

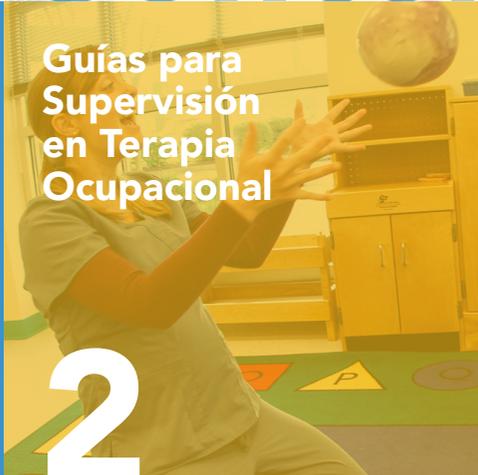
conexio





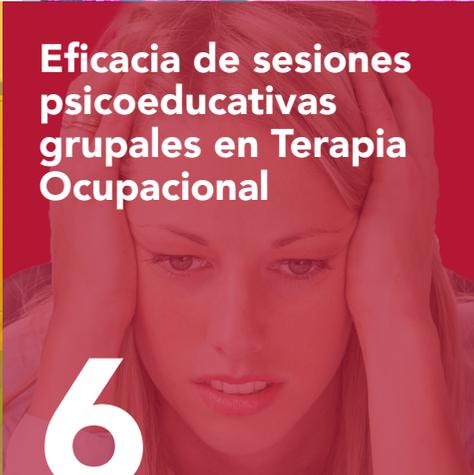
Contenido

VOL 6 • NÚM 1 • FEBRERO 2017



Guías para
Supervisión
en Terapia
Ocupacional

2



Eficacia de sesiones
psicoeducativas
grupales en Terapia
Ocupacional

6



Juego y
autoeficacia
parental

10

EDITOR

Angélica Rivera Miranda, MS, OTL

JUNTA EDITORA

Norma Báez Carrasquillo, MA, OTR/L
Dyhalma Irizarry Gómez PhD, OTR/L, FAOTA
Rosa Román Oyola, PhD, MEd, OTR/L
Angélica Rivera Miranda, MS, OTL
Mariel Volcy Inclán, MS, OTR/L

DISEÑO GRÁFICO

Orlando Rivera Archilla

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:

Angélica Rivera Miranda, MS, OTL

Correo electrónico: a.rivera.miranda@outlook.com

Tel: (787)598-8461

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 = \$75.00

1/3 página = \$100.00

1/2 página = \$125.00

3/4 página = \$150.00

1 página = \$175.00

Contraportada (2) = \$200.00

(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.

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 (3ra 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).



Presidenta

Ivonne Y Rodríguez Ramos MBA, OT/L

Práctica Privada / Profesora en Huertas Junior College

Reciban un cordial y afectuoso saludo de mi parte. Deseo que este nuevo año que acaba de comenzar sea uno lleno de bendiciones para cada uno de ustedes. Es para mí un privilegio y honor servirles y dirigirme mediante nuestra revista. Quiero felicitarles por ser parte de nuestra clase profesional y haber escogido tan bonita profesión. Por otro lado, me llena de gran orgullo y alegría poder representar a nuestra clase profesional y poner en alto nuestra labor como Terapeutas Ocupacionales y Asistentes de Terapia Ocupacional. Me llena de satisfacción el compartir la nueva edición de nuestra revista CONEXIO la cual es una herramienta muy valiosa que nos permite estar a la vanguardia y con la información actualizada sobre la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional. Es importante para mi expresarles que cada uno de nosotros le damos vida a lo que es hoy nuestro Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico. Por tanto, es de vital importancia que nos mantengamos unidos en un mismo esfuerzo para el desarrollo y crecimiento de nuestra profesión. Como profesionales de

Terapia Ocupacional tenemos el deber de aportar en mejorar el bienestar y la salud de nuestra comunidad. Somos parte integral de los servicios de salud para garantizar la autonomía y calidad de vida de un pueblo. Mi objetivo principal es que la comunidad puertorriqueña reconozca la importancia de Terapia Ocupacional; por lo que estamos trabajando con mucho esmero y dedicación para este fin. Les invito a formar parte de este gran equipo de trabajo que cuenta nuestro CPTOPR. Unámonos en un mismo fin para colaborar en el desarrollo de nuestra clase profesional y que nuestra entidad, la cual nos representa, continúe madurando para alcanzar a plenitud todas nuestras metas en beneficio de cada uno de nosotros.

Les invito a que sean parte de esta gran labor que realiza la Lcda. Angélica Rivera, editora de CONEXIO y presidenta de la Comisión de Publicaciones de nuestro Colegio, quien con la colaboración de su equipo de trabajo realizan una excelente labor.

Me despido pero no sin antes dejarles saber que estoy a su disposición. Es para mí un placer servirles.



Editora

Angélica Rivera Miranda MS, OTL

Hospital de Psiquiatría, SER de Puerto Rico

La revista CONEXIO siempre busca cautivar a cada uno de sus lectores con un espacio único y refrescante. Como editora de la revista, busco todas las alternativas posibles para que disfrutes al máximo cada página. Recuerda que este es nuestro espacio profesional para conocer sobre la práctica de terapia ocupacional en el país, compartir experiencias de trabajo investigativo y aprender sobre enfoques, modelos de intervención y nuevas estrategias de trabajo. No importa en qué área de terapia realicemos nuestra práctica, el aprendizaje día a día, las experiencias con un colega y la lectura informativa de hallazgos en la profesión nos hace más grandes. Comenzamos un nuevo año 2017, donde no será excepción ofrecerles

una revista de calidad. En esta edición tendrán para ustedes el documento oficial Guías para Supervisión en Terapia Ocupacional, traducido por la Comisión de Práctica de nuestro CPTOPR. Te invito a que tomes un tiempo de ocio en el escenario de tu predilección para que puedas leer esta nueva edición de la revista CONEXIO y la disfrutes al máximo. Logrando además adquirir conocimiento útil para la profesión. Muchas bendiciones en este nuevo año 2017; que sea uno de mucha labor, salud y logros. Además, te exhorto a que te motives a escribir y compartir en la revista CONEXIO aquellas experiencias profesionales para que otros colegas y profesionales de la comunidad puertorriqueña puedan leer.



GUÍAS PARA SUPERVISIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL

ESTHER RIVERA DE LEÓN, YELIZA QUINTANA BOSQUES, LYDIA R. SANDOVAL TORRES, YADIRA RENTAS RODRÍGUEZ, ROSARIO FLORES, MARÍA M. LÓPEZ CRUZ,
TRADUCCIÓN MARGARITA GONZÁLEZ PÉREZ

Este documento contiene cuatro secciones que dirigen la prestación de servicios de Terapia Ocupacional. Estas secciones son: Supervisión general; Supervisión de terapeutas ocupacionales y asistentes en Terapia Ocupacional; Roles y responsabilidades de los terapeutas ocupacionales y los asistentes en Terapia Ocupacional durante la prestación de servicios de Terapia Ocupacional.

SUPERVISIÓN GENERAL

Estas guías ofrecen la definición de supervisión y un esquema de parámetros relacionados con la supervisión eficaz en lo que respecta a la prestación de servicios de Terapia Ocupacional de manera adecuada y eficaz. Las guías, en sí mismas, no se pueden interpretar a fin de constituir un estándar de supervisión en cualquier localidad particular. Se espera que los terapeutas ocupacionales, los asistentes en Terapia Ocupacional cumplan con los reglamentos estatales y federales, sigan las políticas pertinentes del lugar de trabajo y el Código de Ética de Terapia Ocupacional (CPTOPR 2010) y participen en actividades de desarrollo profesional continuo para mantener la continuidad en las competencias.

