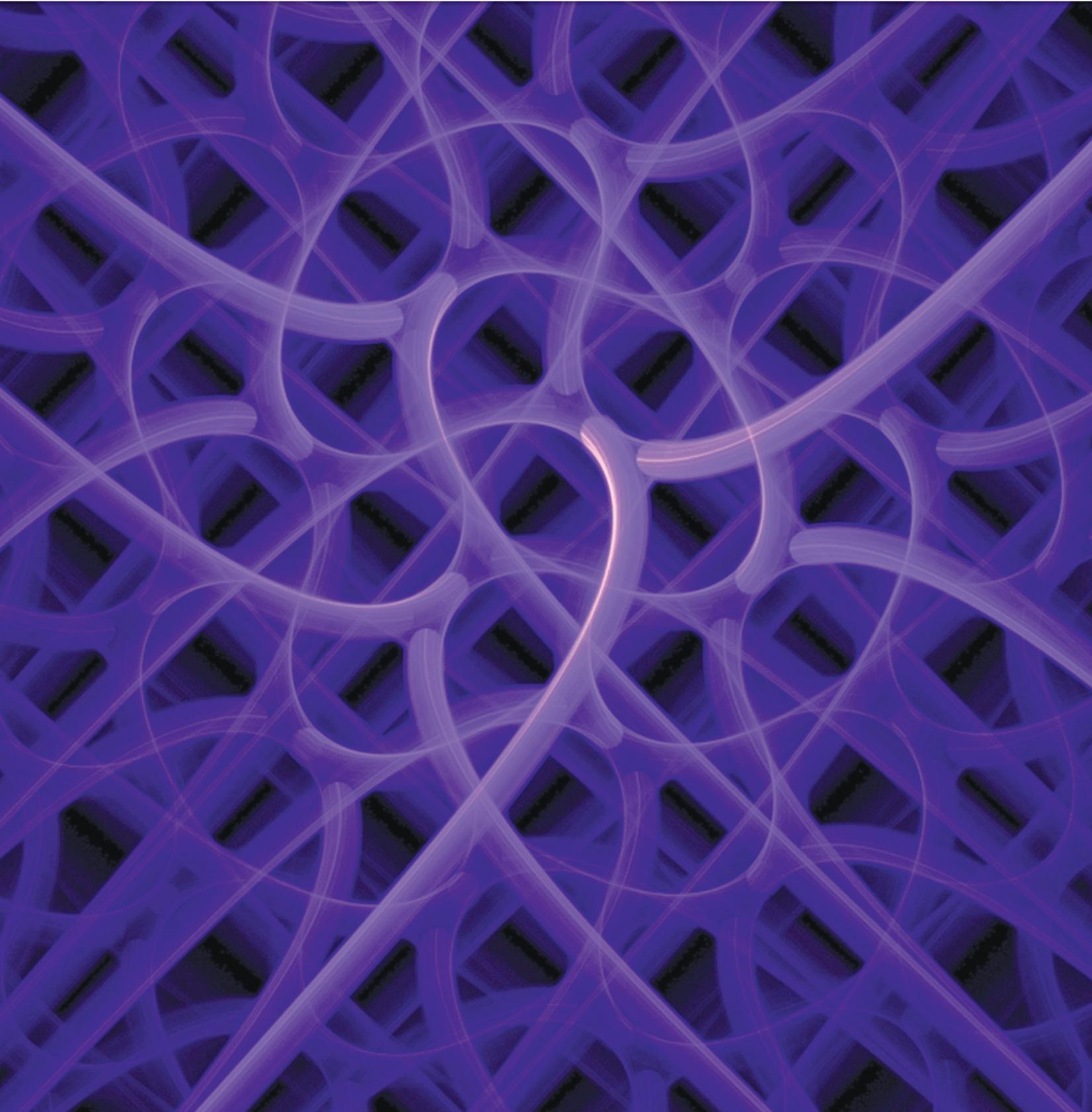


Volumen 4 • Número 1 • Enero 2015

CONEXIO

Revista del Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico



Editor: Luz A. Muñiz Santiago, EdD, MA,
GCG, OTRL

Junta Editora:

Norma Báez Carrasquillo, MA, OTRL

Ruth N. Concepción, MS, OTL

Dyhalma Irizarry Gómez PhD, OTRL, FAOTA

Luz A. Muñiz Santiago, EdD, MA, GCG, OTRL

Lydia Rivera Medina, MS, OTRL, CLT

María Rohena, EdD, MA, OTRL

Rosa Román Oyola, PhD, MEd, OTRL

Diseño e impresión: Print Pro, Inc.

CONEXIO es una publicación del Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico. Se reserva el derecho de aceptar los escritos recibidos, editarlos y hacer correcciones en su estilo y forma. La veracidad de la información y datos sometidos es responsabilidad exclusiva de los autores. El CPTOPR no es responsable por lo expresado en los escritos, visuales, ni en los anuncios publicados. CONEXIO es un medio informativo cuyo fin es la divulgación de información relacionada al campo de la práctica de la terapia ocupacional, por lo cual se exhorta al dialogo entre los colegiados en los temas que se divulgan por este medio.

Para someter escritos dirigirse a:

Dra. Luz A. Muñiz Santiago, Editora

Correo electrónico: luz.muniz1@upr.edu

Correo regular:

Revista CONEXIO

Colegio de Profesionales de Terapia

Ocupacional de Puerto Rico

PO Box 361558

San Juan, PR 00936-1558

Para anuncios:

Tel: (787) 282-6966

Fax: (787) 294-4422

cptopr10@gmail.com

1/4 página = \$50.00

1/3 página = \$75.00

1/2 página = \$90.00

3/4 página = \$125.00

1 página = \$150.00

(arte no incluido)

Los anunciantes son responsables del contenido de los anuncios y el CPTOPR no endosa éstos. Se publican anuncios que estén acorde con el Código de Ética, normas y Reglamento del CPTOPR.

Tabla de Contenido

1

Mensaje de la Presidenta

Norma I. Roig Alicea

Mensaje de la Editora

Luz A. Muñiz Santiago

2

Alcance de la Práctica Profesional de Terapia Ocupacional en Puerto Rico Segunda Parte

Dyhalma Irizarry Gómez, Brenda Castrodad Rodríguez,

Diana M. Cedeño Valdés, Jomary González Velázquez

8

Experiencia de Aprendizaje en Servicio

Arnaldo Cruz

13

El Centro de Estudio y Tratamiento para el Manejo del Miedo y la Ansiedad (CETMA)

Arnaldo Cruz

15

Accesibilidad al Hogar

Elsa Orellano

27

Cuidando de Otros

Damaris Vázquez Acevedo, Luz A. Muñiz Santiago

28

Elegí Hacer la Diferencia

María M. López Cruz

Presidenta



Norma I. Roig Alicea
BS, OT/L
Presidenta CPTOPR
Centro de Rehabilitación
Vocacional, Centro Médico
de Puerto Rico
Centro de Servicios
Relacionados Paso a Paso

Saludos cordiales. Mi nombre es Norma I. Roig Alicea, Presidenta del CPTOPR. Tengo unas raíces profundas ancladas en la profesión de Terapia Ocupacional desde mi infancia. Mis padres, la Sra. Norma Alicea, fue Asistente en Terapia Ocupacional por 34 años en Rehabilitación Vocacional y el Sr. Pedro Roig, Terapeuta Ocupacional, quien laboró por muchos años en el área de salud en el hogar.

Me gradué en el 1992 del Colegio Universitario de Humacao. Ejercí como Asistente en Terapia Ocupacional desde el año 1992 hasta el 2006, en el Centro de Rehabilitación Vocacional, ubicado en los terrenos del Centro Médico de Puerto Rico, y también desde el 1996 hasta el 2006 en una corporación privada ofreciendo servicios a la población de educación especial, lo cual me ha provisto de la perspectiva del servicio desde el ámbito del sector público y del

privado. Culminé mi bachillerato en Terapia Ocupacional en la Universidad de Puerto Rico en Humacao en el año 2005 y continuo trabajando como Terapeuta Ocupacional en ambos tipos de escenarios de servicio.

Deseo aprovechar la oportunidad de esta nueva edición de la revista CONEXIO para presentarme y dejarle saber a todos los colegiados y colegiadas que estoy muy agradecida por esta oportunidad que tengo de poder trabajar para ustedes y con ustedes, para continuar llevando la profesión y a nuestra clase profesional al logro de las metas que como grupo colegiado nos hemos propuesto.

Tengo mucho entusiasmo y muchas ideas, las cuales espero poder realizar, con la colaboración de cada uno de ustedes, a lo largo de estos dos años, en los cuales ocupo la posición de presidenta. Estoy a su disposición para sugerencias y todo lo que ayude a nuestro Colegio a ser mejor cada día.

Editora



Luz A. Muñiz Santiago
EdD, MA, GCG, OTR/L
Presidenta Comisión de
Publicaciones; Catedrática,
Programa de Maestría en
Terapia Ocupacional, Escuela
de Profesiones de la Salud,
Recinto de Ciencias Médicas,
Universidad de Puerto Rico

La revista CONEXIO, constituye el mecanismo idóneo para que los profesionales de terapia ocupacional y otras disciplinas relacionadas que laboran en equipos inter, multi y transdisciplinarios, compartan sus experiencias, enfoques, paradigmas y modelos de intervención innovadores que ayudan a nutrir una práctica profesional reflexiva y crítica.

Esta nueva edición de la revista presenta una variedad de temas de interés para nuestros colegiados, como lo es un estudio que describe las características actuales de la práctica profesional de Terapia Ocupacional en Puerto Rico, en las tres áreas de especialidad, Salud

Mental, Salud Física y Pediatría. Igualmente se comparte un escrito sobre Accesibilidad en el Hogar, que incluye un instrumento diseñado para el avalúo de este concepto, entre otros artículos muy interesantes que reseñan temas variados relevantes al campo de la Terapia Ocupacional.

Te invitamos a examinar el material incluido en esta edición y que te entusiasmes y motives a escribir, y a compartir a través de la revista CONEXIO tu experiencia profesional, ideas, y proyectos de prevención de enfermedad y promoción de la salud, intervención, educación e investigación para que puedan ser divulgadas en una futura edición de esta tu revista profesional CONEXIO.

