

Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino

Facultad de Ciencias de la Salud

Licenciatura en Terapia Ocupacional



**LA IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN
TERAPÉUTICA EN TERAPIA OCUPACIONAL:
UNA INVESTIGACIÓN ENFOCADA EN
PROFESIONALES DE TUCUMÁN.**

**Tesis de Licenciatura
para obtener el Grado Académico de
Licenciado en Terapia Ocupacional**

2018

Alumno: Gundolf Heinrich Herbert Strehl

DNI 95.319.717 - UP 350213

Director: Lic. Sergio Mejail

Co-Directora: Lic. Eugenia Castillo

Índice

Agradecimientos	1
Presentación	2
Estructura de la tesis	3

Introducción

Planteamiento del problema	4
----------------------------------	---

Capítulo 1: Marco teórico

1.1 Concepto de Terapia Ocupacional	6
1.2 Historia de la Terapia Ocupacional en el mundo	6
1.3 Historia de la Terapia Ocupacional en Argentina	10
1.4 Historia de la terapia Ocupacional en Tucumán	12
2. Marcos y Modelos de Terapia Ocupacional	13
2.1 Modelo de la Ocupación Humana	18
3. La Relación terapéutica en Terapia Ocupacional	27
3.1 Antecedentes	27
3.2 Relación Terapéutica/Uso Terapéutico del Yo	33
3.3 Modelo de relación Intencional	35

Capítulo 2: Aspectos Metodológicos

1. Metodología	51
2. Delimitación del problema	51
3. Objetivos. Hipótesis	52
4. Instrumento de recolección de datos	53
4.1 Descripción del cuestionario: Uso Terapéutico del Yo en Terapia Ocupacional	53
4.2 Adaptaciones y Modificaciones al instrumento. Justificaciones	54
5. Población	57
6. Procedimiento de difusión del instrumento y recolección de los datos	58

7. Consideraciones éticas	60
8. Uso de los datos del cuestionario	62

Capítulo 3: Resultados. Análisis e interpretación de los datos

> Situación sociodemográfica y profesional de los T.O.s de Tucumán	72
> Panorama general de la práctica profesional en Tucumán	76
> Percepción y formación del profesional sobre el Uso Terapéutico del Yo	81
> Conductas de pacientes que interfieren en el trabajo del T.O.	85
> Respuestas de los T.O.s a las conductas interpersonales difíciles	86
> Frecuencia de acciones terapéuticas durante las sesiones	88
> Experiencias de satisfacción y frustración en la práctica de los T.O.s	90
> Prueba de la Hipótesis 1	94
> Prueba de la Hipótesis 2	96

Capítulo 4: Conclusiones

Conclusiones	99
Límites de la tesis y futuras líneas de investigación	104

Anexos

I. Cuestionario original en ingles	106
II. Cuestionario original en castellano	115
III. Cuestionario adaptado a la cultura Tucumana/Argentina	122
IV. Carta de presentacion	128
V. Cuestionario que han recibido los profesionales en Tucumán	130
VI. La conversación con respeto del pedido del uso del cuestionario para mi tesis	135
VII. Tabla 12: Atribución de los numeros por participante a las 3 categorias de la hipótesis 2	139

Fuentes bibliográficas	141
-------------------------------------	-----

Índice de Tablas

1. Seis modalidades terapeuticas	47
2. Variables usados en la hipótesis 1	66
3. Variables usados en la categoría formación academica de la hipótesis 2	68
4. Variables usados en la categoría experiencia laboral de la hipótesis 2	69
5. Variables usados en la categoría características personales de la hipótesis 2	70
6. Afirmaciones sobre el Uso Terapeutico del Yo	82
7. Tipos de formación recibida en el Uso Terapeutico del Yo	82
8. Acciones de los Terapistas Ocupacionales durante la terapia	89
9. Frecuencia de pensamientos y sentimientos como Terapista Ocupacional	91
10. Valoración del Uso Terapeutico del Yo	95
11. Distribución de los profesionales a las tres categorías de la hipótesis 2	96
12. Atribución de los numeros a las tres categorías de la hipótesis 2	139

Índice de los Gráficos

1. División de la muestra por sexo	72
2. Edad de los profesionales de la muestra	73
3. Nivel de formación	73
4. Años de experiencia laboral	74
5. Marcos de referencia y modelos usados por los Terapistas Ocupacionales en su practica	75
6. Cantidad de trabajos que tienen los Terapistas Ocupacionales	76
7. Situación laboral de los Terapistas Ocupacionales	77
8. Intensidad del tratamiento	78
9. Duración del tratamiento con los pacientes	79
10. División de la terapia en individual y grupal	79
11. Edad de los pacientes	80
12. Dificultades de los pacientes por las que reciben tratamiento de Terapia Ocupacional	81
13. Formación acerca del Uso Terapeutico del Yo	83
14. Conductas que presentan los pacientes y que influyen en la terapia	84

15. Respuestas de los Terapistas Ocupacionales frente a las conductas interpersonales difíciles de los pacientes	87
16. Frecuencia de pensamientos y sentimientos en el último año asociados a la profesión	92

Agradecimientos

En el primer lugar quiero agradecer a mi esposa por su acompañamiento, ayuda, inspiración y amor. A mi hija por aguantarme en este tiempo del trabajo en la tesis y darme el espacio que necesitaba para escribir.

En el segundo lugar a mis directores de la tesis, Sergio Mejail y Eugenia Castillo por su ayuda profesional y personal en el proceso, sus ideas y por caminar conmigo en este proyecto.

En el tercer lugar un agradecimiento a todos los profesionales que han participado en la investigación y me han regalado su experiencia y su tiempo al responder a las preguntas; sin ellos esta tesis no sería posible. También a los profesores que a lo largo de la carrera transmitieron sus enseñanzas con entusiasmo y compromiso profesional, y me dieron aliento en los momentos que creía que el esfuerzo era demasiado o que no valía la pena.

Un agradecimiento a la profesora Cruz Castellanos Ortega de la Universidad de Valladolid por darme el permiso para usar su cuestionario. Y a la profesora Luz Castellanos Ortega por su ayuda en encontrar el correo de la profesora Cruz Castellanos Ortega.

Presentación

Una tesis es siempre un punto de llegada en un proceso académico y al mismo tiempo no es un cierre: aspira ser un aporte científico al campo de saber del que trata. Ese también es mi anhelo.

Es posible que mi formación como psicólogo haya influido en la elección del tema de la tesis. La importancia de la relación terapéutica es un contenido muy estudiado en Psicología. En lo personal, creo que la relación terapéutica define el destino de un proceso terapéutico: lo favorece, lo obstaculiza, lo inhibe, lo posibilita. Inevitablemente la relación terapéutica está presente, porque antes que el proceso terapéutico en sí hay personas implicadas. Puesto así, no es un detalle que puede pasar desapercibido en ninguna profesión, menos aún cuando trabaja en el área de la salud y cuando su campo de inserción es predominantemente clínico.

Durante las prácticas profesionales que prevee la carrera, pude observar diferentes estilos de trabajo y diferentes modalidades de vinculación con los usuarios, tanto de parte de los terapeutas ocupacionales como de parte de otros profesionales que conformaban los equipos interdisciplinarios. En mis reflexiones sobre las distintas experiencias y sobre el modo de relacionarse con los usuarios, yo trataba de transferir conocimientos adquiridos de la Psicología a la Terapia Ocupacional. Esto me llevó a investigar sobre el tema, pero enfocándome específicamente en la profesión para la que me estaba formando. En las búsquedas descubrí que el tema *La relación terapéutica en Terapia Ocupacional* ya había sido estudiado en otras partes del mundo, en especial en la comunidad angloparlante. Existían desarrollos teóricos y conceptuales bastante claros e investigaciones basadas en cuestionarios que respondieron Terapeutas Ocupacionales de Estados Unidos y de Europa. La mayoría de estos estudios, sin embargo, coincidía en que es un contenido que se incluye escasamente durante la formación y que los profesionales encontraban su estilo terapéutico a partir de sus propias características y de la experiencia de trabajo principalmente.

Todo esto fue mi motor al elegir desarrollar una tesis, que de algún modo condensaba aspectos de mí mismos, más la curiosidad y el interés por investigar y por dejar disponible para otros profesionales algún conocimiento local sobre el tema.

Estructura de la tesis

La tesis se divide en cinco partes: una **Introducción** donde se plantea el problema y los fundamentos en que se basa la investigación. El **Capítulo 1** trabaja aspectos teóricos de la Terapia Ocupacional como disciplina, su desarrollo histórico, modelos y marcos de referencia, profundizando en el Modelo de Ocupación Humana. También se abordan los aspectos teóricos de la Relación Terapéutica en Terapia Ocupacional y del Modelo de Relación Intencional. En el **Capítulo 2** se abordan los aspectos metodológicos de la investigación: las definiciones operacionales, la delimitación de la muestra, los instrumentos y procedimientos de recogida de datos. El **Capítulo 3** presenta el análisis e interpretación de los datos recogidos y algunos elementos para discusión. Para terminar, **el Capítulo 4** presenta las conclusiones de esta investigación. Al final se anexan los protocolos y otros documentos de esta investigación.

Introducción

Planteamiento del problema. Fundamentación.

La relación terapéutica es un aspecto ampliamente estudiado en el campo de la psicoterapia. Muy tempranamente quedó demostrado en la práctica de aquella profesión que el éxito o los logros terapéuticos no dependían solamente de la formación del profesional, o de las características del paciente/cliente/usuario¹, o de los objetivos terapéuticos, sino también del tipo y calidad de vínculo que se establecía entre las dos personas.

En Terapia Ocupacional, también se ve reflejada la importancia de la relación terapéutica, especialmente cuando se trata del ámbito clínico. Castellano Ortega remarca que: “En las intervenciones de Terapia Ocupacional se produce siempre una interacción personal entre el profesional y el sujeto o sujetos que reciben la ayuda terapéutica. En las interacciones entre dos o más personas se establecen relaciones”. (Castellano Ortega, 2016, p.37). Esa relación que se establece entre el terapeuta ocupacional y el paciente/cliente/usuario impacta significativamente en los logros que se alcanzan, independientemente del marco o modelo conceptual de trabajo desde el que se realiza la práctica profesional.

Hay un consenso en el ámbito internacional de la Terapia Ocupacional que ratifica que la relación terapéutica con el paciente/cliente/usuario es un aspecto clave de la práctica profesional en Terapia Ocupacional. Diversos estudios (Cole; McLean, 2001; Peloquin, 1993, 2005; Taylor, 2008, 2009; Maloney; 2013; Hall, 2010; Whalley Hammell, 2012; Castellanos Ortega, 2016) entre otros muestran la importancia de este tema, aunque son estudios recientes y muy escasos en idioma español.

Las investigaciones mencionadas acuerdan que la calidad de la relación terapéutica entre el paciente/ cliente/usuario es una precondition importante para lograr

¹ El término paciente se utiliza habitualmente dando cuenta del predominio de la práctica profesional ligada a la clínica, y a la historia de la vinculación con la medicina. El término cliente se usa habitualmente en la bibliografía para describir al destinatario de la atención profesional. El término usuario responde a la denominación legal en Argentina para referir especialmente a los destinatarios de servicios de salud mental. En este trabajo tomaremos los términos aludiendo a un mismo sentido para referir a la persona que participa en el servicio de la terapia Ocupacional.

intervenciones que contribuyan a lograr actividades ocupacionales tendientes a mejorar efectivamente la calidad y participación en la vida. Dos antecedentes específicos de esta investigación (Taylor, Lee, Kielhofner, Ketkar, 2009 y Ortega Castellanos, 2012) han recogido la opinión y experiencia de casi 600 Terapistas ocupacionales de Estados Unidos y más de 1.000 de España. Los participantes de ambas investigaciones estuvieron en más de un 90% de acuerdo en que la relación terapéutica tiene un gran valor e incide en el compromiso y los logros del proceso terapéutico, siendo además una de las herramientas más importantes en la práctica profesional. Paradojalmente más de la mitad de los participantes expresó que estas habilidades fueron adquiridas a partir de la experiencia práctica, a través de supervisiones, de trabajos en equipos interdisciplinarios (que incluían profesionales de la salud mental) pero escasamente en la formación de grado.

Si la relación terapéutica es un aspecto clave tanto en el proceso como en los resultados terapéuticos en Terapia Ocupacional, surgen diversas preguntas: ¿qué importancia le dan los profesionales de nuestro medio a este tema?, ¿cómo y cuándo adquieren las habilidades para desarrollar la relación terapéutica en la práctica profesional?, ¿cuánto están presentes estos conceptos en la planificación del tratamiento y el trabajo en la sesión con el paciente/cliente/usuario?

Una mirada reflexiva a estos antecedentes hace relevante profundizar en la investigación a nivel local sobre el rol de la relación terapéutica en la práctica profesional y del uso terapéutico del yo de los terapeutas ocupacionales en Tucumán.

La tesis propone una revisión teórica del material bibliográfico disponible en inglés y en español que aproxime estos conceptos a los profesionales locales. Por otro lado, la investigación a través de una encuesta a los Terapeutas Ocupacionales de esta provincia, que ejercen actualmente la práctica profesional, permitirá dilucidar concepciones, opiniones y tendencias en las formas de establecer la relación terapéutica con sus paciente/clientes/usuarios; indagar sobre el conocimiento y manejo que tienen de la relación terapéutica y del uso terapéutico del yo, las formas en que aprendieron este tipo de intervención y conocer la importancia que dan al mismo.

Capítulo 1

Marco teórico.

1.1 Concepto de Terapia ocupacional

Diferentes autores remarcan que existe en el hombre una naturaleza ocupacional, es decir, una necesidad básica de involucrarnos en actividades y ocupaciones que son esenciales para vivir. Este es también un principio que toma la Terapia Ocupacional. En este sentido, un déficit, una afección o una enfermedad pueden interferir en esa tendencia o capacidad afectando el bienestar o limitando las actividades. Dado que la ocupación es un medio terapéutico eficaz, la Terapia Ocupacional, en tanto disciplina de la salud, es capaz de intervenir, a partir de sus conocimientos prácticos a fin de mejorar la salud y la calidad de vida de las personas.

Castellano Ortega define la Terapia Ocupacional así:

“La Terapia Ocupacional es una profesión sanitaria que ayuda a las personas que han experimentado una pérdida o disminución de la capacidad de ocuparse en los roles de la vida diaria para lograr niveles de participación satisfactorios en sus hogares y comunidades. (Castellano Ortega, 2012, p.14)

La manera en que se realizan las intervenciones de Terapia Ocupacional ha variado a lo largo de la historia de la disciplina y depende también del marco de referencia y del modelo al que adhiere el profesional en sus prácticas.

Haré ahora un breve recorrido evolutivo de la terapia ocupacional en el mundo, en Argentina y en Tucumán.

1.2 Historia de la Terapia Ocupacional en el mundo

La Terapia Ocupacional es una práctica y una ciencia relativamente nueva en comparación de otras prácticas o ciencias como por ejemplo la medicina. Nació alrededor de la primera guerra mundial como respuesta frente a una realidad trágica: por primera vez los soldados volvieron a sus países con una gran cantidad con heridas, amputaciones y discapacidades visibles. La recuperación y rehabilitación de aquellos

hombres para que puedan volver a recobrar habilidades laborales y la reinserción en la sociedad, con las consecuencias físicas y psíquicas sufridas, dan inicio al trabajo de la terapia ocupacional.

La idea del uso de la ocupación como una herramienta importante y saludable para el ser humano es muy antigua. Ya en el año 2.600 a.C. los chinos escribieron que la inactividad produce enfermedades y usaban los ejercicios físicos para mejorar la salud. También los filósofos de la antigua Roma y Grecia escribieron sobre la correlación entre la salud y la actividad. Hipócrates recomendaba la lucha libre y el trabajo para mantener un estado de salud. Séneca aconsejó contra cualquier tipo de agitación mental el trabajo y Galeno defendía el tratamiento mediante la ocupación, señalando que el empleo es la mejor medicina natural y es esencial para la felicidad del ser humano. En este sentido la Terapia Ocupacional tiene una larga pre-historia, por momentos más olvidada, pero recobrando su importancia alrededor del siglo XIX cuando empezó a consolidarse como una práctica más sistemática y reconocida.

El médico francés Philipp Pinel (1745-1826) que trabajó con los pacientes psiquiátricos implementó un sistema de ejercicios físicos, trabajos físicos y manuales como parte del plan de tratamiento de sus pacientes. Con esto pudo observar un mejoramiento en el estado mental y físico de sus pacientes. Por su parte, el médico estadounidense Herbert James Hall (1870-1923), que buscaba un tratamiento alternativo, retomó las ideas de Pinel y recomendó en el año 1904 horarios de reposo, trabajo y relajación en el tratamiento de los pacientes. En su sanatorio llevó a la práctica sus propuestas y trató sus pacientes con éxito. En la misma época la enfermera Susan Tracy (1878-1928) realizaba ocupaciones como medio terapéutico con sus pacientes. Ella escribió el primer libro conocido de Terapia Ocupacional y presentó cursos sobre las ocupaciones, que son considerados como las primeras capacitaciones sistémicas en el área de la Terapia Ocupacional. Contemporáneo, el médico Adolph Meyer (1866-1950) presentó el primer modelo organizado de la Terapia Ocupacional y promocionó con esto el trabajo, el sueño, el descanso y el juego como ocupaciones principales del ser humano. Su aporte fue muy significativo para la

Terapia Ocupacional en Psiquiatría. Sostenía que la ocupación saludable mantiene un balance entre la existencia, el pensamiento y los actos.

El término Terapia Ocupacional se empieza a utilizar desde el año 1914, en Estados Unidos. A partir de 1921, los avances tecnológicos en diferentes áreas de las ciencias promueven la utilización nuevos dispositivos, técnicas y métodos como el análisis kinesiológico de las actividades, el desarrollo de elementos para medir la fuerza y el grado de movilidad y el diseño de piezas de equipo adaptadas para ayudar a ejecutar movimientos específicos destinados a incrementar la fuerza y el grado de movimiento.

En 1917 Susan Tracy, Herbert James Hall y otros fundaron la National Society for the Promotion of Occupational Therapy (NSPOT) (Traducción: Sociedad Nacional para la Promoción de la Terapia Ocupacional) que más tarde fue renombrada como The American Occupational Therapy Association (AOTA) o Asociación Americana de Terapia Ocupacional) que es, hasta hoy, una de las asociaciones mas importantes de la Terapia Ocupacional en el mundo.

Hay más personas importantes que dieron grandes aportes al momento fundacional de la Terapia Ocupacional como profesión y asociación. En primer lugar está el arquitecto George Barton (1877-1923), conocido como uno de los fundadores de la Terapia Ocupacional, que recibió y experimentó personalmente los beneficios del tratamiento de la ocupación durante su internación por tuberculosis. Se interesó mucho en esta disciplina y le otorgó el actual nombre de “Terapia Ocupacional”.

La asistente social Eleanor Clarke (1871-1942) es considerada como la madre de la Terapia Ocupacional. Ella enseñaba la utilización de artes, oficios y ocupaciones y promovió la Terapia Ocupacional en las instituciones estatales y militares.

El psiquiatra William Rush Dunton Jr. (1868-1966) es considerado como el padre de la Terapia Ocupacional. Retomó los principios del tratamiento moral de Phillip Pinel, los cuales serían que mente, cuerpo y alma pueden ser curados en base a la ocupación. Él empleo las actividades artísticas y manuales en el tratamiento de sus pacientes psiquiátricos y ocupa las artes y oficios como ocupaciones. Comparó la ocupación de la

siguiente forma: *“La ocupación es tan necesaria para la vida diaria como el comer y el beber.”*

Por último, Catherine Trombly (1917-2012) que ha aportado el *modelo de funcionamiento ocupacional*. Consideró que la adquisición de competencias en los entornos físicos y sociales en los que vive el individuo contribuye al desarrollo de la autoestima, autoeficacia y control del ambiente.

La segunda guerra mundial ha dado a la profesión de la Terapia Ocupacional otro momento que refuerza la importancia de esta disciplina para el tratamiento de personas con discapacidades. Mientras en sus inicios la Terapia Ocupacional se ha ocupado más de personas con problemas mentales, su dedicación y su uso hoy por hoy tiene una variedad mucho más amplia y no se reduce a problemas mentales o tratamiento de personas que han sufrido los efectos y heridas de las guerras.

Por los visibles efectos del tratamiento de la Terapia Ocupacional, la medicina presionó en las décadas de los 40 y 50 a esta profesión para que se establezcan los fundamentos teóricos y bases empíricas de su práctica. Ese fue realmente el nacimiento de la Terapia Ocupacional como ciencia. Desde este momento nacieron diferentes ideas, modelos, conceptos y visiones para la Terapia Ocupacional como el modelo biomecánico, de neurodesarrollo, de integración sensorial y el control motor. Los modelos de esta etapa ven “la ocupación como medida de restauración de la salud” (Kielhofner (2007, p. 110).

Durante los años 1960 y 1970 Terapistas Ocupacionales pusieron énfasis en la construcción de modelos científicos originales y propios de la Terapia Ocupacional. Uno de esos modelos es el Modelo de la Ocupación Humana (MOHO por sus siglas en inglés) que fue conceptualizado por Kielhofner en 1975. Los primeros modelos de la Terapia Ocupacional, como por ejemplo el modelo biomecánico, fueron desarrollados en el contexto de la práctica. La dificultad en esta etapa fue que la mayoría de los modelos se han desarrollado con perspectivas institucionales o nacionales de donde surgieron. Una gran dificultad en este tiempo es la posibilidad de conectar teorías y prácticas de distintos puntos geográficos.

La última etapa y más reciente, avanza hacia un nuevo desafío: la Terapia Ocupacional como ciencia tiene que “entender mejor las necesidades de las personas a las que la terapia ocupacional sirve” (Kielhofner, 2007, p. 114). La idea es cerrar la brecha entre los aspectos teóricos y las prácticas, unirlos para construir modelos que permiten avanzar tanto en el desarrollo teórico como en el uso en la práctica. Como dice Kielhofner “es una forma de conocimiento en acción” (2007, p. 115).

Nos ocuparemos de los modelos más adelante.

1.3 La Historia de Terapia Ocupacional en la Argentina

Después de la segunda guerra mundial la Terapia Ocupacional se ha establecido como una práctica y una ciencia en los Estados Unidos y en muchos países de Europa. En Argentina aun no existía. Era un tiempo de epidemia de poliomelitis en el país y esto implicaba el desafío de pensar tratamientos para las secuelas. En 1943 se ha creado la ALPI (Asociación para la Lucha contra la Parálisis Infantil) como consecuencia de una alta cantidad de casos con Poliomielitis en el país. En 1956 el Estado estaba enfrentado un aumento de casos, que ascendió a más de 6.500 en el país. Como respuesta a esta difícil situación invitaron a Berry Hollings, de Inglaterra, para dictar el primer curso de auxiliares en Terapia Ocupacional. El año siguiente organizaron un curso con Ruby Kroom de los Estados Unidos y en el año 1958 la Organización Mundial de la Salud enviaron a Helen Dahlstrom y Vivian Hannan como asesoras durante un año entero.

Como resultado de este apoyo de Inglaterra y los Estados Unidos se inauguró en el año 1959 oficialmente la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (ENTO) con terapistas ocupacionales del “Dorset House School of Oxford” - Inglaterra – bajo la dirección de las Terapistas Ocupacionales Mac Donald, Dorotea Ricket y Hillary Schlesinger como instructoras.

En 1962 se reunieron los egresados de la formación con el fin de crear la Asociación de Terapia Ocupacional. Este proyecto se concretó el 16 de Agosto de 1964 cuando se constituyó la Asociación Argentina de Terapia Ocupacional (AATO). Para 1970 este organismo fue aceptado como miembro completo de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales.

Durante la época de la dictadura en Argentina la Asociación Argentina suspendió sus actividades y la biblioteca de la ENTO estaba cerrada al acceso al público. En 1985, después del fin de la dictadura se realizó el 1er. Congreso Argentino de Terapia Ocupacional en la ciudad de La Rioja.

En el recomienzo de las actividades de la Terapia Ocupacional los terapeutas estaban trabajando solamente en rehabilitación. Con el esfuerzo de la Asociación hoy por hoy los terapeutas también trabajan en las áreas de Salud, Acción Social, Trabajo y Educación.

En el año 2014 se ha promulgado la Ley Nacional 27.051 del Ejercicio de la Profesión de Terapeutas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional. Desde ahí el ejercicio profesional está regulado de manera autónoma e independiente y el terapeuta no requiere la adscripción a un médico para trabajar con obras sociales.

Al día de hoy existen Colegios de Terapia Ocupacional en las siguientes provincias: La Rioja, Entre Ríos, Santa Fe, y Catamarca. Y existen también Asociaciones de Terapia Ocupacional en las provincias de Buenos Aires (Mar del Plata, Bahía Blanca, La Plata, Pergamino), Ciudad de Buenos Aires, Córdoba, Mendoza, Corrientes y Chaco, y Tucumán.

Se puede estudiar la carrera de Terapia Ocupacional en las siguientes Universidades de Argentina: Universidad de Buenos Aires (UBA), Universidad Nacional de San Martín (UNSAM), Universidad de Salvador (USal), Universidad Abierta Americana (UAI), Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdP), Universidad Nacional de Quilmes (UNQ), Universidad Católica (UCALP), Universidad Nacional del Litoral (UNL), Instituto Universitario del Gran Rosario (IUGR), Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino (UNSTA), Universidad Nacional de Villa María (UNVM), Universidad Nacional de La Rioja (UNLR), Universidad Juan Agustín Maza (UMaza) y Universidad Católica de Córdoba (UCCor).

Para el año 2013 el Ministerio de Salud de la Argentina registra alrededor de 1.300 Terapistas Ocupacionales registrados en todo el país, en contraste con los más de 166.000 médicos registrados². Es un número interesante para pensar, especialmente si se observa la Ley de Ejercicio Profesional de la Terapia Ocupacional; la Ley de la discapacidad; la Ley de Salud Mental y las áreas y instituciones donde se desempeñan los Terapistas Ocupacionales. Con esos números es claro que hay muchas instituciones sin un Terapeuta Ocupacional, lo que también demuestra la dominancia de la medicina en el área de la salud en general. (Eso también está presente en el borrador del nuevo Decreto para la Ley de Salud Mental).

El 10 de Septiembre es el día del Terapeuta Ocupacional en Argentina, como homenaje al Primer Congreso de Terapia Ocupacional celebrado en Argentina en el año 1985 después de la dictadura.

1.4 La Historia de la Terapia Ocupacional en la Provincia de Tucumán

Durante la época de la dictadura, la Asociación Civil ALPI³ fue la figura responsable en el país en la lucha contra la poliomielitis. Se realizó una convocatoria al nivel nacional, en donde se invitaron a mujeres de todas las provincias para aprender terapia física, con todos los gastos pagados (viaje, hospedaje y entrenamiento/formación). La idea fue que ellas pudieran después volver a sus provincias y replicar el formato de aprendizaje, y también formar a otras personas en cada provincia.

Desde Tucumán la Sra. Beatriz Mignones ganó la convocatoria. Ella se especializó en Estimulación Temprana y volvió a Tucumán. En esta época (2006) también llegaron a Tucumán la Lic. Graciela Cabral desde La Rioja, la Lic. Verónica Williams desde Buenos Aires, y las Lic. Vanina Zenklusen y María Elena Zeballos desde Santa Fe.

² Datos extraídos del documento del Ministerio de salud de la Nación: Los Recursos Humanos en Salud en Argentina. Rescate del 09/05/2018 en http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_fuerza_trabajo/RHuS_ARG_2015.pdf

³ ALPI: Asociación Civil es una organización sin fines de lucro que, desde hace más de 70 años, se dedica a la rehabilitación neuromotriz de pacientes pediátricos y adultos. Es un centro de rehabilitación de enfermedades neuromotoras referente del país que cuenta con un servicio de diagnóstico, tratamiento e investigación de patologías orientadas a la rehabilitación funcional y quirúrgica y un centro de educación terciaria. Las sedes centrales se encuentran en Ciudad de Buenos Aires, y cuenta con filiales en Tucumán, Santa Fe, Córdoba, Jujuy y Salta. Datos extraídos el 08/05/2018 de <http://alpi.org.ar/es/#quienes-somos>

Beatriz Mignones tomó el mandato de la formación de ALPI y empezó a diseñar la carrera de Terapia Ocupacional en la Universidad Nacional Santo Tomás de Aquino (UNSTA) en Tucumán. Ella también fue nombrada como primera coordinadora de la carrera, cargo en el que estuvo dos años. La Lic. Graciela Cabral fue la segunda coordinadora de la carrera hasta que la Lic. Alexia Guraib tomó este cargo en 2012. Ella estuvo en esta posición hasta 2015. Posteriormente en 2016 y hasta el presente la Lic. Ada Pucheta es la directora de la formación en Terapia Ocupacional en la UNSTA.

El primero intento de lanzar la carrera fue en 2002 pero por falta de alumnos, la carrera no se abrió. Al siguiente año se inscribieron 21 alumnos y comenzó la formación. En este año (2018) empezaron más de 50 alumnos el primer año de la carrera, siendo la 15° promoción en la UNSTA.

En el año 2016 los Terapistas Ocupacionales de la provincia de Tucumán se reunieron para hablar sobre la futura constitución de un Colegio de Terapistas Ocupacionales. Como primer paso para realizar este proyecto formaron la Asociación de Terapia Ocupacional en Tucumán (ATO Tuc). La Asociación tiene actualmente alrededor de 70 miembros.

2. Marcos de Referencia y Modelos en Terapia Ocupacional

Todas las etapas del surgimiento y evolución de la Terapia Ocupacional como disciplina fueron importantes para el avance de la profesión. Cada una de ellas introdujo nuevas concepciones y con ello nuevas formas de abordaje y prácticas.

En la actualidad existen varios marcos de referencia y modelos teóricos que guían la práctica profesional. Un marco de referencia es un conjunto de teorías que se basan en áreas de conocimiento. Un modelo conceptual para la práctica presenta y organiza los conceptos técnicos utilizados por los terapeutas ocupacionales para su trabajo.

“En Terapia Ocupacional existen diferentes marcos de referencia y modelos conceptuales necesarios para el trabajo clínico y de investigación, ya que son referentes para poder sostener una práctica con sus diferentes técnicas y abordajes. Los marcos de referencia utilizan los principios teóricos más relevantes para un área específica del funcionamiento humano. Los modelos

definen la profesión de una forma genérica e incluyen las creencias, la filosofía y los conocimientos de la misma. No obstante, esta terminología es dinámica. Lo que en un momento es una técnica pasa a considerarse modelo o marco de referencia a medida que se desarrolla y adquiere dicha dimensión.” (Castellano Ortega, 2012, p.32).

En este sentido no hay un total acuerdo al enumerar los marcos de referencia ni los modelos; sin embargo hay un consenso general al diferenciar los siguientes:

“ - Marco de referencia biomecánico

Se usa casi exclusivamente en el campo de la rehabilitación física. Se basa en los principios cinéticos y cinemáticos para la recuperación de habilidades de motricidad fina y gruesa (Kielhofner, 2006) utilizándose especialmente para tratar trastornos ortopédicos (Polonio et al., 2001).

- Marco de referencia de neurodesarrollo

Se fundamenta en los principios del control motor, de la facilitación neuromuscular y de la integración sensorial. Se basa en el desarrollo del movimiento normal. Su desenvolvimiento y su mayor influencia han tenido lugar durante el paradigma mecanicista y gracias a él se han desarrollado diferentes e importantes técnicas de tratamiento para utilizar en los trastornos físicos, psicomotores y de aprendizaje (Polonio et al., 2001). Entre dichas técnicas cabe destacar el Concepto Bobath, la Integración Sensorial, la técnica de estimulación de Rood, etc.

- Marco de referencia cognitivo-perceptivo

Ha sido desarrollado para tratar los problemas funcionales derivados de los trastornos perceptivos o cognitivos causados por daño cerebral o un retraso madurativo. Se basa en el paradigma mecanicista. Ha sido utilizado para el tratamiento de los trastornos consecuencia del daño cerebral y otros déficit neurológicos (Polonio, 2016).

- *Marco de referencia psicoanalítico*⁴

Está basado en las teorías de Freud: las motivaciones inconscientes son la base de nuestras acciones y creencias. El conflicto psíquico aparece cuando las pulsiones entran en contradicción en las diferentes instancias de la personalidad (ello, yo y superyó) y generan sentimientos de ansiedad, culpa, trastornos psicológicos y problemas de relación con los demás (Freud, 1981). Las relaciones simbólicas con los objetos, las actividades, las ocupaciones y, sobre todo, la relación establecida con el terapeuta, tienen una gran importancia en este modelo.” (Castellano Ortega, 2012, p.33-34)

- *“Modelo de desempeño ocupacional de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional*

Este modelo desarrollado por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional se centra en describir las competencias profesionales y el contenido del proceso de la profesión. Consiste en tres áreas de ejecución (actividades de autocuidado, trabajo y actividades productivas y actividades de ocio y juego), tres componentes de la ejecución (sensorio-motor, cognitivo-integración cognitiva y psicológico-social) y dos contextos de la ejecución (aspectos temporales y aspectos espaciales) (Polonio et al. 2001).

- *Modelo canadiense de desempeño ocupacional*

Este modelo desarrolla la llamada *práctica centrada en el cliente* (en España la palabra *cliente* no se utiliza mucho en el contexto clínico, tradicionalmente se ha utilizado más la expresión paciente y más recientemente, con el desarrollo de la atención comunitaria, también se usa el término *usuario*).

El modelo canadiense es muy parecido al modelo de desempeño de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional en cuanto a la subdivisión en áreas, componentes y contextos de ejecución. La diferencia fundamental reside en que considera al paciente como un ser único y lo trata desde un punto de vista holístico. Está muy influido por la psicología humanista. En este modelo, a

4

También denominado psicodinámico.

diferencia de otros modelos en los que los objetivos terapéuticos los determina el profesional, el paciente es un elemento activo a la hora de planificar las metas terapéuticas y en todo el proceso terapéutico (Noya, 2001).

- *Modelo de ocupación humana de Kielhofner*

El modelo de ocupación humana surgió de las teorías de Reilly sobre la conducta ocupacional. Kielhofner tiene una visión del ser humano como un sistema abierto con diversos subsistemas que interaccionan de forma en que los tres contribuyen de manera diferente pero complementaria al funcionamiento global: *subsistema volitivo*, *subsistema de habituación* y el *subsistema de la capacidad de desempeño*. Las nociones fundamentales que desarrolla son las siguientes: *persona* (causalidad personal, valores, intereses, roles, hábitos y capacidad de desempeño), *ambiente* (físico y social) y *habilidad* (motora, de proceso y de comunicación e interacción) (Kielhofner, 2004; Durante et al., 2001). La expansión de este modelo ha sido muy importante y actualmente es muy utilizado en distintas partes del mundo. La traducción de los textos a diferentes idiomas y el hecho de impartir cursos de formación para la correcta aplicación del modelo ha contribuido a ello.” (Castellano Ortega, 2012, p. 35-36)

En este trabajo me interesa especialmente enfocarme y profundizar en los modelos de Terapia Ocupacional que tienen una importancia con respecto del presente trabajo y que forman parte de la última etapa del desarrollo de la disciplina.