En estas guías, la supervisión es vista como un proceso cooperativo en el que dos o más personas participan en un esfuerzo conjunto para establecer, mantener o elevar el nivel de las competencias y el desempeño. La supervisión tiene como fundamento un entendimiento mutuo entre el supervisor y el supervisado sobre la competencia, experiencia, educación y credenciales de cada uno. La supervisión fomenta el crecimiento y el desarrollo, promueve la utilización eficaz de los recursos, exhorta a la creatividad y la innovación, y provee educación y apoyo para lograr la meta. Dentro del ámbito de la práctica de la Terapia Ocupacional, la supervisión es un proceso destinado a garantizar una prestación segura y eficaz de los servicios de Terapia Ocupacional y fomentar las competencias y el desarrollo profesional.

SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES Y ASISTENTES EN TERAPIA OCUPACIONAL

Terapeutas ocupacionales

Los terapeutas ocupacionales son responsables de todos los aspectos de la prestación de servicios de Terapia Ocupacional y de responder por la seguridad y la eficacia del proceso de la prestación del servicio de Terapia Ocupacional. Se exhorta a los terapeutas ocupacionales recién certificados a buscar supervisión y la ayuda de un mentor para desarrollar los enfoques de mejores prácticas y promover el crecimiento profesional.

Asistentes en Terapia Ocupacional

Los asistentes en Terapia Ocupacional prestan servicios de Terapia Ocupacional bajo la supervisión y en colaboración con los terapeutas ocupacionales. Los terapeutas ocupacionales y los asistentes en Terapia Ocupacional son responsables de desarrollar conjuntamente un plan para la supervisión.

PRINCIPIOS GENERALES

1. La supervisión implica la orientación y la atención relacionada con la prestación de servicios de Terapia Ocupacional y la facilitación del crecimiento profesional y la competencia. Es responsabilidad de los terapeutas ocupacionales y de los asistentes en Terapia Ocupacional buscar la calidad y la frecuencia adecuada de la supervisión de manera que la prestación del servicio de Terapia Ocupacional sea seguro y eficaz.
2. Para garantizar la seguridad y eficacia de los servicios de Terapia Ocupacional, es responsabilidad de los terapeutas ocupacionales y los asistentes en Terapia Ocupacional el reconocer cuando se necesita supervisión y buscar supervisión que apoye los niveles de la competencia actual y en desarrollo.
3. La frecuencia específica, los métodos y el contenido de la supervisión podrían variar según el entorno de práctica y dependen de:
 - a. La complejidad de las necesidades del cliente,
 - b. La cantidad y diversidad de los clientes,
 - c. Las habilidades del terapeuta ocupacional y del asistente en Terapia Ocupacional,
 - d. El tipo de entorno de práctica,
 - e. Los requisitos del entorno de práctica, y
 - f. Otros requisitos reglamentarios.
4. La supervisión que es más frecuente que el nivel mínimo requerido por el entorno de práctica o por la agencia reglamentaria, podría ser necesaria cuando:
 - a. Las necesidades del cliente y del proceso de Terapia Ocupacional son complejos y cambiantes,
 - b. Los entornos de práctica proveen servicios de Terapia Ocupacional a un gran número de clientes con necesidades diversas, o
 - c. El terapeuta ocupacional y el asistente en Terapia Ocupacional determinan que es necesaria supervisión adicional para garantizar la seguridad y la eficacia de la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional.
5. Se deben utilizar una variedad de tipos y métodos de supervisión. Los métodos podrían incluir contacto en persona, directo e indirecto. Ejemplos de métodos o tipos de supervisión que implican contacto directo en persona incluyen: observación, modelaje, co-tratamiento, discusiones, enseñanza e instrucción. Ejemplos de métodos o tipos de supervisión que implican contacto indirecto incluyen: conversaciones telefónicas, correspondencia escrita e intercambios electrónicos.
6. Los terapeutas ocupacionales y los asistentes en Terapia Ocupacional deben cumplir con los requisitos estatales y de la agencia con relación a la documentación de un plan de supervisión y contactos de supervisión. La documentación puede incluir:
 - a. La frecuencia de contacto de supervisión,
 - b. Los método(s) o tipo(s) de supervisión,
 - c. Las áreas de contenido abordadas,
 - d. La evidencia para apoyar áreas y niveles de competencia y
 - e. Los nombres y las credenciales de las personas que participan en el proceso de supervisión.
7. La supervisión relacionada con el crecimiento profesional, como el liderazgo y el desarrollo de destrezas de liderazgo y apoyo (advocacy), podría diferir de la que se necesita para prestar los servicios de Terapia Ocupacional. La persona que proporciona la supervisión, al igual que la frecuencia, método y contenido de la supervisión, debe responder a los niveles de progreso del crecimiento profesional del supervisado.

ROLES Y RESPONSABILIDADES DE LOS TERAPEUTAS OCUPACIONALES Y LOS ASISTENTES EN TERAPIA OCUPACIONAL DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL

Declaración general

El enfoque de la Terapia Ocupacional es apoyar “la salud y participación del cliente en la vida a través del compromiso con la ocupación”. La Terapia Ocupacional aborda las necesidades y las metas del cliente relacionadas con el compromiso en las áreas de ocupación y considera las destrezas de ejecución, patrones de desempeño, contexto y ambiente, exigencias de la actividad y factores del cliente que puedan influir en la ejecución de varias áreas de la ocupación.

1. El terapeuta ocupacional es

responsable de TODOS los aspectos de la prestación del servicio de Terapia Ocupacional y es responsable por la seguridad y efectividad del proceso de prestación del servicio de Terapia Ocupacional. El proceso de prestación del servicio de Terapia Ocupacional conlleva evaluación, planificación de la intervención, implementación de la intervención, revisión de la intervención y resultado de la evaluación.

2. El terapeuta ocupacional debe estar involucrado directamente en la prestación de los servicios durante la

evaluación inicial y regularmente a través del curso de la intervención y evaluación del resultado.

3. El asistente en Terapia Ocupacional presta servicios de Terapia Ocupacional bajo la supervisión de y en conjunto con el terapeuta ocupacional.
4. Es responsabilidad del terapeuta ocupacional determinar cuándo delegar responsabilidades a otro profesional de Terapia Ocupacional. Es responsabilidad del profesional de Terapia Ocupacional que realiza las responsabilidades delegadas, demostrar



competencia en el servicio.

5. El terapeuta ocupacional y el asistente en Terapia Ocupacional demuestran y documentan la competencia del servicio para el razonamiento y el juicio clínico durante el proceso de prestación de servicios al igual que para el desempeño de técnicas específicas, evaluación y métodos de intervención usados.
6. Al delegar aspectos de los servicios de Terapia Ocupacional, el terapeuta ocupacional considera los siguientes factores:
 - a. Complejidad de las condiciones y necesidades del cliente;
 - b. Conocimiento, destreza y competencia del profesional de Terapia Ocupacional;
 - c. Naturaleza y complejidad de la intervención; y
 - d. Necesidades y requisitos del entorno de práctica.

Roles y responsabilidades

Independientemente del entorno en el que se prestan los servicios de Terapia Ocupacional, los terapeutas ocupacionales y los asistentes en Terapia Ocupacional asumen las siguientes responsabilidades genéricas durante la evaluación, intervención y evaluación de los resultados.

