

CAPÍTULO 22

497 I
R

INTRODUCCIÓN A LA EVALUACIÓN Y A LA ENTREVISTA

SECCIÓN I: Consideraciones generales acerca de la evaluación

SECCIÓN II: El proceso de la entrevista en terapia ocupacional

SECCIÓN I

Consideraciones generales acerca de la evaluación

ELLEN S. COHN

BARBARA A. BOYT-SCHELL

MAUREEN E. NEISTADT

Evaluación general

Revisar la información preliminar

Entrevistar al paciente

Sintetizar la información de la entrevista

Observar el desempeño ocupacional e identificar los factores
que influyen en el desempeño

Interpretar los datos de la evaluación para identificar
facilitadores y obstáculos al desempeño

Desarrollar y perfeccionar hipótesis

Fijar metas en colaboración con el paciente

Factores que afectan a la evaluación

Evaluaciones progresivas

Evaluaciones de los resultados

Conclusión

La evaluación es un proceso cooperativo que se centra en el conocimiento de las personas como seres ocupacionales que dan un sentido a sus vidas a través de sus ocupaciones. El proceso de evaluación está basado en un análisis de la interacción entre las personas, sus patrones ocupacionales y los ambientes en los cuales viven, trabajan y juegan (Law, Cooper, Strong, Stewart, Rigby y Letts, 1996). La evaluación en terapia ocupacional puede darse en cualquier ambiente, desde hospitales y escuelas hasta en los ámbitos industriales y comunitarios. Aunque los terapeutas ocupacionales también evalúan las necesidades de las poblaciones o grupos, este capítulo se centra en los aspectos claves del proceso de evaluación. Cada uno de los capítulos en la unidad proporciona descripciones más profundas del proceso de evaluación y las evaluaciones comúnmente utilizadas en la profesión.

EVALUACIÓN GENERAL

La evaluación es el proceso de reunir de la información que utilizan los terapeutas ocupacionales para identificar las ocupaciones y las actividades de la vida diaria que son problemáticas para las personas que buscan los servicios de terapia ocupacional (Rogers y Holmes, 1991). El término *evaluación* se refiere a la totalidad del proceso de reunir información, mientras que el término *examen* se refiere a una estrategia específica o a los instrumentos que los profesionales usan para recopilar dicha información. El proceso de evaluación tiene una

naturaleza dinámica e interactiva. Aunque las evaluaciones se realizan habitualmente al comienzo de la intervención, las evaluaciones continuas se producen durante todo este proceso y al completarlo.

La evaluación inicial se ciñe a las capacidades y a los problemas del paciente para desempeñarse en las actividades vitales valoradas, o el estadio ocupacional. Una vez conocido el estado ocupacional actual, el terapeuta puede comenzar a identificar tanto los factores personales como contextuales que afectan a su desempeño (American Occupational Therapy Association, Commission on Practice [AOTA], en prensa). Es frecuente que los terapeutas se formen una perspectiva de los factores que influyen en el desempeño ocupacional de la persona y comiencen su intervención sobre la base de esa perspectiva inicial. Los factores que influyen en el desempeño ocupacional también son dinámicos; por tanto, deben ser reevaluados continuamente, porque puede estar indicado efectuar cambios en las estrategias de intervención. Es característico que se lleven a cabo evaluaciones graduales para determinar si la persona ha progresado en relación con las evaluaciones previas de desempeño. Se efectúa una evaluación de los resultados (a veces denominada resumen del alta) para establecer el efecto global de la intervención, resumir el desempeño ocupacional actual y determinar qué otra intervención o seguimiento es necesario.

La evaluación que podría llevar a cabo un profesional depende en muchos casos de su entrenamiento. Por ejemplo, los ortopedistas evalúan el estado óseo porque están formados fundamentalmente para tratar trastornos físicos. El centro de interés de los terapeutas ocupacionales es el desempeño ocupacional de las personas, es decir, su capacidad para participar con éxito en las actividades cotidianas elegidas en las áreas de ocupación: las actividades de la vida diaria, también denominadas actividades básicas de la vida diaria o actividades personales de la vida diaria, las actividades instrumentales de la vida diaria y la participación en actividades educativas, laborales, lúdicas, de ocio y sociales (AOTA, en prensa). Estas ocupaciones tienen lugar en distintos contextos y exigen que las personas integren grupos de habilidades de desempeño para cubrir con éxito las demandas de la actividad. Las experiencias de las personas no pueden comprenderse sin conocer los muchos contextos que influyen en el desempeño de las ocupaciones diarias; de tal modo, el terapeuta ocupacional considera las distintas condiciones culturales, sociales, espirituales, temporales y virtuales de la persona y su entorno. Por tanto, evalúa el desempeño de los pacientes en áreas de ocupación, las habilidades, los patrones y los contextos del desempeño, las demandas de actividad y los factores del paciente. La figura 22-1 presenta un diagrama esquemático de este proceso.

El desempeño ocupacional comprende las actividades diarias que son fundamentales para la identidad de una persona y que otorgan sentido a su vida. El perfil ocupacional de una persona refleja, en parte, su sentido de competencia en las actividades ocupacionales, lo cual a su vez influye en cuánto tiempo se dedica y en las decisiones que se toman (AOTA, en prensa). Las ocupaciones particulares que una persona dada decide hacer en su tiempo son un reflejo de lo que considera im-

portante en su vida. Los déficit del desempeño ocupacional solo son significativos si tales ocupaciones tienen trascendencia para las personas en sus ambientes habituales. Por ejemplo, una esposa y madre con un traumatismo craneal puede tener un déficit del desempeño ocupacional en la preparación de las comidas relacionado con problemas de juicio. Sin embargo, si contrató a alguien para que realizara dicha labor y tiene aún los recursos económicos para hacerlo, su déficit en la preparación de comidas no constituye un problema para ella y, por tanto, no debe ser el centro de la evaluación o de la intervención de terapia ocupacional.

En conjunto, las elecciones de actividades pasadas, presentes y planificadas constituyen nuestras narrativas ocupacionales: las historias de nuestras vidas según las cuentan las elecciones ocupacionales (Clark, 1993). Los terapeutas ocupacionales están interesados en ayudar a los individuos a construir o reconstruir sus narrativas ocupacionales (es decir, ayudar a las personas a participar en las ocupaciones o actividades que son importantes para ellas), a pesar de la enfermedad, la discapacidad o las circunstancias de la vida. Los terapeutas ocupacionales sintetizan la información de la evaluación para crear un perfil ocupacional, que resume los deseos, los problemas y las condiciones de la persona, para identificar finalmente sus demandas y necesidades.

Los pasos generales que siguen los terapeutas para crear un perfil ocupacional son los siguientes:

1. Revisar la información preliminar disponible (información de derivación y registros de otras fuentes, incluidos tal vez los servicios previos de terapia ocupacional).
2. Entrevistar a la persona, a quienes están a cargo de su cuidado o a ambos para comprender de qué modo las ocupaciones contribuyen a la identidad de la persona.
3. Sintetizar la información de la entrevista, enfocando en áreas específicas de ocupación y contextos relacionados que deben ser abordados.
4. Observar el desempeño de la persona en actividades ocupacionales preferentes.
5. Seleccionar medidas para evaluar de forma sistemática los factores que probablemente afecten a las habilidades de desempeño ocupacional y a los patrones de desempeño; aquéllos pueden consistir en factores del paciente, factores contextuales y demandas de actividad, todos los cuales son considerados por la importancia de su impacto sobre el desempeño.
6. Interpretar y sintetizar los datos de la evaluación para identificar facilitadores que apoyen el desempeño y los factores que lo dificultan.
7. Resumir la evaluación de las fuerzas y las vulnerabilidades del desempeño ocupacional del paciente.
8. Identificar posibles cursos de intervención a la luz de la evidencia disponible.
9. Analizar con el paciente los hallazgos de la evaluación y las posibles fuentes de intervención.

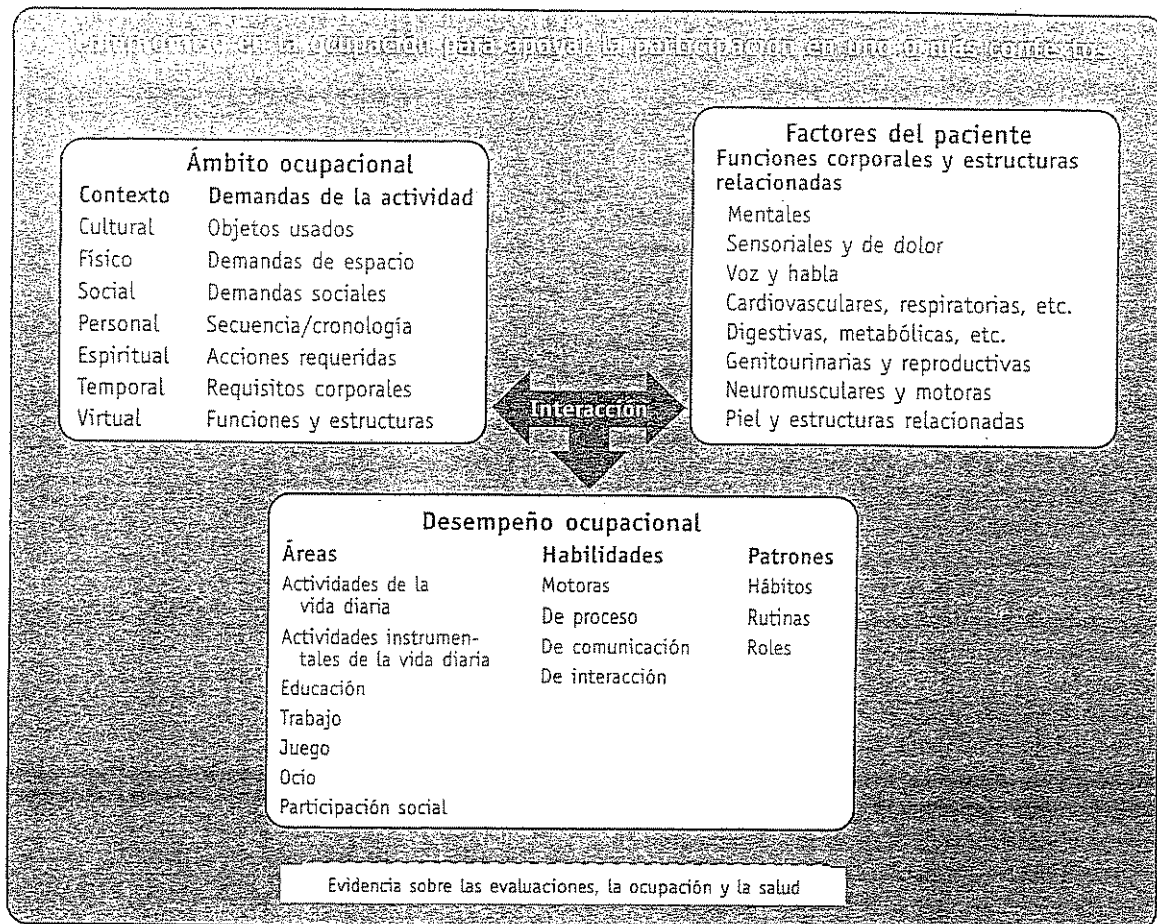


FIG. 22-1. El campo de la terapia ocupacional.

10. Desarrollar objetivos para la intervención que sean compatibles con las prioridades del paciente y que sean factibles a la luz de los hallazgos de la evaluación (AO-TA, en prensa).

En conjunto, estos pasos conducen a una evaluación pormenorizada y eficaz necesaria para planificar la intervención. El proceso de la evaluación se describe más detalladamente en la sección que sigue.