Alcance de la Práctica Profesional de Terapia Ocupacional en Puerto Rico

Segunda Parte

Dyhalma Irizarry Gómez, Brenda Castrodad Rodríguez, Diana M. Cedeño Valdés, Jomary González Velázquez

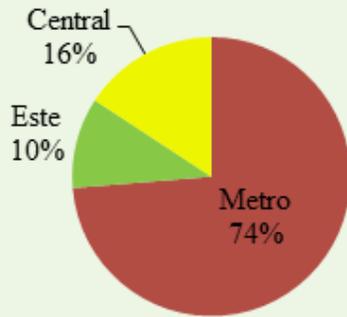


Figura 1. Distribución de los profesionales por regiones en el área de Salud Mental (n=20)

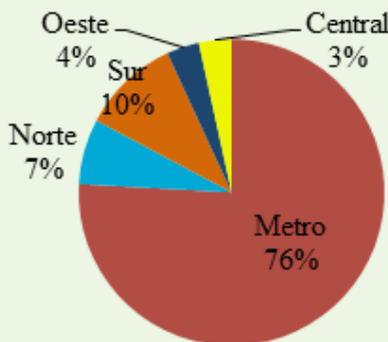


Figura 2. Distribución de los profesionales por regiones en el área de Salud Física (n=31)

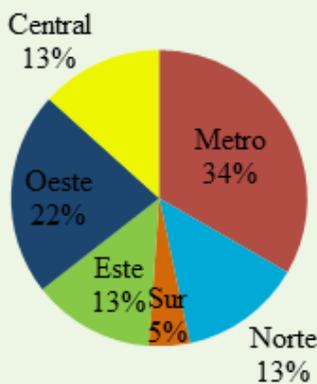


Figura 3. Distribución de los profesionales por regiones en el área de Pediatría (n=49)

Introducción

Este artículo es una continuación del que fue publicado en la edición anterior de esta revista. En el mismo se presentan los resultados principales obtenidos de una investigación que tuvo como propósito describir las características y particularidades de la práctica de Terapia Ocupacional en Puerto Rico, en las áreas de Pediatría, Salud Mental y Salud Física, utilizando una muestra del total de profesionales en Terapia Ocupacional licenciados y colegiados. Se presentan los resultados obtenidos a base de las respuestas al cuestionario administrado a los participantes.

Resultados

Los datos obtenidos en el estudio presentan un perfil actualizado y comprensivo de la práctica de Terapia Ocupacional en Puerto Rico de una muestra de 100 profesionales de Terapia Ocupacional. Éstos incluyen datos socio demográficos, preparación académica, información relacionada al empleo y sobre el proceso de Terapia Ocupacional además de los mecanismos de supervisión utilizados. Los resultados serán discutidos de acuerdo al orden de las secciones del cuestionario.

Datos socio demográficos

El 72% de la muestra (n=100) son Terapeutas Ocupacionales y 28% Asistentes en Terapia Ocupacional. De estos profesionales, el 33% poseen la certificación de la National Board of Certification in Occupational Therapy (NBCOT por sus siglas en inglés) y

el 63% de los participantes indicaron no tenerla; 3 profesionales (4%) no contestaron esta pregunta. La muestra estuvo compuesta mayormente por féminas, 90%, mientras que el 10% son varones. El rango de edades reportado entre la muestra va desde los 21 hasta los 67 años de edad, siendo 39 la edad promedio entre los participantes del estudio. En cuanto a la preparación académica el 23% de la muestra posee un grado asociado, mientras que el 55% posee un grado de bachillerato y 22% han obtenido un grado de maestría.

Información relacionada al empleo

La distribución geográfica de los profesionales que contestaron el cuestionario en las diferentes áreas de práctica es de la siguiente forma: 20% laboran en escenarios de Salud Mental, 31% en el área de Salud Física y 49% trabajan en Pediatría. Según la clasificación del Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional en Puerto Rico estos profesionales laboran en las diferentes regiones de la isla a saber: Metropolitana, Norte, Sur, Este, Oeste y Central. Es necesario señalar que algunos de los participantes no contestaron esta pregunta, además, si algún participante ejerce su práctica en dos regiones distintas, ambas están representadas en el análisis.

En el área de Pediatría un 34% laboran en la región metropolitana mientras que en la región oeste labora un 22% de los participantes. En el área de Salud Física, un 76% de los profesionales labora en la región metropolitana y un 10% labora en el área Sur. En el área de Salud Mental un 74% labora en el área metropolitana mientras que un 16%

labora en la región central. En las figuras 1, 2 y 3 se detallan los resultados por regiones y por ciento de frecuencias.

En cuanto al estatus de empleo, en el área de Pediatría (n=49) la mayoría (84%) trabaja por servicios profesionales y otros tienen un estatus permanente (12%) y empleo propio (4%). En Salud Física (n=31) el 59% tiene un estatus permanente, el 24% un contrato de servicios profesionales, un 10% poseen empleos transitorios y el 7% tienen empleo propio. Los profesionales del área de Salud Mental (n=20), indicaron como estatus más frecuentes el permanente (70%) y servicios profesionales (30%).

Con relación a los años de experiencia, el 25% de los profesionales de Pediatría tienen de 11- 15 años de experiencia mientras que el 18% ha laborado por 16 - 20 años. En el área de Salud Física los años de experiencia más frecuentes son 8-10 años (28%) y 11-15 años (21%). En Salud Mental los años de experiencia de mayor frecuencia fueron de 21- 25 años (40%) y de 11- 15 años (25%).

El tipo de institución en la cual laboran con mayor frecuencia los profesionales del área de Pediatría (n= 49) es las agencias privadas con fines de lucro (41%), seguido de las privadas sin fines de lucro (37%) y públicas o de gobierno (18%). Los profesionales de Salud Física (n=31) trabajan en su mayoría en agencias públicas o de gobierno (52%). Un 31% de éstos trabajan en agencias privadas con fines de lucro, un 10% en entidades federales y el 7% en agencias privadas sin fines de lucro. En el área de Salud Mental (n=20), la mayoría ofrece servicios en agencias públicas o de gobierno (80%) y en privadas con fines de lucro (20%).

El salario anual de los profesionales del área de Pediatría es de 20,000-30,000 (49%), mientras que el 35% devenga salarios de 31,000 a 40,000. El 52% de la muestra de Salud Mental y el 65% de Salud Física tiene salarios de

20,000 a 30,000, siendo este salario el más frecuente en ambas áreas.

El escenario de trabajo principal en Pediatría es la escuela pública o privada (61%) seguido de la práctica privada dentro de un grupo profesional (18%). Los profesionales de Salud Física laboran mayormente (52%) en Hospitales de Rehabilitación y en Hospitales generales de cuidado agudo (17%). En Salud Mental, el Hospital Psiquiátrico de cuidado agudo (55%) y la Hospitalización Parcial Psiquiátrica (15%) obtuvieron las mayores frecuencias. En la tabla 3 se indican todos los escenarios de práctica de los profesionales en las tres áreas de práctica.

Una de las preguntas del cuestionario requería indicar el porcentaje de su tiempo que se dedica a diversas tareas. La mayoría de los profesionales en las tres áreas de práctica dedican la mayor parte de su tiempo (más del 60% de su tiempo) al servicio directo del paciente. En el área de Pediatría el 33% dedica 10% a 40% de su tiempo a realizar consultoría, mientras que el 22% supervisa áreas específicas de un 5% a 30% de su tiempo. La enseñanza clínica en 16% de los profesionales de Pediatría

requiere un 5% a 20% de su tiempo. Con relación al área de Salud Física, el 24% dedica entre un 10% a 25% de su tiempo a supervisar áreas específicas, mientras que el 17% consume 10% a 25% del tiempo en la enseñanza clínica. El 10% de los profesionales de Salud Física dedica de un 5% a 20% de su tiempo a la consultoría. No obstante, el 30% de los profesionales del área de Salud Mental dedican 10% a 20% de su tiempo a la consultoría y 10% a 25% a la enseñanza clínica. El 20% de éstos supervisa áreas específicas en un 10% a 30% de su tiempo. Otras tareas indicadas en las tres áreas de práctica fueron las tareas administrativas y la documentación clínica.

Los diagnósticos más atendidos en orden descendente en el área de Pediatría son: Autismo (80%), Retraso Mental (59%), Desorden Pervasivo del Desarrollo (PDD, por sus siglas en inglés), (53%), Problemas Específicos de Aprendizaje (35%) e Impedimentos Múltiples (31%). En el área de Salud Física los diagnósticos más frecuentes fueron el Accidente Cerebrovascular (CVA por sus siglas en inglés) (83%), los Impedimentos Ortopédicos (72%), Trauma a la Cabeza (TBI por sus siglas

Tabla 1 - Escenarios de trabajo por área de práctica

Pediatría n=49	Salud Física n= 31	Salud Mental n=20
Escuela (pública o privada) 61% (30)	Hospital de Rehabilitación- 52% (15)	Hospital Psiquiátrico de cuidado agudo 55% (11)
Práctica privada dentro de un grupo profesional 18% (9)	Hospital general de cuidado agudo 17% (5)	Hospital Psiquiátrico (Hospitalización Parcial) 15% (3)
Práctica Privada propia 12% (6)	Cuidado en el hogar 10% (3)	Centro de salud mental en la comunidad 10% (2)
Hospitalización parcial 4% (2)	Práctica privada dentro de un grupo profesional 7% (2)	Otros 5% (4)
Centro de servicios ambulatorios en la comunidad (no psiquiátricos) 4% (2)	Centro de servicios ambulatorios en la comunidad 7% (2)	
Hospital Pediátrico 2% (1)	Hospital Psiquiátrico de cuidado agudo 3% (1)	
Otros 8% (4)	Hospital Psiquiátrico (Hospitalización Parcial) 3% (1)	

Tabla 2
Modelos de práctica o marcos de referencia que guían el proceso de evaluación e intervención

Pediatría n=49	Salud Física n=31	Salud Mental n=20
Visual Perceptual 74% (36)	Rehabilitación 83% (24)	MOHO 65% (12)
Integración Sensorial 48% (24)	Biomecánico 49% (14)	Recuperación o Biopsicosocial 55% (11)
Adquisición de destrezas 40% (20)	Sensorimotor 27% (8)	Cognoscitivo Conductual 45% (9)
Sensorimotor 36% (18)	Neurodesarrollo 27% (8)	Modelo Médico Tradicional 20% (4)
Cognoscitivo 14% (7)	Visual Perceptual 17% (5)	Cognoscitivo 10% (2)
Cognoscitivo Conductual 12% (6)	MOHO 10% (3)	Conductual 10% (2)
Neurodesarrollo 10% (5)	Persona Ambiente Ocupación Ejecución (PEOP) 6% (2)	Persona Ambiente Ocupación Ejecución (PEOP) 10% (2)
Biomecánico 6% (3)	Adaptación Ocupacional 6% (2)	Adaptación Ocupacional 10% (2)
Rehabilitación 4% (2)	Modelo Médico Tradicional 7% (2)	Rehabilitación 10% (2)
MOHO 2% (1)	12 Pasos de Alcohólicos Anónimos 3% (1)	Conductual 10% (2)

en inglés) (62%), Lesión al Cordón Espinal (59%), Impedimentos Múltiples (28%). Los profesionales de Salud Mental en su mayoría reciben pacientes con Trastornos de Ánimo (75%), Trastornos de Ansiedad (65%), Abuso de Sustancias (65%), Esquizofrenia (60%), Desórdenes de Conducta (40%) y Trastornos de Personalidad (40%). En la tabla 5 se detalla los diagnósticos de los pacientes en las tres áreas de práctica

La cantidad de pacientes atendidos por día en el área de Pediatría son 16 a 30 (39%), 5 a 10 (32%), 11 a 15 (18%) y 1 a 4 (2%). En Salud Física mayormente atienden de 5 a 10 pacientes (62%). Otros profesionales de esta área reciben 11 a 15 pacientes (14%), 1 a 4 (14%) y 16 a 30 (7%). El 50% de los profesionales de Salud Mental atienden de 16 a 30 pacientes diariamente mientras que el 25% atienden de 11 a 15, el 15% de 5 a 10, el 5% de 1 a 4 pacientes y otro 5% reciben más de 30 pacientes diariamente.