Evaluación

1. El terapeuta ocupacional dirige el proceso de evaluación.
2. El terapeuta ocupacional es responsable de dirigir todos los aspectos del contacto inicial durante la evaluación de Terapia Ocupacional, incluido
 - a. Determinar la necesidad de servicio
 - b. Definir los problemas dentro del dominio de la Terapia Ocupacional que necesitan ser abordado,
 - c. Determinar las metas y prioridades del cliente,
 - d. Establecer las prioridades de la intervención,
 - e. Determinar necesidades adicionales de evaluaciones específicas, y
 - f. Determinar las tareas de evaluaciones



específicas que pueden ser delegadas al asistente en Terapia Ocupacional.

3. El terapeuta ocupacional inicia y dirige la evaluación, interpreta los datos y desarrolla el plan de intervención.
4. El asistente en Terapia Ocupacional contribuye con el terapeuta ocupacional al proceso de evaluación al implementar evaluaciones delegadas y al proveer informes de observación verbales y escritos, y sobre las capacidades del cliente.
5. El terapeuta ocupacional interpreta la información provista por el asistente en Terapia Ocupacional e integra la información a la evaluación y al proceso de toma de decisiones.

Planificación de la intervención

1. El terapeuta ocupacional tiene la responsabilidad general del desarrollo del plan de intervención inicial y de seguimiento de Terapia Ocupacional.
2. El terapeuta ocupacional y el asistente en Terapia Ocupacional colaboran con el cliente para desarrollar el plan.
3. El asistente en Terapia Ocupacional es responsable de estar bien informado sobre los resultados de la evaluación y de hacer aportaciones al plan de intervención según las necesidades y prioridades del cliente.

Implementación de la intervención

1. El terapeuta ocupacional tiene la responsabilidad general de implementar la intervención.
2. Al delegar aspectos de la intervención de Terapia Ocupacional al asistente en Terapia Ocupacional, el terapeuta ocupacional es responsable de proporcionar la supervisión apropiada.
3. El asistente en Terapia Ocupacional es responsable de estar bien informado sobre las metas de Terapia Ocupacional del cliente.
4. El asistente en Terapia Ocupacional selecciona, implementa y hace modificaciones a las actividades e intervenciones terapéuticas que son cónsonas con los niveles de competencia demostrados, las metas

del cliente y los requisitos del entorno de práctica.

Revisión de la intervención

1. El terapeuta ocupacional es responsable de determinar la necesidad de continuar, modificar o discontinuar los servicios de Terapia Ocupacional.
2. El asistente en Terapia Ocupacional contribuye a este proceso mediante el intercambio de información y proporcionando la documentación al terapeuta ocupacional sobre las respuestas del cliente a las comunicaciones durante la intervención.

Evaluación de los resultados

1. El terapeuta ocupacional es responsable de seleccionar, medir e interpretar los resultados que están relacionados con la capacidad del cliente de involucrarse en las ocupaciones.
2. El asistente en Terapia Ocupacional es responsable de estar bien informado sobre los resultados de Terapia Ocupacional específicos del cliente y de proporcionar la información y documentación relacionada con el logro de los resultados.
3. El asistente en Terapia Ocupacional puede implementar la medición de los resultados y proporcionar los recursos necesarios para el alta del cliente.

Resumen

Estas guías sobre supervisión, roles y responsabilidades están destinadas para ayudar en la utilización apropiada de los terapeutas ocupacionales, los asistentes en Terapia Ocupacional y en la prestación apropiada y eficaz de los servicios de Terapia Ocupacional. Se espera que los servicios de Terapia Ocupacional se presten de acuerdo a las reglamentaciones estatales y federales, a las políticas pertinentes del lugar de trabajo, al Código de Ética de Terapia Ocupacional (CPTOPR 2010), y a las guías de competencia continua y desarrollo profesional.

REFERENCIAS:

- American Occupational Therapy Association. (2004). Guidelines for supervision, roles, and responsibilities during the delivery of occupational therapy services. *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 663–667.
- American Occupational Therapy Association. (2005). Occupational therapy code of ethics (2005). *American Journal of Occupational Therapy*, 59, 639–642.
- American Occupational Therapy Association. (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 625–683.

.....
Sara Jane Brayman, PhD, OTR/L, FAOTA, Presidenta, 2002–2005
Gloria Frolek Clark, MS, OTR/L, FAOTA
Janet V. DeLany, DEd, OTR/L
Eileen R. Garza, PhD, OTR, ATP
Mary V. Radomski, MA, OTR/L, FAOTA
Ruth Ramsey, MS, OTR/L
Carol Siebert, MS, OTR/L
Kristi Voelkerding, BS, COTA/L
Patricia D. LaVesser, PhD, OTR/L, Enlace con SIS
Lenna Aird, ASD Enlace
Deborah Lieberman, MHSA, OTR/L, FAOTA, AOTA Enlace con las Oficinas Centrales de AOTA

EFICACIA DE SESIONES PSICOEDUCATIVAS GRUPALES EN TERAPIA OCUPACIONAL

Enfoque Cognitivo-conductual en pacientes con Desórdenes de Ansiedad

ARNALDO CRUZ-RIVERA, EVA DEL VALLE, KAREN G. MARTINEZ

RESÚMEN

Desde que la Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) se adaptó a un enfoque psicoeducativo (Kellet, Clarke, & Matthews, 2007) se ha evidenciado que la terapia grupal ha sido efectiva en la reducción de síntomas y recurrencias asociadas a los diagnósticos de esquizofrenia y trastorno. Siendo la terapia grupal con enfoque psicoeducativo una de las estrategias de intervención más útiles en terapia ocupacional, se genera en el investigador la curiosidad de estudiar el beneficio terapéutico que puede tener esta estrategia en el manejo de síntomas de ansiedad y la mejoría de percepción en variables psicosociales como resiliencia, autoeficacia y autoregulación (AOTA, 2014). Seis participantes en una clínica especializada de manejo de miedo y ansiedad participaron de ocho intervenciones psicoeducativas grupales con enfoque cognitivo-conductual donde medidas de autoreporte pre y pos intervención fueron administradas. Al calcularse la media aritmética de las escalas utilizadas, se encontró resultados positivos en variables como autoeficacia, autoregulación, desarrollo personal, bienestar emocional y autodeterminación.

INTRODUCCIÓN

La terapia cognitiva conductual (TCC) ha sido adaptada a una perspectiva psicoeducativa con el propósito de enseñar destrezas y proveer información sobre el manejo de síntomas psiquiátricos (Kellett, S., Clarke, S., & Matthews, L., 2007). Se ha encontrado gran cantidad de evidencia científica de que la terapia grupal con enfoque psicoeducativo ha beneficiado en el manejo y la reducción de síntomas y su recurrencia en diagnósticos como la esquizofrenia, el trastorno de bipolaridad y la depresión (Klinberg, S., Buchkremer, G., Holle, R., Schulze, H., & Hornung, W. P. (1999). En los últimos años se ha dado especial énfasis y atención al estudio de los desórdenes de ansiedad y depresión vía intervención terapéutica grupal (Lahera, G., Bayón, C., Bravo-Ortiz, M., Rodríguez-Vega, B., Barbeito, & S., Sáenz (2014). En la intervención grupal en terapia ocupacional se ha utilizado el marco de referencia cognitivo-conductual y técnicas de reestructuración cognitiva para modificar esquemas erróneos de pensamiento que propicien el apoderamiento de la condición de ansiedad a la vez que se mejora la competencia en roles, la calidad de vida y la adaptación ocupacional (Bruce & Borg, 2015). Una de las críticas más comunes concerniente a los servicios de salud mental es la falta de accesibilidad y disponibilidad de servicios de salud mental especializados, por lo que la terapia grupal con enfoque psicoeducativo se convierte en una opción viable y costo efectiva para el manejo de la sintomatología y las condiciones de salud mental.