Revisar la información preliminar

Las personas llegan a la terapia ocupacional con antecedentes, un presente vital y deseos para el futuro. Probablemente buscan los servicios de la terapia ocupacional por presentar cierta dificultad, en realizar las actividades y las ocupaciones diarias. Los profesionales necesitan conocer la historia del paciente y sus razones específicas para solicitar sus servicios, si otros profesionales también proporcionan intervención y, si estuviera disponible, la información médica, educativa o social del paciente. La información de derivación puede estar en forma de una llamada telefónica del paciente o de quien lo cuida, un informe escrito de otro profesional o un protocolo estándar en un ambiente particular en donde todas las personas son evaluadas por terapeutas ocupacionales. Los registros o co-

municaciones formales a menudo ayudan a los profesionales a desarrollar imágenes iniciales o un conocimiento de las personas con las que van a reunirse. Estas imágenes iniciales son provisionales hasta que el profesional y el paciente se encuentren. Es posible que se disponga de diagnósticos formales de su estado de salud que pueden proporcionar al terapeuta datos preliminares sobre los problemas potenciales de desempeño ocupacional. Sin embargo, los diagnósticos no pueden informar al profesional de qué modo los pacientes experimentan los problemas y el efecto de los trastornos sobre sus ocupaciones. Los terapeutas deben mantenerse abiertos al conocimiento de la particularidad de cada persona que evalúan.

Entrevistar al paciente

Cuando se reúne con una persona por primera vez, el profesional debe presentarse y explicar el propósito de la consulta. Es importante conocer, desde la perspectiva personal, qué llevó al paciente (o a quien está a cargo de su cuidado) a la terapia ocupacional. La respuesta puede poner de manifiesto las preocupaciones más inmediatas del paciente. Muchas personas presentan ansiedad ante la evaluación, los problemas que los han llevado a la terapia ocupacional y las dificultades que han provocado esos problemas en sus vidas. Es tarea del profesional hacer que las personas se sientan cómodas y seguras a tra-

vés de interacciones respetuosas y empáticas. Esta interacción comienza durante la entrevista. La Sección 2 de este capítulo proporciona pautas específicas sobre cómo llevar a cabo las entrevistas, y la Unidad IV evalúa la alianza terapéutica.

Preguntas guía

Trombly (1995) instó a los terapeutas a usar un enfoque orientado de lo general a lo específico. Para ello, los terapeutas se centran primero en el desempeño ocupacional de las personas, en lugar de poner el énfasis en las limitaciones subyacentes potenciales del desempeño. Hocking (2001) aconsejó a los terapeutas comenzar con entrevistas dirigidas al significado de la ocupación para la persona. Esto requiere un conocimiento de la importancia de los principales temas ocupacionales en la vida de ésta, anterior, presente y proyectada. Por ejemplo, un terapeuta contratado por un departamento de salud pública para ayudar a las familias urbanas que viven en la pobreza podría comenzar la evaluación de terapia ocupacional solicitando a las personas que relaten cómo se ha desarrollado su día, para seguir luego con preguntas de sondeo a fin de conocer cómo se conectan esas actividades diarias con el propósito vital de las personas.

El segundo enfoque para reunir los datos es obtener un conocimiento de las funciones de la ocupación en las personas. Este aspecto aborda la importancia relativa de las diferentes áreas ocupacionales y la contribución que cada una de ellas hace al desarrollo y el estilo de vida del paciente. El conocimiento de la forma de la ocupación implica establecer la calidad del desempeño ocupacional observándolo participar realmente en las ocupaciones deseadas en contextos relevantes, mientras se tienen en mente las expectativas del contexto. El cuadro 22-1 enumera las preguntas que pueden ser útiles para conocer los intereses ocupacionales del paciente.

Sintetizar la información de la entrevista

Sobre la base de la información compartida en la entrevista, el profesional y la persona mencionan y enmarcan en colaboración las áreas de ocupación más importantes para aquélla (Schon, 1983). El profesional y el paciente identifican las ocupaciones más significativas para evaluarlas mejor. La síntesis exige que los terapeutas atiendan cuidadosamente los intereses de la persona y de quien está a su cargo y enfoquen los aspectos más sobresalientes. A menudo, evaluaciones como la Determinación Canadiense de Desempeño Ocupacional (Canadian Occupational Performance Measure; Law, Baptiste, McColl, Opzoomer, Polatajko y Pollock, 1990) y la Evaluación de la Función Escolar (School Function Assessment; Coster, Deeney, Haltiwanger y Haley, 1998) ayudan al terapeuta y al paciente a dar prioridad a áreas clave.

Observar el desempeño ocupacional e identificar los factores que influyen en el desempeño

Una vez establecidas las prioridades, los terapeutas observan a las personas desempeñando las actividades importantes para la ocupación y toman nota de la calidad del desempeño,

CUADRO 22-1. PREGUNTAS GUÍA QUE EVALÚAN EL SIGNIFICADO, LA FUNCIÓN Y LA FORMA DE LAS OCUPACIONES

Significado de la ocupación

- ¿Quién es la persona?
- ¿Cómo se describe?
- ¿Cómo se relacionan las ocupaciones con su identidad?
- ¿Qué significado tienen las ocupaciones para ella?
- ¿Cómo se conectan las ocupaciones con su propósito vital?
- ¿Por qué busca el servicio?
- ¿Cuáles son sus preocupaciones actuales por participar en actividades de la vida diaria?
- ¿Qué significado o identidad desea lograr?
- ¿En qué áreas de ocupación tiene éxito?
- ¿Qué áreas de ocupación son problemáticas?
- ¿Cuál es su historia ocupacional?
- ¿Cuáles son las prioridades ocupacionales y los resultados deseados?

Función de la ocupación

- ¿Qué es lo que no puede hacer?
- ¿De qué modo afecta a la situación ocupacional actual su desarrollo progresivo?
- ¿A quién afectan las exigencias de la persona?
- ¿De qué modo las ocupaciones de las personas o grupos clave la apoyan?
- ¿De qué modo las ocupaciones de personas o grupos clave la dificultan?
- ¿De qué modo podrían las personas o grupos clave proporcionarle un apoyo más adecuado?

Forma de ocupación

- ¿Qué acciones se necesitan para completar con éxito la ocupación?
- ¿En dónde se puede observar la ocupación?
- ¿Cuándo y con qué frecuencia se puede observar?
- ¿Cuál es la calidad del desempeño ocupacional de la persona?
- ¿Qué estándares de desempeño se aplican a las ocupaciones importantes?
- ¿Qué áreas del desempeño ocupacional cubren las expectativas de calidad?
- ¿Qué áreas del desempeño ocupacional no cubren las expectativas de calidad?
- ¿Qué sucederá como resultado del desempeño de la ocupación?
- ¿Qué contextos apoyan la participación en las ocupaciones deseadas?
- ¿Qué contextos están inhibiendo la participación?
- ¿Cuáles son las fuerzas de la persona?
- ¿Cuáles son sus vulnerabilidades?

Adaptado de Hocking (2001).

los patrones de desempeño y las demandas de la actividad. Pueden usar evaluaciones estandarizadas de habilidades del desempeño para esta parte de la evaluación. El capítulo 23 analiza los méritos relativos de las evaluaciones formales e informales, y ayuda a los profesionales a seleccionar los tipos de evaluaciones más apropiados para distintas necesidades de evaluación. Los capítulos 24 a 26 ofrecen descripciones detalladas de las diferentes áreas de ocupación, la habilidad del desempeño, los factores del paciente y las evaluaciones contextuales.

Durante las observaciones del desempeño ocupacional de los pacientes, los profesionales comienzan a formular la hipótesis de qué factores contribuyen al desempeño. Para generar hipótesis sobre el desempeño, analizan la interacción entre las personas y las demandas de la ocupación o actividad en contextos relevantes e identifican los facilitadores y los obstáculos a la participación en las ocupaciones deseadas.

Para tener éxito en el desempeño ocupacional, las personas deben ser eficientes en las habilidades necesarias para el desempeño de las actividades y deben poder armonizar aquellas habilidades en la forma ocupacional necesaria o deseada. Por ejemplo, para interactuar con sus compañeros durante el juego de patear la pelota en el patio durante el recreo, Jeremy de 10 años necesita interpretar las señales sociales de sus compañeros, saber cómo unirse al grupo, contar con las habilidades motoras y de lenguaje para esa actividad, conocer las reglas del juego, esperar su turno y manejar la frustración si alguien le quita la pelota y hace que el equipo quede eliminado. Si el terapeuta ocupacional observa dificultades para patear la pelota, correr y mantener el equilibrio, debe evaluar específicamente las habilidades motoras de Jeremy. Si Jeremy participa en una agitación ritualista de las manos, mientras espera su turno, puede estar indicada una evaluación más completa de los hábitos dominantes. Tal vez Jeremy se acaba de cambiar a la escuela procedente de otro país y se le ve de pie en el borde del campo con el desconcierto retratado en su rostro. En este caso, el terapeuta tal vez deba explorar mejor las experiencias culturales previas de Jeremy.

Interpretar los datos de la evaluación para identificar facilitadores y obstáculos al desempeño

El objetivo de la terapia ocupacional es apoyar el desempeño ocupacional de las personas en las actividades de la vida diaria. Por tanto, los terapeutas ocupacionales analizan las interacciones entre las personas y sus contextos de desempeño según lo representan a través de la ocupación. Un análisis cuidadoso de todos los factores lleva a la identificación de facilitadores y obstáculos al desempeño. Éstos pueden hallarse en muchas áreas. Por ejemplo, los estigmas asociados con la enfermedad mental pueden significar un obstáculo para Sara, portadora de una enfermedad mental grave y madre de un varón de 4 años, Mike. Como la sociedad sigue teniendo ciertas opiniones respecto de la enfermedad mental, Sara puede rechazar la búsqueda de apoyo porque teme perder la custodia de Mike. En esta situación, las actitudes sociales son obstáculos al desempeño de Sara como madre. Las demandas de la actividad también pueden crear obstáculos al desempeño, como en el caso de un niño pequeño que no puede reunirse con un grupo de

niños de edades diversas para participar en un juego muy complejo con múltiples pasos y reglas que cambian constantemente. Por el contrario, los facilitadores pueden apoyar el desempeño ocupacional. Las posiciones y las técnicas de ascensos correctas pueden ayudar a los empleados de transporte a realizar su trabajo. Los facilitadores y los obstáculos pueden ser internos, como el fuerte deseo de tener éxito, o externos, como cuando se usan dispositivos de adaptación para apoyar el desempeño.

Desarrollar y perfeccionar hipótesis

Una vez que los terapeutas conocen la calidad del desempeño ocupacional de las personas dentro de su contexto y los posibles factores que influyen en el desempeño, necesitan controlar sistemáticamente sus hipótesis sobre los problemas de desempeño. Por ejemplo, consideremos a Peter, que tenía dificultades para colocarse una camiseta. El terapeuta podría creer que el problema era la amplitud de movimiento o la fuerza muscular del hombro. Entonces, evaluaría la flexibilidad y la fuerza articular del brazo afectado. Si Peter tiene una movilidad articular completa en su hombro, el terapeuta eliminará la flexibilidad articular de la lista de hipótesis y evaluará la fuerza muscular funcional para ver si es un factor contribuyente. Si los músculos del hombro están débiles, el terapeuta ha de identificar la debilidad del hombro como un factor contribuyente. Por supuesto, en la mayoría de los casos existirá una combinación de varios factores físicos, sociales o emocionales que contribuyen al desempeño.

Fijar metas en colaboración con el paciente

Una vez que la evaluación de terapia ocupacional se ha completado y se conoce el desempeño ocupacional del paciente, el terapeuta debe explorar nuevamente las prioridades establecidas y la situación vital de la persona. El primer paso es revisar la evaluación de terapia ocupacional con el paciente y con quien está a cargo de su cuidado. Éste es el momento de describir las metas y las actividades de intervención factibles. Para que la terapia sea más eficaz, el plan debe realizarse en colaboración con los pacientes y las personas importantes de su vida. A fin de lograrlo, ambos deben comprender y valorar las metas y las recomendaciones de intervención. Los terapeutas buscarán activamente la perspectiva de las personas y prestarán una cuidadosa atención para diseñar intervenciones eficaces.