Proceso de Terapia Ocupacional

Los participantes indicaron, de una lista de diecinueve, los modelos de práctica o marcos de referencia que utilizan con mayor frecuencia para guiar su proceso de evaluación e intervención. Los modelos de práctica más utilizados en el área de Pediatría son: Visual Perceptual (74%), Integración Sensorial 48% y Adquisición de destrezas (40%). En el área de Salud Física los modelos más utilizados son Rehabilitación (83%), Biomecánico (49%) y Sensorimotor (27%). Mientras que en el área de Salud Mental el Modelo de Ocupación Humana (MOHO) (65%), Recuperación o Biopsicosocial (55%) y Cognoscitivo Conductual (45%) son los modelos más frecuentemente utilizados. En la tabla 2 se detallan los resultados obtenidos en orden descendente de frecuencia.

En este estudio se quiso indagar aquellos

modelos de práctica o marcos de referencia mencionados en el anexo que les interesaría conocer. Los tres modelos en común entre los participantes de las tres áreas en orden descendente son: Modelo Transteórico de Cambio, Modelo Dinámico Interactivo y Modelo Persona-Ambiente-Ocupación-Ejecución (PEOP, por sus siglas en inglés).

Los resultados que se presentarán a continuación en la tabla 3 están relacionados con los instrumentos de evaluación estandarizados utilizados con más frecuencia por los participantes de cada área de práctica. Los participantes identificaron los instrumentos de evaluación más utilizados de una lista de veintiuno. Los instrumentos más utilizados por los profesionales del área de Pediatría son: Beery Visual Motor Integration (VMI) 42%, Test of Visual Perceptual Skills (TVPS) 42% y Sensory Profile 24%. En el área de Salud Física los instrumentos más frecuentemente utilizados son: Lowstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA) 23%, Functional Independence Measure (FIM) 21% y Test of Visual Perceptual Skills (TVPS) 21%. Mientras que los profesionales de Salud Mental indicaron que utilizan los instrumentos: Minimental Status Examination (MMSE) 15%, Comprehensive Occupational Therapy Evaluation (COTE) 20% y Occupational Performance History Interview (OPHI) 5%. En la tabla 8 se detallan todos los instrumentos de evaluación utilizados por los profesionales de las tres áreas de práctica.

Intervención

Los tipos de intervención más utilizados a base del Marco de Trabajo de Terapia Ocupacional por los participantes, en el área de Pediatría son: Actividades con propósito 93% (46), Actividades basadas en la ocupación 79% (39) y Métodos preparatorios 53% (36). En el área de Salud Física los tipos de intervención más utilizados son: Actividades con

propósito 94% (27), Actividades basadas en la ocupación 76% (22) y Métodos preparatorios 63% (18). Mientras que en el área de Salud Mental los tipos de intervenciones son: Actividades con propósito 95% (19), Actividades basadas en la ocupación 90% (18) y Métodos preparatorios 55% (11).

Las estrategias de intervención utilizadas con más frecuencia, por los profesionales del área de Pediatría son: Actividades con propósito 72%, Juegos terapéuticos 52% y Escritura 49%. En el área de Salud Física las estrategias de intervención más utilizadas son: Actividades del Diario Vivir (ADL por sus siglas en inglés) 72%, Ejercicios terapéuticos 72% y Actividades con propósito 62%. Los profesionales del área de Salud Mental utilizan las siguientes intervenciones: Actividades con propósito 60%, Actividades manuales 55% y Psicoeducativas 55%. En la tabla 4 se detallan los resultados obtenidos de los cuestionarios en orden descendente de frecuencia.

Los resultados sugieren que los logros esperados con la intervención, en las tres áreas de práctica son: Ejecución Ocupacional, Participación, Adaptación, Calidad de Vida y Salud y Bienestar. Los métodos para evaluar los logros de la intervención más utilizados por los profesionales de Pediatría son: la observación de la ejecución 74% (36), el mismo instrumento que se utilizó en la evaluación inicial 37% (18) y los cuestionarios de satisfacción del cliente 27% (13). En el área de Salud Física, los métodos más utilizados son: observación de la ejecución 62% (18), el mismo instrumento de la evaluación inicial 55% (16) e instrumentos diseñados en el centro 45% (13). Mientras que en el área de Salud Mental, los métodos más utilizados por los profesionales son: observación de la ejecución 75% (15), instrumentos diseñados en el centro 55% (11) y cuestionarios de satisfacción del cliente 35% (7).

Tabla 3
Instrumentos de evaluación estandarizados utilizados con más frecuencia

Pediatría	Salud Física	Salud Mental
Beery VMI 42% (21)	LOTCA 23% (7)	MMSE 15% (3)
TVPS 42% (21)	FIM 21% (6)	COTE 20% (4)
Sensory Profile 24% (12)	TVPS 21% (6)	OPHI 5% (1)
Peabody Developmental Motor Scale (PDMS) 24% (12)	Allen Cognitive Level Scale (ACLS) 13% (4)	Allen Cognitive Level Scale (ACLS) 5% (1)
Test of Visual Motor Skills 20% (10)	MMSE 6% (2)	Canadian Occupational Performance Measure (COPM) 5% (1)
Miller Function & Participation Scales (M-FUN-PS) 8% (4)	Performance Assessment of Self-Care Skills (PASS) 3% (1)	Barthel Index 5% (1)
Bruininks Oseretsky Test of Motor Proficiency (BOT-2) 4% (2)	Barthel Index 3% (1)	Kohlman Evaluation of Living Skills (KELS) 5% (1)
Kohlman Evaluation of Living Skills (KELS) 2% (1)	SF-36 3% (1)	Sensory profile 5% (1)
MMSE 2% (1)	Inventario de Intereses Vocacionales de Cirino 3% (1)	

Tabla 4
Estrategias de intervención que utilizan con más frecuencia

Pediatría	Salud Física	Salud Mental
Actividades con propósito 72% (35)	ADL 72% (21)	Actividades con propósito 60% (12)
Juegos terapéuticos 52% (26)	Ejercicios terapéuticos 72% (21)	Actividades manuales 55% (11)
Escritura 49% (24)	Actividades con propósito 62% (18)	Psicoeducativas 55% (11)
Estimulación sensorial 44% (22)	Actividades manuales 21% (6)	ADL 50% (10)
Ejercicios terapéuticos 34% (17)	Psicoeducativas 21% (6)	Manejo de estrés 35% (7)
Actividades manuales 8% (4)	Recomendaciones de equipo de baja tecnología 21% (6)	Ejercicios terapéuticos 15% (3)
Simulaciones 6% (3)	Construcción de férulas 10% (3)	Juegos terapéuticos 15% (3)
Agentes físicos 4% (2)	Juegos terapéuticos 7% (2)	Recomendaciones de equipos de alta tecnología 5% (1)
Juego de roles 2% (1)	Estimulación sensorial 7% (2)	Recomendaciones de equipos de baja tecnología 5% (1)
ADL 2% (1)	Agentes físicos 3% (1)	Estimulación sensorial 5% (1)

Mecanismos utilizados para mantener las competencias profesionales

Los participantes indicaron los mecanismos que utilizan con más frecuencia para mantener las competencias profesionales. Los resultados reflejan que los profesionales de las tres áreas de práctica utilizan con mayor frecuencia los cursos de educación continua, la lectura de revistas profesionales y la lectura de libros para mantener sus competencias profesionales.

Utilización de la Práctica Basada en la Evidencia para tomar las decisiones clínicas

Los recursos utilizados para apoyar las decisiones clínicas relacionadas a la evaluación e intervención, por los profesionales del área de Pediatría son: propia experiencia clínica 78%, consulta a colegas 76% y revistas profesionales 37%. En el área de Salud Física utilizan los siguientes recursos: propia experiencia clínica 97%, consulta a colegas 79%, Internet 59%. Mientras que los profesionales del área de Salud Mental utilizan: propia experiencia clínica 85%, consulta a colegas 85% e internet 55%.

En cuanto a las dificultades principales que enfrentan los profesionales de las tres áreas de práctica al tratar de implantar la Práctica Basada en la Evidencia indicaron lo siguiente: cómo interpretar resultados estadísticos de investigaciones, cómo hacer búsqueda de artículos relacionados a temas de interés y cómo interpretar resultados de revisiones sistemáticas y meta análisis.

Para analizar el área de supervisión en la práctica de Terapia Ocupacional el cuestionario indagó sobre el profesional

Tabla 5
Niveles de supervisión por área de práctica

Pediatría	Salud Física	Salud Mental
Rutina 18% (9)		Rutina 5% (1)
Mínima 18% (9)	Mínima 55% (16)	Mínima 55% (11)
Cercana 12% (6)	Cercana 35% (10)	Cercana 25% (5)
General 12% (6)	General 3% (1)	

que le ofrece supervisión al participante, el nivel de supervisión que recibe y los métodos que se utilizan para llevar a cabo la supervisión. En el área de Pediatría, la mayoría de los profesionales reciben supervisión de un Terapeuta Ocupacional 55% (27), otros son supervisados por el administrador del departamento de servicios 8% (4) y un 37% (18) no recibe supervisión. En el área de Salud Física, un 51% (15) de los participantes reciben supervisión de un Terapeuta Ocupacional, un 28% (8) es supervisado por el administrador del departamento de servicios y un 21% (6) no recibe supervisión. Mientras que en el área de Salud Mental, un 40% (8) reciben supervisión por un Terapeuta Ocupacional, un 20% (4) es supervisado por el administrador del departamento de servicios y 40% (8) no recibe supervisión. La tabla 5 ilustra los niveles de supervisión en las diferentes áreas de práctica.

Preguntas abiertas

En la sección final del cuestionario se incluyeron preguntas abiertas para obtener información sobre aspectos particulares relacionados a la práctica de la profesión. Una de las preguntas indagó acerca de las tres intervenciones que son exclusivas de Terapia Ocupacional. Las intervenciones más frecuentemente mencionadas por los profesionales fueron: las actividades con propósito, las actividades basadas en la ocupación, el adiestramiento en las actividades del

diario vivir y el diseño y construcción de férulas.

Otra pregunta exploró acerca de las situaciones o los retos que presenta la práctica de Terapia Ocupacional actual en Puerto Rico. Los participantes escogían las cinco más frecuentes dentro de una lista de 10 y podían añadir otras. Las situaciones más frecuentes mencionadas fueron: las limitaciones en la cobertura de los servicios de Terapia Ocupacional por los planes médicos, la escasez de instrumentos de evaluación adaptados a PR y la confusión de roles entre las diferentes profesiones. En la tabla 6 se detalla las situaciones o retos de la profesión identificados por la muestra.