MÉTODO

Un grupo de seis participantes que asistieron al Centro de Estudio y Tratamiento para el Manejo del Miedo y la Ansiedad (CETMA) fueron evaluados con una serie de instrumentos tipo escalas de autoreporte previo a participación en el proceso de intervención en sesiones psicoeducativas grupales con enfoque cognitivo-conductual. Las escalas de autoreporte administradas fueron: la Escala General de Autoeficacia Percibida (Schwarzer, R., Jerusalem, M., & Babler, J., 1993), la Escala de Resiliencia Connor-Davidson (Connor K.M. & Davidson J.R., 2003), la Escala de Autoregulación (Schwarzer & Gutiérrez-Doña, 2002); y, tres subescalas (Bienestar Emocional, Desarrollo Personal y Autodeterminación) de la Escala de Calidad de Vida Gencat (Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Gómez, L. E. & Arias, B., 2007). Los participantes recibieron sesiones psicoeducativas grupales de una hora y media de duración, una vez por semana, por un periodo de ocho semanas en temas relacionados a manejo de estrés, asertividad y relaciones interpersonales, destrezas para la estructura y el manejo del tiempo, manejo de presupuesto, análisis de situaciones y toma de decisiones, desarrollo de autoeficacia y resiliencia, y técnicas de conservación de energía y simplificación de

tareas. Luego del periodo de intervención grupal los participantes fueron reevaluados con las mismas medidas de autoreporte antes mencionadas. Los datos fueron analizados tomando en consideración la media aritmética de cada escala antes y luego de la intervención para determinar si hubo diferencias estadísticamente significativas en la percepción de los participantes respecto a las variables consideradas.

RESULTADOS

La edad promedio de la muestra de seis participantes fue 34.66 años, con un rango de edad de 18 a 68 años. La variable género de la muestra estuvo equitativamente distribuida, 50% siendo mujeres y 50% hombres. El diagnóstico primario de un 50% de la muestra fue el Trastorno Obsesivo Compulsivo (n=3), un 33% con el diagnóstico de Desorden de Estrés Posttraumático (n=2), y un 17% con Fobia Específica (n=1). Un 67% de la muestra tuvo comorbilidad con otros diagnósticos como Trastorno de Pánico, Depresión Mayor y Ansiedad Generalizada. Como parte del proceso de evaluación inicial en psicología clínica los participantes completaron el Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck, el Inventario de Estado de Ansiedad, la Escala de Rasgo de Ansiedad y el Índice de Sensitividad de Ansiedad. Ver tabla #1 para resultados.

Tabla #1 Medias y desviaciones estándar de Instrumentos Administrados en Evaluación Inicial en Psicología Clínica

| Instrumento | Media de la muestra | Desviación estándar | Descripción |
|------------------------------------|---------------------|---------------------|--------------------|
| Inventario Ansiedad Beck | 24.2 | 17.5 | Ansiedad moderada |
| Inventario Depresión II Beck | 23.7 | 14.0 | Depresión moderada |
| Índice de Sensitividad de Ansiedad | 45.2 | 17.4 | Severa |
| Escala de Estado de Ansiedad | 50.7 | 12.8 | Severa |
| Escala de Rasgo de Ansiedad | 54.8 | 10.6 | Severa |



Se administró el Inventario de Rasgos de Personalidad NEO PI-II (McRae & Costa, 2005) para evaluar los cinco grandes factores de personalidad. Ver tabla #2 para los resultados.

Antes y después de las intervenciones grupales psicoeducativas con enfoque cognitivo-conductual en terapia ocupacional se administraron Las escalas de autoreporte: la Escala General de Autoeficacia Percibida, la Escala de Resiliencia Connor-Davidson, la Escala de Autoregulación (); y, tres subescalas (Bienestar Emocional, Desarrollo Personal y Autodeterminación) de la Escala de Calidad de Vida Gencat. Ver tabla #3 para los promedios preprueba y posprueba de las escalas administradas.

CONCLUSIONES

El grupo de participantes mostró en sus puntuaciones promedio en la evaluación inicial en psicología clínica niveles de ansiedad y depresión moderados; y nivel severo en índices de sensibilidad, rasgos y estado de ansiedad. Presentaron altos niveles de inestabilidad emocional, y bajos niveles de extroversión, amabilidad y responsabilidad según el Inventario de personalidad.

En la administración de preprueba y posprueba en el proceso de terapia

ocupacional y las sesiones psicoeducativas grupales con enfoque cognitivo-conductual se encontró que en todas las escalas administradas mejoró la percepción subjetiva de los participantes respecto a la variable estudiada. La escala que demostró mayor mejoramiento en percepción fue la escala de Autoregulación, seguida de las subescalas Desarrollo Personal y Bienestar Emocional de la escala GENCAT de Calidad de Vida. Las escalas de Autoeficacia Percibida y la subescala de Autodeterminación le siguieron con aumento en las medias de la muestra. La escala de Resiliencia se mantuvo en la misma puntuación obtenida inicialmente en la preprueba.

Estos resultados indican preliminarmente que las sesiones psicoeducativas grupales con enfoque cognitivo-conductual en terapia ocupacional benefician a los

Tabla #2. Medias de los cinco rasgos de personalidad de la muestra basada en el Inventario NEO PI-R

| Factores de personalidad | Media de la muestra | Desviación estándar | Descripción |
|----------------------------------------|---------------------|---------------------|-------------|
| Neuroticismo (inestabilidad emocional) | 67.6 | 6.6 | Muy alta |
| Extraversión (extroversión) | 36.4 | 11.0 | Baja |
| Apertura a nuevas experiencias | 54 | 14.4 | Promedio |
| Amabilidad | 40.6 | 4.2 | Baja |
| Responsabilidad | 32.4 | 3.6 | Muy baja |

Tabla #3. Puntuaciones promedio preprueba y posprueba de las escalas administradas en Terapia Ocupacional

| Escalas | Puntuación promedio preprueba | Puntuación promedio posprueba |
|---------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Autoeficacia Percibida | 25.33 | 26.50 |
| Resiliencia | 49.00 | 49.00 |
| Auto-Regulación | 20.33 | 23.20 |
| Bienestar Emocional (Calidad de Vida) | 16.50 | 18.33 |
| Desarrollo Personal (Calidad de Vida) | 22.66 | 25.20 |
| Autodeterminación (Calidad de Vida) | 30.00 | 30.33 |

pacientes que presentan síntomas de ansiedad. Debido a que la muestra fue pequeña en términos de cantidad (n=6), análisis estadísticos complejos no pudieron ser realizados. Otros múltiples factores como uso de medicamentos, participación en terapias individuales u otras modalidades terapéuticas pudieron incidir en la mejoría de la percepción subjetiva de los participantes en las variables estudiadas en el presente estudio por lo que no se puede atribuir el fenómeno de causa y efecto a los hallazgos presentados. Dado que el hallazgo más importante fue que hubo un mejoramiento en la percepción subjetiva de los participantes respecto a las variables estudiadas, mayor investigación en este campo es recomendada.