FACTORES QUE AFECTAN A LA EVALUACIÓN

La evaluación del paciente, como todas las evaluaciones de terapia ocupacional, está moldeada por el ámbito de la práctica o el escenario en el que se desarrolla. En algunos ambientes, como en un programa de intervención temprano, los terapeutas pueden realizar numerosas evaluaciones para obtener un resumen amplio con miras a la intervención a largo plazo. Como alternativa, los terapeutas que se encuentran en un ambiente de cuidados psiquiátricos agudos pueden ser capaces de evaluar solo las áreas de preocupación básica y utilizar esa in-

NOTA DE INVESTIGACIÓN 27-1



Las afirmaciones de la práctica profesional deben verificarse con la investigación

KENNETH J. OTTENBACHER

Uno de los desafíos más complejos que aborda la especialidad de la terapia ocupacional es la de integrar los métodos de la asistencia de la salud basada en la evidencia de la práctica y la educación de terapia ocupacional para establecer una terapia ocupacional basada en la evidencia. La asistencia de la salud basada en la evidencia, a veces llamada práctica basada en la evidencia, fue definida por Sackett, Richardson, Rosenberg y Haynes (1997) como "el uso concienzudo y juicioso de la mejor evidencia actual obtenida de la investigación en asistencia clínica para tratar pacientes individuales". Se ha establecido un total de 12 centros de práctica basada en la evidencia en Estados Unidos, financiados con fondos procedentes de la Agencia para Investigación y Calidad en Salud (Agency for Health Research and Quality) (antes llamada Agencia para Investigación en Políticas de Asistencia de la Salud), en el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Estos centros son responsables de recoger datos y desarrollar pautas para la práctica basada en la evidencia para trabajar con condiciones y trastornos clínicos específicos, que incluyen cardiopatía, cáncer de mama y accidente cerebrovascular.

En su conferencia Eleanor Clarke Slagle, Holm (2000) planteó el desafío de crear una terapia ocupacional basada en la evidencia a médicos, educadores e investigadores. Para lograr este objetivo, debemos formularnos primero algunas preguntas básicas. ¿De dónde provienen los datos en la terapia ocupacional basada en la evidencia? ¿Y quién es responsable de generar, recoger e interpretar estos datos? La evaluación sistemática y el establecimiento de objetivos que comprenden a la persona, a los miembros de la familia y a otros profesionales son los primeros pasos para establecer una terapia ocupacional basada en la evidencia.

Holm, M.B. (2000). Our mandate for the new millennium: Evidence-based practice. [Conferencia Eleanor Clarke Slagle]. *American Journal of Occupational Therapy*, 54, 575-585.

Sackett, D.L., Richardson, W. S., Rosenberg, W. y Haynes, R. B. (Eds.) (1997). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*. New York: Churchill Livingstone.

formación para recomendar una evaluación continua y la intervención en otro ambiente. Además, la capacidad del paciente para comunicar sus intereses ocupacionales puede mejorar a medida que se desarrolla la relación terapéutica. Por ejemplo, alguien que tiene una lesión aguda de la mano puede estar preocupado principalmente por el alivio del dolor y la protección de la zona. Una vez abordadas las prioridades a corto plazo, el paciente podrá atender a las implicaciones ocupacionales más importantes de la lesión de la mano. Por último, cuando se prestan servicios a las poblaciones, los terapeutas deben usar evaluaciones que tengan probabilidad de lograr el máximo rendimiento entre distintos individuos. En todos los casos, las preocupaciones y las prioridades de las personas sirven para enmarcar las decisiones del terapeuta en el proceso de la evaluación.

EVALUACIONES PROGRESIVAS

En algunos ambientes se llevan a cabo evaluaciones progresivas formalmente a intervalos establecidos y determinados por las políticas del lugar y los requerimientos de los pagadores. En otros ambientes las evaluaciones progresivas se efectúan informalmente como parte de la intervención. Los profesionales documentan el desempeño ocupacional durante toda la intervención, modificándola cuando sea apropiado. Los propósitos de una evaluación progresiva son: 1) determinar el progreso del paciente desde la última evaluación; 2) evaluar de nuevo las prioridades de la persona para la intervención; 3) actualizar la situación potencial del paciente después de la intervención; 4) revisar las declaraciones de los

problemas o las capacidades potenciales de desempeño y 5) examinar los objetivos de intervención para reflejar las prioridades del paciente dado cualquier cambio desde la última evaluación.

EVALUACIONES DE LOS RESULTADOS

Las evaluaciones de los resultados generalmente se llevan a cabo poco antes de que una persona esté preparada para completar la terapia ocupacional y se usan para determinar su capacidad para desempeñar las ocupaciones deseadas. Los pasos de la evaluación del resultado son los mismos que los de la evaluación inicial, salvo que la información preliminar comprende el registro del progreso del paciente en terapia ocupacional. Los propósitos de la evaluación de los resultados en terapia ocupacional son: 1) establecer el progreso desde la valoración inicial; 2) documentar el estado del desempeño ocupacional y los factores que apoyan e inhiben el desempeño; 3) documentar las recomendaciones para facilitar el desempeño ocupacional; 4) documentar las recomendaciones para cualquier servicio continuo necesario y 5) documentar la eficacia de la terapia ocupacional para que el paciente participe en una ocupación significativa.

CONCLUSIÓN

Aunque el proceso de evaluación en terapia ocupacional fue presentado de una manera lineal en este capítulo,

en la práctica el proceso es repetitivo y dinámico. El profesional y la persona modifican y revisan continuamente las hipótesis iniciales. El propósito último de la evaluación es

contemplar a la persona como un ser ocupacional, lo cual apoya el diseño y la implementación de una intervención satisfactoria.

SECCIÓN II

El proceso de la entrevista en terapia ocupacional

ALEXIS D. HENRY

¿Qué es entrevistar?

Cuándo y a quién entrevistar

La entrevista inicial: la entrevista como evaluación

Durante el curso de la terapia: la entrevista como intervención

Entrevista a adolescentes mayores y adultos

Entrevista a niños y adolescentes más jóvenes

Por qué entrevistar

Conocimiento de la historia del paciente

Establecimiento de una alianza terapéutica

Recopilación de información y desarrollo del perfil ocupacional

Observación del comportamiento

Identificación de los aspectos favorables y los potenciales problemas del paciente

Esclarecimiento de su rol en el ambiente

Establecimiento de prioridades para la intervención

Cómo entrevistar

Habilidades para una entrevista efectiva

Estructura de la entrevista

Entrevistas en terapia ocupacional

Entrevistas especializadas para niños y adolescentes

Entrevistas especializadas para adolescentes y adultos

Auxiliares de las entrevistas: informes escritos por el paciente

Informes rellenados por el paciente para niños y adolescentes

Informes rellenados por el paciente para adultos

Conclusión

Después de revisar la información preliminar, la entrevista es el primer paso para llevar a cabo una evaluación centrada en el paciente y desarrollar un perfil ocupacional (AO-TA, en prensa). Entrevistar es una habilidad esencial para uno de los procedimientos de evaluación más frecuentes usados por los profesionales de terapia ocupacional. Las metas de la entrevista son tanto producto como proceso. Aparte de reunir información (producto), las entrevistas son útiles porque ayudan a desarrollar una alianza terapéutica con el paciente (proceso).

¿QUÉ ES ENTREVISTAR?

La entrevista ha sido definida como una experiencia verbal compartida, construida conjuntamente por el entrevistador y el entrevistado, organizada alrededor de la formulación de preguntas y respuestas (Mishler, 1986). Aunque el trabajo como entrevistador es fundamentalmente formular preguntas y el trabajo del paciente como entrevistado es fundamentalmente responder, una entrevista efectiva no transcurre de una manera lineal estímulo-respuesta. Por el contrario, el terapeuta y la persona intentan obtener cierto conocimiento compartido de una realidad particular. Esa realidad es la historia del paciente.

Cuando el terapeuta se encuentra por primera vez con la persona, la información que muy probablemente tenga es un rótulo que identifica que aquella presenta un tipo particular de problema. Frecuentemente, adopta la forma de un diagnóstico; por ejemplo, el paciente puede tener un diagnóstico de esquizofrenia, de artritis o de una discapacidad del aprendizaje. Es probable que el diagnóstico lleve a hacer ciertas presunciones sobre los problemas de desempeño ocupacional que podría experimentar la persona sobre la base de la experiencia del terapeuta con otros individuos que tienen ese mismo diagnóstico o su conocimiento a partir del libro de texto del trastorno diagnosticado. En realidad, una información como el diagnóstico es de utilidad relativa en el curso de la intervención. Para desarrollar un plan de intervención significativo, es necesario conocer la situación particular de la persona y es preciso conocerla desde la perspectiva de la persona. En otras palabras, el terapeuta debe conocer la historia del paciente (fig. 22-2).

Cuando un profesional considera el modo en que la situación actual del paciente se ajusta a la historia vital más grande de éste, el terapeuta está pensando narrativamente sobre la persona (Clar, 1993; Frank, 1996; Helfrich y Kielhofner, 1994; Mattingly, 1991; Mattingly y Fleming, 1994). Un enfoque narrativo o de la historia vital implica considerar el conjunto específico de circunstancias que describen la vida de las personas antes de que llegaran a la intervención, de qué modo consideran su propia vida ahora y hacia dónde perciben que se dirigen sus vidas después de la intervención. Cuando piensa narrativamente, el terapeuta trata de conocer los valores y los motivos de los pacientes para poder realizar intervenciones significativas.

Las entrevistas son estrategias que pueden ayudarle a pensar en las personas en términos de narrativa. La historia, las

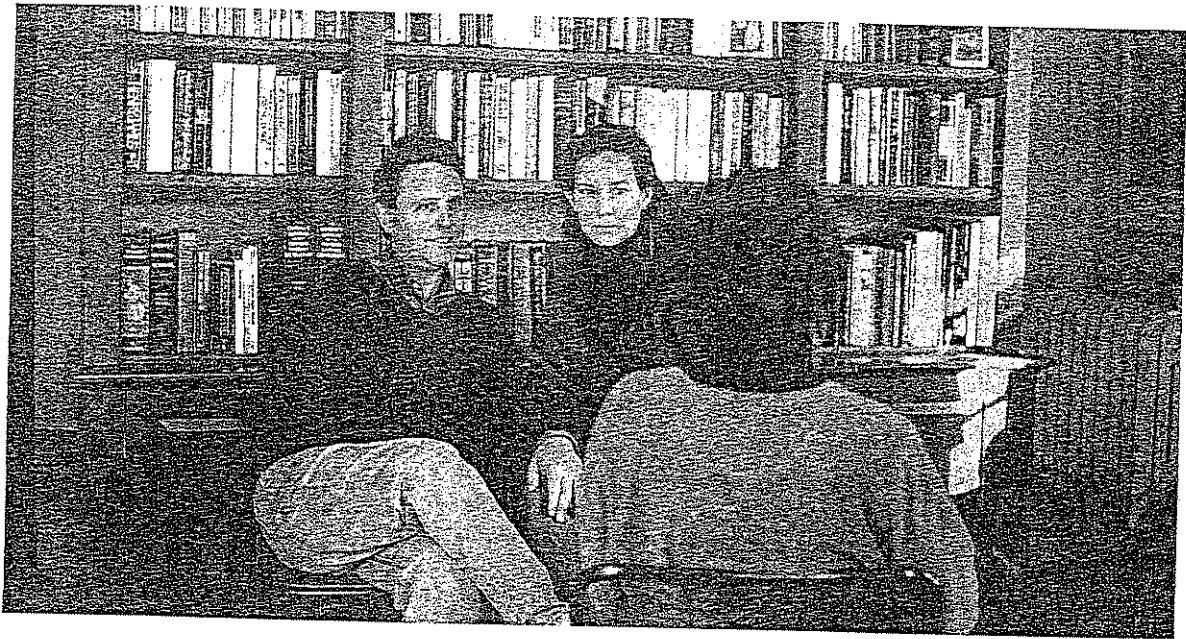


FIG. 22-2. Una terapeuta ocupacional entrevistando a los padres de un niño de 4 años.

metas, las preocupaciones y las aspiraciones son esenciales para determinar el curso de la intervención. Cuando existe un desequilibrio entre su percepción y la del paciente sobre qué es necesario, la intervención probablemente se vea dificultada (Mattingly, 1991). Una percepción compartida de lo que es necesario puede lograrse mejor por medio de un diálogo entre el terapeuta y el paciente.

