su padre de 38 años, su mamá de 35 años, ambos son profesionales y la madre se dedica al hogar, tiene una hermana de 9 años que estudia primaria y dos hermanitos gemelos de 2 años y seis meses.

Alicia presentó retinoblastoma en su ojo derecho al año cinco meses de edad y le realizaron la enucleación de ese ojo (cirugía para retirar el ojo completo), posteriormente mientras estudiaba preprimaria a los 5 años y cuatro meses le diagnosticaron retinoblastoma, ahora en el ojo izquierdo, por lo que se le realizó la enucleación del otro ojo, estuvo mes y medio en recuperación y fue referida para su rehabilitación como persona ciega.

Actualmente es atendida en el centro de rehabilitación, en donde el terapeuta ocupacional aplica técnicas de rastreo y desplazamiento con protecciones alta y baja sin guía vidente y técnica de desplazamiento con guía vidente durante dos semanas, de las cuales ha concluido la primera. Sus papás están de acuerdo con este plan y está funcionando. Hoy, sin embargo, la mamá de Alicia está nerviosa y refiere que se siente incómoda, hecho que percibe el Terapeuta.

El terapeuta ocupacional, procede de la siguiente forma:

31. Propone a la mamá que participe con Alicia en las sesiones de terapia para la enseñanza de la técnica de rastreo y desplazamiento con protecciones con guía vidente.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

32. Destaca a la mamá de Alicia lo bien que la técnica ha estado resultando, en especial al término de la segunda semana.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

33. Ofrece a la madre de Alicia información de un grupo de apoyo para padres, que se centra en la técnica que está utilizando, para una opinión desde la perspectiva de los padres.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

34. Reconoce que la mamá de Alicia puede tener algunas preocupaciones sobre la técnica y le solicita que le externe más sobre lo que está haciéndola sentir incómoda.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

35. Instruye a la madre de Alicia acerca de la técnica de rastreo y desplazamiento usada y le pide que cierre los ojos y le demuestra cómo aplicarla, pidiéndole la use junto con usted para desplazarse por el área de terapia ocupacional hasta que note que la técnica es sencilla y que no hace ningún daño.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

36. Facilita a la mamá de Alicia folletos en los que se señalan otras técnicas de rastreo y desplazamiento para discutir los pros y los contras de cada opción con ella.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

Caso 7.

El Sr. Martínez tiene 70 años de edad, en septiembre de 2015 le fue diagnosticada demencia vascular, la que afectó su memoria a corto plazo y lenguaje, tiene dificultad para recordar y pedir objetos familiares por su nombre y dificultad moderada para realizar tareas que solían ser fáciles para él (lo que él hizo por 40 años) como la administración de sus restaurantes en la ciudad de México y su dinero, El Sr. Martínez es de nacionalidad Argentina (sus padres y su familia viven allá), su profesión es la de Chef, es soltero y sin hijos, su condición socioeconómica es alta y vivía solo en casa propia. Posterior a los eventos que afectaron su salud quedó al cuidado del único hermano que vive en México, quien se hizo responsable de todas sus actividades económicas, así como de los bienes y propiedades que posee, el Sr. Martínez estuvo asistiendo a un centro de rehabilitación por dos meses, en los que notó cambios favorables en su memoria y lenguaje, pero abandonó el tratamiento por cambio de residencia a debido a que a su hermano vive en Puebla le es imposible cuidarlo desde otra ciudad. Sin embargo, a su llegada fue enviado a una estancia para personas de la tercera edad para recibir asistencia por parte de enfermeras y voluntarios.

El Sr. Martínez es de carácter tranquilo y amable, con tendencia a la tristeza por la ausencia de su familia, extraña cocinar, bailar y hacer nuevas recetas, así que por iniciativa propia buscó en el directorio telefónico el número de una terapeuta ocupacional y le comentó todo lo anterior y que quiere volver a tomar terapia, pero que su hermano no está de acuerdo.

El terapeuta ocupacional, procede de la siguiente forma:

37. Ofrece al Sr. Martínez integrarse a terapia con un grupo de adultos mayores con el que el terapeuta trabaja una vez a la semana.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

38. Ofrece al Sr. Martínez pasar a dejarle un material con los derechos de las personas de la tercera edad y la dirección y teléfono de la Comisión de Derechos Humanos en el Estado.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

39. Instruye El Sr. Martínez acerca de las ventajas de la terapia ocupacional en personas con demencia, la terapia a domicilio y los programas de casa y le sugiere que comente esto con su hermano y le da su tarjeta, para que si su hermano quiere visiten el área de terapia y reciban una explicación más amplia.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

40. Propone al Sr. Martínez una aprovechar su experiencia en gastronomía, impartiendo clases de comida sana a un grupo de adultos mayores diabéticos que se reúnen quincenalmente en el área de terapia ocupacional.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

41. Le lleva información de los centros que prestan servicios de rehabilitación integral en la zona donde está la casa para las personas de la tercera edad en la que vive actualmente y de grupos de tercera edad con “programas de día”, donde podrá conocer a otras personas y compartir con ellas las actividades que allí realizan.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

42. Reconoce que es triste estar lejos de su familia y dejar de hacer las cosas que realizó por tantos años y le pide que le comente sobre las cosas que todavía puede hacer y disfruta.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

Caso 8.