Implicaciones en la Práctica de Terapia Ocupacional en el Área Psicosocial

La profesión de terapia ocupacional enfatiza en el acercamiento biopsicosocial integrativo para desarrollar, recuperar, y mantener las destrezas del diario vivir y del trabajo en personas con condiciones mentales, físicas o de desarrollo (Christiansen & Baum, 2015). Los terapeutas ocupacionales utilizan la terapia grupal como red de apoyo a sus miembros en el mejoramiento de una situación difícil o un reto de vida (Bonder, 2013). El proceso de escuchar a otros e intercambiar ideas ayuda al participante a poner su realidad en justa perspectiva. También puede ser una experiencia de “respiro” al escuchar a otros compartiendo sus problemas, y reconocer que no se encuentran solos en el proceso de recuperación. El efecto de la diversidad es un importante beneficio de la terapia grupal ya que sus miembros

con diferentes personalidades y trasfondos, ven la vida de manera diferente. Al ver a otros enfrentar los problemas, adaptarse y realizar cambios positivos, el participante descubre una amplia gama de posibilidades al enfrentar sus preocupaciones.

Sin embargo, el aspecto más poderoso de la terapia grupal es la psicoeducación. A través de ésta se logra el proceso de enseñanza y aprendizaje en varias direcciones, del terapeuta a los participantes, de los participantes entre sí, y viceversa (Cole, 2012). El conocimiento es poder, y por medio del aprendizaje vicario en

grupo se puede afectar positivamente la participación en ocupaciones del diario vivir, la competencia en roles, la calidad de vida, y el sentido de satisfacción y eficacia en la ejecución ocupacional (Law & McColl, 2010). Variables psicosociales como autoeficacia, autoregulación, resiliencia, calidad de vida, espiritualidad y adaptación ocupacional (AOTA, 2014) entre otros, deben ser consideradas, estudiadas e investigadas en el área de salud mental/psicosocial para demostrar el beneficio terapéutico en el proceso de evaluación e intervención en la Terapia Ocupacional.

.....
*Araldo Cruz-Rivera, PhD, LPC, OTR/L
 Full Professor
 Consultant, Center for the Study and
 Treatment of Fear and Anxiety
 School of Health Professions
 Medical Sciences Campus, UPR
 araldo.cruz3@upr.edu*

*Eva del Valle, B.S.
 Clinical Psychology student
 Masters Program Rio Piedras Campus
 University of Puerto Rico
 evai_6@hotmail.com*

*Karen G. Martinez, MD, MSc
 Assistant Professor
 Director, Center for the Study and
 Treatment of Fear and Anxiety
 Department of Psychiatry
 Principal Investigator, Hispanic Clinical
 and Translational Research Education
 and Career Development (HCTRECD)
 program (R25MD007607)
 karen.martinez4@upr.edu*

REFERENCIAS:

- AOTA (2014). Occupational Therapy Practice Framework; Domain and Process. 3rd ed. AOTA Press
- Bonder, B. (2013). Psychopathology and Function. 5th Ed. Slack: New Jersey.
- Bruce, MA, & Borg, B. (2015). Psychosocial practice frames of reference: Core for occupation-based in psychosocial occupational therapy. Thorofare, NJ: Slack Incorporated.
- Christiansen, C.H., Baum, C. & Bass, J.D (2015). Occupational Therapy Performance, Participation and Well-Being. Fourth Edition: Slack, Inc.
- Connor K.M. & Davidson J.R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* 2003; 18(2):76-82
- Cole, M.B. (2012). Group Dynamics in Occupational Therapy: The Theoretical Basis and Practice Application of Group Intervention. Slack Inc, USA.
- Law, M. & McColl, M.A. (2010). Interventions, Effects, and Outcomes in Occupational Therapy for Adults and Older Adults. Slack, Inc. USA.
- McCrae R. R.; Costa P. T.; Martin T. A. (2005). The NEO PI-3: A more readable revised NEO personality inventory. *Journal of Personality Assessment* 84 (3): 261-270.
- Schwarzer R, Gutiérrez-Doña B. Health Psychology. En: Pawlik K, Rosenzweig MR. International Handbook of Psychology. London: Sage Publications, 2000: 452-65.
- Kellett, S., Clarke, S., & Matthews, L. (2007). Group cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression. *Advances in Psychiatric Treatment* Apr 2010, 16 (3) 219-227.
- Klinberg, S., Buchkremer, G., Holle, R., Schulze, H., & Hornung, W. P. (1999). Differential therapy effects of psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients- results of a 2-year follow-up. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249, 66-72.
- Lahera, G., Bayón, C., Bravo-Ortiz, M., Rodríguez-Vega, B., Barbeito, & S., Sáenz. (2014). Mindfulbased cognitive therapy versus psychoeducational intervention in bipolar outpatients with sub-threshold depressive symptoms: a randomized controlled trial. *Bmc Psychiatry*, 14:215.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M., & Babler, J. (1993). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.
- Verdugo, M. A., Schallock, R. L., Gomez, L. E. & Arias, B. (2007). Construcción de escalas de calidad de vida multidimensionales centradas en el contexto: la Escala GENCAT. *Siglo Cero*, 38(4), 57-72.



JUEGO Y AUTOEFICACIA PARENTAL

A través del proceso de terapia ocupacional

ROSA ROMÁN-OYOLA

RESUMEN

Este artículo tiene como propósito promover la reflexión acerca de la manera en que estamos utilizando el juego dentro de los procesos de evaluación e intervención con los niños y sus familias. Se describen los componentes del juego y se detallan algunas sugerencias para éste en cuenta de manera más concreta a través del proceso de terapia ocupacional. La evidencia nos indica que el juego, además de ser un medio para el desarrollo de destrezas en el niño, es una herramienta poderosa para reforzar la autoeficacia parental. Por tal razón, se presenta la competencia del rol parental como un posible “outcome” que no debemos pasar por alto al trabajar con los niños y sus familias. Nuestro marco

de trabajo define la profesión de terapia ocupacional como el uso terapéutico de las actividades de la vida diaria (ocupaciones) con individuos o grupos con el propósito de reforzar o viabilizar su participación en los roles, hábitos y rutinas propios de los ambientes en que se desempeña (ej. hogar, escuela, trabajo, comunidad, etc.) (AOTA, 2014).

Entre los logros esperados o deseados de nuestras intervenciones se encuentran: ejecución ocupacional, prevención, salud y bienestar y otros (AOTA, 2014). Pese a que son varios los posibles logros a los que pudiéramos aspirar con nuestros clientes, por lo regular y hasta sin darnos cuenta, tendemos a enfocarnos principalmente, hacia la ejecución ocupacional (después de todo, somos terapeutas ocupacionales).

Así mismo, en ocasiones, nos involucramos o diseñamos programas dirigidos específicamente a la prevención, o a la salud y bienestar del individuo. Sin embargo, otro de los logros incluidos dentro de nuestro marco de trabajo, sumamente atado a la ejecución ocupacional del individuo, y al que no necesariamente prestamos atención directa, es la competencia de rol, definida como la habilidad del cliente para cumplir con las demandas de los roles en que se involucra (AOTA, 2014).

En este artículo, deseo referirme específicamente a la competencia de rol parental. Diversas circunstancias, personales y profesionales, me llevaron hace un tiempo a trabajar junto a un grupo de estudiantes en una investigación que contemplaba entre sus propósitos identificar qué variable estaba más relacionada con el sentido de autoeficacia parental: el perfil sensorial del niño/a o la predisposición al juego (“playfulness”) de los padres. El estudio incluyó un grupo de padres y madres de niños con desarrollo típico y un grupo de padres y madres de niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Según los resultados, en el caso de los pa/madres de niños con desarrollo típico, ninguna de las variables resultó importante para predecir su sentido de autoeficacia parental. En cambio, para los pa/madres de niños con TEA, el perfil sensorial del niño resultó la variable más relacionada con su sentido de



autoeficacia general. Más interesante aún fue que la predisposición al juego de los pa/madres (“playfulness”), resultó la variable más importante relacionada con el sentido de autoeficacia parental emocional (Román-Oyola, Reynolds, Cabrera-Mercader, Soto-Feliciano, & Vega-Santana, in press).