Las entrevistas son estrategias estructuradas para hacer participar a la persona en un diálogo, aunque funcionan mejor cuando se desarrollan como una conversación normal más que como una sesión formal de preguntas y respuestas. La entrevista siempre debe acordarse al comienzo del proceso de intervención y tiene el objetivo de recabar información específica sobre el paciente. De este modo, una entrevista es uno de los muchos procedimientos que podrían usarse en una evaluación más amplia de un paciente. Sin embargo, dado que es una interacción entre el terapeuta y la persona, la entrevista también es una intervención que puede tener valor terapéutico por sí sola. En el contexto de una entrevista, ambos pueden comenzar a construir una nueva historia vital para el paciente (Mattingly y Fleming, 1994).

CUÁNDO Y A QUIÉN ENTREVISTAR

La entrevista inicial: la entrevista como evaluación

Dado que la entrevista es una parte integral de una evaluación más amplia del funcionamiento ocupacional frecuentemente tiene lugar al comienzo del trabajo con el paciente. En nuestra práctica, la entrevista es casi siempre la primera interacción significativa con un paciente nuevo. Antes de realizar cualquier otra evaluación, nos sentamos a hablar con la perso-

na. Durante esa interacción inicial, han de tenerse en mente dos objetivos primarios. El primero es comenzar a conocer la historia del paciente. ¿Quién es? ¿Qué le trajo aquí? ¿Adónde espera llegar después de la intervención? Las respuestas a estas preguntas dan forma a las sugerencias para el trabajo que podemos hacer juntos en el tiempo que disponemos. El segundo objetivo, aunque no relacionado con el primero, es establecer un vínculo de colaboración. Estos objetivos de la entrevista y otros se analizan más adelante en esta sección.

Durante el curso de la terapia: la entrevista como intervención

Aunque la entrevista se realiza casi siempre al comienzo del proceso de intervención, el inicio no es el único momento en el que una entrevista puede ser necesaria. Una entrevista que tiene lugar después de que ha comenzado el trabajo con una persona puede ser tanto una forma de reevaluación como una intervención. Estas entrevistas suelen ser menos estructuradas que las del proceso de recolección de datos utilizado durante la fase de evaluación inicial. Este tipo más informal de evaluación puede involucrar al profesional y al paciente en la revisión de lo que ha sucedido hasta el momento y en la anticipación y en la planificación para el futuro. Este análisis puede ayudar a la persona a plasmar una imagen de un yo futuro capaz de hacer más de lo que la persona puede hacer ahora. Tales imágenes son importantes para convertir la intervención en algo en que la persona pueda comprometerse e invertir (Helfrich y Kielhofner, 1994; Polkinghorne, 1996). Además, la revisión en conjunto del trabajo del terapeuta puede ser una estrategia útil cuando parece estar en un punto muerto, cuando da la impresión de que la intervención no está progresando. En conjunto, el terapeuta y la persona pueden preguntarse: "¿Qué

es lo que no está funcionando?" y "¿Qué podemos hacer para mejorar las cosas?". De esta forma, la entrevista es un instrumento de colaboración empleado repetidamente durante todo el proceso de intervención.

Entrevista a adolescentes mayores y adultos

La mayoría de los adolescentes mayores y adultos que encuentra el profesional en la práctica son candidatos apropiados para la entrevista. Las técnicas para realizar la entrevista que se analizan más adelante en esta sección se aplican, en su mayor parte, a entrevistar pacientes de todas las edades. Sin embargo, algunas personas no son candidatos apropiados para las entrevistas o solo deben ser entrevistadas en situaciones sumamente estructuradas. Por ejemplo, los pacientes con depresión severa pueden tener dificultad para concentrarse y responder a las preguntas de la entrevista; los afectados de manía pueden estar demasiado distraídos por los estímulos externos como para prestar atención en una entrevista. Las personas con psicosis pueden tener un pensamiento tan desorganizado que es difícil comprender las respuestas a las preguntas. Las personas con déficit expresivos o receptivos del lenguaje (p. ej., afasia) es posible que no entiendan las preguntas o que no puedan responder aun cuando las comprenden. Si una entrevista se aborda como una conversación, un período en el cual terapeuta y paciente conversan, más que como una evaluación formal del paciente, entonces la continuación o la suspensión de la entrevista (si parece necesario) puede realizarse sin que aquél sienta que no ha respondido a la evaluación como debiera.

Entrevista a niños y adolescentes más jóvenes

Aunque la pediatría es una de las áreas de práctica más amplia en terapia ocupacional, hasta hace poco casi no se había desarrollado ningún procedimiento de entrevista para reunir datos sobre el comportamiento ocupacional de los niños directamente de éstos, y solo se había desarrollado una entrevista para aplicar a los adolescentes (Black, 1976). Se han realizado algunos progresos en el desarrollo de la entrevista y otros procedimientos de autocomunicación para su empleo con los niños; algunos de estos procedimientos se analizan más adelante en este capítulo.

Los niños plantean al entrevistador un problema particular. La capacidad de los niños para describir sus experiencias y sus sentimientos depende de su adquisición de las habilidades cognitivas, lingüísticas y sociales necesarias (Stone y Lemanek, 1990). Antes de los 7 u 8 años de edad, la mayoría de los niños se describe solo en términos de las características y comportamientos observables y establecen diferenciaciones entre ellos y los otros sobre la base de estos rasgos más que sobre los estados internos. Por ejemplo, una niña pequeña puede ser capaz de describirse en términos de atributos físicos (p. ej., "tengo ojos azules"), posesiones (p. ej., "tengo un gato") o actividades preferidas (p. ej., "me gusta andar en bicicleta"). Sin embargo, estas ideas sobre el yo no son integradas en un autoconcepto global (Stone y Lemanek, 1990). Además, los niños pequeños pueden presentar dificultades para rotular o comunicar verbalmente su estado emocional subjetivo (LaGreca, 1990). Los niños pequeños también tienen problemas para re-

lacionar los hechos en un orden temporal, especialmente si sucedieron en un pasado (relativamente) distante.

Aproximadamente a los 8 años de edad, los niños adquieren un sentido más global del yo. A partir de esta edad son más capaces de comunicar sus pensamientos y sentimientos, y de proporcionar información más precisa respecto de diversas experiencias y situaciones. Durante la adolescencia, la capacidad de autorreflexión se incrementa aún más. Los adolescentes tienen la capacidad de describirse en términos psicológicos e interpersonales abstractos más que en los términos físicos concretos usados por niños más pequeños. Además, los adolescentes comienzan a evaluar críticamente sus propios pensamientos y conductas y a analizar las reacciones de los otros a su comportamiento (Stone y Lemanek, 1990). Por tanto, a medida que aumenta la autoconciencia, los niños mayores y los adolescentes más jóvenes pueden responder a las preguntas de la entrevista con una complejidad creciente. Sin embargo, el mayor uso de las comparaciones sociales y la mayor conciencia psicológica que llegan a medida que los niños crecen pueden coincidir con la tendencia a responder a las preguntas de la entrevista de una manera socialmente deseable (Stone y Lemanek, 1990).

Otros factores influyen en la forma en que los niños y adolescentes responden durante las situaciones de la entrevista. Uno de los más importantes es el desequilibrio intrínseco de poder en la relación entre un niño y un entrevistador adulto (Cohn, 1994). En general, los adultos tienen mayor poder social que los niños; éstos, en gran parte, están socializados para responder a los adultos de la manera en que creen que los adultos desean escuchar. Debido al desequilibrio de poder real o simplemente percibido, los niños pueden elaborar, no de un modo intencional, respuestas a las preguntas para agradar a un entrevistador adulto (Cohn, 1994).

El establecimiento de una relación y un sentido de confianza son críticos para que la entrevista tenga éxito. Hacer participar a un niño en una actividad lúdica o en una conversación sobre su película o su libro favorito antes de la entrevista puede ayudar a establecer la relación. Una comunicación honesta con los adolescentes en cuanto a las razones de la entrevista y la naturaleza confidencial de ésta contribuye a infundir confianza. Una comunicación apropiada para la edad es otra clave para una entrevista favorable. Con los niños pequeños, se recomienda el uso de un vocabulario sencillo, frases cortas y preguntas concretas y directas (p. ej.: "¿Qué haces en el colegio?") (Cohn, 1994). En general, los adolescentes pueden responder preguntas de final más abierto (p. ej., "Cuéntame sobre cómo te va en el colegio").

Por último, el proceso de recoger información referente a las ocupaciones de los niños debe involucrar a otras personas de su ambiente, como los padres y los profesores (LaGreca, 1990). Puesto que los niños se encuentran bajo el control social de otras personas, su comportamiento en un ambiente puede no ser el mismo que su comportamiento en otro ambiente. Por tanto, es importante reunir información de los múltiples contextos dentro de los cuales funciona el niño. Además, como otras personas derivan a los niños para la intervención, habitualmente uno de los padres, es importante conocer y respetar la perspectiva de aquellos que pueden estar angustiados por el comportamiento del niño (LaGreca, 1990).

NOTA HISTÓRICA



El trabajo de Ruggles con personas como parte de la evaluación

SUZANNE M. PELOQUIN

Ora Ruggles, auxiliar de rehabilitación, ayudó a muchas personas utilizando la ocupación. En el Fuerte McPherson un paciente difícil la tenía al principio muy preocupada, de modo que consultó con el médico para obtener más información. Así supo que Kilgore había sido vaquero, cuya experiencia en la guerra había alimentado una furia que él no manifestaba.

Ruggles visitó al capataz de la herrería. Después, buscó a Kilgore, le mostró un diseño de espuelas y le pidió si podía ayudarla a iniciar una clase basada en el trabajo del metal. Al cabo de una hora, Kilgore estaba trabajando energicamente en ello. Años más tarde, le escribió a Ruggles sobre su rehabilitación personal, que fue posible gracias a que ella había captado correctamente sus problemas y sus virtudes:

He estado pensando mucho ultimamente, Ruggie. Comencé la semana pasada cuando algunos de los muchachos de los alrededores de la ciudad me pidieron que me presentara a alcalde.... Me hace reconocer nuevamente cuánto te debo, Ruggie. Me pregunto que pensarían los muchachos que me pidieron que me presentara a alcalde si hubieran conocido al médico del ejército que una vez escribió en mi historia clínica: "Este hombre es una amenaza para la sociedad". (Carlova y Ruggles, 1946, pag. 91)

La gratitud de Kilgore es evidente; habla de haber sido visto no como la personificación de un problema, sino como una persona con fuerzas reales. Una evaluación así puede despertar en muchas personas el coraje que necesitan para el cambio.

Carlova, J. y Ruggles, O. (1946). *The healing heart*. New York: Messner.

- ¿Cómo era un día normal antes de que acudiera a éste?
- ¿Qué era y qué es importante para la persona?
- ¿Hacia adónde espera encaminarse después de dejar al terapeuta?

Formular y valorar las respuestas a estas preguntas es lo que significa estar "centrado en la persona" (Law, 1998). Las respuestas individualizan y dan prioridad a la intervención con esa persona particular.

Establecimiento de una alianza terapéutica

Como una entrevista es una interacción entre dos personas, comienza a desarrollarse una relación durante su transcurso. A lo largo de ésta, el terapeuta desea establecer una relación con la persona que lo ayudará a fijar y alcanzar las metas de la intervención. La forma en la que el terapeuta conduce la entrevista estimula o inhibe el desarrollo de esa relación. A medida que habla con el paciente, su aptitud para comunicar un sentido de preocupación y respeto por éste, la información que compartirá y su capacidad para ser real y genuino en la interacción recorren un largo camino para fundamentar esa relación.

El paciente ha llegado al profesional en busca de apoyo. Para que advierta que el terapeuta es alguien capaz de ayudarlo, se debe crear un clima de seguridad, confianza y colaboración entre ambos (Okun, 1997). La entrevista puede aumentar el sentido de colaboración porque le brinda la oportunidad al profesional de comunicar que tiene en cuenta lo que es importante para la persona. En la medida en que se consolida una relación de colaboración con el paciente, es mucho más probable que el terapeuta logre las metas de la intervención (Neistadt, 1995; Tickle-Degnen, 1995).