En el primer lugar esta el psicólogo Gary Kielhofner⁵ (1949-2010) quien se formó como Magister con Mary Reilly en California y después en la Universidad de Chicago

⁵ Gary Kielhofner: Autor de varios artículos que constituyen la base de lo que ahora conocemos como modelo de la ocupación humana y en ellos se reflejaba un cambio al paradigma de la Terapia Ocupacional, “una recuperación de la filosofía y las bases y para eso una reflexión profunda sobre el sentido de la ocupación y el modo de entender la profesión.(...) Nació y creció en la granja de su familia en Missouri, Kielhofner solo tenía 6 años cuando su madre perdió una pierna en un accidente automovilístico. Eso le sirvió de inspiración para el duradero profesor de la UIC, que luego se embarcó en la carrera ayudando a los discapacitados como uno de los líderes expertos de la terapia ocupacional.”... “Él solo tenía 6, pero instintivamente sabía que las personas con discapacidades podían aun tener vidas productivas” dijo su esposa, Renée Taylor, que también es una profesora de Terapia Ocupacional en la Universidad Illinois de Chicago.

desarrolló el **Modelo de la Ocupación Humana** (Model of Human Occupation - MOHO). En sus escritos hablaba sobre la recuperación de las bases de la Terapia Ocupacional, una reflexión sobre el sentido de las ocupaciones y sobre el modo de entender la profesión.

La nueva visión de este modelo consiste en considerar la persona, el entorno y la totalidad de ocupaciones que realiza la persona en su vida como un todo. Considera la ocupación como algo esencial en la vida del ser humano, es decir, la ocupación permite crear un sentido en la vida de las personas. En el modelo se refleja un cambio de paradigma de la Terapia Ocupacional, una recuperación de la filosofía y las bases y una reflexión profunda sobre el sentido de la ocupación y el modo de entender la profesión.

Por su parte, el **Modelo de Relación Intencional** (MRI), también tomó el desafío de reunir teoría y práctica. La psicóloga Renée R. Taylor, principal autora de este modelo, trabaja en el área de la comunidad y realiza investigaciones sobre la relación entre el terapeuta y el paciente en Terapia Ocupacional. En este contexto desarrolló el modelo de la Relación Intencional (nombre original: Intentional Relationship Model – IRM), un modelo que define y promueve el uso del yo en Terapia Ocupacional, y que es la base del presente trabajo de tesis. Renée Taylor es profesora en la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad de Chicago y desde 2010, Directora del Model of Human Occupation Clearinghouse de la Universidad Chicago, que es un laboratorio de investigación, becas y colaboraciones interdisciplinarias para promover estos conceptos de Terapia Ocupacional.

Las dos personas mencionadas trabajaron juntas en el desarrollo del modelo de la Relación Intencional en Terapia Ocupacional. Ambos son psicólogos, por eso, los

Kielhofner se graduó con un título en Psicología y antes de obtener su doctorado en Salud Pública en el Instituto de Neuropsiquiatría UCLA, el Dr. Kielhofner empezó a trabajar en un modelo para ayudar a comprender los desafíos psico-sociales enfrentados por las personas con discapacidad.

Gary fue un profesional de muchos logros. En 1975 obtuvo su Magister en Terapia Ocupacional de la Universidad de Southern California, seguido en 1980 por el grado de Doctorado en Salud Pública de la Universidad de California, Los Ángeles. Luego de trabajar como profesor asociado en la Universidad de Virginia y en la Universidad de Boston, se mudó a Chicago en 1986 para ser el Director del Departamento de Terapia Ocupacional en la Universidad de Illinois en Chicago (UIC), trabajo que mantuvo por más de 20 años. Fue instrumental en la creación del Doctorado en Estudios de Discapacidad y lideró el desarrollo del Doctorado Clínico en Terapia Ocupacional. El doctor Kielhofner, cabeza principal del Departamento de Terapia Ocupacional en la UIC, murió un jueves, 2 de septiembre, en el Hospital Mercy en Chicago después de una batalla corta contra el cáncer.

Extraído de http://es.terapia-ocupacional.wikia.com/wiki/Gary_Kielhofner Rescate del 07/05/2018

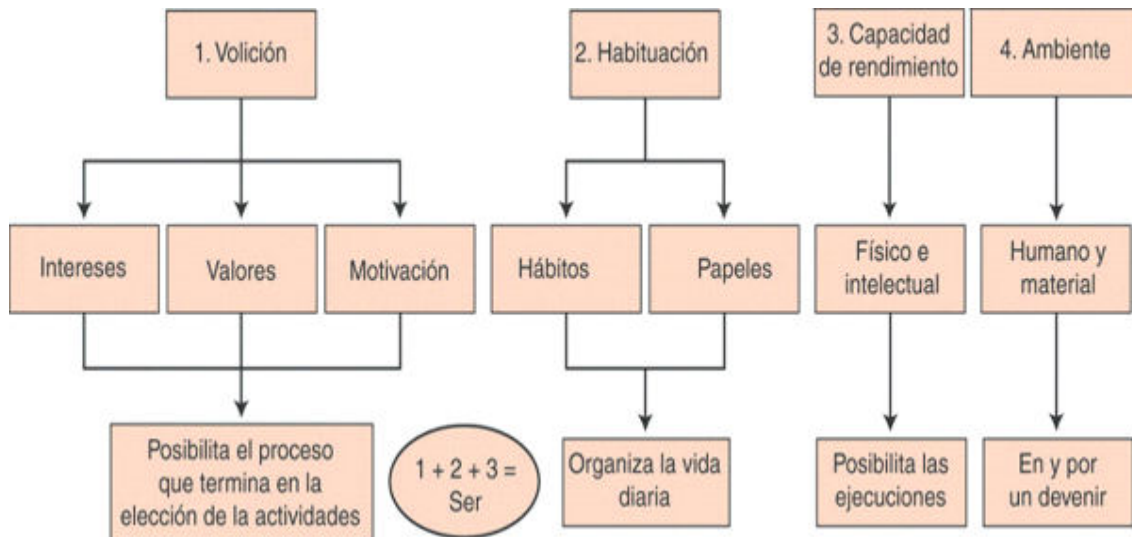
aspectos relacionales tienen una dimensión importante en el trabajo de ellos y en la construcción del modelo. Un detalle anecdótico de su biografía es que también fueron esposos.

2.1 Modelo de la Ocupación Humana

Dado que el modelo de Relación Intencional de Reneé Taylor esta basado en una parte importante en el Modelo de la Ocupación Humana (MOHO) de Gary Kielhofner, profundizaré en este último. Esta vinculación tiene como fundamento que los dos estaban trabajando juntos en la Escuela de Terapia Ocupacional de la Universidad de Chicago, EE.UU. Y en este sentido Taylor fue estudiante de Kielhofner en un momento anterior a su tesis de doctorado. Ahí incorporó las ideas principales del MOHO y realizó una ampliación de los conceptos y una integración de otros aspectos importantes en el proceso terapéutico de la Terapia Ocupacional con el Modelo de la Relación Intencional. Este último será explicado en el capítulo siguiente.

El MOHO es uno de los primeros modelos propios de la Terapia Ocupacional; como mencioné antes, su principal autor es Gary Kielhofner y fue publicado por primera vez en el año 1980 en el American Journal of Occupational Therapy durante cuatro tomas. En este modelo se entiende a los seres humanos como sistemas abiertos y dinámicos y que están formados por tres subsistemas o “componentes interrelacionados” (Kielhofner, 2011, p. 12): la volición, la habituación y la capacidad del desempeño. “La volición se refiere a la motivación por la ocupación. La habituación se refiere al proceso por el cual la ocupación se organiza en patrones o rutinas. La capacidad de desempeño se refiere a las capacidades físicas y mentales en que se basa el desempeño ocupacional habilidoso.” (Kielhofner, 2011, p. 12) Con esos componentes el comportamiento ocupacional funciona en este sistema ser humano como un proceso de organización o como un organizador. “Dentro del MOHO, la consideración de cualquier aspecto de la persona (volición, habituación o desempeño) siempre incluye cómo el ambiente influencia la motivación, los patrones y el desempeño de la persona. El ambiente es una influencia constante en la ocupación, y las circunstancias ocupacionales no pueden apreciarse sin la comprensión de éste.” (Kielhofner, 2011, p.

12) En la gráfica se pueden visualizar los tres subsistemas y el ambiente, con los diferentes aspectos de cada uno, que serán explicados en más detalle en las siguientes páginas tomando citas de Kielhofner:



(Kielhofner, 2011, p. 13)

1. La Volición

“El término volición se refiere a voluntad o elección conciente, por lo que se relaciona estrechamente con el concepto de elecciones ocupacionales, las cuales son decisiones cotidianas respecto a aquellas actividades ocupacionales que la persona decide realizar en un momento determinado, es decir, son decisiones deliberadas de entrar y salir de actividades ocupacionales. Al involucrarse en este tipo de actividad, la persona asume un rol ocupacional que debe desempeñar y a través del cual se emprende un proyecto personal.”

“Los seres humanos poseen un sistema nervioso complejo que les proporciona una necesidad intensa y poderosa de actuar. Aún más, presentan un cuerpo capaz de actuar. Finalmente, los seres humanos son conscientes de su potencial para hacer cosas. Juntos, estos factores se traducen en una necesidad por la acción que es el motivo básico de la ocupación. (...) El deseo por la acción se manifiesta a través de la ocupación y constituye su principal motivo. (...)”

Además de la necesidad o del deseo de actuar, cada persona tiene pensamientos y sentimientos distintos acerca de las actividades que realiza, los

cuales son esenciales para la volición. Estos pensamientos y sentimientos son las respuestas a estas preguntas: ¿Soy bueno para esto? ¿Vale la pena hacer esto? ¿Me gusta esto? Por lo tanto, los pensamientos y los sentimientos volitivos son acerca de lo siguiente:

- La capacidad y efectividad personales
- La importancia o el valor relacionados con lo que uno hace
- El placer o la satisfacción que uno experimenta al hacer las cosas.

Por consiguiente, aunque todos los seres humanos se energizan por un impulso universal hacia la acción, quieren hacer las cosas que valoran, para las que se sienten competentes y las que encuentran satisfactorias. (...) En el MOHO, estos pensamientos y sentimientos volitivos son identificados como causalidad personal [en la grafica nombrada como Motivaciones, nota del autor], valores e intereses. La **causalidad personal** se refiere al propio sentido de capacidad y eficiencia. Los **valores** se refieren a lo que uno encuentra importante y significativo para hacer. Los **intereses** se refieren a lo que uno encuentra placentero o satisfactorio hacer. En la vida cotidiana, la causalidad personal, los valores y los intereses se encuentran entrelazados. (...) En cualquier momento que hacemos algo, es posible vivir un rango completo de experiencias. (...) La **experiencia** se refiere a los pensamientos y los sentimientos inmediatos que emergen desde lo íntimo del desempeño y en respuesta al desempeño. (...) En cualquier momento que las personas reflexionen o analicen con otros acerca de cómo se desempeñaron, cómo fue hacer algo y si valió la pena hacerlo, están participando del proceso volitivo de interpretación. La **interpretación** se define, entonces, como evocar y reflexionar acerca del desempeño en términos del significado que tiene para uno mismo y su propio mundo. (...) El mundo nos presenta posibilidades inmediatas y futuras de acción. Prestar atención y reaccionar de alguna manera a las oportunidades y expectativas para la acción también forma parte del proceso volitivo. (...) La anticipación considera siempre lo que podríamos estar haciendo en el futuro inmediato o distante. El mundo nos presenta posibilidades y expectativas de acción, pero las que tomamos en cuenta y cómo pensamos y sentimos acerca de ellas están influenciadas por lo que nos gusta y por lo que nos sentimos competentes y obligados a hacer. En

consecuencia, la **anticipación** se define como el proceso de notar y reaccionar ante expectativas y potenciales de acción. (...) Nuestra vida cotidiana está influenciada por lo que elegimos hacer a continuación, más tarde y mañana. Estas **elecciones de actividad** se definen como decisiones deliberadas a corto plazo para entrar y salir de las actividades ocupacionales. (...) A pesar de que las elecciones de actividad requieren sólo una deliberación breve, ellas determinan una gran parte de lo que realmente hacemos. Los individuos también toman decisiones más importantes relacionadas con ocupaciones que llegarán a ser una parte amplia o permanente de su vida. Estas elecciones ocupacionales son compromisos para entrar en un curso de acción o para sostener un desempeño regular a lo largo del tiempo. Éstas incluyen: asumir un rol nuevo, incorporar una nueva actividad como parte de la rutina personal permanente o llevar a cabo un proyecto. (...) Al requerir mantener la acción a lo largo del tiempo, las elecciones ocupacionales también implican compromiso. Por lo tanto, las **elecciones ocupacionales** se definen como compromisos deliberados para entrar en un rol ocupacional, adquirir un hábito nuevo o llevar a cabo un proyecto personal. Juntas, las elecciones de actividad y las elecciones ocupacionales determinan, en gran medida, qué tipos de desempeño ocupacional construyen nuestra vida diaria. Estas elecciones son la función de la volición. Ellas reflejan nuestra causalidad personal, nuestros intereses y nuestros valores.

El ciclo de experiencia, interpretación, anticipación y elección es un proceso integrado. Cada proceso fluye dentro del próximo. Uno elige las acciones, el hecho de realizarlas estimula la experiencia. Uno evoca y reflexiona acerca de la experiencia para interpretar qué es lo que fue hecho. Finalmente, los significados generados de tales reflexiones llevan a las elecciones siguientes. Por lo tanto, podemos decir que la **volición** es un patrón de los pensamientos y los sentimientos acerca de uno mismo como actor en el mundo propio, los cuales ocurren cuando uno anticipa, elige, experimenta e interpreta lo que uno hace. Los pensamientos y los sentimientos volitivos incluyen la causalidad personal, los valores y los intereses. (...) La volición también es un proceso que se despliega a través de la vida, en el que ocurren cambios. A medida que pasan

los años y crecemos, y a medida que encontramos nuevas oportunidades y demandas para la acción, podemos encontrar placeres nuevos, intereses pasados perdidos, o podemos advertir que no somos tan adeptos a una actividad en particular. Existen elementos tanto de continuidad como de cambio en los valores, intereses y causalidad personal a lo largo de la vida.” (Kielhofner, 2011, p. 12 – 16)

2. La Habitación

“El Subsistema de Habitación permite comprender por qué las personas repiten patrones familiares de comportamiento. La Habitación depende de un circuito de tendencias apreciativas organizadas, las cuales permiten al ser humano improvisar modos similares de comportarse en circunstancias similares a lo largo del tiempo, sin deliberación o atención.”

“La mayor parte de lo que hacemos pertenece a un ciclo cotidiano que damos por sobrentendido. La mayoría de nosotros repite la misma rutina matinal conocida de levantarse, asearse y dirigirse al trabajo. (...) Al participar en ciertos comportamientos rutinarios, nos reafirmamos con una cierta identidad. Estos aspectos de la vida diaria rutinaria se despliegan automáticamente. El término **habitación** se refiere a este patrón de comportamiento semiautónomo, que responde a nuestros contextos temporales, físicos y sociales conocidos (...). La habitación nos permite reconocer y responder a claves temporales y marcos de tiempo, a nuestros mundos físicos conocidos y a las costumbres sociales y patrones que componen nuestra cultura. El mundo que nos rodea, nuestro contexto, presenta cierta estabilidad, y nosotros, a nuestra vez, también presentamos una tendencia habituada a actuar de manera consistente y organizada en patrones. Lo que hacemos así es una función de los hábitos y los roles.

Los hábitos preservan las formas de hacer las actividades que hemos interiorizado a través del desempeño repetido. Generamos hábitos al hacer, habitualmente, la misma cosa en el mismo contexto. Lo que una vez algo requirió atención y concentración, eventualmente llega a ser automático. Por lo tanto, los **hábitos** son tendencias definidas y adquiridas para responder y

desempeñarse de maneras específicas y constantes en ambientes o situaciones conocidos. En consecuencia, para que los hábitos existan:

- Debemos repetir la acción lo suficiente como para establecer un patrón
- Deben existir circunstancias ambientales habituales.

Mucho de lo que hacemos en el curso de un día o de una semana es guiado por los hábitos. Nuestra rutina diaria, nuestra manera de abordar la mayoría de las cosas que hacemos y la forma particular en que realizamos una tarea determinada se reflejan en nuestros hábitos.

Nuestros patrones de acción también reflejan roles que hemos internalizado. Esto es, nos identificamos con formas que hemos aprendido a asociar con un estatus social o identidad determinados y nos comportamos de acuerdo con ellas. (...) A través del proceso de socialización, las personas adquieren roles que derivan del estatus social. La socialización implica interactuar durante un largo período con definiciones y expectativas explícitas e implícitas del rol. Como resultado, uno interioriza un sentido de uno mismo, las actitudes y los comportamientos que corresponden a la definición y a las expectativas del rol. Otros roles son definidos por el propio individuo y se forman por la naturaleza interactiva y continua de una serie de tareas por las que uno siente responsabilidad. Tales roles nacen de circunstancias o necesidades personales. Éstos son establecidos a medida que uno participa en un patrón de acciones relacionadas y asume una identidad relacionada con ellas.

Dadas estas consideraciones, el **rol internalizado** puede ser definido como una incorporación de un estatus definido socialmente o en forma personal y el conjunto de actitudes y comportamientos relacionados. Comúnmente, las personas tienen varios roles que ocupan los tiempos y los espacios de la rutina. (...)

La habituación resulta como consecuencia de patrones repetitivos de comportamiento que se dan en ciertos contextos temporales, físicos y socioculturales. A medida que interactuamos una y otra vez con las distintas características de estos contextos, interiorizamos patrones de actitud y acción. El ambiente tiene una influencia poderosa en la habituación. Como se destacó anteriormente, la habituación es la forma que hemos aprendido a ser en

nuestros contextos. Sean la distribución física del mundo o los patrones y normas sociales que nos rodean, las características de nuestros ambientes nos determinan para que desarrollemos ciertas formas habituadas de hacer las cosas.

La **habituación** se define como la disposición internalizada de exhibir patrones habituales de comportamiento, guiados por nuestros hábitos y roles, que responden a características rutinarias de los ambientes temporales, físicos y socioculturales. La habituación da forma a lo que tendemos a considerar como común y corriente en nuestra vida. Es responsable de nuestro comportamiento de cada día; de nuestra manera habitual de abordar tareas; de las formas diversas en que nos manejamos en nuestros hogares, los vecindarios y la comunidad en pleno, y de nuestros patrones de relación con otros.” (Kielhofner, 2011, p. 16 – 18)

3. La Capacidad de desempeño

“El subsistema Capacidad de Desempeño es un conjunto de habilidades que son utilizadas en la elaboración de un comportamiento con propósito y cumple con la organización de los constituyentes físicos y mentales.”

“La capacidad para hacer cosas depende de los siguientes factores:

- Los sistemas: músculo-esquelético, neurológico, respiratorio, cardiovascular y otros que son utilizados cuando se participa en el mundo
- Las capacidades mentales, tales como la memoria y la planificación. (...)

La teoría y la práctica de terapia ocupacional siempre han reconocido la importancia que estos componentes subyacentes tienen para el desempeño adecuado. En forma notable, otros modelos (por ejemplo biomecánico, cognitivo perceptivo, integración sensorial, control motor) proveen explicaciones específicas de los componentes físicos y mentales, y de su contribución al desempeño. Debido a que otros modelos abordan la capacidad de desempeño, los terapeutas los usan como una forma de comprender y tratar los problemas específicos de este aspecto. Dentro del MOHO, la capacidad de desempeño se toma en cuenta desde un punto de vista distinto,

pero complementario, el cual enfatiza la experiencia subjetiva y su rol en dar forma a la manera en que las personas hacen las cosas. En Terapia Ocupacional y en campos relacionados, el desempeño de las personas y la dificultad para desempeñarse son abordados de forma objetiva. (...) Todas las capacidades y las limitaciones de capacidad que son descritas en forma objetiva son experimentadas por las personas que las presentan. La atención a la naturaleza de estas experiencias y cómo dan forma al desempeño pueden complementar y mejorar la comprensión que tenemos del abordaje objetivo acerca de la capacidad de desempeño. Por consiguiente, dentro del MOHO, el concepto de **capacidad de desempeño** se define como la capacidad de hacer cosas que proviene de la condición de los componentes físicos y mentales subyacentes y de la experiencia subjetiva correspondiente. Esta definición destaca el abordaje objetivo de la capacidad, que es el foco de los otros modelos, y el enfoque en la experiencia subjetiva de la capacidad que nosotros enfatizamos.

Al analizar el aspecto de la experiencia de la capacidad de desempeño, empleamos un concepto llamado el *cuerpo vivido*. Este concepto se desprende del trabajo de filósofos que argumentan que el cuerpo debe ser comprendido como un lugar de experiencia (Merleau-Ponty, 1962). Este concepto también ofrece nuevas formas de comprender cómo la enfermedad o el daño se experimentan e impactan en el desempeño.” (Kielhofner, 2011, p. 18 – 20)

4. El Ambiente

“El MOHO, también incluye a los contextos ambientales del comportamiento ocupacional, que son una combinación de espacios, objetos, formas ocupacionales y/o grupos sociales coherentes que constituyen un contexto significativo para el desempeño.”

“Todas las ocupaciones ocurren en un ambiente complejo y multidimensional. La ocupación se encuentra siempre en el ambiente, es influenciada por el ambiente y toma significado a través de su contexto físico y sociocultural. El ambiente incluye los espacios que los seres humanos ocupan, los objetos que ellos usan, las personas con quien ellos interactúan y las posibilidades y

significados del hacer que existen en el colectivo humano del cual forman parte. Cada ambiente ofrece oportunidades y recursos potenciales, demandas y limitaciones. El modo en que las características de un ambiente específico interactúan con los valores, intereses, causalidad personal, hábitos, roles y capacidades de desempeño de cada persona determinará la influencia que tiene el ambiente en esa persona. La oportunidad, el apoyo, la demanda y las limitaciones que los aspectos físicos y sociales del ambiente ejercen sobre una persona en particular se denominan **impacto ambiental**. Este impacto puede capacitar o incapacitar a un individuo. A menudo, el ambiente es la dimensión crítica que apoya o interfiere con la ocupación de un individuo.” (Kielhofner, 2011, p. 21)

En síntesis, este modelo considera la adaptación ocupacional “como una función de la dinámica interactiva de la volición, la habituación, la capacidad de desempeño y las condiciones ambientales, también reconoce que los problemas de adaptación son una función de la interacción dinámica de estos factores. Por consiguiente, el Modelo de Ocupación Humana reconoce los problemas ocupacionales como multifactoriales, en los que participan la motivación, la formación de patrones de acción, la experiencia de deterioros y los factores contextuales físicos y sociales. La comprensión de los problemas ocupacionales requiere el reconocimiento del modo en que se interrelacionan estos factores personales y ambientales”. (Demichelis, 2001, p. 54)

3. La Relación Terapéutica en Terapia Ocupacional

3.1 Antecedentes

La relación entre el terapeuta y el paciente es fundamental y afecta todo proceso terapéutico. El resultado de un tratamiento depende en gran medida de la relación que se establece con el paciente/usuario/cliente, independientemente de la afección o patología que se esté tratando, las técnicas utilizadas y el contexto. La relación terapéutica puede facilitar u obstaculizar el tratamiento y el logro de objetivos propuestos. Esto fue largamente estudiado en el campo de la salud: primeramente los

médicos en lo que se llama relación médico-paciente. Posteriormente y con gran énfasis en el campo de la psicología y psicoanálisis, con las teorizaciones sobre transferencia⁶ - contratransferencia⁷ y vínculo terapéutico⁸. Luego en otras disciplinas como la enfermería, los cuidados paliativos, etc.

Sin embargo la atención o foco en estos temas no es tan antigua como las disciplinas mencionadas. En todos los casos, las disciplinas, como la medicina, se ocuparon primeramente de la cualidad de las técnicas de intervención para el tratamiento de la patología, entendiendo que ésta era la herramienta principal. Secundariamente analizaron el impacto de la relación o vínculo, en definitiva de la condición humana en la efectividad de las intervenciones. Esto no es casual, sino que siguió el desarrollo mismo de las ciencias: de la observación del objeto de estudio a la observación del observador como agente que impacta y modifica lo observado. En el mismo sentido, las disciplinas del campo de la salud investigaron primero sobre la eficacia de una técnica para tratar una patología o disfunción y posteriormente lo hicieron respecto de la participación del profesional durante la intervención como factor que impacta en el proceso y en la eficacia de la técnica.

Como primer objetivo de esta investigación, realicé un rastreo de documentos científicos y bibliográficos sobre el tema. En el campo específico de la Terapia Ocupacional, encontré investigaciones acerca de la relación terapéutica desde 1995 aproximadamente. A continuación cito algunos de los documentos más relevantes hallados en revistas, journals y otras publicaciones y bases de datos de artículos y documentos científicos:

- Por ejemplo, el artículo titulado: *The helping encounter. Occupational therapists' perception of therapeutic relationships* (traducción libre: El encuentro que ayuda. La

⁶ Transferencia: puede definirse como la función psíquica mediante la cual una persona transfiere inconscientemente y revive, en sus vínculos nuevos, sus antiguos pensamientos, afectos, expectativas o deseos infantiles reprimidos, hacia otra persona. Se considera fundamental en las relaciones psicoterapéuticas.

⁷ Contratransferencia: se refiere a la función psíquica que denomina las reacciones, actitudes, pensamientos e ideas que de manera inconsciente el terapeuta produce en la relación con su paciente; particularmente las que surgen como respuesta a la transferencia del paciente.

⁸ Vínculo terapéutico: se refiere a la relación que se establece entre terapeuta y paciente, que incluye aspectos como la empatía, el rapport, el acogimiento, el aprecio y el apoyo, y que es reconocida como un factor que favorece el cambio.

percepción de los Terapistas Ocupacionales sobre las relaciones terapéuticas), un trabajo sueco publicado en una revista del Colegio Universitario de Ciencias Médicas. Es un estudio que analizó las descripciones que varios Terapistas Ocupacionales hacían sobre el encuentro terapéutico en sesiones clínicas.

- Otro artículo de 2001: *Therapeutic relationships re-defined*, (traducción libre: La relación terapéutica re-definida) de Connecticut se interesó por evaluar cómo definían y usaban la relación terapéutica los Terapistas Ocupacionales en el trabajo con sus clientes. Y reafirmaba la importancia de la relación terapéutica en la práctica de la Terapia Ocupacional, marcado la importancia de una buena conexión, rapport, respeto, comunicación y empatía como factores que favorecían la colaboración y el entendimiento mutuo. Una hipótesis significativa de este trabajo era que la mayoría de los Terapistas describía herramientas para mejorar las relaciones terapéuticas “en el trabajo” y no durante la formación profesional.

- La autora Suzanne Peloquin investiga este tema desde largo tiempo. En un trabajo de 1993 titulado: *The patient-therapist relationship: beliefs that shape care* (traducción libre: La relación terapeuta paciente: creencias que dan forma al cuidado). Examina imágenes que los pacientes suelen tener sobre los Terapistas Ocupacionales. Un trabajo posterior, de 2005, de la misma autora titulado *The Patient-Therapist relationship in Occupational Therapy: understanding Visions and Images* (traducción libre: “La relación terapeuta-paciente en Terapia Ocupacional. Entendiendo visiones e imágenes) examina las imágenes y visiones del terapeuta y del paciente que se construyen a través de la interacción y de las expectativas de ambos.

- Otro paper del 2012, de reflexión crítica sobre las prácticas profesionales centradas en el cliente, en Terapia Ocupacional, analiza que con mucha frecuencia las prácticas profesionales “centradas en el cliente”, a pesar de su filosofía de fondo, no toman en cuenta el punto de vista del cliente o la perspectiva del cliente al implementar las estrategias. El paper se titula: *Client centred practice in occupational therapy: critical reflections* (traducción libre: Prácticas centradas en el cliente en terapia Ocupacional: reflexiones críticas)

- Un interesante trabajo de 2010 hace un rastreo bibliográfico sobre el tema de la alianza terapéutica o colaboración entre cliente y terapeuta en Terapia Ocupacional. Más de 1600 trabajos publicados mostraron que la alianza terapéutica tiene un efecto positivo en los logros terapéuticos; la mayoría de los estudios metaanalizados se basaba en tratamientos de rehabilitación física. Título original: *The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review* (traducción libre: La influencia de la relación terapeuta-paciente en los logros del tratamiento en rehabilitación física: una revisión sistemática).

- Otra investigación de Estados Unidos de 2010 titulada: *Differences in the Utilization of Therapeutic Use of Self by Occupational Therapists in Military and Civilian Settings* (traducción libre: Diferencias en el uso terapéutico del yo en ámbitos con militares y con civiles) es una tesis de Connie Guill que describe la experiencia de Terapistas Ocupacionales al implementar el uso terapéutico del yo durante el trabajo con militares y con civiles, y los factores que pueden influir a esta implementación, tales como el sistema médico militar, la estructura o el lenguaje propio del ámbito militar. El estudio aspira a mostrar diferencias y semejanzas que ayuden a futuros Terapistas a trabajar con dichos grupos.

- Una investigación de 2013: *Occupational Therapy Students' development of Therapeutic Communication Skills During a Service-Learning Experience*, (traducción libre: El desarrollo de herramientas de comunicación terapéutica durante una experiencia de aprendizaje en servicio de estudiantes de Terapia Ocupacional) de Margaret Maloney y Kristen Griffith es un estudio cualitativo que examina las reflexiones de algunos estudiantes durante sus aprendizajes en las prácticas. El estudio se enfoca en analizar el uso de herramientas interpersonales como: desarrollar confianza, establecer límites, comunicación, cuidado centrado en el cliente, romper preconceptos, incrementar la conciencia, etc. El estudio concluye que es urgente utilizar las experiencias de aprendizaje en servicio para facilitar a los estudiantes el desarrollo de herramientas interpersonales.

- Otra investigación de 2013, de Noruega, titulada: *The Intencional Relationship Model – Use of the therapeutic relationship in occupational therapy practice* (traducción libre: El Modelo de Relación Intencional – uso de la relación terapéutica en la práctica de terapia ocupacional) trabaja los conceptos centrales del modelo de Renée Taylor.

- Una investigación de opinión denominada: *Occupational therapy and the therapeutic use of self* (traducción libre: Terapia Ocupacional y Uso terapéutico del yo) de 2016 se propone indagar un punto de intriga: si el uso terapéutico del yo es tan importante como la literatura sugiere, ¿por qué hay tan poco debate e investigaciones sobre el tema en la práctica? El propósito del trabajo es explorar el tema a fin de considerar el potencial del tema a la luz de los desafíos que presenta la práctica contemporánea.

- Un trabajo de 2017: *An exploratory study of how occupational therapists develop therapeutic relationships with family caregivers* (traducción libre: Un estudio exploratorio sobre cómo los terapistas ocupacionales desarrollan relaciones terapéuticas con familiares cuidadores) evalúa la percepción que tienen de los Terapistas Ocupacionales con los que interactúan, los familiares que cuidan personas ancianas por largo tiempo.

- Otro trabajo, que es un antecedente muy importante para esta investigación, de 2017 titulado: *Therapeutic Use of Self: A Nationwide Survey of practitioners' attitudes and experiences* (traducción libre: El uso terapéutico del yo: una encuesta nacional sobre las actitudes y experiencias de practicantes) de Renée Taylor, Gary Kielhofner y otros investigó a través del Cuestionario Use-of-Self-Questionnaire a 1.000 miembros de la Asociación Americana de Terapistas Ocupacionales.

El trabajo concluye que la mayoría de los participantes siente que no fue suficientemente formado para el uso terapéutico del yo. Más allá de la edad, el género, los años de experiencia, el ámbito de trabajo o la intensidad del tratamiento, aquellos terapistas que daban mayor valor al uso del self o que habían recibido más entrenamiento, se sentían mas a gusto para reportar sentimientos positivos, preocupaciones o dificultades interpersonales en los tratamientos. Estos hallazgos sugieren la necesidad de mayor formación e investigación en el tema.

Estos son los trabajos hallados en idioma Inglés, en su mayoría pertenecen a investigaciones desarrolladas en Estados Unidos en coincidencia con el país de residencia de los principales autores que trabajaron el tema.

A continuación se presentan los trabajos encontrados en idioma español. Todos ellos pertenecen a España.

- Un trabajo publicado en 2011 en una revista de Terapia Ocupacional de La Coruña titulado: *Uso del “self” en terapia ocupacional: creando relaciones intencionales*, de Renée Taylor. Se trata de la traducción de la investigación original de 2007 de la autora, cuyo objetivo es revisar sistemáticamente a literatura respecto al uso terapéutico del “self”, identificar las contribuciones teóricas y científicas en la historia de la Terapia Ocupacional y por último proponer el modelo conceptual de Relación Intencional basado en el razonamiento clínico.

- Otro trabajo de 2011, publicado en la misma revista que el anterior; titulado: *La relación Terapéutica en Terapia Ocupacional* también expone las teorías y referentes principales que trabajaron el tema de la relación Terapéutica en Terapia ocupacional e introduce el modelo de Relación Intencional de Renée Taylor.

- Una importante investigación de 2016, con motivo de una tesis doctoral de la Universidad de Valladolid se titula: *La Relación Terapéutica y su enseñanza en Terapia ocupacional: análisis de la situación en España*. La tesis tiene dos objetivos centrales: 1) analizar experiencias, percepciones y formación de los terapeuta ocupacional del toda España respecto del Uso Terapéutico del Yo en la práctica clínica, a través del Cuestionario Uso terapéutico del yo en Terapia Ocupacional (adaptación al español de la versión en inglés). 2) Evaluar la presencia del tema: Uso Terapéutico del Yo en los planes de estudios y en los procesos de enseñanza-aprendizaje de las carreras de Terapia Ocupacional de las Universidades de España. Esta investigación logró recoger las opiniones de 813 Terapistas Ocupacionales encuestados; también analizó los planes

de estudio de las 18 universidades que dictan Terapia Ocupacional en España y por último realizó entrevistas a los responsables o coordinadores de las 18 carreras.

- Otro documento hallado se trata del material bibliográfico de un taller teórico-práctica sobre Relación Terapéutica en Terapia Ocupacional impartido en 2016 en la Universidad de Salamanca.

Estos son todos los documentos hallados en idioma español sobre el tema. Como puede observarse, excepto por la investigación de la tesis doctoral, los otros artículos introducen el tema y las teorías existentes sobre la relación Terapéutica en Terapia Ocupacional en el contexto profesional hispanoparlantes.

Por último también se realizaron búsquedas de documentos regionales relacionados con el tema. Las búsquedas se hicieron en base de datos científicos, en memorias de jornadas o congresos de Terapia Ocupacional a nivel nacional y en países limítrofes. Otra fuente de información muy importante encontrada fue la Biblioteca virtual de la Asociación Argentina de terapia Ocupacional, allí se encontraban las listas de tesis de grado de todas las universidades argentinas que dictan la Carrera⁹.

3.2 Relación Terapéutica / Uso Terapéutico del Yo

La práctica profesional en Terapia Ocupacional incluye una serie de habilidades y destrezas que van desde los conocimientos teóricos y técnicos, la capacidad de observación y evaluación, la planificación de la estrategia terapéutica a seguir hasta la definición del encuadre de trabajo, que incluye el vínculo terapeuta paciente/usuario/cliente y el uso terapéutico del yo del TO.