Son varios los puntos acerca de los cuales reflexionar a raíz de este hallazgo: ¿en qué magnitud estamos realmente utilizando la ocupación del juego en nuestras intervenciones?; ¿cuánta atención estamos prestando a las familias, especialmente a los padres o encargados, a través del proceso de terapia ocupacional?; y sobre todo, ¿qué mensaje estamos dando a los pa/madres acerca de qué les hace competentes en su rol?

EL JUEGO Y LA PREDISPOSICIÓN AL JUEGO

Para reflexionar acerca de cuánto estamos realmente dando prominencia al juego como ocupación en nuestras intervenciones, es necesario repasar qué es juego. El juego es tan natural como el respirar (Schaefer & Drewes, 2011). Es la ocupación más importante en la vida del niño (Bundy, 2012). La predisposición al juego o “playfulness” es un aspecto del juego, definido como la esencia del juego, la disposición a jugar y la forma en que la persona se acerca al juego

(Skard & Bundy, 2008). En su Modelo de Playfulness, Bundy (2012), define cuatro características principales del juego: el marco o “framing”, el control interno, la motivación intrínseca y la suspensión de la realidad. Según este modelo, el grado en el cual estas características estén presentes en el contexto determinará si realmente ocurre o no una dinámica de juego.

El **marco o “framing”** es un conjunto de comportamientos utilizados al jugar; que determina que la actividad que se está llevando a cabo es juego. Implica el uso de claves para llevar el mensaje a otros de que “esto es un juego”. El marco de juego se preserva siempre y cuando se mantengan las claves. Los deportistas jugando en una cancha o en un parque demuestran comprender las claves que el marco les ofrece acerca del contexto de juego en que se encuentran cuando le dan una nalgada a un compañero (cosa que, probablemente, no harían fuera del “marco” del parque o la cancha).

El **control interno** permite a los jugadores decidir qué jugarán, con quién jugarán, así como algunos aspectos acerca de cómo se desarrollará el juego. El control interno permite al jugador sentir que puede interactuar efectivamente con los objetos y compañeros de juego. No obstante, dicha sensación no es absoluta, pues ser efectivo durante la interacción en el contexto del juego implica compartir ideas y acciones que apoyen la experiencia de juego del colectivo. Esta sensación de control interno está íntimamente atada a la motivación intrínseca del jugador.

La **motivación intrínseca**, constituye la razón por la que el jugador se encuentra a sí mismo inmerso activamente en el juego. El jugador se involucra en el juego principalmente por la diversión o placer que representa para él/ella o por el beneficio del juego en sí mismo. Esta motivación intrínseca, le lleva a involucrarse intensamente en la actividad del juego; aún si esto conlleva persistir para sobrepasar retos que puedan surgir.

La cuarta y última característica, la **suspensión de la realidad**, determinará cuán cerca de la realidad objetiva jugará el o los participantes (Bundy, 2012). Diversas estrategias pueden facilitar el que

los participantes “se alejen” de la realidad. Ejemplos de éstas son fingir o pretender (ej. pretender que un columpio es una nave espacial) y hacer bromas.

Como terapeutas ocupacionales, conocedores del juego como ocupación principal del niño, no debe sorprendernos que éste sea identificado como el medio ideal para lograr el fortalecimiento del apego en las relaciones entre padres e hijos (Schaefer & Drewes, 2011). El juego facilita una conexión positiva emocional entre el adulto y el niño. Las experiencias afectivas positivas son facilitadas al jugar juntos, lo cual resulta en una relación afectiva positiva.

Con esto en cuenta, es de esperarse entonces el hallazgo (mencionado al inicio de este artículo) de que la predisposición al juego del adulto haya resultado el predictor más importante del sentido de autoeficacia parental emocional entre pa/madres de niños con DEA. Ahora bien, ¿en qué medida, si alguna, estamos procurando conocer información acerca de la competencia de rol, específicamente, la autoeficacia parental dentro de las familias a las que ofrecemos servicios?

El concepto de autoeficacia, según propuesto por Bandura en su Teoría Cognitiva Social, se define como las creencias que tienen las personas acerca de sus capacidades de producir determinados niveles de ejecución que a su vez ejercen influencia sobre los eventos que afectan sus vidas (Bandura, 1999). En el contexto de la pater/maternidad, se dice que la autoeficacia parental se refiere a la confianza y expectativas de los pa/madres con relación al grado en el cual pueden desempeñarse como pa/madres de una forma competente y eficaz (Teti & Gelfand, 1991).

Teórica y legalmente, la prestación de nuestros servicios bajo un modelo de intervención temprana debería estar centrada en la familia. Sin embargo, la necesidad de sentirse competente como pa/madre trasciende las etapas tempranas del desarrollo. El sentido de autoeficacia de aquellos pa/madres con niños cuya condición o dificultades del desarrollo impactan sus habilidades sociales-emocionales al interactuar con otros, puede verse afectado debido a los retos que puede representar el solo intento de interactuar

con sus hijos. Un pa/madre que se perciba a sí mismo como competente en su rol, estará más presto a cuidar de su niño, a trabajar con éste; incluso, a implementar las recomendaciones que con frecuencia ofrecemos como parte del proceso de tratamiento. El uso del juego como algo más que un medio para el desarrollo de destrezas, puede ayudar a estos pa/madres a lograr una mejor sintonía con sus hijos; lo que, a su vez puede redundar en un mayor sentido de autoeficacia o competencia de rol.

EVALUACIÓN

Las familias llegan a nosotros buscando ayuda. Sus niños tienen una necesidad que, de alguna manera, nosotros podemos satisfacer o, al menos, aliviar. Frecuentemente, es tanto el camino que han andado y la ansiedad acumulada previo a llegar a nosotros que es casi inevitable enfocarnos (profesionales y familia) en el niño, en cómo “arreglarlo”. Evaluamos fortalezas y necesidades del niño, y usamos a la familia como proveedores de información.

Una madre comunica preocupación porque, por más que intenta, no logra que su hija de tres años se focalice para “jugar” junto a ella a completar rompecabezas sencillos que a su primo (de su misma edad) le encanta hacer. Este simple ejemplo, propone diferentes perspectivas acerca de cómo enfocar la preocupación de esta madre: un problema de atención, un asunto visual-perceptual, la manera en que la madre se acerca a jugar con su hija, la relación entre la actitud hacia el juego que está mostrando la madre y el período de atención de la niña. Es probable que alguna vez hayamos escuchado a un pa/madre decir que no se puede jugar con su niño, pues nunca se está quieto o porque no hay quién lo entienda. Especialmente, los pa/madres de niños con retos sociales-emocionales pueden beneficiarse significativamente cuando les ayudamos a comprender los componentes de la experiencia de juego (marco, control interno, motivación intrínseca, suspensión de la realidad) y a evaluar a la luz de éstos, cuánto se acerca realmente a ser un juego aquella actividad que pretenden hacer junto a su niño. Muchas veces, en parte

por iniciativa personal y en parte motivados por los profesionales, los pa/madres buscan utilizar el juego como medio para el desarrollo de destrezas; pasando por alto el valor que puede tener éste simplemente, como experiencia compartida.