Recopilación de información y desarrollo del perfil ocupacional

Las entrevistas de terapia ocupacional se utilizan para recoger información sobre el funcionamiento de la persona en las ocupaciones. La mayoría de las entrevistas considera el funcionamiento actual o reciente de la persona; algunas también tienen una perspectiva histórica y buscan comprender el funcionamiento de la persona en el tiempo. Aunque las preguntas específicas varían a lo largo de las diferentes entrevistas, en general solicitan información sobre el uso diario del tiempo, la participación pasada y actual en roles (p. ej., trabajador, estudiante, ama de casa, padre), la participación en juegos y ocio y los valores, las metas y el sentido de competencia en relación con las ocupaciones. Algunas entrevistas incluyen preguntas sobre el ambiente actual de la persona (humano y no humano), de modo que se pueda evaluar si apoya o limita su desempeño. Esta información determina el perfil ocupacional (AOTA, en prensa).

Es preciso reunir información respecto del funcionamiento pasado de la persona, porque con frecuencia es uno de los factores predictivos más importantes del funcionamiento futuro. La discapacidad, las limitaciones y las restricciones asociadas con un estado particular de salud pueden pronosticar en cier-

POR QUÉ ENTREVISTAR

Conocimiento de la historia del paciente

Una de las razones más importantes para entrevistar a la persona es poder conocer mejor cómo percibe las cosas. Ya comentamos que la entrevista es una oportunidad para que los pacientes narren su historia. Mattingly (1991) señaló que "una discapacidad es algo que interrumpe y cambia irreversiblemente la historia vital de una persona... la terapia puede observarse como una historia corta dentro de la historia vital más prolongada del paciente" (pág. 1.000). Durante el curso de la entrevista, el terapeuta está intentando descubrir la trama de la historia del paciente. Antes de la entrevista, el profesional podría tener alguna información general sobre la persona y, a través de la entrevista, intentará completar las particularidades de la historia. De tal modo, las preguntas principales deben ser parecidas a las que se exponen a continuación:

- ¿Qué sucedió?
- ¿Cómo llegó el paciente al terapeuta?

ta medida el futuro de una persona (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001). Pero los éxitos que ha tenido en el pasado, en especial en el pasado reciente, a menudo son recursos sobre los cuales el paciente puede avanzar. Las metas y el sentido de superación de las personas marcan su deseo y su motivación para retornar a su vida previa.

Observación del comportamiento

Durante el curso de la entrevista, el terapeuta tiene la oportunidad de observar el comportamiento del paciente. La capacidad de éste para participar en una entrevista puede revelar mucho sobre su desenvolvimiento actual. El profesional puede hacer observaciones sobre su nivel de energía, su vigor, afecto, comprensión, memoria, concentración, organización de los pensamientos, aspecto físico y conducta interpersonal.

- ¿Puede ser capaz de participar activamente a través de una entrevista de 45 minutos sin fatigarse?
- ¿Parece depresivo o alegre?
- ¿Su memoria se conserva intacta? Por ejemplo, ¿puede recordar las fechas de sus últimos cinco trabajos y relacionarlas en orden cronológico?
- ¿Comprende las preguntas que se le formulan?
- ¿Puede transmitir su historia de una manera comprensible?
- ¿El pensamiento es organizado y está dirigido a las metas, o parece perder la hilación?
- ¿Está vestido y aseado correctamente para la situación o parece descuidado?
- ¿Es amigable y abierto para dar información o parece enojado, hostil o se resiste a ser entrevistado?

El grado de participación del paciente durante una entrevista puede indicar la medida de su participación en las intervenciones. Por supuesto, si parece estar a la defensiva o estar reticente durante la entrevista, es importante preguntarse si existe algo que el terapeuta esté haciendo para que el paciente se sienta a la defensiva.

En nuestra práctica hacemos los tipos de observaciones conductuales descritos con anterioridad cuando entrevistamos a una persona. De tal modo, la entrevista inicial sirve como un procedimiento de cribado que indica otras evaluaciones basadas sobre el desempeño que podría ser apropiado realizar.

Identificación de los aspectos favorables y los potenciales problemas del paciente

A medida que la entrevista progresa y se comienza a tener un conocimiento más profundo de la historia del paciente y a observar su comportamiento, el terapeuta debe empezar a formarse una idea de los aspectos favorables de la persona y los problemas que podrían ser tratados mediante intervenciones de terapia ocupacional. Todas las personas, cualquiera que sea su discapacidad, tienen ciertas virtudes (capacidades actuales, experiencias pasadas y apoyo y recur-

sos ambientales) que ayudarán a su trabajo con el profesional. Es importante identificarlas lo más pronto posible, ya que el paciente podrá basarse en estas ventajas en el curso de la intervención.

Los problemas también comenzarán a tomar forma a partir de las cosas que le comenta la persona y las que el profesional observa. Sin embargo, es importante recordar que esta idea inicial sobre los problemas es provisional y debe ser sometida a una revisión a medida que ambos comienzan a trabajar juntos. Además, es posible que el terapeuta tenga una perspectiva de los problemas que enfrenta la persona distinta de la perspectiva que tenga ésta. El terapeuta debe compartir la impresión inicial con el paciente para confirmar en qué medida están viendo las cosas de la misma forma. Esto implica establecer nuevamente lo que aquél ha percibido como las principales preocupaciones de la persona y compartir sus impresiones y observaciones durante la entrevista en relación con sus virtudes y los problemas potenciales. Al participar en el establecimiento mutuo de problemas, se sientan las bases para una relación de cooperación centrada en la persona. Al final de la entrevista, el profesional podría decirle: "Bien, a partir de lo que me contó, parece que estuviera preocupado por..., y creo que usted presenta también cierta dificultad con...". El objetivo es que ambos lleguen a un acuerdo sobre de los problemas que enfrenta el paciente.

Esclarecimiento de su rol en el ambiente

El terapeuta también puede usar el final de una entrevista para elaborar y esclarecer su rol en el ambiente y el trabajo que él y el paciente pueden realizar juntos. No debe sorprenderse si el paciente no sabe lo que hacen los terapeutas ocupacionales. En este punto, puede explicarle qué servicios ofrece la terapia ocupacional, qué opciones podrían estar disponibles para él, si el terapeuta y otros prestadores (p. ej., fisioterapeuta, enfermera o trabajador social) podrían trabajar con la persona juntos, o si la persona podría ser derivada a otro prestador para un servicio que no ofrece la terapia ocupacional. Es el momento de hacer recomendaciones iniciales acerca de las posibles intervenciones.

Establecimiento de prioridades para la intervención

Una vez que el profesional y el paciente están de acuerdo en el trabajo que se debe hacer, que el terapeuta ha explicado su rol y los servicios que puede ofrecer y una vez que haya efectuado algunas recomendaciones iniciales para la intervención, ambos pueden trabajar en conjunto para establecer las prioridades de intervención. Estar centrado en la persona significa que sus prioridades deben ser las del profesional; sin embargo, es importante reconocer otros factores que pueden gravitar en las recomendaciones del terapeuta. Por ejemplo, éste podría estar influido por los servicios más fácilmente prestados en nuestro ambiente, sus propios intereses y competencias, o los fondos y el reembolso. Los objetivos y las prioridades de la persona son fundamentales para determinar el curso de la intervención. Hacer participar a la persona en el establecimiento y las prioridades de las metas es una buena forma de terminar una entrevista.

CÓMO ENTREVISTAR

Puede parecer que la entrevista se desarrolla en forma natural; después de todo, usted conversa con las personas todos los días. Pero, en realidad, gran parte de nuestra comunicación cotidiana con otras personas es muy superficial. Cuando el terapeuta lleva a cabo una entrevista con un paciente, está participando en un diálogo con el propósito expreso de intentar comprender a esa persona para que pueda ser útil (Okun, 1997). Por tanto, la *comunicación terapéutica* difiere de la conversación cotidiana de manera fundamental. El desarrollo de las habilidades de comunicación necesarias para convertirse en un entrevistador eficaz exige tiempo y experiencia. Las habilidades de una entrevista efectiva y las formas de estructurar una entrevista terapéutica se analizan a continuación.

Habilidades para una entrevista efectiva

Preparación

La preparación para la entrevista es un primer paso importante. Antes de llevar a cabo una entrevista, el profesional debe prepararse a sí mismo, a la persona y al ambiente. En la preparación, el terapeuta debe tener cierta idea de las preguntas que desea formular. Se han publicado en años recientes varios procedimientos para la entrevista en terapia ocupacional (analizados más adelante). Nosotros recomendamos firmemente usar uno de los procedimientos de entrevista disponibles, en lugar de desarrollar el propio, porque estos métodos por lo general han sido examinados en términos de fiabilidad y validez.

Si el terapeuta es un entrevistador novel, debe practicar antes de realizar la entrevista a su primer paciente. Observar entrevistadores experimentados y tomar nota de qué modo estructuran la entrevista, formulan preguntas y responden a la información que la persona comparte es una buena manera de comenzar el concepto de cómo fluye una entrevista. También podría practicar la ejecución de la entrevista con un colega o un supervisor y solicitarle que le dé su opinión. La grabación en cintas de video y la crítica de las entrevistas de práctica es otra forma útil de perfeccionar las habilidades con ese propósito.

Antes de llevar a cabo la entrevista con un paciente, debe leer la información preliminar disponible sobre éste. Tal información podría darle algunas ideas iniciales de las áreas que es necesario tocar durante la entrevista. Además, la información sobre el diagnóstico o el problema de presentación del paciente le ofrecerá una noción de cuán activamente puede participar en la entrevista, es decir, si solo podrá tolerar una entrevista corta o si es posible que no esté preparado para una entrevista en este momento. El personal de enfermería u otras personas que están en contacto íntimo con el paciente podrían aportar información útil respecto de cómo se está desempeñando ese día.

Además de prepararse, el terapeuta debe preparar al paciente para la entrevista. Pocas veces nos acercamos a una persona a la que nunca hemos visto antes y le preguntamos si podemos entrevistarla en ese momento. En cambio, nos aproximamos a ella, nos presentamos y explicamos brevemente nuestro rol en

el lugar. Entonces le pedimos permiso para realizar la entrevista, le expresamos resumidamente el contenido y el propósito de ésta y programamos una cita. La programación de una cita (aun cuando sea poco tiempo después, ese mismo día) le brinda al paciente algún grado de control, ya que tiene cierta elección sobre cuándo se le verá. Algunas horas del día son mejores que otras para muchas personas. Por ejemplo, los pacientes con depresión generalmente se sienten peor por la mañana y experimentan mejoría en su humor y su nivel de energía a medida que progresa el día. Si le permite al paciente cierto margen de control en una situación en la cual puede sentirse fuera de control, el terapeuta contribuirá a establecer una relación de cooperación.

Por último, se debe prestar cierta atención al ambiente en el que transcurrirá la entrevista. Obviamente, lo más deseable es un lugar privado. Algunas de las preguntas que el profesional formulará son sumamente personales, y un espacio apartado hará que ambos se sientan más cómodos. El terapeuta no debe hacer presunciones sobre qué preguntas son personales para un paciente en particular. Es común observar que un paciente manifieste una respuesta emocional para una pregunta que el terapeuta juzgaba que era neutral. Las sillas deben estar separadas por una distancia apropiada (1 m a 1,20 m), la habitación debe tener una temperatura confortable para ambos y estar bien iluminada. Es preciso tener a mano pañuelos y agua. Si no fuera posible contar con un lugar privado, se debe crear un ambiente de intimidad en un espacio más abierto disponiendo las sillas en un ángulo de la habitación. En lo posible, nuestra preferencia es entrevistar al paciente mientras permanece en la cama.

Interrogatorio

La entrevista comprende la formulación de preguntas. La manera en que se plantean las preguntas influye en la calidad y la cantidad de información que puede obtenerse y, por tanto, en el nivel de conocimiento de la historia del paciente. El modo en que se formulan las preguntas también tiene importancia por cómo las percibe la persona y afectan al desarrollo de la relación con ésta. En general, las preguntas con final abierto estimulan al entrevistado a contar su historia y es probable que brinden más información significativa que las preguntas cerradas que requieren respuestas de "sí" o "no" o muy breves. Por ejemplo, la pregunta: "¿Te gusta tu trabajo?" puede ser respondida con un sí o con no. Sin embargo, la frase "Dime que te gustaba de tu trabajo" probablemente conduzca a una respuesta más elaborada. Además, el uso de sondeos y preguntas de seguimiento (p. ej., "Cuéntame más sobre eso") anima a la persona a relatar su historia. Durante el curso de una entrevista, es probable que se formulen dos tipos de preguntas: las fácticas y las descriptivas (p. ej., "¿De qué trabajas?") y aquellas que están destinadas a obtener datos más narrativos. Las preguntas narrativas arrojan información sobre acontecimientos de la vida de la persona y sus percepciones y motivos en relación con esos hechos (p. ej., "Háblame de la época en la que el trabajo te iba muy bien"). Kielhofner y Mallinson (1995) sugirieron que una entrevista eficaz comprende el entretrejeado de estas dos formas de interrogatorio. Para algunas personas pue-

de ser conveniente un enfoque más estructurado y fáctico del interrogatorio. Por ejemplo, una persona cuyo pensamiento está desorganizado tal vez tenga dificultades para responder con coherencia preguntas de extremo más abierto o narrativas, pero puede ser capaz de contestar a una pregunta más estructurada, como "¿Dónde vives?". Por lo general, será evidente cuándo es necesario usar un enfoque más estructurado de la entrevista.