En las intervenciones de Terapia Ocupacional se produce siempre una interacción personal entre el profesional y paciente/usuario/cliente que recibe el tratamiento.

⁹ Esta lista de títulos de tesis y autores de cada Unidad Académica me pareció una fuente muy interesante de rastreo de investigaciones en Terapia Ocupacional. Se encuentra disponible en la página de la Asociación Argentina de Terapia Ocupacional, en la pestaña Biblioteca. <http://www.terapia-ocupacional.org.ar/biblioteca/>

Esta relación ocurre siempre, más allá del modelo aplicado y de las técnicas concretas de tratamiento utilizadas.

La relación terapéutica es de suma importancia para el proceso. Como vimos anteriormente, diversos autores que investigaron sobre el tema se han enfocado en diversos aspectos relacionados con la relación terapéutica, ya sea poniendo el acento en la empatía, o bien en las habilidades comunicacionales, o en la colaboración o en la imagen de TO. Para algunos profesionales y para la experiencia de algunos pacientes/usuarios/clientes la relación terapéutica es el determinante crítico de los resultados del tratamiento y consideran que “la relación terapéutica es el aspecto central del proceso terapéutico de Terapia Ocupacional y un catalizador del cambio” (Price, 2011, p. 329).

En este sentido, una mayor conciencia de los aspectos implicados en la relación terapeuta paciente permite lograr un mejor beneficio tanto del proceso terapéutico como del bienestar en el desempeño profesional.

Frecuentemente se utiliza la denominación *relación terapéutica* para referirse a la interacción entre el terapeuta ocupacional y el paciente/cliente/usuario que incluye aspectos como el intercambio comunicacional, emocional y de colaboración entre ambas personas. Aunque el término *relación terapéutica* tiene bastante consenso en el campo internacional de la Terapia Ocupacional, su definición no es unívoca. Algunos autores se enfocan en el cuidado y la empatía, otros remarcan la importancia de la alianza de trabajo y la colaboración, otros en las herramientas comunicacionales y la confianza.

Puede definirse la **relación terapéutica** como un proceso complejo que incluye el intercambio emocional comunicacional y colaborativo entre el terapeuta y el paciente/usuario/cliente. Para esto son necesarias habilidades interpersonales y comunicacionales, que pueden deberse a cualidades personales del TO o se pueden y deben desarrollar.

La definición utilizada en la tercera y última edición del Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional (AOTA, 2014) dice así:

Relación terapéutica: una parte integral de la Terapia Ocupacional que permite a los profesionales desarrollar y gestionar su relación terapéutica con los clientes mediante

el uso de la narrativa en el razonamiento clínico, la empatía y un enfoque de colaboración centrado en el cliente para la prestación de servicios.

Otro término muy utilizado es el de *therapeutic use of self* (Taylor, 2009) que en versiones en español se traduce como: **uso terapéutico del yo**¹⁰. Esta denominación se usa para referirse a los esfuerzos conscientes de los terapeutas para optimizar sus interacciones con los pacientes; el uso intencionado del terapeuta de su personalidad, intuiciones, percepciones y juicios como parte del proceso terapéutico. (Cole y MacLean, 2003; Punwar y Peloquin, 2000, Castellanos Ortega, 2016).

Por su parte, el documento: Occupational Therapy Practice Framework: domain and process, de la American Occupational Therapy Association, 2014¹¹ define el uso terapéutico del yo como una herramienta esencial para el trabajo del terapeuta ocupacional:

“Therapeutic use of self has been moved to the process overview to ensure the understanding that use of the self as a therapeutic agent is integral to the practice of occupational therapy and is used in all interactions with all clients.”(pag S2).¹²

Hacienda referencia a este mismo documento, Castellanos Ortega (2016) cita:

Una parte integral del proceso de la Terapia Ocupacional es el uso terapéutico del yo que permite a los profesionales de Terapia Ocupacional desarrollar y gestionar su relación terapéutica con los clientes mediante el uso de la narrativa en el razonamiento clínico, la empatía y un enfoque de colaboración centrado en el cliente para la prestación de servicios (Taylor y Van Puymbroeck, 2013, p. 22)”. (pág 4).

¹⁰ También hay trabajos en español que traducen la denominación como: uso terapéutico del self, o uso terapéutico del sí mismo. Debido a dificultades para traducir “self” como yo o como sí mismo, algunos autores dejan el término en inglés. Creo que la mejor traducción sería uso terapeutico del yo, aunque en algunos países con fuerte influencia del psicoanálisis esto puede confundirse con la definición freudiana de yo, cuando solo alude a la persona y personalidad del terapeuta.

¹¹ Documento ratificado en Estados Unidos y ampliamente difundido en el resto de países

¹² Traducción libre: el uso terapéutico del yo ha sido trasladado a la descripción del proceso general (de Terapia Ocupacional) para asegurar el entendimiento de que el uso del yo como un agente terapéutico es parte integral de la práctica de terapia ocupacional y se utiliza en todas las interacciones con los clientes.

El marco teórico propuesto para esta investigación toma los aportes de dos autoras: René Taylor (2008) "*The Intencional Relationship Model*" (traducción libre: Modelo de Relación Intencional) y Therapeutic use of self (2013); y de Suzanne Peloquin (2000): "*Occupational Therapy: Principles and practice*". Ambas conceptualizaciones tienen un alto impacto en el campo internacional de la Terapia Ocupacional, considerando la cantidad de veces que son utilizadas como fuente bibliográfica o de referencia para investigaciones sobre este tema. Por esto, para los fines de este trabajo se utilizarán los términos **relación terapéutica** y **uso terapéutico del yo** de manera indistinta, aludiendo al mismo proceso que se da en las intervenciones profesionales de terapistas ocupacionales cuando trabajan con pacientes/clientes/usuarios. El uso indistinto de ambos términos permitirá facilitar la lectura y el desarrollo de esta investigación.

3. 3 Modelo de Relación Intencional

Renée Taylor manifiesta su convencimiento de que el uso terapéutico del yo es el elemento esencial de la Terapia Ocupacional, con independencia del marco de referencia aplicado o modelo terapéutico con el que se trabaje. En este sentido, no se trata nada más de comprender o de observar que existe una relación terapéutica en el trasfondo de toda intervención. Lo que propone la autora es que esta relación es una relación *intencional*: que tiene un propósito deliberado, vinculado a la recuperación de la persona a través de lo que ocurra en la interacción terapeuta paciente. Taylor apunta a la construcción de un modelo que intente responder a esta pregunta sobre la relación terapéutica: ¿cómo puede el uso terapéutico de uno mismo ser específicamente utilizado por el terapeuta para promover el compromiso ocupacional del paciente y promover resultados terapéuticos positivos?

Como creadora del Modelo de Relación Intencional, defiende que el uso terapéutico del yo necesita de teoría y práctica. Esto es lo que propone en su libro *The Intencional Relationship: Occupational Therapy and Use of Self* (2008) (La Relación Intencional: Terapia Ocupacional y Uso del Yo).

Tomaremos aquí los conceptos centrales de sus desarrollos teóricos.

“El **Modelo de Relación Intencional** explica el uso terapéutico del yo y su relación con el compromiso/participación ocupacional. Además, proporciona un mapa de medios, interpretación y respuesta a los acontecimientos interpersonales únicos del día a día de la terapia ocupacional, a través de la incorporación de una variedad de perspectivas, habilidades y enfoques. El modelo proporciona a los educadores, supervisores, estudiantes, médicos; un vocabulario común con el cual discutir y describir el fenómeno interpersonal que tiene un impacto continuo en la práctica diaria.

El Modelo de Relación Intencional (MRI) fue desarrollado en un periodo de tres años. En parte, sus conceptos se basan a gran escala en las respuestas de profesionales (n: 1000, tasa/porcentaje de respuesta 64%) en una encuesta a nivel nacional sobre los conocimientos de los terapeutas ocupacionales, actitudes y comportamientos interpersonales relacionados con el uso del yo. (Taylor, Lee, Kielhofner, & Ketkar, 2007). Además, 12 profesionales de la terapia ocupacional de varias regiones del mundo fueron observados y entrevistados utilizando una entrevista semiestructurada desarrollada por el autor. En cada región, estos terapeutas ocupacionales fueron nombrados por sus iguales como poseedores de un talento excepcional en términos de sus habilidades/capacidad para formar una relación terapéutica exitosa, con un gran registro de clientes. También participaron en una entrevista inicial introductoria con el autor para determinar su idoneidad para su participación en la entrevista y observación formal. Las ideas/percepciones que surgieron de la observación de estos expertos terapeutas, fueron fundamentales para el desarrollo de este modelo. En su mayoría, se observaron seis modos coherentes de interacción en los 12 terapeutas ocupacionales.

Además, muchos de los conceptos del MRI tienen su origen en la teoría subyacente a los modelos de práctica de psicoterapia. Sin embargo, el MRI reconoce una diferencia fundamental entre la terapia ocupacional y la psicoterapia tradicional. (...)En psicoterapia, la relación interpersonal entre el cliente y el terapeuta es el foco central. La comunicación verbal entre cliente y terapeuta es larga, intensa, altamente compleja, matizada y deriva del detalle

de los modelos conceptuales de cómo el cambio psicológico debería producirse. La comunicación interpersonal es generalmente la única actividad que se produce durante la psicoterapia.

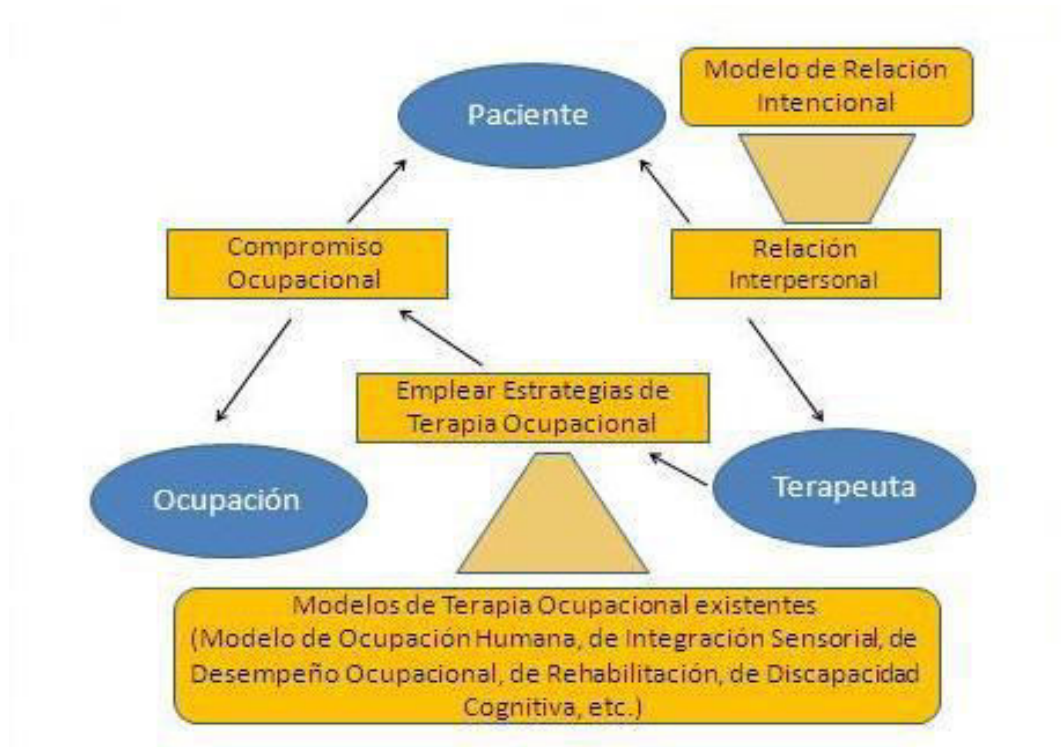
En Terapia Ocupacional la relación cliente- terapeuta no puede ni pretende emular la intensidad, duración, y complejidad de la relación tradicional de la psicoterapia. Por el contrario, el foco central de la terapia ocupacional es el compromiso ocupacional. En la Figura se presenta un diagrama del único rol que la relación terapéutica juega en la terapia ocupacional.



Tal y como se muestra, el terapeuta ocupacional utiliza un número de estrategias terapéuticas, normalmente enraizadas en los modelos de práctica existentes, para facilitar el compromiso/participación del cliente en la ocupación. Dependiendo de las necesidades ocupacionales, capacidades y diagnóstico del cliente, cualquier número de modelos de práctica de terapia ocupacional podrían ser empleados solos o combinados para promover el compromiso/participación ocupacional. Sin embargo, esta tarea principal de promover el compromiso ocupacional mediante la utilización de los métodos y estrategias específicas de la terapia ocupacional no existe en el aislamiento de un proceso más amplio de relación que se produce entre el cliente y el terapeuta.

El MRI explica/aclara que la relación entre el cliente y el terapeuta es parte del proceso general de la terapia ocupacional. Por lo tanto, el MRI trata de

complementar la existencia de modelos conceptuales de la práctica de la terapia ocupacional en lugar de reemplazar cualquier modelo único. Explica los aspectos detallados y de gran alcance de la relación cliente-terapeuta aspecto importante de la terapia ocupacional que no se aborda por otros modelos de la práctica conceptual. La Figura muestra cómo la relación intencional está diseñada para complementar el uso de otros modelos conceptuales de práctica de terapia ocupacional.



Como puede observarse, el MRI debe complementar los conceptos habituales y las estrategias de terapia ocupacional que están encaminadas directamente a facilitar el compromiso ocupacional. La utilidad del modelo para la terapia ocupacional se basa en el abordaje de los aspectos de las relaciones interpersonales que se producen durante el proceso de la terapia, de otra manera desarticulada y que influya tanto en la participación ocupacional como en los resultados de la terapia. La siguiente sección define los elementos de este modelo y proporciona una explicación de cómo los elementos interactúan para optimizar las condiciones para una relación exitosa entre cliente-terapeuta en la terapia ocupacional.

Para reiterar, el MRI no es un modelo independiente de la práctica de la terapia ocupacional. Si un terapeuta únicamente utiliza este modelo, el trabajo esencial de la terapia ocupacional no se produciría. Este modelo fue diseñado para llenar un vacío en el conocimiento de nuestra práctica sobre cómo gestionar los aspectos interpersonales de la terapia-particularmente los más difíciles. Este modelo debería complementar los modelos ya existentes para facilitar que el proceso de establecimiento de una relación exitosa con los clientes sea más fácil, más clara y más directa.

(...)

El MRI considera que la relación terapéutica está compuesta por cuatro elementos centrales:

I. El cliente.

II. Los acontecimientos interpersonales que ocurren durante la terapia.

III. El terapeuta.

IV. La ocupación.

El modelo explica los requisitos para una relación funcional cliente-terapeuta e incorporar directrices para responder a acontecimientos/sucesos interpersonales que frecuentemente suceden en la terapia. En la siguiente sección, se describen los aspectos relevantes de cada elemento del modelo.

I- El Cliente.

Según el MRI el cliente es el punto principal/central. Es responsabilidad del terapeuta trabajar para desarrollar una relación positiva con el cliente y responder apropiadamente cuando se produzcan acontecimientos/sucesos interpersonales. Para desarrollar esta relación y responder adecuadamente al cliente, un terapeuta debe trabajar para entender/comprender al cliente desde una perspectiva interpersonal.

Esto implica conocer las características interpersonales del cliente. Según el IRM, las características interpersonales del cliente pueden ser comprendidas de acuerdo a dos dimensiones:

- Características situacionales
- Características permanentes/duraderas

Características situacionales son las características interpersonales que son incompatibles/que no concuerdan con la forma en que un cliente se comporta normalmente y coherentemente, al interactuar con los demás. En cambio, reflejan una reacción aguda emocional del cliente a una situación específica. Por lo general, las características situacionales del cliente atraen nuestra atención/nos llaman la atención cuando él o ella se encuentra con una situación que es de algún modo dolorosa, frustrante o estresante. Para la mayoría, las situaciones estresantes resultan de un estado negativo emocional que hace que sea temporalmente difícil participar en ocupaciones que estaban planeadas. Por lo tanto, las características situacionales del cliente es probable que salgan a la superficie cuando interfieren en las habilidades de cliente para realizar las actividades de terapia como estaban previstas.

Es más probable que se revelen las características situacionales del cliente en la terapia cuando éste se enfrenta a una situación donde experimenta algún aspecto inmediato que lo perjudique y/o el medio ambiente como un factor estresante. Déficits, especialmente cuando son nuevos o cuando hay una crisis médica o una exacerbación de la gravedad que altera una relación habitual con el medio, a menudo hacen que las personas experimenten mayor estrés. Los terapeutas son animados a asumir, en algún nivel, que la situación de deterioro de un cliente y/o la interacción del cliente con un entorno desadaptado o difícil provocará que el cliente sea más vulnerable a experimentar una variedad de reacciones emocionales, muchas de las cuales pueden ser percibidas como negativas o al menos atípicas para ese individuo.

Por ejemplo, sentimientos de pérdida son comunes entre personas con discapacidad reciente y pueden manifestarse en términos de tristeza, irritabilidad, ansiedad, inseguridad o ira. El comportamiento del terapeuta, si se percibe como insensible, crítico, o indiferente, puede ser también una fuente de estrés y hacer que el cliente interactúe de una manera que generalmente suele ser incompatible con su personalidad. Es importante para los nuevos

terapeutas reconocer que éstas y otras reacciones emocionales agudas son normales. De hecho, se dan en muchas situaciones del cuidado de la salud. Que no existe ninguna reflexión sobre el carácter de la persona ó su personalidad. Sin embargo, tienen el potencial para jugar dentro de la relación terapéutica, y la forma en la cual un terapeuta escoge responde y a menudo es vital para el futuro de esa relación.

Por el contrario, las **características permanentes** son los aspectos más estables y consistentes del comportamiento interpersonal del cliente. No están necesariamente relacionados con la situación de adquirir una discapacidad o a una reacción del medio ambiente o a falta de adaptación a ese deterioro. En cambio constituyen un perfil interpersonal que es idiosincrático para el cliente. Las características interpersonales permanentes incluyen cosas tales como el estilo preferido de comunicación de un cliente, capacidad de confianza, necesidad de control, orientación general de relación, y la forma habitual de responder al cambio, desafíos o frustración.

Las características permanentes y situacionales son, se retroalimentan debido a que coexisten en cada cliente. El comportamiento que refleja una reacción emocional aguda a un evento estresante puede atenuar temporalmente, alterar, o intensificar una conducta interpersonal en lo que son por lo general categorías más estables. Por ejemplo, un cliente que normalmente responde a una situación de difícil adaptación, puede llegar a irritarse cuando el terapeuta le recomienda una actividad más complicada si, antes de ese día, el cliente se sometió a una biopsia dolorosa y entonces, descubrió que no tenía los fondos para pagar el transporte después de salir de la consulta del médico. Del mismo modo, la reacción de un cliente durante una situación estresante, puede reflejar una intensificación de una característica subyacente que de otra manera es más difícil de detectar. Por ejemplo, la fuerte necesidad de control de un cliente, puede surgir sólo cuando el cliente se enfrenta a una situación estresante o exigente. Así que, si bien hay una cierta incertidumbre de las dos categorías, la razón para distinguir las características situacionales de las

permanentes es para informar a los terapeutas en la comprensión del cliente en situaciones de estrés y sin estrés, para que las respuestas terapéuticas puedan ser debidamente adaptadas y moduladas.

II. Acontecimientos interpersonales

Un acontecimiento interpersonal es una comunicación de origen natural, reacción, proceso, tarea o circunstancia general que se produce durante la terapia y que tiene el potencial de menoscabar o fortalecer la relación terapéutica. En la terapia, estos sucesos pueden ser precipitados por los siguientes tipos de circunstancias:

- Resistencia del cliente (por ejemplo, un cliente se niega o se siente incapaz de participar en alguna actividad),
- comportamiento del terapeuta (por ejemplo, el terapeuta hace una pregunta que el cliente percibe como una intromisión, o le es emocionalmente difícil de enfrentar),
- exposición de las emociones fuertes del cliente en la terapia (por ejemplo, un cliente de edad avanzada empieza a llorar durante el entrenamiento en la transferencia, o un niño corre hacia la terapeuta y la abraza en medio de una actividad sensorio-motora)
- una circunstancia difícil de la terapia (por ejemplo, un cliente se siente avergonzado por haber perdido el control vesical, o se siente frustrado o temeroso en medio de una actividad),
- una división o conflicto entre el cliente y el terapeuta (por ejemplo, el cliente se siente ofendido por un comentario hecho por el terapeuta)
- diferencias sobre el objetivo de la terapia (por ejemplo, un cliente insiste en el objetivo que el terapeuta cree que no es posible, o el terapeuta recomienda un objetivo que el cliente rechaza)
- petición del cliente que pone a prueba los límites o limita la relación terapéutica (por ejemplo, el cliente invita al terapeuta a asistir a su boda)

Éstos, por supuesto, son sólo algunos de los miles de posibles acontecimientos interpersonales que se producen en el curso de la terapia ocupacional. Cuando los acontecimientos interpersonales de la terapia se producen, su interpretación por el cliente es un producto de serie única de las características interpersonales de éste. A veces, el acontecimiento puede tener un efecto significativo sobre el cliente y otras veces éste no se verá afectado o se afectará mínimamente. Cuando estos sucesos ocurren, lo que es importante es que el terapeuta tenga en cuenta que el acontecimiento ha ocurrido y que asuma la responsabilidad para responder adecuadamente.

Los acontecimientos interpersonales son:

- Inevitables en el curso de la terapia
- Delimitan tanto una amenaza como una oportunidad

Los acontecimientos interpersonales son parte del constante dar y tomar que ocurre en un proceso de terapia. Éstos son distinguidos de otros acontecimientos o procesos en los que cargaron con la posibilidad de una respuesta emocional o cuando se producen después de la reflexión. En consecuencia, si son ignorados o no se responden de manera óptima, estos acontecimientos pueden poner en peligro tanto la relación terapéutica como el compromiso ocupacional del cliente. Cuando son respondidos óptimamente, estos eventos pueden ofrecer oportunidades de aprendizaje positivo para el cliente o cambiar y solidificar la relación terapéutica. Debido a que son inevitables en cualquier interacción terapéutica, una de las tareas principales de una práctica de terapeuta, de acuerdo con el modelo de relación intencional, es responder a estos acontecimientos inevitables en un camino que conduce a la reparación y el fortalecimiento de la relación terapéutica.

III. El terapeuta.

En el MRI el terapeuta es responsable de hacer todos los esfuerzos razonables para que la relación funcione. En concreto, el terapeuta es responsable de ofrecer tres capacidades interpersonales principales en la relación:

- Una base de habilidades interpersonales

- Modos terapéuticos (o estilos interpersonales)
- Capacidad de razonamiento interpersonal

Esta sección ofrece una breve descripción de cada una de estas capacidades interpersonales. La primera capacidad implica el desarrollo y la aplicación de un amplio rango de conocimientos acerca de cómo administrar los diversos aspectos de la relación con otras personas. La base de la habilidad interpersonal del terapeuta consta de un conjunto de habilidades que son aplicadas juiciosamente por el terapeuta para construir una relación funcional de trabajo con el cliente. La perspectiva del modelo es que, dependiendo de las experiencias únicas, conocimiento y las capacidades innatas del terapeuta, algunas de estas habilidades serán más naturales, mientras que otras requerirán un gran esfuerzo y práctica para desarrollarse.

Estas habilidades interpersonales se resumen en términos de nueve categorías:

1. comunicación terapéutica
2. habilidades de entrevista e interrogatorio estratégico
3. establecimiento de relaciones con los clientes
4. familias, sistemas sociales y grupos
5. trabajar eficazmente con los supervisores, los jefes y otros profesionales
6. la comprensión y el manejo del comportamiento interpersonal difícil
7. cambios/respiros empáticos y conflictos
8. comportamiento profesional, valores y ética
9. auto-cuidado del terapeuta y desarrollo profesional

La primera categoría, la comunicación terapéutica, consiste en actividades tales como habilidades de comunicación verbal y no verbal, la escucha terapéutica, la asertividad, proporcionando a los clientes instrucciones y retroalimentación, buscando y respondiendo a las reacciones de los clientes. Las habilidades de entrevista son otro conjunto de destrezas que implican estar

alerta y con intención sobre la forma en que uno se aproxima al proceso de hacer una pregunta al cliente. El interrogatorio socrático es un enfoque específico para interrogar procedente de la psicología cognitiva (por ejemplo, Beck, 1995). Se trata de hacer preguntas de modo que guíen al que responde a pensar de manera más amplia o de forma diferente. El establecimiento de relaciones con los clientes incluye la construcción compenetrada, haciendo encajar un estilo terapéutico a las exigencias interpersonales del cliente, dirigiendo sus emociones fuertes, un uso adecuado de comunicar las cosas, y la competencia cultural.

Debido a que muchos clientes tienen cuidadores, familiares u otras personas con quienes tienen contacto regular, la comprensión y el trabajo con las familias, los sistemas sociales y los grupos son un aspecto esencial de la práctica de la terapia ocupacional. Ésta incluye el uso de los principios de la guía IRM, en combinación con las importantes teorías de sistemas, para obtener la colaboración de socios, padres, otros familiares y amigos para atender a las metas de la terapia. También implica la comprensión de la estructura, del proceso y de las dinámicas interpersonales de la terapia de grupo.

Otra habilidad fundamental consiste en saber cómo trabajar en colaboración con los supervisores, los jefes, y otros profesionales. Se trata de saber cómo comunicarse con otros profesionales acerca de los clientes tanto en presencia como en ausencia de éstos. Además, es necesario comprender las dinámicas de poder y los sistemas de valores que están detrás de las relaciones entre supervisor / estudiante y jefe / empleados. Comprender y manejar el comportamiento dificultoso de los clientes es otra categoría de las habilidades interpersonales necesarias requeridas en algunas situaciones de la práctica. Se trata de saber cómo responder con eficacia a las conductas que implican manipulación, dependencia excesiva, síntomas, resistencia, desconexión emocional, negación, dificultad con la simpatía y la confianza, y hostilidad. Responder eficazmente ayudará a limitar el grado en que este comportamiento interrumpe la meta y el proceso de la terapia.

Saber cómo resolver los conflictos y cambios empáticos (o divisiones en la comprensión entre el cliente y el terapeuta) es otro conjunto de habilidades

fundamentales que pueden salvar una relación que está en problemas o reparar amenazas de menor importancia que de no ser así comportaría una relación de otro modo funcional. El comportamiento profesional y ético abarca el conocimiento de cómo sus propios valores son consistentes o inconsistentes con los valores fundamentales de terapia ocupacional, el comportamiento ético y la toma de decisiones, auto-conciencia comportamental en torno a los clientes, ser fiable y de confianza, la defensa de la confidencialidad, y el establecimiento y la gestión de los límites profesionales. El auto-cuidado del terapeuta incorpora el conocimiento y la gestión de las propias reacciones emocionales de los clientes y ser responsable ante las reacciones, una capacidad general para la auto-reflexión, la capacidad de gestionar la propia vida personal y buscar apoyo cuando sea necesario, y la capacidad de mantener la perspectiva respecto a los resultados del cliente.

La segunda capacidad interpersonal que un terapeuta aporta a la relación cliente-terapeuta es su modo, o modos, terapéuticos primarios. Un modo terapéutico es una forma específica de relacionarse con un cliente. La IRM identifica seis modalidades terapéuticas:

- promocionar
- colaborar
- empatizar
- fomentar
- instruir
- resolver problemas

Una breve definición de cada modo se proporciona en la Tabla 1.

Modo	Definición
Partidario, defensor, abogando por (Advocating)	Asegurar que los derechos del cliente se cumplen y los recursos están asegurados. Puede requerir al terapeuta ser un mediador, facilitador, negociador, ejecutor, o cualquier otro tipo de rol con las personas y organismos externos.
Colaborador (Collaborating)	Esperando que el cliente sea un participante activo. Garantizar la elección, la libertad y la autonomía en la mayor medida posible.

Empático (Empathizing)	Continuar, tratando de entender los pensamientos, sentimientos y comportamientos del cliente, mientras se suspende cualquier tipo de juicio. Asegurarse que el cliente verifica y experimenta la comprensión/entendimiento del terapeuta como algo verídico/sincero y válido.
Capacitador/ potenciador/ fomentador (Encouraging)	Aprovechar la oportunidad de infundir esperanza en un cliente. Celebrando el pensamiento de un cliente o el comportamiento a través del refuerzo positivo. Transmitir una actitud de gozo, alegría y confianza.
Instructor (Instructing)	Con cuidado, realizar la estructuración de las actividades de la terapia y ser explícitos con los clientes sobre el plan, la secuencia y los eventos de la misma. Proporcionar instrucciones claras y retroalimentación sobre el desempeño. El establecimiento de límites en las peticiones de un cliente o de comportamiento.
Resolutor de Problemas (Problem- solving)	Facilitar el pensamiento pragmático y resolver dilemas, esbozando las opciones, lo que plantea cuestiones estratégicas, y proporcionar oportunidades para el pensamiento comparativo o analítico.

Tabla 1. Seis modalidades terapéuticas

Los terapeutas usan de forma natural modalidades terapéuticas que son compatibles con sus características de personalidad fundamentales. Por ejemplo, un terapeuta que tiende a ser más un oyente que un interlocutor y cree en la importancia de comprender la perspectiva de otra persona antes de hacer una propuesta sería probable que usara la empatía como modo primario terapéutico en la terapia. Los terapeutas varían ampliamente en cuanto al alcance y la flexibilidad con la que usan los modos de relacionarse con los clientes. Algunos terapeutas se refieren a los clientes en una o dos formas primarias, mientras que otros recurren a múltiples modalidades terapéuticas en función de las características interpersonales del cliente y la situación, o inevitables acontecimientos interpersonales. Una de las metas en el uso del modelo de relación intencional es que llegue ser cada vez más cómoda la utilización de cualquiera de los seis modos de manera flexible e intercambiable en función de las necesidades del cliente. Una modalidad terapéutica o un conjunto de modos definen el estilo interpersonal general del terapeuta cuando interactúa con un cliente. Los terapeutas pueden utilizar todos los seis modos de forma flexible y cómoda, y para adaptar esos modos al cliente y la situación, son descritos con un estilo interpersonal multimodal.

De acuerdo con el MRI, la elección de un terapeuta y la aplicación de una modalidad terapéutica o de un conjunto de modos debe depender en gran medida de las características interpersonales duraderas del cliente. Además, ciertos sucesos o acontecimientos interpersonales en la terapia pueden requerir un cambio de modo. Un cambio de modo es un cambio consciente en la propia manera de relacionarse con un cliente. Cambios de modo son requeridos con frecuencia en respuesta a los acontecimientos interpersonales que se dan en la terapia. Por ejemplo, si un cliente percibe que los intentos de un terapeuta en la resolución de un problema son insensibles o se pasan del límite, sería prudente que el terapeuta cambie el modo de resolución del problema a un modo de empatía para que pueda obtener una mejor comprensión de la reacción del cliente y de la raíz del dilema. Un proceso de razonamiento interpersonal, descrito en el párrafo siguiente, puede ser utilizado para guiar al terapeuta para decidir cuándo puede ser requerido un cambio de modo y determinar qué modo alternativo seleccionar. Debido a que los aspectos interpersonales de la práctica de la terapia ocupacional son complejos y requieren a un terapeuta que posea una personalidad terapéutica altamente adaptativa, el modelo de relación intencional recomienda que los terapeutas aprendan a dibujar todas las seis modalidades terapéuticas de una manera flexible, de acuerdo a las diferentes necesidades interpersonales de cada cliente y las exigencias particulares de cada situación clínica.

La tercera competencia interpersonal del terapeuta consiste en la capacidad de participar en un proceso de **razonamiento interpersonal** cuando un dilema interpersonal se presenta en la terapia. El razonamiento interpersonal es un proceso gradual por el cual el terapeuta decide qué decir, hacer o expresar en reacción a la aparición de un dilema interpersonal en la terapia. Éste incluye el desarrollo de una vigilancia mental hacia los aspectos interpersonales de la terapia en previsión de que un dilema pudiese suceder, y un mecanismo de revisión y evaluación de opciones para responder. Los seis pasos de razonamiento interpersonal incluyen:

1. Anticipar
2. Identificar y hacer frente

3. Determinar si se requiere un cambio de modo
4. Elegir un modo de respuesta o la secuencia de modo
5. Recurrir a cualquiera de las habilidades interpersonales relevantes relacionadas con el modo (s)
6. Intercambio de ideas

IV- La Ocupación

El compromiso ocupacional del cliente es la cuestión clave y única en el proceso de la terapia ocupacional. El componente final del modelo de relación intencional es la ocupación deseada. La ocupación deseada es la tarea o actividad que el terapeuta y el cliente han seleccionado para la terapia. Estas ocupaciones deseadas pueden incluir una amplia gama de tareas y actividades tales como vestirse, conducir, ir de compras, juego de motricidad gruesa, participar en un grupo de fijación de metas, completar una actividad artesanal, o participar en una tarea de trabajo simulado o modificado. La selección de la ocupación y el apoyo para el compromiso ocupacional será informado principalmente por otros modelos conceptuales de la práctica de terapia ocupacional tales como el modelo biomecánico, el modelo de integración sensorial, o el modelo de ocupación humana (Kielhofner, 2004)

La función principal del modelo de relación intencional es permitir que el terapeuta maneje la dinámica interpersonal entre el cliente y el terapeuta, que también se produce como parte del proceso de la terapia. Esta dinámica interpersonal influye en el compromiso ocupacional y también sirve como un escenario en el cual las reacciones emocionales tienen su origen o el compromiso ocupacional puede ser dirigido positivamente. Así, según el modelo la relación terapéutica funcional simultáneamente como:

- un apoyo al compromiso ocupacional y
- un lugar donde las emociones y el proceso de afrontamiento asociado con las deficiencias del cliente y sus implicaciones para la participación ocupacional pueden ser abordados.”

(extraído de Taylor, 2011, p 12-27).

Para enfatizar la importancia del modelo, Castellano (2016) cita los Principios subyacentes en el Modelo de Relación Intencional:

- La autoconciencia crítica es la clave para el uso del yo intencional.
- La autodisciplina interpersonal es fundamental para el uso del yo eficaz.
- Es necesario poner por delante el pensamiento racional al emocional.
- La empatía activa es necesaria para comprender al paciente.
- Los terapeutas tienen la responsabilidad de ampliar sus conocimientos interpersonales de base.
- En Terapia Ocupacional, siempre que sean aplicados sencilla y flexiblemente, se pueden trabajar y utilizar un amplio abanico de modos terapéuticos intercambiables.
- El paciente es el que define una relación terapéutica con éxito.
- Focalizar en la actividad debería equilibrarse con focalizar en lo interpersonal.
- La aplicación del modelo debería estar formada por los valores nucleares y éticos.
- La aplicación del modelo requiere competencia cultural.” (p.53)

Capítulo 2

Aspectos Metodológicos de la Investigación

1. Metodología

El presente trabajo es un estudio exploratorio y descriptivo, de tipo transversal: se propone examinar un tema poco abordado en el ámbito local, como es la Relación Terapéutica en Terapia Ocupacional, a la vez que indagar las opiniones y experiencias del grupo de Terapistas Ocupacionales de Tucumán respecto del tema a través de un cuestionario autoadministrado. Como enuncia Hernandez Sampieri (2010) en su libro: “Así como los estudios exploratorios se interesan fundamentalmente en descubrir, los descriptivos se centran en medir con la mayor precisión posible” (p. 62). En este sentido las investigaciones descriptivas miden conceptos, pretenden especificar las propiedades del fenómeno estudiado; requieren una definición clara de qué se va a medir, para formular las preguntas pertinentes, así como especificar quiénes deben incluirse en esa medición. En esta investigación tomamos como tema el Uso Terapéutico del Yo.