Especialmente, en el caso de niños con retos sociales-emocionales, puede ser sumamente pertinente indagar acerca de cómo es el juego del niño, cómo y en qué momentos juegan sus padres/cuidadores con ellos, cómo se sienten sus padres/cuidadores al jugar con ellos, qué les motiva o qué les detiene de jugar con sus hijos (Ver Tabla 1). Estas preguntas, aunque sencillas, pueden ser incluidas al construir el Perfil Ocupacional y aportar valiosa información acerca de las necesidades de la familia, así como del tipo de ayuda que buscan/desean recibir y de cómo pueden su motivación y rutinas incidir en el logro de las metas.

Aunque existen instrumentos para evaluar la predisposición al juego, la mayoría de éstos evalúan solo al niño y no necesariamente al adulto interactuando con éste. De hecho, la mayoría de los instrumentos disponibles para evaluar la predisposición al juego del adulto, trabajan el concepto como una característica de personalidad, sin prestar atención al acercamiento y actitud de ese adulto específicamente, durante la dinámica de juego con su niño. Por tanto, la entrevista y, de ser posible, la observación de la interacción pa/madre e hijo/a son el medio más apropiado para obtener información acerca de la predisposición al juego del niño y del adulto.

Por otra parte, la mayoría de los instrumentos disponibles para evaluar la autoeficacia parental son en inglés. Un ejemplo de un instrumento disponible en español es la Herramienta para Medir la Autoeficacia en la Crianza (TOPSE, por sus siglas en inglés), el cual incluye las siguientes áreas: Emoción y afecto, Juego y disfrute, Empatía y comprensión, Control, Disciplina e imposición de normas, Presiones, Aceptación de uno mismo, Aprendizaje y conocimiento. Aunque algunas de las áreas incluidas en el TOPSE, pudieran no ser pertinentes a nuestro dominio, hay otras que pudieran servirnos de punto de partida dentro del proceso de entrevista; por lo cual puede

ser de beneficio estar familiarizados con un instrumento como este, aun cuando no lo estemos usando formalmente dentro del proceso de evaluación. La versión en español del TOPSE puede ser solicitada a través de la página electrónica <http://www.topse.org.uk/site/>.

TRATAMIENTO

Para promover la sintonía entre pa/madre e hijo/a a través del juego es necesario, no solamente ayudar al pa/madre a comprender los elementos del juego (previamente discutidos); sino también ayudarle a entender cuál es el “nivel de complejidad de actitud juguetona” que su niño podrá manejar

Tabla 1 : Ejemplos de preguntas a considerar en el Perfil Ocupacional

| Posibles preguntas de entrevista |
|-------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Qué le gusta jugar al niño? ¿Cómo juega? |
| 2. ¿Cómo juegan los padres/cuidadores con el niño? ¿En qué momentos? |
| 3. ¿Cómo se sienten los padres/cuidadores al jugar con el niño? |
| 4. ¿Qué motiva a los padres/cuidadores a jugar con el niño? ¿Qué los detiene? |

mejor, teniendo en cuenta sus dificultades. La actitud juguetona (o predisposición al juego) del adulto inherentemente tendrá cierto nivel de complejidad para el niño que, se espera, que interprete y responda a la situación de juego. Por ejemplo, el nivel de complejidad de un juego en que el adulto imita de manera exagerada los gestos del niño, es diferente al nivel de complejidad de una situación en que el adulto exagera sus movimientos y hace como si se hubiese caído porque el niño lo sopló; que es a su vez, muy diferente al que conlleva un juego en que el adulto se comporta como niño, mientras el niño hace el rol de maestro.

A base de diferentes lecturas y análisis,

me he permitido identificar tres niveles de complejidad de la actitud de juego del adulto; donde el nivel uno se refiere a aquel que resulta más sencillo de interpretar por el niño y el nivel tres representa aquel en que el niño debe presentar mayor atención y destrezas cognoscitivas para lograr reciprocidad efectivamente. Es importante mencionar que, sin importar nivel, la actitud del adulto debe ser de juego (tomando en cuenta los elementos que lo caracterizan). La Tabla 2 presenta algunas recomendaciones generales que pueden servir de guía para los pa/madres acerca de cómo ajustar el nivel de complejidad de su actitud juguetona de acuerdo con el del niño.

Los niveles en la Tabla 2 son producto de un análisis personal y no pretenden ser exhaustivos. El propósito de identificarlos es guiar de forma sencilla y general al adulto con relación a cuán complejas pueden resultar sus acciones para el niño. Sin embargo, existen modelos y estrategias de intervención muy abarcadoras que utilizan el juego como medio principal para fortalecer la conexión entre el niño y el adulto. Ejemplo de éstos es el “Developmental, Individual Difference, Relationship-Based (DIR)”, que utiliza como estrategia principal del “Floortime” en el cual el adulto se convierte en un compañero de juego para el niño. Además, puede mencionarse el “Relationship

Developmental Intervention (RDI)”, así como la literatura disponible acerca del poder terapéutico del juego dentro y fuera de nuestra profesión (Por ej., Miller-Kuhaneck, Spitzer, Miller, 2010; Schaefer & Drewes, 2011). Cabe señalar que, pese a la disponibilidad de información y de modelos de intervención basados en juego que requieren una extensa participación de la familia, los logros de este tipo de intervención se enfocan principalmente en el niño; ignorándose así el potencial del juego como medio, no solo para el desarrollo de destrezas, sino para reforzar el sentido de autoeficacia parental (competencia de rol), de pa/madres de niños con necesidades especiales.

CONCLUSIÓN

El propósito de este artículo ha sido invitar a la reflexión acerca de la manera en que estamos utilizando el juego dentro de los procesos de evaluación e intervención con los niños y sus familias. La evidencia nos indica que el juego, además de ser un medio para el desarrollo de destrezas en el niño, es una herramienta sumamente poderosa para reforzar la autoeficacia parental. Como expertos en ocupación, estamos llamados a educar a los pa/madres acerca de los componentes y beneficios del juego y, ayudarles a identificar alternativas

para lograr un mayor sentido de autoeficacia durante las dinámicas de juego, que redunde en un mayor sentido de competencia en su rol parental.

Ciertamente, pudiera parecer idealista o poco realizable en la realidad del día a día trabajar el juego, no solo con el niño, sino con los padres. No obstante, la profesión que escogimos es en sí misma idealista. Aspirar a que las personas participen plenamente de sus ocupaciones, tener como meta la ejecución ocupacional e incluso la competencia de rol, no son para nada, pequeñas cosas (Sin embargo, están en nuestro marco de trabajo). Quisiera cerrar con la siguiente anécdota. Hace dos años tuve la oportunidad de asistir a un Congreso Latinoamericano de TO en Costa Rica. Mientras hacía una fila para almorzar comencé a conversar casualmente con un caballero. Venía de Guatemala y NO era terapeuta ocupacional. ¿Qué hacía allí? Su respuesta: “Estoy aquí porque he visto el trabajo del TO y quiero hacer alianzas para ayudar a que la profesión crezca en mi país.” Me habló de varias situaciones que había tenido en su familia y de cómo terapia ocupacional había sido clave. Luego dijo: “Ninguna otra profesión se compara a la terapia ocupacional... Ustedes le devuelven la dignidad al individuo...”

¡Hasta el “Framework” se queda corto! ¡Eso sí que es idealismo! Y se refería a todos nosotros... ¿Qué más puedo decir?...