En resumen en este artículo se presentan los resultados principales obtenidos tal y como fueron recogidos en el estudio a base de la frecuencia de respuestas de los participantes. La discusión e implicaciones de los resultados se presentará en el próximo artículo de este trabajo investigativo. (Tercera parte)

*Dyhalma Irizarry Gómez, Ph.D., OTR/L, FAOTA
dyhalma.irizarry@upr.edu
Brenda Castrodad Rodríguez, MS, OTR/L
Diana M. Cedeño Valdés, MS, OTR/L
Jomary González Velázquez, MS, OTR/L
Programa de Maestría en Terapia Ocupacional
Recinto de Ciencias Médicas
Universidad de Puerto Rico*

Tabla 6
Situaciones o retos de la práctica en Puerto Rico

Situaciones o retos	Frecuencia
Limitaciones en la cobertura de los servicios por los planes médicos.	17% (63)
Escasez de instrumentos de evaluación adaptados culturalmente.	14% (51)
Confusión de roles entre las diferentes profesiones.	12% (44)
Falta de equipos y materiales básicos para la evaluación y tratamiento.	12% (43)
Escasez de investigaciones que aporten al conocimiento de nuestra disciplina en PR.	12% (42)
Alternativas para ampliar la oferta de educación continua que respondan a las necesidades educativas de los Terapeutas Ocupacionales.	11% (40)
Falta de supervisión adecuada a asistentes.	6% (21)
Implantar mecanismos para asegurar una práctica ética y competente.	5% (20)
Otros retos: La falta de conocimiento de la profesión y la necesidad de promoción de la profesión.	4% (16)
Mayor número de asistentes en Terapia Ocupacional.	3% (13)
Confusión de roles entre Terapeuta Ocupacional y Asistente.	3% (12)

Save the Date!

**Conferencia y
Asamblea
Anual del CPTOPR
2015**

5 - 6 de Junio

Hotel Gran Meliá
Río Grande, PR



Experiencia de Aprendizaje en Servicio

Promoción de la Salud y Participación en Ocupaciones en una Muestra de Mujeres sin Hogar que Asisten a un Programa de Recuperación de Base Comunitaria

Arnaldo Cruz

Introducción

Como parte del currículo del Programa de Maestría en Ciencias de Terapia Ocupacional del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico se diseñó una experiencia de práctica Nivel IA de cuatro semanas durante el mes de junio 2014, en la cual los ocho estudiantes tuvieron la oportunidad de exponerse formalmente a un escenario comunitario para ofrecer servicios de Terapia Ocupacional. El propósito de esta experiencia de práctica fue que los estudiantes desarrollarán destrezas de observación y participación en el trabajo de base comunitaria, siendo éste uno de los escenarios emergentes de prestación de servicios en Terapia Ocupacional (Fazio, 2008). Además, la experiencia propició a los estudiantes desarrollar conocimientos, destrezas y actitudes necesarias para trabajar con individuos dentro del escenario donde viven y desempeñan sus roles ocupacionales principales.

Como fenómeno de la salud pública, el vivir sin un techo seguro, es una problemática social que impacta la calidad de vida y la participación en ocupaciones significativas de

los individuos que enfrentan dicha situación. En Puerto Rico, la cifra de personas que se encuentran sin hogar ha aumentado marcadamente en los dos últimos años de crisis económica, según publicado en el periódico Primera Hora (Prensa Asociada, 2013). Según el más reciente censo informal realizado en Puerto Rico en febrero de 2013, la cifra de esta población ha aumentado en un 34% comparado con el conteo realizado en el año 2011 (Gómez, 2014). Las personas sin hogar se enfrentan a muchas barreras sociales y económicas que impactan su habilidad de comprometerse completamente en sus ocupaciones porque suelen ser excluidos de aspectos básicos de la vida como la educación, el empleo, la vivienda y el cuidado de la salud. Según Lloyd y Bassett (2012), el desarrollo del rol de Terapia Ocupacional con personas sin hogar requiere un entendimiento de sus necesidades individuales y aspectos de ejecución ocupacional. En la creencia de que el uso provechoso del tiempo y la energía dan significado a la vida, los terapeutas ocupacionales que trabajan con personas sin hogar pretenden asistir a los clientes a maximizar sus fortalezas y desarrollar destrezas para la participación efectiva en las actividades del día a día. Con el propósito de conocer las áreas de necesidad y prioridades de ejecución ocupacional del grupo de participantes,



se llevó a cabo un proceso de evaluación.

El Programa donde se ofreció la presente experiencia de la práctica comunitaria de Terapia Ocupacional provee servicio residencial, de tratamiento y desintoxicación para mujeres usuarias de sustancias controladas que pueden tener el diagnóstico de VIH+ o en alto riesgo de adquirirlo, y sin un techo permanente donde vivir. El grupo de participantes estuvo constituido por un total de 12 mujeres adultas.

Enfoque y Modelo de Evaluación e Intervención Utilizado en la Experiencia

El enfoque de intervención en la comunidad que fue utilizado en la presente experiencia fue el de prevención de riesgos y promoción de salud. Este enfoque se utilizó para identificar factores de riesgo que pudieran atentar contra el logro en las participantes en alcanzar una mejor calidad de vida a través de la participación en las ocupaciones significativas. Para dirigir el trabajo con las participantes se utilizó como guía el Modelo Kawa (Iwama, 2006). El modelo Kawa utiliza como estrategia de evaluación e intervención la metáfora el río. El Modelo establece cuatro factores para explicar la experiencia de





vida del cliente: 1) el ambiente, 2) las circunstancias de vida y los problemas, 3) los factores y recursos personales, y 4) el flujo de la vida y la salud. El río simboliza “el flujo de la vida”, representa la vida humana y sus ocupaciones, ya que concibe al ser humano como algo inseparable de su medio ambiente. Los elementos en los que se basa el modelo para construir la metáfora son: agua, rocas, troncos, paredes y lecho. Estos cuatro elementos están en interacción dinámica y representan el flujo de vida y salud, las circunstancias de la vida, recursos personales y factores ambientales, respectivamente. La fuerza que guía el flujo de vida se interconecta con otros factores que comparten el entorno social y cultural, y esa fuerza simboliza las ocupaciones, o actividades diarias que dan significado a la vida del individuo. A través del “hacer”, el individuo fluye en el tiempo de su vida y da propósito a la misma para experimentar salud y pleno bienestar. Como resultado de esta interacción entre la fuerza del río y los demás elementos, es posible que cada persona experimente la posibilidad de producir un cambio en ese flujo de vida. De tal modo, este modelo permitió a los estudiantes explorar, y atender las fortalezas y necesidades del grupo.

Metodología

Las actividades evaluativas estuvieron dirigidas al desarrollo de un perfil ocupacional grupal comunitario para identificar cuáles fueron las principales ocupaciones afectadas en mujeres

adultas que participaron activamente del programa. Se realizó una entrevista semi-estructurada a varios de los líderes del programa, un grupo de discusión dirigido (grupo focal), y una entrevista individual a las participantes. A través del análisis de ejecución ocupacional los estudiantes pudieron concretar las fortalezas y puntos de apoyo, así como las necesidades y retos de las participantes (AOTA, 2014). El proceso evaluativo también permitió el diseño de una serie de estrategias de intervención dirigidas a promover el desempeño y la

“El 91.6% (n=12) de las participantes expresó que en algún momento de su vida tuvo un trabajo remunerativo, ya fuera a tiempo parcial o tiempo completo en y fuera de Puerto Rico”

participación de éstas en las ocupaciones más significativas identificadas. Los datos obtenidos se analizaron utilizando una combinación de estadísticas básicas de tipo descriptivo, y un análisis cualitativo.

Descripción de los participantes

A continuación se presentan y analizan los hallazgos del Cuestionario de Datos Sociodemográficos y Participación

Ocupacional administrado a las doce mujeres participantes en el proyecto de práctica comunitaria. El rango de edad del grupo fue de 24 a 54 años de edad. El promedio de edad fue de 35 años. El 66.6% (n= 8) de las mujeres expresaron que actualmente no tenían pareja (estatus civil de soltera, divorciada o viuda). El nivel de escolaridad más frecuente reportado fue escuela superior con un 33% (n=4), seguido de grado de bachillerato con un 25% (n=3). El 41.6% (n=5) de las participantes indicó haber tenido experiencias con la justicia por delitos de posesión, uso de sustancias, apropiación ilegal, entre otros. El 74.9% (n=9) de las participantes indicó reciben algún ingreso proveniente de programas de ayudas gubernamentales como plan de la reforma, cupones de alimentos y acceso a vivienda pública en el pasado.

Los trabajos con más frecuencia reportados fueron en restaurantes y fábricas. el 100% de las participantes expresó tener entre 1 a 3 hijos, y sus edades fluctúan entre 4 meses y 32 años de edad. El 66.6% (n=8) de las mujeres expresó que tienen acceso a ver y compartir con sus hijos. El 58% (n=7) de las participantes indican que la percepción subjetiva de su salud en general es “buena” o “regular”. Sin embargo la frecuencia de condiciones emocionales como la depresión, desordenes de ansiedad y el uso de sustancias controladas son prevalentes en la mayoría de las participantes. De la entrevista se obtiene que la edad promedio en que las participantes comenzaron a utilizar algún tipo

de sustancias o alcohol fue a los 22 años de edad. Sin embargo, 7 de las participantes indican que comenzaron a utilizar sustancias entre los 13 y los 16 años de edad (58.3%). La mayoría de las participantes (75%, n=9) indicó que actualmente fuma cigarrillo como alternativa a manejar la ansiedad. Un 33% (n=4) ha participado alguna vez de un grupo organizado de Alcohólicos o Narcóticos Anónimos; un (66.6%, n=8) indicó haber sido miembro de iglesia.

El rol de madre es el más significativo para las participantes (91.6%, n=11). El 33% (n=4) indicó como importantes los roles de trabajadora, ama de casa e hija. Otros roles identificados fueron: esposa, estudiantes, miembro del hogar, miembro de la iglesia y abuela. El 33.3%, (n=4) de las participantes verbalizó que tenían dificultad para realizar sus actividades de aseo personal y diario vivir como por ejemplo el bañarse y cocinar. El 75%, (n =9) de las participantes reportó que se han visto afectadas de alguna manera sus relaciones sociales ya sea con familiares o amistades, por ejemplo algunas indican tener problemas serios de comunicación o no tener contacto con ellos. El 83.3%, (n=10) de las participantes reflejó que se han visto afectadas sus actividades de ocio que han sido sustituidas por actividades no productivas relacionadas al uso de sustancias controladas, problemas legales y deambulismo.

En la técnica del grupo de discusión dirigido (grupo focal) se pudo corroborar que la totalidad de las participantes tiene serias dificultades en organizar su tiempo, establecer un calendario por prioridades e identificar intereses saludables y consistentes con su proceso de recuperación, y en el retomar sentido de control en sus vidas. El 73% (n=8) de las participantes expresó que disfrutan leer en su tiempo libre, de éstas, cinco gustan de leer la biblia. La perseverancia fue una cualidad identificada por el 36% (n=4) de las mujeres participantes quienes indican que buscan el lado positivo a las situaciones, y quieren

seguir adelante para alcanzar sus metas. Al 36% (n=4) de las participantes se les dificultó identificar cualidades positivas o destrezas especiales. Una de ellas indicó tener sentimientos de vacío y sentir que no posee cualidades positivas. Otra participante expresó que “la droga me gusta pero me da cuenta que me hace daño, me destruye y destruye a mi familia”. El 45% (n=5) de las participantes identificó el pobre control de impulsos como una cualidad a mejorar. Además, el sentido de culpa fue identificado por el 36% (n=4) de las mujeres, quienes indican que deben aprender a perdonarse, amarse y valorarse. El 91% (n=10) de las participantes indicó que una de sus metas es recuperar su rol de madre. El 55% (n=6) de las mujeres mencionó el mantenerse fuera del uso de las drogas, conseguir vivienda y conseguir un trabajo como metas para sí mismas. El 36% (n=4) quiere seguir estudiando una carrera profesional.