Los participantes de la investigación configuran una muestra no probabilística, dado que son participantes voluntarios. El procesamiento de los datos recogidos a través del cuestionario es predominantemente cuantitativo.

En el Capítulo 3 se presentan las distribuciones de frecuencias absolutas y relativas de los resultados obtenidos en el cuestionario, las medidas de tendencia central y desviación estándar respecto de algunas variables y los procedimientos de estadística inferencial para probar si los resultados son consistentes con la hipótesis planteada.

2. Delimitación del problema

En esta etapa de la investigación la búsqueda estuvo dirigida a documentos científicos que trabajaran el tema de la Relación Terapéutica en Terapia Ocupacional, así como el análisis de los documentos, las metodologías empleadas y los resultados

encontrados. A partir de allí, establecí el marco teórico y conceptual, la metodología y el instrumento a utilizar.

3. Objetivos. Hipótesis

La presente investigación tiene como objetivos:

1- Hacer una revisión de las fuentes bibliográficas disponibles actualmente sobre la Relación Terapéutica en Terapia Ocupacional, presentando los enfoques más relevantes citados por diferentes investigaciones halladas.

2- Analizar las actitudes, percepciones y modos de establecer la Relación Terapéutica y el Uso Terapéutico del Yo de los Terapistas Ocupacionales de Tucumán en su práctica profesional (área clínica principalmente). Otros objetivos que se desprenden de este son:

2.1 caracterizar la visión de los Terapistas Ocupacionales sobre la importancia de la Relación Terapéutica y del Uso Terapéutico del Yo en el proceso y para los resultados en el trabajo de Terapia Ocupacional. Indagar cómo adquirieron esa visión.

2.2 identificar cómo los Terapistas Ocupacionales adquieren las destrezas para el uso terapéutico del yo.

2.3 definir las acciones de los Terapistas Ocupacionales ligadas al Uso Terapéutico del Yo, durante la sesión de terapia y determinar la frecuencia de las mismas.

2.4 caracterizar los sentimientos, pensamientos y nivel de preocupación comunicados por los Terapistas Ocupacionales respecto de su experiencia profesional.

En relación con este segundo objetivo de la investigación se discriminaron dos hipótesis:

1.- Existe una escasa valoración del Uso Terapéutico del Yo en Terapia Ocupacional como una herramienta de trabajo que influye en el proceso y en los objetivos a alcanzar en el abordaje profesional entre los profesionales de Tucumán.

2.- El uso y valoración de esta herramienta en el proceso terapéutico y en las sesiones queda más ligado a las características personales del Terapeuta Ocupacional o a la experiencia adquirida en el ejercicio profesional, que a la formación académica.

4. Instrumento de recolección de datos

Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario autoadministrado, adaptado en parte a los fines de esta investigación, denominado: “*Uso Terapéutico del Yo en Terapia Ocupacional*”. La selección del instrumento responde a la validez que demostró en investigaciones previas para evaluar lo que se pretende investigar (*Use-of-Self Questionnaire* en su versión original fue administrado a 1.000 terapeutas ocupacionales en Estados Unidos¹³, y en su versión adaptada al Español fue utilizado en una muestra de 1.125 personas en España¹⁴).

El cuestionario nos permite recoger información de manera rápida y precisa abarcando un número extenso de personas, de sus características, y de sus opiniones. En el cuestionario es el propio sujeto el que proporciona la información; dado que participa de manera activa promueve “un enfoque más flexible que en la investigación cuantitativa porque explica los hechos en sí mismos”. (Soler y Enrique, 2012). La mayoría de las preguntas del cuestionario presenta respuestas de tipo Likert, un formato muy apropiado para medir variables a partir de la opinión de los participantes.

4.1 Descripción del Cuestionario: Uso Terapéutico del Yo en Terapia Ocupacional.

Se trata de un cuestionario que, en su forma original, se divide así: una *Presentación* en donde se definen los términos y otras cuestiones éticas relacionadas con la confidencialidad y la sinceridad de los datos a recabar y se solicitan algunos *Datos profesionales*. Luego se divide en tres partes: *Parte Primera: Acerca de Usted; Parte Segunda: Acerca de su Práctica; Parte Tercera: Acerca de su Experiencia Profesional*. En total son 13 preguntas que se responden en su mayoría por opciones de 4 y 5 niveles (escala tipo Likert). (ver Apéndice I y II de este trabajo donde se encuentran las versiones originales en inglés y español).

¹³ El cuestionario fue aplicado a 1000 miembros registrados por la American Occupational Therapy Foundation que participaron en la investigación. A los fines de esa investigación fueron válidos 568 cuestionarios; los resultados aparecen en: Taylor, R., Lee, S., Kielhofner, G., y Ketkar, M. (2009). The therapeutic relationship: A nationwide survey of practitioners' attitudes and experiences. *American Journal of Occupational Therapy*, 63(2), 198-207. doi: 10.5014/ajot.63.2.198 . (pág 200).

¹⁴ Para alcanzar este número de encuestados la investigadora recurrió a distintas bases de datos para enviar mails a Terapeutas Ocupacionales de todo el territorio de España. Fueron válidas las opiniones de 813 profesionales. Los resultados de la investigación pueden verse en: Castellanos, M. C. (2016): La Relación Terapéutica y su Enseñanza en Terapia Ocupacional: análisis de la situación en España. Tesis doctoral Universidad de Valladolid. Rescate de 25/10/2017 de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/22102/1/Tesis1182-170112.pdf>.

4.2 Adaptaciones y Modificaciones al instrumento. Justificaciones

Las adaptaciones locales a la versión en español del cuestionario se han realizado en función de los objetivos de esta investigación y de la realidad de los profesionales en Terapia Ocupacional de Argentina y en especial de Tucumán. También se presentan mínimas modificaciones de términos en español por sinónimos que son de uso más frecuente en nuestra cultura. (Ver Apéndice III con los marcadores de los cambios realizados para la adaptación cultural a este trabajo)

Se modificaron siguientes puntos:

1)- El cuestionario va precedido por una *Carta de Presentación* con el cuestionario en donde me presento y explico el proyecto de investigación y forma en que serán utilizados los datos recibidos por los profesionales, así como la confidencialidad de ellos. Esto se apoya en los lineamientos y recomendaciones éticas propuestos por el Comité Nacional de Ética en la Ciencia y la Tecnología de Argentina (CETCE, 2005, 2006). (Ver Apéndice IV)

2)- En *Datos Profesionales*, donde dice Indique el nivel más alto de su aprendizaje, la versión original en español presenta cinco opciones (Diplomado / Graduado, Licenciado, Especialista, Máster, Doctor). En la adaptación local se modifican a cuatro opciones: Título de grado universitario / Especialista / Máster / Otro (especifique); dado que en el territorio argentino la profesión es de nivel de grado universitario y que por ser una profesión reciente no existe una gran oferta académica de posgrado.

Para esto investigué en todas las universidades que dictan la carrera; todas ellas ofrecen título de Terapeuta Ocupacional o de Licenciado en Terapia Ocupacional, siendo carreras de 4 ó 5 años. No existen tecnicaturas o diplomados que habiliten al ejercicio de la profesión.

Sí existen ofertas de cursos de especialización y diplomados que brindan formaciones específicas en diferentes modelos o áreas de inserción laboral.

Respecto de los posgrados, no hay una gran variedad de cursos o carreras de posgrado en las universidades públicas de gestión estatal o privadas. Existen residencias a nivel nacional que habilitan el ingreso a diferentes profesionales de la

salud, incluyendo Terapistas Ocupacionales, como la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental del Ministerio de Salud de La Rioja.

3)- En la pregunta 4: ¿En qué campo profesional pasa trabajando la mayor parte de su tiempo? Se definen y se adaptan las opciones en función de:

a) Los ámbitos de inserción reconocidos por las incumbencias y ámbitos de inserción profesional descriptos en las ofertas académicas de las diferentes carreras de grado. Para esto se analizó la información disponible en los sitios web de las carreras de la Universidad de Buenos Aires, Universidad del Salvador, Universidad abierta Interamericana, Universidad Nacional de Mar del Plata, Universidad Nacional de Quilmes, Universidad Nacional del Litoral, Universidad Nacional del Gran Rosario, Universidad Nacional de La Rioja, Universidad Nacional Agustín Maza, Universidad Católica de Córdoba, Universidad Nacional de Villa María Córdoba y, Universidad Católica de La Plata.

b) El desempeño de la actividad profesional definido en la Ley 27.051 de Ejercicio Profesional del Terapeuta Ocupacional, sancionada en 2014.

c) Los servicios y dispositivos de salud donde se prevee la presencia del Terapeuta Ocupacional. Además se consideraron otros ámbitos de prácticas profesional conocidos. También se incluyó el análisis de la Ley 24.901 de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las personas con Discapacidad y su decreto reglamentario; de la Ley de Educación 26.206 y de la Ley de Salud Mental 26.657, y sus respectivos decretos reglamentarios, ya que estas normativas y otras enuncian el rol de los Terapistas Ocupacionales en los equipos interdisciplinarios.

Del relevamiento de los documentos analizados surgen los campos de inserción enunciados abajo y que figuran en la versión local adaptada.

- Hogares de adultos mayores, Institutos de menores, Institutos penales.
- Hospitales pacientes agudos
- Hospitales de día / Centros de día
- Centros de rehabilitación
- Centros o servicios de estimulación temprana
- Consultorios externos para asistencia a pacientes ambulatorios
- Atención domiciliaria

- Centros Educativos Terapéuticos
- Escuelas comunes o especiales
- Centros de formación laboral
- Otros (especificar)

d) También incluimos la posibilidad de indicar en el orden de mayor a menor la dedicación a más de un campo de inserción laboral en el caso que los profesionales trabajan en más de uno. *(Si trabaja en más de un ámbito indique el orden de mayor a menor dedicación [Ej.: 1º, 2º, 3º, ...])*

Eso nos da la posibilidad de conocer un orden respecto de la cantidad de dedicación en los diferentes ámbitos, además de la conocer si hay múltiples inserciones y cuáles predominan.

4)- En la pregunta 5.: ¿Cuál es la duración del tratamiento para los pacientes que usted ve en su trabajo? Modifiqué las opciones sobre duración de seis a cuatro opciones dado que las prestaciones en el ámbito de salud están regidas muchas veces por las modalidades de autorización de tratamientos de las obras sociales; y en Argentina éstas autorizan, en general, tratamiento dentro de las instituciones por plazos que van de 6 meses a 1 año o más. Por eso las opciones ahora son los siguientes: Menos de 1 semana (Evaluación), hasta 6 meses, hasta 1 año, pacientes de más de 1 año.

5)- En la pregunta 8: ¿Con que población de pacientes pasa la mayor parte de su tiempo trabajando?

Se consideró que la franja etárea de 0 a 12 años, aunque corresponde con la niñez, es una franja muy grande si se piensa en el tipo de atención del Terapeuta Ocupacional y los dispositivos terapéuticos existentes. Por eso se consideró oportuno dividir en 0-4 años y 5-12 años, siguiendo también criterios de edad que coinciden con tipos de prestación en salud (por ejemplo estimulación temprana) y con modalidades de escolaridad o de servicios de rehabilitación.

6)- En la pregunta 9 se modificaron las opciones para simplificar las respuestas. En especial las últimas dos opciones, quedando así:
de “Psicosociales/Psiquiátricas/Abuso de sustancias” a “Psiquiátricas” , y

de “Limitaciones del Aprendizaje / Cognitivas / Perceptuales / Intellectuales” a “Déficits cognitivos”.

7)- Se elimina la pregunta 10 de la versión original que indaga sobre síntomas que aparecen hasta el punto de interferir en la función del Terapeuta Ocupacional (depresión, ansiedad, cambios de humor, alucinaciones, estrés postraumático, etc.) ya que las opciones del cuestionario original tanto en español como en su versión primera en inglés están probablemente influidas por la epidemiología o síntomas presentes en la atención clínica más frecuentes en los países de las investigaciones o bien por los campos de inserción de los Terapeutas Ocupacionales en esas regiones. La pregunta en sí no aporta datos específicos al tema de la relación terapéutica o uso del yo en Terapia ocupacional, por esto se decidió su eliminación.

Con esto se modifica la numeración de las siguientes preguntas, quedando un total de 13 preguntas en vez de 14 que aparecen en la versión original.

8)- En la adaptación local también se eliminaron todas las numeraciones que aparecían en las subpreguntas (ejemplo 13.1, 13.2, 13.3) para agilizar la lectura y evitar que el profesional tenga la sensación de muchas preguntas, y las numeraciones que aparecían en las respuestas tipo Likert (1, 2, 3, 4) para evitar que el profesional pueda o crea anticipar una posible evaluación y por eso responda en una cierta tendencia o dirección. Ambos cambios son cambios menores y solamente influyen en el aspecto estético o psicológico del instrumento.

5. Población

La investigación toma como población a todos los Terapeutas Ocupacionales titulados y en ejercicio activo de la profesión de la provincia de Tucumán. Dado que la profesión es relativamente reciente en Tucumán, y la Ley de Ejercicio Profesional más reciente aún (2012), no hay aún en la provincia un Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales. La Asociación de Terapeutas Ocupacionales de Tucumán (ATO-Tuc) es una asociación de afiliación voluntaria. Por todo esto, no existe un registro oficial

público de la cantidad de los profesionales que ejercen en la provincia. Estimamos, en base a fuentes informales que la población es de alrededor de 80 profesionales.

Los participantes de la investigación configuran una muestra no probabilística, dado que se trata de participantes voluntarios.

6. Procedimiento de difusión del instrumento y recolección de los datos

A los fines de acceder a la población de Terapistas Ocupacionales de Tucumán obtuvimos primero alguna información por vía informal, a través de profesores de la carrera de Terapia Ocupacional y de profesionales con los que tuve contacto durante las prácticas para contactar con Terapistas Ocupacionales.

Como expliqué anteriormente, no existe en Tucumán un Colegio de Profesionales que regule y habilite a la práctica profesional y los profesionales se matriculan hasta el momento en el Sistema Provincial de Salud. En un primer intento me dirigí a la oficina para solicitar los datos, pero la respuesta es que esos datos no eran de acceso al público.

Un segundo intento fue solicitar a la Facultad de Ciencias de la Salud si era posible conocer los datos personales y de contacto de los egresados de la carrera de Terapia Ocupacional de la UNSTA, ya que suponía que un gran número de profesionales de Tucumán podría haberse formado allí. No fue posible obtener los datos allí por razones de confidencialidad, que la Universidad explicó. Sí fue posible acceder a la lista de tesis de Terapia Ocupacional que se encontraba en la biblioteca de la universidad, donde era posible aproximar un número de egresados y sus nombres.

A continuación solicité a la Asociación de Terapistas Ocupacionales de Tucumán (ATO-Tuc) si era posible acceder a la lista de asociados y sus datos de contacto. Me dirigí por carta vía correo electrónico explicando el motivo de mi solicitud. Esto lo hice el 20 de diciembre de 2018.

La asociación respondió a mi solicitud el 30 de diciembre de 2018, enviando una lista con nombres y teléfonos de contacto. La lista era de 72 personas, de los cuales 32 eran profesionales y activos en el ejercicio de la profesión. Los otros 40 que estaban en la lista figuraban como estudiantes o como no residentes en la provincia, y unos cuantos no tenían un teléfono de contacto válido.

Dado que la asociación es voluntaria, esta claro que la lista podía no contener a la población total.

Básicamente utilicé esta lista para conectarme con los profesionales que figuraban allí. A cada uno envié un mensaje de whatsapp que incluía una presentación breve y una introducción y le solicitaba si era posible ponerme en contacto con ella/él en el horario, día, lugar que fuera conveniente. Creí útil el whatsapp como primer modo de acercamiento para permitir a la persona leer mi intención y para evitar algunos pequeños inconvenientes que a veces me suceden por ser extranjero (algunas veces cuando hablo por teléfono o contesto una llamada (con mi forma de hablar un poco extranjera) o me presento diciendo que mi nombre es Gundolf (nombre muy extraño aquí) las personas creen que es equivocado o les parece extraña la llamada. En efecto, muchas veces es más fácil muchas veces por escrito o en persona, eso facilita para mí la comunicación.

Luego me comuniqué por teléfono o vía whatsapp y fui personalmente a entregar los cuestionarios. Cada uno de ellos fue entregado en sobre papel madera en los lugares y horarios indicados por las personas. Algunas podían recibirme, en otros casos los recibía la secretaria de la institución.

Otra fuente de acceso a la población de profesionales de Tucumán fue a través de nombres de personas y contactos que surgieron a partir de los mismos Terapistas Ocupacionales que recibían el cuestionario. Les preguntaba si conocían a alguien más que trabajara allí o que no estaba en mi lista. Algunos de ellos aportaban datos de contacto o se ofrecían a acercarle a algún colega amigo que no estaba entre mis datos.

También accedí a algunos lugares simplemente porque conocía que se trataban de centros o servicios de atención para personas con discapacidad y que posiblemente trabajaran allí Terapistas Ocupacionales.

Todo esto fue prolijamente escrito en mi lista donde asentaba el nombre de la fuente que ofreció el dato, el nombre del profesional, el teléfono, la institución o lugar de trabajo y el número de cuestionario entregado. Mi lista sumaba en total 64 profesionales, de los cuales 47 recibieron los cuestionarios. Otras 17 personas no respondieron a los mensajes ni a las llamadas telefónicas.

De los profesionales que recibieron el cuestionario pero no lo completaron o devolvieron, intenté nuevamente llamando por teléfono o enviando un mensaje de whatsapp. En total no respondieron el cuestionario entregado 14 personas.

En total fue posible recolectar **33** cuestionarios, todos correctamente completados. Solo 1 persona solicitó una reunión para tener claridad sobre algunas preguntas del cuestionario, que se concretó en el horario acordado.

En cierto sentido es positivo que Tucumán es una ciudad pequeña, y que muchas personas se conocen entre sí. Esto también hizo accesible recolectar los cuestionarios, que fueron recogidos en su mayoría personalmente.

A cada participante le agradecí personalmente o por mensaje su participación.

7. Consideraciones éticas.

La participación de los Terapistas Ocupacionales fue voluntaria y confidencial. Los objetivos de la investigación como las definiciones operacionales eran conocidos por los Terapistas Ocupacionales. Para esto se adjuntó al cuestionario la carta de presentación, solicitando completar el cuestionario, donde dice:

“El motivo de mi comunicación es solicitar su colaboración y participación llenando el cuestionario que presento en las hojas siguientes. Se trata de una adaptación del cuestionario *“Uso terapéutico del Yo en Terapia Ocupacional”*, que evalúa algunas características del trabajo profesional del T. O.

Tenga en consideración que el cuestionario no requiere revelar datos personales, y que toda la información que Ud. aporta amablemente está bajo el resguardo ético correspondiente con los lineamientos y recomendaciones éticas propuestos por el Comité Nacional de Ética en la Ciencia y la Tecnología en Argentina (CETCE, 2005, 2006) y servirá solamente a mi investigación. “

En el protocolo no era necesaria la identidad del participante, ni lugar de trabajo u otros datos identificatorios, sólo una descripción de algunas características socioprofesionales (como años de ejercicio profesional), por lo que los datos personales y de contacto sólo fueron de conocimiento y resguardo mío.

Todo esto en concordancia con los códigos éticos internacionales y con los “Lineamientos para el comportamiento ético en las Ciencias Sociales y Humanidades” (CONICET Comité de ética, 2006). Este documento fue aprobado en el 2006 por el Comité de Ética del CONICET y ofrece una guía para orientar las conductas a seguir y decisiones de los investigadores. Cito aquí algunos de los principios éticos propuestos:

A. Principios éticos que rigen la relación entre las personas que son sujeto de investigación para las ciencias sociales y humanidades

1. Se debe respetar la dignidad, la libertad y la autodeterminación del individuo.
 2. Las personas que son sujeto de investigación no pueden ser sometidas a perjuicio, riesgo o a cualquier tipo de presión.
 3. Los proyectos de investigación no deben realizarse sin haber obtenido el consentimiento libre e informado de los participantes. Los sujetos de investigación pueden en todo momento interrumpir su participación sin ninguna consecuencia para ellos.
 4. A los sujetos de investigación se les debe proveer toda la información necesaria de tal manera que puedan comprender las consecuencias de participar en el proyecto, el tipo y el propósito de la investigación y las fuentes de financiamiento.
 6. En caso de ser solicitado, los investigadores tienen la obligación de informar a los sujetos de investigación los resultados disponibles en forma apropiada y comprensible.
 8. Los investigadores han de respetar la privacidad y están obligados a la confidencialidad de toda información. En particular deben ser cuidadosos con los archivos o listados que identifiquen a los individuos participantes.
 9. La información no puede ser utilizada sin autorización para otros propósitos, en especial para uso comercial o administrativo.
 10. Los investigadores deben tratar con respeto los valores y concepciones de los participantes.
- (Fuente: Meo, 2010, p.17).

En este sentido, el documento exige que la persona que investiga explique la naturaleza del estudio a los participantes y afirma los principios de consentimiento informado, confidencialidad y anonimato, lo que deben ser respetados al igual que el derecho a negarse a cooperar.

Por otro lado, antes de utilizar el cuestionario solicité la autorización correspondiente a la autora de la versión en español. Una copia de la carta de autorización está adjunta en el Apéndice.

8. Uso de los datos del cuestionario

Los datos recogidos son analizados a través de procedimientos de estadística descriptiva e inferencial. El análisis descriptivo incluye la evaluación de frecuencia y porcentaje de la información sociodemográfica y de las variables: nivel más alto de formación; años de experiencia; marcos de referencia para la práctica; ámbito de inserción; duración habitual de los tratamientos; intensidad de la terapia; trabajo individual o grupal; población de pacientes que asiste; dificultades más frecuentes.

Las preguntas relacionadas con percepciones y acciones relacionadas al Uso Terapéutico del Yo se presentan en tablas y en gráficos las frecuencias directas e indirectas.

> *Para evaluar la situación profesional y sociológica voy a usar las siguientes preguntas:*

1. Datos Profesionales / Sociológicos:

- Edad
- Sexo
- nivel de aprendizaje / formación
- Experiencia de trabajo

3. información sobre Marcos de Referencia/Modelos de Ocupación utilizados por el profesional

Los datos de esta área van a ser procesados de forma directa: sumar las respuestas iguales y comparar con las respuestas desiguales. Presentar los resultados en frecuencias y porcentajes en una gráfica o en un diagrama.

> *Para evaluar el panorama general de la práctica profesional en la provincia de Tucumán de los terapeutas ocupacionales voy a recolectar datos de las siguientes preguntas:*

- 4. ámbito de inserción profesional
- 5. duración del tratamiento
- 6. intensidad del tratamiento
- 7. porcentaje de terapia individual o de grupo aplicado

- 8. edades de los pacientes

-9. tipos de dificultades por cual los pacientes reciben tratamiento de Terapia Ocupacional

Las respuestas de las preguntas 4 á 9 van a estar procesado de forma directa: sumar las respuestas iguales y compartir con las respuestas desiguales y presentar en una gráfica o en un diagrama y comparar los resultados de forma de frecuencia y en porcentaje.

> *Para evaluar la formación y el pensamiento de profesional sobre el Uso Terapéutico del Yo* voy a recolectar datos de las siguientes preguntas:

1. nivel de acuerdo con afirmaciones relativas al Uso Terapéutico del Yo

2. tipo de formación que recibió en el Uso Terapéutico del Yo

Los datos de la pregunta 1 tienen un formato de respuesta tipo Likert con 4 opciones. Voy a sumar los datos de cada profesional individualmente y hacer una suma y mediana para cada uno. Las opciones de la pregunta 2 tienen solamente opciones si - no como respuesta. Los datos me van a servir para evaluar qué tipo de formación los profesionales con respecto del Uso Terapéutico del Yo han recibido.

> *Para evaluar la percepción de conductas de pacientes que aparecen durante el proceso terapéutico y que interfieren el trabajo del Terapeuta Ocupacional* voy a recolectar datos de la pregunta:

- 10. conductas más frecuentemente encontradas que interfieren en el proceso y en los resultados de la terapia

Los datos tienen un formato de respuesta tipo Likert con 4 opciones. Voy a sumar las respuestas de cada profesional individualmente y hacer una suma y mediana para cada uno. Luego presentaré los resultados en una gráfica de porcentaje.

> *Para evaluar frecuencia y tipos de respuestas de los Terapeutas Ocupacionales a las conductas interpersonales difíciles* voy a recolectar datos de la pregunta:

- 11. respuestas del terapeuta a las conductas interpersonales difíciles

Los datos tienen un formato de respuesta tipo Likert con 4 opciones. Voy a sumar las respuestas de cada profesional individualmente y hacer una suma y mediana para cada

uno. Luego presentaré los resultados en una tabla de frecuencias y/o una gráfica de porcentaje.

> *Para evaluar frecuencia de las acciones de los Terapistas Ocupacionales durante las sesiones* voy a recolectar datos de la pregunta:

- 12. Escala de las Acciones Terapéuticas (EAT) realizadas durante la sesión de terapia

Los datos tienen un formato de respuesta tipo Likert con 4 opciones. Voy a sumar las respuestas de cada profesional individualmente y hacer una suma y mediana para cada uno. Luego presentaré los resultados en una tabla de frecuencias y/o una gráfica de porcentaje.

> *Para evaluar frecuencia de pensamientos y sentimiento, satisfacción o frustración en su práctica como Terapistas Ocupacionales* voy a recolectar datos de la pregunta:

- 13. Acerca de su experiencia profesional. Frecuencia de sentimientos y pensamientos como Terapeuta Ocupacional.

El apartado 13 tiene preguntas relacionadas con sentimientos de satisfacción y frustración. Para el análisis de los datos es importante diferenciar las preguntas que investigan sentimientos de satisfacción y las que investigan sentimientos de frustración. Los items que evalúan sentimientos negativos son:

#	Texto
13.2.	Sentir frustración con las actitudes/conductas/faltas llevadas a cabo por un paciente
13.4.	Pensar sobre cambios en la carrera profesional
13.6.	Sentir tristeza fuera de la sesión de terapia por un paciente
13.8.	Desear tener apoyo, consejo y supervisión profesional en el uso terapéutico del yo
13.9.	Pensar sobre sus pacientes durante tiempos que no quiere
13.10.	Sentir confusión porque no comprende actitudes o conductas de un paciente
13.12.	Preocupación sobre lo que le pueda suceder a un paciente fuera de la sesión de terapia
13.13.	Cuestionar la calidad de terapia que da a un paciente

Los items que evalúan sentimientos positivos son:

#	Texto
13.1.	Sentir satisfacción en su trabajo como terapeuta ocupacional
13.3.	Pensar sobre cómo mejorar la ayuda al paciente durante su propio ocio o tiempo de familia

- 13.5. Reflexionar positivamente en cosas que ha aprendido de un paciente
- 13.7. Sentir confianza sobre sus destrezas como terapeuta
- 13.11. Disfrutar del recuerdo de la interacción con un paciente
- 13.14. Sentirse bien por un cumplido que le hace un paciente
- 13.15. Ser consciente de que ha llegado al límite de sus capacidades de intervenir en un paciente

Eso nos da un panorama de 8 preguntas con una connotación negativa y 7 preguntas con una connotación positiva. Ambos datos tienen un formato de respuesta tipo Likert con 4 opciones. Voy a presentar la frecuencia y porcentaje de las respuestas de cada agrupación en dos tablas de frecuencia y porcentaje.

Las respuestas al ítem 13.16. Otros – especificar serán analizadas cualitativamente.

Hipótesis 1

Existe una escasa valoración del Uso Terapéutico del Yo en Terapia Ocupacional como una herramienta de trabajo que influye en el proceso y en los objetivos a alcanzar en el abordaje profesional entre los profesionales de Tucumán.

Variable: Valoración del Uso Terapéutico del Yo

- *Definición conceptual:* ¿Qué valor tiene el Uso Terapéutico del Yo para los Terapistas Ocupacionales en Tucumán? La pregunta detrás de esta pregunta es si los Terapistas Ocupacionales pueden ver el valor de sí mismos como herramienta terapéutica y en que grado tienen consciencia de este valor.

- *Definición operacional:* Medir de qué manera el Uso Terapéutico del Yo es (1) una herramienta de trabajo, (2) usado en el proceso profesional y (3) un objetivo a alcanzar en el abordaje profesional.

Para este fin voy a usar los siguientes ítems del cuestionario a fin de evaluar el grado de valor que tiene el Uso Terapéutico del Yo para los Terapistas Ocupacionales.

#	Texto	escala
1.1	El uso terapéutico del yo es la destreza más importante en mi práctica como terapeuta ocupacional	1-4
1.2	Mi relación con los pacientes es la clave determinante de los resultados de la	1-4

	terapia	
1.4	Mi relación con un paciente afecta al compromiso del paciente con las actividades terapéuticas	1-4
1.6	El <i>Razonamiento Clínico</i> siempre debería incluir asuntos relacionados con el uso terapéutico del yo	1-4
11.2	Siente que su trabajo es eficaz para prevenir la conducta interpersonal negativa de un paciente que pueda interferir en los resultados de la terapia	1-4
11.4	Trabaja con el paciente dirigiéndose a su conducta interpersonal difícil	1-4
12.2	Observar que la conducta de un paciente está relacionada con algo que usted ha dicho o hecho	1-4
12.4	Animar al paciente a la expresión verbal de sentimientos, pensamientos y conductas	1-4
12.5	Verbalizar las conductas interpersonales de un paciente durante la sesión de terapia	1-4
12.6	Elegir actividades que reten la percepción del paciente de su capacidad	1-4
12.7	Aconsejar a un paciente sobre cómo gestionar sus situaciones personales	1-4
12.8	Cambiar su propio estilo interpersonal para mejorar el encuentro con el paciente	1-4
12.9	Revelar algo personal sobre usted mismo para ayudar a establecer la confianza con el paciente	1-4
12.11	Transmitir empatía a través de expresiones verbales y no verbales	1-4
12.15	Decirle al paciente cuáles son sus capacidades y fortalezas	1-4
12.16	Reforzar positivamente cuando el paciente logra algo	1-4
12.18	Expresar confianza al paciente	1-4
12.19	Ayudar al paciente a identificar alternativas	1-4
13.1	Sentir satisfacción en su trabajo como terapeuta ocupacional	1-4
13.2	Sentir frustración con las actitudes / conductas / faltas llevadas a cabo por un paciente	1-4
13.3	Pensar sobre cómo mejorar la ayuda al paciente durante su propio ocio o tiempo de familia	1-4
13.5	Reflexionar positivamente en cosas que ha aprendido de un paciente	1-4
13.6	Sentir tristeza fuera de la sesión de terapia por un paciente	1-4
13.7	Sentir confianza sobre sus destrezas como terapeuta	1-4
13.8	Desear tener apoyo, consejo y supervisión profesional en el uso terapéutico del yo	1-4
13.9	Pensar sobre sus pacientes durante tiempos que no quiere	1-4
13.11	Disfrutar del recuerdo de la interacción con un paciente	1-4
13.12	Preocupación sobre lo que le pueda suceder a un paciente fuera de la sesión de terapia	1-4
13.13	Cuestionar la calidad de terapia que da a un paciente	1-4
13.14	Sentirse bien por un cumplido que le hace un paciente	1-4
13.15	Ser consciente de que ha llegado al límite de sus capacidades de intervenir en un paciente	1-4

31 ítems

31-124

Tabla 2: Variables usado en la hipótesis 1

Los 31 ítems tienen una valoración de tipo Likert, de 1 a 4. El puntaje mínimo va a ser 31 y el puntaje máximo 124. Las categorías para definir si el Uso Terapéutico del Yo es escaso o no son 4:

- *nulo* (el Terapeuta Ocupacional no usa el yo como herramienta terapéutica),
- *escaso* (el Terapeuta Ocupacional usa el yo como herramienta terapéutica pero no frecuente),
- *frecuente* (el Terapeuta Ocupacional usa el yo como herramienta terapéutica frecuente)
- *siempre* (el Terapeuta Ocupacional usa siempre el yo como herramienta terapéutica).

La división de los puntajes será la siguiente:

- un puntaje de 31 a 54 significa que entra en la categoría nulo,
- un puntaje de 55 a 77 significa que entra en la categoría escaso,
- un puntaje de 78 a 101 significa que entra en la categoría frecuente y
- un puntaje de 102 a 124 significa que entra en la categoría siempre.

Para evaluar estadísticamente si se confirma o rechaza la hipótesis, voy a realizar el test de χ^2 con una variable, que es *la valoración del Uso Terapéutico del Yo* y tres grados de libertad, que corresponde a las 4 categorías menos 1. Si da un valor significativo (dentro de 0 a 1) eso muestra que las cuatro categorías tienen el mismo nivel en la muestra de los profesionales.

Hipótesis 2

El uso y valoración de esta herramienta en el proceso terapéutico y en las sesiones queda más ligado a las características personales del Terapeuta Ocupacional o a la experiencia adquirida en la práctica, que a la formación académica.

Variable: Aspectos a los que se liga el Uso Terapéutico del Yo como herramienta terapéutica.

- *Definición conceptual:* ¿Cuáles son los aspectos que influyen el Uso Terapéutico del Yo en el proceso terapéutico de un Terapeuta Ocupacional? ¿En qué medida las características personales, su propia formación y/o su experiencia profesional influyen en que el profesional use a sí mismo como herramienta en el proceso terapéutico?

Partimos del supuesto que los tres aspectos: experiencia profesional, formación académica y características personales influyen en igual medida en el uso que hace de sí mismo el Terapeuta Ocupacional.

La hipótesis 2 está intervencionalizada con la hipótesis 1 porque si el profesional usa a sí mismo como herramienta en el proceso terapéutico la pregunta a continuación es (hipótesis 2) ¿cuáles son las fuentes de construcción de esta herramienta?

- *Definición operacional:* Medir cuáles de las siguientes categorías tiene mayor influencia en el Uso Terapéutico del Yo entre los profesionales de Tucumán: (1) la formación académica, (2) la experiencia profesional, (3) las características personales.