Durante la entrevista, el terapeuta debe tomar conciencia de si las preguntas que está formulando hacen que la persona se muestre ansiosa o molesta. Su intención debe ser que se sienta cómoda. Para hacerlo, es mejor que las preguntas sean abiertas, claras, singulares (es decir, se formula solo una pregunta a la vez), si no emiten juicios y si estimulan al paciente a contar su historia. Debe evitarse ponerlo a la defensiva. A veces, preguntas que comienzan con la palabra *por qué* (p. ej., "¿Por qué hiciste eso?") tienen el efecto no intencionado de que la persona sienta que le debe una explicación sobre sus sentimientos o su comportamiento (Okun, 1997). Es fundamental durante la entrevista inicial adoptar una posición neutra, sin emitir juicios de valor (Bradburn, 1992).

Respuestas

Una entrevista debe ser más que una batería de preguntas realizadas por el terapeuta e intercalada con respuestas del paciente. El profesional debe responder a la información que la persona comparte. Existen muchas formas de hacerlo. A menudo, movido por el deseo de ayudar, el impulso del terapeuta es responder con consejos o sugerencias. Sin embargo, sobre todo durante la entrevista inicial, debe resistir ese impulso, al menos hasta que haya llegado al final de la entrevista. Antes de eso no es probable que tenga suficiente información sobre la cual pueda basar el consejo. Pero, aun cuando rehúya el deseo de dar consejos hasta que haya logrado algún conocimiento de la historia de la persona, debe formular una respuesta.

Durante el curso de la entrevista, las respuestas deben ser fundamentalmente intentos de parafrasear lo que acaba de decir la persona. Parafrasear es más que repetir lo que la persona ha dicho. Implica intentar atrapar la esencia de lo que manifestó y expresarlo nuevamente con propias palabras para comunicar el deseo de comprender (Denton, 1987). Parafrasear ayuda al terapeuta a comunicar a las personas que ha prestado atención, escuchado, entendido y valorado la información compartida. Parafrasear también le ayuda a confirmar que, en realidad, ha comprendido claramente a la persona.

Existen dos tipos generales de respuestas que el profesional puede usar durante una entrevista: respuestas de conformidad y respuestas afectivas. Las respuestas de conformidad se usan cuando se desean aclarar los hechos o comunicar que el profesional ha comprendido lo que quiere decir el paciente. Una respuesta de conformidad podría comenzar así: "De modo que tú estás diciendo que...". Las respuestas de conformidad aclaran la información y el significado. Las respuestas afectivas se emplean cuando se quiere reflejar el efecto subyacente o el tono sentimental que está comunicando la persona. Una respu-

ta afectiva podría comenzar como: "Parece que estás sintiendo..." o "En esa situación, yo podría haber sentido...". Una respuesta afectiva puede ser emitida de forma algo tentativa hasta que el terapeuta haya confirmado que la persona se siente realmente de esa manera. Las respuestas afectivas trasuntan que aquél está intentando comprender y se está preocupando por lo que siente la persona.

Atención y observación

La atención implica el uso de comportamientos verbales y no verbales que ayudan a transmitir el interés que se tiene en la persona y que pueden facilitar el desarrollo de la relación terapéutica. Los comportamientos no verbales consisten en posiciones y movimientos del rostro y el cuerpo, así como cualidades de la voz: tono, intensidad y velocidad (Tickle-Degnen, 1995). Hacer que las sillas se enfrenten o estén ligeramente anguladas, con una separación de 90 cm, permite ver completamente al paciente y que éste vea al terapeuta. Se puede demostrar el interés por la persona realizando un contacto visual frecuente. Otros comportamientos no verbales que comunican interés son los cabeceos, las sonrisas y la inclinación del cuerpo hacia adelante.

Los comportamientos verbales, como decir "uh-huh", "hum", "sí" y "continúe", permiten dar a conocer a la persona que se le está prestando atención y la estimulan a continuar con su narración. Tickle-Degnen (1995) señaló que es importante atender al tono de voz. Un tono de voz animado no siempre es el más conveniente. Por el contrario, puede ser más positivo un tono de voz que sea genuino y transmita preocupación por la persona. Los entrevistadores efectivos frecuentemente acomodan sus cuerpos, sus movimientos y el tono de la voz para que estén sincronizados con los del paciente (Bradburn, 1992; Tickle-Degnen, 1995).

La atención también consiste en observar cómo parece estar sintiéndose la persona a medida que progresa la entrevista. ¿Se está fatigando? ¿El contenido de la entrevista es emocionalmente difícil para ella? Si usted percibe que la persona encuentra ardua la entrevista, debe verificarlo. Por ejemplo, preguntas como "¿Cómo te encuentras?" y "¿Te sientes cansado?" comunican la preocupación por la persona. Un efecto colateral frecuente de las medicaciones psiquiátricas es la sequedad bucal; ofrecer un vaso de agua es otra forma de demostrar que se está prestando atención. La observación también comprende advertir el comportamiento de la persona a medida que avanza la entrevista.

Escuchar

Por último, aunque parezca obvio decirlo, durante toda la entrevista se debe escuchar al paciente. Escuchar permite responderle de manera efectiva. Prestar una cuidadosa atención tanto al contenido como al sentimiento o al afecto subyacente requiere energía. Escuchar es más difícil de lo que parece, porque existen muchas posibles distracciones. Puede estar pensando en una reunión a la que acaba de asistir o en su próximo paciente. Aun cuando la atención se enfoque en la persona, pueden producirse desatenciones. Denton (1987)

identificó bloqueos para escuchar eficazmente: pensar en la persona, pensar para ella y pensar por adelantado en relación con la persona.

Pensar en la persona significa emitir juicios sobre su estilo de vida, su moral y sus motivos; estos juicios pueden crear cierta distancia entre el entrevistador y la persona, al tiempo que pueden interferir con el hecho de que el profesional comprenda la perspectiva del paciente. Cuando el profesional piensa para la persona, concibe prematuramente soluciones para sus problemas. Como uno de los objetivos de la entrevista es facilitar una relación de cooperación, el hecho de ofrecer anticipadamente soluciones disminuye el rol de la persona en la relación y puede reforzar su sentido de indefensión. Pensar por adelantado en relación con la persona implica urgirle a través de su historia para obtener los hechos. Esto puede suceder cuando el terapeuta percibe que ya conoce la historia, cuando el paciente está relatando demasiados detalles o detalles al parecer irrelevantes, o cuando el profesional se siente presionado por el tiempo (Denton, 1987). La realidad es que nunca conoce la historia; la historia de cada persona es única. Sin embargo, si le da más detalles de los necesarios en ese momento y el entrevistador comienza a quedarse sin tiempo, puede cambiar respetuosamente la dirección del relato diciendo algo como: "Puedo apreciar que el tema es muy importante para ti. Tal vez debamos convenir otra ocasión para conversar extensamente sobre ello. Ahora, necesito hacerte algunas preguntas respecto de otros temas".

Finalmente, sobre todo si el entrevistador no es muy experimentado, puede distraerse pensando en lo que debe decir a continuación y, por tanto, no escucha al paciente. Escuchar eficazmente significa prestar atención al paciente y no a sí mismo (Denton, 1987, pág. 13). Una forma de mejorar las habilidades para escuchar es aprender a usar eficazmente el silencio. La mayoría de nosotros nos sentimos incómodos con el silencio y sentimos la necesidad de llenar ese espacio tan pronto como se produce. Sin embargo, si el entrevistador se siente cómodo haciendo una breve pausa para pensar en lo que la persona acaba de decir y lo que el mismo podría manifestar a continuación, entonces no tendrá necesidad de preparar la pregunta siguiente mientras la persona está hablando. Incluso puede expresarle: "Solo estoy tomando un momento para pensar en lo que me ha dicho". Pocas veces necesitará más de 10 segundos para hacerlo.

Estructura de la entrevista

Cualquiera que sea el tipo de entrevista que se use, ésta abarca tres fases: la apertura, el cuerpo y el cierre (Denton, 1987).

Apertura

En la apertura de la entrevista el terapeuta le da a conocer al paciente el propósito de aquélla. Aun cuando probablemente ya se lo dio a conocer al citarlo para la ocasión, podría querer presentarse de nuevo, decir que es un terapeuta ocupacional y describir brevemente su trabajo en el lugar. Después le

debe explicar el propósito de la entrevista y los tipos de preguntas que se le formularán.

Cuerpo

El cuerpo es la fase de exploración y desarrollo de la entrevista, el tiempo en el que el terapeuta y el paciente están construyendo activamente su historia. Aunque los procedimientos específicos de entrevista con frecuencia proporcionan una secuencia recomendada de preguntas, es una buena idea entrar en esta fase con preguntas relativamente generales y neutras que le permitan comenzar a descifrar el fundamento de la historia. Como el profesional está interesado en las ocupaciones de sus pacientes, a menudo comenzará solicitándoles que cuenten cómo pasan su tiempo en un día normal. Una pregunta tan amplia tiende a que el paciente no se sienta amenazado y siempre permite comenzar a desarrollar un cuadro de los roles de la persona. Las preguntas posteriores sirven para completar los detalles. Algunas personas son abiertas y relatan sus historias con facilidad; otras necesitan mucho apoyo y estructura. Durante esta fase, el terapeuta tendrá que desplegar sus habilidades para escuchar, atender, responder e interrogar.

Cierre

Al final de la entrevista, se debe dar un cierre a la sesión. Es importante no terminarla abruptamente. Es preciso asegurarse de que queda el tiempo suficiente para resumir la información, identificar temas importantes de la historia de la persona y evaluar el modo en que ambos trabajarán juntos. Éste con frecuencia será el momento en que comiencen mutuamente a establecer metas para la intervención. A medida que la entrevista concluye, el terapeuta debe hacerle saber a la persona cuáles serán los pasos siguientes y cuándo la verá de nuevo. Podría fijarse una hora para la próxima cita. El entrevistador también debe agradecerle al paciente que haya compartido su historia.

ENTREVISTAS EN TERAPIA OCUPACIONAL

Desde la década de 1980 se han desarrollado distintos procedimientos de entrevista tanto para niños como para adolescentes. Los procedimientos de entrevista que examinaremos a continuación proporcionan métodos para recoger información directamente del receptor del servicio. También existen procedimientos de entrevista que permiten reunir datos de otros informantes, habitualmente de los padres o de quienes están a cargo del cuidado del paciente. Por ejemplo, los Antecedentes Lúdicos (Play History) recogen información de los padres sobre la participación del niño en el juego (Behnke y Fetkovich, 1984; Parks, Oakley y Fonseca, 1998). No describimos aquí las entrevistas que recaban datos de informantes distintos del receptor del servicio pretendido, pero se habla de ellas en otras partes del libro. Todas las entrevistas que se analizan en este capítulo pueden ayudar al lector a desarrollar un perfil ocupacional de las personas, y todas han demostrado al menos evidencia preliminar de fiabilidad y validez.