La Sra. Luisa tiene 73 años de edad, con diagnóstico de disfunción músculo esquelética cérico dorso lumbosacra secundaria a espondilo artrosis, y canal lumbar estrecho, condicionante de síndrome doloroso, es portadora de osteoartrosis primaria generalizada, enfermedad metabólica ósea con antecedentes de cirugía ginecológica, proctológica y ocular. Presenta marcha asistida por familiares y por bastón, ampliando su base de sustentación, con predominio del apoyo total, y aumento en las curvatura lordótica cervical y cifótica dorsal, columna cervical con arco de extensión limitado y logro de rotación y flexión de manera gentil, miembros torácicos, con arcos de movilidad completos en forma pasiva y sin dolor, sensibilidad conservada, sin puntos álgidos, con logro de sus AVDH independientes y totales, incontinencia vesical e intestinal ocasional. Con riesgo cardiovascular y riesgo en caídas, no condiciona al momento discapacidad, pronóstico muy reservado.

Manejo: uso de corsé talle largo con tirantes y varilla flexible posterior. Se le indica el alta de rehabilitación, se sugiere atención por geriatría y que pase a terapia ocupacional para higiene de columna, corrección de postura, técnicas desensibilización área cervicobraquial, dorso lumbosacra y de las 4 extremidades, sensoperceptuales, propioceptivas y funcionales de tronco, miembros torácicos y pélvicos, técnicas vestibulares.

La Sra. Luisa acude a terapia y a la cuarta sesión le dice al terapeuta que, con el tiempo y las dificultades del transporte, cree que, en vez de mejorar, está empeorando el dolor y está más cansada.

El terapeuta ocupacional, procede de la siguiente forma:

43. Mientras trabaja con la Sra. Luisa aprovecha la oportunidad de infundirle esperanza a través del refuerzo positivo.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

44. Le proporciona instrucciones claras de cómo funcionan las técnicas en su beneficio y le da retroalimentación sobre que, al terminar las sesiones de enseñanza, puede aplicar lo aprendido en casa cada vez que las necesite.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

45. Facilita a la Sra. Luisa a analizar los resultados del tiempo y las dificultades del transporte de asistir a su terapia y los resultados y posibilidades de acudir en forma más espaciada o dejar de asistir a terapia.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

46. Sugiere a la Sra. Luisa que acuda al área de trabajo social del centro para explicar su problema y preguntar sobre la posibilidad de apoyo con transporte de ambulancia o algún otro.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

47. Reconoce que el tiempo y las dificultades del transporte pueden estarle ocasionando la persistencia del dolor, pero que esto es temporal y el aprendizaje de las técnicas le reportara beneficios en casa, y le dice que lo valore para tomar su decisión de continuar o no asistiendo a terapia ocupacional.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

48. Propone a la Sra. Luisa elaborar un material de apoyo por escrito y con dibujos, para que el aprendizaje se realice de forma más rápida y después haga sus ocupaciones en casa en la forma apropiada.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

Caso 9.

El Sr. Liborio tiene 47 años de edad, radica en la ciudad de México, es casado y con escolaridad de secundaria, cuenta con casa propia con todos los servicios, con antecedentes de trabajar en empaquetado de equipo. Es enviado por el servicio de ortopedia y traumatología al área de rehabilitación con el diagnóstico secuelas de post operatorio de ligamento anterior cruzado, condroplastía térmica, meniscoplastía de rodilla izquierda por vía artroscópica, gonalgia secundaria, discapacidad moderada para funciones de marcha.

Radiografías de rodilla AP. y laterales: esclerosis subcondral, espinas tibiales crecidas, con cuerpos libres y osteofitos marginales con predominio en el lado izquierdo (Gonartrosis grado III), pronóstico bueno para la vida y se espera parcial mejoría de la función.

Plan de tratamiento: Se indica uso de bastón duraluminio de con 4 puntos de apoyo en miembro torácico izquierdo y uso de calzado tipo botín.

En terapia ocupacional, enseñanza de ocupaciones significativas para favorecer la funcionalidad de cadera, rodillas y tobillos.

El Sr. Liborio acude con regularidad a terapia y participa activamente, pero cuando se acerca la fecha de su alta, se nota ansioso y preocupado y al preguntarle el motivo, el Sr. Liborio dice al terapeuta, que tiene temor de regresar a su trabajo y de no poder realizarlo en la forma requerida a causa de dolor o cansancio, ya que estuvo mucho tiempo sin trabajar.