Para este fin voy a utilizar los ítems de las siguientes categorías del cuestionario:

formación académica

#	texto	escala	factor
	Indique el nivel más alto de su aprendizaje	1-5	*0.8
1.3	Cuando me gradué estaba suficientemente entrenado en el uso terapéutico del yo	1-4	
1.5	Hay conocimiento disponible suficiente en Terapia Ocupacional acerca del uso terapéutico del yo	1-4	
2.1	Este tema estaba cubierto en varias clases y/o asignaturas en la escuela de Terapia Ocupacional	1-2	1 o 4
2.3	Hice formación continua con talleres o cursos en este tema	1-2	1 o 4
2.7	Me formé en psicoterapia y esto influyó mi conocimiento en este área	1-2	1 o 4
2.8	Me formé en otras disciplinas de salud mental	1-2	1 o 4
7 ítems		7-28	

Tabla 3: Variables usados en la categoría formación académica de la hipótesis 2

experiencia profesional

#	texto	escala	factor
	el tiempo de experiencia profesional	1-5	*0.8
2.2	Yo aprendí acerca de esto durante mis prácticas de Terapia Ocupacional	1-2	1 o 4
2.5	Aprendí sobre esto a través de la interacción con profesionales de otras disciplinas en mi lugar de trabajo	1-2	1 o 4
2.6	Busqué consulta o supervisión de un experto después de cursar la formación de Terapia Ocupacional	1-2	1 o 4

11.1	Reconoce que la conducta interpersonal difícil de un paciente ha tenido un impacto negativo en el resultado de la terapia	1-4
11.2	Siente que su trabajo es eficaz para prevenir la conducta interpersonal negativa de un paciente que pueda interferir en los resultados de la terapia	1-4
11.4	Trabaja con el paciente dirigiéndose a su conducta interpersonal difícil	1-4
12.4	Animar al paciente a la expresión verbal de sentimientos, pensamientos y conductas	1-4
12.6	Elegir actividades que reten la percepción del paciente de su capacidad	1-4
12.10	Considerar la personalidad del paciente para realizar la intervención	1-4
12.12	Focalizar en las estrategias de intervención	1-4
12.13	Decirle a un paciente cuya conducta no es aceptable que puede cambiarla por otra más adaptativa	1-4
12.14	Animar al paciente a que se ponga sus propias metas para la terapia	1-4
12.15	Decirle al paciente cuáles son sus capacidades y fortalezas	1-4
12.16	Reforzar positivamente cuando el paciente logra algo	1-4
12.19	Ayudar al paciente a identificar alternativas	1-4
13.7	Sentir confianza sobre sus destrezas como terapeuta	1-4
13.8	Desear tener apoyo, consejo y supervisión profesional en el uso terapéutico del yo	1-4
13.10	Sentir confusión porque no comprende actitudes o conductas de un paciente	1-4
13.13	Cuestionar la calidad de terapia que da a un paciente	1-4
13.15	Ser consciente de que ha llegado al límite de sus capacidades de intervenir en un paciente	1-4
21 ítems		21-84

Tabla 4: Variables usados en la categoría experiencia laboral de la hipótesis 2

características personales

#	Texto	escala	factor
1.1	El uso terapéutico del yo es la destreza más importante en mi práctica como terapeuta ocupacional	1-4	
1.2	Mi relación con los pacientes es la clave determinante de los resultados de la terapia	1-4	
1.4	Mi relación con un paciente afecta al compromiso del paciente con las actividades terapéuticas	1-4	
12.1	Preguntar a un paciente sobre su historia de vida	1-4	
12.2	Observar que la conducta de un paciente está relacionada con algo que usted ha dicho o hecho	1-4	
12.3	Utilizar el contacto físico	1-4	
12.5	Verbalizar las conductas interpersonales de un paciente durante la sesión de terapia	1-4	

12.8	Cambiar su propio estilo interpersonal para mejorar el encuentro con el paciente	1-4
12.9	Revelar algo personal sobre usted mismo para ayudar a establecer la confianza con el paciente	1-4
12.11	Transmitir empatía a través de expresiones verbales y no verbales	1-4
12.17	Decir a un paciente a punto de derrumbarse que es bueno llorar	1-4
12.18	Expresar confianza al paciente	1-4
13.1	Sentir satisfacción en su trabajo como terapeuta ocupacional	1-4
13.2	Sentir frustración con las actitudes/conductas/faltas llevadas a cabo por un paciente	1-4
13.4	Pensar sobre cambios en la carrera profesional	1-4
13.5	Reflexionar positivamente en cosas que ha aprendido de un paciente	1-4
13.6	Sentir tristeza fuera de la sesión de terapia por un paciente	1-4
13.9	Pensar sobre sus pacientes durante tiempos que no quiere	1-4
13.11	Disfrutar del recuerdo de la interacción con un paciente	1-4
13.12	Preocupación sobre lo que le pueda suceder a un paciente fuera de la sesión de terapia	1-4
13.14	Sentirse bien por un cumplido que le hace un paciente	1-4
21 ítems		21-84

Tabla 5: Variables usados en la categoría características personales de la hipótesis 2

Para comparar los resultados de los ítems y las categorías voy a realizar primero la equivalencia del puntaje de los ítems. Para eso hice primero una valoración global de los ítems: de los 49 ítems ($7 + 21 + 21 = 49$), 7 tienen un puntaje de 1-2; 2 ítems un puntaje de 1-5 y 40 ítems un puntaje de 1-4. Expresado en porcentajes: para los 40 ítems es 81.60%; para los 7 ítems es 14.28% y para los 2 ítems es 4.08%. Eso significa que la mayor parte de los ítems son de un puntaje de 1-4 y es lo que voy a usar como referencia.

Para el caso de los ítems de puntaje 1-5, voy a multiplicar los resultados con el factor 0.8 para tener resultados dentro del margen 1-4. Eso implica también un leve descenso de la estimación que tienen esos dos ítems.

Para los ítems de puntajes 1-2 voy a cambiar a un resultado de 1 o 4. Lo que significa que daré más peso a esos ítems, pero son solamente 7 ítems o un porcentaje de 14.28; es algo que no va a afectar el resultado de modo tan fuerte.

Por otro lado, las tres categorías también tienen un puntaje mínimo y máximo definido; entonces también tienen un porcentaje en que cada categoría impacta/afecta al Uso Terapéutico del Yo:

Categoría	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Porcentaje
1	7	28	14.28%
2	21	84	42.84%
3	21	84	42.84%

Para tener un parámetro más fácil de evaluar, voy a multiplicar los resultados de la categoría 1 por 3 y así obtener una equivalencia entre las tres categorías. Eso significa que, con respecto del puntaje y del porcentaje se da lo siguiente:

Categoría	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Porcentaje
1	21	84	33.33%
2	21	84	33.33%
3	21	84	33.33%

Teniendo en cuenta todos esos factores voy a sumar los datos de cada profesional para cada categoría; observar y comparar los resultados y porcentajes que tienen en las tres categorías. Luego voy a asignar un punto a la categoría que obtiene la mayor frecuencia y comparar los puntos obtenidos en cada categoría de todos los participantes.

Para evaluar estadísticamente si se confirma o rechaza la hipótesis, voy a realizar el test de χ^2 con tres variables y dos grados de libertad.

Capítulo 3

Resultados. Análisis e interpretación de los datos

Este capítulo está destinado a la presentación de los resultados, su análisis e interpretación. En la primera parte se presentan los resultados del análisis sociodemográfico y de la situación profesional de los encuestados. Posteriormente se muestran los hallazgos respecto del Uso Terapéutico del Yo de los profesionales de Tucumán que participaron en la investigación. Por último se presentan los resultados a la luz de las hipótesis planteadas.

> *Situación sociodemográfica y profesional de los Terapistas Ocupacionales de Tucumán:*

De los 33 participantes que respondieron el cuestionario 6 son hombres (18.18%) y 27 son mujeres (81.82%) (ver gráfico 1) y la edad tiene una variedad entre 23 y 56 años con una edad media de 33.27 años y una desviación de estándar de 8.55 (ver gráfico 2).

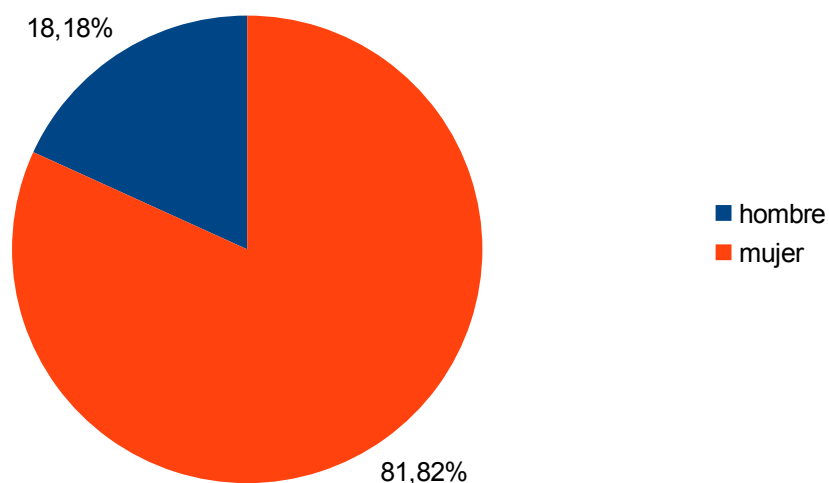


Gráfico 1: División de la muestra por sexo

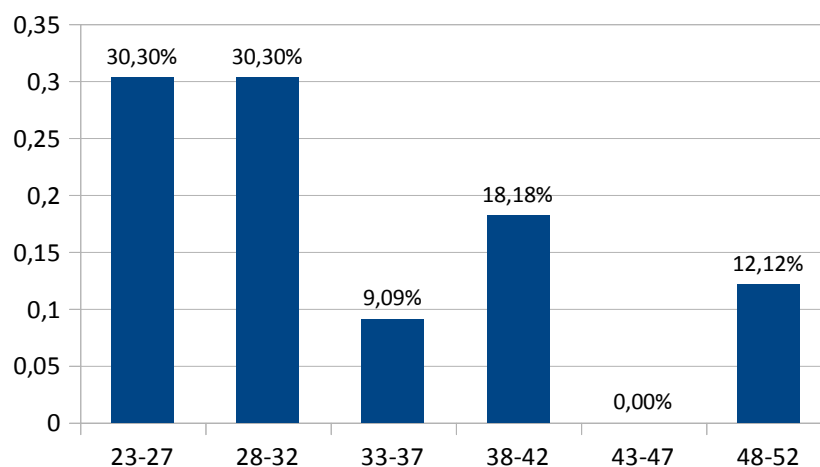


Gráfico 2: Edad de los profesionales de la muestra

La mayoría (75.75%) tiene el nivel de formación como Terapeuta Ocupacional o Licenciado en Terapia Ocupacional. El porcentaje restante tiene alguna especialización, predominantemente en integración sensorial (ver gráfico 3)

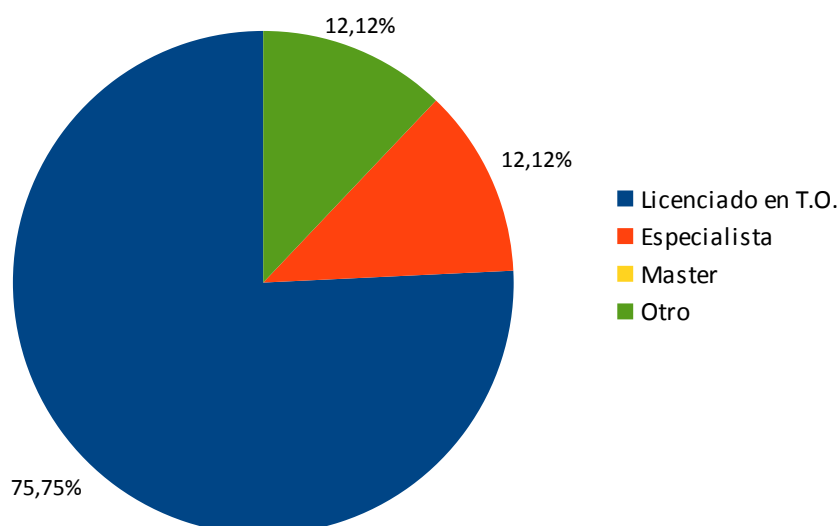


Gráfico 3: Nivel de Formación

Casi la mitad (48.49%) tiene una experiencia laboral entre 1 y 5 años, el segundo grupo con 27.27% tiene una experiencia laboral entre 6 y 10 años y el tercer grupo, 15.15% una experiencia entre 11 y 20 años (ver gráfico 4).

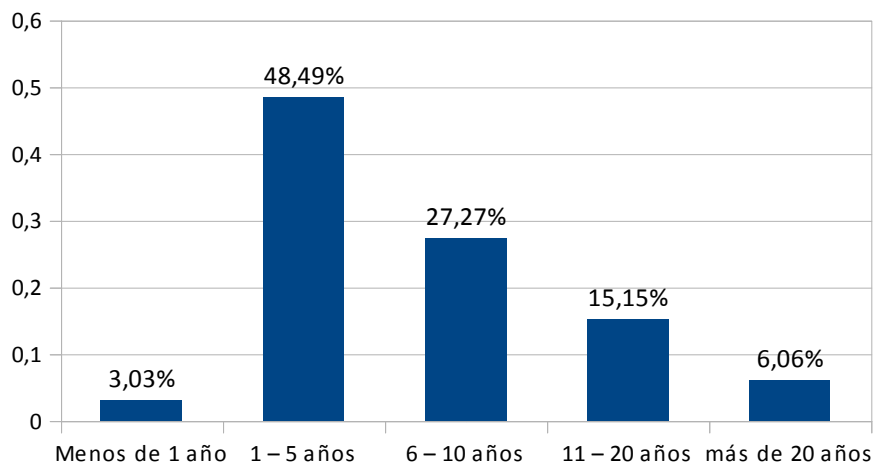


Gráfico 4: Años de experiencia laboral

Como puede observarse en los resultados, se trata de una población de profesionales relativamente joven, como la profesión misma en Tucumán. En su mayoría mujeres; con formación de grado y experiencia laboral de menos de 10 años. Si relacionamos la media de edad de la muestra y la cantidad de años de experiencia profesional con la historia de la Terapia Ocupacional en Tucumán, es posible inferir que se trata mayoritariamente de la población de egresados locales. Probablemente los demás participantes sean los pioneros en esta provincia, formados en otros lugares; también profesores o ex-profesores de la carrera en la UNSTA.

A diferencia de la muestra local, las investigaciones de España y de Estados Unidos arrojaron una edad promedio de 37 y 42 años, y una mayor frecuencia en el grupo de más de 5 o más de 10 años de experiencia profesional. Un hallazgo que se repite en las investigaciones previas y en esta en curso, es que tanto la muestra de España (con 91.90%) como la Estados Unidos (con 92%) y la de Tucumán (con 81.82%) presentan la altísima frecuencia de mujeres respecto de hombres en la profesión. Tanto en esta

investigación como en las precedentes predominó la formación de grado por sobre las formaciones posteriores (alrededor de 75%). En lo que refiere a la formación académica local, ya mencioné antes la escasa oferta de posgrados, lo que puede explicar el mayor porcentaje de formación de grado alcanzado; este resultado también puede explicarse por la edad promedio de los participantes. Un límite de esta investigación, pero que podría servir de interrogante para futuras investigaciones, es si existe alguna relación entre el sexo y el nivel de formación alcanzado.

Respecto de Marcos de referencia o modelos, los profesionales de Tucumán indicaron usar en su mayoría más de uno en sus trabajos. Sólo 5 participantes indicaron un modelo. Del análisis de los datos resulta que: el 75.76% de los Terapistas Ocupacionales utiliza el modelo de la Ocupación Humana; el 72.72% el modelo Control Motor/ Neurodesarrollo; un 63.64% el modelo Biomecánico. Un 42.42% el modelo Cognitivo-perceptivo y la misma cantidad para el modelo de Integración sensorial. En cuanto al modelo Canadiense y el Psicodinámico, ambos representan los porcentajes más bajos, es posible que esto se deba a una menor difusión de estos modelos durante la formación de grado (ver gráfico 5).

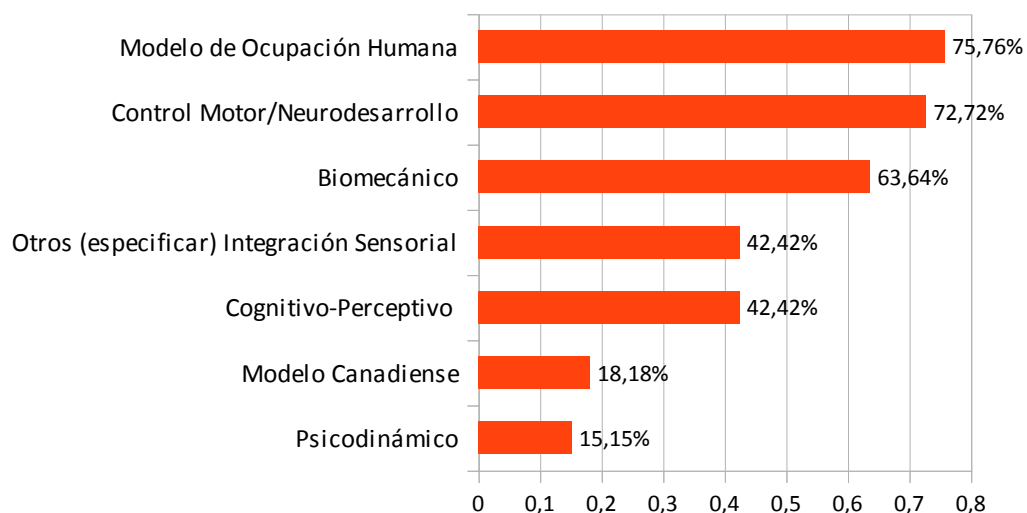


Gráfico 5: Marcos de referencia y modelos usados por los Terapistas Ocupacionales en su práctica.

Aunque los modelos no son mutuamente excluyentes, lo que significa que un Terapeuta puede adscribir a más de uno, el hecho de que muchos profesionales de Tucumán marcaran más de un modelo también es probable que se relacione con la situación laboral y la inserción en múltiples dispositivos de atención y tipos de pacientes, que veremos más adelante. Con este panorama, en un cierto modo es lógico que los Terapeutas Ocupacionales usen más de un modelo en su práctica profesional dados los diferentes tratamientos que deben realizar, las técnicas empleadas y las modalidades de abordaje.

En las investigaciones precedentes también hubo un mayor porcentaje de profesionales que usaban el modelo de la ocupación humana, lo que da cuenta de la relevancia internacional de este modelo para el abordaje desde la Terapia Ocupacional.

> *Panorama general de la práctica profesional en la provincia de Tucumán de los Terapeutas Ocupacionales:*

En cuanto a la situación laboral, hay dos participantes que tiene un solo trabajo, el resto tiene por lo menos dos o tres trabajos (ver gráfico 6). De los participantes: 45.46% tiene dos trabajos, 33.33% tiene tres y 12.12% tiene cuatro.

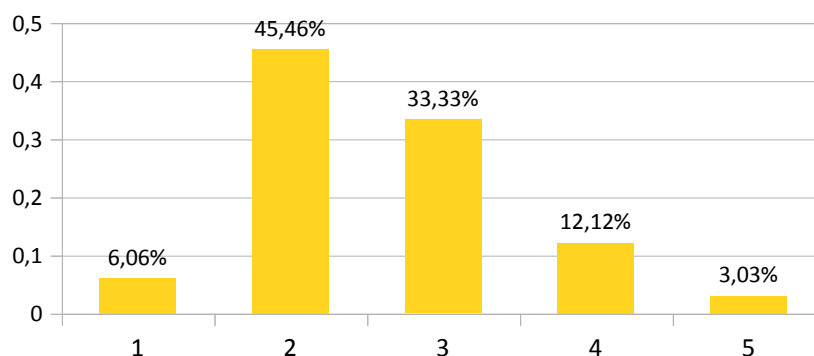


Gráfico 6: Cantidad de trabajos que tienen los Terapeutas Ocupacionales

Esto es, en mi observación, una realidad de los profesionales de la salud en Argentina; aún cuando la atención a pacientes es un trabajo que requiere mucho esfuerzo y desgaste, considero que el pago por la labor es bastante inferior en

comparación con las remuneraciones en el área de la salud que existen en países europeos. Quizás sea por esto la mayoría de los profesionales se vea obligado a trabajar en más de un lugar para lograr el ingreso económico deseado.

Este dato de los múltiples trabajos de los Terapistas Ocupacionales de Tucumán no es posible contrastar con las investigaciones de referencia, ya que en la adaptación local agregué la sugerencia que marque si consideraba que es más de uno.

Los trabajos declarados por los participantes se distribuyen así: 14 profesionales (16.67%) indicaron que trabajan en un Centro de Día; 14 (16.67%) en un Centro de Rehabilitación; 13 en un Centro Educativo Terapéutico (15.48%) y 12 (14.29%) trabajan en Atención domiciliaria. Ningún Terapeuta Ocupacional de la prueba trabaja en un hogar, instituto de menores o instituto penal (ver gráfico 7).

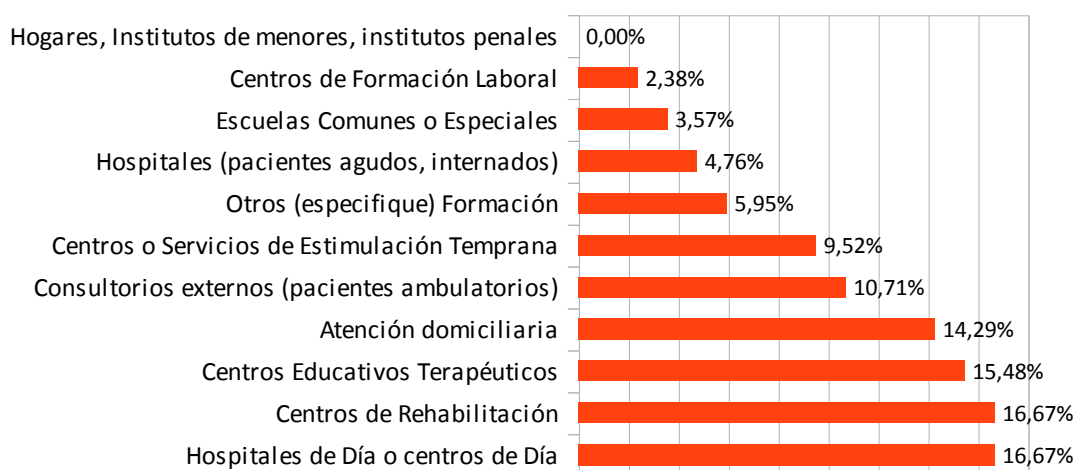


Gráfico 7: Situación laboral de los Terapistas Ocupacionales

Esto también da cuenta de los lugares de inserción y reconocimiento del aporte disciplinar de la Terapia Ocupacional. Los lugares más frecuentes declarados están vinculados a aquellos dispositivos de salud y/o educación que reconocen la participación del Terapeuta Ocupacional en sus equipos, y/o que el marco legal obliga la formación de equipos interdisciplinarios y/o que las obras sociales reconocen la prestación. Es claro que la Ley de Ejercicio Profesional del Terapeuta Ocupacional y las

incumbencias y habilitaciones del título reconocen más ámbitos de inserción profesional. Lo que sería esperable en el futuro.

Por esto es significativa la ausencia de Terapistas Ocupacionales en hogares, institutos de menores e institutos penales.

Un detalle a destacar es que en el cuestionario entregado a los participantes la pregunta decía: “4. ¿En qué campo profesional pasa trabajando la MAYOR PARTE DE SU TIEMPO? (Con independencia de que sea público o privado) (Si trabaja en más de un ámbito indique el orden de mayor a menor dedicación [Ej.: 1°, 2°, 3°, ...])”. Sólo fue respondida indicando un orden por una parte de la muestra (dos tercios), mientras que la otra porción adjudicó una X a las opciones que consideraba apropiadas. Por esto no es posible asignar un valor a *mayor parte de su tiempo*.

La realidad laboral y la inserción en dispositivos interdisciplinarios, muchas veces de atención para personas con discapacidad se refleja también en la duración del tratamiento de los pacientes. El 87,88% trata a los pacientes por más de un año y con una frecuencia de 2 veces por semana (20 = 60,61%) (ver gráficos 8 y 9). La baja frecuencia de profesionales que indicaron una sesión probablemente responde a evaluaciones más que a tratamientos. Lo mismo puede pensarse respecto de duración de tratamiento: menos de una semana.

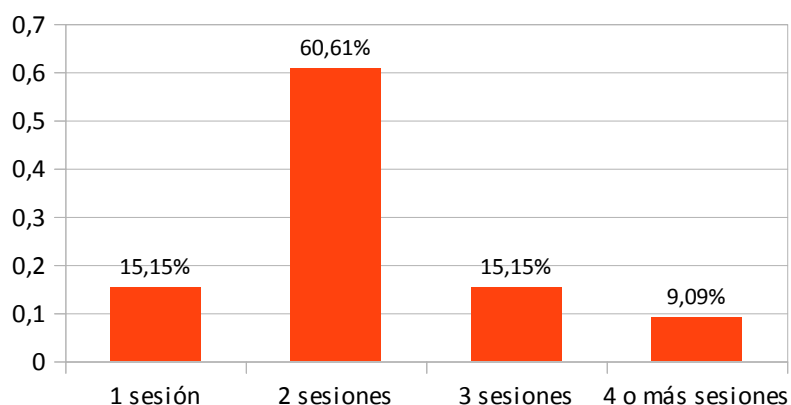


Gráfico 8: Intensidad del tratamiento

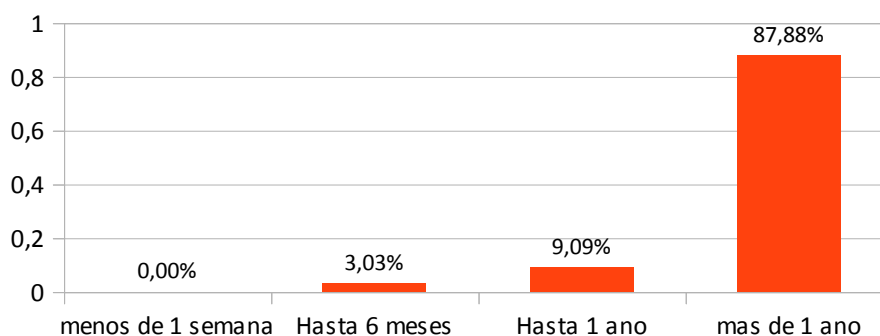


Gráfico 9: Duración del tratamiento con los pacientes

Los estudios de España y Estados Unidos revelaron la misma tendencia sobre largos tratamientos.

La distribución de tratamientos individuales y grupales el análisis reveló que para el 63.42% de los Terapistas Ocupacionales predomina el trabajo en tratamientos individuales y el 36.58% en forma grupal (ver gráfico 10), por ejemplo en dispositivos como los Centros de Día.

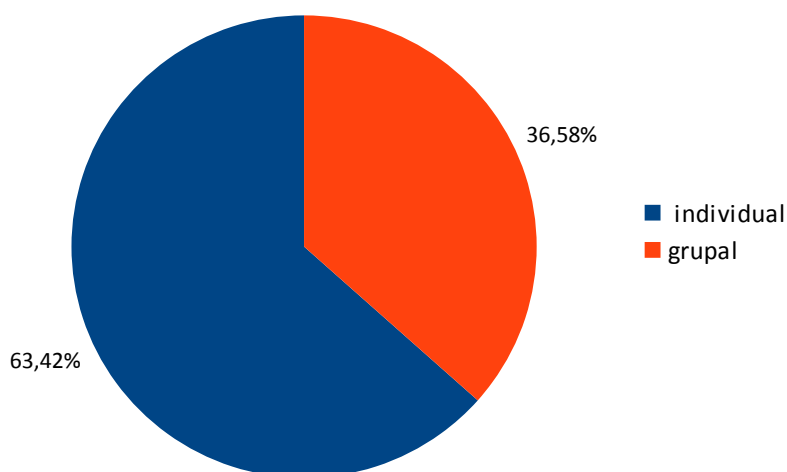


Gráfico 10: División de la terapia en individual y grupal

La edad de los pacientes con los que trabajan predominantemente los Terapistas se divide de la siguiente forma: de 0 a 4 años, un 16.07%; de 5 a 12 años un 30.36%; de

13 a 18 años un 19.64% y de 19 a 64 años con un 33.93 %. Ningún profesional de la muestra trabaja con personas mayores de edad, con más de 65 años (ver gráfico 11).

Esta distribución por edades arrojó un resultado que no parece llamar la atención si se conoce el campo de trabajo predominante de la Terapia Ocupacional en Tucumán. Sin embargo cabe destacar que las investigaciones precedentes tienen un bajo porcentaje para la atención dedicada a niños (España el 10.8% para niños de 0 a 12 años y 2.6 % para adolescentes; Estados Unidos 23% para personas de 0 a 18 años). En el caso de España, eso se explica por el envejecimiento de la población. Pero lo que produce un interrogante para nuestra situación local es la alta frecuencia de atención de Terapia Ocupacional que requieren niños y adolescentes.

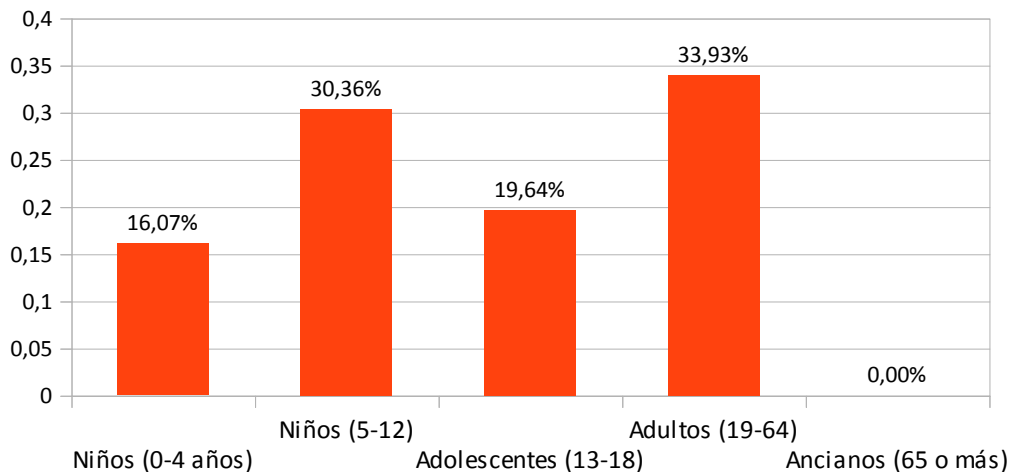


Gráfico 11: Edad de los pacientes

En cuanto a las dificultades por las que se realizan los tratamientos, un 35.48% de pacientes recibe tratamiento por dificultades motrices; un 29.04% por déficits cognitivos; un 22.58% por problemas sensoriales y un 12.90% por dificultades psiquiátricas (ver gráfico 12).

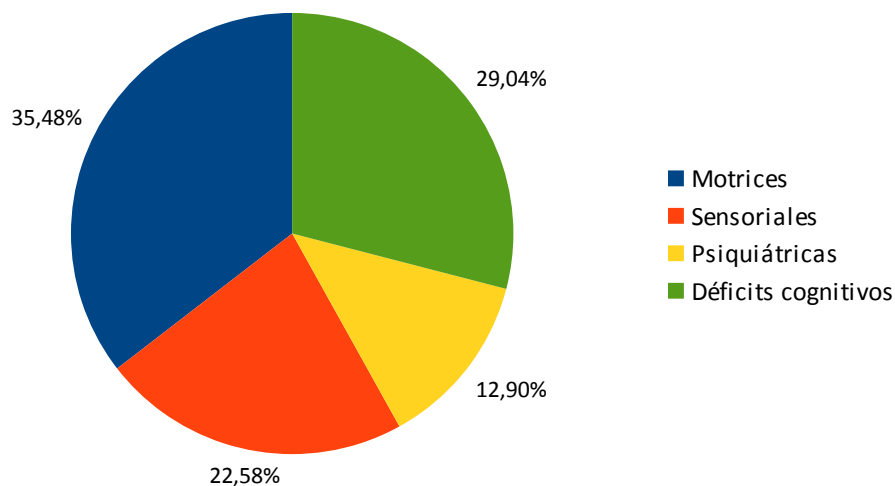


Gráfico 12: Dificultades de los pacientes por las que reciben tratamiento de Terapia Ocupacional.

Cabe destacar que muchas patologías en las que interviene el Terapeuta Ocupacional, ya sean motoras, sensoriales o psiquiátricas, cursan con déficits o alteraciones cognitivas, lo que es aún más marcado en la infancia, justamente porque impacta en la inserción escolar y el desempeño académico.

> *Percepciones y formación del profesional sobre el Uso Terapéutico del Yo:*

En relación al nivel de acuerdo respecto al valor del Uso Terapéutico del Yo en Terapia Ocupacional, evaluado en la pregunta 1 del cuestionario, el 93.93% de los profesionales confirma que la destreza más importante en su práctica es el uso de sí mismo y 96.97% dice que la relación con el paciente es la clave determinante de los resultados en el trabajo. Un 75.76% también confirma que la relación con el paciente afecta el compromiso hacia las actividades durante el proceso terapéutico y 84.85% piensa que el razonamiento clínico siempre debería incluir el Uso Terapéutico del Yo.

Estas tendencias coinciden entre los Terapeutas Ocupacionales de Estados Unidos y de España, aunque las frecuencias muestran una dispersión más marcada.

Por otra parte, un 78.79% de los Terapeutas encuestados manifestó que no se sentía suficientemente formado en el tema del Uso Terapéutico del Yo como herramienta terapéutica cuando se recibió y casi la misma cantidad (75.76%) expresó que no hay suficiente conocimiento disponible sobre este tema en Terapia Ocupacional.

La tabla 6 muestra los resultados:

	<i>muy en desacuerdo o en desacuerdo</i>	<i>de acuerdo o muy de acuerdo</i>
El uso terapéutico del yo es la destreza más importante en mi práctica como terapeuta ocupacional	6.06%	93.93%
Mi relación con los pacientes es la clave determinante de los resultados de la terapia	3.03%	96.97%
Cuando me gradué estaba suficientemente entrenado en el uso terapéutico del yo	78.79%	21.21%
Mi relación con un paciente afecta al compromiso del paciente con las actividades terapéuticas	24.24%	75.76%
Hay conocimiento disponible suficiente en Terapia Ocupacional acerca del uso terapéutico del yo	75.76%	24.24%
El Razonamiento Clínico siempre debería incluir asuntos relacionados con el uso terapéutico del yo	15.15%	84.85%

Tabla 6: Afirmaciones sobre el Uso Terapéutico del Yo

Con respecto a la formación en el uso de sí mismo como herramienta terapéutica, indagado en la pregunta 2 del cuestionario, un 78.79% de los Terapistas Ocupacionales de Tucumán afirma que aprendió a partir de su propia práctica y la misma cantidad dice que aprendió a partir de la interacción con profesionales de otras disciplinas. Un 54.55% aprendió en la forma de auto-estudio leyendo sobre el tema. Un 39.39% buscó consulta o supervisión. Un resultado contradictorio con lo investigado en el punto anterior es que un 45.45% de los participantes también indicó que el tema del Uso Terapéutico del Yo estaba cubierto en las materias de la formación de grado.

En tabla 7 y gráfico 13 se muestran todos los resultados.