Entrevistas especializadas para niños y adolescentes

La Entrevista del Ambiente Escolar

La Entrevista del Ambiente Escolar (School Setting Interview [SSI]) es una entrevista cooperativa que permite a los niños y a los adolescentes con discapacidades (como discapacidades físicas, conductuales y emocionales/conductuales) describir el impacto del ambiente sobre su funcionamiento en múltiples ambientes escolares (p. ej., aula, patio de recreo, gimnasio, pasillos) e identificar cualquier necesidad de adaptación (Hoffman, Hemmingsson y Kielhofner, 2000). Apropia para los alumnos de alrededor de 9 años hasta los que cursan secundario, la SSI requiere unos 40 minutos para su realización. Fue desarrollada originalmente en Suecia y ha sido traducida al inglés y al español. Los estudios iniciales indican que tiene buena fiabilidad en las pruebas con repetición de prueba, es útil para identificar las necesidades no cubiertas de adaptación del ambiente escolar de los estudiantes, y puede utilizarse para examinar el ajuste estudiante-ambiente escolar (Hemmingsson y Borrell, 1996, 2000).

Evaluación del Rol del Adolescente

La Evaluación del Rol del Adolescente (Adolescent Role Assessment [ARA]) es la única entrevista de terapia ocupacional dirigida específicamente a adolescentes (Black, 1976). La ARA es un procedimiento de entrevista semiestructurado que recopila la información sobre la participación en roles ocupacionales del adolescente en el tiempo y en distintas áreas. Las 21 preguntas de la ARA abarcan seis áreas: juego infantil, socialización dentro de la familia, funcionamiento escolar, socialización con los compañeros, elección ocupacional y trabajo adulto anticipado. Se ha observado que la ARA tiene una fiabilidad aceptable en las pruebas con repetición de prueba, y las puntuaciones en el test pueden discriminar entre los adolescentes con hospitalización psiquiátrica y los adolescentes no hospitalizados (Black, 1982). El contenido general de la ARA parece arrojar información útil sobre el desempeño de un adolescente en ocupaciones; sin embargo, algunas preguntas pueden estar desfasadas. Dada la escasez de procedimientos de entrevista dirigidos específicamente a adolescentes, debe ser una prioridad el desarrollo adicional y el perfeccionamiento de la ARA y de entrevistas similares.

Entrevistas especializadas para adolescentes y adultos

La Evaluación de las Circunstancias Ocupacionales -Escala de Puntuación de la Entrevista

La nueva versión de la Evaluación de las Circunstancias Ocupacionales -Escala de Puntuación de la Entrevista (Occupational Circumstances Assessment-Interview Rating Scale [OCAIRS]), de Haglund, Henriksson, Crisp, Freidheim y Kielhofner (2001), representa una revisión de la OCAIRS original desarrollada por Kaplan y Kielhofner (1989). La OCAIRS proporciona un método para recoger datos respecto de la adaptación ocupacional e incluye una entrevista semiestructurada y una escala de puntuación de 21 elementos. Los elementos cubren la causalidad personal, los valores y metas, intereses, roles, hábitos, habilidades, experiencias previas, ambientes físico

y social, y participación y adaptación ocupacional global. La OCAIRS puede utilizarse con adolescentes y adultos que padecen distintas discapacidades; la realización y puntuación lleva aproximadamente 1 hora.

Gran parte de la investigación sobre la versión revisada de la OCAIRS se ha realizado en Suecia y existe una versión traducida al inglés. Algunos estudios demostraron que la OCAIRS revisada tiene una validez interna aceptable y una excelente fiabilidad interobservador (Haglund, Thorell y Walinder, 1998a; Lai, Haglund y Kielhofner, 1999). Las puntuaciones de la OCAIRS pueden discriminar entre personas que necesitan intervención de terapia ocupacional y aquellas que no la necesitan, y entre aquellas con diferentes grados de trastornos psiquiátricos (Haglund y col., 1998a, 1998b).

La Entrevista de la Historia del Desempeño Ocupacional (segunda versión)

La Entrevista de la Historia del Desempeño Ocupacional (segunda versión) (Occupational Performance History Interview-Second Version [OPHI-II]) es una entrevista histórica que recoge información sobre la adaptación ocupacional de una persona en el tiempo y puede usarse con adolescentes y adultos en distintos ambientes (Kielhofner y col., 1997). La OPHI-II es una revisión reciente de la OPHI-II original (Kielhofner, Henry y Walens, 1989). Consta de tres partes: una entrevista semiestructurada relativa a la historia vital ocupacional de la persona, tres escalas de evaluación y una narrativa de la historia vital. El formato de entrevista flexible está diseñado para recoger información en cinco áreas temáticas (elecciones de actividades/ocupaciones, hechos vitales críticos, rutinas diarias, roles ocupacionales y circunstancias de comportamiento ocupacional). Las tres escalas de evaluación proporcionan una medida de los intereses, los valores y la seguridad de la persona, su capacidad para mantener una participación ocupacional satisfactoria y el impacto del ambiente sobre la vida ocupacional. La narrativa de la historia vital proporciona una descripción cualitativa de la historia del paciente. La OPHI-II puede realizarse aproximadamente en 1 hora.

La validez de la OPHI original fue examinada en estudios de pacientes con discapacidades físicas y psiquiátricas (Henry, 1994; Lynch y Bridle, 1993; Mauras-Nelson y Oakley, 1996). Un estudio internacional reciente de la OPHI-II (en seis versiones en distintas lenguas) demostró la consistencia y la validez internas de sus tres escalas de evaluación (Kielhofner, Mallinson, Forsyth y Lai, 2001).

La Entrevista del Rol del Trabajador

La Entrevista del Rol del Trabajador (Worker Role Interview [WRI]) es una entrevista semiestructurada que recoge datos sobre factores psicosociales y ambientales relacionados con el trabajo. Es apropiado usarla con cualquier paciente cuya discapacidad haya tenido impacto sobre su participación en el trabajo (Handelsman, 1994; Velozo, Kielhofner y Fisher, 1998). La WRI es un conjunto de 28 preguntas recomendadas y una escala de puntuación asociada de 17 elementos; fue desarrollada para ser compatible con el Modelo de la Ocupación Humana. Los elementos forman seis subclases que reflejan el senti-

do de causalidad personal, los valores, los intereses, los roles y los hábitos del trabajador relacionados con la ocupación y con la influencia del ambiente. Algunos estudios indican que la WRI tiene buena fiabilidad interevaluador y en las pruebas con repetición de prueba, así como consistencia y validez internas (Biernacki, 1993; Vellozo y col., 1999).

La Escala del Impacto del Ambiente Laboral

La Escala del Impacto del Ambiente Laboral (Work Environment Impact Scale [WEIS]) es una entrevista semiestructurada y una escala de evaluación diseñada para examinar el modo en que los pacientes con discapacidad experimentan el ambiente laboral (Corner, Kielhofner y Olson, 1998). Se utiliza fundamentalmente en individuos que trabajan o que han de reincorporarse pronto a una tarea específica o un tipo de trabajo. La WEIS formula preguntas en relación con los factores del ambiente laboral, como espacio, apoyos sociales, demandas temporales, objetos usados y funciones laborales. Los elementos de la escala reflejan la medida en la que los factores ambientales afectan al desempeño, así como a la satisfacción y al bienestar físico, social y emocional del trabajador. Algunos estudios de la WEIS proporcionan evidencia de su validez y su consistencia interna (Corner, Kielhofner y Lin, 1997; Kielhofner, Lai, Olson, Haglund, Ekbadh y Edlund, 1999).

Determinación Canadiense del Desempeño Ocupacional

La Determinación Canadiense del Desempeño Ocupacional (Canadian Occupational Performance Measure [COPM]) es un procedimiento de entrevista semiestructurada centrada en la persona que se ideó para establecer las percepciones que tiene ésta de su desempeño ocupacional en el tiempo (Law, Baptiste, McColl, Opzoomer, Polatajko y Pollock, 1998). Durante la evaluación inicial, el terapeuta entrevista a las personas sobre su desempeño en las áreas de autocuidados, productividad y ocio. Se les solicita que identifiquen cualquier actividad que les sea difícil realizar en cada área y que indiquen qué importancia tiene para ellas realizar esas actividades. Por último, se les pide que identifiquen los cinco problemas más importantes a los que se enfrentan y que evalúen su desempeño y el nivel de satisfacción en esas actividades. La importancia de la actividad para la persona, la calidad de su desempeño y el nivel de satisfacción son evaluados por ella misma mediante escalas similares de 10 puntos. El enfoque específico de la COPM en los problemas identificados por la persona está destinado a facilitar el establecimiento de los objetivos entre el terapeuta y el paciente. La COPM puede emplearse también para realizar una reevaluación y para detectar cambios en las percepciones de la persona a lo largo del tiempo; es útil como medida de resultado.

Entre múltiples estudios, se ha demostrado que la COPM tiene buena fiabilidad en las pruebas con repetición de prueba (Law y col., 1998). Otros estudios han proporcionado evidencia de validez concurrente e interna (Carpenter, Baker y Tyldesley, 2001; McColl, Paterson, Davies, Doubt y Law, 2000). Algunos estudios que usaron la COPM como medida de resultado indican que es sensible al cambio después de las intervenciones de rehabilitación (Bodiam, 1999; Carpenter y col., 2001).

AUXILIARES DE LAS ENTREVISTAS: INFORMES ESCRITOS POR EL PACIENTE

Además de las entrevistas, las determinaciones escritas por el paciente pueden revestir utilidad para obtener más información de las personas. Éstas comprenden encuestas, formularios y listas de control que el paciente completa. A veces, la persona puede rellenar un formulario o una lista de control por sí sola, lo cual lo convierte en una forma conveniente de obtener información. Sin embargo, con frecuencia el terapeuta debe estar presente durante la prueba para asegurarse de que el paciente comprende lo que se le está preguntando y que responde de manera apropiada. Al igual que con las entrevistas, es posible que los informes realizados por el propio paciente no sean adecuados para todas las personas.

En la práctica, no deben emplearse como sustitutos de las entrevistas con el paciente. Sin embargo, pueden constituir un auxiliar valioso porque tienden a recoger información detallada sobre un tema específico, como el uso del tiempo o los patrones de intereses. Son más útiles cuando se realizan junto con una entrevista. Una vez que el paciente ha completado un informe, éste y el terapeuta deben revisar juntos el formulario. Estos informes ayudan a centrar el análisis en un tema concreto o una cuestión en particular.

Informes rellenados por el paciente para niños y adolescentes

Los Perfiles de Intereses Pediátricos

Los Perfiles de Intereses Pediátricos (Pediatric Interest Profiles [PIP]) son encuestas escritas de los intereses lúdicos y de ocio diseñados para su empleo con niños y adolescentes (Henry, 2000). Las tres versiones incluyen el Perfil de Juegos del Niño (Kid Play Profile [KPP]), adecuado para niños de 6 a 9 años; el Perfil de Juegos del Preadolescente (Preteen Play Profile [PPP]), para niños de 9 a 12 años; y el Perfil de Intereses de Ocio del Adolescente (Adolescent Leisure Interest Profile [ALIP]), para jóvenes de 12 a 21 años. Cada una de las versiones solicita al joven que comunique su interés, su participación o ambos en distintas actividades de ocio apropiadas para la edad, y que indique sus sentimientos de goce y competencia en las actividades. Los PIP también indagan sobre las actividades que realizan solos o con otros niños. Las versiones para niños y preadolescentes usan representaciones gráficas de las actividades lúdicas.

Las puntuaciones totales para las tres versiones de PIP tienen una fiabilidad aceptable en las pruebas con repetición de prueba (Henry, 2000). Además, se ha observado que las puntuaciones en la ALIP discriminan entre los adolescentes con discapacidades o sin éstas (Henry, 1998).

Evaluación por parte de los Niños de su Participación y Placer, y Preferencias de los Niños por las Actividades

La Evaluación por parte de los Niños de su Participación y Placer (Children's Assessment of Participation and Enjoyment [CAPE]) es un informe que completa el paciente dividido en dos bloques que recoge información sobre la participación de

los niños en las actividades cotidianas fuera del tiempo escolar obligatorio (King, Law, King y col., 2001). La CAPE está destinada a niños de 6 años y mayores. En la fase 1, el niño (o el niño y uno de sus progenitores) indica con qué frecuencia ha realizado distintas actividades en los 4 meses anteriores. En la fase 2, un profesional entrevista al niño sobre las actividades en las cuales éste participa, enfoca el grado de placer en las actividades, y en dónde y con quién las realiza. Al igual que los PIP, los elementos de las actividades se representan con dibujos. Un estudio preliminar indica que la CAPE tiene buena fiabilidad en las pruebas con repetición de prueba.