Plan de Intervención

Basado en estos hallazgos se realizó un plan de intervención que incluyó cuatro intervenciones con sesiones psicoeducativas en días diferentes alineadas con los principios del Modelo Kawa. Todas las intervenciones están basadas en evidencia y probadas en su beneficio terapéutico como parte de un proceso de recuperación. En la primera intervención titulada: “Si tu vida fuera

“No debo de juzgar mi pasado sino aprender de lo p

un río, ¿cómo sería?” se le explicó a las participantes los principios del Modelo, la metáfora del río y su aplicación al ser humano con el propósito de que cada una construyera, con materiales provistos, el río de su vida integrando los conceptos aprendidos. El enfoque sugerido según el Marco de Trabajo de Terapia Ocupacional-3era ed, (AOTA,2014) fue promover la participación social e integración del grupo a través de la construcción y narración del río; y propiciar el mantenimiento de las capacidades físicas y mentales a través del seguimiento de instrucciones, secuencia de pasos y aplicación de la metáfora en la vida misma. Se identificaron las circunstancias de vida, ambientes físicos y sociales, creencias, cualidades y valores que favorecen o limitan su participación en las ocupaciones y se autoevaluaron en términos de las necesidades y fortalezas personales y de su sistema de apoyo social.

En la segunda intervención se trabajó con las Relaciones Interpersonales y los Estilos de Comunicación. Aquí



garme tanto por que aceptarlo y positivo”

se pretendía que las participantes identificarán su estilo de comunicación predominante (pasivo, agresivo, o asertivo), reconocieran ganancias y pérdidas de cada uno de estos estilos, y desarrollarán estrategias asertivas de comunicación como medio para expresar sus ideas, sentimientos y conductas de manera respetuosa, responsable y madura. Las participantes tuvieron la oportunidad de realizar un juego de roles de situaciones hipotéticas en las que pusieron en práctica los conocimientos de asertividad adquiridos. Se logró promover la adquisición de destrezas de comunicación asertiva a través de la identificación y práctica de las mismas, y el fortalecimiento de destrezas de afrontamiento al facilitar a las participantes a comunicarse efectivamente ante diversas situaciones cotidianas, sobre todo en las que les generan estrés y coraje.

La tercera intervención titulada Manejo Efectivo del Tiempo de Ocio Saludable tuvo como objetivo identificar conductas no adaptativas en las que invierten su

tiempo y reconocer conductas de alto valor de recuperación, destacando la importancia de invertir tiempo en actividades de ocio significativas para ellas libre del uso de sustancias controladas. Se ofrecieron técnicas efectivas y prácticas para el manejo y la reestructuración efectiva del tiempo. Se discutieron reflexiones sobre la importancia del manejo del presente sobre la consideración del tiempo pasado y futuro; y, a modo de actividad con propósito, se confeccionó la manualidad de creación de jabones. Esta actividad permitió a las participantes aplicar su creatividad e inventiva en un medio estructurado con el propósito de demostrar que aún tienen la capacidad de producir con sus manos, si su mente y disposición están en sintonía. Las participantes tuvieron la oportunidad de asistir a una salida terapéutica al cine para ver la película “Maleficent”. Se desarrolló una serie de preguntas reflexivas con el propósito de que las participantes discutieran las mismas en una discusión dirigida por los estudiantes. Una de las conclusiones más importantes reseñadas por las participantes es que pudieron realizar una actividad de interés sano, a la vez que identificaron valores y principios a emular producto del mensaje y moraleja de la película.

La cuarta y última intervención fue: La Toma de Decisiones en la Vida Diaria. El enfoque utilizado fue el de

promover la adquisición de destrezas de toma de decisiones efectivas a través de la identificación y práctica de las mismas. Se presentó un modelo de toma de decisiones prácticas para aplicar en situaciones cotidianas. A modo de actividad con propósito se realizó las manualidades con llaveros (“key holders”) o campanas de viento (“wind chimes”) en madera. El propósito de estas actividades era aplicar los principios de la toma de decisiones informada discutidos previamente, y clarificar la generalización de los principios en el proceso de recuperación y realización de las tareas de la vida diaria.

Resultados del Cuestionario de Medida de Logros y Satisfacción en las Intervenciones

Luego de cada intervención se les administró a las participantes un Cuestionario de Logros y un Cuestionario de Satisfacción los cuales reseñan cuantitativa y cualitativamente los logros percibidos alcanzados por las participantes al igual que el nivel de satisfacción que cada una de las actividades programadas en el plan de intervención. Al final de todo el proceso de intervención, se les administró el Cuestionario de la Experiencia General con el fin de evidenciar los logros y satisfacción de las participantes.

En términos de grado de satisfacción el 92% (N=11) de las participantes respondió experimentar un alto nivel de motivación y estimulación a poner en práctica en su vida diaria las estrategias aprendidas. En cuanto al nivel de logros alcanzados el 83% (n=10) indicó un aumento en conocimiento y destrezas para implementar en su proceso de recuperación luego de participar en las sesiones psicoeducativas ofrecidas. Se destacó reconocimiento por la mayoría de las participantes de la identificación de conductas saludables en las áreas de comunicación asertiva, manejo del tiempo y toma de decisiones. Algunas verbalizaciones del grupo fueron: “estoy





mucho más preparada para tomar mis decisiones”; “pues antes no pensaba a la hora de tomar decisiones, ahora estoy más clara”; “teniendo fe, fortaleza, amor a mí misma, ser positiva y buscar de lo negativo el lado positivo de las cosas que nos suceden para poder continuar el camino hacia la victoria”; “aprender de mis errores y con ellos construir un presente mejor”; “aprendí a saber expresarme sin ser malinterpretada”; “aprender que no es malo decir ‘no’ de vez en cuando”; “Que no debo de juzgarme tanto por mi pasado sino que aceptarlo y aprender de lo positivo”; “a pesar de los obstáculos que se puedan presentar, depende de nuestra actitud y motivación para realizar cambios que nos favorezcan”; “la metáfora del río es excelente para uno lograr reflexionar y entenderse a sí mismo...yo soy como un río”.

Conclusiones

La experiencia de Práctica de Nivel IA aportó al crecimiento personal, académico y profesional de los estudiantes que formaron parte de la

misma. Aplicar el Proceso de Terapia Ocupacional en la comunidad fue una experiencia enriquecedora donde se dio la oportunidad de interactuar con las mujeres participantes y los profesionales de la salud que trabajan en el centro.

El modelo Kawa dio la base teórica y una nueva visión de servicio culturalmente adaptado para poder conocer más a fondo la narrativa de cada cliente desde su perspectiva sobre las circunstancias de vida, cualidades, habilidades, áreas de reto, y el ambiente y contexto que moldean sus ocupaciones. De esta manera, se logró identificar necesidades importantes para esta población, como la necesidad de desarrollar destrezas de toma de decisiones, comunicación asertiva y manejo efectivo del tiempo. El mensaje de la metáfora del fluir de la corriente del río dictó el dar espacio a un mayor balance ocupacional y un mayor disfrute de las ocupaciones y los roles que aumentan el sentido de salud y bienestar en la vida de las participantes.

Un agradecimiento muy especial a las participantes del Programa Comunitario que nos dieron la oportunidad de conocer la narrativa de su vida y confiaron en nosotros.

Un reconocimiento por el trabajo de excelencia realizado por los estudiantes de la Clase Graduanda 2016: Lisangely Rivera, Blanca A. Morales, Yessenia Márquez, Gabriela Quintana, Hilda M. Rivera, Shani M. Hernández, Daniel A. Quiñones, y Frances M. Morales.

Referencias

- American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process (3rd Edition). *The American Journal of Occupational Therapy*, 68 (Suplement 1), S1-S48.
- Fazio, L. S. (2008) *Developing Occupational-Centered Programs for the Community*. 2nd ed. Prentice Hall. Upper Saddle River, New Jersey.
- Gómez, A. (2014, May 7). *Alza en las personas sin hogar en Puerto Rico*. Índice. Recuperado de <http://www.indicepr.com/noticias/2014/05/07/news/19797/alza-en-personas-sin-hogaren-puerto-rico/>.
- Iwama, M. (2006). *The Kawa Model: Culturally relevant occupational therapy*. Philadelphia, USA: Elsevier.
- Lloyd, C., & Bassett, H. (2012). The role of occupational therapy in working with the homeless population: An assertive outreach approach. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 59(1), 18-23. Retrieved from <http://search.proquest.com/ew/1030146920?accountid=44820>.
- Prensa Asociada. (2013, 7, septiembre). *Aumentan los deambulantes en Puerto Rico*. Primera Hora. Recuperado en <http://www.primerahora.com/noticias/puertorico/nota/aumentanlosdeambulantesenpuertorico-936298/>.

Arnaldo Cruz-Rivera, PhD, MS, MC, OTR/L
 Universidad de Puerto Rico
 Recinto de Ciencias Médicas
 Programa de Maestría en Terapia Ocupacional
arnaldo.cruz3@upr.edu



CETMA



El Centro de Estudio y Tratamiento para el Manejo del Miedo y la Ansiedad

Arnaldo Cruz

Como promotor y facilitador del desarrollo de iniciativas de investigación, clínicas y académicas.

El Centro de Estudio y Tratamiento para el Manejo del Miedo y la Ansiedad (CETMA), es una clínica especializada, que combina el trabajo clínico, la investigación y la academia, bajo la sombrilla del Departamento de Psiquiatría, y en colaboración con la Escuela de Profesiones de la Salud (EPS) del Recinto de Ciencias Médicas. En una era en el cual se pretende dejar a un lado el reduccionismo biológico, y ver al ser humano como un todo, es importante educar a los/las profesionales de la salud en modelos integrados, tanto didácticos, como prácticos. CETMA es el mejor ejemplo de cómo pueden darse colaboraciones entre diferentes escuelas de un mismo recinto, y otras

universidades, con el fin de ofrecer una experiencia de formación en la cual diferentes profesionales aprenden a trabajar en equipo con la intención de ofrecer los mejores servicios clínicos para los/las pacientes que se atienden en el centro. Dentro de CETMA se están entrenando los futuros psiquiatras, psicólogos y terapeutas ocupacionales que estarán preparados para el trabajo interprofesional y la integración de la investigación con los servicios clínicos.

La misión y meta principal del Centro de Estudio y Tratamiento para el Manejo del Miedo y la Ansiedad (CETMA) es promover la investigación y la práctica basada en la evidencia científica más reciente tanto desde el punto de vista de la evaluación como la intervención

con los/las pacientes/clientes con condiciones de salud mental, en específico, diagnósticos de Desórdenes de Ansiedad. Desde sus inicios en el año 2008 CETMA ha enfatizado y propiciado una visión de trabajo interprofesional e interdisciplinario donde las profesiones de salud mental como psiquiatría, psicología clínica y terapia ocupacional se integran en la búsqueda de las mejores prácticas de evaluación e intervención basadas en evidencia validadas y adaptadas culturalmente a nuestra población puertorriqueña. CETMA provee la estructura idónea bajo una misma instalación física donde se promueve el intercambio de ideas e iniciativas interprofesionales con énfasis en el trabajo en equipo caracterizado por un enfoque centrado en el paciente/cliente.