Tipos de formación en el Uso Terapéutico del Yo recibido	<i>Afirmación positivas (si)</i>	
	<i>personas</i>	<i>%</i>
Yo aprendí acerca de esto durante mis prácticas de Terapia Ocupacional	26	78.79%
Aprendí sobre esto a través de la interacción con profesionales de otras disciplinas en mi lugar de trabajo	26	78.79%
Aprendí leyendo acerca de este tema	18	54.55%
Este tema estaba cubierto en varias clases y/o asignaturas en la escuela de Terapia Ocupacional	15	45.45%
Busqué consulta o supervisión de un experto después de cursar la formación de Terapia Ocupacional	13	39.39%

Me formé en otras disciplinas de salud mental	8	24.24%
Hice formación con talleres o cursos en este tema	5	15.15%
Me formé en psicoterapia y esto influyó mi conocimiento en este área	4	12.12%

Tabla 7: Tipos de formación recibida en el Uso Terapéutico del Yo



Gráfico 13: Formación acerca del Uso Terapéutico del Yo

Comparando con la investigación realizada en Estados Unidos, encontramos que las vías más frecuentes de formación acerca del Uso Terapéutico del Yo coinciden en general con las encontradas en este estudio: los profesionales aprendieron en gran medida el uso de sí mismos a partir de sus prácticas, en la interacción con profesionales de otras disciplinas, leyendo acerca del tema. Cabe destacar dos hallazgos interesantes: 1- en Estados Unidos la frecuencia más alta corresponde a *este tema estaba cubierto en varias clases y/o asignaturas de Terapia ocupacional*; 2- los profesionales americanos indican en altísimo porcentaje que aprendieron esto durante las prácticas, incluyendo en esta denominación a las experiencias de campo previstas durante la formación y no sólo la práctica profesional en sí misma.

En cuanto a la investigación de España, los resultados muestran que predomina la formación a partir de la interacción con otras disciplinas; le sigue en importancia las

lecturas sobre el tema; bastante detrás quedan las prácticas y más atrás aún el aprendizaje a partir de clases o asignaturas.

Contrastando estas realidades, podemos inferir que en Tucumán tanto las prácticas pre- profesionales durante la formación de grado y profesionales, como la interacción con otras disciplinas dan cuenta tanto de la vía de formación como de la alta valoración que los Terapistas ocupacionales dan al uso de sí mismos como herramienta terapéutica, entendiéndolo como la destreza más importante.

Dado que los participantes indicaron que el tema *estaba relativamente cubierto en asignaturas de la formación de grado* (45.45%) y a la vez que *cuando se graduaron no estaban suficientemente entrenados en el Uso Terapéutico del Yo* (78.79%) y que *no hay conocimiento disponible suficiente acerca del Uso Terapéutico del Yo* (75.76%) es posible pensar que aprendieron y reconocen el uso de sí mismos como una herramienta de trabajo muy útil e importante aunque desconocen las teorías, conceptualizaciones e investigaciones que existen sobre el tema (vimos en el rastreo bibliográfico que hay poco material disponible en español, y menor difusión de este material en el ámbito local).

Un límite de esta investigación, pero que puede iluminar futuras indagaciones, es considerar la correlación entre el alto porcentaje de profesionales que indicaron que el *Modelo de Ocupación Humana* como el más utilizado (75.76%) y la alta valoración del *uso terapéutico del yo es como la destreza más importante en la práctica como Terapeuta Ocupacional* (93.93%). Como mostré en el desarrollo teórico de esta tesis el Modelo de Ocupación Humana aporta una base importante para el desarrollo teórico sobre la Relación Terapéutica en Terapia Ocupacional y es posible que esto explique la alta valoración que se da al tema entre los profesionales de Tucumán, a pesar de la escasa difusión teórica.

> *Percepción de conductas de pacientes que aparecen durante el proceso terapéutico y que interfieren en el trabajo del Terapeuta Ocupacional*

La pregunta 10 del cuestionario evalúa conductas de pacientes que aparecen en la práctica y que influyen en el proceso terapéutico. Los profesionales de la provincia encuentran que los comportamientos que más interfieren en su trabajo son:

La dependencia en un 78.79%; la negación en un 51.51%; la falta de realismo (45.42%) y la manipulación (42.42%). Las conductas influyentes menos comunes fueron las conductas desadaptativas (15.15%), la desesperación sobre el futuro (24.24%); la desconfianza (24.24%) y la agresividad (24.24%) (ver gráfico 14).

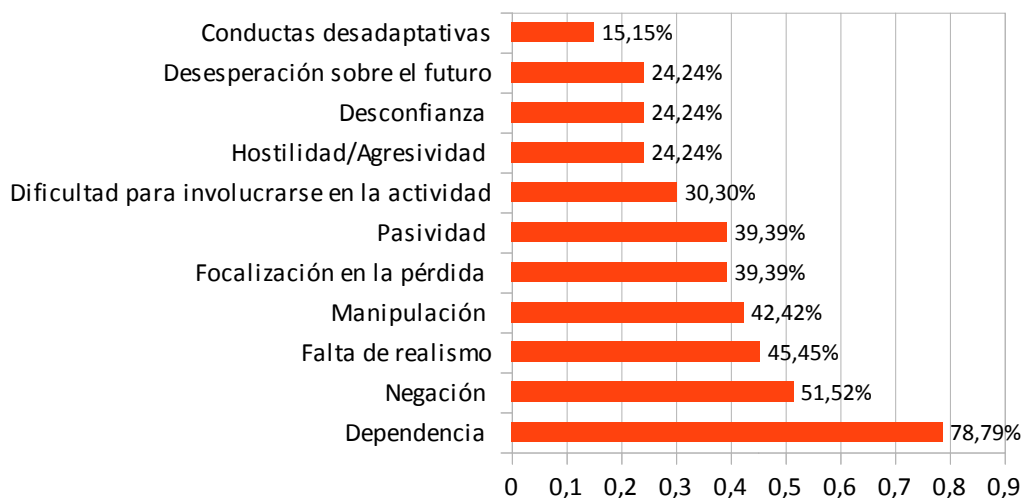


Gráfico 14 Conductas que presentan los pacientes y que influyen en la terapia.

Las investigaciones de Estados Unidos mostraron que la conducta de pacientes, percibida por los profesionales como las que interfieren frecuentemente o siempre son la dependencia y la manipulación. En tanto la investigación de España halló que son: la dificultad para involucrarse en la actividad, la pasividad y la dependencia.

Los resultados hallados en esta tesis dan cuenta de la influencia de la dependencia en los resultados de la terapia. Si bien no aclara si se trata de dependencia física o emocional, en cualquier caso la enfermedad o la discapacidad aumenta las situaciones en las cuales una persona experimenta la pérdida de autonomía. Esto podría aumentar los intentos manipulativos hacia el entorno. En este sentido la intervención del Terapeuta Ocupacional siempre es tendiente al logro de la mayor autonomía posible. Para esto es posible que el Terapeuta requiera poner en juego su formación, así como

sus destrezas en el uso de sí mismo a fin reducir esta interferencia y avanzar en los objetivos propuestos.

En cuanto a la negación; la falta de realismo y la focalización en la pérdida: éstas pueden ser en muchos casos reacciones esperables en situaciones de sucesos traumáticos o enfermedades severas o repentinas. En estos casos es importante considerarlas como fases de un proceso de adaptación a la situación nueva.

Dos datos interesantes: los Terapistas Ocupacionales de Tucumán en un 70% no perciben una gran dificultad para involucrarse en la actividad; tampoco un alto porcentaje de desconfianza de parte de sus pacientes. Esta es una referencia alentadora teniendo en cuenta que los aspectos volitivos y la cooperación son fundamentales para el éxito terapéutico; pero sobre todo porque no dependen -o no sólo- de las características de personalidad de los pacientes sino del proceso terapéutico establecido, y esto es también lo que propone Taylor (2011) en su modelo de Relación Intencional.

> Frecuencia y tipos de respuestas de los Terapistas Ocupacionales a las conductas interpersonales difíciles:

Las respuestas a la pregunta 11 del cuestionario indicaron que un 57.58% de los profesionales reconoce que la conducta interpersonal difícil de parte de paciente impacta negativamente y frecuentemente en el resultado de la terapia. El 81.82% de los Terapistas derivan frecuentemente los pacientes con conductas difíciles a otros profesionales; un 90.91% se apoya en el equipo o en las normas de la institución. El 66.67% de los profesionales trabaja con el paciente dirigiéndose directamente a la conducta interpersonal difícil.

Una cifra que requiere detener la mirada es que, aún frente a estos resultados, el 100% de los Terapistas respondió que siente que su trabajo es eficaz para prevenir una conducta interpersonal negativa (de eso 78.79% indicaron frecuentemente y 21.21% siempre) (ver gráfico 15).

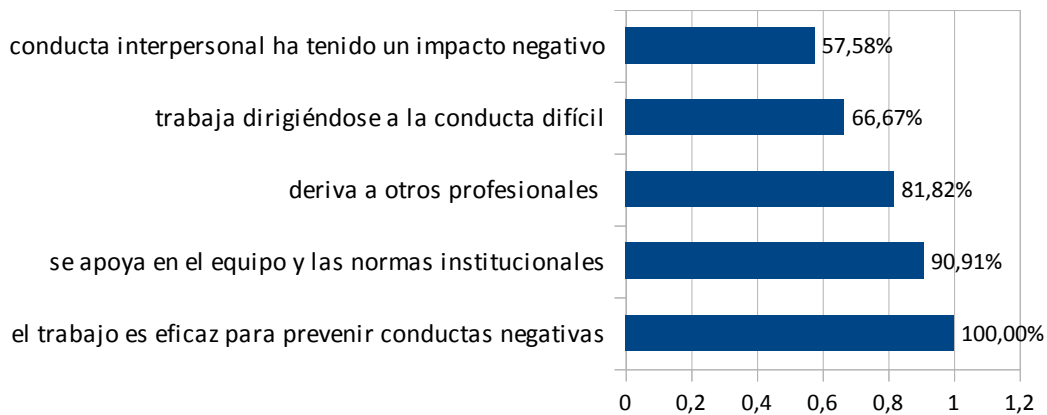


Gráfico 15: Respuestas de los Terapistas Ocupacionales frente a las conductas interpersonales difíciles de los pacientes.

Dirigirse a la conducta interpersonal difícil implica focalizarse en la necesidad de que esa conducta disminuya a fin de avanzar en los objetivos terapéuticos. Los resultados parecen indicar algunas tendencias contradictorias: si el trabajo del Terapeuta es eficaz para prevenir una conducta interpersonal difícil, ¿por qué se presentaría una frecuencia tan alta de derivación a otros profesionales y de necesidad de apoyo en las normas institucionales?

La derivación podría considerarse una alternativa frente a una conducta que no puede manejarse; el apoyo en el equipo y en las normas de la institución también supone una forma de resolver un comportamiento difícil tomando como referencia el equipo o la institución; pueden ser también una manera de evitar la derivación. Ambas alternativas son adecuadas frente a una situación que el terapeuta percibe que no puede prevenir o manejar por sí mismo. De allí que parecería que los resultados hallados en Tucumán presentan algunas contradicciones.

En contraste con lo observado en Tucumán, las investigaciones precedentes de Estados Unidos y España muestran una mayor dispersión de respuestas en todas los ítems.

> *Frecuencia de las acciones de los Terapistas Ocupacionales durante las sesiones:*

La pregunta 12 del cuestionario esta constituida por la Escala de las Acciones Terapéuticas (EAT). Partiendo del supuesto que el uso de un mayor número de acciones terapéuticas en la interacción del Terapeuta con el paciente indica también una mayor competencia profesional, vimos que los participantes del estudio poseen y utilizan un gran repertorio de acciones terapéuticas durante las sesiones. El 100% de los profesionales declaró que usa frecuentemente o siempre las siguientes herramientas en el proceso terapéutico: *Animar al paciente a la expresión verbal de sentimientos, pensamientos y conductas; Transmitir empatía a través de expresiones verbales y no verbales; Reforzar positivamente cuando el paciente logra algo; Expresar confianza al paciente, y Ayudar al paciente a identificar alternativas.*

Con un 96.97% a un 90.91% usan frecuentemente o siempre las siguientes intervenciones: *Considerar la personalidad del paciente para realizar la intervención (96.97%); Focalizar en las estrategias de intervención (93.94%); Decirle a un paciente cuya conducta no es aceptable que puede cambiarla por otra más adaptativa (90.91%), Animar al paciente a que se ponga sus propias metas para la terapia (90.91%), y Preguntar a un paciente sobre su historia de vida (90.91%).*

Con un 87.88% a un 81.82% usan frecuentemente o siempre los siguientes acciones: *Decirle al paciente cuáles son sus capacidades y fortalezas (87.88%); Utilizar el contacto físico (84.85%); Verbalizar las conductas interpersonales de un paciente durante la sesión de terapia (84.85%). Elegir actividades que desafíen la percepción del paciente de su capacidad (81.82%); y Cambiar su propio estilo interpersonal para mejorar el encuentro con el paciente (81.82%).*

Los resultados se muestran en la tabla siguiente (Tabla 8).

	<i>Nunca o casi nunca</i>	<i>Frecuente o siempre</i>
Animar al paciente a la expresión verbal de sentimientos, pensamientos y conductas.	0.00%	100.00%
Transmitir empatía a través de expresiones verbales y no verbales.	0.00%	100.00%
Reforzar positivamente cuando el paciente logra algo.	0.00%	100.00%
Expresar confianza al paciente.	0.00%	100.00%
Ayudar al paciente a identificar alternativas.	0.00%	100.00%
Considerar la personalidad del paciente para realizar la intervención.	3.03%	96.97%
Focalizar en las estrategias de intervención.	6.06%	93.94%
Preguntar a un paciente sobre su historia de vida.	9.09%	90.91%
Decirle a un paciente cuya conducta no es aceptable que puede cambiarla por otra más adaptativa.	9.09%	90.91%
Animar al paciente a que se ponga sus propias metas para la terapia.	9.09%	90.91%
Decirle al paciente cuáles son sus capacidades y fortalezas.	12.12%	87.88%
Utilizar el contacto físico.	15.15%	84.85%
Verbalizar las conductas interpersonales de un paciente durante la sesión de terapia.	15.15%	84.85%
Elegir actividades que desafíen la percepción del paciente de su capacidad.	18.18%	81.82%
Cambiar su propio estilo interpersonal para mejorar el encuentro con el paciente.	18.18%	81.82%
Decir a un paciente a punto de derrumbarse que es bueno llorar.	24.24%	75.76%
Observar que la conducta de un paciente está relacionada con algo que usted ha dicho o hecho.	27.27%	72.73%
Aconsejar a un paciente sobre cómo gestionar sus situaciones personales.	33.33%	66.67%
Revelar algo personal sobre usted mismo para ayudar a establecer la confianza con el paciente.	45.45%	54.55%

Tabla 8: Acciones de los Terapistas Ocupacionales durante la terapia

Estos resultados revelan que todos los profesionales transmiten empatía, expresan confianza, refuerzan positivamente un logro, animan a los pacientes a expresar verbalmente sus sentimientos, pensamientos y conductas, y a identificar alternativas.

Le siguen en un altísimo porcentaje acciones que consideran la personalidad del paciente, que animan al paciente a que se ponga sus propias metas y marcan sus

fortalezas y debilidades, que preguntar a un paciente sobre su historia de vida, entre otras.

Todos los resultados evidencian que los profesionales de Tucumán poseen y utilizan un repertorio de acciones durante las sesiones que dan cuenta de un amplio abanico de estrategias e intervenciones para adaptarse a las necesidades de los pacientes. Lo que significa una gran riqueza de matices y competencias del profesional para realizar con eficacia su labor, lo que hace a una mayor calidad profesional.

> Frecuencia de pensamientos y sentimientos de satisfacción y frustración en la práctica como Terapistas Ocupacionales:

La tercera parte del cuestionario investiga la experiencia de los Terapistas Ocupacionales, como profesionales de la salud. Las respuestas de los participantes a los items arrojan los siguientes resultados:

Todos los profesionales participantes expresaron sentir confianza en sus destrezas como terapeutas (100%). Un alto porcentaje dijo sentir satisfacción con su trabajo (96.97%) y recibir con bienestar un cumplido de un paciente (96.97%); también indicaron que reflexionan positivamente sobre cosas que aprendieron de ellos (93.94%).

Un 81.82 % piensa en cómo mejorar la ayuda que brinda al paciente, indicando que esto toma tiempo libre o de ocio. Un 60.61% es conciente cuando ha llegado a un límite en sus capacidades para intervenir.

En cuanto a sentimientos asociados con la frustración, un 75.76% cuestiona la calidad de terapia que ofrece a un paciente. Un 66.67% desearía tener apoyo, consejo o supervisión profesional en el Uso Terapéutico del Yo. Un 54.55% se preocupa por lo que pueda suceder a un paciente fuera de la terapia. Un 54.55% piensa sobre cambios en la carrera profesional.

Los datos completos están reflejados en la tabla 9 y gráfico 16 que se presentan a continuación:

Ítems relacionados con satisfacción	<i>nunca y casi nunca</i>	<i>frecuente y siempre</i>
Sentir satisfacción en su trabajo como terapeuta ocupacional	3.03%	96.97%
Pensar sobre cómo mejorar la ayuda al paciente durante su propio ocio o tiempo de familia	18.18%	81.82%
Reflexionar positivamente en cosas que ha aprendido de un paciente	6.06%	93.94%
Sentir confianza sobre sus destrezas como terapeuta	0.00%	100.00%
Disfrutar del recuerdo de la interacción con un paciente	12.12%	87.88%
Sentirse bien por un cumplido que le hace un paciente	3.03%	96.97%
Ser consciente de que ha llegado al límite de sus capacidades de intervenir en un paciente	39.39%	60.61%
Ítems relacionados con frustración		
Sentir frustración con las actitudes/conductas/faltas llevadas a cabo por un paciente	69.70%	30.30%
Pensar sobre cambios en la carrera profesional	45.45%	54.55%
Sentir tristeza fuera de la sesión de terapia por un paciente	63.64%	36.36%
Desear tener apoyo, consejo y supervisión profesional en el uso terapéutico del yo	33.33%	66.67%
Pensar sobre sus pacientes durante tiempos que no quiere	72.73%	27.27%
Sentir confusión porque no comprende actitudes o conductas de un paciente	66.67%	33.33%
Preocupación sobre lo que le pueda suceder a un paciente fuera de la sesión de terapia	45.45%	54.55%
Cuestionar la calidad de terapia que da a un paciente	24.24%	75.76%

Tabla 9: Frecuencia de pensamientos y sentimientos como Terapeuta Ocupacional



Gráfico 16: Frecuencia de pensamientos y sentimientos en el último año, asociados a la profesión.

El análisis de los datos evidencia que casi todos los profesionales de Tucumán experimentan sentimientos de satisfacción en su trabajo, frente a una mínima porción (3.03%) que no siente satisfacción casi nunca. También produce satisfacción el recuerdo de un paciente, recibir un cumplido y reflexionar positivamente sobre cosas que aprendió de éste.

Estas últimas cifras dan cuenta de la huella que tiene en la vida personal del terapeuta las interacciones con sus pacientes, tanto en recuerdos positivos como en sentimientos de frustración; lo que también se refleja, como vemos, al ocupar tiempo personal en pensar cómo mejorar la ayuda a un paciente (81.82%) o preocuparse sobre lo que le pueda ocurrir a un paciente fuera de la sesión (54.55%), o sentir tristeza fuera de la sesión (36.36%). En exceso, la presencia de sentimientos y pensamientos del ámbito laboral puede llegar a ser indeseada porque invade momentos personales o familiares. Los datos dan cuenta de un perfil de terapeuta sensible y altamente vinculado al paciente, a la vez que invita a observar la necesidad de aprender habilidades y estrategias para reducir el desgaste que podría producir tanto en lo laboral como en lo personal.

Relacionado con la necesidad de aprender estrategias, el 66.67% de los profesionales desea tener apoyo, consejo y supervisión acerca del Uso Terapéutico del Yo, lo que

muestra una valoración positiva de este fenómeno, y sugiere que hay una importante demanda de formación e interés sobre el tema y un vacío de ofertas.

Un dato que invita a detenerse es que todos los profesionales de Tucumán sienten confianza en sus destrezas (100%) si lo contrastamos dos altos porcentajes: un 81.82% que piensa sobre cómo mejorar la ayuda al paciente durante su propio tiempo de ocio o familia y un 61.62% de profesionales que es consciente de que ha llegado al límite de sus capacidades de intervenir con un paciente. La alta confianza en las propias destrezas puede relacionarse con un autoconcepto sobrevalorado, lo que entraría en fricción con los cuestionamientos sobre la calidad de la terapia que ofrece.

Frecuentemente se adjudica a una mayor experticia profesional un mayor grado de conciencia de los límites propios; pero también se asume frecuentemente que la formación de grado es incompleta, y debe continuarse con formación continua, de posgrado, especializaciones, etc. Podría pensarse que la conciencia de los propios límites se debe a que se trata de una población de terapistas jóvenes (media de 27-28 años), con poca experiencia profesional (1-5 años= 48.49%) y poca formación de posgrado (12.12%). Sin embargo, es un límite de esta investigación profundizar en el significado de este dato aunque podemos decir que la conciencia de los propios límites es en cualquier caso, una apreciación positiva.

Es llamativo el alto porcentaje de profesionales de Tucumán (54.55%) que pensó en cambiar de carrera, aunque desconocemos los motivos que explican esto. Pero es posible pensar que las preocupaciones por los pacientes que invaden la vida personal, sumada a las condiciones laborales de múltiples trabajos podría tener que ver con esta cifra.

El último ítem abierto solicitaba al participante indicar o especificar otros pensamientos o sentimientos presentes en el último año, acerca de su experiencia profesional. Ningún participante aportó datos a este ítem.

Considerando todas las respuestas podemos afirmar que los sentimientos positivos y de satisfacción son mucho mas frecuentes en comparación con los negativos. Entre los

negativos se destacan más las inquietudes y preocupaciones por el rol profesional que las experiencias de frustración.

En esto, los resultados de Tucumán difieren un poco respecto a los hallados en España y Estados Unidos. Respecto de España hay en general una menor experiencia de satisfacción y también menos preocupaciones y frustraciones en relación al trabajo. Lo que podría relacionarse con un mejor manejo de la vida profesional y/o con una mayor distancia emocional en el vínculo con los pacientes. En tanto, los profesionales locales experimentan mayor cantidad de satisfacciones y sentimientos positivos, aunque con la impronta característica que indicaría que hay un mayor impacto de la experiencia laboral en la vida personal de los Terapistas Ocupacionales.

Prueba de la Hipótesis 1

Mi hipótesis plantea que existe una escasa valoración del Uso Terapéutico del Yo en Terapia Ocupacional como una herramienta de trabajo que influye en el proceso y en los objetivos a alcanzar en el abordaje terapéutico entre los profesionales de Tucumán.

Para evaluar esta hipótesis tomo una variedad de 31 ítems del cuestionario que evalúan si la Valoración del Uso Terapéutico del Yo es escasa o no. Después de valorar cada cuestionario en función de las categorías anteriormente establecidas, realicé un test de χ^2 con una variable (valoración del Uso Terapéutico del Yo) y 2 grados de libertad.

Los resultados de las cuatro categorías son los siguientes:

- en la segunda categoría ***nulo*** (el Terapeuta Ocupacional no usa a sí mismo como herramienta) o ***escaso*** (el Terapeuta Ocupacional usa a sí mismo como herramienta a veces) = entró solamente un profesional, 3.03%.
- en la tercera categoría ***frecuente*** (el Terapeuta Ocupacional usa si mismo como herramienta frecuentemente) = entraron 28 profesionales que constituyen un 84.85% de la muestra
- en la última categoría ***siempre*** (el Terapeuta Ocupacional usa si mismo como herramienta siempre) = entraron 4 profesionales, lo que es igual a un 12.12%.

categoría	Cantidad de profesionales	%
Nulo o Escaso	1	3.03%
Frecuente	28	84.85%
Siempre	4	12.12%

Tabla 10: Valoración del Uso Terapéutico del Yo

Si sumamos las últimas dos categorías, hay un 96.97% de profesionales de Tucumán que usan frecuentemente o siempre a sí mismos como herramienta en el proceso terapéutico.

El test de χ^2 da como resultado un valor de 64.09. En comparación con la tabla del χ^2 encontré para $\chi^2 (2;95\%) = 5.99$. Dado que el valor de la estadística de prueba (o sea, el resultado que yo encontré) es más alto que el valor crítico (indicado en la tabla propuesta), la diferencia es significativa ($64.09 > 5.99$). Por lo tanto, se puede suponer que las dos distribuciones difieren significativamente ($\text{Chi-Cuadrado } (2, n = 33) = 5.99, p < .05$). Esto significa que mi hipótesis no es válida y debo rechazarla.

En este sentido, mi pregunta: ¿si los Terapistas Ocupacionales de Tucumán pueden ver el valor de sí mismos como herramienta terapéutica? La respuesta es sí, Los Terapistas ocupacionales valoran el uso de sí mismos como una herramienta en su trabajo y tienen conciencia de este valor. Consideran que es la destreza más importante en la práctica, que determina los resultados de la terapia; despliegan estrategias basadas en el razonamiento clínico y en el uso de sí mismos para favorecer el logro de objetivos propuestos así como para reducir conductas interpersonales difíciles; animan a los pacientes, refuerzan positivamente sus logros, les transmiten empatía y confianza; piensan en la calidad de terapia que ofrecen a sus pacientes así como son conscientes de sus propios límites. En este sentido, consideran el uso de sí mismos como parte del proceso terapéutico y como un objetivo a alcanzar en el abordaje profesional.

Este es un resultado que me sorprende de una manera positiva, ya que mi hipótesis nació de mi curiosidad sobre el tema y de mi experiencia personal en el transcurso de la carrera: en ese entonces me parecía un tema escasamente presente en las clases.

Pero es evidente que aunque se desconocen teorías y conceptualizaciones sobre el tema, por su escasa difusión en español y a nivel local, la relación terapéutica y el Uso Terapéutico del Yo son aspectos claves para el profesional de Terapia Ocupacional.

Prueba de la Hipótesis 2

La segunda hipótesis dice que el uso y la valoración de sí mismo como herramienta en el proceso terapéutico y en las sesiones queda más ligado a las características personales del Terapeuta Ocupacional o a la experiencia adquirida en la práctica, que a la formación académica.

Para evaluar esta hipótesis uso una variedad de 7 preguntas del total del cuestionario que permiten indagar sobre los aspectos de la formación académica, 21 preguntas para la experiencia profesional y 21 preguntas para las características personales. Para poner el mismo peso estadísticamente a la categoría formación académica multipliqué los resultados de esta categoría por 3, ya que tiene 3 veces menos cantidad de preguntas.

Para cada participante analicé las respuestas a los ítems de cada categoría y atribuí un punto en la categoría en la cual tiene la mayor frecuencia. Sumé los puntos para cada categoría y los resultados son los siguientes: 1.33 personas (4.04%) tienen mayor porcentaje en la *formación académica*, 3.83 personas (11.62%) tienen mayor porcentaje en las *características personales* y 27.83 personas (84.34%) tienen mayor porcentaje en la *experiencia profesional*¹⁵.

Categoría	Cantidad de profesionales	
Formación académica	1.33	4.04 %
Experiencia profesional	27.83	84.34 %
Características personales	3.83	11.62 %

Tabla 11: Distribución de los profesionales a las tres categorías de la hipótesis 2

¹⁵ Para observar como llegué a los numeros de los profesionales por cada categoría, la tabla 12 (Atribución de los numeros a las 3 categorías de la hipótesis 2) en el anexo VII presenta los detalles y el proceso.

A primera vista, podría decirse que la hipótesis es correcta ya que los porcentajes muestran que la experiencia profesional es el aspecto que más impacta en el Uso Terapéutico del Yo, seguido de las características personales.

Para corroborar estadísticamente los resultados realicé un test de χ^2 de la variable Uso Terapéutico del Yo y tres categorías (formación académica, experiencia profesional, y características personales), con 2 grados de libertad.

El test de χ^2 da como resultado = 38.925. En comparación con la tabla del χ^2 encontré para χ^2 (2;95%) = 5.99. Si el valor de la estadística de prueba (el resultado que yo obtuve) es más alto que el valor crítico (que figura en la tabla), la diferencia es significativa (38.925 > 5.99). Por lo tanto, se puede suponer que las distribuciones difieren significativamente (Chi-Quadrado (2, n = 33) = 5.99, p < .05). Eso significa que mi hipótesis es válida. Los resultados comprueban que las tres variables no tienen el mismo efecto en el Uso Terapéutico del Yo, siendo la variable *experiencia profesional* la que más influye entre los Terapistas Ocupacionales de Tucumán.

Eso significa que el Uso Terapéutico del Yo en los Terapistas Ocupacionales está mayormente determinado por la *experiencia profesional* (84.34%). Las *características personales* (11.62%) y la *formación académica* tienen muy poco peso entre los profesionales de Tucumán al momento de emplear esta herramienta terapéutica (4.04%).

Las investigaciones sugieren que tanto la personalidad como la experiencia del profesional influyen en los modos terapéuticos y en el razonamiento clínico utilizados. A menor experiencia del Terapeuta Ocupacional el razonamiento empleado se ajusta más a los protocolos y procedimientos, mientras que profesionales más experimentados parecen más flexibles a cambiar sus modos en función de las necesidades del paciente. Por otra parte, varios autores opinan que hay una serie de cualidades intrínsecas a la persona que ofrecen las competencias necesarias para establecer buenas relaciones terapéuticas. De cualquier manera, todos los autores propuestos en el marco teórico coinciden que la formación en el uso de sí mismo, y en particular la formación específica sobre el tema, incluida en la currícula de grado (tanto desde lo teórico como desde lo práctico), abre la puerta al aprendizaje de estrategias y

habilidades necesarias o bien permite optimizar las capacidades inherentes a la persona o las adquiridas a partir de las prácticas pre-profesionales.

Sin embargo, las investigaciones precedentes de España y Estados Unidos coinciden con los resultados hallados en este estudio: la mayoría de los profesionales manifiesta que en su época de aprendizaje académico no obtuvieron la suficiente formación y que fue después, durante el ejercicio de su actividad profesional, cuando sintieron la necesidad de mejorar sus destrezas acerca del uso de sí mismos. Para ello han utilizado vías predominantemente no formales y autodidactas o bien expresaron que el aprendizaje fue obtenido a mayor experiencia.

Capítulo 4

Conclusiones

En el Capítulo 3 mostramos los resultados, inferencias y algunas discusiones a partir del análisis de los datos de la investigación. Este capítulo está dedicado a las conclusiones, las limitaciones de esta tesis y las perspectivas sobre futuras investigaciones.

Para presentar las conclusiones tomaré cada uno de los objetivos propuestos y de qué modo fui cumpliendo con esos objetivos.

Objetivo 1:

Tenía como propósito hacer una revisión de las fuentes bibliográficas disponibles actualmente sobre la Relación Terapéutica en Terapia Ocupacional, presentando los enfoques más relevantes citados por diferentes investigaciones halladas.

Para cumplir este primer objetivo realicé un rastreo de documentos científicos y bibliográficos sobre el tema en revistas científicas, journals, base de datos disponibles en Internet y otras publicaciones. En el campo específico de la Terapia Ocupacional, encontré investigaciones acerca de la relación terapéutica desde 1995 aproximadamente.

En el Capítulo 1, dedicado al marco teórico, presenté los antecedentes encontrados:

- Once trabajos científicos en inglés publicados en revistas internacionales de Terapia Ocupacional, que abordan específicamente el tema de la Relación Terapéutica. En su mayoría se tratan de investigaciones desarrolladas en Estados Unidos en coincidencia con el país de residencia de los principales autores del tema. Otros son publicaciones de origen canadiense o sueco. La mayoría de los estudios realizados con estudiantes de la carrera o con profesionales, evaluando herramientas comunicacionales, niveles de empatía y otras habilidades. Los estudios realizados con profesionales se enfocaron en evaluar las destrezas acerca del uso de sí mismo, cómo fueron adquiridas y el impacto de la experiencia en el uso de esta herramienta.

- Cuatro trabajos encontrados en idioma español. Todos ellos pertenecientes a España. En general, se tratan de revisiones bibliográficas o traducciones de originales en inglés. Sólo uno de investigación a profesionales sobre el tema.

- Las búsquedas locales, nacionales y regionales de documentos relacionados con la Relación Terapéutica en Terapia Ocupacional no dieron resultados positivos. Se realizaron rastreos en bases de datos científicos, en memorias de jornadas o congresos de Terapia Ocupacional a nivel nacional y de países limítrofes; también a través de buscadores de contenidos de Internet, usando palabras clave. Otra fuente consultada fue la Biblioteca virtual de la Asociación Argentina de Terapia Ocupacional, que cuenta con las listas de tesis de grado de todas las universidades argentinas que dictan la Carrera.

En función del objetivo 1 también ahondé en los lineamientos teóricos del Modelo de Ocupación Humana de Gary Kielhofner, que sienta las bases para las investigaciones sobre la Relación Terapéutica y para el desarrollo conceptual del Modelo de Relación Intencional (Intentional Relationship Model) (Taylor 2011). Ambos modelos fueron expuestos en el Capítulo 1.

Objetivo 2

La finalidad era analizar las actitudes, percepciones y modos de establecer la Relación Terapéutica y el Uso Terapéutico del Yo de los Terapeutas Ocupacionales de Tucumán en su práctica profesional (área clínica principalmente). Este objetivo planteaba objetivos intermedios que sirvieron de hilo conductor para responder a los interrogantes de este trabajo:

2.1 caracterizar la visión de los terapeutas ocupacionales sobre la importancia de la Relación Terapéutica y del Uso Terapéutico del Yo en el proceso y para los resultados en el trabajo de Terapia Ocupacional. Indagar cómo adquirieron esa visión.

Los profesionales de Tucumán acordaron casi en su totalidad que el Uso Terapéutico del Yo es la destreza más importante en la práctica como Terapeutas Ocupacionales, que la relación terapéutica es la clave de los resultados de la terapia y que la relación con el paciente afecta el compromiso hacia las actividades durante el proceso

terapéutico. Expresaron también mayoritariamente que el razonamiento clínico siempre debería incluir aspectos del Uso Terapéutico del Yo. Estas afirmaciones valorativas sobre el Uso Terapéutico del Yo contrastan con un porcentaje, igualmente alto de encuestados que manifestó que no se sentía suficientemente formado en el tema del Uso Terapéutico del Yo como herramienta terapéutica cuando se recibió y casi la misma cantidad y que no hay suficiente conocimiento disponible sobre este tema en Terapia Ocupacional. En mi experiencia personal, me pareció un tema escasamente presente en el transcurso de la carrera.

La gran diferencia percibida entre la valoración que dan al Uso Terapéutico del Yo y al conocimiento disponible y formación que recibieron es un tema que invita a la reflexión. Por un lado, los resultados indican que los profesionales saben cómo usar a sí mismos como una herramienta importante en su práctica, por el otro que no recibieron formación suficiente y que desconocen que existen desarrollos teóricos específicos sobre el tema (esto último coincide con los rastreos bibliográficos locales planteados en el Objetivo 1 de la tesis). Si los profesionales dan gran valor al uso de sí mismos en la práctica, es que aprendieron eso de otros profesionales o profesores que les transmitieron la importancia del tema; quizás no desde un marco teórico o conceptual específico como es el Modelo de Relación Intencional; quizás surja del alto porcentaje de profesionales que se apoya en el Modelo de la Ocupación Humana para su práctica.

2.2 identificar cómo los Terapeutas Ocupacionales adquieren las destrezas para el Uso Terapéutico del Yo.