Las Preferencias de los Niños por las Actividades (Preferences for Activities of Children [PAC]) examina la predilección de un niño por las actividades (CanChild Centre for Childhood Disability Research [CanChild], 2001). El niño selecciona 50 tarjetas de actividades e indica si le gusta "realmente" hacer cada actividad, "parcialmente" o "no" le gusta realizarla.

La PAC y la CAPE pueden emplearse juntas o individualmente. Se está realizando un examen de fiabilidad y validez de la CAPE. Ambas determinaciones están sujetas a un desarrollo adicional.

Informes rellenados por el paciente para adultos

Listas de control de intereses

Las listas de control de intereses son algunas de las evaluaciones realizadas por el paciente que más se usan. Se las utiliza para determinar el nivel de interés de una persona en una gama de actividades, con mucha frecuencia en actividades recreativas. Las determinaciones del interés en las actividades con énfasis en la edad es probable que arrojen datos más relevantes que una determinación general, porque los intereses de ocio varían mucho según la franja etaria que se analiza. Las listas de control de intereses son útiles para señalar problemas relacionados con el ocio y para identificar actividades potenciales para su empleo en el tratamiento.

Una de las listas de control más antigua es la de control de intereses del Neuro Psychiatric Institute (NPI) (Matsutsumu, 1969). La lista de control de intereses del NPI contiene 80 ítem de actividades, agrupados en cinco categorías: actividades de la vida diaria, habilidades manuales, actividades culturales y educacionales, deportes físicos y actividades sociales y recreativas. Cuando se completa la lista de control, la persona señala un interés intenso, ocasional o ninguno en la actividad (Rogers, 1988). Se observó que la lista de control de intereses del NPI tenía una fiabilidad aceptable en las pruebas con repetición de prueba (Weinstein, 1979) y validez interna y predictiva (Barris, Kielhofner, Burch, Gelinas, Klement y Schultz, 1986; Ebb, Coster y Duncombe, 1989; Henry, 1994). Kielhofner y Neville (1983) modificaron la lista de control de intereses del NPI para incluir preguntas relativas a los cambios en las preferencias de las actividades en el tiempo y al deseo de participar en determinados intereses en el futuro.

Gregory (1983) describió dos instrumentos completados por el paciente de participación en actividades, diseñadas específicamente para adultos de edad avanzada. Las puntuaciones totales tanto en el Índice de Actividades (Activity Index),

que mide el interés y la participación en actividades, como en la Escala de Significación de las Actividades (Meaningfulness of Activity), que mide los sentimientos de placer, autonomía y competencia en relación con las actividades, demostraron una buena fiabilidad en las pruebas con repetición de prueba con pequeñas muestra piloto. Las puntuaciones en ambas determinaciones también se relacionaron positivamente con una medida de satisfacción vital.

La Lista de Control de Roles

La Lista de Control de Roles (Role Checklist [RC]) es un inventario escrito, dividido en dos bloques, de diez roles ocupacionales, como trabajador, estudiante, miembro de la familia, ama de casa, encargado de cuidados, voluntario y aficionado a un pasatiempo (Oakley, Kielhofner, Barris y Reichler, 1986). El primer bloque de la RC examina las intenciones pasadas, presentes y futuras de la persona relacionadas con el desempeño de cada rol. El segundo analiza el valor que la persona asigna a cada rol. Algunos estudios indican que la RC tiene buena fiabilidad en las pruebas con repetición de prueba (Barris, Oakley y Kielhofner, 1988), es sensible a los cambios de roles (Hallett, Zasler, Maurer y Cash, 1994) y discrimina entre los adultos sin discapacidades y aquellos con discapacidades psiquiátricas y físicas (Dickerson, 1999).

Autoevaluación Ocupacional

La Autoevaluación Ocupacional (Occupational Self-Assessment [OSA]) es una determinación que realiza el propio paciente diseñada para reunir datos sobre las percepciones que tienen las personas de su competencia ocupacional (21 elementos) y el impacto del ambiente sobre su desempeño (8 elementos) (Baron, Kielhofner, Iyenger, Goldhammer y Wolenski, 2001). OSA también solicita a las personas que señalen la importancia de las áreas específicas de funcionamiento y las prioridades para el cambio, lo que incrementa su importancia y la vuelve particularmente útil si se realiza con la entrevista. OSA puede usarse como una evaluación inicial y como una medida de seguimiento o de resultado que capta el cambio comunicado por la persona en su funcionamiento. Algunos estudios internacionales preliminares indican que tiene una consistencia interna aceptable y es relevante entre diferentes culturas (Iyenger, 2001; Kielhofner y Forst, en prensa).

El Cuestionario Ocupacional

El Cuestionario Ocupacional (Occupational Questionnaire [OQ]) es una determinación escrita para recabar datos sobre el uso del tiempo y lo que la persona percibe sobre tal uso (Smith, Kielhofner y Watts, 1986). Cuando completan el OQ, los encuestados indican su actividad principal durante cada media hora de un día normal y clasifican cada actividad como escolar, laboral, de la vida diaria, de ocio o de descanso. Luego las personas evalúan cada actividad e indican cómo la realizan, qué importancia tiene y cuánto la disfrutan. Algunos estudios indican que el OQ tiene una fiabilidad aceptable en las pruebas con repetición de prueba y muestra validez concurrente e

interna (Kielhofner y Brinson, 1989; Smith y col., 1986; Smyntek, Barris y Kielhofner, 1985).

CONCLUSIÓN

Además de proporcionar información sobre el desempeño de una persona en ocupaciones específicas, la entrevista es una de las estrategias más útiles disponibles para que el terapeuta conozca mejor la perspectiva de la persona sobre su situación y para tratar de armonizar la relación de trabajo con ésta. Cada una de las entrevistas y los informes realizados por el propio paciente analizados en esta sección tiene sus características particulares. Los profesionales deben elegir la combinación de entrevista y otras evaluaciones que mejor se ajuste a las necesidades de sus pacientes y al ambiente.

Bibliografía

- American Occupational Therapy Association (In press). Occupational therapy practice framework: Domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*.
- Barris, R., Kielhofner, G., Burch, R. M., Gelinas, I., Klement, M., & Schult, B. (1986). Occupational function and dysfunction in three groups of adolescents. *Occupational Therapy Journal of Research*, 6, 301-317.
- Barris, R., Oakley, F., & Kielhofner, G. (1988). The Role Checklist. In B. Hemphill (Ed.). *Mental health assessment in occupational therapy: An integrative approach to the evaluation process* (pp. 73-91). Thorofare, NJ: Slack.
- Behnke, C. J., & Ferkovich, M. M. (1984). Examining the reliability and validity of the Play History. *American Journal of Occupational Therapy*, 31, 94-100.
- Biernacki, S. D. (1993). Reliability of the Worker Role Interview. *American Journal of Occupational Therapy*, 47, 797-803.
- Black, M. M. (1976). Adolescent Role Assessment. *American Journal of Occupational Therapy*, 30, 73-79.
- Black, M. M. (1982). Adolescent Role Assessment. In B. Hemphill (Ed.). *The evaluative process in psychiatric occupational therapy* (pp. 49-53). Thorofare, NJ: Slack.
- Bodiam, C. (1999). The use of the Canadian Occupational Performance Measure for the assessment of outcome on a neurorehabilitation unit. *British Journal of Occupational Therapy*, 62, 123-126.
- Bradburn, S. L. (1992). Psychiatric occupational therapists' strategies for engaging patients in treatment during the initial interview. Unpublished masters thesis, Tufts University, Medford, MA.
- CanChild Centre for Childhood Disability Research [CanChild]. (2001). PAC: Preferences for Activities of Children. Hamilton, ON, Canada: McMaster University: Author.
- Carpenter, L., Baker, G. A. & Tyldesley, B. (2001). The use of the Canadian Occupational Performance Measure as an outcome of a pain management program. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68, 16-22.
- Clark, F. (1993). Occupation embedded in real life: Interweaving occupation science and occupational therapy. [Eleanor Clarke Slagle Lecture]. *American Journal of Occupational Therapy*, 47, 1067-1078.
- Cohn, E. (1994). Interviewing children. Unpublished manuscript, Boston University.
- Comer, R. A., Kielhofner, G., & Lin, F.-L. (1997). Construct validity of a work environment impact scale. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 9, 21-34.
- Comer, R., Kielhofner, G. & Olson, L. (1998). Work Environment Impact Scale (WEIS) (Version 2.0). Chicago: Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, University of Illinois.
- Coster, W., Deeney, T., Haltiwanger, J., & Haley, S. (1998). School function assessment. San Antonio, TX: Psychological Corp.
- Denton, P. L. (1987). Psychiatric occupational therapy: A workbook of practical skills. Boston: Little, Brown.
- Dickerson, A. E. (1999). The Role Checklist. In B. J. Hemphill-Pearson (Ed.). *Assessments in occupational therapy in mental health: An integrative approach* (pp. 175-191). Thorofare, NJ: Slack.
- Ebb, E. W., Coster, W., & Duncombe, L. (1989). Comparison of normal and psychosocially dysfunctional male adolescents. *Occupational Therapy in Mental Health*, 9(2), 53-74.
- Frank, G. (1996). Life histories in occupational therapy clinical practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 50, 251-264.
- Gregory, M. (1983). Occupational behavior and life satisfaction among retirees. *American Journal of Occupational Therapy*, 37, 548-552.
- Haglund, L., Henriksson, C., Crisp, M., Friedheim, L., Kielhofner, G. (2001). The Occupational Circumstances Assessment—Interview and Rating Scale (OCAIRS) (Version 2.0). Chicago: Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, University of Illinois.
- Haglund, L., Thorell, L., & Walinder, J. (1998a). Assessment of occupational functioning for screening of patients to occupational therapy in general psychiatric care. *Occupational Therapy Journal of Research*, 4, 193-206.
- Haglund, L., Thorell, L., & Walinder, J. (1998b). Occupational functioning in relation to psychiatric diagnoses: Schizophrenia and mood disorders. *Nordisk Journal of Psychiatry*, 52(3), 223-229.
- Hallett, J. D., Zasler, N. D., Maurer, P., & Cash, S. (1994). Role change after traumatic brain injury. *American Journal of Occupational Therapy*, 48, 241-246.
- Handelsman, D. (1994). The construct validity of the Worker Role Interview for the chronic mentally ill. Unpublished master's thesis, University of Illinois at Chicago.
- Helfrich, C., & Kielhofner, G. (1994). Volitional narratives and the meaning of therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 48, 319-326.
- Hemmingsson, H., & Borell, L. (1996). The development of an assessment of adjustment needs in the school setting for use with physically disabled students. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 3, 156-162.
- Hemmingsson, H., & Borell, L. (2000). Accommodation needs and student-environment fit in upper secondary school for students with severe physical disabilities. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67, 162-173.
- Henry, A. D. (1994). Predicting psychosocial functioning and symptomatic recovery of adolescents and young adults with a first psychotic episode: A six-month follow-up study. Unpublished doctoral dissertation, Boston University.
- Henry, A. D. (1998). Development of a measure of adolescent leisure interests. *American Journal of Occupational Therapy*, 52, 531-539.
- Henry, A. D. (2000). The Pediatric Interest Profiles: Surveys of play for children and adolescents. San Antonio, TX: Therapy Skill Builders.
- Hocking, C. (2001). Implementing occupation-based assessment. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 463-469.
- Hoftman, O. R., Hemmingsson, H., & Kielhofner, G. (2000). A user's manual for the School Setting Interview (SSI) (Version 1.0). Chicago: Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, University of Illinois.
- Iyenger, A. (2001). A study of the psychometric properties of the OSA. Unpublished master's thesis. University of Illinois at Chicago.
- Kaplan, K., & Kielhofner, G. (1989). Occupational case analysis interview and rating scale. Thorofare, NJ: Slack.
- Kielhofner, G., & Brinson, M. (1989). Development and evaluation of an aftercare program for young and chronic psychiatrically disabled adults. *Occupational Therapy in Mental Health*, 9(2), 1-25.
- Kielhofner, G., Forsyth, K. (In press). Measurement properties of a client self report for treatment planning and documenting therapy outcomes. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*.