El terapeuta ocupacional, procede de la siguiente forma:

49. Expresa al Sr. Liborio que es normal que se preocupe pero que en cuanto regrese a su trabajo, se va a sentir en su elemento y la práctica diaria, pronto le devolverá la velocidad que necesita para realizar su trabajo.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

50. Le propone al Sr. Liborio que el resto de las sesiones realicen una simulación con la secuencia de movimientos y el tiempo que debe tomarle cada empaque para que él pueda corroborar que la secuencia es la misma y verificar su velocidad.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

51. Le explica el Sr. Liborio que las actividades que ha estado realizando son las básicas que el necesita para realizar su trabajo y que fue por esa razón que al inicio de la terapia le estuvo preguntando sobre qué equipo empaquetaba y como lo empaquetaba y que, si siente cansancio, puede tomarse un tiempo para ir al baño y regresar.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

52. Comenta con el Sr. Liborio la posibilidad de que el repita por la tarde la secuencia de movimientos de simulación del trabajo que hace en terapia, realizando estos, pero aumentando el tiempo de labor según su resistencia, lo que le permitirá prepararse para a su regreso al trabajo y una rápida adaptación.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

53. Informa al Sr. Liborio que antes del alta, el médico rehabilitador, revisa las notas de terapia y realiza una revaloración para determinar si está en condiciones de volver al trabajo.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

54. Transmite al Sr. Liborio confianza de que los movimientos más importantes para su trabajo y la fuerza necesaria ya la tiene y que poco a poco se le hará más fácil trabajar la jornada laboral completa.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

Caso 10.

Gabriel es un niño de 10 meses de edad, cuya familia está integrada por su padre de 42 años (vigilante en un laboratorio, y obtiene ganancias extras lavando coches) su madre de 38 años (es Licenciada en Enfermería Obstétrica y se dedica al hogar), una hermana de 20 años (Licenciada en Comunicación), soltera, empleada y madre de una menor de 1 año 10 meses y un hermano de 17 años (estudiante de bachillerato).

Gabriel, presentó desarrollo normal hasta los 5 meses de edad en la que tuvo un traumatismo craneoencefálico, que le ocasionó un hematoma subdural. Fue manejado con craneotomía descompresiva y a su egreso hospitalario había perdido todas las habilidades que ya tenía y fue canalizó a terapia ocupacional con un diagnóstico cuadriplejia por daño neurológico, en la valoración el terapeuta observa que Gabriel reconoce caras, hace vocalizaciones de agrado o desagrado, se ríe cuando lo mueven o le hacen algo que le gusta y participa en la alimentación, aunque tiene problemas de fuga de líquidos y sialorrea.

La mamá de Gabriel refiere a la terapeuta que sus expectativas son que él pueda comer un poco más rápido, comunicar mejor necesidades o molestias y que empiece a sostener su cabeza y usar poco a poco sus manos y que por eso lo está llevando a dos centros de Rehabilitación, aunque estén muy alejados entre sí, ya que ha visto avances aunque lentamente, pero le cuesta pasarse la semana viajando con Gabriel de un centro a otro y no sabe qué hacer porque descuida al resto de la familia, también dice que se siente cansada en su trabajo en la noche, pero que no puede dejarlo porque gasta mucho en pasajes y alimentos de la familia y las terapias.

El terapeuta ocupacional, procede de la siguiente forma:

55. Explica a la madre de Gabriel que podría elegir cualquiera de las dos instituciones a las que asiste (ya que ambas proporcionan buena atención) y que con dos sesiones de terapia que tiene indicadas por semana y el trabajo diario de su programa de casa, tienen el mismo efecto en Gabriel y no requieren de tantos traslados.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

56. Transmite a la mamá de Gabriel la confianza en que su profesión de enfermera la capacita para aplicar bien la terapia de Gabriel en casa, lo que sumado a la terapia en una de las instituciones dará buenos resultados

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

57. Expresa a la mamá de Gabriel que es normal que no sepa que hacer entre el bienestar de Gabriel y la familia, ya que han pasado por cosas muy difíciles en corto tiempo y le pide que le comente un poco más sobre su sentir.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

58. Le proporciona la mamá de Gabriel los datos de un Centro de Rehabilitación más cercano de su domicilio.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

59. Ofrece a la madre de Gabriel hablar con el médico tratante para plantearle el problema y buscar si hay alguna otra alternativa que le puedan proporcionar.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

60. Elabora y entrega a la mamá de Gabriel un folleto con la descripción de las técnicas y dibujos de cómo aplicar la terapia de Gabriel en casa, le demuestra cómo hacerlo, respondiendo a sus preguntas sobre la terapia.

Total, desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total, acuerdo
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------