Las vías más frecuentes de formación acerca del Uso Terapéutico del Yo, enunciadas por los participantes plantea que los profesionales aprendieron en su mayoría a partir de sus prácticas y en la interacción con profesionales de otras disciplinas. Un poco más de la mitad de los profesionales manifestó que lo hizo leyendo acerca del tema en forma de autoestudio. Menos de la mitad también indicó que el tema estaba cubierto en las materias de la formación de grado.

Cabe destacar que al hablar de las prácticas, los profesionales pueden referirse tanto a las prácticas profesionales como a las prácticas planificadas en la formación de

grado. Ambas prácticas implican, en su mayoría, la participación de profesionales de otras disciplinas.

El hecho de que una gran cantidad de profesionales indicara que aprendió sobre el tema por vías informales, y que cree que no hay suficiente conocimiento disponible, podría indicar que hay una población importante de profesionales que valoran el fenómeno y a los que podría interesarles recibir ofertas de formación específica.

2.3 definir las acciones de los terapeutas ocupacionales ligadas al Uso Terapéutico del Yo, durante la sesión de terapia y determinar la frecuencia de las mismas.

El interés por indagar las acciones que los profesionales realizan durante sus sesiones radica en la posibilidad de desplegar una serie de estrategias tendientes a mejorar la interacción a fin de lograr mayor implicación por parte del paciente en las actividades propuestas y en los objetivos a alcanzar.

Los profesionales de Tucumán perciben que las conductas de los pacientes que más influyen en el proceso terapéutico son la dependencia (con el mayor porcentaje), la negación, la falta de realismo y la manipulación. El logro de una mayor autonomía es siempre un desafío y un objetivo de la práctica profesional.

Un hallazgo sorprendente de este estudio es que la totalidad de profesionales indicó que siente que su trabajo es eficaz para prevenir una conducta interpersonal negativa.

En cuanto a la Escala de Acciones Terapéuticas utilizadas durante las sesiones, los participantes indicaron en altísimos porcentajes cualidades como: transmitir empatía, expresar confianza, reforzar positivamente un logro, animar a los pacientes a expresar verbalmente sus sentimientos, pensamientos y conductas, y a identificar alternativas. También que consideran en gran medida acciones la personalidad del paciente, que animan a que se ponga sus propias metas y marcan sus fortalezas y debilidades; que preguntar a un paciente sobre su historia de vida.

Todos los resultados evidencian que los profesionales de Tucumán poseen y utilizan un repertorio de acciones durante las sesiones que dan cuenta de un amplio abanico de estrategias e intervenciones para adaptarse a las necesidades de los pacientes. Lo que significa una gran riqueza de matices y competencias del profesional para realizar con eficacia su labor, lo que indicaría una mayor competencia profesional.

En este sentido, la investigación muestra un perfil de terapeuta sensible y atento a la interacción; altamente vinculado al paciente y a los objetivos de trabajo.

2.4 caracterizar los sentimientos, pensamientos y nivel de preocupación comunicados por los Terapistas Ocupacionales en su experiencia

Es posible afirmar que los sentimientos positivos y de satisfacción son más frecuentes entre los profesionales de Tucumán, en comparación con los negativos. Esos sentimientos se manifiestan en la confianza acerca de sus destrezas como terapeutas; satisfacción en las interacciones con sus pacientes así como en los recuerdos sobre ellos; bienestar al recibir un cumplido, también al reflexionar positivamente sobre cosas que aprendió de éstos.

Entre los negativos se destacan más las inquietudes y preocupaciones por el rol profesional y por el paciente que las experiencias de frustración. Un alto porcentaje de Terapistas ocupa tiempo personal en pensar cómo mejorar la ayuda a un paciente; se preocupa por lo que pueda ocurrir al paciente fuera de la sesión; cuestiona la calidad de terapia que ofrece; es conciente que ha llegado al límite de sus capacidades para intervenir. Más de la mitad de los participantes pensó en cambiar de carrera. Esto da cuenta del gran impacto que tiene la experiencia laboral en la vida personal del Terapeuta Ocupacional de Tucumán así como de las inquietudes acerca de su desempeño en la tarea.

En síntesis, se trata de un terapeuta sensible y altamente vinculado al paciente; al que parece costarle desconectarse y que expresa la necesidad de aprender herramientas específicas para mejorar su trabajo así como habilidades para reducir el desgaste que podría producir las experiencias laborales en lo personal.

En relación a los resultados de las hipótesis:

Hipótesis 1

La hipótesis planteada no es válida y fue rechazada. Los resultados muestran que no hay una escasa valoración del Uso Terapéutico del Yo en Terapia Ocupacional entre los profesionales de Tucumán, sino por el contrario, que los terapeutas valoran el uso de sí mismos y tienen conciencia de este valor, aunque exista escasa difusión teórica sobre

el tema. En este sentido, consideran el uso de sí mismos como parte del proceso terapéutico, como la destreza más importante en la práctica y como un objetivo a alcanzar en el abordaje profesional.

Hipótesis 2

Los resultados comprueban que las tres variables: características personales, formación académica y experiencia profesional, no tienen el mismo efecto en el Uso Terapéutico del Yo entre los profesionales de Tucumán, siendo la variable *experiencia profesional* la que más influye en el uso de esta herramienta en la práctica.

Eso significa que el Uso Terapéutico del Yo en los Terapistas Ocupacionales locales está mayormente determinado por la experiencia profesional (84.35%). Las características personales (11.62%) y la formación académica tienen muy poco peso al momento de emplear esta herramienta terapéutica (4.04%).

En este sentido se comprueba la hipótesis que sugería que el uso y la valoración de sí mismo como herramienta en el proceso terapéutico y en las sesiones queda más ligado a las características personales del Terapeuta Ocupacional o a la experiencia adquirida en la práctica, que a la formación académica. Los resultados permiten también indicar el escaso impacto de las características personales en el fenómeno estudiado.

Con estas conclusiones espero aportar una contribución que estimule a la difusión, como a la investigación y a la enseñanza de la Relación Terapéutica y el Uso del Yo en Terapia Ocupacional en nuestro escenario local.

Limites de la tesis y futuras líneas de investigación

En esta sección presenté las conclusiones a partir de los datos aportados por los participantes y recogidos a través del cuestionario. También quiero dejar planteados los límites de este estudio que pueden ser a la vez incentivos para futuras líneas de trabajo que ayuden a mejorar tanto la investigación como la formación de los profesionales actuales y venideros acerca de la Relación Terapéutica y del Uso terapéutico del Yo en Terapia Ocupacional.

Un límite de esta tesis es la indagación en los planes de estudio, programas de asignaturas y/o entrevistas a profesores de carrera/s de Terapia Ocupacional acerca de la formación en el uso de sí mismo como herramienta terapéutica. Seguramente estos datos aportarían a una mirada más global y completa sobre la presencia del tema a lo largo de la formación de grado.

Otro límite e interesante propuesta sería la indagación desde la perspectiva del paciente de las herramientas, acciones y estrategias empleadas por los Terapistas Ocupacionales durante los tratamientos. Esto permitiría contrastar las percepciones y opiniones de los profesionales con la de los destinatarios de la atención.

También podría aportar datos sugerentes correlacionar la importancia que se da al uso de sí mismo en función de variables como género, edad del profesional, características del paciente que recibe la atención (edad, patología por la que requiere el tratamiento).

Por último, un recorte de esta tesis fue considerar sólo la población de egresados, o sea profesionales. Dado que en Tucumán hay un número importante de practicantes de los últimos años o de tesis insertos en ámbitos y dispositivos de trabajo del Terapeuta Ocupacional, su opinión y participación hubiera enriquecido el panorama investigado.

Por último, y a modo de cierre, queda por decir que esta tesis ha enriquecido de diversos modos mi mirada personal y sobre la profesión, mi conocimiento sobre el panorama local de la Terapia Ocupacional, a la vez que me dio la oportunidad de conocer a muchos a quienes, ojala pronto pueda llamar colegas.

ANEXO I

Cuestionario original en ingles

Questionnaire on Therapeutic Use of Self in Occupational Therapy.
Renée Taylor PH.D.

Sub ID Code: _____

Date: _____

Questionnaire on Therapeutic Use of Self in Occupational Therapy

For purposes of this survey, therapeutic use of self is defined as:

“A practitioner’s planned use of his or her personality, insights, perceptions, and judgments as part of the therapeutic process...”

(Punwar & Peloquin, 2000); OT Practice Framework: Domain and Process (AJOT, 2003)

PART 1 – ABOUT YOU:

1. Your Age?.....

2. Are you a...

PLEASE CIRCLE THE CORRECT RESPONSE

Woman..... 1

Man..... 2

PLEASE CIRCLE THE CORRECT RESPONSE

3. Indicate the degree that you earned in order to become an OT.

Bachelors..... 1

Entry Masters..... 2

OTD..... 3

Certificate..... 4

4. Indicate the highest degree you have earned (in any field).

Bachelors..... 1

Masters..... 2

Doctorate..... 3

5. How long have you been practicing OT?

Less than 1 year..... 1

1 to 5 years..... 2

6 to 10 years..... 3

11 to 20 years..... 4

More than 20 years..... 5

6. Indicate your level of agreement with each of the following statements.

PLEASE CIRCLE YOUR RESPONSE TO EACH ITEM

	Disagree Strongly	Disagree	Agree	Strongly Agree
a. Therapeutic use of self is the most important skill in my practice as an occupational therapist	1	2	3	4
b. Across all the clients that I see, my relationship with the client is most	1	2	3	4

frequently the key determinant of the outcome of therapy

c. I was sufficiently trained in therapeutic use of self upon graduation from OT school	1	2	3	4
d. My relationship with a given client affects the client's engagement in therapeutic activities	1	2	3	4
e. There is sufficient knowledge available in the field of OT about therapeutic use of self	1	2	3	4
f. Clinical reasoning should always include issues related to one's therapeutic use of self	1	2	3	4

7. Which of the following types of training did you receive on therapeutic use of self?

PLEASE CIRCLE ALL THE RESPONSES THAT APPLY

a. I took a class that focused ONLY and SPECIFICALLY on this topic in OT school.....	1
b. This topic was covered in various classes in OT school.....	2
c. I learned about this during my fieldwork experiences in OT school.....	3
d. I took continuing education workshops or courses on this topic.....	4
e. I gained knowledge from reading about this topic.....	5
f. I learned about it through supervision on the job in an OT clinical setting.....	6
g. I learned about it through interaction with professionals from other disciplines at my workplace.....	7
h. I sought out consultation or supervision of an expert after OT school.....	8
i. I sought psychotherapy and it influenced my knowledge in this area.....	9
j. I hold certification/licensure in counseling or in another mental health disciplin.....	10

8. How frequently do you use the following models in your practice?

PLEASE CIRCLE YOUR RESPONSE TO EACH ITEM

	Never or Almost Never	Sometimes	Frequently	Always or Almost Always
a. Biomechanical (including remedial and compensatory/rehabilitation approaches)	1	2	3	4
b. Canadian Model of Occupational Performance	1	2	3	4
c. Cognitive Disabilities	1	2	3	4
d. Cognitive-Perceptual	1	2	3	4
e. Ecology of Human Performance	1	2	3	4
f. Model of Human Occupation	1	2	3	4
g. Motor Control / Neurodevelopmental	1	2	3	4
h. Occupational Adaptation	1	2	3	4
i. Person-Environment Occupational Performance Model	1	2	3	4
j. Sensory Integration	1	2	3	4
k. Other-specify:	1	2	3	4
l. Other-specify:	1	2	3	4

PART 2 – ABOUT YOUR PRACTICE:

PLEASE NOTE: Please respond to all questions based on the practice setting and caseload that you have been treating within the PAST YEAR ONLY.

9. In which practice setting do you spend MOST OF YOUR TIME working?

PLEASE CIRCLE ONLY ONE RESPONSE

- Hospital (inpatient acute care)..... 1
- Hospital (inpatient rehabilitation)..... 2
- Outpatient rehabilitation setting..... 3
- Skilled nursing facility..... 4
- Private practice..... 5
- School or school system..... 6
- Community-based agency/organization..... 7
- Individual's home (home health)..... 8
- Other (please specify)..... 9

10. What is average length of treatment for clients that you see in that setting?

PLEASE CIRCLE ONLY ONE RESPONSE

- Less than 1 week..... 1
- 1-2 weeks..... 2
- 2-3 weeks..... 3
- 3-5 weeks..... 4
- More than 5 weeks..... 5

CONSIDERING YOUR PRIMARY CASELOAD AND PRIMARY SETTING OVER THE PAST YEAR...

11. What is the typical intensity of therapy you provide in that setting? (where 1 session = 45 min. to 1 hour of therapy)

PLEASE CIRCLE ONLY ONE RESPONSE

- Fewer than 10 sessions..... 1
- 10-20 sessions..... 2
- 20-30 sessions..... 3
- More than 30 sessions..... 4

12. What percentage of your work involves individual therapy versus group therapy?

- Individual therapy..... _____
- Group therapy..... _____
- Total..... 100%

13. With which client population do you spend most of your time working?

PLEASE CIRCLE NO MORE THAN 2 CATEGORIES

- a. Geriatric (>65)..... 1
- b. Adult (19-64)..... 2
- c. Adolescent (13-18)..... 3
- d. Pediatric (4-12)..... 4
- e. Early Intervention (0-3)..... 5

CONSIDERING YOUR PRIMARY CASELOAD AND PRIMARY SETTING OVER THE PAST YEAR...

14. How often are the following impairments a major reason your clients receive OT?

PLEASE CIRCLE YOUR RESPONSE TO EACH ITEM

Category	Never or Almost Never	Sometimes	Frequently	Always or Almost Always
a. Motor / Movement Impairments	1	2	3	4

b. Sensory Impairments	1	2	3	4
c. Emotional / Behavioral / Psychiatric / Substance Abuse	1	2	3	4
d. Cognitive / Perceptual / Intellectual / Learning Disabilities	1	2	3	4

**15. Regardless of your clients' major diagnoses/problems, how frequently do your clients ALSO demonstrate the following symptoms to the point that they interfere with function?
PLEASE CIRCLE YOUR RESPONSE TO EACH ITEM**

	Never or Almost Never	Sometimes	Frequently	Always or Almost Always
a. Depression	1	2	3	4
b. Anxiety	1	2	3	4
c. Post-traumatic stress reactions	1	2	3	4
d. Mood swings	1	2	3	4
e. Delusions or hallucinations	1	2	3	4
f. Attention-deficit or hyperactivity	1	2	3	4
g. Manipulative behavior	1	2	3	4
h. Dependent behavior	1	2	3	4
i. Passive or isolative behavior	1	2	3	4
j. Hostile or aggressive behavior	1	2	3	4
k. Oppositional / resistive / defiant	1	2	3	4
l. Other – specify	1	2	3	4

CONSIDERING YOUR PRIMARY CASELOAD AND PRIMARY SETTING OVER THE PAST YEAR...

**16. How frequently do your clients exhibit the following behaviors to the extent that they influence the therapy process or outcomes?
PLEASE CIRCLE YOUR RESPONSE TO EACH ITEM**

	Never or Almost Never	Sometimes	Frequently	Always or Almost Always
a. Anxious / fearful of engaging in specific activities chosen for therapy	1	2	3	4
b. Overly passive	1	2	3	4
c. Overly-reliant on you as a therapist	1	2	3	4
d. Needy, manipulative or demanding	1	2	3	4
e. Excessively focused on symptoms, impairments, losses, lack of ability	1	2	3	4
f. Generally nervous or preoccupied	1	2	3	4
g. Highly emotional and overwhelmed by challenges associated with their disability	1	2	3	4
h. Hopeless about the future	1	2	3	4
i. Critical of your approach	1	2	3	4
j. Emotionally disengaged / do not appear	1	2	3	4

invested in therapy

k. Questioning of your knowledge or skills	1	2	3	4
l. Resisting your advice feedback and/or suggestions	1	2	3	4
m. Putting themselves down, expressing low self esteem, or fearing judgment	1	2	3	4
n. Having trouble with rapport or trust	1	2	3	4
o. Having reactions due to differences between their and your gender, age, race, values	1	2	3	4
p. Engaging in maladaptive behaviors (e.g., alcohol, drugs, self-abuse)	1	2	3	4
q. Showing hostility (i.e. treating you in a negative or otherwise abusive fashion)	1	2	3	4
r. Denying their impairment or the extent or nature of their impairment	1	2	3	4
s. Being unrealistic about expected OT outcomes	1	2	3	4
t. Other - specify	1	2	3	4
u. Other - specify	1	2	3	4

CONSIDERING YOUR PRIMARY CASELOAD AND PRIMARY SETTING OVER THE PAST YEAR...

17. In response to your clients' difficult interpersonal behavior, how frequently do you...?

PLEASE CIRCLE YOUR RESPONSE TO EACH ITEM

	Never or Almost Never	Sometimes	Frequently	Always or Almost Always
a. Feel that you are not as effective as you could have been because of a client's difficult interpersonal behavior.	1	2	3	4
b. Recognize that a client's difficult interpersonal behavior has had a negative impact on the outcome of therapy.	1	2	3	4
c. Terminate therapy due to a client's difficult interpersonal behavior	1	2	3	4
d. Feel you worked effectively to prevent a client's negative interpersonal behavior from interfering with therapy outcomes	1	2	3	4
e. Refer out or request another staff member to work with an interpersonally difficult client	1	2	3	4
f. Work with the client on your own to address his or her difficult interpersonal behavior.	1	2	3	4
g. Other – specify	1	2	3	4

18. How frequently do you do the following in therapy?

PLEASE CIRCLE YOUR RESPONSE TO EACH ITEM

	Never or Almost Never	Sometimes	Frequently	Always or Almost Always
a. Question a client about his or her life history	1	2	3	4
b. Wonder to yourself if a client's negative behavior is related to something you said or did	1	2	3	4
c. Use touch to comfort or convey empathy	1	2	3	4
d. Encourage a client to express negative feelings, thoughts, or reactions	1	2	3	4
e. Share your own emotional reaction or personal thoughts about a client's impairment or life circumstances	1	2	3	4
f. Name or label a client's negative interpersonal behavior during therapy	1	2	3	4
g. Tell a client that you can understand how difficult his or her situation is	1	2	3	4
h. Choose activities that test or challenge a client's perception of his/her performance or capacity	1	2	3	4
i. Ask a client to explain the reasons behind his or her reaction or behavior	1	2	3	4
j. Ask a critical client about his or her reactions to you as a therapist	1	2	3	4
k. Advise a client about how to manage a personal situation	1	2	3	4
l. Encourage a client to make more decisions during the therapy process	1	2	3	4
m. Rephrase something meaningful that a client said and say it back to the client	1	2	3	4
n. Defend your approach in response to client feedback or criticism	1	2	3	4
o. Change something about the activity, choice of activity, or environment when you realize that your approach is not helpful	1	2	3	4
p. Name or label a client's negative emotional state or reaction	1	2	3	4
q. Change your interpersonal style to better match that of a client	1	2	3	4
r. Reveal something personal about yourself or your own life experience to build rapport	1	2	3	4
s. Use touch to convey support or reassure a client	1	2	3	4
t. Share with a client your professional opinion about his or her personal life circumstances	1	2	3	4
u. Consider a client's personality or interpersonal style in your intervention approach	1	2	3	4

v. Convey empathy through my emotional expression	1	2	3	4
w. Talk to a client about the potential consequences of his/her lack of compliance	1	2	3	4
x. Support or encourage a client's perspective of his or her impairment or life situation	1	2	3	4
y. Ignore a client's negativity and focus on intervention strategies	1	2	3	4
z. Name or label a client's positive emotional state or reaction for the client	1	2	3	4
aa. Rely on your emotional reactions to clients to inform your clinical reasoning	1	2	3	4
ab. Ask questions to help a client correct illogical thinking	1	2	3	4
ac. Gather feedback from the client before choosing or recommending any activity	1	2	3	4
ad. Encourage an angry or hostile client to discuss his or her feelings toward you	1	2	3	4
ae. Redirect an emotional client back to the activity	1	2	3	4
af. Use touch to promote a client's engagement in therapy	1	2	3	4
ag. Tell an angry, hostile, or otherwise inappropriate client that his or her behavior is not acceptable	1	2	3	4
ah. Share with a client how his or her behavior makes you feel	1	2	3	4
ai. Ask a client to change his or her maladaptive behavior	1	2	3	4
aj. Ask a client to recommend his or her own goals for therapy	1	2	3	4
ak. Remind a client of his or her existing strengths or capacities	1	2	3	4
al. Tell a client that you are sad or sorry about his or her problem or life situation	1	2	3	4
am. Use touch to reward or reinforce accomplishment or effort	1	2	3	4
an. Share your opinion if a client is considering a major life decision	1	2	3	4
ao. Provide praise or positive reinforcement when a client achieves something	1	2	3	4
ap. Tell a client on the verge of tears that it is ok to cry	1	2	3	4
aq. Name or label a client's achievement in therapy	1	2	3	4
ar. Suggest to a client an alternative way of viewing his or her situation	1	2	3	4
as. Tell a client that his or her negative reaction, behavior, or way of thinking	1	2	3	4

makes sense

at. Tell a client that his or her situation will improve	1	2	3	4
au. Ask questions to help a client identify alternatives	1	2	3	4
av. Tell a client you are confident that he or she can complete a task	1	2	3	4
aw. Other-specify	1	2	3	4

PART 3 – ABOUT YOUR EXPERIENCE AS AN OT:

19. Over the PAST YEAR, how often have you had the following thoughts or feelings about OT practice? PLEASE CIRCLE YOUR RESPONSE TO EACH ITEM

	Never or Almost Never	Sometimes	Frequently	Always or Almost Always
a. Feel frustrated with a client's attitude/behavior/lack of follow-through	1	2	3	4
b. Feel fulfilled in your work as an OT	1	2	3	4
c. Think about how better to help a client during your own leisure or family time	1	2	3	4
d. Think about changing career paths	1	2	3	4
e. Reflect positively on things you have learned from a client	1	2	3	4
f. Feel sorry that a client has not made expected progress	1	2	3	4
g. Feel sad outside the therapy session because of a client's circumstances/struggle	1	2	3	4
h. Feel confident about your skills as a therapist	1	2	3	4
i. Share a sense of similarity/ identity with the lives or life circumstances of your clients	1	2	3	4
j. Feel positive regard (i.e., admiration, respect) for a client	1	2	3	4
k. Reflect outside of the therapy session on what a client's experience of the disability might be like	1	2	3	4
l. Wish you had a formal mechanism for professional support, advice, and supervision on use of self	1	2	3	4
m. Think about your clients during times you do not want to	1	2	3	4
n. Feel bewildered that you just don't understand a client's attitude or behavior	1	2	3	4
o. Enjoy the memory of interacting with a client	1	2	3	4
p. Worry about what might happen to a client outside the therapy session	1	2	3	4
q. Question the quality of therapy you	1	2	3	4

provided a client

r. Feel good about a compliment a client gave me	1	2	3	4
--	---	---	---	---

s. Other - specify	1	2	3	4
--------------------	---	---	---	---

Thank you for taking the time to complete this questionnaire.

ANEXO II

Cuestionario original en castellano

Código: _____

Fecha: _____

Cuestionario:

Uso Terapéutico del Yo en Terapia Ocupacional

Para el propósito de esta encuesta el uso terapéutico del yo es definido como:

“El uso terapéutico del yo es el uso planificado de la personalidad, intuiciones, percepciones y juicios del terapeuta como parte del proceso terapéutico”

(Punwar & Peloquin, 2000); OT Practice Framework: Domain and Process (AJOT, 2003)

Por razones de confidencialidad, se reservarán los datos personales de los encuestados, al amparo de la Ley

Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (B.O.E. núm. 298, de 14 de diciembre de 1999).

Los datos que en él se reflejen serán tratados de manera totalmente CONFIDENCIAL, analizados estadísticamente conjuntamente con el resto de datos procedentes de la muestra empleada en el estudio y utilizados con los fines propios del trabajo de investigación en el que queda enmarcado el propio cuestionario. Por lo tanto, no tenga ningún reparo en contestar con SINCERIDAD, siendo esta condición imprescindible para que los resultados obtenidos tengan auténtico valor práctico.

DATOS PROFESIONALES

Edad	años				
Sexo	Hombre 1	Mujer 2			
Indique el nivel más alto de su aprendizaje (en algún campo):	Diplomado / Graduado 1	Licenciado 2	Especialista 3	Máster 4	Doctor 5
¿Cuánto tiempo lleva trabajando como terapeuta ocupacional?	Menos de 1 año 1	1 a 5 años 2	6 a 10 años 3	11 a 20 años 4	Más de 20 años 5

ACERCA DE USTED

1. Indique su nivel de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

	muy en desacuerdo	en desacuerdo	de acuerdo	muy de acuerdo
1.1. El uso terapéutico del yo es la destreza más importante en mi práctica como terapeuta ocupacional	1	2	3	4
1.2. Mi relación con los pacientes es la clave determinante de los resultados de la terapia	1	2	3	4
1.3. Cuando me gradué estaba suficientemente entrenado en el uso terapéutico del yo	1	2	3	4
1.4. Mi relación con un paciente dado afecta al compromiso del paciente con las actividades terapéuticas	1	2	3	4
1.5. Hay conocimiento disponible suficiente en Terapia Ocupacional acerca del uso terapéutico del yo	1	2	3	4
1.6. El <i>Razonamiento Clínico</i> siempre debería incluir asuntos relacionados con el uso terapéutico del yo	1	2	3	4

2. ¿Cuáles de los siguientes tipos de de entrenamiento en el uso terapéutico del yo ha recibido?

	si	no
2.1. Este tema estaba cubierto en varias clases y/o asignaturas en la escuela de Terapia Ocupacional	1	2
2.2. Yo aprendí acerca de esto durante mis prácticas de Terapia Ocupacional	1	2
2.3. Hice formación continua con talleres o cursos en este tema	1	2
2.4. Aprendí leyendo acerca de este tema	1	2
2.5. Aprendí sobre esto a través de la interacción con profesionales de otras disciplinas en mi lugar de trabajo	1	2
2.6. Busqué consulta o supervisión de un experto después de cursar la formación de Terapia Ocupacional	1	2
2.7. Me formé en psicoterapia y esto influenció mi conocimiento en este área	1	2
2.8. Me formé en otras disciplinas de salud mental	1	2

3. Indique los Marcos de Referencia/Modelos de Ocupación que usted utiliza en su práctica (tantos como considere necesarios)

Biomecánico
Modelo Canadiense
Modelo de Ocupación Humana
Cognitivo-Perceptivo
Psicodinámico
Control Motor/Neurodesarrollo
Otros (especificar)

ACERCA DE SU PRÁCTICA

Por favor, responda todas las preguntas basadas en la práctica y casos que usted ha tratado SÓLO EN EL ÚLTIMO AÑO!

4. ¿En qué campo profesional pasa trabajando la MAYOR PARTE DE SU TIEMPO? (Con independencia de que sea público o privado)? (Sólo una respuesta)

Hospital (pacientes agudos)
Hospital (pacientes de rehabilitación)
Pacientes de rehabilitación ambulatorios
Consulta privada
Colegio o sistema escolar
Atención domiciliaria
Otro (por favor especificar)

5. ¿Cuál es la duración del tratamiento para los pacientes que usted ve en su trabajo? (Señale únicamente la más frecuente)

Menos de 1 semana	1-2 semanas	2-3 semanas	3-5 semanas	de 5 semanas a 1 año	Pacientes de larga duración
1	2	3	4	5	6

CONSIDERANDO SU PRINCIPAL CARGA DE TRABAJO Y SU PRINCIPAL ENCUADRE EN EL ÚLTIMO AÑO...

6. ¿Cuál es la intensidad típica de la terapia por semana que usted aplica en este centro? (Sólo una respuesta)

1 sesión	2 sesiones	3 sesiones	4 o más sesiones
1	2	3	4

7. ¿Qué porcentaje de su trabajo supone terapia individual frente a la terapia de grupo?

Terapia Individual	Terapia de Grupo	Total
		100,00%

8. ¿Con qué población de pacientes pasa la mayor parte de su tiempo trabajando?

Niños (0-12)	Adolescentes (13-18)	Adultos (19-64)	Ancianos (>65)
1	2	3	4

9. ¿Cuál de las siguientes dificultades son el principal motivo de sus pacientes para recibir Terapia

Motrices	Sensoriales	Psicosociales/Psiquiátricas/Abuso de sustancias	Limitaciones del Aprendizaje / Cognitivas / Perceptuales / Intelectuales
1	2	3	4

10. Sin tener en cuenta los diagnósticos / problemas principales de sus pacientes ¿cuáles de los siguientes síntomas aparecen hasta el punto de interferir con la función?

Depresión	1
Ansiedad	2
Cambios de humor	3
Alucinaciones	4
Déficit Atencionales	5
Hiperactividad	6
Estrés postraumático	7
Pensamientos delirantes	8

11. ¿Con qué frecuencia sus pacientes muestran las siguientes conductas hasta el punto en que éstas influyen en el proceso y en los resultados de la terapia?

	nunca	Casi nunca	frecuente	siempre
Dificultad para involucrarse en la actividad	1	2	3	4
Pasividad	1	2	3	4
Dependencia	1	2	3	4
Manipulación	1	2	3	4
Focalización en la pérdida	1	2	3	4
Desesperación sobre el futuro	1	2	3	4
Desconfianza	1	2	3	4
Conductas desadaptativas (p.e.: alcohol, drogas, maltrato)	1	2	3	4

Hostilidad/Agresividad	1	2	3	4
Negación	1	2	3	4
Falta de realismo	1	2	3	4

12. En respuesta a las conductas interpersonales difíciles de sus pacientes, ¿con qué frecuencia usted...?

	nunca	casi nunca	frecuente	siempre
12.1 Reconoce que la conducta interpersonal difícil de un paciente ha tenido un impacto negativo en el resultado de la terapia	1	2	3	4
12.2 Siente que su trabajo es eficaz para prevenir la conducta interpersonal negativa de un paciente que pueda interferir en los resultados de la terapia	1	2	3	4
12.3 Deriva a otros profesionales para trabajar con un paciente con dificultades interpersonales	1	2	3	4
12.4 Trabaja con el paciente dirigiéndose a su conducta interpersonal difícil	1	2	3	4
12.5 Se apoya en la norma de la institución, equipo o de la actividad para abordar las dificultades interpersonales de las personas con las que Uds. trabaja	1	2	3	4

13.- ¿Con qué frecuencia hace usted lo siguiente durante la sesión de terapia?

	nunca	casi nunca	frecuente	siempre
13.1 Preguntar a un paciente sobre su historia de vida.	1	2	3	4
13.2 Observar que la conducta de un paciente está relacionada con algo que usted ha dicho o hecho.	1	2	3	4
13.3 Utilizar el contacto físico.	1	2	3	4
13.4 Animar al paciente a la expresión verbal de sentimientos, pensamientos y conductas.	1	2	3	4
13.5 Verbalizar las conductas interpersonales de un paciente durante la sesión de terapia.	1	2	3	4
13.6 Elegir actividades que reten la percepción del paciente de su capacidad.	1	2	3	4
13.7 Aconsejar a un paciente sobre cómo gestionar sus situaciones personales.	1	2	3	4
13.8 Cambiar su propio estilo interpersonal para mejorar el encuentro con el paciente.	1	2	3	4
13.9 Revelar algo personal sobre usted mismo para ayudar a establecer la confianza con el paciente.	1	2	3	4
13.10 Considerar la personalidad del paciente para realizar la intervención.	1	2	3	4
13.11 Transmitir empatía a través de expresiones verbales y no verbales.	1	2	3	4

13.12 Focalizar en las estrategias de intervención.	1	2	3	4
13.13 Decirle a un paciente cuya conducta no es aceptable que puede cambiarla por otra más adaptativa.	1	2	3	4
13.14 Animar al paciente a que se ponga sus propias metas para la terapia.	1	2	3	4
13.15 Decirle al paciente cuáles son sus capacidades y fortalezas.	1	2	3	4
13.16 Reforzar positivamente cuando el paciente logra algo.	1	2	3	4
13.17 Decir a un paciente a punto de derrumbarse que es bueno llorar.	1	2	3	4
13.18 Expresar confianza al paciente.	1	2	3	4
13.19 Ayudar al paciente a identificar alternativas.	1	2	3	4

ACERCA DE SU EXPERIENCIA PROFESIONAL

14. En el último año, ¿con qué frecuencia ha tenido los pensamientos o sentimientos siguientes como terapeuta ocupacional?

	nunca	casi nunca	frecuente	siempre
14.1. Sentir satisfacción en su trabajo como terapeuta ocupacional	1	2	3	4
14.2. Sentir frustración con las actitudes/conductas/faltas llevadas a cabo por un paciente	1	2	3	4
14.3. Pensar sobre cómo mejorar la ayuda al paciente durante su propio ocio o tiempo de familia	1	2	3	4
14.4. Pensar sobre cambios en la carrera profesional	1	2	3	4
14.5. Reflexionar positivamente en cosas que ha aprendido de un paciente	1	2	3	4
14.6. Sentir tristeza fuera de la sesión de terapia por un paciente	1	2	3	4
14.7. Sentir confianza sobre sus destrezas como terapeuta	1	2	3	4
14.8. Desear tener apoyo, consejo y supervisión profesional en el uso terapéutico del yo	1	2	3	4
14.9. Pensar sobre sus pacientes durante tiempos que no quiere	1	2	3	4
14.10. Sentir confusión porque no comprende actitudes o conductas de un paciente	1	2	3	4
14.11. Disfrutar del recuerdo de la interacción con un paciente	1	2	3	4
14.12. Preocupación sobre lo que le pueda suceder a un paciente fuera de la sesión de terapia	1	2	3	4
14.13. Cuestionar la calidad de terapia que da a un paciente	1	2	3	4
14.14. Sentirse bien por un cumplido que le hace un paciente	1	2	3	4
14.15. Ser consciente de que ha llegado al límite de sus capacidades de intervenir en un paciente	1	2	3	4
14.16. Otros - especificar	1	2	3	4

ANEXO III

Cuestionario adaptado a la cultura Tucumana/Argentina

Están marcadas las partes que cambié desde la versión original en castellano. Las justificaciones y explicaciones de los cambios realizados están en la parte de la metodología.

Fecha:

Código:

Cuestionario:

Uso Terapéutico del Yo en Terapia Ocupacional

Para el propósito de esta encuesta el uso terapéutico del yo es definido como:

“El uso terapéutico del yo es el uso planificado de la personalidad, intuiciones, percepciones y juicios del terapeuta como parte del proceso terapéutico” (Punwar & Peloquin, 2000) y tienen como finalidad optimizar la interacción con los pacientes. En este sentido puede considerarse el uso terapéutico del yo como una herramienta esencial para el trabajo del terapeuta ocupacional (OT Practice Framework: Domain and Process AJOT, 2003).

Por razones de confidencialidad, se reservarán los datos personales de los encuestados, en concordancia con los lineamientos y recomendaciones éticas propuestos por el Comité Nacional de Ética en la Ciencia y la Tecnología (CETCE, 2005, 2006).

Los datos que aquí se reflejen serán tratados de manera totalmente CONFIDENCIAL, analizados estadísticamente conjuntamente con el resto de datos procedentes de la muestra empleada en el estudio y utilizados con los fines propios del trabajo de investigación en el que queda enmarcado el propio cuestionario. Por lo tanto, no tenga ningún reparo en contestar con SINCERIDAD, siendo esta condición imprescindible para que los resultados obtenidos tengan auténtico valor práctico.