Tabla 2 : Recomendaciones para guiar a los padres

| Nivel I | Nivel II | Nivel III |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Más sencillo para el niño</i> | | <i>Más complejo para el niño</i> |
| - Imitación/ “Mirroring” | - Hacerse el tonto; usar la exageración | - Colaborar activamente con la “suspensión de la realidad” |
| - Unirse al niño al bailar, a hacer muecas frente al espejo, a simplemente “estar” junto a él/ella. | - Usar una voz diferente o más atractiva para el niño | - El juego como espacio en que el niño se siente en control |
| - Cantar con gestos exagerados | - Cantar en lugar de hablar | - Juego imaginario donde se invierten los roles (ej. padre hace de niño, paciente, o villano; mientras niño hace de maestro, doctor, o héroe) |
| - Jugar “peek a boo” | - Caerse en lugar de ponerse de pie | - Disponibilidad para ser acompañante aún durante juegos que no son del agrado del adulto (ej. papá juega “barbies”, juegos que implican grandes regueros...) |
| - Seguir la risa o aquello que llamó la atención del niño y repetirlo y repetirlo y repetirlo... | - Convertirse en “el manejador” de algún juguete del niño | |
| - Jugar sin hablar, pero con marcada alegría | | |

Nota. Entre las referencias principales de las que se desprende la información incluida en esta tabla se encuentran Cohen, 2001; y Greenspan & Wieder, 2006

REFERENCIAS:

- American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed). American Journal of Occupational Therapy, 68(1), 1-48. <http://dx.oirg/10.014/ajot.014.82006>
- Bandura, A. (1999). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. In R. F. Baumeister (Ed.), The self in social psychology. Key readings in social psychology (pp. 285-298). Philadelphia: Psychology Press/Taylor & Francis.
- Bundy, A. (2012). Children at Play: Can I Play, Too? In Shelly J Lane, Anita C Bundy (Eds.), Kids Can Be Kids: A Childhood Occupations Approach (pp. 28-43). Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.
- Cohen, L. (2001). Playful parenting. New York, NY: Ballantine Books.
- Greenspan, S., & Wieder, S. (2006). Engaging autism. Cambridge, MA: Da Capo Press.
- Miller-Kuhaneck, H., Spitzer, S., & Miller, E. (2010). Activity analysis, creativity, and playfulness in pediatric occupational therapy: Making play just right. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Román-Oyola, R., Reynolds, S., Vega-Santana, J., Soto-Feliciano, I., & Cabrera-Mercader, L. (In press). Child's sensory profile and adult's playfulness as predictors of parental self-efficacy.
- Schaefer, C.E., & Drewes, A.A. (2011). The therapeutic power of play and play therapy. In C.E. Schaefer (Ed.), Foundations of play therapy, (pp. 15-23). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Skard, G. & Bundy, A. (2008). Test of Playfulness. In D. Parham and L. Fazio (Eds.) Play in Occupational Therapy for children, (pp. 71-93). Missouri, USA: Mosby Elsevier.
- Teti, D., & Gelfand, D. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. Child Development, 62, 918-929.

PRE-CONVENCIÓN Y ASAMBLEA EXTRAORDINARIA

2017

*Ven y celebra el mes de
Terapia Ocupacional
junto a tus colegas.*

**29 abril 2017
- 8:00am**

**Complejo Ferial de Puerto Rico
Juan H, Cintrón García en Ponce**

Habrá actividades educativas, sorteos y sorpresas. Únete y participa de las actividades que hemos programado para ti. ¡Siéntete parte de Tu Colegio!

Detalles adicionales se informarán más adelante. Verifica tu correo y mantente conectado a nuestras redes sociales para recibir la información más reciente.

COLEGIO DE PROFESIONALES DE
TERAPIA OCUPACIONAL DE PUERTO RICO

**7MA CONFERENCIA
ASAMBLEA ANUAL**
23 Y 24 DE JUNIO 2017

2017

¡CELEBRANDO NUESTRA PROFESIÓN!



**TARIFA ESPECIAL
PARA GRUPOS**
22 AL 25 DE JUNIO

\$155

Doble por noche

(Sujeto a disponibilidad)

Más 9% de impuesto y 18% de
"Resort Charge" por noche en
acomodo en Suite Doble.

\$149

Doble por noche

(Sujeto a disponibilidad)

Más 9% de impuesto y 18% de
"Resort Charge" por noche en
acomodo en Suite "King".

No olvide mencionar
el código CPT

Reservaciones Centrales 1-800-EMBASSY (1-800-362-2779)
787-796-6125 Ext. 3047 ESPAÑOL
787-796-6125 Ext. 3007 ENGLISH

ESTA TARIFA SOLO ESTARÁ DISPONIBLE HASTA EL 23 DE MAYO DE 2017.
Luego de esta fecha, aplicará la tarifa del hotel diario, sujeto a disponibilidad.

Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico

RESOLUCION DE LA ASAMBLEA

El 23 de junio del 2016, los miembros del Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional aprobaron en Asamblea General, por medio de la siguiente resolución iniciar los trabajos correspondientes hacia la adquisición de una nueva sede para el CPTOPR. El Comité Adhóc Proyecto Nueva Sede se compone de 5 miembros permanentes. En adición se integran el presidente y tesorero de la junta en curso, junto con la consultoría del abogado del CPTOPR. Los trabajos de este comité durante este año se concentran en desarrollar la fase conceptual de este proyecto. El comité ya llevó a cabo una consulta a los colegiados en junio del 2016, y continuará recopilando información para conocer expectativas y necesidades de los colegiados y otros sectores de interés.

De conformidad a lo antes expuesto se presenta la presente resolución a esta Asamblea:

POR CUANTO, la Junta de Directores estableció desde el año 2012, en su plan estratégico, acciones en vías a la adquisición de una nueva sede para el Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico, en adelante "Colegio".

POR CUANTO, el Reglamento de este Colegio establece un Fondo de Reserva el cual incluye, entre otras, la adquisición de un nuevo local, y conforme a ello, esta Asamblea ha ratificado anualmente en su presupuesto aportar a dicha partida.

POR CUANTO, el fondo para la adquisición de una nueva sede asciende a mayo del 2016 a \$74,000.

POR CUANTO, la sede actual del Colegio se encuentra salda, pertenece al Colegio, y tiene un valor estimado de \$90,000.

POR CUANTO, la sede actual carece de estacionamiento, espacio adecuado para funcionamiento, servicios al colegiado, espacio para educaciones continuas, conforme lo confirman mayoritariamente los participantes en la consulta.

POR CUANTO, la ausencia de estacionamiento y acceso adecuado en la actual sede de este Colegio limitan el servicio que está obligado a dar al Colegiado, consumidores y la comunidad.

POR CUANTO, la ubicación del Colegio pone en riesgo la seguridad de colegiados que pertenecen y hacen trabajo voluntario para diversos comités y salen a altas horas de la noche del local actual.

POR CUANTO, la actual sede presenta barreras para el cumplimiento de la misión y el logro de la visión de este Colegio.

POR CUANTO, la Junta de Directores creó un comité ad hoc permanente para viabilizar el mandato de este cuerpo,

PORTANTO, RESUELVASE, por esta Honorable Asamblea del Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico, darle un mandato a su Junta de Directores y al comité Ad Hoc constituido, para que proceda a explorar, evaluar, cotizar y opcionar, **sujeto a la ratificación final de esta Asamblea**, un nuevo local para el Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico, y conforme lo mandata el Artículo I de nuestro Reglamento.

Aprobada en Asamblea Ordinaria 23 de junio de 2016.

permobil

THE F5CORPUS® VS
STAND WITHOUT
COMPROMISE



WWW.PERMOBIL.COM

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 (3ra 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).

Correo electrónico: a.rivera.miranda@outlook.com / Tel: (787)598-8461