En sus comienzos, parte del propósito de desarrollar el Centro era que los residentes de psiquiatría, médicos especializándose en el área de psiquiatría, tuviesen un taller donde pudiesen aprender de neurociencias e investigación. A nivel académico, para los/las estudiantes del área de la psicología, CETMA ofrece una plataforma de enseñanza de primer orden, donde los estudiantes tienen la oportunidad de tomar seminarios con diferentes profesionales de diferentes áreas de la salud, como medicina general, psiquiatría, neurociencias y terapia ocupacional. Dichos seminarios se enfocan en ofrecer información relevante, basados en evidencia científica, que

ayuda a pulir el conocimiento teórico, con la aplicación práctica.

Entre las intervenciones clínicas que ofrece CETMA se encuentran, terapias individuales, familiares y sesiones psicoeducativas grupales, siendo esta última liderada por el terapeuta ocupacional. Además de esto, los pacientes/clientes pueden recibir servicios de terapia farmacológica supervisada. La profesión de Terapia Ocupacional, como ciencia de la salud, enfatiza en el uso de intervenciones grupales con integración biopsicosocial cuyo propósito es desarrollar, recuperar o mantener las destrezas básicas en la vida diaria y trabajo de las personas con condiciones de salud. Esta filosofía se alinea estratégicamente con CETMA dado el hecho de que continuamente, como parte de los protocolos de evaluación e intervención, se administran instrumentos evaluativos para medir los logros obtenidos a través de las intervenciones individuales y grupales en el manejo de los síntomas asociada a la condición de ansiedad presentes en el paciente/cliente.

Como parte de los servicios de CETMA en agosto del año 2014 se comenzó a ofrecer las sesiones psicoeducativas grupales en Terapia Ocupacional con énfasis en los principios de la Terapia Cognitivo Conductual (CBT). Los temas integrados en sesiones de una hora y media a la semana son: Manejo de estrés, Relaciones interpersonales y

comunicación asertiva, Manejo efectivo del tiempo y Análisis en la toma de decisiones, entre otros. Estas sesiones se complementan con estrategias como juego de rol-papeles (role playing), uso de ejercicios escritos y cuestionarios, laboratorios de técnicas de relajación donde se aplican ejercicios de respiración diafragmática, relajación muscular y visualización, así como, discusión de casos hipotéticos aplicados al análisis de situaciones de la vida diaria. Como estrategia investigativa de medida de logros de intervención se han utilizado instrumentos que consideran variables como la auto regulación, resiliencia, autoeficacia y calidad de vida.

El Centro de Estudio y Tratamiento para el Manejo del Miedo y la Ansiedad (CETMA), se encuentra ubicado en el 2do piso, oficina 236, del Edificio de la Escuela de Profesiones de la Salud (EPS) en el Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico. Se aceptan la mayoría de los planes médicos, y para orientación y cita puede comunicarse al teléfono 787-758-2525, ext. 3431

*Araldo Cruz-Rivera, PhD, MS, MC,
OTR/L*

*Universidad de Puerto Rico
Recinto de Ciencias Médicas
Programa de Maestría en Terapia
Ocupacional
arnaldo.cruz3@upr.edu*



**¡Recuerda Renovar tu Colegiación
en la cede del colegio o en linea!**

www.cptopr.org

Accesibilidad al Hogar

Elsa Orellano

Consideraciones y herramientas para la evaluación

Muchas personas con impedimentos necesitan algún tipo de modificación al hogar con el fin de aumentar su nivel de independencia y participación en sus actividades y ocupaciones significativas. Una recomendación de accesibilidad exitosa requiere una evaluación abarcadora de la persona y de su ambiente para llenar las necesidades del individuo. Típicamente, la evaluación de accesibilidad al hogar es llevada a cabo por un terapeuta ocupacional. El ingrediente clave que el terapeuta trae al proceso de evaluación es un conocimiento vasto del proceso de enfermedad, la prognosis y el entendimiento de cómo diferentes tipos de impedimentos afectan la independencia y la participación en las actividades del diario vivir. Además, los terapeutas ocupacionales colaboran con los familiares, los proveedores de equipo médico y de asistencia tecnológica, doctores y otros proveedores de cuidado de salud al cliente. En los casos que se requiera hacer cambios estructurales significativos en el hogar, el terapeuta ocupacional debe consultar a otros profesionales, tales como arquitectos, ingenieros, o contratistas.

Una evaluación de accesibilidad abarcadora requiere una visita al hogar del cliente. Es en el hogar y con la presencia de los familiares o cuidadores que el terapeuta puede comenzar a entender las necesidades del cliente, sus metas,

los aspectos facilitadores del ambiente y las barreras para la independencia (Foti & Koketsu, 2012; Radomski & Trombly, 2007). Para poder atender las necesidades del cliente de forma efectiva, es necesario incorporar en el proceso de evaluación la condición física y prognosis del cliente, sus patrones de actividades y estilos de vida, las características del hogar, una evaluación del equipo de asistencia tecnológica para la movilidad y los recursos financieros disponibles.

El primer paso en el proceso de evaluación debe ser determinar cuáles son las metas, las prioridades y lo que el cliente considera que es importante en cuanto a la accesibilidad de su hogar (American Occupational Therapy Association, 2013). Por ejemplo, ¿desea el cliente tener acceso a los dos niveles de su hogar?, ¿prefiere el cliente recibir ayuda para realizar algunas tareas del hogar?, ¿incluye el estilo de vida del cliente una vida social y comunitaria activa o mantiene mayormente un estilo de vida sedentario?

De igual forma, es importante evaluar, no solamente los factores del cliente y sus destrezas de ejecución, sino también la prognosis de la condición o enfermedad del cliente, ¿es la condición estable, tiene potencial de recuperar función o es progresiva, por lo cual se espera deterioro en sus capacidades funcionales? Los terapeutas también deben considerar las necesidades de los otros individuos que comparten el hogar con el cliente. Por ejemplo, ¿se van a requerir dos barras de seguridad horizontales y paralelas en la pared de la bañera para llenar las necesidades de seguridad de los que se bañan de pie y los que se bañan sentados?

Por otro lado, en lo referente a las sillas de ruedas, hay varios aspectos a considerar que pueden afectar la accesibilidad en el hogar. Éstos incluyen: la determinación del nivel de los ojos del cliente, la altura

de los codos y de los descansabrazos, el alcance frontal y vertical del cliente en la silla de ruedas, el ancho total de la silla, el alto del asiento y las rodillas, la profundidad de la falda del cliente, la altura del descansa pies y el radio de volteo de la silla de ruedas.

Para determinar las barreras del contexto físico en la función del cliente y la cantidad de asistencia que recibe, es indispensable observar el desempeño del cliente en las actividades de cuidado propio, la movilidad funcional y las actividades significativas en que participa el cliente en su hogar.

Por último, es importante considerar los recursos financieros del cliente para implantar las recomendaciones de accesibilidad a su hogar. El terapeuta debe utilizar sus conocimientos y creatividad para buscar soluciones costo-efectivas y al alcance del potencial económico del cliente. Por ejemplo, si el cliente cuenta con una fuente de financiamiento para llevar a cabo cambios estructurales en su hogar, entonces el terapeuta podría recomendar aumentar el ancho de la entrada al hogar de 28" a 32" para facilitar el acceso en una silla de ruedas. Por el contrario, si el cliente cuenta con fondos muy limitados, el terapeuta podría recomendar cambiar



Figura 1: "Swing Clear Offset Door Hinges"

las bisagras tradicionales de la puerta por bisagras tipo “Swing Clear Offset Door Hinges” (ver Figura 1). Estas bisagras están diseñadas para hacer pivotar la puerta más allá del ancho que ocupa el marco de la misma, añadiendo así alrededor de 2” de espacio libre adicional para las sillas de ruedas y los andadores. En muchas ocasiones, las dos pulgadas adicionales de espacio libre es lo único que necesita el cliente para poder pasar en su silla de ruedas por las entradas o habitaciones del hogar.

En fin, los terapeutas ocupacionales estamos equipados con la experiencia y el conocimiento necesario para proveer recomendaciones que permitan la accesibilidad y la participación del cliente en sus actividades significativas del hogar. También proveemos recomendaciones de equipos de asistencia tecnológica y productos libres de conflictos de intereses y asistimos al cliente y sus familiares en la justificación de los equipos para el plan de cuidado de salud o para la fuente de financiamiento de las modificaciones al hogar.

Para estos fines, existen herramientas de evaluación de accesibilidad al hogar libres de costo y disponibles de forma electrónica. Una de ellas es la “Comprehensive Assessment and Solution Process for Aging Residents” (CASPAR, por sus siglas en inglés; Sanford, Pynoos, Tejral, & Browne, 2002). Su propósito es evaluar las tareas llevadas a cabo por los adultos mayores en su hogar con el objetivo de identificar la presencia de problemas y dificultades

en el desempeño de las mismas. Esta herramienta es apropiada para clientes con variedad de discapacidades. La misma se puede descargar en el siguiente enlace: <http://www.ehls.com/accessibility-consulting-services.html>

Otra herramienta libre de costo diseñada por investigadores del Departamento de Salud Comunitaria de Montreal, Canada es la “Assessment Tool: A Guide to Home Adaptation” (Maltias, Trickey, & Robitaille, 2012). El objetivo de esta herramienta es identificar las actividades difíciles de realizar por los adultos mayores, identificar los obstáculos en el hogar que les impiden llevar a cabo estas actividades e identificar adaptaciones ambientales para permitirle a los residentes continuar desempeñándose en sus actividades de la vida diaria. Un aspecto valioso de esta herramienta es que provee recomendaciones para eliminar las barreras de accesibilidad y función. La misma se puede descargar en el siguiente enlace: <https://www.cmhc-schl.gc.ca/en/co/maho/adse/masein/>

Como parte de este artículo hago disponible la Evaluación de Accesibilidad al Hogar. La misma la desarrollé tomando como fundamento el “Home Assessment Checklist” de Foti y Koketsu (2012). Provee un formato para documentar las medidas críticas que se obtienen al evaluar el hogar del cliente. También es útil para considerar aspectos básicos de seguridad en el hogar y hacer recomendaciones para la accesibilidad y seguridad del cliente en el hogar.

Referencias

- American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd Edition). *American Journal of Occupational Therapy*, 68, S1-S48.
- Foti, D. & Koketsu, J. S. (2012). *Activities of Daily Living. Pedretti's Occupational Therapy: Practice Skills for Physical Dysfunction*, (7th ed.) (pp. 157-232) N.H. Pendleton & W. Schultz-Krohn (Eds.), St. Louis, Missouri: Elsevier Science/Mosby.
- Maltias, D., Trickey, F., & Robitaille, Y. (2012). Maintaining seniors' independence: A guide to home adaptation. Obtenido de: <https://www.cmhc-schl.gc.ca/en/co/maho/adse/masein/>.
- Radomski, M.V. & Trombly, C.A. (2007). *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*. (6th ed). Philadelphia: Lippincott William and Wilkins.
- Sanford, J.A., Pynoos, J., Tejral, A., & Browne, A. (2002). Development of a comprehensive assessment for delivery of home modifications. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 20(2), 43-55.