DATOS PROFESIONALES

Edad	Años:				
Sexo	Mujer 1	Hombre 2			
Indique el nivel más alto de su aprendizaje (en algún campo):	Terapeuta Ocupacional o Licenciado en T.O. 1	Especialista 2	Máster 3	Otro 4	
¿Cuánto tiempo lleva trabajando como terapeuta ocupacional?	Menos de 1 año 1	1 a 5 años 2	6 a 10 años 3	11 a 20 años 4	Más de 20 años 5

ACERCA DE USTED

1. Indique su nivel de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

	muy en desacuerdo	en desacuerdo	de acuerdo	muy de acuerdo
1.1. El uso terapéutico del yo es la destreza más importante en mi práctica como terapeuta ocupacional	1	2	3	4
1.2. Mi relación con los pacientes es la clave determinante de los resultados de la terapia	1	2	3	4
1.3. Cuando me gradué estaba suficientemente entrenado en el uso terapéutico del yo	1	2	3	4
1.4. Mi relación con un paciente dado afecta al compromiso del paciente con las actividades terapéuticas	1	2	3	4
1.5. Hay conocimiento disponible suficiente en Terapia Ocupacional acerca del uso terapéutico del yo	1	2	3	4
1.6. El <i>Razonamiento Clínico</i> siempre debería incluir asuntos relacionados con el uso terapéutico del yo	1	2	3	4

2. ¿Cuáles de los siguientes tipos de **formación** en el uso terapéutico del yo ha recibido?

	si	no
2.1. Este tema estaba cubierto en varias clases y/o asignaturas en la escuela de Terapia Ocupacional	1	2
2.2. Yo aprendí acerca de esto durante mis prácticas de Terapia Ocupacional	1	2
2.3. Hice formación con talleres o cursos en este tema	1	2
2.4. Aprendí leyendo acerca de este tema	1	2
2.5. Aprendí sobre esto a través de la interacción con profesionales de otras disciplinas en mi lugar de trabajo	1	2
2.6. Busqué consulta o supervisión de un experto después de cursar la formación de Terapia Ocupacional	1	2
2.7. Me formé en psicoterapia y esto influenció mi conocimiento en este área	1	2
2.8. Me formé en otras disciplinas de salud mental	1	2

3. Indique los Marcos de Referencia/Modelos de Ocupación que usted utiliza en su práctica (tantos como considere necesarios)

Biomecánico
 Modelo Canadiense
 Modelo de Ocupación Humana
 Cognitivo-Perceptivo
 Psicodinámico
 Control Motor/Neurodesarrollo
 Otros (especificar)

ACERCA DE SU PRÁCTICA

Por favor, responda todas las preguntas basadas en la práctica y casos que usted ha tratado
¡SÓLO EN EL ÚLTIMO AÑO!

4. ¿En qué campo profesional pasa trabajando la MAYOR PARTE DE SU TIEMPO? (Con independencia de que sea público o privado) (Sólo una respuesta)

Hogares, Institutos de menores, institutos penales
Hospitales (pacientes agudos, internados)
Hospitales de Día o centros de Día
Centros de Rehabilitación
Centros o Servicios de Estimulación Temprana
Consultorios externos (pacientes ambulatorios)
Atención domiciliaria
Centros Educativos Terapéuticos
Escuelas Comunes o Especiales
Centros de Formación Laboral
Otros (especifique)

5. ¿Cuál es la duración del tratamiento para los pacientes que usted ve en su trabajo? (Señale únicamente la más frecuente)

Menos de 1 semana	1-2 semanas	2-3 semanas	3-5 semanas	de 5 semanas a 1 año	Pacientes de larga duración
1	2	3	4	5	6

CONSIDERANDO SU PRINCIPAL CARGA DE TRABAJO Y SU PRINCIPAL ENCUADRE EN EL ÚLTIMO AÑO...

6. ¿Cuál es la intensidad típica de la terapia por semana que usted aplica en este centro? (Sólo una respuesta)

1 sesión	2 sesiones	3 sesiones	4 o más sesiones
1	2	3	4

7. ¿Qué porcentaje de su trabajo supone terapia individual frente a la terapia de grupo?

Terapia Individual	Terapia de Grupo	Total
		100,00%

8. ¿Con qué población de pacientes pasa la mayor parte de su tiempo trabajando?

Niños (0-4 años)	Niños (4-12)	Adolescentes (13-18)	Adultos (19-64)	Ancianos (>65)
1	2	3	4	5

9. ¿Cuál de las siguientes dificultades son el principal motivo de sus pacientes para recibir Terapia

Motrices	Sensoriales	Psiquiátricas	Déficits cognitivos
1	2	3	4

10. ¿Con qué frecuencia sus pacientes muestran las siguientes conductas hasta el punto en que éstas influyen en el proceso y en los resultados de la terapia?

	nunca	Casi nunca	frecuente	siempre
Dificultad para involucrarse en la actividad	1	2	3	4
Pasividad	1	2	3	4
Dependencia	1	2	3	4
Manipulación	1	2	3	4
Focalización en la pérdida	1	2	3	4
Desesperación sobre el futuro	1	2	3	4
Desconfianza	1	2	3	4
Conductas desadaptativas (p.e.: alcohol, drogas, maltrato)	1	2	3	4
Hostilidad/Agresividad	1	2	3	4
Negación	1	2	3	4
Falta de realismo	1	2	3	4

11. En respuesta a las conductas interpersonales difíciles de sus pacientes ¿con qué frecuencia Usted?

	nunca	casi nunca	frecuente	siempre
11.1 Reconoce que la conducta interpersonal difícil de un paciente ha tenido un impacto negativo en el resultado de la terapia	1	2	3	4
11.2 Siente que su trabajo es eficaz para prevenir una conducta interpersonal negativa de un paciente que pueda interferir en los resultados de la terapia	1	2	3	4
11.3 Deriva a otros profesionales para trabajar con un paciente con dificultades interpersonales	1	2	3	4
11.4 Trabaja con el paciente dirigiéndose a su conducta interpersonal difícil	1	2	3	4
11.5 Se apoya en la norma de la institución, equipo o de la actividad para abordar las dificultades interpersonales de las personas con las que Uds. trabaja	1	2	3	4

12.- ¿Con qué frecuencia hace usted lo siguiente durante la sesión de terapia?

	nunca	casi nunca	frecuente	siempre
12.1 Preguntar a un paciente sobre su historia de vida.	1	2	3	4
12.2 Observar que la conducta de un paciente está relacionada con algo que usted ha dicho o hecho.	1	2	3	4
12.3 Utilizar el contacto físico.	1	2	3	4
12.4 Animar al paciente a la expresión verbal de sentimientos, pensamientos y conductas.	1	2	3	4
12.5 Verbalizar las conductas interpersonales de un paciente durante la sesión de terapia.	1	2	3	4
12.6 Elegir actividades que desafíen la percepción del paciente de su capacidad.	1	2	3	4
12.7 Aconsejar a un paciente sobre cómo gestionar sus situaciones personales.	1	2	3	4
12.8 Cambiar su propio estilo interpersonal para	1	2	3	4

mejorar el encuentro con el paciente.				
12.9 Revelar algo personal sobre usted mismo para ayudar a establecer la confianza con el paciente.	1	2	3	4
12.10 Considerar la personalidad del paciente para realizar la intervención.	1	2	3	4
12.11 Transmitir empatía a través de expresiones verbales y no verbales.	1	2	3	4
12.12 Focalizar en las estrategias de intervención.	1	2	3	4
12.13 Decirle a un paciente cuya conducta no es aceptable que puede cambiarla por otra más adaptativa.	1	2	3	4
12.14 Animar al paciente a que se ponga sus propias metas para la terapia.	1	2	3	4
12.15 Decirle al paciente cuáles son sus capacidades y fortalezas.	1	2	3	4
12.16 Reforzar positivamente cuando el paciente logra algo.	1	2	3	4
12.17 Decir a un paciente a punto de derrumbarse que es bueno llorar.	1	2	3	4
12.18 Expresar confianza al paciente.	1	2	3	4
12.19 Ayudar al paciente a identificar alternativas.	1	2	3	4

ACERCA DE SU EXPERIENCIA PROFESIONAL

13. En el último año, ¿con qué frecuencia ha tenido los pensamientos o sentimientos siguientes como terapeuta ocupacional?

	nunca	casi nunca	frecuente	siempre
13.1. Sentir satisfacción en su trabajo como terapeuta ocupacional	1	2	3	4
13.2. Sentir frustración con las actitudes/conductas/faltas llevadas a cabo por un paciente	1	2	3	4
13.3. Pensar sobre cómo mejorar la ayuda al paciente durante su propio ocio o tiempo de familia	1	2	3	4
13.4. Pensar sobre cambios en la carrera profesional	1	2	3	4
13.5. Reflexionar positivamente en cosas que ha aprendido de un paciente	1	2	3	4
13.6. Sentir tristeza fuera de la sesión de terapia por un paciente	1	2	3	4
13.7. Sentir confianza sobre sus destrezas como terapeuta	1	2	3	4
13.8. Desear tener apoyo, consejo y supervisión profesional en el uso terapéutico del yo	1	2	3	4
13.9. Pensar sobre sus pacientes durante tiempos que no quiere	1	2	3	4
13.10. Sentir confusión porque no comprende actitudes o conductas de un paciente	1	2	3	4
13.11. Disfrutar del recuerdo de la interacción con un paciente	1	2	3	4
13.12. Preocupación sobre lo que le pueda suceder a un paciente fuera de la sesión de terapia	1	2	3	4
13.13. Cuestionar la calidad de terapia que da a un	1	2	3	4

paciente

13.14. Sentirse bien por un cumplido que le hace un

1

2

3

4

paciente

13.15. Ser consciente de que ha llegado al límite de
sus capacidades de intervenir en un paciente

1

2

3

4

13.16. Otros – especificar

1

2

3

4

ANEXO IV

Carta de presentacion

Esta carta ha acompañado los cuestionarios que han recibido los profesionales en Tucumán. Porque hay profesionales que no me conocen y creo es importante que ellos tienen una idea de mí y de mi trabajo de investigación.

Carta de presentación

Mi nombre es Gundolf Strehl, soy de origen alemán pero vivo en Tucumán. Estoy trabajando en mi tesis para recibir el título de Licenciado en Terapia Ocupacional, carrera que cursé en la UNSTA.

El motivo de mi comunicación es solicitar su colaboración y participación llenando el cuestionario que presento en las hojas siguientes. Se trata de una adaptación del cuestionario *“Uso terapéutico del Yo en Terapia Ocupacional”*, que evalúa algunas características del trabajo profesional del T. O.



Tenga en consideración que el cuestionario no requiere revelar datos personales, y que toda la información que Ud. aporta amablemente está bajo el resguardo ético correspondiente con los lineamientos y recomendaciones éticas propuestos por el Comité Nacional de Ética en la Ciencia y la Tecnología en Argentina (CETCE, 2005, 2006) y servirá solamente a mi investigación.

El tema de mi tesis es el uso terapéutico del yo, o de la personalidad del terapeuta, en el trabajo y proceso de Terapia Ocupacional, enfocándose principalmente en las prácticas profesionales del área clínica. El uso terapéutico del yo es un aspecto que impacta en la relación terapéutica, en el proceso y el logro de los objetivos. Diversos autores muestran su importancia, aunque las investigaciones sobre el tema son escasas en idioma español. Por eso me interesó presentar en mi tesis algunos aspectos conceptuales sobre el tema, e investigar cómo trabajan los profesionales en Tucumán, en relación a este aspecto.

¡Desde ya muchas gracias! Su aporte es fundamental para mi trabajo de investigación.

Por favor, si tienen algunas preguntas con respecto del cuestionario o necesita que busque el cuestionario con sus respuestas, no dude en contactarse, e iré con gusto donde Ud. lo solicite. Mi celular de contacto es:

381 XXXX XXX

Saludos atentamente

Gundolf Strehl

ANEXO V

Cuestionario que han recibido los profesionales en Tucumán

Cuestionario: Uso Terapéutico del Yo en Terapia Ocupacional

DATOS PROFESIONALES

Edad		Sexo	F	M	
Indique el nivel más alto de su aprendizaje	Terapeuta Ocupacional o Licenciado en T.O.	Especialista	Máster	Otro (Especifique)	
¿Cuánto tiempo lleva trabajando como terapeuta ocupacional?	Menos de 1 año	1 a 5 años	6 a 10 años	11 a 20 años	Más de 20 años

ACERCA DE USTED

1. Indique su nivel de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

muy en desacuerdo en desacuerdo de acuerdo muy de acuerdo

El uso terapéutico del yo es la destreza más importante en mi práctica como terapeuta ocupacional

Mi relación con los pacientes es la clave determinante de los resultados de la terapia

Cuando me gradué estaba suficientemente entrenado en el uso terapéutico del yo

Mi relación con un paciente afecta al compromiso del paciente con las actividades terapéuticas

Hay conocimiento disponible suficiente en Terapia Ocupacional acerca del uso terapéutico del yo

El Razonamiento Clínico siempre debería incluir asuntos relacionados con el uso terapéutico del yo

2. ¿Cuáles de los siguientes tipos de formación en el uso terapéutico del yo ha recibido?

si no

Este tema estaba cubierto en varias clases y/o asignaturas en la escuela de Terapia Ocupacional

Yo aprendí acerca de esto durante mis prácticas de Terapia Ocupacional

Hice formación con talleres o cursos en este tema

Aprendí leyendo acerca de este tema

Aprendí sobre esto a través de la interacción con profesionales de otras disciplinas en mi lugar de trabajo

Busqué consulta o supervisión de un experto después de cursar la formación de

Terapia Ocupacional

Me formé en psicoterapia y esto influyó mi conocimiento en este área

Me formé en otras disciplinas de salud mental

3. Indique los Marcos de Referencia/Modelos de Ocupación que usted utiliza en su práctica (tantos como considere necesarios)

Biomecánico

Modelo Canadiense

Modelo de Ocupación Humana

Cognitivo-Perceptivo

Psicodinámico

Control Motor/Neurodesarrollo

Otros (especificar)

ACERCA DE SU PRÁCTICA

Por favor, responda todas las preguntas basadas en la práctica y casos que usted ha tratado ¡SÓLO EN EL ÚLTIMO AÑO!

4. ¿En qué campo profesional pasa trabajando la MAYOR PARTE DE SU TIEMPO? (Con independencia de que sea público o privado) (Si trabaja en más de un ámbito indique el orden de mayor a menor dedicación [Ej.: 1°, 2°, 3°, ...])

Hogares, Institutos de menores, institutos penales

Hospitales (pacientes agudos, internados)

Hospitales de Día o centros de Día

Centros de Rehabilitación

Centros o Servicios de Estimulación Temprana

Consultorios externos (pacientes ambulatorios)

Atención domiciliar

Centros Educativos Terapéuticos

Escuelas Comunes o Especiales

Centros de Formación Laboral

Otros (especifique)

5. ¿Cuál es la duración del tratamiento para los pacientes que usted ve en su trabajo?

(Señale únicamente la más frecuente)

Menos de 1 semana
(Evaluación)

hasta 6 meses

hasta 1 año

Pacientes de más de 1
año

6. Considerando su principal carga de trabajo y su principal encuadre en el último año, ¿Cuál es la intensidad típica de la terapia por semana que usted aplica en este centro? (Sólo una respuesta)

1 sesión

2 sesiones

3 sesiones

4 o más sesiones

7. ¿Qué porcentaje de su trabajo supone terapia individual frente a la terapia de grupo?

Terapia Individual	Terapia de Grupo	Total
		100,00%

8. ¿Con qué población de pacientes pasa la mayor parte de su tiempo trabajando?

Niños (0-4 años)	Niños (5-12)	Adolescentes (13-18)	Adultos (19-64)	Ancianos (65 o más)
------------------	--------------	----------------------	-----------------	---------------------

9. ¿Cuál de las siguientes dificultades son el principal motivo de sus pacientes para recibir Terapia

Motrices	Sensoriales	Psiquiátricas	Déficits cognitivos
----------	-------------	---------------	---------------------

10. ¿Con qué frecuencia sus pacientes muestran las siguientes conductas hasta el punto en que éstas influyen en el proceso y en los resultados de la terapia?

nunca Casi nunca frecuente siempre

Dificultad para involucrarse en la actividad

Pasividad

Dependencia

Manipulación

Focalización en la pérdida

Desesperación sobre el futuro

Desconfianza

Conductas desadaptativas (p.e.: alcohol, drogas, maltrato)

Hostilidad/Agresividad

Negación

Falta de realismo

11. En respuesta a las conductas interpersonales difíciles de sus pacientes ¿con qué frecuencia Usted ...?

nunca casi nunca frecuente siempre

Reconoce que la conducta interpersonal difícil de un paciente ha tenido un impacto negativo en el resultado de la terapia

Siente que su trabajo es eficaz para prevenir una conducta interpersonal negativa de un paciente que pueda interferir en los resultados de la terapia

Deriva a otros profesionales para trabajar con un paciente con dificultades interpersonales

Trabaja con el paciente dirigiéndose a su conducta interpersonal difícil

Se apoya en la norma de la institución, equipo o de la

actividad para abordar las dificultades interpersonales
de las personas con las que Uds. trabaja

12.- ¿Con qué frecuencia hace usted lo siguiente durante la sesión de terapia?

nunca casi nunca frecuente siempre

Preguntar a un paciente sobre su historia de vida.

Observar que la conducta de un paciente está
relacionada con algo que usted ha dicho o hecho.

Utilizar el contacto físico.

Animar al paciente a la expresión verbal de
sentimientos, pensamientos y conductas.

Verbalizar las conductas interpersonales de un
paciente durante la sesión de terapia.

Elegir actividades que desafíen la percepción del
paciente de su capacidad.

Aconsejar a un paciente sobre cómo gestionar sus
situaciones personales.

Cambiar su propio estilo interpersonal para mejorar
el encuentro con el paciente.

Revelar algo personal sobre usted mismo para ayudar
a establecer la confianza con el paciente.

Considerar la personalidad del paciente para realizar
la intervención.

Transmitir empatía a través de expresiones verbales y
no verbales.

Focalizar en las estrategias de intervención.

Decirle a un paciente cuya conducta no es aceptable
que puede cambiarla por otra más adaptativa.

Animar al paciente a que se ponga sus propias metas
para la terapia.

Decirle al paciente cuáles son sus capacidades y
fortalezas.

Reforzar positivamente cuando el paciente logra algo.

Decir a un paciente a punto de derrumbarse que es
bueno llorar.

Expresar confianza al paciente.

Ayudar al paciente a identificar alternativas.

ACERCA DE SU EXPERIENCIA PROFESIONAL

13. En el último año, ¿con qué frecuencia ha tenido los pensamientos o sentimientos siguientes como terapeuta ocupacional?

nunca casi nunca frecuente siempre

Sentir satisfacción en su trabajo como terapeuta ocupacional

Sentir frustración con las actitudes/conductas/faltas llevadas a cabo por un paciente

Pensar sobre cómo mejorar la ayuda al paciente durante su propio ocio o tiempo de familia

Pensar sobre cambios en la carrera profesional

Reflexionar positivamente en cosas que ha aprendido de un paciente

Sentir tristeza fuera de la sesión de terapia por un paciente

Sentir confianza sobre sus destrezas como terapeuta

Desear tener apoyo, consejo y supervisión profesional en el uso terapéutico del yo

Pensar sobre sus pacientes durante tiempos que no quiere

Sentir confusión porque no comprende actitudes o conductas de un paciente

Disfrutar del recuerdo de la interacción con un paciente

Preocupación sobre lo que le pueda suceder a un paciente fuera de la sesión de terapia

Cuestionar la calidad de terapia que da a un paciente

Sentirse bien por un cumplido que le hace un paciente

Ser consciente de que ha llegado al límite de sus capacidades de intervenir en un paciente

Otros – especificar

ANEXO VI

La conversación con respeto del pedido del uso del cuestionario para mi tesis

La siguiente conversacion via mail es la documentacion del pedido oficial para el uso del cuestionario de la Dra. Cruz Castellanos Ortega de la Universidad de Valladolid donde ella enzeña en la catedra de psicologia y terapia ocupacional.

Lo curioso de esta conversacion es, que fue muy dificil encontrar el correo de la profesora en el internet. Al fin, cuando pensaba que he encontrado el correo de ella, resultaba que fue el correo de la profesora Luz Castellanos Ortega que trabaja en la misma Universidad de Valladolid pero en la facultad de sociologia. Gracias a ella recibí el mail correcto y pudo mandar mi mail y mi pedido a la profesora correcta (Cruz Castellanos Ortega).

Los siguientes cartas son la conversacion que yo tenia con los dos profesoras y incluye mi pedido original.

1. La carta mia con el pedido del permiso del uso del cuestionario

San Miguel de Tucuman, 20 de Marzo de 2018

Estimada Dra. Cruz Castellanos Ortega.

Mi nombre es Gundolf Strehl, soy de origin de alemania y vivo desde mas de 4 años en el norte de Argentina, en la provincia de Tucumán. Donde empecé a estudiar la carera de Terapia Ocupacional en la UNSTA (Universidad del Norte Santo Tomas de Aquin). Mi primera formación de alemania es del psicólogo y desde dos meses tengo mit titulo revalidado para ejercer en el territorio de Argentina.

Estoy en el proceso de escribir mi tesis final en Terapia Ocupacional. El tema de la tesis es "La importancia de la relacion terapeutica en terapia ocupacional: una investigacion enfocada en profesionales de la provincia de Tucumán".

En la buscada de un tema que me interesa y que me da la energia para realizar la investigación y escribir la tesis, encontré el trabajo de Reneé Taylor - "The Intentional Relationship – Ocupacional Therapy and use of self" - y en este camino también la tesis del grado de doctorado de usted. Me encanta el tema y ademas me interesa mucho porque en mi formacion de terapia ocupacional no hay ninguna materia que se ocupa de esta tematica. Y como tengo la formacion de psicologia es algo que creo que es muy importante para el ejercicio de nuestra profesion.

Estoy escribiendo a usted para pedir el permiso de usar el cuestionario que usted han usado en su tesis doctoral. Si usted esta interesado en recibir mis resultado o tambien mi tesis final, yo estoy muy dispuesto de compartir eso. Para mi seria muy importante y de mucha ayuda y validez si puedo usar este cuestionario. Por un lado porque ya esta traducido en castellano y solamente tengo que realizar algunos menores adaptaciones al contexto cultural del norte de Argentina. Y por el otro lado este cuestionario ya tiene una validez por el uso de los 1.125 terapistas ocupacionales que usted han entrevistado. Y por ultimo el trabajo de usted implica tambien el uso del

modelo de Taylor y en este trabajo también está basado el cuestionario que usted han usado. Por esos motivos quiero pedir el uso de su cuestionario por razones científicas.

Espero su respuesta y mando muchos saludos desde Argentina y felices pascuas

Gundolf Strehl

2. La respuesta de la profesora Luz Castellanos Ortega

Von: MARIA LUZ CASTELLANOS ORTEGA <marialuz.castellanos@uva.es>
An: Gundolf Strehl <gundolf.strehl@googlemail.com>
Datum: 26. März 2018 um 06:19
Betreff: Re: pedido de permiso de uso de su cuestionario
Gesendet von: uva.es

Estimado Gundolf Strehl,

estoy segura de que la profesora Mari Cruz Castellanos Ortega estará encantada de contestarte en primera persona en cuanto le reenvíe este mensaje.

Ocorre algo curioso: desde hace varios años, dos profesoras con un nombre muy parecido y exactamente los dos mismos apellidos hemos coincidido en la Universidad de Valladolid, y ambas en el Campus de Segovia. Y digo curioso porque no somos siquiera familia lejana (aunque supongo que en algún momento de la historia, hace muchísimas generaciones, nuestro árbol genealógico compartió alguna línea en lo que hace a nuestro primer apellido común). Es más, aunque impartimos clase en el mismo campus, no nos conocemos personalmente porque pertenecemos a departamentos distintos.

Esta confusión ocurre de vez en cuando, aunque la forma más "graciosa" es la de alumnos/as que escriben quejándose o pidiendo aclaraciones sobre su nota a la una, cuando quieren escribir a la otra ;-)

Yo soy María LUZ Castellanos Ortega. Soy socióloga y, como usted, aún estoy en proceso de terminar y defender mi tesis doctoral... María CRUZ Castellanos Ortega es psicóloga, se doctoró hace cosa de un par de años (creo) y es la persona con la que usted quiere contactar.

Voy a proceder a solicitar en la Conserjería de la Facultad la dirección de correo electrónico de María Cruz, así como a cotejarla con la que yo tenga en mensajes de correo dirigidos a toda la comunidad universitaria de Segovia, y entre esta noche y mañana le reenviaré su correo a María Cruz.

Mucha suerte con la vida y el trabajo en Tucumán. Por allí estuve hace casi una década en viaje de ocio "mochilero" con amigos argentinos, tres semanas a pie y "a dedo" por el norte argentino. Aún conservo mi chubasquero comprado en Tafí del Valle, qué recuerdos.... ;-)

SALUDOS!!

3. La respuesta de la profesora Luz Castellanos Ortega con el correo de la profesora Cruz Castellanos Ortega

Von: MARIA LUZ CASTELLANOS ORTEGA <marialuz.castellanos@uva.es>
An: Gundolf Strehl <gundolf.strehl@googlemail.com>
Datum: 25. April 2018 um 08:10
Betreff: Re: pedido de permiso de uso de su cuestionario
Gesendet von: uva.es

Estimado Gundolf

Ningún trabajo extra, ni mucho menos. Siento la tardanza en mi respuesta.

Acabo de hablar por teléfono con Mari Cruz, y me ha dicho que le puede escribir a:

macruz@psi.uva.es

No le he reenviado el mensaje original, solamente le he comentado por encima el asunto. Así puede establecer el contacto y la correspondencia de nuevo con ella y desde el principio.

Mucha suerte, y un abrazo!

4. La respuesta de la profesora Cruz Castellano Ortega con el permiso de usar el cuestionario para mi tesis final

Von: macruz@psi.uva.es
An: Gundolf Strehl <gundolf.strehl@googlemail.com>
Datum: 29. April 2018 um 13:03
Betreff: Re: pedido de permiso del uso de su cuestionario
Gesendet von: psi.uva.es

Estimado Gundolf Strehl:

Por mi parte no hay ningún problema en que usted use el cuestionario de Renée Taylor traducido al castellano utilizado para mi tesis. Me alegra mucho que esté investigando sobre el tema, yo también considero que la relación terapéutica es nuclear en el proceso de intervención.

Si necesita algo más en lo que pueda colaborar con usted no dude en pedírmelo. Así mismo estaré encantada en conocer el proceso y los resultados de sus investigaciones y, por supuesto, su tesis final.

Mucho ánimo en la elaboración de su tesis y suerte.

Un cordial saludo.

Dra. M^a Cruz Castellanos Ortega
Departamento de Psicología - Universidad de Valladolid
Campus María Zambrano Segovia
Plaza de la Universidad 1 40006 Segovia

ANEXO VII

Tabla 12: Atribución de los numeros por participante a las 3 categorías de la hipótesis 2

En esta tabla esta presentado las porcentajes de cada participante por categoria. En el caso que una categoria tiene mayor porcentaje que los otros dos, atribuyé un punto a esta categoria. En el caso que hay dos categorias con casi el mismo porcentaje (por ejemplo # 7) atribuyé a esas dos categorias medio punto. Y en el caso que los tres categorias tienen casi el mismo porcentaje (por ejemplo # 25) atribuyé a cada categoria un puntaje de 0.33. Al fin de la tabla estan los puntajes sumados por categoria y eso son los numeros que usé en el χ^2 de la hipotesis 2.

#	Formación académica	Experiencia laboral	Características personales	
1	18.59%	44.79%	1	36.62%
2	22.32%	41.74%	1	35.94%
3	19.44%	46.69%	1	33.87%
4	20.90%	42.32%	1	36.77%
5	23.14%	42.22%	1	34.64%
6	16.84%	45.54%	1	37.63%
7	18.59%	40.56%	0.5	40.85%
8	30.00%	35.22%	0.5	34.78%
9	27.97%	36.22%	0.5	35.81%
10	22.99%	41.30%	1	35.71%
11	19.34%	41.84%	1	38.82%
12	26.83%	40.43%	1	32.75%
13	25.63%	36.68%		37.69%
14	17.72%	45.37%	1	36.91%
15	21.07%	43.17%	1	35.76%
16	15.38%	44.55%	1	40.08%
17	24.64%	39.64%	1	35.71%
18	18.99%	40.00%		41.01%
19	28.32%	39.04%	1	32.63%
20	22.72%	41.98%	1	35.30%

La importancia de la Relación Terapéutica en Terapia Ocupacional:
una investigación enfocada en profesionales de la provincia de Tucumán.

21	24.58%		41.69%	1	33.74%	
22	23.17%		41.49%	1	35.34%	
23	22.19%		40.82%	1	36.99%	
24	23.42%		41.83%	1	34.76%	
25	32.41%	0.3	34.30%	0.3	33.29%	0.3
26	17.74%		45.30%	1	36.96%	
27	26.72%		37.63%	1	36.01%	
28	19.39%		43.67%	1	36.94%	
29	24.49%		39.80%	1	35.71%	
30	31.06%		39.21%	1	29.74%	
31	35.35%	0.5	36.50%	0.5	28.15%	
32	35.19%	0.5	34.61%	0.5	30.20%	
33	25.00%		41.27%	1	33.73%	
	Σ	1.3	Σ	27.8	Σ	3.8

Fuentes bibliográficas.

- American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 68 (Suppl. 1), S1–S48. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>
- Bortz, J. (1999): Statistik für Sozial-wissenschaftler. 5° Edición. Editorial Springer. Berlín.
- Castellanos, M. C. (2010). La relación terapéutica en terapia ocupacional. *Terapia Ocupacional: Revista Informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales*, 53, 23-25.
- Briglia, J.; Garcia Sartirana, A. : (2013), Aspectos Contextuales del surgimiento de Terapia Ocupacional en la Argentina; *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, Vol. 13, No. 1, Pag. 33-41;
- Castellanos, M. C. (2016): La Relación Terapéutica y su Enseñanza en Terapia Ocupacional: análisis de la situación en España. Tesis doctoral Universidad de Valladolid. Rescate de 25/10/2017 de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/22102/1/Tesis1182-170112.pdf>
- Clark, K; Corcoran, M.; Gitlin, L. (1994) An Exploratory Study of How Occupational Therapists Develop Therapeutic Relationships With Family Caregivers. *The American Journal of Occupational Therapy*. Rescate del 30/10/2017 en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7573329>
- Cole, B., y McLean, V. (2003). Therapeutic relationships redefined. *Occupational Therapy in Mental Health*, 19(2), 33-56. doi: 10.1300/J004v19n02_03
- CONICET, 2005: Análisis y recomendaciones para una ética en las prácticas de investigación. Rescate del 17/05/2018 en www.mincyt.gob.ar/post/descargar.php?idAdjuntoArchivo=22516
- CONICET, 2006: Lineamientos para el comportamiento ético en las Ciencias Sociales y Humanidades. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas . Argentina, <http://web.conicet.gov.ar/documents/11716/0/RD+20061211-2857.pdf> rescate del 17/05/2018

- Curtesi, C. (2018): Los orígenes de la Terapia Ocupacional en la Argentina, <https://terapiaocupacional.ar.tripod.com> (13.03.2018)
- Demichelis, Mauro (2011); Universidad Nacional del Litoral, Facultad de Humanidades y Ciencias, Maestría en Docencia Universitaria, Tesis: Supuestos teóricos y epistemológicos de los modelos conceptuales de práctica en los objetos de estudio abordados en los trabajos finales de la Licenciatura en Terapia Ocupacional; <http://bibliotecavirtual.unl.edu.ar:8080/tesis/bitstream/handle/11185/561/tesis.pdf?sequence=1> (15.04.2018)
- de las Heras Pablo, Carmen Gloria. (2015): Reflexiones sobre la facilitación del desarrollo de la competencia e identidad ocupacionales con personas que presentan adicciones: Aportes del Modelo de Ocupación Humana; <https://www.slideserve.com/hakan/carmen-gloria-de-las-heras-de-pablo-ms-otr> (20.03.2018)
- Hall, A.; Ferreira P.; Maher, C.; Latimer J.; Ferreira, M. (2010): The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review. *Rev. Phys Ther.* Aug 2010; 90(8):109-110. Rescate del 25/10/2017 en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20576715/>
- Kielhofner, G (2011); *Modelo de Ocupación Humana*. Editorial Médica Panamericana
- Kielhofner, G. (2007): Una Perspectiva en la historia, status actual, y futuro de la Terapia Ocupacional. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, compiladores. *Terapia Ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación* [monografía en internet]. TOG (A Coruña): APGTO 2007 p 106 – 134 [http://www.revistatog.com/mono/num1/mono1_esp.pdf (20.03.2018)]. Disponible en: www.revistatog.com.
- Knight, C. (2012). Therapeutic Use of Self: Theoretical and Evidence-Based Considerations for Clinical Practice and Supervision. *The Clinical Supervisor*, 31, 1–24. doi: 10.1080/07325223.2012.676370.
- Maloney, S., y Griffiths, K. (2013). Occupational Therapy Students' Development of Therapeutic Communication Skills During a Service-Learning Experience. *Occupational Therapy in Mental Health*, 9(1), 10-26. doi: 10.1080/0164212X.2013.760288.

- Meo, Ana I (2010): Consentimiento informado, anonimato y confidencialidad en investigación social. La experiencia internacional y el caso de la sociología en Argentina. <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/aines.pdf> rescate del 17/05/2018
- Peloquin, S. M. (1990). The patient–therapist relationship: beliefs that shape care. *The American Journal of Occupational Therapy*, 47(10), 935-42.
- Peloquin, S. M. (1993). The Patient–Therapist relationship in occupational therapy: Understanding visions and images. *The American Journal of Occupational Therapy*, 44(1), 13-21.
- Peloquin, S. M. (2000): “*Occupational Therapy: Principles and practice*”. 3era. Edición. Ed Lippincott Williams y Wilkins.
- Taylor, R. (2008). *The intentional relationship: occupational therapy and use of self*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Taylor, R. (2011). Uso del "self" en terapia ocupacional: Creando relaciones intencionales. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 13 1-29. Recuperado de <http://www.revistatog.com/num13/pdfs/modelotaylor0.pdf>.
- Taylor, R. (2015). La relación terapéutica y la colaboración con el cliente. Aplicación del modelo de relaciones intencionales. En B. A. B. Schell, G. Gillen, y M. A. Scaffa (Eds.), *Willard & Spackman: Terapia Ocupacional* (12ª ed) (pp. 305-330). México: Editorial Médica Panamericana.
- Taylor, R., Lee, S., Kielhofner, G., y Ketkar, M. (2009). The therapeutic relationship: A nationwide survey of practitioners’ attitudes and experiences. *American Journal of Occupational Therapy*, 63(2), 198-207. doi: 10.5014/ajot.63.2.198
- Whalley Hammell, K. (2012): Client-centred practice in occupational therapy: Critical reflections. Pp 174-181. Rescate del 25/10/2017 en <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/11038128.2012.752032?scroll=top&needAccess=true>