Elsa M. Orellano, PhD, OTR/L, ATP
elsa.orellano@upr.edu
 Programa de Maestría en Terapia Ocupacional
 Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico

Recursos para Colegiados LIBRES DE COSTO

Cursos de Educación Continua:

- Módulo de Control de Infecciones (en www.cptopr.org)
- Módulo de Ética Profesional (en www.cptopr.org)

Instrumento de Avalúo con manual y material de referencia:

- Evaluación de la ejecución en las destrezas de cuidado propio, Prueba PASS (en www.cptopr.org)

Evaluación de Accesibilidad al Hogar

Nombre: _____ Sexo M F Edad: _____

Fecha de la evaluación: _____

Diagnóstico: _____

Precauciones: _____

Necesidades ocupacionales prioritarias:

Dirección: _____

Teléfono: _____

Estatus de Movilidad:

Ambulatorio sin equipo

Andador

Bastón

Muletas

Silla de ruedas (SR)

Exterior

Localización del hogar: Superficie Nivelada

Nivel alto o desniveles

Tipo de casa: Casa Propia

Casa Alquilada

Apt. propio

Apt. Alquilado

Número de pisos: Uno

Dos

Tres

Por niveles

Espacio para transferirse

de la silla al carro y viceversa: _____ ¿Accesible? Sí No

Ancho de aceras: _____ ¿Accesible? Sí No

Superficie de camino de entrada Inclínada Nivelada

Lisa Áspera

¿Es accesible el camino de entrada? Sí No

¿Es adecuado el nivel de luz para el camino de entrada? Sí No

¿Existe acceso fácil entre la casa y lo siguiente:

- Carro?
- Buzón?
- Zafacón?
- Calle?

Escalones: Número: _____ Alto: _____ Ancho: _____ Profundidad: _____

- Pasamanos a ambos lados: Sí No
- Altura del pasamanos: _____ ¿Accesible? Sí No
- Espacio en piso al principio: _____ ¿Accesible? Sí No
- Espacio en piso al final: _____ ¿Accesible? Sí No
- ¿Puede detectarse un escalón de otro? Sí No
- ¿Tienen los escalones superficie antiresbaladiza? Sí No

Comentarios o recomendaciones: _____

Rampas: Sí No

- Localización: _____ Ancho: _____
- Pendiente: _____ ¿Accesible? Sí No
- Pasamanos a ambos lados Sí No
- Altura del pasamanos: _____ ¿Accesible? Sí No
- Si no hay rampa, ¿cuanto espacio hay disponible para una? _____

Entrada Ancho: _____ ¿Accesible? Sí No

- Alto del umbral: _____ ¿Accesible? Sí No
- Abre hacia: Afuera Adentro Corrediza
- Espacio en el piso: _____ ¿Accesible? Sí No
- Alto de la perilla: _____ ¿Accesible? Sí No
- Alto del ojo de la cerradura: _____ ¿Accesible? Sí No
- ¿Puede poner/quitar el seguro? Sí No

Comentarios o recomendaciones: _____

Interior

Sala

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Puede iluminar la sala desde la entrada? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿El arreglo del mobiliario facilita la movilidad? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Puede transferirse a su silla/sofa favorito? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si el piso tiene alfombra, ¿está fija al piso? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tienen los muebles bordes afilados? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Puede acceder todos los equipos de la sala? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Comentarios o recomendaciones: _____

Pasillos

- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Ancho: _____ | ¿Accesible? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Existe dificultad volteando la silla en alguna puerta del pasillo? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | |
| Altura de los interruptores de luz: _____ | ¿Accesible? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Existe iluminación adecuada? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | |

Comentarios o recomendaciones: _____

Escaleras

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---|
| Número de escalones: _____ | | Alto de escalones: _____ |
| Ancho de escalones: _____ | | Profundidad de escalones: _____ |
| Dirección de la escalera: | <input type="checkbox"/> Derecha | <input type="checkbox"/> Curva |
| ¿Tiene pasamanos a ambos lados? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Altura de pasamanos: _____ | ¿Accesible? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Condición del pasamanos | <input type="checkbox"/> Adecuado | <input type="checkbox"/> No adecuado |
| Espacio en piso al principio: _____ | ¿Accesible? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Espacio en piso al final: _____ | ¿Accesible? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Puede detectarse un escalón de otro? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

- ¿Tienen los escalones superficie antirresbaladiza? Sí No
- ¿Tiene interruptor de luz al principio y final de escaleras? Sí No
- Altura del interruptor de luz: _____ ¿Accesible? Sí No
- ¿Es la iluminación adecuada? Sí No
- ¿Es necesario contraste en el escalón para personas con problemas visuales? Sí No
- ¿Están libres de obstáculos? Sí No

Comentarios o recomendaciones: _____

Cuarto:

- Solo Compartido
- ¿Existe espacio para maniobrar el equipo de movilidad? Sí No
- Si el piso tiene alfombra, ¿está fija al piso? Sí No

Puerta:

- Ancho: _____ Alto de umbral: _____ Negociable: Sí No
- Abre hacia adentro Abre hacia fuera

Cama:

- Una plaza Dos plazas Queen/king
- De hospital: Manual Semi-eléctrica Eléctrica
- Alto total: _____ ¿Accesible? Sí No
- ¿Se puede transferir a la cama de forma segura? Sí No
- ¿Tiene movilidad independiente en la cama? Sí No
- ¿Cabe en el cuarto una cama de hospital de ser necesario? Sí No
- ¿Está la ropa de cama fuera del piso? Sí No
- ¿Está accesible el teléfono y lámpara desde la cama? Sí No

Manejo de ropa:

- ¿Es accesible la ropa en los gaveteros? Sí No
- Altura de la percha: _____ ¿Accesible? Sí No

¿Es accesible la ropa/zapatos del closet? Sí No

¿Está iluminado el closet? Sí No

Accesorios:

¿Puede iluminar la trayectoria desde la entrada? Sí No

¿Están accesibles los interruptores de luz? Sí No

¿Puede operar la manivela de las ventanas? Sí No

Comentarios o recomendaciones: _____

Baño

Puerta: Ancho: _____ ¿Accesible? Sí No

Alto de umbral: _____ ¿Accesible? Sí No

¿Puede cerrar la puerta una vez dentro del baño? Sí No

Lavamanos: Alto hasta el tope: _____ ¿Accesible? Sí No

Alto hasta aspecto inferior: _____ ¿Accesible? Sí No

Profundidad: _____ ¿Accesible? Sí No

Alto del grifo: _____ ¿Accesible?: Sí No

Tipo de grifo: _____ ¿Accesible?: Sí No

¿Está insuladas las tuberías de agua? Sí No

Interruptor de luz:

Alto: _____ ¿Accesible? Sí No

¿Iluminación adecuada? Sí No

Espejo: Uso del espejo: Sentado En pies

Alto: _____ ¿Accesible? Sí No

Gabinetes: Alto de gabinete superior: _____ ¿Accesible? Sí No

¿Puede alcanzar artículos de gabinetes
debajo del lavamanos? Sí No

Inodoro: Alto: _____ ¿Accesible? Sí No

Alto del control de drenaje: _____ ¿Accesible? Sí No

Espacio frente al inodoro: _____ ¿Accesible? Sí No

Puede pararse/sentarse/transferirse al inodoro? Sí No
 Altura del papel sanitario: _____ ¿Accesible? Sí No
Bañera: ¿Tiene puerta de cristal? Sí No
 Puede transferirse a la bañera? Sí No
 Necesita soporte para el balance al trepar sobre el borde de la bañera? Sí No
 Tipo de controles:
 Palanca Perilla ¿Accesible?: Sí No
 Piso tiene superficie anti-resbaladiza? Sí No
 Tiene silla de baño? Tipo: _____ Sí No
Ducha: Ancho de la puerta: _____ ¿Accesible?: Sí No
 Puede transferirse sobre alto de borde inferior? Sí No
 Tipo de controles:
 Palanca Perilla ¿Accesible?: Sí No
 Piso tiene superficie anti-resbaladiza? Sí No
 Tiene silla de baño? Tipo: _____ Sí No
Barras de seguridad: Sí No

Localización y medidas: _____

Comentarios o recomendaciones: _____

Cocina

Espacio para maniobrar con equipo de movilidad: _____

¿Accesible?: Sí NoEstufa y Horno:Localización de los controles: Al lado Atrás Al frenteAlto de los controles: _____ ¿Accesible?: Sí No¿Puede leer los controles? Sí NoAlto de la estufa: _____ ¿Accesible?: Sí No¿Puede ver dentro de las ollas en estufa? Sí No¿Es el horno accesible? Sí No¿Existe lugar para descansar Sí No

alimentos calientes cerca del horno/estufa?

Fregadero:Alto hasta el tope: _____ ¿Accesible? Sí NoAlto hasta aspecto inferior: _____ ¿Accesible? Sí NoProfundidad: _____ ¿Accesible? Sí NoAlto del grifo: _____ ¿Accesible?: Sí NoTipo de grifo: _____ ¿Accesible?: Sí NoMostrador:Alto: _____ ¿Accesible?: Sí No¿Existe espacio para la SR en el área de trabajo? Sí No¿Es la altura adecuada para trabajar? Sí No¿Hay espacio para sentarse mientras Sí No

trabaja en la cocina?

¿Es necesario contraste en el borde? Sí NoGabinetes:Alto de gabinetes superiores: _____ ¿Accesible?: Sí No¿Hay suficientes gabinetes a nivel de la SR? Sí NoNevera:¿Puede operar las puertas desde la SR? Sí No¿Puede acceder los artículos desde la SR? Sí No

Mesa de cocina: Sí No

Alto: _____ ¿Accesible?: Sí No

¿Puede transportar artículos a través de la cocina? Sí No

Iluminación:

¿Existe iluminación adecuada sobre el fregadero, estufa y áreas de trabajo? Sí No

Otros:

¿Están los siguientes artículos a fácil alcance?

Ollas y sartenes Sí No

Platos y utensilios Sí No

Alimentos envasados Sí No

Interruptores de luz Sí No

Enchufes Sí No

Comentarios o recomendaciones: _____

Lavandería

Puerta: Ancho: _____ Alto de umbral: _____ ¿Accesible? Sí No

Lavadora: Tapa arriba: _____ Tapa al frente: _____ ¿Accesible? Sí No

Secadora: Tapa arriba: _____ Tapa al frente: _____ ¿Accesible? Sí No

Alto de los controles: _____ ¿Accesible? Sí No

¿Puede leer los controles? Sí No

Pileta:

Alto hasta el tope: _____ ¿Accesible? Sí No

Alto hasta aspecto inferior: _____ ¿Accesible? Sí No

Profundidad: _____ ¿Accesible? Sí No

Alto del grifo: _____ ¿Accesible?: Sí No

Tipo de grifo: _____ ¿Accesible?: Sí No

¿Puede alcanzar los materiales/suplidos de la lavandería? Sí No

Comentarios o recomendaciones: _____

Seguridad

Puerta:

¿Puede identificar a los visitantes? Sí No

¿Puede escuchar cuando llaman a la puerta? Sí No

Alfombras: Sí No

Localización: _____

¿Están fijas al piso en sus bordes? Sí No

¿Son lisas y planas, sin arrugas ni dobleces? Sí No

Teléfonos:

Localización: _____

¿Puede acceder, contestar, discar y escuchar el teléfono? Sí No

¿Están accesibles los teléfonos de emergencia? Sí No

Buzón:

¿Accesible? Sí No

Enchufes eléctricos e interruptores:

¿Accesible? Sí No

¿Existen cables en el camino de la SR ? Sí No

¿Pisos irregulares? Sí No

Localización: _____

¿Detector de humo? Sí No

¿Extintor de fuego cerca de la salida? Sí No

¿Accesible? Sí No

Participantes de la Evaluación: _____

Lista de Problemas: _____

Recomendaciones para modificaciones: _____

Recomendación de Equipos: _____

Firma de Evaluador

Adaptada por Elsa Orellano, PhD, OTR/L de Foti y Koketsu (2012).

Referencias

Crepeau, E. B., Cohn, E. S., Schell, B. A. (2010). *Willard and Spackman's occupational therapy*. (11th ed). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Pendleton, H. & Schultz-Krohn, W. (2012). *Pedretti's Occupational Therapy: Practice Skills for Physical Dysfunction*, (7th ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier Science/Mosby.

Radomski, M.V. & Trombly, C.A. (2007). *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*. (6th ed). Philadelphia: Lippincott William and Wilkins.



Cuidando de Otros

Un niño con una discapacidad puede causar grandes demandas físicas, emocionales y financieras a los padres, las familias y los cuidadores, y las necesidades de los cuidadores pueden ser ignoradas u olvidadas. Cuidar de un niño con discapacidad puede crear estrés, depresión y problemas físicos. Algunos padres y cuidadores pueden tener recurrencias frecuentes de depresión y tristeza cuando un niño con una discapacidad no alcanza los mismos logros que los demás niños. Eventos tales como cumpleaños, graduaciones y matrimonios pueden provocar tristeza y estrés. Algunos padres pueden sentir que no pueden participar plenamente en otros roles de la vida como el de esposo o esposa, hijo o hija, estudiante, empleado o voluntario, ya que están demasiado ocupados atendiendo al niño. Otros se sienten culpables de pasar algún tiempo lejos de un niño con discapacidad. Los terapeutas ocupacionales pueden ayudar a los cuidadores a mantener un estilo de vida balanceado en el cual las necesidades del niño sean atendidas así como las del cuidador y las del resto de los miembros de la familia.

¿Qué puede hacer el terapeuta ocupacional?

- Reconocer que las necesidades de los padres deben ser atendidas además de las necesidades de un niño con una discapacidad.
- Animar a los padres a expresar sus sentimientos de estrés, ira, frustración y tristeza.
- Explorar estrategias de afrontamiento y fomentar estilos saludables como el ejercicio, la terapia de grupo o individual y otros pasatiempos.
- Mantenerse informado de las investigaciones recientes sobre las condiciones y las técnicas de intervención para compartirlas con los padres.

¿Qué puede hacer la familia?

- Unirse a una terapia o discusión de grupo para los padres y las familias con niños con discapacidades.
- Compartir la responsabilidad de un niño con discapacidad dentro de la familia. Pedirle ayuda a los familiares, amistades y grupos de respiro o apoyo.
- Desarrollar un horario que distribuya las responsabilidades de cuidado del niño.

Traducido al español por Damaris Vázquez Acevedo, BS, OTS y la Dra. Luz A. Muñiz Santiago, OTR/L, GCG, Presidenta de la Comisión de Publicaciones para el Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico (CPTOPR). Para obtener la versión original en inglés de este documento oprima el siguiente enlace: <http://www.aota.org/en/About-Occupational-Therapy/Patients-Clients/ChildrenAndYouth/Care.aspx>

Copyright © 2002 by the American Occupational Therapy Association.

Elegí hacer la diferencia

María M. López Cruz

Desde muy joven sentía la pasión por trabajar con personas, de elegir una profesión que fuera alineada con el aprendizaje, desarrollo y crecimiento de destrezas y habilidades. Esta pasión me llevó a seleccionar el fascinante campo de Terapia Ocupacional por lo cual cada día aprendo más y confirmo que amo lo que hago. En mi trayectoria como Asistente de Terapia Ocupacional he aprendido a auscultar diversas estrategias en la ejecución de las intervenciones. Soy fiel creyente de que es necesario adaptarse e inyectar dinamismo a cada intervención para que sea efectiva. Me llena de gran satisfacción ver como cada individuo logra los objetivos y las metas trazadas mediante actividades planificadas en el área de ocupación en donde se observa un progreso significativo en los pacientes/clientes mediante la intervención en Terapia Ocupacional.

Elegí hacer la diferencia mediante la creatividad, utilizando materiales innovadores, transportándome al mundo de cada niño y adolescente que visita mi cubículo y lo más importante estableciendo una comunicación asertiva y clara con cada padre. Podemos comparar las intervenciones como una transacción bancaria. Me refiero con esto a que los padres podrán realizar los retiros, viendo el progreso a medida que realicen depósitos donde haya continuidad y seguimiento en el hogar. Siendo esta transacción el medio que utilizan ambas partes para el beneficio por las gestiones realizadas.

Existen otros aspectos que considero claves para hacer la diferencia en cada intervención, a continuación menciono algunas de las estrategias que me han resultado efectivas en mi labor:

1 **Hacer de cada intervención una experiencia única:**

- Creando un portafolio personalizado de cada cliente
- Mediante la exploración de materiales reales
- Utilizando colores, formas y texturas
- Incluyendo sonidos, música y olores como herramienta

2 **Promover la participación activa de los padres o encargados:**

- Mediante el uso de una libreta para comunicación
- Invitar a dar continuidad a lo trabajado en la intervención
- Exponiendo y explicando ideas innovadoras
- Trazar metas y objetivos a corto, mediano y largo plazo
- Utilizando planificación estratégica

3 **Establecer comunicación con los demás profesionales que ofrecen servicio al cliente:**

- Compartiendo planes de intervención (con el consentimiento del padre o encargado)
- Compartir informes de progreso semestral
- Tener el insumo de los maestros
- Establecer y apoyarse en lograr las metas como equipo

“Al hacer la diferencia, conseguirás ver mayor motivación y entusiasmo de forma recíproca”

El niño o joven verá tu intervención más como un juego o diversión en el que puede mejorar sus destrezas y por consiguiente fortalecer su perseverancia, confianza y estima propia. Lograrás grandes resultados que te llenarán de gran satisfacción como profesional. Elegí hacer la diferencia, te invito hacerlo también y alcanzarás grandes resultados.

*María M. López Cruz, OTA, THL
La autora está certificada en Intervención Temprana, Asistencia Tecnológica y capacitación en Integración Sensorial.
Tel. 787-596-9936*

CÓDIGO DE ÉTICA Y CONDUCTA PROFESIONAL DE TERAPIA OCUPACIONAL (2010)

El Código de Ética y Conducta Profesional de Terapia Ocupacional se crea para establecer las bases para la conducta profesional de los colegiados. Es un compromiso para beneficio de la clase profesional de Terapia Ocupacional y de otros, ejerciendo un comportamiento genuinamente bueno, fundamentado en la práctica basada en la evidencia y en la ocupación.

El propósito del Código es proveer los principios que aplican a todo profesional de Terapia Ocupacional que labora en una variedad de escenarios. Es una declaración pública de los valores y principios utilizados para promover y mantener los más altos estándares de la conducta profesional de Terapia Ocupacional. El Código define una serie de principios que aplican al profesional de Terapia Ocupacional en todos los niveles:

BENEFICENCIA

Principio 1. El profesional de Terapia Ocupacional debe demostrar interés por el bienestar y seguridad de los consumidores de sus servicios.

JUSTICIA SOCIAL

Principio 4. El personal de Terapia Ocupacional deberá proveer servicios de forma justa y equitativa.

NO MALEFICENCIA

Principio 2. El personal de Terapia Ocupacional se abstendrá intencionalmente de acciones que causen daño.

JUSTICIA DE PROCEDIMIENTO

Principio 5. El profesional de Terapia Ocupacional deberá cumplir con las normas institucionales, locales, estatales y federales que apliquen a la profesión de Terapia Ocupacional.

AUTONOMÍA Y CONFIDENCIALIDAD

Principio 3. El personal de Terapia Ocupacional respetará el derecho del individuo a la autodeterminación.

VERACIDAD

Principio 6. El profesional de Terapia Ocupacional deberá proveer información detallada, precisa y objetiva siempre que represente la profesión.

FIDELIDAD

Principio 7. El profesional de Terapia Ocupacional deberá tratar a los colegas y a otros profesionales con respeto, justicia, discreción e integridad.

Colegio de Profesionales de
Terapia Ocupacional de PR
PO Box 361558
San Juan, PR 00936-1558

Instrucciones generales para someter publicaciones

Idioma: Los trabajos escritos pueden estar redactados en español o inglés. Se debe utilizar verbos activos (Ej. El terapeuta ocupacional administró la prueba a 50 niños con un diagnóstico de autismo.)

Formato: Se debe utilizar doble espacio para todo el escrito, incluyendo las referencias, tablas y figuras. Cada página debe estar numerada en la parte superior derecha, iniciando con la página del título. Todo escrito debe incluir un resumen (“abstract”) en un párrafo breve (indicar número aproximado de palabras) No se debe utilizar notas al calce o explicativas. El máximo de palabras del escrito (sin incluir el resumen y las referencias) es de 2,500 palabras y el tamaño de letra debe ser 12 Times New Roman. Las fotografías deben ser digitales en formato JPEG o TIF, de 300 dpi. Las fotografías e ilustraciones que no son originales del autor deben incluir la referencia de cada una. Previo a la publicación en la revista, y luego del proceso de edición por la Junta Editora de la Comisión de Publicaciones, el escrito se devolverá al autor (es) para la revisión final.

Orden del formato de presentación:

- Título
- Autor(es): nombre completo, credenciales académicas y profesionales, afiliación institucional, correo electrónico
- Narrativo del escrito
- Referencias: Los autor(es) son responsables de que la ficha bibliográfica esté completa, debe citar apropiadamente reconociendo la fuente original, para así proteger los derechos de autor. Además, deben utilizar el estilo APA, 6ta edición. La siguiente página es un recurso para convertir cualquier referencia al estilo APA requerido: <http://citationmachine.net/> (Son of Citation Machine).

Enfoque de la publicación: Los escritos deben estar enmarcados en el lenguaje y dominio de la profesión de Terapia Ocupacional, según consignados en el Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (2da edición) y en los modelos de práctica profesional (MOHO, PEOP y otros), así como en los principios de la práctica basada en evidencia (EBP, por sus siglas en inglés).

Derechos de autor: Para toda figura, dibujo, foto, tabla, etc. que no sea original del autor (es) y que esté protegida por derechos de autor, se requiere someter evidencia de autorización para el uso de la misma.

Modo de envío: formato digital, mediante correo electrónico o disco (que permita trabajar cambios).

Contacto: luz.muniz1@upr.edu / Tel: 787-282-6966